



BFF BANKING
GROUP

Finansowanie ochrony zdrowia a jakość systemu dla pacjentów

Polska na tle wybranych krajów europejskich

BFF Banking Group jest jedną z wiodących instytucji oferujących usługi finansowe dla administracji publicznej oraz przedsiębiorstw działających na europejskim rynku ochrony zdrowia. Grupa od wielu lat angażuje się w działania mające na celu wymianę doświadczeń i dialog z sektorem publicznym.

Podobny cel realizuje również publikacja poniższego raportu, który przedstawia wyzwania, z jakimi mierzy się polska służba zdrowia, w porównaniu do innych europejskich krajów: Włoch, Chorwacji, Czech, Grecji, Portugalii, Słowacji i Hiszpanii.

Przeanalizowaliśmy dostępność usług i wyniki leczenia jako czynniki najważniejsze dla pacjentów, którzy są finalnymi odbiorcami usług opieki zdrowotnej. Jednocześnie przyjrzelśmy się zadłużeniu służby zdrowia i systemowi jej finansowania, które są obecnie kluczowymi tematami w całej Europie, nie tylko w Polsce.

Panuje powszechne przekonanie, że jakość systemu opieki zdrowotnej zależy od poniesionych na nią nakładów finansowych. Istnieją jednak pewne wyjątki. Przykładem są kraje Europy Zachodniej, które wybierają opiekę ambulatoryjną, niekiedy bardziej skuteczną i tańszą od drogich zabiegów szpitalnych.

Intencją niniejszego raportu jest zainicjowanie szerokiej i konstruktywnej dyskusji na temat wyżej wymienionych kwestii. Zderzenie różnych punktów widzenia, wymiana doświadczeń i najlepszych praktyk umożliwiają wspólne wypracowanie nowych rozwiązań na rzecz bardziej wydajnej i innowacyjnej służby zdrowia w Europie.

SPIS TREŚCI

Streszczenie	7
System opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta	13
Kondycja służby zdrowia: rankingi i wyniki historyczne	16
- Pozycja w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI)	15
- Wyniki historyczne w EHCI (2006-2018)	17
Opinie pacjentów	19
Dostęp, leczenie i profilaktyka	21
- Dostęp do służby zdrowia	22
- Wyniki leczenia	24
- Profilaktyka	25
- Diagnostyka	26
Eksperti na temat ogólnej kondycji służby zdrowia w krajach porównania	27
Ograniczenia systemu. Aktywa i zobowiązania szpitali	33
Polacy o sytuacji służby zdrowia	35
Nakłady na służbę zdrowia per capita	36
- Sytuacja aktualna	36
- Wyniki historyczne	37
Publiczne i prywatne nakłady na służbę zdrowia	38
- Nakłady publiczne i prywatne	38
- Nakłady publiczne	38
- Nakłady prywatne	41
- Nakłady publiczne i prywatne: trendy 2005-2017	42
System współfinansowania świadczeń	43
Zadłużenie służby zdrowia	44
- Zadłużenie szpitali publicznych	45
- Średni czas oczekiwania na płatność ze strony szpitali	46
- Konsekwencje zadłużenia szpitali	48
Plany zwiększenia publicznych nakładów na służbę zdrowia w Polsce	48
Efektywność służby zdrowia	49
Eksperti o kondycji finansowej i zadłużeniu służby zdrowia	51

Kondycja finansowa szpitali gdy popyt przewyższa podaż	55
Obciążenie szpitali	57
- Gęstość sieci szpitali	57
- Liczba hospitalizacji i obciążenie szpitali	58
- Środki przeznaczane na leczenie szpitalne	60
- Leczenie ambulatoryjne	61
Dostępność personelu medycznego	63
- Dostępność personelu medycznego - obraz sytuacji	63
- Zarobki lekarzy i pielęgniarek	66
- Warunki pracy lekarzy i pielęgniarek	68
Migracje i ich konsekwencje dla personelu medycznego	70
- Migracje lekarzy z i do Polski	70
- Migracje lekarzy z i do krajów porównania	72
- Migracje pielęgniarek w Polsce i krajach porównania	72
- Migracje i ich wpływ na dostępność lekarzy	74
- Migracje i ich wpływ na dostępność pielęgniarek	76
Co zdecyduje o kondycji systemu ochrony zdrowia w przyszłości?	79
Konsekwencje starzenia się społeczeństwa dla ochrony zdrowia	81
- Prognozy demograficzne dla Polski i krajów porównania	82
- Nakłady na opiekę długoterminową	84
Zmiany ilości lekarzy i pielęgniarek	86
- Liczba absolwentów studiów medycznych	86
- Struktura wieku lekarzy	88
- Liczba absolwentów studiów pielęgniarskich	88
- Struktura wieku pielęgniarek w Polsce	90
Podwyżki dla pracowników służby zdrowia a obciążenie finansowe szpitali	91
Nowe technologie medyczne	92
Zdaniem ekspertów: prognozy dla ochrony zdrowia w krajach porównania	94
Aneks 1	
Kluczowe informacje o ochronie zdrowia w krajach porównania	97
Aneks 2	
Lista ekspertów	104
Aneks 3	
Spis wykresów	106
Aneks 4	
Spis tabel	108
Notka metodologiczna	109



1

Streszczenie

1

Streszczenie

System opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta

Polska służba zdrowia jest nadal negatywnie postrzegana przez pacjentów, pomimo wysiłków podejmowanych w celu przeprowadzenia reform. Z punktu widzenia pacjentów, najważniejszymi obszarami opieki zdrowotnej są dostępność (czas oczekiwania na leczenie), wyniki leczenia, zakres usług, profilaktyka, dostępność leków, prawa pacjentów i informacje dla pacjentów. Wyżej wymienione obszary są wszechstronnie analizowane w "Europejskim Konsumentckim Indeksie Zdrowia" (EHCI), który w 2016 roku wyniósł 400 punktów dla większości porównywanych krajów. W 2018 roku, Portugalia zdobyła 754 punkty, Słowacja zdobyła 722 punkty i zajęła 17 miejsce, natomiast Polska zdobyła 585 punktów i zajęła 32 miejsce.

[Wykresy 3, 4 i 5]

Czas oczekiwania i skuteczność leczenia są kluczowe dla pacjentów. Chociaż Polacy od lat są niezadowoleni z funkcjonowania służby zdrowia (jeszcze w 2018 roku, 66% ankietowanych wyraziło swoje niezadowolenie), ostatnie sondaże wykazały najlepszy wynik od 2009 roku. EHCI podkreśla problem czasu oczekiwania na zaplanowane zabiegi chirurgiczne.

[Wykres 6]

Wady systemu: aktywa i zobowiązania szpitali

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce wzrosły o 142% w okresie między rokiem 2005–2017.

Pomimo pozytywnego trendu, Polska pozostaje jednym z krajów wydającym najmniej na opiekę zdrowotną w Europie oraz krajem wydającym najmniej wśród krajów porównywanych w niniejszym raporcie. W 2005 roku, Polska wydała 807 USD na obywatela statystycznego. Obecnie kraj ten wydaje prawie 2000 USD, podczas gdy kraje wybrane do raportu wydają średnio 2711 USD, a kraje OECD 4 003 USD.

[Wykres 16]

Zadłużenie opieki zdrowotnej pozostaje kluczową kwestią dla wszystkich krajów porównywanych w raporcie. Największe całkowite zadłużenie mają największe kraje: Włochy (25 mld euro), Hiszpania (5,7 mld euro) i Polska (2,7 mld euro). Jednak porównując wartości per capita, Włochy mają nadal najwyższe zadłużenie, ale za nimi plasują się mniejsze kraje, takie jak Chorwacja i Portugalia, podczas gdy Polska i Grecja mają stosunkowo najmniejszy poziom zadłużenia finansowego. Wysoki dług zaciągnięty przez szpitale we wszystkich krajach porównywanych w niniejszym raporcie powoduje wydłużenie terminów płatności za usługi zewnętrzne.

Przykłady Słowacji i Czech pokazują, że **stosunkowo niskie inwestycje w opiekę zdrowotną niekoniecznie oznaczają nieefektywne systemy opieki dla pacjentów**. Słowacja i Czechy wraz z Portugalią są najbardziej efektywnymi krajami w wybranej grupie objętej raportem. Kraje te wydają 2 200–2 800 USD na jednego obywatela, ale zajmują znacznie wyższe miejsca pod względem wydajności niż Hiszpania i Włochy, które wydają około 3500 USD na obywatela.

[Wykres 16]

Czy szpitale nadal są stabilne finansowo, jeśli popyt przewyższa podaż?

Leczenie szpitalne zastępuje się coraz częściej opieką ambulatoryjną. Jednak w Polsce największe koszty nadal generuje infrastruktura szpitalna, która pochłania 34% wydatków na opiekę zdrowotną. Czechy, które mają podobnie rozwiniętą sieć szpitalną, wydają tylko 24%, a średnia krajów OECD wynosi mniej niż 26%. Średnie obłożenie łóżek szpitalnych wynosi tylko 66,8% w porównaniu z 70% w Czechach (średnia krajów OECD wynosi prawie 73%), gdzie unika się niepotrzebnych hospitalizacji. Na przykład mniej niż 3% zabiegów chirurgicznych usunięcia zaćmy wymaga hospitalizacji, podczas gdy w Polsce, liczba ta dochodzi do prawie 65%. System włoski jest również bardziej skuteczny niż system polski: np. w Polsce wykonuje się prawie trzy razy mniej zabiegów usuwania zaćmy niż we Włoszech, a czas oczekiwania jest 17 razy dłuższy.

[Wykresy 28, 30 i 31]

W Polsce brakuje lekarzy i pielęgniarek. Ci, którzy są dostępni, pracują więcej godzin i za niższe wynagrodzenie niż ich zagraniczni koledzy. Wśród krajów wybranych do niniejszego raportu, Polska ma najniższy odsetek lekarzy (2,4) i jeden z najniższych odsetków pielęgniarek (5,1): średnia krajów OECD wynosi odpowiednio 3,4 i 9. Jednocześnie lekarze w Polsce udzielają zwykle więcej konsultacji niż lekarze w krajach rozwiniętych (3100 vs. 2200 rocznie), a pielęgniarki mają pod swoją opieką więcej pacjentów.

[Wykresy 32 i 33]

Emigracja przyczynia się do pogłębienia i tak dużego już deficytu lekarzy i pielęgniarek w Polsce.

Polska nie jest atrakcyjnym miejscem pracy dla zagranicznych pielęgniarek: w latach 2010–2016 liczba pielęgniarek praktykujących w Polsce zmniejszyła się o prawie 2,5%. Większość polskich pielęgniarek pracuje w Niemczech (13 000), Wielkiej Brytanii (3 000) i we Włoszech (2 500), a straty migracyjne nie są równoważone przez imigrację. W ostatnich latach, Włochy, Hiszpania i Portugalia odnotowały znaczny wzrost liczby pielęgniarek pomimo strat emigracyjnych, podczas gdy w Polsce, na Słowacji i w Grecji, liczba pielęgniarek wciąż maleje, a emigracja powoduje dodatkowe deficyty kadrowe. Podobnie coraz więcej lekarzy wyjeżdża z Polski, ale liczba lekarzy w kraju wciąż rośnie. W okresie od 2010 roku do 2015 roku, liczba emigrantów wzrosła o 28% (znacznie mniej niż po przystąpieniu Polski do UE), a w 2015 roku 868 lekarzy opuściło Polskę i wyjechało do USA, Niemiec i Szwecji. Jednak w okresie od 2010 roku do 2016 roku odnotowano 10% wzrost liczby lekarzy w kraju, dzięki rosnącej imigracji w latach 2014–2017.

[Wykresy 38, 41, 44 i 46]

Jakie trendy wpłyną na system opieki zdrowotnej w przyszłości?

Opieka zdrowotna będzie wymagać zwiększenia środków finansowych, ponieważ liczba osób w wieku 65+ wciąż rośnie. Koszty leczenia takich osób są wyższe niż u osób w wieku produkcyjnym. Do 2060 roku w Polsce odsetek osób w wieku 65+ podwoi się do 34%. Jest to najwyższy wzrost wśród badanych krajów. Jednocześnie liczba osób w wieku produkcyjnym spadnie do 52%. Ze względu na zmiany demograficzne, aby tylko utrzymać obecny poziom dostępnych usług, finansowanie powinno wzrosnąć o 500 mln zł rocznie.

[Wykresy 47 i 48]

Największym zagrożeniem dla dostępności pielęgniarek są demografia i nowe trendy w edukacji.

Do 2033 roku, liczba pielęgniarek w Portugalii może spaść o 32%, podczas gdy we Włoszech i Czechach liczba ta może wzrosnąć. W związku z osiągnięciem wieku emerytalnego, prawie 10,7% pielęgniarek może zrezygnować z pracy w dowolnym momencie, a kolejne 28% osiągnie wiek emerytalny najpóźniej w ciągu 5 najbliższych lat. Największym zagrożeniem dla dostępności personelu pielęgniarskiego jest demografia i trendy w edukacji. Jedynie Portugalia (spadek o 32%) ma gorszy wynik pod tym względem, podczas gdy Włochy i Czechy odnotowują wzrost personelu pielęgniarskiego o 28% i 30%. Jednocześnie, w wyniku osiągnięcia wieku emerytalnego, 22,6% wykwalifikowanych lekarzy może opuścić polski rynek w dowolnym momencie, a kolejne 21% osiągnie wiek emerytalny najpóźniej w ciągu 10 lat. To demograficzne zagadnienie jest wspólne dla innych badanych krajów, ale podobnie słaba sytuacja demograficzna występuje tylko we Włoszech, gdzie ponad połowa lekarzy jest w wieku ponad 55 lat (w Polsce odsetek ten wynosi 44%).

[Wykresy 55, 58 i 59]

Nowe technologie medyczne zwiększają inwestycje w opiekę zdrowotną w krajach wysoko rozwiniętych, ale także przyczyniają się do zmniejszenia niektórych kosztów i poprawy jakości leczenia.

W ciągu najbliższych kilku lat, dylematy związane z innowacyjnym leczeniem będą w coraz większym stopniu dotyczyły również Polski. Szacuje się, że w USA nowe technologie medyczne odpowiadają za 40–50% wzrostu kosztów opieki zdrowotnej rocznie; niektóre badania twierdzą, że liczba ta jest bliska 75%. Z drugiej jednak strony, np. wyniki badań pilotażowych nad innowacyjnymi metodami leczenia w Polsce pokazują, że w perspektywie trzech lat, telemonitorowanie umożliwi obniżenie kosztów leczenia pacjentów kardiologicznych o 40–50%.

Wśród nowych technologii medycznych e-zdrowie budzi szerokie zainteresowanie: według danych WHO Polska już podąża za najnowszymi, światowymi trendami, Włochy natomiast wyróżniają się pod względem zakresu i zaawansowania tych usług. Czechy, Portugalia, Hiszpania i Grecja opracowują własną strategię, dostosowując prawodawstwo do usług e-zdrowia.

Streszczenie

Tabela 1. Najważniejsze informacje o ochronie zdrowia w krajach porównania

	PKB na mieszkańca per capita (\$, PPP, 2017 r.)	Główne źródło finansowania	Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państw)	Zadłużenie	Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (\$, PPP, 2017 r.)	Odsetek PKB przeznaczony za zdrowie (2017 r.)	Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	Przewidywana długość życia (lata)	Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców (2016 r.)	Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców (2016 r.)	Roczne zarobki lekarzy brutto (\$, PPP, 2016 r.)	Roczne zarobki pielęgniarek brutto (\$, PPP, 2016 r.)	Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2016 r.)	Odsetek ludzi w wieku 65+ teraz i w 2060
Polska	29 tys. (PLN 110.049)	ubezpieczenia zdrowotne (9%)	32	2,7 mld € (2017 r.)	1955 (PLN 7.419)	6,70%	2,10%	78	2,42	5,16	37.421 (PLN 142.005)	29.323 (PLN 111.275)	43,9	17,2 / 34,1
Czechy	36,3 tys. (PLN 137.751)	ubezpieczenia zdrowotne (13,5%)	14	0,5 mld € (2017 r.)	2.630 (PLN 9.980)	7,10%	1,30%	79,1	3,69	8,07	60.166 (PLN 228.318)	28.092 (PLN 106.604)	33 (2013 r.)	19,3 / 30,4
Grecja	27,6 tys. (PLN 104.736)	podatki / ubezpieczenia zdrowotne (71%)	29	0,6 mld € (2018 r.)	2.325 (PLN 8.823)	8,40%	3,20%	81,5	b.d.	3,25	68.587 (PLN 260.274)	33.842 (PLN 86.681)	b.d.	21,9 / 35,5
Włochy	39,4 tys. (PLN 149.515)	podatki	20	25 mld € (2014 r.)	3.542 (PLN 13.441)	8,90%	2,30%	83,3	3,95	5,57	99.273 (PLN 376.721)	42.402 (PLN 160.907)	53,1	22,5 / 33,4
Portugalia	31,6 tys. (PLN 119.916)	podatki	13	1,9 mld € (2018 r.)	2.888 (PLN 10.959)	9%	3%	81,2	4,6	6,3	72.320 (PLN 274.440)	29.940 (PLN 113.616)	b.d.	21,5 / 34,9
Słowacja	31,6 tys. (PLN 119.916)	ubezpieczenia zdrowotne (14%)	17	0,6 mld € (2016 r.)	2.269 (PLN 8.610)	7,10%	1,40%	77,3	3,15	5,7	61.223 (PLN 232.329)	26.091 (PLN 99.010)	35,9	15,5 / 32
Hiszpania	37,9 tys. (PLN 143.823)	podatki	19	5,7 mld € (2017 r.)	3.371 (PLN 12.792)	8,80%	2,60%	83,4	3,82	5,51	97.905 (PLN 371.530)	53.546 (PLN 203.196)	33,2	19,4 / 29,5

2

System opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta

2

System opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta

Kondycja służby zdrowia: rankingi i wyniki historyczne

Opinie pacjentów

Dostęp, leczenie i profilaktyka

Eksperti na temat ogólnej kondycji służby zdrowia w krajach porównania

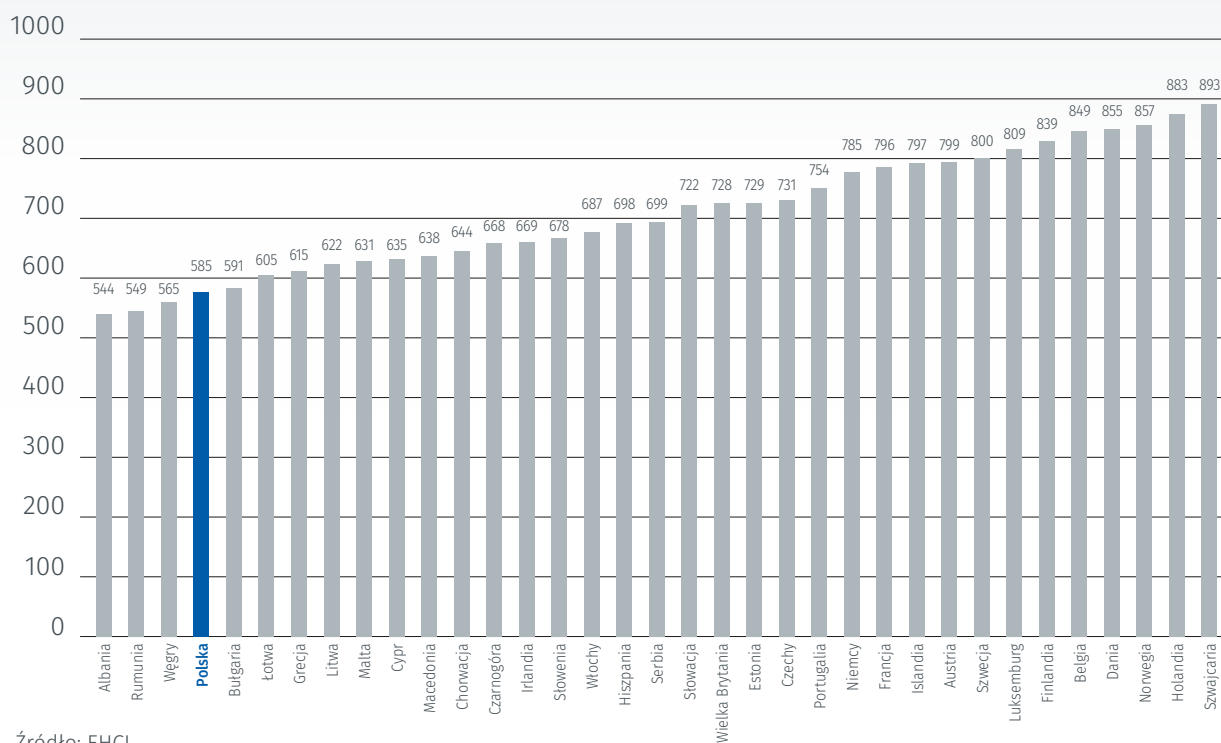
2.1 Kondycja służby zdrowia: rankingi i wyniki historyczne

a) Pozycja w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI)

„Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia” (EHCI) analizuje wskaźniki i elementy systemu ochrony zdrowia, których funkcjonowanie przekłada się na poziom zadowolenia pacjentów ze świadczeń. Raport ocenia systemy zdrowotne w oparciu o 6 głównych kategorii: prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta, dostępność (czas oczekiwania na leczenie), wyniki leczenia, zakres i zasięg świadczeń, profilaktyka, dostępność leków. EHCI, publikowany systematycznie od 2006 r. przez szwedzki think-tank Health Consumer Powerhouse, w 2013 r. został uznany przez obecnego Komisarza UE ds. Zdrowia Vytenisa Andriukaitisa za jeden z najbardziej wiarygodnych raportów tego typu.

Według „Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia” (EHCI) polski system ochrony zdrowia jest jednym z najgorszych w Europie. W 2018 r. zajęliśmy 32 miejsce na 35 badanych państwach, uzyskując 585 punktów na 1.000 możliwych¹.

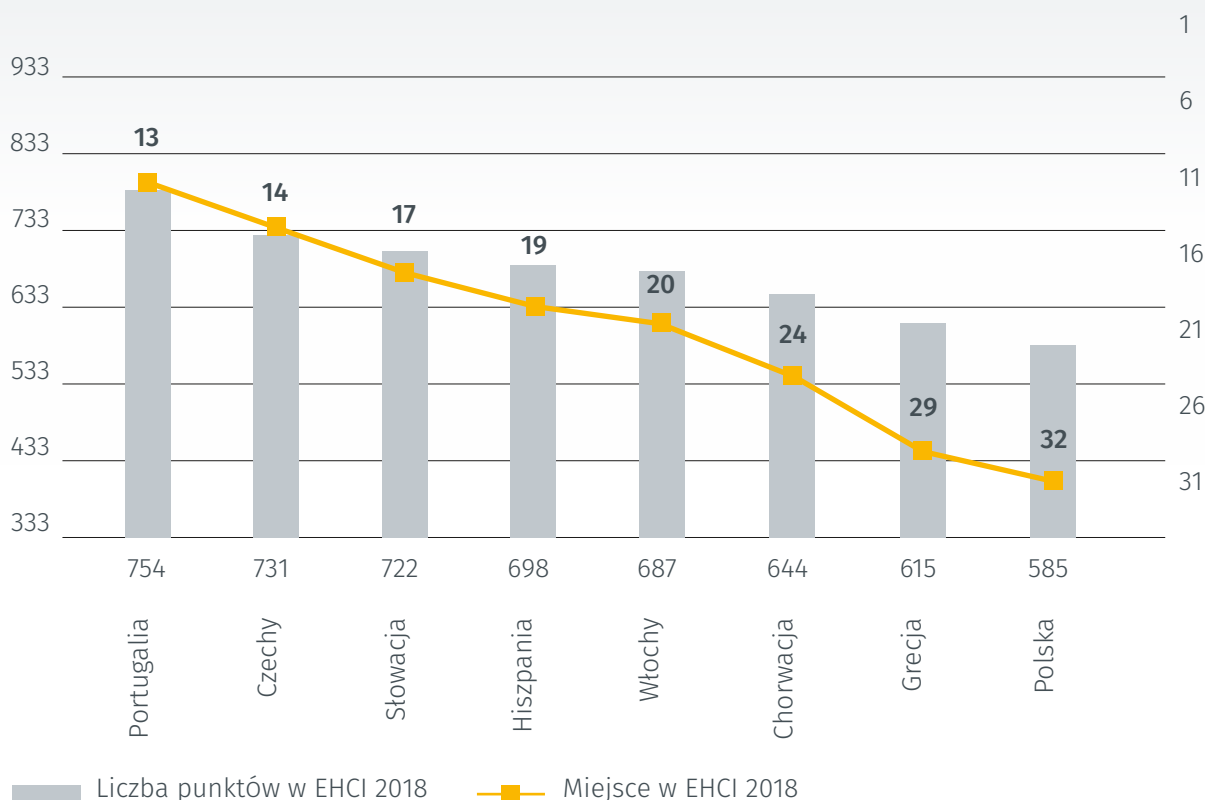
Wykres nr 1. Wyniki EHCI 2018



Źródło: EHCI

¹ Arne Björnberg, *Euro Health Consumer Index 2018. Report.*

Wykres nr 2. Polska i kraje porównania w EHCI



Źródło: EHCI

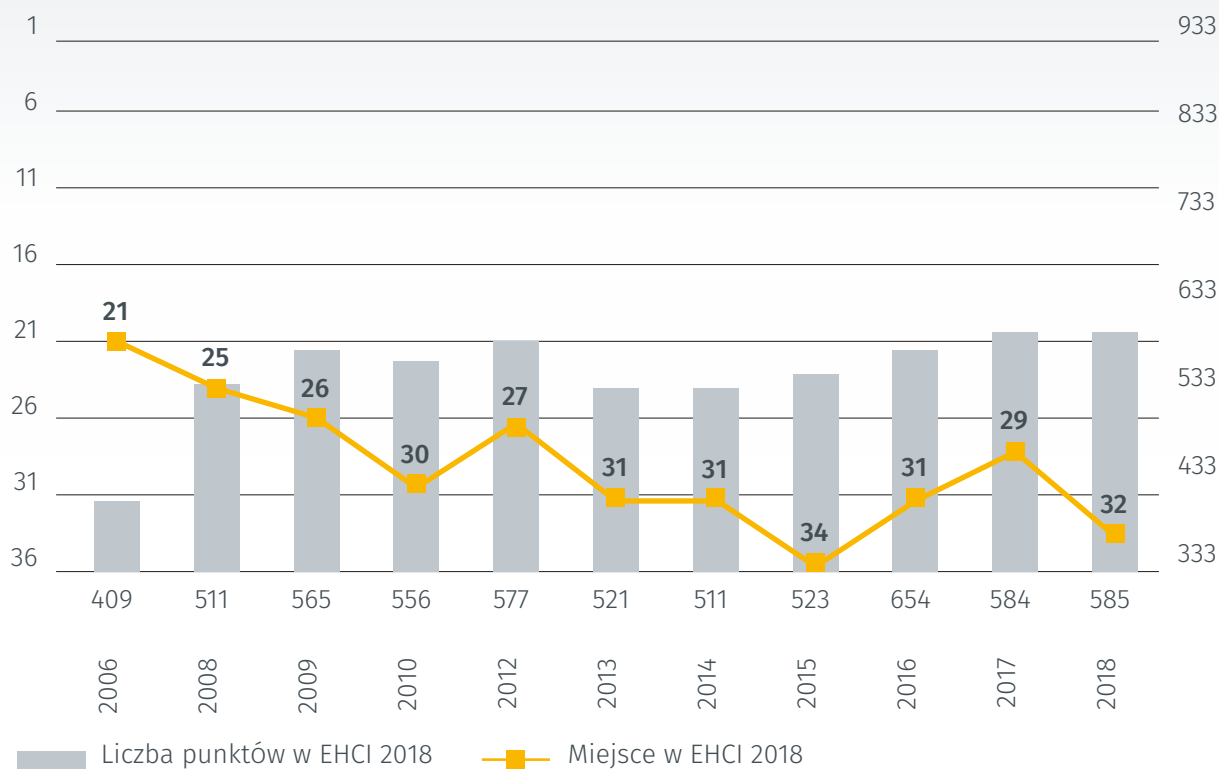
„W kilku regionach Włoch działają pilotażowe projekty z zakresu interdyscyplinarnego podejścia do leczenia pacjenta. Polegają one na zintegrowanych procedurach, obejmujących wczesną diagnozę, hospitalizację oraz rekonwalescencję”.

*Prof. **Elio Borgonovi** (Włochy), Uniwersytet Bocconi w Mediolanie*

b) Wyniki historyczne w EHCI (2006-2018)

Biorąc pod uwagę 12 lat objętych analizą Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia, można wysnuć wniosek, że w polskiej służbie zdrowia panuje względna stagnacja - ogólna sytuacja nie uległa zasadniczemu pogorszeniu, ani poprawie na przestrzeni ostatnich 10 lat. Podobna jest zarówno liczba punktów (511 w 2008 r. versus 585 w 2018 r.) jak i miejsce w zestawieniu. Miejsce Polski w rankingu (21 w 2006 r. vs 32 w 2018 r.) wynika z mniejszej liczby państw objętych badaniem w pierwszych latach, jak również z coraz lepszych wyników pozostałych państw.

Wykres nr 3. Polska w EHCI. Wyniki historyczne



Źródło: EHCI²

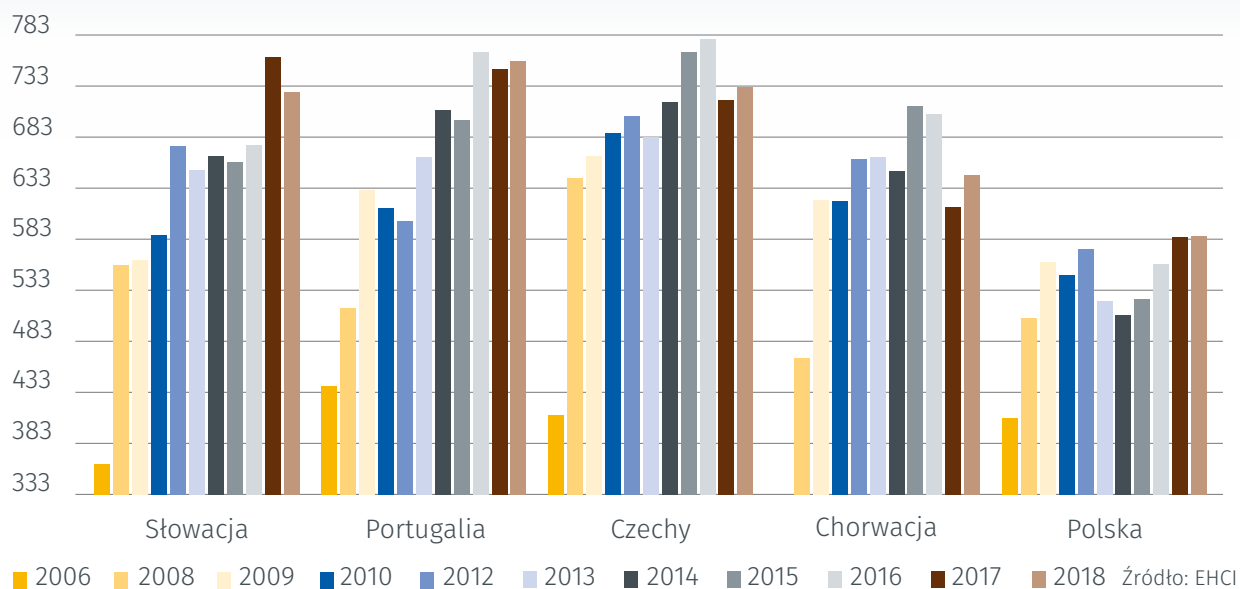
W 2017 r. Polska uzyskała 584 pkt, co pozwoliło na zajęcie 29 miejsca. W aktualnym zestawieniu wynik lepszy o 1 pkt. dał zaledwie miejsce 32, ale był Polski najlepszym rezultatem punktowym w historii badania. Zbliżony wynik udało się osiągnąć jeszcze tylko w 2012 r., wówczas liczba punktów wynosiła 577 i wystarczyła na 27 miejsce w rankingu. W latach 2012-2015 nastąpiła zapaść polskiej służby zdrowia w rankingu EHCI (spadek na 34 miejsce). Podobnie było w latach 2009-2010. Od 2015 r. obserwujemy trend wzrostowy.

Pozycja danego kraju w zestawieniu jest uzależniona nie tylko od liczby uzyskanych punktów, ale również od wyników pozostałych krajów. Stagnację polskiej służby zdrowia widać zwłaszcza w zestawieniu z krajami porównania, które w ciągu ostatnich lat dokonały największego i najszybszego postępu, czyli Słowacją, Portugalią, Czechami i Chorwacją. W 2006 r. wszystkie wymienione kraje znajdowały się w zestawieniu na tym samym poziomie około 400 pkt., najmniej punktów uzyskała Słowacja, notując jedynie 369 pkt. Te proporcje szybko uległy zmianie. W 2008 r. Słowacja wyprzedzała Polskę już o 45 pkt., natomiast w 2018 o 137 pkt.

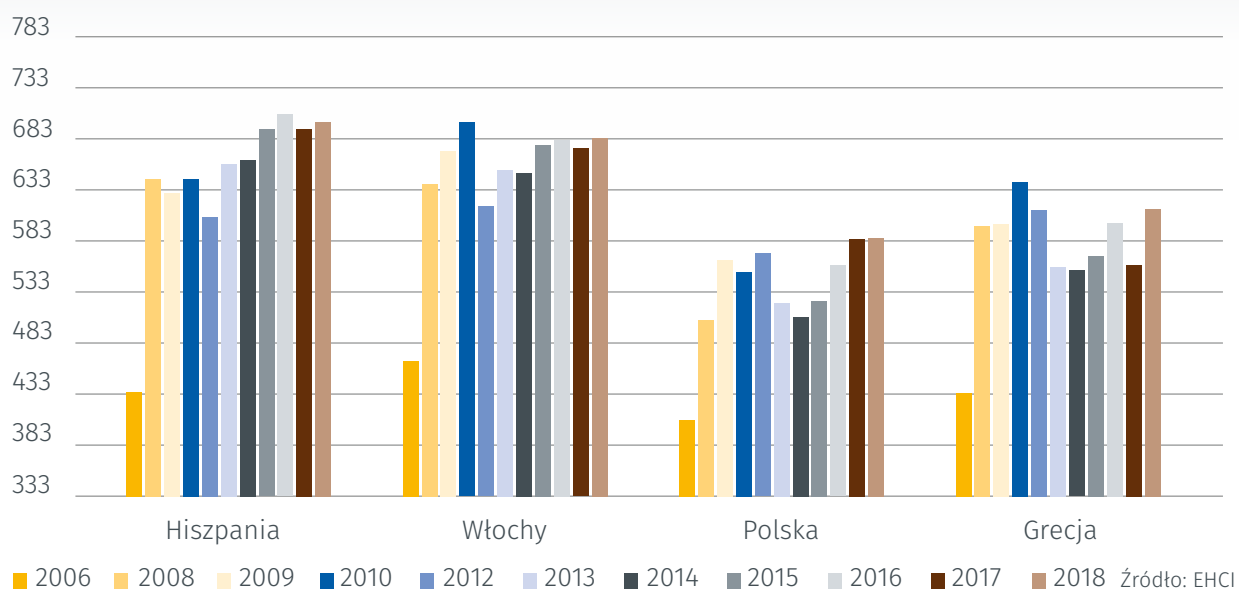
Istotną dynamikę wzrostu zanotowali również Portugalczycy. W 2008 r. zbierali zaledwie 507 pkt., czyli o 4 mniej niż Polska, by w 2018 r. osiągnąć 754 pkt. i 13 miejsce w zestawieniu, wyprzedzając nas o 169 pkt.

² W roku 2007 i 2011 nie przeprowadzono badania. Dane z 2010 r. pochodzą z Euro-Canada Health Consumer Index.

