

State of Health in the EU

Polska

Profil systemu ochrony
zdrowia 2017

Seria „profile krajów”

Profile krajów przedstawiają zwięzły i istotny z punktu widzenia polityki przegląd stanu zdrowia i systemów opieki zdrowotnej w państwach członkowskich UE, ze szczególnym naciskiem na cechy charakterystyczne i wyzwania w każdym z krajów. Z założenia mają one wspierać wysiłki państw członkowskich w zakresie kształtowania polityki w oparciu o dane naukowe.

Profile te stanowią wynik wspólnych prac OECD i *European Observatory on Health Systems and Policies* prowadzonych we współpracy z Komisją Europejską. Zespół wyraża wdzięczność państwom członkowskim i *Health Systems and Policy Monitor* i za przedstawione przez nie cenne uwagi i sugestie.

Contents

1 • NAJWAŻNIEJSZE PUNKTY	1
2 • ZDROWIE W POLSCE	2
3 • CZYNNIKI RYZYKA	5
4 • SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ	6
5 • FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ	9
5.1 Skuteczność	9
5.2 Dostępność	11
5.3 Odporność	14
6 • NAJWAŻNIEJSZE USTALENIA	16

Źródła danych i informacji

Dane i informacje znajdujące się w niniejszych profilach krajów opierają się głównie na krajowych statystykach publicznych dostarczonych do Eurostatu i OECD, które zatwierdzono w czerwcu 2017 r. w celu zapewnienia najwyższych standardów porównywalności danych. Źródła i metody leżące u podstaw tych danych są dostępne w bazie danych Eurostatu i w bazie danych dotyczących zdrowia OECD. Niektóre dodatkowe dane pochodzą również z Instytutu Wskaźników i Oceny Zdrowia (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME), Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC) i ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), a także z innych źródeł krajowych.

Obliczone średnie UE są średnimi ważonymi 28 państw członkowskich, chyba że wskazano inaczej.

Aby pobrać arkusz kalkulacyjny Excel zawierający wszystkie tabele i wykresy z niniejszego profilu, należy wpisać następujący StatLink w wyszukiwarce internetowej:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623533>

Kontekst demograficzny i społeczno-ekonomiczny w Polsce, 2015 r.

		Polska	UE
Czynniki demograficzne	Wielkość populacji (w tys.)	37 986	509 394
	Odsetek populacji powyżej 65. roku życia (%)	15,4	18,9
	Współczynnik dzietności ¹	1,3	1,6
Czynniki społeczno-ekonomiczne	PKB/miesz. (PPP EUR ²)	19 800	28 900
	Wskaźnik ubóstwa względnego ³ (%)	10,7	10,8
	Stopa bezrobocia (%)	7,5	9,4

1. Liczba urodzonych dzieci 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 50% mediany ekwiwalentnego dochodu do dyspozycji.

Źródło: Baza danych Eurostatu.

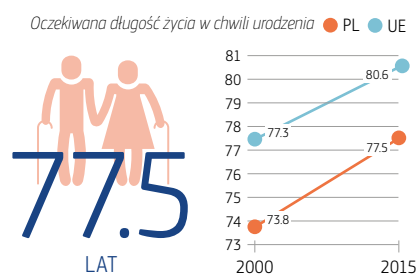
Zastrzeżenie prawne: Opinie wyrażone w niniejszym dokumencie i podane w nim argumenty są wyłącznie opiniami i argumentami autorów i nie odzwierciedlają oficjalnego stanowiska OECD ani państw będących członkiem organizacji ani Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki

Zdrowotnej lub któregośkolwiek z jego partnerów. Poglądy wyrażone w niniejszym dokumencie nie mogą w żadnym wypadku być uznawane za odzwierciedlenie oficjalnej opinii Unii Europejskiej.

1 Najważniejsze punkty

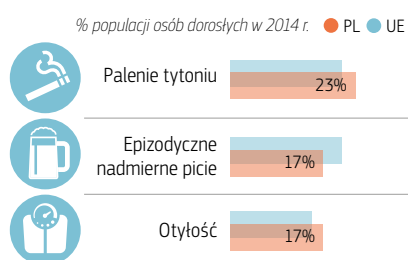
Pomimo poprawy stanu zdrowia polskiej populacji średnie trwanie życia wciąż pozostaje poniżej średniej UE. Czynniki ryzyka takie jak palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu i niska aktywność fizyczna wraz ze starzeniem się społeczeństwa wywierają coraz większą presję na niedofinansowany system opieki zdrowotnej. Aby sprostać niektórym z tych wyzwań, rząd zaproponował gruntowną reformę systemu opieki zdrowotnej.

Stan zdrowia



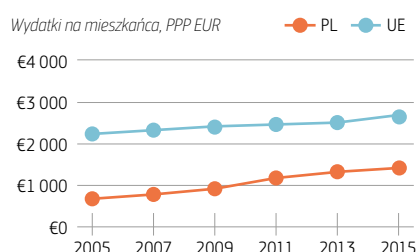
W 2015 r. oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w Polsce wynosiła 77,5 roku. Choć od 2000 r. wartość ta wzrosła o 3,7 lat, wciąż pozostaje o trzy lata niższa od średniej UE. Istnieją w tym względzie duże różnice, gdyż oczekiwana długość życia kobiet jest o osiem lat wyższa od oczekiwanej długości życia mężczyzn, a różnica między najlepiej i najgorzej wykształconymi Polakami wynosi dziesięć lat. Mniej niż połowę lat życia po ukończeniu 65. roku życia przeżywa się bez niepełnosprawności. Choroby układu krążenia i rak płuca stanowią najpoważniejsze przyczyny umieralności.

Czynniki ryzyka



Ponad jedną trzecią obciążenia zdrowotnego w Polsce można przypisać behawioralnym czynnikom ryzyka. Choć liczba palaczy spadła w ostatnim dziesięcioleciu, więcej niż co piąta dorosła osoba wciąż pali codziennie. Spożycie alkoholu znacznie wzrosło od 2000 r., a jedna na sześć dorosłych osób zgłasza regularne nadmierne spożycie alkoholu. Wskaźniki otyłości również wzrosły i znajdują się obecnie powyżej średniej UE.

Wydatki na opiekę zdrowotną

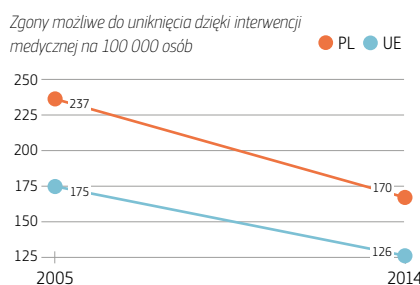


Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce są jednymi z najniższych w UE. W 2015 r. wydatki na opiekę zdrowotną wynosiły 1 259 EUR na mieszkańca lub 6,3% PKB w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 2 781 EUR lub 9,9%. Środki publiczne stanowią 72% wydatków, czyli poniżej średniej UE (79%). Wydatki bezpośrednie są stosunkowo wysokie (22%), co budzi obawy dotyczące dostępności.

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej

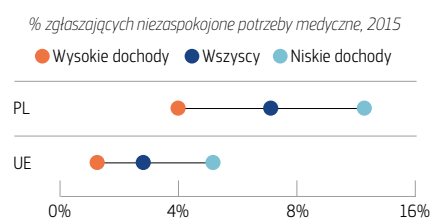
Skuteczność

Pomimo spadku wskaźnika zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej w Polsce wskaźnik ten jest wciąż wyższy niż w większości państw UE, co sugeruje, że system opieki zdrowotnej mógłby być skuteczniejszy pod względem leczenia osób cierpiących na choroby zagrażające życiu.



Dostęp

Stosunkowo wysoki odsetek polskiej populacji zgłasza niezaspokojone potrzeby związane z opieką medyczną. Dostęp do opieki zdrowotnej jest utrudniony ze względu na wysokie wydatki bezpośrednie, niedobór pracowników służby zdrowia i stosunkowo wysoką liczbę osób nieobjętych ubezpieczeniem.



Odporność

Polska stoi przed wyzwaniem związanym z wyszkoleniem i zatrzymaniem wystarczającej liczby pracowników służby zdrowia, promowaniem dostępu do wysokiej jakości opieki i zaspokojeniem rosnącego zapotrzebowania na opiekę długoterminową. Rząd rozpoczął reformę mającą na celu rozwiązanie problemów związanych z dostępem i skutecznością opieki zdrowotnej.



2 Zdrowie w Polsce

Średnie trwanie życia wzrasta, wciąż pozostaje jednak poniżej średniej UE

W Polsce oczekiwana długość życia w chwili urodzenia wynosiła w 2015 r. 77,5 roku, co oznacza wzrost o blisko cztery lata od 2000 r. To wciąż o trzy lata mniej od średniej UE, lecz oznacza nieznaczne zmniejszenie różnicy w porównaniu z 2000 r. (wykres 1).

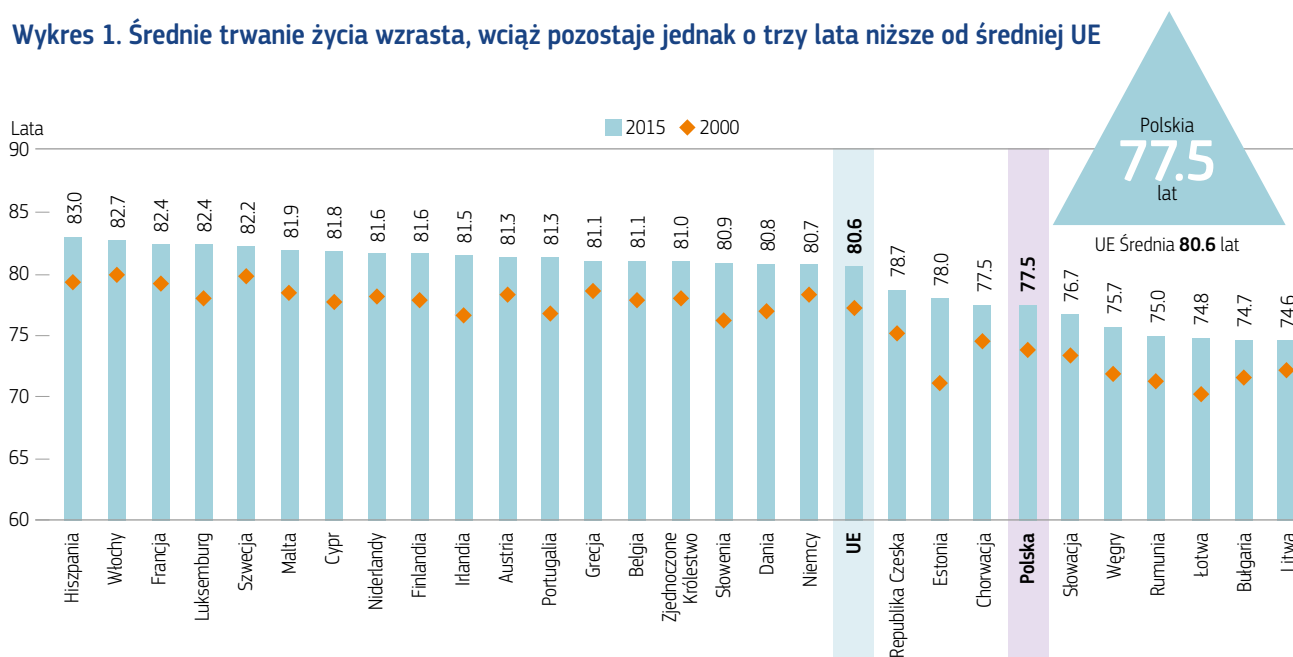
Między mężczyznami i kobietami utrzymuje się w Polsce różnica ośmiu lat, jeśli chodzi o oczekiwaną długość życia w chwili urodzenia (odpowiednio 73,5 i 81,6 roku) w porównaniu ze średnią różnicą w innych państwach UE wynoszącą 5,4 roku. Znaczna różnica istnieje również w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego: Polacy posiadający wyższe wykształcenie żyją średnio prawie 10 lat dłużej od osób, które nie ukończyły szkoły na poziomie kształcenia średniego¹.

