

Wojciech Stefan Zgliczyński*

Polityka zdrowotna państwa a rodzina – wybrane problemy

State health policy and family – selected aspects: The study presents activities of the government in health policy towards family in Poland, with particular emphasis on health policy objectives, funding of the healthcare system, medical personnel and access to healthcare services. The author pays special attention to the problems of financing healthcare, including underfunding of primary healthcare, low spending on long-term care, the deficit of doctors and nurses and limited access to medical services for the least affluent families.

Słowa kluczowe: *rodzina, zdrowie, system ochrony zdrowia, polityka zdrowotna, Polska*
Keywords: *family, health, health care system, health policy, Poland*

* Doktor nauk o zdrowiu, adiunkt w Szkole Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, specjalista ds. społecznych w BAS; e-mail: wojciech.zgliczynski@sejm.gov.pl.

Wstęp

Rodzina jako najważniejsza, podstawowa grupa społeczna, na której opiera się całe społeczeństwo¹, jest naturalnym adresatem polityki zdrowotnej państwa². Mimo bardzo szerokiego zakresu celów państwa w dziedzinie zdrowia, zarysowanego w „Narodowym programie zdrowia na lata 2016–2020”, obszarem najczęściej kojarzonym z polityką zdrowotną jest

¹ Z. Tyszka, *Rodzina w świecie współczesnym – jej znaczenie dla jednostki i społeczeństwa* [w:] *Pedagogika społeczna*, T. Pilch, I. Leparczyk (red.), Warszawa 1995, s. 137.

² W 2013 r. za najważniejsze w życiu Polacy uznawali „szczęście rodzinne” oraz „zachowanie dobrego zdrowia”, odpowiednio 84% i 74% wskazań; *Komunikat z badań CBOS. Wartości i normy*, BS/111/2013, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_111_13.PDF [dostęp: 4 grudnia 2015 r.].

system ochrony zdrowia, a w szczególności najbardziej widoczny jego element, czyli system opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia rodzin, zwłaszcza rodzin z dziećmi, jedną z najistotniejszych kwestii wydaje się być dostęp do usług zdrowotnych. Ten aspekt polityki zdrowotnej państwa, ze szczególnym uwzględnieniem finansowania oraz najważniejszych dla zapewnienia dostępu do świadczeń kadr medycznych, jest jednym z przedmiotów tego artykułu. Źródłem prezentowanych informacji są m.in. materiały Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), Ministerstwa Zdrowia, Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), cykliczne badania Diagnostyka Społeczna oraz informacje Najwyższej Izby Kontroli (NIK).

Przedmiot i zakres polityki zdrowotnej

Politykę zdrowotną można zdefiniować jako proces polityczny mający związek ze zdrowiem³ lub też celową działalność państwa ukierunkowaną na problemy zdrowia i opieki zdrowotnej⁴. W ujęciu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) polityka zdrowotna odnosi się do decyzji, planów i działań, które są podejmowane w celu osiągnięcia przez społeczeństwo konkretnych celów związanych ze zdrowiem⁵. Ze względu na wielość czynników mających wpływ na zdrowie (m.in. czynniki genetyczne, czynniki dotyczące indywidualnego stylu życia, sieci społeczne i wspólnotowe, warunki życia i pracy oraz ogólne warunki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i otoczenia)⁶, obszaru zainteresowań polityki zdrowotnej nie sposób sprowadzać tylko do kwestii systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Skuteczna polityka zdrowotna powinna odnosić się też do szerszych problemów i kwestii społecznych. W związku z tym powinna być obecna we wszystkich obszarach, którymi zajmuje się państwo, w tym w polityce społecznej, gospodarczej czy polityce ochrony środowiska. Takie kompleksowe podejście można odnaleźć w działaniach Unii Europejskiej⁷. Od pewnego czasu również w polityce polskiej podkreślana jest waga podejmowania

³ C. Włodarczyk, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 20.

⁴ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 201.

⁵ Strona internetowa Światowej Organizacji Zdrowia, http://www.who.int/topics/health_policy/en/ [dostęp: 4 grudnia 2015 r.].

⁶ M. Whitehead, G. Dahlgren, *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, Institute for Future Studies, Stockholm 1991.

⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdro-

przez Ministerstwo Zdrowia działań na rzecz zdrowia we współpracy z innymi resortami, m.in. w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej społeczeństwa, poprawy sposobu żywienia i stanu wyżywienia, ograniczenia stosowania używek i eliminacji uzależnień oraz zagrożeń środowiskowych⁸. Brak takiej współpracy był wskazywany w informacjach Najwyższej Izby Kontroli, w tym m.in. po kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości wśród uczniów⁹, kontroli wychowania fizycznego i sportu w szkołach¹⁰ czy też kontroli koordynacji działań w zakresie polityki rodzinnej¹¹.

Konieczność współpracy międzyresortowej znajduje wyraz np. w przyjętej w 2015 r. ustawie o zdrowiu publicznym¹² oraz projekcie „Narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020”. Na uwagę zasługują również próby koordynacji działań państwa wobec rodziny, czego przykładem może być rządowy portal informacyjny adresowany do rodzin, zawierający m.in. informacje na temat kwestii związanych ze zdrowiem¹³.

Do zagadnień, jakie podejmuje polityka zdrowotna, zalicza się: wyznaczanie celów i priorytetów, definiowanie horyzontów czasowych, gromadzenie i alokacja zasobów, określanie reguł dostępności i korzystania z nich (odpłatność lub jej brak), ustalanie relacji między płatnikami i świadczeniodawcami, określanie zasad współdziałania świadczeniodawców. Oprócz tego polityka zdrowotna coraz częściej zajmuje się kwestiami dystrybucji i redystrybucji dochodu, zasadami sprawiedliwości czy też sprawami związanymi z nierównościami w stanie zdrowia między grupami o różnym statusie społecznym i ekonomicznym¹⁴.

wia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE (tekst mający znaczenie dla EOG), Dz.Urz. UE L 86 z 21 marca 2014 r.

⁸ Projekt narodowego programu Zdrowia na lata 2016–2020, <http://www.legislacja.gov.pl/docs//2/12270850/12281779/12281780/dokument164277.pdf> [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

⁹ NIK, *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej*, 149 /2011/P/10190/KNO, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3276,vp,4137.pdf> [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

¹⁰ NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych*, 108/2013/P/12/067/KNO, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,5655,vp,7321.pdf> [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

¹¹ NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Koordynacja polityki rodzinnej w Polsce*, 67/2015/P/14/046/KPS, Warszawa 2015 [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

¹² Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. poz. 1916.

¹³ Serwis internetowy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, <https://rodzina.gov.pl/> [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

¹⁴ C. Włodarczyk, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, op. cit., s. 27.

Prowadzona przez państwo polityka zdrowotna zależy od wielu czynników. Wśród nich można wskazać uwarunkowania polityczne, które pokazują, jakie miejsce w działalności władzy ustawodawczej i wykonawczej oraz w programach partii politycznych zajmują problemy zdrowotne, a także jak silne są poszczególne grupy mające wpływ na sferę zdrowia. Możliwości polityki zdrowotnej uzależnione są również od kwestii ekonomicznych, takich jak sytuacja gospodarcza, poziom zamożności i aktywność ekonomiczna obywateli, oraz stanu zdrowia obywateli i sytuacji demograficznej społeczeństwa¹⁵.

Cele polityki zdrowotnej w Polsce

Polityka zdrowotna wymaga określenia celów, które powinny być odpowiednią na konkretne, precyzyjnie zdefiniowane potrzeby zdrowotne występujące w populacji. Podjęcie działań należy poprzedzić gruntowną diagnozą, użyteczne mogą być przy tym analizy rozwiązań przyjętych przez inne państwa. Warto, aby podejmowane działania były na bieżąco monitorowane i w razie potrzeby modyfikowane.

Jako cele polityki zdrowotnej wskazuje się: dążenie do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, zapewnienie powszechnego dostępu do podstawowych usług medycznych, promowanie zachowań prozdrowotnych i społecznego dobrostanu, osiąganie zadowolenia pacjentów, zapewnienie wysokiej jakości usług przy zachowaniu zasady efektywnego wykorzystania zasobów oraz stabilności finansowej i organizacji systemu¹⁶. Państwo prowadząc politykę zdrowotną, wyznacza cele dla funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, których realizacja wymaga odpowiednich regulacji prawnych oraz zapewnienia środków¹⁷.

Planowanie polityki zdrowotnej w Polsce w głównej mierze spoczywa na administracji rządowej, która korzysta w tym zakresie ze wsparcia ekspertów, z instytutów naukowo-badawczych oraz konsultantów krajowych w różnych dziedzinach medycyny. Na szczeblu rządowym główne prace planistyczne dotyczące zdrowia prowadzone są w Ministerstwie Zdrowia (polityka zdrowotna) oraz w Ministerstwie Finansów (poziom finansowania). Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, corocznie zatwierdza propozycję planu finansowego Narodowego Funduszu Zdro-

¹⁵ G. Magnuszewska-Otulak, *Ochrona zdrowia w polityce społecznej* [w:] *Polityka społeczna*, G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), Warszawa 2007, s. 209.