Wykres nr 4. Polska i kraje porównania z największym wzrostem punktacji w EHCI



Wykres nr 5. Polska i kraje porównania z najniższym wzrostem punktacji w EHCI



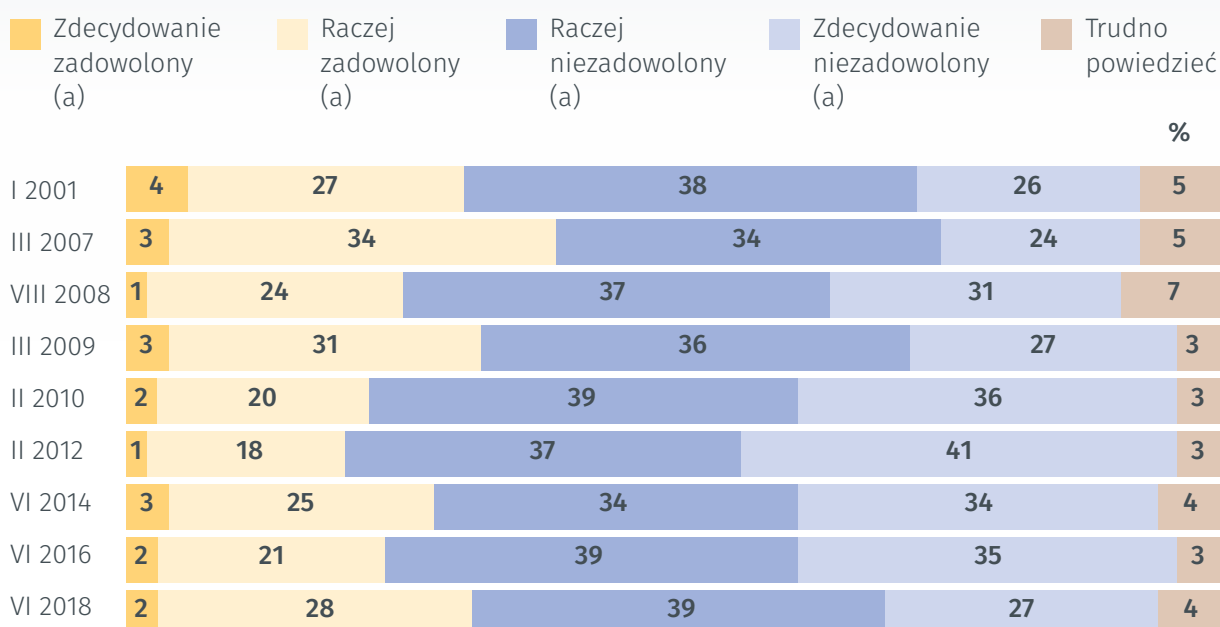
Sytuacja Hiszpanii, Włoch, Grecji, podobnie jak Polski, w ciągu ostatnich 10 lat nie uległa znaczącej poprawie. Jednak wyniki punktowe trzech wymienionych krajów były i nadal są wyższe od naszych. Co więcej, różnica między Polską a trzema krajami wzrasta. W 2006 r. wynosiła ona odpowiednio 25, 62 i 25 pkt., by w 2018 wzrosnąć odpowiednio do 113, 102 i 30 pkt.

2.2 Opinie pacjentów

Słaba pozycja polskiej służby zdrowia w Europejskim Konsumentckim Indeksie Zdrowia znajduje odzwierciedlenie w odczuciach pacjentów. W najnowszym badaniu CBOS odsetek respondentów zadowolonych ze służby zdrowia wyniósł 30 proc., co stanowi jednak wzrost o 7 pkt. proc. w stosunku do roku 2016. Niezadowolonych ze służby zdrowia jest wciąż 66 proc. Polaków, ale ich odsetek od 2016 r. spadł o 8 pkt. proc. Warto podkreślić, że zmniejszyła się liczba osób zdecydowanie niezadowolonych, z 35 proc. w 2016 r. do 27 proc. w 2018³.

Wykres nr 6. Zadowolenie z opieki zdrowotnej w Polsce

RYS. 1. CZY, OGÓLNIIE RZECZ BIORĄC, JEST PAN(I) ZADOWOLONY(A) CZY TEŻ NIEZADOWOLONY(A) Z TEGO, JAK OBECNIE FUNKCJONUJE OPIEKA ZDROWOTNA W NASZYM KRAJU?



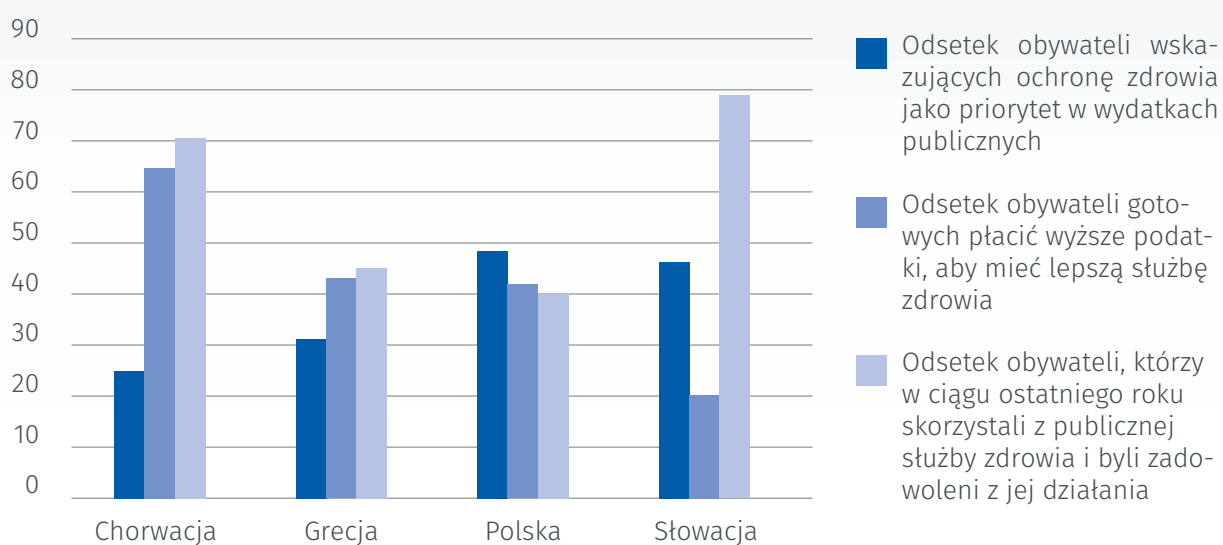
Źródło: CBOS

³ CBOS, *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej. Komunikat z badań*. Lipiec 2018.

Inne dane na temat zadowolenia ze służby zdrowia podaje Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju⁴. Według tej instytucji wśród osób, które w ostatnim roku korzystały ze świadczeń publicznej opieki zdrowotnej odsetek zadowolonych wynosi w Polsce 40 proc. Na Słowacji wynosi on 79 proc., we Włoszech i Portugalii około 90 proc., a w Hiszpanii 86 proc.⁵

Polska i Słowacja przewodzą stawce jeśli chodzi o wskazania służby zdrowia jako priorytetu dla wydatków publicznych. Jednak tylko 21 proc. Słowaków - przy 41 proc. w Polsce - zapłaciłoby wyższe podatki, aby sfinansować poprawę sytuacji w służbie zdrowia. W Grecji i Chorwacji omawiany wskaźnik jest na wyższym poziomie - odpowiednio 43 i 65 proc. - mimo że służba zdrowia ogólnie jest tam oceniana lepiej, a jako priorytet w wydatkach publicznych wskazuje ją 31 i 25 proc. respondentów.

Wykres nr 7. Zadowolenie z publicznej służby zdrowia. Polska i kraje porównania



Źródło: Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju, 2016 r..

⁴ Badanie *Life in Transition. A decade of measuring transition*. Europejski Bank Odbudowy i Rozwoju (2016).

⁵ Na podst. danych BFF Banking Group z 2015 r. i WHO z 2016 r. Por. także wyniki Raportu Komisji Europejskiej *Patients safety and quality of care* (2014).

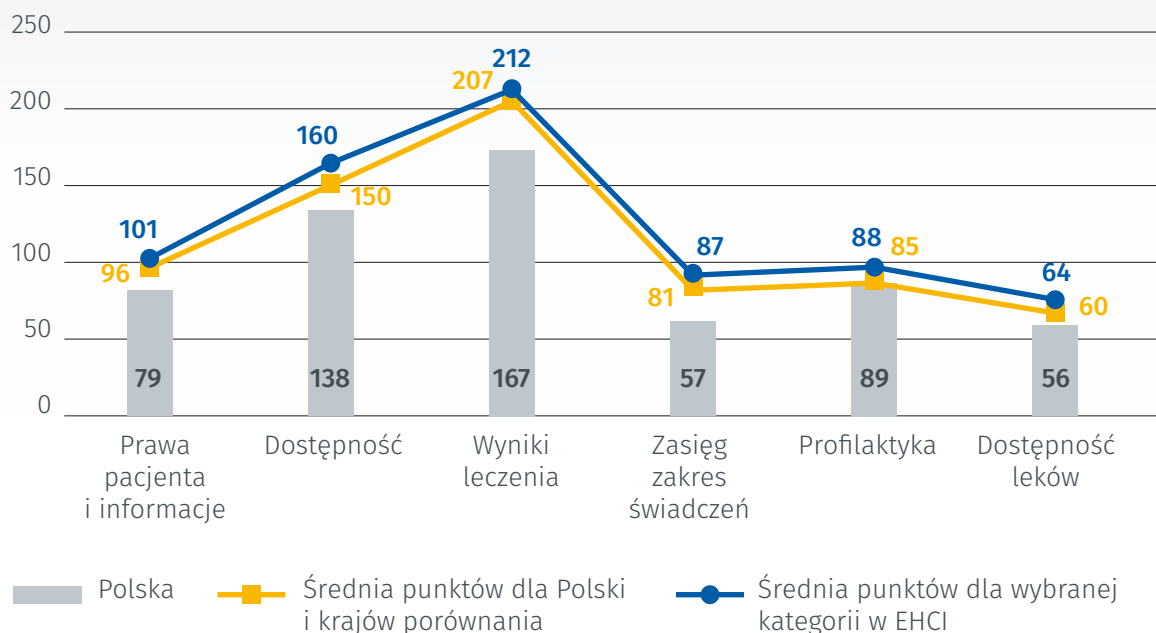
2.3 Dostęp, leczenie i profilaktyka

Według EHCI 2018 Polska służba zdrowia działa najlepiej w zakresie profilaktyki. To kategoria w zestawieniu, w której polska służba zdrowia wypadła lepiej niż średnia europejska i kraje porównania. Zdobyliśmy 89 pkt. na 125 możliwych. We wszystkich pozostałych kategoriach działanie polskiej służby zdrowia na tle krajów porównania i krajów europejskich wypadło gorzej.

Względnie najbliższej przeciętnej wartości Polska znalazła się w przypadku dostępności leków, gdzie uzyskaliśmy wynik 56 na 100 pkt. W pozostałych kategoriach wyniki polskiej służby zdrowia plasowały się zdecydowanie poniżej dwóch średnich wskaźników branych pod uwagę.

Prawa pacjenta i informacje przeznaczone dla pacjenta zostały ocenione w Polsce na 79 punktów na 125 możliwych, co jest jednym z niższych wyników w całym zestawieniu. Dostępność, czyli czas oczekiwania na leczenie, przełożył się na 138 pkt. na 225 możliwych. W przypadku wyników leczenia Polska uzyskała 167 pkt. na 300, co sytuuje ją w końcówce zestawienia. Zasięg i zakres świadczeń został oceniony w Polsce zaledwie na 57 przy 125 pkt. możliwych do zdobycia, czyli poniżej średniej.

Wykres nr 8. Średnie wyniki w głównych kategoriach EHCI. Polska i kraje porównania



Źródło: obliczenia własne na podst. EHCI 2018

a) Dostęp do służby zdrowia

Polska wyraźnie odstaje od krajów porównania, a także od średniej dla wszystkich krajów UE, w dwóch najważniejszych kategoriach w EHCI: dostępności świadczeń i wyników leczenia⁶. W fundamentalny sposób rzutują one na kondycję służby zdrowia i poziom zadowolenia pacjentów.

„Niskie nakłady publiczne na sektor ochrony zdrowia w Polsce powodują niedoinwestowanie placówek ochrony zdrowia oraz limitowanie świadczeń. Tu kryje się przyczyna kolejek, w szczególności do poradni specjalistycznych”.

Dr. Jerzy Gryglewicz (Polska), Uczelnia Łazarskiego

Na „dostępność świadczeń” składa się 6 podkategorii. Spośród nich jedynie dostęp do lekarza rodzinnego oceniono w Polsce jako dobry, przyznając maksymalną liczbę punktów.

Trzy kolejne podkategorie, czyli dostęp do lekarza specjalisty bez skierowania, czas oczekiwania na tomograf komputerowy i leczenie psychiatryczne dzieci, uznano za średnie. Najgorzej sytuacja wygląda w przypadku czasu oczekiwania na planowe zabiegi chirurgiczne oraz terapię antyrakową⁷. Ocena na poziomie 1 pkt. oznacza, że w ponad 50% przypadków np. na operację biodra czeka się powyżej 90 dni, a na terapię antyrakową – ponad 21 dni.

„W Polsce mamy do czynienia z ograniczoną dostępnością do świadczeń, w tym do tak ważnej diagnostyki. Wynika to m.in. z braków wśród kadry medycznej i małej liczby absolwentów kierunków medycznych, niewłaściwie rozłożonego ciężaru finansowania świadczeń oraz niedopasowania oferty świadczeń do rzeczywistych potrzeb”.

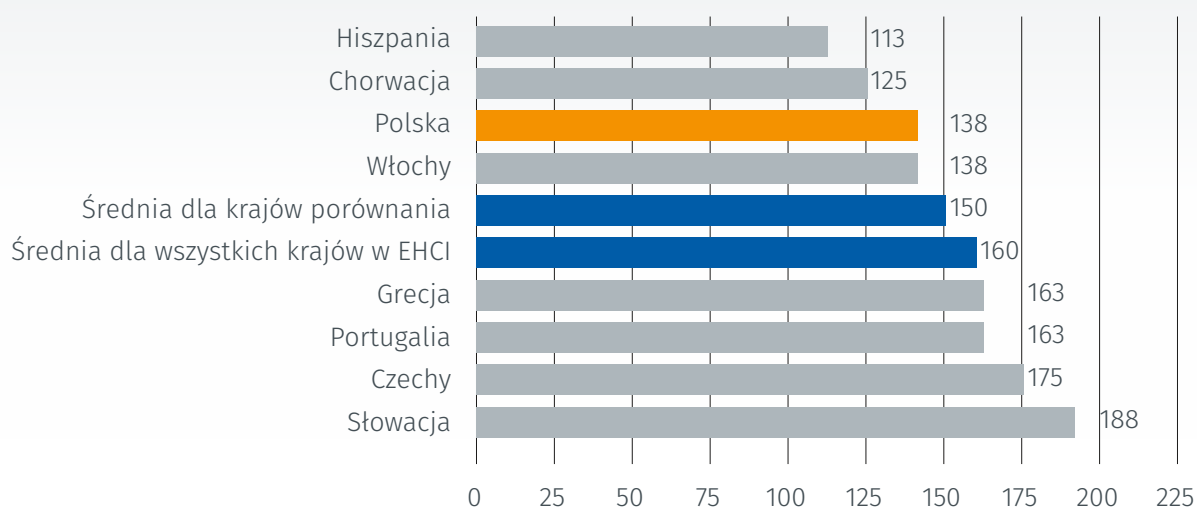
Prof. dr hab. Maria Węgrzyn (Polska), Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

⁶ Te dwie kategorie charakteryzują się najwyższym „współczynnikiem wagowym” w zestawieniu EHCI. W sumie można za nie uzyskać 525 pkt. na 1000 możliwych. Zob. Arne Björnberg, *Euro Health Consumer Index 2018. Report* s. 44.

⁷ Średni czas oczekiwania na świadczenie w kwietniu i maju 2018 r. wynosił aż 3,7 miesiąca i od połowy 2017 r. wydłużył się o 6 miesięcy. Zob. Watch Health Care, *Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce*. Warszawa, czerwiec 2018.

Wśród krajów porównania zdecydowanie najlepszy dostęp do służby zdrowia jest w Czechach i na Słowacji.

Wykres nr 9. Dostępność leczenia. Polska i kraje porównania



Źródło: EHCI 2018

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperti z krajów porównania ocenili wpływ kolejek do specjalistów na działanie służby zdrowia w ich krajach. Okazało się, że kolejki są największym wyzwaniem w Polsce, a najmniejszym w Grecji.

Tabela 2. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma długi czas oczekiwania na leczenie? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓		✓	
Średni	✓	✓		✓
Mały				✓
Żaden				

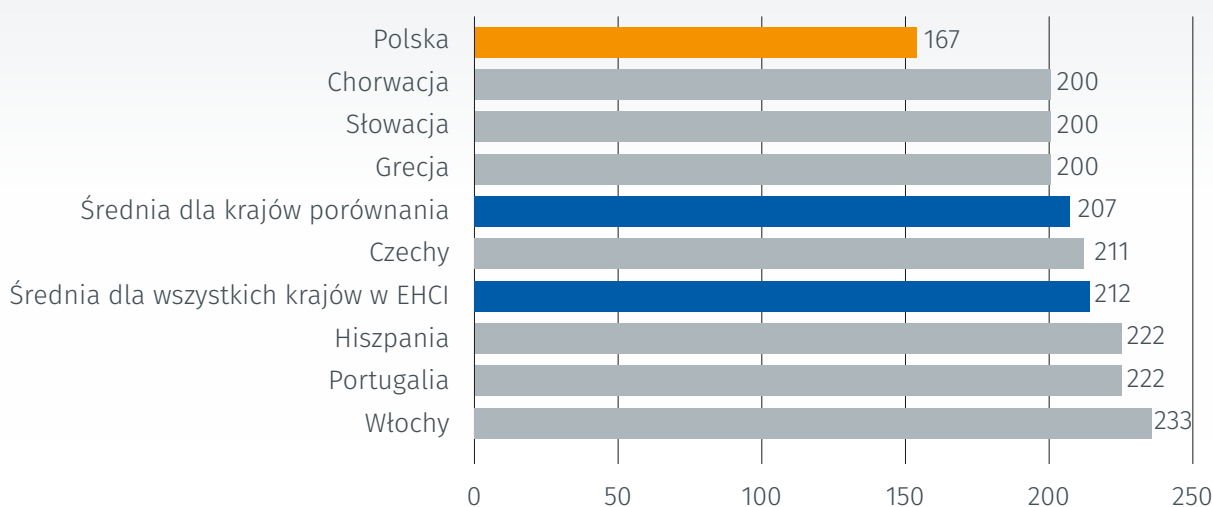
b) Wyniki leczenia

W kategorii „wyniki leczenia” Polska wypadła o tyle lepiej, że najgorszą notę przyznano nam tylko w jednym przypadku: leczenia raka. Oznacza to, że w Polsce mniej niż 60 proc. chorym udaje się pokonać chorobę. Dobrą ocenę również uzyskaliśmy tylko w jednej podkategorii: zawałach serca. Najwyższa ocena świadczy o tym, że w Polsce w ciągu 30 dni od przyjazdu do szpitala umiera mniej niż 6 proc. pacjentów z zawałem.

Pozostałe wskaźniki – śmiertelność pacjentów z udarem mózgu, śmiertelność wśród dzieci, śmiertelność osób poniżej 65 r.ż., zakażenia gronkowcem złocistym – wypadły na średnim poziomie. Mimo tego, wśród krajów porównania znaleźliśmy się na ostatnim miejscu.

Pod względem wyników leczenia wśród krajów porównania prym wiodą kraje Europy Południowej. Ich wyniki byłyby jeszcze lepsze, gdyby nie m.in. szpitalne zakażenia gronkowcem złocistym. Czechy jako jedyny kraj Europy Środkowo-Wschodniej osiągnęły wynik zbliżony do średniej europejskiej.

Wykres nr 10. Wyniki leczenia. Polska i kraje porównania



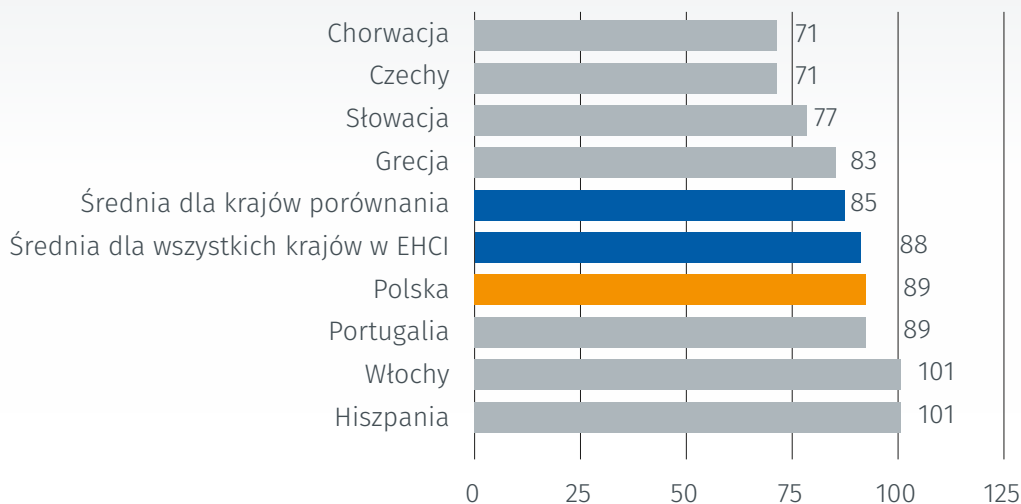
Źródło: EHCI 2018

c) Profilaktyka

W zestawieniu z krajami porównania Polska osiągnęła najlepszy wynik w zakresie profilaktyki. Pozwoliło jej to nieznacznie przekroczyć średnią w tej kategorii dla wszystkich krajów europejskich. Najwyżej oceniono nasze programy szczepień dziecięcych (objętych jest nimi co najmniej 95% dzieci), aktywności fizycznej dzieci i młodzieży (liczba godzin WF-u w szkołach), oraz profilaktyki wirusa HPV (specjalne, darmowe programy szczepień dla nastolatków). Na średnim poziomie pozostaje profilaktyka alkoholowa i papierosowa.

Równie źle oceniono walkę z nadciśnieniem. Jeden punkt oznacza, że w Polsce ponad 30 proc. osób powyżej 18 r.ż. ma ciśnienie wyższe niż 140/90. Pod względem profilaktyki w zestawieniu znów przewodzą trzy kraje Europy Południowej. Hiszpania i Włochy nie mają słabych punktów jeśli chodzi o programy zapobiegania chorobom. Powyżej średnich wartości znalazła się jeszcze tylko Polska. Zaskakująco słabo w tej kategorii wypadły Czechy i Słowacja. Na końcu zestawienia uplasowała się Chorwacja.

Wykres nr 11. Profilaktyka. Polska i kraje porównania

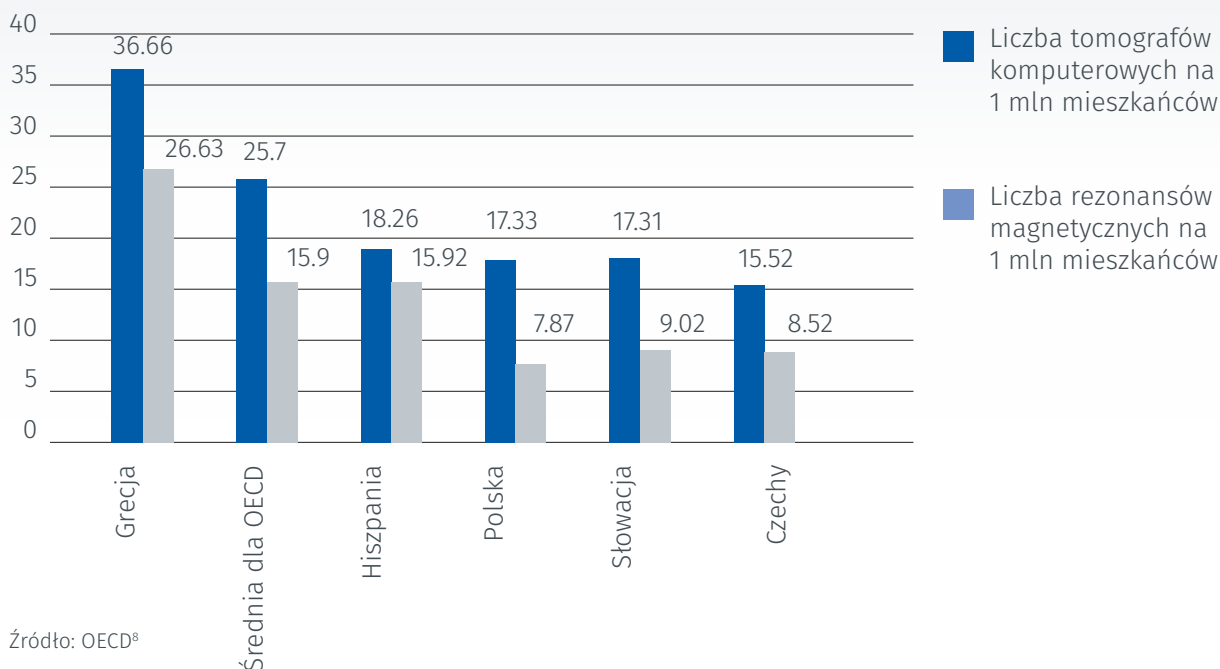


Źródło: EHCI 2018

d) Diagnostyka

Wśród krajów porównania Polska, Czechy i Słowacja, które przystąpiły do UE w 2004 r. mają zdecydowanie mniej nowoczesnych urządzeń diagnostycznych niż kraje „starej Unii”. Daleko im również do średnich wartości OECD. W oczy rzuca się zwłaszcza dysproporcja w zakresie liczby rezonansów magnetycznych.

Wykres nr 12. Dostępność nowoczesnych urządzeń diagnostycznych w Polsce i krajach porównania, 2016

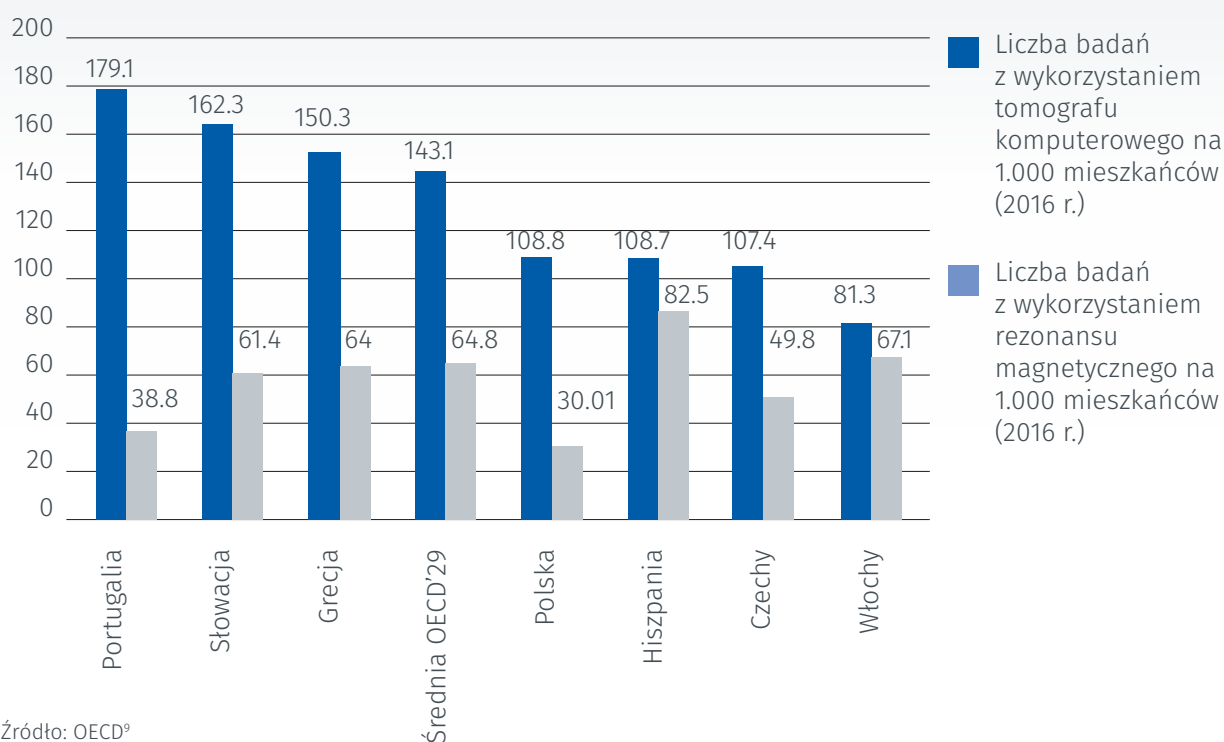


Jednak ilość urządzeń nie determinuje bezpośrednio liczby wykonywanych badań diagnostycznych. Włosi posiadają więcej nowoczesnego sprzętu niż przeciętnie kraje OECD, ale wykonują na nim zdecydowanie mniej badań niż wynosi średnia OECD, dotyczy to zwłaszcza tomografów. Na drugim biegunie znajduje się Słowacja, gdzie urządzeń jest niewiele, ale liczba badań zdecydowanie przekracza lub wyrównuje średnie wartości dla krajów OECD.

Polska na tle krajów porównania wykorzystuje dostępne urządzenia dosyć efektywnie. W naszym kraju przeprowadza się więcej badań z wykorzystaniem tomografu niż we Włoszech i Hiszpanii, mimo, że kraje te dysponują większą liczbą urządzeń. Natomiast pod względem badań rezonansem Polska wypada zdecydowanie najgorzej wśród krajów porównania i niemal najgorzej wśród badanych krajów OECD.

⁸ Włochy i Portugalia nie zostały uwzględnione na wykresie ze względu na dostępność danych jedynie dla lat 2015 i 2008.

Wykres nr 13. Wykorzystanie nowoczesnych urządzeń diagnostycznych w Polsce i krajach porównania



Źródło: OECD⁹

2.4 Eksperti na temat ogólnej kondycji służby zdrowia w krajach porównania

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperti z krajów porównania ocenili ogólną kondycję służby zdrowia w ich krajach.

Tabela 3. Ogólna kondycja służby zdrowia w krajach porównania

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Bardzo dobra				
Dobra	✓	✓		
Przeciętna		✓	✓	✓
Zła			✓	
Bardzo zła				

⁹ Dane dla Portugalii uwzględniają jedynie sprzęt szpitalny.

Eksperti określili również obszary służby zdrowia działające najlepiej i najgorzej w ich krajach. Wśród zalet systemów zdrowotnych Eksperti wymieniali często powszechność. Natomiast do bolączek zaliczali m.in. niedobór kadr medycznych i wykwalifikowanych menedżerów oraz niskie nakłady.

GRECJA

Obszary służby zdrowia działające najlepiej

System e-recepta

Analityka danych

Dostęp do służby zdrowia dla osób najgorzej zarabiających i najbiedniejszych

Brak ograniczeń w dostępie do najdroższych terapii

Dostęp do opieki szpitalnej dla imigrantów i uchodźców

Największe bolączki służby zdrowia

Obniżone nakłady publiczne i prywatne w związku z sytuacją ekonomiczną kraju

Trudności z organizacją pracy szpitali publicznych związane z brakami kadrowymi i ograniczeniami finansowymi

Mechanizmy zamówień publicznych w szpitalach

Słabe wykorzystanie POZ

WŁOCHY

Obszary służby zdrowia działające najlepiej

Powszechność systemu

Zintegrowany system leczenia

Specjalistyczna kadra medyczna

Wysoki poziom leczenia szpitalnego

Zaawansowanie technologiczne, zwłaszcza w regionach północnych

Największe bolączki służby zdrowia

Rozwój chorób przewlekłych - brak systemowego podejścia do ich leczenia i luki kompetencyjne personelu medycznego w tym zakresie

Zróżnicowanie geograficzne (północ vs południe) w standardach leczenia

Brak inwestycji w profilaktykę

Braki kadrowe wśród pielęgniarek i lekarzy, starzenie populacji zawodowej

POLSKA

Obszary służby zdrowia działające najlepiej	Ratownictwo medyczne
	Kardiologia interwencyjna i inwazyjna
	Neonatologia
	POZ
	Procedury wysokospecjalistyczne
	Realizacja świadczeń na wysokim poziomie
	Informacja o świadczeniodawcach i zakresie realizowanych usług
	Świadczenia udzielane w placówkach prywatnych
	Największe bolączki służby zdrowia
	Niskie nakłady
	Większość środków przeznaczana na leczenie szpitalne
	Brak spójnej wizji rozwoju systemu opieki zdrowotnej
	Ograniczona dostępność świadczeń
	Zbyt niskie nakłady na profilaktykę i promocję zachowań prozdrowotnych
	Brak kampanii społecznych nt. konieczności podnoszenia składki na ubezpieczenie zdrowotne
	Niskie kompetencje menedżerskie kadry zarządzającej
	Brak możliwości dopłat do świadczeń
	Mało programów koordynowanej opieki zdrowotnej

PORTUGALIA

Obszary służby zdrowia działające najlepiej

Dostępność i powszechność systemu

Główne wskaźniki zdrowia na wysokim poziomie

Programy zdrowotne zapewniające pełne i bezpłatne świadczenia chorym na raka, na choroby rzadkie i przewlekłe

Największe bolączki służby zdrowia

Zbyt niskie nakłady i system finansowany z podatków zamiast ze składek

Niskie kompetencje menedżerskie kadry zarządzającej

System „szpitalocentryczny”, za małe wykorzystanie opieki ambulatoryjnej

3

Ograniczenia systemu. Aktywa i zobowiązania szpitali

3

Ograniczenia systemu. Aktywa i zobowiązania szpitali

Polacy o sytuacji służby zdrowia

Nakłady na służbę zdrowia per capita

Publiczne i prywatne nakłady na służbę zdrowia

System współfinansowania świadczeń

Zadłużenie służby zdrowia

Plany zwiększenia publicznych nakładów na służbę zdrowia w Polsce

Efektywność służby zdrowia

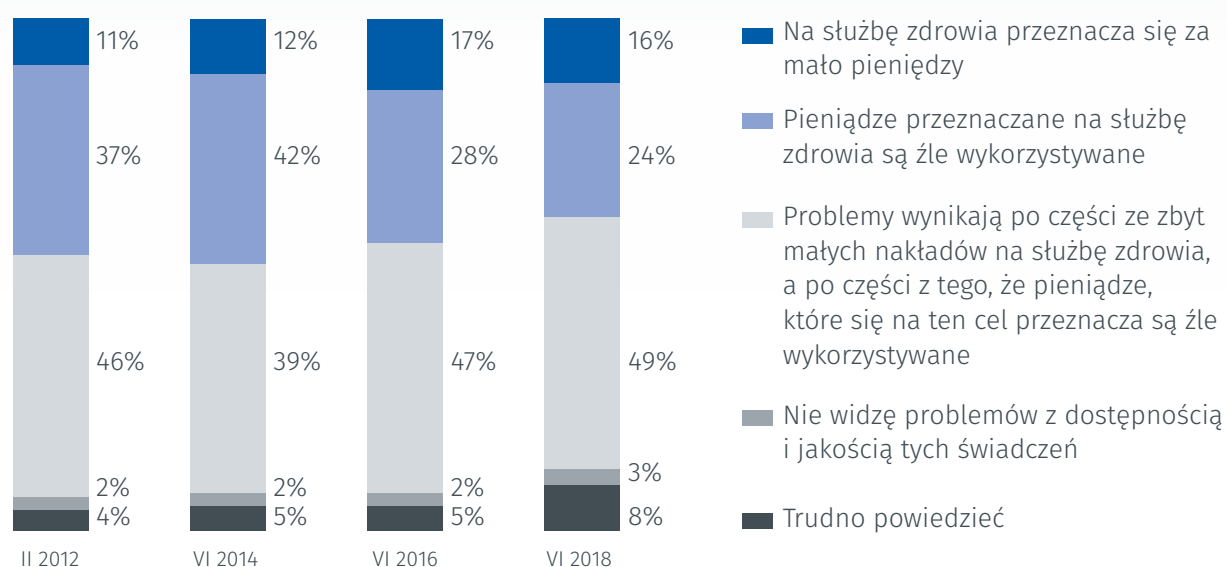
Eksperti o kondycji finansowej i zadłużeniu służby zdrowia

3.1 Polacy o sytuacji służby zdrowia

Badając opinie Polaków na temat służby zdrowia, CBOS zadaje pytanie, o kondycję służby zdrowia. 16 proc. respondentów uważa, że jej problemy wynikają z niedofinansowania, a 49 proc., że przyczyną jest po części niedofinansowanie, po części zaś nieumiejętne wydatkowanie pieniędzy. W ciągu ostatnich 6 lat spadła liczba respondentów, którzy przyczyn obecnej sytuacji upatrują w złym zarządzaniu i organizacji, na rzecz niedofinansowania służby zdrowia.