Wzrost średniego trwania życia w Polsce po 2000 r. wynika w większości ze spadku wskaźnika umieralności po 65. roku życia. Polskie kobiety mogą w tym wieku oczekiwać, że przeżyją kolejne 20,1 roku (w porównaniu z 17,5 roku w 2000 r.). W przypadku polskiego mężczyzny liczba ta wynosi 15,7 roku (w porównaniu z 13,5 roku w 2000 r.). Nie wszystkie z tych pozostałych lat są przeżywane w dobrym zdrowiu. W wieku 65 lat polski mężczyzna może oczekiwać, że około połowę pozostałych lat życia (7,6 roku) przeżyje bez niepełnosprawności, kobieta zaś może się spodziewać, że przeżyje bez niepełnosprawności zaledwie dwie piąte pozostałych lat życia (8,4 roku).²

1. Osoby o niższym wykształceniu to osoby, które nie ukończyły kształcenia podstawowego, ukończyły szkołę podstawową lub szkołę średnią I stopnia (poziomy 0–2 ISCED), zaś osoby o wyższym wykształceniu to osoby, które ukończyły edukację w placówkach szkolnictwa wyższego (poziomy 5–8 ISCED).

2. Dane te opierają się na wskaźniku „lat zdrowego życia”, którym mierzy się przewidywaną liczbę lat, jaką ludzie mogą przeżyć bez niepełnosprawności w różnym wieku.

Wykres 1. Średnie trwanie życia wzrasta, wciąż pozostaje jednak o trzy lata niższe od średniej UE



Źródło: Baza danych Eurostatu.

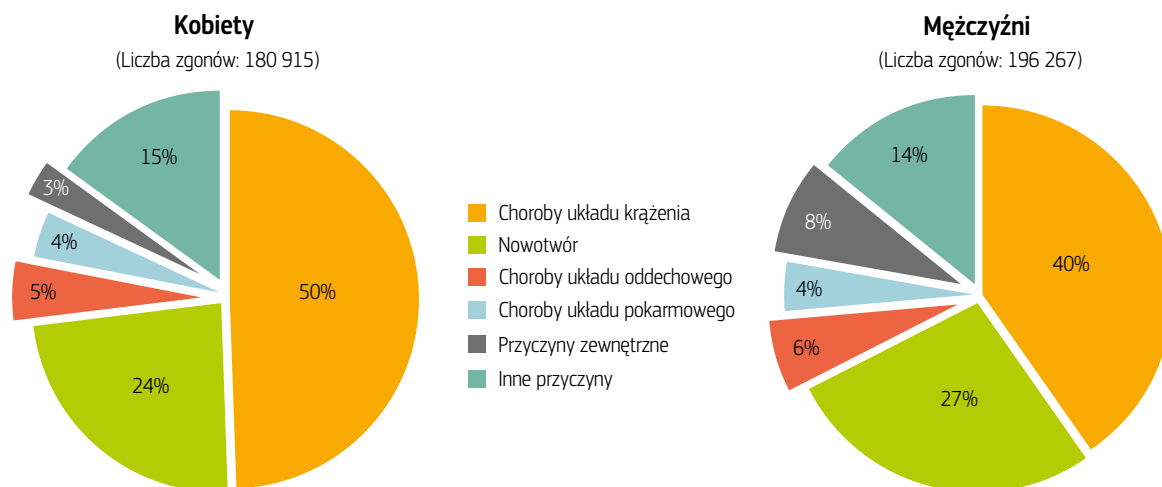
Choroby układu krążenia i nowotwory w największym stopniu przyczyniają się do umieralności

Choroby układu krążenia są w Polsce główną przyczyną zgonów, a zaraz po nich plasują się nowotwory (wykres 2). W 2014 r. przyczyną około 50% zgonów wśród kobiet i 40% zgonów wśród mężczyzn były choroby układu krążenia. Wśród Polaków prawdopodobieństwo zgonu spowodowanego przez choroby układu krążenia jest o około 60% wyższe niż u przeciętnego mieszkańca UE, a spadek umieralności spowodowanej tymi chorobami jest w Polsce wolniejszy niż w większości państw UE.

Mówiąc bardziej szczegółowo, choroby serca i udar to najbardziej powszechne przyczyny zgonu, a zaraz za nimi plasują się rak płuc i zapalenie płuc (wykres 3). Wysoka umieralność spowodowana chorobami układu oddechowego jest prawdopodobnie skutkiem wysokich wskaźników palenia tytoniu w Polsce. Umieralność spowodowana kilkoma rodzajami nowotworu (np. nowotworem jelita grubego i rakiem sutka) i cukrzycą wzrosła w latach 2005–2014, co odzwierciedla wpływ starzenia się społeczeństwa i czynniki związane ze stylem życia.

Odsetek zgonów będących skutkiem wypadków komunikacyjnych zmniejszył się od 2000 r., nadal pozostaje jednak znacznie wyższy niż w większości innych państw UE (zob. sekcja 5.1).

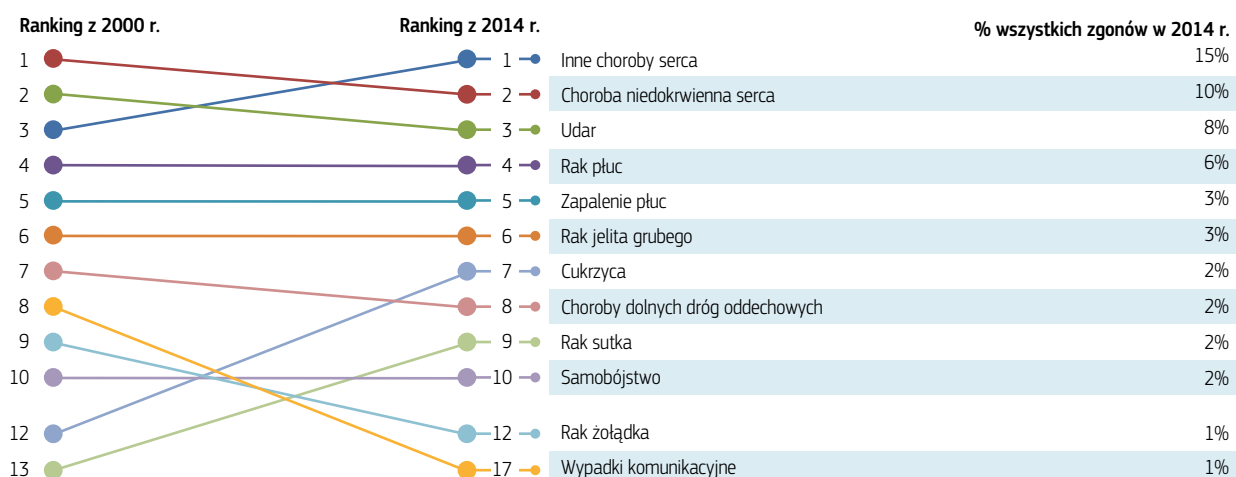
Wykres 2. Choroby układu krążenia i nowotwory są łącznie przyczyną ponad dwóch trzecich wszystkich zgonów w Polsce



Uwaga: Dane przedstawiono na podstawie rozszerzonego rozdziału Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD). Demencję dodano do rozdziału chorób układu nerwowego, aby uwzględnić ją razem z chorobą Alzheimera (główna forma demencji).

Źródło: Baza danych Eurostatu (dane za 2014 r.).

Wykres 3. Rak płuc jest czwartą z głównych przyczyn zgonów w Polsce po chorobach serca i udarze



Źródło: Baza danych Eurostatu.

Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego i problemy ze zdrowiem psychicznym znajdują się wśród głównych przyczyn zachorowalności

Oprócz chorób układu krążenia i nowotworów zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, w tym ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej i bóle karku, stanowią w Polsce coraz częstszą przyczynę zachorowalności mierzoną latami życia skorygowanymi niepełnosprawnością³. Problemy ze zdrowiem psychicznym, w tym poważne zaburzenia depresyjne i samouszkodzenie (samobójstwo i próba samobójcza), również znajdują się wśród głównych przyczyn obciążenia zdrowotnego (IHME, 2016).

3. Lata życia skorygowane niepełnosprawnością jest to wskaźnik stosowany do oszacowania całkowitej liczby lat straconych z powodu określonych chorób i czynników ryzyka. Jeden rok życia skorygowany niepełnosprawnością jest równy jednemu rokowi straconego życia w zdrowiu (IHME).

Zgodnie z danymi zgromadzonymi w ramach Europejskiego Ankietywanego Badania Zdrowia (EHIS) niemal co czwarta osoba w Polsce cierpi na nadciśnienie, co dwudziesta czwarta choruje na astmę, a co piętnasta – na cukrzycę. Częstość występowania tych przewlekłych chorób jest bardzo zróżnicowana w zależności od poziomu wykształcenia. U osób najslabiej wykształconych prawdopodobieństwo wystąpienia astmy, nadciśnienia i cukrzycy jest ponad dwukrotnie wyższe niż w przypadku osób o wyższym wykształceniu.⁴

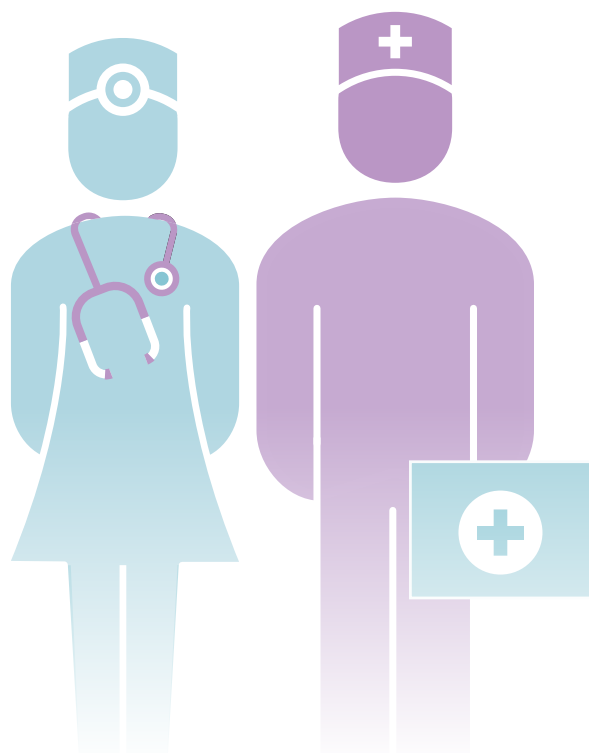
4. Nierówności wynikające z poziomu wykształcenia można częściowo przypisać wyższemu odsetkowi osób starszych posiadających niższe wykształcenie; sam ten fakt nie może jednak stanowić uzasadnienia różnic społeczno-ekonomicznych.

Większość populacji deklaruje dobry stan zdrowia, istnieją jednak znaczne różnice między grupami o różnych poziomach dochodów.

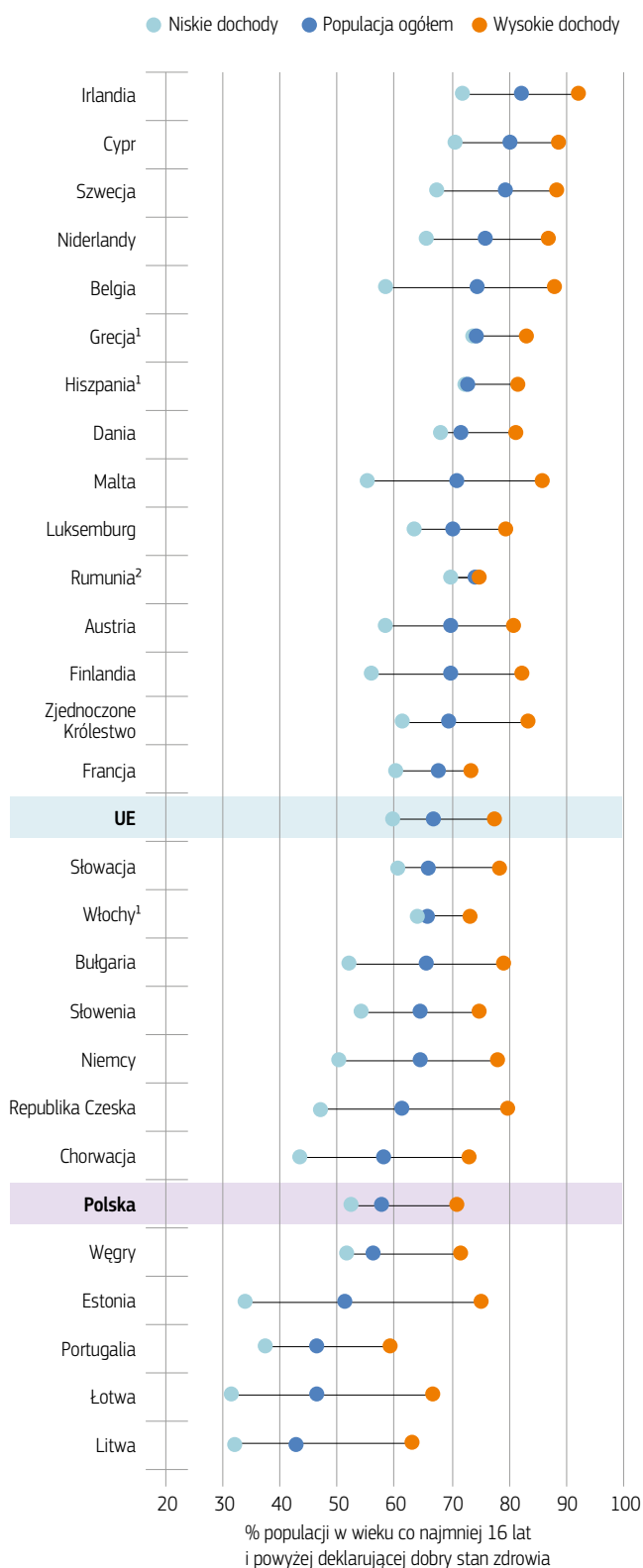
Jak przedstawiono na wykresie 4, większość Polaków deklaruje dobry stan zdrowia (58% w 2015 r.), odsetek ten jest jednak niższy od średniej UE (67%). Istnieje znaczna różnica w samoocenie stanu zdrowia w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego: w 2015 r. 71% osób w górnym kwintylu dochodów zgłosiło, że jest w dobrym stanie zdrowia, w porównaniu z zaledwie 53% osób w najniższym kwintylu dochodów.