¹⁶ *Ibidem*, s. 208–209.

¹⁷ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne, op. cit.*, s. 59.

wia¹⁸. Zdrowie jest też przedmiotem planowania strategicznego przedstawianego w dokumentach, takich jak „Długookresowa strategia rozwoju kraju «Polska 2030»”, „Strategia rozwoju kraju 2020”. Określone działania w zakresie zdrowia podejmowane w Polsce są w pewnej mierze również rezultatem zobowiązań, które wynikają z przynależności do instytucji międzynarodowych, w tym zwłaszcza Unii Europejskiej.

Narzędziem służącym do systematyzacji i monitorowania polityki zdrowotnej w Polsce jest „Narodowy program zdrowia” (NPZ). Pierwsza edycja NPZ obejmowała lata 1996–2005, kolejna dotyczyła lat 2007–2015. Trzecia jest planowana na lata 2016–2020. Jako cel polityki zdrowotnej państwa wyrażony w NPZ na lata 2007–2015, uchwalonym przez Radę Ministrów 15 maja 2007 r., przyjęto poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu. Jako środki do osiągnięcia tego celu wskazano: kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa; tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu oraz aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia. W NPZ przedstawiono cele strategiczne, mające być odpowiedzią na najważniejsze problemy zdrowotne populacji – główne przyczyny zgonów (choroby układu krążenia, nowotwory oraz urazy i zatrucia w 2013 r. odpowiadały odpowiednio za 46%, 24% i 6% wszystkich zgonów¹⁹) i niepełnosprawności oraz nierówności w zdrowiu. Wskazano 8 celów strategicznych²⁰, a także 6 celów operacyjnych dotyczących czynników ryzyka i działań

¹⁸ *Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia*, S. Golinowska (red.), World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Warszawa 2012, s. 53–54.

¹⁹ Notatka informacyjna. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 r., materiał na konferencję prasową w dniu 30 stycznia 2014 r., GUS, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2013.pdf [dostęp: 15 grudnia 2015 r.]

²⁰ 1) Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu; 2) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych; 3) zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków; 4) zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne; 5) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego; 6) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego; 7) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom; 8) zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

w zakresie promocji zdrowia²¹ oraz 5 celów operacyjnych dotyczących konkretnych populacji²².

Najwyższa Izba Kontroli, oceniając NPZ w 2014 r., stwierdziła, że nie utworzono jednak skutecznych mechanizmów koordynacji przedsięwzięć realizowanych w ramach NPZ na lata 2007–2015, które zawierały wiele istotnych celów z zakresu polityki rodzinnej. Nie przygotowano narzędzi pozwalających na efektywne monitorowanie realizacji zakładanych celów, prowadzony monitoring nie obejmował oceny efektów zdrowotnych podejmowanych działań, nie brał też pod uwagę zmieniających się potrzeb²³.

Projekt „Narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020”²⁴ bazuje na doświadczeniach poprzedniego programu. Regulacje wprowadzone ustawą o zdrowiu publicznym mają pozwolić na utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację oraz monitorowanie działalności władz publicznych w zakresie zdrowia. Istotną zmianą w programie jest przedstawienie do każdego celu operacyjnego szczegółowo opisanych zadań, wskazanie podmiotów odpowiedzialnych za ich realizację oraz podmiotów realizujących konkretne działania. Określono także budżet dla zadań, a w ustawie o zdrowiu publicznym zagwarantowano długoletnie finansowanie działań w ramach NPZ. Wprowadzone zmiany dają nadzieję na poprawę obecnego stanu rzeczy.

Poza NPZ istotnymi instrumentami polityki zdrowotnej państwa są programy zdrowotne²⁵. Wśród programów zdrowotnych realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia istotne znaczenie z punktu widzenia tworze-

²¹ 1) Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu; 2) zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem; 3) poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości; 4) zwiększenie aktywności fizycznej ludności; 5) ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych; 6) zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

²² 1) Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem; 2) wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży; 3) tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych; 4) tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych; 5) intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

²³ NIK, *Wystąpienie pokontrolne. Koordynacja polityki rodzinnej w Polsce*, P/14/046, KZD-4101-011-01/2014.

²⁴ Projekt narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020, *op. cit.*

²⁵ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow> [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

nia rodzin mają: „Narodowy program badań przesiewowych noworodków w Polsce”, „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu” – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2014–2017 oraz „Program – Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013–2016”, który do dnia 7 grudnia 2015 r. przyczynił się do urodzenia 3841 dzieci²⁶. Dwa pierwsze z wymienionych programów istotnie przyczyniły się do zmniejszenia liczby zgonów niemowląt z 8,1 zgonu na 1000 żywych urodzeń w 2000 r. do 4,6 w 2013 r., a także obniżenia wskaźnika umieralności okołoporodowej dzieci w ciągu pierwszych 6 dni życia (z 9,7 na 1000 urodzeń w 2000 r. do 6 w 2013 r.), obniżenia umieralności dzieci w wieku 1–14 lat (z 21 na 10 000 w 2000 r. do 14 w 2013 r.) oraz zmniejszenia liczby zgonów kobiet w okresie ciąży, porodu i położu (z 20 na 10 000 w 2010 r. do 9 w 2013 r.)²⁷. Inne programy zdrowotne to: „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”; „Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD”; „Program wieloletni na lata 2011–2020: Narodowy program rozwoju medycyny transplantacyjnej”; „Narodowy program ochrony antybiotyków na lata 2011–2015”; „Narodowy program ochrony antybiotyków, moduł I: Monitorowanie zakażeń szpitalnych oraz inwazyjnych zakażeń bakteryjnych dla celów epidemiologicznych, terapeutycznych i profilaktycznych na lata 2014–2015”; „Zapewnienie samowystarczalności RP w krew i jej składniki”; „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”; „Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne”; „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”; „Narodowy program ochrony zdrowia psychicznego” oraz „Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015–2019”.

Oprócz aktywności administracji rządowej w dziedzinie zdrowia wiele działań służących zdrowiu podejmowanych jest przez administrację samorządową i dotyczy zadań własnych samorządów na poziomie gminy, powiatu i województwa. Problematiczne z punktu widzenia zdrowia jest jednak to, że w ustawach samorządowych zadania samorządu są sformułowane bardzo ogólnie, jako profilaktyka i promocja zdrowia, a samorządom brakuje instrumentów zapewniających realizację zadań i ponoszenie przez nie odpowiedzialności. W efekcie możliwości wywiązywania się jednostek sa-

²⁶ Serwis internetowy Ministerstwa Zdrowia, <http://www.invitro.gov.pl/> [dostęp: 10 grudnia 2010 r.].

²⁷ NIK, *Wystąpienie pokontrolne*, P/14/046, *op. cit.*

morządu terytorialnego z obowiązków w zakresie zdrowia są utrudnione²⁸. Niemniej samorządy, zwłaszcza te dysponujące większą ilością wolnych środków finansowych, angażują się w prowadzenie programów zdrowotnych. Prowadzone analizy wskazują, że najczęściej działania samorządów dotyczą profilaktyki chorób zakaźnych, promocji zdrowego stylu życia i odżywiania oraz profilaktyki nadwagi i otyłości oraz profilaktyki chorób krążenia. Ponadto samorządy angażują się w programy służące profilaktyce i wczesnemu wykrywaniu chorób nowotworowych, przeciwdziałaniom wadom postawy, niepełnosprawności i osteoporozie. Wśród programów zdrowotnych prowadzonych przez samorządy znajdują się również takie, które służą wspieraniu dziecka, matki i rodziny, w tym m.in. zwalczanie niepłodności, opieka nad kobietą w ciąży i przeciwdziałanie próchnicy zębów u dzieci²⁹.

Rodzina jako adresat polityki zdrowotnej państwa

Znaczenie zagadnień związanych z polityką zdrowotną państwa wobec rodziny wynika z wielkości tej grupy w społeczeństwie. Z 38 291,4 tys. osób żyjących w Polsce w 2011 r., 34 101,3 tys., tj. 89,1%, żyło w rodzinnych gospodarstwach domowych, w tym 27 053,6 tys., tj. 70,6%, w rodzinach z dziećmi³⁰. Według danych GUS ponad połowa ludności Polski tworzyła rodziny typu małżeństwa z dziećmi, tj. 53,3% (20 416,2 tys.), oraz związki nieformalne z dziećmi – 1,6% (619,9 tys.). Samotni rodzice wraz z dziećmi stanowili blisko jedną szóstą ludności (matki z dziećmi 13,7% i ojcowie z dziećmi 2%, tj. razem 6017,4 tys. osób). Udział dzieci, charakteryzowanych jako osoby w wieku 0–24 lata pozostających na utrzymaniu, w strukturze ludności Polski, wynosił 23,3%. Ponad trzy czwarte spośród nich (77,1%) żyło w rodzinach typu małżeństwa z dziećmi, a co piąte (20,3%) było wychowywane tylko przez jedno z rodziców. Wśród wszystkich małżeństw z dziećmi na utrzymaniu te z jednym dzieckiem stanowiły 41,7%, z dwójkiem dzieci – 40,8%, z trojgiem dzieci i więcej – 17,5%.