Wykres nr 14. Polacy o przyczynach złej sytuacji w służbie zdrowia

Niektórzy narzekają na problemy z dostępnością i jakością świadczeń uzyskiwanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Czy, w Pana(i) ocenie, problemy wynikają z tego, że:



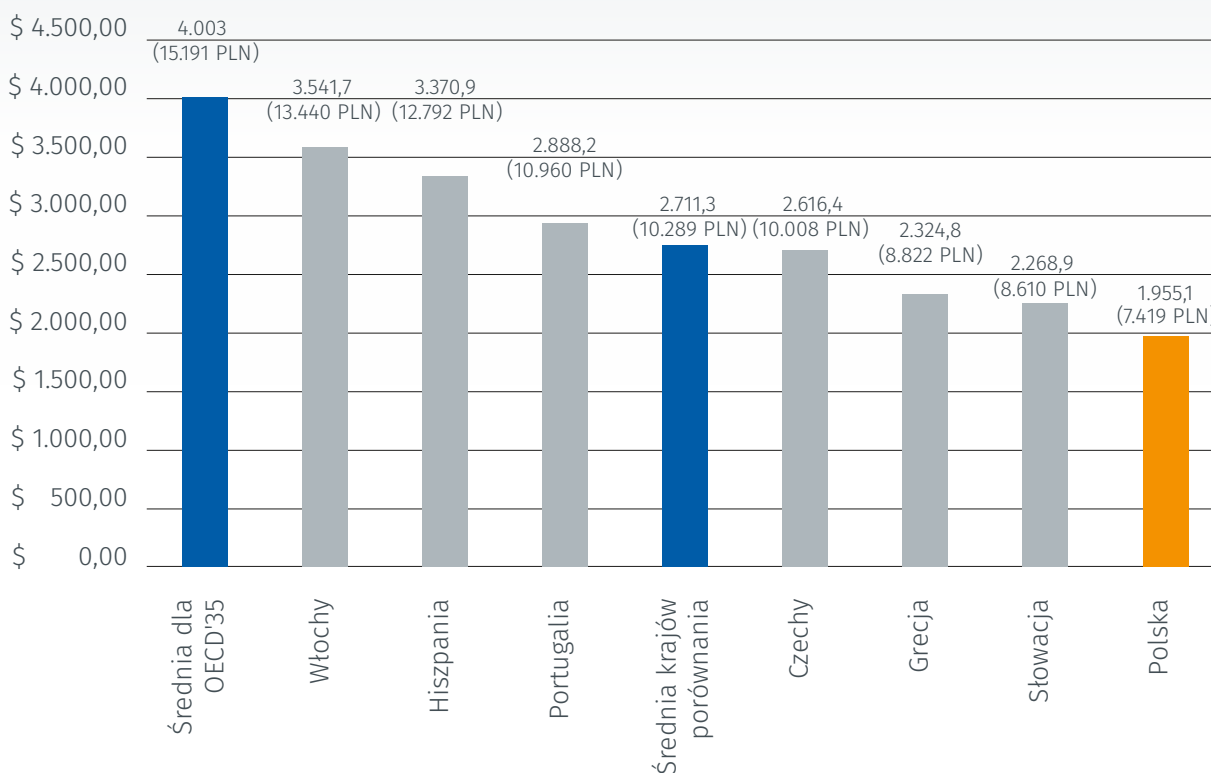
Źródło: CBOS

3.2 Nakłady na służbę zdrowia per capita

a) Sytuacja aktualna

W 2017 r. na ochronę zdrowia każdego obywatela państwo polskie przeznaczało prawie 2.000 dol. (z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej, PPP). Jest to nie tylko najniższa kwota w grupie krajów porównania,¹⁰ ale jedna z najniższych wśród wszystkich krajów OECD. W Europie mniej na lecznictwo przeznacza jedynie Łotwa. W 2016 r. średnia dla krajów porównania wyniosła 2 711 dol., a dla OECD 4.003 dol.¹¹

Wykres nr 15. Wydatki na służbę zdrowia, na osobę per capita wg parytetu siły nabywczej. Polska i kraje porównania



Źródło: OECD 2017

Na potrzeby niniejszego raportu Ekspersi z krajów porównania ocenili wpływ niskiego poziomu finansowania na kondycję służby zdrowia w ich krajach. Okazało się, że niski poziom finansowania jest najbardziej widoczny w Grecji, a mniej w Portugalii.

¹⁰ Dane OECD nie uwzględniają Chorwacji, ponieważ nie należy ona do członków tej organizacji.

¹¹ *Health at Glance 2017*, OECD, s. 133.

Tabela 4. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niski poziom finansowania ochrony zdrowia? Odpowiedzi Ekspertów

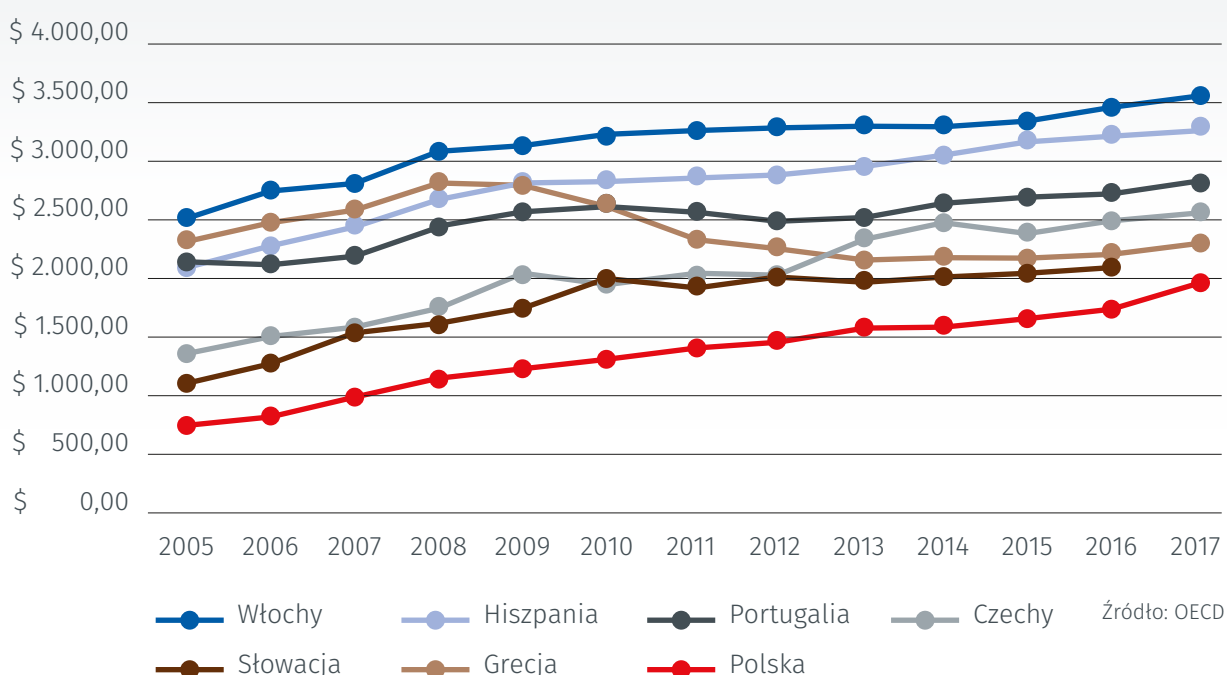
Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓		✓	✓
Średni	✓	✓	✓	
Mały				
Żaden				

b) Wyniki historyczne

Biorąc pod uwagę wysokość nakładów w roku 2005 i 2017, okazuje się, że Polska zanotowała spektakularny skok. Suma wydatków w przeliczeniu na jednego mieszkańca wzrosła u nas o 142 proc. Porównywalną zwyżkę, o 107 proc. zanotowała jedynie Słowacja. W pozostałych krajach nakłady nie rosły już tak dynamicznie, lecz i tak były kilkudziesięcioprocentowe. Mimo tak dużego skoku Polska nadal znajduje się w ogonie krajów porównania. Niestety, wciąż nie udało nam się zniwelować początkowej różnicy. W 2005 r. wszystkie kraje, łącznie z naszymi południowymi sąsiadami, na służbę zdrowia wydawały znacznie więcej niż Polska.

Osobnym przypadkiem pozostaje Grecja, która jeszcze do 2009 r. plasowała się w czołówce krajów porównania. W konsekwencji kryzysu ekonomicznego nakłady na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca spadły tam praktycznie do poziomu z 2005 r. Mimo to wciąż są wyższe niż w Polsce.

Wykres nr 16. Dynamika nakładów per capita na służbę zdrowia w Polsce i krajach porównania

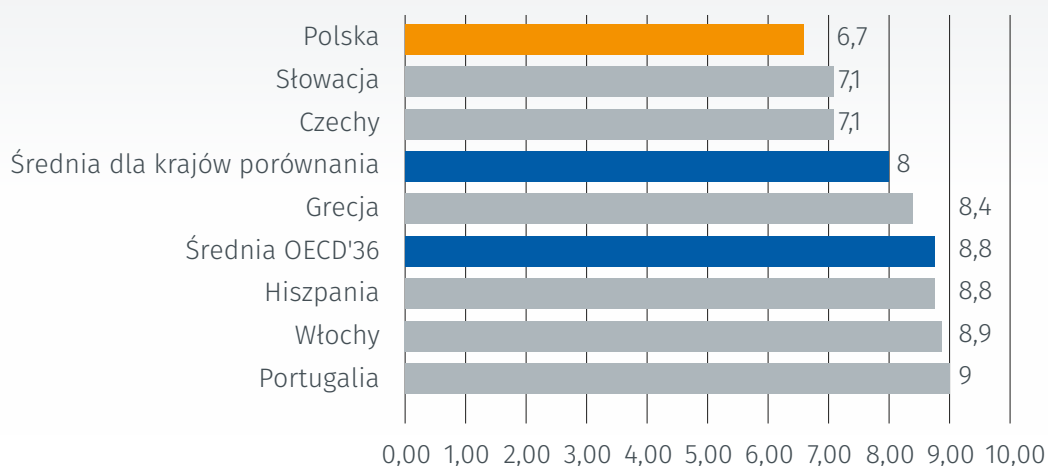


3.3 Publiczne i prywatne nakłady na służbę zdrowia

a) Nakłady publiczne i prywatne

W relacji do PKB Polska przeznacza na służbę zdrowia mniej środków na tle krajów porównania. Widać to szczególnie w zestawieniu z państwami Europy Południowej, które na lecznictwo wydają o około 2 proc. PKB więcej niż Polska. Zdecydowanie mniejszy dystans dzieli nas od Czechów i Słowaków, którzy przeznaczają na ten cel o niecałe 0,5 proc. PKB więcej.

Wykres nr 17. Odsetek PKB przeznaczany na ochronę zdrowia. Polska i kraje porównania



Źródło: OECD 2017

b) Nakłady publiczne

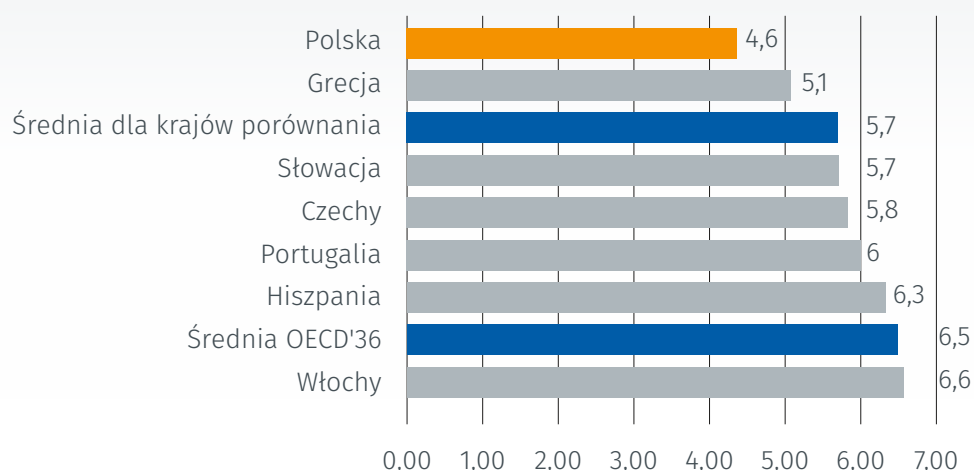
Struktura nakładów publicznych i prywatnych na opiekę zdrowotną wyraźnie różnicuje kraje porównania, gdy poddamy ją bardziej wnikliwej analizie.

„W Polsce szeroko rozumian system ochrony zdrowia jest największym sektorem gospodarki, w którym pracuje ok 11 proc. obywateli kraju. Każde zasilenie tego systemu pobudza rozwój gospodarki narodowej”.

*dr **Piotr Warczyński** (Polska), lekarz, menedżer,
wykładowca akademicki*

Biorąc pod uwagę nakłady publiczne Polska okazuje się krajem, który na służbę zdrowia wydaje najmniej - zaledwie 4,6 proc. PKB. Nasz kraj również w tej kategorii został zdystansowany przez Włochy, Hiszpanię i Portugalię, przeznaczające z budżetu na ochronę zdrowia co najmniej 6 proc. PKB. Zestawienie nakładów publicznych pokazuje, że tracimy dystans również do naszych sąsiadów. Czechy i Słowacja wyprzedzają nas już o ponad 1 pkt. proc. Zbliżenie się naszego kraju do Grecji nie powinno napawać optymizmem, ponieważ kraj z Półwyspu Bałkańskiego nadal odczuwa finansowe skutki kryzysu ekonomicznego.

Wykres nr 18. Odsetek PKB przeznaczany na ochronę zdrowia w Polsce i krajach porównania. Nakłady publiczne



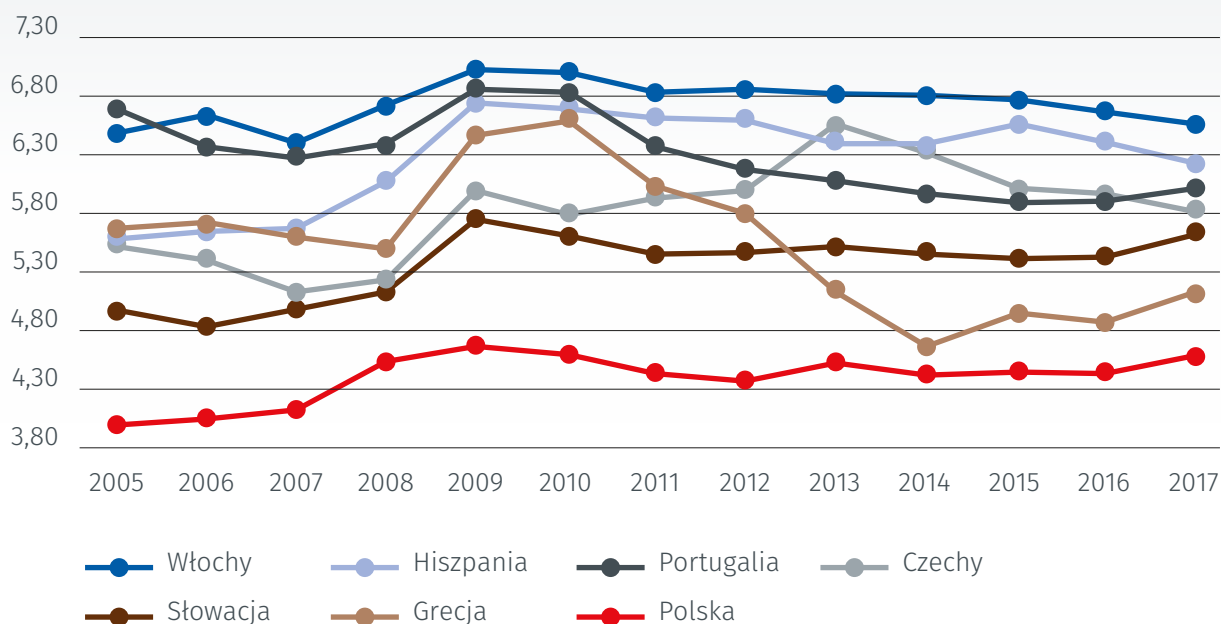
Źródło: OECD 2017

W Polsce wydatki budżetowe na lecnictwo jako proc. PKB były najniższe wśród krajów porównania nie tylko w 2017 r., ale również w ciągu ostatnich 12 lat. Działo się tak mimo faktu, że od 2005 r. Polska zanotowała wzrost o 0,6 pkt. proc. To trzeci najwyższy wynik po Hiszpanii (0,8 pkt. proc.) i Słowacji (0,7 pkt. proc.). Jednakże kraje te już „na starcie” miały wyższe nakłady, więc różnica między nimi a Polską ciągle wzrasta.

Natomiast zmniejszamy dystans wobec krajów, gdzie w latach 2005-2017 nakłady budżetowe spadły (Portugalia, -0,7 pkt. proc.; Grecja, -0,5 pkt. proc.) lub wzrosły tylko minimalnie (Włochy, 0,1 pkt. proc.; Czechy, 0,2 pkt. proc.). Jednak dogonienie krajów porównania zajęłoby Polsce dekady.

Warto przy tym odnotować, rozbieżność trendów w nakładach per capita i nakładach jako odsetek PKB. Te pierwsze systematycznie rosną we wszystkich krajach porównania, podczas gdy te drugie rosną jedynie w trzech państwach: Polsce, Słowacji i Hiszpanii.

Wykres nr 19. Dynamika wydatków na ochronę zdrowia. Odsetek PKB, środki publiczne



Źródło: OECD

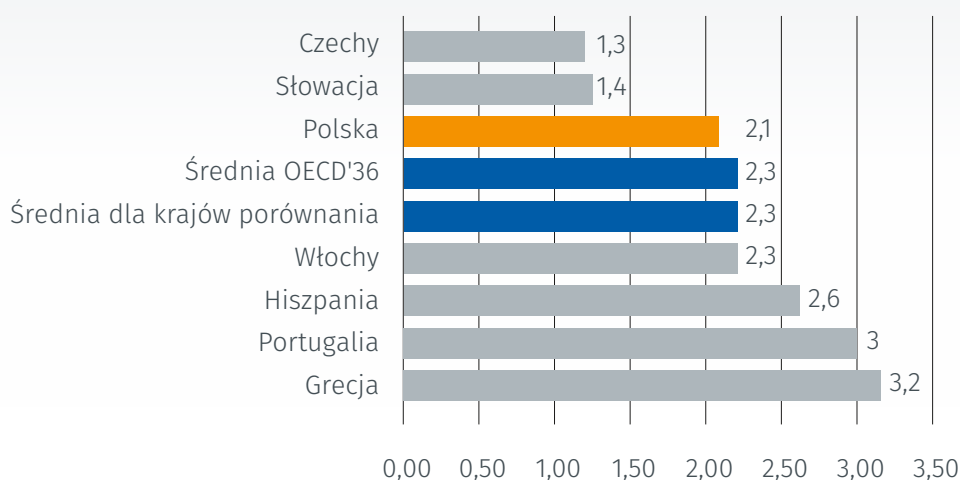
Tabela 5. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niski poziom publicznego finansowania ochrony zdrowia? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓	✓	✓	✓
Średni	✓			
Mały				
Żaden				

c) Nakłady prywatne

Nieco inaczej wygląda zestawienie krajów porównania analizowanych w tym raporcie, gdy weźmiemy pod uwagę udział nakładów prywatnych, czyli pochodzących z kieszeni pacjenta, na ochronę zdrowia jako odsetek PKB. Najwięcej, bo aż 3,2 proc. pacjenci dokładają do publicznej służby zdrowia w Grecji. W efekcie, kraj ten wysoki poziom nakładów łącznych zawdzięcza transferom prywatnym. W krajach Europy Południowej oraz w Polsce środki pozabudżetowe także stanowią istotne uzupełnienie wydatków publicznych.

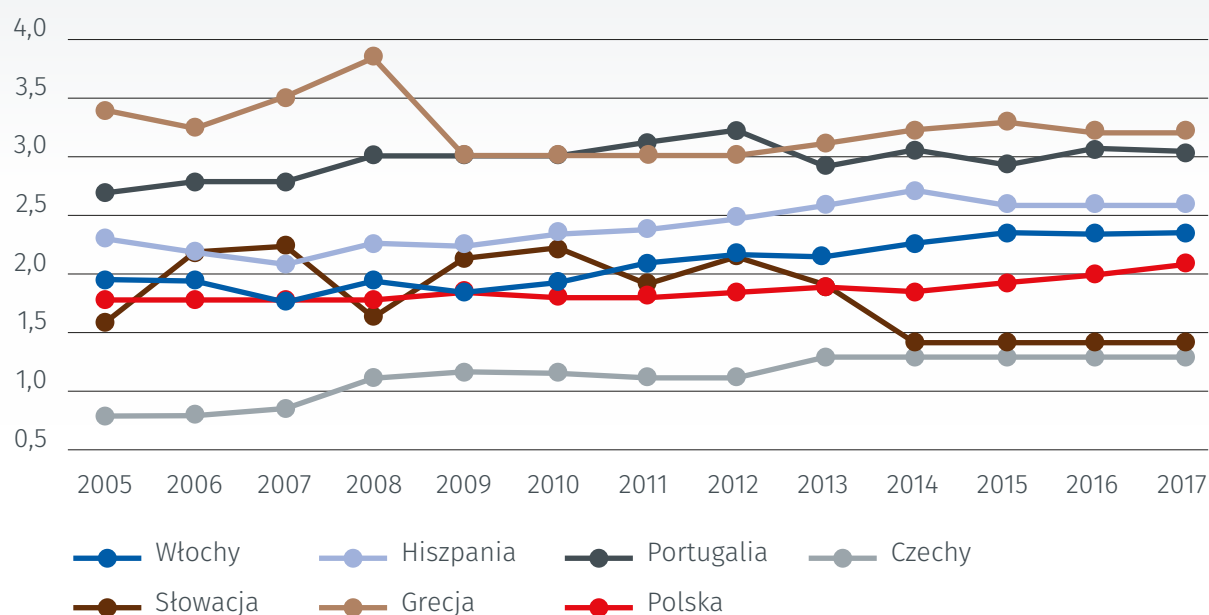
Wykres nr 20. Odsetek PKB przeznaczany na ochronę zdrowia w Polsce i krajach porównania. Nakłady prywatne



Źródło: OECD 2017

Wśród krajów porównania wysoki udział środków prywatnych, takich jak dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i pakiety medyczne, w finansowaniu służby zdrowia jest charakterystyczny przede wszystkim dla bogatszych krajów Europy Południowej. W ostatnich latach największy wzrost w tym zakresie zanotowały jednak Czechy (0,5 pkt. proc.), które pod tym względem w 2005 r. znajdowały się na najniższym poziomie wśród krajów porównania. Znaczny wzrost utrzymują również Włochy i Hiszpania (0,4 pkt. proc.), gdzie udział nakładów prywatnych był względnie wysoki. Na uwagę zasługuje spadek finansowania prywatnego na Słowacji w ostatnich 6 latach (-0,2 pkt. proc.). Polska przez ostatnich 12 lat notowała niewielkie wzrosty finansowania prywatnego (0,3 pkt. proc.).

Wykres nr 21. Dynamika wydatków na ochronę zdrowia. Odsetek PKB, środki prywatne

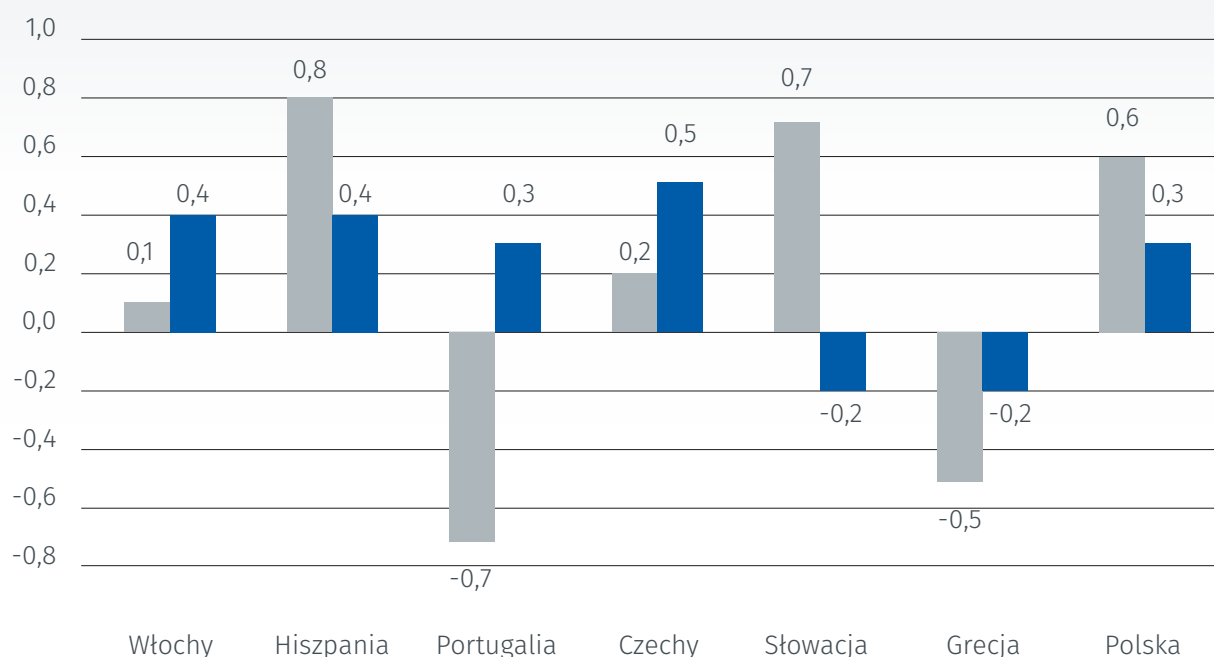


Źródło: OECD

d) Nakłady publiczne i prywatne: trendy 2005-2017

Porównując dynamikę finansowania służby zdrowia w relacji do PKB warto zwrócić uwagę na odmienne tendencje dla finansowania ze środków publicznych i prywatnych. Nie licząc Grecji, która wciąż odczuwa skutki kryzysu finansowego, najgorzej rysują się perspektywy dla ochrony zdrowia w Portugalii. W ciągu ostatnich 12 lat kraj ten zanotował wyraźny (o 0,7 pkt. proc.) spadek nakładów publicznych na leczenie przy nieznacznym (o 0,3 pkt. proc.) wzroście wydatków prywatnych. Polska oraz Hiszpania zwiększają nakłady w sposób wyraźny i różnicowany. W obu krajach następuje odczuwalny wzrost zarówno finansowania publicznego, jak i prywatnego, przy czym wydatki budżetowe rosną zdecydowanie szybciej niż prywatne. Odwrotną tendencję widać w przypadku Włoch i Czech, gdzie ogólny poziom finansowania również wzrasta, ale opiera się przede wszystkim na środkach prywatnych. Osobną drogą podąża Słowacja. U naszych południowych sąsiadów zanotowano wyraźny wzrost środków, pochodzących z budżetu, przy jednoczesnym spadku w zakresie finansowania prywatnego.

Wykres nr 22. Dynamika nakładów na służbę zdrowia. Odsetek PKB, 2005-2017



Źródło: Obliczenia własne na podst. danych OECD

3.4 System współfinansowania świadczeń

We wszystkich krajach porównania pacjenci mają bezpłatny dostęp do puli świadczeń gwarantowanych. Jednak zakres świadczeń objętych bezpłatnym dostępem nie wszędzie jest taki sam. W Polsce należy on do najszerzych. W naszym systemie pacjenci dopłacają jedynie do leków oraz do rehabilitacji (płacą też za wizyty w prywatnych gabinetach lekarskich). Podobnie ograniczone współpłacenie występuje jedynie w Hiszpanii. Na drugim biegunie znajduje się Portugalia z rozbudowanym systemem współpłacenia, obejmującym poza lekami konsultacje w POZ, u specjalistów, jak i świadczenia szpitalne. Jednak 60 proc. obywateli jest zwolnionych ze współpłacenia.

W Czechach rozbudowany system współpłacenia został stopniowo ograniczony. W 2015 r. zrezygnowano m.in. z dopłat do pobytu w szpitalu (4 € za dzień) czy wizyty u lekarza rodzinnego (1,2 €), obecnie obowiązuje tylko opłata za dostęp do pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Ten rodzaj świadczenia podlega współpłaceniu również na Słowacji. Z kolei w Grecji dopłaty obejmują np. wyższy standard sali szpitalnej. W większości krajów obowiązują przepisy zwalniające z obowiązku współpłacenia osoby niepełnoletnie, najmniej zarabiające i emerytów.

Tabela 6. Współtłacenie w krajach porównania. Wybrane przykłady

Kraj (rok)	Przykładowe świadczenie	Koszt (€)
Czechy (2018)	Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach	3,6
Słowacja (2016)	Całodobowa pierwsza pomoc lekarska	1,99
Portugalia (2016)	Świadczenia POZ	4,5
Włochy (2014)	Nieuzasadnione zgłoszenie na SOR	25
Chorwacja (2014)	Świadczenia POZ	1

Źródło: WHO

3.5 Zadłużenie służby zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia zakończył rok 2017 z deficytem o wysokości 56,1 mln zł (około 13 mln €). Pierwotny plan finansowy zakładał znacznie większy niedobór środków na poziomie 1,57 mld zł (ok. 365 mln €). Za sprawą niższych niż zakładano kosztów, deficyt polskiej ochrony zdrowia był o wiele mniejszy niż w Portugalii (2017 r.), ok. 989 mln zł (230 mln €).

Włochy, natomiast, odnotowały duży zysk w 2016 r., co stanowi znaczący wynik, biorąc pod uwagę, że w 2015 r. włoska służba zdrowia odnotowała stratę w wysokości 614 mln EUR. W sytuacji deficytu na poziomie regionów, ustawodawstwo wymaga podniesienia lokalnych podatków w następnym roku w celu pokrycia tej straty.

W krajach porównania bieżąca sytuacja finansowa systemów ochrony zdrowia jest korzystniejsza, niż gdy weźmiemy pod uwagę również dane historyczne. Pokazują one, że służba zdrowia w każdym z krajów porównania jest zadłużona.

Pod względem całkowitego zadłużenia służby zdrowia uwagę zwracają dysproporcje między Włochami a pozostałymi państwami.¹² Dwóch największych dłużników to jednocześnie państwa, które w zestawieniu przeznaczają największe środki na ochronę zdrowia.

„Zadłużenie włoskiej służby zdrowia rosto wyraźnie do 2010 r. i w niektórych regionach stanowiło bardzo poważny problem, który dopiero niedawno udało się opanować. Powodem zadłużenia było niedofinansowanie oraz nieefektywność. Jednak od 2015 r. wzrost długu został zahamowany, a ostatnio niektóre regiony notują zyski”.

Prof. Vincenzo Atella (Włochy), Uniwersytet Tor Vergata w Rzymie

¹² Do pewnego stopnia różnice w wysokości podanego zadłużenia wynikają z rozbieżności w charakterze danych. Dla Słowacji, Czech, Chorwacji, Portugalii i Polski wykorzystano dane na temat zadłużenia szpitali (dla Polski – SPZOZ-ów), podczas gdy w pozostałych przypadkach dane dotyczą całego systemu opieki zdrowotnej. Taka operacja jest uzasadniona o tyle, że to właśnie szpitale są odpowiedzialne za większą część zadłużenia. Trzeba również zastrzec, że dla Grecji (lipiec 2018) dostępne są tylko informacje o zadłużeniu wymagalnym, więc całkowite zadłużenie jest większe. Dane dotyczą następujących lat: 2018 (Chorwacja, Portugalia, Grecja), 2017 (Polska, Hiszpania, Czechy), 2016 (Słowacja), 2014 (Włochy).

„Wśród przyczyn zadłużenia greckiej służby zdrowia trzeba wymienić przede wszystkim rządowe plany oszczędnościowe i ograniczenia budżetowe, wynikające z kryzysu finansowego. Nie należy jednak zapominać o „wewnętrznych” problemach greckiej służby zdrowia, do których należą: brak związku między wysokością budżetu szpitala a potrzebami zdrowotnymi oraz szpitalny system zamówień publicznych oparty na kryterium najniższej ceny, a nie jakości i efektywności”.

Christos Kazassis (Grecja), Ekspert ds. technologii medycznych i finansów w ochronie zdrowia

Obraz zadłużenia w krajach porównania wygląda jednak inaczej, gdy weźmiemy pod uwagę wielkość zadłużenia w relacji do liczby obywateli danego kraju. W przeliczeniu na 1 mieszkańca zadłużenie służby zdrowia nadal jest największe we Włoszech, ale następne w kolejności są już mniejsze kraje: Chorwacja i Portugalia. Okazuje się także, że najniższe zadłużenie na 1 mieszkańca jest w Czechach, Grecji i Polsce.

„W przeszłości zbyt mało uwagi poświęcano we Włoszech wydajności i efektywności służby zdrowia, co poskutkowało zadłużeniem. Poza tym, zbyt często dochodziło do przeinwestowania w sprzęt i nowoczesne technologie, które potem nie były wykorzystywane w optymalny sposób”.

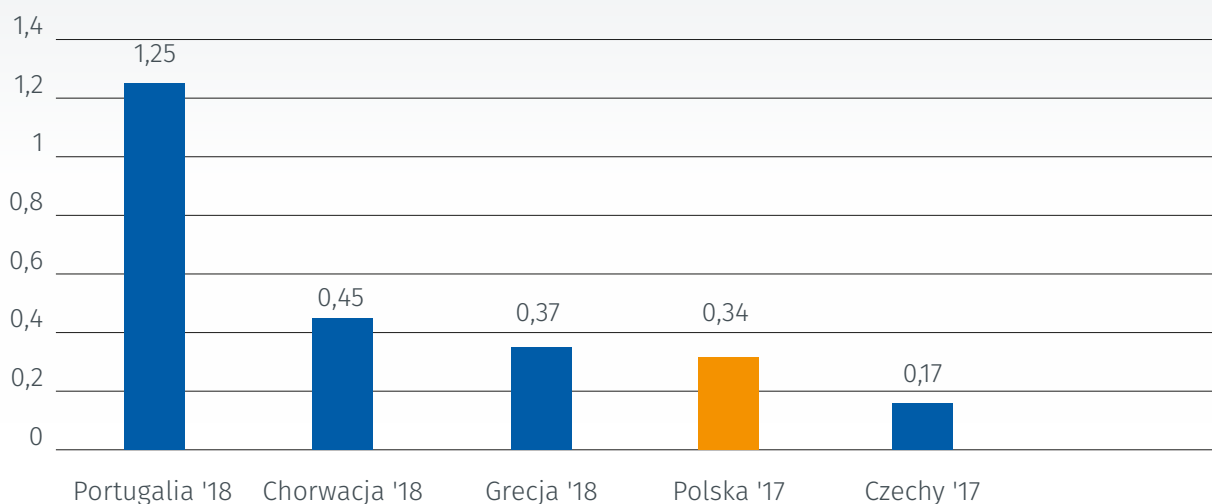
Prof. **Elio Borgonovi** (Włochy), Uniwersytet Bocconi w Mediolanie

a) Zadłużenie szpitali publicznych

Warto bliżej przyjrzeć się zadłużeniu szpitali, które zwykle stanowi największą część długów całej służby zdrowia. W Polsce całkowite zadłużenie SPZOZ-ów, wśród których większość to szpitale, wyniosło na koniec 2017 r. 11,75 mld zł (ok. 2,7 mld €). Okazało się więc zdecydowanie wyższe niż w Portugalii (2018 r.), 8,9 mld zł (ok. 1,9 mld €).

Trzeba jednak pamiętać, że kraje porównania różnią się zdecydowanie pod względem liczby szpitali. W tym kontekście zadłużenie może się różnić w przypadku Polski i pozostałych krajów. Struktura zadłużenia szpitali publicznych jest inna w przypadku Polski i pozostałych krajów. W 2018 roku w Portugalii i Chorwacji dominowały zobowiązania wymagalne, czyli takie, których termin płatności upłynął (ale które nie są przedawnione lub umorzone). W przypadku Portugalii stanowiły niecałe 68 proc., a dla Chorwacji niemal 58 proc. kwoty zadłużenia. Natomiast w Polsce na koniec 2017 r. wynosiły one 1,46 mld zł (ok. 340 mln €), czyli 12,5 proc. kwoty zadłużenia. Były więc niższe niż w Czechach, gdzie stanowiły 34,7 proc.

Wykres nr 23. Zobowiązania wymagalne szpitali publicznych (w mld €). Polska i kraje porównania



Źródło: MZ, BFF Banking Group (2017)

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperti z krajów porównania ocenili wpływ zadłużenia szpitali publicznych na ogólną kondycję służby zdrowia w ich krajach. Okazało się, że zadłużenie szpitali jest najmniej odczuwalne we Włoszech, a najbardziej w Polsce i Grecji.

Tabela 7. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma zadłużenie szpitali publicznych? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży		✓	✓	
Średni				✓
Mały	✓			✓
Żaden				

b) Średni czas oczekiwania na płatność ze strony szpitali

We wszystkich krajach porównania szpitale opóźniają płatności na rzecz podmiotów zewnętrznych, którymi najczęściej są dostawcy różnych usług. Czas oczekiwania na płatność ze strony szpitala zazwyczaj przekracza ustawowy limit czasu płatności (60 dni) określony przez Europejską Dyrektywę w sprawie zwalczania opóźnień w płatnościach w transakcjach handlowych (2011/7/EU), która wprowadza rygorystyczne środki i surowe kary mające na celu walkę z zaległymi płatnościami.

„Rząd grecki próbuje przeciwdziałać ogromnym zaległościom szpitali w płatnościach za usługi zewnętrzne. W tym celu wprowadzane są w życie rozwiązania, mające zwiększyć efektywność pracy departamentów finansowych w szpitalach. Zacznie również działać system analityczny, dzięki któremu poprawi się jakość danych na temat zaległości w płatnościach”.

Christos Kazassis (Grecja), Ekspert ds. technologii medycznych i finansów w ochronie zdrowia

„NFZ płaci szpitalom nawet kilka miesięcy po udzieleniu przez nie świadczenia. Dlatego placówki medyczne nie mają szansy na pokrycie bieżących kosztów udzielania świadczeń ze środków przekazywanych przez NFZ. Jednocześnie nie mogą dopuścić do naruszenia ciągłości udzielania świadczeń, więc decydują się wstrzymać płatności na rzecz kontrahentów (dostawców leków, sprzętu medycznego, itp.), a to generuje znaczące długi szpitali”.

Katarzyna Fortak-Karasińska (Polska), Kancelaria Fortak & Karasiński Radcowie Prawni

Na potrzeby raportu Eksperci wskazali instytucje, do których zwracają się szpitale w przypadku trudności finansowych. Okazało się, że we wszystkich krajach porównania dostawcy usług de facto kredytują szpitale, ponieważ najpopularniejszą metodą szpitali na radzenie sobie z długami jest zwlekanie z płatnościami na rzecz dostawców usług.

Tabela 8. Gdzie według Ekspertów szpitale szukają wsparcia finansowego?

