

Izabela Kapera

dr hab., prof. UAFM, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

<https://orcid.org/0000-0003-1691-5275>

Sytuacja demograficzna Polski w kontekście polityki zdrowotnej i zarządzania systemem ochrony zdrowia¹

Streszczenie

Celem rozdziału jest analiza zagadnień związanych z sytuacją demograficzną w Polsce i na tym tle – zasygnalizowanie podstawowych kierunków dotyczących planowania oraz organizowania systemu ochrony zdrowia. Zanalizowano dane dotyczące liczby ludności, przyrostu naturalnego, struktury wiekowej, migracji, a także zagadnienia związane z oczekiwaną liczbą lat w zdrowiu, oczekiwaną długością życia, liczbą i przyczyną zgonów w Polsce. Zwiększający się udział osób starszych w populacji będzie w coraz większym zakresie wpływał na konieczność zmian w zakresie usług medycznych. Wyzwani z perspektywy demografii, stojących przed polskim systemem ochrony zdrowia, jest jednak więcej. Nagłym problemem jest dalsze jego dostosowanie do napływu uchodźców z Ukrainy i migrantów z innych krajów.

Słowa kluczowe: zdrowie, demografia, zarządzanie systemem ochrony zdrowia

Demographic situation of Poland in the context of health policy and management of the health care system

Abstract

The purpose of the chapter is to analyze issues related to the demographic situation in Poland and, with this background, to signal basic directions for planning and organizing the health care system. The study analyzed data on population, natural increase, age structure,

¹ Badania zostały dofinansowane w ramach subwencji Ministerstwa Edukacji i Nauki nr WSUB/2022/10/00007.

migration, as well as issues related to the expected number of years in health, life expectancy, number and cause of death in Poland. The increasing proportion of elderly people in the population will increasingly affect the need for changes in medical services. However, there are more challenges from a demographic perspective facing the Polish health care system. A pressing problem is its further adaptation to the influx of refugees from Ukraine and migrants from other countries.

Keywords: health, demography, health system management

Wprowadzenie

Zmiany zachodzące we współczesnym świecie, w tym starzenie się społeczeństw, sprawiają, że konieczne jest zwrócenie większej uwagi na planowanie i organizowanie usług zdrowotnych. Analiza danych demograficznych ułatwia zidentyfikowanie przyszłych potrzeb populacji w zakresie zdrowia i opieki zdrowotnej. Ma to istotne znaczenie dla oceny wzajemnych powiązań czynników wpływających na zdrowie i jest kluczowe dla polityki w tym zakresie. Prezentowane zagadnienie – mimo nieustającej debaty – nadal wymaga kompleksowych i aktualnych analiz naukowych dotyczących aspektów leżących na styku zarządzania, zdrowia oraz demografii. Kwestie związane ze zdrowiem i opieką zdrowotną są złożone, a zintegrowane, multidyscyplinarne podejście ma kluczowe znaczenie. Partnerstwo pomiędzy specjalistami w dziedzinie zarządzania i zdrowia, geografami i demografami może pomóc w utrzymaniu innowacyjnego podejścia do rozwiązywania złożonych problemów, a także przyczynić się do zmniejszania nierówności w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej. Celem pracy jest analiza zagadnień związanych z sytuacją demograficzną w Polsce i na tym tle – zasygnalizowanie podstawowych kierunków dotyczących planowania oraz organizowania systemu ochrony zdrowia. W ramach badań poddano analizie dane dotyczące liczby ludności, przyrostu naturalnego, struktury wiekowej, migracji, informacje związane z oczekiwaną liczbą lat w zdrowiu, oczekiwaną długością życia, liczbą i przyczyną zgonów w Polsce. Ostatnią część rozdziału poświęcono zagadnieniu zasobów kadry medycznej, ponieważ i w tym przypadku widać wpływ starzenia się społeczeństwa.