Istotnym wyzwaniem jest też skala niepełnosprawności członków rodzin. Według danych GUS w blisko jednej czwartej (23,2%) wszystkich gospodarstw rodzinnych występowały osoby niepełnosprawne. Co ważne, wiele rodzin, zwłaszcza rodzin wielodzietnych i rodzin niepełnych, znaj-

²⁸ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne*, op. cit., s. 70.

²⁹ *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, M. Wójcik (red.), Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.

³⁰ GUS, *Warunki życia rodzin w Polsce*, Warszawa 2014.

duje się w trudnej sytuacji materialnej, co nie pozostaje bez wpływu na ich zdrowie.

Ze względu na dużą różnorodność rodzin, trudno jest wskazać wspólne dla nich cechy demograficzne czy też ustalić jakąkolwiek wspólną charakterystykę zdrowotną. Działania państwa w ramach polityki zdrowotnej wobec rodziny powinny służyć co najmniej wspieraniu rodzin w ich funkcjach, takich jak funkcja opiekuńcza, zwłaszcza w tych okresach życia i dla tych grup, których możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb są ograniczone, czyli w okresie choroby, niepełnosprawności, a także funkcja prokreacyjna, która w obliczu niekorzystnych prognoz demograficznych dla Polski³¹ nabiera szczególnego znaczenia. W praktyce polityka zdrowotna państwa wobec rodziny jest często utożsamiana z działaniami państwa na rzecz zapewnienia opieki zdrowotnej dzieciom oraz kobietom w ciąży, a także działaniami związanymi ze zdrowiem prokreacyjnym. Wśród innych ważnych dla rodzin wyzwań państwa można wskazywać m.in. ograniczanie przedwczesnej umieralności, która jest jedną z istotnych przyczyn rozpadu rodzin, oraz działania związane z przeciwdziałaniem niepełnosprawności, ze zdrowiem psychicznym i uzależnieniami, które również mają niebagatelne znaczenie dla funkcjonowania rodzin. Istotne jest także przeciwdziałanie negatywnym dla zdrowia zwłaszcza kobiet skutkom przemocy w rodzinie³². Jako szczególnie ważne wskazuje się też na podejmowanie działań mających na celu ograniczanie nierówności w zdrowiu wśród rodzin różniących się statusem społeczno-ekonomicznym oraz ograniczanie nierówności rodzin w dostępie do opieki zdrowotnej.

System opieki zdrowotnej

System opieki zdrowotnej rozumiany jako zespół publicznych i prywatnych organizacji, instytucji i zasobów, których zadaniem jest przywrócenie zdrowia lub poprawa jego stanu, jest częścią systemu ochrony zdrowia definiowanego jako wszystkie działania, których głównym celem jest promowanie, przywrócenie i/lub utrzymanie zdrowia³³.

³¹ GUS, *Prognoza ludności na lata 2014–2015*, Warszawa 2014.

³² *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, WHO 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1 [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

³³ *Health Systems Strengthening Glossary*, http://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

W Polsce prawo obywateli do ochrony zdrowia jest zagwarantowane w konstytucji. Zgodnie z jej przepisami władze są zobowiązane do zapewnienia obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych³⁴. Wśród grup objętych szczególną ochroną państwa w zakresie zdrowia są dzieci i kobiety ciężarne. Rodzina znajduje się pod opieką i ochroną państwa. Co więcej, państwo ma obowiązek uwzględniania w swojej polityce społecznej i gospodarczej dobro rodziny; rodziny znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej i społecznej, zwłaszcza wiodzietne i niepełne, mają prawo do szczególnej pomocy ze strony władz publicznych. Prawo do szczególnej pomocy władz mają również kobiety przed i po urodzeniu dziecka.

W systemie opieki zdrowotnej wyodrębnia się sześć elementów kluczowych dla jego funkcjonowania, tj. usługi zdrowotne, personel, system informacji zdrowotnej, produkty i technologie medyczne, informacje zdrowotne, przywództwo i zarządzanie oraz finansowanie³⁵.

System opieki zdrowotnej powinien być dostosowany do potrzeb społeczności. Wśród zadań stawianych przed polityką zdrowotną w tym zakresie można wskazać: dostosowanie wielkości oraz struktury zasobów do wielkości oraz struktury potrzeb populacji; dostosowanie sposobu organizacji procesu udostępniania usług medycznych do możliwości korzystania pacjentów z tych usług; dostosowanie kosztów usług medycznych do zdolności wnoszenia opłat przez pacjentów; dostosowanie rozmieszczenia przestrzennego do skali oraz struktury potrzeb; dostosowanie oczekiwań pacjentów wobec podmiotów świadczących usługi i stopnia spełnienia tych oczekiwań. Od stopnia dostosowania systemu do potrzeb ludności w dużej mierze zależy akceptacja i zadowolenie obywateli. W Polsce od lat utrzymuje się wysoki poziom niezadowolenia obywateli z systemu opieki zdrowotnej³⁶, a system ubezpieczeń zdrowotnych jest wskazywany jako jeden z najważniejszych problemów, wobec których stoi państwo. Wskazuje to na konieczność reformowania obecnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Obszarami mającymi istotne znaczenie dla zapewnienia dostępu do usług zdrowotnych jest sposób finansowania opieki zdrowotnej oraz stan personelu medycznego.

³⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78 poz. 483, ze zm.

³⁵ *The WHO Health Systems Framework*, http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/ [dostęp: 21 grudnia 2015 r.].

³⁶ Z. Skrzypczak, *Opinie polskiego społeczeństwa o systemie ochrony zdrowia*, *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management* nr 38, 2011, s. 219–231.

Finansowanie ochrony zdrowia

System finansowania ochrony zdrowia powinien zapewniać środki na takim poziomie, aby umożliwić ludności korzystanie z potrzebnych usług zdrowotnych oraz zapewniać ochronę przed katastrofą finansową lub zużyciem związanym z koniecznością samodzielnego płacenia za usługi zdrowotne³⁷. W Polsce system opieki zdrowotnej finansowany jest w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z danymi OECD ubezpieczeniem zdrowotnym w 2013 r. objęte było 91,6% populacji. Do tej grupy, zgodnie z przyjętymi regulacjami, należały osoby pracujące, odprowadzające składki (w wysokości 9% wynagrodzenia) oraz członkowie ich rodzin, a także grupy osób, za które składki opłacane są z budżetu państwa, jak np. bezrobotni zarejestrowani w urzędach. Członkowie rodzin osób ubezpieczonych, co do zasady, są uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej do momentu, kiedy sami nie będą podlegać obowiązkowi opłacania składek na ubezpieczenie. Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje dzieciom do ukończenia 18. roku życia, chyba że się kształcą, wtedy to prawo przysługuje do ukończenia 26. roku życia. Inne osoby pozostające na utrzymaniu osoby opłacającej składki są uprawnione do świadczeń w ramach jej ubezpieczenia tak długo, jak pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Udział wydatków na zdrowie jako procent PKB wynosił w Polsce w 2013 r. 6,4%, co sytuowało nasz kraj znacznie poniżej średniej dla krajów OECD (8,9%), a także poniżej wydatków krajów naszego regionu, np. Niemiec (11%), Węgier (7,4%) czy Czech (7,1%). Wydatki na zdrowie na głowę mieszkańca wynoszące 1530 dolarów (USD), również były niższe od średniej OECD (3453 USD) i wydatków Niemiec, Węgier i Czech (odpowiednio 4819, 1719 i 2040 USD).

Wydatki publiczne

Zgodnie z narodowym rachunkiem zdrowia za 2013 r.³⁸ z ogółu wydatków na zdrowie wynoszących w 2013 r. 106 035 mln zł, wydatki publiczne stanowiły 70,6%. Najwięcej środków – 61 074 mln zł, tj. 61% wydatków

³⁷ *The WHO Health Systems Framework, op. cit.*

³⁸ GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Warszawa 2015.

System rachunków zdrowia jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny, zapewniający porównywalność między krajami. Narodowe rachunki zdrowia umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Ich celem jest opisanie systemu zdrowia z perspektywy wydatków.

ogółem, stanowiły wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydatki instytucji rządowych i samorządowych wyniosły odpowiednio 5747 mln zł (5,4%) i 4431 mln zł (4,2%)³⁹.