Institucja \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Banki	✓		✓	✓
Institucje finansowe			✓	
Wstrzymanie płatności dostawcom usług	✓	✓	✓	✓
Szpitalom nie brakuje środków				
Inne				Ministerstwo Zdrowia

c) Konsekwencje zadłużenia szpitali

Problemy finansowe szpitali wpływają na jakość obsługi pacjentów. Dyrektorzy zadłużonych placówek szukając oszczędności decydują się często na obniżenie kosztów usług zewnętrznych. W praktyce przekłada się to na obniżenie jakości świadczonych usług.

Zadłużenie szpitali ma również „ukryty” wpływ na finanse publiczne: w rzeczywistości firmy - nie będąc w stanie chronić się przed ryzykiem wynikającym z opóźnień w płatnościach - wprowadzają jeszcze wyższe ceny lub ograniczają swój udział w przetargach publicznych. W konsekwencji zmniejsza się konkurencja, koszty ponoszone przez sektor publiczny wzrastają, a system przestaje być efektywny.

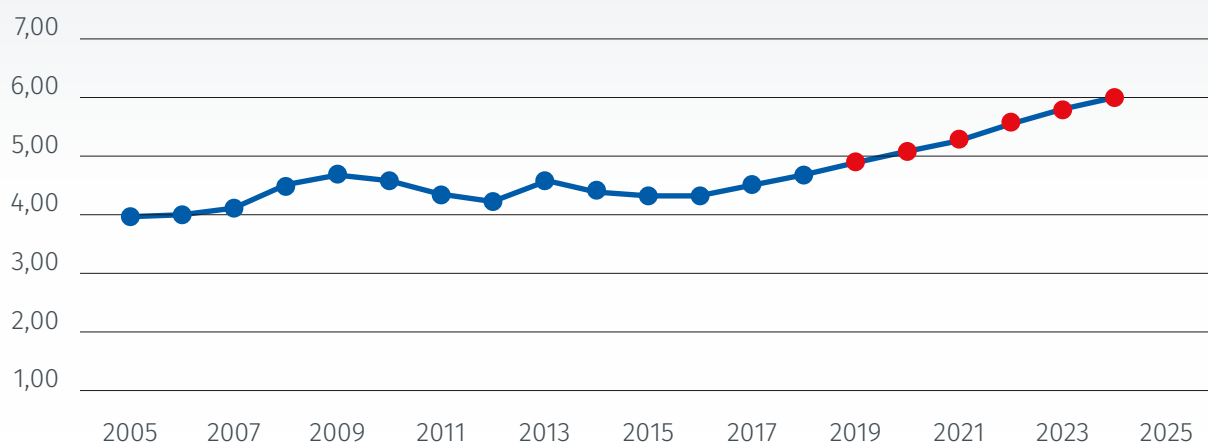
3.6 Plany zwiększenia publicznych nakładów na służbę zdrowia w Polsce

Na początku lipca 2018 r. Sejm przyjął nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przewiduje ona wzrost nakładów budżetowych na ochronę zdrowia z 4,78 proc. w 2018 r. do 6 proc. od 2024 r.¹³

Gdyby plany zwiększenia nakładów, zapisane w ustawie, udało się zrealizować, w latach 2019-2024 wzrost wyniósłby 1,14 pkt. proc. Byłby więc niemal 4-krotnie wyższy niż w latach 2012-2017 i niemal dwukrotnie wyższy niż w ciągu ostatnich 12 lat.

Wykres nr 24. Dotychczasowy i prognozowany wzrost nakładów na ochronę zdrowia w Polsce.

Odsetek PKB



Źródło: OECD, Ministerstwo Zdrowia

¹³ Dz.U. 2018 poz. 1532. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001532>; Dostęp 12.10.2018 r.

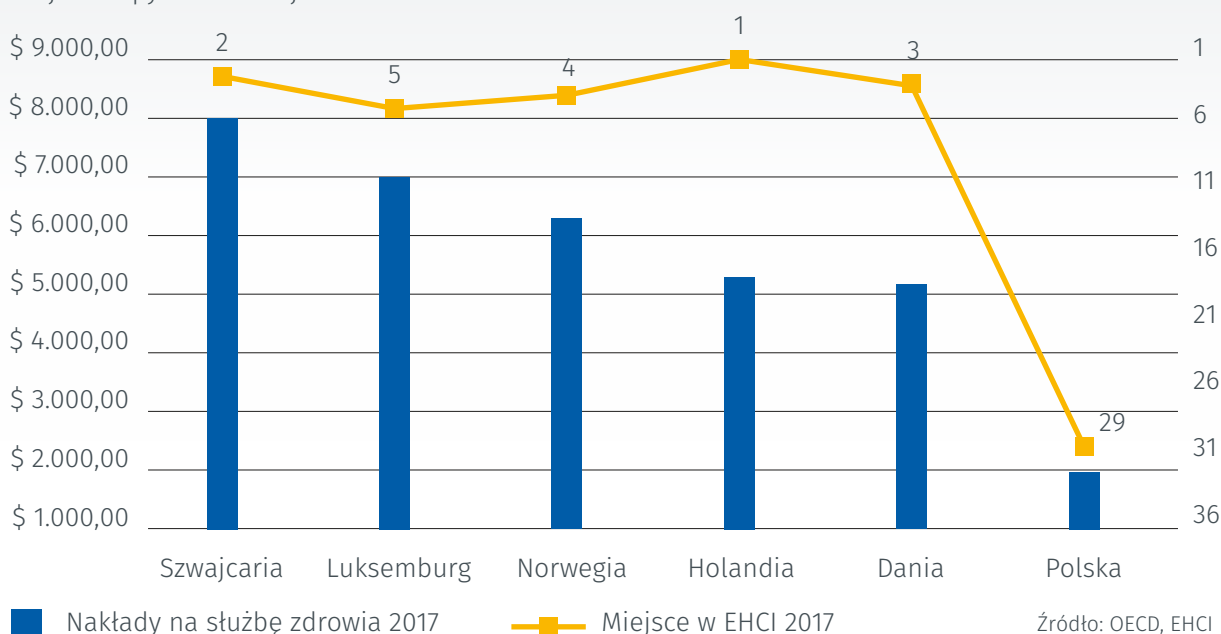
W teorii tak dynamiczny wzrost finansowania budżetowego ma spowodować, że Polska zniweluje dystans do krajów porównania pod względem udziału publicznych nakładów na ochronę zdrowia w PKB. Jednak w praktyce wzrost może się okazać niewystarczający. W związku z konsekwencjami kryzysu finansowego przez ostatnie 6 lat w krajach porównania nakłady publiczne na ochronę zdrowia spadały wszędzie z wyjątkiem Słowacji. Nawet gdyby ten trend został utrzymany - może się okazać, że w Polsce większość dodatkowych nakładów na służbę zdrowia zostanie przeznaczonych na zaspokojenie żądań płacowych, potrzeby inwestycyjne czy inflację medyczną.

3.7 Efektywność służby zdrowia

Jeżeli zestawimy wyniki Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI) z danymi na temat wydatków na służbę zdrowia, okaże się, że w czołówkach obu zestawień pojawiają się te same kraje. Najlepszym przykładem jest Szwajcaria, która w 2017 r. z wydatkami per capita wysokości 8 tys. dol. znajdowała się na drugim miejscu zarówno wśród krajów OECD, jak i w zestawieniu EHCI¹⁴. Przy bliższym spojrzeniu analogie stają się jednak mniej oczywiste, np. wydatki Holendrów były wyraźnie niższe niż Szwajcarów i wynosiły „tylko” nieco ponad 5,3 tys. dol., a mimo to właśnie Holendrzy zajmowali pierwsze miejsce w zestawieniu.

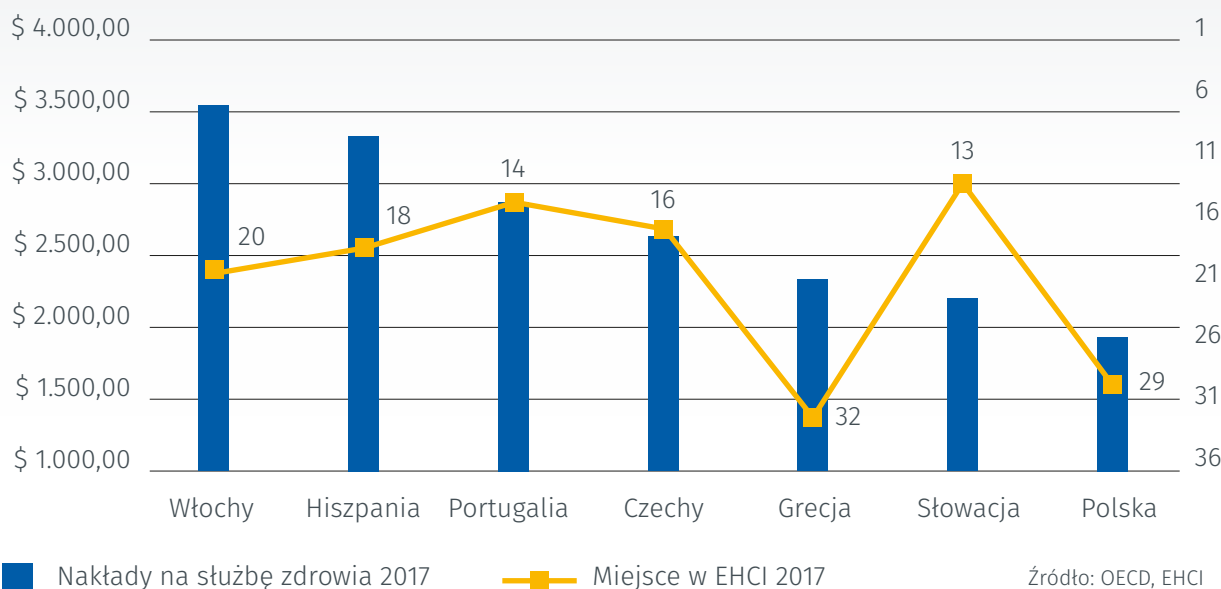
Brak bezpośredniej korelacji między poziomem nakładów, a zadowoleniem pacjentów zasadniczo jest jednak ograniczony do grupy krajów o dużych nakładach na ochronę zdrowia. Można powiedzieć, że systemy najbardziej przyjazne pacjentom działają w państwach, przeznaczających na zdrowie największe środki. Przykłady Słowacji i Portugalii, które wydają na ochronę zdrowia nie najwyższe kwoty, ale są dobrze oceniane w EHCI, w pewnej mierze stanowią wyjątek. Jednak oba kraje wciąż dzieli wyraźny dystans do czołówki „przyjazności”. Wydaje się, że nawet przy świetnej efektywności nie uda im się go zniwelować bez podwyższenia nakładów na ochronę zdrowia. [Wykres 25 i 26]

Wykres nr 25. Nakłady na służbę zdrowia a "przyjazność" systemu dla pacjentów. Polska i wybrane kraje Europy Zachodniej



¹⁴ Cytujemy wyniki EHCI 2017, aby zachować miarodajność porównania z danymi OECD (dostępne dane tylko z 2017 r.).

Wykres nr 26. Nakłady na służbę zdrowia a "przyjazność" systemu dla pacjentów. Polska i kraje porównania



„Wśród problemów polskiej ochrony zdrowia z jednej strony trzeba wymienić brak skutecznego nadzoru właścicielskiego nad podmiotami publicznymi, a z drugiej brak kompetencji menedżerskich wśród kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia”.

Dr. Jerzy Gryglewicz (Polska), Uczelnia Łazarzskiego

W 2017 r. Słowacy na służbę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca wydawali ok. 2,2 a Portugalczycy ponad 2,8 tys. dol. Jedni i drudzy wyprzedzali w EHCI znacznie bogatsze kraje, takie jak Włochy czy Hiszpania, które wydawały odpowiednio ponad 3,5 i 3,3 tys. dol. Polska z wydatkami rządu niecałych 2 tys. dol. w rankingu EHCI 2017 wyprzedzała Grecję, przeznaczającą na zdrowie ponad 2,3 tys. dol. Z kolei Grecy wydawali nieco więcej niż Słowacja, ale pod względem „przyjazności” systemu dla pacjentów oba kraje dzieliło w 2017 r. 19 pozycji.

Zestawienie nakładów na służbę zdrowia i „przyjazności” systemu dla pacjentów pokazuje, że poziom wydatków nie przekłada się automatycznie na efektywność leczenia w obszarach najważniejszych dla pacjentów. Pod tym względem sytuacja w 2017 r. wyglądała najgorzej w Grecji, Włoszech i Hiszpanii.

Najbardziej korzystną relacją nakładów do „przyjazności” służby zdrowia, i tym samym dobrą efektywnością zarządzania, mogły pochwalić się Portugalia, Czechy a przede wszystkim Słowacja. Na tle krajów porównania polska służba zdrowia okazała się nie tylko niedofinansowana. Najniżej oceniony był również sposób wydatkowania pieniędzy, który nie przynosił optymalnych korzyści pacjentom.

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperti z krajów porównania ocenili wpływ złego zarządzania dostępnymi środkami finansowymi na ogólną kondycję służby zdrowia w ich krajach. Okazało się, że złe zarządzanie jest względnie najmniej odczuwalne w Polsce.

Tabela 9. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma złe zarządzanie dostępnymi środkami finansowymi? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓	✓	✓	✓
Średni			✓	
Mały				
Żaden				

3.8 Eksperti o kondycji finansowej i zadłużeniu służby zdrowia

Na potrzeby niniejszego raportu eksperci z krajów porównania ocenili bieżącą sytuację finansową służby zdrowia w ich krajach. Okazało się, że jest ona zdecydowanie najgorsza w Polsce, a najlepsza we Włoszech.

Tabela 10. Sytuacja finansowa służby zdrowia w krajach porównania

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Bardzo dobra				
Dobra	✓			
Przeciętna	✓	✓		
Zła		✓	✓	✓
Bardzo zła			✓	

Prognozy Ekspertów, dotyczące sytuacji finansowej służby zdrowia w ich krajach w perspektywie 5 lat nie są optymistyczne, za wyjątkiem Włoch.

Tabela 11. Sytuacja finansowa służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 3-5 lat

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Znacząco się poprawi				
Poprawi się	✓			
Nie zmieni się	✓	✓		✓
Pogorszy się			✓	✓
Znacząco się pogorszy				

Tabela 12. Zadłużenie służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 2 lat

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Znacząco zmaleje				
Zmaleje				
Nie zmieni się	✓	✓		✓
Wzrośnie		✓	✓	✓
Znacząco wzrośnie				

„Według mnie wśród przyczyn zadłużenia publicznej służby zdrowia w Polsce należy wymienić niedoszacowanie kosztów realizacji większości świadczeń, nieuwzględnienie niektórych koniecznych działań w opisanych procedurach medycznych, a także brak rzeczywistych konsekwencji dla zadłużających się podmiotów (i ich zarządów), co powoduje słabe bodźce do poprawnego gospodarowania środkami”.

Prof. dr hab. **Maria Węgrzyn** (Polska), Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Wśród przyczyn zadłużenia systemów ochrony zdrowia eksperci wymieniają najczęściej niski poziom nakładów publicznych i różnego rodzaju problemy systemowe związane z zarządzaniem.

Tabela 13. Najważniejsze czynniki wpływające na zadłużenie służby zdrowia w krajach porównania

GRECJA	Ograniczenie nakładów publicznych
	Opóźnienia w płatnościach
	Koszty leków i sprzętu medycznego
	Brak korelacji między budżetami szpitali a potrzebami medycznymi
WŁOCHY	Strukturalne niedofinansowanie systemu
	Braki w wykształceniu ekonomicznym kadry zarządzającej
	Zbyt duża liczba (małych) szpitali w stosunku do liczby obywateli
	W przeszłości mały nacisk położony na efektywność
	W przeszłości przeinwestowanie w sprzęt i technologie
POLSKA	Niski poziom finansowania szpitali przez NFZ
	Brak skutecznego nadzoru właścicielskiego nad publicznymi podmiotami
	Brak kompetencji menedżerskich wśród kadry zarządzającej
	Skuteczna presja płacowa personelu medycznego wywierana na zarządy szpitali
	Niedoszacowanie kosztów realizacji większości świadczeń
	Brak woli udziału obywateli w podnoszeniu nakładów
	Opóźnienia w płatnościach ze strony NFZ
PORTUGALIA	Problemy w zarządzaniu, w tym brak systemu analitycznego
	Ogólna sytuacja ekonomiczna kraju i niedofinansowanie szpitali
	Wyceny usług medycznych odbiegające od rzeczywistych cen i kosztów
	Współpraca między Ministerstwem Zdrowia i Finansów, opóźnienia w przekazywaniu środków

4

Kondycja finansowa szpitali
gdy popyt przewyższa podaż

4

Kondycja finansowa szpitali gdy popyt przewyższa podaż

Obciążenie szpitali

Dostępność personelu medycznego

Migracje i ich konsekwencje dla personelu medycznego

4.1 Obciążenie szpitali

W systemach ochrony zdrowia leczenie szpitalne generuje największe koszty. Przykładowo w wydatkach NFZ za 2017 r. szpitalnictwo pochłonęło 38,6 z 76,3 mld zł. przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej. Dla porównania, na podstawową opiekę zdrowotną (POZ) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) płatnik narodowy wydał 15,8 mld zł. Dlatego trendy światowe zacierają w stronę zmniejszania udziału leczenia szpitalnego w opiece zdrowotnej na rzecz POZ i AOS.

a) Gęstość sieci szpitali

Pod względem liczby łóżek szpitalnych Polska znalazła się w czołówce krajów porównania. Na tysiąc mieszkańców przypadało u nas ponad 6,5 łóżka. Wyższy odsetek, zbliżający się do 7, zanotowały jedynie Czechy. Średnia dla wszystkich krajów OECD w tej kategorii wyniosła 4,7. Z kolei najmniej łóżek przypada na 1000 mieszkańców w Hiszpanii i Włoszech - około 3.

Wśród krajów porównania Polska posiada zdecydowanie najwięcej szpitali na 1 mln mieszkańców. Jednak jest to wartość poniżej średniej OECD. W zestawieniu wyróżniają się kraje Europy Południowej (poza Grecją), gdzie jest zdecydowanie najmniej szpitali.

„We Włoszech, w stosunku do liczby obywateli, działa zbyt wiele szpitali. Nadal funkcjonują małe, lokalne szpitale, które powstały w przeszłości pod naciskiem lokalnych polityków liczących, że w ten sposób zdobędą poparcie. Dziś nie mają one uzasadnienia ani z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów, ani w perspektywie krajowej organizacji opieki zdrowotnej. Generują wysokie koszty i nie zapewniają dobrych wyników leczenia. W związku z reformami ogólnokrajowymi władze niektórych regionów stworzyły plany likwidacji tych szpitali i stworzenia placówek mniej licznych, ale zapewniających usługi wyższej jakości. Jednak lokalne społeczności są często przeciwne takiemu rozwiązaniu”.

Prof. **Vincenzo Atella** (Włochy), Uniwersytet Tor Vergata w Rzymie

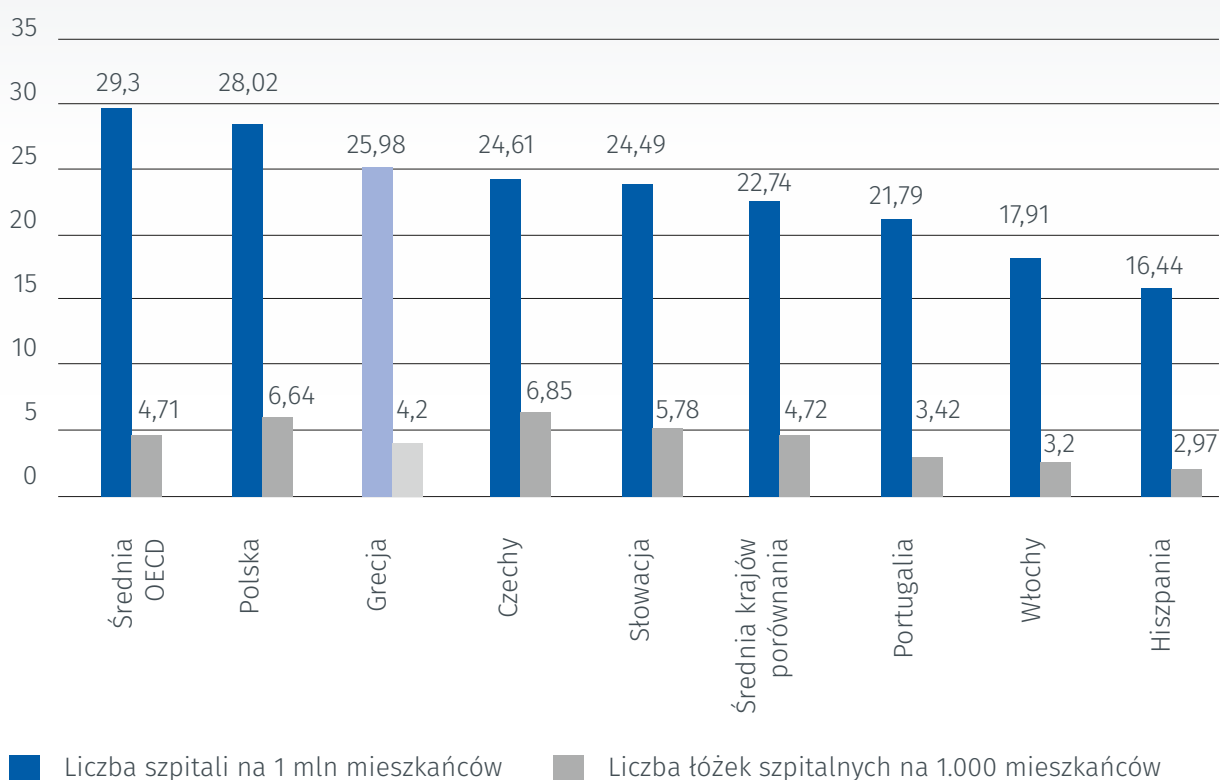
„W kilku regionach Włoch, zwłaszcza w Lombardii, ale też w Toskanii, Veneto, Lazio i Emilia-Romania działają publiczne i prywatne szpitale, plasujące się w czołówkach międzynarodowych rankingów”.

Prof. **Elio Borgonovi** (Włochy), Uniwersytet Bocconi w Mediolanie

Kondycja finansowa szpitali gdy popyt przewyższa podaż

Statystyki pokazują, że w krajach porównania obowiązują różne podejścia do leczenia szpitalnego. Państwa Europy Środkowej oraz Grecja mają rozbudowaną sieć szpitali i dużą liczbę łóżek szpitalnych. Natomiast w Portugalii, Hiszpanii i Włoszech obowiązują ograniczenia w tym zakresie.

Wykres nr 27. Liczba szpitali na 1 mln mieszkańców i łóżek szpitalnych na 1.000 mieszkańców. Polska i kraje porównania



Źródło: OECD

b) Liczba hospitalizacji i obciążenie szpitali

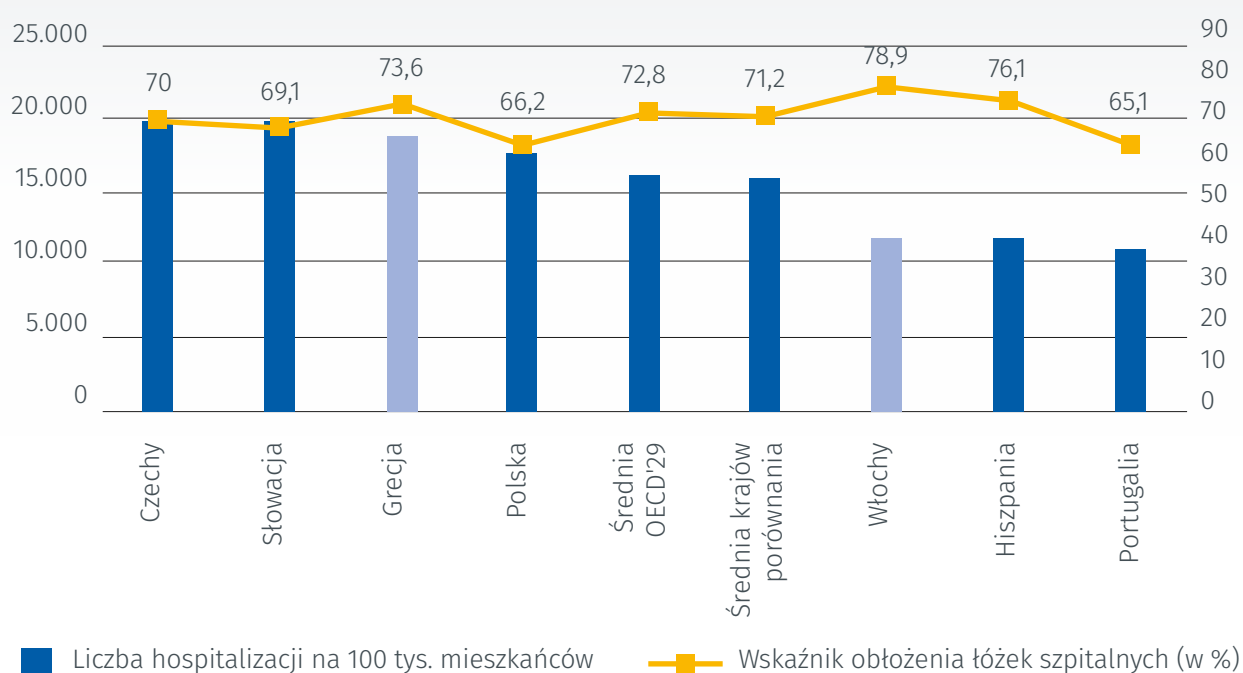
• Hospitalizacje i obciążenie łóżek szpitalnych

Nie jest zaskoczeniem, że leczenie szpitalne dominuje w krajach z najbardziej rozbudowaną infrastrukturą szpitalną. Pod względem liczby hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców najwyższy wynik uzyskały Czechy oraz Słowacja, z wynikami ponad 19 tys., a Polska niemal 18 tys.¹⁵ Włochy, Hiszpania i Portugalia znajdują się na przeciwnym biegunie. Tam pacjenci trafiają do szpitala nieomal dwa razy rzadziej, w około 11 tys. przypadków na 100 tys.

¹⁵ Dla Grecji najnowsze dostępne dane pochodzą z 2012 r., dla pozostałych krajów – z 2016 r.

To właśnie we Włoszech i Hiszpanii istniejąca infrastruktura wykorzystywana jest w sposób najbardziej optymalny. Wskaźnik obłożenia łóżek jest tam najwyższy, przekraczający średnią OECD, wynoszącą niecałe 73 proc.¹⁶ Spośród krajów porównania jeszcze tylko Grecji udało się przekroczyć średnią OECD, co świadczy o tym, że względnie rozbudowana sieć szpitali w tym kraju jest wykorzystywana efektywnie. Nieznacznie poniżej średniej znalazły się Czechy i Słowacja.

Wykres nr 28. Liczba hospitalizacji i obłożenie łóżek szpitalnych. Polska i kraje porównania



Źródło: OECD, MZ

Statystyki potwierdzają zbyt dużą liczbę łóżek szpitalnych w Polsce: wśród krajów porównania Polska posiada jedną z najbardziej rozbudowanych sieci szpitali i jeden z wyższych wskaźników hospitalizacji, lecz wykorzystywanie infrastruktury jest u nas nieefektywne - zaledwie na poziomie 67 proc. Puste łóżka szpitalne jeśli nie generują kosztów bezpośrednich, to jednak przyczyniają się do obniżenia wydajności.

• Średni czas hospitalizacji

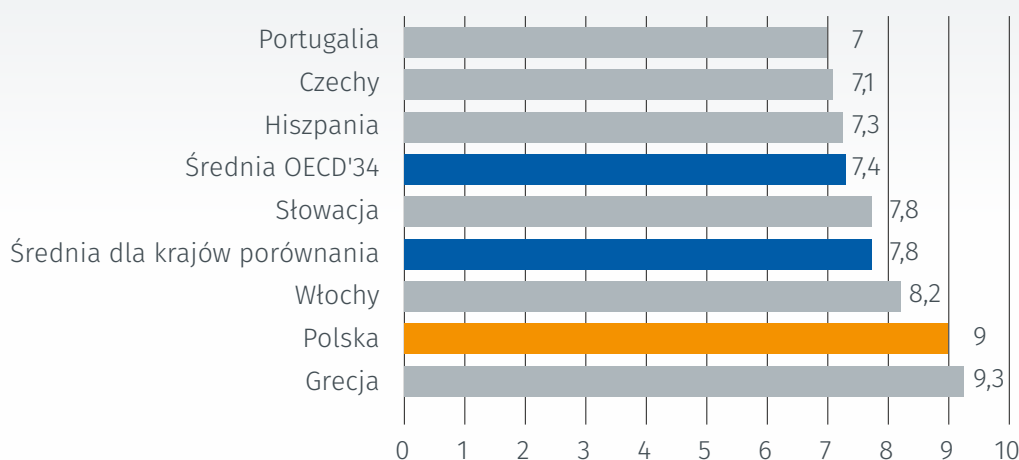
Miarą efektywności leczenia może być również średni czas hospitalizacji. Przedłużający się pobyt pacjenta w szpitalu może świadczyć o nieefektywnych procedurach szpitalnych, bałaganie organizacyjnym czy nieskutecznym leczeniu. Z drugiej strony zbyt krótki pobyt może spowodować komplikacje zdrowotne i powrót pacjenta do szpitala, co ostatecznie generuje jeszcze wyższe koszty¹⁷. Zbyt duże odchylenie od średniej OECD, oznaczające za krótką lub przedłużoną hospitalizację, należy uważać za zjawisko negatywne.

¹⁶ Dla Grecji najnowsze dostępne dane pochodzą z 2012 r., dla Włoch z 2015 r., a dla pozostałych krajów – z 2016 r. OECD nie dysponuje danymi na temat Polski, pochodzą one z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*. Warszawa 2017 r., s. 65.

¹⁷ Zob. *Health at Glance 2017*, OECD, s. 176-177. Dane na temat przeciętnej długości pobytu w szpitalu pochodzą z roku 2016, wyjątkiem jest Grecja, skąd ostatnie dostępne dane pochodzą z 2012 r.

Dane pochodząc z Ministerstwa Zdrowia pokazują, że również Polska zdecydowanie odstaje od europejskich standardów¹⁸. W tym ujęciu średni czas pobytu w szpitalu wynosi zaledwie 5,3 dnia. W krótkim horyzoncie czasowym efektem tak radykalnego skrócenia czasu hospitalizacji są oszczędności, ale w dłuższej perspektywie skutki są wręcz odwrotne.

Wykres nr 29. Dynamika pobytów szpitalnych (w dniach). Polska i kraje porównania



Źródło: OECD 2017

c) Środki przeznaczane na leczenie szpitalne

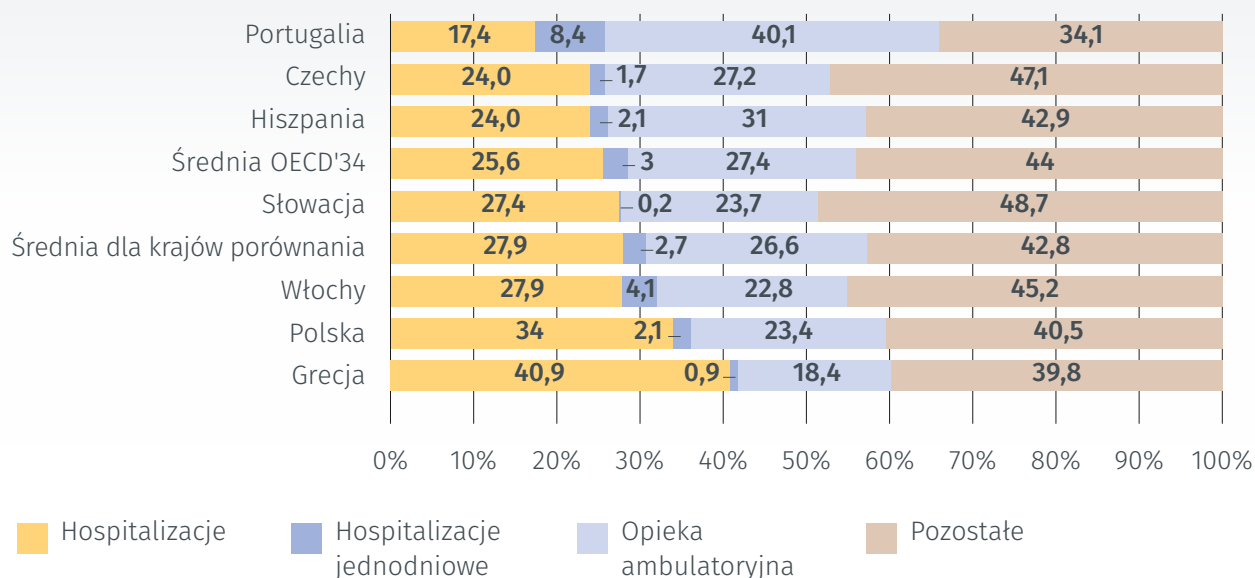
Polska i Grecja są krajami, w których pacjentów do szpitali wysyła się najczęściej oraz gdzie szpitale pochłaniają największą część budżetu całej służby zdrowia. Polska i Grecja przeznaczają na szpitale o wiele więcej pieniędzy niż średnia dla państw OECD.

„Jednym z kluczowych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niewłaściwa alokacja środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń. Wydawanie ponad 50 proc. budżetu NFZ na lecznictwo szpitalne jest nieefektywne”.

Dr **Jerzy Gryglewicz** (Polska), Uczelnia Łazarzkiego

¹⁸ Zob. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. Warszawa 2018, s. 67.

Wykres nr 30. Podział środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. Polska i kraje porównania



Źródło: dane OECD 2016

d) Leczenie ambulatoryjne

W latach 2000-2015 większość krajów OECD obniżyła liczbę łóżek szpitalnych oraz wskaźniki hospitalizacji przy jednoczesnym zwiększaniu nacisków i nakładów na leczenie niewymagające zostawiania pacjenta w szpitalu na dłużej. Tendencja ta wynika z postępu technologii medycznych (mniejsza inwazyjność chirurgii, postęp anestezyjologiczny) oraz z dążenia do ograniczania kosztów, związanych z hospitalizacją¹⁹.

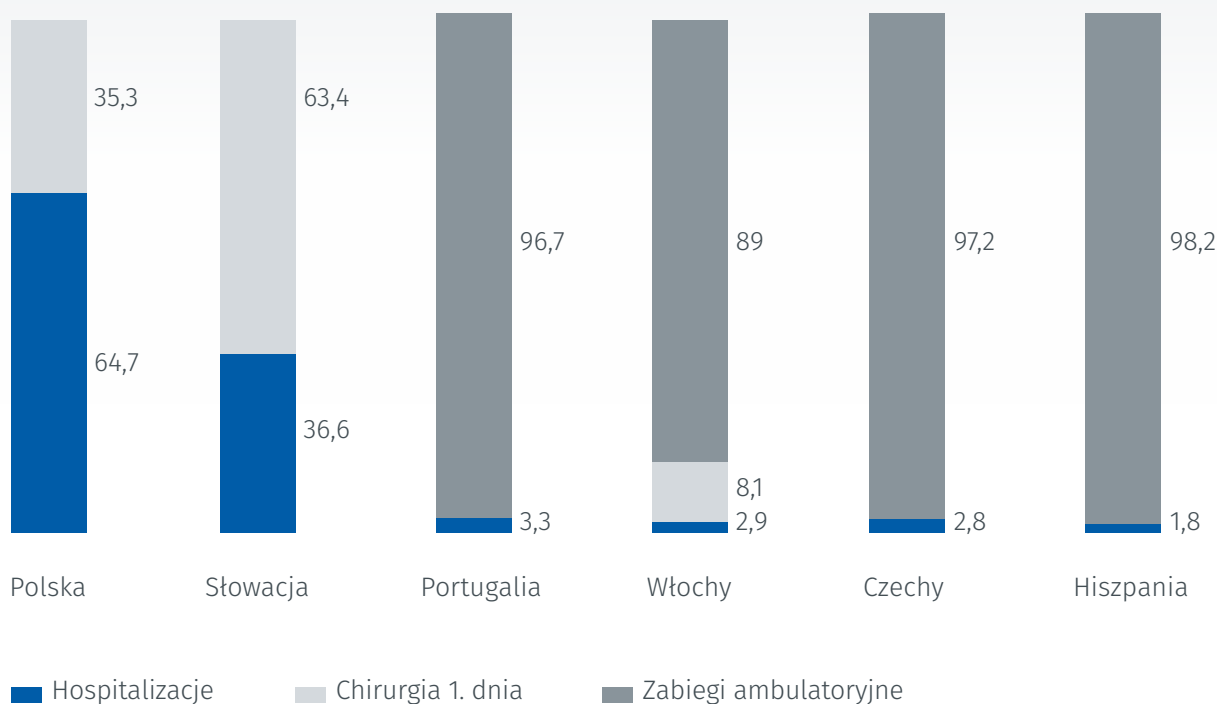
„W Portugalii opieka ambulatoryjna nie posiada statusu, jaki powinna. Dominuje leczenie szpitalne. Mimo tego trzeba zauważyć, że nastąpiła duża zmiana w zakresie ambulatoryjnych zabiegów chirurgicznych, które wypierają „tradycyjną” chirurgię, wymagającą hospitalizacji”.