System ochrony zdrowia w Polsce - zarządzanie i nakłady publiczne. Podstawowe założenia

Zgodnie z artykułem 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych². Wytaczanie kierunków polityki zdrowotnej państwa należy do zadań ministerstwa zdrowia. Według WHO

polityka zdrowotna odnosi się do decyzji, planów i działań podejmowanych w celu osiągnięcia określonych celów opieki zdrowotnej w społeczeństwie. Jasno określona polityka zdrowotna pozwala osiągnąć wiele celów: definiuje wizję przyszłości, co z kolei pomaga ustalić cele i punkty odniesienia w perspektywie krótko- i średnioterminowej. Określa priorytety i oczekiwane role różnych grup, a także buduje konsensus i informuje ludzi³.

Rozwój polityki zdrowotnej obejmuje trzy etapy: identyfikację głównych problemów chorobowych, projektowanie systemów opieki zdrowotnej oraz określenie, co rządy mogą zrobić, wykorzystując pełen zakres instrumentów polityki⁴. System ochrony zdrowia działa na podstawie szeregu aktów prawnych, wśród których wymienić należy przede wszystkim Konstytucję RP z 1997 r., ustawę z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶, a także przepisy harmonizujące prawo polskie z prawem UE⁷. Zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczą-

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

³ WHO, *Health Policy*, https://web.archive.org/web/20200908234351/https://www.who.int/topics/health_policy/en/ [dostęp: 07.01.2024].

⁴ D.T. Jamison, W.H. Mosley, *Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change*, „American Journal of Public Health” 1991, t. 81, nr 1, s. 15–22.

⁵ Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

⁶ Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654, z późn. zm.

⁷ *Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., Ministerstwo Zdrowia, s. 28.

ce w ich realizacji oraz zasady finansowania zadań z omawianego zakresu zostały określone w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym⁸. Zadania te obejmują między innymi:

- monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- profilaktykę chorób;
- analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych⁹.

Zadania z zakresu zdrowia publicznego koordynuje minister właściwy do spraw zdrowia, który współdziała w tym zakresie z organami władzy publicznej, jednostkami podległymi lub nadzorowanymi. W realizacji tych zamierzeń uczestniczą zgodnie z kompetencjami organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, jednostki samorządu terytorialnego w zakresie zadań własnych dotyczących ochrony i promocji zdrowia oraz podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych wskazanymi w ustawie zadaniami. Za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w powszechnym, publicznym polskim systemie ubezpieczenia zdrowotnego odpowiada NFZ. W cyklicznych badaniach system ochrony zdrowia w Polsce jest nisko oceniany przez mieszkańców kraju – część z uczestników takich badań uważa, że problemem są zbyt małe nakłady na opiekę zdrowotną lub że pieniądze przeznaczone na ten cel są źle wykorzystywane¹⁰. Według danych GUS (tabela 1) nakłady na ochronę zdrowia w Polsce rosną, ale nadal (w relacji do PKB) pozostają jednymi z najniższych w stosunku do innych państw Unii Europejskiej.

⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. z 2015 r., poz. 1916 z późn. zm.

⁹ *Ibidem*, art. 2.

¹⁰ *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia...*, *op. cit.*, s. 32, 34.

Tabela 1. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB dla roku bieżącego N^a i N-2 zgodnie z ustawą (2021–2022)

Rok	PKB N-2 zgodnie z ustawą ^b	PKB dla roku bieżącego (N) ^c	Plan ^b		Wykonanie		
			w mld PLN		% PKB N-2 ^b	% PKB N ^c	
2021	2273,6	2622,2	120,5	5,30	141,3	6,22	5,39
2022	2323,9	3078,3	133,6	5,75	151,0	6,50	4,91

^a Literą N oznaczono rok, którego dotyczą dane o nakładach na zdrowie (Plan i Wykonanie).

^b Zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dla wydatków za 2021 r. punktem odniesienia jest PKB za 2019 r., a dla 2022 r. – rok 2020. ^c Według aktualnych danych GUS o PKB, <https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/> (aktualizacja 20.04.2023 r.).

