European Commission

State of Health in the EU

Polska

Profil systemu ochrony zdrowia 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Seria Krajowe profile systemu ochrony zdrowia

Profile krajów zawarte w publikacji z cyklu Stan zdrowia w UE stanowią 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 cechy charakterystyczne i wyzwania w każdym z krajów w kontekście porównań między 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 przekazujemy sieci Health Systems and Policy Monitor, Komitetowi ds. Zdrowia OECD oraz grupie ekspertów UE ds. oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych (HSPA) za przekazane 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 14
   5.3 Odporność systemowa 17
6. NAJWAŻNIEJSZE USTALENIA 22

Źródła danych i informacji

Dane i informacje znajdujące się w profilach krajów opierają się głównie na oficjalnych krajowych statystykach dostarczonych do Eurostatu i OECD, które poddano walidacji w celu zapewnienia najwyższych standardów porównywalności danych. Źródła i metody leżące u podstaw 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), Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), badań Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), a także z innych źródeł krajowych.

Obliczone uśrednienia dla UE są średnimi ważonymi 27 państw członkowskich, chyba że wskazano inaczej. Uśrednienia dla UE nie obejmują Islandii i Norwegii.

Prace nad tym profilem ukończono we wrześniu 2021 r., opierając się na danych dostępnych w sierpniu 2021 r.

Kontekst demograficzny i społeczno-ekonomiczny w Polsce, 2020 r.

	Polska	UE
Wielkość populacji (szacunki śródroczne)	37 958 138	447 319 916
Odsetek populacji powyżej 65. roku życia (%)	18,2	20,6
Współczynnik płodności[1] (2019)	1,4	1,5
PKB na mieszkańca (parytet siły nabywczej EUR[2])	22 718	29 801
Wskaźnik zasięgu ubóstwa relatywnego[3] (%, 2019)	15,4	16,5
Stopa bezrobocia (%)	3,2	7,1

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 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 członkami tej organizacji, ani European Observatory on Health Systems and Policies lub któregokolwiek z jego partnerów. Poglądy wyrażone w niniejszym dokumencie nie mogą w żadnym wypadku być uznawane za odzwierciedlenie oficjalnej opinii Unii Europejskiej.

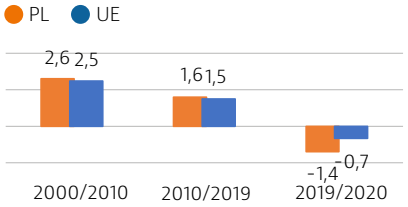
Zarówno niniejszy dokument, jak i zawarte w nim dane i mapy pozostają bez uszczerbku dla statusu lub suwerenności jakiegokolwiek terytorium, dla wyznaczenia międzynarodowych granic oraz dla nazwy jakiegokolwiek terytorium, miasta lub obszaru.

Obowiązują dodatkowe zastrzeżenia prawne WHO.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Najważniejsze punkty

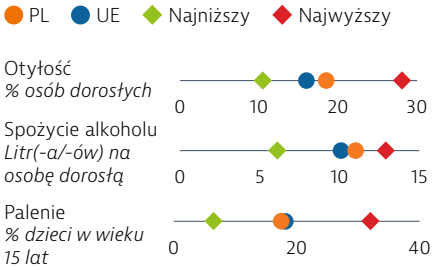
W 2020 r. Polska straciła 1,4 roku średniego dalszego trwania życia w stosunku do 2019 r. z powodu zgonów spowodowanych pandemią COVID-19. Od wielu lat polski system ochrony zdrowia boryka się z problemem niskiego poziomu finansowania ze środków publicznych, co znajduje odzwierciedlenie w niedoborach personelu medycznego oraz problemach z dostępem, takich jak długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne i wysokie opłaty własne. Chociaż pandemia COVID-19 spowodowała bezprecedensowe wykorzystanie telekonsultacji w podstawowej opiece zdrowotnej, pacjenci cierpiący na choroby niezwiązane z COVID-19 mieli utrudniony dostęp do opieki specjalistycznej. W centrum uwagi znalazły się niedobory personelu medycznego stanowiące główną przeszkodę w zwiększaniu zdolności do zapewnienia opieki w czasie pandemii.



Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia

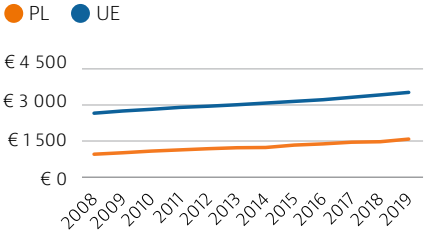
Stan zdrowia

W 2020 r. średnie dalsze trwanie życia w Polsce wynosiło 76,6 lat – cztery lata mniej od średniej UE. Wysoka nadumieralność w następstwie pandemii COVID-19 spowodowała skrócenie średniego dalszego trwania życia o 1,4 roku w latach 2019–2020, co stanowi jeden z największych spadków odnotowanych w UE. Przed pandemią głównymi przyczynami zgonów były choroba niedokrwienna serca, udar mózgu i rak płuc, ale w 2020 r. za znaczną część zgonów odpowiadał COVID-19.



Czynniki ryzyka

Blisko połowa wszystkich zgonów w Polsce jest spowodowana czynnikami behawioralnymi, takimi jak palenie tytoniu, epizodyczne nadmierne picie alkoholu oraz brak aktywności fizycznej. Wskaźnik otyłości rośnie i obecnie blisko jedna piąta osób dorosłych jest otyła, co stanowi odsetek wyższy niż w UE. Chociaż rośnie spożycie alkoholu wśród osób dorosłych, zmalał odsetek osób palących papierosy zarówno wśród dorosłych, jak i nastolatków. Niepokojąca jest jednak rosnąca popularność papierosów elektronicznych wśród osób młodych.



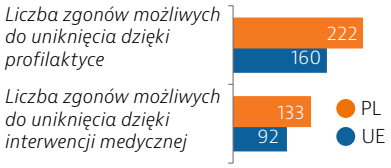
Wydatki na mieszkańca (parytet siły nabywczej EUR)

System ochrony zdrowia

W ciągu ostatniej dekady wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce utrzymywały się stale poniżej średniej UE, zarówno w przeliczeniu na mieszkańca, jak i jako odsetek PKB. Pandemia COVID-19 spowodowała uruchomienie dodatkowych funduszy w 2020 r. w celu wsparcia reakcji sektora ochrony zdrowia. Około 72% wydatków na ochronę zdrowia w Polsce jest pokrywana ze środków publicznych, jednak wydatki na świadczenia zdrowotne nierefundowane – głównie na leki apteczne – są wysokie i stanowią ponad 20% bieżących wydatków na opiekę zdrowotną.

Skuteczność

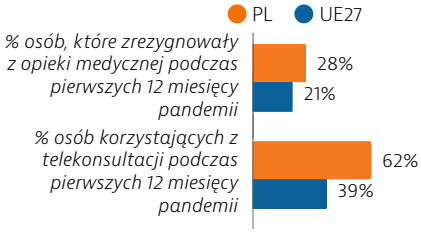
Umieralność z przyczyn możliwych do uniknięcia, zarówno dzięki profilaktyce, jak i interwencji medycznej, jest w Polsce wyższa niż średnia UE. Podejmowane są starania na rzecz walki z otyłością, a także zwiększenia skuteczności polityki dotyczącej tytoniu i alkoholu w celu poprawy zdrowia ludności. Wskaźnik przeżyć w przypadku raka poprawił się, ale nadal jest stosunkowo niski.



Standaryzowany wiekiem współczynnik umieralności na 100 000 osób, 2018 r.

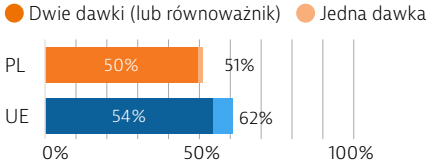
Dostępność

Poziom niezaspokojonych potrzeb przed 2020 r. był w Polsce stosunkowo wysoki i utrzymywał się w czasie pandemii COVID-19. Coraz powszechniejsze korzystanie z telekonsultacji pomogło utrzymać dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej podczas pandemii, ale dostęp pacjentów cierpiących na choroby niezwiązane z COVID-19 do opieki specjalistycznej był w znacznym stopniu ograniczony.



Odporność systemowa

Podstawowa opieka zdrowotna stopniowo stawała się pierwszą linią odpowiedzi na COVID-19, ale możliwości testowania i śledzenia kontaktów zakażonych nadal były ograniczone. Do końca sierpnia 2021 r. połowa populacji otrzymała dwie dawki (lub ich ekwiwalent) szczepionki przeciwko COVID-19, ale niechęć do szczepień spowalnia wdrażanie programu szczepień.



Odsetek całkowitej populacji zaszczepionej przeciwko COVID-19 do końca sierpnia 2021

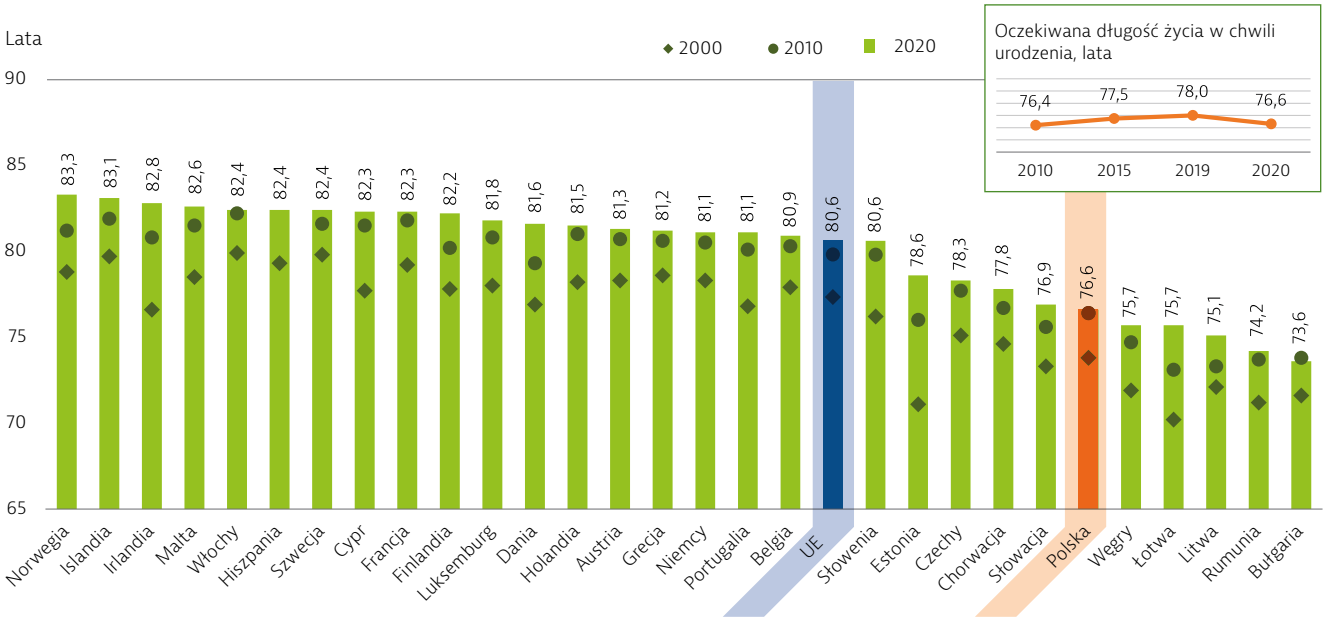
2 Zdrowie w Polsce

W 2019 r. oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w Polsce wynosiła 78 lat, ale w 2020 r. drastycznie spadła

W latach 2000–2014 oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w Polsce wzrosła o ponad cztery lata, osiągając poziom 78 lat, i oscylowała wokół tego poziomu do 2019 r., kiedy to różnica między oczekiwaną długością życia w Polsce a średnią UE wynosiła około trzech lat. Różnica ta była w dużej mierze spowodowana większym narażeniem mężczyzn na modyfikowalne czynniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu i spożywanie alkoholu (zob. sekcja 3).

W 2020 r. bardzo wysoki poziom nadmiernej śmiertelności spowodowanej w wielu przypadkach przez COVID-19 doprowadził do tymczasowego spadku oczekiwanej długości życia w chwili urodzenia o 1,4 roku w porównaniu z 2019 r., co stanowiło jeden z największych spadków odnotowanych w UE. W rezultacie różnica w średnim dalszym trwaniu życia między Polską a UE zwiększyła się do czterech lat (rys. 1). W 2020 r. zwiększyło się również zróżnicowanie średniego dalszego trwania życia między kobietami i mężczyznami – do około 8,2 lat. Według danych krajowych średnie dalsze trwanie życia w wieku 60 lat skróciło się o prawie 1,2 roku w stosunku do roku poprzedniego i obniżyło do poziomu z 2008 r. (GUS, 2021).

Rys. 1. Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia jest w Polsce o cztery lata krótsza niż średnia UE

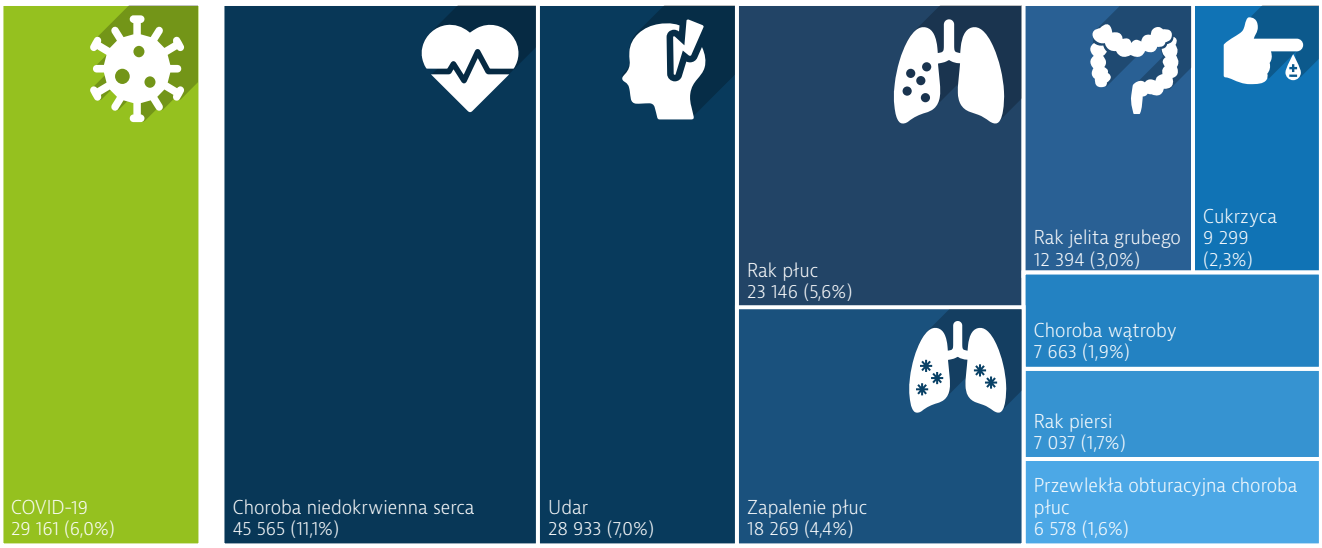


Uwaga: Średnia UE jest ważona. Dane dotyczące Irlandii odnoszą się do 2019 r.
Źródło: Baza danych Eurostatu.