W Polsce jest bardzo wysoka zachorowalność na różyczkę, inne choroby zakaźne występują jednak rzadziej niż w innych państwach UE

Według Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w 2016 r. 87% zgłoszonych przypadków różyczki w państwach UE/EOG dotyczyło Polski. W 2015 r. odsetek ten wynosił 93%. W 1988 r. wprowadzono obowiązkowe szczepienia przeciwko różyczce, ale tylko dla dziewczynek. W 2003 r. wprowadzono szczepienia dla obydwu płci. Polskie wskaźniki zgłoszeń w przypadku odry, wirusowego zapalenia wątroby typu B, krztuśca i HIV są poniżej średniej UE.



Wykres 4. Niższy odsetek Polaków deklaruje, że jest w dobrym stanie zdrowia, w porównaniu z populacją większości państw UE



1. Odsetki dla ogółu populacji i populacji o niskim poziomie dochodów są mniej więcej takie same.
2. Odsetki dla ogółu populacji i populacji o wysokim poziomie dochodów są mniej więcej takie same.

Źródło: Baza danych Eurostatu w oparciu o EU-SILC (dane za 2015 r.).

3 Czynniki ryzyka

Behawioralne czynniki ryzyka stanowią w Polsce największe wyzwanie

Stan zdrowia populacji i nierówności w zdrowiu są w Polsce powiązane z szeregiem czynników warunkujących stan zdrowia, w tym warunkami życia i pracy populacji, środowiskiem fizycznym, w jakim żyją ludzie, i behawioralnymi czynnikami ryzyka.

Szacuje się, że ponad jedną trzecią (36%) całego obciążenia zdrowotnego w Polsce w 2015 r. (mierzonego w latach życia skorygowanych niepełnosprawnością) można przypisać behawioralnym czynnikom ryzyka, takim jak palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, nieodpowiednia dieta i niska aktywność fizyczna (IHME, 2016). Odsetek ten jest wyższy od średniej UE (29%), ale ma podobną wartość jak odsetek obserwowany w krajach sąsiadujących.

Chociaż wskaźniki palenia tytoniu spadły, wciąż pozostają stosunkowo wysokie, spożycie alkoholu natomiast wzrasta.

Odsetek nałogowych palaczy spadł w Polsce z 28% w 2001 r. do 23% w 2014 r., wciąż pozostaje jednak wyższy niż w większości państw UE (wykres 5). Wskaźnik palenia tytoniu wśród piętnastoletniej młodzieży również spadł z 21% w latach 2001–2002 do 15% w latach 2013–2014, jest jednak wciąż wyższy niż w większości innych państw UE.

Spożycie alkoholu wśród dorosłych Polaków znacznie wzrosło od 2000 r.; w 2000 r. wynosiło 8,4 litra na dorosłą osobę i wzrosło do 10,5 litra na dorosłą osobę w 2015, przy czym jest wyższe od średniej UE. Co najmniej jedna na sześć dorosłych osób (17%) zgłosiła regularne spożycie alkoholu w nadmiernych ilościach (tak zwane „epizodyczne nadmierne picie”⁵) w 2014 r., odsetek ten jest jednak niższy niż średnia UE (20%).

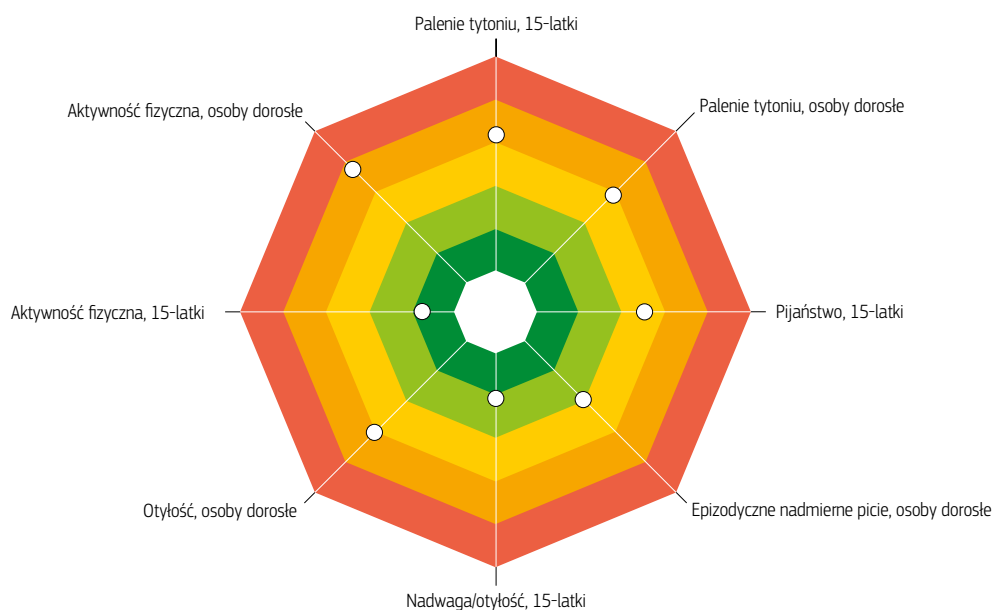
Spożycie alkoholu w nadmiernych ilościach jest w Polsce o wiele bardziej powszechne wśród mężczyzn (29%) niż wśród kobiet (8%). Wśród młodzieży 26% piętnastoletków zgłasza, że było pijane co najmniej dwa razy w życiu, co plasuje się powyżej średniej UE w odniesieniu do dziewcząt (23,5%) i nieco poniżej średniej w odniesieniu do chłopców (27%).

Otyłość, szczególnie wśród osób dorosłych, jest w Polsce coraz większym wyzwaniem

Nieodpowiednia dieta i brak aktywności fizycznej przyczyniają się do rosnących problemów związanych z nadwagą i otyłością. Zgodnie z samodzielnie zgłaszanymi danymi (które charakteryzują się zazwyczaj niedoszacowaniem częstości występowania) co najmniej jedna na sześć osób dorosłych (17%) w Polsce była otyła w 2014 r., co stanowi wzrost w stosunku do 2004 r., kiedy fakt ten dotyczył jednej osoby dorosłej

5. Epizodyczne nadmierne picie definiuje się jako spożycie co najmniej sześciu napoi alkoholowych przy jednej okazji co najmniej raz w miesiącu przez ostatni rok.

Wykres 5. Polska uzyskuje gorsze wyniki niż pozostałe państwa UE w zakresie większości behawioralnych czynników ryzyka



Uwaga: Im kropka znajduje się bliżej środka, 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 w oparciu o bazę danych Eurostatu (EHIS z około 2014 r.), statystyki OECD dotyczące zdrowia i badanie ankietowe HBSC w latach 2013–2014. (Projekt tabeli: Laboratorio MeS).

na osiem. Nadwaga i otyłość wśród piętnastoletniej młodzieży wzrosła więcej niż dwukrotnie w okresie między latami 2001–2002 a latami 2013–2014 (z 7% do 15%), wciąż jednak pozostają one poniżej wartości występującej w większości innych państw UE.

Poziom aktywności fizycznej wśród osób dorosłych jest w Polsce stosunkowo niski, gdyż w 2014 r. zaledwie 60% osób dorosłych zgłosiło praktykowanie chociaż umiarkowanej aktywności fizycznej każdego tygodnia. Tak jak w pozostałych państwach UE kobiety w Polsce rzadziej od mężczyzn zgłaszają praktykowanie regularnej aktywności fizycznej. Bardziej pozytywnym faktem jest to, że aktywność fizyczna wśród piętnastolatków jest w Polsce wyższa niż w większości innych państw UE, chociaż nadal jest stosunkowo niska, szczególnie wśród dziewcząt (zaledwie 11% zgłosiło codzienne praktykowanie umiarkowanej do intensywnej aktywności fizycznej).

W latach 2016–2020 Polska wdraża Narodowy Program Zdrowia mający na celu sprostanie tym wyzwaniom związanym ze zdrowiem publicznym i promowanie zdrowych zachowań (zob. sekcja 5.1).

Behawioralne czynniki ryzyka częściej występują w populacji grup defaworyzowanych

Tak jak w innych państwach UE wiele behawioralnych czynników ryzyka występuje bardziej powszechnie w grupach populacji w niekorzystnej sytuacji związanej z wykształceniem lub dochodami. W Polsce wskaźniki palenia tytoniu są o 60% wyższe wśród osób o najniższym poziomie wykształcenia w porównaniu z osobami o najwyższym poziomie wykształcenia. Wskaźniki otyłości są niemal dwukrotnie wyższe wśród osób o najniższym poziomie wykształcenia. Takie różnice w częstotliwości występowania behawioralnych czynników ryzyka przyczyniają się do nierówności w zdrowiu.

4 System opieki zdrowotnej

Wyraźnie zdecentralizowany system opieki zdrowotnej stanowi wyzwanie pod względem skutecznej koordynacji

Polska wprowadziła w 1999 r. silnie zdecentralizowany system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zastępując nim dotychczasowy państwowy system opieki zdrowotnej finansowany z podatków. Ustanowiono szesnaście w większości niezależnych regionalnych funduszy ubezpieczeniowych, które są odpowiedzialne za podpisywanie umów ze świadczeniodawcami.

W latach 2003–2004 wprowadzono pewien stopień ponownej centralizacji, tworząc Narodowy Fundusz Zdrowia, któremu powierzono całkowicie funkcję zakupu. Co ważne, lokalne samorządy na szczeblu wojewódzkim, powiatowym i gminnym zachowały swoją kluczową rolę monitorowania, organizacji i zarządzania w odniesieniu do świadczeniodawców: gminy są odpowiedzialne za świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), powiaty za mniejsze szpitale świadczące podstawowe usługi zdrowotne, a województwa za świadczeniodawców specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Narodowe Instytuty Zdrowia i kliniki uniwersyteckie świadczą usługi zdrowotne na szczeblu krajowym. Rozdzielenie odpowiedzialności między tymi szczeblami samorządów i między poziomami opieki sprawia, że koordynacja usług staje się jeszcze trudniejsza.

Od momentu wdrożenia w 1999 r. reformy zdrowotnej i reformy samorządowej zaobserwowano pojawienie się dużej liczby prywatnych świadczeniodawców, szczególnie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce wzrosły, wciąż są jednak stosunkowo niskie

Odsetek PKB przeznaczony na opiekę zdrowotną w Polsce wzrósł z 5,3% w 2000 r. do 6,3% w 2015 r. Poziom ten pozostaje jednak znacznie poniżej średniej UE (9,9% w 2015 r.). W przeliczeniu na mieszkańca Polska wydała w 2015 r. na opiekę zdrowotną 1 272 EUR (dostosowane do różnic w sile nabywczej), co stanowi piąty najgorszy wynik w UE (wykres 6).

W latach 2014–2020 Polska otrzyma w ramach europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych blisko 3 mld EUR finansowania przeznaczonego na działania związane ze zdrowiem. Zakres inwestycji ukierunkowanych na zdrowie i opiekę zdrowotną obejmuje infrastrukturę na potrzeby medycyny ratunkowej, programy profilaktyczne, opiekę długoterminową i rozwiązania w zakresie e-zdrowia (Komisja Europejska, 2016).

