

## Executive summary

Sprawozdanie zawiera porównanie 9 systemów opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej, a mianowicie w Chorwacji, Czechach, Francji, Grecji, Hiszpanii, Polsce, Portugalii, Słowacji i we Włoszech. Kraje te różnią się ze sobą pod względem warunków gospodarczych, poglądów społecznych w kwestiach związanych z redystrybucją dochodów, obecnością instytucji i ingerencją rządu w świadczenie opieki zdrowotnej. W raporcie omówiono zarówno wspólne wyzwania, jak i kwestie indywidualne dla danego kraju, które mogą mieć kluczowe znaczenie zarówno z perspektywy praktyków, jak i decydentów politycznych. Ocenę w badaniu ad-hoc przeprowadzono wśród około 30 specjalistów i ekspertów z poszczególnych krajów.

W świecie, w którym systemy opieki zdrowotnej w coraz większym stopniu łączą się z innymi systemami w sposób zmniejszający ich niezależność w osiąganiu konkretnych celów zdrowotnych, dobrze znane wyzwania, takie jak starzenie się społeczeństw, wzrost zachorowań na choroby przewlekłe i wzrost możliwości technicznych, a także oczekiwania społeczeństwa, stwarzają poważne problemy związane ze zrównoważonym rozwojem.

W prawie wszystkich krajach starzenie się społeczeństwa jest kwestią priorytetową. O ile dłuższa średnia długość życia jest dobrą przesłanką, to stanowi ona również zagrożenie, ponieważ osoby w podeszłym wieku będą nieuchronnie coraz bardziej zależne od pomocy. Starzenie się społeczeństwa napędza popyt na opiekę zdrowotną (i będzie go zwiększać w następnych dziesięcioleciach) ze względu na rosnące obciążenie chorobami przewlekłymi. Wywrze to istotną presję na wszystkie poziomy opieki związane z leczeniem pacjentów przewlekle chorych, co według analizy stanowi istotną słabość we wszystkich krajach. Na przykład, nałoży to dodatkowe wymagania na podstawową opiekę zdrowotną i zmieni sposób świadczenia opieki długoterminowej. Ten ostatni aspekt jest niezmiernie ważny, biorąc pod uwagę, że świadczenie opieki nieformalnej będzie się stale kurczyć (ze względu na spadek płodności i wzrost udziału kobiet w rynku pracy), a odpowiedni poziom pomocy stanie się trudny do osiągnięcia. Co więcej, w związku z tą zwiększoną presją w kilku krajach występują długie okresy oczekiwania, które stanowią odzwierciedlenie niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej. Wreszcie, starzenie się społeczeństwa oznacza również wzrost liczby osób starszych wymagających opieki, co prowadzi do równoczesnego wzrostu kosztów opieki.

Oczywiście, starzenie się nie jest jedynym problemem wpływającym dziś na systemy opieki zdrowotnej. W tym sektorze istnieje wiele kwestii, w szczególności tych, których potencjalne zagrożenia i korzyści są widoczne dopiero w perspektywie długoterminowej, a w najlepszym razie średnioterminowej, których politycy z definicji unikają. Postęp technologiczny w medycynie stwarza ważne i konkretne wyzwania, które można rozwiązać za pomocą polityki opartej na dowodach i środków finansowych. Równoległe ze szpitalami należy zwrócić uwagę na to, by opieka środowiskowa i lekarze pierwszego kontaktu byli łatwo i stale dostępni, bez zbytniego rozdrobnienia. W epoce szybkiej ewolucji technologii medycznych brak działania i chroniczne

niedoinwestowanie mogą zagrażać zdrowiu ludzkiemu, a także prowadzić do poważnych komplikacji gospodarczych i społecznych. Inwestowanie w pracowników służby zdrowia jest jednym z elementów szerszego planu, jakim jest wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej i ochrony socjalnej.