Choroba niedokrwienna serca, udar mózgu i rak płuc są głównymi przyczynami zgonów

Pomimo ograniczenia umieralności z tych przyczyn, w 2019 r. choroba niedokrwienna serca i udar mózgu nadal były głównymi przyczynami zgonów. Rak płuc pozostał najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów (rys. 2). W 2020 r. COVID-19 był przyczyną ponad 29 000 zgonów w Polsce (6% wszystkich zgonów). Do końca sierpnia 2021 r. odnotowano dodatkowo 46 000 zgonów z powodu COVID-19. Bezpośrednia i pośrednia śmiertelność związana z COVID-19 w Polsce będzie jednak prawdopodobnie jeszcze wyższa niż w 2020 r. (ramka 1).

Rys. 2. COVID-19 był przyczyną dużej liczby zgonów w 2020 r.



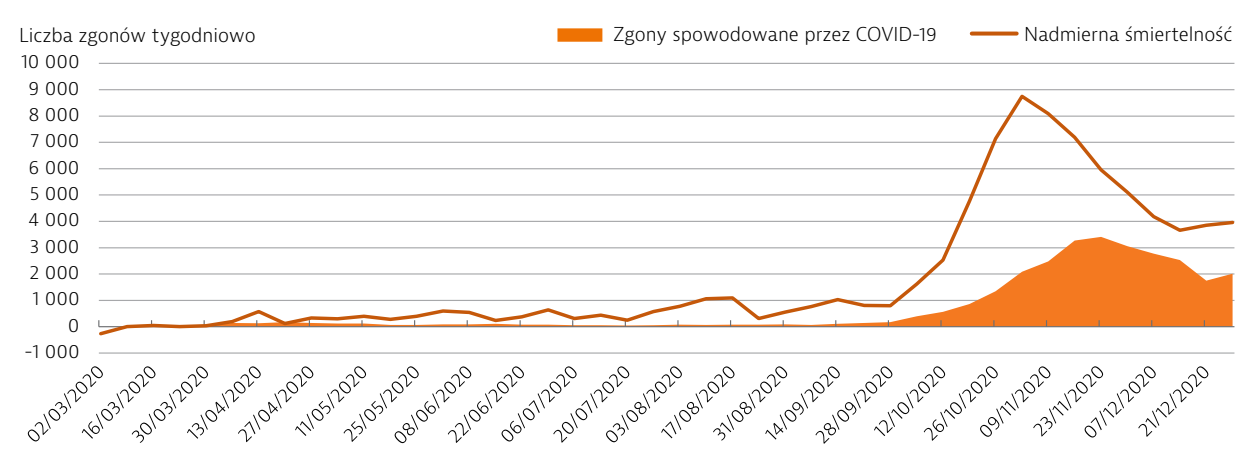
Uwaga: Liczba i odsetek zgonów spowodowanych przez COVID-19 odnosi się do roku 2020, natomiast liczba i odsetek zgonów z innych przyczyn odnosi się do roku 2019. Wielkość pola COVID-19 jest proporcjonalna do wielkości pól dotyczących innych głównych przyczyn zgonu w 2019 r.
Źródła: Eurostat (w odniesieniu do przyczyn zgonu w 2019 r.); ECDC (w odniesieniu do zgonów spowodowanych przez COVID-19 w 2020 r.).

Ramka 1. Nadumieralność w Polsce w 2020 r. była jedną z najwyższych w UE

W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, rzeczywista liczba zgonów spowodowanych przez COVID-19 jest prawdopodobnie większa niż liczba zgłoszonych zgonów ze względu na ograniczone zdolności w zakresie testowania oraz kwestie związane z określeniem przyczyn zgonu. Liczba zgonów spowodowanych przez COVID-19 nie obejmuje również możliwego wzrostu liczby zgonów z innych przyczyn, które mogą wystąpić w trakcie lub po pandemii, takich jak ograniczony dostęp do usług zdrowotnych w przypadku pacjentów cierpiących na choroby niezwiązane z COVID-19 oraz mniejsza liczba osób zgłaszających się do lekarza z powodu obawy przed zarażeniem się wirusem (zgony pośrednie). Wskaźnik nadumieralności (zdefiniowany jako liczba zgonów ze wszystkich przyczyn ponad liczbę, której można byłoby się spodziewać na podstawie doświadczeń z poprzednich lat) może stanowić szerszą miarę bezpośrednich i pośrednich zgonów spowodowanych przez COVID-19, na którą mniejszy wpływ mają kwestie związane z testami i rejestracją przyczyn zgonów.

W 2020 r. nadumieralność w Polsce była zasadniczo wyższa niż umieralność z powodu COVID-19, szczególnie w okresie jesiennym (rys. 3). Ogólnie rzecz biorąc, nadumieralność w okresie od marca do grudnia 2020 r. (80 000 zgonów) była ponad dwukrotnie wyższa niż zgłoszona liczba zgonów spowodowanych przez COVID-19 (29 100 zgonów) w tym samym okresie. Nadumieralność w nieproporcjonalnie dużym stopniu dotyczyła osób starszych – zgony osób w wieku powyżej 65 lat stanowiły 94% wszystkich przypadków nadmiernej śmiertelności w 2020 r.

Rys. 3. Liczba zgonów spowodowanych przez COVID-19 i nadmierna śmiertelność osiągnęły w Polsce szczyt jesienią 2020 r.

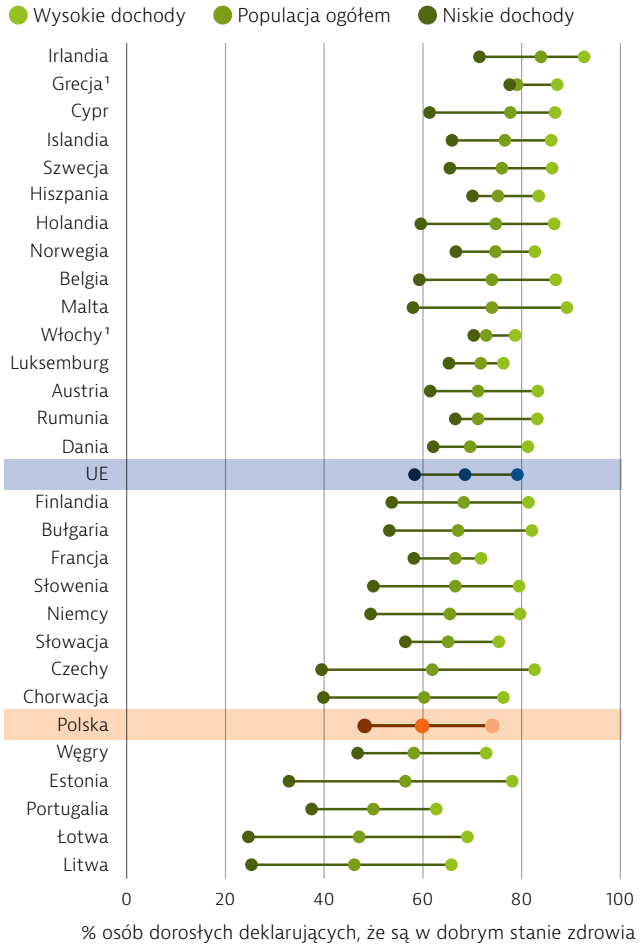


Uwaga: Obliczenie liczby przypadków nadmiernej śmiertelności opiera się na średniej z poprzednich pięciu lat (2015–2019).
Źródła: ECDC (w odniesieniu do zgonów spowodowanych przez COVID-19); OECD na podstawie danych Eurostatu (w odniesieniu do nadmiernej śmiertelności).

Zróżnicowanie zgłaszanego stanu zdrowia według poziomu dochodów jest w Polsce znaczne

Przed pandemią COVID-19 około 60% ludności polskiej zgłaszało dobry stan zdrowia, co jest wartością niższą niż średnia UE wynosząca 69% (rys. 4). Wskaźnik ten był znacznie niższy wśród osób w najniższym kwintylu dochodów (48%) niż wśród osób w najwyższym kwintylu dochodów (74%). Zgłaszany stan zdrowia pogarszał się również z wiekiem: w 2019 r. mniej niż jedna czwarta Polaków w wieku powyżej 65 lat zgłosiła, że jest w dobrym stanie zdrowia, w porównaniu z ponad dwoma piątymi w UE.

Rys. 4. W 2019 r. dobry stan zdrowia zgłosiło mniej Polaków niż mieszkańcy pozostałych państw UE



Uwaga: 1. Udział ludności ogółem i ludności o niskich dochodach jest mniej więcej taki sam.
Źródło: Baza danych Eurostatu w oparciu o EU-SILC (dane za 2019 r.).

Blisko dwie spośród pięciu dorosłych osób w Polsce cierpi na chorobę przewlekłą

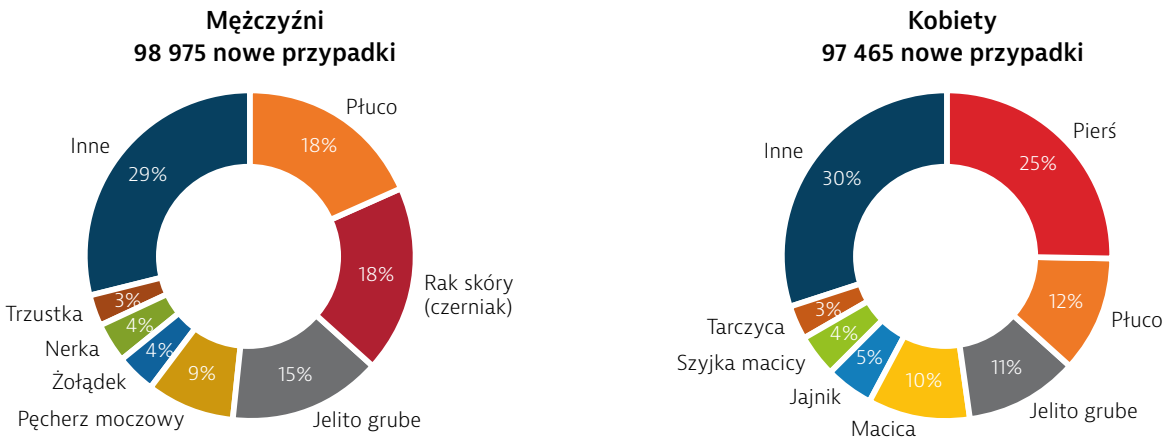
Według EU-SILC około 39% dorosłych Polaków zgłosiło, że w 2019 r. cierpiało na co najmniej jedną chorobę przewlekłą – jest to odsetek nieco wyższy niż w całej UE (36%). Odsetek ten wzrasta do 70% w przypadku Polaków w wieku powyżej 65 lat. Wiele z tych chorób przewlekłych zwiększa ryzyko poważnych powikłań po COVID-19. Podobnie jak w przypadku zgłaszanego stanu zdrowia, istnieje różnica w częstości występowania chorób przewlekłych w zależności od grupy dochodowej: 47% dorosłych Polaków z grupy uzyskującej najniższe dochody zgłasza, że cierpi na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, w porównaniu z 32% osób z grupy uzyskującej najwyższe dochody.

Obciążenie związane z chorobami nowotworowymi w Polsce jest znaczne

Według najnowszych szacunków Joint Research Centre opartych na trendach zachorowalności z ubiegłych lat w 2020 r. w Polsce spodziewanych było prawie 200 000 nowych zachorowań i około 118 000 zgonów z powodu nowotworów[1]. Należy zauważyć, że chociaż ogólne współczynniki zachorowalności na nowotwory zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet są niższe od średniej UE, wskaźniki umieralności są wyższe o 30% wśród mężczyzn i o 25% wśród kobiet, co wskazuje na problemy z wczesnym diagnozowaniem i leczeniem. Z rys. 5 wynika, że głównymi rodzajami nowotworów u mężczyzn są rak płuc i prostaty (po 18%), a także rak jelita grubego (15%). Wśród kobiet najczęściej występuje rak piersi (25%), a w dalszej kolejności rak płuc (12%), jelita grubego (11%) i macicy (10%). W ostatnim czasie podjęto kilka inicjatyw politycznych mających na celu intensyfikację badań przesiewowych w kierunku raka i jego leczenia (zob. sekcja 5.1).

1. Należy zauważyć, że szacunki te sporządzono przed pandemią COVID-19, co może mieć wpływ zarówno na współczynnik zachorowalności, jak i wskaźnik umieralności na raka w 2020 r.

Rys. 5. Szacowano, że w 2020 r. rak zostanie zdiagnozowany u 200 000 osób w Polsce



Standaryzowany wiekiem współczynnik umieralności (wszystkie rodzaje raka)
PL: 654 na 100 000 osób UE: 686 na 100 000 osób

Standaryzowany wiekiem współczynnik umieralności (wszystkie rodzaje raka)
PL: 468 na 100 000 osób UE: 484 na 100 000 osób

Uwaga: Nieczerniakowy nowotwór złośliwy skóry nie został uwzględniony, rak macicy nie obejmuje raka szyjki macicy.
Źródło: ECIS – europejski system informacji o raku.

3 Czynniki ryzyka

Behawioralne i środowiskowe czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów

Jedną piątą wszystkich zgonów w 2019 r. można przypisać spożyciu tytoniu (w tym bezpośredniemu i biernemu paleniu tytoniu), natomiast kolejną jedną piątą – zagrożeniom związanym z nieprawidłową dietą, w tym niskiemu spożyciu owoców i warzyw oraz wysokiemu poziomowi spożycia soli i cukru (rys. 6). Chociaż odsetek zgonów spowodowanych spożyciem alkoholu jest taki sam jak średnia UE (6%), tendencje pod względem umieralności związanej ze spożyciem alkoholu wykazują wzrost zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet oraz we wszystkich grupach wiekowych od początku XXI wieku (Zatoński i in., 2021). Samo zanieczyszczenie powietrza pyłem drobnym ($PM_{2,5}$) i narażenie na działanie ozonu było przyczyną około 8% wszystkich zgonów w 2019 r. (ponad 30 000 zgonów), co dwukrotnie przewyższa odsetek w całej UE (4%).

Ustawa o zdrowiu publicznym z 2015 r. przeniosła strategiczny punkt ciężkości Narodowego Programu Zdrowia z leczenia powszechnie występujących chorób na promowanie zdrowszego stylu życia i ograniczanie istotnych czynników ryzyka. W nowej edycji Programu na lata 2021–2025 uwzględniono cele operacyjne dotyczące zapobiegania nadwadze i otyłości, zdrowego starzenia się, promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień oraz ograniczenia zagrożeń dla zdrowia wynikających z czynników środowiskowych i chorób zakaźnych (zob. sekcja 5.1).

Rys. 6. Tytoń, nieodpowiednia dieta i zanieczyszczenie powietrza są głównymi czynnikami przyczyniającymi się do umieralności w Polsce

Uwaga: Całkowita liczba zgonów związanych z tymi czynnikami ryzyka jest niższa niż suma wszystkich zgonów rozpatrywanych indywidualnie, ponieważ ten sam zgon może być spowodowany większą niż jeden liczbą czynników ryzyka. Zagrożenia związane z nieprawidłową dietą obejmują 14 elementów, takich jak niskie spożycie owoców i warzyw oraz wysokie spożycie napojów słodzonych cukrem. Zanieczyszczenie powietrza odnosi się do narażenia na $PM_{2,5}$ i ozon. Źródła: IHME (2020), „Global Health Data Exchange" (dane szacunkowe za 2019 r.).