Pokrycie kosztów jest niższe niż w wielu innych państwach UE, a prywatne wydatki są wysokie

Obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym objęte jest 91% populacji, uprawnienie do opieki zdrowotnej rozciąga się jednak automatycznie na szereg innych grup ludności (np. dzieci poniżej 18. roku życia, osoby chore na HIV i gruźlicę, osoby cierpiące na choroby psychiczne). Fakt, że 9% populacji jest nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym, częściowo wynika z zawierania doraźnych lub nietypowych umów o pracę. Chociaż uprawnienie obejmuje szeroki zakres świadczeń, publiczne niedofinansowanie oznacza, że podaż usług jest ograniczona, co jest powodem długiego czasu oczekiwania.

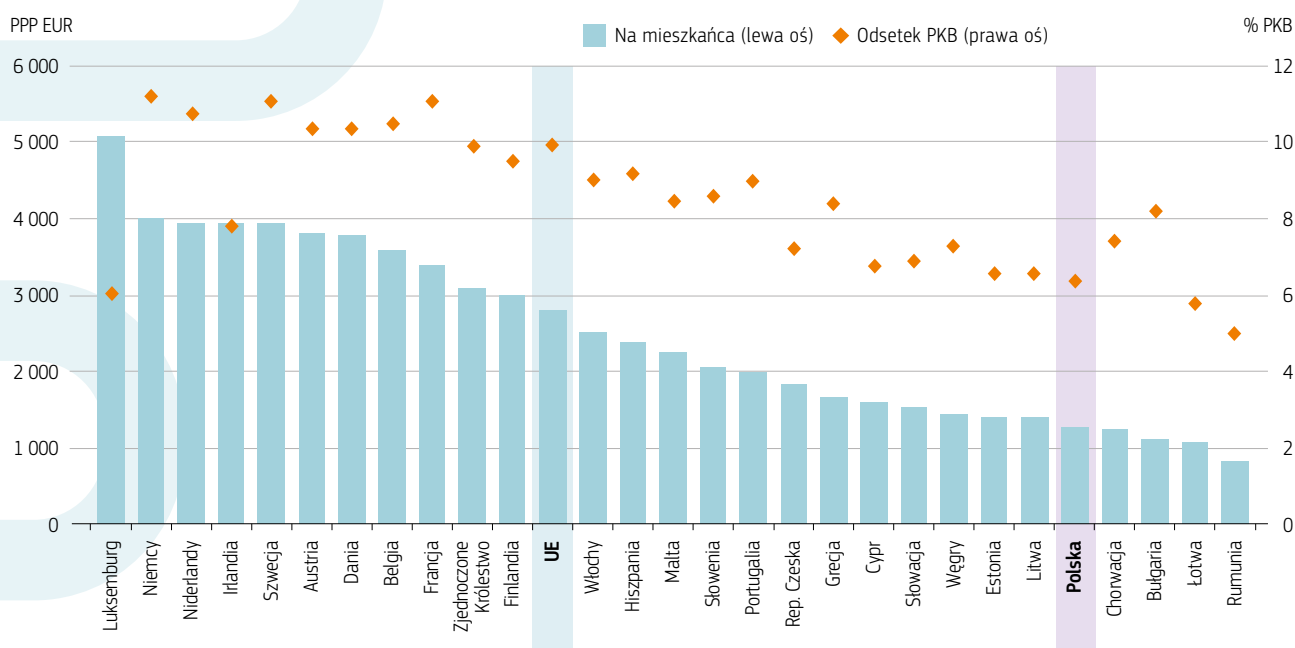
W 2015 r. 70% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną pochodziło z zasobów publicznych. Wydatki z prywatnych zasobów wynikały zazwyczaj z bezpośrednich formalnych lub nieformalnych płatności z gospodarstw domowych, przy czym dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne odgrywało zaledwie niewielką rolę. W 2015 r. prywatne wydatki bezpośrednie stanowiły ponad jedną piątą wydatków na opiekę zdrowotną (23%), w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 15%, i były przeznaczane głównie na produkty lecznicze, gdyż zwrot kosztów produktów leczniczych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego jest niski (zob. sekcja 5.2).

Stan łóżek w polskich szpitalach jest wysoki ale rozłożenie geograficzne jest nierównomierne

Liczba łóżek szpitalnych na 100 000 osób pozostaje w Polsce raczej stabilna od 2005 r. i jest na znacznie wyższym poziomie niż średnia UE. W 2015 r. w Polsce były 663 łóżka szpitalne na 100 000 osób, w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 515 łóżek. Struktura łóżek szpitalnych nie zmieniła się znacząco od 2000 r. i wciąż istnieje nadwyżka łóżek przeznaczonych dla pacjentów opieki doraźnej.

Pomimo ogólnej nadwyżki łóżek szpitalnych dostęp do opieki jest ograniczony na niektórych obszarach ze względu na nierównomierne geograficzne rozmieszczenie szpitali i planowanie ilości świadczeń w oparciu o czynniki historyczne, a nie obecne potrzeby zdrowotne ludności (zob. sekcja 5.2). Jednocześnie rośnie liczba małych prywatnych szpitali, które świadczą usługi finansowane z zasobów publicznych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, szczególnie w zakresie bardziej atrakcyjnych finansowo specjalności, takich jak kardiochirurgia.

Wykres 6. Polska wydaje na opiekę zdrowotną stosunkowo mniej niż inne państwa UE



Źródła: Statystyki OECD dotyczące zdrowia; baza danych Eurostatu; globalna baza danych WHO dotycząca wydatków na opiekę zdrowotną (dane za 2015 r.).

W Polsce występuje niedobór pracowników służby zdrowia

Niedobór pracowników służby zdrowia przejawia się niewielką liczbą praktykujących lekarzy i pielęgniarek; ich liczba, wynosząca odpowiednio 5,2 i 2,3 na 1 000 osób, jest najniższa w UE (wykres 7), choć statystyki te mogą nie uwzględniać licencjonowanych lekarzy niepracujących w placówkach medycznych. Polscy lekarze mogą otrzymywać za granicą lepsze wynagrodzenie, mieć lepsze warunki pracy i lepsze perspektywy awansu zawodowego, istnieje zatem problem emigracji lekarzy i pielęgniarek. Nabór i zatrzymanie lekarzy, aby pracowali w charakterze lekarzy rodzinnych (a także w innych specjalizacjach, takich jak anestezjologia) stanowią dla Polski szczególne wyzwanie, któremu starają się sprostać obecne reformy (zob. sekcja 5.3).

Podstawowa opieka zdrowotna zyskała na znaczeniu, pozostają jednak wyzwania dotyczące pacjentów cierpiących na schorzenia przewlekłe

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej pełni zazwyczaj funkcję „punktu wejścia” do systemu opieki zdrowotnej i kieruje w razie potrzeby pacjenta do lekarzy specjalistów. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej są również odpowiedzialni za szereg świadczeń profilaktycznych, takich jak badania przesiewowe i szczepienia. Rola podstawowej opieki zdrowotnej

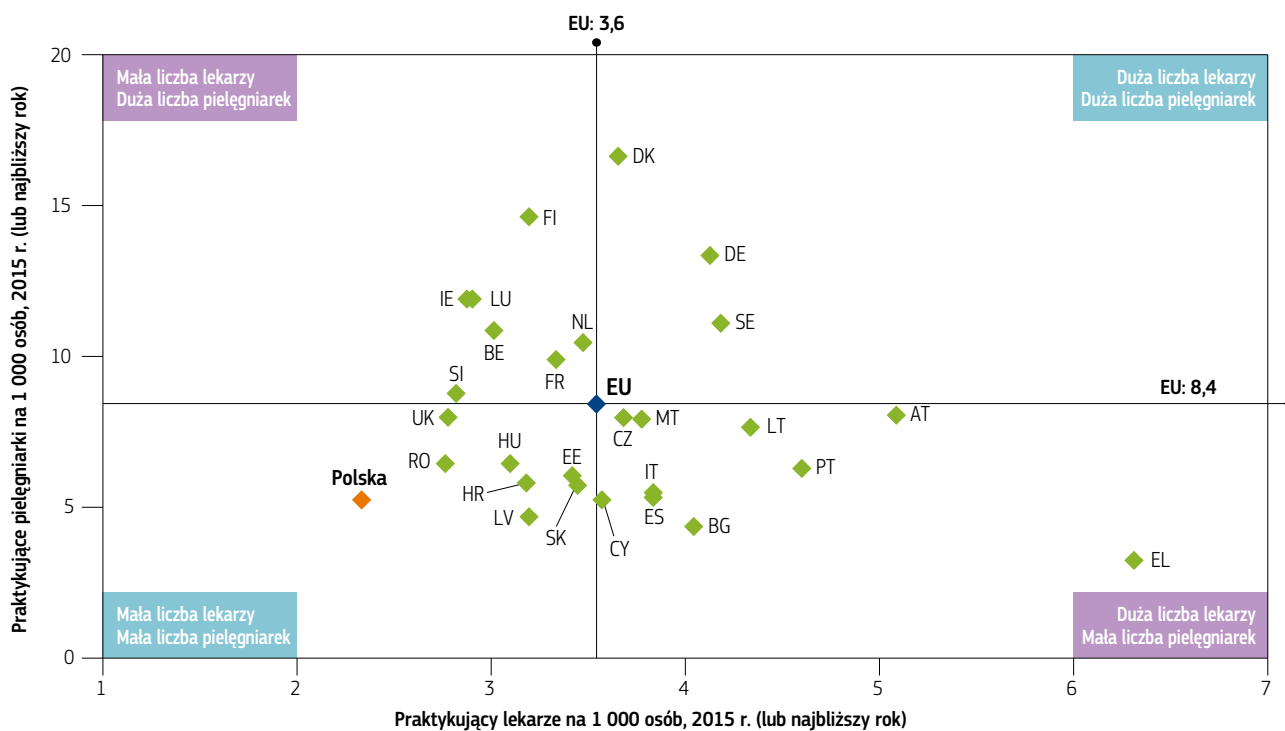
w polskim systemie opieki zdrowotnej wzrosła, o czym świadczy częstsze korzystanie ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Chociaż wstępną diagnostykę powinno się przeprowadzić na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, to ze względu na system zachęt finansowych lekarze często spychają jednak koszty badań na lekarzy specjalistów. Sytuacja taka ma swoje implikacje w odniesieniu do opieki nad osobami cierpiącymi na choroby przewlekłe na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i na poziomie możliwych do uniknięcia hospitalizacji (zob. sekcja 5.1). Podsumowując, rzadko się zdarza, aby miała miejsce koordynacja świadczeń, a lekarze rodzinni odgrywali oczekiwaną rolę.

Większość szpitali stanowi własność państwową, opiekę ambulatoryjną świadczą zaś zazwyczaj prywatni świadczeniodawcy mający podpisane umowy z NFZ. Posiadając skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, pacjent może wybrać szpital, w którym zostanie poddany planowanej operacji, napotyka jednak często bardzo długie listy oczekujących (zob. sekcja 5.2).

Z uwagi na szybkie starzenie się społeczeństwa w Polsce, rośnie również nacisk na zapewnienie formalnych świadczeń opieki długoterminowej. Realizacja świadczeń nie dotrzymuje tempa popytowi na te świadczenia, a sytuację pogarsza jeszcze niedobór personelu pielęgniarskiego w sektorze opieki długoterminowej.

Wykres 7. Polska znajduje się wśród państw UE o najniższej liczbie lekarzy i pielęgniarek na 1 000 osób



Uwaga: W przypadku Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających licencję na praktykowanie, 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 Eurostatu.

5 Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej

5.1 SKUTECZNOŚĆ

Wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej są w Polsce wyższe od średniej UE

Wskaźnikiem skuteczności systemu opieki zdrowotnej jest wskaźnik umieralności na schorzenia, które można leczyć, takie jak niektóre rodzaje chorób układu krążenia i nowotworów.