Henrique Capelas (Portugalia), Ekspert rynku ochrony zdrowia, ekonomista

¹⁹ Zob. *Health at Glance 2017*, OECD, s. 172-173, 182-183.

Statystyki pokazują, że w Polsce trend ten jest odwrócony. Podejmowane są jednak działania mające na celu wprowadzenie europejskich standardów, na razie w dziedzinie okulistyki.²⁰ Prawdopodobnie tę widać nie tylko w zestawieniach wydatków na służbę zdrowia i liczbie hospitalizacji. Potwierdza ją także statystyka leczenia zaćmy. W Portugalii ponad 96 proc. zabiegów usunięcia zaćmy odbywa się w ramach chirurgii jednego dnia. W przypadku Polski ten odsetek wynosi zaledwie 35 proc. i jest najgorszy wśród wszystkich badanych krajów OECD. Poza Polską i Słowacją we wszystkich krajach porównania zaćmę usuwa się praktycznie bez konieczności hospitalizacji. Dotyczy to również Czech, gdzie przecież podobnie jak w naszym kraju działa rozbudowany system szpitalny.

Wykres nr 31. Operacje zaćmy w Polsce i krajach porównania, 2016 r.



Źródło: dane OECD²¹

Statystyki dotyczące finansowania i leczenia szpitalnego dzielą kraje porównania na dwie grupy. W Europie Południowej (z wyłączeniem Grecji), gdzie na ochronę zdrowia przeznaczają się najczęściej pieniądze, prowadzi się skoordynowaną politykę ograniczania hospitalizacji. Rozwiązania tego rodzaju przynoszą wymierne rezultaty. Spośród krajów porównania najkrócej na operację zaćmy, kolana czy biodra czeka się we Włoszech, gdzie szpitale i łóżek szpitalnych jest o wiele mniej niż w Polsce, a ich wykorzystanie jest najbardziej optymalne. Wystarczy wspomnieć, że wg OECD w 2015 r. we Włoszech wykonywało się niemal 3 razy więcej zabiegów usunięcia zaćmy niż w Polsce, natomiast czas oczekiwania na zabieg był ponad 17 razy krótszy.

²⁰ Następują jednak pewne zmiany, aby wprowadzić w Polsce - na razie w okulistyce - standardy europejskie, zob. Klara Klínger, *Zabieg i do domu. Pacjent nie musi długo leżeć w szpitalu*, „Dziennik Gazeta Prawna” 12.09.2018.

²¹ Dostępne dane dla Hiszpanii i Portugalii pochodzą z 2015 r.

W krajach Europy Środkowej obowiązuje inne podejście do szpitalnictwa. Częstotliwość hospitalizacji pozostaje niemal dwa razy większa niż na południu kontynentu przy wyraźnie mniejszym wykorzystaniu istniejącej bazy łóżkowej. Jednak przykład operacji zaćmy świadczy, że nawet system „szpitalo-centryczny” może zostać zorganizowany z większą (Czechy i Słowacja) lub mniejszą (Polska) korzyścią dla pacjentów. W Polsce prawie 65 proc. zabiegów usunięcia zaćmy wymaga hospitalizacji.

Jednocześnie w naszym kraju kolejki do leczenia tej przypadłości są ponad czterokrotnie dłuższe niż wynosi mediana (97 dni) dla wybranych krajów OECD²². Te proporcje wyglądają niewiele lepiej także w przypadku innych schorzeń (operacja kolana i biodra), branych pod uwagę przez OECD.

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperci z krajów porównania ocenili wpływ, jaki na sytuację służby zdrowia w ich krajach ma leczenie szpitalne zamiast ambulatoryjnego. Okazało się, że problem nadmiernego wykorzystywania szpitali jest najmniejszy we Włoszech, a w pozostałych krajach daje się mocniej we znaki.

Tabela 14. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma leczenie szpitalne zamiast ambulatoryjnego? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży		✓	✓	✓
Średni	✓			
Mały				
Żaden				

4.2 Dostępność personelu medycznego

Dostępność personelu medycznego przekłada się na kondycję finansową szpitali. Im mniej specjalistów jest na rynku, tym silniejszą mają pozycję przy negocjowaniu wynagrodzeń. Z kolei dla dyrektorów placówek narzędziem walki o lekarzy, zwłaszcza tych z deficytowymi specjalizacjami, są wyższe pensje.

a) Dostępność personelu medycznego - obraz sytuacji

Statystyki dowodzą, że w Polsce system ochrony zdrowia opiera się na leczeniu szpitalnym. Natomiast kolejki oraz słabe wykorzystanie istniejącej bazy łóżkowej świadczą, że system mógłby być efektywniejszy. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest niska liczba lekarzy. W przeliczeniu na 1.000 mieszkańców jest ich w Polsce poniżej 2,5, podczas gdy średnia OECD wynosi 3,4²³. Zdecydowanie wyprzedzają nas pod tym względem wszystkie kraje porównania: w krajach Europy Południowej liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców zbliża się do 4, co jest bardzo wysokim wynikiem.

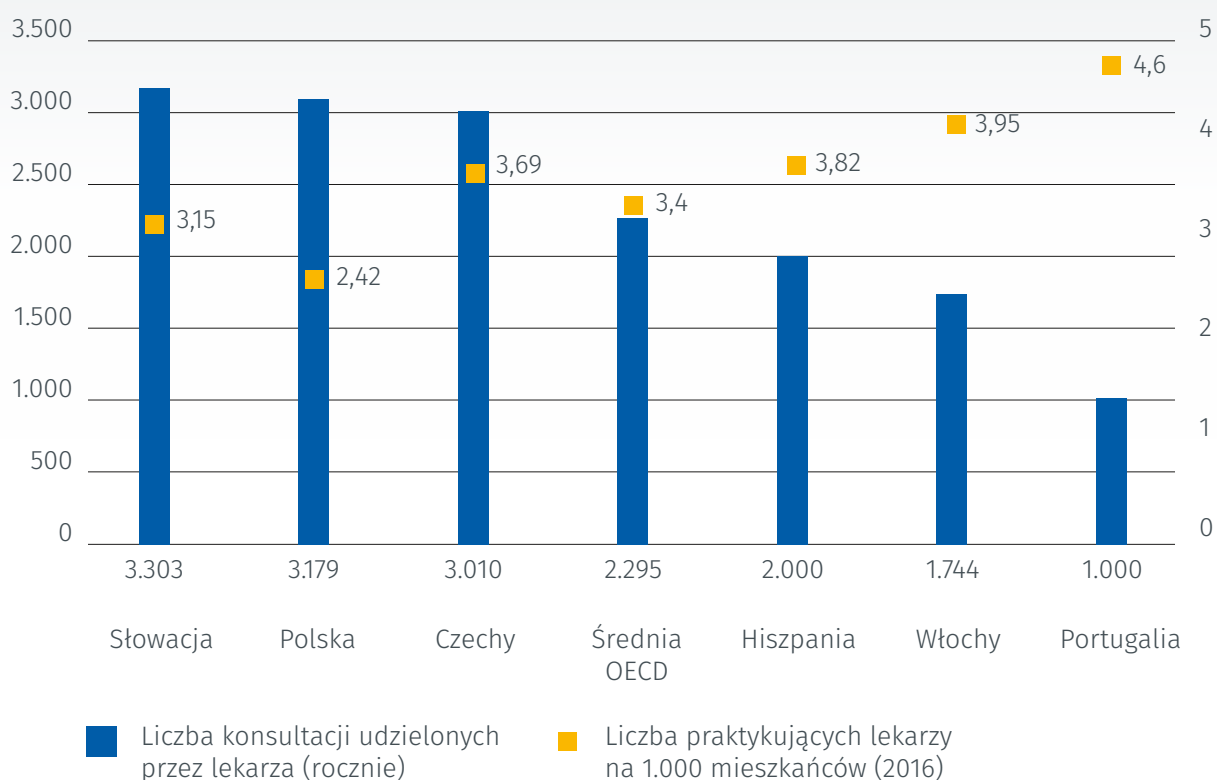
²² Zob. *Health at Glance 2017*, s. 97. Dane OECD w tym zakresie nie uwzględniają Słowacji ani Czech.

²³ Dla Portugalii i Grecji wykorzystano jedyne dostępne dane dot. wszystkich lekarzy, posiadających uprawnienia, a nie tylko tych wykonujących zawód. Dla Portugalii daje to wynik wyższy o ok. 30 proc. Z kolei dla Słowacji wskaźnik jest wyższy o 5-10 proc., gdyż wzięto pod uwagę nie tylko lekarzy pracujących z pacjentami, ale również lekarzy-badaczy, czy lekarzy-menedżerów, zob. *Health at Glance 2017*, OECD, s. 151.

Kondycja finansowa szpitali gdy popyt przewyższa podaż

W Polsce lekarzy jest za mało. Natomiast ci, którzy są, pracują zdecydowanie więcej niż ich koledzy w innych krajach. Według szacunków OECD²⁴, lekarz w państwie zrzeszonym udziela średnio w roku 2.295 konsultacji, natomiast w Polsce aż 3.179. Wśród krajów porównania więcej pracują tylko lekarze słowaccy, udzielając rocznie 3.303 porad. Zdecydowanie mniej obowiązków, wyraźnie poniżej średniej OECD, mają lekarze w krajach Europy Południowej. W Hiszpanii to 2.000 konsultacji rocznie, we Włoszech 1.744.

Wykres nr 32. Liczba lekarzy i konsultacji w Polsce i krajach porównania



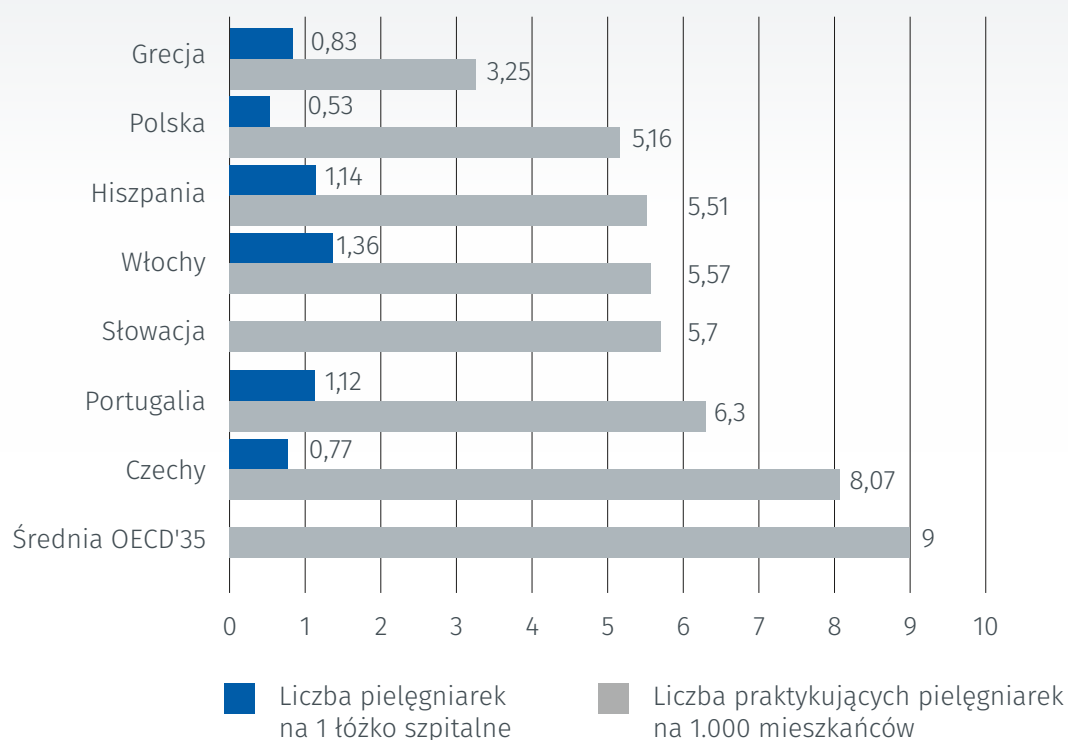
Źródło: OECD 2017

Pod względem liczby pielęgniarek na 1.000 mieszkańców nasz kraj znajduje się na końcu krajów porównania²⁵. Wyraźnie odstawiamy zwłaszcza od Czech, które jako jedyne w zestawieniu zbliżają się do średniej wartości dla krajów OECD.

²⁴ OECD uprzedza, że wskaźnik liczby konsultacji ma jedynie charakter szacunkowy. Wykorzystano dane z 2015 r. lub ostatnie dostępne. W przypadku Portugalii wyniki są zaniżone, ponieważ uwzględniono wszystkich lekarzy mających uprawnienia do wykonywania zawodu, a nie tylko tych wykonujących zawód, poza tym nie uwzględniono prywatnych praktyk lekarskich, zob. Health at Glance 2017, OECD, s. 168-169.

²⁵ Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców dla Grecji jest zaniżona względem pozostałych krajów, ponieważ dane OECD dotyczyły jedynie pielęgniarek pracujących w szpitalach. Z kolei w przypadku Portugalii i Słowacji dane są zawyżone, gdyż uwzględniają nie tylko pielęgniarki opiekujące się pacjentami, ale także pracujące w szeroko pojmowanym sektorze medycznym, zob. Health at Glance 2017, OECD, s. 159.

Wykres nr 33. Liczba pielęgniarek w Polsce i krajach porównania



Źródło: OECD²⁶

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperti z krajów porównania ocenili wpływ, jaki na sytuację służby zdrowia w ich krajach wywiera niedobór kadry medycznej. Okazało się, że w krajach porównania większy problem stanowią braki pielęgniarek niż lekarzy. Względnie najmniejszy problem z dostępnością kadry ma Portugalia. Polska po raz kolejny została oznaczona kolorem czerwonym, co oznacza, że problem z niedoborem kadry pozostaje poważny. Podobnie sytuacja wygląda we Włoszech, gdzie analizowane do tej pory zjawiska nie miały tak dużego, negatywnego wpływu na system ochrony zdrowia.

Tabela 15. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niedobór lekarzy? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓		✓	
Średni				✓
Mały		✓		
Żaden				

²⁶ Zob. Health at Glance 2017, OECD, s. 159.

Tabela 16. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niedobór pielęgniarek? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓	✓	✓	✓
Średni		✓		
Mały				
Żaden				

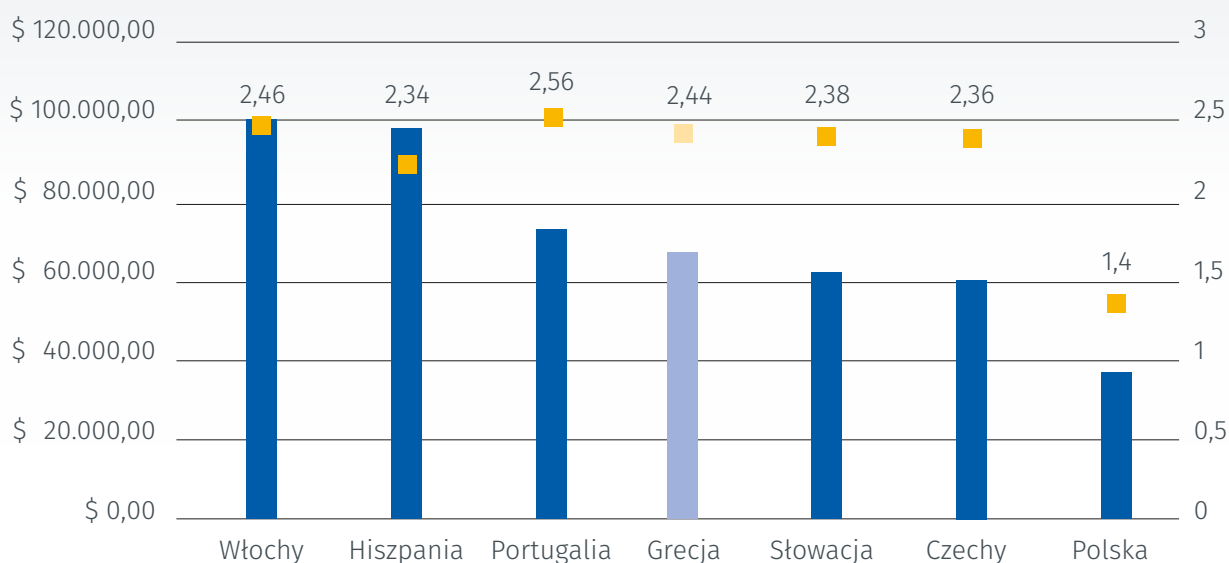
b) Zarobki lekarzy i pielęgniarek

• lekarze

W Polsce lekarzy jest mało, pracują dużo, a ich zarobki pozostają wyraźnie niższe niż w krajach porównania. Dotyczy to zwłaszcza specjalistów, których wynagrodzenia wg. OECD stanowią w Polsce niecałe 1,5 wysokości średniej pensji. W pozostałych krajach porównania ten wskaźnik oscyluje wokół 2,5-krotności²⁷. Krajem, w którym lekarze stanowią grupę bardzo dobrze zarabiającą jest Portugalia. Zarówno specjaliści, jak i lekarze rodzinni pobierają tam ponad 2,5-krotność średniej płacy.

Biorąc pod uwagę parytet siły nabywczej polscy specjaliści również pozostają niżej opłacani spośród lekarzy krajów porównania. Ich roczne dochody nie przekraczają 40 tys. dol., podczas gdy w Czechach wynoszą 60 tys., a w przewodzących stawce Włoszech zbliżają się do 100 tys. dol.

Wykres nr 34. Zarobki lekarzy w Polsce i krajach porównania



■ Lekarze specjaliści, roczne zarobki brutto, PPP ■ Lekarze specjaliści, odsetek średniego wynagrodzenia

Źródło: OECD²⁸

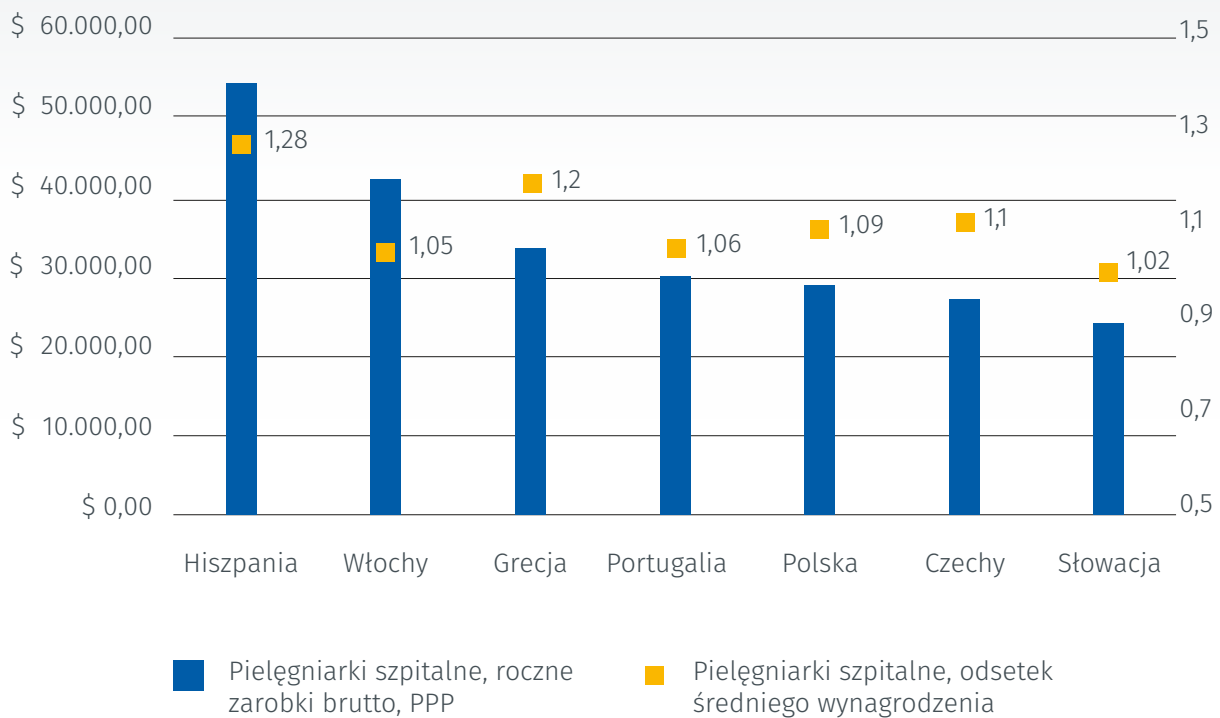
²⁷ Wg. danych GUS, w 2016 r. polski lekarz (bez podziału na lekarzy rodzinnych i specjalistów) zarabiał średnio w sektorze publicznym 7150, a w prywatnym 8152 zł brutto. Przy ówczesnym przeciętnym wynagrodzeniu na poziomie 4.346 zł daje to odpowiednio 1,64 i 1,87 średniego wynagrodzenia. Zob. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2016 r.* GUS: Warszawa 2018, s. 73. Zbliżone dane wynikają z raportu Ministerstwa Zdrowia za 2017 r. Lekarz ze specjalizacją II st. zarabiał średnio 10.917,60 zł brutto (podstawa + dodatki), ze specjalizacją I st. 5.580,94 a bez specjalizacji 5.419,10 zł. Jeszcze inne kwoty wynagrodzeń lekarzy można znaleźć w raporcie firmy Sedlak&Sedlak, z którego wynika, że mediana zarobków lekarzy rodzinnych wynosi 7100 zł i jest wyraźnie wyższa niż lekarzy specjalistów, zob. Anna Cieślak-Wróblewska, *W czym się specjalizować, by świetnie zarabiać?* „Rzeczpospolita” 16.07.2018, por. też dane z portalu wynagrodzenia.pl. O bardzo dużym zróżnicowaniu zarobków lekarzy zob. <http://gospodarka.dziennik.pl/praca/artykuly/565907zarobki-lekarzy-pensje-w-sluzbie-zdrowia.html>

²⁸ Dane na temat zarobków lekarzy pochodzą z 2016 r., wyjątkiem jest Grecja – z 2015 r.

• pielęgniarki

W Polsce wiele się mówi na temat niskich zarobków pielęgniarek. Tymczasem statystyki pokazują, że problem niskich zarobków pielęgniarek dotyczy nie tylko Polski. Biorąc pod uwagę parytet siły nabywczej zarobki pielęgniarek w większości krajów porównania wahają się w granicach 30 tys. dol. rocznie. Wyższe są jedynie we Włoszech oraz w Hiszpanii, w której stanowią jednocześnie najwyższą wielokrotność średniego wynagrodzenia – 1,28. W Pozostałych krajach porównania pielęgniarki zarabiają odrobinę więcej niż wynoszą przeciętne wynagrodzenia²⁹.

Wykres nr 35. Zarobki pielęgniarek w Polsce i krajach porównania



Źródło: OECD 2017

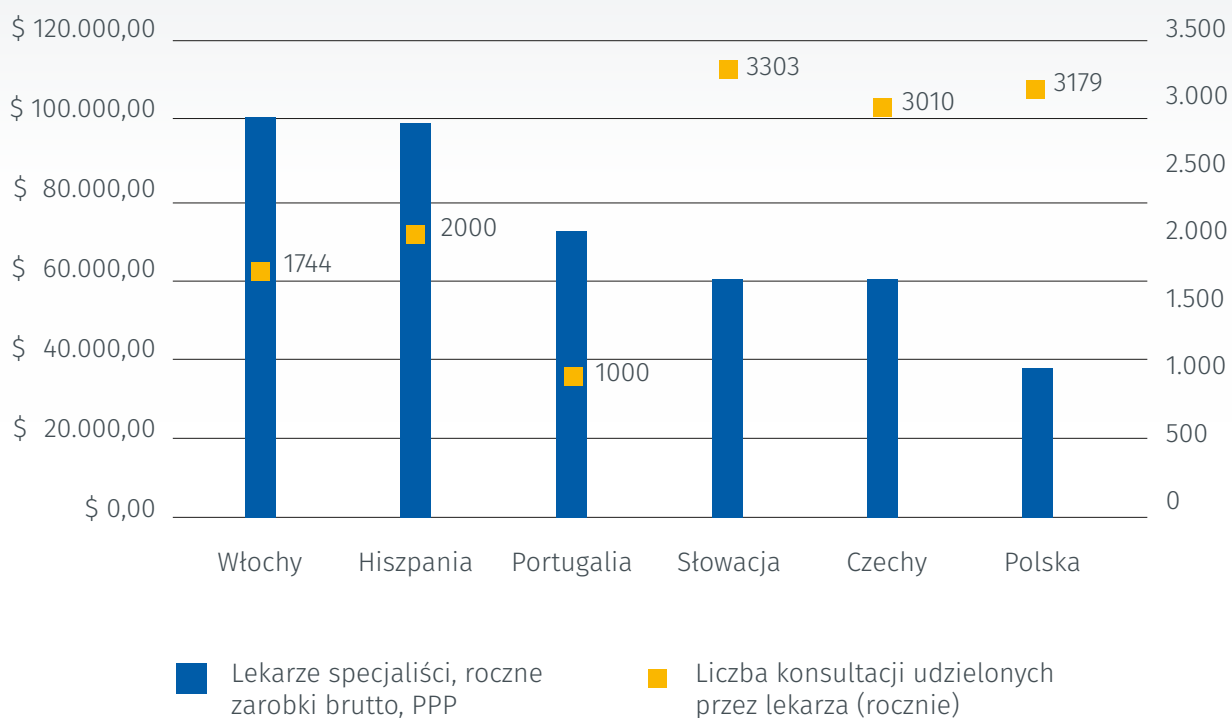
²⁹ Również w przypadku zarobków pielęgniarek GUS podaje statystyki różniące się nieco od danych OECD. Wg. GUS zarobki pielęgniarek w 2016 r. wynosiły 4.176 zł u pracodawcy publicznego i 3.841 zł brutto miesięcznie u prywatnego, co daje odpowiednio 0,96 i 0,88 przeciętnego wynagrodzenia. Z danych MZ wynika, że pielęgniarka z tytułem magistra i specjalizacją zarabia średnio 5.469,87 zł brutto (podstawa + dodatki), a bez tytułu i specjalizacji 4.428,76 zł. Według danych firmy Sedlak&Sedlak mediana zarobków pielęgniarek zależy od stanowiska i wynosi od 2.845 do 4.067 zł brutto miesięcznie.

c) Warunki pracy lekarzy i pielęgniarek

- lekarze

Porównanie wysokości wynagrodzeń lekarzy z liczbą udzielanych konsultacji po raz kolejny wyraźnie różnicuje kraje Europy Środkowej i Europy Zachodniej. Okazuje się, że w naszym kraju lekarz specjalista zarabia ponad dwukrotnie mniej niż we Włoszech czy Hiszpanii, ale udziela niemal dwukrotnie więcej konsultacji niż jego koledzy z Europy Południowej³⁰. W Czechach i na Słowacji lekarze udzielają podobnej liczby konsultacji, co w Polsce, ale ich wynagrodzenia są wyraźnie wyższe.

Wykres nr 36. Zarobki a ilość pracy lekarzy. Polska i kraje porównania



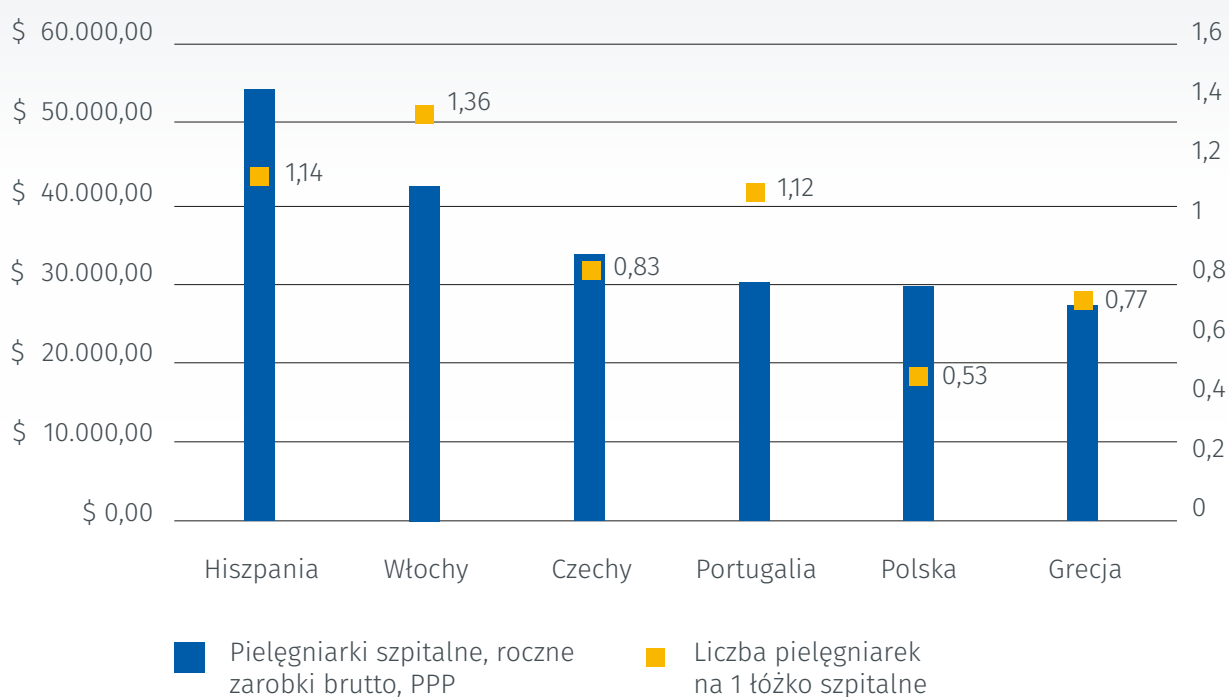
Źródło: OECD 2017

³⁰ OECD w statystyce bierze pod uwagę konsultacje zarówno lekarzy ogólnych, jak i specjalistów, zob. *Health at Glance 2017*, OECD, s. 168.

- pielęgniarki

OECD nie zbiera bezpośrednich danych o ilości prac wykonywanych przez pielęgniarki. Dostępne są jedynie dane pośrednie, czyli liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 1 łóżko szpitalne. Na tej podstawie można wnioskować, że polska pielęgniarka, na którą przypadają 2 łóżka szpitalne, ma więcej pracy niż jej włoska koleżanka, która musi zabezpieczyć mniej niż 1 łóżko. W Polsce za tę pracę pielęgniarka otrzymuje ponad dwukrotnie niższe wynagrodzenie niż we Włoszech.

Wykres nr 37. Zarobki a ilość pracy pielęgniarek. Polska i kraje porównania



Źródło: OECD 2017

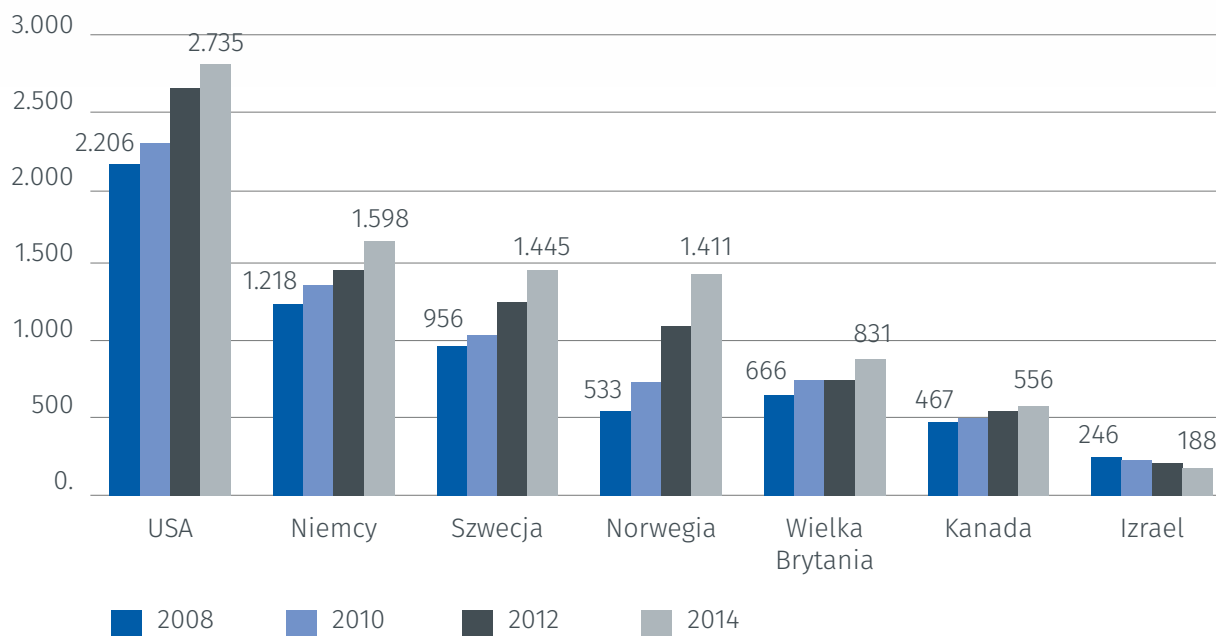
4.3 Migracje i ich konsekwencje dla personelu medycznego

a) Migracje lekarzy z i do Polski

Wnioski dotyczące warunków pracy lekarzy i pielęgniarek warto rozpatrywać w kontekście migracji personelu medycznego. Badacze tego zjawiska z ramienia WHO ustalili, że wśród motywacji, przyczyniających się do migracji „białych fartuchów” w Europie ważną rolę odgrywa m.in. chęć uzyskania wyższych pensji oraz lepsze warunki pracy. Prawdopodobnie ta obowiązuje także polskich emigrantów-medycznych³¹.

Liczba lekarzy z Polski pracujących zagranicą od wielu lat systematycznie rośnie. W roku 2006 w krajach OECD pracowało w sumie 4 885 polskich lekarzy, w roku 2010 było ich 7 189, a w 2014 już 9 439³². Od lat najpopularniejszymi kierunkami wyjazdów polskich lekarzy są Stany Zjednoczone, Niemcy, Szwecja, Norwegia, Wielka Brytania, Kanada i Izrael. Według danych OECD kraje porównania nie stanowią celu emigracji lekarzy z Polski. W Czechach w 2016 r. pracowało ich 26, a w Hiszpanii w 2011 r. - 210.

Wykres nr 38. Główne kierunki i skala emigracji lekarzy z Polski



Źródło: OECD

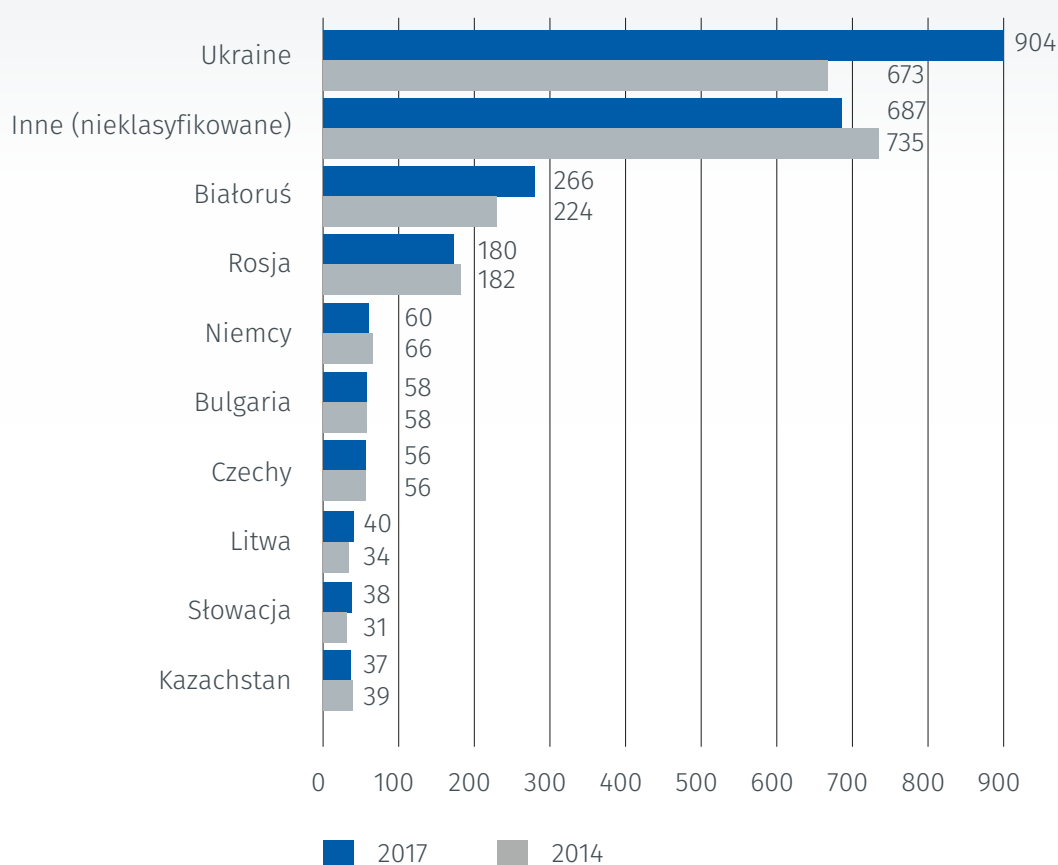
³¹ *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European Countries.* Ed. M. Wismar et al. 2011, s. 4, 438.