Wskaźnik palenia tytoniu wśród osób dorosłych spadł w ciągu ostatnich dwudziestu lat, ale utrzymuje się powyżej średniej UE

Spożycie tytoniu od dawna jest problemem zdrowia publicznego w Polsce, szczególnie wśród mężczyzn. Mimo że liczba osób palących zmalała, w 2019 r. codziennie paliło nadal 19,8% dorosłych, czyli nieco więcej niż średnia UE wynosząca 19,5% (rys. 7). W krajowym badaniu przeprowadzonym w 2020 r. stwierdzono, że 23% mężczyzn i 15% kobiet używało tradycyjnych wyrobów tytoniowych co najmniej raz dziennie, przy czym odsetek obu tych grup używający elektronicznych zamienników był wyższy niż w 2018 r. (Wojtyniak i Goryński, 2020).

Palenie papierosów wśród nastolatków spadło w 2018 r. do poziomu średniej UE: 18% 15-latków zgłosiło, że paliło papierosy w ostatnim miesiącu, co stanowi spadek z 24% w 2014 r. Wśród osób młodych coraz bardziej popularne jest jednak korzystanie z e-papierosów: 33% osób w wieku 15–16 lat w Polsce zgłosiło, że paliło e-papierosy w 2019 r. – jest to wskaźnik ponad dwukrotnie wyższy niż średnia UE wynosząca 14%.

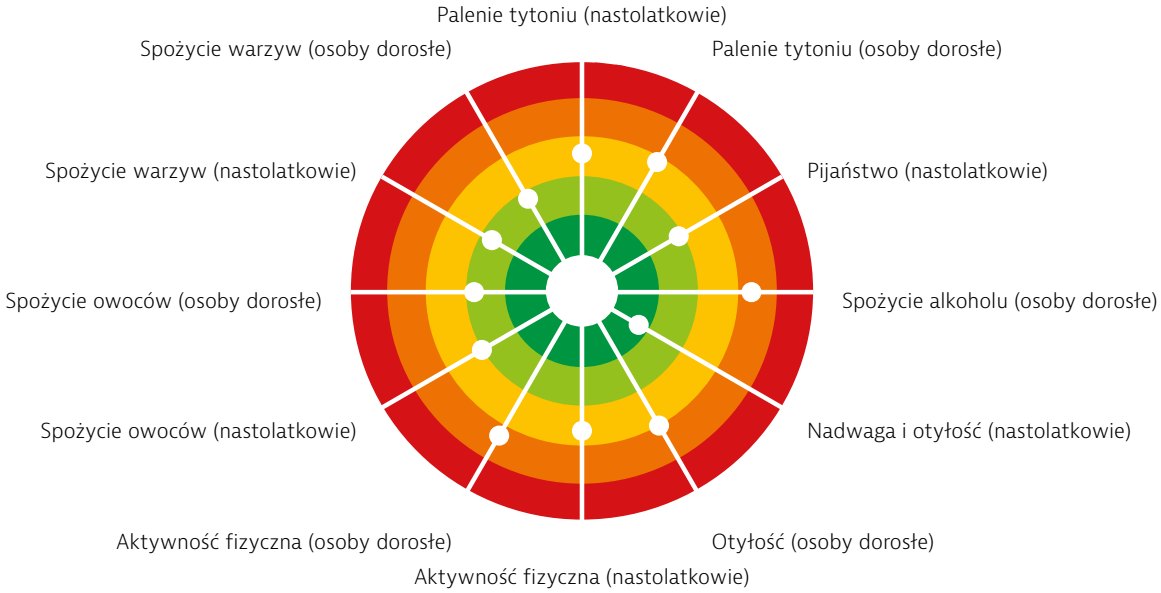
Spożycie alkoholu wśród dorosłych jest wyższe niż średnia UE

Od 2012 r. średnie spożycie alkoholu wśród dorosłych Polaków jest wyższe niż średnia UE, a w latach 2016–2019 wykazywało tendencję wzrostową. W 2019 r. dorośli Polacy wypijali średnio 11,0 litrów czystego alkoholu w porównaniu z 10,1 litra w krajach UE. Zbiegło się to w czasie ze złagodzeniem środków ograniczenia spożycia alkoholu w Polsce (Zatoński i in., 2021; zob. sekcja 5.1). Chociaż większość Polaków (47% mężczyzn i 67% kobiet) nie zmieniła swoich nawyków związanych z piciem w czasie pandemii COVID-19, w 2020 r. 30% mężczyzn i 15% kobiet piło więcej niż w 2018 r. lub zaczęło pić (Wojtyniak i Goryński, 2020). Z kolei odsetek 15-latków, którzy przyznali, że byli pijani więcej niż raz w życiu, spadł w Polsce z 26% w 2014 r. do 19% w 2018 r., co jest wartością poniżej średniej UE wynoszącej 22%.

Problem otyłości narasta powoli, ale nieustannie

Około 18,5% dorosłych w Polsce było otyłych w 2019 r., co przekracza średnią UE (16%), a wskaźniki powoli rosną od 2004 r. Wskaźniki nadwagi i otyłości u nastolatków również wzrosły w ciągu ostatnich dwudziestu lat, ale wolniej niż w wielu innych krajach UE. Odsetek 15-latków w Polsce z nadwagą lub otyłością w 2018 r. był niższy od średniej UE (16% w porównaniu z 19%).

Rys. 7. Spożycie alkoholu i palenie tytoniu stanowią poważny problem w kontekście zdrowia publicznego w Polsce



Uwaga: Im kropka znajduje się bliżej środka, tym lepsze są wyniki krajowe 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.
Źródła: Obliczenia OECD oparte na przeprowadzonym w latach 2017–2018 badaniu HBSC dotyczącym wskaźników odnoszących się do nastolatków; danych statystycznych OECD na temat zdrowia, EU-SILC z 2017 r. i EHIS z 2014 r. i z 2019 r. dotyczących wskaźników odnoszących się do dorosłych.

4 System ochrony zdrowia

Rozproszony charakter zarządzania opieką zdrowotną utrudnia koordynację na poziomie systemu

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Ministerstwo Zdrowia odgrywa zasadniczą rolę w zarządzaniu sektorem zdrowia, chociaż dzieli tę odpowiedzialność z trzema szczeblami samorządu terytorialnego: gminy nadzorują podstawową opiekę zdrowotną; powiaty są odpowiedzialne za (często) mniejsze szpitale powiatowe; a województwa odpowiadają za zasadniczo większe szpitale wojewódzkie. Ministerstwo Zdrowia sprawuje nadzór nad placówkami opieki wysoce specjalistycznej. Ministerstwo odegrało również istotną rolę w koordynowaniu reakcji państwa na pandemię COVID-19 (ramka 2). Prywatne placówki świadczą głównie opiekę ambulatoryjną, natomiast większość opieki stacjonarnej jest świadczona w szpitalach, które są publiczne. Ten wysoce rozproszony charakter zarządzania systemem ochrony zdrowia stanowi poważne wyzwanie dla osiągnięcia skutecznej koordynacji działań w całym systemie ochrony zdrowia, chociaż ostatnio czynione są starania na rzecz poprawy sytuacji. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jest jedynym nabywcą w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Fundusz ten działa w oparciu o 16 oddziałów wojewódzkich, które zarządzają zakupem usług opieki zdrowotnej w swoich województwach.

Ramka 2. Reakcja na pandemię była bardzo scentralizowana

Reakcją Polski na COVID-19 kierował rząd centralny przy udziale odpowiednich ministerstw, w tym Ministerstwa Zdrowia. Minister Zdrowia kierował reakcją w obrębie systemu ochrony zdrowia, wspierany przez specjalny Zespół Zarządzania Kryzysowego działający w ramach Ministerstwa. Organ ten składa się głównie z przedstawicieli różnych władz państwowych, a nie z niezależnych specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego czy naukowców.

W przeciwieństwie do swoich sąsiadów Polska nie ogłosiła stanu wyjątkowego, który zgodnie z konstytucją zapewniłby rządowi wybór gotowych ograniczeń i innych specjalnych uprawnień do zwalczania pandemii. Zamiast tego w marcu 2020 r. rząd ogłosił „stan zagrożenia epidemicznego", a następnie „stan epidemii", co oznaczało, że wszystkie nadzwyczajne środki musiały zostać wprowadzone za pomocą szczególnych przepisów i uchwał przyjętych przez parlament.

Źródło: COVID-19 Health System Response Monitor [Monitor reakcji systemu ochrony zdrowia na COVID-19].

Wydatki na opiekę zdrowotną utrzymują się na stosunkowo niskim poziomie

W 2019 r. łączne wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce stanowiły 6,5% PKB – jest to znacznie niższy odsetek niż średnia UE wynosząca 9,9%. Sytuacja nadzwyczajna związana z COVID-19 nałożyła dodatkowe finansowanie w 2020 r. w celu wsparcia sektora zdrowia (ramka 3). W 2019 r., w przeliczeniu na mieszkańca wydatki na opiekę zdrowotną wyniosły w Polsce 1 582 EUR (dostosowane do różnic w sile nabywczej), co jest jedną z najniższych kwot w UE (rys. 8).

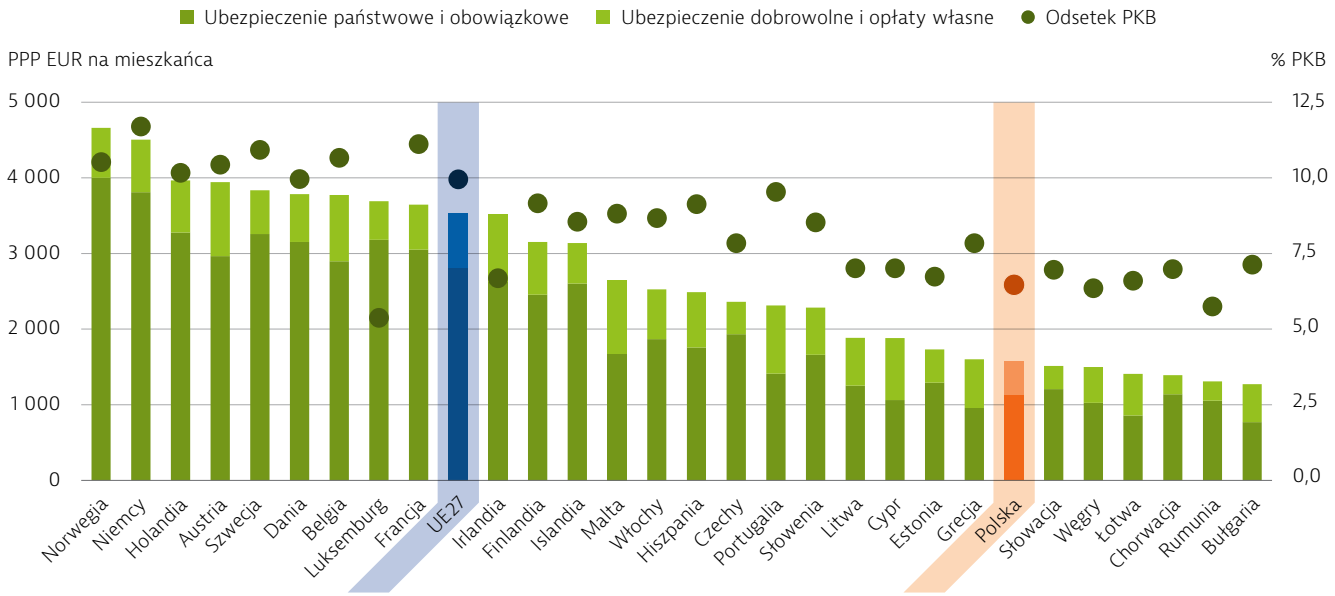
Większość wydatków na opiekę zdrowotną jest finansowana ze składek na ubezpieczenie zdrowotne pochodzących z podatku od wynagrodzeń przeznaczonego na ten cel. Ogólnie rzecz biorąc, fundusze publiczne jako odsetek wszystkich wydatków wyniosły w 2019 r. 71,8% – poniżej średniej UE wynoszącej 79,8%. Świadczenia zdrowotne nierefundowane stanowiły 20,1% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną, z czego większość to wydatki przeznaczone na leki apteczne (zob. sekcja 5.2). Około 8% łącznych wydatków na opiekę zdrowotną stanowią dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, które mają głównie formę grupowych pakietów ubezpieczeniowych obejmujących świadczenia z zakresu medycyny pracy oraz inne usługi zdrowotne wykupywane przez pracodawców dla ich pracowników. Zainteresowanie zakupem dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych wzrosło w czasie pandemii, prawdopodobnie ze względu na trudności w dostępie do publicznej opieki zdrowotnej.

Ramka 3. Na potrzeby walki z pandemią COVID-19 uruchomiono dodatkowe zasoby publiczne i prywatne

W 2020 r. rząd udzielił dużego zastrzyku finansowego w wysokości 7,5 mld PLN (1,7 mld EUR), aby wesprzeć reakcję sektora ochrony zdrowia na pandemię COVID-19, a dalszego wsparcia udzielił sektor prywatny, głównie w drodze inicjatyw polegających na pozyskiwaniu środków finansowych i darowizn. Większość środków została przekazana do NFZ, który przeznaczył je na opłacanie usług zdrowotnych. Dodatkowe środki wykorzystano również na zrekompensowanie szpitalom spadku przychodów, który powstał w wyniku wstrzymania świadczenia planowych usług zdrowotnych za wyjątkiem sytuacji dotyczących pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, oraz na pokrycie kosztów nasilonego świadczenia ambulatoryjnych usług specjalistycznych, takich jak konsultacje zdalne, a także nowych usług, takich jak infolinie dla pacjentów. Ponadto NFZ wypłacił usługodawcom środki na pokrycie kosztów spełnienia zaostrzonych wymogów w zakresie kontroli zakażeń, w tym reorganizacji ścieżek opieki i zakupu środków ochrony indywidualnej, oraz sfinansował dodatkowe świadczenia pieniężne dla pracowników zaangażowanych w reakcję na COVID-19.

Źródło: COVID-19 Health System Response Monitor [Monitor reakcji systemu ochrony zdrowia na COVID-19].

Rys. 8. Polska wydaje na zdrowie mniej w przeliczeniu na mieszkańca niż połowa średniej UE

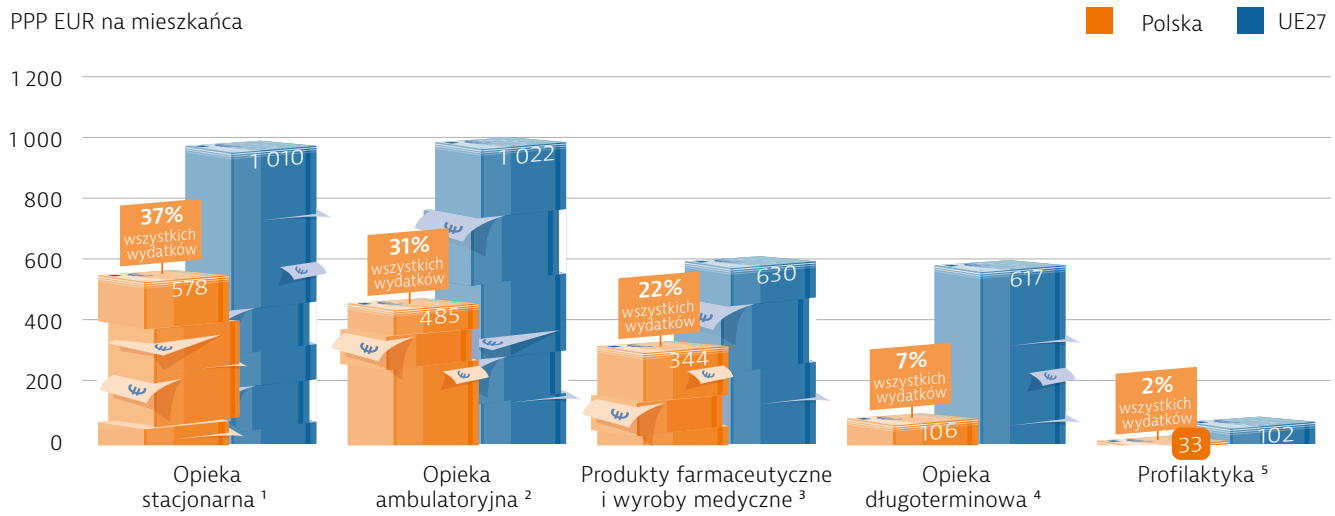


Uwaga: Średnia UE jest ważona.
Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia z 2021 r. (dane za 2019 r., z wyjątkiem Malty, w przypadku której dane odnoszą się do 2018 r.).