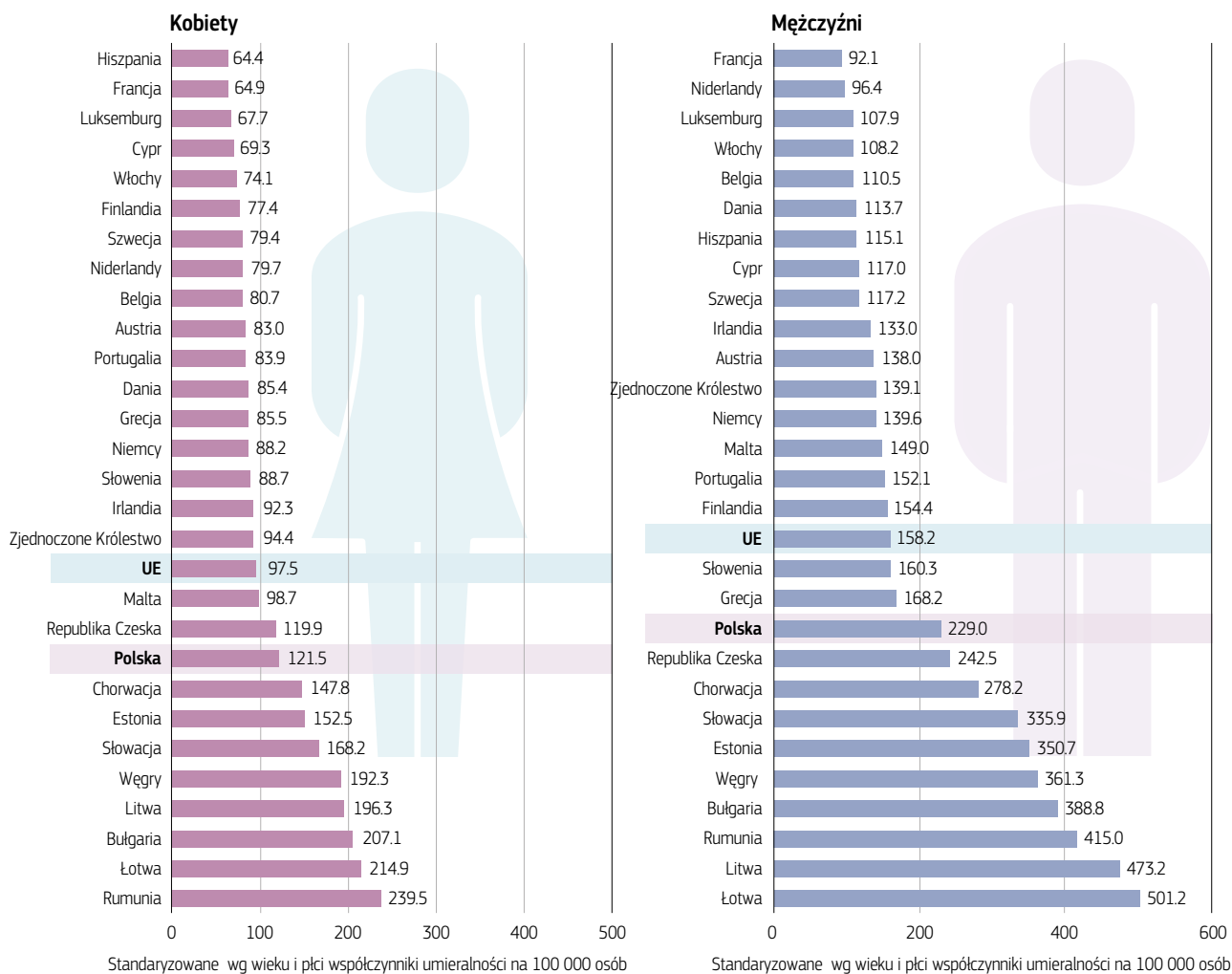
W Polsce ogólne wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej⁶ są wyższe od średniej UE (wykres 8) zarówno w przypadku kobiet (121 na 100 000 w stosunku do 98 na 100 000), jak i mężczyzn (229 w stosunku do 158). Wynika to głównie z faktu, że wskaźniki umieralności spowodowanej przez choroby układu krążenia są

w Polsce wyższe niż w większości innych państw UE. Ogólny wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej spadł w latach 2007–2014 o 25%.

Niska umieralność w przypadku osób wymagających opieki doraźnej wskazuje na dobrą opiekę szpitalną dotyczącą niektórych schorzeń

Ogólnie szpitale w Polsce zapewniają skuteczne leczenie osób wymagających opieki doraźnej, szczególnie w obszarze kardiologii. W ostatnim dziesięcioleciu poczyniono znaczne postępy w ograniczeniu wskaźników umieralności w odniesieniu do osób przyjmowanych do szpitala ze względu na zawał serca dzięki usprawnieniu procesów leczenia i opieki (wykres 9).

Wykres 8. Odsetek zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej w Polsce jest wyższy niż średnia unijna

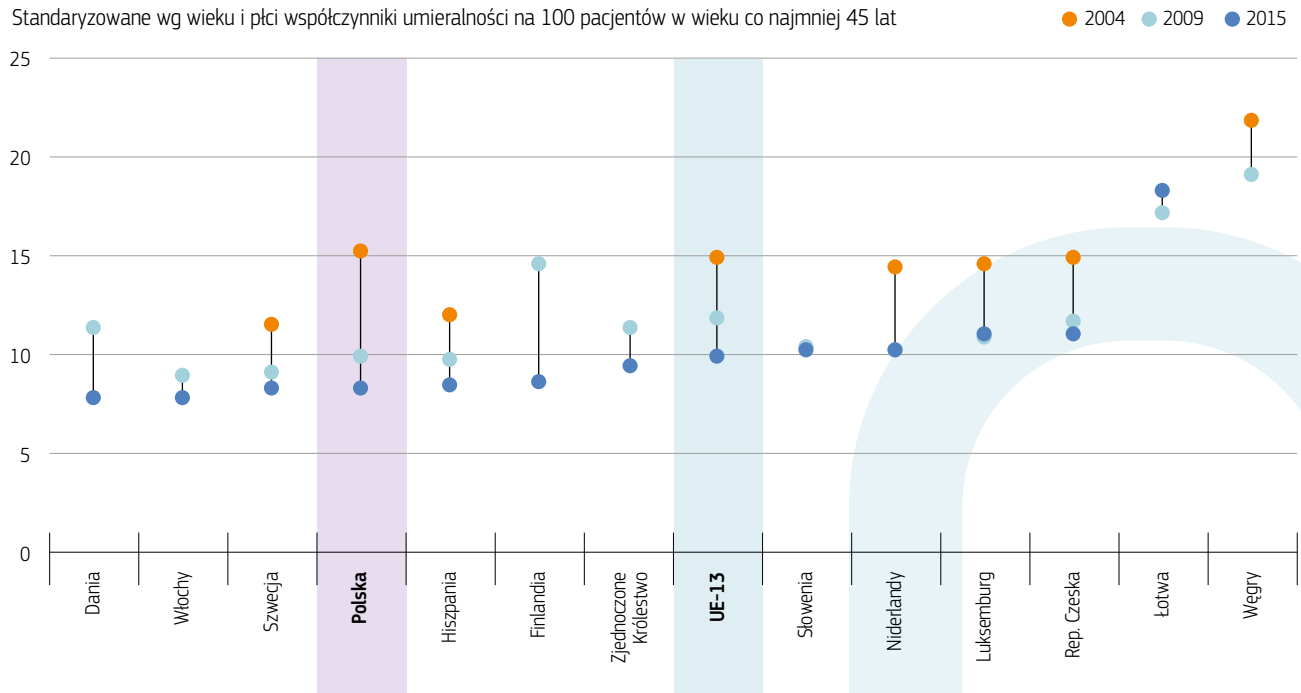


Źródło: Baza danych Eurostatu (dane za 2014 r.).

6. Zgony możliwe do uniknięcia dzięki interwencji medycznej definiuje się jako przedwczesne zgony, których można było uniknąć dzięki terminowej i skutecznej opiece zdrowotnej.

Wykres 9. Wskaźnik umieralności w pierwszych trzydziestu dniach po przyjęciu do szpitala z powodu zawału serca spadł w Polsce znacząco

Standaryzowane wg wieku i płci współczynniki umieralności na 100 pacjentów w wieku co najmniej 45 lat



Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia (dane za 2015 r. lub najbliższy rok).

Opieka onkologiczna poprawiła się, wciąż pozostaje jednak w tyle za innymi państwami UE

Przeżycie pacjentów chorych na nowotwory jest w Polsce ogólnie niższe niż w większości innych państw UE. Według danych pochodzących z programu CONCORD w latach 2010–2014 wskaźnik 5-letnich przeżyć w przypadku Polek cierpiących na raka szyjki macicy wynosił 55%, co stanowi jeden z najniższych wyników wśród państw UE. Dzieje się tak pomimo stosunkowo wysokich wskaźników badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy u kobiet w wieku 20–69 lat (OECD/UE, 2016). Wskaźnik 5-letnich przeżyć w przypadku mężczyzn i kobiet, u których zdiagnozowano raka jelita grubego, jest również jednym z najniższych w UE, przy czym najniższy jest w Polsce również wskaźnik badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego.

Poza krajowymi programami badań przesiewowych w kierunku raka i zwiększeniem odsetka kobiet poddawanych badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy i raka sutka, Polska wprowadziła w 2015 r. kompleksową dziesięcioletnią strategię walki z rakiem, cechującą się bardziej systematycznym i ukierunkowanym podejściem, aby poprawić wyniki. Jest ona wyraźniej ukierunkowana na zarządzanie opieką onkologiczną, promuje profilaktykę, diagnostykę i leczenie nowotworów i zmierza do poprawy jakości życia pacjentów. Cele ustanowiono w każdym z obszarów polityki, a postępy podlegają stałemu monitorowaniu.

Liczba możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala należy do najwyższych wśród państw UE

Polska charakteryzuje się stosunkowo wysokimi wskaźnikami hospitalizacji w przypadku chorób przewlekłych, takich jak astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca i zastoinowa niewydolność serca. Schorzenia te są zasadniczo uważane za możliwe do leczenia w obrębie sektora podstawowej opieki zdrowotnej, poza szpitalem. Hospitalizacje, które były potencjalnie do uniknięcia, oznaczają zatem nieskuteczność i brak koordynacji w sektorach poza opieką doraźną. Liczba przyjęć pacjentów cierpiących na zastoinową niewydolność serca jest szczególnie wysoka w porównaniu z innymi państwami UE (wykres 10).

Wysoka liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce wskazuje na potrzebę skuteczniejszej polityki w zakresie profilaktyki

Zgodnie z głównymi wskaźnikami w zakresie zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce, mianowicie zgonów związanych z urazami komunikacyjnymi, paleniem tytoniu i szkodliwym spożyciem alkoholu, Polska plasuje się powyżej średniej UE. Polska ma jeden z najwyższych w UE wskaźników umieralności związanej z wypadkami komunikacyjnymi (ponad 10,3 na 100 000 osób w 2014 r. w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 5,8), chociaż wskaźnik ten spadł o połowę od 2000 r.

Wskaźniki palenia tytoniu spadły w ostatnim dziesięcioleciu, ale odsetek natógowych palaczy był tradycyjnie wysoki, a umieralność na raka płuc w Polsce jest jedną z najwyższych w UE.

Aby poradzić sobie z problemem rosnących wskaźników otyłości, Polska wdrożyła kampanię w środkach masowego przekazu mającą na celu promocję zdrowego odżywiania i zwiększenia spożycia owoców i warzyw (Jarosz i Tarczyk, 2011). Promowanie i reklamowanie niektórych produktów spożywczych sprzedawanych w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych również podlega regulacjom prawnym. Nie wprowadzono bodźców ekonomicznych, takich jak podatki i szerszy zakres przepisów dotyczących sprzedaży (podobnych do strategii zmierzających do ograniczenia spożycia alkoholu) (OECD, 2015).

Polska wdrożyła Narodowy Program Zdrowia (zob. sekcja 4) mający na celu sprostanie tym wyzwaniom związanym ze zdrowiem publicznym i promowanie zdrowych zachowań. Celem Narodowego Programu Zdrowia jest obniżenie odsetka osób palących tytoń o 2% do 2020 r., obniżenie o połowę wzrostu wskaźników otyłości i cukrzycy do 2025 r. oraz doprowadzenie do spadku o 10% liczby osób nadużywających alkoholu do 2025 r.

5.2 DOSTĘPNOŚĆ

Poziomy niezaspokojonych potrzeb medycznych są w Polsce stosunkowo wysokie i charakteryzują się znaczną różnicą między grupami o różnych dochodach

Niezaspokojone potrzeby związane z opieką medyczną w Polsce plasują się na piątym najwyższym miejscu w UE. Około 7% populacji

zgłasza pewne niezaspokojone potrzeby tego rodzaju, przy czym istnieje znaczna różnica w tym zakresie między grupami o wysokim i niskim poziomie dochodów (wykres 11) i pomiędzy regionami. Około 4% gospodarstw domowych charakteryzujących się wysokim poziomem dochodów zgłasza niezaspokojone potrzeby medyczne, w porównaniu z 10% gospodarstw ujętych w najniższym przedziale dochodów. Do niezaspokojonych potrzeb w Polsce przyczyniają się w najwyższym stopniu koszty i czas oczekiwania.