³² Jeśli nie zaznaczono inaczej, podajemy obliczenia własne na podstawie danych OECD. Dla Polski ostatnie dane, uwzględniające wszystkie główne kierunki emigracji, pochodzą z 2014 r.

Polska nie jest kierunkiem imigracji lekarzy z innych krajów. Według danych OECD w naszym kraju lekarze, którzy zdobyli uprawnienia za granicą, stanowią zaledwie 1,8 proc. wszystkich medyków. To jeden z najniższych wskaźników wśród 28 badanych państw, dla których średnia wynosi 16,9 proc.³³

Do Polski najchętniej przyjeżdżają medycy, wyszkoleni w krajach byłego bloku wschodniego. W 2017 r. w polskich szpitalach pracowało 904 Ukraińców, 266 Białorusinów i 180 Rosjan. Nieznaczną liczbę stanowią lekarze zza naszej południowej granicy: 56 Czechów i 38 Słowaków. W ciągu ostatnich lat liczba lekarzy wyszkolonych poza Polską wzrosła nieznacznie, z 2.302 osób w 2014 r. do 2.549 w 2017 r., czyli niecałe 11 proc. Ten wzrost zapewniają niemal wyłącznie lekarze z Ukrainy, których liczba w ciągu 4 lat zwiększyła się o 34 proc.

Wykres nr 39. Główne kierunki i skala imigracji lekarzy do Polski



Źródło: OECD

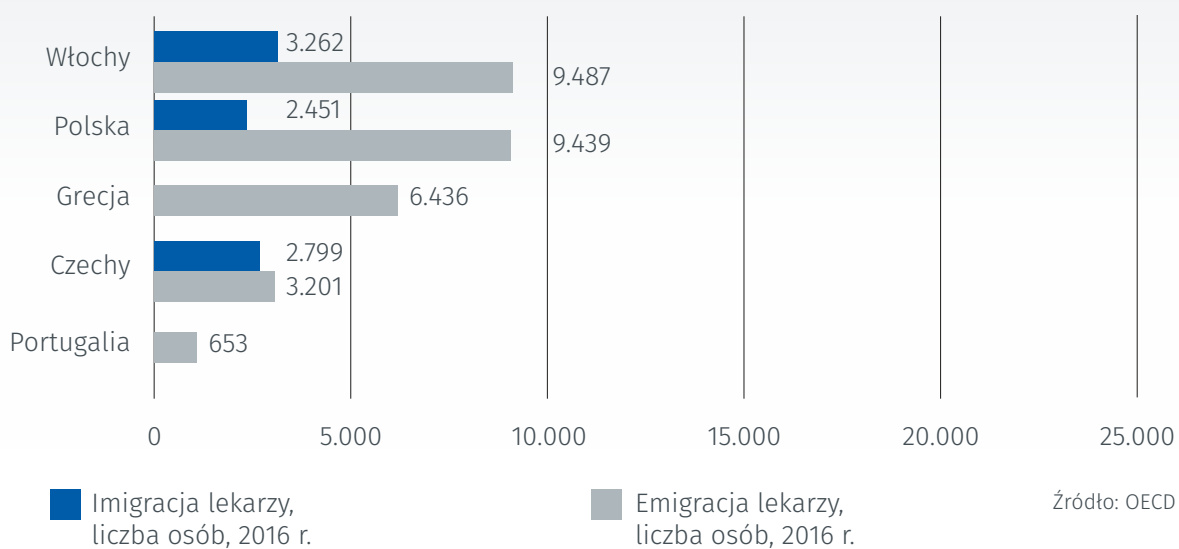
³³ Zob. *Health at Glance 2017*, OECD, s. 165.

b) Migracje lekarzy z i do krajów porównania

Jeżeli za punkt odniesienia przyjmujemy Polskę, wśród krajów porównania jedynie Włochy mają podobną strukturę migracji lekarzy. Oba kraje łączy wskaźnik emigracji na praktycznie takim samym poziomie, oraz podobnie niski odsetek lekarzy, wyszkolonych za granicą – 1,8 proc. dla Polski i 0,8 proc. dla Włoch. W 2016 r. do do Włoch przyjechało jednak więcej medyków, wyszkolonych poza granicami, niż miało to miejsce w przypadku Polski.

Wśród krajów porównania w 2016 r. jedynie Hiszpania osiągnęła dodatni bilans migracyjny, czyli więcej lekarzy do tego kraju przyjechało niż go opuściło. Kraj z Półwyspu Iberyjskiego posiada najwyższy wśród krajów porównania odsetek lekarzy, wykształconych za granicą – 9,4 proc. W ogromnej większości pochodzą oni z krajów Ameryki Łacińskiej, gdzie standardy kształcenia lekarzy są inne niż w Europie. Pojawia się więc problem utrzymania odpowiedniej jakości leczenia w hiszpańskiej służbie zdrowia.

Wykres nr 40. Migracje lekarzy w Polsce i krajach porównania³⁴



c) Migracje pielęgniarek w Polsce i krajach porównania

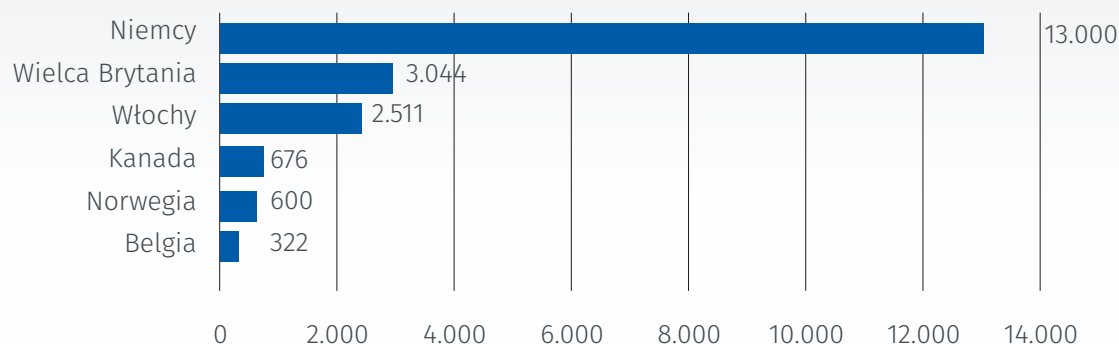
Według OECD w 2016 r. za granicą pracowało 20.251 pielęgniarek wykształconych w Polsce. Najpopularniejszym kierunkiem emigracji wydają się być Niemcy, gdzie pracowała ponad połowa emigrantek z Polski. W Wielkiej Brytanii i Włoszech pracowało odpowiednio ponad 3.000 i ponad 2.500 pielęgniarek. Pozostałe kraje były zdecydowanie mniej atrakcyjnymi celami wyjazdów.

Liczba pielęgniarek wyszkolonych w Polsce, ale pracujących za granicą jest szczególnie wysoka, jeżeli zestawimy ją z danymi na temat imigracji, które podaje OECD. Wedle tej statystyki w 2016 r. do Polski przyjechało zaledwie 21 pielęgniarek wykształconych za granicą. Z kolei Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych szacuje, że w Polsce obecnie pracuje 90 pielęgniarek z Ukrainy³⁵.

³⁴ Dane dotyczące lekarzy przyjeżdżających na Słowację i do Hiszpanii pochodzą z 2011 r.

³⁵ Zob. Karolina Kowalska, *Będzie więcej pielęgniarek z Ukrainy*, „Rzeczpospolita” 13.04.2018.

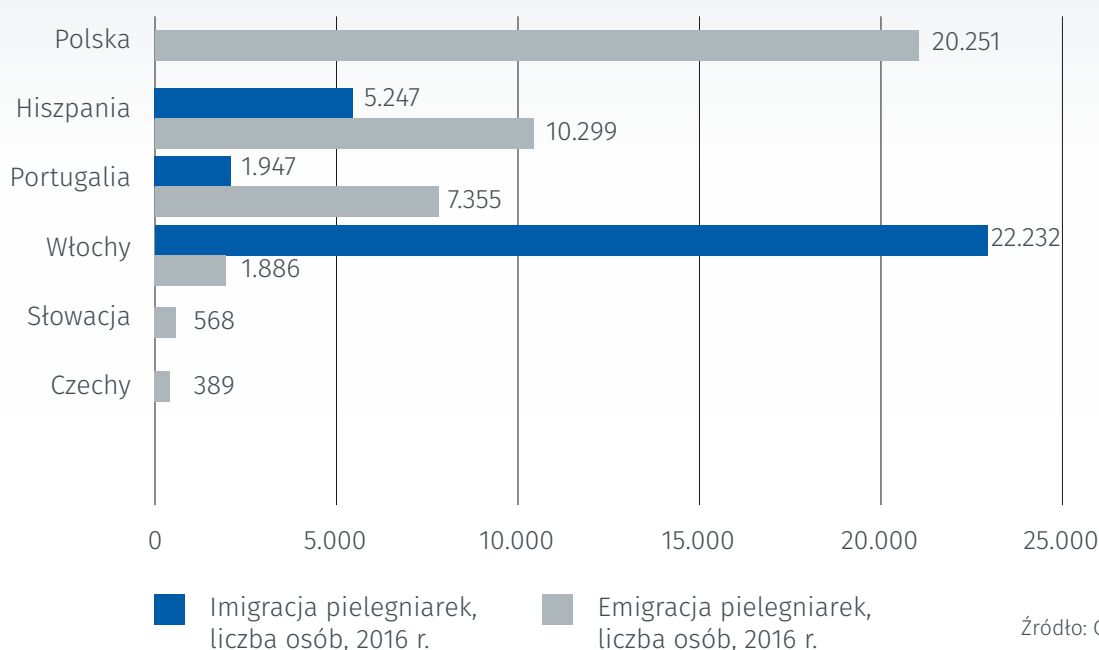
Wykres nr 41. Liczba polskich pielęgniarek pracujących za granicą, 2016 r.



Źródło: OECD

Spośród krajów porównania w 2016 r. za granicą pracowało najwięcej pielęgniarek z Polski, ponad 20.000. Druga pod tym względem jest Hiszpania, ze wskaźnikiem niemal o połowę mniejszym, wynoszącym 10.299. Zjawisko emigracji pielęgniarek odczuwalne jest jeszcze w Portugalii. W pozostałych krajach porównania – Czechach, Słowacji i Grecji – wyjazdy pielęgniarek są zjawiskiem marginalnym.

Wykres nr 42. Migracje pielęgniarek w Polsce i krajach porównania³⁶



Źródło: OECD

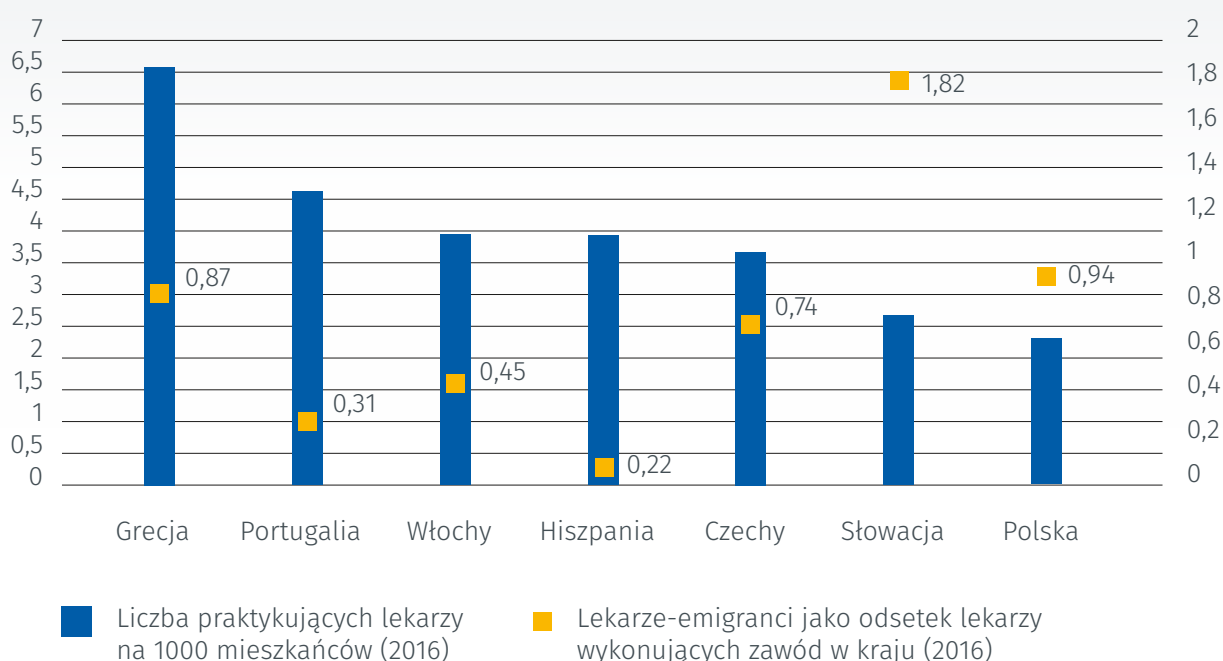
³⁶ Dane dla imigracji do Grecji pochodzą z 2015 r.

Pod względem atrakcyjności dla zagranicznych pielęgniarek wśród krajów porównania zdecydowanie dominują Włochy. W 2016 r. pracowało tam ponad 22.000 pielęgniarek, wykształconych za granicą, przede wszystkim w Rumunii (13.000) i Polsce. Pracownice spoza kraju stanowią tam 5,7 proc. czynnych zawodowo pielęgniarek. W Hiszpanii i Portugalii pielęgniarek z zagranicy jest wyraźnie mniej niż we Włoszech, ale zdecydowanie więcej niż w pozostałych krajach porównania. Pracuje tam odpowiednio 5.247 i 1.947 pielęgniarek, wyszkolonych za granicą. OECD nie dysponuje wiarygodnymi danymi o imigracji pielęgniarek do krajów Europy Środkowej.

d) Migracje i ich wpływ na dostępność lekarzy

Słowacja (3,15) i Polska (2,4) mają wyraźnie niższą liczbę lekarzy, w przeliczeniu na 1.000 mieszkańców, niż pozostałe kraje porównania i niż średnia OECD (3,4). Tymczasem najwyższy odsetek lekarzy - emigrantów zanotowano właśnie w tych dwóch krajach³⁷. W Polsce i Słowacji liczba lekarzy jest więc niższa w zestawieniu i dodatkowo uszczuplana wyjazdami. W pozostałych krajach porównania poziom obu wskaźników jest korzystniejszy. Jednak dane historyczne pokazują, że zjawisko emigracji przybiera na sile we wszystkich krajach porównania.

Wykres nr 43. Emigracja a dostępność lekarzy w Polsce i krajach porównania

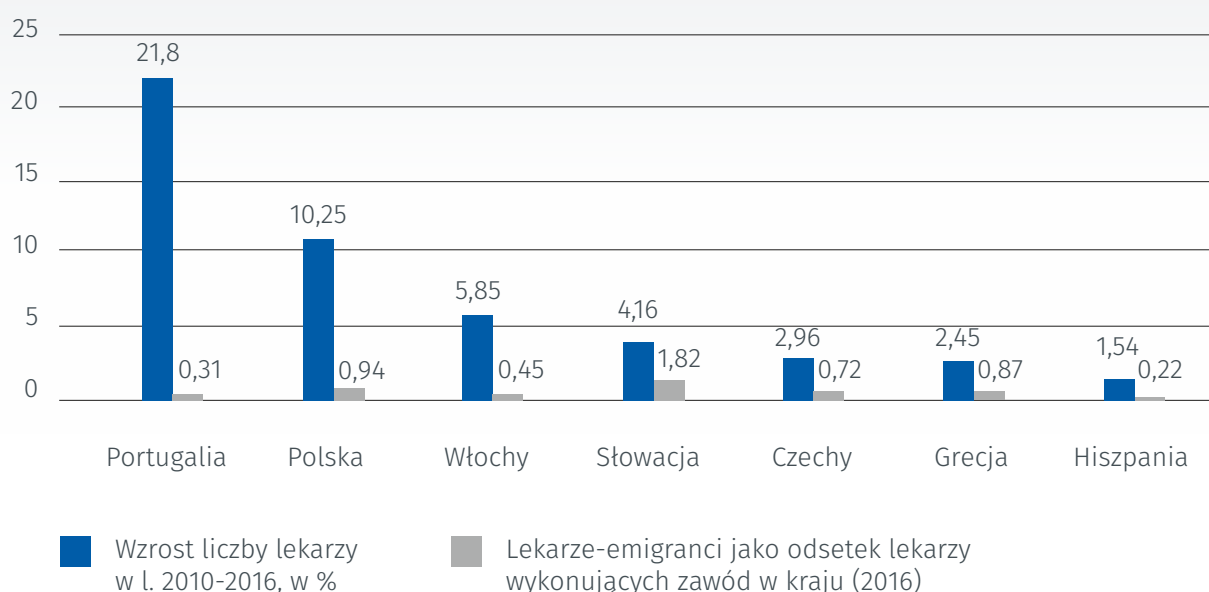


Źródło: OECD, obliczenia własne na podst. OCED

³⁷ Ten odsetek dla Słowacji byłby jeszcze wyższy gdyby, podobnie jak w pozostałych krajach, przy obliczeniach wziąć pod uwagę jedynie lekarzy, pracujących z pacjentami (wykonujących zawód, *practising physicians*). OECD nie dysponuje jednak tymi danymi w odniesieniu do Słowacji. Wykorzystaliśmy więc dane na temat lekarzy wykonujących zawód oraz tych, którzy w swojej pracy korzystają ze swojego wykształcenia (badacze, menedżerowie, eksperci – *professionally active physicians*). Odsetek emigrantów byłby wyższy także dla Portugalii i Grecji, gdzie wzięto pod uwagę wszystkich lekarzy z uprawnieniami do wykonywania zawodu (*physicians licenced to practise*). Zob. *Health at Glance*, s. 151, por. przyp. 28 w raporcie niniejszym.

Zwracają na niego uwagę także badacze migracji personelu medycznego³⁸. Chodzi o zjawisko drenażu specjalistów do bogatszych krajów Europy Zachodniej. Problem jest widoczny szczególnie w krajach, w których emigracja nie jest w żaden sposób równoważona przez imigrację, czyli na Słowacji i w Polsce.

Wykres nr 44. Wzrost liczby lekarzy a odsetek lekarzy-emigrantów w Polsce i krajach porównania



Źródło: obliczenia własne na podst. OECD

Nawet biorąc poprawkę na zawyżone w stosunku do pozostałych krajów o ok. 30 proc. dane dla Portugalii³⁹, stosunek wzrostu liczby lekarzy do odsetka lekarzy-emigrantów jest dla tego kraju korzystny. Podobnie dobra sytuacja ma miejsce we Włoszech. Na tle krajów porównania również sytuacja Polski nie przedstawia się najgorzej. Wysoki odsetek lekarzy-emigrantów jest równoważony przez względnie wysoki przyrost liczby lekarzy. Należy jednak pamiętać, że liczba lekarzy w Polsce w stosunku do liczby ludności wciąż jest najniższa wśród krajów porównania.

W Słowacji, Czechach i Hiszpanii ubytki w systemie opieki zdrowotnej powodowane są przez lekarzy-emigrantów emigrantów są najwyższe w stosunku do skali wzrostu liczby lekarzy. Należy jednak mieć na uwadze, że zarówno Czechy jak i Hiszpania mają względnie wysoką liczbę lekarzy w stosunku do liczby ludności. Tego samego nie można powiedzieć o Słowacji.

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperci ocenili, jaki wpływ na sytuację w służbie zdrowia w ich kraju wywiera emigracja lekarzy. We Włoszech to zjawisko ma niewielkie znaczenie, zupełnie inaczej niż w Polsce.

³⁸ *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European Countries.* Ed. M. Wismar et al. 2011, s. 74-75.

³⁹ Por. przyp. 28 i 42.

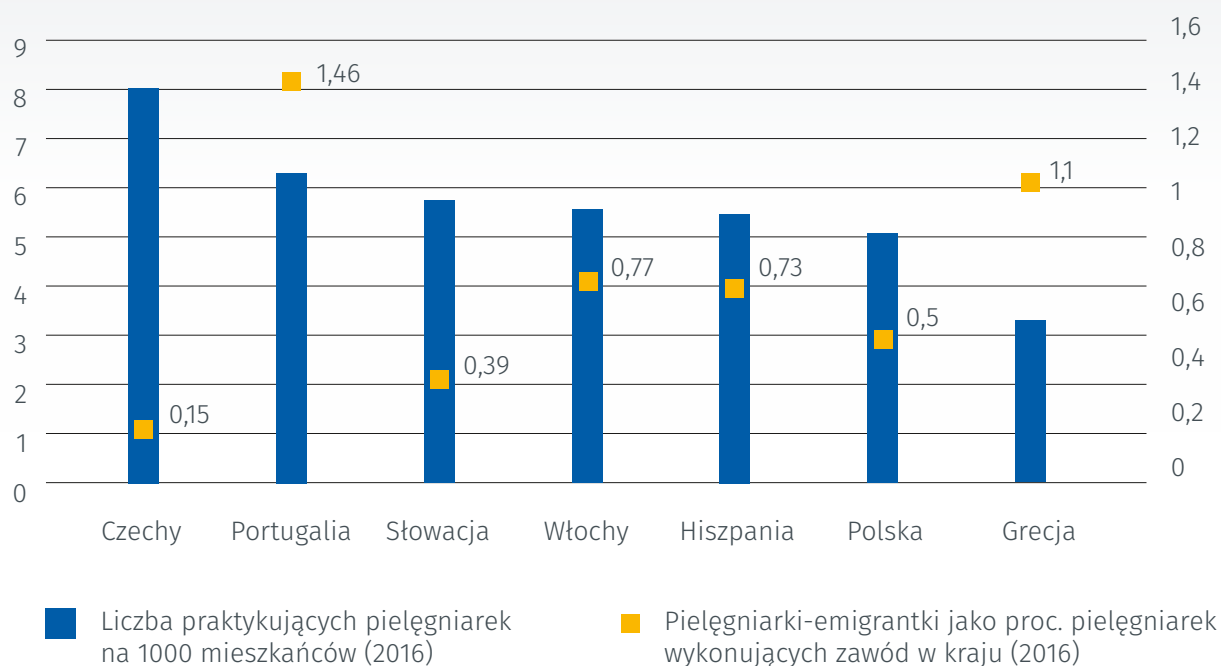
Tabela 17. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma emigracja lekarzy?
Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży			✓	
Średni		✓	✓	✓
Mały	✓			
Żaden				

e) Migracje i ich wpływ na dostępność pielęgniarek

Z danych OECD wynika, że w stosunku do liczby pielęgniarek najmniej wyjeżdżających – 0,15 proc. – jest w Czechach. Jednocześnie nasi południowi sąsiedzi mogą się pochwalić najwyższą wśród krajów porównania liczbą pielęgniarek wykonujących zawód w przeliczeniu na 1.000 mieszkańców – 8,07. Jednak również oni nie osiągnęli średniej OECD, wynoszącej 9. W Hiszpanii, Włoszech i Polsce sytuacja wygląda gorzej. Liczba pielęgniarek w stosunku do liczby mieszkańców jest tam niższa, a wyjeżdżające stanowią wyższy odsetek pracujących.

Wykres nr 45. Emigracja a dostępność pielęgniarek w Polsce i krajach porównania

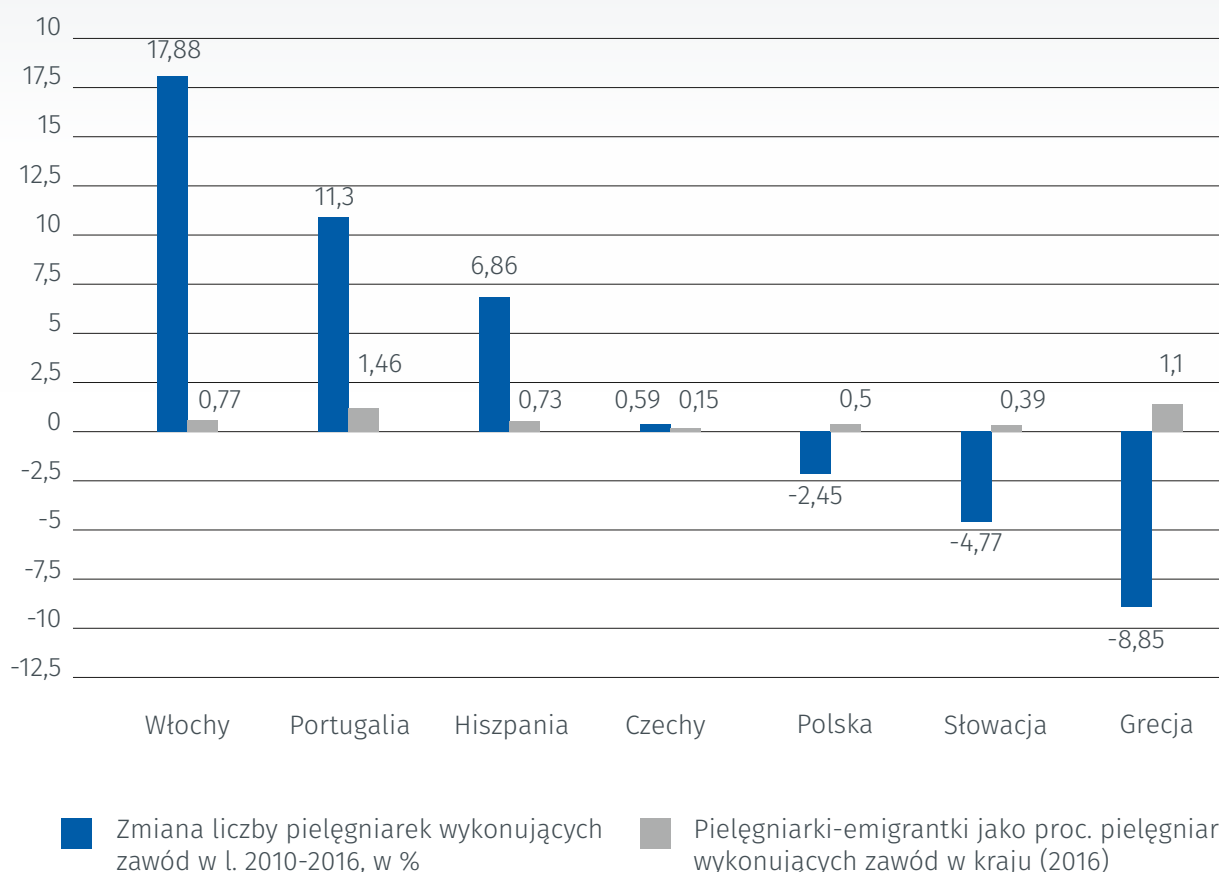


Źródło: Obliczenia własne na podst. OECD

Najgorzej przedstawia się sytuacja Portugalii, a w mniejszym stopniu także Słowacji. W rzeczywistości jest ona dużo gorsza niż sugeruje wykres 45⁴⁰. Odsetek pielęgniarek-emigrantek jest tam najwyższy wśród krajów porównania przy wcale nie najwyższym stosunku pracujących pielęgniarek do populacji kraju.

Wśród krajów porównania zdecydowanie najgorsze trendy jeśli chodzi o dostępność pielęgniarek, wykonujących zawód, dotyczą Grecji, Słowacji⁴¹ i Polski. W każdym z tych krajów nie tylko pielęgniarek jest zdecydowanie mniej niż wynosi średnia OECD, ale w ciągu ostatnich sześciu lat ich liczba zmalała. Niewielkie zasoby pielęgniarek są dodatkowo uszczuplane przez emigrację. Nie najlepsze perspektywy rysują się również dla Czech, gdzie wzrost liczby pielęgniarek okazał się minimalny.

Wykres nr 46. Zmiana liczby pielęgniarek a odsetek pielęgniarek-emigrantek w Polsce i krajach porównania



Źródło: obliczenia własne na podst. OECD

⁴⁰ Zob. przyp. 25 w niniejszym raporcie. W przypadku Portugalii, Słowacji i Grecji dane OECD dla liczby pielęgniarek nie są kompatybilne z danymi dla reszty krajów. Gdyby dostępne dane były porównywalne, odsetek pielęgniarek-emigrantek dla Portugalii i Słowacji byłby wyższy, bo niższa byłaby liczba pielęgniarek, natomiast dla Grecji odsetek byłby niższy, gdyż liczba pielęgniarek byłaby wyższa.

⁴¹ Por. zastrzeżenia z przyp. 25 i 39. Gdyby dostępne dane dla Grecji, Słowacji i Portugalii były porównywalne z danymi dla pozostałych państw, wskaźnik zmiany liczby pielęgniarek dla Portugalii i Słowacji byłby niższy, bo niższa byłaby liczba pielęgniarek, natomiast dla Grecji byłby wyższy, gdyż liczba pielęgniarek byłaby wyższa.

Kondycja finansowa szpitali gdy popyt przewyższa podaż

W pozostałych krajach porównania perspektywy dla dostępności pielęgniarek są bardziej optymistyczne. Wprawdzie w Hiszpanii i Włoszech liczba pielęgniarek jest poniżej średniej OECD, a emigracja jest względnie wysoka, ale w ostatnich latach wskaźniki wzrostu liczby pielęgniarek były zdecydowanie na plusie, zwłaszcza we Włoszech.

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperti ocenili, jaki wpływ na sytuację w służbie zdrowia w ich kraju wywiera emigracja pielęgniarek. Jedynie w Polsce to zjawisko jest oceniane jako poważny problem.

Tabela 18. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma emigracja pielęgniarek? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży			✓	
Średni		✓	✓	
Mały	✓	✓		✓
Żaden				

5

Co zdecyduje o kondycji systemu ochrony zdrowia w przyszłości?

5

Co zdecyduje o kondycji systemu ochrony zdrowia w przyszłości?

Konsekwencje starzenia się społeczeństwa dla ochrony zdrowia

Zmiany ilości lekarzy i pielęgniarek

Podwyżki dla pracowników służby zdrowia a obciążenie finansowe szpitali

Nowe technologie medyczne

Zdaniem ekspertów: prognozy dla ochrony zdrowia w krajach porównania

5.1 Konsekwencje starzenia się społeczeństwa dla ochrony zdrowia

Prognozy demograficzne dla Polski i krajów porównania, ale także dla pozostałych krajów europejskich, są jednoznaczne: osób starszych będzie przybywać, będziemy żyli dłużej. Jednak z drugiej strony populacja ludzi młodych (w tym w wieku produkcyjnym) będzie się kurczyć. Z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, a szczególnie jej finansowania, oznacza to bardzo duże zmiany.

Zmniejszenie liczby osób w wieku produkcyjnym, płacących składki na ubezpieczenia zdrowotne, przy jednoczesnym zwiększeniu liczby emerytów i osób w podeszłym wieku, przyniesie dwie zasadnicze konsekwencje. Ministerstwa Zdrowia w Polsce i w krajach porównania będą musiały nie tylko wypełnić lukę w budżetach zdrowotnych, powstałą w wyniku zmniejszonego napływu pieniędzy ze składek osób pracujących⁴². Będą musiały znaleźć również dodatkowe środki, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne osób starszych.

W Polsce, która pod tym względem nie jest wyjątkiem, koszty leczenia osób starszych są kilkakrotnie wyższe. Rosną też zdecydowanie szybciej niż osób w wieku produkcyjnym. Ostrożne szacunki NFZ mówią, że między 2014 a 2030 r. wzrosną koszty świadczeń „istotnie związanych z wiekiem”. Najwięcej – wzrost o 33,9 proc. – trzeba będzie wydać na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. W związku ze zmianami demograficznymi aby jedynie utrzymać obecny poziom dostępności świadczeń, co roku finansowanie powinno wzrastać o 500 mln zł⁴³.

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperci ocenili, jaki wpływ na sytuację w służbie zdrowia w ich kraju wywiera starzenie się społeczeństwa. Okazuje się, że w Polsce i Grecji to zjawisko nie jest do tego stopnia odczuwalne, co we Włoszech i Portugalii.

Tabela 19. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma starzenie się społeczeństwa? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓	✓	✓	✓
Średni			✓	✓
Mały				
Żaden				

⁴² W 2018 r. w związku z dobrą koniunkturą gospodarczą ZUS zablokował dotację z budżetu państwa na FUS. W sumie chodzi o kwotę 5,2 mld. zł. Adam Niedoziński, wiceprezes NFZ, mówił, że „Taka sytuacja ma również bardzo korzystne skutki dla budżetu NFZ”. Poza tym budżet NFZ zyskuje też bezpośrednio na koniunkturze w związku z rosnącymi pensjami i większą liczbą zatrudnionych, w 2017 r. przychody Funduszu m.in. ze składek na ubezpieczenie zdrowotne były wyższe o 1,69 mln. zł. niż zakładano, zob. *Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2017 r.*, s. 33.

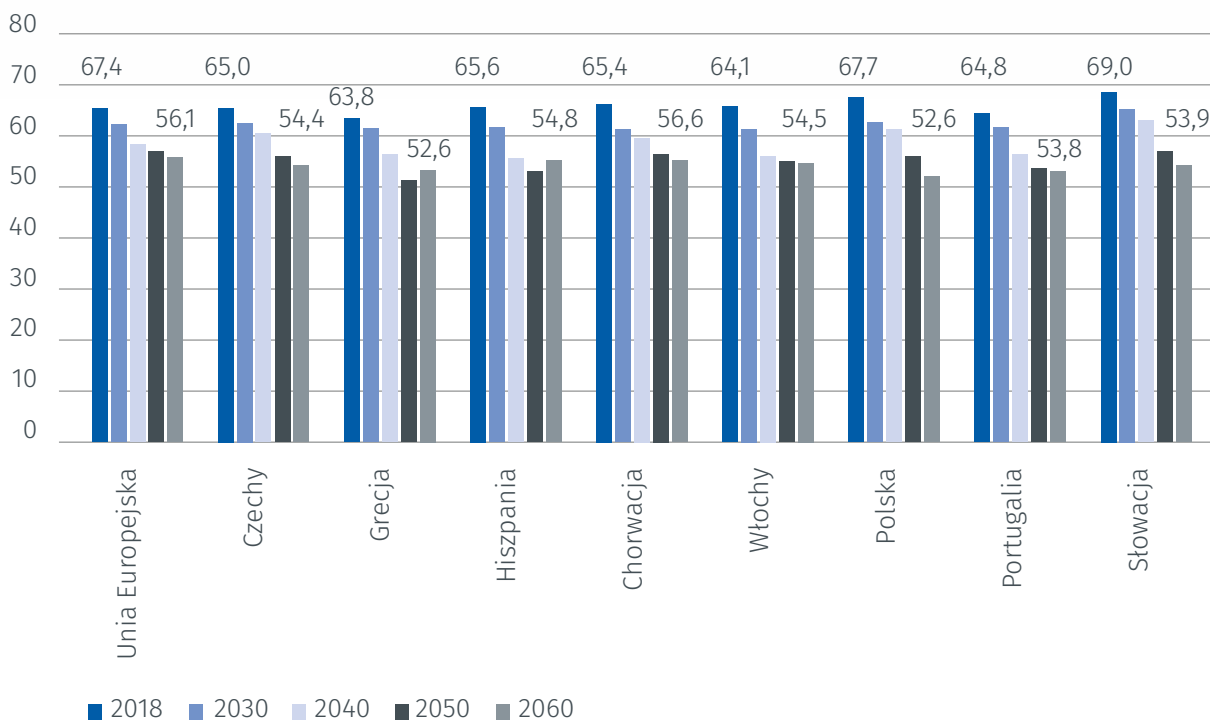
⁴³ Narodowy Fundusz Zdrowia, *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ w kontekście zmian demograficznych w Polsce*. Warszawa 2015, s. 12, 13.

Które trendy wpłyną na system opieki zdrowotnej w przyszłości?

a) Prognozy demograficzne dla Polski i krajów porównania

Według Europejskiego Urzędu Statystycznego w ciągu 4 kolejnych dekad liczba osób w wieku produkcyjnym, *de facto* finansujących system ubezpieczeń społecznych, spadnie w krajach porównania o około 10 proc. i będzie wynosić niewiele ponad połowę populacji. Obecnie najwyższy odsetek osób w wieku 15-64 ma Słowacja – 69 proc., oraz Polska – 67,7 proc. W obu krajach do roku 2060 nastąpi również największy wśród krajów porównania spadek ludzi aktywnych zawodowo, odpowiednio do poziomu 53,9 i 52,6 proc.