Wydatki publiczne na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych w ramach NFZ w 2013 r. wyniosły 63 199 mln zł. Wydatki te były przeznaczone głównie na lecnictwo szpitalne (49,4%), z którego w 2013 r. skorzystało 7,9 mln pacjentów. NFZ sfinansował również 157,9 mln porad w podstawowej opiece zdrowotnej (12,2% wydatków NFZ), 116,1 mln specjalistycznych porad lekarskich oraz 11,1 mln porad stomatologicznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (8,6% wydatków NFZ). Ponadto NFZ przeznaczał ponad jedną dziesiątą swojego budżetu na refundację leków (12%). Istotne jest, że struktura kosztów ponoszonych przez NFZ nie zmieniała się istotnie od 2004 r., z wyjątkiem wydatków przeznaczonych na lecnictwo szpitalne, których udział w strukturze wzrósł znacznie w 2012 r.

W wydatkach budżetu państwa dominowały wydatki na ratownictwo medyczne (26,4%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (23,3%). Ponadto z budżetu państwa przeznaczano środki na inspekcję sanitarną (12,9%), programy polityki zdrowotnej (12,6%, tj. 724 mln zł) oraz funkcjonowanie szpitali (6,6%). Warto zwrócić uwagę na stosunkowo niski poziom finansowania programów zdrowotnych. Przyjmując, że programy polityki zdrowotnej są podstawowym narzędziem polityki zdrowotnej, można stwierdzić, że możliwości prowadzenia tej polityki są poważnie ograniczone.

W przypadku poszczególnych szczebli samorządów terytorialnych, największymi środkami dysponowały powiaty (łącznie 1274,0 mln zł), które w dominującej części przeznaczone były na składki na ubezpieczenia zdrowotne, świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (łącznie 79,6%) oraz na szpitale (14,4%). Miasta na prawach powiatu ze swoich środków (1065,2 mln zł) finansowały głównie składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (30,3%), szpitale (29,0%) oraz na przeciwdziałanie alkoholizmowi (24,3%). Gminne wydatki na ochronę zdrowia (561,3 mln zł) były przeznaczone głównie na przeciwdziałanie alkoholizmowi (72,5%) i lecnictwo ambulatoryjne (5,0%). W wydatkach na ochronę zdrowia ponoszonych przez województwa (774,7 mln zł) dominowały wydatki na szpitale (58,5%), a ponadto wydatki na medycynę pracy (10,4%) i na lecnictwo psychiatryczne (5,7%). Analiza wydatków

³⁹ *Ibidem.*

samorządów terytorialnych zwraca uwagę na niewielką ilość środków na prowadzenie polityki zdrowotnej – stosunkowo duży udział wydatków na przeciwdziałanie alkoholizmowi wynika z regulacji ustawowych – dochody samorządów z koncesji na sprzedaż alkoholu powinny być przeznaczone na przeciwdziałanie skutkom jego używania.

Zgodnie z narodowym rachunkiem zdrowia za 2013 r. wśród wydatków bieżących ponad jedna trzecia środków (35%) była przeznaczana na leczenie szpitalne. Około jednej czwartej (25,5%) środków wydano na świadczenia ambulatoryjne, a ponad jedną piątą na leki, sprzęt i artykuły medyczne. Zwraca uwagę niewielki udział wydatków na profilaktykę (2,1%) i opiekę długoterminową (1,5%).

Zgodnie z danymi OECD udział wydatków na leczenie szpitalne w Polsce (36%) był jednym z wyższych w krajach OECD (średnia 28%). Jednocześnie wydatki na opiekę długoterminową należały do najniższych (6% przy średniej dla 27 krajów OECD – 12%). Na tle krajów OECD w Polsce stosunkowo duży był udział wydatków na wyroby medyczne (24% przy średniej dla 27 krajów OECD – 20%)⁴⁰.

Niskie wydatki na opiekę długoterminową i niedorozwój tej sfery systemu opieki zdrowotnej ma szczególnie istotne znaczenie dla rodzin. Ograniczenia w dostępie do instytucji opieki długoterminowej i paliatywnej powodują, że w Polsce to głównie rodzina sprawuje opiekę nad seniorami, osobami niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi. Taka sytuacja wynika m.in. z dość silnie zakorzenionych kulturowo więzi rodzinnych oraz wysokości świadczeń pieniężnych wspierających rodzinę w opiece nad potrzebującymi członkami, które nie są adekwatne do kosztów alternatywnej opieki⁴¹. Jak wskazują wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey, EHIS) w 2014 r. ok. 16% Polaków przynajmniej raz w tygodniu świadczyło nieformalną opiekę długoterminową lub pomoc osobom chorującym przewlekle, niesprawnym, w podeszłym wieku. Częściej były to kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 18% i 13%) oraz osoby w wieku 50–59 lat (co czwarta osoba). Co istotne, ponad trzy czwarte pomagających otaczało opieką tylko członków własnej rodziny, zwłaszcza jeśli pomagający był mężczyzną lub mieszkańcem wsi⁴².

Pomoc finansowa dla takich rodzin przez lata była stosunkowo niska i w efekcie nierzadko pozostawały one w trudnej sytuacji materialnej. Do-

⁴⁰ *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD, 2015, s. 169.

⁴¹ *Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia*, op. cit., s. 161.

⁴² GUS, *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014*, Warszawa 2015.

piero w 2015 r. podwyższono świadczenia pielęgnacyjne dla osób, które zrezygnowały z pracy na rzecz opieki nad potrzebującym członkiem rodziny. Niemniej inwestycje w rozwój instytucjonalnej opieki długoterminowej są nieuchronne. Ze względu na zmniejszające się znaczenie opiekuńczych funkcji rodziny, na skutek zmian społeczno-kulturowych oraz przemian demograficznych – według prognoz GUS udział w całej populacji osób powyżej 65. roku życia w 2050 r. będzie przekraczał 30%⁴³, zapotrzebowanie na formalne świadczenia opieki długoterminowej będzie dynamicznie rosnąć.

Wydatki prywatne

Wydatki prywatne na zdrowie w 2013 r. wyniosły 30 971 mln zł, tj. 29,2% wydatków ogółem. Wśród nich dominowały bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych (24 978 mln zł, tj. 23,6% ogółu wydatków⁴⁴).

Zgodnie z danymi OECD wydatki prywatne obywateli na zdrowie w Polsce, stanowiące łącznie 39% ogółu wydatków na zdrowie, były podzielone na wydatki bezpośrednie oraz wydatki na prywatne ubezpieczenia i inne (odpowiednio 24%, 4% i 1% ogółu wydatków na zdrowie). Udział wydatków prywatnych w Polsce był wyraźnie wyższy niż średnia dla krajów OECD wynosząca 27%⁴⁵. Stosunkowo wysoki poziom wydatków prywatnych wynikał w dużej części z niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli z funduszy publicznych. Wśród bezpośrednich wydatków prywatnych gospodarstw domowych w Polsce (*private out-of-pocket*) blisko dwie trzecie stanowiły wydatki na leki (62%). Ponadto 17% stanowiły wydatki na opiekę leczniczą, 15% na opiekę dentystyczną oraz 7% na urządzenia terapeutyczne, takie jak okulary, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie. Udział wydatków na leki nie tylko znacznie przekraczał średnią dla 23 analizowanych krajów OECD (36%), ale był też największy wśród tych krajów⁴⁶.

Jak wskazują badania GUS⁴⁷, w ostatnim kwartale 2013 r. zdecydowana większość porad w podstawowej opiece zdrowotnej, z której skorzystało 36,6% gospodarstw, została sfinansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (97%). Z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skorzystało co piąte (20,2%) gospodarstwo domowe, 40,2% finansowało świadczenia lekarzy z własnych środków, a 63,2% otrzymało świadczenia w ramach NFZ. W opiece stomatologicznej, z której skorzystało co dziesiąte gospodarstwo

⁴³ GUS, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014.

⁴⁴ GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, *op. cit.*

⁴⁵ *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, *op. cit.*, s. 171.

⁴⁶ *Ibidem*, s. 125.

⁴⁷ GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, Warszawa 2015.

domowe (11,5%), udział finansowania z własnych środków był jeszcze większy i wynosił 70,9%, przy finansowaniu przez NFZ w 30% przypadków.

W 2013 r. w więcej niż co trzecim gospodarstwie domowym przynajmniej jedna osoba, co najmniej raz skorzystała z usług lekarzy i lekarzy dentyistów niefinansowanych przez NFZ (odpowiednio 35,1% i 39,3%). Korzystanie z tych usług było uzależnione od liczby dzieci. I tak, o ile w gospodarstwach z jednym dzieckiem i dwojgiem dzieci z usług lekarzy poza NFZ korzystało co drugie (odpowiednio 47,2% oraz 45,5%), to w gospodarstwach z przynajmniej trojgiem dzieci i bez dzieci już tylko co trzecie (36,3% oraz 30,8%). Podobnie w odniesieniu do usług stomatologicznych, z których korzystała połowa gospodarstw z jednym i dwojgiem dzieci (odpowiednio 50,5% i 56,3%) i co trzecie gospodarstwo z trojgiem dzieci i bez dzieci (34,8% i 34,5%).

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych poza systemem finansowania z NFZ wskazywało na poważne słabości systemu opieki zdrowotnej w Polsce, takie jak zakres usług, dostęp do świadczeń czy wyposażenie podmiotów leczniczych. W przypadku usług lekarzy jako główne przyczyny wyboru płatnej wizyty wskazywano zbyt odległe terminy w podmiotach realizujących kontrakty z NFZ (49,8%) oraz lepsze kompetencje lekarzy (18,6%), a w przypadku lekarzy dentyistów lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne (28,3%) oraz niefinansowanie tych usług przez NFZ (22,9%)⁴⁸.

Badania Diagnoza Społeczna z kolejnych lat wskazują, że o ile rodziny w Polsce w podobnym stopniu korzystały z usług placówek ochrony zdrowia opłacanych przez NFZ, o tyle korzystanie z usług opłacanych z własnej kieszeni wskazywało na duże zróżnicowanie (tabela 1). Wśród rodzin z dziećmi najrzadziej z tych usług korzystały małżeństwa z przynajmniej trojgiem dzieci oraz rodziny niepełne, co wynikało nie tyle z braku potrzeb, co trudnej sytuacji materialnej tych rodzin. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że częstość korzystania ze świadczeń opłacanych z własnej kieszeni wyraźnie wzrosła w okresie od 2009 do 2015 r., co można wiązać z poprawą sytuacji materialnej tych rodzin. Ze wzrostem zamożności związany jest również wzrost odsetka gospodarstw domowych korzystających z usług zdrowotnych w ramach abonamentów. Wzrost udziału tego źródła finansowania można również wiązać z ograniczeniami dostępu do usług zdrowotnych w ramach NFZ.

Stosunkowo niski poziom wydatków publicznych na zdrowie sprawia, że znaczna część wydatków musi być finansowana bezpośrednio przez gospodarstwo domowe. W efekcie część obywateli i ich rodzin, która nie

⁴⁸ *Ibidem*.

dysponuje odpowiednimi środkami finansowymi, może mieć utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej, co pogłębia istniejące nierówności w stanie zdrowia.

Tabela 1. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z usług placówek ochrony zdrowia w ciągu ostatniego roku

		Opłacanych przez NFZ	Opłacanych z własnej kieszeni	Opłacanych przez pracodawcę (abonament)
Ogółem	2009	91,9	48,9	5,1
	2011	94,5	51,0	4,9
	2013	93,6	49,4	6,3
	2015	92,0	49,5	6,1
Małżeństwa bez dzieci	2009	93,5	52,6	5,4
	2011	92,5	52,2	6,4
	2013	92,5	55,2	6,7
	2015	94,2	59,5	6,5
Małżeństwa z 1 dzieckiem	2009	95,0	61,3	5,4
	2011	93,5	60,5	9,5
	2013	95,1	60,3	10,8
	2015	96,0	64,2	11,3
Małżeństwa z 2 dziećmi	2009	94,2	61,2	7,6
	2011	93,7	59,6	9,6
	2013	95,0	61,6	11,4
	2015	94,8	64,7	9,9
Małżeństwa z 3 dzieci i więcej	2009	95,4	48,2	5,2
	2011	95,3	51,5	6,3
	2013	97,5	50,4	6,1
	2015	96,4	57,6	7,6
Rodziny niepełne	2009	93,3	40,5	3,3
	2011	91,7	41,4	4,8
	2013	94,0	42,4	5,3
	2015	94,8	43,7	5,2

Źródło: na podstawie wyników badania Diagnoza Społeczna z lat 2009, 2011, 2013 i 2015.

Zasoby kadrowe

Do bardzo istotnych przejawów działalności państwa w obszarze ochrony zdrowia, mających bezpośredni wpływ na dostęp obywateli do usług zdrowotnych, należy zapewnienie odpowiednio wykwalifikowanego i rozmieszczonego personelu, w tym zwłaszcza odpowiadającej na potrzeby populacji liczby lekarzy i lekarzy dentyistów oraz pielęgniarek. Państwo polskie

poprzez określanie limitów przyjęć na studia lekarskie i kierując systemem kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyistów, ma zasadniczy wpływ na stan kadry lekarskiej w Polsce. Do niedawna ścisłej kontroli był też poddany system kształcenia pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) 31 grudnia 2015 r. liczba lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód wynosiła 166 985 osób, w tym 131 077 lekarzy i 35 461 lekarzy dentyistów⁴⁹. Liczba lekarzy w Polsce w odniesieniu do liczby mieszkańców należy do najniższych w krajach Unii Europejskiej. Zgodnie z danymi Komisji Europejskiej w 2012 r.⁵⁰ liczba lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wyniosła w Polsce 2,2, przy średniej dla 28 krajów UE – 3,4. Liczba lekarzy dentyistów w Polsce w odniesieniu do liczby mieszkańców podobnie jak liczba lekarzy jest jedną z najniższych w krajach UE. Zgodnie z danymi Komisji Europejskiej w 2012 r. liczba lekarzy dentyistów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wyniosła w Polsce 32,4, przy średniej dla 19 krajów UE – 72,0⁵¹. Liczba lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację i wykonujących zawód wynosiła 114 189, co stanowiło 68,3% wykonujących te zawody w Polsce. Wśród lekarzy specjalistów najliczniejsze grupy stanowili specjaliści chorób wewnętrznych (18 057 osób), medycyny rodzinnej (10 510), pediatrii (7009) oraz położnictwa i ginekologii (6178). Istotne jest to, że rozmieszczenie terytorialne lekarzy w Polsce nie jest równomierne. Zgodnie z danymi GUS z 2014 r. liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców w 2013 r. w całym kraju wynosiła 23. Liczba ta była najmniejsza w województwie wielkopolskim, gdzie wynosiła 16, natomiast największa w województwie mazowieckim, gdzie wyniosła 28⁵². Według opinii konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii niedobór lekarzy pediatrów występuje w województwie opolskim, podkarpackim i pomorskim⁵³. Ze względu na starzenie się społeczeństwa jako istotną wskazuje się liczbę geriatrów, która w dalszym ciągu jest niewielka, tj. 135 lekarzy, co oznacza 2,3 lekarza ge-

⁴⁹ Naczelna Izba Lekarska, *Informacje statystyczne*, <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne> [dostęp: 29 grudnia 2015 r.]. Suma liczby lekarzy i liczby lekarzy dentyistów nie jest równa liczbie wszystkich członków NIL, gdyż w rejestrach NIL poza lekarzami i lekarzami dentyistami są także osoby, które mają zarówno tytuł i lekarza, jak i lekarza dentyisty.

⁵⁰ *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD 2014.

⁵¹ Komisja Europejska, *European Core Health Indicators (ECHI) data tool*, http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm [dostęp: 29 grudnia 2015 r.].

⁵² Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych, http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks [dostęp: 12 stycznia 2016 r.].

⁵³ NIK, *Wystąpienie pokontrolne*, P/14/046, *op. cit.*

riatry na 100 tys. osób w wieku 65 lat i więcej, a dodatkowo rozmieszczenie między regionami tej specjalności jest nierównomiernie. Na koniec 2014 r. głównym miejscem pracy specjalistów geriatry były województwa: śląskie (32 lekarzy), małopolskie (23 lekarzy), lubelskie (14 lekarzy) i mazowieckie (10 lekarzy). Lekarze z wymienionych województw stanowili ponad połowę (58,5%) pracujących specjalistów w tej dziedzinie⁵⁴.

Zwraca uwagę, że według danych OECD za 2013 r. w Polsce jest stosunkowo niewielu lekarzy opieki podstawowej (15%), mających kluczowe znaczenie dla zaspokojenia podstawowych potrzeb zdrowotnych, przy dużym udziale lekarzy specjalistów (85%), co znacznie odbiegało od średniej dla krajów OECD wynoszącej odpowiednio 62% i 29%⁵⁵.

Oprócz małej liczby lekarzy problemem jest też stały wzrost średniej wieku lekarzy i ich przechodzenie na emeryturę, co sprawia, że zastępowalność pokoleniowa w tym zawodzie jest zagrożona⁵⁶. Jak wskazują analizy NIK z 2014 r. w 13 dziedzinach medycyny ponad 25% lekarzy ukończyło 70 lat, w 10 dziedzinach ok. 13% stanowią lekarze z grupy 61–65 lat, a w 18 dziedzinach ponad połowa przekroczyła 56. rok życia⁵⁷.

Państwo ma poważny wpływ na liczbę lekarzy. Co roku Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia ustala limity przyjęć na studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym⁵⁸, a także wpływa na liczbę lekarzy specjalistów przez ustalanie liczby etatów rezydenckich. W okresie od 2006 r. do 2015 r. limit przyjęć na studia na kierunku lekarskim ogółem wzrósł z 3087 do 6188, czyli o 100,5%, a w przypadku studiów lekarsko-dentystycznych z 877 do 1362, tj. o 55,3%. Należy jednak zwrócić uwagę, że blisko połowa nowo utworzonych miejsc była wykorzystywana do kształcenia studentów w języku innym niż polski (1551 kierunek lekarski i 296 kierunek lekarsko-dentystyczny)⁵⁹. Jest to niepokojące ze względu na duże prawdopodobieństwo, że większość absolwentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego prowadzonych w innym języku niż polski po uzyskaniu dyplomu nie podejmie pracy w Polsce. Dodatkowo niepokoi fakt, że według danych NIL na dzień 31 grudnia 2015 r. 7,1% lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód pobrało zaświadczenia stwierdzające posiadanie formalnych

⁵⁴ GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, *op. cit.*

⁵⁵ *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, *op. cit.*

⁵⁶ GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, Warszawa 2014.

⁵⁷ NIK, *Wystąpienie pokontrolne*, P/14/046, *op. cit.*

⁵⁸ Ustawa z 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz.U. 2012, poz. 572, ze zm.

⁵⁹ Obliczenia własne na podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie limitów przyjęć na studia.

kwalifikacji zawodowych, które są niezbędne do ubiegania się o uznanie kwalifikacji w innych krajach. Jeśli chodzi o kształcenie specjalizacyjne, to sytuacja również jest niezadowolająca. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia w okresie od 2006 do 2014 r. liczba etatów rezydentek ulegała stopniowemu zwiększeniu z 7500 do 15 000. W 2014 r. podczas szkoleń specjalizacyjnych odbywanych w trybie rezydentury sfinansowano kształcenie ponad 15 tys. lekarzy, co wciąż jest wielkością niezadowolającą⁶⁰.

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) liczba zarejestrowanych pielęgniarek w Polsce w końcu grudnia 2015 r. wynosiła 285 376. Liczba osób zarejestrowanych nie pokrywa się z liczbą osób faktycznie wykonujących ten zawód. Według danych NIPiP liczba zatrudnionych pielęgniarek według podstawowego miejsca pracy wynosiła 221 172. Liczba pielęgniarek w Polsce w odniesieniu do liczby mieszkańców należy do najniższych w krajach UE. Zgodnie z danymi OECD w 2012 r. liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wyniosła w Polsce 5,5, przy średniej UE-28 wynoszącej 8⁶¹. Analiza struktury wiekowej grupy pielęgniarek w Polsce wskazuje na znaczny i stale rosnący udział osób w starszych grupach wieku, co przy stosunkowo małej liczbie pielęgniarek w młodszych grupach wieku sprawia, że nie ma zastępowalności pokoleniowej w tym zawodzie. Rozmieszczenie terytorialne pielęgniarek także jest nierównomierne w poszczególnych województwach. Zgodnie z danymi GUS z 2013 r. liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców była najmniejsza w województwie wielkopolskim, gdzie wynosiła 40, natomiast największa w województwie lubelskim, gdzie wyniosła niemal 60⁶².

Liczba kandydatów i absolwentów studiów pielęgniarskich nie przekłada się bezpośrednio na liczbę praktykujących w Polsce pielęgniarek. Zgodnie z danymi przedstawionymi w raporcie NIPiP⁶³ limity przyjęć na studia w latach 2006–2011 zostały wykorzystane w ok. 76%, co stanowiło 35 333 absolwentów I i II stopnia. Z tej liczby tylko 11 489 osobom potwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, co stanowiło 25,1% ustalonych przez Ministra Zdrowia potrzeb w zakresie kształcenia zawodowego pielęgniarek.

Działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie polityki planowania kadr medycznych wskazują, że w dalszym ciągu brakuje systematycznych analiz dotyczących zapotrzebowania na lekarzy ogólnie i na le-

⁶⁰ Sprawozdania z wykonania budżetu państwa w zakresie ochrony zdrowia z lat 2006–2014.

⁶¹ *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD 2014, s. 67.

⁶² GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.*, op. cit.

⁶³ *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2015.

karzy poszczególnych specjalności oraz pielęgniarek. Co więcej, wydaje się, że niezbędne jest opracowanie całościowej polityki rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia obejmującej nie tylko lekarzy i pielęgniarki, ale też pracowników zdrowia publicznego oraz innych zawodów i specjalności potrzebnych w systemie ochrony zdrowia. Kwestia zapewnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanych osób stanowiących kadrę medyczną ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia dostępu populacji do usług opieki zdrowotnej⁶⁴.

Dostęp rodzin do opieki zdrowotnej

Ograniczenia dostępu do usług systemu opieki zdrowotnej to jeden z głównych powodów niezadowolenia obywateli z systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁶⁵.

Jak wskazują badania Fundacji Watch Health Care, przeciętny czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce (niezależnie od ich charakteru: diagnostyczne i lecznicze bez uwzględnienia w tej ocenie kompleksowości i niezbędnej etapowości leczenia) w 2015 r. wynosił ok. 2,97 miesiąca⁶⁶. Czas oczekiwania na konkretne świadczenia można poznać, korzystając ze strony internetowej NFZ pod nazwą „Ogólnopolski informator o czasie oczekiwania na świadczenia medyczne”⁶⁷.

Zgodnie z badaniami EHIS przeprowadzonymi w 2014 r. prawie co czwarty mieszkaniec Polski potrzebujący opieki zdrowotnej doświadczył opóźnień w dostępie do niej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę i takie sytuacje dotyczyły głównie osób dorosłych (w przypadku dzieci – co 9) oraz osób przewlekle chorych o nie najlepszym zdrowiu.

Dostęp do opieki zdrowotnej w Polsce jest nie tylko ograniczony, ale także nie jest równy dla wszystkich obywateli. Według badania OECD z 2012 r. w Polsce było bardzo wiele osób deklarujących niezaspokojoną potrzebę konsultacji lekarskiej, wynoszącą w zależności od dochodów: 11,2% populacji o wysokich dochodach, 14,2% o średnich dochodach oraz 16,6% o niskich dochodach, przy średnich wartościach tego wskaźnika dla

⁶⁴ Szerzej na ten temat zob. W.S. Zgliczyński, *Kadry medyczne w Polsce*, „INFOS – Zagadnienia Społeczno-gospodarcze” 2016, nr 6(210).

⁶⁵ *Komunikat z badań CBOŚ. Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej*, BS/47/2012, Warszawa 2012, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_047_12.PDF [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

⁶⁶ Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 12/3/12/2015, stan na październik/listopad 2015 r.

⁶⁷ Ogólnopolski informator o czasie oczekiwania na świadczenia medyczne, <http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator/Index/> [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

28 krajów UE wynoszących odpowiednio 4,2%, 6,4% i 9,4%. Niepokojąco duża była też częstość deklaracji o niezaspokojonej potrzebie konsultacji stomatologicznej (Polska: 6,2%, 9%, 13,1% oraz UE-28: 3,8%, 7,2%, 11,5%).

Według badań EHIS w 2014 r. potrzeba wydania dodatkowych środków pieniężnych na zdrowie, wykraczających poza podstawowe usługi zdrowotne, u co 13 osoby potrzebującej opieki medycznej sprawowanej przez lekarza nie mogła być zrealizowana. W przypadku opieki dentystycznej taką sytuację wskazała co 9 osoba potrzebująca. Sytuacje braku pieniędzy na wykupienie leków przepisanych na receptę dotyczył co 12 osoby. Problem sfinansowania potrzebnych świadczeń rzadko dotyczył opieki zdrowotnej dla dzieci. Brak pieniędzy jako przeszkodę w dostępie do świadczeń stosunkowo często deklarowały osoby starsze, chore przewlekle i poważnie niesprawne, a także częściej mieszkańcy miast niż wsi⁶⁸.

Podobny obraz sytuacji wyłania się z badania GUS⁶⁹, z którego wynika, że w 2011 r. blisko jedna czwarta osób w gospodarstwach domowych wszystkich typów zgłaszała, że z powodów finansowych nie miała możliwości dokonania konsultacji z lekarzem specjalistą. Najczęściej spotykało to osoby w gospodarstwach domowych samotnych rodziców oraz małżeństwa z co najmniej trojgiem dzieci na utrzymaniu⁷⁰. Widoczne były różnice między mieszkańcami wsi i miast (tabela 2).

Niepokojące jest to, że część rodzin była zmuszona do rezygnacji z niezbędnych dla dzieci płatnych wizyt u lekarzy specjalistów i lekarzy dentyistów. Taka sytuacja wystąpiła u odpowiednio 5,9% oraz 6,5% gospodarstw rodzinnych z co najmniej jednym dzieckiem na utrzymaniu. Nieznacznie częściej ten problem zgłaszały gospodarstwa rodzinne z co najmniej jednym dzieckiem mieszkające na wsi niż w mieście (odpowiednio 6,0% i 5,8% oraz 7,1% i 6,1%). Liczba dzieci w gospodarstwie rodzinnym miała wpływ na stopień zaspokojenia potrzeb dzieci w zakresie ochrony zdrowia. Największym odsetkiem rezygnujących z wizyt odznaczały się gospodarstwa rodzinne z trojgiem i więcej dzieci (9,9% rezygnacji z wizyt u lekarza specjalisty i 14,1% rezygnacji z wizyt u lekarzy dentyistów). 5,1% rodzin z jednym dzieckiem i 5,2% rodzin z dwojgiem dzieci nie mogło skorzystać z płatnej, ale niezbędnej dla dzieci wizyty u lekarzy specjalistów. Ze względu na brak pieniędzy, z płatnych wizyt u lekarzy dentyistów zrezygnowało 4,2% rodzin

⁶⁸ GUS, *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski*, op. cit.

⁶⁹ GUS, *Warunki życia w Polsce*, Warszawa 2014.

⁷⁰ Dotyczyło to odsetka osób w wieku 16 lat i więcej w danym typie gospodarstw rodzinnych, które z powodów finansowych (wizyta była zbyt droga, nieobjęta ubezpieczeniem zdrowotnym) nie mogły skorzystać z konsultacji z lekarzem specjalistów. Opisowym podmiotem w przypadku tego zjawiska jest osoba w gospodarstwie rodzinnym.

Tabela 2. Odsetek osób w gospodarstwach rodzinnych, które deklarowały brak możliwości z powodów finansowych dokonania konsultacji z lekarzem specjalistą

	Ogółem	Miasto	Wieś
Ogółem	24,4	21,6	28,8
Małżeństwa oraz związki nieformalne bez dzieci na utrzymaniu	23,4	20,9	29,7
Małżeństwa oraz związki nieformalne z 1 dzieckiem na utrzymaniu	18,3	14,0	30,4
Małżeństwa oraz związki nieformalne z 2 dziećmi na utrzymaniu	16,4	16,7	15,7
Małżeństwa oraz związki nieformalne z co najmniej 3 dziećmi na utrzymaniu	27,2	25,8	29,4
Samotni rodzice z co najmniej 1 dzieckiem na utrzymaniu	37,5	40,1	24,3
Małżeństwa oraz związki nieformalne z co najmniej 1 dzieckiem na utrzymaniu i innymi osobami	21,3	17,3	24,1
Samotni rodzice z co najmniej 1 dzieckiem na utrzymaniu i innymi osobami	40,1	42,8	37,7
Inne osoby z co najmniej 1 dzieckiem na utrzymaniu	20,5	36,8	14,1
Pozostałe gospodarstwa bez dzieci na utrzymaniu	28,5	24,4	34,5

Źródło: GUS, *Warunki życia w Polsce*, Warszawa 2014.

z jednym dzieckiem i 6,2% z dwojgiem dzieci. Problemem dla części rodzin był również zakup przepisanych dzieciom leków, witamin i innych preparatów. Z takiego zakupu musiało zrezygnować 3,2% gospodarstw rodzinnych z co najmniej jednym dzieckiem na utrzymaniu, zarówno w miastach, jak i na wsi. Problem ten występował dwa razy częściej w rodzinach z co najmniej trojgiem dzieci (6,7%) niż w przypadku rodzin z jednym dzieckiem (2,6%) i rodzin z dwojgiem dzieci (2,4%).

Według badań GUS⁷¹ w ostatnim kwartale 2013 r. mimo potrzeby z porad lekarzy specjalistów zrezygnowało 4,9% gospodarstw domowych, a z porad dentystycznych 4,4%. Głównymi powodami zaniechania wizyty u specjalisty były: długi czas oczekiwania na termin wizyty (49,8%), brak pieniędzy (22,9%) oraz brak czasu (10,6%). Głównymi wskazywanymi powodami rezygnacji z usług dentystycznych były: brak pieniędzy (48,4%), długi czas oczekiwania (16,1%) oraz strach (12,5%).

Informacji na temat tego, jak zmieniały się w czasie ograniczenia dla rodzin w korzystaniu z opieki zdrowotnej, dostarczają kolejne edycje badania *Diagnoza Społeczna*, w tym najnowsza edycja tego badania przeprowadzona w 2015 r. w 11 700 gospodarstwach domowych⁷². Wedle wyni-

⁷¹ GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, op. cit.

⁷² *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.

Tabela 3. Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z wybranych świadczeń zdrowotnych, mimo że ich potrzebowały

		Zakup leków	Leczenie zębów	Protezy	Usługi lekarza	Badania	Rehabilitacja	Sanatorium	Szpital
Ogółem	2009	22,0	25,1	30,1	15,2	11,8	22,1	33,3	2,3
	2011	19,4	23,4	25,8	16,6	11,4	20,9	30,6	2,6
	2013	18,2	22,6	24,2	16,1	11,1	21,3	29,1	2,4
	2015	14,3	18,9	20,5	13,7	9,7	20,1	24,9	2,2
Małżeństwa bez dzieci	2009	20,1	21,4	25,3	14,6	11,8	20,1	31,8	2,5
	2011	15,9	18,9	22,0	14,8	9,6	18,2	29,2	2,8
	2013	14,3	18,6	20,6	13,7	9,1	16,7	25,4	2,2
	2015	9,9	13,0	14,5	10,5	6,5	13,2	18,3	1,9
Małżeństwa z 1 dzieckiem	2009	15,4	20,9	24,6	11,8	9,2	16,0	25,1	1,5
	2011	13,9	18,9	21,6	12,3	9,7	17,0	26,4	1,9
	2013	12,1	16,9	22,7	11,7	8,0	15,7	22,8	1,3
	2015	9,9	16,9	19,0	10,6	6,4	15,9	17,6	2,1
Małżeństwa z 2 dziećmi	2009	14,5	19,6	23,7	10,2	7,6	17,2	23,2	0,9
	2011	13,3	19,3	24,5	12,0	7,2	16,1	18,0	1,2
	2013	11,4	19,3	23,9	10,2	6,9	14,6	22,4	1,4
	2015	9,3	16,8	19,3	9,0	6,2	17,3	18,1	0,9
Małżeństwa z 3 dziećmi i więcej	2009	24,0	33,2	37,9	17,3	11,3	18,4	34,0	1,1
	2011	23,8	32,3	32,2	20,0	14,0	23,9	33,8	1,4
	2013	24,7	31,2	29,6	21,8	15,1	28,6	36,7	3,2
	2015	17,7	23,5	18,8	17,0	11,5	25,0	27,4	2,3
Rodziny niepełne	2009	30,3	38,2	46,6	19,6	15,0	24,7	41,7	3,4
	2011	26,5	34,2	34,6	25,6	14,7	27,1	39,7	4,3
	2013	24,5	33,3	32,8	22,4	16,9	29,8	38,3	3,7
	2015	23,9	30,5	30,2	20,0	18,1	34,3	38,3	2,4

Źródło: *Diagnoza społeczna* z lat 2009, 2011, 2013 i 2015.

ków czterech edycji Diagnozy Społecznej od 2009 do 2015 r. wśród rodzin, które z powodów finansowych były zmuszone do rezygnacji z potrzebnych świadczeń zdrowotnych, najczęściej były rodziny niepełne oraz rodziny z przynajmniej trojgiem dzieci. Świadczenia, z których rodziny musiały zrezygnować, to najczęściej: sanatorium, rehabilitacja oraz leczenie zębów i zakup protez (tabela 3). Co istotne, od 2009 r. do 2015 r. częstość rezygnacji w przypadku większości świadczeń zdrowotnych uległa zmniejszeniu, co wynikało raczej z poprawy sytuacji materialnej tych rodzin, a nie działań państwa mających na celu zwiększenie dostępu do świadczeń.

Jak wskazują badania GUS⁷³, zakup leków na receptę lub zleconych przez lekarza był dużym obciążeniem dla większości rodzin z co najmniej trojgiem dzieci (60%). Bardziej odczuwalnym niż w rodzinach z dwojgiem dzieci (41,7%), z jednym dzieckiem (38,1%) i bez dzieci (41,4%). W przypadku rodzin wielodzietnych tylko jedna trzecia (28,8%) nie miała finansowych ograniczeń przy zakupie leków. Brak ograniczeń w tym zakresie deklarowała połowa rodzin z jednym i dwojgiem dzieci (odpowiednio 50,6% i 48,4%) oraz ponad jedna trzecia gospodarstw bez dzieci (38,2%).

Niepokojące są opinie pacjentów na temat otrzymywanej opieki lekarskiej. Mniej niż dwie trzecie pacjentów (59,6% przy średniej dla 19 krajów OECD – 84,9%) deklarowało, że lekarz poświęcił wystarczająco dużo czasu na konsultację. Tylko ponad dwie trzecie pacjentów uzyskało od lekarza zrozumiałe dla nich wyjaśnienia (69,5% przy średniej dla 19 krajów OECD – 87,9%). Zaledwie co trzeci pacjent (33,6% przy średniej dla 19 krajów OECD – 85,0%) miał możliwość zadać lekarzowi pytania i wyrazić wątpliwości. Mniej niż połowa pacjentów (47,9% przy średniej dla 19 krajów OECD – 81,3%) w Polsce była włączana przez lekarza do procesu podejmowania decyzji co do opieki i leczenia⁷⁴.

Analizując zagadnienia związane z dostępem do usług opieki zdrowotnej obok usług zdrowotnych związanych z diagnozowaniem i leczeniem chorób, nie można pominąć usług profilaktycznych, rozumianych jako świadczenia, których celem jest zapobieganie powstawaniu schorzeń i eliminowanie ich przyczyn. Usługi profilaktyki, na które składają się m.in. wykonywanie diagnostyki, badań kontrolnych, szczepień, mają szczególne znaczenie w przypadku dzieci i młodzieży⁷⁵. Profilaktyczna opieka nad dziećmi w Polsce ma wiele mankamentów. Zmiany, jakie były dokonywane od lat 90. XX wieku, doprowadziły do sytuacji, w której system opieki zdrowotnej nad dzieckiem nie stanowi systemu umożliwiającego prowadzenie zintegrowanego postępowania profilaktyczno-diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego⁷⁶. Z raportu „Fundacji My pacjenci” wynika, że ok. 10% dzieci w Polsce znajduje się poza nadzorem opieki profilaktycznej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Rodzice nie przestrzegają kalendarza

⁷³ GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, *op. cit.*

⁷⁴ *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, *op. cit.*, s. 161.

⁷⁵ W. Zgliczyński, *Opieka nad dziećmi i młodzieżą w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia BAS” 2014, nr 2(38) [*Zdrowie dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*, J. Szymańczak (red.)].

⁷⁶ B. Kłos, J. Szymańczak, *Polityka państwa wobec rodziny*, informacja Biura Studiów i Ekspertyz nr 1251, 2006, s. 29–44, http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_06/i-1251.pdf [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

wizyt profilaktycznych czy szczepień ochronnych dzieci, a personel POZ nie przypomina im o tych terminach. Spośród wizyt bilansowych, które powinny objąć populację dzieci do 18. roku życia, odbyło się tylko 28% z nich. Według danych zebranych od rodziców porada patronażowa lekarza POZ w okresie pierwszych dwu tygodni życia odbyła się w przypadku 61% dzieci, a do 33% dzieci nie dotarł lekarz POZ. Pielęgniarka nie odbyła wizyt u ponad 70% dzieci⁷⁷. Niepokojące są również informacje o stanie opieki położnych środowiskowych⁷⁸. O problemach opieki profilaktycznej świadczy m.in. rozpowszechnienie próchnicy zębów⁷⁹, a także wad postawy i otyłości wśród dzieci, a o problemach promocji zdrowia – nawyki żywieniowe dzieci, stosowanie używek, poziom aktywności fizycznej⁸⁰. Niepokój wywołuje także zwiększająca się liczba osób uchylających się od szczepień na fali rosnącej popularności ruchów antyszczepionkowych⁸¹.

Podsumowanie

Polityka zdrowotna państwa wobec rodziny prowadzona w ostatnich latach wymaga rewizji. Dobrym prognozykiem na przyszłość jest przygotowywany projekt „Narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020”, a także przyjęta w 2015 r. ustawa o zdrowiu publicznym. W obszarze polityki zdrowotnej państwa najbardziej widoczną dla obywateli częścią jest system opieki zdrowotnej. Niestety, w Polsce system ten obciążony jest wieloma problemami. System opieki zdrowotnej, podobnie jak polityka rodzinna

⁷⁷ K. Adamczyk i in., *Profilaktyka pediatryczna w Polsce. Konsekwencje i społeczne koszty zaniedbań. Organizacja i zasady finansowania. Rekomendacje*, http://rodziced-lazdrowia.pl/images/raporty/Raport_ekonomiczny_Rodzice_dla_Zdrowia.pdf [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

⁷⁸ NIK, *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, 49/2011/P10144/LKR, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3004,vp,3795.pdf>.

⁷⁹ Ministerstwo Zdrowia, *Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015, Program na lata 2013–2015*, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0013/5620/13monitjamyust_progr2013_20130510.pdf [dostęp: 15 grudnia 2015 r.].

⁸⁰ J. Mazur, *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych, Wyniki badań HBSC 2014*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.

⁸¹ W. Zgliczyński, D. Cianciara, *Szczepienia ochronne dzieci i młodzieży w Polsce – wybrane zagadnienia*, seria „Analizy BAS” nr 2(122), 2015, <http://www.bas.sejm.gov.pl/analizy.php>.

państwa, jest krytycznie oceniany przez obywateli⁸². Do najpoważniejszych przyczyn niezadowolenia należy zaliczyć niski poziom finansowania oraz deficyt personelu medycznego.

Cechą polskiego systemu opieki zdrowotnej jest łączenie korzystania przez pacjentów z usług medycznych, świadczonych nieodpłatnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego bądź innych środków publicznych, z korzystaniem z usług prywatnych za odpłatnością, zwłaszcza usług stomatologicznych. Problemem jest niedofinansowanie zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wysoki poziom nakładów na leczenie szpitalne. Inne problemy mające negatywny wpływ, zwłaszcza na stan zdrowia dzieci⁸³, to niskie nakłady na opiekę profilaktyczną. Niepokoi również niski poziom nakładów na opiekę długoterminową.

Problemem systemu jest niedobór kadr, w tym zwłaszcza lekarzy, lekarzy dentyków i pielęgniarek, a także duże różnice w rozmieszczeniu tego personelu na terenie kraju. Możliwości systemu kształcenia przeddyplomowego nie są w pełni wykorzystane, a system kształcenia specjalizacyjnego działa niesprawnie. W efekcie dostępność świadczeń medycznych jest ograniczona.

Niski poziom finansowania i niedobór personelu medycznego skutkuje ograniczeniami dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ograniczenia te najmocniej dotyczą rodziny o niskich dochodach, czyli głównie rodziny wielodzietne, rodziny niepełne, a także w pewnych aspektach rodziny bez dzieci, czyli głównie gospodarstwa domowe emerytów.

Bibliografia

- Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
- GUS, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*, Warszawa 2015.
- GUS, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014.
- GUS, *Warunki życia w Polsce*, Warszawa 2014.
- GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Warszawa 2015.
- GUS, *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014*, Warszawa 2015.

⁸² Komunikat z badań CBOS. *Polityka państwa wobec rodziny*, BS/67/2012, Warszawa 2012.

⁸³ J. Szymborski, *Zdrowie dzieci – zapomniany priorytet*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 9, s. 46–59.

- Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD, 2015.
- Health at a Glance: Europe 2014*, OECD, 2014.
- Health Systems Strengthening Glossary*, http://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf.
- Komunikat z badań CBOS. *Wartości i normy*, BS/111/2013, Warszawa 2013.
- Komunikat z badań CBOS. *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej*, BS/47/2012, Warszawa 2012.
- Komunikat z badań CBOS. *Polityka państwa wobec rodziny*, BS/67/2012, Warszawa 2012.
- Kłos B., Szymańczak J., *Polityka państwa wobec rodziny*, informacja Biura Studiów i Ekspertyz, nr 1251, 2006.
- Magnuszewska-Otulak G., *Ochrona zdrowia w polityce społecznej [w:] Polityka społeczna*, G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), Warszawa 2007.
- Mazur J., *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.
- NIK, *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej*, 149 /2011/P/10/190/KNO, Warszawa 2011.
- NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych*, 108/2013/P/12/067/KNO, Warszawa 2013.
- NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Koordynacja polityki rodzinnej w Polsce*, 67/2015/P/14/046/KPS, Warszawa 2015.
- NIK, *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, 49/2011/P10144/LKR, Kraków 2011.
- Polska. Zarys systemu ochrony zdrowia*, S. Golinowska (red.), World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Warszawa 2012.
- Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, M. Wójcik (red.), Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.
- Skrzypczak Z., *Opinie polskiego społeczeństwa o systemie ochrony zdrowia*, „Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management” 2011, nr 38.
- Szyborski J., *Zdrowie dzieci – zapomniany priorytet*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 9.
- Tyszka Z., *Rodzina w świecie współczesnym – jej znaczenie dla jednostki i społeczeństwa [w:] Pedagogika społeczna*, T. Pilch, I. Leparczyk (red.), Warszawa 1995.
- Whitehead M., Dahlgren G., *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, Institute for Future Studies, Stockholm 1991.
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

Włodarczyk C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.

Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniariek i położnych, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2015.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483, ze zm.

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22 lipca 1946 r., Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 282/2014 z 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia Trzeciego Programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE (tekst mający znaczenie dla EOG), Dz.Urz. UE L 86 z 21 marca 2014 r.

Ustawa z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. poz. 1916.

Ustawa z 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz.U. 2012, poz. 572, ze zm.

Projekt narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020, <http://www.legislacja.gov.pl/docs//2/12270850/12281779/12281780/dokument164277.pdf>.