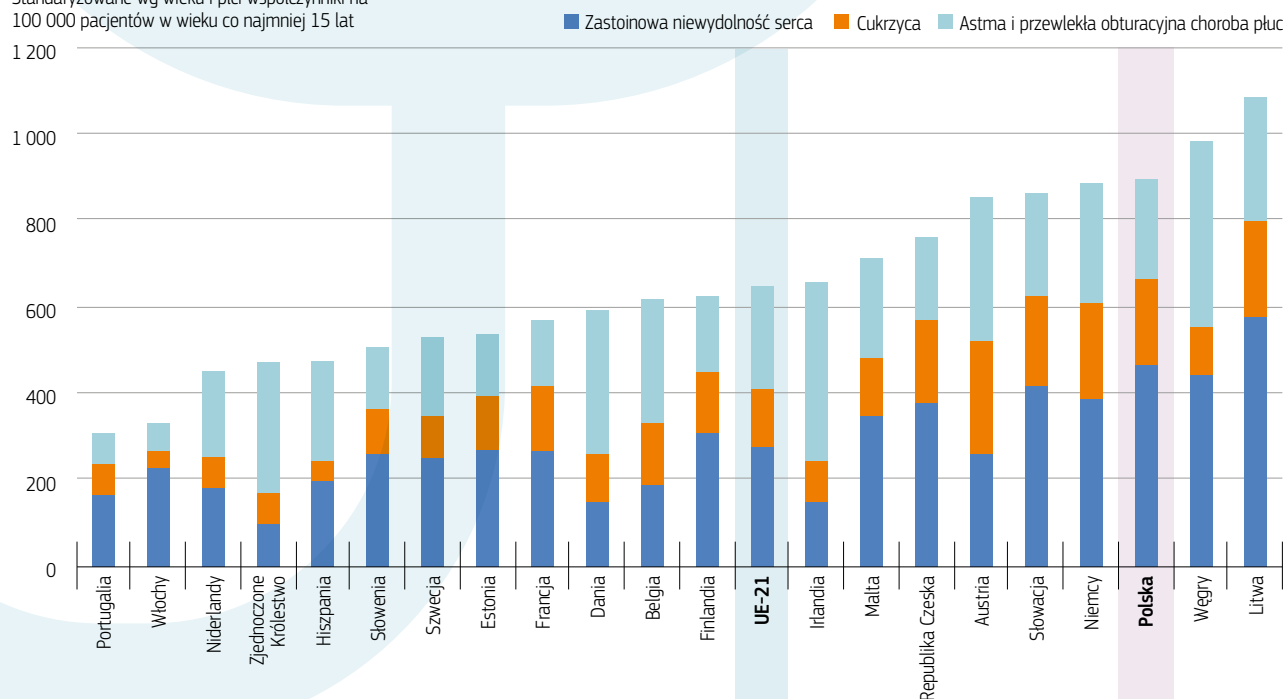
Koszyk świadczeń zdrowotnych jest wąski, funkcjonuje jednak ocena technologii medycznych służąca ocenie opłacalności

Polskie władze wyraźnie określiły, które produkty lecznicze i procedury medyczne są ujęte w koszyku świadczeń objętych publicznym systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Chociaż ujęta jest w nim większość konwencjonalnych procedur medycznych, wykaz leków refundowanych jest wąski. W związku z tym odsetek wydatków bezpośrednich na produkty lecznicze w Polsce (60%) jest czwarty co do wielkości w UE (po Rumunii, Bułgarii i Chorwacji) i znacznie wyższy od średniej UE (44%).

W ostatniej zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidziano większą liczbę leków podlegających pełnej refundacji dla osób powyżej 75. roku życia. Wykaz podlega aktualizacji co dwa miesiące. Oczekuje się, że ograniczy to do 2025 r. wydatki bezpośrednie pacjentów w wieku 75 lat i powyżej o nawet 60%.

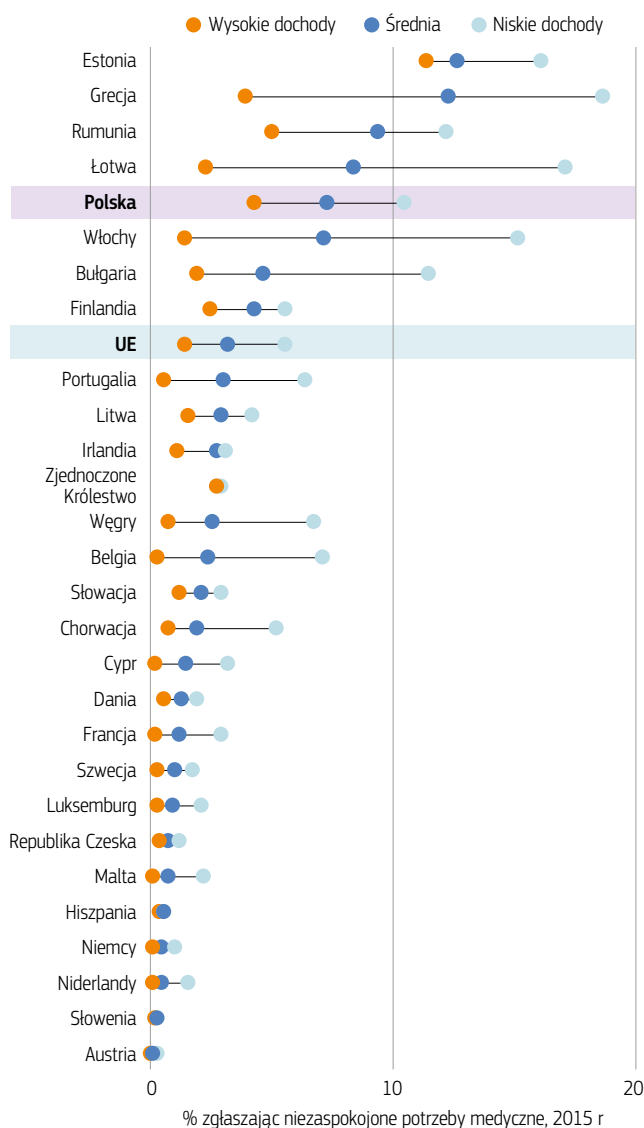
Wykres 10. Liczba możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala w przypadku chorób przewlekłych jest w Polsce wysoka

Standaryzowane wg wieku i płci współczynniki na 100 000 pacjentów w wieku co najmniej 15 lat



Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia (dane za 2015 r. lub najbliższy rok).

Wykres 11. Polska plasuje się na piątym miejscu w UE pod względem odsetka niezaspokojonych potrzeb związanych z opieką medyczną



Uwaga: Dane odnoszą się do zapotrzebowania na badania medyczne lub na leczenie niezaspokojonego 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 Eurostatu w oparciu o EU-SILC (dane za 2015 r.).

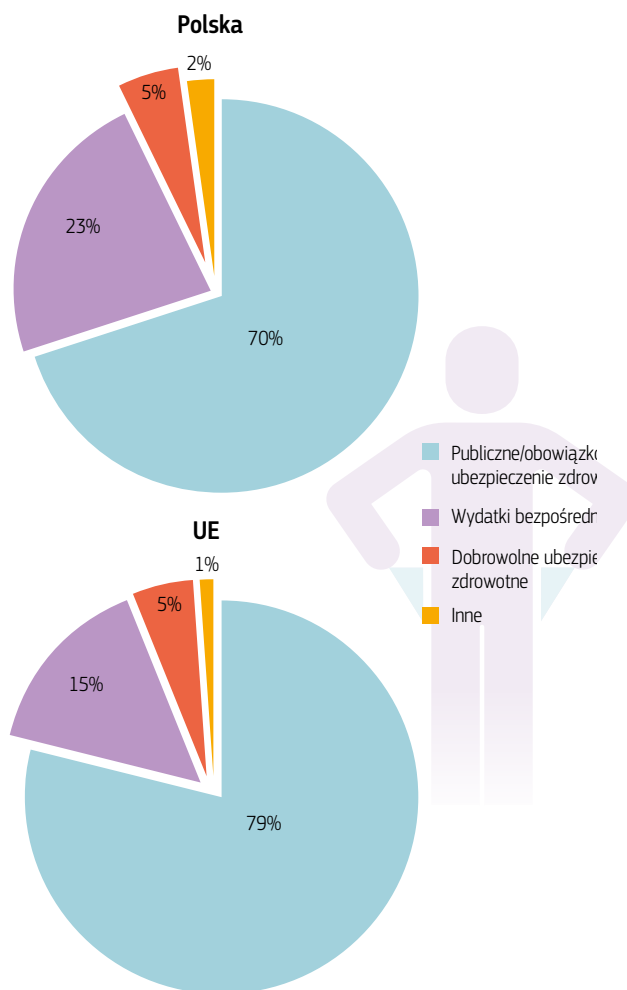
Polska reprezentuje kompleksowe podejście do oceny technologii medycznych. Decyzje dotyczące pokrycia kosztów i refundacji podejmowane są na szczeblu centralnym. Polska jest również jednym z nielicznych państw, które porównują opłacalność alternatywnych technologii, okresowo poddają ponownej ocenie technologie znajdujące się w koszyku świadczeń i publikują wskaźnik stopniowego wzrostu opłacalności uwzględniany przy podejmowaniu decyzji dotyczących pokrycia kosztów (obecnie próg jest ustanowiony na poziomie trzykrotnej wartości polskiego PKB na mieszkańca). Podmioty reprezentujące pacjentów są włączone w proces podejmowania decyzji dotyczących oceny technologii medycznych za pośrednictwem rzecznika praw pacjenta (Auraaen et al., 2016).

Przystępność opieki zdrowotnej jest w Polsce głównym powodem do obaw

Odsetki publicznych i prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną były stabilne w ostatnim dziesięcioleciu, przy czym około 28% z tych wydatków sfinansowano ze źródeł prywatnych (głównie wydatków bezpośrednich). Płatności bezpośrednie ze środków własnych gospodarstw domowych są wyższe niż w większości innych państw UE (wykres 12).

Średnie wydatki bezpośrednie mieszkańców Polski jako odsetek spożycia gospodarstw domowych wynosiły w 2015 r. 2,5%, czyli blisko średniej UE wynoszącej 2,3%. Odsetek populacji dokonującej „rujujących” wydatków⁷ ze środków własnych wynosił jednak w Polsce w 2014 r. ponad 8% – to wysoka wartość w porównaniu z większością państw UE, lecz porównywalna z takimi państwami jak Estonia czy Węgry.

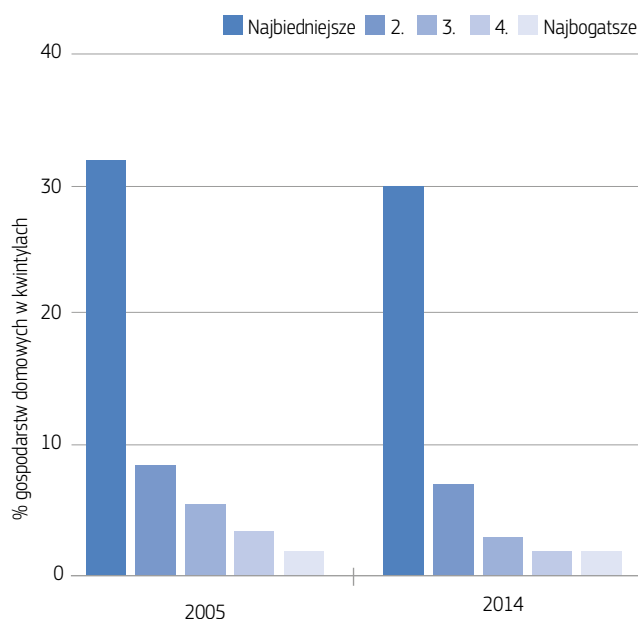
Wykres 12. Znaczny odsetek wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce stanowią wydatki bezpośrednie



Źródła: Statystyki OECD dotyczące zdrowia; Baza danych Eurostatu (dane za 2015 r.).

7. Rujujące wydatki definiuje się jako wydatki bezpośrednie gospodarstwa domowego przekraczające 40% całkowitych wydatków netto gospodarstwa domowego koniecznych do utrzymania (tj. wydatków na żywność, mieszkanie i media).