Większość wydatków na opiekę zdrowotną przeznacza się na opiekę stacjonarną

W 2019 r. ponad jedną trzecią (37%) wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce przeznaczono na opiekę stacjonarną – jest to czwarty najwyższy odsetek w UE po Rumunii, Grecji i Bułgarii. Opieka ambulatoryjna stanowi około jedną trzecią (31%) budżetu na ochronę zdrowia. W przeliczeniu na mieszkańca wydatki na opiekę stacjonarną i ambulatoryjną są jednak blisko o połowę niższe od średniej UE (rys. 9). Wydatki na opiekę długoterminową w przeliczeniu na mieszkańca są również bardzo niskie i wynoszą 7% wydatków bieżących w porównaniu ze średnią UE w wysokości 16%. Występuje niedobór formalnych zakładów i usług opieki długoterminowej oraz duża zależność od opieki nieformalnej świadczonej przez członków rodziny. Wydatki na opiekę profilaktyczną w Polsce w przeliczeniu na mieszkańca stanowią około jedną trzecią średniej UE (33 EUR w porównaniu ze 102 EUR).

Rys. 9. Większość wydatków na opiekę zdrowotną przeznacza się na opiekę stacjonarną, natomiast wydatki na opiekę długoterminową utrzymują się na niskim poziomie



Uwaga: Koszty administracyjne systemu opieki zdrowotnej nie zostały uwzględnione. 1. Obejmuje opiekę medyczno-rehabilitacyjną w szpitalu i innych placówkach; 2. Obejmuje opiekę domową i usługi dodatkowe (np. transport pacjentów); 3. Obejmuje jedynie rynek leczenia ambulatoryjnego; 4. Obejmuje jedynie część dotyczącą zdrowia; 5. Obejmuje wyłącznie wydatki na zorganizowane programy profilaktyczne. Średnia UE jest ważona.
Źródła: Statystyki OECD z 2021 r. dotyczące zdrowia, baza danych Eurostatu (dane za 2019 r.).

System opieki zdrowotnej jest ukierunkowany na opiekę szpitalną

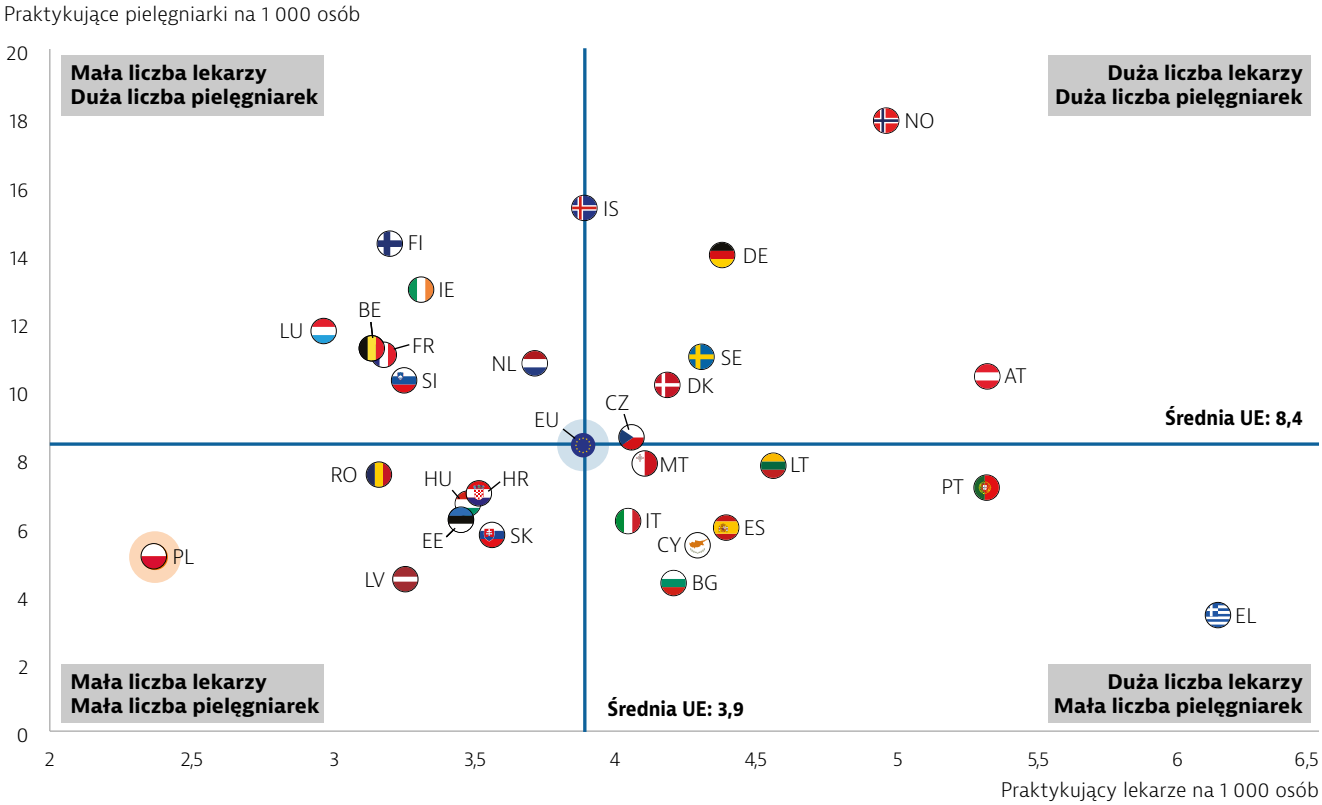
Polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się dużym brakiem równowagi pod względem świadczenia usług (infrastruktura jest głównie skoncentrowana w sektorze szpitalnym); niedostatecznym zapewnieniem opieki ambulatoryjnej, diagnostyki i opieki długoterminowej; oraz słabą koordynacją opieki stacjonarnej z innymi rodzajami opieki. Liczba łóżek szpitalnych jest wysoka – w 2019 r. na 1 000 mieszkańców przypadało 6,2 łóżka, podczas gdy średnia UE wynosi 5,3, ale ich dostępność w całym kraju jest nierównomierna. Obecne plany reform przewidują przekształcenie łóżek opieki doraźnej w inne rodzaje łóżek, takie jak łóżka opieki długoterminowej, zamiast zmniejszania ich liczby.

Polska stoi w obliczu poważnego niedoboru lekarzy i pielęgniarek

Według danych Eurostatu Polska ma najniższą w UE liczbę praktykujących lekarzy na 1 000 mieszkańców (2,4), liczba pielęgniarek (5,1 na 1 000 mieszkańców) również należy do najniższych w UE (rys. 10). Chociaż oficjalne szacunki krajowe są wyższe – od 3,4 do 4,4 lekarza na 1 000 mieszkańców (Kowalska-Bobko i in., 2021) – w kilku regionach odnotowano jednak niedobór pracowników medycznych, co prowadzi do problemów z dostępem do usług zdrowotnych. Niedobory są szczególnie poważne w małych powiatach wokół dużych miast i na obszarach wiejskich (zob. sekcja 5.2).

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zazwyczaj pełnią rolę strażników dostępu do bardziej specjalistycznej opieki, chociaż skierowanie nie jest konieczne, aby umówić się z niektórymi specjalistami, takimi jak ginekolodzy, położnicy, onkolodzy, psychiatrzy i dentyści. Tradycyjnie medycyna rodzinna nie była w Polsce popularną specjalizacją, ale w ostatnich latach uległo to zmianie – liczba zgłoszeń przewyższa liczbę miejsc specjalizacyjnych. Mimo tego, tylko 9% lekarzy ma specjalizację z medycyny rodzinnej. Aby zrównoważyć ten niedobór, Polska zezwala internistom i pediatrom na pracę w charakterze lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Od 2019 r. młodzi lekarze, którzy zdali Lekarski Egzamin Końcowy, mogą prowadzić praktykę w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (Kowalska-Bobko i in., 2021).

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



Uwaga: Średnia UE nie jest ważona. 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 Grecji liczba pielęgniarek jest niedoszacowana, gdyż obejmuje wyłącznie pielęgniarki pracujące w szpitalach.
Źródło: Baza danych Eurostatu (dane za 2019 r. lub za najbliższy rok).

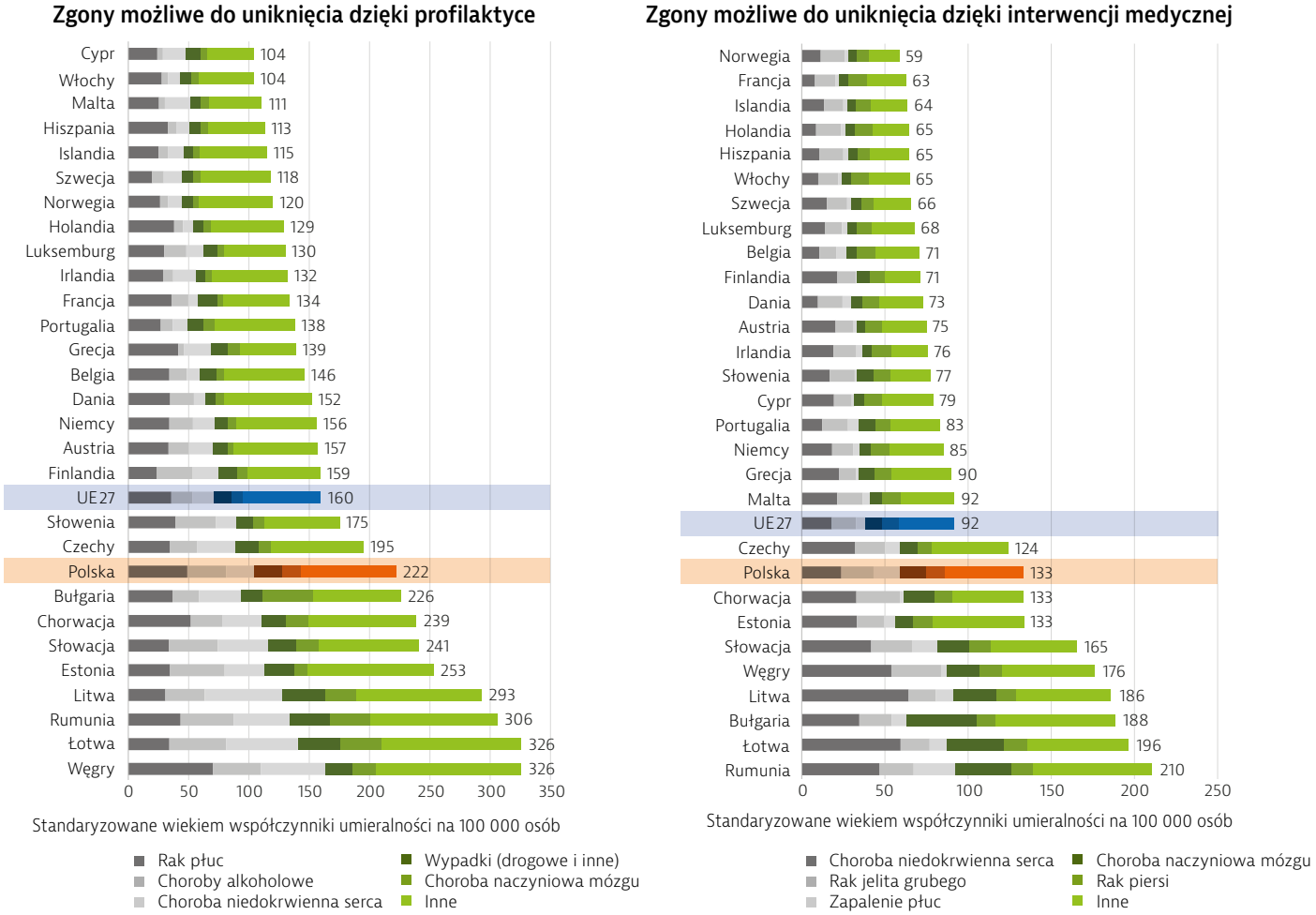
5 Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

5.1 Skuteczność

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

Chociaż wskaźnik liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce zmniejszył się w Polsce o około 11% od 2011 r., nadal jest on wyższy niż w większości państw UE, przekraczając średnią UE o ponad jedną trzecią w 2018 r. (rys. 11). Główne czynniki wpływające na te wyższe wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce to częste występowanie wśród ludności Polski czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu i spożywanie alkoholu.

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 zarówno w zakresie zdrowia publicznego, jak i podstawowej profilaktyki. 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. Połowa wszystkich zgonów spowodowanych niektórymi chorobami (np. chorobą niedokrwienną serca i chorobą naczyniową mózgu) to zgony możliwe do uniknięcia dzięki profilaktyce; druga połowa to zgony możliwe do uniknięcia dzięki interwencji medycznej. Oba wskaźniki odnoszą się do przedwczesnej umieralności (przed ukończeniem 75. roku życia). Dane opierają się na zmienionych wykazach OECD/Eurostatu.
Źródło: Baza danych Eurostatu (dane za 2018 r., z wyjątkiem Francji, w przypadku której dane odnoszą się do 2016 r.).

Wzmocniona polityka ograniczania palenia tytoniu mogłaby dodatkowo zmniejszyć powszechność palenia

Mimo że od kilkudziesięciu lat w Polsce zmniejsza się powszechność palenia papierosów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, nadal około jedna piąta ludności to osoby palące codziennie (zob. sekcja 3). W latach 90. XX w. Polska wprowadziła kompleksowe przepisy dotyczące ograniczania palenia tytoniu, ale w 2015 r. zaprzestano realizacji Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu i zawieszono

coroczne podwyżki podatków od wyrobów tytoniowych. Dopiero w 2020 r. akcyza na wyroby tytoniowe, w tym e-papierosy, została zwiększona o 10%.

