



State of Health in the EU

Polska

Profil systemu ochrony zdrowia 2023

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. Od czasu rozpoczęcia serii profili krajowych po raz pierwszy w edycji z 2023 r. wprowadzono specjalną sekcję poświęconą zdrowiu psychicznemu.

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 nie 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	11
5.1 Skuteczność	11
5.2 Dostępność	13
5.3 Odporność systemowa	16
6. NAJWAŻNIEJSZE KWESTIE ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM	20
7. 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 zatwierdzono 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 2023 r., opierając się na danych dostępnych w pierwszej połowie września 2023 r.

Kontekst demograficzny i społeczno-ekonomiczny w Polsce, 2022 r.

Czynniki demograficzne

	Polska	UE
Wielkość populacji	37 654 247	446 735 291
Odsetek populacji powyżej 65. roku życia (%)	19,1	21,1
Współczynnik płodności ¹ (2021)	1,3	1,5

Czynniki społeczno-ekonomiczne

PKB na mieszkańca (parytet siły nabywczej EUR ²)	28 044	35 219
Wskaźnik zasięgu ubóstwa relatywnego ³ (%)	13,7	16,5
Stopa bezrobocia (%)	2,9	6,2

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.

Zastrzeżenia: Publikacja tej pracy jest rezultatem decyzji Sekretarza Generalnego OECD. Opinie wyrażone w niniejszym dokumencie i podane w nim argumenty są wyłącznie opiniami i argumentami autorów i nie odzwierciedlają oficjalnego stanowiska OECD ani państw będących członkami tej organizacji, ani European Observatory on Health Systems and Policies lub któregośkolwiek z jego partnerów.

Niniejsza praca powstała przy wsparciu finansowym Unii Europejskiej. Poglądy wyrażone w niniejszym dokumencie nie mogą w żaden sposób odzwierciedlać oficjalnej opinii Unii Europejskiej.

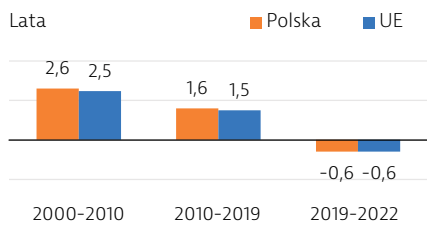
Nazwy i reprezentacja krajów i terytoriów użyte w publikacji są zgodne z praktyką WHO.

Zastrzeżenia terytorialne mające zastosowanie do OECD: Zarówno niniejszy dokument, jak i wszelkie zawarte w nim dane i mapy pozostają bez uszczerbku dla statusu lub suwerenności jakiegokolwiek terytorium, wytyczenia międzynarodowych granic oraz nazwy jakiegokolwiek terytorium, miasta lub obszaru. Dodatkowe szczegółowe zastrzeżenia są dostępne [tutaj](#).

Zastrzeżenia terytorialne mające zastosowanie do WHO: Zastosowane oznaczenia i prezentacja niniejszego materiału nie oznaczają wyrażenia jakiegokolwiek opinii ze strony WHO na temat statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru lub jego władz, ani na temat delimitacji jego granic. Kropkowane i przerywane linie na mapach przedstawiają przybliżone linie graniczne, co do których może nie być jeszcze pełnej zgody.

© OECD i Światowa Organizacja Zdrowia (działająca jako organizacja przyjmująca i sekretariat Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej) 2023.

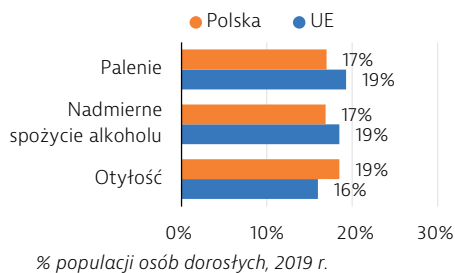
1 Najważniejsze punkty



Zmiany oczekiwanej długości życia w chwili urodzenia

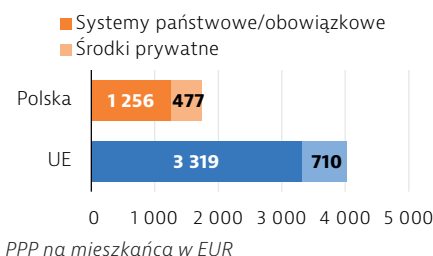
Sytuacja zdrowotna

Średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia w Polsce spadło w latach 2019–2022 o 0,6 roku, a w 2022 r. wynosiło 77,4 roku i było o 3,3 roku niższe od średniej UE. Choroby układu krążenia i nowotwory stanowiły przyczynę ponad połowy wszystkich zgonów w 2021 r., a na kolejnym miejscu znalazł się COVID-19. Raportowana liczba zgonów z powodu COVID-19 w latach 2020 i 2021 mogła być jednak zaniżona.



Czynniki ryzyka

Wskaźniki palenia tytoniu wśród osób dorosłych są zbliżone do średniej UE, ale korzystanie z e-papierosów wśród osób młodych jest stosunkowo wysokie. Poziom spożycia alkoholu jest dość wysoki, ale nadmierne spożycie alkoholu jest mniej powszechne niż przeciętnie w UE. Wskaźniki otyłości wzrastają powoli, jednak stale, w tym wśród nastolatków. Palenie tytoniu i nieodpowiednia dieta stanowią główne przyczyny zwiększonej śmiertelności.



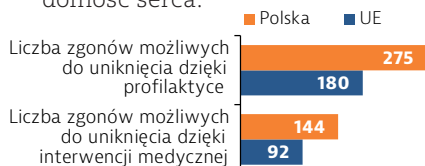
PPP na mieszkańca w EUR

System ochrony zdrowia

Chociaż wydatki na ochronę zdrowia w Polsce są znacznie niższe od średniej UE, zapewniają jednak powszechny dostęp i szeroki pakiet świadczeń. Odsetek wydatków prywatnych jest stosunkowo wysoki i wynosi 28% w porównaniu z 19% w UE. Większość tych wydatków ma formę opłat własnych (20%), z czego niemal dwie trzecie przeznaczane są na leki.

Skuteczność

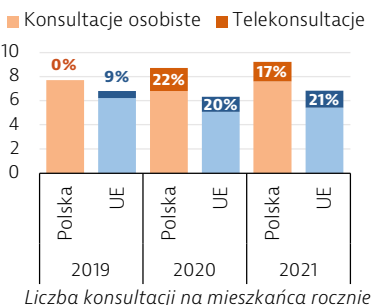
Wskaźnik umieralności z przyczyn możliwych do uniknięcia, zarówno dzięki profilaktyce, jak i interwencji medycznej, przekracza w Polsce średnią UE. Postępy w ograniczaniu liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej uległy stagnacji lub nawet nieznacznemu pogorszeniu od 2014 r. Przypisuje się to wzrostowi umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, chociaż zamiast niej częściej zgłasza się zastoinową niewydolność serca.



Standaryzowany wiekiem współczynnik umieralności na 100 000 osób, 2020 r.

Dostępność

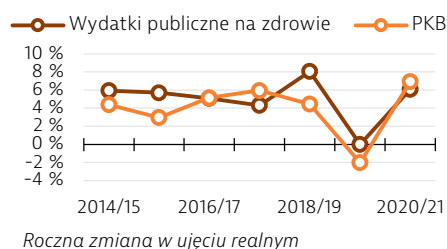
W czasie pandemii nastąpił bezprecedensowy wzrost liczby telekonsultacji; w 2020 r. stanowiły one 22% wszystkich konsultacji (tyle samo, co średnia UE). W 2021 r. odsetek ten spadł do 17%, jednak łączna liczba konsultacji na mieszkańca pozostaje jedną z najwyższych w UE.



Liczba konsultacji na mieszkańca rocznie

Odporność systemowa

W 2020 r. wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce nie wzrosły, natomiast PKB spadło. Później nastąpiło odbicie, wraz z poprawą poziomu PKB. Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności przewiduje znaczne inwestycje, koncentrujące się na reformie i restrukturyzacji szpitali, rozwoju e-zdrowia i wzmocnieniu pracowników ochrony zdrowia.



Roczna zmiana w ujęciu realnym

Najważniejsze kwestie związane ze zdrowiem psychicznym

Pomimo jednego z najniższych współczynników chorobowości w UE, problemy ze zdrowiem psychicznym mogą być w Polsce bardziej powszechne niż jest to zgłaszane ze względu na brak świadomości, stygmatyzację społeczną i słaby dostęp do usług. Depresja najczęściej zgłaszana jest przez kobiety z najniższego kwintyla dochodów. Opiekę w zakresie zdrowia psychicznego świadczą głównie szpitale psychiatryczne, podejmowane są jednak kroki związane z przejściem na model środowiskowy, a także starania mające na celu zmniejszenie stygmatyzacji związanej z korzystaniem z opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego.

2 Zdrowie w Polsce

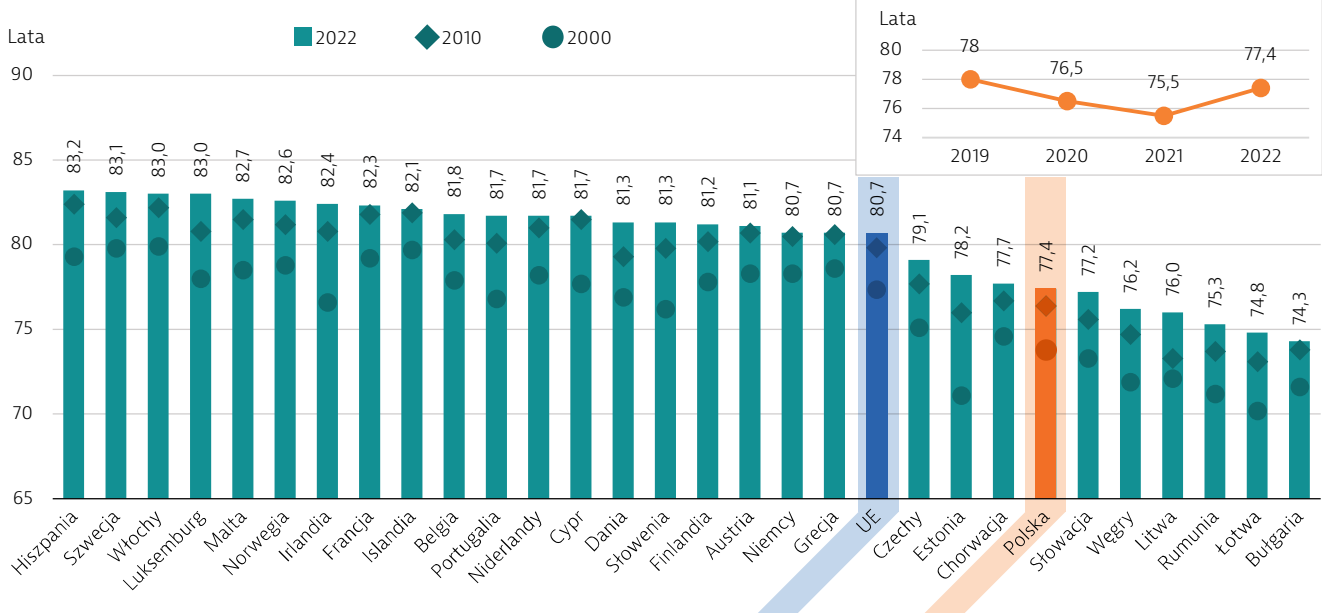
Średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia w Polsce spadło w ciągu dwóch kolejnych lat w czasie pandemii

W 2022 r. średnie dalsze trwanie życia w chwili urodzenia wynosiło w Polsce 77,4 roku, czyli o 3,3 roku mniej niż średnia UE. W dziesięcioleciu poprzedzającym pandemię COVID-19 średnie dalsze trwanie życia w Polsce wzrastało w podobnym tempie jak w UE i w 2019 r. osiągnęło poziom 78,0 lat. Pandemia miała większy wpływ na umieralność w Polsce niż w większości innych państw UE, przy czym w 2020 r. średnie dalsze trwanie życia spadło

o 1,5 roku, a następnie o kolejny 1 rok w 2021 r., ale w 2022 r. tendencja ta uległa odwróceniu i średnie dalsze trwanie życia wzrosło (rys. 1).

Podobnie jak w innych państwach UE, w Polsce mężczyźni zazwyczaj żyją krócej niż kobiety. Przewidywano, że w 2022 r. mężczyźni będą umierać średnio 6 lat wcześniej niż kobiety. Ta różnica w średnim dalszym trwaniu życia między kobietami a mężczyznami wynika w dużej mierze z większego narażenia mężczyzn na czynniki ryzyka – w szczególności palenie tytoniu i nadmierne spożycie alkoholu (zob. sekcja 3).

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



Uwagi: Średnia UE jest ważona. Dane za 2022 r. są wstępnymi szacunkami Eurostatu, które mogą różnić się od danych krajowych i mogą podlegać zmianom. Dane dotyczące Irlandii odnoszą się do 2021 r.

Źródło: Baza danych Eurostatu.

Choroby układu krążenia były główną przyczyną zgonów w 2021 r.

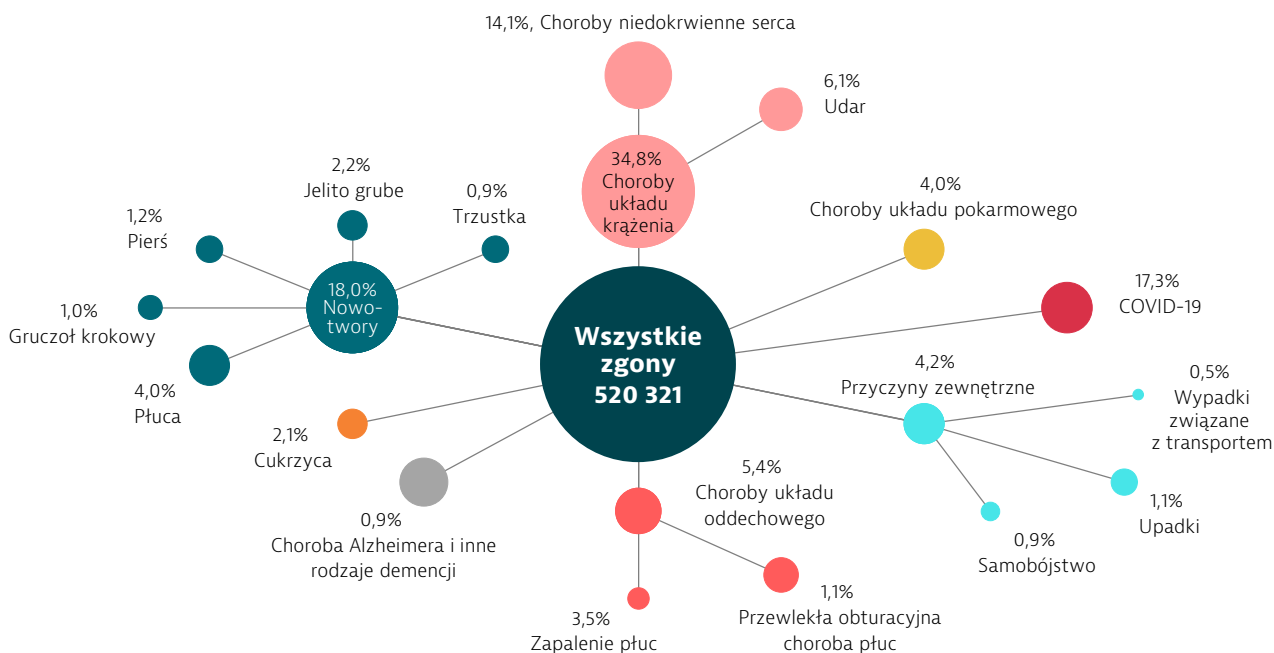
Główną przyczyną zgonów w Polsce były choroby układu krążenia, w tym przede wszystkim choroba niedokrwienna serca czy udar, które w 2021 r. odpowiadały za ponad jedną trzecią wszystkich zgonów. Prawie jeden na pięć zgonów w 2021 r. był spowodowany nowotworem, przy czym rak płuc pozostawał najczęstszą przyczyną zgonów z powodu raka (rys. 2).