Wykres 13. Rujnąjące wydatki bezpośrednie na opiekę zdrowotną są szczególnie wysokie wśród polskich najbiedniejszych gospodarstw domowych



Źródło: Wozniak, 2017.

Rujnąjące wydatki bezpośrednie nieproporcjonalnie wpływają na osoby w najniższym kwintylu dochodów (wykres 13). Zależność ta jest w ostatnich latach dosyć stabilna. Oprócz wspomnianego powyżej ograniczonego pokrycia kosztów produktów leczniczych, można tę sytuację przypisać

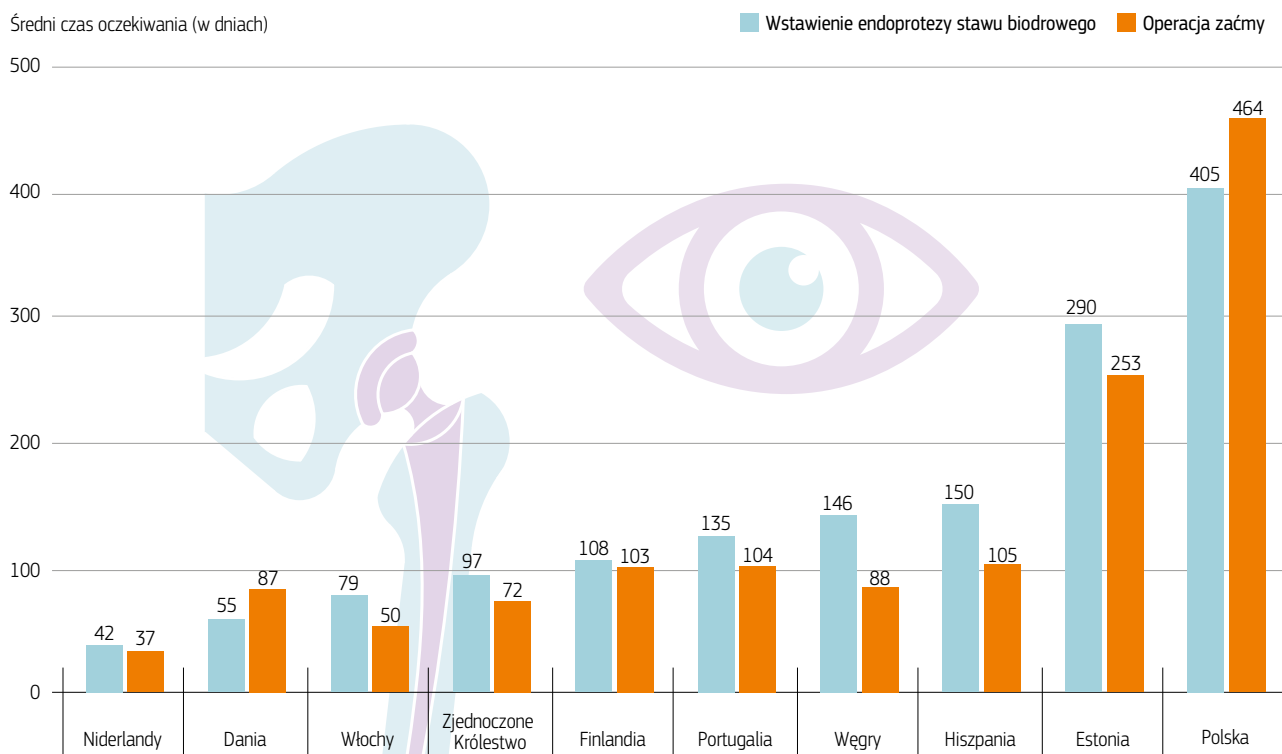
nieuregulowanym, nieoficjalnym świadczeniom dostarczanym przez wielu świadczeniodawców – finansowanym z nieformalnych płatności bezpośrednich – stosunkowo niskiemu odsetkowi osób objętych ubezpieczeniem (zob. sekcja 4) i brakowi formalnego rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce.

Polska charakteryzuje się jednymi z najdłuższych okresów oczekiwania w UE

Poza problemem kosztów dostępność świadczeń jest ograniczona w Polsce przez niską liczbę pracowników służby zdrowia. W rezultacie w Polsce na zabiegi medyczne takie jak operacja zaćmy i wstawienie endoprotezy trzeba czekać najdłużej w całej UE (wykres 14). Lekarze specjaliści mogą być skłonni do utrzymywania długich list oczekujących, aby zwiększyć zapotrzebowanie na ich własne prywatne świadczenia opłacane ze środków własnych pacjentów; praktyka podwójnego zatrudnienia jest w Polsce szeroko rozpowszechniona i słabo uregulowana (Komisja Europejska, 2016).

Do tego problemu przyczynia się jeszcze nierównomierne rozmieszczenie geograficzne świadczeń i nierównomierna alokacja zasobów. Na przykład w niektórych regionach czas oczekiwania na wizytę u niektórych lekarzy specjalistów może wynosić nawet 12 miesięcy (Kowalska et al., 2014). Ponadto w 2014 r. odsetek pacjentów oczekujących na wizytę u neurologa, okulisty, kardiologa, endokrynologa lub ortopedy różnił się prawie trzykrotnie między 16 polskimi województwami (Grupa Banku Światowego, 2015).

Wykres 14. Polska charakteryzuje się najdłuższym okresem oczekiwania na operację zaćmy i wstawienie endoprotezy stawu biodrowego



Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia 2017 (dane za 2015 r.).

5.3 ODPORNOŚĆ⁸

Chociaż polski system opieki zdrowotnej stoi przed umiarkowanym ryzykiem związanym ze stabilnością finansową, konieczne są inwestycje w pracowników służby zdrowia

Wydatki na opiekę zdrowotną są w Polsce stosunkowo niskie, zarówno w ujęciu na mieszkańca, jak i jako odsetek PKB (sekcja 4). Komitet Polityki Gospodarczej Komisji Europejskiej uznaje, że ryzyko związane ze stabilnością finansową jest umiarkowane głównie ze względu na niekorzystną sytuację budżetową i konieczność sprostania nadchodzącym wyzwaniom demograficznym (Komisja Europejska, 2016).

Zważywszy na to, konieczne jest ustanowienie średnioterminowych strategii w celu: zaradzenia problemowi niedoboru personelu medycznego (sekcja 4) i przywrócenia lepszej równowagi między specjalistami a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej; zaradzenia problemowi podwójnego zatrudnienia lekarzy oraz zwiększenia zdolności sektora opieki długoterminowej. Obecnie Polska jest w trakcie wdrażania strukturalnej reformy systemu opieki zdrowotnej (zob. ramka 1).

Względna nadwyżka podaży w przypadku szpitali i niedostateczna podaż usług w sektorach poza opieką doraźną i w przypadku opieki długoterminowej osłabiają skuteczność alokacji w perspektywie średnioterminowej. Długie listy oczekujących i niskie wskaźniki dotyczące niektórych planowanych zabiegów (endoproteza stawu biodrowego i stawu kolanowego), chociaż przyczyniają się do obniżenia kosztów w perspektywie krótkoterminowej, powodują znaczne niezadowolenie pacjentów.

Sektor opieki długoterminowej jest niedofinansowany i w zbyt dużym stopniu uzależniony od opieki nieformalnej i sektora szpitalnego

Kolejnym czynnikiem osłabiającym stabilność i skuteczność polskiego systemu opieki zdrowotnej jest obecna organizacja i obecne finansowanie opieki długoterminowej. Obecnie ok. 2,6 mln Polaków (6,8% populacji)

żyje ze znacznym stopniem niepełnosprawności z powodu problemów zdrowotnych, przy czym przewiduje się, że do 2060 r. liczba ta wzrośnie do ponad 3,7 mln osób (11%)⁹.

Opieka długoterminowa jest obecnie w Polsce bardzo podzielona i niedofinansowana. Reguluje ją kilka ustaw i zasadniczo świadczeniem takiej opieki zajmują się członkowie rodziny (Komisja Europejska, 2016). Sytuacja ta może nie być stabilna w kontekście starzenia się społeczeństwa w połączeniu z głębszymi zmianami społecznymi, np. faktem, że coraz więcej kobiet jest aktywnych zawodowo. Często opieka długoterminowa jest również świadczona w szpitalach, co nie jest wydajnym rozwiązaniem. Jest prawdopodobne, że aby móc w odpowiedni sposób odpowiedzieć na przyszły popyt na opiekę długoterminową, konieczny będzie wyższy poziom finansowania połączony z przywróceniem równowagi między szpitalami a placówkami opieki długoterminowej pod względem przeznaczanych zasobów.

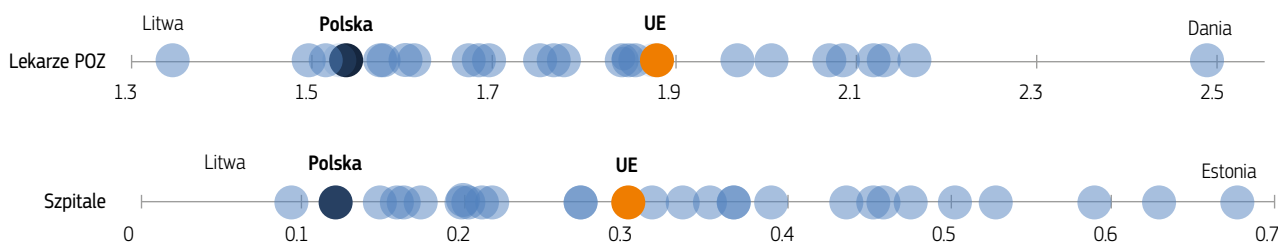
Inwestowanie w promocję digitalizacji sektora zdrowia

W realizacji jest obecnie kilka projektów częściowo finansowanych z europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych (sekcja 4), mających na celu digitalizację w systemie opieki zdrowotnej i pomoc Polsce w nadrobieniu zaległości w rozpowszechnianiu i przyjmowaniu rozwiązań ICT. W 2013 r. Polska zajmowała piątą najgorszą pozycję w UE, jeśli chodzi o przyjęcie systemu e-zdrowie wśród lekarzy POZ (Komisja Europejska, 2013). Polska zajmuje także przedostatnie miejsce (za Litwą) jeśli chodzi o dostępność oraz zastosowanie rozwiązań ICT w szpitalach (Wykres 15).

Zdrowie publiczne można poprawić dzięki lepiej ukierunkowanemu wydatkowaniu

Polska przeznaczająca 2,6% swoich wydatków na opiekę zdrowotną na finansowanie inicjatyw związanych ze zdrowiem publicznym i działań promujących zdrowie, w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 3,0%, przy czym ok. połowa tej kwoty przeznaczana jest na promocję zdrowia w miejscu pracy. Jeżeli uwzględnić wysokie poziomy behawioralnych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, szkodliwe spożycie alkoholu i otyłość, zachowanie większej równowagi między profilaktyką chorób

Wykres 15. Zastosowanie narzędzi i rozwiązań e-zdrowie wśród lekarzy POZ i w szpitalach było jednym z najniższych w UE w 2013 r.



Uwaga: Indeks posiada wartość od 0 do 4 dla lekarzy POZ i od 0 do 1 dla szpitali. W celu uzyskania dalszych informacji, zobacz: OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*.

Źródło: Komisja Europejska (2013, 2014)

8. Odporność odnosi się do zdolności systemu opieki zdrowotnej do skutecznego dostosowywania się do zmieniających się warunków, nagłych wstrząsów lub kryzysów.

9. Na podstawie przewidywań OECD dotyczących przyszłej populacji w Polsce https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=POP_PROJ#

a opieką zdrowotną może pomóc w poprawie stanu zdrowia populacji i w ograniczeniu nierówności w zdrowiu, przy jednoczesnym ograniczeniu presji na system opieki zdrowotnej i system opieki długoterminowej.

Przedwczesne zgony z przyczyn możliwych do uniknięcia, szczególnie wśród mężczyzn, powodują spadek zatrudnienia i ograniczenie wzrostu gospodarczego (OECD, 2016). Wspomniany wcześniej Narodowy Program Zdrowia jest krokiem w stronę wzmocnienia strategii politycznych w zakresie zdrowia publicznego. Wyraźnym celem programu jest poprawa stanu zdrowia i ograniczenie nierówności w zdrowiu dzięki ustanowieniu sześciu strategicznych celów obejmujących: odżywianie i aktywność fizyczną; profilaktykę uzależnień; zdrowie psychiczne i dobrostan; ryzyko środowiskowe, w tym związane z pracą, warunkami mieszkaniowymi i wykształceniem; zdrowe starzenie się oraz zdrowie prokreacyjne.