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce spowodowanych chorobami związanymi ze spożyciem alkoholu jest znacznie wyższa niż w UE i wzrasta

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce spowodowanych chorobami związanymi ze spożyciem alkoholu jest o około 50% wyższa w Polsce (49 na 100 000 osób w 2018 r.) niż w UE (32 na 100 000 osób). W ciągu ostatnich 20 lat złagodzono środki ograniczania spożycia alkoholu, w tym zniesiono zakaz reklamowania piwa w telewizji (2001 r.) i obniżono o 30% akcyzę na napoje spirytusowe (2002 r.) (Zatoński i in., 2021). W 2010 r. branża alkoholowa rozpoczęła kampanię marketingową związaną z rosnącą sprzedażą wódki w mniejszych butelkach. Aby temu przeciwdziałać, rząd wprowadził dodatkową opłatę od alkoholu sprzedawanego w małych butelkach o pojemności do 300 ml (od 2021 r.), ale część producentów obeszła tę politykę, zwiększając pojemność butelek do 350 ml. W 2020 r. akcyzę na wszystkie napoje alkoholowe podniesiono o 10%.

Nasilane są starania na rzecz walki z otyłością

Coraz częstsze występowanie otyłości w Polsce jest zazwyczaj bagatelizowane jako kwestia zdrowia publicznego w środowisku medycznym i politycznym, ale wydaje się, że sytuacja ta ulega zmianie: opracowywane są nowe strategie mające na celu rozwiązanie tej kwestii. Najnowsze inicjatywy wprowadzone przez NFZ to m.in. uruchomienie strony internetowej poświęconej zdrowemu odżywianiu, cykliczna kampania edukacji zdrowotnej „Środy z profilaktyką" oraz powołanie specjalnego zespołu do dokonania przeglądu dotychczasowych programów profilaktycznych. Od stycznia 2021 r. obowiązuje nowy „podatek cukrowy" od napojów słodzonych cukrem oraz tych, które zawierają kofeinę lub taurynę. Poprawa diety, odżywiania i aktywności fizycznej została również uwzględniona jako pierwszy cel operacyjny nowego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025.

Popyt na szczepienia przeciwko grypie wzrósł dziesięciokrotnie w sezonie 2020/21

Historycznie w Polsce wskaźniki wyszczepienia przeciwko grypie wśród osób powyżej 65. roku życia należały do najniższych w UE. Obecnie bezpłatne szczepienia przeciwko grypie są dostępne dla osób powyżej 75. roku życia, natomiast osobom w wieku 65–75 lat przysługuje zniżka w wysokości 50%. W sezonie 2019/20 zaszczepiło się jedynie około 15% osób w wieku 65 lat i starszych, co jest wynikiem znacznie poniżej poziomu docelowego zalecanego przez WHO wynoszącego 75%. Część dostępnych zapasów pozostawała niewykorzystana. Natomiast zainteresowanie szczepieniem przeciwko grypie w sezonie 2020/21 było około 10-krotnie większe i rząd zezwolił na zakup około 2,8 mln dawek – niemal dwukrotnie więcej niż w poprzednim sezonie. Z powodu ograniczonych dostaw i zwiększonego popytu w innych krajach na początku sezonu dostępnych było jednak jedynie około 650 000 dawek, i niemal wszystkie apteki zgłosiły niedobory.

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej pozostaje wysoka

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki terminowym i skutecznym interwencjom w zakresie opieki zdrowotnej była znacznie wyższa niż średnia UE w 2018 r. (zob. rys. 11). Poprawa wskaźników zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej w ciągu ostatniej dekady przynajmniej częściowo odzwierciedla inwestycje w opiekę kardiologiczną, które poprawiły jakość opieki doraźnej: wskaźnik 30-dniowej umieralności osób przyjętych w związku z zawałem mięśnia sercowego w Polsce spadł z 7,1% w 2007 r. do 4,1% w 2017 r. i jest obecnie niższy niż średnia dla 22 państw UE, w przypadku których dostępne są dane (6,5%). Nowy model kompleksowej opieki nad pacjentami z zawałem mięśnia sercowego wdrożony pod koniec 2017 r. ma na celu poprawę rehabilitacji oraz profilaktyki wtórnej i już wykazał obiecującą poprawę efektów zdrowotnych u pacjentów, którzy biorą w nim udział (Sagan i in., 2021).

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

Chociaż wskaźniki przeżyć po zdiagnozowaniu raka wzrosły od 2000 r., pozostają one stosunkowo niskie (rys. 12), a umieralność z powodu niektórych nowotworów (jelita grubego, piersi i gruczołu krokowego) wzrosła w tym samym okresie. W Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2020–30 podkreślono, że problemy obejmują niski poziom uczestnictwa w programach badań przesiewowych, które obecnie obejmują raka piersi (54% populacji docelowej w 2019 r.), raka szyjki macicy (17%) i raka jelita grubego (18%), oraz długi czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie.

Wprowadzenie w 2015 r. szybkiej ścieżki onkologicznej przyniosło jedynie nieznaczne skrócenie czasu oczekiwania pacjentów z chorobami nowotworowymi. Od początku 2019 r. w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej pilotuje się skoordynowaną opiekę obejmującą pięć nowotworów (piersi, płuc, jajnika, okrężnicy i prostaty) z wykorzystaniem standardowych ścieżek postępowania diagnostycznego i terapeutycznego oraz monitorowaniem jakości za pośrednictwem rejestrów chorób nowotworowych. Zgodnie z oczekiwaniami od początku 2022 r. program pilotażowy ma zostać wdrożony w skali kraju. Sieć stanowi jeden z kluczowych elementów Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, który jest dostosowany do europejskiego planu walki z rakiem (Komisja Europejska, 2021a).

Rys. 12. Wskaźniki 5-letnich przeżyć po zdiagnozowaniu raka są zasadniczo niższe niż średnia UE

Rak prostaty	Białaczka dziecięca	Rak piersi	Rak szyjki macicy	Rak jelita grubego	Rak płuc
Polska: 78 %	Polska: 87 %	Polska: 77 %	Polska: 55 %	Polska: 53 %	Polska: 14 %
UE23: 87 %	UE23: 85 %	UE23: 82 %	UE23: 63 %	UE23: 60 %	UE23: 15 %

Uwaga: Dane dotyczą osób zdiagnozowanych w latach 2010–2014. Białaczka dziecięca dotyczy ostrej białaczki limfoblastycznej.
Źródło: Program CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

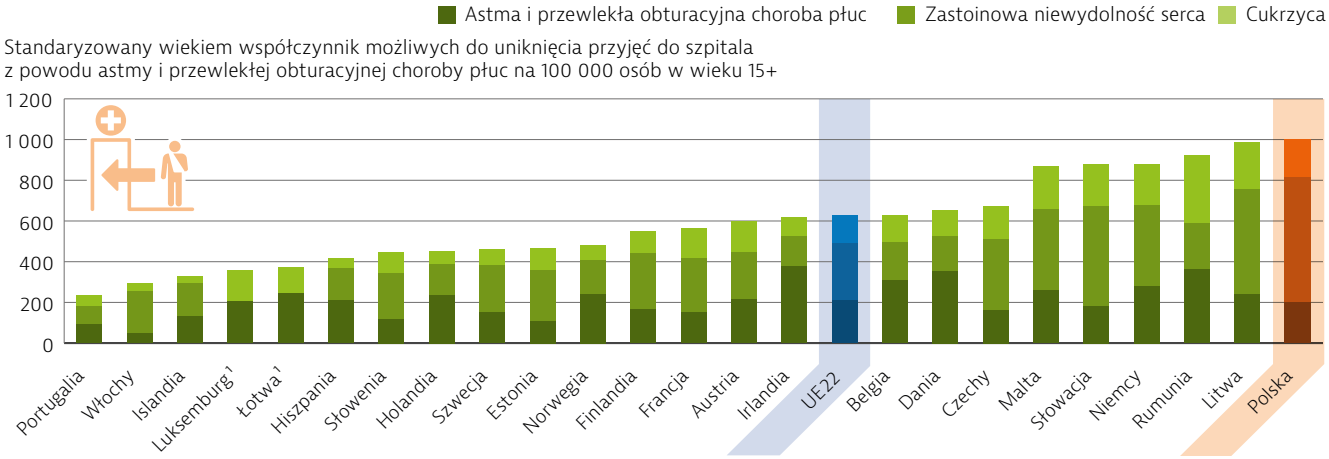
Pandemia wstrzymała działania związane z badaniami przesiewowymi w kierunku raka, jednak zmiana harmonogramu leczenia wpłynęła jedynie na leczenie chirurgiczne

Pandemia doprowadziła do przerwania opieki onkologicznej, przy czym badania przesiewowe w kierunku raka faktycznie wstrzymano w okresie kwiecień–maj 2020 r., a następnie wznowiono, ale na niższym poziomie (Narodowy Instytut Onkologii, 2021). Ograniczono również skalę świadczenia usług diagnostycznych, przy czym w 2020 r. liczba nowych rozpoznań nowotworów spadła o 19% w porównaniu z rokiem poprzednim. Nie miało to znaczącego wpływu na dostęp do leczenia z wyjątkiem chirurgii onkologicznej, w przypadku której liczba pacjentów była o 15% niższa w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. Czas oczekiwania od rozpoznania nowotworu do leczenia nie zmienił się znacząco w 2020 r. w porównaniu z rokiem 2019. Liczba pacjentów uczestniczących w programach chemioterapii, które są realizowane w wielodyscyplinarnych ośrodkach onkologicznych, była jednak w 2020 r. o 15% wyższa niż w 2019 r.

Wskaźniki możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala należą do najwyższych w Europie

W Polsce wskaźniki hospitalizacji z powodu schorzeń, które można by było skutecznie leczyć w warunkach ambulatoryjnych, należą do najwyższych w UE (rys. 13). Te wysokie wskaźniki wskazują na braki w świadczeniu opieki podstawowej i ambulatoryjnej specjalistycznej. Od 2018 r. w ramach testowania nowego modelu organizacyjnego wzmocniono rolę podstawowej opieki zdrowotnej w zarządzaniu 11 najbardziej rozpowszechnionymi chorobami przewlekłymi, w tym przewlekłą zastoinową niewydolnością serca oraz cukrzycą. Oczekuje się, że model ten przyczyni się do zmniejszenia wskaźników możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala.

Rys. 13. Wielu przyjęciom do szpitala można zapobiec dzięki silniejszej opiece podstawowej



Uwaga: 1. Dane dotyczące zastoinowej niewydolności serca nie są dostępne w przypadku Łotwy i Luksemburga.
Źródło: Statystyki OECD z 2021 r. dotyczące zdrowia (dane za 2019 r. lub najbliższy rok).

5.2 Dostępność

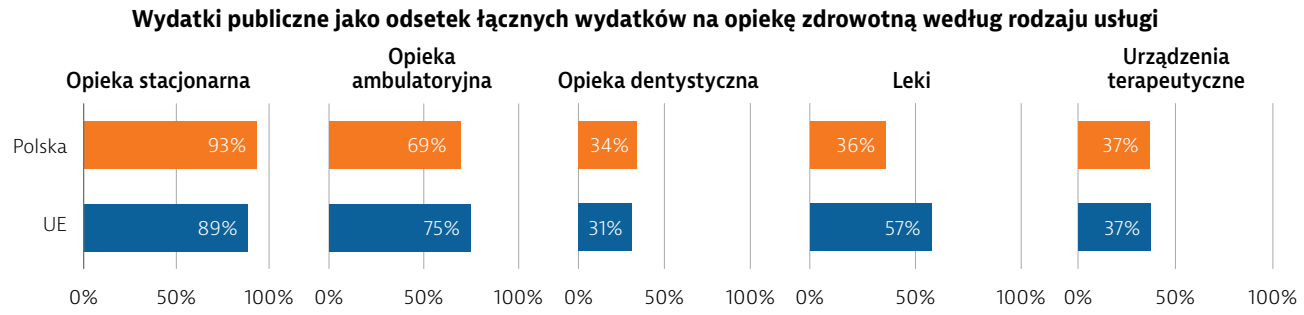
Dostęp do opieki jest prawie powszechny, jednak nadal cechują go pewne braki

Obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym objęte jest 91% populacji. Większość nieubezpieczonych Polaków (9%) to obywatele mieszkający za granicą, ale nadal zarejestrowani jako rezydenci w Polsce, a jedynie bardzo niewielka liczba to będący rezydentami obywatele zatrudnieni na podstawie dorywczych lub nietypowych umów o pracę oraz pracownicy w gospodarce nieformalnej. Niektóre grupy ludności (w tym kobiety w ciąży i dzieci poniżej 18. roku życia) mają prawo dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niezależnie od statusu ich ubezpieczenia,

a osoby nieubezpieczone w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego mają dostęp do opieki medycznej w nagłych wypadkach. Wszyscy mieszkańcy, bez względu na status ubezpieczenia, mają również prawo do bezpłatnych usług związanych z profilaktyką i leczeniem COVID-19.

Zakres usług objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest szeroki i obejmuje podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne usługi specjalistyczne i usługi szpitalne. Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej jest bezpłatny w chwili korzystania z niej, pacjenci nie dopłacają rownież do kosztów usług opieki stacjonarnej (rys. 14). Niektóre grupy ludności mają dostęp do dodatkowych świadczeń, takich jak rozszerzona opieka stomatologiczna dla niepełnoletnich i kobiet w ciąży. Istnieją jednak kluczowe luki w zakresie świadczeń w odniesieniu do leków, wyrobów medycznych, opieki stomatologicznej, a także opieki długoterminowej, która w dużym stopniu jest zapewniona przez opiekunów rodzinnych.

Rys. 14. Wydatki publiczne na leki są niskie

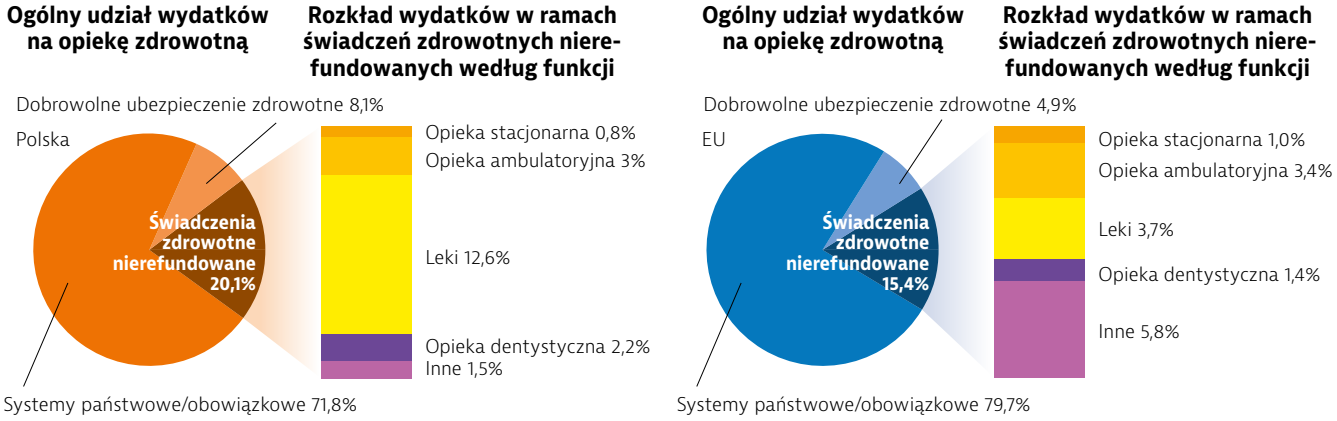


Uwaga: Ambulatoryjne usługi medyczne oznaczają głównie usługi świadczone przez lekarzy ogólnych i specjalistów w sektorze ambulatoryjnym. Leki obejmują leki wydawane na receptę i dostępne bez recepty, a także medyczne wyroby konsumpcyjne inne niż trwałego użytku. Urządzenia terapeutyczne oznaczają produkty wspomagające wzrok, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie i inne wyroby medyczne.
Źródło: Statystyki OECD z 2021 r. dotyczące zdrowia (dane za 2019 r. lub najbliższy rok).