W 2020 r., pierwszym roku pandemii, Polska zgłosiła około 41 500 zgonów spowodowanych COVID-19 (8,7% wszystkich zgonów), a rok później – ponad 90 200 (17,3% wszystkich zgonów). We wskazanych latach większość tych zgonów (82–84%) dotyczyła osób w wieku 65 lat i starszych.

W latach 2020 i 2021 Polska odnotowała wysokie wskaźniki nadumieralności

Wskaźnik nadumieralności, definiowany jako zgony, które wystąpiły (niezależnie od ich przyczyny) powyżej poziomu bazowego ustalonego na podstawie poziomów sprzed pandemii, daje pełniejszy obraz wpływu pandemii na umieralność. 245 000 nadmiarowych zgonów, które odnotowano w Polsce w latach 2020–2022, stanowiło ponad 20% zgonów powyżej historycznego poziomu bazowego w tym samym okresie, co znacznie przewyższa nadumieralność na poziomie 12,6%, odnotowaną średnio w UE. Podobnie jak w większości innych państw Europy Środkowo-Wschodniej znaczny wzrost nadumieralności w Polsce (o prawie 30%) odnotowano w 2021 r. Można to w dużej mierze wytłumaczyć wystąpieniem w

Rys. 2. W Polsce w 2021 r. przyczyną dużej liczby zgonów był COVID-19



Źródło: Baza danych Eurostatu (dane za 2021 r.).

tym czasie dwóch głównych fal COVID-19: pierwszej wiosną i drugiej pod koniec 2021 r., przy niskim wskaźniku wyszczepienia przeciwko COVID-19 (zob. sekcja 5.1). Obliczono, że w 2022 r. nadumieralność wyniosła 11,2%.

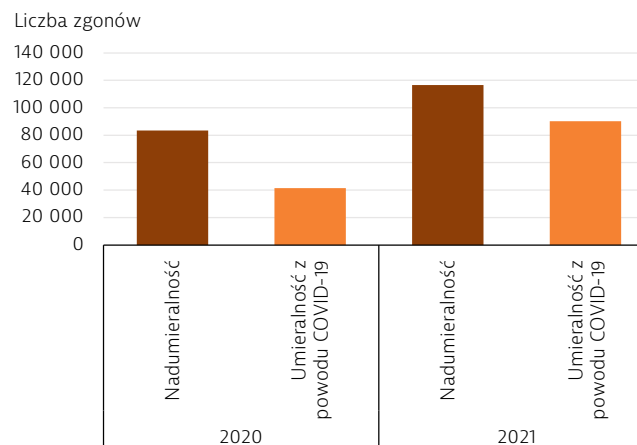
Liczba nadmiarowych zgonów w Polsce w latach 2020 i 2021 była znacznie wyższa niż liczba zgłoszonych zgonów z powodu COVID-19, z czego wynika, że bezpośredni i pośredni wpływ pandemii na umieralność był wyższy niż umieralność zgłoszona jako bezpośrednio związana z wirusem lub że całkowita liczba zgonów z powodu COVID-19 była zaniżona (rys. 3).

Osoby starsze w Polsce żyją krócej i częściej występują u nich schorzenia przewlekłe i niepełnosprawność w porównaniu ze średnimi wskaźnikami w UE

Podobnie jak w innych państwach UE w ciągu ostatnich dwudziestu lat w Polsce nastąpiło przesunięcie demograficzne w kierunku populacji osób starszych, przy czym odsetek osób w wieku 65 lat i starszych wzrósł z 12% w 2000 r. do 18% w 2020 r., co stanowi niższy odsetek niż średnia UE (21%). Przewiduje się jednak, że odsetek ten gwałtownie wzrośnie – do 30% do 2050 r., czyli wyniesie tyle samo co średnia UE.

W 2020 r. 65-letnie kobiety w Polsce mogły oczekiwać, że będą żyły kolejne 19,2 roku, czyli prawie 2 lata poniżej średniej UE, natomiast mężczyźni – 14,6 roku, czyli blisko 3 lata poniżej średniej UE. Różnica w latach zdrowego życia między polskimi kobietami a mężczyznami jest jednak znacznie mniejsza (około roku), ponieważ kobiety zazwyczaj spędzają

Rys. 3. Liczba nadmiarowych zgonów w Polsce w latach 2020 i 2021 przewyższała umieralność z powodu COVID-19



Uwaga: Nadumieralność definiuje się jako liczbę zgonów spowodowanych wszystkimi przyczynami powyżej średniej rocznej liczby zgonów w ciągu ostatnich pięciu lat przed pandemią (2015–2019).

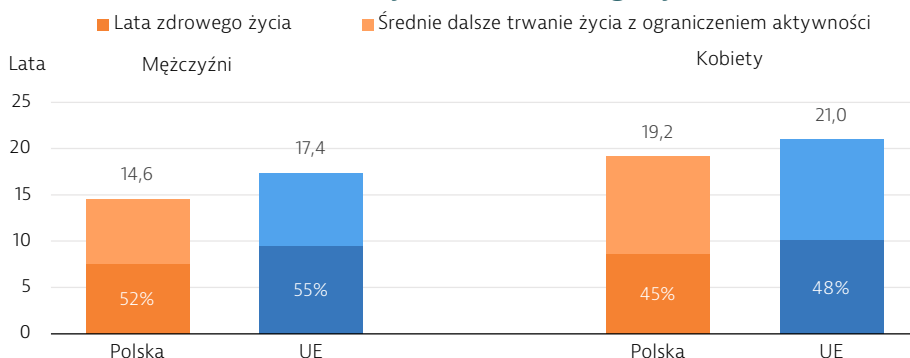
Źródła: Baza danych Eurostatu (na temat umieralności z powodu COVID-19) i statystyki OECD dotyczące zdrowia na podstawie danych Eurostatu (w odniesieniu do nadumieralności).

większą część pozostałych lat życia z pewnymi ograniczeniami zdrowotnymi.

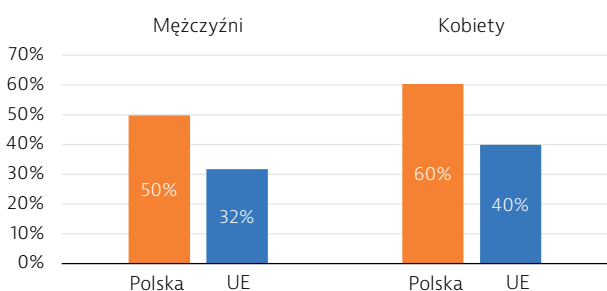
Wśród Polaków w wieku 65 lat i starszych, 50% mężczyzn i 60% kobiet zgłasza występowanie wielu schorzeń przewlekłych, co stanowi jeden z najwyższych wskaźników w UE. W Polsce odsetek mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i starszych zgłaszających ograniczenia w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności, takich jak ubieranie się czy mycie, jest wyższy niż średnia UE, szczególnie w przypadku mężczyzn (rys. 4).

Rys. 4. Wskaźniki współwystępowania wielu chorób u Polaków w wieku co najmniej 65 lat należą do najwyższych w UE

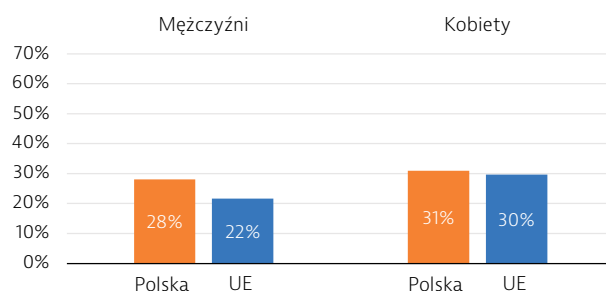
Średnie dalsze trwanie życia i lata zdrowego życia w wieku 65 lat



Odsetek osób w wieku 65 lat i starszych mających wiele schorzeń przewlekłych



Ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności wśród osób w wieku 65 lat i starszych



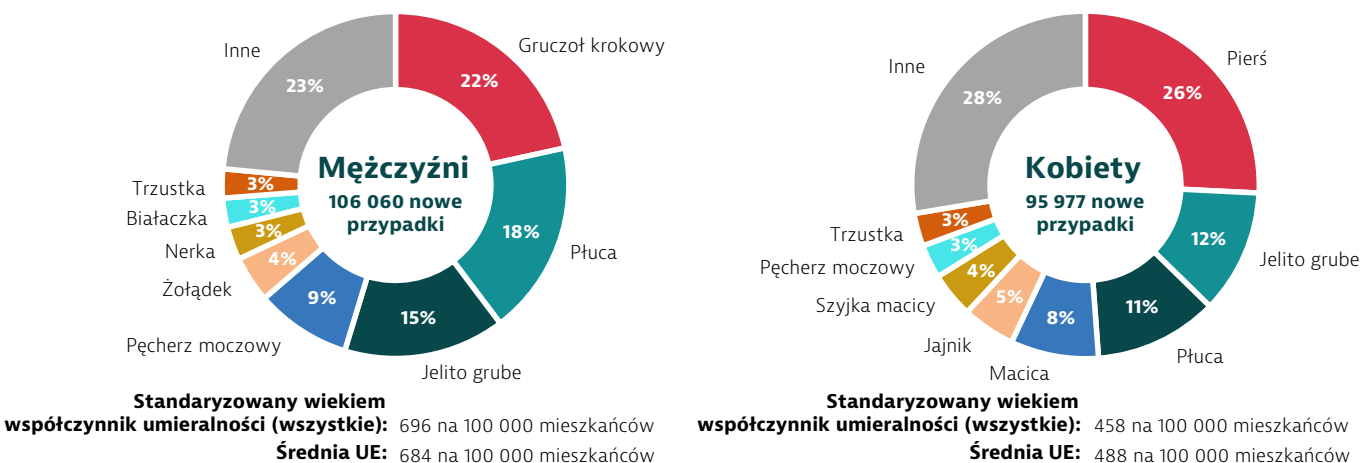
Źródła: Baza danych Eurostatu (na temat średniego dalszego trwania życia i lat zdrowego życia) i 8 edycja badania SHARE (na temat wielu schorzeń przewlekłych i ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności). Dane dotyczą 2020 r.

Obciążenie związane z chorobami nowotworowymi w Polsce jest znaczne

Według szacunków Wspólnego Centrum Badawczego opartych na trendach zachorowalności z ubiegłych lat w 2022 r. w Polsce przewidywanych było prawie 202 000 nowych przypadków zachorowań na raka. Z rys. 5 wynika, że głównymi przewidywanymi rodzajami nowotworów u mężczyzn był rak prostaty (22%) i płuca (18%), a także rak jelita grubego (15%). Wśród kobiet najczęściej występującym nowotworem według przewidywań miał

być rak piersi (26%), a w dalszej kolejności rak jelita grubego (12%) i płuca (11%). Szacunki te są bardzo podobne do krajowych szacunków zachorowalności na raka na 2022 r., w których przewidywano, że liczba przypadków zachorowań na raka wzrośnie, a nowotworami najczęściej diagnozowanymi u mężczyzn będą: rak prostaty (24%), płuca (14%) i jelita grubego (12%), natomiast u kobiet – rak piersi (23%), płuca i jelita grubego (po 10%) (Wojciechowska i in., 2023). W celu poprawy diagnostyki i leczenia nowotworów podjęta została niedawno inicjatywa polityczna Krajowej Sieci Onkologicznej.

Rys. 5. Szacowano, że w 2022 r. rak zostanie zdiagnozowany u 202 000 osób w Polsce



Uwagi: Nieczerniakowy nowotwór złośliwy skóry nie został uwzględniony; rak macicy nie obejmuje raka szyjki macicy.
 Źródło: ECIS – Europejski System Informacji o Raku.

3 Czynniki ryzyka

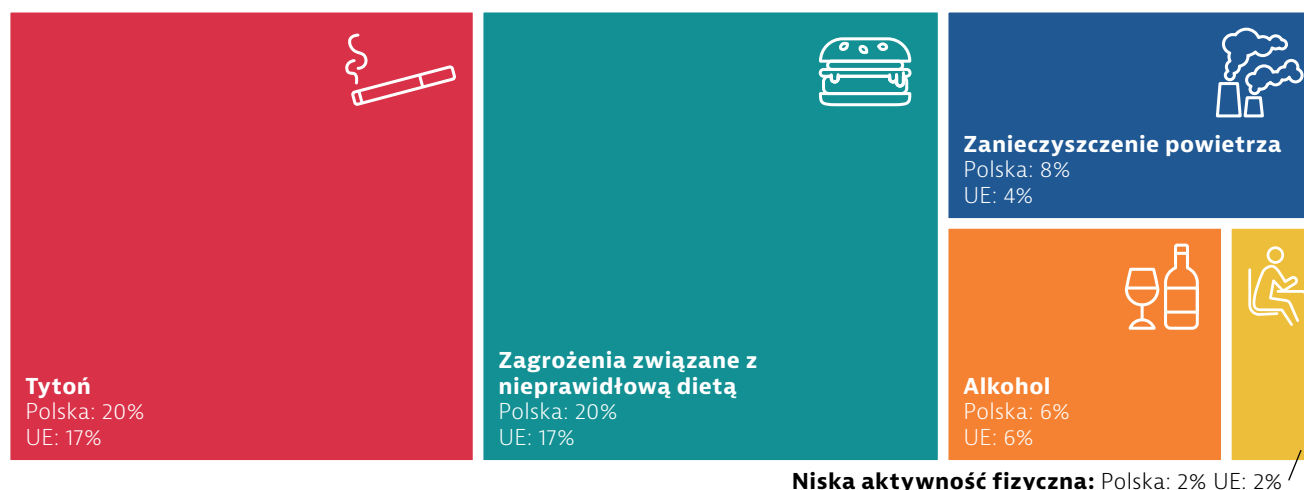
Behawioralne i środowiskowe czynniki ryzyka przyczyniają się do 44% wszystkich zgonów

Ponad dwie piąte (44%) wszystkich zgonów odnotowanych w Polsce w 2019 r. można przypisać behawioralnym czynnikom ryzyka, w tym paleniu tytoniu, zagrożeniom związanym z nieprawidłową dietą, spożyciu alkoholu i niskiej aktywności fizycznej, co stanowi wyższy odsetek niż średnia UE (39%). Liczba zgonów z powodu używania tytoniu i nieprawidłowej diety była wyższa od średniej UE (rys. 6). Choć odsetek zgonów spowodowanych spożyciem alkoholu był taki sam jak średnia UE w 2019 r., tendencje pod względem umieralności związanej ze spożyciem alkoholu wykazywały wzrost we wszystkich grupach wiekowych od początku XXI wieku. 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 szacowany odsetek dla całej UE (rys. 6).