Reformie będą musiały towarzyszyć skuteczne zarządzanie i rozliczalność

W przeciągu ostatnich 30 lat opieka zdrowotna i jej finansowanie przeszły w Polsce istotne zmiany. Obowiązujący obecnie model zarządzania finansowaniem zbudowany wokół centralnej roli NFZ okazał się nieskuteczny, czego wynikiem są niektóre z problemów wymienionych w niniejszym profilu (np. długi czas oczekiwania). Polski rząd rozpoczął program ambitnych reform systemu opieki zdrowotnej, a niektóre spośród nich będą miały wpływ na zarządzanie opieką zdrowotną, rozliczalność i planowanie (ramka 1).

Utworzenie regionalnych organów ds. zdrowia i powierzenie im szeregu funkcji w dziedzinie finansowania, nadzoru i planowania będzie miało głębokie implikacje w stosunku do rozliczalności, alokacji zasobów i strategicznego planowania. Podobnie zastąpienie finansowania opartego na działaniach przez budżety roczne o charakterze prospektywnym oraz przejście z maksymalnych do minimalnych limitów



oznacza znaczną transformację w zarządzaniu szpitalami i w ich administracji, a także stanowi wyzwanie w odniesieniu do zapewnienia finansowej i klinicznej odpowiedzialności oraz monitorowania i oceny działania systemu.

Podczas okresu przejściowego wszelkie działania – począwszy od budżetowania, a na praktyce klinicznej skończywszy – będą podatne na ryzyko i będą wymagały ścisłego monitorowania.

Zgodnie z reformami kontrola będzie w większym stopniu prowadzona centralnie, przez Ministerstwo. Ciekawe będzie obserwowanie, jaki kształt przybiorą konieczne ramy rozliczania i dozoru oraz w jaki sposób będą wdrażane, aby uzupełnić restrukturyzację. Informowanie głównych zainteresowanych stron – pracowników służby zdrowia, administratorów systemu i, oczywiście, opinii publicznej – i ich zaangażowanie będą stanowiły istotny czynnik decydujący o sukcesie tych reform.

RAMKA 1. REFORMA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

W 2016 r. polskie Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło daleko idący program reformy zdrowia mający na celu poprawę dostępu do opieki zdrowotnej i koordynację tej opieki, poprawę skuteczności i ograniczenie powielania. Reforma obejmuje zobowiązanie do zwiększenia wydatków publicznych na zdrowie o ok. 35% w ciągu najbliższych siedmiu lat.

Najistotniejszą propozycją reformy jest zlikwidowanie NFZ i zastąpienie go nowym systemem finansowania kontrolowanym przez Ministerstwo i finansowanym z dochodów podatkowych. Organy ds. zdrowia będą finansowały świadczenia zdrowotne na szczeblu regionalnym, nadzorowały szpitale i będą odpowiedzialne za planowanie perspektywiczne.

Za sprawą reform zmianie ulegnie proces zawierania umów na opiekę doraźną. Finansowanie oparte na działaniach zostanie zastąpione przez budżety roczne. Liczba i struktura łóżek szpitalnych zostanie dostosowana w oparciu o potrzeby zdrowotne. Obowiązujące obecnie maksymalne limity objęte umową zostaną zastąpione minimalną

liczbą świadczeń, jakie szpitale będą musiały zrealizować, aby otrzymać finansowanie.

Proponuje się połączenie świadczeń szpitalnych ze świadczeniami ambulatoryjnymi, przy czym głównym czynnikiem, który ma umożliwić osiągnięcie tego celu, jest połączenie budżetów wszystkich rodzajów opieki.

Utworzenie zespołów podstawowej opieki zdrowotnej obejmujących lekarzy, pielęgniarki, pielęgniarki szkolne, położne i dietetyków ma wzmocnić podstawową opiekę zdrowotną. Do celów tych zespołów będą należały promocja zdrowia, jak również kierowanie na konsultacje specjalistyczne i koordynacja opieki nad pacjentem w różnych placówkach.

Aby zaradzić niedoborowi personelu medycznego, rząd proponuje zwiększenie płac dla pracowników służby zdrowia. Wdrażanie tego ambitnego programu reform ma się rozpocząć w latach 2017–2018.

6 Najważniejsze ustalenia

- Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia jest w Polsce wyższa niż w przypadku większości państw sąsiadujących, ale niższa od średniej UE. Obserwuje się różnice w średnim trwaniu życia pomiędzy poszczególnymi grupami populacji. Polaków i Polki dzieli w tym względzie różnica ośmiu lat, za to różnica pomiędzy osobami o najniższym i najwyższym poziomie wykształcenia wynosi 10 lat. Polacy i Polki w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że przeżyją jeszcze odpowiednio następne 16 i 20 lat, ale pozostaną wolni od niepełnosprawności przez mniej niż połowę tego okresu.
- Odsetek Polaków, którzy deklarują dobry stan zdrowia, jest niższy w porównaniu z innymi państwami UE. Dobry stan zdrowia deklaruje o wiele więcej osób o wysokich dochodach niż osób o niskich dochodach. Blisko jedną trzecią całkowitego obciążenia zdrowotnego można przypisać behawioralnym czynnikom ryzyka, w szczególności spożyciu alkoholu (które wzrasta wśród osób dorosłych), otyłości i brakowi aktywności fizycznej. Wśród Polaków prawdopodobieństwo zgonu spowodowanego przez choroby układu krążenia jest o około 60% wyższe niż u przeciętnego mieszkańca UE, a spadek umieralności spowodowanej tymi chorobami przebiega wolniej niż w większości państw UE.
- Opieka doraźna w polskich szpitalach jest stosunkowo efektywna i charakteryzuje się wysoką jakością, szczególnie w przypadku pacjentów kardiologicznych. W Polsce istnieje jeden z najniższych wskaźników śmiertelności z powodu zawału serca w porównaniu z państwami UE, które zgłaszają te dane. Z drugiej strony wyniki dotyczące opieki onkologicznej w Polsce są mniej pozytywne. Wskaźniki przeżywalności w przypadku raka sutka, raka szyjki macicy i raka jelita grubego są niskie w porównaniu z innymi państwami UE, a wskaźnik umieralności na nowotwór jest wyższy od średniej UE. Obecnie wdrażane są programy mające na celu upowszechnienie badań przesiewowych i profilaktyki. Polska charakteryzuje się również wysokimi wskaźnikami hospitalizacji w przypadku chorób przewlekłych, takich jak astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc i zastoinowa niewydolność serca, co sugeruje, że w sektorach innych niż opieka doraźna jest jeszcze możliwość poprawy.
- Przystępność i niezaspokojone potrzeby medyczne są w Polsce głównymi powodami do obaw. Częściowo z powodu nierówności w zakresie liczby pracowników i alokacji Polska ma najwyższe poziomy niezaspokojonych potrzeb związanych z opieką medyczną i najdłuższe listy oczekujących na planowane zabiegi w całej UE. Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje zaledwie 91% populacji. Chociaż osoby ubezpieczone są uprawnione do szerokiego zakresu świadczeń, publiczne niedofinansowanie oznacza, że podaż świadczeń jest ograniczona. Nierozwinięty rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i ograniczone pokrycie kosztów produktów leczniczych ze środków publicznych skutkują wysokimi poziomami płatności ze środków własnych pacjentów. W związku z tym znaczna liczba polskich gospodarstw domowych o niskich dochodach boryka się z rujnującymi kosztami opieki zdrowotnej.
- Opieka długoterminowa w Polsce wymaga reformy. Sektor ten jest podzielony i regulowany licznymi ustawami. Opiekę długoterminową częściowo świadczą szpitale, jednak w przeważającej mierze opiekę taką sprawują nieformalnie członkowie rodziny. Sytuacja ta jest nie do utrzymania ze względu na zmieniające się tendencje demograficzne i na fakt, że coraz więcej kobiet jest aktywnych zawodowo. Zwiększenie finansowania, inwestycje w infrastrukturę oraz lepsze planowanie i zarządzanie mogłyby się przyczynić do poprawy tej sytuacji.
- Rząd przeprowadza strukturalne reformy systemu opieki zdrowotnej, mające na celu poprawę dostępu do opieki i jej koordynacji oraz podniesienie skuteczności alokacji i technicznej efektywności. Reformy obejmują gruntowne zmiany w sposobie finansowania i planowania opieki zdrowotnej jak również promocji zdrowia i koordynacji działań. Aby zapewnić, by wymienione reformy rzeczywiście przynosiły Polakom korzyści, potrzebne będą solidne zarządzanie, rozliczalność i nadzór nad systemem opieki zdrowotnej.



Główne źródła

OECD/UE (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paryż, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

Sagan, A. et al. (2011), „Poland: Health System Review”, *Health Systems in Transition*, t. 13(8), s. 1–193.

Dokumenty referencyjne

Auraaen, A. et al. (2016), „How OECD Health Systems Define the Range of Good and Services To Be Financed Collectively”, *OECD Health Working Papers*, nr 90, OECD Publishing, Paryż, <http://dx.doi.org/10.1787/5jlnb59ll80x-en>

Komisja Europejska (2016a), „Joint Report on Health Care and Long-term Care Systems & Fiscal Sustainability”, *Institutional Paper 37*, t. 2.

Komisja Europejska (2016b), *Mapping of the Use of European Structural and Investment Funds in Health in the 2007-2013 and 2014-2020 Programming Periods*.

Komisja Europejska (2014), *European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of eHealth Services*.

Komisja Europejska (2013), *Benchmarking Deployment of eHealth Among General Practitioners*.

IHME (2016), „Global Health Data Exchange”, Instytut Wskaźników i Oceny Zdrowia, dokument dostępny pod adresem: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Jarosz, M. i I. Traczyk (2011), „Developments in Prevention of Obesity and Other Noncommunicable Diseases in Poland through Nutrition and Physical Activity [prezentacja]”.

Kowalska, I. et al. (2014), „The First Attempt to Create a National Strategy for Reducing Waiting Times in Poland: Will It Succeed?”, *Health Policy*, t. 119, s. 258–263.

OECD (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paryż, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>.

Grupa Banku Światowego (2015), „Poland Policy Notes 2015. How Poland Can Accelerate Growth with Inclusion”, Bank Światowy, Waszyngton.

Woźniak, M. (2017), „Moving Towards Universal Health Coverage: New Evidence on Financial Protection in Poland”, Regionalne Europejskie Biuro WHO, Kopenhaga.

Wykaz skrótów państw

Austria	AT	Estonia	EE	Litwa	LT	Polska	PL	Szwecja	SE
Belgia	BE	Finlandia	FI	Luksemburg	LU	Portugalia	PT	Węgry	HU
Bułgaria	BG	Francja	FR	Łotwa	LV	Republika Czeska	CZ	Włochy	IT
Chorwacja	HR	Grecja	EL	Malta	MT	Rumunia	RO	Zjednoczone	
Cypr	CY	Hiszpania	ES	Niderlandy	NL	Słowacja	SK	Królestwo	UK
Dania	DK	Irlandia	IE	Niemcy	DE	Słowenia	SI		

State of Health in the EU

Profil systemu ochrony zdrowia 2017

Profile krajów stanowią istotny etap w dwuletnim cyklu realizowanym w ramach inicjatywy Komisji Europejskiej „Stan zdrowia w UE” i są rezultatem współpracy między Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) a *European Observatory on Health Systems and Policies*. Koordynacją tego cyklu zajmowała się Komisja i powstał on przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej.

Związane, 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. Celem cyklu jest stworzenie narzędzia służącego do wzajemnego uczenia się i dobrowolnej wymiany informacji, które wspiera wysiłki państw członkowskich w zakresie kształtowania polityki w oparciu o dane naukowe.

Każdy profil kraju przedstawia krótką syntezę następujących zagadnień:

- stanu zdrowia w kraju
- czynników warunkujących stan zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem behawioralnych czynników ryzyka
- organizacji systemu opieki zdrowotnej
- skuteczności, dostępności i odporności systemu opieki zdrowotnej.

Jest to pierwszy cykl wydawanych co dwa lata profili kraju, opublikowany w listopadzie 2017 r. Komisja uzupełnia najważniejsze ustalenia niniejszych profili krajów sprawozdaniem towarzyszącym.

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

Proszę cytować tę publikację jako:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2017*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285378-pl>

ISBN 9789264285378 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.