Źródło: GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022*, Warszawa–Kraków 2023, s. 175, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/13/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_2022.pdf [dostęp: 07.01.2024].

Główne wyzwania oraz kierunki zmian dotyczące rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce zostały zidentyfikowane w dokumencie strategicznym *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*

Sytuacja demograficzna Polski

Liczba ludności

Według stanu na 31.12.2022 r. w Polsce żyło 37 766 tys. osób¹¹. Liczba ludności w Polsce osiągnęła 38 mln w 1990 r. Obecnie Polacy stanowią ponad 8% populacji UE. Przyrost naturalny w Polsce jest ujemny (tabela 2).

Tabela 2. Ważniejsze dane o liczbie ludności i ruchu naturalnym w Polsce (2021–2022)

Rok	Liczba ludności (stan w dniu 31.12)	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny
			ogółem	w tym zgony niemowląt	
w tysiącach					
2022	37 766	305,1	448,4	1,2	-143,3
2021	37 908	331,5	519,5	1,3	-188,0

Źródło: opracowanie na podstawie: GUS, *Rocznik Demograficzny*, Warszawa 2023.

¹¹ GUS, *Rocznik Demograficzny*, Warszawa 2023, s. 26.

Prognozy Eurostatu wskazują na dalsze zmniejszanie się liczby ludności Polski (tabela 3) oraz zwiększanie się odsetka osób starszych i wzrost mediany wieku Polaków.

Tabela 3. Stan ludności – prognozy dla Polski

Rok	2075	2080	2085	2090	2095	2100
Liczba ludności (stan w dniu 1.01)	30 061 943	29 295 630	28 657 545	28 185 373	27 868 033	27 655 094

Źródło: opracowanie na podstawie: *Population on 1st January by age, sex and type of projection*, Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_19NP__custom_976176/default/table?lang=en [dostęp: 12.01.2023].

Kluczowym elementem w prognozowaniu przyszłych potrzeb dotyczących polityki społecznej są wskaźniki płodności. Współczynnik dzietności¹² w Polsce w 2021 r. wyniósł 1,330 i był niższy niż w roku poprzednim (1,378)¹³. W 2022 r. spadł do poziomu 1,261¹⁴. Dla porównania w 2017 r. kształtował się na poziomie 1,453¹⁵. Obecne pokolenie osób starszych ma wysoki poziom małżeństw i niski poziom rozwodów. Według danych GUS w 2021 r. w Polsce miało miejsce 60 687 rozwodów (w 2020 r. – 51 164), co oznacza 16 rozwodów na 10 tys. ludności (w 2020 r. wielkość ta wyniosła 13,4)¹⁶. Rosnąca liczba rozwodów to kolejne wyzwanie w kontekście omawianego zagadnienia. Należy mieć więc na uwadze nie tylko większą liczbę osób starszych w populacji, ale także zapewnienie opieki samotnym seniorom. Następną istotną kwestią dotyczy oczekiwanego trwania życia w zdrowiu i przeciętnego dalszego trwania życia¹⁷.

¹² Współczynnik dzietności oznacza liczbę dzieci, które urodziłyby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15–49 lat) przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłyby z intensywnością obserwowaną w badanym roku, tzn. przy przyjęciu cząstkowych współczynników płodności z tego okresu za niezmiennie.

¹³ GUS, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica> [dostęp: 12.01.2023].

¹⁴ GUS, Struktura ludności, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosc,16,1.html> [dostęp: 07.01.2024].

¹⁵ GUS, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica> [dostęp: 12.01.2023].

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Według GUS „oczekiwane trwanie życia w zdrowiu” to współczynnik obrazujący sytuację zdrowotną ludności, obliczany na podstawie tablic trwania

Według danych GUS w 2019 r. przeciętna długość życia mężczyzn wynosiła 74,1 roku, a kobiet była o 7,7 roku dłuższa i kształtowała się na poziomie 81,8 lat. Sytuację w tym względzie, w następnych latach (2021–2022), przedstawiono w tabeli 4. Różni się ona pomiędzy poszczególnymi grupami społeczno-ekonomicznymi (m.in. grupami o różnym statusie materialnym), grupami o różnych poziomach wykształcenia, grupami zawodowymi, mieszkańcami różnych regionów i województw czy miast i wsi¹⁸.

Tabela 4. Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu oraz przeciętne dalsze trwanie życia ludności w Polsce w 2022 r.

Wiek	mężczyźni						kobiety					
	0	15	30	45	60	65	0	15	30	45	60	65
Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu	60,1	46,2	32,6	20,1	10,1	7,6	63,7	49,7	35,7	22,6	11,5	8,6
Przeciętne dalsze trwanie życia	73,4	58,9	44,5	30,7	18,7	15,3	81,1	66,5	51,7	37,2	23,6	19,5

Źródło: GUS, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica> [dostęp: 7.01.2024].

Światowa oczekiwana długość życia w chwili urodzenia wzrosła z 66,8 lat w 2000 r. do 73,3 lat w 2019 r., a oczekiwana długość życia w zdrowiu w chwili urodzenia wzrosła z 58,3 do 63,7 lat¹⁹. Obecne szacunki wskazują, że pandemia COVID-19 spowalnia lub odwraca trend rosnący średniej długości życia i oczekiwanej długości życia w zdrowiu, powodując, że wielkości te spadły „w niektórych krajach o rok do dwóch lat, a w kilku innych o mniej”²⁰. Na zdrowie jednostek wpływają między innymi uwarunkowania genetyczne,

życia oraz indywidualnie i subiektywnie postrzeganej niepełnosprawności. Interpretuje się go jako przewidywaną średnią liczbę lat, jaką ma do przeżycia bez niepełnosprawności osoba w wieku x ukończonych lat, pod warunkiem, że warunki umieralności i utraty zdrowia populacji utrzymają się na obecnym poziomie.

¹⁸ *Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi, załącznik nr 1 do dokumentu Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia...*, op. cit., s. 12.

¹⁹ WHO, *World Health Statistics 2022. Monitoring health for the SDGs – Sustainable Development Goals*, Geneva 2022, s. 21.

²⁰ *Ibidem*, s. 24

a także ich przeszłe i obecne doświadczenia oraz środowisko, w tym te z wczesnego okresu życia.

Migracje

Według danych GUS na koniec 2022 r. poza granicami Polski przebywało czasowo około 1 523 tys. stałych mieszkańców kraju, większość z nich – około 1 436 tys. – pozostawała w Europie²¹. Po wejściu Polski do Unii Europejskiej, w związku z masowymi wyjazdami do krajów UE, saldo migracji było wyraźnie ujemne. Sytuacja zmieniła się diametralnie po 2014 r. wraz z napływem migrantów z Ukrainy. Obecnie została spotęgowana wydarzeniami z 2022 r. Działania wojenne spowodowały, że w okresie od lutego do kwietnia granice Polski przekroczyły ponad 3 mln uchodźców wojennych, w tym samym okresie na Ukrainę wyjechało ponad 880 tys. osób²². Na koniec kwietnia 2022 r. 1 mln osób z Ukrainy zarejestrowało się w celu uzyskania polskiego numeru identyfikacyjnego, wśród nich było 8% dzieci, 42% kobiet (w wieku produkcyjnym) i około 4% osób starszych (powyżej 65 lat)²³. Tak duży napływ uchodźców z Ukrainy generuje liczne wyzwania w odniesieniu do polityki społecznej, w tym także dla polskiego systemu ochrony zdrowia. W kraju przebywają także migranci z innych państw, niejednokrotnie różnych kulturowo – zapewnienie im odpowiedniej opieki medycznej wymaga wzmożonych działań już na podstawowym etapie niwelowania bariery językowej.

Ogólna sytuacja zdrowotna ludności Polski

Według danych GUS, w 2022 r. w Polsce odnotowano 448 448 zgonów²⁴. Najwięcej zgonów notuje się w grupie wiekowej 80–89 lat,

²¹ GUS, *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2017–2022* [dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-emigracji-dlugookresowych-w-latach-2017-2022,18,1.html>] [dostęp: 7.01.2024].

²² M. Duszczyk, P. Kaczmarczyk, *Wojna i migracja: napływ uchodźców wojennych z Ukrainy i możliwe scenariusze na przyszłość*, „CMR Spotlight – Centre of Migration Research Newsletter” 2022, nr 4 (39), s. 6.

²³ *Ibidem*, s. 7.

²⁴ GUS, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl> [dostęp: 7.01.2024].

a najmniej w wieku 10–19 lat. Polacy najczęściej umierają z powodu chorób krążenia i nowotworów. „Poziom umieralności z powodu głównych przyczyn zgonów jest w Polsce wyższy niż przeciętny w krajach UE”²⁵.

Tabela 5. Wybrane dane dotyczące sytuacji zdrowotnej Polski na tle świata i regionu europejskiego WHO

	Prawdopodobieństwo zgonu między 30. a 70. rokiem życia z powodu dowolnej choroby układu krążenia, nowotworu, cukrzycy lub przewlekłej choroby układu oddechowego (%)	Wskaźnik samobójstw (na 100 000 osób)	Konsumpcja alkoholu na mieszkańca (≥ 15 lat; w litrach czystego alkoholu)	Wskaźnik śmiertelności w ruchu drogowym (na 100 000 osób)	Młodzież – wskaźnik urodzeń (na 1000 kobiet w wieku 15–19 lat)
	2019	2019	2019	2019	2012–2020
Polska	17,0	11,3	11,9	9,4	9,4
Region europejski ^a	16,3	12,8	9,5	7,4	17,1
Globalnie	17,8	9,2	5,8	16,7	42,5

^a Region europejski WHO: Albania, Andora, Armenia, Austria, Azerbejdżan, Białoruś, Belgia, Bośnia i Hercegowina, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Gruzja, Niemcy, Grecja, Węgry, Islandia, Irlandia, Izrael, Włochy, Kazachstan, Kirgistan, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Malta, Monako, Czarnogóra, Holandia, Macedonia Północna, Norwegia, Polska, Portugalia, Republika Mołdawii, Rumunia, Federacja Rosyjska, San Marino, Serbia, Słowacja, Słowenia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Tadżykistan, Turcja, Turkmenistan, Ukraina, Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Uzbekistan.

Źródło: opracowanie na podstawie: WHO, *World Health Statistics 2022. Monitoring health for the SDGs – Sustainable Development Goals*, Geneva 2022, s. 102–104.

Zasoby kadrowe w podstawowych zawodach medycznych na terenie Polski

Polski system ochrony zdrowia stoi przed szeregiem wyzwań, do których należą między innymi: ogólna niska liczebność kadr medycznych, ich starzenie się, a także niewłaściwe rozdysponowanie względem rzeczywistego zapotrzebowania²⁶. Według danych National Health Workforce Accounts za lata 2014–2020 zagęszczenie personelu pielęgniarskiego i położniczego w regionie europejskim WHO

²⁵ *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia...*, op. cit., s. 14.

²⁶ *Ibidem*, s. 202.

i regionie obu Ameryk nadal było najwyższe na świecie i wynosiło ponad 80 na 10 000 mieszkańców – dwukrotnie więcej niż średnia światowa i ponad sześć razy więcej niż w regionie afrykańskim. Liczba lekarzy na 10 000 ludności na całym świecie poprawiła się w ostatnich latach, ale dysproporcje regionalne nadal są duże. Szacowana gęstość lekarzy w latach 2014–2020 wynosiła 37 na 10 000 mieszkańców w regionie europejskim, ale zaledwie 8 na 10 000 mieszkańców w regionie Azji Południowo-Wschodniej i 3 na 10 000 w regionie afrykańskim. Rozkład farmaceutów i dentystów nadal był bardzo nierównomierny²⁷. W tabeli 6 przedstawiono, jak na tym tle kształtowała się do czasu pandemii COVID-19 sytuacja w Polsce.

Tabela 6. Personel medyczny w Polsce na tle regionu europejskiego WHO i świata

	Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia	Oczekiwana długość życia w momencie urodzenia	Liczba lekarzy (na 10 000 osób)	Liczba personelu pielęgniarskiego i położniczego (na 10 000 osób)	Liczba dentystów (na 10 000 osób)	Liczba farmaceutów (na 10 000 osób)
	2019	2019	2012–2020	2012–2020	2012–2020	2012–2020
Polska	78,3	71,3	37,7	68,7	10,3	9,7
Region europejski	78,2	68,3	36,6 (2020)	83,4 (2020)	6,2 (2020)	6,5 (2020)
Globalnie	73,3	63,7	16,4 (2020)	39,5 (2020)	3,3 (2020)	4,7 (2020)

Źródło: WHO, *World Health Statistics 2022. Monitoring health for the SDGs – Sustainable Development Goals*, Geneva 2022, s. 94–113.

Według danych GUS, uwzględniających liczbę osób pracujących bezpośrednio z pacjentem, w 2020 r. było w Polsce: 126 064 lekarzy, 33 772 lekarzy dentystów, 210 923 pielęgniarek i 27 629 położnych, a liczba lekarzy i lekarzy dentystów mieszkających w Polsce oraz posiadających prawo do wykonywania zawodu wyniosła odpowiednio 151,5 tys. i 42,9 tys., przy czym blisko 600 osób posiadało jednocześnie prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry²⁸. Wśród

²⁷ WHO, *World Health Statistics 2022. Monitoring health for the SDGs...*, op. cit., s. 70.

²⁸ GUS, *Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w latach 2019–2020*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych->

lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu przeciętny wiek mężczyzn wynosił niecałe 53 lata, a kobiet – 52 lata. Dominującą grupę – powyżej 21% – stanowiły osoby w wieku 50–59 lat²⁹. W 2020 r. liczba pielęgniarek i położnych mieszkających w Polsce, posiadających prawo wykonywania zawodu, wyniosła 300,5 tys. w odniesieniu do pierwszej grupy i 39,5 tys. w przypadku drugiej. Zarówno wśród pielęgniarek, jak i położnych dominującą grupę, około 1/3 ogółu, stanowiły osoby w wieku 50–59 lat³⁰. Struktura wieku pielęgniarek i położnych jest problemowa w kontekście zastępowalności pokoleń. W 2020 r. najwięcej lekarzy pracowało w województwie mazowieckim (biorąc pod uwagę zarówno ich liczbę, jak i analizując w odniesieniu do liczby mieszkańców województwa). Ogółem najwięcej lekarzy ukończyło specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych, na kolejnych miejscach znalazły się medycyna rodzinna i pediatria.

Dane za 2021 r. potwierdzają wzrost liczby osób, które posiadają prawo wykonywania zawodu w większości zawodów medycznych, ale wskazują na to, że struktura wieku personelu nadal nie jest korzystna. W Polsce widoczny jest wysoki wiek znaczącej grupy pracowników medycznych, co może skutkować problemem z wymiennalnością pokoleniową lekarzy specjalistów i szczególnie dotknąć dziedziny takie jak: choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia ogólna, choroby płuc, położnictwo i ginekologia, otorynolaryngologia³¹

Dyskusja

Starzenie się ludności jest dominującym zjawiskiem demograficznym XXI w.³². Ma miejsce – w różnym tempie i w różnych okresach – na całym świecie, ale to właśnie kraje europejskie mają obecnie najstarsze populacje. Dodatkowo Europa prawdopodobnie pozostanie

zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-latach-2019-2020,28,1.html [dostęp: 12.01.2023].

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia...*, *op. cit.*, s. 89.

³² D.E. Bloom, D.L. Luca, *The Global Demography of Aging: Facts, Explanations, Future*, „IZA Discussion Papers” 2016, nr 10163, <https://docs.iza.org/dp10163.pdf> [dostęp: 12.01.2023].

najstarszym regionem jeszcze przez dziesięciolecia. Przejście do starzejącego się społeczeństwa wiąże się z dużym ciężarem zapewnienia wsparcia dochodowego i opieki. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa wzrosną również potrzeby w zakresie zdrowia i opieki zdrowotnej, zarówno w przypadku osób starszych, jak i tych, które osiągną wiek emerytalny. Osoby starsze z reguły stawiają znacznie większe wymagania służbie zdrowia i opieki społecznej niż młodzi ludzie. Starzenie się jest kluczowym wyzwaniem na przyszłość, ponieważ prawdopodobnie spowoduje większą presję na publiczne finansowanie opieki zdrowotnej. Istnieje także obawa, że systemy opieki zdrowotnej mogą nie być wystarczająco przygotowane do zaspokajania potrzeb osób starszych, w tym w odniesieniu do opieki długoterminowej. Według szacunków zawartych w raporcie NIK, zmiany demograficzne zwiększą zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne, wzrośnie liczba hospitalizacji, w tym przykładowo w geriatric, okulistyce, chorobach wewnętrznych, kardiologii, angiologii, kardiochirurgii, przy jednoczesnej prognozie istotnych spadków liczby pobytów na oddziałach szpitalnych, głównie położniczo-ginekologicznych i dziecięcych³³.

Zwiększonej przeżywalności osób starszych towarzyszy spadek liczby urodzeń. Istnieje ogromna liczba czynników społecznych, ekonomicznych, kulturowych i psychologicznych, które wpływają na decyzję o posiadaniu dzieci. Dane wskazują na wzrost liczby urodzeń w starszym wieku, czemu towarzyszy większe ryzyko zarówno dla matki, jak i dziecka. Usługi położnicze będą musiały się dostosować do zmian demograficznych i ryzyka związanego z ciążą i porodem w starszym wieku. Osoby urodzone w latach 60. XX w., które doświadczyły wysokiego wskaźnika rozpadu związków partnerskich, bezdzietności i życia w pojedynkę, zaczynają się starzeć i w ich przypadku kwestia dostępności opieki nieformalnej stanie się bardziej istotna³⁴. Badania wskazują na wysoki poziom ograniczeń funkcjonalnych polskich seniorów, będący na poziomie krajów Europy Południowej (takich jak Włochy czy Hiszpania) oraz Europy

³³ NIK, *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa 2019, s. 40.

³⁴ GUS, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica> [dostęp: 12.01.2023].

Wschodniej³⁵. Przy rozważaniu polityki zdrowotnej dla systemów ochrony zdrowia, aby sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na opiekę nad osobami starszymi, należy myśleć nie tylko o większej liczbie osób starszych w populacji, ale o tym, kto będzie się nimi opiekował. Tym bardziej że w Polsce system opieki nad osobami starszymi w dużej mierze w dalszym ciągu opiera się na opiece sprawowanej przez bliskich chorego, co z jednej strony wynika z tradycyjnego postrzegania roli w rodzinie, a z drugiej – jest podyktowane ograniczoną dostępnością do usług w tym zakresie. Duże znaczenie tego rodzaju opieki oznacza konieczność wsparcia tych osób na różnym polu (informacyjnym, edukacyjnym, psychicznym).

Problemem, który w ostatnich miesiącach zyskał na znaczeniu, jest kwestia opieki nad uchodźcami. Pracownicy sektora ochrony zdrowia często nie czują się odpowiednio przygotowani do pracy w środowisku wielokulturowym, z pacjentami o różnym pochodzeniu i historii³⁶. Duży w ostatnim czasie napływ ludności z Ukrainy wiąże się z koniecznością zapewnienia migrantom opieki zdrowotnej. Niektóre z tych osób wymagają natychmiastowego leczenia, inni chorują przewlekle. I choć stosunkowo szybko pojawiły się w tym względzie uregulowania prawne, to problemem jest dostęp do ukraińskiej dokumentacji medycznej i znajomość języka. Wśród uchodźców dużą grupę stanowią kobiety z dziećmi i w tym wypadku pojawia się konieczność dostosowania zaplecza usług dla tych osób. Jednocześnie funkcjonujący system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nadal nie jest w stanie zapewnić wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, biorąc pod uwagę zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Podsumowanie