Sądząc po wskaźniku przyjęć do szpitali, których można uniknąć, kraje przechodzące transformację są znacznie powyżej średniej UE, co oznacza, że istnieje duży potencjalny zysk w zakresie efektywności zarządzania przed przyjęciem do szpitala. Stosowanie chirurgii stacjonarnej w przypadku wybranych procedur, takich jak np. usuwanie zaćmy, przepuklina pachwinowa lub migdałków, jest również objawem nadmiernego uzależnienia od nieskutecznych usług w kilku krajach. Co więcej, nierówny dostęp, opóźnione leczenie chorób przewlekłych, słaba koordynacja i przeciążenie lekarzy pierwszego kontaktu przez długi czas powodowały istotną nieefektywność. Dysproporcje w dostępie do najlepszych praktyk medycznych są również związane z czynnikami geograficznymi. Również niedoinwestowanie w opiekę długoterminową ma w większości krajów najwyższy priorytet.

Zadłużenie szpitali publicznych jest stanem powszechnym w kilku z analizowanych krajów. Długotrwałe niedoinwestowanie, wynikające często z ograniczonego doświadczenia i zdolności zarządczych wśród świadczeniodawców, wstrzymuje postęp technologiczny. Sytuacja ta prowadzi również do poważnego zadłużenia w kilku krajach i wymaga od zadłużonych szpitali okresowych transferów ze strony rządu, co jest strategią zagrożoną, jeśli nie zostanie poparte strukturalnym podejściem do zarządzania szpitalami oraz ogólną poprawą efektywności i adekwatności opieki zdrowotnej.

Niedobór personelu medycznego, zarówno lekarzy jak i pielęgniarek, jest kolejnym bardzo poważnym problemem. Krytycznym, jeśli chodzi o podaż pielęgniarek i położnych. Dodatkowo, ważną polityczną przeszkodą jest starzenie się lekarzy, szczególnie w krajach południowych. Niskie płace przyczyniają się do tego, że pracownicy służby zdrowia porzucają swój zawód na rzecz lepiej płatnych miejsc pracy w innych sektorach lub innych krajach, a poważne nierówności terytorialne powodują istotną nierównowagę w dostępie do opieki zdrowotnej i w podaży pracowników służby zdrowia. W niektórych regionach jest trzy razy więcej lekarzy i pielęgniarek niż w innych. Ponadto świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej jest również mniej skuteczne w przypadku niedoboru siły roboczej, co może prowadzić do długiego czasu oczekiwania.

Ekspertcy sugerują, że politycy nie zdają się uznawać, że opieka zdrowotna może być dźwignią rozwoju kraju.

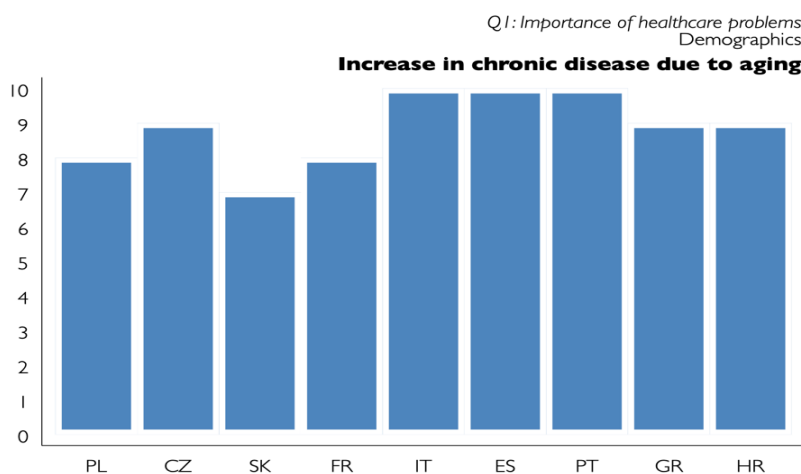
Wreszcie, pandemia COVID-19 odcisnęła swoje piętno we wszystkich krajach UE. W porównaniu z pierwszą falą, trwająca druga fala stwarza jeszcze więcej problemów, biorąc pod uwagę większą liczbę krajów i osób, które zostały poważnie dotknięte wirusem. W związku z tym COVID-19 spowodował wiele wyzwań dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich systemów opieki

zdrowotnej na całym świecie, wysuwając na pierwszy plan kilka problemów, które do tej pory były tylko ukryte. W szczególności słabe powiązanie i brak skutecznej integracji pomiędzy podstawową i wtórną opieką zdrowotną ujawniły się w całym jej dramatyzmie. W rezultacie większość systemów wtórnej opieki zdrowotnej w Europie załamała się (zwłaszcza podczas pierwszej fali). Z jednej strony ostatecznie doświadczenia COVID-19 prawdopodobnie zwiększą poziom złożoności potrzebnych interwencji i zmian, z drugiej strony pandemia może stać się bodźcem do długo oczekiwanych reform w sposobie otrzymywania i świadczenia opieki zdrowotnej. Jednakże obecnie bardziej niż kiedykolwiek, aby zmiany te były skuteczne, potrzebne jest silne przywództwo krajowe, znaczący plan inwestycji publicznych w system opieki zdrowotnej, większe zaangażowanie społeczności i jasna strategia komunikacji rządowej.

### POLSKA

Polska jest krajem zamieszkałym przez 38 mln osób, z czego tylko 16,5% ludności to osoby powyżej 65 roku życia. Jej system opieki zdrowotnej w ramach ZUS zapewnia dostęp do szerokiego zakresu świadczeń. Ministerstwo Zdrowia koordynuje świadczenia opieki zdrowotnej, która jest bardzo rozdrobniona, z dużym naciskiem na opiekę szpitalną. Pomimo tak szerokiego zakresu świadczeń, Polska ma jedną z najniższych oczekiwanych długości życia w grupie wybranych krajów. Szereg zagrożeń, związanych z czynnikami ryzyka, chorobami przewlekłymi i problemami organizacyjnymi, stawia przed opieką zdrowotną istotne wyzwania na przyszłość.

Polskie społeczeństwo starzeje się w bardzo szybkim tempie. Wiąże się to z rosnącym ryzykiem rozwoju chorób przewlekłych, które są czynnikiem znacząco zwiększającym zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. Pytanie o znaczenie nierówności społeczno-gospodarczych w zapotrzebowaniu na opiekę zdrowotną, pokazuje, że są one bardziej niejednorodne i wskazują na wyższą punktację Polski. Odpowiedzi odzwierciedlają różnice dotyczące płci i gradientów społeczno-ekonomicznych w oczekiwanej długości życia. Polskie nierówności w zakresie osiągnięć edukacyjnych w zakresie średniej długości życia są znaczne, a także istnieje istotna luka pomiędzy i wewnątrz kraju.



Opieka podstawowa jest bezpłatna i nie wymaga podziału kosztów w przypadku usług szpitalnych,

ale podział kosztów w przypadku leków refundowanych jest szeroki, a mechanizmy ochrony najwrażliwszych grup społecznych są słabe. Wysokie spożycie leków dostępnych bez recepty powoduje trudności finansowe dla gospodarstw domowych. Niewiele się jednak robi, aby je ograniczyć.

Polska w dużym stopniu polega na opiece szpitalnej, która często jest nieodpowiednio zarządzana, co prowadzi do poważnego zadłużenia wielu szpitali. Koncentracja na sektorze szpitalnym jest po części związana z niedoborem pracowników służby zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej i co za tym idzie długimi listami oczekujących. Dotyczy to w szczególności zaplanowanych operacji, zabiegów i wizyt u specjalistów. Sądząc po liczbie możliwych do uniknięcia przypadków hospitalizacji w krajach UE, gdzie Polska plasuje się znacznie powyżej średniej, istnieje duży potencjał do wzrostu efektywności zarządzania stanem pacjentów przed hospitalizacją. W tym celu konieczna jest koordynacja pomiędzy opieką stacjonarną i ambulatoryjną. Powszechność hospitalizacji, której można by uniknąć, oznacza, że opieka podstawowa i profilaktyczna jest niewystarczająco rozwinięta, aby uniknąć poważnych zdarzeń klinicznych.

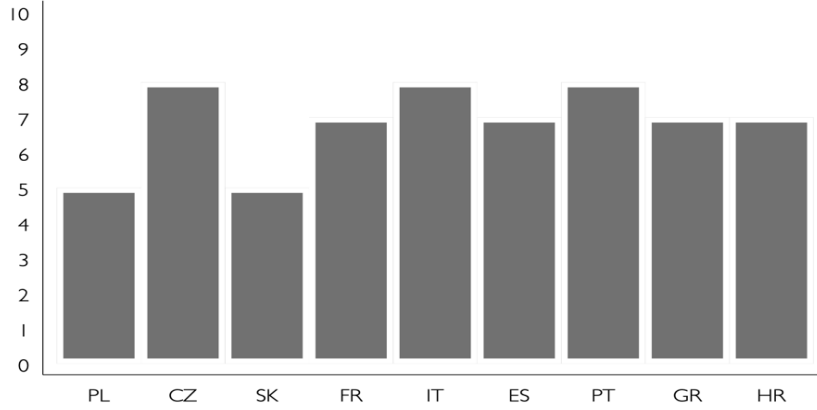
Polska charakteryzuje się najniższą ogólną jakością opieki zdrowotnej spośród wszystkich analizowanych krajów. Najwyższe oceny przyznawane są oddziałom ratunkowym i opiece prywatnej. Komercyjne, w pełni płatne usługi w jednostkach prywatnych, są świadczone na wysokim poziomie - standard leczenia nie jest ograniczony środkami narzucanymi przez NFZ w ramach zobowiązania umownego. Ze względu na niedofinansowanie publicznej opieki zdrowotnej, skutkujące niskim poziomem zadowolenia pacjentów i długimi listami oczekujących, prywatne finansowanie opieki zdrowotnej staje się z roku na rok coraz bardziej popularne. Opieka kardiologiczna jest jednym z obszarów, które bardzo dobrze funkcjonują w polskim systemie opieki zdrowotnej, z niskim, w porównaniu z innymi krajami, wskaźnikiem umieralności na zawały serca. Wykorzystanie chirurgii stacjonarnej do wybranych zabiegów, takich jak np. usunięcie zaćmy, przepukliny pachwinowej czy migdałków, co jest symptomem nadmiernego uzależnienia od nieefektywnych usług, jest w Polsce nadal niewielkie. Problemem jest także zaniżanie cen zabiegów medycznych, przy czym rzeczywiste koszty procedury medycznej znacznie przewyższają środki otrzymywane z NFZ.

W Polsce lekarze powinni rozdzielać zadania, tradycyjnie wykonywane przez siebie, na innych pracowników służby zdrowia, ale nowemu trendowi nie towarzyszy formalne szkolenie pielęgniarek. Głównymi zagrożeniami dla systemu ochrony zdrowia w Polsce w nadchodzących latach jest dalsze zadłużanie się szpitali, niewystarczające finansowanie publicznego systemu, a także malejąca liczba dostępnego personelu medycznego spowodowana emigracją (zwłaszcza młodej kadry) i wciąż rosnącą średnią wiekiem pielęgniarek i personelu medycznego. O ile podstawowa opieka zdrowotna jest bezpłatna, o tyle ambulatoryjna opieka medyczna opiera się w Polsce na dużych wydatkach poza szpitalnych, co deprecjonuje zakres powszechnego dostępu do opieki.

Ogólna ocena polskiego systemu służby zdrowia jest znacznie niższa w porównaniu z innymi krajami.

Q3: Rating of healthcare system in your country  
(1 worst possible - 10 best possible)

**Rating of healthcare system in your country**



Q5: Rating of financial situation of healthcare system  
(1 worst possible - 10 best possible)

**Rating of financial situation of healthcare system**