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.

Rys. 6. Polacy najczęściej umierają z powodu chorób związanych z paleniem tytoniu, nieodpowiednią dietą i zanieczyszczeniem powietrza



Uwagi: Całkowita liczba zgonów związanych z tymi czynnikami ryzyka jest niższa niż suma wszystkich zgonów rozpatrywanych indywidualnie, ponieważ ten sam zgon może być spowodowany większą liczbą czynników ryzyka niż jeden. 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 pył zawieszony PM_{2,5} i ozon.

Źródła: IHME (2020), „Global Health Data Exchange” (dane szacunkowe za 2019 r.).

Wskaźnik palenia tytoniu wśród osób dorosłych spadł, ale utrzymuje się powyżej średniej UE

Spożycie tytoniu od dawna jest problemem zdrowia publicznego w Polsce, szczególnie wśród mężczyzn. Częstotliwość palenia tytoniu znacznie spadła, z 28% osób dorosłych palących codziennie w 2001 r. do 17% w 2019 r., czyli nieco poniżej średniej UE (rys. 7). W krajowym badaniu przeprowadzonym w 2022 r. stwierdzono jednak, że 30% mężczyzn i 18% kobiet pali tytoń lub e-papierosy nałogowo (Wojtyński i Goryński, 2022).

Wskaźnik palenia papierosów wśród polskich nastolatków (w wieku 15 lat), którzy zgłaszali palenie tytoniu (papierosów) w ciągu ostatniego

miesiąca, również spadł z 24% w 2014 r. do 22% w 2022 r., ale nadal jest wyższy niż średnia UE (18% w 2022 r.). Bardziej popularne wśród osób młodych jest korzystanie z e-papierosów: 30% osób w wieku 15–16 lat zgłosiło, że paliło e-papierosy w 2019 r. – jest to wskaźnik ponad dwukrotnie wyższy niż średnia UE wynosząca 14%.

Spożycie alkoholu wśród osób dorosłych wzrosło, ale nadmierne spożycie alkoholu jest niższe niż średnia UE

Średnie spożycie alkoholu wśród osób dorosłych w Polsce wyniosło około 11 litrów czystego alkoholu na osobę w 2021 r., co stanowi wzrost w porównaniu z

sytuacją sprzed dziesięciu lat (10,3 litra w 2011 r.). Co szosta osoba dorosła zgłaszała regularne nadmierne spożycie alkoholu w 2019 r. (16,9%), co jest odsetkiem niższym niż średnia UE (18,5%), który utrzymywał się na stosunkowo stałym poziomie w latach 2014–2019¹. Podobnie jak w wielu innych państwach UE, nadmierne spożycie alkoholu w Polsce jest bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn (28,1%) niż wśród kobiet (8,4%). 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 było wartością poniżej średniej UE (22%), ale w 2022 r. wzrósł on do 22%, natomiast średnia UE spadła do 18%.

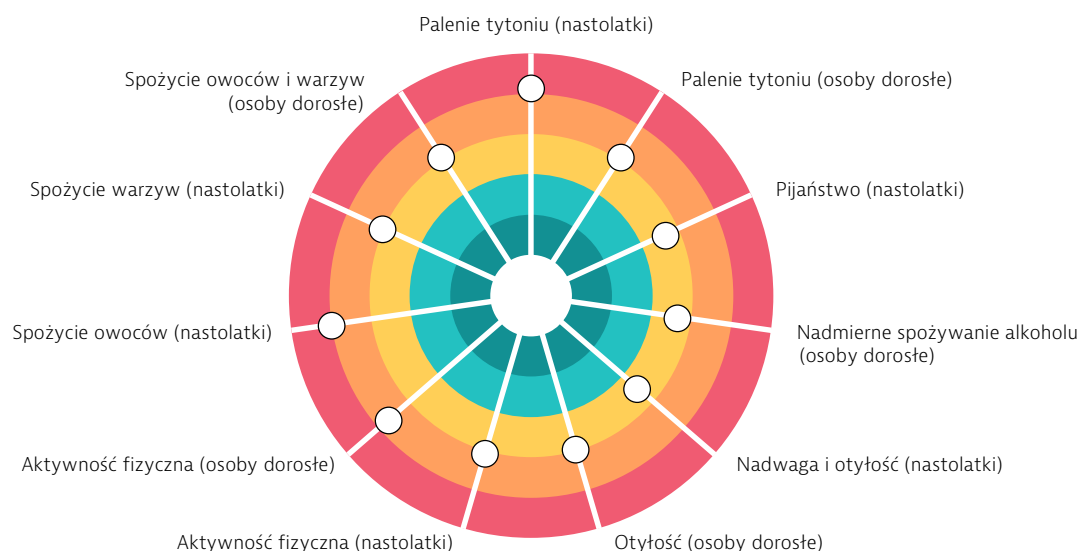
Wskaźniki otyłości wzrastają powoli, ale stale

W 2019 r. około 18,5% osób dorosłych w Polsce było otyłych, co jest odsetkiem wyższym niż średnia UE (16%). W ciągu ostatnich pięciu lat odsetek ten wzrósł z 16,7%. W porównaniu z okresem przed pandemią COVID-19 w 2022 r. odsetek mężczyzn

z nadwagą wzrósł o 3 punkty procentowe, przy czym największy wzrost odnotowano u mężczyzn z wyższym poziomem wykształcenia i mieszkających na obszarach miejskich (Wojtyniak i Goryński, 2022). Wzrost wskaźnika otyłości wśród kobiet był niewielki (0,5 punktu procentowego).

Złe odżywianie się częściowo tłumaczy coraz częstsze występowanie otyłości. W 2019 r. zaledwie 9% osób dorosłych w Polsce zgłosiło, że spożywa pięć porcji owoców i warzyw dziennie, co stanowi spadek z 10% w 2014 r. i jest poniżej średniej UE wynoszącej 12%. Ponadto jedynie 20% osób dorosłych w Polsce deklarowało, że w 2019 r. wykonywało zalecane 150 minut ćwiczeń tygodniowo, czyli mniej niż średnia UE (33%). 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, którzy zgłosili nadwagę lub otyłość w 2022 r., był niższy od średniej UE (20% w porównaniu z 21%).

Rys. 7. Wiele czynników ryzyka dla zdrowia jest bardziej rozpowszechnionych w Polsce niż w większości innych państw UE



Uwagi: 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 krajach i we wszystkich obszarach istnieją możliwości poprawy.

Źródła: Obliczenia OECD oparte na przeprowadzonym w 2022 r. badaniu HBSC dotyczącym wskaźników odnoszących się do nastolatków; oraz badaniu EHIS z 2019 r. dotyczącym wskaźników odnoszących się do dorosłych.

Nierówności społeczno-ekonomiczne wpływają na nierówności w średnim dalszym trwaniu życia

Podobnie jak w innych państwach UE rozpowszechnienie szeregu behawioralnych czynników ryzyka w Polsce odzwierciedla gradient społeczno-ekonomiczny. W 2019 r. 26% dorosłych z grupy uzyskującej najniższe dochody zgłosiło, że codziennie sięga po papierosa, w porównaniu z 16% wśród osób w najwyższym kwintyle dochodów. Ponadto występują

znaczne różnice w rozpowszechnieniu otyłości między osobami o niższych (22%) i wyższych (17%) dochodach. Gradient jest odwrotny, jeśli chodzi o spożycie alkoholu, co zaobserwowano również w prawie wszystkich innych państwach UE: wyższy odsetek osób w grupie o najwyższych dochodach (20%) zgłasza nadmierne spożycie alkoholu w porównaniu z osobami w grupie o najniższych dochodach (11%).

¹ Nadmierne spożycie alkoholu definiuje się jako spożycie co najmniej sześciu napojów alkoholowych przy jednej okazji przez osoby dorosłe.

4 System ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia pozostaje dość scentralizowany i zapewnia powszechne ubezpieczenie dla mieszkańców

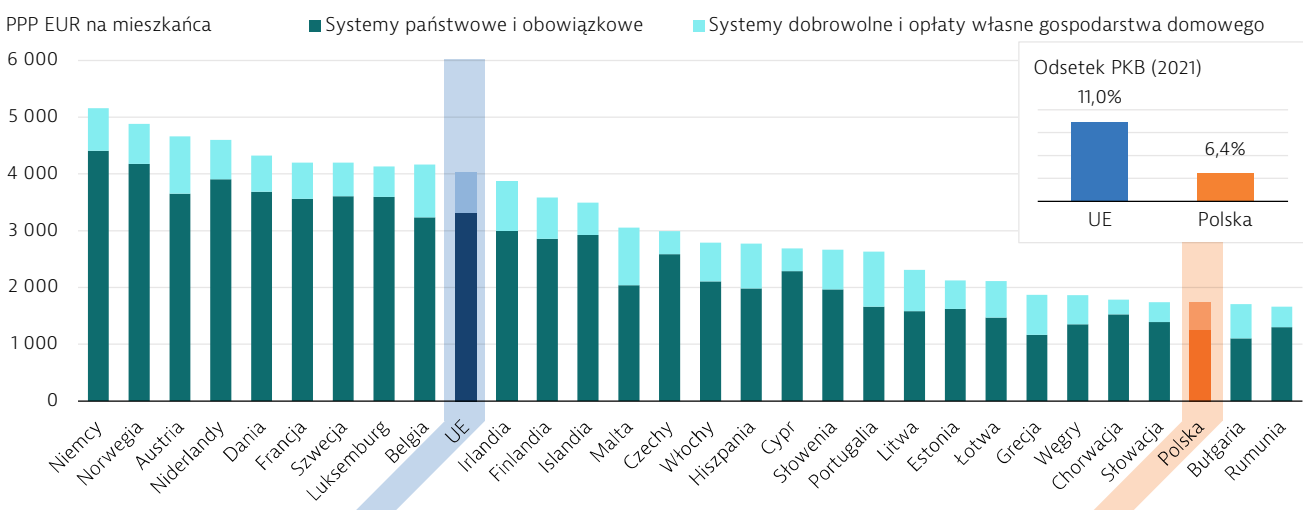
System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (SHI). Choć formalnie objętych jest nim tylko 91% populacji, uważany jest na niemal powszechny, ponieważ większość osób, które nie są ubezpieczone, mieszka poza granicami kraju, lecz są zarejestrowani jako rezydenci. Osoby nieobjęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym mogą korzystać z ambulatoryjnej opieki medycznej w nagłych wypadkach i podstawowej opieki zdrowotnej. System jest w dużej mierze scentralizowany, a za zarządzanie, finansowanie i zakupy odpowiedzialne są Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Niektóre kluczowe zadania zostały jednak zdecentralizowane i powierzone głównie 16 województwom, które odpowiadają za większe szpitale wojewódzkie, oraz 314 powiatom, zarządzającymi mniejszymi szpitalami powiatowymi. Uniwersytety medyczne i Ministerstwo Zdrowia zarządzają wysoko wyspecjalizowanymi klinikami i instytutami. Tylko około 15% łóżek szpitalnych jest prywatnych. Niektóre placówki podstawowej opieki zdrowotnej są zarządzane przez gminy, ale zdecydowana większość jest własnością prywatną, podobnie jak większość placówek specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. Wszystkie placówki prywatne mogą oferować pacjentom usługi w ramach umów z NFZ lub prywatnie, za opłatą.

Wydatki na opiekę zdrowotną są niskie, a udział wydatków prywatnych jest znaczny

W 2021 r. wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce były jednymi z najniższych w Europie, zarówno w przeliczeniu na mieszkańca (1 733 EUR, skorygowane o różnice w sile nabywczej), jak i jako odsetek PKB (6,4%) (rys. 8). Ogólnie rzecz biorąc, bieżące wydatki na opiekę zdrowotną spadły o 0,7% w 2020 r., a następnie wzrosły o 5,8% w 2021 r. w ramach reakcji na pandemię COVID-19.

Udział środków publicznych w finansowaniu wydatków na opiekę zdrowotną nieznacznie wzrósł w ostatnich latach i wynosi około 73% łącznego finansowania, czyli o około 8 punktów procentowych mniej niż średnia UE w 2021 r. (81,1%). Około 60% tego finansowania pochodzi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które są pobierane jako podatek od wynagrodzeń. Prywatne wydatki gospodarstw domowych są drugim najważniejszym źródłem finansowania, ponieważ stanowią 28% bieżących wydatków na opiekę zdrowotną w porównaniu ze średnią w UE wynoszącą 19%. Ponad dwie trzecie tych wydatków prywatnych (20% wydatków bieżących) ma formę wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych – głównie na leki apteczne, ambulatoryjną opiekę medyczną i opiekę dentyścyczną. Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne stanowią 8% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. Tego rodzaju ubezpieczenie zazwyczaj wykupują pracodawcy dla swoich pracowników w celu pokrycia kosztów świadczeń z zakresu medycyny pracy i innych usług zdrowotnych.

Rys. 8. Polska wydaje na zdrowie mniej niż połowę średniej UE



Uwaga: Średnia UE jest ważona.