Leki apteczne są główną przyczyną katastrofalnych wydatków na opiekę zdrowotną

W porównaniu z wieloma innymi krajami Europy polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się niskim poziomem ochrony finansowej i wysokimi płatnościami za leki apteczne w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych. Publiczne wydatki na leki, stanowiące 36% całkowitych wydatków, stanowią drugi najniższy wynik w UE po Bułgarii. Leki apteczne odpowiadają za większość wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych (rys. 15) i są główną przyczyną katastrofalnych wydatków na opiekę zdrowotną (Tambor i Pavlova, 2020)[2]. Skala stosowania leków wydawanych bez recepty (nominalnie leków wydawanych wyłącznie na receptę, które są kupowane bez recepty) jest bardzo duża: stanowią one ponad trzy czwarte wszystkich wydatków na leki w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych.

Rys. 15. Leki pochłaniają większość wydatków na zdrowie w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych



Uwaga: Średnia UE jest ważona. Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne obejmuje także inne dobrowolne programy przedpłacone.
Źródła: Statystyki OECD z 2021 r. dotyczące zdrowia; baza danych Eurostatu (dane za 2019 r.).

2. *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).*

W 2016 r. Polska wprowadziła nowe mechanizmy wyłączeń z opłat za wydawane na receptę leki apteczne, m.in. przyznanie bezpłatnego dostępu do szerokiej gamy leków dla osób starszych. Od 2020 r. także kobiety w ciąży mają bezpłatny dostęp do niektórych leków. Mechanizmy ochrony najbardziej narażonych grup ludności – takich jak osoby należące do gospodarstw domowych o niskich dochodach lub osoby chorujące przewlekle – są jednak słabe, a wydatki na leki są szczególnie wysokie wśród emerytów, osób niepełnosprawnych i gospodarstw domowych na obszarach wiejskich. Według statystyk krajowych około 7,5% gospodarstw domowych zgłosiło, że w 2016 r. często lub czasami nie były w stanie zakupić przepisanych lub zalecanych leków.

Dostępność leków polepszyła się, jednak nadal istnieją pewne problemy

Środki kontroli cen wprowadzone w 2012 r. w celu ograniczenia wydatków rządowych na leki spowodowały duże różnice między cenami obowiązującymi w Polsce a cenami obowiązującymi w innych krajach Europy. Doprowadziło to w niektórych przypadkach do eksportu równoległego i niedoborów niektórych leków na polskim rynku. Wprowadzone w 2017 r. przeciwśrodki przyczyniły się do ograniczenia zakresu legalnego wywozu, jednak nadal istnieje problem nielegalnego wywozu, np. poprzez „odwróconą sieć dystrybucji", w ramach której apteki detaliczne z powrotem odsprzedają hurtownikom leki, na które jest popyt (Gałązka-Sobotka i in., 2019). Liczba podstawowych leków zagrożonych niedoborami wzrosła ze 178 na początku 2017 r. do 388 na początku 2019 r. Aby przeciwdziałać temu problemowi, w 2019 r. rząd wprowadził odpowiedzialność karną za nielegalny wywóz leków oraz usprawnił monitorowanie handlu lekami i ich dostępności.

W ostatnich latach liczba nowych leków dostępnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego znacznie wzrosła. W latach 2017–2019 do refundacji zarejestrowano 66 nowych substancji czynnych, w tym 28 leków przeciwnowotworowych. Ze względu na złożoność procesu refundacyjnego i ograniczone finansowanie NFZ nadal potrzeba jednak około 2–3 lat od momentu centralnej rejestracji przez Europejską Agencję Leków, aby nowa substancja czynna znalazła się w Polsce w pakiecie świadczeń (Kowalska-Bobko i in., 2021). Nowa unijna strategia farmaceutyczna dla Europy przyjęta przez Komisję Europejską w listopadzie 2020 r. może otworzyć w Polsce kanały poprawy dostępności innowacyjnych leków (Komisja Europejska, 2020).

Niedobór pracowników ochrony zdrowia utrzymuje się pomimo zwiększonych zachęt finansowych

Struktura wieku obecnych pracowników ochrony zdrowia budzi obawy co do przyszłej podaży, szczególnie wśród pielęgniarek i położnych, ponieważ 54% pielęgniarek i 51% położnych ma ponad 50 lat (Ministerstwo Zdrowia, 2021 r.). Trwająca migracja pracowników medycznych poza granice kraju oraz poważne obciążenie zdrowia psychicznego, którego doświadczyli podczas pandemii COVID-19, jeszcze bardziej pogłębiają te obawy.

Od 2012 r. Ministerstwo Zdrowia wydaje rozporządzenia określające priorytetowe obszary medycyny, w których występują dotkliwe braki kadrowe i większa liczba miejsc dostępnych w ramach rezydentury, a lekarzom realizującym te priorytetowe specjalizacje zaoferowano wyższe wynagrodzenie. Od 2017 r. podstawowe wynagrodzenie personelu medycznego jest stopniowo podnoszone, aby do końca 2021 r. osiągnąć ustalone przez rząd minimalne cele. W 2019 r. wprowadzono również zachęty finansowe w celu przyciągnięcia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na obszary wiejskie (Kowalska-Bobko i in., 2021). W czasie pandemii, mimo wcześniejszego sprzeciwu, złagodzono przepisy dotyczące rekrutacji międzynarodowego personelu medycznego.

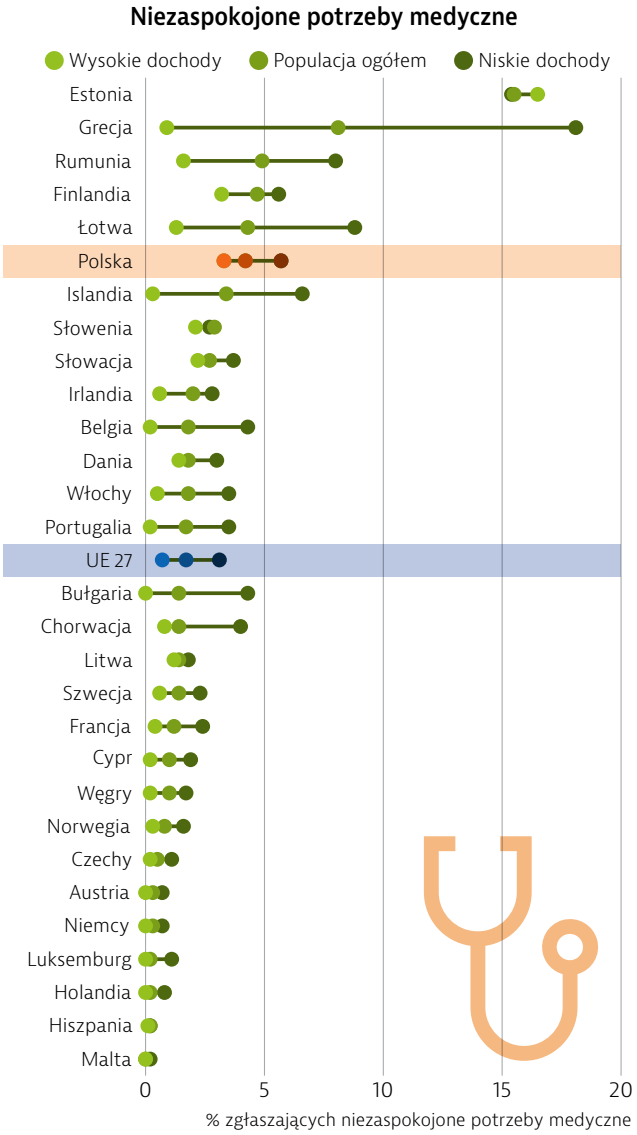
Ograniczone finanse publiczne i czas oczekiwania przyczyniają się do powstawania barier w dostępie

Chociaż opieka podstawowa i stacjonarna nie wymagają od pacjentów w Polsce udziału w kosztach, ich dostęp do tych usług może być nadal ograniczony w praktyce zarówno przez ograniczone zasoby finansowe NFZ, jak i poważne niedobory pracowników ochrony zdrowia, co skutkuje długim czasem oczekiwania (zob. sekcja 4). Istnieją limity ilości usług zakontraktowanych przez NFZ, nie ma też żadnych gwarancji czasu oczekiwania. W 2019 r. średni czas oczekiwania na usługi specjalistyczne (konsultacje i leczenie specjalistyczne oraz diagnostykę specjalistyczną) wynosił 3,8 miesiąca w porównaniu z 2,9 miesiąca w 2016 r., przy czym najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w przypadku endokrynologii (11,6 miesiąca) i ortopedii (10,9 miesiąca). Problemy z dostępem do usług ambulatoryjnych mogą być jednym z powodów, dla których ludzie leczą się na własną rękę, stosując leki wydawane bez recepty. To z kolei może częściowo wyjaśniać wysoki udział wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych na leki. Długie listy oczekujących zachęcają również tych, którzy mogą sobie na to pozwolić finansowo, do korzystania z usług prywatnych świadczeniodawców – co jest zazwyczaj pokrywane z własnej kieszeni.

W 2019 r. 4,2% polskiej ludności zgłaszało niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych ze względu na koszty, odległość lub czas oczekiwania (średnia UE wynosiła 1,7%). Istniały różnice pomiędzy grupami o różnych dochodach: 5,7% osób z najniższego kwintyla dochodów zgłaszało niezaspokojone potrzeby w porównaniu z 3,3% osób z najwyższego kwintyla (rys. 16). Z drugiej strony tylko 1,9% ludności Polski zgłosiło niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki stomatologicznej, co jest poniżej średniej UE wynoszącej 2,8%. Różnica w zgłaszanych niezaspokojonych potrzebach w zakresie opieki stomatologicznej w zależności od dochodów również była znacznie mniejsza (1,4% w porównaniu z 2,7% w całej UE). W pierwszym roku pandemii COVID-19 badanie wykazało, że ponad jedna czwarta Polaków (28%) zgłaszała niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich lub leczenia (Eurofound, 2021 r.)[3].

3. Dane z badania Eurofound nie są porównywalne z danymi z badania EU-SILC ze względu na różnice w metodzie ich prowadzenia.

Rys. 16. Przed pandemią niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki medycznej w Polsce przewyższały średnią 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 Eurostatu w oparciu o EU-SILC (dane za 2019 r., oprócz danych dotyczących Islandii za 2018 r.).

Telemedycyna wspierała opiekę specjalistyczną, jednak dostęp do niej był poważnie ograniczony dla pacjentów cierpiących na choroby niezwiązane z COVID-19

Podobnie jak w wielu innych krajach Europy w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 odwołano wszystkie zabiegi szpitalne niewymagające przeprowadzenia w trybie pilnym. Nadal działały przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej świadczące usługi na odległość (najczęściej przez telefon), działające na podstawie specjalnych wytycznych opracowanych na potrzeby prowadzenia telekonsultacji w czasie pandemii. Specjalistyczne konsultacje ambulatoryjne były trudniejsze do przeprowadzenia na odległość, ponieważ w większym stopniu polegają na przeprowadzeniu badania fizycznego lub badań diagnostycznych (których dostępność również była ograniczona). Dane z badań pokazują jednak, że w pierwszym roku pandemii 62% ludności korzystało z usług telezdrowia, co było znacznie powyżej średniej UE wynoszącej 39% (Eurofound, 2021 r.). Udało się to dzięki istniejącym wcześniej narzędziom i platformom, takim jak Internetowe Konto Pacjenta czy rozwiązania w zakresie e-zdrowia (zob. sekcja 5.3), oraz różnym inicjatywom z zakresu technologii informacyjnej wdrożonym podczas pandemii. W całym okresie trwania pandemii poważnie ograniczano liczbę wykonywanych zabiegów planowych ze względu na odroczenie leczenia i zmianę profilu szpitali na szpitale specjalizujące się w COVID-19.

5.3 Odporność systemowa

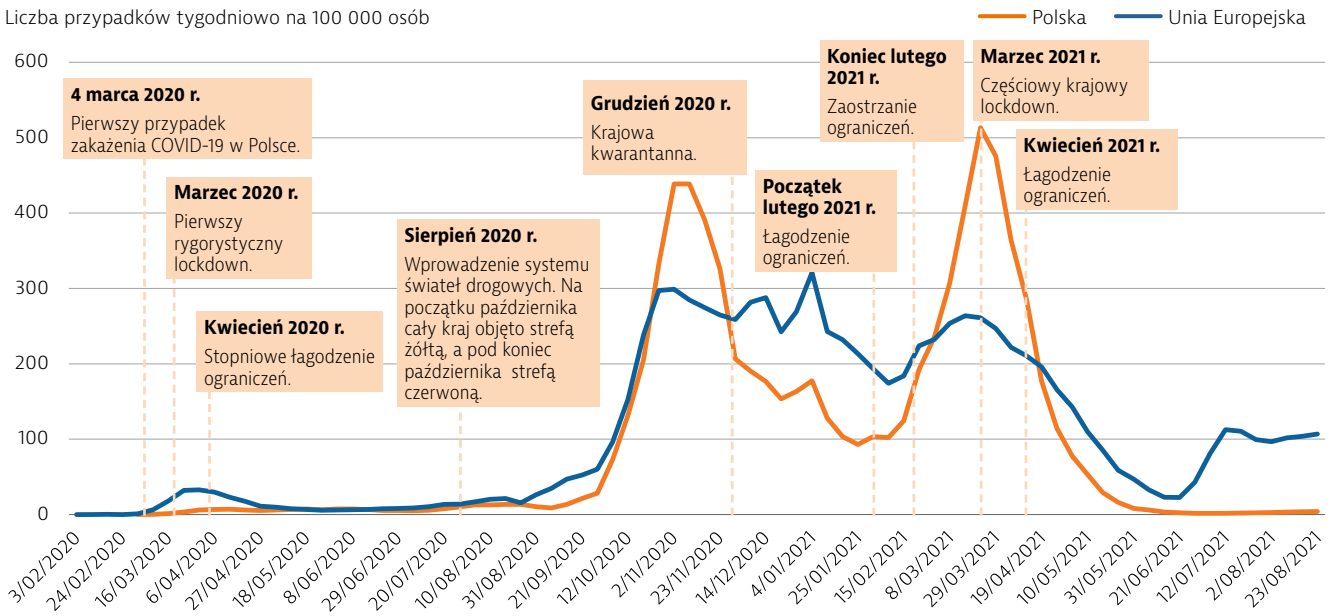
W tej części dotyczącej odporności skupiono się głównie na skutkach pandemii COVID-19 i reakcjach na nią[4]. Jak zauważono w sekcji 2, pandemia COVID-19 miała w Polsce istotny wpływ na zdrowie i umieralność populacji, przy czym w okresie od stycznia 2020 r. do końca sierpnia 2021 r. odnotowano ponad 75 000 zgonów z powodu COVID-19. Środki wprowadzone w celu powstrzymania pandemii wpłynęły również na gospodarkę. Polski PKB spadł o 2,3%, jednak jest to mniej niż średni spadek w UE wynoszący 6,2%.

