

Magdalena Mika

ORCID: 0000-0003-2124-4840

Uniwersytet Wrocławski

<https://doi.org/10.19195/1733-5779.39.8>

## System opieki zdrowotnej w Polsce i we Francji — analiza komparatywna

**JEL Classification:** I10, I11

**Słowa kluczowe:** system opieki zdrowotnej, analiza porównawcza, Polska, Francja

**Keywords:** healthcare system, comparative analysis, Poland, France

**Abstrakt:** Zdrowie jest jedną z podstawowych wartości w życiu człowieka niezależnie od jego miejsca zamieszkania czy przynależności kulturowej. Szczególnie widoczne jest to obecnie, w XXI wieku, kiedy wartość zdrowia jest coraz częściej podkreślana. Organizacja sposobu świadczenia usług opieki zdrowotnej jest jednak w każdym kraju inna. Różnice wynikają przede wszystkim ze stosunku politycznego wobec ochrony zdrowia w danym kraju, a co za tym idzie — ze środków finansowych na nią przeznaczanych.

Niniejsza praca ma na celu porównanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce i we Francji oraz określenie mocnych i słabych stron opieki w obydwu państwach. Pod uwagę zostaną wzięte zarówno czynniki ekonomiczne mające wpływ na jakość świadczonych usług, jak i zasoby służby zdrowia poszczególnych krajów. Przeanalizowane zostaną również opinie pacjentów, a więc tych, których jakość służby zdrowia dotyka w największym stopniu. Analiza obejmuje lata 2013–2019, tak aby zidentyfikować stan opieki zdrowotnej przed okresem pandemii COVID-19. Źródłem informacji były dane wtórne — dane statystyczne publikowane zarówno przez organizacje międzynarodowe, jak i bazy krajowe.

### The healthcare system in Poland and in France: A comparative analysis

**Abstract:** Health is one of the fundamental values in human life, regardless of their place of residence or cultural background. It is especially visible now, in the 21st century, when the value of health is increasingly emphasized. The organisation of providing healthcare services is distinct in every country. The differences arise mostly from political attitudes towards healthcare, which is related to financial resources allocated to it.

The following paper aims to compare healthcare systems in Poland and France, and to identify their strengths and weaknesses in both countries. The economic factors influencing the quality of provided services, along with the healthcare resources of respective countries will be taken into

consideration. Additionally, the opinions of patients, meaning those who are most significantly affected by the healthcare quality, will be analysed. The following paper focuses on the period between 2013 and 2019, to show the state of healthcare before the COVID-19 pandemic. The sources of information were the secondary data of literature devoted to the topic of healthcare and the statistical data published by both international organisations and databases of individual countries.

## Wstęp

System opieki zdrowotnej obejmuje instytucje oraz działania mające na celu ochronę zdrowia i życia obywateli. Z tego względu powinien być jednym z priorytetów polityki państwa, niezależnie od metody, jaką dany kraj przyjmie w realizacji tego zadania. Niniejsza praca porównuje systemy opieki zdrowotnej w Polsce i we Francji w celu wyszczególnienia podobieństw i różnic pomiędzy tymi dwoma krajami oraz wskazania możliwości rozwoju.

System opieki zdrowotnej w Polsce nie jest bardzo wysoko oceniany przez opinię publiczną. Pacjenci są często niezadowoleni, a skomplikowanie i formalizacja procedur powodują trudności z dostępnością opieki zdrowotnej oraz zaniżają jej efektywność<sup>1</sup>. Raporty NIK wskazują tendencję do skupiania się na tak zwanej medycynie naprawczej, a nie na profilaktyce i regularnym badaniu pacjentów, by wykryć problemy zdrowotne we wczesnym stadium<sup>2</sup>. Jeśli zaś chodzi o Francję, większość obywateli ceni sobie opiekę zdrowotną zapewnianą przez państwo, a ewentualna krytyka nie jest tak ostra jak w Polsce. Warto więc przyjrzeć się czynnikom powodującym taki stan rzeczy.

Publikacje WHO zwracają uwagę na bardzo duże zasoby finansowe przeznaczane na opiekę zdrowotną. Są one jednak uwarunkowane możliwościami finansowymi Francji. Kontekst finansowy zostanie dokładniej przedstawiony w pierwszej części pracy. Następnie zostaną omówione zasoby opieki zdrowotnej, jako że właśnie ich jakość i dostępność są czynnikami ułatwiającymi możliwość świadczenia usług medycznych. Zbadana zostanie również struktura zatrudnienia i przewidywania dotyczące liczebności personelu medycznego w przyszłości, ponieważ to on tworzy fundamentalne zabezpieczenie systemu opieki zdrowotnej. Porównane zostaną także opinie pacjentów, aby zidentyfikować poziom satysfakcji ze świadczonych usług w Polsce i we Francji. Badania zostaną przeprowadzone na podstawie analizy danych statystycznych prezentowanych w latach 2014–2019 przez obydwa kraje, tak aby wskazać tendencję działania i efektywności obydwu systemów opieki zdrowotnej. Pozwoli to określić ich mocne i słabe strony oraz sformułować zalecenia mające na celu polepszenie ich wydajności, a w efekcie stanu zdrowia społeczeństw.

---

<sup>1</sup> CBOS, *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*, Warszawa 2018.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce — stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa 2018.

## 1. Uwarunkowania ekonomiczno-demograficzne Francji i Polski

Porównując możliwości systemu ochrony zdrowia Polski i Francji, należy określić różnice między tymi krajami pod kątem demograficznym i ekonomicznym, ponieważ bezpośrednio przekładają się one na przychód z podatków i zasoby finansowe państwa. Tabela 1 przedstawia wielkość populacji i PKB.

Tabela 1. Wielkość populacji i PKB Polski i Francji w latach 2014–2020

	Populacja	PKB w 2020 roku	Średnie PKB w latach 2014–2020
Polska	38,10 mln	634,9 mld \$	540,2709 mld \$
Francja	67,42 mln	2920,0 mld \$	2631,2930 mld \$

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS i IMF.

Populacja Francji wynosi około 67,42 miliona ludzi<sup>3</sup>, tymczasem Polski — 38,1 miliona<sup>4</sup>. Bez wątplenia przekłada się to na większe zapotrzebowanie na szeroko pojęte usługi medyczne we Francji, choć jednocześnie wiąże się z większym wpływem do budżetu państwa. Przy ponad 1,7 raza większej liczbie ludności PKB Francji jest blisko 4,6 raza większe niż Polski. Tabela 2 przedstawia poziom PKB *per capita* dla obu krajów w latach 2014–2019, wyrażone w PPS — jednostce monetarnej stosowanej przez Eurostat, eliminującej różnice walutowe i cenowe pomiędzy krajami. Nawet w tym wypadku wyraźnie widać, że Francja dysponuje zdecydowanie większymi środkami finansowymi niż Polska.

Tabela 2. PKB *per capita* wyrażone w PPS dla Polski i Francji w latach 2014–2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Polska	18 000	19 100	19 400	20 400	21 400	22 700
Francja	28 800	29 400	29 800	30 500	31 500	33 100

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

Warto jednak zwrócić uwagę na tempo rozwoju obydwu państw pod kątem PKB. W tym aspekcie zdecydowanie lepiej wypada Polska, gdzie w ciągu ukazanych sześciu lat nastąpił wzrost o ponad 26%, podczas gdy w przypadku Francji było to niepełne 15%.

Tym jednak, co jest szczególnie ważne przy porównywaniu opieki zdrowotnej Polski i Francji, jest część PKB, która zostaje przekazana do tego segmentu. W latach 2014–2019 były to średnio 11,4% dla Francji i 6,4% dla Polski. Należy zaznaczyć, że tak duże wydatki Francji na ochronę zdrowia stawiają ją na trzecim miejscu na świecie pod tym kątem zaraz za Stanami Zjednoczonymi (17,1%)

<sup>3</sup> Baza danych Institut national de la statistique et des études économiques, <https://www.insee.fr/fr/accueil> (dostęp: 27.02.2021).

<sup>4</sup> Baza danych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-piramida/> (dostęp: 27.02.2021).

i Szwajcarią (12,2%)<sup>5</sup>. W ten sposób możemy stwierdzić, że Polska rocznie na cele medyczne przeznaczają około 34,5 miliarda dolarów, Francja zaś około 300 miliardów dolarów. Warto również podkreślić, że ubezpieczenie zdrowotne w Polsce jest w większości przypadków obowiązkowe<sup>6</sup> i stanowi podstawę korzystania z usług publicznej opieki zdrowotnej. Podobne uwarunkowania systemowe charakteryzują Francję<sup>7</sup>.

Nie bez znaczenia pozostaje też przeznaczenie otrzymywanych środków. Na potrzeby tej pracy potrzeby medyczne zostaną podzielone na siedem kategorii:

1. opieka szpitalna — oznacza środki na opiekę i rehabilitację krótkotrwałą w szpitalach;

2. opieka medyczna ambulatoryjna — czyli leczenie przez lekarzy w gabinetach lekarskich;

3. opieka długoterminowa — polega na świadczeniu usług lekarskich dla pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby wymagające długotrwałego leczenia;

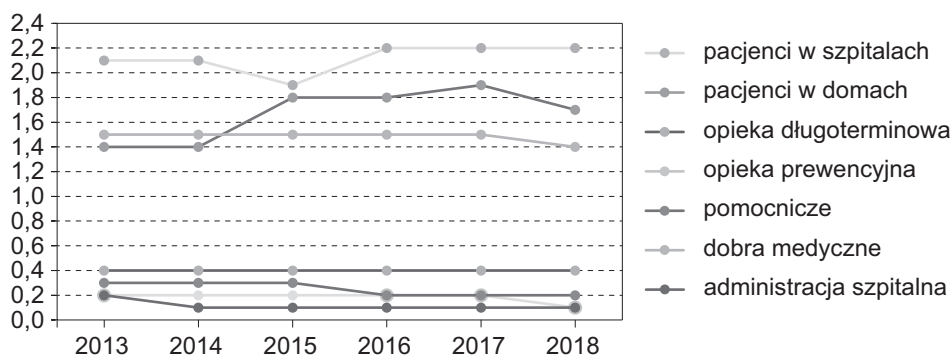
4. opieka prewencyjna — wszelkie działania mające na celu przeciwdziałanie nowym zachorowaniom, takie jak szczepienia, projekty propagujące zdrowy tryb życia czy mające pomóc z wczesnym wykrywaniem chorób;

5. działania pomocnicze — obejmują wszelkie działania pomocnicze, na przykład transport pacjentów czy działalność laboratoriów;

6. dobra medyczne — rozumie się przez nie lekarstwa i wyposażenie placówek medycznych;

7. administracja szpitalna.

Wykresy 1–4 przedstawiają procent PKB przeznaczanego na poszczególne elementy służby zdrowia.



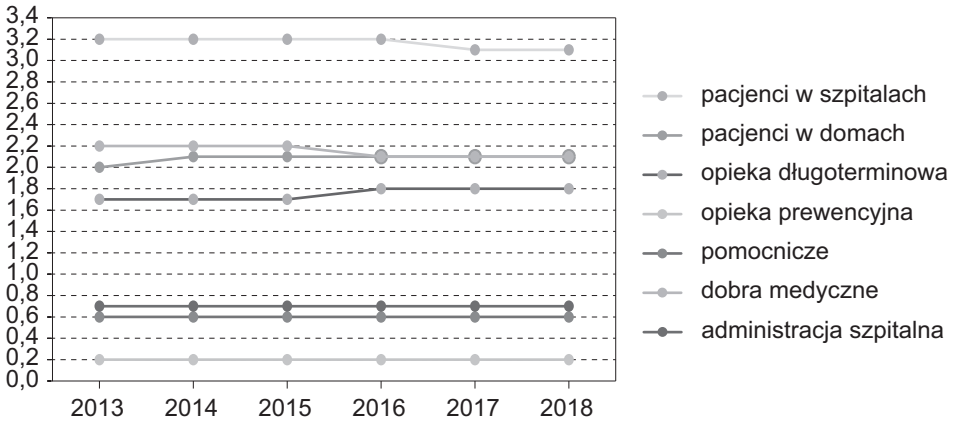
Wykres 1. Rozdystrybucja środków finansowych w szpitalach w latach 2013–2018 — Polska

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

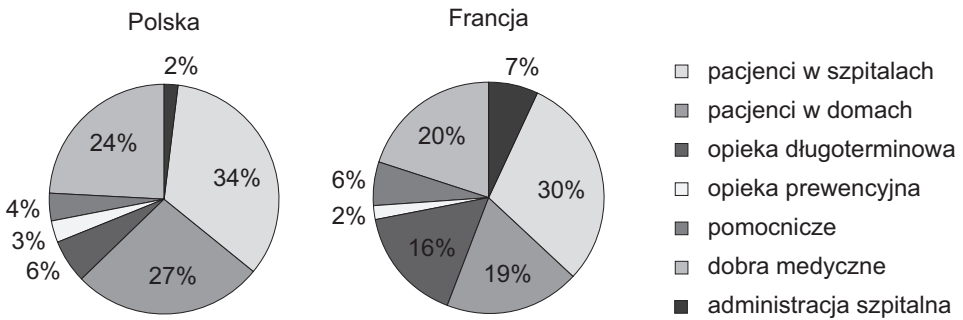
<sup>5</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676713?sommaire=3696937> (dostęp: 5.03.2021; dane z: 26.03.2019).

<sup>6</sup> C. Sowada, A. Sagan, I. Kowalska-Bobko, *Poland: Health System Review*, „Health Systems in Transition” 21, 2019, nr 1.

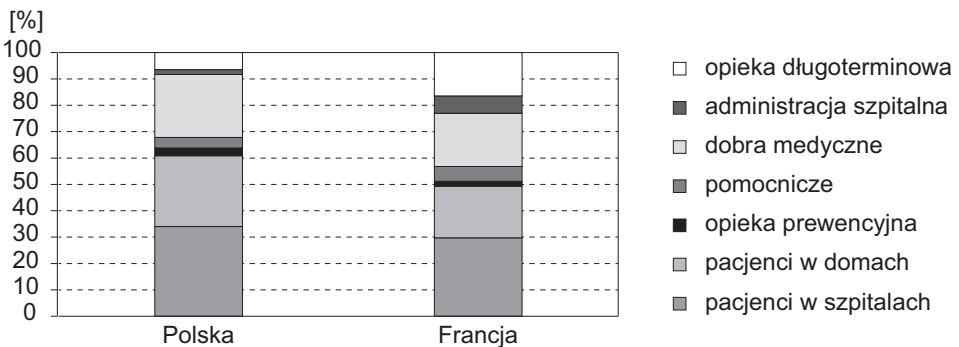
<sup>7</sup> Sécurité sociale La Vie en Plus, <https://www.securite-sociale.fr/dossiers/pourquoi-laffiliation-a-la-securite-sociale-est-elle-obligatoire> (dostęp: 19.04.2021).



Wykres 2. Rozdysponowanie środków finansowych w szpitalach w latach 2013–2018 — Francja  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.



Wykres 3. Porównanie struktury rozdzianów budżetowych w latach 2013–2018  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.



Wykres 4. Porównanie struktury rozdzianów budżetowych w latach 2013–2018  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Wykresy 1–4 pokazują, że zarówno Polska, jak i Francja najwięcej środków finansowych przeznaczają na opiekę szpitalną. Duża różnica występuje jednak w ilości środków przeznaczanych na opiekę ambulatoryjną. W Polsce odsetek ten wynosi 27%, we Francji zaś tylko 19%. Analizując dane, można stwierdzić, że rząd francuski decyduje się asygnować te środki na opiekę długoterminową nad osobami przewlekle chorymi. Na ten cel kierowane jest dwa razy więcej wydatków niż w Polsce — odpowiednio 16% i 8%. Niestety tendencja ta wydaje się niezmienna. Według badania WHO zatytułowanego „Health Systems in Transition: Poland”<sup>8</sup> liczba łóżek przeznaczonych do opieki nad zaawansowanymi przypadkami uległa w ostatnich latach stagnacji, aczkolwiek nie istniała żadna odgórna inicjatywa, aby zmniejszyć liczbę takich łóżek — zjawisko to może być związane z podziałem własności szpitali. Co więcej, na przestrzeni lat widać tendencję wzrostową zarówno w przypadku finansowania leczenia długoterminowego we Francji (wzrosło ono o 0,1%), jak i leczenia ambulatoryjnego w Polsce (wzrost o 0,3%).

Warto zauważyć, że jeszcze większą dysproporcję wykazują środki przeznaczone na administrację służby zdrowia, co zapewne przekłada się na sprawniejsze funkcjonowanie placówek. Nie bez znaczenia pozostaje zapewne również stabilność finansowania, a więc przekazywanie podobnej ilości środków w kolejnych latach. Polska zdecydowanie częściej zmienia proporcje środków kierowanych do różnych sektorów gospodarki zdrowotnej, podczas gdy we Francji podział ten jest bardziej stabilny. W ciągu przedstawionych pięciu lat trzy z sektorów: działania pomocnicze, prewencyjne i administracja szpitalna dostawały zawsze ten sam odsetek budżetu.

Warto również poświęcić uwagę prywatnym wydatkom obywateli na zdrowie. Według danych WHO w 2018 roku odsetek wydatków z własnej kieszeni w odniesieniu do całkowitych bieżących wydatków na zdrowie wynosił w Polsce 20,79%, we Francji zaś było to zaledwie 9,25%<sup>9</sup>. Taką tendencję może wyjaśniać struktura szpitali, która zostanie ukazana w następnym podrozdziale.

## 2. Zasoby ochrony zdrowia

### Zasoby rzeczowe

Francja dysponuje wysokim poziomem infrastruktury, wyposażenia i innych zasobów rzeczowych. Tym, co jednak odróżnia organizację szpitali Francji od Polski, jest współpraca pomiędzy szpitalami. Od 2016 roku we Francji istnieją tak zwane GHT (*Les groupements hospitaliers de territoires*), co można przetłumaczyć jako zgrupowania szpitali według regionów. Polega to na obowiązkowej współpracy kilku placówek zdrowia publicznego, należących ze względu

<sup>8</sup> C. Sowada, A. Sagan, I. Kowalska-Bobko, *op. cit.*

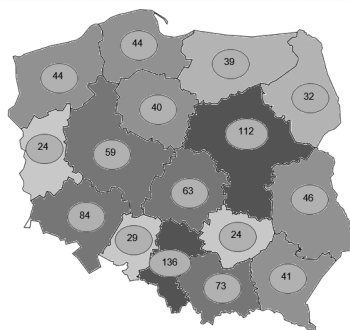
<sup>9</sup> World Bank Open Data, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> (dostęp: 27.02.2021).

na bliskie rozmieszczenie geograficzne do jednego zgrupowania. Współpraca ta ma polegać na wspólnym koordynowaniu strategii leczenia pacjenta w ramach sformalizowanego projektu współpracy medycznej. Głównym celem jest zachęcenie placówek do zawiązywania współpracy zespołów medycznych, a w związku z tym lepszej dystrybucji sprzętu oraz personelu medycznego, co z kolei przekłada się na wydajniejszą i bardziej profesjonalną pomoc pacjentom<sup>10</sup>.



Rysunek 1. Rozmieszczenie GHT na terenie Francji

Źródło: <https://www.reseau-hopital-ght.fr/tous-les-ght.html> (dostęp: 29.04.2021).



Rysunek 2. Rozmieszczenie szpitali w Polsce w 2019 roku

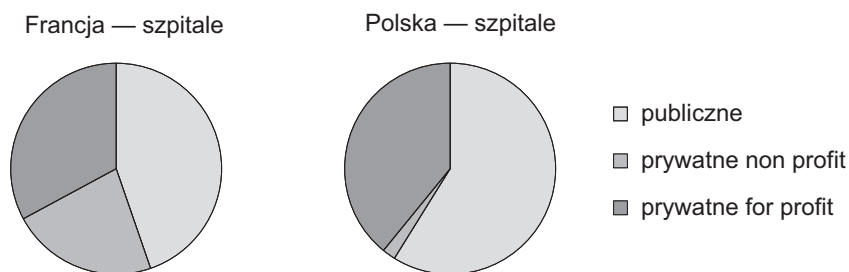
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Jeśli chodzi o Polskę<sup>11</sup>, w 2013 roku najwięcej szpitali znajdowało się w centralnej części kraju, zwłaszcza w województwach, gdzie występują aglomeracje (śląskie, mazowieckie). Najmniej placówek znajduje się natomiast w północno-wschodniej części kraju.

Niepokojące jest, że od 2013 do 2019 roku liczba szpitali w obu krajach zmniejszyła się. Zmiana ich całościowej liczby nie wpłynęła jednak na to, które regiony mają ich najwięcej. Według najnowszych danych OECD z 2018 roku Francja dysponuje 45,43 szpitala na 1 milion mieszkańców, zaś Polska — 33,6. Co przy tym ciekawe, struktura szpitali dla Polski i Francji jest zupełnie odmienna. Według danych OECD z 2018 roku w Polsce przeważają szpitale publiczne, stanowiące ponad 50% wszystkich placówek (wykres 5). Z kolei szpitale prywatne w większości są nastawione na działalność zarobkową. We Francji natomiast przeważają szpitale prywatne, jednakże tam prawie połowę z nich stanowią szpitale z nastawieniem non profit.

<sup>10</sup> Agence régionale de santé, <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires> (dostęp: 29.04.2021; dane z: 20.02.2018).

<sup>11</sup> *Dobre Badanie (na podstawie danych GUS)*, 8.04.2015, <https://dobrebadianie.pl/aktualnosci/article/9550-statystyczny-polak-uwaza-ze-nie-choruje-bierze-leki.html> (dostęp: 13.04.2021).



Wykres 5. Struktura szpitali we Francji i w Polsce w 2018 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Opisując zasoby medyczne, należy porównać jednak inną jednostkę — mianowicie dostępność łóżek szpitalnych, gdyż tutaj wyniki są zupełnie odmienne. Mimo przewagi Francji w „stosunku liczby szpitali do liczby mieszkańców” (26%) „liczba łóżek szpitalnych przypadających na 1000 mieszkańców” w Polsce jest o niemalże 10% większa. Obrazuje to tabela 3.

Tabela 3. Liczba łóżek szpitalnych w Polsce i we Francji w 2018 roku

	Ogółem	Na 1000 mieszkańców
Polska	248 239	6,54
Francja	395 670	5,91

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Warto również zaznaczyć, że obydwa kraje plasują się pod tym względem ponad średnią Unii Europejskiej, wynoszącą w 2018 roku 4,8 łóżka na 1000 mieszkańców. Należy jednak podkreślić, że Francja prowadzi nieco inny sposób wykorzystania owych zasobów niż Polska. W 2018 roku odnotowała ona najwyższy spośród wszystkich krajów UE wskaźnik wypisów szpitalnych wystawionych dla pacjentów przyjętych na jednodniowy pobyt. Wynosił on około 25 tysięcy na 100 tysięcy mieszkańców. Co więcej, najwyraźniej właśnie taki system udzielania pomocy pacjentom zyskuje we Francji coraz większą popularność, gdyż w 2013 roku odsetek był 1,5 raza mniejszy (wynosił 10 tysięcy na 100 tysięcy mieszkańców). Jeśli chodzi o Polskę, sposób udzielania pomocy na zasadzie jednodniowego pobytu pozostaje w tych latach niezmienny, a do tego raczej niewielki — wynosi około 5 tysięcy na 100 tysięcy mieszkańców. Zdecydowanie większe podobieństwo kraje wykazują pod kątem przyjmowania pacjentów na pobyt kilkudniowy — jest to około 16 tysięcy na 100 tysięcy mieszkańców zarówno dla Francji, jak i dla Polski<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Baza danych Eurostat, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hospital\\_discharges\\_and\\_length\\_of\\_stay\\_statistics&stable=0&redirect=no#Hospital\\_discharges](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics&stable=0&redirect=no#Hospital_discharges) (dostęp: 17.04.2021).



Średnia liczba dni pobytu w szpitalu we Francji wzrosła z niecałych 6 dni (poziom na 2013 rok) do około 9 dni w 2018 roku, tymczasem Polska w tej kwestii utrzymuje niezmienną wartość około 7 dni<sup>13</sup>. Tutaj jednak napotykałyśmy utrudnienie związane z podawanymi danymi statystycznymi. Z bliżej nieokreślonych powodów dane podawane przez organizacje różnią się od siebie, nieraz znacząco. Według danych również za 2018 rok udostępnianych przez OECD przeciętny pobyt polskiego pacjenta w szpitalu wynosił około 6,5 dnia, zaś we Francji było to zaledwie 5,4 dnia. Tymczasem agencje narodowe podają inne dane — w przypadku Polski według GUS jest to 5,3 dnia, podczas gdy dla Francji Agence technique de l'information sur l'hospitalisation podaje, że średni pobyt wynosi 5,5 dnia.

Warto również wziąć pod uwagę wyposażenie szpitali. Tabela 4 pokazuje ilość wybranego sprzętu medycznego na 1 milion mieszkańców w 2018 roku.

Tabela 4. Porównanie zasobów sprzętu medycznego w 2018 roku

Sprzęt medyczny na 1 milion mieszkańców				
	Skanery do tomografii komputerowej	Aparaty do rezonansu magnetycznego	Skanery pozytonowej tomografii emisyjnej	Kamery gamma
Polska	18,14	9,22	0,87	3,69
Francja	17,68	14,77	2,33	6,96

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

W większości przypadków Polska jest gorzej wyposażona w sprzęt specjalistyczny niż Francja. Wyjątek stanowią skanery do tomografii komputerowej, których Francja ma mniej. Owe braki powodują, że polscy pacjenci zdecydowanie częściej niż obywatele innych krajów UE muszą korzystać z usług prywatnej opieki zdrowotnej — obejmuje ona około 30% całości wydatków na zdrowie<sup>14</sup>.

## Zasoby ludzkie

Podstawowymi jednostkami do badania zasobów ludzkich służby zdrowia są niewątpliwie lekarze i pielęgniarki. Dane OECD za 2017 rok, przedstawione w tabeli 5, ukazują liczbę zatrudnionych w ramach tych zawodów, a także liczbę absolwentów uniwersytetów medycznych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> C. Sowada, A. Sagan, I. Kowalska-Bobko, *op. cit.*

Tabela 5. Porównanie zatrudnienia w ochronie zdrowia w 2018 roku

Personel medyczny			
	Lekarze aktywni zawodowo na 1000 osób	Pielęgniarki aktywne zawodowo na 1000 osób	Absolwenci uniwersytetów medycznych na 100 tysięcy osób
Polska	2,58	5,14	10,95
Francja	3,37	10,48	10,85

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Według danych zawartych w tabeli 5 sytuacja jest nieco lepsza we Francji niż w Polsce, aczkolwiek liczba absolwentów nie rokuje na szybki przyrost zatrudnienia. W ciągu ostatnich kilku lat (dane z 2017, 2018, 2019) liczba osób mających prawo do wykonywania zawodu lekarskiego sukcesywnie się zwiększa, jednak popyt na personel medyczny jest wysoki — struktura wieku lekarzy odzwierciedla strukturę wiekową polskiego społeczeństwa, które jest społeczeństwem starzejącym się. Systematycznie zwiększa się liczba medyków należących do najstarszej grupy wiekowej — powyżej 65. roku życia<sup>15</sup>. Podobnie przedstawia się struktura wieku w przypadku pielęgniarek. Nie jest jednak możliwe dokładne opisanie przyszłych zjawisk ze względu na coraz częstsze zjawisko migracji absolwentów w poszukiwaniu lepszej pracy<sup>16</sup>. We Francji, podobnie jak w Polsce, zwiększa się liczba lekarzy z najstarszej grupy wiekowej.

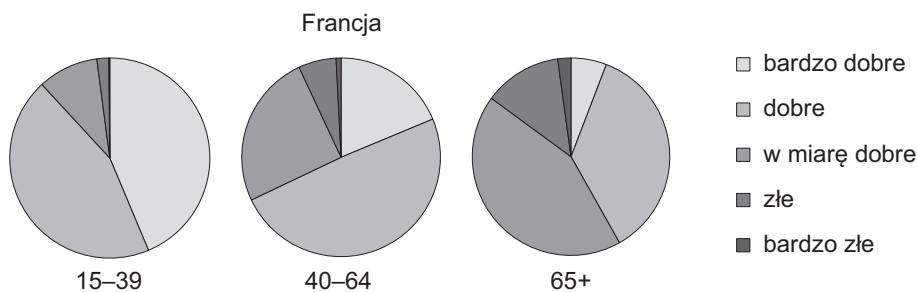
### 3. Ocena opieki zdrowotnej

#### Stan zdrowia obywateli

Niniejszy podrozdział poświęcony jest analizie stanu zdrowia Polaków i Francuzów. Wykresy 6 i 7 ukazują samoocenę stanu zdrowia mieszkańców obu krajów w trzech przedziałach wiekowych.

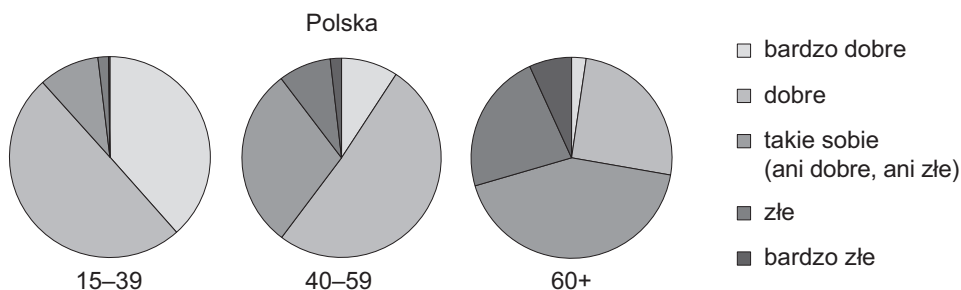
<sup>15</sup> M. Żyra, S. Wozniak, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.*, Warszawa-Kraków 2020.

<sup>16</sup> Mimo dużej intensywności migracji lekarzy czy pielęgniarek zjawisko to nie zostało do tej pory w pełni przebadane ze względu na trudności związane z ewidencją i gromadzeniem danych. „Na przykład ci lekarze, którzy są zatrudniani przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie umów kontraktowych, nie podlegają ewidencji statystycznej w taki sposób jak personel etatowy, a ich zatrudnienie jest klasyfikowane jako »usługi obce« dla zakładu” — M. Kautsch, *Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 11, 2013, z. 2, s. 170. W ten sposób nawet jeśli badania na ten temat zostają przeprowadzane, ich ostateczny wynik może nie oddawać realnego przebiegu procesu.



Wykres 6. Samoocena zdrowia Polaków według wieku w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

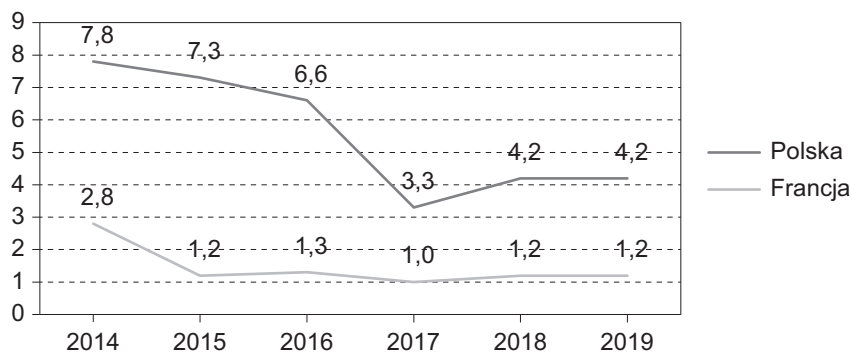


Wykres 7. Samoocena stanu zdrowia Francuzów według wieku w 2014 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Irdes.

Widać na nich, że odpowiedzi osób z przedziału wiekowego 15–39 lat były bardzo podobne. Z kolei najstarsza grupa wiekowa wykazuje się gorszym samopoczuciem w Polsce, gdzie padło o wiele więcej odpowiedzi „złe” i „bardzo złe”. Można stwierdzić, że stało się to kosztem odpowiedzi „dobre”, jako że pozostałe są w mniej więcej podobnych proporcjach. Należy jednak zaznaczyć, że najliczniejszy zbiór odpowiedzi, a więc umiarkowanych, może nie oddawać w podobny sposób stanu obydwu krajów ze względu na inny sposób sformułowania odpowiedzi. Ponieważ w obydwu krajach badania były przeprowadzane przez różne organizacje, w obu przypadkach zastosowano nieznacznie inne nazewnictwo. Stwierdzenie „w miarę dobre” mogło sugerować stan nieco lepszy niż odpowiedź „takie sobie (ani dobre, ani złe)”, co z kolei mogło wpływać na wybory respondentów.

Na poziom zadowolenia z opieki medycznej bez wątpienia wpływa jej dostępność. Wykres 8 pokazuje procentowo liczbę osób w każdym państwie, która zadeklarowała, że jej potrzeba dostępu do przeprowadzanych badań lub innego rodzaju świadczeń lekarskich nie została zaspokojona.



Wykres 8. Procentowy udział deklarowanych niezaspokojonych potrzeb badań lub świadczeń lekarskich w Polsce i we Francji w latach 2014–2019

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

W obydwu krajach tendencja zmian liczby niezaspokojonych potrzeb badań lub świadczeń lekarskich jest na szczęście spadkowa, jednakże zdecydowanie więcej zmian było potrzebnych w tej kwestii w przypadku Polski, gdzie na początku 2014 roku niemalże trzy razy więcej osób nie otrzymywało potrzebnej pomocy medycznej niż we Francji. W ciągu kolejnych pięciu lat ten odsetek spadł o ponad połowę i obecnie wynosi 4,2%. Również Francja zwiększyła dostępność usług medycznych, co spowodowało jeszcze większą dysproporcję pomiędzy obydwooma krajami. Obecnie różnica wynosi 3,5 raza mniej osób niezadowolonych z dostępności usług medycznych.

W Polsce długie oczekiwanie na pomoc jest dużym problemem. Szczególnie jest to widoczne, jeśli chodzi o choroby nowotworowe. W XXI wieku nowotwory, obok chorób układu krążenia, są główną przyczyną śmierci w Polsce właśnie z powodu późnego wykrycia wywołanego długim okresem oczekiwania na diagnozę<sup>17</sup>. Wprawdzie kolejne działania mają na celu przyspieszenie leczenia, zwłaszcza wprowadzona w 2015 roku karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (potocznie: zielona karta DiLO), która pozwala na leczenie tak zwaną szybką ścieżką onkologiczną. Oznacza to na przykład, że pacjent dostaje się na badania z pominięciem kolejki, a w ciągu dwóch tygodni zostanie opracowany dla niego indywidualny plan leczenia<sup>18</sup>. Wszystkie te kroki są jednak podejmowane dopiero po wydaniu diagnozy, a oczekiwanie na nią jest długie.

Należy również zwrócić uwagę na bardzo duży spadek liczby niezaspokojonych potrzeb medycznych w 2017 roku w Polsce. Może on być spowodowany ustawą z 12 stycznia 2017 roku wprowadzającą zmiany w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej. Zmiany te ułatwiły dostęp pacjentom, którzy mają prawo do

<sup>17</sup> C. Sowada, A. Sagan, I. Kowalska-Bobko, *op. cit.*

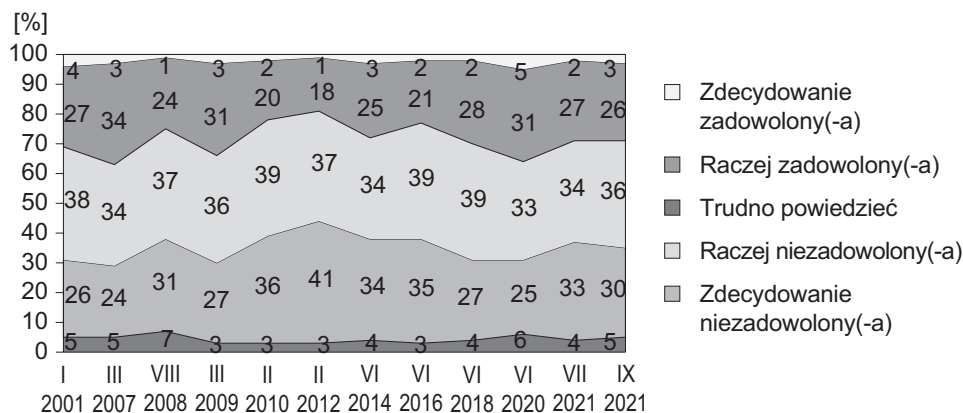
<sup>18</sup> Portal onkologiczny Zwrotnikrak.pl, <https://www.zwrotnikrak.pl/pakiet-onkologiczny-zielona-karta-leczenia/> (dostęp: 13.04.2021).

świadczeń, chociaż system eWUŚ tego nie potwierdza, oraz tym, którzy — mimo że zasadniczo mają prawo do świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego — nie są do niego zgłoszeni. Umożliwiają one także wsteczne zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego<sup>19</sup>.

Dostęp do badań może być jednak utrudniony w inny sposób. Mimo przedstawionych wcześniej zasobów sprzętowych Polska wykonuje jedynie 85 badań tomografii komputerowej na 1000 mieszkańców w porównaniu do 196/1000 we Francji. Badania rezonansu magnetycznego są jeszcze rzadsze — 37/1000 w Polsce i 120/1000 we Francji. Bez wątpienia wpływa to na zadowolenie pacjentów z łatwości dostępu do świadczonych usług.

#### 4. Opinia pacjentów

Na końcu należy zwrócić uwagę na to, jak pacjenci postrzegają poszczególne aspekty opieki medycznej. Jeśli chodzi o Polskę, według danych z 2017 roku aż dwie trzecie pacjentów ocenia jej funkcjonowanie negatywnie, w tym 27% — zdecydowanie negatywnie.



Rysunek 3. Czy ogólnie rzecz biorąc, jest Pan(i) zadowolony(-a) czy też niezadowolony(-a) z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna w naszym kraju?

Źródło: CBOS, *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*, Warszawa 2018, s. 2.

Głównym problemem jest dostępność wizyt u specjalistów, którą aż 83% ankietowanych oceniło negatywnie. Nieco lepiej przedstawia się sprawa dostępu do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej — 68% osób oceniło ją pozytywnie. Drugim szczególnie źle ocenianym aspektem jest liczba personelu medycznego w szpitalach, określana jako niewystarczająca (70% ocen negatywnych). Niedobór może powodować nadmierną liczbę pacjentów będących pod opieką jednego leka-

<sup>19</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, <https://nfz-lodz.pl/dlapacjentow/aktualnosci/7451-zmiany-w-dostepie-do-podstawowej-opieki-zdrowotnej-od-12-stycznia-2017-roku> (dostęp: 18.04.2021; dane z: 9.01.2017).

rza, co z kolei zmniejsza zaangażowanie lekarzy w pracę — aż 45% osób uznało je za niedostateczne.

Zastanawiające jest 70% osób zadowolonych z kompetencji lekarzy. Z jednej strony, jeśli 30% respondentów wychodzi z gabinetu lekarskiego, mając poczucie niekompetencji lekarskiej, jest to wynik raczej niepokojący, jednak z drugiej strony trudno mówić o rzetelności oceny pracy specjalisty opiniowanej przez ludzi niebędących profesjonalistami w danej sprawie. Szczegółowy raport różnych aspektów oceny służby zdrowia przedstawia rysunek 4.

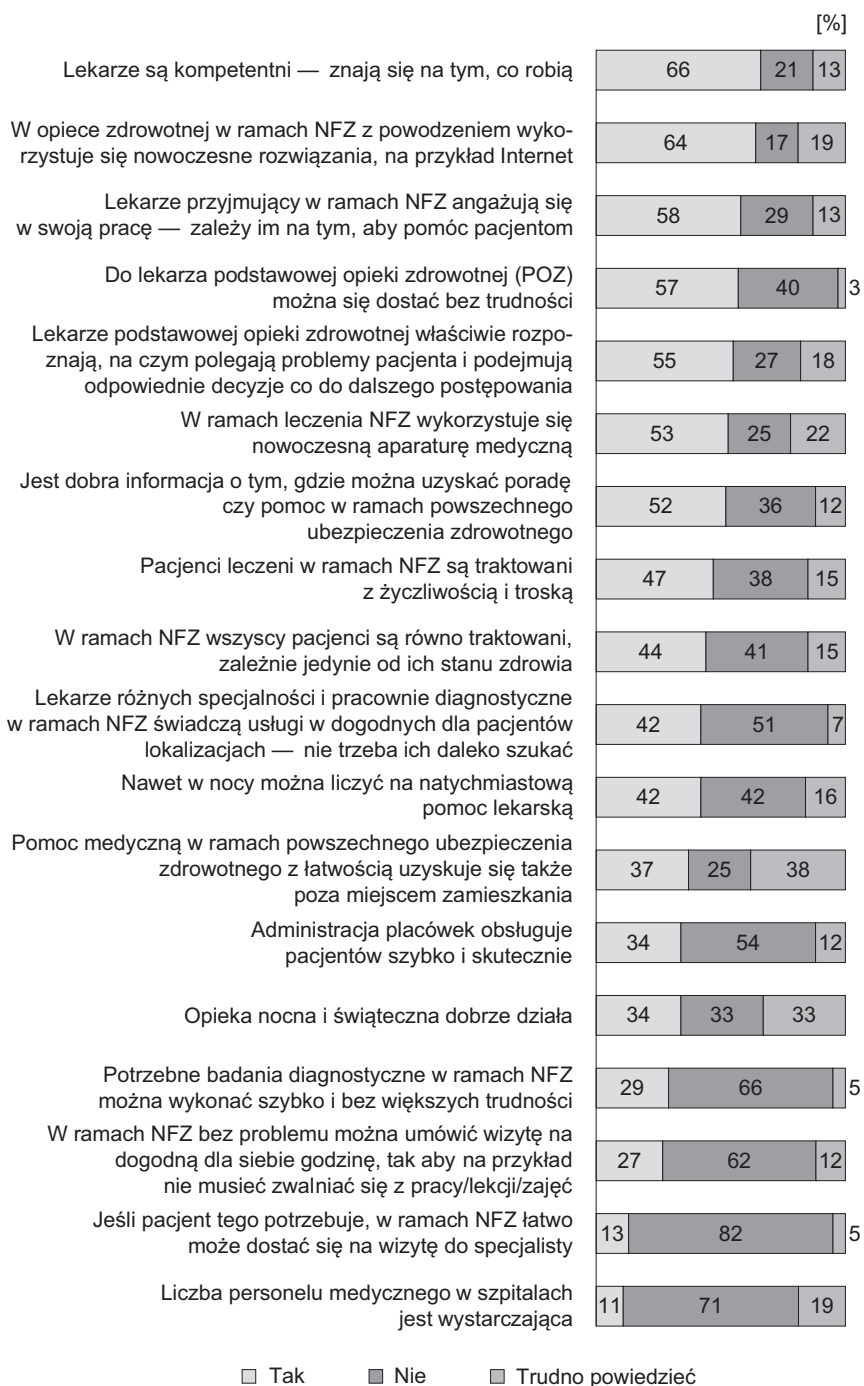
Kontrowersyjną sprawą są również posiłki serwowane w polskich szpitalach. Krytykowana jest zarówno ich jakość, jak i ilość. Związane jest to bez wątpienia z tym, że polskie prawo nie podaje norm dotyczących systemu żywienia pacjentów szpitalnych. Nie istnieją regulacje dotyczące wielkości środków finansowych, które powinny zostać przeznaczone na posiłki, a wdrażanie w życie tych, które określałyby, jaką wartość odżywczą powinna przyjmować osoba pozostająca pod opieką szpitala, nie jest dostatecznie nadzorowane. Ma to związek z tym, że kontrola dostarczanych do szpitala i podawanych pacjentowi pokarmów także pozostaje kwestią fakultatywną. Z tego względu szpitale często „oszczędzają” na żywieniu pacjentów, zamawiając pokarmy jak najtańsze, co wiąże się z obniżeniem ich jakości i zawartości składników odżywczych. Wskazane problemy stoją u podstaw tego, że jedzenie — a więc podstawowa potrzeba człowieka, będąca jednym z głównych czynników mających udział w powrocie pacjenta do zdrowia — nie zostaje zaspokojona, co pogarsza stan pacjentów i stoi w sprzeczności z celem szpitala<sup>20</sup>. O kłopoty te niemalże połowa respondentów (49%) obwinia zbyt małe nakłady na służbę zdrowia lub złe wykorzystanie środków<sup>21</sup>.

We Francji poziom zadowolenia ze świadczonych usług medycznych jest o wiele wyższy. W 2017 roku najlepiej oceniana była opieka świadczona przez pielęgniarki i osoby opiekujące się pacjentem — 81% osób zadowolonych. Podobny poziom został odnotowany w przypadku zadowolenia z pracy lekarzy (80%), w której to kwestii 9 na 10 pacjentów deklaruje otrzymanie odpowiedzi na zadawane pytania, zaś 8 na 10 osób — wysłuchanie i odpowiednie leczenie dokuczających im dolegliwości. Gorzej jednak oceniane jest samo przyjęcie do szpitala — tutaj zadowolonych jest 73% ankietowanych. Głównym problemem jest dostępność placówki — chodzi tu o transport, parking czy oznakowanie — oceniane przez 37% jako niesatysfakcjonujące bądź średnio satysfakcjonujące. Jeśli chodzi o poziom podawanych posiłków, był on również najniższym ocenianym aspektem — jedynie 63% respondentów była z nich zadowolona, a ponad 1 na 4 pacjentów ocenił je jako złe lub średnie<sup>22</sup>.

<sup>20</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *op. cit.*

<sup>21</sup> CBOS, *op. cit.*

<sup>22</sup> Haute Autorité de Santé, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017) (dostęp: 13.04.2021; dane z: 19.12.2017).



Rysunek 4. Czy, Pana(-i) zdaniem można powiedzieć, że...

Źródło: CBOS, *op. cit.*, s. 4.

## 5. System opieki zdrowotnej a pandemia COVID-19

Pandemia wirusa SARS-CoV-2 bez wątpienia była próbą wydajności systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Szpitale musiały przyjmować ogromne liczby chorych, co więcej — w większości przypadków potrzebujących respiratorów, podczas gdy personel medyczny był zmuszony do wyjątkowo intensywnej pracy. Przeciwdziałania podjęte przez rząd zarówno Polski, jak i Francji opierały się w pierwszym etapie na zamknięciu większości miejsc publicznych niebędących koniecznymi do codziennego życia — zarządzono tak zwany *lockdown*. W Polsce został on wprowadzony 16 marca 2020 roku, we Francji dzień wcześniej. W późniejszym jednak czasie podejmowane decyzje były nieco inne. Szczególną różnicą było obowiązywanie przez długi czas godziny policyjnej we Francji, czego nie doświadczano w Polsce. Tu z kolei niemalże przez cały czas pandemii pozostawiono szkoły zamknięte, podczas gdy Francja była jednym z krajów, w których uczniowie najmniej dni spędzili na nauczaniu zdalnym, co bez wątpienia miało przełożenie na liczbę zachorowań, których w Polsce było znacznie mniej.

Według danych WHO na 11 maja 2021 roku od początku pandemii we Francji wykryto 8727,5 przypadku wirusa na 100 tysięcy obywateli, w Polsce zaś — 7463,6. Tym jednak, co jest ważne na potrzeby tej pracy, jest stopień, w jakim każdy z krajów poradził sobie z leczeniem wirusa, a tu statystyki są już zupełnie odmienne. Podczas gdy we Francji na każde 100 tysięcy obywateli z powodu wirusa zmarło 162,3 pacjenta, w Polsce było to aż 184,4 osoby. Te dane są silnym dowodem na to, że polska opieka zdrowotna nie potrafi zapewnić obywatelom takiej ochrony jak francuska. Niewystarczająca liczba pielęgniarek, mniejsze zasoby sprzętu medycznego oraz przeciążenie szpitali spowodowały, że mimo mniejszej o blisko 15% liczby osób zakażonych i lepiej podejmowanych środków, by przeciwdziałać zakażeniom, w Polsce z powodu COVID-19 zmarło aż 12% więcej pacjentów<sup>23</sup>.

### Wnioski

Opinie pacjentów dobrze odzwierciedlają stan danego systemu opieki zdrowotnej i przedstawiają prawdziwą sytuację. Rzeczywiście polska opieka zdrowotna jest na niższym poziomie niż francuska. Podstawowym problemem są niemalże dwukrotnie mniejsze nakłady finansowe przeznaczane przez polski rząd na ten cel. Wprowadzie wyposażenie polskich szpitali nie odbiega znacząco od francuskich, a w niektórych aspektach nawet je wyprzedza, jednakże sposób udzielania pomocy we Francji skupia się na szybkiej — jednodniowej — obsłudze pacjentów

<sup>23</sup> WHO, *Weekly epidemiological update on COVID-19 — 11 May 2021*, <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-may-2021> (dostęp: 31.05.2021).



niewymagających dłuższej pomocy. Przekłada się to na większą dostępność lekarzy, szczególnie specjalistów, których pomoc jest nieraz kluczowa w wyleczeniu pacjenta. Problem jest tym poważniejszy, że obydwo krajach mimo wzrastającej liczby lekarzy przeważa grupa lekarzy najstarszych.

Pozostaje mieć nadzieje, że kryzys COVID-19 uświadomi ustawodawcom wagę dobrze funkcjonującej opieki zdrowotnej, która jest fundamentem bezpieczeństwa zdrowia i życia każdego człowieka. Podejmowane w przyszłości decyzje powinny mieć na celu wykształcenie jak największej liczby lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych, by byli oni w stanie zastąpić pokolenia odchodzących na emeryturę. Ważne jest również, aby zwiększyć nakłady pieniężne asygnowane na służbę zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniej ilości sprzętu oraz możliwości zatrudnienia odpowiedniej liczby personelu medycznego.

## Bibliografia

### Literatura

- CBOS, *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*, Warszawa 2018.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T., *Enquête sur la santé et la protection sociale 2014*, Paris 2017.
- Kautsch M., *Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 11, 2013, z. 2.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce — stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa 2018.
- Sowada C., Sagan A., Kowalska-Bobko I., *Poland: Health System Review*, „Health Systems in Transition” 21, 2019, nr 1.
- Żyra M., Wozniak S., *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.*, Warszawa-Kraków 2020.

### Źródła internetowe

- Agence régionale de santé, <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>.
- Baza danych Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/en/>.
- Baza danych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://stat.gov.pl/>.
- Baza danych Institut national de la statistique et des études économiques, <https://www.insee.fr/fr/accueil>.
- Baza danych International Monetary Fund, <https://www.imf.org/en/home>.
- Baza danych OECD.Stat, <https://stats.oecd.org/>.
- Dobre Badanie (na podstawie danych GUS)*, 8.04.2015, <https://dobrebadianie.pl/aktualnosci/article/9550-statystyczny-polak-uwaza-ze-nie-choruje-bierze-leki.html>.
- Haute Autorité de Santé, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017).
- Narodowy Fundusz Zdrowia, <https://nfz-lodz.pl/dlapacjentow/aktualnosci/7451-zmiany-w-dostepie-do-podstawowej-opieki-zdrowotnej-od-12-stycznia-2017-roku>.
- Portal onkologiczny Zwrotnikrakwa.pl, <https://www.zwrotnikrakwa.pl/pakiet-onkologiczny-zielona-karta-leczenia/>.

Sécurité sociale La Vie en Plus, <https://www.securite-sociale.fr/dossiers/pourquoi-laffiliation-a-la-securite-sociale-est-elle-obligatoire>.

WHO, *Weekly epidemiological update on COVID-19 — 11 May 2021*, <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---11-may-2021>.

World Bank Open Data, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>.