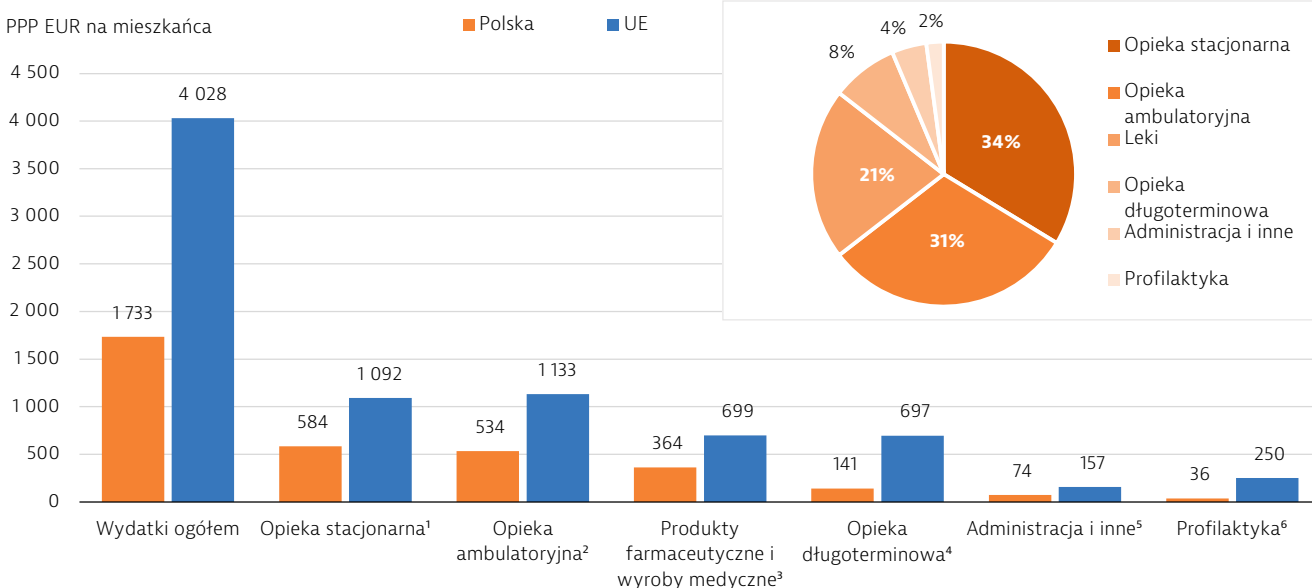
Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia z 2023 r. (dane za 2021 r., z wyjątkiem Malty, w przypadku której dane odnoszą się do 2020 r.).

Największa część wydatków na opiekę zdrowotną przeznaczana jest na opiekę stacjonarną

W Polsce na opiekę stacjonarną przeznaczana jest większą część wydatków na opiekę zdrowotną – 34% w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 28% (rys. 9). Drugi co do wielkości udział wydatków na ochronę zdrowia w Polsce przypada na opiekę ambulatoryjną (31%), a następnie produkty farmaceutyczne (21%), przy czym oba te wskaźniki są jedynie nieznacznie wyższe od średnich UE (28% w przypadku opieki ambulatoryjnej i 17% w przypadku produktów farmaceutycznych). Wydatki na opiekę długoterminową na poziomie 8% są dużo niższe niż średnia

UE (16%). Korzystanie z nieodpłatnej, nieformalnej opieki oznacza, że opieka długoterminowa nie jest widoczna w danych dotyczących wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nier refundowanych (zob. sekcja 5.2). Biorąc pod uwagę dużą liczbę łóżek szpitalnych (6,3 na 1 000 mieszkańców) i dotychczasowy niewielki sukces w zmniejszaniu liczby nadmiarowych łóżek, Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO) ma na celu przekształcenie niektórych z nich w łóżka opieki długoterminowej i geriatrycznej (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, 2022). Udział wydatków na profilaktykę (2%) jest również znacznie niższy niż średnia UE (6%).

Rys. 9. Udział środków finansowych przeznaczanych na opiekę długoterminową i profilaktykę jest stosunkowo niski



Uwagi: 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 zarządzanie systemem ochrony zdrowia i administrację oraz inne wydatki; 6. Obejmuje wyłącznie wydatki na zorganizowane programy profilaktyczne. Średnia UE jest ważona.
Źródła: Statystyki OECD dotyczące zdrowia w 2023 r. (dane za 2021 r., z wyjątkiem Malty, w przypadku której dane odnoszą się do 2020 r.).

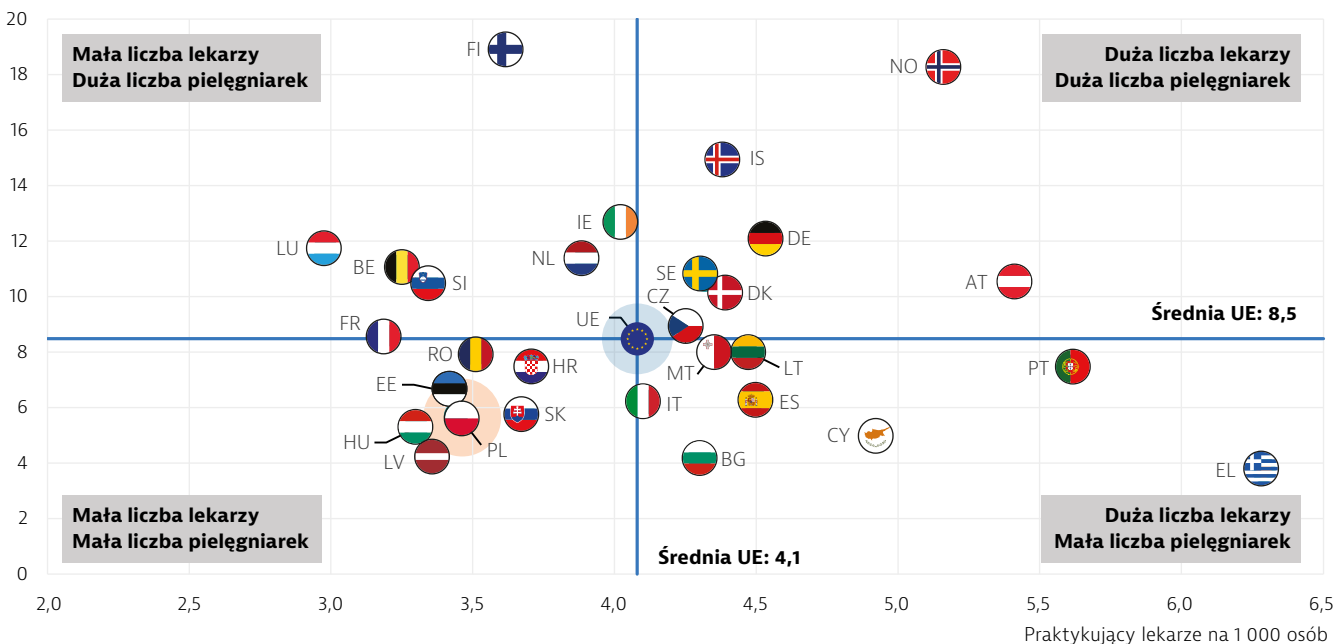
Polska jest jednym z krajów o najniższej liczbie pracowników ochrony zdrowia w Europie

W Polsce liczba lekarzy w przeliczeniu na liczbę ludności jest niższa niż w większości państw UE – 3,4 lekarzy na 1 000 mieszkańców w porównaniu z 4,1 na 1 000 w całej UE (rys. 10), a w niektórych regionach – zwłaszcza wiejskich – występuje znaczny niedobór lekarzy. Jednak według danych krajowych liczba lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu w Polsce w 2023 r. wynosiła 4,0 na 1 000 mieszkańców. Polska jest również jednym z krajów o najniższej liczbie pielęgniarek w przeliczeniu na liczbę ludności – 5,7 na 1 000 mieszkańców w porównaniu z 8,5 na 1 000 w całej UE. Personel pielęgniarski jest na ogół starszy – prawie jedna trzecia pielęgniarek jest w

wieku 50–59 lat, przy czym dla porównania odsetek lekarzy w tym wieku wynosi jedną piątą. Praktycznie cały personel pielęgniarski (97,5%) stanowią kobiety, natomiast wśród lekarzy kobiety stanowią 59% (GUS, 2022). Podwyżki wynagrodzeń wprowadzono w celu zwiększenia liczby personelu pielęgniarskiego, przy czym negatywnie wpłynęły one na sytuację finansową szpitali rejonowych (zob. sekcja 5.3).

Rys. 10. Liczba pielęgniarek w Polsce jest o jedną trzecią niższa niż średnia w UE

Praktykujące pielęgniarki na 1 000 osób



Uwagi: Średnia UE nie jest ważona. Dane dotyczące personelu pielęgniarskiego obejmują wszystkie kategorie pielęgniarzy i pielęgniarek (nie tylko te, które spełniają wymogi dyrektywy UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych). 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: Statystyki OECD z 2023 r. dotyczące zdrowia (dane za 2021 r. lub najbliższy dostępny rok).

5 Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

5.1 Skuteczność

Odsetek zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce jest nadal wyższy niż średnia UE

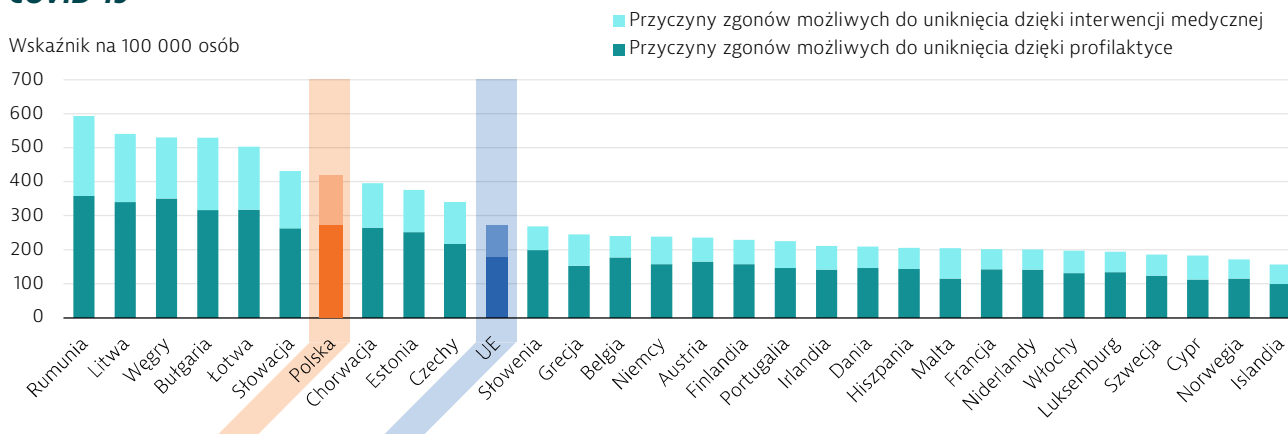
Wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia w ciągu ostatniego dziesięciolecia spadał, ale nadal utrzymuje się na wysokim poziomie, a podobnie jak w większości innych krajów europejskich w 2020 r. odnotowano jego gwałtowny wzrost (o 26% w Polsce w porównaniu z 17% w całej UE). W 2020 r. zgony z powodu COVID-19, z których większości można było uniknąć dzięki szczepieniom i innym środkom ochrony zdrowia publicznego, stanowiły najwyższy odsetek zgonów możliwych do uniknięcia (18% w Polsce w porównaniu z 15% w UE) (rys. 11). Główne czynniki wpływające na te wyższe wskaźniki zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce to częste występowanie wśród ludności Polski behawioralnych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, nieodpowiednia dieta i spożywanie alkoholu (zob. sekcja 3).

Postępy w zmniejszaniu liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej wykazują stagnację od 2014 r.

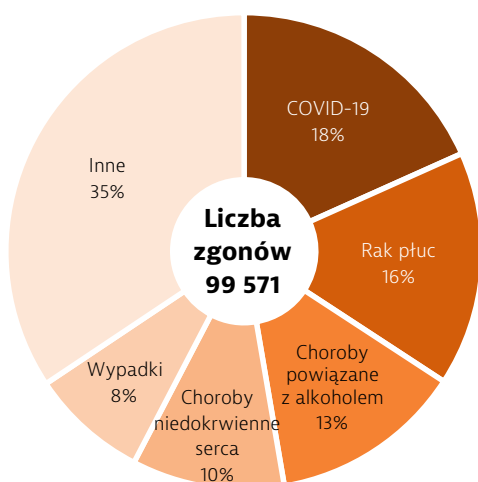
Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej również utrzymuje się na wyższym

poziomie w porównaniu ze średnią UE; w latach 2014–2019 wskaźnik ten utrzymywał się na stałym poziomie, a następnie nieznacznie wzrósł w latach 2019–2020. W 2020 r. wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej wyniósł 144 na 100 000 mieszkańców w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 92 na 100 000. Wzrost wskaźnika zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej w Polsce (7%) był większy niż w UE (3%) w 2020 r., co mogło częściowo wynikać z wpływu pandemii COVID-19 na dostęp do świadczeń. Inną główną przyczyną jest choroba niedokrwienna serca, która w 2020 r. odpowiadała za 20% zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej (rys. 11). Wartość ta jest jednak prawdopodobnie niedoszacowana: wydaje się, że choroba niedokrwienna serca jest konsekwentnie niedostatecznie zgłaszana jako przyczyna zgonu w Polsce, a zamiast niej zgłaszana jest zastoinowa niewydolność serca, ponieważ może wiązać się z większymi płatnościami w polskim systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP), co w konsekwencji powoduje nieprawidłowe kodowanie zgonów (Sagan i in., 2022a).

Rys. 11. Największy odsetek zgonów możliwych do uniknięcia w 2020 r. stanowiły zgony z powodu COVID-19



Przyczyny zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce



Przyczyny zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej



Polska

Uwagi: Zgony możliwe do uniknięcia dzięki profilaktyce definiuje się jako zgony, których można uniknąć głównie poprzez działania 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. Oba wskaźniki odnoszą się do przedwczesnej umieralności (przed ukończeniem 75. roku życia). W wykazach połowę wszystkich zgonów z powodu niektórych chorób (np. choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, cukrzycy i nadciśnienia tętniczego) przypisuje się do kategorii zgonów możliwych do uniknięcia, a drugą połowę do kategorii zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej, aby uniknąć podwójnego liczenia tych samych zgonów.

Źródło: Baza danych Eurostatu (dane za 2020 r.).

Dane dotyczące szczepień są fragmentaryczne, jednak wydaje się, że na niektórych obszarach wskaźniki wyszczepienia uległy pogorszeniu

Dane dotyczące szczepień dzieci są na ogół bardziej kompletne niż dane dotyczące szczepień dorosłych, przy czym wskaźniki wyszczepienia są również wyższe. W ostatnich latach zaobserwowano jednak pewne negatywne tendencje, częściowo z powodu uchylania się od szczepień, co miało również wpływ na rozpowszechnienie szczepionek przeciwko COVID-19 (zob. sekcja 5.3). Przykładowo odnotowano spadek wskaźnika szczepień przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi z ponad 96% w 2017 r. do 90% w 2020 r. Dane dotyczące szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) nie są dostępne. W 2019 r. tylko 10% osób w wieku 65 lat i starszych zostało zaszczepionych przeciwko grypie, w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 42%. Wskaźnik ten

wzrósł do 51% w całej UE w 2021 r., ale w przypadku osób starszych w Polsce utrzymał się na poziomie 10%.