Szybkie działania prewencyjne ochroniły kraj podczas pierwszej fali pandemii

Polska bardzo szybko zareagowała, wprowadzając środki ochronne po wykryciu pierwszych przypadków COVID-19 w jej granicach (rys. 17). Kroki, takie jak zamykanie szkół, zakazy zgromadzeń masowych i zakazy wywozu niektórych leków, podjęto jeszcze przed ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemiologicznego, w dniu 14 marca 2020 r. (zob. ramka 2). Rząd wprowadził środki zapobiegania zakażeniom, w tym zamknięcie działalności innych niż niezbędne, zakaz przemieszczania się ludności innego niż niezbędne oraz zamknięcie granic państwowych. Od końca kwietnia 2020 r. ograniczenia były stopniowo łagodzone, ale ponieważ latem obowiązywało niewiele ograniczeń, liczba przypadków COVID-19 szybko wzrosła. W odpowiedzi rząd wprowadził lokalne ograniczenia działające na zasadzie systemu świateł drogowych. Do końca października 2020 r. cały kraj ponownie objęto lockdownem, a pod koniec listopada 2020 r. liczba nowych przypadków osiągnęła szczytową wartość. Drugi krajowy lockdown wprowadzono na okres 20 dni od dnia 28 grudnia 2020 r. Od początku lutego 2021 r. łagodzono restrykcje, chociaż liczba przypadków znowu rosła. Po odnotowaniu rekordowej liczby zachorowań od dnia 20 marca 2021 r. wprowadzono trzeci krajowy lockdown. Luzowanie ograniczeń rozpoczęto pod koniec kwietnia, przed wakacjami letnimi, kiedy liczba przypadków pozostawała na stosunkowo niskim i stabilnym poziomie.

4. W tym kontekście odporność systemu ochrony zdrowia zdefiniowano jako zdolność do przygotowania się na wstrząsy, zarządzania nimi (absorpcja, adaptacja i transformacja) oraz wyciągania wniosków z tych wstrząsów (grupa ekspertów UE ds. oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych, 2020).

Rys. 17. Początkowo liczba przypadków COVID-19 utrzymywała się na niskim poziomie, jednak jesienią 2020 r. wzrosła znacznie powyżej średniej UE

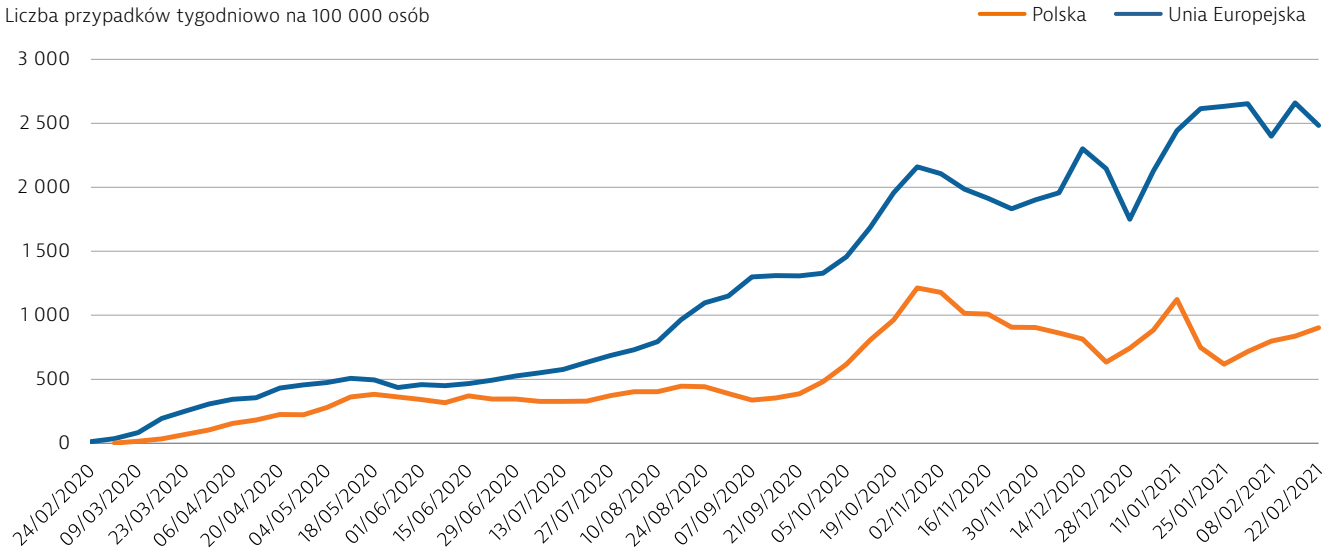


Źródła: Dane ECDC dotyczące przypadków zakażenia COVID-19 oraz dane zebrane przez autorów dotyczące środków powstrzymujących rozprzestrzenianie się COVID-19.

Zarówno zdolność do przeprowadzania testów, jak i do ustalania kontaktów zakaźnych była niska

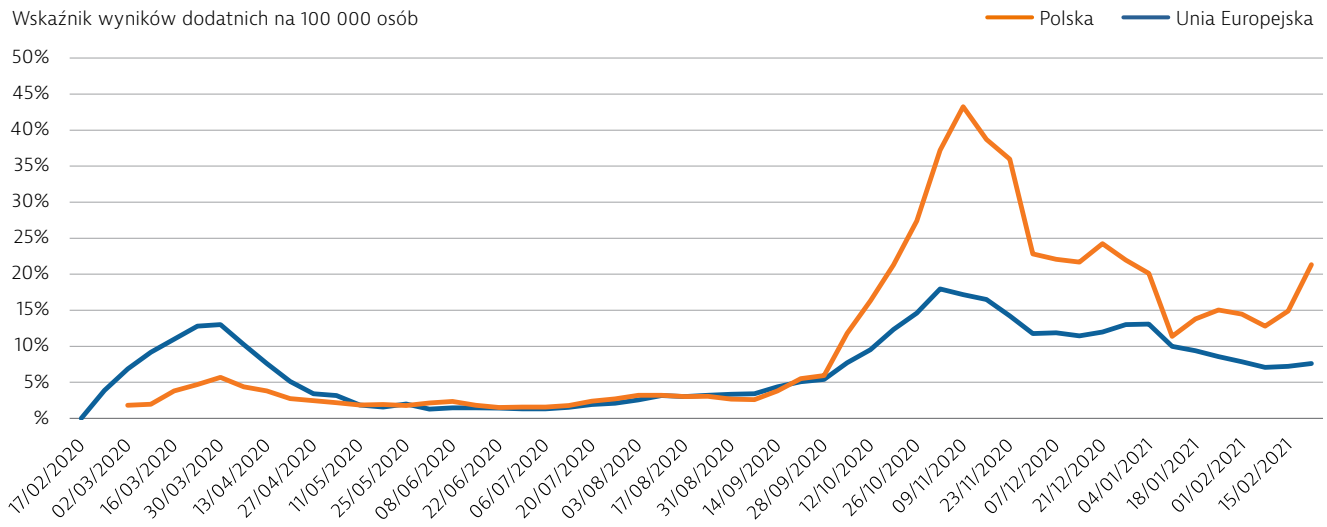
Pomimo starań mających na celu zwiększenie zdolności do przeprowadzania testów poprzez ustanowienie punktów testowych typu drive-thru (w okresie od marca 2020 r. do kwietnia 2021 r. ich liczba wzrosła ze 180 do około 660) oraz wykorzystanie specjalnych ambulansów (tzw. „wymazobusów") do pobierania próbek od osób poddanych kwarantannie, zdolność do przeprowadzania testów utrzymywała się na niskim poziomie. Różnica między liczbą wykonywanych cotygodniowo testów w Polsce a średnią UE gwałtownie wzrosła po lecie 2020 r. (rys. 18). Wysoki wskaźnik dodatnich wyników testów, który osiągnął poziom 40%, odzwierciedla polską strategię testowania, zgodnie z którą badano głównie pacjentów z objawami. Oznacza to, że rzeczywista liczba zakażeń COVID-19 w kraju jest niedoszacowana (zob. ramka 1). Biorąc pod uwagę początkowy sukces środków powstrzymujących rozprzestrzenianie się infekcji, wiosną 2020 r. uznano, że zdolności w zakresie ustalania kontaktów zakaźnych były wystarczające, dlatego nie zwiększono ich latem, niezaradzając tym samym brakom kadrowym i niewystarczającemu finansowaniu Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Rys. 18. W październiku 2020 r. liczba wykonywanych testów w kierunku COVID-19 była niewystarczająca w stosunku do prędkości, z jaką rozprzestrzeniały się zakażenia



Uwaga: Średnia UE jest ważona (liczba państw uwzględnionych przy obliczaniu średniej różni się w poszczególnych tygodniach).
Źródło: ECDC.

Rys. 19. Odsetek pozytywnych testów był bardzo wysoki w październiku 2020 r.



Uwaga: Średnia UE jest ważona (liczba państw uwzględnionych przy obliczaniu średniej różni się w poszczególnych tygodniach).
Źródło: ECDC.

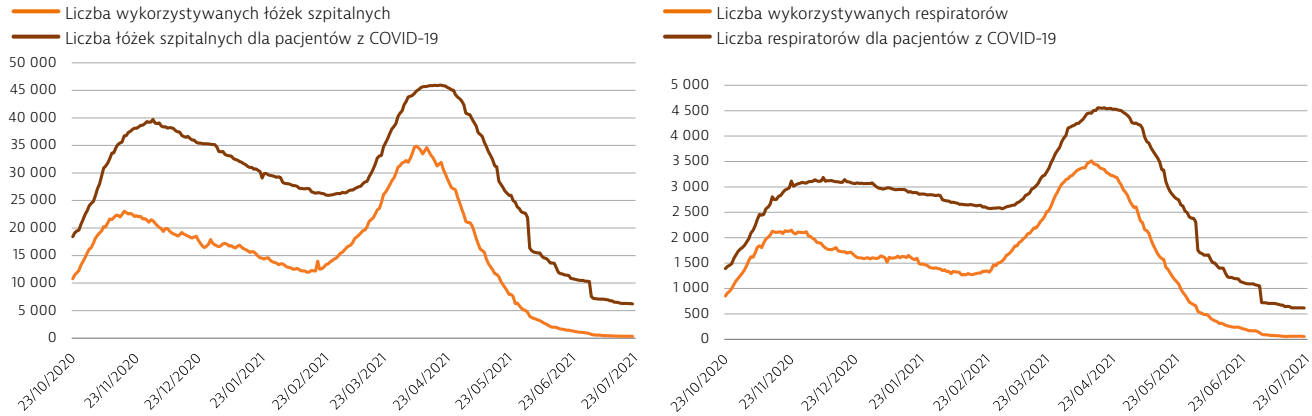
Początkowo w opiece nad pacjentami zakażonymi COVID-19 wykorzystywano dużą pojemność szpitali, co zmieniło się jednak w czasie pandemii

Postrzegana przez wiele lat jako źródło nieefektywności, stosunkowo duża liczba łóżek szpitalnych stała się atutem w czasie pandemii, gdy gwałtownie wzrosła liczba zakażeń. W 2019 r. w Polsce na 100 tys. osób przypadało 10,1 łóżek na oddziale intensywnej terapii, tj. więcej niż w wielu krajach UE (i prawie dwukrotnie więcej niż np. w Finlandii).

Początkowo dostępność łóżek przeznaczonych do leczenia pacjentów zakażonych COVID-19 zabezpieczono, zawieszając wszystkie zabiegi planowe i rezerwując łóżka na potrzeby leczenia tych pacjentów. Początkowo przekształcono 22 szpitale na specjalizujące się w leczeniu COVID-19 przeznaczone do wyłącznego użytku pacjentów z COVID-19 – co najmniej jeden w każdym województwie. W ten sposób udało się zabezpieczyć w sumie 10 000 łóżek. Decyzje te były jednak czasami kontrowersyjne, ponieważ przed jesienią 2020 r. wiele zarezerwowanych obiektów nie było w dużej mierze w pełni wykorzystywanych, dlatego liczbę łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych COVID-19 stopniowo zmniejszano. Sytuacja uległa zmianie od października 2020 r., kiedy to wzrosła presja zarówno pod względem dostępności łóżek, jak i respiratorów, mimo że liczba łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych COVID-19 wzrosła do 45 000 (rys. 20). Inne środki mające na celu zwiększenie dostępności łóżek obejmowały zmianę przeznaczenia istniejących obiektów – na przykład przystosowanie oddziałów szpitalnych do leczenia przypadków COVID-19 i oddzielenie ich od innych oddziałów za pomocą fizycznych barier w celu odseparowania pacjentów, a także budowę szpitali tymczasowych.

Z czasem ten skoncentrowany na szpitalach model reakcji na COVID-19 zastąpiono modelem ukierunkowanym na podstawową opiekę zdrowotną: większość pacjentów bez objawów lub z łagodnymi objawami była pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a nie przebywała w szpitalach zakaźnych, większość badań diagnostycznych zlecano także na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (Ministerstwo Zdrowia, 2020).

Rys. 20. Jesienią 2020 r. i wiosną 2021 r. dostępność łóżek szpitalnych i respiratorów była ograniczona



Źródło: Na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Problemy z nabywaniem środków ochrony indywidualnej i innych materiałów utrzymywały się przez cały rok 2020

Dostępność sprzętu, takiego jak środki ochrony indywidualnej i respiratory, była początkowo ograniczona, jednak szybko zgromadzono zapasy – głównie dzięki scentralizowanym zamówieniom z zagranicy. Prywatne przedsiębiorstwa zapewniły wsparcie materialne, przekazując szpitalom produkty czyszczące i dezynfekujące lub świadcząc bezpłatne usługi kurierskie, aby pomóc w dostarczaniu zapasów środków ochrony indywidualnej. Widoczne były także spore niedobory niektórych leków i innych produktów medycznych (takich jak szczepionki przeciw grypie) przez cały rok 2020 (Kowalska-Bobko i in., 2021).

Biorąc pod uwagę istniejące wcześniej niedobory kadrowe, trudno było zwiększyć liczbę pracowników medycznych w czasie pandemii

Starania zmierzające do zwiększenia pojemności szpitali wymagały zapewnienia wystarczającej liczby personelu medycznego, co stanowiło szczególne wyzwanie ze względu na istniejące wcześniej niedobory (zob. sekcje 4 i 5.2). Na wczesnych etapach pandemii środki mające na celu zapewnienie siły roboczej w sektorze opieki zdrowotnej obejmowały zwrócenie się do pracowników służby zdrowia o przepracowywanie dodatkowych godzin; odwoływanie urlopów; zawieszenie ograniczeń dotyczących nocnych zmian i dyżurów; zakaz opuszczania kraju; oraz automatyczne przedłużanie licencji na prowadzenie działalności przez praktykujących pracowników ochrony zdrowia. Pracownicy medyczni zostali również przesunięci do pracy w innych miejscach, np. na oddziałach chorób zakaźnych lub innych, gdzie potrzebna była pomoc. Dodatkowo, studentów ostatniego roku medycyny i pielęgniarstwa zachęcano do wolontariatu i umożliwiono im pełnienie ról pomocniczych, takich jak przeprowadzanie wywiadów mających na celu ustalanie kontaktów zakaźnych. Polska uprościła również procedury umożliwiające powrót do pracy niepraktykującym lekarzom, pielęgniarkom, położnym, ratownikom medycznym, fizjoterapeutom i diagnostom laboratoryjnym. Aby przyspieszyć wprowadzenie szczepień przeciwko COVID-19, do ich podawania upoważniono fizjoterapeutów, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych, którzy ukończyli odpowiednie szkolenie.