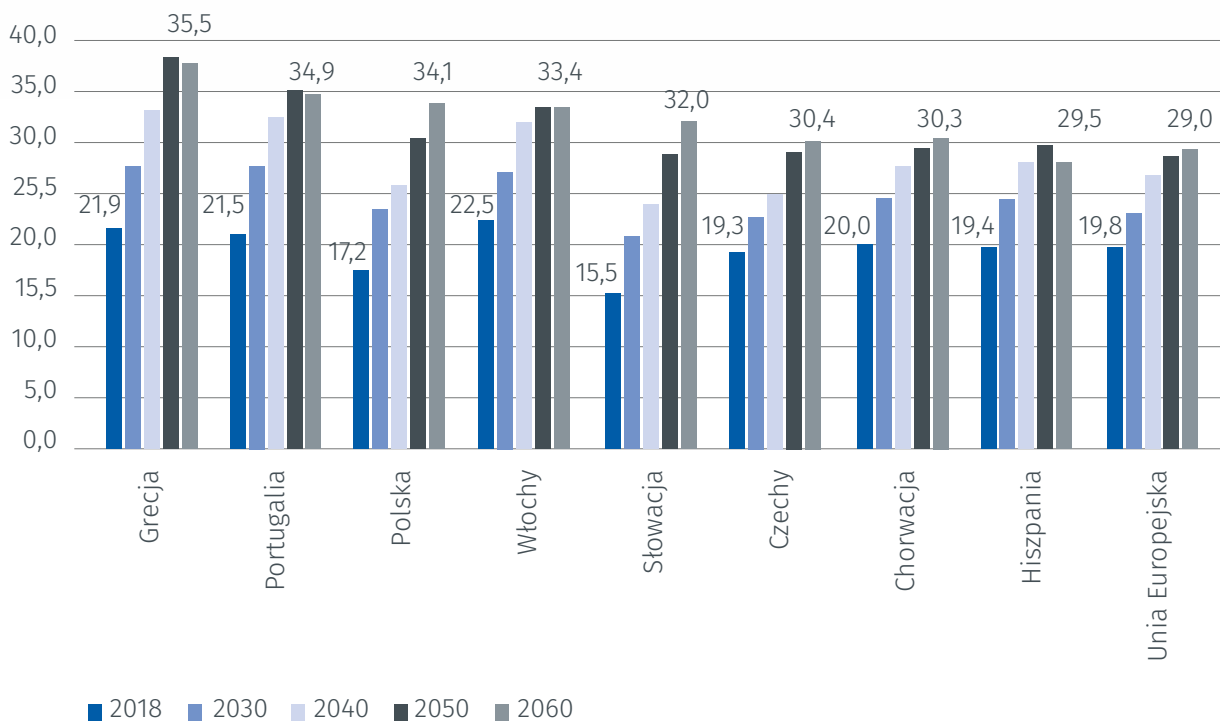
Wykres nr 47. Osoby w wieku 15-64 jako odsetek populacji. Prognozy dla Polski i krajów porównania



Źródło: Eurostat

Według Eurostatu liczba osób w wieku emerytalnym, czyli generujących największe koszty dla systemu ochrony zdrowia, w kolejnych dekadach będzie systematycznie rosła. Obecnie w Unii Europejskiej osoby w przedziale wiekowym 65+ stanowią 19,8 proc. populacji. W krajach porównania, leżących w Europie Środkowo-Wschodniej jest nieco niższy, dla Polski wynosi 17,2, dla Czech 19,3, a dla Słowacji 15,5 proc. Natomiast w krajach Europy Zachodniej i Południowej jest nieco wyższy niż średnia unijna, dla Grecji wynosi 21,9, dla Włoch 22,5, dla Portugalii 21,5, dla Chorwacji 20, wyjątkiem jest tu Hiszpania z 19,4 proc. udziałem osób 65+.

Wykres nr 48. Osoby w wieku 65+ jako odsetek populacji. Prognozy dla Polski i krajów porównania



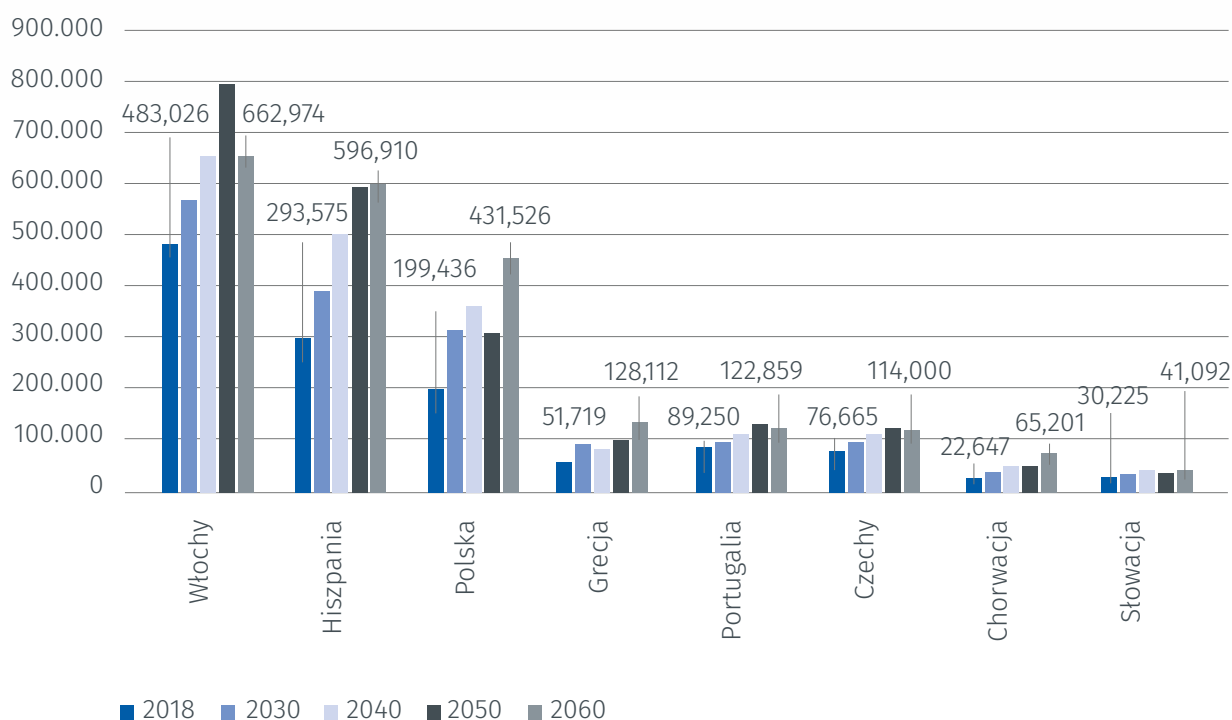
Źródło: Eurostat

Które trendy wpłyną na system opieki zdrowotnej w przyszłości?

W kolejnych dekadach odsetek emerytów będzie systematycznie i wyraźnie wzrastał. W krajach porównania w ciągu 30-40 lat wszędzie przekroczy 30 proc. całej populacji kraju. Najwyższy, niemal dwukrotny wzrost – do 34,1 proc. – nastąpi w Polsce. W Grecji w 2050 r. osoby powyżej 65 roku życia będą stanowiły aż 36,5 proc. ludności, a w Portugalii 35 proc.

W ciągu najbliższych 4 dekad szczególnie intensywnie wzrośnie liczba osób najstarszych, w wieku 80+. Najwięcej przybędzie ich w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, zwłaszcza na Słowacji, gdzie wzrost wyniesie 187 proc. Obecnie żyje tam 22.647 osób w wieku 80+, a w 2060 r. będzie ich 65.201. W Polsce zanotujemy 116 proc. wzrost, z 199.436 osób obecnie do 431.526 w 2060 r.

Wykres nr 49. Wzrost liczby osób w wieku 80+. Prognoza dla Polski i krajów porównania



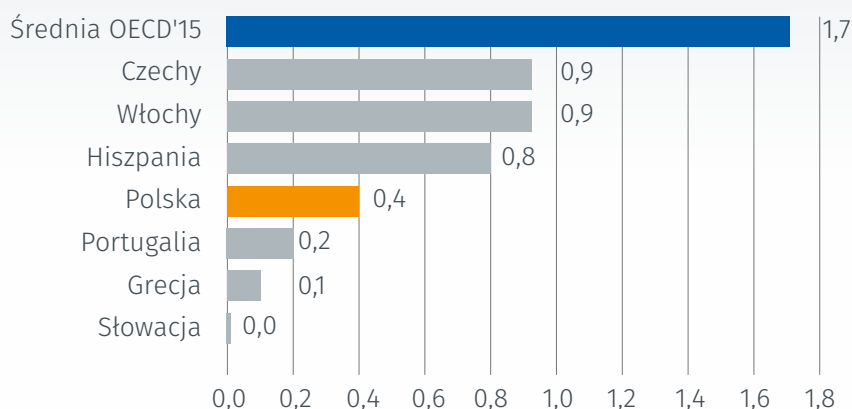
Źródło: Eurostat

b) Nakłady na opiekę długoterminową

Opieka długoterminowa z reguły obejmuje osoby starsze. Polska przeznaczająca na ten cel zaledwie 0,4 proc. PKB. To wyraźnie mniej niż przewodzące stawce Czechy, Włochy i Hiszpania. Jednak we wszystkich krajach porównania w 2016 r. poziom wydatków na opiekę długoterminową znajdował się wyraźnie poniżej przeciętnego wskaźnika dla krajów rozwiniętych, wynoszącego w 2015 r. 1,7 proc.⁴⁴

⁴⁴ Zob. *Health at Glance 2017*, OECD, s. 215

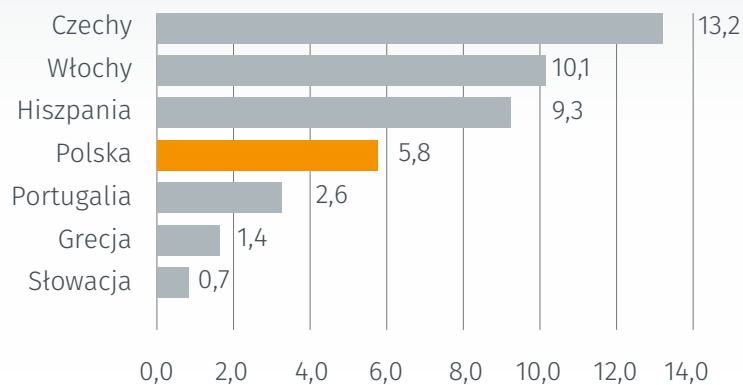
Wykres nr 50. Wydatki na opiekę długoterminową jako odsetek PKB. Polska i kraje porównania, 2016 r.



Źródło: OECD 2017

Najniższy poziom finansowania opieki długoterminowej notują państwa, które w nadchodzących latach będą musiały się zmierzyć z największym wzrostem liczby emerytów i osób starszych. Szczególnie niekorzystne perspektywy rysują się dla Słowacji, gdzie poziom wydatków na opiekę długoterminową był niższy niż dziesiąta część procenta PKB i stanowił niecały procent wszystkich wydatków na służbę zdrowia. Prognozy demograficzne są niekorzystne również dla Polski, więc poziom finansowania opieki dla seniorów w naszym kraju również można by uznać za niebezpiecznie niski.

Wykres nr 51. Wydatki na opiekę długoterminową jako odsetek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Polska i kraje porównania 2016 r.



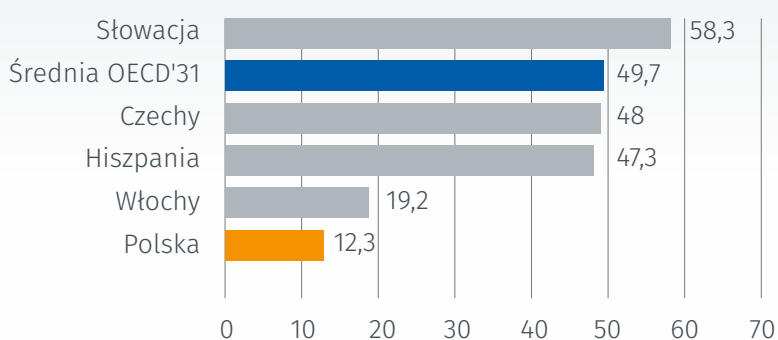
Źródło: OECD 2017

Które trendy wpłyną na system opieki zdrowotnej w przyszłości?

Również dostępność łóżek w opiece długoterminowej pokazuje skalę wyzwań „demograficznych”, z którymi w najbliższych latach będą zmagać się wszystkie kraje europejskie, również kraje naszego porównania. Dla Polski jest to bardzo niekorzystny wskaźnik, ponieważ uświadamia skalę inwestycji, które czekają nasz kraj, jeżeli chcemy uczynić zadość potrzebom najstarszej części społeczeństwa. Według OECD liczba łóżek w l. 2005–2015 w Polsce zmalała o 0,6 łóżka na 1 000 mieszkańców w wieku 65+⁴⁵.

OECD odnotowuje generalny trend zmniejszania liczby łóżek w opiece długoterminowej, ale dotyczy on przede wszystkim krajów, które mają łóżek tego typu pod dostatkiem. Jednym z takich krajów są Czechy, gdzie w 2015 r. liczba łóżek była mniejsza o 11,4 niż w 2005 r. Natomiast Słowacja, która jako jedyna w zestawieniu dysponuje większą liczbą łóżek niż wynosi średnia OECD, w ciągu ostatnich lat zwiększyła tę liczbę o 3,5. W tę stronę poszły również Włochy, zwiększając liczbę łóżek o 3,3, ale nie poprawiło to wyraźnie dostępności w tym zakresie.

Wykres nr 52. Liczba łóżek w opiece długoterminowej na 1000 osób w wieku 65+



Źródło: OECD 2017

5.2 Zmiany ilości lekarzy i pielęgniarek

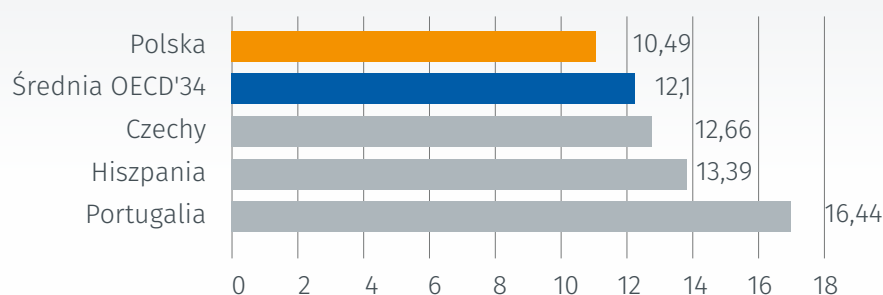
a) Liczba absolwentów studiów medycznych

Na liczbę lekarzy w kraju wpływa nie tylko migracja personelu medycznego, ale również kształcenie przyszłych profesjonalistów. Wiemy już, że trendy migracyjne w ostatnich latach nasilały się i prawdopodobnie nadal będą się nasilać, przynosząc odpływ lekarzy z krajów porównania. Czy ubytki będą rekompensowane przez absolwentów kierunków medycznych i pielęgniarskich?

Pod względem liczby absolwentów uczelni medycznych (podobnie jeśli chodzi o liczbę już wykształconych medyków) Polska znajduje się w ogonie krajów porównania oraz poniżej średniej OECD. Wśród krajów zestawienia mniejszą liczbę absolwentów w stosunku do populacji kraju ma jedynie Grecja. System kształcenia lekarzy w pozostałych krajach porównania daje zdecydowanie lepsze efekty pod względem liczby absolwentów. Na uwagę zasługuje zwłaszcza Portugalia. Liczba lekarzy kończących studia na tamtejszych uczelniach (w stosunku do populacji kraju) jest najwyższa wśród państw porównania. Na tle wszystkich krajów OECD pod tym względem Portugalia zajmuje 5 miejsce.

⁴⁵ Dane nt. trendów w dostępności łóżek pochodzą z *Health at Glance 2017*, OECD, s. 213

Wykres nr 53. Liczba absolwentów studiów medycznych na 100 000 mieszkańców. Polska i kraje porównania, 2016⁴⁶



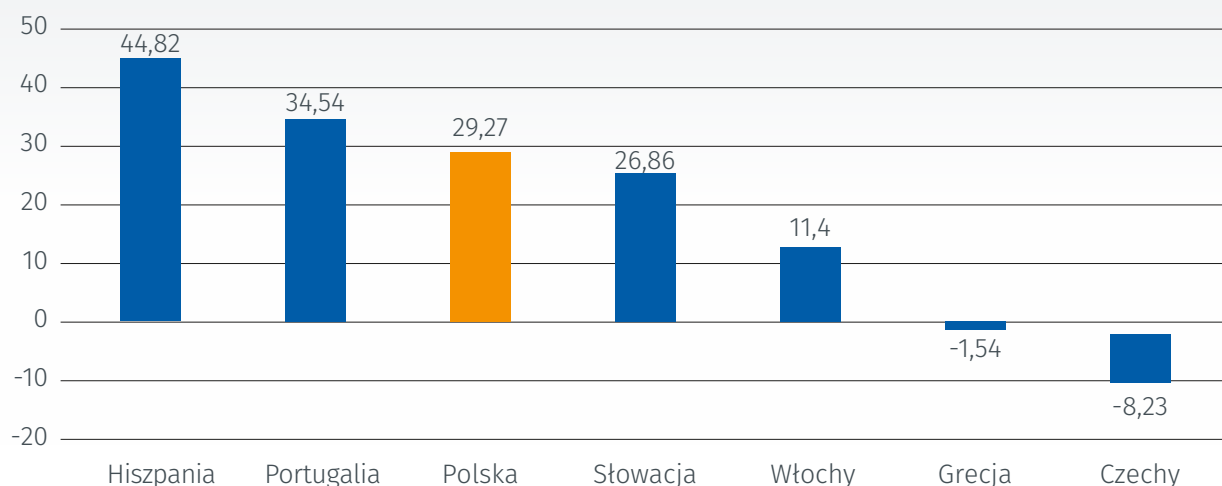
Źródło: OECD

Warto podkreślić pozytywną tendencję na polskich uczelniach medycznych, które w latach objętych analizą wypuściły o prawie 30 proc. więcej absolwentów. W 2010 r. było to 3.081 osób, a w 2016 r. 3.983⁴⁷. Obok imigracji to sposób, aby uzupełniać ubytki po emigrantach i podnosić zbyt małą liczbę lekarzy w Polsce w stosunku do liczby populacji.

W znacznie lepszej sytuacji są Hiszpania i Portugalia. Oba kraje mogą się pochwalić nie tylko ponadprzeciętną liczbą absolwentów, ale również spektakularnym wzrostem w tym zakresie, odpowiednio niemal 45 i prawie 35 proc.

Natomiast negatywnie wyróżniają się Grecja i Czechy. U naszych południowych sąsiadów odsetek absolwentów studiów medycznych między rokiem 2010 a 2016 spadł o niemal 10 proc., ale w stosunku do populacji kraju i tak jest wyższy niż średnia OECD. Tymczasem spadek w Grecji wyniósł około 1,5 proc., ale na 100.000 osób przypada tam mniej absolwentów niż przeciętnie w krajach OECD.

Wykres nr 54. Zmiana liczby absolwentów studiów medycznych w l. 2010-2016, w proc.



Źródło: obliczenia własne dla podst. OECD

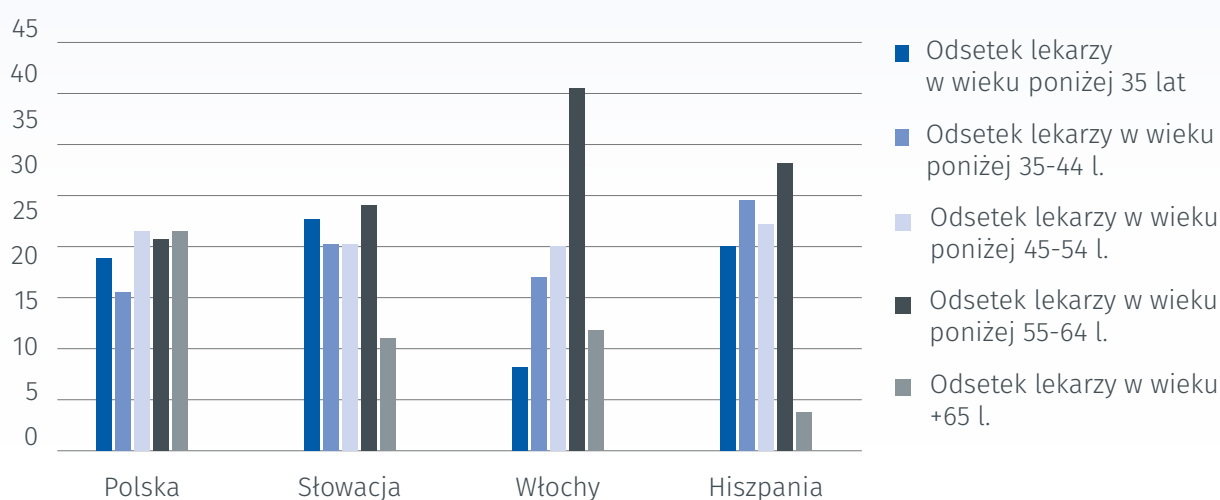
⁴⁶ Dane dla poszczególnych krajów pochodzą z roku: 2016 (Portugalia, Hiszpania, Czechy, Polska), 2015 (Włochy), 2014 (Słowacja), 2013 (Grecja).

⁴⁷ Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że limity przyjęte na studiach medycznych rosły, w roku akademickim 2015/16 wynosiły 3.529, a w 2017/18 już 4.368, zob. <https://www.gov.pl/zdrowie/wieksze-limity-przyjec-na-kierunki-lekarskie>.

b) Struktura wieku lekarzy

W ciągu najbliższych lat wszystkie kraje porównania będą się zmagać z problemem starzenia się personelu medycznego. W kraju z Półwyspu Apenińskiego ponad połowa lekarzy ma więcej niż 55 lat, w Polsce ten odsetek wynosi 43 proc. W Polsce, według danych Ministerstwa Zdrowia z 2017 r. aż 22,6 proc. z pracujących medyków osiągnęło już wiek emerytalny i w każdej chwili mogłoby przejść na emeryturę. We Włoszech i większości krajów porównania ten odsetek wynosi około 10 proc.

Wykres nr 55. Struktura wieku lekarzy w Polsce i krajach porównania



Źródło: OECD, MZ

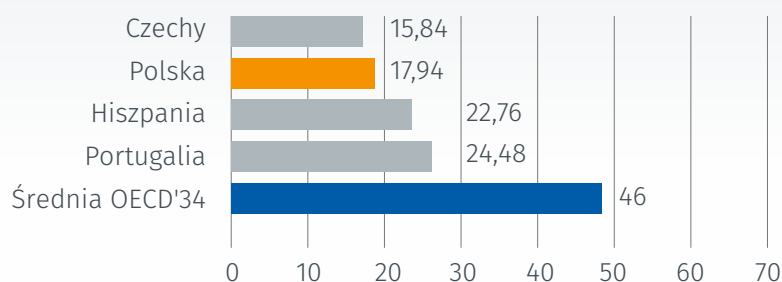
W krajach porównania najliczniejszą grupę wiekową wśród lekarzy stanowią ci, którzy wiek emerytalny osiągną najpóźniej w ciągu 10 lat. We Włoszech liczą oni aż 41,3 proc. całej populacji zawodowej. W Hiszpanii grupa wiekowa 55-64 lata stanowi 28,7 proc. wszystkich lekarzy, a na Słowacji 24,4 proc. W Polsce ten odsetek wynosi 21,3 proc.

Pod względem liczby lekarzy poniżej 35 roku życia Polska na tle krajów porównania wypada przeciętnie. Młodzi lekarze stanowią 18,8 proc. populacji lekarzy, na Słowacji 22,6 proc., a najmniej jest ich w Hiszpanii, zaledwie 8,5 proc.

c) Liczba absolwentów studiów pielęgniarskich

Problem braku pielęgniarek w Polsce, ale też w większości krajów porównania, trudno będzie rozwiązać poprzez dopływ do zawodu absolwentów studiów pielęgniarskich. Pod względem liczby absolwentów studiów pielęgniarskich w przeliczeniu na 100.000 mieszkańców Polska znalazła się w ogonie krajów porównania. Jednak dla większości krajów wynik jest niższy od przeciętnej wartości OECD ponad dwukrotnie. Wyjątkiem jest Słowacja.

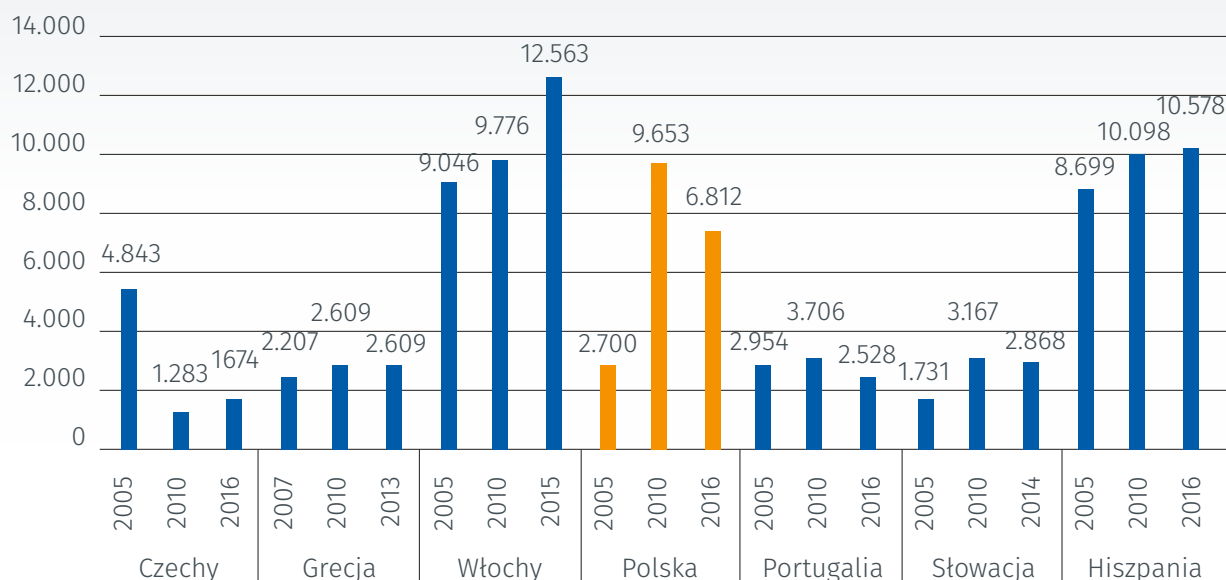
Wykres nr 56. Liczba absolwentów studiów pielęgniarskich na 100 000 mieszkańców. Polska i kraje porównania, 2016⁴⁸



Źródło: OECD

W ostatnich kilkunastu latach jedynie we Włoszech i Hiszpanii obserwujemy systematyczny wzrost liczby absolwentów - a właściwie: absolwentek - studiów pielęgniarskich.

Wykres nr 57. Liczba absolwentów studiów pielęgniarskich w Polsce i krajach porównania



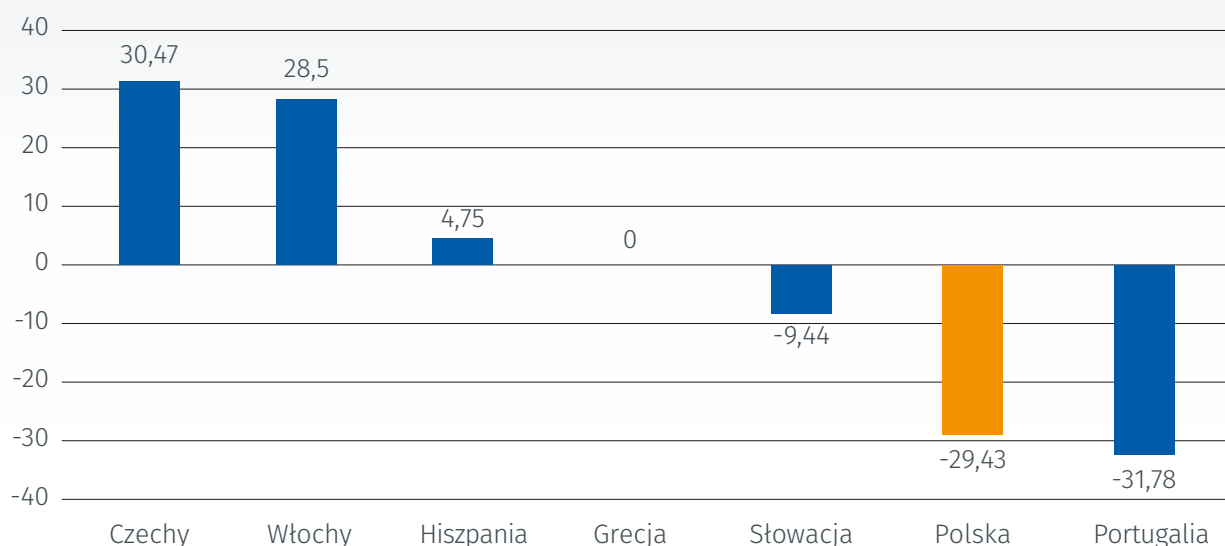
Źródło: OECD

Natomiast w kilku krajach porównania, m.in. w Polsce, w ostatnich latach obserwujemy duże wahania liczby absolwentek. W Polsce od 2005 do 2010 r. nastąpił kilkukrotny wzrost, po czym kolejne lata przyniosły wyraźny spadek liczby pielęgniarek kończących studia⁴⁹. W Polsce spadek o 29 proc. to wynik niepokojący biorąc pod uwagę zbyt małą liczbę pracujących pielęgniarek. Podobnie duże wahania widzimy jeszcze w Czechach, nieco mniejsze w Portugalii.

⁴⁸ Dane dla poszczególnych krajów pochodzą z lat: 2016 (Portugalia, Polska, Hiszpania, Czechy), 2015 (Włochy), 2014 (Słowacja), 2013 (Grecja), por. *Health at Glance 2017*, OECD, s. 161

⁴⁹ Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że liczba przyjęć na studiach pielęgniarskich (licencjackich) rośnie w następującym tempie: w roku akademickim 2015/16 wynosiła 5 677, a w 2017/18 6 262. Jednocześnie, według ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, 30% absolwentek nie jest zainteresowanych pracą w zawodzie i wybiera np. pracę w branży kosmetycznej. Zob. <https://www.gov.pl/zdrowie/wieksze-limity-przylac-na-rierniki-lekarskie>. Wypowiedź Szumowskiego dla I PR Polskiego Radia, 13.06.2018.

Wykres nr 58. Zmiana liczby absolwentów studiów pielęgniarskich w l. 2010-2016, w proc.

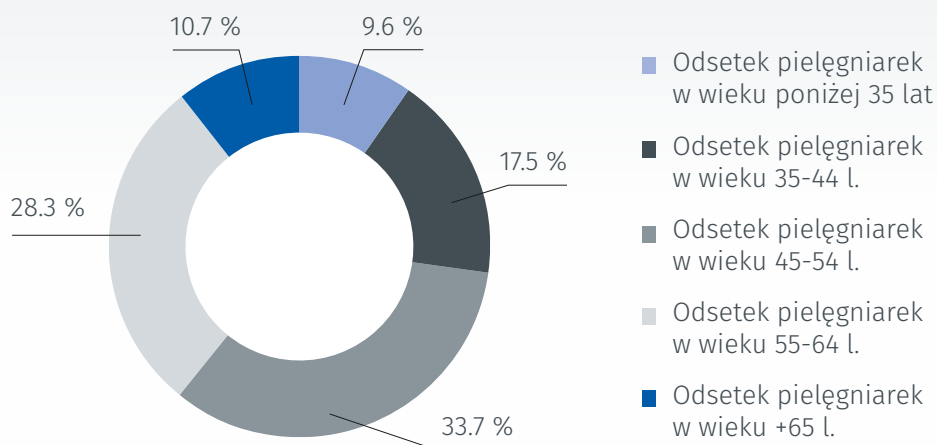


Źródło: obliczenia własne dla podst. OECD

d) Struktura wieku pielęgniarek w Polsce

Z danych Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia⁵⁰ wynika, że w 2017 r. pielęgniarki, które w każdej chwili mogły przejść na emeryturę, stanowiły 10,7 proc. wszystkich siostr, uprawnionych do wykonywania zawodu. Razem z osobami, które uzyskają uprawnienia emerytalne w najbliższym czasie (grupa wiekowa 55-64 l.) daje to w sumie ponad 39 proc. pielęgniarek – tyle pielęgniarek może odejść z zawodu w najbliższych latach.

Wykres nr 59. Struktura wieku pielęgniarek w Polsce



Źródło: obliczenia własne na podst. danych MZ

⁵⁰ OECD nie dysponuje danymi na temat struktury wieku pielęgniarek w krajach porównania.

Tymczasem młode pielęgniarki, poniżej 35 roku życia, stanowią zaledwie niecałe 10 proc. uprawnionych do wykonywania zawodu. W najbliższej przyszłości nie należy się spodziewać zwiększenia tego odsetka, ponieważ – jak wynika z danych, przedstawionych w poprzednim podrozdziale – trend jest przeciwny. W ostatnich latach w Polsce liczba absolwentek kierunków pielęgniarskich spadła o niemal 30 proc.

Niedobór pielęgniarek będzie się więc pogłębiał, a negatywne konsekwencje tego zjawiska będą coraz bardziej widoczne i odczuwalne w związku z procesem starzenia się całego społeczeństwa. Według szacunków Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Polsce w 2033 r. będzie brakowało 169 tys. pielęgniarek⁵¹.

5.3 Podwyżki dla pracowników służby zdrowia a obciążenie finansowe szpitali

We wszystkich krajach porównania emigracja lekarzy i pielęgniarek wynika z chęci polepszenia przez nich warunków pracy, między innymi wynagrodzenia. W Polsce w I połowie 2018 r. wyższe pensje wywalczyli lekarze, lekarze rezydenci oraz pielęgniarki. Ci pierwsi mają zarabiać co najmniej 6.750 zł brutto pod warunkiem, że zrezygnują z dyżurowania poza swoim podstawowym miejscem zatrudnienia. Rezydenci dostaną 600 lub 700 zł podwyżki, jeżeli po specjalizacji dwa lata przepracują w jednostce publicznej. Pielęgniarki uzyskały gwarancje, że 1,1 tys. zł dotychczasowych podwyżek, które do tej pory otrzymywały w formie dodatków, zostanie włączone do wynagrodzenia zasadniczego. W porozumieniu z pielęgniarkami znalazł się również zapis o zwiększeniu norm zatrudnienia pielęgniarek⁵². Dzięki kolejnej rządowej podwyżce płacy minimalnej – do 2.250 brutto w 2019 r. – finansowo zyska również personel sprzątający czy dostarczający catering do szpitali.

Ministerstwo Zdrowia pokryje jedynie część kosztów podwyżek. Pieniądze na składki ZUS od podwyżek szpitale będą musiały znaleźć we własnych budżetach. Podobnie sytuacja wygląda ze zwiększonymi normami zatrudnienia pielęgniarek. Lecz w tym przypadku poza pieniędzmi na wynagrodzenia, dyrektorzy co najmniej 60 proc. szpitali będą musieli znaleźć również same pielęgniarki, których na rynku po prostu nie ma⁵³. Dlatego ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych zażądał wręcz zawieszenia tego przepisu. Szpitale, którym zabraknie środków na pensje i podwyżki mogą zwrócić się z prośbą o pieniądze na ten cel do organu założycielskiego, zaciągnąć kredyt albo wziąć pożyczkę w banku lub instytucji finansowej. W tym drugim przypadku nakręcając spiralę zadłużenia.

„Jedną z przyczyn zadłużenia służby zdrowia w Polsce są naciski płacowe personelu medycznego i niemedycznego i ich obowiązkowa realizacja bez wprowadzenia dodatkowych środków do systemu ochrony zdrowia”.

*Prof. dr hab. **Maria Węgrzyn** (Polska), Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu*

Nawet jeśli szpital nie musi się zadłużać, aby sfinansować podwyżki, w kasie zostanie mniej pieniędzy na leczenie pacjentów.

⁵¹ NIPiP, *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*. Warszawa 2017, s.93.

⁵² Porozumienia Ministra Zdrowia z lekarzami i pielęgniarkami zawierają wiele wyłączeń i zapisów szczegółowych. Treść porozumień lekarzy i pielęgniarek są dostępne na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/zdrowie/podpisano-porozumienie-z-pielęgniarkami-i-polożnymi>; <https://www.gov.pl/zdrowie/jest-porozumienie-ministra-zdrowia-z-lekarzami-rezydentami>.

⁵³ Związek Powiatów Polskich, *Sytuacja szpitali powiatowych i perspektywy na przyszłość*, s. 27.

Które trendy wpłyną na system opieki zdrowotnej w przyszłości?

5.4 Nowe technologie medyczne

Na opiekę zdrowotną przeznaczają się coraz większe środki. Do kluczowych czynników powodujących wzrost kosztów należą innowacyjne technologie medyczne. Szacuje się, że w USA odpowiadają one za 40-50 proc. wzrostu kosztów ochrony zdrowia rocznie⁵⁴. Niektóre badania szacują ten odsetek nawet do poziomu 75 proc.⁵⁵

Postęp technologiczny odgrywa zasadniczą rolę we wzroście kosztów ochrony zdrowia przede wszystkim w krajach wysoko rozwiniętych, w których poziom wykorzystania nowych technologii jest wysoki. Badania pokazują, że w państwach, które przystąpiły do Unii Europejskiej w 2004 r. oraz w krajach post-radzieckich opisywana korelacja nie ma istotnego znaczenia. Można się jednak spodziewać, że wraz ze wzrostem zamożności również w krajach średnio i słabo rozwiniętych technologie medyczne zaczną w coraz większej mierze determinować wzrost kosztów ochrony zdrowia⁵⁶.

Część badaczy „winą” za wzrastające koszty w ochronie zdrowia obarcza nowe technologie. Jednak z drugiej strony Eksperci wskazują przykłady świadczące, że nowoczesne technologie pozwalają odczuwalnie zredukować koszty. W Śląskim Centrum Chorób Serca telemonitoring w trzyletniej perspektywie pozwolił obniżyć koszty leczenia pacjentów o 40-50 proc.⁵⁷ Wśród korzyści ekonomicznych, wynikających z wdrażania nowych rozwiązań w lecznictwie wymienia się również szybszą rekonwalescencję pacjentów i mniej powikłań pooperacyjnych. Na przykład w onkologii leczenie nerwiaka ostonowego z użyciem Gamma Knife – urządzenia do napromieniowywania – pozwala na zredukowanie pogorszenia słuchu z 71,7 proc. przypadków do 32,7 proc., a uszkodzenia nerwów z 22,1 proc. przypadków do 3,8 proc.⁵⁸

„W greckiej ochronie zdrowia na wyróżnienie zasługuje elektroniczny system recept (e-recepta). Poza tym zaawansowana analityka danych pozwala lepiej zrozumieć działanie całego systemu ochrony zdrowia i dostosować go do potrzeb pacjentów”.

Platon Peristeris (Grecja), firma doradcza Pharmaffairs

Wśród nowych technologii medycznych duże zainteresowanie wzbudza e-zdrowie. W Polsce we wrześniu 2018 r. harmonogram wprowadzania systemu elektronicznego zakładają, że na skalę ogólnopolską program e-recepta zacznie działać od początku 2020 r., e-skierowanie rok później, a na początku 2022 r. zostanie wprowadzony pełny obieg dokumentacji medycznej⁵⁹. Według badań Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie e-zdrowia Polska wypada przyzwoicie⁶⁰. Nasz kraj podąża za trendami światowymi, realizując projekty w dziedzinach popularnych w większości krajów, badanych przez WHO. Wśród krajów porównania zakresem i zaawansowaniem projektów e-zdrowotnych wyróżniają się Włochy, w przeciwieństwie do Czech - zwłaszcza w obszarze legislacji. Z kolei Portugalia i Hiszpania nie posiadają strategii rozwoju e-zdrowia, a Grecja – telezdrowia. Jednak pod względem przystosowania przepisów prawnych do elektronicznych usług zdrowotnych trzy wymienione kraje znajdują się w czołówce zestawienia.

⁵⁴ Zob. Daniel Callahan, Health Care Costs and Medical Technology, The Hastings Centre 2008. <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/health-care-costs-and-medical-technology/#expertbox>.

⁵⁵ Błażej Łyszczarz, Ewelina Nojszewska, *Determinanty wydatków na ochronę zdrowia w Europie*. „Rocznik Kolegium Analiz Ekonomicznych SGH” 2015, nr 39, s. 186.

⁵⁶ Tamże, s. 194.

⁵⁷ Ryszard Piotrowicz, *XXI wiek – czas telemedycyny na przykładzie współczesnych wdrożeń*. W: *Nowoczesne technologie medyczne i ich wpływ na codzienną praktykę kliniczną w polskiej służbie zdrowia*. Kancelaria Senatu 2016, s. 23-24.

⁵⁸ Mirosław Ząbek, *Wykorzystanie promieniowania gamma jako źródła energii terapeutycznej*. W: Tamże, s. 47, 50.

⁵⁹ Wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński, 13.09.2018, wypowiedź w programie „To się liczy”, money.pl.

⁶⁰ Atlas of eHealth. Country profiles 2015: The use of eHealth in support of universal health coverage. Based on the findings of the 2015 global survey on eHealth.

Tabela 20. Nowe technologie medyczne w krajach porównania.

Kategoria\kraj	Czechy	Chorwacja	Grecja	Włochy	Polska	Portugalia	Hiszpania	% odpowiedzi "tak" wśród wszystkich krajów
Narodowa strategia dla e-zdrowia	nie	tak	tak	tak	tak	nie	nie	58
Narodowa strategia telezdrowia	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	22
Programy e-learningowe dla studentów medycyny	tak	N\A	tak	tak	tak	tak	tak	58
Programy e-learningowe dla lekarzy	tak	tak	tak	tak	tak	nie	N\A	58
Prawne ramy dla elektronicznego obiegu dokumentów pomiędzy specjalistami sektora medycznego w różnych krajach	nie	nie	tak	tak	nie	tak	tak	22

Źródło: WHO, 2015

Warto odnotować, że obok kosztów barierą utrudniającą wprowadzenie usług e-zdrowotnych są przyzwyczajenia ich potencjalnych użytkowników. Kontrola Podlaskiego Systemu Informacyjnego e-Zdrowie, przeprowadzona przez NIK wykazała, że część personelu medycznego wolała pozostać przy dokumentacji papierowej niż przejść na elektroniczną⁶¹. Wiceminister zdrowia Zbigniew Król podczas posiedzenia sejmowej komisji zdrowia również twierdził, że zainteresowanie lekarzy telemedycyną nie jest wystarczające⁶². Polska bynajmniej nie stanowi wyjątku pod względem stosunku lekarzy do usług e-zdrowotnych. Według firmy doradczej Deloitte jedynie 14 proc. lekarzy w USA dysponuje technologią, potrzebną do wirtualnych wizyt, a tylko 18 proc. spośród tych, którzy jej nie mają, rozważa implementację w ciągu 2 lat. Natomiast jeśli chodzi o pacjentów, 23 proc. z nich ma już za sobą pierwszą e-konsultację, a 57 proc. tych, którzy nie skorzystali jeszcze z takiego rozwiązania chętnie by to zrobili⁶³.

⁶¹ Zob. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/NIK-o-podlaskim-systemie-informacyjnym-e-zdrowie.html>.

⁶² Zob. <http://www.rynekzdrowia.pl/Technologie-informacyjne/Wiceminister-Krol-zainteresowanie-telemedycyna-wsrod-lekarzy-jest-bardzo-male1848727.html>.

⁶³ Deloitte 2018 Surveys on US Health Care Consumers and Physicians: Virtual Care. https://www2.deloitte.com/insights/us/en/multimedia/infographics/virtual-health-care-survey-infographic.html?id=us2sm3tw4di_gl:5eng:6dj.

Które trendy wpłyną na system opieki zdrowotnej w przyszłości?

Na potrzeby niniejszego raportu Eksperci ocenili wpływ, jaki na działanie służby zdrowia w ich kraju wywiera brak dostępu do nowoczesnych leków i technologii. Okazało się, że kraje porównania zasadniczo nie mają trudności w zapewnieniu pacjentom nowoczesnych metod leczenia. Najlepiej pod tym względem sytuacja wygląda w Portugalii.

Tabela 21. Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma brak dostępu do nowoczesnych leków i technologii? Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży				
Średni	✓		✓	✓
Mały				
Żaden		✓		

5.5 Zdaniem Ekspertów: prognozy dla ochrony zdrowia w krajach porównania

Najbardziej optymistyczne prognozy dla sytuacji w służbie zdrowia sformułowali Eksperci greccy. Spodziewają się oni poprawy finansowania publicznego, które zostało wcześniej obniżone na skutek kryzysu finansowego. Z kolei najgorsze perspektywy rysują się dla Portugalii i Polski.

Tabela 22. Ogólna kondycja służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 2 lat

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Znacząco się poprawi				
Poprawi się				✓
Nie zmieni się	✓	✓	✓	✓
Pogorszy się		✓	✓	
Znacząco się pogorszy				

Tabela 23. Ogólna kondycja służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 5 lat

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Znacząco się poprawi				
Poprawi się				✓
Nie zmieni się	✓		✓	
Pogorszy się	✓	✓	✓	
Znacząco się pogorszy				
Trudno powiedzieć		✓		

„We Włoszech zwiększa się częstotliwość występowania chorób przewlekłych. Wynika to z procesów starzenia się społeczeństwa, ale również z niezdrowego trybu życia młodszych pokoleń. W tym drugim przypadku największe szkody powoduje otyłość. Choroby przewlekłe stanowią największe wyzwanie dla zrównoważonego rozwoju społeczno-ekonomicznego”.

Prof. **Vincenzo Atella** (Włochy), Uniwersytet Tor Vergata w Rzymie

„Polskiemu systemowi ochrony zdrowia szkodzi brak spójnej wizji rozwoju. Podejmowane działania mają fragmentaryczny charakter, często są niedopracowane, a tym samym rzadko przynoszą oczekiwane rezultaty. Wiele do życzenia pozostawia kompozycja samego systemu. Pozostaje on oparty na trzech podsystemach (płatnik, podmiot leczniczy, pacjent) realizujących każdy własne, a nie wspólne cele. W takiej sytuacji nie ma możliwości osiągnięcia sukcesów”.

Prof. dr hab. **Maria Węgrzyn** (Polska), Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

„W perspektywie 3-5 lat spodziewam się poprawy sytuacji ochrony zdrowia w Grecji. Rząd zapowiada podniesienie nakładów na publiczną opiekę zdrowotną oraz reformę systemu podstawowej opieki zdrowotnej”.

Platon Peristeris (Grecja), firma doradcza Pharmaffairs

Które trendy wpłyną na system opieki zdrowotnej w przyszłości?

Eksperti wskazali również zjawiska, które w perspektywie 5 lat mogą stanowić największe zagrożenia dla efektywnego działania służby zdrowia w ich krajach. Wśród opinii powtarzają się obawy o stabilność finansową krajów, upolitycznienie systemu ochrony zdrowia i jakość zarządzania w instytucjach, związanych z ochroną zdrowia.

Tabela 24. Największe zagrożenia dla funkcjonowania służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 5 lat

WŁOCHY	Brak zrozumienia przez polityków, że ochrona zdrowia może być dźwignią rozwoju kraju
	Niestabilność finansowa kraju i niedofinansowanie systemu
	Braki kadry medycznej
	Starzenie się społeczeństwa
	Zróżnicowanie geograficzne kraju w jakości opieki zdrowotnej
PORTUGALIA	Niedofinansowanie systemu
	Starzenie się społeczeństwa
	Upolitycznienie systemu ochrony zdrowia
	Wzrastające koszty aparatury medycznej
POLSKA	Brak spójnej i długofalowej polityki zdrowotnej
	Niedobór kadry medycznej
	Brak kompetencji menedżerskich wśród kadry zarządzającej
	Niedofinansowanie systemu
	Ograniczony dostęp do nowoczesnych terapii i leków
	Zbyt mała skala działań profilaktycznych
	Brak zgody ze strony społeczeństwa na pobieranie większych składek zdrowotnych
	Myślenie o ochronie zdrowia w kategoriach kosztów, a nie inwestycji
GRECJA	Stagnacja w wysokości nakładów na ochronę zdrowia i niestabilność finansów publicznych
	Brak reform strukturalnych
	Upolitycznienie systemu ochrony zdrowia
	Niska efektywność działań administracji publicznej

Aneks 1 - Kluczowe informacje o ochronie zdrowia w krajach porównania

POLSKA

Kategoria	Wynik
PKB na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	29 tys.
Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej OZ (wysokość stawki ubezpieczenia)	ubezpieczenia zdrowotne (9%)
Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państw)	32
Zadłużenie SPZOZ (2017 r.)	11,75 mld zł. (ok. 2,7 mld €)
Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	1.955
Odsetek PKB przeznaczany za zdrowie (2017 r.)	6,7%
Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	2,1%
Przewidywana długość życia (2016 r.)	78 lat
Liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	2,42
Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	5,16
Roczne zarobki lekarzy (2016 r., \$, brutto, PPP)	37.421
Roczne zarobki pielęgniarek (2016 r., \$, brutto, PPP)	29.323
Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2017 r.)	43,9%
Odsetek ludzi osób w wieku 65+ teraz obecnie i w 2060 r.	17,2 / 34,1%
Cecha charakterystyczna kraju (2016 r.)	28 szpitali na 1 mln mieszkańców. Najwięcej wśród krajów porównania

CZECHY

Kategoria	Wynik
PKB na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	36,3 tys.
Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej OZ (wysokość stawki ubezpieczenia)	ubezpieczenia zdrowotne (13,5%)
Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państwach)	14
Zadłużenie (2017 r.)	0,49 mld €
Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	2.630
Odsetek PKB przeznaczany za zdrowie (2017 r.)	7,1%
Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	1,3%
Przewidywana długość życia (2016 r.)	79,1 lat
Liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	3,69
Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	8,07
Roczne zarobki lekarzy (2016 r., \$, brutto, PPP)	60.166
Roczne zarobki pielęgniarek (2016 r., \$, brutto, PPP)	28.092
Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2013 r.)	33%
Odsetek ludzi osób w wieku 65+ teraz obecnie i w 2060 r.	19,3 / 30,4%
Cecha charakterystyczna kraju (2016 r.)	Pielęgniarki-emigrantki stanowią tylko 0,15 proc. pielęgniarek wykonujących zawód w kraju. To najniższy odsetek w zestawieniu.

GRECJA

Kategoria	Wynik
PKB na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	27,6 tys.
Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej OZ (wysokość stawki ubezpieczenia)	podatki / ubezpieczenia zdrowotne (71%)
Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państw)	29
Zadłużenie systemu ochrony zdrowia (2018 r.)	0,6 mld €
Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	2.325
Odsetek PKB przeznaczany za zdrowie (2017 r.)	8,4%
Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	3,2%
Przewidywana długość życia (2016 r.)	81,5 lat
Liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	b.d.
Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	3,25
Roczne zarobki lekarzy (2016 r., \$, brutto, PPP)	68.587
Roczne zarobki pielęgniarek (2016 r., \$, brutto, PPP)	33.842
Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2016 r.)	b.d.
Odsetek ludzi osób w wieku 65+ teraz obecnie i w 2060 r.	21,9 / 35,5%
Cecha charakterystyczna kraju (2016 r.)	W l. 2010-2016 r. wzrost emigracji pielęgniarek wyniósł 1444 proc.!

WŁOCHY

Kategoria	Wynik
PKB na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	39,4 tys.
Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej OZ (wysokość stawki ubezpieczenia)	podatki
Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państw)	20
Zadłużenie systemu ochrony zdrowia (2014 r.)	25 mld €
Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	3.542
Odsetek PKB przeznaczany za zdrowie (2017 r.)	8,9%
Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	2,3%
Przewidywana długość życia (2016 r.)	83,3 lat
Liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	3,95
Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	5,57
Roczne zarobki lekarzy (2016 r., \$, brutto, PPP)	99.273
Roczne zarobki pielęgniarek (2016 r., \$, brutto, PPP)	42.402
Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2016 r.)	53,1%
Odsetek ludzi osób w wieku 65+ teraz obecnie i w 2060 r.	22,5/ 33,4%
Cecha charakterystyczna kraju (2016 r.)	W latach 2010-2016 największy w zestawieniu wzrost liczby pielęgniarek wykonujących zawód - 17,8 proc.

PORTUGALIA

Kategoria	Wynik
PKB na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	31,6 tys.
Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej OZ (wysokość stawki ubezpieczenia)	podatki
Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państw)	13
Zadłużenie systemu ochrony zdrowia (2018 r.)	1,9 mld €
Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	2.888
Odsetek PKB przeznaczany za zdrowie (2017 r.)	9%
Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	3%
Przewidywana długość życia (2016 r.)	81,2 lat
Liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	4,6
Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	6,3
Roczne zarobki lekarzy (2016 r., \$, brutto, PPP)	72.320
Roczne zarobki pielęgniarek (2016 r., \$, brutto, PPP)	29.940
Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2016 r.)	b.d.
Odsetek ludzi osób w wieku 65+ teraz obecnie i w 2060 r.	21,5 / 34,9%
Cecha charakterystyczna kraju (2016 r.)	Najwięcej wśród krajów porównania i dużo powyżej średniej OECD (10,4) absolwentów studiów medycznych na 100.000 mieszkańców – 16,4.

SŁOWACJA

Kategoria	Wynik
PKB na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	31,6 tys.
Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej OZ (wysokość stawki ubezpieczenia)	ubezpieczenia zdrowotne (14%)
Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państw)	17
Zadłużenie systemu ochrony zdrowia (2016 r.)	0,6 mld €
Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	2.269
Odsetek PKB przeznaczany za zdrowie (2017 r.)	7,1%
Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	1,4%
Przewidywana długość życia (2016 r.)	77,3 lat
Liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	3,15
Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	5,7
Roczne zarobki lekarzy (2016 r., \$, brutto, PPP)	61.223
Roczne zarobki pielęgniarek (2016 r., \$, brutto, PPP)	26.091
Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2016 r.)	35,9%
Odsetek ludzi osób w wieku 65+ teraz obecnie i w 2060 r.	15,5 / 32%
Cecha charakterystyczna kraju (2016 r.)	Najprzyjaźniejszy wśród krajów porównania system OZ dla pacjenta i jednocześnie prawie najniższe nakłady na zdrowie.

HISZPANIA

Kategoria	Wynik
PKB na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	37,9 tys.
Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej OZ (wysokość stawki ubezpieczenia)	podatki
Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państw)	18
Zadłużenie systemu ochrony zdrowia (2017 r.)	5,7 mld €
Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	3.371
Odsetek PKB przeznaczany za zdrowie (2017 r.)	8,8%
Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	2,6%
Przewidywana długość życia (2016 r.)	83,4 lat
Liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	3,82
Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	5,51
Roczne zarobki lekarzy (2016 r., \$, brutto, PPP)	97.905
Roczne zarobki pielęgniarek (2016 r., \$, brutto, PPP)	53.546
Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2016 r.)	33,2%
Odsetek ludzi osób w wieku 65+ teraz obecnie i w 2060 r.	19,4 / 29,5%
Cecha charakterystyczna kraju (2016 r.)	W l. 2010-2016 największy wśród krajów porównania wzrost liczby absolwentów studiów medycznych, o 44 proc.

Aneks 2 - Lista ekspertów

Wypowiedzi Ekspertów ograniczają się do kontekstu powyższego raportu: "Finansowanie ochrony zdrowia a jakość systemu dla pacjentów. Polska na tle wybranych krajów europejskich". Informacje i dane dostarczone przez Ekspertów pochodzą z kwestionariusza przygotowanego na potrzeby tego raportu. Eksperti są jedynymi właścicielami wypowiedzi i komentarzy zawartych w tym raporcie. Poniższe wypowiedzi i informacje nie mogą być łączone z BFF Banking Group w żadnej formie.

Christos Kazassis (Grecja), Ekspert ds. technologii medycznych i finansów w ochronie zdrowia, redaktor branżowego magazynu „Scanner”, doradca Hellenic Radiological Society, w l. 2015-2017 wiceprezes Hellenic Health Services Management Association. W latach 2000-2006 był doradcą w Ministerstwie Zdrowia Cypru.

Platon Peristeris (Grecja), Ekspert służby zdrowia i farmacji. Konsultant w branży farmaceutycznej, z doświadczeniem w dziedzinie Medical Affairs, regulacji i Public Affairs. Posiada obszerną wiedzę na temat środowiska europejskiego i greckiego. Prowadzi firmę Pharmaffairs.

Prof. **Vincenzo Atella** (Włochy), Profesor ekonomii na Uniwersytecie Tor Vergata w Rzymie. Adiunkt w Centrum Polityki Zdrowotnej na Uniwersytecie Stanford. Dyrektor naukowy Fundacji Farmafactoring, Starszy Ekonomista w Italian Association of General Practitioners oraz Prezes AIES - Italian Health Economics Association. Jego główna działalność badawcza koncentruje się wokół finansowania opieki zdrowotnej, oceny wpływu polityki na sektor służby zdrowia oraz roli, jaką odgrywają nowe technologie w wynikach leczenia i zrównoważeniu systemu opieki zdrowotnej. Publikuje w najlepszych międzynarodowych czasopiśmiech.

Prof. **Elio Borgonovi** (Włochy), Profesor zwyczajny ekonomii i zarządzania administracją publiczną na Uniwersytecie Bocconiego w Mediolanie. W 1978 r. założył CERGAS (Centrum badań nad opieką zdrowotną i zarządzaniem opieką społeczną). Był dyrektorem w CERGAS, a obecnie jest jego Prezesem. Był także Prezesem Italian Association of School of Management i SDA (Szkoła Zarządzania Uniwersytetu Bocconi). W ciągu ostatnich 40 lat był członkiem wielu komisji zajmujących się polityką i rozwojem w zarządzaniu na szczeblu państwowym, regionalnym i lokalnym. Jest autorem wielu artykułów i książek z zakresu polityki zdrowotnej oraz zarządzania administracją publiczną.

Prof. **Francesca Lecci** (Włochy), Profesor nadzwyczajny w Practice of Government and Healthcare Management oraz w SDA (Szkoła Zarządzania Uniwersytetu Bocconiego). W SDA Francesca Lecci piastuje pozycję dyrektora Studiów Podyplomowych z zarządzania opieką zdrowotną i organizacjami społecznymi (EMMAS) oraz dyrektora programowego dwóch kursów specjalizacyjnych. Jest autorką licznych książek i publikacji na temat zarządzania opieką zdrowotną. Jest koordynatorem obszaru badawczego w zakresie zarządzania i członkiem Komitetu Wykonawczego w CERGAS (Centrum Badań nad Opieką Zdrowotną i Zarządzaniem Opieką Społeczną) na Uniwersytecie Bocconiego. Od 2017 roku jest Sekretarzem Generalnym w AIES - Italian Health Economics Association.

Katarzyna Fortak-Karasińska (Polska), Radca prawny, Partner Kancelarii Fortak & Karasiński Radcowie Prawni Sp. p. w Łodzi. Zajmuje się doradztwem w zakresie działalności medycznej, tworzenia sieci placówek, wprowadzania nowych technologii medycznych na rynek polski, prowadzenia badań klinicznych. Reprezentuje szpitale i przychodnie w procesach wszczętych przez pacjentów, a także w procesach przeciwko NFZ. Panelistka podczas Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach i Forum Ekonomicznego w Krynicy.

Dr n. med. **Jerzy Gryglewicz** (Polska), Lider i Wykładowca Programu MBA w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Pełnił funkcję Zastępcy Dyrektora ds. klinicznych Instytutu Reumatologii w Warszawie, Zastępcy Dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej m. st. Warszawy, Głównego Specjalisty w Departamencie Gospodarki Lekami i Departamencie Kontroli Centrali NFZ.

Dr n. med. **Piotr Warczyński** (Polska), Lekarz internista, endoskopista, doktor nauk medycznych w dziedzinie gastroenterologii, menedżer, ekspert w zakresie organizacji ochrony zdrowia, wykładowca uczelni wyższych, ekspert międzynarodowych firm konsultingowych. W latach 2014 – 2017 Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Autor/współautor wielu aktów prawnych m.in.: ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji, sieci szpitali, ustawy o akredytacji, ustawy o prawach pacjenta, ustawy o działalności leczniczej, pakietu onkologicznego, ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta.

Prof. dr hab. **Maria Węgrzyn** (Polska), Profesor nadzwyczajny Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, kierownik Studiów Podyplomowych „Zarządzanie i Finanse w Ochronie Zdrowia” we Wrocławiu, Białymstoku i w Opolu, oraz "Ubezpieczenia i Prawo medyczne", wieloletni wykładowca kształcący Słuchaczy na różnych formach podnoszenia kwalifikacji, w tym także na polsko – francuskich studiach magisterskich „Zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej i społecznej”, członek Rady Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział Dolnośląski (czwarta kadencja).

Henrique Capelas (Portugalia), Obecnie prezes zarządu Hospital de Guimarães. Posiada duże doświadczenie w sektorze zdrowia, przygotował wiele analiz jako konsultant w dziedzinie zarządzania, zasobów ludzkich, finansów i zdrowia. Był profesorem w szkole średniej, trenerem w zakresie zarządzania finansami i profesorem wizytującym na Uniwersytecie w Minho i UTAD. Henrique Capelas zajmował kilka stanowisk kierowniczych w różnych obszarach, takich jak telekomunikacja, bankowość i szpitale publiczne. Ukończył Business Administration na Uniwersytecie w Minho i ukończył studia na tym samym uniwersytecie w dziedzinie polityki zdrowotnej. Ukończył księgowość i administrację w ISCAP oraz studia podyplomowe w zakresie szkolnictwa wyższego w instytucjach zdrowia, AESE / IESE (Uniwersytet w Nawarze).

João Vieira Pereira (Portugalia), Zastępca dyrektora i felietonista w Expresso, najważniejszym dzienniku w Portugalii i najczęściej czytany tygodnik (w wersji papierowej). Zaczynał jako dziennikarz w Jornal de Negócios (od 1997 do 2003), był dyrektorem tygodnika Semanário Económico (od 2003 do 2006). Dołączył do Expresso w 2006 roku. Pełnił także funkcję dyrektora w Exame (2012-2017). Występuje regularnie jako komentator telewizji SIC.

Aneks 3 - Spis wykresów

Wykres 1	Wyniki EHCI 2018_____	15
Wykres 2	Polska i kraje porównania w EHCI_____	16
Wykres 3	Polska w EHCI. Wyniki historyczne_____	17
Wykres 4	Polska i kraje porównania z największym wzrostem punktacji w EHCI_____	18
Wykres 5	Polska i kraje porównania z najniższym wzrostem punktacji w EHCI_____	18
Wykres 6	Zadowolenie z opieki zdrowotnej w Polsce_____	19
Wykres 7	Zadowolenie z publicznej służby zdrowia. Polska i kraje porównania_____	20
Wykres 8	Średnie wyniki w głównych kategoriach EHCI. Polska i kraje porównania_____	21
Wykres 9	Dostępność leczenia. Polska i kraje porównania_____	23
Wykres 10	Wyniki leczenia. Polska i kraje porównania_____	24
Wykres 11	Profilaktyka. Polska i kraje porównania_____	25
Wykres 12	Dostępność nowoczesnych urządzeń diagnostycznych w Polsce i krajach porównania, 2016 r._____	26
Wykres 13	Wykorzystanie nowoczesnych urządzeń diagnostycznych w Polsce i krajach porównania_____	27
Wykres 14	Polacy o przyczynach złej sytuacji w służbie zdrowia_____	35
Wykres 15	Wydatki na służbę zdrowia, na osobę per capita wg parytetu siły nabywczej. Polska i kraje porównania_____	36
Wykres 16	Dynamika nakładów per capita na służbę zdrowia w Polsce i krajach porównania_____	37
Wykres 17	Odsetek PKB przeznaczany na ochronę zdrowia. Polska i kraje porównania_____	38
Wykres 18	Odsetek PKB przeznaczany na ochronę zdrowia w Polsce i krajach porównania. Nakłady publiczne_____	39
Wykres 19	Dynamika wydatków na ochronę zdrowia. Odsetek PKB, środki publiczne_____	40
Wykres 20	Odsetek PKB przeznaczany na ochronę zdrowia w Polsce i krajach porównania. Nakłady prywatne_____	41
Wykres 21	Dynamika wydatków na ochronę zdrowia. Odsetek PKB, środki prywatne_____	42
Wykres 22	Dynamika nakładów na służbę zdrowia. Odsetek PKB, 2005-2017_____	43
Wykres 23	Zobowiązania wymagalne szpitali publicznych (w mld €). Polska i kraje porównania_____	46
Wykres 24	Dotychczasowy i prognozowany wzrost nakładów na ochronę zdrowia w Polsce. Odsetek PKB_____	48
Wykres 25	Nakłady na służbę zdrowia a "przyjazność" systemu dla pacjentów. Polska i wybrane kraje Europy Zachodniej_____	49
Wykres 26	Nakłady na służbę zdrowia a "przyjazność" systemu dla pacjentów. Polska i kraje porównania_____	50
Wykres 27	Liczba szpitali na 1 mln mieszkańców i łóżek szpitalnych na 1.000 mieszkańców. Polska i kraje porównania_____	58
Wykres 28	Liczba hospitalizacji i obłożenie łóżek szpitalnych. Polska i kraje porównania_____	59

Wykres 29	Dynamika pobytów szpitalnych (w dniach). Polska i kraje porównania_____	60
Wykres 30	Podział środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. Polska i kraje porównania_____	61
Wykres 31	Operacje zaćmy w Polsce i krajach porównania, 2016 r._____	62
Wykres 32	Liczba lekarzy i konsultacji w Polsce i krajach porównania_____	64
Wykres 33	Liczba pielęgniarek w Polsce i krajach porównania_____	65
Wykres 34	Zarobki lekarzy w Polsce i krajach porównania_____	66
Wykres 35	Zarobki pielęgniarek w Polsce i krajach porównania_____	67
Wykres 36	Zarobki a ilość pracy lekarzy. Polska i kraje porównania _____	68
Wykres 37	Zarobki a ilość pracy pielęgniarek. Polska i kraje porównania_____	69
Wykres 38	Główne kierunki i skala emigracji lekarzy z Polski_____	70
Wykres 39	Główne kierunki i skala imigracji lekarzy do Polski_____	71
Wykres 40	Migracje lekarzy w Polsce i krajach porównania_____	72
Wykres 41	Liczba polskich pielęgniarek pracujących za granicą, 2016 r._____	73
Wykres 42	Migracje pielęgniarek w Polsce i krajach porównania_____	73
Wykres 43	Emigracja a dostępność lekarzy w Polsce i krajach porównania_____	74
Wykres 44	Wzrost liczby lekarzy a odsetek lekarzy-emigrantów w Polsce i krajach porównania_____	75
Wykres 45	Emigracja a dostępność pielęgniarek w Polsce i krajach porównania_____	76
Wykres 46	Zmiana liczby pielęgniarek a odsetek pielęgniarek-emigrantek w Polsce i krajach porównania_____	77
Wykres 47	Osoby w wieku 15-64 jako odsetek populacji. Prognozy dla Polski i krajów porównania_____	82
Wykres 48	Osoby w wieku 65+ jako odsetek populacji. Prognozy dla Polski i krajów porównania_____	83
Wykres 49	Wzrost liczby osób w wieku 80+. Prognoza dla Polski i krajów porównania_____	84
Wykres 50	Wydatki na opiekę długoterminową jako odsetek PKB. Polska i kraje porównania, 2016 r._____	85
Wykres 51	Wydatki na opiekę długoterminową jako odsetek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Polska i kraje porównania 2016 r._____	85
Wykres 52	Liczba łóżek w opiece długoterminowej na 1000 osób w wieku 65+ _____	86
Wykres 53	Liczba absolwentów studiów medycznych na 100 000 mieszkańców. Polska i kraje porównania, 2016 r._____	87
Wykres 54	Zmiana liczby absolwentów studiów medycznych w l. 2010-2016, w proc._____	87
Wykres 55	Struktura wieku lekarzy w Polsce i krajach porównania_____	88
Wykres 56	Liczba absolwentów studiów pielęgniarskich na 100 000 mieszkańców. Polska i kraje porównania, 2016 r._____	89
Wykres 57	Liczba absolwentów studiów pielęgniarskich w Polsce i krajach porównania_____	89
Wykres 58	Zmiana liczby absolwentów studiów pielęgniarskich w l. 2010-2016, w proc._____	90
Wykres 59	Struktura wieku pielęgniarek w Polsce_____	90

Aneks 4 - Spis tabel

Tabela 1	Najważniejsze informacje o ochronie zdrowia w krajach porównania_____	12
Tabela 2	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma długi czas oczekiwania na leczenie? Odpowiedzi Ekspertów_____	23
Tabela 3	Ogólna kondycja służby zdrowia w krajach porównania_____	27
Tabela 4	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niski poziom finansowania ochrony zdrowia? Odpowiedzi Ekspertów_____	37
Tabela 5	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niski poziom publicznego finansowania ochrony zdrowia? Odpowiedzi Ekspertów_____	40
Tabela 6	Współpłacenie w krajach porównania. Wybrane przykłady_____	44
Tabela 7	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma zadłużenie szpitali publicznych? Odpowiedzi Ekspertów_____	46
Tabela 8	Gdzie według Ekspertów szpitale szukają wsparcia finansowego?_____	47
Tabela 9	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma złe zarządzanie dostępnymi środkami finansowymi? Odpowiedzi Ekspertów_____	51
Tabela 10	Sytuacja finansowa służby zdrowia w krajach porównania_____	51
Tabela 11	Sytuacja finansowa służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 3-5 lat_____	52
Tabela 12	Zadłużenie służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 2 lat_____	52
Tabela 13	Najważniejsze czynniki wpływające na zadłużenie służby zdrowia w krajach porównania_____	53
Tabela 14	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma leczenie szpitalne zamiast ambulatoryjnego?_____	63
Tabela 15	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niedobór lekarzy? Odpowiedzi Ekspertów_____	65
Tabela 16	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niedobór pielęgniarek? Odpowiedzi Ekspertów_____	66
Tabela 17	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma emigracja lekarzy? Odpowiedzi Ekspertów_____	76
Tabela 18	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma emigracja pielęgniarek? Odpowiedzi Ekspertów _____	78
Tabela 19	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma starzenie się społeczeństwa? Odpowiedzi Ekspertów_____	81
Tabela 20	Nowe technologie medyczne w krajach porównania_____	93
Tabela 21	Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma brak dostępu do nowoczesnych leków i technologii? Odpowiedzi Ekspertów_____	94
Tabela 22	Ogólna kondycja służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 2 lat_____	94
Tabela 23	Ogólna kondycja służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 5 lat_____	94
Tabela 24	Największe zagrożenia dla funkcjonowania służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 5 lat_____	96

Notka metodologiczna

Raport ten został opracowany przy współpracy podmiotów trzecich na zlecenie BFF Banking Group w Polsce.

Dane do raportu pochodzą z materiałów opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Finansów krajów porównania, z materiałów OECD, WHO i Eurostat oraz BFF Banking Group.

O ile nie zaznaczono inaczej, dane OECD cytowane w całym dokumencie pochodzą z bazy danych na stronie <https://stats.oecd.org>.

Analiza nie uwzględnia rankingu „Bloomberg Most Efficient Healthcare Systems in the World”, ponieważ ten opiera się jedynie na trzech wskaźnikach, oczekiwanej długości życia i wydatkach na opiekę zdrowotną (ogółem i „względnie”). EHCI, uwzględniające kilkadziesiąt wskaźników wraz z danymi OECD wydawały się być znacznie bardziej wartościowe.

W ramach prac nad niniejszym raportem stworzono kwestionariusz, następnie wysłano go do ekspertów z krajów porównania, którzy zgodzili się na dobrowolny udział tym w projekcie. Wyniki kwestionariusza zostały uwzględnione w raporcie w formie cytatów lub zbiorczych odpowiedzi na pytania zamknięte. Oświadczenia Ekspertów są ograniczone do kontekstu niniejszego raportu. Eksperti są jedynymi i wyłącznymi autorami komentarzy zawartych w raporcie, a BFF Banking Group nie może być z nimi łączona w żadnej formie.

W związku z tym, BFF Banking Group nie może być w żadnym przypadku odpowiedzialna za treść raportu, a w szczególności za dane i dokonane w nim oceny. Pozostaje zrozumiałym, że raport nie może być uznany jako forma doradztwa finansowego i/lub rekomendacji inwestycji.

BFF BANKING GROUP

BFF Banking Group jest jedną z wiodących instytucji oferujących usługi finansowe dla przedsiębiorstw działających na europejskim rynku ochrony zdrowia oraz podmiotów administracji publicznej. Oznacza to, że wspieramy firmy w rozwijaniu relacji biznesowych z administracją publiczną poprzez zapewnienie płynności i poprawę ich wskaźników finansowych, oferując rozwiązania w obszarze faktoringu oraz zarządzania wierzytelnościami.

BFF Banking Group została założona w 1985 roku we Włoszech, z inicjatywy przedsiębiorstw działających w sektorze farmaceutycznym oraz biomedycznym, w celu zarządzania należnościami wynikającymi ze współpracy z państwową służbą zdrowia. W ciągu ponad 30 lat swojej działalności, Grupa rozwinęła silne kompetencje w obszarze zarządzania oraz obrotu wierzytelnościami administracji publicznej w wielu państwach Europy. W 2010 roku BFF Banking Group rozpoczęła działalność w Hiszpanii, w celu obsługi międzynarodowych przedsiębiorstw działających na tamtejszym rynku, natomiast w 2014 roku zainicjowała swoją aktywność w Portugalii. W 2016 roku BFF Banking Group rozszerzyła swoją działalność międzynarodową poprzez przejęcia wiodących firm zajmujących się zarządzaniem wierzytelnościami sektora publicznego w Polsce, Słowacji i Czechach. W kwietniu 2017 roku BFF Banking Group (BFF) zadebiutowała na giełdzie papierów wartościowych w Mediolanie (MTA) oraz rozpoczęła swoją działalność w Grecji. W 2018 roku do grona siedmiu państw, w których działa BFF Banking Group, dołączyła Chorwacja, natomiast dla wzmocnienia dotychczas prowadzonych aktywności, zdecydowano o otwarciu oddziału w Portugalii. W tym samym czasie Grupa złożyła w Banku Włoch wnioski o uzyskanie zgody na otwarcie oddziału w Polsce.

Obecnie BFF Banking Group działa w ośmiu krajach: Włoszech, Chorwacji, Czechach, Grecji, Polsce, Portugalii, Słowacji i Hiszpanii.

BFF BANKING GROUP W POLSCE

BFF Banking Group rozpoczęła swoją działalność w Polsce w 2016 roku od przejęcia wiodącej instytucji oferującej finansowanie podmiotów sektora publicznego oraz firm funkcjonujących w dziedzinie ochrony zdrowia. Aktywność na polskim rynku faktoringu oraz zarządzania wierzytelnościami pozwala BFF Banking Group wspierać płynność finansową zarówno lokalnych instytucji działających w obszarze ochrony zdrowia, jak i samorządów oraz dostawców współpracujących z podmiotami administracji publicznej.

Częścią BFF Banking Group jest także BFF MEDFinance, jeden z najważniejszych partnerów finansujących inwestycje prywatnych i publicznych placówek ochrony zdrowia.

bffgroup.com