Dane z badań przesiewowych w kierunku raka są niekompletne, a wskaźniki badań przesiewowych w kierunku różnych nowotworów są bardzo zróżnicowane

Dane dotyczące badań przesiewowych w kierunku raka są niekompletne, a większość danych pochodzi z badań ankietowych, a nie z krajowych programów badań przesiewowych. Wskaźniki te są bardzo zróżnicowane – w 2019 r. w przypadku danych z badań ankietowych odnotowano stosunkowo wysoki wskaźnik badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy (73%), natomiast, jak wynika z danych dotyczących krajowego programu badań przesiewowych, wskaźnik ten w tym samym roku wyniósł 16%. Wskaźniki badań

przesiewowych w kierunku raka piersi w 2019 r. wyniosły od 37,2% w przypadku danych z programu do 53,7% w przypadku danych z badań, w ramach których zapytano kobiety w wieku 50–69 lat, czy poddały się badaniom przesiewowym w ciągu ostatnich dwóch lat, podczas gdy średnia UE w 2019 r. wynosiła 60%. Z danych z badań ankietowych wynika, że zgłaszane wskaźniki badań przesiewowych są znacznie niższe wśród osób o niższych dochodach i niższym poziomie wykształcenia.

Udział w programach badań przesiewowych w kierunku raka zmniejszył się podczas pandemii i nie powrócił jeszcze do poziomu sprzed pandemii ani w przypadku badań przesiewowych w kierunku raka piersi, ani w przypadku badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Pod koniec 2022 r. odnotowano najniższy roczny wskaźnik uczestnictwa w powszechnym programie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy (11%) (badania DNA są obecnie w fazie pilotażowej i powinny w przyszłości zastąpić cytologię w badaniach przesiewowych w kierunku wirusa HPV). Jak wynika z danych z badań ankietowych, w 2019 r. odsetek osób poddających się badaniom przesiewowym w kierunku raka jelita grubego był niski i wyniósł 7,7%. Odsetek ten spadł podczas pandemii, ale powrócił do poziomu sprzed pandemii

na początku 2021 r. W 2022 r. z powodu utrudnień proceduralnych program badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego został całkowicie wstrzymany (Wojtyński i Goryński, 2022).

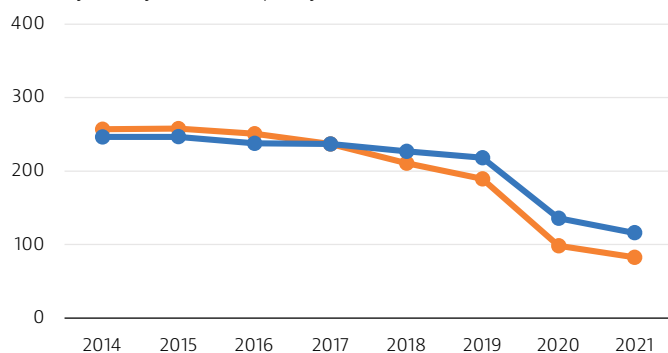
Wskaźniki możliwych do uniknięcia przyjęć do szpitala z powodu powszechnych schorzeń przewlekłych są wysokie, ale spadają

W Polsce odnotowuje się stosunkowo wysokie wskaźniki przyjęć do szpitala z powodu schorzeń, które mogłyby być skutecznie leczone w warunkach ambulatoryjnych. W latach 2018–2021 prowadzono program pilotażowy obejmujący nowy model świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach którego leczenie najczęstszych schorzeń przewlekłych przeniesiono do podstawowej opieki zdrowotnej, a także wzmocniono promocję zdrowia i profilaktykę chorób na tym poziomie. Szybki spadek liczby niepotrzebnych przyjęć do szpitali z powodu astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz cukrzycy w 2020 r. należy interpretować w kontekście zakłóceń spowodowanych przez COVID-19, które poważnie wpłynęły na zdolność szpitali w Europie w zakresie świadczenia opieki doraźnej i spowodowały zmianę zachowań pacjentów związanych z poszukiwaniem opieki zdrowotnej (rys. 12).

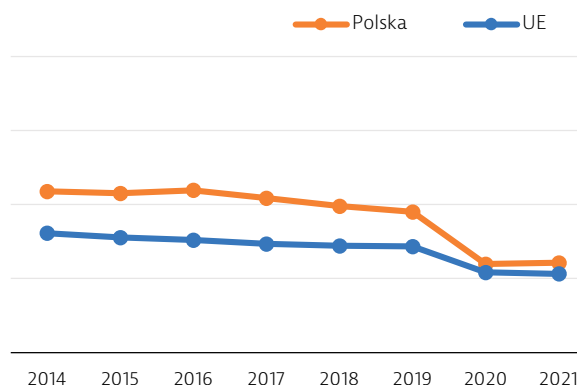
Rys. 12. Silniejsza podstawowa opieka zdrowotna może przyczynić się do uniknięcia wielu hospitalizacji

Astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc

Standaryzowany wiekiem współczynnik na 100 000 osób w wieku 15+



Cukrzyca



Uwaga: Wskaźniki przyjęć nie są korygowane ze względu na różnice w częstości występowania chorób w poszczególnych państwach.

Źródło: Statystyki OECD z 2023 r. dotyczące zdrowia.

5.2 Dostępność

Więcej Polaków zgłosiło niezaspokojone potrzeby medyczne w czasie pandemii w porównaniu ze średnią UE

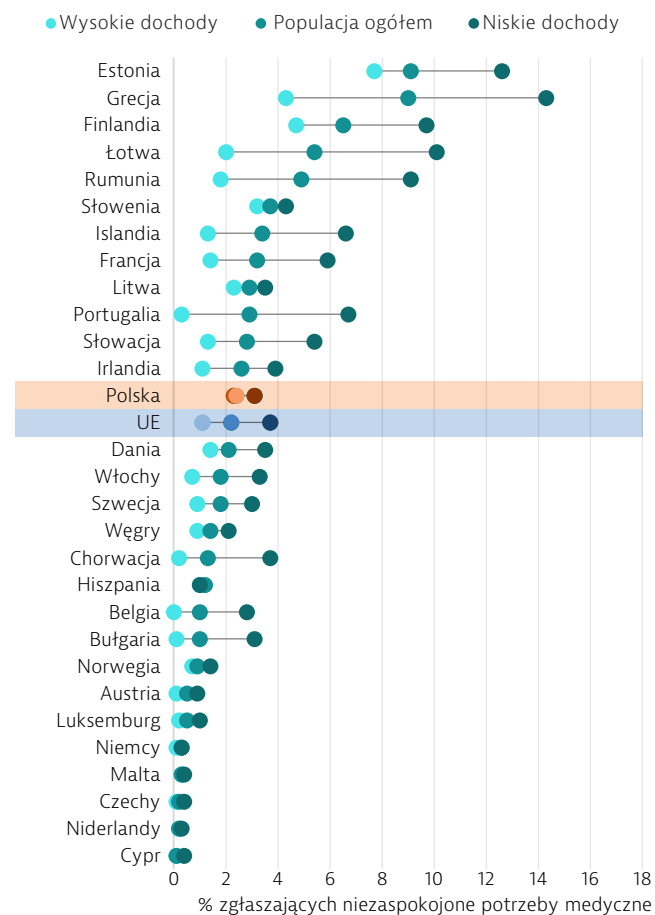
Jak wynika z badania EU-SILC, w 2022 r. 2,3% polskiej ludności zgłosiło niezaspokojone potrzeby w zakresie badań medycznych ze względu na koszty, odległość lub czas oczekiwania (średnia UE wyniosła 2,2%). Istniały różnice pomiędzy grupami o różnych dochodach, ale były one marginalne (rys. 13). Z drugiej strony tylko 1% ludności Polski zgłosiło

niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki stomatologicznej, co jest poniżej średniej UE wynoszącej 3,4%, pomimo ograniczonego publicznego pokrycia kosztów usług stomatologicznych (tylko 27% kosztów było pokrywanych ze środków publicznych w porównaniu z 34% w całej UE w 2020 r.). Przyczyny tego stanu rzeczy są wieloczynnikowe i złożone. Względna przystępność cenowa opieki dentystycznej w Polsce znajduje jednak odzwierciedlenie w dużej liczbie turystów zdrowotnych podróżujących do Polski w celu podjęcia leczenia przede wszystkim z Niemiec i Skandynawii. Różnica w zgłaszanych niezaspokojonych potrzebach w zakresie opieki stomatologicznej

w zależności od dochodów również była znacznie mniejsza (0,5 punktu procentowego w Polsce w porównaniu z 5,2 punktu procentowego w całej UE).

Z badania przeprowadzonego podczas pandemii przez Eurofound² wynika, że 31% polskich respondentów wiosną 2021 r. i 30% wiosną 2022 r. zgłosiło niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej (Eurofound, 2021; 2022). Wskaźniki te były jednymi z najwyższych odnotowanych w UE.

Rys. 13. Różnica między grupami o różnych dochodach pod względem niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki medycznej jest mniejsza niż w wielu krajach



Uwagi: 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.

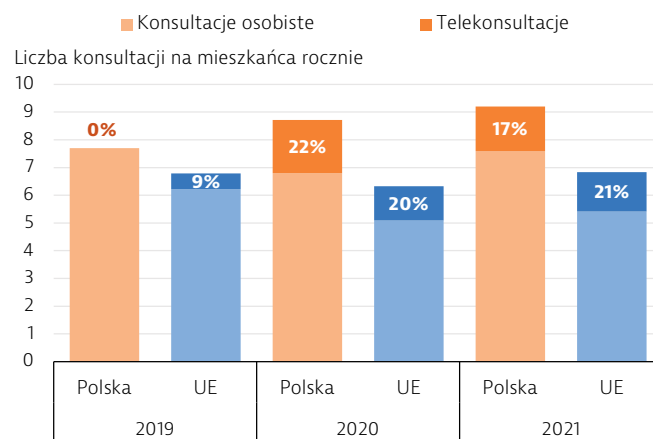
Źródła: Baza danych Eurostatu w oparciu o EU-SILC (dane za 2022 r., oprócz danych dotyczących Słowacji i Norwegii (za 2020 r.) i Islandii (za 2018 r.)).

Odsetek osób dorosłych korzystających z telekonsultacji należy do najwyższych w UE

Pomimo tego, że w czasie pandemii odnotowano wysoki poziom niezaspokojonych potrzeb, liczba konsultacji medycznych, z których korzysta przeciętny Polak w ciągu roku (7,7 w 2019 r.), jest zazwyczaj wyższa niż w większości państw UE, dla

których dostępne są dane. W 2020 r. liczba ta wzrosła do 8,7 konsultacji, z czego 22% przeprowadzono zdalnie, chociaż w 2021 r. odsetek ten spadł do 17% (rys. 14). Jak wynika z badania przeprowadzonego przez Eurofound (2022), w lutym/marcu 2021 r. 62% dorosłych w Polsce zgłosiło, że od początku pandemii korzystało z telekonsultacji, co stanowi jeden z najwyższych odsetków w UE. Z danych krajowych wynika, że w 2020 r. udział telekonsultacji wyniósł 28% w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej i 15% w przypadku specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. W 2021 r. wskaźniki te spadły odpowiednio do 24% i 11%, przy czym od końca 2021 r. odnotowuje się ich wzrost (Ministerstwo Zdrowia, 2023). W poszczególnych regionach występują znaczne różnice w poziomie korzystania z telekonsultacji; na przykład w 2021 r. odsetek telekonsultacji wahał się od 19% w województwie lubuskim (na zachodzie) do 30% w województwie mazowieckim (region stołeczny).

Rys. 14. Łączna liczba konsultacji na mieszkańca nadal należy do najwyższych w UE



Źródła: Statystyki OECD dotyczące zdrowia z 2022 r. (w przypadku konsultacji osobistych) i źródła krajowe (w przypadku telekonsultacji); baza danych Eurostatu.

Przepisy dotyczące dostępu do opieki zdrowotnej zostały dostosowane w celu uwzględnienia napływu uchodźców z Ukrainy

Dostęp do opieki zdrowotnej jest prawie powszechny (zob. sekcja 4). Niektóre grupy społeczne, w tym kobiety w ciąży i dzieci poniżej 18. roku życia, są uprawnione do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niezależnie od statusu ich ubezpieczenia. Wszyscy mieszkańcy – nawet osoby nieobjęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym – mogą korzystać z ambulatoryjnej opieki medycznej w nagłych wypadkach i podstawowej opieki zdrowotnej. W 2022 r. wdrożono specjalne przepisy w celu rozszerzenia zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na ukraińskich uchodźców (ramka 1). Szacuje się, że w Polsce przebywa obecnie 1,4–2,0 mln ukraińskich uchodźców, co wywiera presję na system ochrony zdrowia (Pędziwiatr i in., 2022).

² Dane z badania Eurofound nie są porównywalne z danymi z badania EU-SILC ze względu na różnice w metodzie ich prowadzenia.

Ramka 1. Uchodźcy z Ukrainy mają dostęp do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na podobnych warunkach jak obywatele Polski

Obywatele Ukrainy, którzy przybyli do Polski od czasu rosyjskiej inwazji na Ukrainę w dniu 24 lutego 2022 r., mają prawo do bezpłatnej publicznej opieki zdrowotnej, w tym opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego i leków refundowanych, na podobnych zasadach jak obywatele Polski. Nie dotyczy to rehabilitacji, leczenia uzdrowiskowego w sanatoriach i opieki transgranicznej. Ukraińscy uchodźcy mogą wybrać swoją placówkę podstawowej opieki zdrowotnej, ale nie są umieszczani na listach aktywnych pacjentów, a zatem nie są objęci płatnościami w formie kapitału – zamiast tego wszystkie usługi, które otrzymują, finansowane są na zasadzie opłaty za usługę. Oznacza to, że nie mają dostępu do niektórych usług, takich jak usługi profilaktyczne i koordynowane programy opieki.

Aby uzyskać pomoc medyczną, wystarczy, że obywatel Ukrainy potwierdzi, że spełnia warunki określone w ustawie z 12 marca 2022 r. o pomocy dla

obywateli Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz swoją tożsamość. Potwierdzeniem prawa do opieki medycznej jest osobisty numer identyfikacyjny (PESEL UKR), na podstawie którego obywatele Ukrainy mogą otrzymywać świadczenia socjalne oraz legalnie podejmować pracę i naukę. Posiadanie numeru PESEL UKR jest obowiązkowe od 1 marca 2023 r. Wprowadzono specjalną aplikację ułatwiającą komunikację między ukraińskimi pacjentami a lekarzami, którzy nie posługują się językiem ukraińskim lub rosyjskim. Ponadto dostosowano Teleplatformę Pierwszego Kontakt (która umożliwia pacjentom otrzymanie pomocy medycznej przez telefon poprzez dostęp do usług podstawowej opieki zdrowotnej poza godzinami pracy, w święta i weekendy) oraz Internetowe Konto Pacjenta (umożliwiające dostęp do dokumentacji medycznej, e-recepty itp.), aby umożliwić obsługę pacjentów w języku ukraińskim.

Zakres świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest szeroki, ale możliwości ich dostosowania do lokalnych potrzeb są ograniczone

Zakres usług objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest szeroki i obejmuje podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne usługi specjalistyczne i usługi szpitalne. Ponieważ jednak finansowanie publiczne pokrywa jedynie 72% kosztów towarów i usług medycznych (w porównaniu z 76% w całej UE), mogą występować problemy z dostępem. Przykładowo, chociaż dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej jest bezpłatny w chwili korzystania z niej, pokrywane jest jedynie 35% kosztów leków aptecznych i 41% kosztów urządzeń terapeutycznych. Z kolei koszty opieki stacjonarnej są finansowane ze środków publicznych w szerokim zakresie (pokrywane jest 94% kosztów w porównaniu ze średnią unijną wynoszącą 91%), co oznacza, że nie ma obowiązku dzielenia kosztów w przypadku usług opieki stacjonarnej. Niektóre wrażliwe grupy społeczne mają dostęp do dodatkowych świadczeń, takich jak opieka stomatologiczna dla małych dzieci, jednak nadal istnieją znaczne luki w zakresie świadczeń w odniesieniu do leków, wyrobów medycznych i opieki stomatologicznej. Zapewnianie opieki długoterminowej w dużej mierze spoczywa na nieformalnych opiekunach.

Oddziały NFZ tworzą własne plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustalonego na poziomie centralnym pakietu świadczeń gwarantowanych i są odpowiedzialne za kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej w swoich regionach. Od

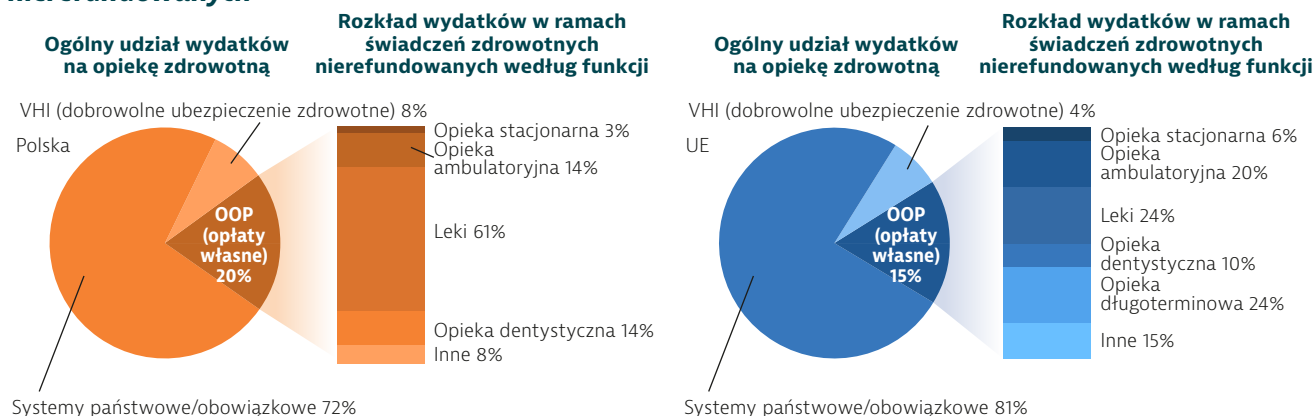
2015 r. zadaniem wojewodów i Ministerstwa Zdrowia jest opracowywanie regionalnych i krajowych map potrzeb zdrowotnych, mających na celu usprawnienie kontraktowania i ustalanie priorytetów politycznych.

Pomimo zmniejszenia wydatków na świadczenia zdrowotne nier refundowane, nadal są one wyższe niż średnia UE

Udział płatności w ramach świadczeń zdrowotnych nier refundowanych w wydatkach na opiekę zdrowotną stale spada od 2005 r., jednak w 2021 r. wyniósł aż 20%, czyli znacznie powyżej średniej UE wynoszącej 15% (rys. 15). Spadek wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nier refundowanych od 2019 r. może pośrednio odzwierciedlać zakłócenia w świadczeniu usług. Większość wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nier refundowanych przeznaczana jest na leki apteczne, a płatności te są ponadto główną przyczyną katastrofalnych wydatków na opiekę zdrowotną³, ponieważ stanowią 44% wydatków gospodarstw domowych ponoszących katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną. W 2021 r. 9,4% gospodarstw domowych poniosło katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną; spośród nich 25% było zagrożonych ubóstwem, a 35% faktycznie popadło w ubóstwo. Wydatki na leki w ramach świadczeń zdrowotnych nier refundowanych pozostają wysokie pomimo wprowadzenia mechanizmów zwolnień z opłat za leki wydawane na receptę, w tym dla osób starszych (2016 r.), kobiet w ciąży (2020 r.) i dzieci do 18. roku życia (2023 r.). Wydatki na leki są szczególnie wysokie wśród emerytów, osób z niepełnosprawnościami i gospodarstw domowych na obszarach wiejskich.

³ *Katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną definiuje się jako wydatki gospodarstwa domowego w ramach świadczeń zdrowotnych nier refundowanych przekraczające 40% całkowitych wydatków netto gospodarstwa domowego koniecznych do utrzymania (tj. wydatków na żywność, mieszkanie i media).*

Rys. 15. Wydatki na leki stanowią prawie dwie trzecie płatności w ramach świadczeń zdrowotnych nier refundowanych



Uwagi: Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne obejmuje także inne dobrowolne programy przedpłacone. Średnia UE jest ważona.

Źródła: Statystyki OECD z 2023 r. dotyczące zdrowia; baza danych Eurostatu (dane za 2021 r.).

Ciągle utrzymujące się ograniczenia, takie jak niewystarczające zasoby finansowe NFZ i niedobór pracowników ochrony zdrowia (zob. sekcja 4), należą do głównych czynników przyczyniających się do powstawania barier w dostępie. Istnieją duże rozbieżności pod względem geograficznego rozmieszczenia pracowników ochrony zdrowia, sprzętu medycznego i łóżek szpitalnych (Ministerstwo Zdrowia, 2023), co może skutkować różnicami w dostępie do usług. Czas oczekiwania na konsultacje specjalistyczne może być bardzo długi w przypadku niektórych usług i planowych zabiegów (zob. sekcja 5.3).

5.3 Odporność systemowa

Pandemia COVID-19 okazała się najbardziej znaczącym zakłóceniem systemów ochrony zdrowia w ostatnich dziesięcioleciach. Ujawniła słabe punkty i wyzwania związane ze strategiami gotowości na wypadek sytuacji wyjątkowych w poszczególnych krajach oraz ich zdolnością do świadczenia usług zdrowotnych na rzecz mieszkańców. W odpowiedzi na trwałe skutki pandemii – a także inne niedawne kryzysy, jak np. presja na koszty utrzymania i wpływ konfliktów, takich jak wojna w Ukrainie – kraje wdrażają strategie polityczne mające na celu zmniejszenie obecnego wpływu na świadczenie usług, inwestowanie w odbudowę i zwiększanie odporności systemów ochrony zdrowia⁴, poprawę krytycznych obszarów sektora zdrowia i wzmocnienie ich gotowości na przyszłe wstrząsy.

W 2020 r. liczba wypisów ze szpitali znacznie spadła

Pojemność szpitali w Polsce jest tradycyjnie znacznie większa niż w większości innych państw UE. Jest to spuścizna po modelu Siemaszki, charakteryzującego się scentralizowaną organizacją szpitali, który funkcjonował w czasach komunizmu, oraz nieudanych prób zmiany ukierunkowania systemu na opiekę ambulatoryjną i środowiskową. Przed

pandemią Polska dysponowała o 25% większą liczbą łóżek szpitalnych (6,2 łóżka szpitalnego na 1 000 mieszkańców) niż średnia UE (4,9 na 1 000), ale niski wskaźnik obłożenia (66% w 2021 r.) wskazuje na nadmierną moc produkcyjną w sektorze szpitalnym (Ministerstwo Zdrowia, 2023).

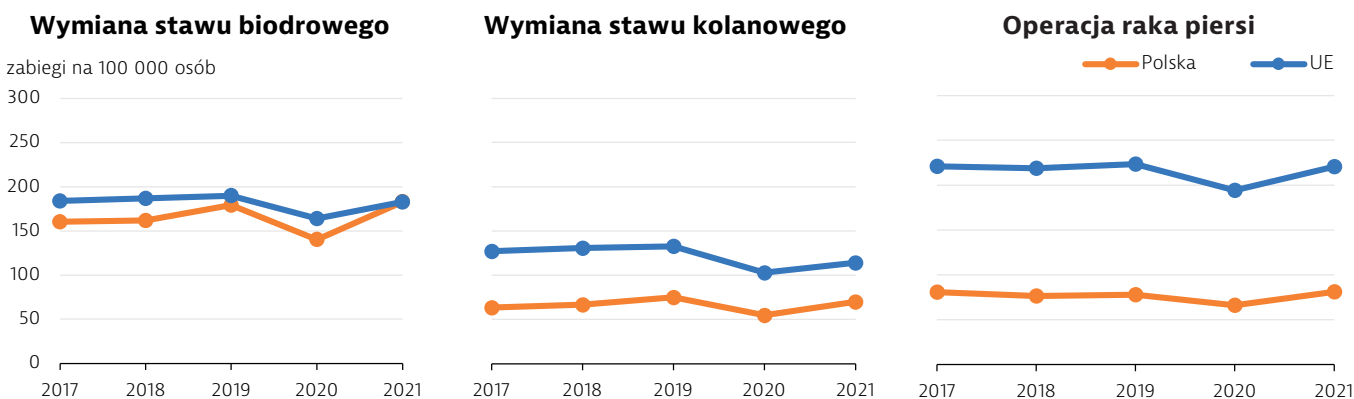
Pomimo tak znacznego bufora pod względem liczby łóżek, Polska postanowiła na początku 2020 r. zapewnić dodatkowe moce na potrzeby leczenia pacjentów z COVID-19. Wiązało się to z zawieszeniem wszystkich zabiegów planowych i rezerwowaniem łóżek na leczenie przypadków COVID-19, w tym poprzez wyznaczenie co najmniej jednego szpitala w każdym regionie do wyłącznego użytku pacjentów z COVID-19 oraz wdrożenie innych środków, takich jak budowa szpitali tymczasowych. Działania te widać w nieznacznym wzroście liczby łóżek szpitalnych i gwałtownym spadku wskaźnika wypisów ze szpitala w 2020 r. – do 25% (w porównaniu z 16% w całej UE).

Spadek liczby operacji planowych był bardziej gwałtowny niż w UE

Ponieważ po wybuchu pandemii COVID-19 zawieszono znaczną część zabiegów planowych, większość krajów UE odnotowała znaczny spadek liczby operacji innych niż pilne w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. W Polsce liczba planowych zabiegów chirurgicznych spadła w większym stopniu niż w innych krajach UE, dla których dane są dostępne: o 27% w Polsce w porównaniu z 23% w UE w przypadku wymiany stawu kolanowego, 22% w porównaniu z 14% w przypadku wymiany stawu biodrowego i 13% w przypadku operacji raka piersi (rys. 16). W sposób nieuchronny doprowadziło to do wzrostu liczby pacjentów oczekujących na te zabiegi przez ponad 90 dni – w szczególności w przypadku wymiany stawu biodrowego i kolanowego, które są wykonywane głównie jako zabiegi szpitalne (wzrost o 5–6% pacjentów oczekujących ponad 90 dni w latach 2019–2020). W związku z tym, mimo że liczba

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. 16. W pierwszym roku pandemii ograniczono ilość zabiegów wymiany stawu biodrowego i kolanowego oraz operacji raka piersi



Uwaga: Średnia UE nie jest ważona.

Źródło: Statystyki OECD z 2023 r. dotyczące zdrowia.

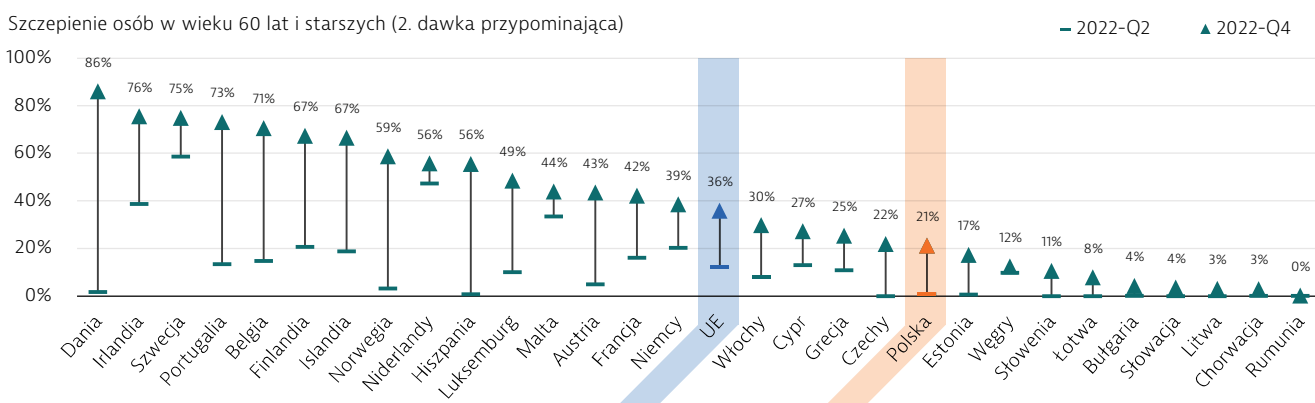
niektórych zabiegów chirurgicznych powróciła w 2021 r. do poprzedniego poziomu, jest mało prawdopodobne, aby było to wystarczające do nadrobienia zaległości.

Niski poziom wskaźnika przyjmowania dawek przypominających szczepionki przeciwko COVID-19 jest niepokojący, biorąc pod uwagę wysoki wskaźnik nadumieralności

Po tym jak w latach 2020 i 2021 odnotowano bardzo wysoką nadumieralność, przy czym zgony wśród osób w wieku 65 lat i starszych stanowią 94% całkowitej umieralności, Polska podjęła działania w celu

zapewnienia szybkiego wprowadzenia szczepionek przeciwko COVID-19. Do końca sierpnia 2021 r. 50% populacji otrzymało dwie dawki (lub ich równoważnik) w porównaniu z 54% w całej UE. Od tego czasu wskaźnik zaszczepień spadł, częściowo z powodu uchylenia się od szczepień. Na początku 2023 r. tylko 60% populacji było w pełni zaszczepione dwiema dawkami lub ich równoważnikiem (Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, 2023). Polska pozostaje w tyle za większością państw UE również pod względem wskaźnika zaszczepienia dawką przypominającą wśród starszych grup wiekowych (rys. 17).

Rys. 17. Wskaźnik zaszczepienia dawką przypominającą przeciwko COVID-19 wśród osób starszych był niższy niż w większości państw UE



Uwaga: Średnia UE nie jest ważona.

Źródło: ECDC.

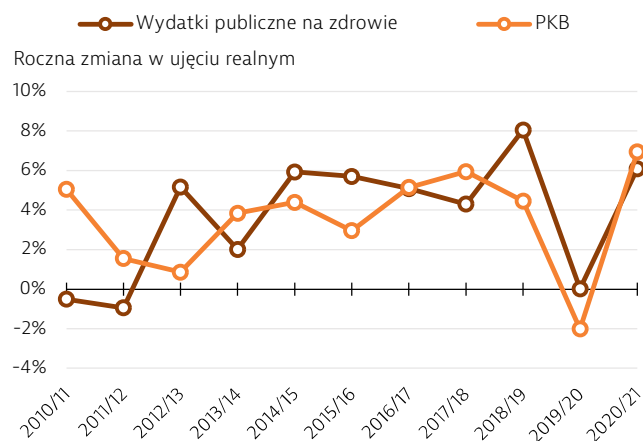
W ciągu ostatnich dziesięciu lat wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce znacznie wzrosły

W 2019 r. wydatki publiczne na zdrowie w Polsce wzrosły o 7,6% w porównaniu z 2018 r. – było to najwyższy wzrost odnotowany w ostatniej dekadzie i przewyższał wzrost PKB w tym roku (4,5%) (rys. 18). Jest to zgodne ze zobowiązaniem podjętym przez rząd

pod koniec 2017 r., dotyczącym zwiększenia do 2024 r. udziału wydatków publicznych na ochronę zdrowia do 6% PKB (przy użyciu innej definicji wydatków na opiekę zdrowotną niż zastosowana w niniejszym sprawozdaniu). W 2020 r. wzrost PKB był ujemny we wszystkich krajach UE, ale większość państw zdołała utrzymać pozytywny wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia – przy czym w niektórych z nich wzrost ten był bezprecedensowy celem zapobiegania

szkodliwym skutkiem pandemii – w Polsce w 2020 r. wydatki publiczne na ochronę zdrowia spadły (o 0,7%), pomimo stosunkowo niewielkiego spadku PKB w tym roku (o 2,0%). W 2021 r. dynamika PKB Polski ożywiła się, a wydatki na ochronę zdrowia wzrosły o 5,6% w porównaniu z 2020 r.

Rys. 18. Po spadku w 2020 r. wydatki publiczne na zdrowie w 2021 r. ponownie wzrosły



Źródło: OECD Health Statistics 2023.

W Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności oraz w unijnej Polityce Spójności przewidziano znaczne środki na inwestycje w sektorze zdrowia

Oczekuje się, że w nadchodzących latach polski sektor ochrony zdrowia otrzyma zastrzyk finansowy w wyniku wdrożenia polskiego Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), który stanowi kluczowy element działań UE podjętych w reakcji na kryzys związany z COVID-19. Poprawa efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia stanowi jeden z sześciu obszarów inwestycyjnych określonych w tym planie i odpowiada 12% alokacji w krajowym KPO (w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 8%). Z tych środków 50% ma być przeznaczony na modernizację wysoce specjalistycznych ośrodków opieki zdrowotnej i innej infrastruktury medycznej, koncentrując się na restrukturyzacji szpitali, w tym na utworzeniu profesjonalnego systemu nadzoru nad szpitalami i usprawnieniu zarządzania szpitalami (rys. 19). Ponadto oczekuje się, że szpitale powiatowe skorzystają z ukierunkowanego wsparcia na ich częściowe przekształcenie w ośrodki opieki długoterminowej, chociaż finansowanie na ten cel będzie pochodzić z innego obszaru inwestycji w ramach KPO.

Rys. 19. W Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności priorytetowo traktuje się inwestycje w reformowanie sektora szpitalnego



Uwagi: Dane te odnoszą się do pierwotnego Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Trwający przegląd planu może mieć wpływ na jego wielkość i treść. W celu poprawy czytelności rysunku niektóre elementy ujęto łącznie.

Źródło: Komisja Europejska – tablica wyników w zakresie odbudowy i zwiększania odporności.

Inwestycje te zostaną uzupełnione dzięki uruchomieniu środków w ramach programowania Polityki Spójności UE na lata 2021–2027, zgodnie z którą Polska ma zainwestować łącznie 2,58 mld EUR w swój system ochrony zdrowia, z czego 81% będzie współfinansowane przez UE⁵. 2,15 mld EUR z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) zostanie zainwestowane w infrastrukturę zdrowotną, sprzęt

medyczny, cyfrowe usługi zdrowotne, cyfryzację i środki w zakresie zdrowia mobilnego. Polski program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego jest drugim co do wielkości programem Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w UE. Obszary priorytetowe obejmują zwiększanie dostępności, skuteczności i odporności systemu ochrony zdrowia.

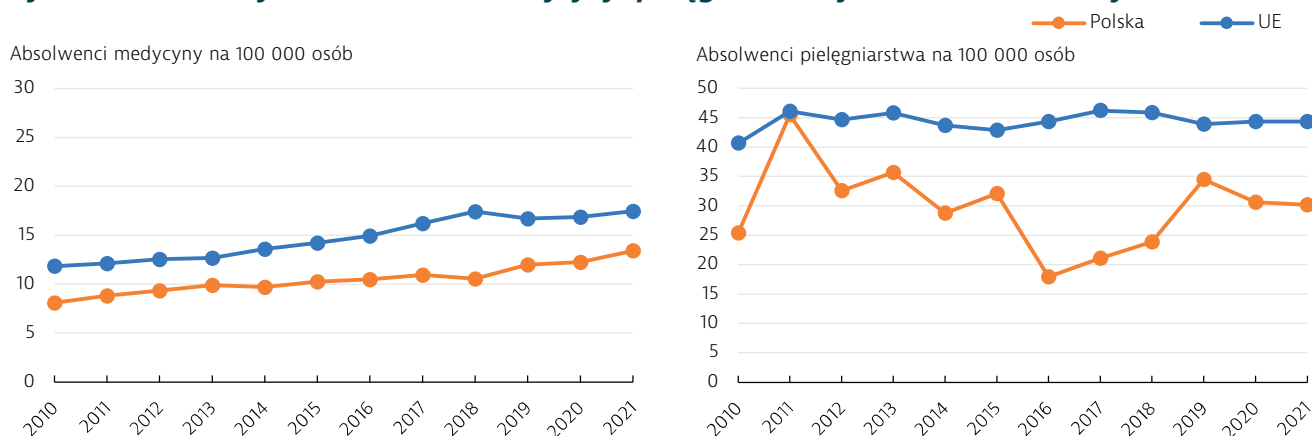
⁵ Dane dotyczące Polityki Spójności UE odzwierciedlają stan na wrzesień 2023 r.

Polska podjęła kroki w celu poprawy stanu zatrudnienia w sektorze zdrowia

Polska znajduje się wśród państw w UE o najniższej liczbie lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (zob. sekcja 4). Liczba absolwentów medycyny i pielęgniarstwa stale utrzymuje się na dużo niższym poziomie od średniej UE (rys. 20). W celu poprawy tej sytuacji od 2017 r. regularnie podwyższano płace minimalne w sektorze ochrony zdrowia, przy czym w 2022 r. wprowadzono znaczną

podwyżkę (średnio blisko o 30% i więcej w przypadku pielęgniarek o określonych kwalifikacjach), a po 1 lipca 2023 r. kolejne. Doprowadziło to do pogorszenia sytuacji finansowej wielu szpitali powiatowych, a niektóre przestały uznawać kwalifikacje zdobyte przez pielęgniarki i niemedycznych pracowników ochrony zdrowia, aby uniknąć konieczności podwyższenia wynagrodzenia. Oczekuje się, że wzrost cen usług szpitalnych w 2023 r. załagodzi niektóre z tych problemów.

Rys. 20. Liczba nowych absolwentów medycyny i pielęgniarstwa jest niższa od średniej UE



Uwaga: Średnia UE nie jest ważona.

Źródła: Statystyki OECD z 2023 r. dotyczące zdrowia; baza danych Eurostatu.

Trwają dyskusje na temat planów mających na celu wzmocnienie zdolności Polski do monitorowania i wykrywania zagrożeń epidemiologicznych

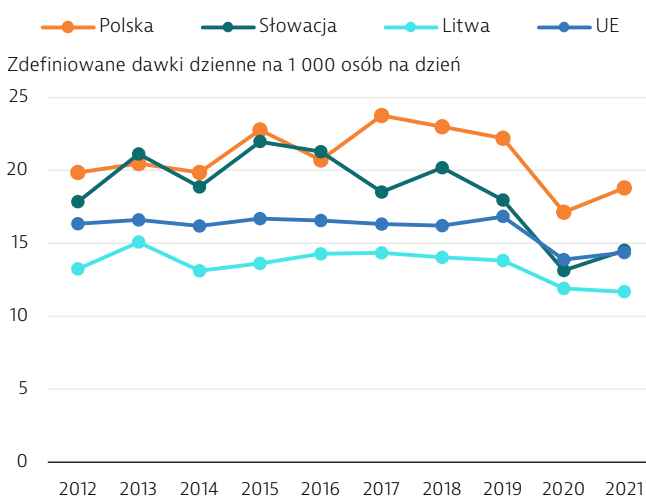
W KPO przewidziano środki na inwestycje w szpitale związane z reformami i restrukturyzacją systemu, zatrudnieniem w sektorze zdrowia, badaniami medycznymi i e-zdrowiem. Oczekuje się, że zwiększy to odporność systemu ochrony zdrowia na przyszłe kryzysy. W szczególności planowane inwestycje w badania i rozwój w dziedzinie medycyny i zdrowia obejmują inwestycje w sektor biomedyczny i jego ekosystem w celu zwiększenia zdolności do monitorowania, wykrywania i analizowania potencjalnych zagrożeń epidemiologicznych.

Po gwałtownym spadku w 2020 r. konsumpcja antybiotyków znowu rośnie

Ponieważ nadmierne przepisywanie i stosowanie antybiotyków w znacznym stopniu przyczyniają się do rozwoju bakterii opornych na antybiotyki, dane dotyczące konsumpcji antybiotyków są pomocne w ocenie ryzyka pojawienia się takiej oporności. Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe stanowi w Polsce problem, ponieważ konsumpcja antybiotyków w społeczeństwie jest znacznie wyższa niż średnia UE (rys. 21). Chociaż od 2017 r. całkowita konsumpcja antybiotyków w Polsce zaczęła spadać, przy czym w gwałtownym spadku nastąpił

w pierwszym roku pandemii, od tego czasu liczba przyjmowanych dawek zaczęła rosnąć.

Rys. 21. Konsumpcja antybiotyków gwałtownie spadła w pierwszym roku pandemii COVID-19



Uwagi: Średnia UE nie jest ważona. Dane dla Czech i Cypru odnoszą się do całkowitej konsumpcji (w tym szpitalnej).

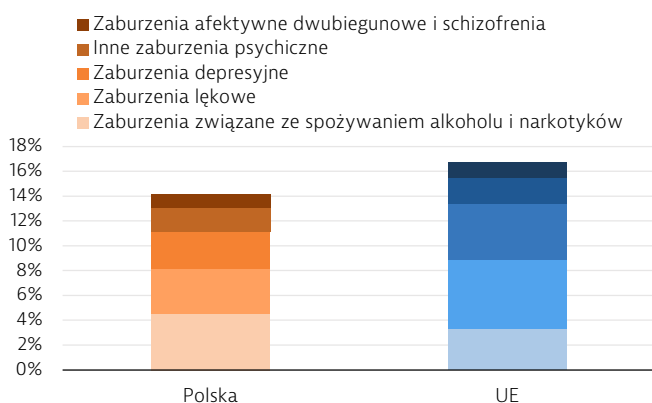
Źródło: ECDC ESAC-Net.

6 Najważniejsze kwestie związane ze zdrowiem psychicznym

Częstość występowania problemów ze zdrowiem psychicznym w Polsce należy do najniższych w UE, ale może to wynikać z niskiego poziomu zgłaszania

W Polsce nie prowadzi się systematycznych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych w ogólnej populacji, a informacje na temat ich występowania pochodzą z badań ankietowych. Zgodnie z najnowszymi szacunkami Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) odsetek osób, które zgłosiły problemy ze zdrowiem psychicznym w 2019 r. w Polsce (14%), należał do najniższych w UE (średnia 17%) (rys. 22). Częstość występowania chorób psychicznych może być zaniżona ze względu na niższy poziom świadomości na temat tych chorób, większą stygmatyzację i gorszy dostęp do usług w zakresie zdrowia psychicznego (OECD/UE, 2018).

Rys. 22. W Polsce tylko jedna na siedem osób zgłasza zaburzenia psychiczne w porównaniu z jedną na sześć osób w UE

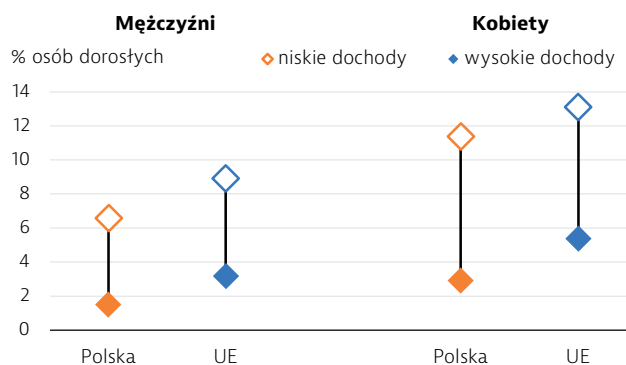


Uwaga: Średnia UE nie jest ważona.
Źródło: IHME (dane dotyczą 2019 r.).

Kobiety najczęściej zgłaszają depresję, w szczególności kobiety z grupy o najniższych dochodach

W 2019 r. jedynie 4% Polaków zgłosiło, że cierpi na depresję, w porównaniu ze średnią UE wynoszącą 7%, chociaż może to częściowo wynikać z niskiego poziomu zgłaszania. Osoby o niższych dochodach są bardziej narażone na depresję. W Polsce jest to szczególnie widoczne w przypadku kobiet – 11,4% kobiet w najniższym kwintyle dochodów zgłasza objawy depresji w porównaniu z 2,9% w najwyższym kwintyle (rys. 23).

Rys. 23. Około jedna na dziewięć kobiet w grupie o najniższych dochodach w Polsce zgłasza, że cierpi na depresję



Uwaga: Wysoki dochód odnosi się do osób z najwyższego kwintyla dochodów (górne 20% populacji pod względem dochodów), natomiast niski dochód odnosi się do osób z najniższego kwintyla dochodów (dolne 20% populacji pod względem dochodów).

Źródło: Baza danych Eurostatu (w oparciu o EHIS 2019).

W czasie pandemii bardziej narażone na depresję były również osoby o niskich dochodach. Z e-badania „Życie, praca i COVID-19” przeprowadzonego przez Eurofound w 2021 r. wynika, że w Polsce 71% osób żyjących w gospodarstwach domowych, które zgłosiły trudności finansowe, można uznać za zagrożone depresją w porównaniu z 49% osób żyjących w gospodarstwach domowych, które nie zgłosiły takich trudności. Odsetek ten był znacznie wyższy niż średnia UE wynosząca 62% w gospodarstwach domowych zgłaszających trudności finansowe i 37% w gospodarstwach domowych, które nie zgłosiły takich trudności.

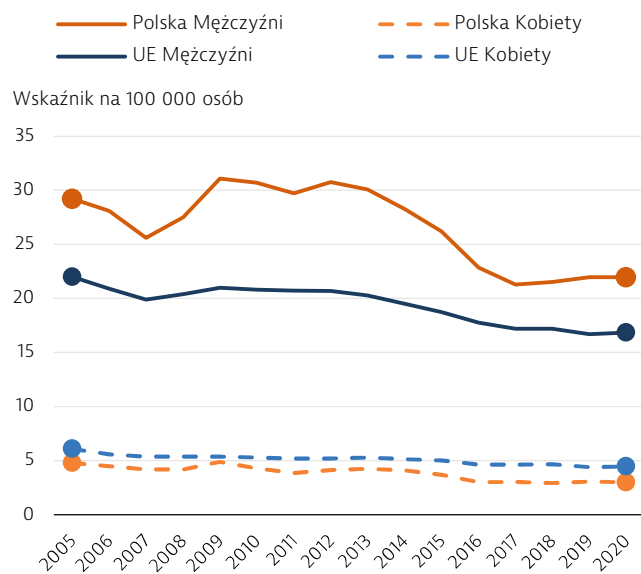
Mężczyźni dużo częściej niż kobiety popełniają samobójstwo i odsetek ten utrzymuje się powyżej średniej UE

W 2020 r. w wyniku samobójstw zmarło w Polsce prawie 4 tys. mężczyzn, co stanowi wskaźnik samobójstw wynoszący 22 na 100 tys. mieszkańców w porównaniu z 17 na 100 tys. mieszkańców w całej UE. Chociaż spadł on między szczytowym poziomem w 2009 r. (31 na 100 tys.) a 2017 r., zmniejszając różnicę w stosunku do średniej UE, jednak w ostatnich latach ta tendencja wyhamowała, a nawet nastąpiło nieznaczne pogorszenie sytuacji (rys. 24).

Odsetek osób zgłaszających niezaspokojone potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego jest w Polsce znacznie wyższy niż w UE

Poziom finansowania opieki w zakresie zdrowia psychicznego jest w Polsce bardzo niski i stanowi

Rys. 24. W ostatnich latach nastąpiło spowolnienie spadku wskaźnika samobójstw mężczyzn



Źródło: Baza danych Eurostatu.

niewielki udział w wydatkach NFZ (Sagan i in., 2022b). Ponad 70% tych środków przeznaczona jest na opiekę instytucjonalną – głównie na szpitale psychiatryczne, gdzie znajduje się ponad dwie trzecie łóżek przeznaczonych na opiekę psychiatryczną. To skupienie opieki psychiatrycznej w placówkach opiekuńczych może przyczynić się do stygmatyzacji społecznej związanej z pacjentami psychiatrycznymi. Większość podmiotów świadczących opiekę w zakresie zdrowia psychicznego posiada kontrakt na świadczenie tylko jednego rodzaju usług, takich jak opieka ambulatoryjna, społeczna, całodobowa lub ratunkowa (szpitalna), co – ze względu na brak współpracy między tymi podmiotami – oznacza, że pacjenci nie mają dostępu do kompleksowej i skoordynowanej opieki psychiatrycznej. W związku z tym wielu pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zwraca się o pomoc do świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej i może nie otrzymać specjalistycznej opieki, której potrzebują.

Według ogólnoeuropejskiego badania przeprowadzonego wiosną 2022 r. 30% Polaków zgłosiło niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, z czego ponad jedna czwarta (27%) dotyczyła opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego (rys. 25).

Podejmowane są wysiłki na rzecz przeniesienia opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego na poziom społeczności i zmniejszenia stygmatyzacji dotyczącej zdrowia psychicznego

Tradycyjnie system opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce w dużym stopniu opiera się na szpitalach psychiatrycznych, przy ograniczonym rozwoju opieki na poziomie społeczności. Drugi polski Narodowy Program Ochrony

Zdrowia Psychicznego, który obowiązywał w latach 2017–2022, doprowadził do realizacji we wszystkich regionach projektów pilotażowych dotyczących środowiskowych ośrodków zdrowia psychicznego. Liczba tych ośrodków podwoiła się z 40 w 2018 r. do około 80 w 2023 r. Projekt pilotażowy będzie realizowany do końca 2023 r. i przyniósł już obiecujące rezultaty, jeżeli chodzi o zapewnienie opieki środowiskowej i ograniczenie hospitalizacji, a także skuteczne dostosowanie się do wyzwań związanych z pandemią COVID-19 (Sagan i in., 2022b). W ramach tego modelu wprowadzono nowe rodzaje pracowników zajmujących się zdrowiem psychicznym, jak asystenci zdrowienia (zatrudnieni spośród pacjentów, którzy powrócili do zdrowia) i koordynatorzy ds. zdrowia psychicznego. Ponadto, nowy model obejmuje współpracę z pomocą społeczną oraz przechodzi na system finansowania opartego na budżecie. Ograniczone finansowanie usług w zakresie zdrowia psychicznego i niedobór pracowników zajmujących się zdrowiem psychicznym to jedna z głównych przeszkód w osiągnięciu docelowej liczby 250–300 ośrodków do 2027 r. W 2022 r. inwestycje w opiekę psychiatryczną znacznie wzrosły w porównaniu z poprzednimi latami; wynika to z dużego wzrostu liczby osób zgłaszających problemy ze zdrowiem psychicznym i nadużywanie środków odurzających (Wojtyniak i Goryński, 2022).

Projekt nowego programu na lata 2023–2030, będący obecnie przedmiotem konsultacji publicznych, ma na celu dalsze upowszechnianie w Polsce modelu opieki środowiskowej oraz zmniejszenie stygmatyzacji zdrowia psychicznego za pomocą działań edukacyjno-informacyjnych. Duży nacisk położono również na zaspokojenie szczególnych potrzeb dzieci i młodzieży w zakresie zdrowia psychicznego (Szredzińska, 2022; Rzecznik Praw Dziecka, 2023).

Rys. 25. Niezaspokojone potrzeby dotyczące opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego stanowią ponad jedną czwartą wszystkich niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych w Polsce



Uwaga: Respondentów zapytano, czy mają obecnie niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, a jeśli tak, to jakiego rodzaju opieki one dotyczą, w tym opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego. Źródła: Eurofound (2021; 2022).

7 Najważniejsze ustalenia

- Pandemia COVID-19 miała w Polsce większy wpływ na umieralność niż w większości innych państw UE, przy czym w latach 2020–2021 średnie dalsze trwanie życia w momencie urodzenia spadło o 2,5 roku. Tendencja ta uległa jednak odwróceniu, a długość średniego dalszego trwania życia wzrosła i w 2022 r. powróciła do poziomu 77,4 lat. W latach 2020 i 2021 liczba nadmiarowych zgonów przewyższała liczbę zgonów z powodu COVID-19, co może wskazywać na niski poziom zgłaszania takich zgonów lub na wpływ innych wyzwań, takich jak spowolniony dostęp do usług opieki zdrowotnej w czasie pandemii.
- Przyczyną znacznej liczby zgonów są czynniki ryzyka o charakterze behawioralnym i środowiskowym, a głównymi czynnikami przyczyniającym się do umieralności w Polsce są palenie tytoniu i niewłaściwe odżywianie. Zagrożeniem dla zdrowia publicznego jest stosunkowo wysoki poziom używania papierosów elektronicznych oraz rosnące wskaźniki nadwagi i otyłości wśród osób młodych.
- Około 72% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze środków publicznych, a pozostała część z prywatnych środków gospodarstw domowych – głównie w formie wydatków własnych, przy czym prawie dwie trzecie tych wydatków przeznaczają się na leki. Biorąc pod uwagę wydatki na ochronę zdrowia, nadal w zbyt dużym stopniu przeznaczane są na opiekę stacjonarną, a nie ambulatoryjną, a udział środków finansowych na opiekę długoterminową i profilaktykę jest stosunkowo niski. Tendencje w zakresie finansowania pogorszyły stan podstawowej opieki zdrowotnej, która jest nadal słabo rozwinięta. Łączne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce pozostają bardzo niskie w porównaniu z innymi krajami.
- Głównym wyzwaniem stojącym przed systemem zdrowotnym jest niedobór pracowników ochrony zdrowia. Polska ma jedno z najniższych wskaźników lekarzy i pielęgniarek na mieszkańca w Europie, a liczba absolwentów medycyny i pielęgniarstwa stale utrzymuje się na dość niskim poziomie. Wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia stanowi jednak wyzwanie dla rentowności niektórych szpitali rejonowych. Wzrost cen usług szpitalnych w 2023 r. powinien złagodzić część tej presji.
- Wskaźniki liczby zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce i dzięki interwencji medycznej pokazują niedobory w zdolności systemu ochrony zdrowia do zapobiegania chorobom i leczenia pacjentów. Umieralność, której można zapobiec, utrzymuje się na wyższym poziomie niż średnia UE, a postępy w ograniczaniu umieralności możliwe do uniknięcia dzięki interwencji medycznej od 2014 r. wyhamowały lub cofnęły się. Dane dotyczące szczepień i badań przesiewowych są niekompletne, przy czym wydaje się, że w niektórych obszarach wskaźniki te się pogorszyły. Liczba możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku niektórych najczęstszych schorzeń przewlekłych należy do jednej z najwyższych w Europie, co wskazuje na braki w świadczeniu opieki ambulatoryjnej.
- Polska przyjęła najwięcej ukraińskich uchodźców od czasu rosyjskiej inwazji na Ukrainę w lutym 2022 r. Wprowadzono specjalne przepisy dotyczące ubezpieczenia w celu rozszerzenia zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na 1,4–2 mln ukraińskich uchodźców, ale wywiera to presję na zasoby systemu ochrony zdrowia.
- Ogólnie rzecz biorąc, w ciągu ostatniego dziesięciolecia wydatki publiczne na zdrowie wzrosły i zostaną uzupełnione znacznymi inwestycjami w sektorze ochrony zdrowia przewidzianymi w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności oraz w Polityce Spójności UE. Skupia się one na reformie sektora szpitalnego, rozwoju e-zdrowia i wsparciu pracowników ochrony zdrowia. Istnieją również plany zwiększenia zdolności w zakresie monitorowania i wykrywania potencjalnych zagrożeń epidemiologicznych i innych, jak rosnąca konsumpcja antybiotyków.
- Częstość występowania problemów ze zdrowiem psychicznym w Polsce należy do najniższych w UE, ale faktyczne obciążenie może być niedoszacowane ze względu na niższy poziom świadomości chorób psychicznych, większą stygmatyzację zdrowia psychicznego i gorszy dostęp do usług w zakresie zdrowia psychicznego. Świadczenie usług w dalszym ciągu w dużym stopniu zależy od szpitali psychiatrycznych, ale podejmowane są wysiłki, aby przenieść opiekę w zakresie zdrowia psychicznego na poziom społeczności i zmniejszyć stygmatyzację. Projekt nowego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 jest obecnie przedmiotem konsultacji publicznych.

Główne źródła

Sowada C. i in. (2019), Poland: health system review. Health Systems in Transition, 21(1): 1–235.

OECD/UE (2022), Health at a Glance: Europe 2022 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Bibliografia

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

Eurofound (2021), Życie, praca i COVID-19, pierwszy, drugi i trzeci etap (wiosna 2020 r., lato 2020 r. i wiosna 2021 r.). Dublin, <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>.

Eurofound (2022), Living, working and COVID-19 survey, rounds one, two and three (spring 2020, summer 2020 and spring 2021). Dublin, <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/living-working-and-covid-19-e-survey>

GUS (2022), Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w latach 2019–2020 r. Warszawa, Główny Urząd Statystyczny.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>

Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (2022), Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności. Warszawa.

Ministerstwo Zdrowia (2023), Mapy potrzeb zdrowotnych. Warszawa, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>

OECD/UE (2018), Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing.

Pędziwiatr K i in. (2022), Uchodźcy z Ukrainy w Krakowie (2022). Centrum Zaawansowanych Badań Ludnościowych i Religijnych, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

Rzecznik Praw Dziecka (2023), Badanie jakości życia dzieci i młodzieży, perspektywa dzieci (2021) i ich rodziców (2022). Warszawa.

Sagan A i in. (2022a), The devil is in the data: can regional variation in amenable mortality help to understand changes in health system performance in Poland?, Int J Environ Res Public Health, 19(7):4129.

Sagan A i in. (2022b), Implementation of mental health centres pilots in Poland since 2018: a chance to move towards community-based mental health services. Int J Environ Res Public Health, 19(9):5774.

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2023), Raport szczepień przeciwko COVID-19. Warszawa.

Szredzińska R (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i osób młodych. Warszawa, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

Wojciechowska U i in. (2023), Cancer incidence and mortality in Poland in 2020, NOWOTWORY. Journal of Oncology, 73(3):129–45.

Wojtyński B, Goryński P red. (2022), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Wykaz skrótów państw

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

State of Health in the EU

Profil systemu ochrony zdrowia 2023

Profile krajów to istotny element cyklu *Stan zdrowia w UE*, realizowanego w ramach inicjatywy Komisji Europejskiej, 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.

W oparciu o spójną metodykę wykorzystującą zarówno dane ilościowe, jak i jakościowe, analiza obejmuje najnowsze wyzwania i zmiany w zakresie polityki zdrowotnej w każdym państwie UE/EOG.

Edycja krajowych profili zdrowotnych z 2023 r. zawiera syntezę różnych kluczowych aspektów, w tym:

- aktualny stan zdrowia w kraju;
- uwarunkowania zdrowotne, ze szczególnym uwzględnieniem behawioralnych czynników ryzyka;
- strukturę i organizację systemu ochrony zdrowia;
- skuteczność, dostępność i odporność systemu ochrony zdrowia;
- po raz pierwszy w serii – zestawienie stanu zdrowia psychicznego i powiązanych z nim usług w kraju.

Uzupełnieniem kluczowych ustaleń krajowych profili zdrowotnych jest sprawozdanie podsumowujące Komisji Europejskiej.

Więcej informacji można znaleźć pod adresem: ec.europa.eu/health/state

Należy powoływać się na tę publikację następująco:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264769946 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)