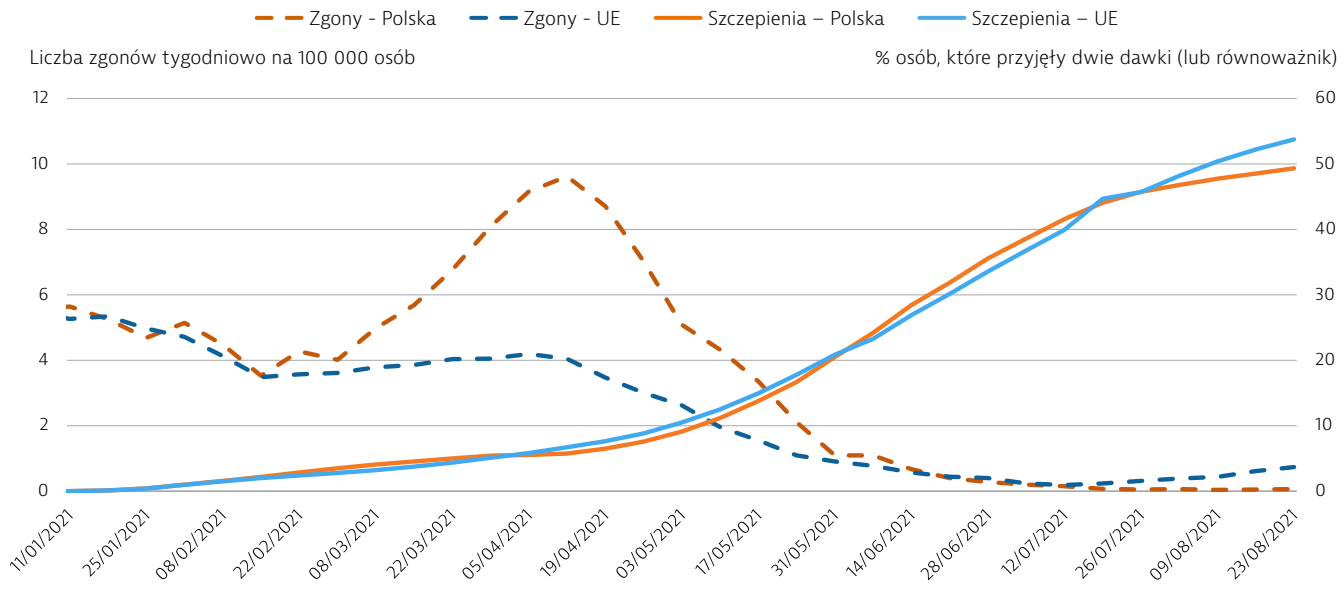
Pracownicy ochrony zdrowia zaangażowani w działania prowadzone w ramach reakcji na COVID-19 otrzymali wsparcie finansowe (wyższe wynagrodzenie oraz premie), materialne (bezpłatną opiekę nad dziećmi, transport publiczny i zakwaterowanie w hotelu) oraz psychologiczne (specjalne infolinie). W październiku 2020 r. zrezygnowano jednak z planów przyznania dalszych premii finansowych wszystkim pracownikom ochrony zdrowia zaangażowanym w opiekę nad pacjentami zakażonymi COVID-19, ponieważ stanowiłoby to niedopuszczalnie duże obciążenie dla budżetu krajowego. Chociaż później zatwierdzono dodatkowe świadczenia, kwoty te były mniejsze niż pierwotnie planowano.

Szpitale tymczasowe wykorzystywano jako punkty szczepień przeciwko COVID-19

Wraz z wprowadzeniem szczepień większość szpitali tymczasowych została przekształcona w punkty szczepień. Szczepionki podawano również w szpitalach, przychodniach i innych miejscach – łącznie w ponad 6 100 punktach szczepień na terenie całego kraju. Pod koniec sierpnia 2021 r. 51% populacji otrzymało dwie dawki szczepionki (lub ich równoważnik), co jest wynikiem nieco poniżej średniej UE (rys. 21). Opór przed szczepieniami jest jednym z czynników utrudniających poprawę wdrażania programu szczepień (Sowa i in., 2021).

Szczepionki przeciwko COVID-19 są bezpłatne dla wszystkich osób legalnie przebywających w Polsce, co ma szczególnie znaczenie dla dużej liczby obywateli Ukrainy, którzy pracują lub uczą się w Polsce. Początkowo priorytetowo traktowano pracowników ochrony zdrowia i pacjentów chorych na nowotwory, leczonych za pomocą chemioterapii lub radioterapii. Mieszkańcy domów opieki społecznej, osoby powyżej 60. roku życia, osoby zatrudnione w siłach zbrojnych, policjanci i nauczyciele otrzymali szczepionki na pierwszych etapach kampanii szczepień, która stopniowo była rozszerzana na całą populację, w tym dzieci w wieku 12–15 lat. Od maja 2021 r. przedsiębiorstwa zatrudniające ponad 300 pracowników mogły przyłączyć się do kampanii szczepień, a niektóre oferowały dodatki finansowe, aby zachęcić pracowników do zaszczepienia się. Oprócz szczepienia młodszych Polaków, rząd podjął inne kroki w celu zwiększenia wskaźników zaszczepienia, takie jak wprowadzenie premii finansowej dla lekarzy rodzinnych oraz ogłoszenie szeregu zachęt finansowych mających na celu zwiększenie liczby osób rejestrujących się na szczepienia.

Rys. 21. Do sierpnia 2021 r. zaszczepiono około połowę populacji



Uwaga: Średnia UE nie jest ważona (liczba państw uwzględnionych przy obliczaniu średniej różni się w poszczególnych tygodniach).
Źródła: Dane ECDC dotyczące przypadków COVID-19 oraz dane Our World In Data dotyczące wskaźników wyszczepienia.

Problemy z gromadzeniem danych osłabiły zdolność do podejmowania decyzji na ich podstawie

Istniejące systemy nadzoru epidemiologicznego i wczesnego ostrzegania posłużyły do zapewnienia monitorowania na początku pandemii. Ze względu na niewystarczające finansowanie tych systemów i zbyt małą liczbę pracowników, a także brak łączy komunikacyjnych umożliwiających skuteczne łączenie danych, systemy te znalazły się pod ogromną presją. Na początkowym etapie wystąpiły pewne rozbieżności w liczbie zgłoszonych przypadków COVID-19 między danymi publikowanymi na poziomie powiatów i województw a danymi zagregowanymi publikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia. Do grudnia 2020 r. nie istniała oficjalna baza danych skupiająca wszystkie dane historyczne z powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Powstawały nieoficjalne bazy danych, jednak od listopada 2020 r. wyłącznie centralny portal rządowy został upoważniony do publikowania danych dotyczących COVID-19.

Poczyniono postępy we wdrażaniu rozwiązań w zakresie e-zdrowia

W ostatnich latach podjęto intensywne starania w celu wdrożenia elektronicznej platformy danych dotyczących zdrowia i związanych z nią narzędzi e-zdrowia. Od 2019 r. placówki opieki zdrowotnej i lekarze mają obowiązek elektronicznego prowadzenia dokumentacji medycznej. Od stycznia 2020 r., z kilkoma wyjątkami, dozwolone są wyłącznie e-recepty. W styczniu 2021 r. w placówkach, które posiadają niezbędne możliwości informatyczne, rozpoczęto wdrażanie e-skierowań, a od lipca 2021 r. wszyscy świadczeniodawcy mają wymieniać się dokumentacją medyczną drogą elektroniczną.

Reakcja na pandemię pokazała, że skuteczne wdrożenie tych narzędzi jest ściśle związane z poziomem umiejętności cyfrowych zarówno świadczeniodawców, jak i użytkowników usług. Działania Polski w obszarze e-zdrowia będą wspierane przez inicjatywę europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia, która ma na celu promowanie lepszej wymiany i lepszego dostępu do różnych rodzajów danych dotyczących zdrowia, w tym elektronicznej dokumentacji medycznej, danych genomowych i danych z rejestrów pacjentów, oraz wspieranie świadczenia opieki zdrowotnej, badań w dziedzinie zdrowia i kształtowania polityki (Komisja Europejska, 2021b).

Finansowanie unijne przyczynia się do większych inwestycji w infrastrukturę zdrowotną, także podczas pandemii

W latach 2014–2020 Polska była największym odbiorcą finansowania unijnego, otrzymując z budżetu UE łącznie 105 mld EUR (Komisja Europejska, 2021c). W ramach wieloletnich ram finansowych na lata 2021–2027 oraz nowo utworzonego Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności zostały złożone wnioski o kolejne 170 mld EUR, aby dokonać strategicznych inwestycji w sektorze zdrowia. Przedstawiono w nich plany inwestycji w infrastrukturę i transformację cyfrową sektora zdrowia, w tym dalsze opracowywanie rozwiązań w zakresie e-zdrowia oraz inwestycje w zasoby ludzkie, badania i rozwój oraz sektor farmaceutyczny.

6 Najważniejsze ustalenia

- Wysoka umieralność z powodu COVID-19 spowodowała, że w latach 2019–2020 średnie dalsze trwanie życia w Polsce czasowo spadło o 1,4 roku, a różnica w oczekiwanej długości życia w chwili urodzenia między Polską a średnią UE wzrosła do czterech lat. Nierówności w zakresie średniego dalszego trwania życia ze względu na płeć i poziom wykształcenia są w dalszym ciągu wyraźne.

- Behawioralne i środowiskowe czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów w Polsce. Pomimo spadku wskaźników palenia tytoniu, utrzymują się one na wysokim poziomie, a spożycie alkoholu również przewyższa średnią UE. Otyłość staje się coraz większym problemem zdrowotnym i w związku z tym zintensyfikowano działania mające na celu jego zwalczanie, m.in. w 2021 r. wprowadzono „podatek cukrowy" od napojów. Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce znacznie przewyższa średnią UE, co zwraca uwagę nie tylko na stosunkowo niskie wydatki na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, ale także na możliwość wzmocnienia środków kontroli w zakresie tytoniu i alkoholu.

- Odsetek PKB przeznaczony na zdrowie pozostaje niski – w 2019 r. wyniósł on jedynie 6,5%, a środki na cele zdrowotne w przeliczeniu na mieszkańca są znacznie niższe od średniej UE. Chociaż pakiet świadczeń jest dość szeroki i nie charakteryzuje się udziałem pacjenta w kosztach opieki podstawowej i stacjonarnej, poziom finansowania leków aptecznych jest niski: publiczne wydatki na leki należą do najniższych w UE, a koszty leków są największym pojedynczym czynnikiem powodującym katastrofalne wydatki na zdrowie w Polsce. Ponad trzy czwarte wydatków na leki w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych przeznacza się na bezpośrednio kupowane leki do samodzielnego leczenia – prawdopodobnie z powodu długiego czasu oczekiwania na dostęp do opieki specjalistycznej. W ostatnich latach podjęto starania w celu kontrolowania cen leków i rozszerzenia dostępu do nich, szczególnie w przypadku osób starszych, poprzez zwolnienia ich ze współpłatności.

- Niskie poziomy finansowania prawdopodobnie przyczyniają się do niedoborów pracowników ochrony zdrowia, które są poważniejsze niż w większości krajów UE. Niedobory te przyczyniają się do problemów z dostępem, takich jak długi czas oczekiwania, szczególnie na obszarach wiejskich. W UE Polska znajduje się wśród państw o najniższej liczbie lekarzy i pielęgniarek na mieszkańca. Ponadto wielu lekarzy i pielęgniarek zbliża się do wieku emerytalnego, co pogłębia obawy o przyszłą podaż. W czasie pandemii, mimo wcześniejszego zdecydowanego sprzeciwu, złagodzono przepisy dotyczące rekrutacji międzynarodowego personelu medycznego.

- Wczesna reakcja na COVID-19 pozwoliła Polsce skutecznie opanować pierwszą falę zakażeń. Umożliwiła również stworzenie systemu awaryjnego, jednak system opieki zdrowotnej szybko znalazł się pod presją, gdy wskaźnik zakażeń wzrósł podczas drugiej fali. Dotyczyło to także dużego sektora opieki stacjonarnej, w którym niedobory pracowników okazały się głównym ograniczeniem w zwiększaniu podaży opieki, nawet jeśli szybko zorganizowano infrastrukturę, taką jak dodatkowe łóżka na oddziałach intensywnej terapii. W trakcie pandemii podstawowa opieka zdrowotna w coraz większym stopniu stawała się pierwszą linią reagowania na COVID-19.

- Dzięki zastosowaniu rozwiązań telemedycznych oraz platform i narzędzi wspomagających, w dużej mierze możliwe było utrzymanie w czasie pandemii usług podstawowej opieki zdrowotnej. Było to trudniejsze w przypadku konsultacji specjalistycznych, które zwykle obejmują badania fizyczne i diagnostyczne. Najbardziej ucierpiała opieka stacjonarna nad pacjentami niezakażonymi COVID-19, ponieważ zasoby zdrowotne przesunięto na potrzeby leczenia pacjentów zakażonych COVID-19. Polska zwiększyła dostęp do szczepionki przeciwko COVID-19, dzięki utworzeniu szeregu punktów szczepień, w których podawane są szczepionki. Wobec pewnego oporu przed szczepieniami Polska wprowadziła również zachęty, aby skłonić ludność do szczepień.

Główne źródła

Sowada C et al. (2019), *Poland: health system review. Health Systems in Transition*, 21(1):1-235.

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing.

Bibliografia

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.*

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia, Komisja Europejska, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Poland.

Komisja Europejska (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

Komisja Europejska (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan.*

Komisja Europejska (2021b), *The European Health Data Space.*

Komisja Europejska (2021c), *European Structural and Investment Funds*: Country data for Poland.

Gałązka-Sobotka M et al. (2019), *Przyczyny ograniczonej dostępności leków w Polsce: diagnoza i propozycje rozwiązań*. Warsaw, Uczelnia Łazarskiego, Instutut Zarządzania w Ochronie Zdrowia.

GUS (2021), *Komunikat w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn.* Warsaw.

Kowalska-Bobko I et al. (2021), *Sustainability and resilience in the Polish health system.* London, Partnership for Health System Sustainability and Resilience.

Ministerstwo Zdrowia (2020), *Strategia walki z pandemią COVID-19.* Wersja 3.0. jesień 2020, Warsaw.

Ministerstwo Zdrowia (2021), *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.*

Narodowy Instytut Onkologii (2021), *Wpływ pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej*, Warsaw.

Sagan A et al. (2021), Improved coordination of care after acute myocardial infarction in Poland since 2017: promising early results. *Health Policy,* 125(5):587-92.

Sowa P et al. (2021), COVID-19 Vaccine Hesitancy in Poland—Multifactorial Impact Trajectories*, Vaccines 2021*, 9(8), 876.

Tambor M, Pavlova M (2020), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Poland.

Wojtyniak B, Goryński P, eds. (2020), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania.* Warsaw: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego– Państwowy Zakład Higieny.

Zatoński WA et al. (2021), Alcohol-related deaths in Poland during a period of weakening alcohol control measures. *JAMA,* 325(11):1108-09.

Wykaz skrótów państw

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

European Commission

State of Health in the EU
Profil systemu ochrony zdrowia 2021

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 odporności systemu ochrony zdrowia

Komisja uzupełnia najważniejsze ustalenia niniejszych profilów 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 (2021), *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela.

ISBN 9789264487611 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO