



State of Health in the EU

Polska

Profil systemu ochrony zdrowia 2019

Seria „krajowe profile systemu ochrony zdrowia”

Profile krajów zawarte w publikacji z serii Stan zdrowia w UE przedstawiają zwięzły i istotny z punktu widzenia polityki przegląd stanu zdrowia i systemów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej (UE) /Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG). Podkreślono w nich szczególnie charakterystyczne cechy i wyzwania w każdym z państw w porównaniu z innymi krajami. Z założenia mają one wspierać decydentów i osoby mające wpływ na politykę za pomocą rozwiązań służących do wzajemnego uczenia się i dobrowolnej wymiany informacji.

Profile te stanowią wynik wspólnych prac Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i European Observatory on Health Systems and Policies, prowadzonych we współpracy z Komisją Europejską. Szczególne podziękowania kierujemy do sieci Health Systems and Policy Monitor, Komitetowi ds. Zdrowia OECD oraz grupie ekspertów UE ds. informacji zdrowotnych za przedstawione przez nich cenne uwagi i sugestie.

Spis treści

1. NAJWAŻNIEJSZE PUNKTY	3
2. ZDROWIE W POLSCE	4
3. CZYNNIKI RYZYKA	7
4. SYSTEM OCHRONY ZDROWIA	9
5. FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA	12
5.1 Skuteczność	12
5.2 Dostępność	15
5.3 Wytrzymałość systemowa	18
6. NAJWAŻNIEJSZE USTALENIA	22

Źródła danych i informacji

Dane i informacje znajdujące się w profilach krajów opierają się głównie na oficjalnych statystykach krajowych dostarczonych do Eurostatu i OECD, które poddano walidacji w celu zapewnienia najwyższych standardów porównywalności danych. Informacje na temat źródeł i metodyki tych danych są dostępne w bazach danych prowadzonych przez Eurostat i OECD. Niektóre dodatkowe dane pochodzą również z: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), badań Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) i ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), a także z źródeł krajowych.

Obliczone uśrednienia dla UE są średnimi ważonymi 28 państw członkowskich, chyba że wskazano inaczej. Uśrednienia dla UE nie obejmują Islandii i Norwegii.

Prace nad tym profilem zakończono w sierpniu 2019 r., opierając się na danych dostępnych w lipcu 2019 r.

Aby pobrać arkusz kalkulacyjny Excel zawierający wszystkie tabele i wykresy z niniejszego profilu, należy wpisać następujący URL w wyszukiwarce internetowej: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Poland.xls>

Kontekst demograficzny i społeczno-ekonomiczny w Polsce, 2017 r.

Czynniki demograficzne

	Polska	UE
Wielkość populacji (szacunki śródroczne)	37 975 000	511 876 000
Odsetek populacji powyżej 65. roku życia (%)	16,5	19,4
Współczynnik płodności ¹	1,5	1,6

Czynniki społeczno-ekonomiczne

PKB na mieszkańca (parytet siły nabywczej EUR ²)	20 900	30 000
Wskaźnik zasięgu ubóstwa relatywnego ³ (%)	15,0	16,9
Stopa bezrobocia (%)	4,9	7,6

1. Liczba urodzonych dzieci przypadających na kobietę w wieku 15–49 lat. 2. Parytet siły nabywczej (PPP) definiuje się jako wskaźnik konwersji waluty, który wyrównuje siłę nabywczą różnych walut poprzez eliminację różnic w poziomach cen między państwami. 3. Odsetek osób żyjących za mniej niż 60% mediany ekwiwalentnego dochodu do dyspozycji.

Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat.

Zastrzeżenie prawne: opinie wyrażone w niniejszym dokumencie i podane w nim argumenty są wyłącznie opiniami i argumentami autorów i nie odzwierciedlają oficjalnego stanowiska OECD ani państw będących członkami tej organizacji, ani European Observatory on Health Systems and Policies lub któregośkolwiek z jego partnerów. Poglądy wyrażone w niniejszym dokumencie nie mogą w żadnym wypadku być uznawane za odzwierciedlenie oficjalnej opinii Unii Europejskiej.

Niniejszy dokument, jak również zawarte w nim dane i mapy, pozostają bez uszczerbku dla statusu lub suwerenności jakiegokolwiek terytorium, dla wyznaczenia międzynarodowych granic oraz dla nazwy jakiegokolwiek terytorium, miasta lub obszaru.

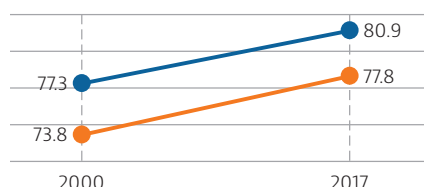
Dodatkowe zastrzeżenia prawne WHO są dostępne pod adresem: <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Najważniejsze punkty

Populacja Polski charakteryzuje się jedną z najniższych oczekiwanych długości życia w Europie. Obowiązujący w Polsce system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zasadniczo zapewnia dostęp do szerokiego zakresu świadczeń. Zauważa się jednak także istotne wykluczenia, odnoszące się do zakresu przysługujących pacjentom usług oraz towarów, zwłaszcza do leków aptecznych. System ochrony zdrowia jest nadmiernie uzależniony od opieki szpitalnej i boryka się z niedoborem personelu medycznego, a zwłaszcza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Za priorytety obecnych reform uważa się: poprawę koordynacji opieki nad pacjentem, racjonalizację opieki szpitalnej oraz stworzenie modelu efektywnej opieki ambulatoryjnej.

● PL ● UE

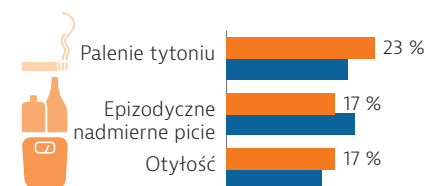


Średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia, w latach

Stan zdrowia

Wynoszące 77,8 roku średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia znacznie wzrosło od 2000 r., lecz wciąż pozostaje o trzy lata krótsze od średniej UE. Różnice w średnim dalszym trwaniu życia w podziale na płeć i poziom wykształcenia należą do najwyższych w Europie. Choroba niedokrwienna serca jest nadal główną przyczyną zgonów, kolejne to udary mózgu i nowotwory płuc. Należy podkreślić, że objawy depresji zgłasza ponad połowa Polaków powyżej 65. roku życia – w porównaniu z jedną piątą w UE.

● PL ● UE

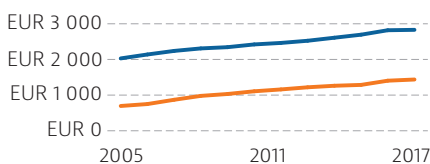


% osób dorosłych

Czynniki ryzyka

Behawioralne czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów w Polsce. Odsetek osób palących papierosy spadł, co przyczyniło się do zmniejszenia wskaźnika umieralności z powodu nowotworów płuc. Jest on jednak nadal wyższy niż średnia UE. Epizodyczne nadmierne picie wśród dorosłych pojawia się rzadziej niż średnio w UE, lecz rośnie wśród nastolatków. Wskaźnik otyłości jest również wyższy od średniej dla UE. Wzrósł on ponad dwukrotnie od 2001 r. w szczególności u dzieci.

● PL ● UE



Wydatki na mieszkańca (PPP EUR)

System ochrony zdrowia

Wydatki na ochronę zdrowia wynoszą 1507 EUR na osobę i są stosunkowo niskie w porównaniu z innymi państwami UE. Dodatkowo różnica ta nie wydaje się zmniejszać. W 2017 r. Polska przeznaczyła 6,5% PKB na opiekę zdrowotną, podczas gdy średnia w całej UE wyniosła 9,8%. Prawie 70% tych wydatków pochodziło ze źródeł publicznych, co także kształtuje się poniżej średniej UE (79%). Resztę tworzą głównie bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych, przede wszystkim na leki apteczne.

Skuteczność

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce i interwencji medycznej zmniejszyła się na przestrzeni lat, jednak oba te wskaźniki są znacznie wyższe od średnich wskaźników w UE. Wydatki na profilaktykę są stosunkowo niskie, a wybrane wskaźniki wskazują na niewystarczającą jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

● PL ● UE

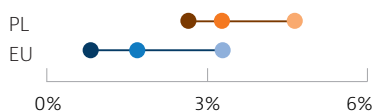


Standaryzowany współczynnik umieralności na 100 000 osób, 2016 r.

Dostępność

Niezaspokojone potrzeby zdrowotne są wyższe niż średnie wskaźniki w UE i wynikają głównie z długiego czasu oczekiwania a także wysokich kosztów usług i towarów zdrowotnych. Dostęp do leków aptecznych stanowi główną przyczynę potencjalnych wykluczeń w procesie nabywania świadczeń, co często prowadzi do nadmiernie wysokich (katastrofalnych) wydatków na opiekę zdrowotną, szczególnie obciążających gospodarstwa domowe o niskich dochodach.

● Wysokie dochody ● Wszyscy ● Niskie dochody



% zgłaszających niezaspokojone potrzeby medyczne, 2017 r.

Wytrzymałość systemowa

Udzielanie świadczeń zdrowotnych spoczywa głównie na opiece szpitalnej, jednak ostatnie reformy idą w kierunku wzmocnienia opieki ambulatoryjnej. Rząd zobowiązał się ostatnio do zwiększenia udziału wydatków publicznych na ochronę zdrowia z bardzo niskiego poziomu 4,6% PKB do 6% do 2024 r., aby sprostać wybranym wyzwaniom systemowym.



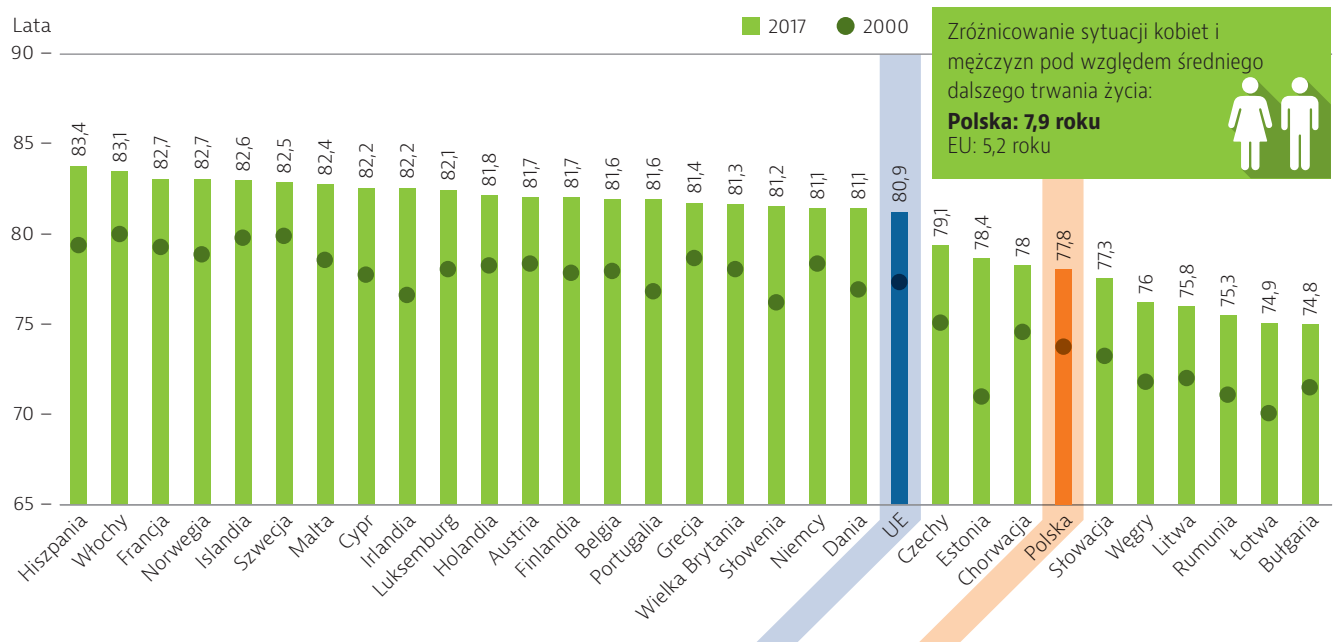
2 Zdrowie w Polsce

Pomimo wydłużenia średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia w Polsce jest zdecydowanie krótsze od średniej unijnej

Średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia w Polsce wzrosło o cztery lata w okresie 2000–2017, z 73,8 roku do 77,8 roku. W 2017 r. było ono jednak nadal o trzy lata krótsze niż

średnia UE wynosząca 80,9 roku (rys. 1). Kobiety żyją średnio prawie o osiem lat dłużej niż mężczyźni – 81,8 roku w porównaniu z 73,9 roku. To zróżnicowanie średniej długości życia kobiet i mężczyzn jest o wiele wyższe niż średnia UE (5,2 roku) i należy do najwyższych w UE.

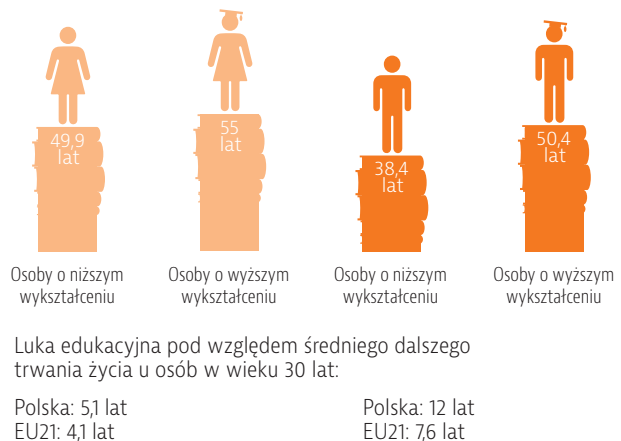
Rys. 1. Średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia jest w Polsce o trzy lata krótsze niż średnia UE



Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat.

Znaczące są także różnice pod względem średniego dalszego trwania życia w podziale na poziom wykształcenia. Jak pokazano na rys. 2, w przypadku 30 latków, mężczyźni z najniższym poziomem wykształcenia żyją średnio o 12 lat krócej niż mężczyźni z wykształceniem wyższym. Ta luka edukacyjna jest mniejsza w przypadku kobiet i wynosi 5,1 lat. Nierówności można zaobserwować także w odniesieniu do geograficznego zróżnicowania średniego dalszego trwania życia (do 5%) i wskaźników umieralności (do 20%) w różnych województwach, przy czym najgorsze wyniki odnotowano w województwie łódzkim. Zmniejszenie nierówności zdrowotnych pod względem geograficznym jest jednym z głównych celów zawartych w ważnym strategicznym dokumencie dotyczącym polskiej polityki zdrowotnej przyjętym na lata 2014–2020¹. Realizowane dotychczas działania w celu zmniejszenia nierówności zdrowotnych pod względem geograficznym obejmują między innymi inwestycje infrastrukturalne, przy wsparciu środków z UE, zwłaszcza w regionach wschodnich.

Rys. 2. Luka edukacyjna pod względem średniego dalszego trwania życia u osób w wieku 30 lat w Polsce wynosi około 5 lat w przypadku kobiet i 12 w przypadku mężczyzn



Uwaga: dane odnoszą się do średniego dalszego trwania życia u osób w wieku 30 lat. Osoby z wyższym wykształceniem definiuje się jako osoby, które ukończyły studia wyższe (ISCED 5-8), natomiast osoby z niskim wykształceniem definiuje się jako osoby, które nie ukończyły szkoły średniej (ISCED 0-2).

Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat (dane za 2016 r.).

1: Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020.

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów, ale liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych rośnie

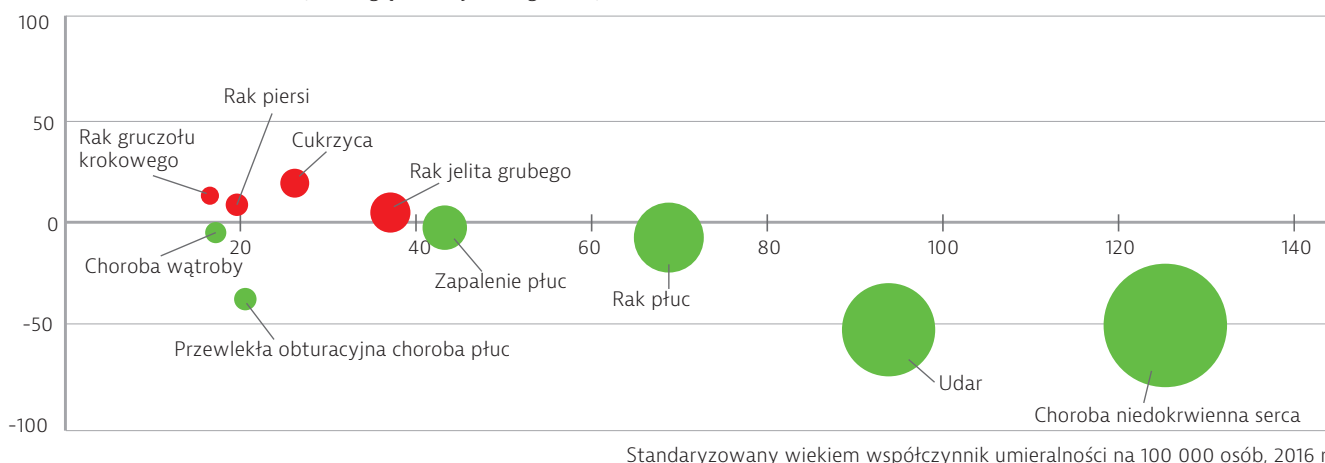
Wydłużenie średniego dalszego trwania życia od 2000 r. można w dużej mierze przypisać zmniejszeniu umieralności z powodu chorób układu krążenia, głównie choroby niedokrwiennej serca i udarów (rys. 3). Umieralność z powodu chorób niedokrwiennej serca spadła o połowę w latach 2000–2016, częściowo z powodu zmniejszenia istotnych czynników ryzyka takich jak palenie tytoniu (zob. sekcja 3), ale także dzięki efektywniejszej opiece medycznej (zob. sekcja 5.1). Choroby niedokrwienne serca pozostają

jednak główną przyczyną zgonów w 2016 r., stanowiąc przyczynę 10% wszystkich zgonów (w porównaniu z 12% w UE). Udary spowodowały 8% zgonów zarówno w Polsce, jak i UE, jednak inne choroby układu krążenia częściej prowadziły do zgonu w Polsce – 45% w porównaniu z UE 36% w 2016 r.

W 2016 r. choroby nowotworowe były przyczyną 24% wszystkich zgonów, co jest zbliżone do średniej UE wynoszącej 26%. Rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem. Wskaźnik umieralności zmniejszył się w jego przypadku o 8% od 2000 r., głównie z powodu zmniejszenia spożycia wyrobów tytoniowych. W tym samym okresie wzrósł natomiast wskaźnik umieralności z powodu nowotworów: gruczołu krokowego, piersi i jelita grubego.

Rys. 3: Wskaźnik umieralności z powodu chorób układu krążenia znacznie spadł od 2000 r.

zmiana % w latach 2000–2016 (lub względem najbliższego roku)



Standaryzowany wiekiem współczynnik umieralności na 100 000 osób, 2016 r.

Uwaga: wielkość okręgów jest proporcjonalna do wskaźników umieralności w 2016 r.
Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat.

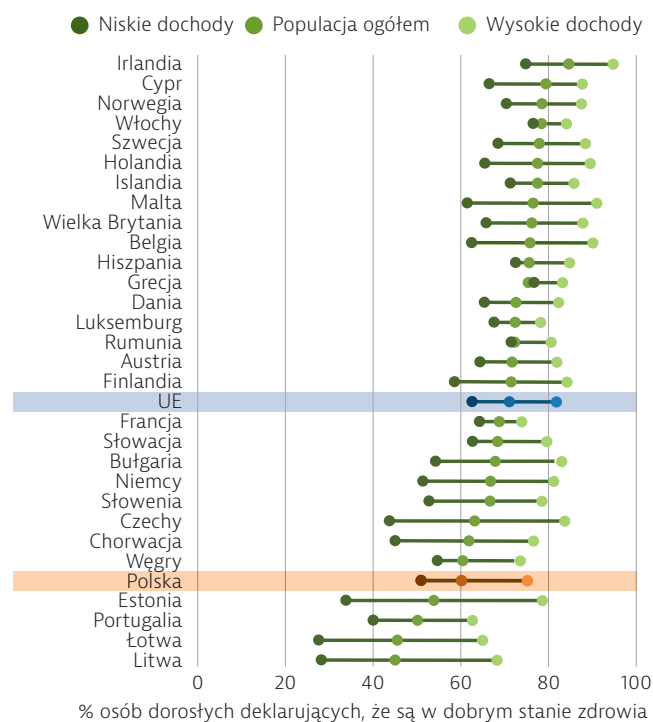
Dobry stan zdrowia deklaruje mniej Polaków niż obywateli w większości państw UE

W 2017 r. ponad połowa polskiej populacji (59%) oceniła swój stan zdrowia jako dobry, w porównaniu z dwiema trzeciami populacji UE (rys. 4). Wskaźnik ten był znacznie niższy wśród osób uboższych (50% w przypadku osób w najniższym kwintyle dochodów w porównaniu z 74% w przypadku osób w najwyższym kwintyle dochodów), a także zmniejszał się wraz z wiekiem. Tylko około jednej piątej Polaków w wieku powyżej 65 lat deklaruowała bardzo dobry lub dobry stan zdrowia (ponad dwie piąte w UE), w porównaniu z ponad dwiema trzeciami ludności w wieku produkcyjnym (blisko 80% w UE).

Przez prawie połowę swojego życia po ukończeniu 65. roku życia Polacy cierpią na choroby przewlekłe i niepełnosprawność

W 2017 r. Polacy w wieku 65 lat mogli oczekiwać dodatkowych 18,3 lat życia. Mimo że było to o dwa i pół roku dłużej niż w 2000 r., to nie udało osiągnąć się średniej UE wynoszącej 19,9 lat. Zróżnicowanie sytuacji kobiet i mężczyzn pod względem średniego dalszego trwania życia w wieku 65 lat wynosi 4,3 lata więcej w przypadku kobiet (20,2 lat dla kobiet w porównaniu z 15,9 lat dla mężczyzn). Jeżeli chodzi o długość życia w zdrowiu, sytuacja kobiet i

Rys. 4. Zróżnicowanie zgłaszanego stanu zdrowia według poziomu dochodów jest w Polsce znaczne



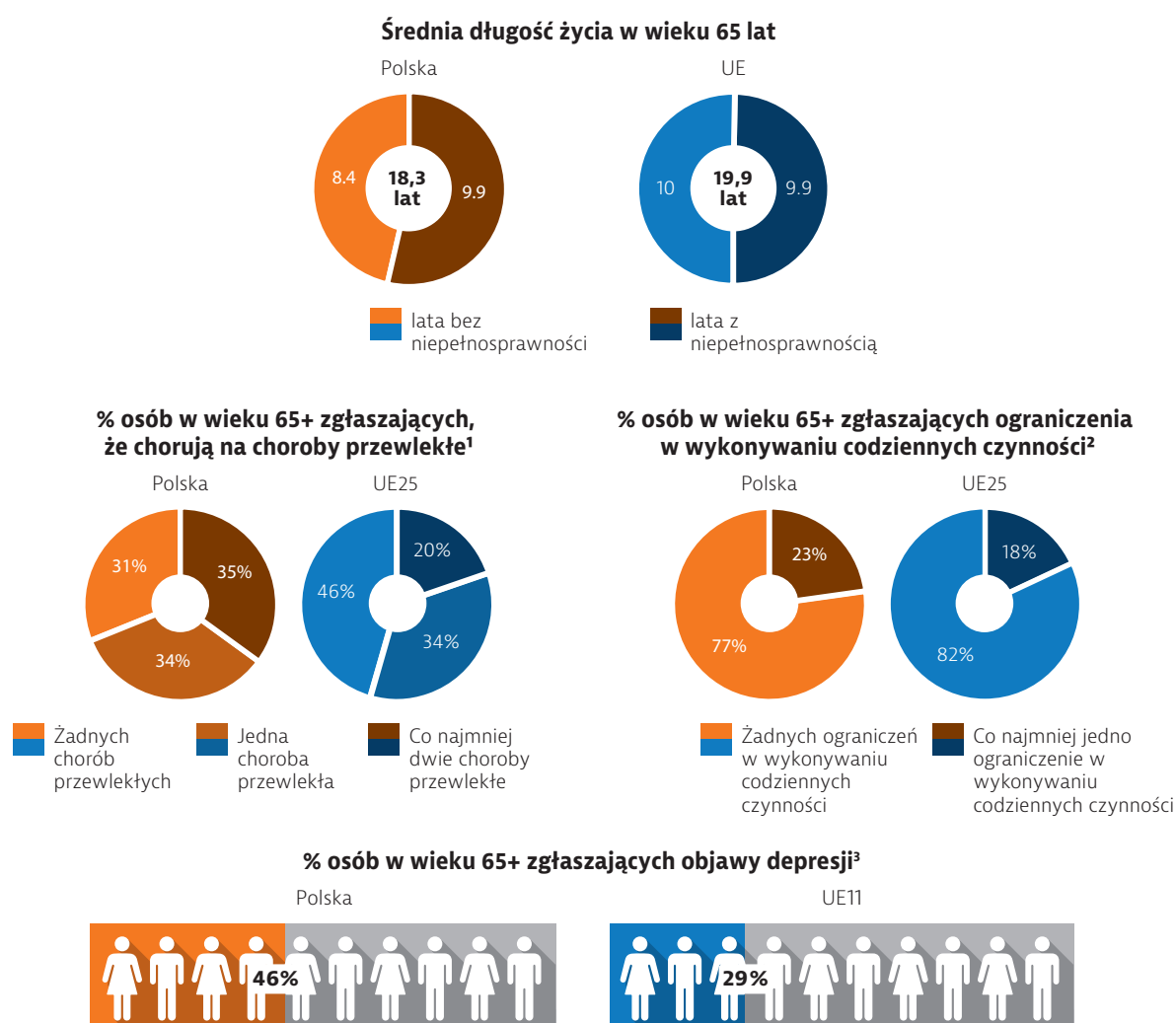
Uwaga: 1. Udział ludności ogółem i ludności o niskich dochodach jest mniej więcej taki sam. Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat w oparciu o EU-SILC (dane za 2017 r.).

mężczyzn nie różni się zbytnio², ze względu na to, że kobiety po 65 roku życia przez większą część swojego dalszego życia cierpią na różne choroby przewlekłe lub z powodu niepełnosprawności.

Ogólnie rzecz ujmując, przeciętnie człowiek w wieku 65 lat mieszkający w Polsce może spodziewać się, że przez nieco ponad połowę pozostałych lat życia będzie borykać się z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, co jest zbliżone do średniej UE (rys. 5). Około dwóch trzecich dorosłych w wieku 65 lat i starszych deklaruje, że cierpi na przynajmniej jedną chorobę przewlekłą, a połowa ze cierpi na co najmniej dwie choroby przewlekłe. Takie

problemy zdrowotne mogą prowadzić do niepełnosprawności funkcjonalnych: prawie jedna czwarta ludności polskiej w wieku powyżej 65. roku życia deklaruje ograniczenia w podstawowych czynnościach życia codziennego (takich jak kąpiel, ubieranie się lub wstawanie z łóżka), jest to o 5 punktów procentowych więcej niż średnia UE. Szczególnie należy zwrócić uwagę na fakt, że 46% Polaków w wieku 65 lat i starszych deklaruje objawy depresji, w porównaniu ze średnią 29% w państwach UE. Wydaje się, że problem ten dotyka przede wszystkim starszych kobiet – występowanie objawów depresji deklaruje 53% kobiet, co stanowi najwyższy odsetek wśród państw UE informujących o tym problemie. (średnia UE: 36%).

Rys. 5. Prawie połowa starszych Polaków deklaruje występowanie objawów depresji



Uwaga: 1. Choroby przewlekłe obejmują zawał serca, udar, cukrzycę, chorobę Parkinsona, chorobę Alzheimera, reumatoidalne zapalenie stawów i chorobę zwyrodnieniową stawów. 2. Podstawowe codzienne czynności obejmują ubieranie się, przejście na drugą stronę pokoju, kąpiel lub prysznic, jedzenie, kładzenie się do łóżka lub wstawanie z niego oraz korzystanie z toalety. 3. Uznaje się, że osoby mają objawy depresji, jeżeli zgłoszą co najmniej trzy objawy depresji (spośród 12 możliwości).

Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat dotycząca średniego dalszego trwania życia i lat zdrowego życia (dane za 2017 r.); badanie SHARE dla innych wskaźników (dane za 2017 r.).

2: Wskaźnik „długość życia w zdrowiu” służy do zmierzenia przewidywanej liczby lat, jaką ludzie w różnym wieku mogą przeżyć bez niepełnosprawności.

3 Czynniki ryzyka

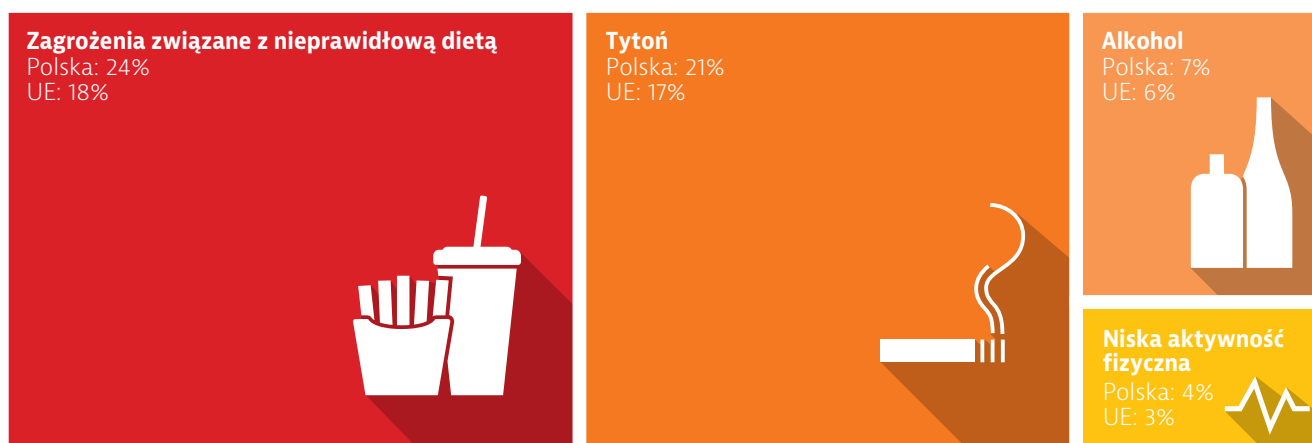
Behawioralne czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów

Szacuje się, że niemal połowę (47%) wszystkich zgonów w Polsce można przypisać behawioralnym czynnikom ryzyka, w tym nieprawidłowej diecie, paleniu tytoniu, spożywaniu alkoholu i niskiej aktywności fizycznej (rys. 6). Odsetek ten jest wyższy niż średnia unijna wynosząca 39%. Jedną czwartą wszystkich zgonów w 2017 r. można przypisać zagrożeniom związanym z nieprawidłową dietą, w tym niskiemu spożyciu owoców i warzyw oraz wysokiemu poziomowi spożycia soli i cukru. Szacuje się, że spożycie tytoniu, w tym bezpośrednie i bierne palenie tytoniu,

odpowiada za 21% wszystkich zgonów; około 7% zgonów można przypisać spożyciu alkoholu, a około 4% zgonów związanych jest z niską aktywnością fizyczną (rys. 6).

Ustawa o zdrowiu publicznym z 2015 r. przeniosła strategiczny punkt ciężkości Narodowego Programu Zdrowia z identyfikacji i skupiania się na kluczowych chorobach (takich jak choroby układu krążenia i nowotwory) na styl życia i czynniki ryzyka w szerszym znaczeniu (takie jak złe odżywianie i brak aktywności fizycznej) (zob. sekcja 5.1). Ta uzasadniona zmiana w dziedzinie zdrowia publicznego, nie znalazła jednak jeszcze odzwierciedlenia w tendencjach dotyczących umieralności.

Rys. 6. Nieodpowiednia dieta i tytoń napędzają wskaźniki umieralności w Polsce



Uwaga: całkowita liczba zgonów związanych z tymi czynnikami ryzyka (190 000) jest niższa niż suma zgonów rozpatrywanych indywidualnie (220 000), ponieważ ten sam zgon może być spowodowany więcej niż jednym czynnikiem. Zagrożenia związane z nieprawidłową dietą obejmują 14 elementów, takich jak niskie spożycie owoców i warzyw oraz wysokie spożycie soli i napojów słodzonych cukrem.
Źródło: IHME (2018), „Global Health Data Exchange” (dane szacunkowe za 2017 r.).

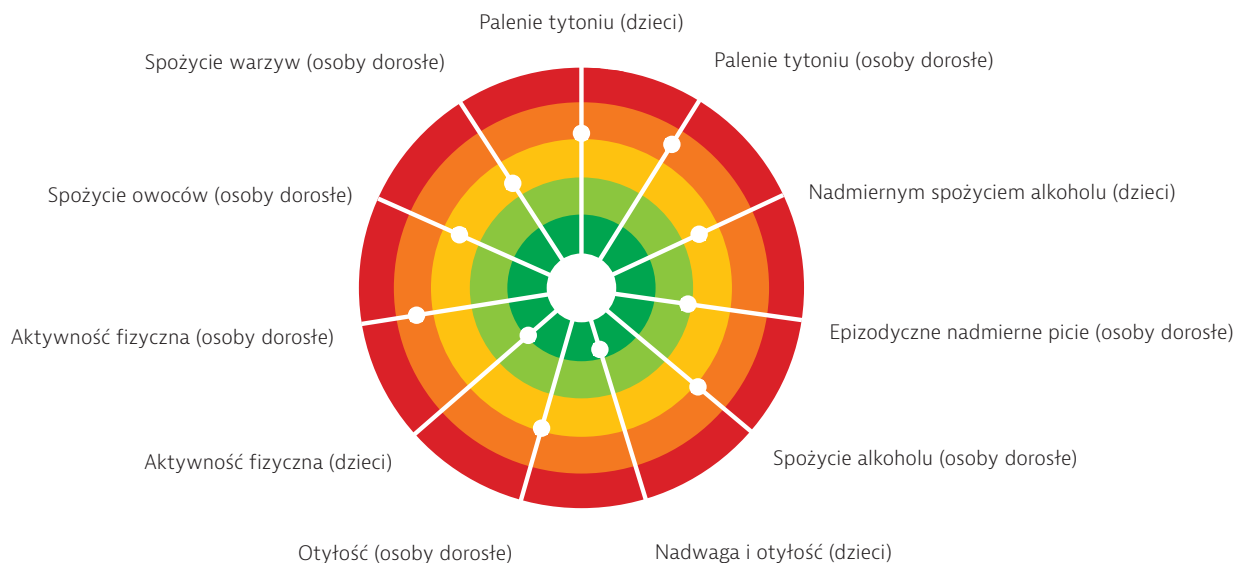
Niezdrowa dieta i niska aktywność fizyczna jako przyczyny wysokiego wskaźnika otyłości

Okolo 17% osób dorosłych w Polsce cierpi na otyłość, a odsetek ten nieco przewyższa średnią UE wynoszącą 15%. Odsetek ten wzrósł o około jedną trzecią w ciągu ostatnich dziesięciu lat. Tendencje do nadwagi i otyłości wzrosły również wśród dzieci. Podczas gdy zgłaszany samodzielnie wskaźnik nadwagi i otyłości wśród 15-latków w Polsce nadal plasuje się poniżej średniej UE (15% w porównaniu z 17%), to jednak w ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci znacznie się on podwyższył. Nieodpowiednia dieta i niska aktywność fizyczna przyczyniają się do wzrostu tych tendencji. Dwie piąte dorosłych (42%) przyznaje, że nie spożywa owoców codziennie, a podobny odsetek osób przyznaje, że nie spożywa nawet jednej porcji warzyw dziennie (rys. 7). Tylko trzech na pięciu dorosłych, zatem poniżej średniej UE, zgłosiło, że uprawia przynajmniej umiarkowaną aktywność fizyczną w tygodniu.

Wskaźnik palenia tytoniu spadł w ciągu ostatniej dekady, ale utrzymuje się powyżej średniej UE

Palenie tytoniu jest problemem zdrowia publicznego w Polsce, szczególnie wśród mężczyzn. Mimo że odsetek osób palących zmalał od 2000 r., to jednak w 2014 r. codziennie paliło tytoń 23% dorosłych, czyli więcej niż średnio w UE (19%). Wskaźniki palenia tytoniu są znacznie wyższe w przypadku mężczyzn niż kobiet; codziennie po papierosa sięga trzech na dziesięciu mężczyzn, zaś kobiet mniej niż dwie na dziesięć. Regularne palenie wśród nastolatków także jest stosunkowo wysokie. Wskaźnik ten jednak tylko nieznacznie przewyższa średnią UE, przy czym jedna czwarta osób w wieku 15–16 lat zgłosiła, że paliła w ciągu ostatniego miesiąca w 2015 r. W ciągu ostatnich 10 lat wskaźniki dotyczące palenia tytoniu spadły znacznie bardziej w przypadku chłopców (o 11 punktów procentowych) niż dziewcząt (o 2 punkty procentowe).

Rys. 7. Otyłość, palenie i nadmierne spożycie alkoholu to główne problemy w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce



Uwaga: im bliżej środka znajduje się kropka, tym lepsze są wyniki państwa w porównaniu z pozostałymi państwami UE. Żadne z państw nie znajduje się w białym „obszarze docelowym”, gdyż we wszystkich państwach i we wszystkich obszarach istnieją możliwości poprawy.

Źródło: obliczenia OECD oparte na badaniu ESPAD z 2015 r. i przeprowadzonym w latach 2013–2014 badaniu HBSC dotyczącym wskaźników odnoszących się do dzieci; oraz EU-SILC z 2017 r. i EHIS z 2014 r. oraz danych statystycznych OECD z 2019 r. na temat zdrowia dotyczących wskaźników odnoszących się do dorosłych.

Całkowite spożycie alkoholu jest wyższe niż w UE i wzrosło w ostatnich latach

W 2014 r. więcej niż jedna na sześć osób dorosłych zgłosiła duże spożycie alkoholu przynajmniej raz w miesiącu, co jest wartością niższą niż średnia UE (17% w porównaniu z 20%). Całkowite spożycie alkoholu w populacji jest jednak wyższe od średniej UE i w ciągu ostatnich 15 lat wzrosło, podczas gdy w całej UE spadło. Niepokoi również spożycie alkoholu przez nastolatków. W 2015 r. jedna trzecia nastolatków w wieku 15–16 lat w Polsce zgłosiła co najmniej jeden przypadek epizodycznego nadmiernego picia³ w ciągu ostatniego miesiąca.

Nierówności pod względem występowania czynników ryzyka mają istotny wpływ na stan zdrowia

Wiele behawioralnych czynników ryzyka w Polsce, takich jak palenie tytoniu i otyłość, występuje częściej wśród osób o niższym wykształceniu lub dochodzie. W 2014 r. prawie co piąta osoba dorosła (19%), która nie ukończyła szkoły średniej, paliła codziennie, w porównaniu z zaledwie 12% osób z wykształceniem wyższym. W grupach o różnych dochodach różnica ta jest jeszcze wyższa – 31% osób w najniższym kwintylu dochodów to palacze w porównaniu z 18% osób w najwyższym kwintylu dochodów. Podobny wzorec pojawia się w przypadku wskaźników otyłości: w 2014 r. 18% osób bez wykształcenia średniego było otyłych, w porównaniu z 10% osób z wyższym wykształceniem. Wymienione różnice w występowaniu czynników ryzyka istotnie przyczyniają się do nierówności w zdrowiu i średniego dalszego trwania życia, przy czym różnice w średnim dalszym trwaniu życia pomiędzy grupami społecznymi sięgają 16 lat (Wojtyński i Goryński, 2018). Zróżnicowanie geograficzne średniego dalszego trwania życia (do 5%) i wskaźników umieralności (do 20%) można również zaobserwować w poszczególnych województwach, przy czym najgorsze wyniki odnotowano w województwie łódzkim. Zmniejszenie nierówności zdrowotnych pod względem geograficznym jest jednym z celów zawartych w rządowym dokumencie strategicznym dotyczącym polityki zdrowotnej na lata 2014–2020⁴, a realizowane dotychczas działania obejmują inwestycje infrastrukturalne, przy wsparciu ze środków UE, zwłaszcza w regionach wschodnich.

3: Epizodyczne nadmierne picie definiuje się jako spożycie co najmniej sześciu porcji, a w przypadku dzieci pięciu porcji napojów alkoholowych przy jednej okazji.
4: Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020.

4 System ochrony zdrowia

Zarządzanie w ochronie zdrowia ma charakter fragmentaryczny

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ministerstwo Zdrowia dzieli zarządzanie ochroną zdrowia i odpowiedzialność za nią z trzema szczeblami samorządu terytorialnego: gminy odpowiadają za podstawową opiekę zdrowotną (POZ), powiaty są odpowiedzialne za szpitale I stopnia referencyjnego, a województwa za szpitale wojewódzkie (II stopień referencyjności). Ministerstwo Zdrowia jest założycielem narodowych instytutów zdrowia i sprawuje nadzór nad szpitalami klinicznymi dla których organem tworzącym jest uniwersytet medyczny. Prywatne placówki świadczą głównie opiekę ambulatoryjną, podczas gdy większość szpitali to szpitale publiczne. Ta różnorodność kompetencji stanowi poważne wyzwanie dla skutecznej koordynacji działań w całym systemie ochrony zdrowia (zob. sekcja 5.3).

Począwszy od lat 2003–2004 Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest jedynym nabywcą świadczeń w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, działając za pośrednictwem 16 oddziałów wojewódzkich, które kontraktują świadczenia zdrowotne w poszczególnych województwach. W ostatnich latach wpływ NFZ na zawieranie umów został nieco osłabiony przez rosnącą rolę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która w 2015 r. stała się odpowiedzialna za taryfikację usług zdrowotnych świadczonych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oraz wprowadzenie „sieci szpitali” (ramka 1).

Pomimo wsparcia z funduszy europejskich wydatki na opiekę zdrowotną pozostają stosunkowo niskie

Udział PKB, jaki Polska przeznaczona na ochronę zdrowia, jest znacznie niższy niż średnia UE (9,8%). W 2017 r. na zdrowie przeznaczono jedynie 6,5% PKB. W przeliczeniu na osobę wydatki na ochronę zdrowia wyniosły 1507 EUR (dostosowane do różnic w sile nabywczej), co stanowi szósty najniższy wynik w UE (rys. 8). Większość wydatków na ochronę zdrowia jest finansowana ze składek na ubezpieczenie zdrowotne poprzez podatek od wynagrodzeń przeznaczony na ten cel. Ogólnie rzecz biorąc, udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2016 r. wyniósł około 70%, czyli poniżej średniej UE, wynoszącej 79%. Świadczenia zdrowotne nierfundowane stanowiły 23% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, przy czym większość tych wydatków przeznaczono na leki apteczne (zob. sekcja 5.2). Około 6% wydatków na ochronę zdrowia przeznaczona się na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne.

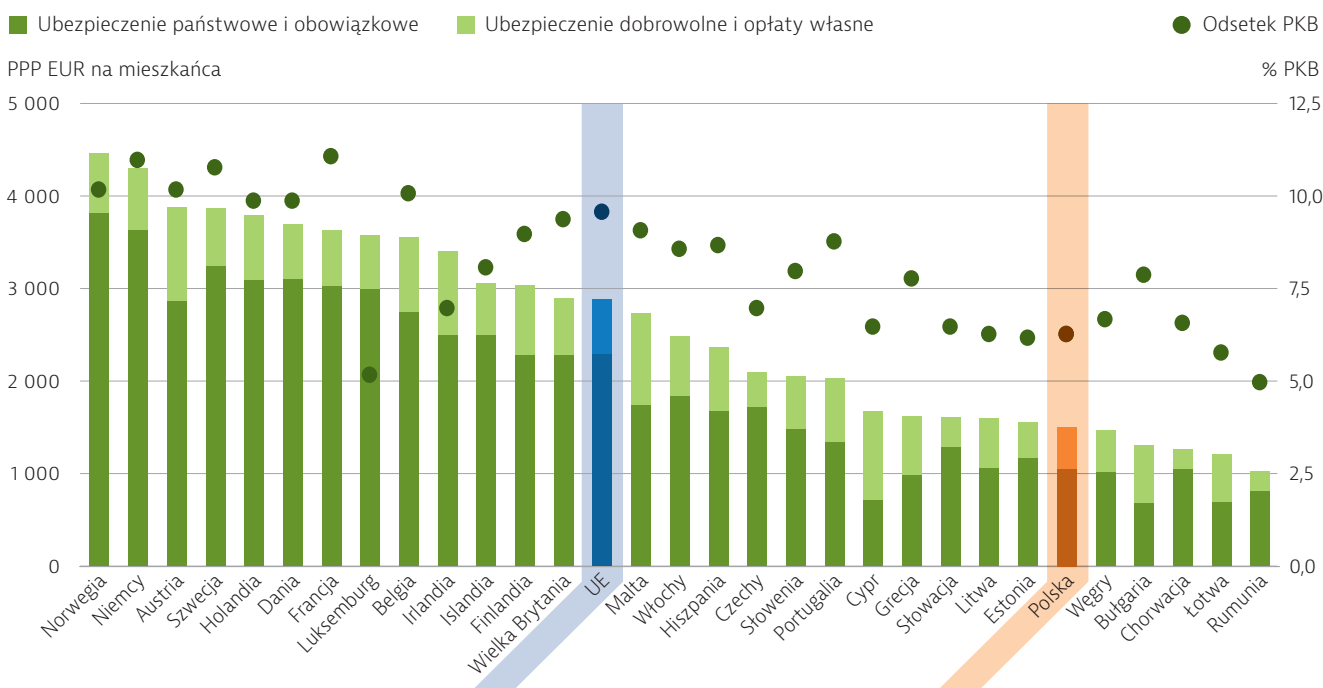
Wsparcie finansowe z europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych jest ważnym źródłem zewnętrznego finansowania systemu ochrony zdrowia. W okresie finansowania 2014–2020 Polsce przyznano około 2,8 mld EUR na programy zdrowia publicznego, opracowanie rozwiązań w zakresie e-zdrowia i poprawę jakości opieki. Od 2016 r. plany nowych inwestycji wymagających współfinansowania publicznego, w tym ze środków UE, muszą zostać poddane formalnej ocenie w celu zagwarantowania, że są opłacalne i odzwierciedlają lokalne potrzeby (zob. sekcja 5.3). Cele te zostały niedawno uznane za priorytetowe na szczeblu UE, a w wypracowanych dokumentach podkreślono, że należy zająć się problemem nieefektywności wydatków oraz że inwestycje w ochronę zdrowia powinny uwzględniać różnice regionalne (Komisja Europejska, 2019a; Rada Unii Europejskiej, 2019 r.).

Ramka 1. Polska zintensyfikowała koordynację opieki w ostatnich latach

Istnieją już liczne programy mające na celu poprawę koordynacji opieki nad określonymi schorzeniami lub grupami populacji takimi jak np. pacjenci chorzy na nowotwory złośliwe, a nowe programy są w fazie pilotażowej, np. w zakresie opieki psychiatrycznej, czy POZ plus. Dla koordynacji opieki świadczonej przez różnych świadczeniodawców wprowadzono zachęty finansowe (poprzez płacenie za wyniki i preferencyjne traktowanie w procesie zawierania umów). W 2017 r. wprowadzono przepisy służące wzmocnieniu koordynacji POZ poprzez ustanowienie wielodyscyplinarnych zespołów mających za zadanie koordynację ścieżek opieki nad pacjentem, w tym leczenia szpitalnego i rehabilitacji. Koordynacja opieki obejmuje również działania w obszarach promocji zdrowia i profilaktyki. Model ten jest w fazie pilotażowej a od końca 2020 r. wprowadzone zostaną elementy płatności za wyniki.



Rys. 8. Polska wydaje na zdrowie na osobę około połowy średniej UE



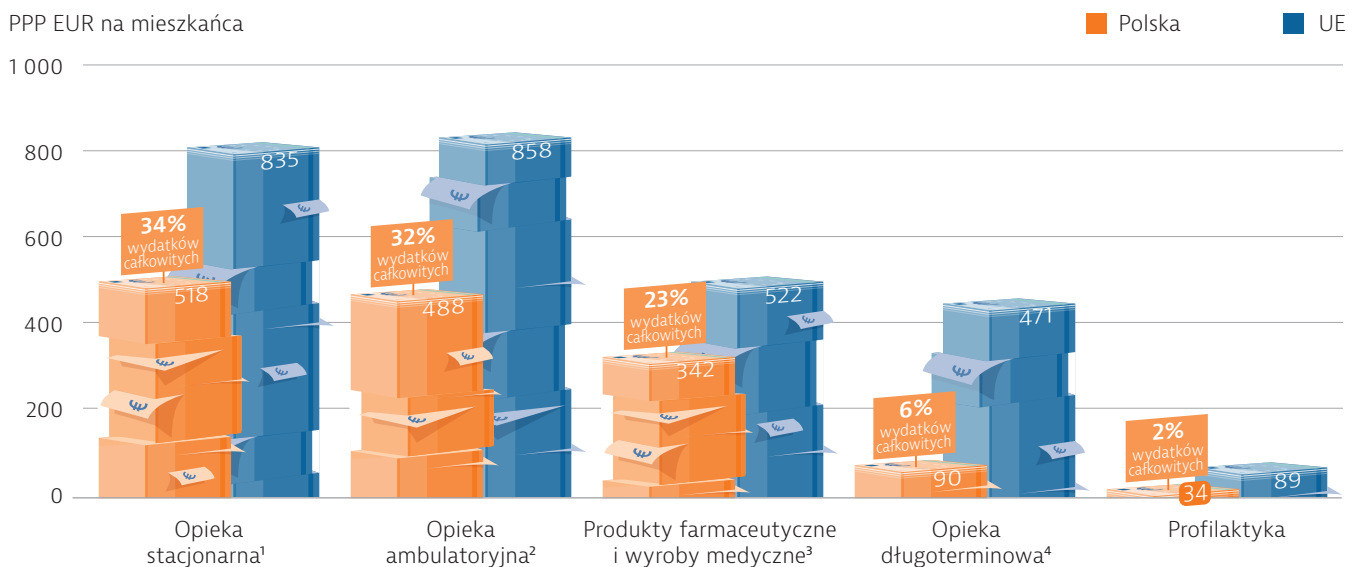
Źródło: statystyki OECD dotyczące zdrowia z 2019 r. (dane za 2017 r.).

Większość wydatków przypada na leczenie stacjonarne

W 2017 r. ponad jedną trzecią (34%) wydatków na ochronę zdrowia przeznaczono na opiekę stacjonarną, co stanowi trzecią najwyższą pozycję w UE, po Grecji i Rumunii. Na przestrzeni lat wydatki na leczenie stacjonarne utrzymywały się na stabilnym poziomie, co wskazuje na niepowodzenie wysiłków na rzecz przeniesienia prostszych przypadków chorobowych na poziom opieki ambulatoryjnej (wymagających mniejszych nakładów). Zmiany

wprowadzone w ramach „sieci szpitali” powinny zwiększyć skalę świadczenia opieki ambulatoryjnej w szpitalnych izbach przyjęć (ramka 1). W przeliczeniu na mieszkańca wydatki na opiekę stacjonarną i ambulatoryjną są poniżej średniej UE (rys. 9). Wydatki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na mieszkańca są również bardzo niskie i stanowią 6% wydatków bieżących (średnia UE powyżej 16%), co plasuje Polskę wśród dziesięciu państw o najniższych wydatkach w UE.

Rys. 9. Wydatki na opiekę stacjonarną są stosunkowo wysokie pomimo wysiłków na rzecz wzmocnienia opieki ambulatoryjnej



Uwaga: nie uwzględniono kosztów administracyjnych. 1. Obejmuje opiekę medyczno-rehabilitacyjną w szpitalu i innych placówkach; 2. Obejmuje opiekę domową; 3. Obejmuje jedynie rynek leczenia ambulatoryjnego; 4. Obejmuje jedynie część dotyczącą zdrowia.

Źródło: statystyki OECD z 2019 r. dotyczące zdrowia; baza danych prowadzona przez Eurostat (dane za 2017 r.).

System opieki zdrowotnej jest nadmiernie skoncentrowany na opiece szpitalnej

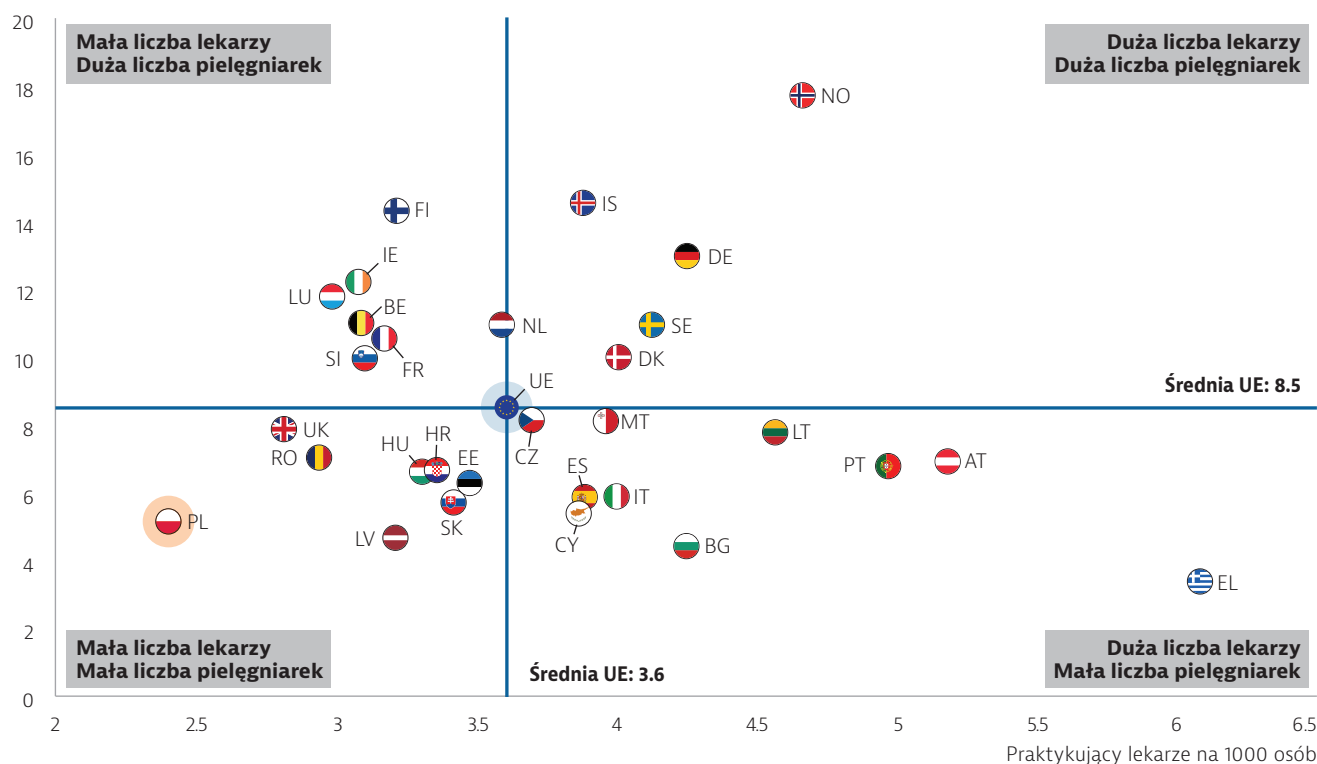
Polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się dużym brakiem równowagi pod względem świadczenia usług, zbyt rozbudowaną infrastrukturą w sektorze szpitalnym, niedostatecznym zapewnieniem opieki ambulatoryjnej (w tym słabym dostępem do diagnostyki) i opieki długoterminowej oraz słabą koordynacją pomiędzy opieką stacjonarną i ambulatoryjną. Liczba łóżek szpitalnych jest wysoka – w 2017 r. na 1000 mieszkańców przypadało 6,6 łóżka, podczas gdy średnia UE wynosi 5,0, jednak ich dostępność na terenie kraju jest nierównomierna. Przyczynia się to do powstawania nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych (zob. sekcja 5.2). Brak inicjatyw na rzecz zmniejszenia liczby łóżek wynika częściowo z bardzo rozdrobnionego charakteru własności szpitali.

Polska stoi w obliczu poważnego niedoboru pracowników medycznych

Planowanie strategiczne dotyczące pracowników ochrony zdrowia w Polsce nadal nie jest dobrze rozwinięte⁵, co prowadzi do niedoboru kadr medycznych i trudności w dostępie do usług zdrowotnych (zob. sekcja 5.2). Niedobór sektorowych pracowników stał się jeszcze bardziej dotkliwy od czasu przystąpienia Polski do UE w 2004 r., gdyż ułatwiło to ich duży odpływ z kraju. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców (2,4) jest najniższa spośród wszystkich państw UE. Struktura wieku lekarzy pogłębia obawy o ich przyszłą podaż, ponieważ około jedna czwarta praktykujących lekarzy już przekroczyła wiek emerytalny – w przypadku niektórych specjalności, takich jak chirurgia ogólna, udział ten wynosi prawie 40%. Liczba pielęgniarek (5,1 na 1000 mieszkańców) również należy do najniższych w UE (rys. 10).

Rys. 10. Liczba praktykujących lekarzy i pielęgniarek w Polsce należy do najniższych w UE

Praktykujące pielęgniarki na 1000 osób



Uwaga: w przypadku Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, czego skutkiem jest znaczne przeszacowanie liczby praktykujących lekarzy (np. o ok. 30% w przypadku Portugalii). W przypadku Austrii i Grecji liczba pielęgniarek jest niedoszacowana, gdyż obejmuje wyłącznie pielęgniarki pracujące w szpitalach.

Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat (dane za 2017 r. lub za najbliższy rok).

Brak lekarzy stanowi poważne wyzwanie dla świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej

Lekarze POZ zasadniczo pełnią rolę strażników w dostępie do opieki specjalistycznej, z pewnymi wyjątkami. Skierowanie od lekarza POZ nie jest wymagane do ginekologa, położnika, onkologa i psychiatry. Medycyna rodzinna nie jest popularną specjalizacją w Polsce, a liczba lekarzy POZ jako odsetek wszystkich lekarzy jest drugą

najniższą w UE (9% w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 23%). Aby zrównoważyć negatywne konsekwencje tego niedoboru, Polska zezwala internistom i pediatrom na pracę w placówkach POZ.

⁵ Jednym z niedawnych wyjątków jest opublikowana pod koniec 2017 r. strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa.

5 Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

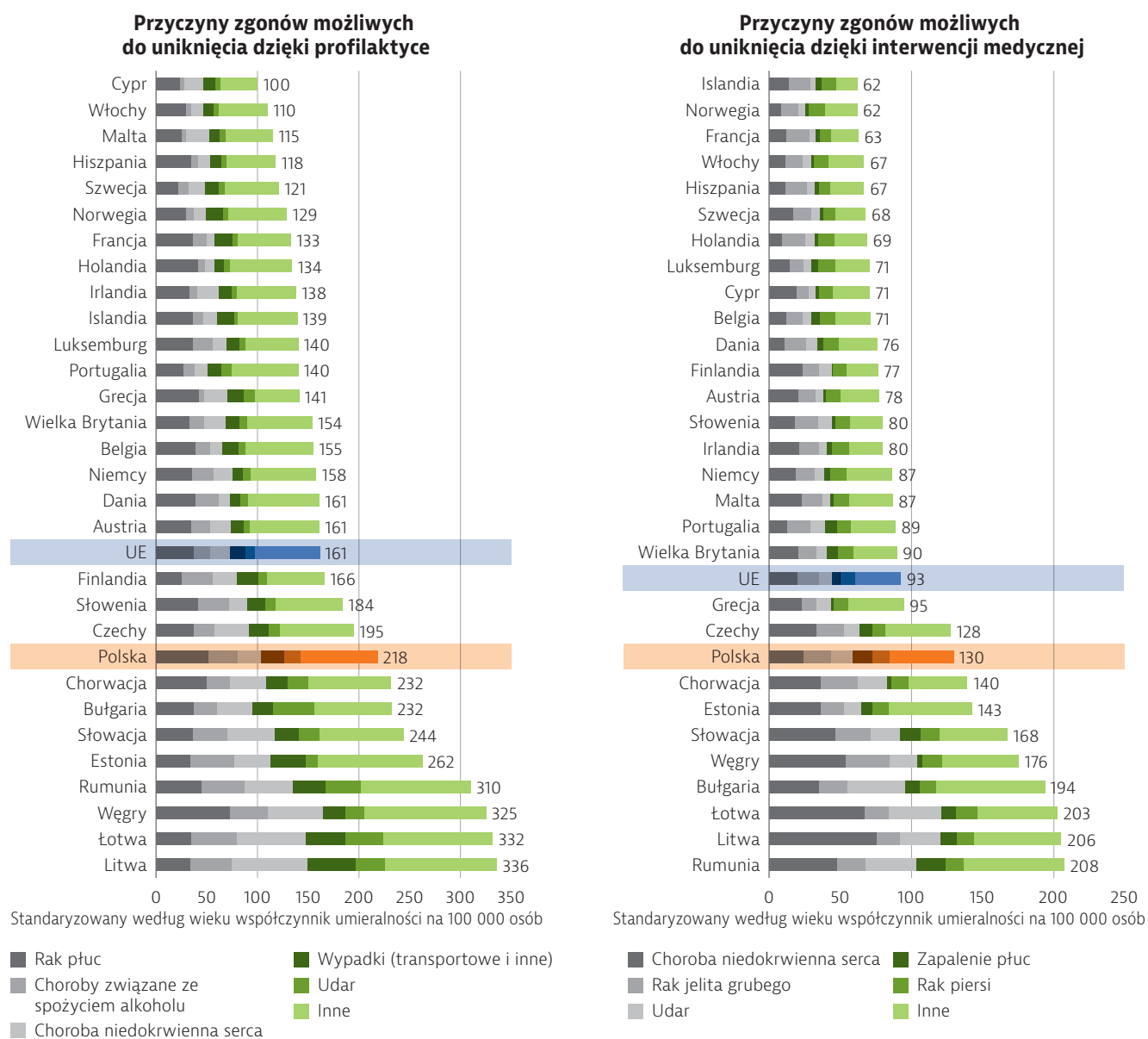
5.1 Skuteczność

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce spadła, ale pozostaje wyższa niż średnia UE

Mimo że wskaźnik liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce zmniejszył się o około 10% w latach 2011–2016, nadal jest on wyższy niż w większości państw

członkowskich UE, przekraczając średnią UE o ponad jedną trzecią (rys. 11). Wydatki na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom są niskie: są one na poziomie średniej UE, gdy mierzy się je jako udział w bieżących wydatkach na ochronę zdrowia, ale wydatki na osobę na opiekę profilaktyczną w Polsce wynoszą mniej niż połowę średniej UE (34 EUR w porównaniu z 89 EUR). W ramach krajowego audytu działań profilaktycznych przeprowadzonego w latach 2012–2015 potwierdzono, że środki finansowe na profilaktykę były niewystarczające i niewłaściwie przydzielone (NIK, 2017).

Rys. 11. Umieralność z przyczyn możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce i interwencji medycznej jest wyższa niż średnia UE



Uwaga: zgony możliwe do uniknięcia dzięki profilaktyce definiuje się jako zgony, których można uniknąć głównie poprzez działania w zakresie zdrowia publicznego, jak i profilaktyki podstawowej. Zgony możliwe do uniknięcia dzięki interwencji medycznej definiuje się jako zgony, których można uniknąć głównie poprzez działania w zakresie opieki zdrowotnej, w tym badania przesiewowe i leczenie. Oba wskaźniki odnoszą się do przedwczesnej umieralności (przed ukończeniem 75. roku życia). Dane opierają się na zmienionych wykazach OECD/Eurostatu.

Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat (dane za 2016 r.).

Polityka ograniczania palenia tytoniu mogłaby być wzmocniona

Palenie tytoniu uznaje się za poważny problem w dziedzinie zdrowia publicznego. Jest on przedmiotem specjalnych programów krajowych i prawodawstwa. Politykę antynikotynową po raz pierwszy wprowadzono w latach 90-tych XX wieku i obejmuje ona zakaz palenia w znajdujących się wewnątrz budynków miejscach publicznych i miejscach pracy, w tym (od 2010 r.) w restauracjach. W Polsce obowiązuje prawie całkowity zakaz reklamy i promocji tytoniu. Istniejące zakazy nie zawsze są jednak przestrzegane, a ceny papierosów należą do najniższych w Europie. Dostęp do leczenia wspierającego walkę z nałogiem palenia (w tym leczenia farmakologicznego) jest ograniczony i nie istnieje ogólny krajowy system wspierania walki z nałogiem palenia.

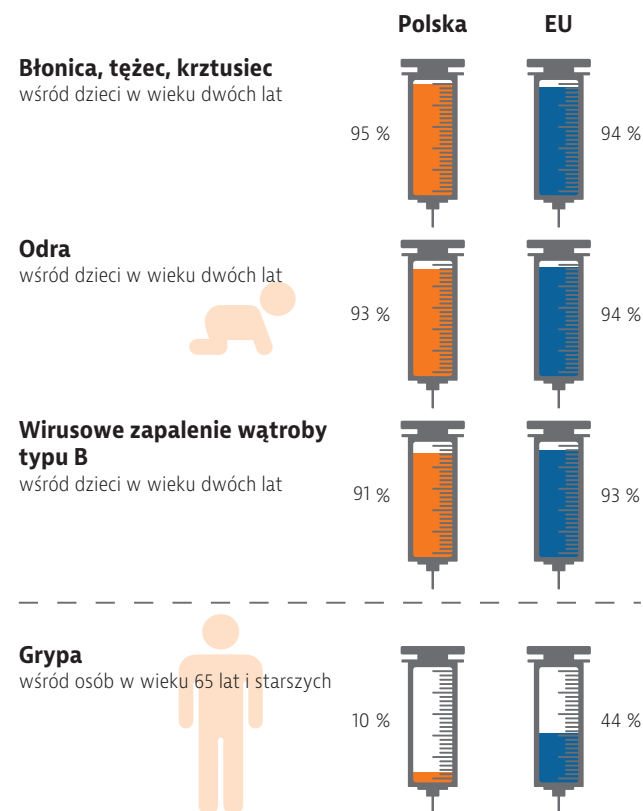
Działania mające na celu walkę z otyłością muszą jeszcze zyskać na znaczeniu

Coraz częstsze występowanie otyłości w Polsce jest w dużej mierze bagatelizowane jako kwestia zdrowia publicznego przez środowisko medyczne i polityczne (Brzeziński, Metelska i Sutkowska, 2019). Podczas gdy pierwszy program krajowy poświęcony profilaktyce otyłości wprowadzono w 2006 r., związane z nim działania nie przyniosły wymiernych rezultatów w walce z rosnącą zachorowalnością na otyłość. Niewiele uwagi poświęcono dotychczas narzędziom politycznym, takim jak zmiany legislacyjne, zakazy wprowadzania do obrotu czy instrumenty fiskalne, np. podatki lub dotacje. Jednym z wyjątków jest wprowadzony w 2015 r. zakaz sprzedaży w szkołach produktów z dodatkiem cukru lub soli, białego pieczywa i kawy, niektórych napojów i żywności typu „fast food”. Kolejną ważną inicjatywą było ustanowienie (w 2017 r.) przez Narodowy Instytut Żywności i Żywienia specjalnego ośrodka promującego zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną wśród ludności.

Wskaźnik szczepień dzieci jest bardzo wysoki, jednak w ostatnich latach spadł

W Polsce dobrze funkcjonują programy szczepień obowiązkowych, a wskaźniki zaszczepienia dzieci są tradycyjnie wysokie. W ostatnich latach rośnie jednak niechęć do szczepień, a od 2010 r. odnotowuje się wyraźne spadki wskaźników wyszczepialności przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTP3) (-4%), odrze (-5%) i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (-7%). Z wyjątkiem DTP3 wskaźniki uodpornienia dzieci są obecnie poniżej średniej UE oraz poniżej celu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynoszącego 95%, wymaganego do uzyskania odporności zbiorowiskowej (rys. 12). Od połowy 2018 r. 50% kosztów szczepionek przeciwko grypie podlega refundacji na rzecz osób starszych, w wieku powyżej 65. roku życia, w nadziei na zwiększenie niskich wskaźników zaszczepienia w tej grupie wiekowej, będących obecnie poniżej średniej UE, a nawet jeszcze bardziej oddalonych od celu 75% ustanowionego przez WHO (Rechel, Richardson i McKee, 2018).

Rys. 12. Wskaźniki zaszczepienia są nadal wysokie w przypadku dzieci, ale pozostają stosunkowo niskie w przypadku osób starszych



Uwaga: dane dotyczą trzeciej dawki szczepionki przeciwko błonicy, tężcowi, krztuścowi i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz pierwszej dawki szczepionki przeciwko odrze.

Źródło: repozytorium danych Globalnego Obserwatorium Zdrowia WHO/UNICEF dotyczących dzieci (dane za 2018 r.); statystyki OECD z 2019 r. dotyczące zdrowia i informacje z bazy danych prowadzonej przez Eurostat dotyczące osób w wieku 65 lat i starszych (dane za 2017 r. lub najbliższy rok).

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej spada, jednak nadal pozostaje wysoka

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki terminowym i skutecznym interwencjom w zakresie opieki zdrowotnej zmalała w Polsce o ponad 10% w latach 2011–2016, lecz pozostaje znacznie wyższa niż średnia UE (rys. 11). Poprawa sytuacji w ciągu ostatnich dziesięciu lat prawdopodobnie częściowo wynika z inwestycji w opiekę kardiologiczną, przy czym wydatki NFZ na świadczenia kardiologiczne wzrosły ponad trzykrotnie w latach 2004–2014. Wskaźnik 30-dniowej umieralności osób przyjętych w związku z zawałem mięśnia sercowego jest niższy w porównaniu z innymi państwami w UE (7,7 na 100 000 mieszkańców w Polsce w porównaniu z 9,4 w UE) i stale zmniejsza się w ciągu ostatniej dekady, co wskazuje na poprawę jakości opieki doraźnej.

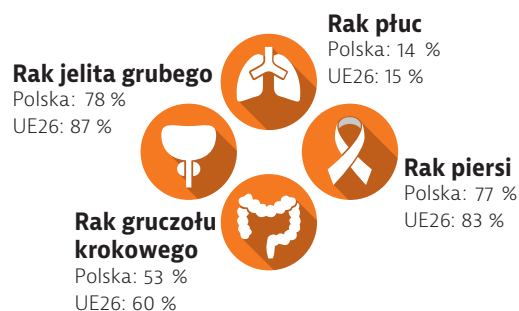
Badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych wprowadzono w 2006 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych i przyczyniły się one do poprawy wskaźników badań przesiewowych. Program zakończył się w 2015 r., ale został przedłużony na okres 2016–2024 w celu zmniejszenia różnicy we wskaźnikach 5-letnich przeżytych między Polską a UE. Krajowe programy

badania przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych obejmują obecnie badania przesiewowe dotyczące nowotworów: piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Niedawna kontrola wykazała, że wskaźniki uczestnictwa w tych programach były niskie (16%, 20% i 40% odpowiednich grup docelowych) oraz, że występowały różnice geograficzne w dostępie do badań przesiewowych (NIK, 2017).

Wskaźnik przeżyć w przypadku chorób nowotworowych poprawił się, ale nadal jest stosunkowo niski

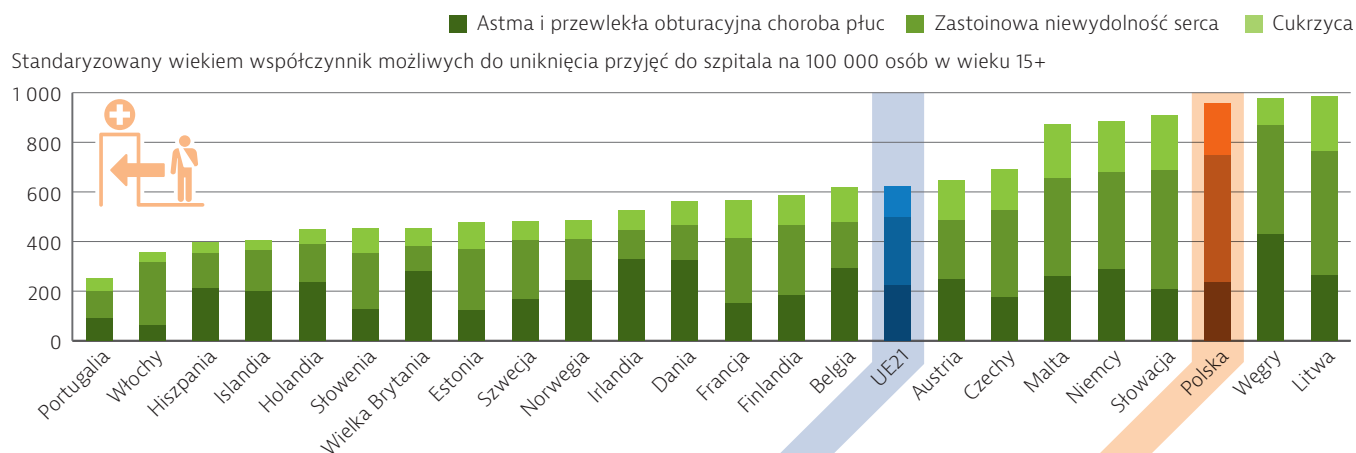
Chociaż wskaźniki przeżyć po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej wzrosły od 2000 r., pozostają one stosunkowo niskie (rys. 13), jednak umieralność z powodu niektórych nowotworów (jelita grubego, piersi i gruczołu krokowego) wzrosła w tym samym okresie. Chociaż wprowadzenie w 2015 r. szybkiej ścieżki onkologicznej poprawiło dostęp do wcześniejszego wykrywania choroby nowotworowej i szybszej opieki onkologicznej, to późna diagnostyka i długi czas oczekiwania na badania diagnostyczne odgrywają znaczącą rolę w niskim wskaźniku przeżyć w przypadku nowotworów w Polsce. Istnieje nadzieja, że wdrożenie Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2024, która w maju 2019 r. przyjęła postać ustawy, poprawi jakość i skuteczność opieki nad chorymi na nowotwory.

Rys. 13. Wskaźniki 5-letnich przeżyć po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej są niższe niż średnia UE



Uwaga: dane dotyczą osób zdiagnozowanych w latach 2010–2014.
Źródło: program CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Rys. 14. Dużej liczbie przyjęć do szpitala można zapobiec dzięki skuteczniejszej opiece podstawowej



Źródło: statystyki OECD z 2019 r. dotyczące zdrowia (dane za 2017 r. lub najbliższy rok).

6: Zmierzono zgodnie ze zdefiniowanymi dawkami dziennymi na 1000 mieszkańców na dzień.

Wskaźniki informują o obszarach, w których można podnieść jakość

Jakość opieki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjentów nie są regularnie poddawane ocenie w Polsce. Większość inicjatyw koncentrowała się dotychczas na opiece szpitalnej, ale nie są one kompleksowe. Na przykład, błędy medyczne rejestruje się głównie w akredytowanych szpitalach, przy czym akredytacja szpitali nie jest obowiązkowa i posiada ją tylko co piąty szpital. Poziom możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku schorzeń, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych, należy do najwyższych w Europie, i ukazuje braki w świadczeniu podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (zob. rys. 14 i sekcja 5.3). Odnotowano jednak poprawę w przypadku niektórych schorzeń wrażliwych na braki w POZ, takich jak astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), w przypadku których liczba przyjęć, których można było uniknąć, spadła o 36% w latach 2005–2016.

Innym obszarem troski jest antybiotykooporność. W Polsce spożycie antybiotyków⁶ jest znacznie wyższe niż średnia UE/Europejskiego Obszaru Gospodarczego, a odsetek izolatów *Klebsiella pneumoniae* wykazujących oporność na karbapenemy (silna ostatnia klasa antybiotyków do leczenia zakażeń bakteryjnych) wzrósł z 0,5% w 2015 r. do 6,4% w 2017 r. (ECDC, 2018a, 2018b). Pomimo udokumentowanego rozpowszechnionego przepisywania i niewłaściwego stosowania antybiotyków istnieje niewiele skutecznych strategii politycznych ukierunkowanych na zmianę zachowań lekarzy POZ, zwiększenie higieny rąk i środowiska w szpitalach lub innych istotnych interwencji. Realizowany jest krajowy program podnoszenia świadomości w zakresie antybiotyków na lata 2016–2020, którego celem jest edukowanie zarówno pracowników sektorowych, jak i ogółu społeczeństwa w kwestii potrzeby racjonalizacji stosowania antybiotyków.

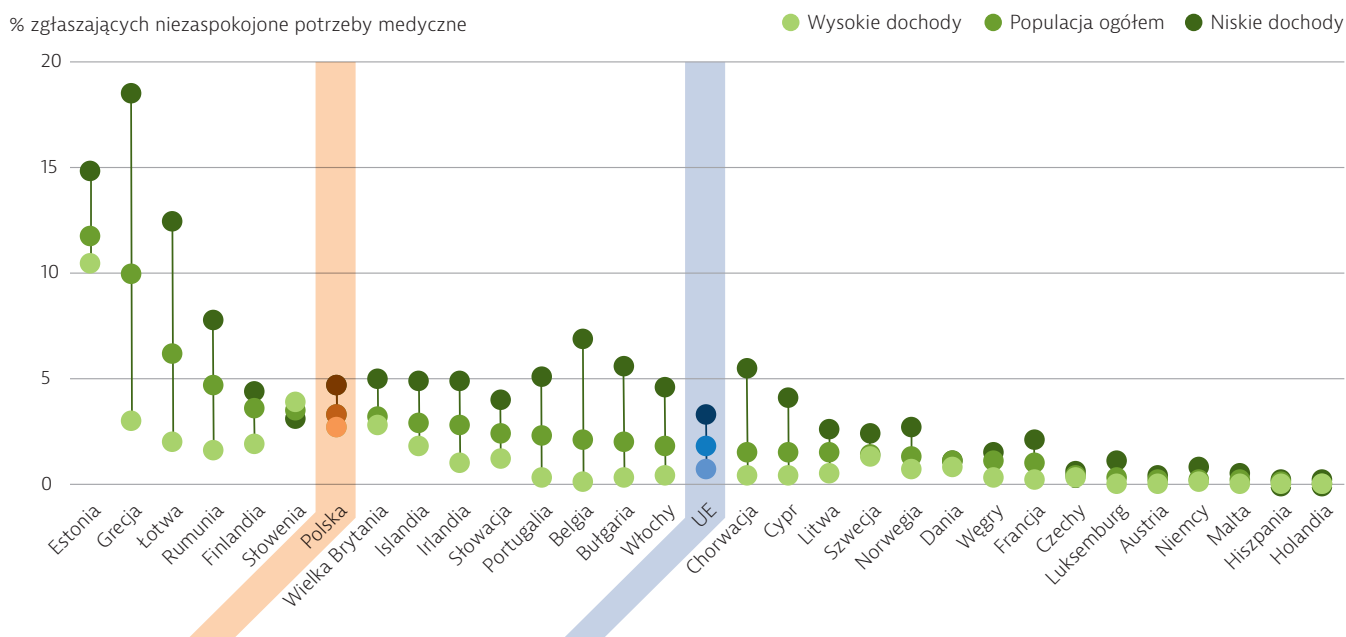
5.2 Dostępność

Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej wynikają głównie z czasu oczekiwania

W 2017 r. odsetek ludności Polski zgłaszającej niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych ze względu na koszty, odległość albo czas oczekiwania wyniósł 3,3%, podczas gdy średnia UE wynosiła 1,8%.

Czas oczekiwania stanowił wyjaśnienie większości tych niezaspokojonych potrzeb we wszystkich grupach dochodów (70% w porównaniu z 40% w UE, gdzie koszty były główną przyczyną zgłaszanych niezaspokojonych potrzeb medycznych (rys. 15)).

Rys. 15. Poziom niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki medycznej w Polsce jest wyższy niż średnia UE



Uwaga: dane odnoszą się do zapotrzebowania na badania medyczne lub na leczenie niezaspokojone ze względu na koszty, odległość do pokonania lub czas oczekiwania. Należy zachować ostrożność przy porównywaniu danych między państwami, gdyż istnieją pewne różnice w zastosowanym narzędziu ankietowym.

Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat w oparciu o EU-SILC (dane za 2017 r.).

Dostęp do opieki jest prawie powszechny, jednak cechują go pewne braki i nierówności

Obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym objęte jest 91% populacji. Większość nieubezpieczonych Polaków (9%) to obywatele mieszkający za granicą, ale nadal zarejestrowani jako rezydenci w Polsce, a znikoma liczba to obywatele zatrudnieni na podstawie dorywczych lub nietypowych umów o pracę oraz pracownicy zatrudniani nieformalnie. Zakres usług jest szeroki i obejmuje świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczeń szpitalnych. Niektóre społecznie wrażliwe grupy ludności mają dostęp do dodatkowych świadczeń czy . szerszego zakresu opieki stomatologicznej (np. małe dzieci, kobiety w ciąży). Osoby nieubezpieczone w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego mają dostęp do ambulatoryjnej opieki medycznej w nagłych wypadkach, a niektóre grupy ludności (np. kobiety w ciąży i dzieci poniżej 18. roku życia) mają prawo dostępu do POZ finansowanej ze środków publicznych, niezależnie od statusu ich ubezpieczenia. Dostęp do POZ jest bezpłatny i nie ma obowiązku współpłacenia w przypadku tych usług.

Istnieją jednak kluczowe luki w zakresie świadczeń m.in. w odniesieniu do leków aptecznych (zob. ramka 2) i wyrobów medycznych w opiece ambulatoryjnej, opieki stomatologicznej i opieki długoterminowej, która w dużym stopniu zależy od opiekunów rodzinnych.

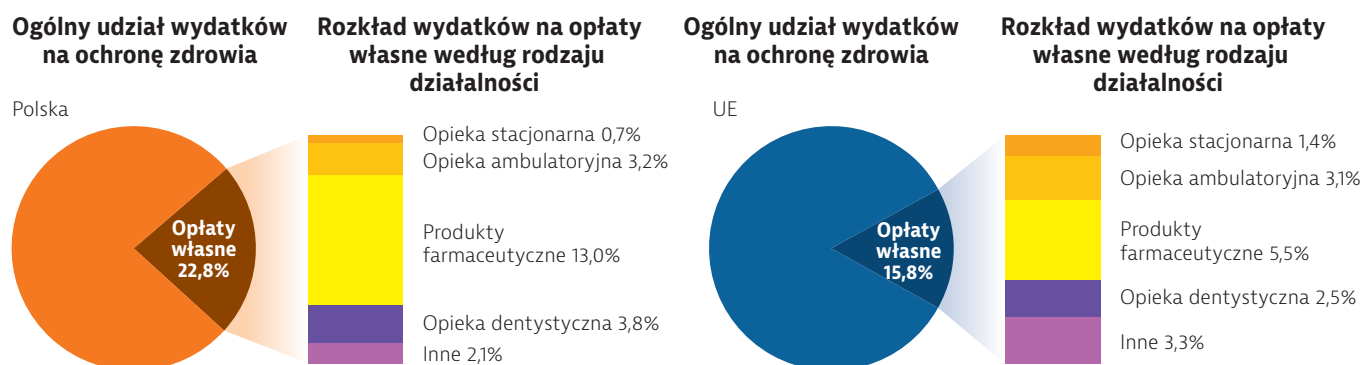
Ramka 2. Leki apteczne są w największym stopniu motorem katastrofalnych wydatków na opiekę zdrowotną

W porównaniu z wieloma innymi krajami Europy polski system ochrony zdrowia charakteryzuje się niskim poziomem ochrony finansowej i wysokimi płatnościami za leki w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych. Leki apteczne pochłaniają większość wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych (rys. 16) i są największym pojedynczym powodem katastrofalnych wydatków na opiekę zdrowotną⁷. W 2014 r. prawie 9% polskich gospodarstw domowych doświadczyło katastrofalnych poziomów wydatków na opiekę zdrowotną w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych, przy czym udział ten wzrósł do 30% wśród osób w najniższym kwintylu dochodów (Tambor i Pavlova, w przygotowaniu). Mechanizmy ochrony najbardziej narażonych grup ludności są słabe, a wydatki na leki apteczne są szczególnie wysokie wśród emerytów, osób niepełnosprawnych, gospodarstw domowych na obszarach wiejskich i małych gospodarstw domowych. Według statystyk krajowych około 9% gospodarstw domowych zgłosiło, że w 2017 r. w niektórych

przypadkach nie było w stanie zakupić przepisanych lub zalecanych leków. Z tego powodu wprowadza się nowe mechanizmy refundacyjne np. od 2016 r. przyznanie bezpłatnego dostępu do szerokiej gamy leków dla osób starszych (75 plus), aby chronić tę grupę przed wysokimi wydatkami na leki.



Rys. 16. Produkty farmaceutyczne pochłaniają większość wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych w Polsce



Źródło: statystyki OECD dotyczące zdrowia z 2019 r. (dane za 2017 r.).

Ograniczone finanse publiczne i niedobory siły roboczej przyczyniają się do powstawania barier w dostępie

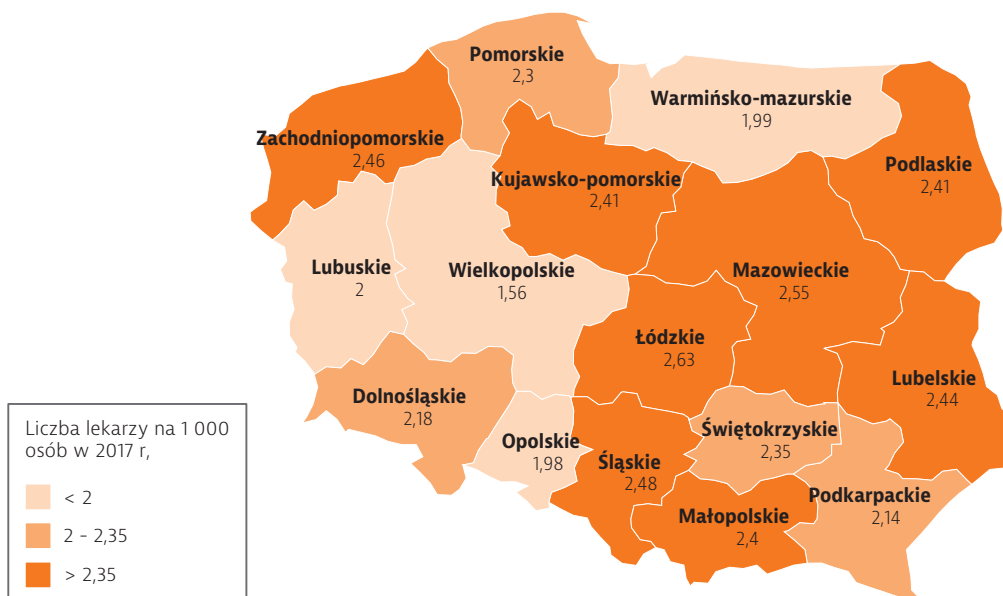
Chociaż w Polsce POZ i opieka stacjonarna nie podlegają współpłaceniu, dostęp do tych usług może być nadal ograniczony w praktyce przez ograniczone zasoby finansowe NFZ (zob. sekcja 5.3), jak również przez poważne niedobory pracowników medycznych wpływające na system (zob. sekcja 4), co skutkuje długim czasem oczekiwania. W 2018 r. średni czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne wynosił 3,4 miesiąca, przy czym najdłuższy średni czas oczekiwania odnotowano w przypadku świadczeń endokrynologicznych (11 miesięcy) i stomatologicznych (8,5 miesiąca).

Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej wynikają również z gradientu geograficznego, przy czym dostępność do niektórych świadczeń⁸ różni się znacznie w zależności od województwa, np. w 2017 r. w siedmiu województwach nie zawarto umów na koordynowaną opiekę specjalistyczną nad osobami po zawale mięśnia sercowego. Również rozmieszczenie personelu medycznego różni się znacznie w poszczególnych województwach, np. gęstość obsadzenia stanowisk przez lekarzy różni się o prawie 70% (rys. 17). Ponadto w pewnych województwach wyraźniej występują niedobory niektórych lekarzy, w tym pediatrów, internistów, anestezjologów i chirurgów.

7: Katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną definiuje się jako wydatki gospodarstwa domowego w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych przekraczające 40% całkowitych wydatków netto gospodarstwa domowego koniecznych do utrzymania (tj. wydatków na żywność, mieszkanie i media).

8: Obejmują one leczenie depresji i programy opieki zintegrowanej (NIK, 2018a, 2018b).

Rys. 17. Różnice w gęstości obsadzenia stanowisk przez lekarzy w Polsce



Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat.

Skutki podejmowanych działań mających na celu poprawę dostępu do opieki są zróżnicowane

W ostatnich latach wprowadzono środki mające na celu poprawę dostępu do opieki i zmniejszenie zakresu niezaspokojonych potrzeb medycznych. W ramach głównej inicjatywy z 2016 r. wprowadzono bezpłatny dostęp (zwolnienie ze współpłacenia) do szeregu leków dla osób w wieku 75 lat i starszych (ramka 2). Pod koniec 2016 r. 1,6 mln osób starszych miało dostęp do leków w ramach nowego programu, a ich wydatki bezpośrednie na leki refundowane zmniejszyły się w porównaniu z 2015 r. (NIK, 2019). Od 2017 r. Polska uczestniczy również w projekcie FaAP („Fair and Affordable Pricing”) mającym na celu poprawę dostępności do leków (ramka 3).

Od 2015 r. wprowadzono szereg zintegrowanych programów opieki w celu poprawy dostępu do świadczeń i poprawy jakości udzielanej opieki dla niektórych grup ludności, w tym pacjentów onkologicznych (zob. sekcja 5.1), kobiet w ciąży (od 2017 r.) oraz dzieci poniżej 18. roku życia cierpiących na określone schorzenia (od 2017 r.). Obecnie pilotażowo wdrażane są nowe skoordynowane programy opieki, w tym dla pacjentów wymagających opieki psychiatrycznej oraz pacjentów cierpiących na stwardnienie rozsiane. Wyniki wprowadzania tych działań na rzecz zwiększania ogólnej jakości i dostępności opieki są jednak niejednoznaczne. Na przykład mimo że ponad połowa pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej uzyskała szybki dostęp do dalszych procedur diagnostycznych i niezbędnego leczenia, czas oczekiwania na inne usługi np. diagnostyczne wzrósł. Mimo uwolnienia limitów na świadczenia diagnostyczne z zakresu tomografii komputerowej i badań rezonansem magnetycznym, czas oczekiwania na nie nadal jest długi, prawdopodobnie ze względu na nadawanie priorytetu pacjentom z gwarantowanym szybszym dostępem i braki kadrowe.

Ramka 3. Polska uczestniczy we współpracy regionalnej na rzecz poprawy dostępu do leków

Inicjatywa FaAP ustanowiona w marcu 2017 r. jest międzynarodową platformą współpracy regionalnej mającą na celu poprawę dostępu do leków dla obywateli państw członkowskich. Projekt ten powstał w ramach Grupy Wyszehradzkiej (Czechy, Polska, Słowacja i Węgry), ale jest również otwarty na inne państwa, przy czym jednym z członków założycieli jest Litwa, a zaproszonym gościem Łotwa. Zorganizowano kilka spotkań regionalnych i konsultacji technicznych. Przedsięwzięcie przybiera formę komplementarnej platformy pozwalającej na lepsze, proaktywne przygotowanie krajowych decyzji refundacyjnych i cenowych. Trwają wspólne negocjacje pilotażowe mające na celu określenie ewentualnych mechanizmów przyszłych regionalnych strategii negocjacyjnych.

5.3 Wytrzymałość systemowa⁹

Rząd zobowiązał się do zwiększenia wydatków publicznych na zdrowie

Udział wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce, zarówno jako odsetek PKB, jak i w ujęciu na mieszkańca, jest jednym z najniższych w Europie (zob. sekcja 4). Ten niski poziom finansowania jest niewystarczający do zapewnienia terminowego dostępu do wysokiej jakości opieki, szczególnie przy uwzględnieniu rosnących potrzeb zdrowotnych ze względu na starzenie się społeczeństwa. W 2017 r. rząd zobowiązał się zwiększyć do 2024 r. udział wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia do 6% PKB z poziomu wynoszącego średnio 4,6% w ostatnich 15 latach. Powinno to przełożyć się na wyższe całkowite wydatki w ujęciu realnym (jeśli PKB nie spadnie), co pozwoli zbliżyć poziom całkowitych wydatków na ochronę zdrowia do średniej UE.

Polska intensyfikuje wysiłki na rzecz wzmocnienia opieki ambulatoryjnej i usprawnienia opieki koordynowanej

W porównaniu z państwami UE o wyższych lub podobnych poziomach wydatkowania na ochronę zdrowia Polska wypada stosunkowo dobrze pod względem liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej (wykres 18). Niemniej jednak ten wskaźnik umiarkowanie pozostaje wysoki i jest znacznie wyższy niż średnia

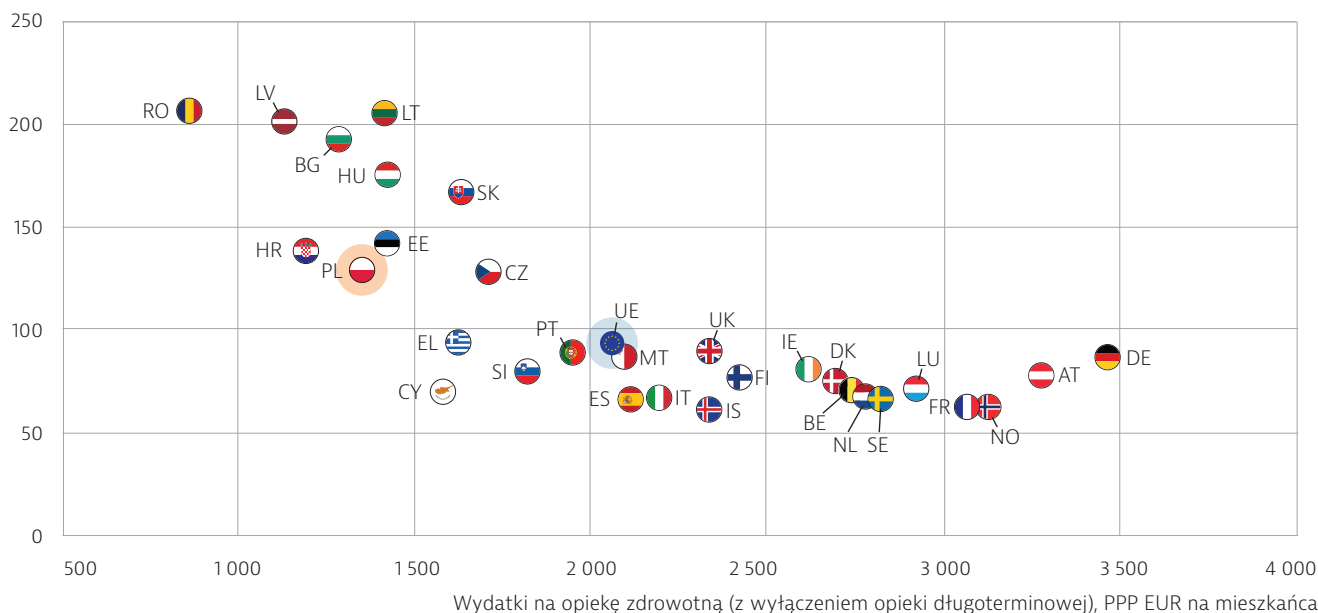
UE (zob. sekcja 5.1). W ujęciu historycznym w zakresie świadczenia usług zdrowotnych, Polska w dużym stopniu opierała się na leczeniu szpitalnym, przy czym rezultatem tego nadmiernego wykorzystania opieki stacjonarnej oraz złego zarządzania finansami jest długotrwały i dotychczas nierozwiązany problem zadłużenia szpitali. Stosunkowo słaby poziom opieki ambulatoryjnej i niedobory w ogólnej liczbie personelu medycznego (zob. sekcje 4 i 5.2) przyczyniają się do wydłużenia czasu oczekiwania oraz częściowo tłumaczą, dlaczego niektóre inne wskaźniki, takie jak niezaspokojone potrzeby związane z opieką zdrowotną, są w Polsce gorsze niż w państwach o podobnych poziomach wydatków na ochronę zdrowia.

Podejmowanym w ostatnim czasie wysiłkom na rzecz poprawy koordynacji opieki w coraz większym stopniu towarzyszą zmiany w nadawaniu nowych kompetencji i ich krzyżowaniu wśród pracowników sektora ochrony zdrowia (ramka 4). Kwestię optymalizacji zadań pracowników sektorowych przeanalizowano również podczas inicjatywy „Stan zdrowia w UE”, odbywającej się w Polsce w 2018 roku i dedykowanej tematyce identyfikacji sposobów rozwiązania problemów krytycznych niedoborów personelu (ramka 5).

Do tej pory mniej uwagi poświęcano wzmocnieniu integracji między opieką zdrowotną a opieką społeczną. Ciężar zapewnienia opieki społecznej w dużej mierze spoczywa na członkach rodziny, przy niewielkim wsparciu ze strony państwa. Tego rodzaju integracja jest jednak przedmiotem badań w ramach prac Sektorowej Rady ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna ustanowionej w 2016 r.

Wykres 18. W Polsce odnotowano niższą liczbę zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej niż w krajach o podobnych poziomach wydatków

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej na 100 000 osób



Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat; OECD HealthStatistics 2019.

9: Wytrzymałość systemowa odnosi się do zdolności systemu opieki zdrowotnej do skutecznego dostosowywania się do zmieniających się warunków, nagłych wstrząsów lub kryzysów.

Ramka 4. Niewielkie zmiany w nadawaniu nowych kompetencji i ich krzyżowaniu wspierają koordynację opieki nad pacjentem.

Rosnące w Polsce znaczenie opieki koordynowanej pośrednio doprowadziło do powstania nowych kompetencji i obowiązków zawodowych w systemie ochrony zdrowia. W 2015 r. odpowiednio przeszkolonym pielęgniarkom i położnym umożliwiono przepisywanie określonych leków i zlecanie badań diagnostycznych, a w 2016 r. ratownicy medyczni uzyskali nowe kompetencje medyczne, otwierające im drogę do podjęcia pracy na oddziałach szpitalnych razem z pielęgniarkami. Niedawno, w 2018 r., Ministerstwo Zdrowia zaproponowało zwiększenie liczby sekretarek medycznych w opiece ambulatoryjnej, aby zmniejszyć obciążenia administracyjne lekarzy, natomiast w 2019 r. poszerzono obowiązki fizjoterapeutów.

Takie zmiany mogą wspierać nowsze strategie polityczne, w ramach których wymaga się od lekarzy zapewniania opieki koordynowanej w odniesieniu do konkretnych grup pacjentów lub chorób, poprzez przydzielanie zadań tradycyjnie wykonywanych przez lekarzy innym pracownikom sektorowym. Oczekiwania te nie są formalnie określone, a zatem sprzyjają inicjatywom oddolnym umożliwiającym dowolne krzyżowanie umiejętności w ramach wykonywanej pracy. Na przykład w przepisach, w których wprowadzono koordynowaną opiekę onkologiczną, nie sprecyzowano, kto powinien pełnić rolę koordynatora, i w praktyce w wielu szpitalach rolę tę przejęły pielęgniarki, nieposiadające żadnego dodatkowego przeszkolenia.

Nadwyżka zasobów w sektorze szpitalnym sugeruje ich nieoptymalną alokację

W ostatnim dziesięcioleciu liczba łóżek na mieszkańca pozostaje stosunkowo stabilna, a jej poziom jest znacznie wyższy od średniej UE (zob. sekcja 4). Nowe rozporządzenie obowiązujące od 2019 r., w którym powiązano liczby zatrudnionych pielęgniarek w szpitalach z liczbą łóżek, zmusza jednak dyrektorów szpitali do ograniczenia liczby łóżek, w reakcji na wyższe koszty wynikające z niedawnych podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek. Jednocześnie średni czas pobytu w szpitalu skrócił się od 2005 r. i obecnie jest krótszy od średniej UE (wykres 19), a wskaźnik obłożenia łóżek również jest stosunkowo niski (66% w porównaniu z 77% w UE). Sugeruje to znaczną możliwość zwolnienia i ponownej alokacji zasobów szpitalnych.

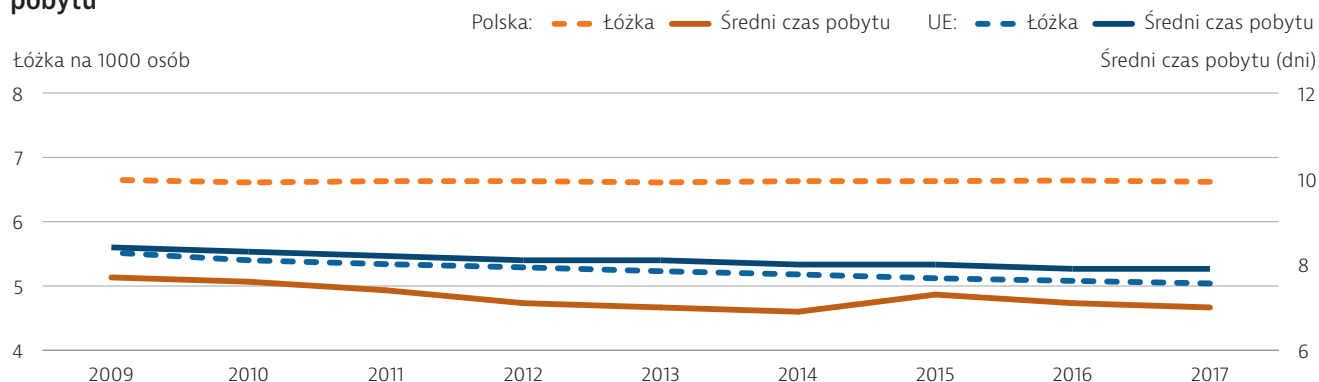
Stosunkowo niskie wykorzystanie chirurgii jednego dnia w przypadku wybranych procedur w porównaniu z wieloma innymi państwami UE również wskazuje na możliwość poprawy wydajności (wykres 20). Na przykład wskaźniki stosowania chirurgii jednego dnia przy procedurach takich jak usuwanie ząbów, wycięcie migdałków i operacja przepukliny pachwinowej są znacznie niższe niż średnia UE oraz – z wyjątkiem operacji ząbów – wskaźniki stosowania chirurgii jednego dnia w Polsce od 2000 r. pozostają bez zmian. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy są formalne

wymogi dotyczące procedur okołomedycznych, które zmuszają lekarzy do stosowania bezpiecznych rozwiązań poprzez przyjmowanie pacjentów na obserwację.

Ramka 5. W maju 2018 r. w Polsce odbyła się „dobrowolna wymiana informacji” dotycząca rozwiązania kwestii krytycznych niedoborów personelu

W ramach pierwszego cyklu inicjatywy „Stan zdrowia w UE” Ministerstwo Zdrowia zorganizowało dialog merytoryczny dotyczący rozwiązania kwestii krytycznych niedoborów personelu poprzez optymalizację zadań pracowników systemu ochrony zdrowia i wdrażanie skutecznych strategii politycznych na rzecz ich zatrzymywania w kraju. W spotkaniu wzięło udział 30 interesariuszy wysokiego szczebla zaangażowanych w kwestie dotyczące krajowej polityki zdrowotnej. Eksperti krajowi wykazali, że użyteczne inicjatywy mogłyby koncentrować się na krzyżowaniu się kompetencji w celu budowania wielodyscyplinarnych zespołów np. w POZ zdolnych do zapewniania kompleksowej opieki spersonalizowanej oraz mogłyby zapewnić optymalne połączenie usług świadczeń prewencyjnych i w zakresie leczenia.

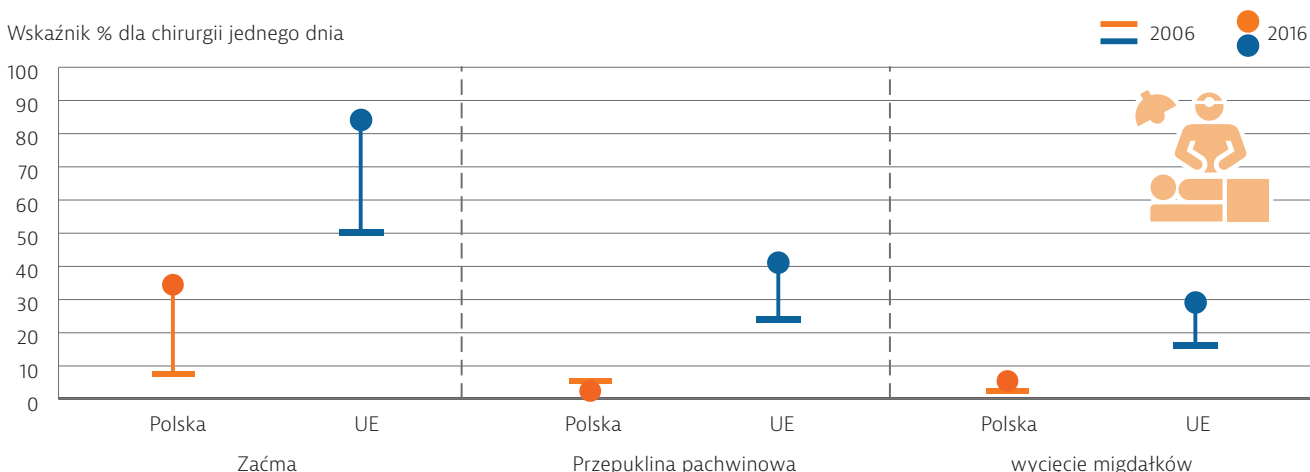
Wykres 19. Liczba łóżek szpitalnych jest znacznie wyższa niż w UE pomimo coraz krótszego średniego czasu pobytu



Źródło: baza danych prowadzona przez Eurostat.

Wykres 20. Chirurgia jednego dnia jest w Polsce słabo rozwinięta

Wskaźnik % dla chirurgii jednego dnia



Źródło: OECD HealthStatistics 2018; baza danych prowadzona przez Eurostat (dane za lata 2006 i 2016 lub za najbliższy rok).

Braki w opiece długoterminowej staną się bardziej dotkliwe wraz ze starzeniem się społeczeństwa

Nadwyżce zasobów w sektorze szpitalnym towarzyszą braki w świadczeniu opieki długoterminowej. Szczególnie problematyczny jest poważny niedorozwój formalnej opieki długoterminowej i związane z nim poleganie w dużym stopniu na opiekunach nieformalnych. Ponadto prognozy sugerują, że w ciągu najbliższych 50 lat liczba osób zależnych od innych w wykonywaniu czynności życia codziennego wzrośnie o 30%, co oznacza gwałtowniejszy wzrost niż w UE jako całości (25%). Ogólnie przewiduje się, że starzenie się społeczeństwa zwiększy koszty opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, stwarzając zagrożenie dla stabilności finansów publicznych w dłuższej perspektywie (Komisja Europejska – Komitet Polityki Gospodarczej, 2018; Komisja Europejska, 2019b).

Lepsze warunki pracy w sektorze zdrowia przyczyniłyby się do poprawy w zakresie rekrutacji i zatrzymywania pracowników w kraju

Niedobory personelu medycznego stanowią długotrwały problem w polskim sektorze zdrowia (zob. sekcja 4). Na przestrzeni lat wdrożono różne działania mające pomóc w rozwiązaniu tego problemu, obejmujące m.in. skrócenie ścieżek kształcenia i zwiększenie kwot uniwersyteckich w celu kształcenia większej liczby lekarzy i pielęgniarek, lecz wyniki uzyskane dzięki zastosowaniu tych środków były ograniczone. Ostatnio – w następstwie powtarzających się strajków – zwiększono liczbę finansowanych przez państwo miejsc dostępnych w ramach rezydentury, a we wrześniu 2018 r. zwiększono wynagrodzenia lekarzy rezydentów i pielęgniarek. Ponadto, aby rozwiązać problem dysproporcji geograficznych w rozmieszczeniu lekarzy (zob. sekcja 4), w województwach, w których występują niedobory lekarzy, wprowadzono możliwość zdobycia tytułów naukowych w dziedzinie medycyny na uczelniach niemedycznych.

Alokacja zasobów finansowanych staje się coraz bardziej efektywna, ale jest przesunięta w kierunku województw z większą liczbą łóżek szpitalnych

Zasoby finansowe są rozdzielane między wojewódzkie oddziały NFZ według algorytmu uwzględniającego cechy demograficzne i kwotę przyznaną w poprzednim roku. W praktyce alokacja zasobów jest w dalszym ciągu przesunięta w kierunku województw o bardziej rozbudowanej infrastrukturze systemu opieki zdrowotnej. Chociaż mapy potrzeb zdrowotnych są opracowywane od 2015 r., nie są one jeszcze skutecznie wykorzystywane jako wsparcie dla zakupów i decyzji inwestycyjnych.

Od 2015 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odgrywa istotną rolę w ocenie programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jej negatywna opinia może skutecznie zablokować inwestycje w technologie medyczne, których wartość zostanie uznana za niską, co może poprawić opłacalność alokacji zasobów w ramach systemu. Oczekuje się również, że wprowadzony w 2016 r. nowy system oceny kosztów i korzyści związanych z inwestycjami w zakresie opieki zdrowotnej doprowadzi do dalszej poprawy alokacji zasobów (w tym funduszy unijnych).

Wdrażanie rozwiązań w zakresie e-zdrowia nabiera obecnie tempa

Poprawa stosowania rozwiązań w zakresie IT i e-zdrowia może przyczynić się do dalszej poprawy wydajności (Komisja Europejska, 2019b). Chociaż stanowi to priorytet w zakresie polityki zdrowotnej od ponad dziesięciu lat, do niedawna postępy następowały powoli. Obecnie wszystkie apteki i coraz więcej podmiotów świadczących usługi zdrowotne jest podłączonych do usługi e-recepta, co od 2020 r. stanie się obowiązkiem. Obecnie realizowany jest projekt pilotażowy w zakresie e-skierowań i oczekuje się, że zostaną one wprowadzone w całym kraju w 2021 r. Zastosowanie rozwiązań w zakresie mobilnego zdrowia jest niskie, a przykłady ograniczają się do sektora prywatnego, chociaż w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wykorzystuje się mobilne urządzenia do monitorowania pracy serca.

Zastosowanie leków generycznych znacznie wzrosło

Polscy lekarze nie dysponują budżetami na wydawanie leków, nie przepisuje się leków ze wskazaniem składnika aktywnego / nazwy generycznej ani nie istnieją wytyczne dotyczące racjonalnego kosztowo przepisywania leków. Aby jednak zniechęcić farmaceutów do sprzedawania droższych leków z tej samej grupy, marże apteczne są ograniczone limitami cenowymi ustalonymi dla poszczególnych grup leków, a nie ceną danego leku. Farmaceuci są również prawnie zobowiązani do informowania pacjentów o tańszych generycznych odpowiednikach i do prowadzenia sprzedaży takich produktów. Obecnie udział w rynku leków generycznych w Polsce jest jednym z najwyższych w Europie – w 2017 r. 89% refundowanych leków na receptę wydawanych w szpitalach oraz 76% wydawanych

w aptekach stanowiły leki generyczne. Przyjęte w 2012 r. przepisy przyczyniły się do poprawy konkurencji cenowej na rynku leków generycznych¹⁰. Ponieważ jednak przepisy te mają zastosowanie jedynie do leków, które wprowadzono na rynek począwszy od 2012 r., w przypadku leków, które wprowadzono wcześniej, utrzymują się znaczne różnice cenowe.

Trwa ograniczanie rozdrobnienia zarządzania i opracowywanie jednolitej wizji strategicznej dla systemu ochrony zdrowia

Rozdrobnienie kompetencji i obowiązków na różnych poziomach i ich niewystarczająca koordynacja utrudniają skuteczną harmonizację działań w zakresie ochrony zdrowia na szczeblu krajowym (zob. sekcja 4). Nadmierne rozdrobnienie zarządzania pozwala również wytłumaczyć, dlaczego niektóre reformy okazały się trudne do wdrożenia. Województwa w coraz większym stopniu przyjmują jednak rolę koordynatorów, a koncentracja kompetencji na tym poziomie administracji publicznej może pomóc ograniczyć rozdrobnienie zarządzania w systemie ochrony zdrowia. W 2018 r. Minister Zdrowia rozpoczął ogólnokrajową debatę ekspertów w celu stworzenia jednolitej strategii dla całego systemu zdrowotnego – prace w tym zakresie, mimo oficjalnego zakończenia debat, trwają.

10: Zgodnie z wprowadzoną w tym roku ustawą pierwszy odpowiednik generyczny ubiegający się o refundację musi być o 25% tańszy niż produkt markowy znajdujący się na liście refundacyjnej, a cena wszelkich produktów dodawanych następnie do listy refundacyjnej nie może przekraczać obecnego limitu refundacji.

6 Najważniejsze ustalenia

- Od 2000 r. średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia wzrosło w Polsce o cztery lata, lecz wciąż pozostaje o trzy lata niższe od średniej UE. Nierówności w zakresie średniego dalszego trwania życia ze względu na płeć i poziom wykształcenia są znaczne: mężczyźni z najniższym poziomem wykształcenia żyją około 12 lat krócej niż mężczyźni z najwyższym poziomem wykształcenia. Średnie dalsze trwanie życia w wieku 65 lat również wzrosło, jednak dwie trzecie osób starszych zmagają się z co najmniej jedną chorobą przewlekłą, a niemal połowa z nich wykazuje objawy depresji.
- Behawioralne czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów. Podczas gdy wskaźniki palenia tytoniu zmniejszyły się, a liczba zgonów z powodu nowotworów płuc spadła, są one wyższe niż średnia UE oraz znacznie wyższe w przypadku mężczyzn niż w przypadku kobiet. W ostatnich dziesięciu latach wzrosły również wskaźniki otyłości u osób dorosłych oraz – w szczególności – u dzieci, chociaż oba pozostają poniżej średnich UE. Niezdrowe nawyki żywieniowe i niska aktywność fizyczna pogłębiają ten coraz poważniejszy problem związany ze zdrowiem publicznym, który dotychczas w znacznym stopniu zaniedbano.
- Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej w dalszym ciągu jest dużo wyższa niż średnia UE, a odsetki przeżyć w przypadku nowotworów nadal są niższe niż w UE, co wskazuje na to, że pozostaje jeszcze wiele do zrobienia w zakresie wczesnej diagnostyki oraz terminowego, skutecznego leczenia.
- Łączne wydatki na ochronę zdrowia w ujęciu na mieszkańca (1507 EUR) i jako odsetek PKB (6,5%) są jednymi z najniższych w UE. Niedawne zobowiązanie do zwiększenia wydatków publicznych na ochronę zdrowia z 4,6% PKB w ostatnich latach do 6,0% PKB do 2024 r. potwierdza problem niedofinansowania. Dopływ dodatkowych funduszy, o ile zostaną one skutecznie zainwestowane, może w znacznym stopniu przyczynić się do usunięcia głównych barier utrudniających dostęp do opieki. Obejmowałyby to rozwiązanie problemu długiego czasu oczekiwania na usługi medyczne i wzmocnienie zdolności do zaspokojenia potrzeb ludności, szczególnie na obszarach, na których występuje niedobór świadczeń.
- Ograniczone możliwości finansowe pacjentów utrudniają równy dostęp do opieki zdrowotnej. Udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych (out- of- pocket, OOP) w wydatkach jest stosunkowo wysoki – stanowią one blisko 23% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną. Znaczna ich część wynika z ograniczonego pokrycia kosztów produktów leczniczych ze środków publicznych, co stanowi największy pojedynczy czynnik napędzający katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną. W 2014 r. około 30% gospodarstw domowych o niskich dochodach doświadczyło problemów związanych z pokryciem kosztów produktów leczniczych.
- Mimo gwałtownego wzrostu liczby absolwentów medycyny w ciągu ostatnich dziesięciu lat, niedobory pracowników medycznych w placówkach publicznych, szczególnie lekarzy i pielęgniarek, są jednymi z najdotkliwszych w Europie. Z uwagi na fakt, że szkolenie pracowników sektorowych może być czasochłonne, należy podjąć pilne działania dotyczące planowania w zakresie zasobów ludzkich oraz poświęcić szczególną uwagę polityce w zakresie rekrutacji i zatrzymywania pracowników w kraju. Poważne wyzwanie dla skutecznego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w dalszym ciągu będą stanowiły przede wszystkim niedobory lekarzy pierwszego kontaktu.
- Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku chorób przewlekłych, które można leczyć w warunkach ambulatoryjnych, jest jednym z najwyższych w Europie, co odzwierciedla problemy w zakresie dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej oraz jej jakości. W związku z tym, udzielanie świadczeń jest w dalszym ciągu zbyt zależne od szpitali, a przejście na opiekę o charakterze bardziej środowiskowym jeszcze nie nastąpiło. W tym przejściu mogą jednak pomóc wdrożone ostatnio reformy i trwające programy pilotażowe dotyczące opieki koordynowanej.
- Zarządzanie w ochronie zdrowia ma charakter rozproszony, co tłumaczy powolne postępy we wdrażaniu takich reform jak zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych i oddłużenie szpitali. Dotychczas brakuje jednolitej wizji strategicznej dla systemu ochrony zdrowia, ale trwają prace nad znalezieniem rozwiązania dla tego problemu.

Główne źródła

Sowada C. i in. (2019), *Poland: Health System Review*, Health Systems in Transition, 21(1): 1–235.

OECD/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paryż, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Dokumenty referencyjne

Brzeziński M., Metelska P., Sutkowska B. (2019), *Obesity in Poland – public health activities*. Eurohealth, 25(1): 23–26.

Rada Unii Europejskiej (2019), *Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Poland*, <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10174-2019-INIT/en/pdf>

ECDC (2018a), *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2017*. ECDC, Sztokholm, <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-resistance-europe-2017>

ECDC (2018b), *Surveillance Atlas of Infectious Diseases*. ECDC, Sztokholm, <https://ecdc.europa.eu/en/surveillance-atlas-infectious-diseases>

Komisja Europejska (DG ECFIN) – Komitet Polityki Gospodarczej (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016–2070)*, Institutional Paper 079, maj 2018 r., Bruksela.

Komisja Europejska (2019a), *Country Report Poland 2019*. 2019 European Semester. Bruksela, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-poland_pl.pdf

Komisja Europejska (2019b), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability – Country documents 2019 update*. Institutional Paper 105. Bruksela, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf

NIK (2017), *Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia*. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.

NIK (2018a), *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku*. Report. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.

NIK (2018b), *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku*. Presentation slides. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.

NIK (2019), *Program bezpłatnych leków dla seniorów leki 75+*. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.

Rechel, B., Richardson, E., McKee, M., red. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union*. Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej oraz Komisja Europejska, Bruksela, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Tambor, M., Pavlova, M. (In press), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland*. Biuro Regionalne WHO dla Europy, Kopenhaga.

Wojtyński, B., Goryński, P., red. (2018), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Wykaz skrótów państw

Austria	AT	Dania	DK	Węgry	HU	Luksemburg	LU	Rumunia	RO
Belgia	BE	Estonia	EE	Islandia	IS	Malta	MT	Słowacja	SK
Bułgaria	BG	Finlandia	FI	Irlandia	IE	Holandia	NL	Słowenia	SI
Chorwacja	HR	Francja	FR	Włochy	IT	Norwegia	NO	Hiszpania	ES
Cypr	CY	Niemcy	DE	Łotwa	LV	Polska	PL	Szwecja	SE
Czechy	CZ	Grecja	EL	Litwa	LT	Portugalia	PT	Wielka Brytania	UK

State of Health in the EU

Profil systemu ochrony zdrowia 2019

Profile krajów to istotny etap ciągłego cyklu przekazywania wiedzy realizowany w ramach inicjatywy Komisji Europejskiej, zatytułowanej Stan zdrowia w UE i realizowanej przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej. Profile są rezultatem wspólnych wysiłków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Ochrony Zdrowia, we współpracy z Komisją Europejską.

Zwięzłe, istotne z punktu widzenia polityki profile krajów tworzone są w oparciu o przejrzystą i spójną metodykę, przy użyciu zarówno danych ilościowych, jak i jakościowych, przy czym są one elastycznie dostosowywane do kontekstu każdego państwa członkowskiego UE / kraju EOG. Celem cyklu jest stworzenie środka służącego do wzajemnego uczenia się i dobrowolnej wymiany informacji, z którego mogą korzystać zarówno decydenci, jak i osoby mające wpływ na politykę.

Każdy profil kraju przedstawia krótką syntezę następujących zagadnień:

- stanu zdrowia w kraju
- czynników warunkujących stan zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem behawioralnych czynników ryzyka
- organizacji systemu ochrony zdrowia
- skuteczności, dostępności i wytrzymałości systemu zdrowotnego

Komisja uzupełnia najważniejsze ustalenia niniejszych profili krajów raportem towarzyszącym.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: ec.europa.eu/health/state

Proszę cytować tę publikację w następujący sposób: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela.

ISBN 9789264979468 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)