Przedstawione w rozdziale zagadnienia dotyczące aspektów demograficznych w kontekście systemu ochrony zdrowia mają ogromne

³⁵ *Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi, op. cit.*, s. 12.

³⁶ E. Kocot, A. Szetela, *Assessing health systems' preparedness for providing care for refugees, asylum seekers and migrants: a scoping review*, „The European Journal of Public Health” 2020, t. 30, nr 6, s. 1157–1163.

znaczenie w planowaniu polityki zdrowotnej państwa. Pojawiające się w pandemii COVID-19 pytanie o granice wytrzymałości polskiego systemu ochrony zdrowia nie tylko nie straciło na aktualności, ale wręcz zyskało na znaczeniu w związku z napływem uchodźców z Ukrainy w 2022 r. Należy jednocześnie podkreślić, że choć problem zapewnienia pomocy medycznej ludności napływającej zza wschodniej granicy jest naglący, to w kraju przebywają też inni cudzoziemcy, czasem z krajów odmiennych kulturowo, którzy już na wstępie mierzą się z barierą językową i trudnościami w dostępie do informacji na temat możliwości w zakresie opieki zdrowotnej. Przywoływane sytuacje pokazały szereg wyzwań stojących przez opieką zdrowotną w Polsce. I choć można stwierdzić, że system opieki zdrowotnej w kraju ewaluuje, to jednak nadal wymaga on większego dostosowania do zmieniających się warunków demograficznych. W miarę wzrostu populacji osób starszych popyt na kadry medyczne i potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej będą wzrastać – pomimo spadku ogólnej liczby ludności. Aby temu zaradzić, należy skupić się na zdrowiu publicznym, w połączeniu z opieką społeczną. W celu zwiększenia liczby lat wolnych od niepełnosprawności należy zwrócić większą uwagę na działania prewencyjne oraz monitorować w rodzinach zdolność do opieki nad osobami starszymi. Należy jednocześnie podkreślić, że przedstawione zagadnienia nie wyczerpują tematu problemów związanych z systemem opieki zdrowotnej w Polsce, a jedynie uwypuklają konieczność spojrzenia na nie z szerszej perspektywy.

Bibliografia

- Bloom D.E., Luca D.L., *The Global Demography of Aging: Facts, Explanations, Future*, „IZA Discussion Papers” 2016, nr 10163, <https://docs.iza.org/dp10163.pdf> [dostęp: 12.01.2023].
- Duszczyk M., Kaczmarczyk P., *Wojna i migracja: napływ uchodźców wojennych z Ukrainy i możliwe scenariusze na przyszłość*, „CMR Spotlight – Centre of Migration Research Newsletter” 2022, nr 4 (39).
- GUS, *Rocznik Demograficzny*, Warszawa 2023.
- GUS, *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2017–2022*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-emigracji-dlugookresowych-w-latach-2017-2022,18,1.html> [dostęp: 7.01.2024].

- GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.*, Warszawa–Kraków 2023, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/13/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_2022.pdf [dostęp: 7.01.2024].
- GUS, *Struktura ludności*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosc,16,1.html> [dostęp: 7.01.2024].
- GUS, *Bank Danych Lokalnych*, <https://bdl.stat.gov.pl> [dostęp: 7.01.2024].
- GUS, *Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w latach 2019–2020*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-latach-2019-2020,28,1.html> [dostęp: 12.01.2023].
- Jamison D.T., Mosley W.H., *Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change*, „American Journal of Public Health” 1991, t. 81, nr 1, s. 15–22.
- Kocot E., Szetela A., *Assessing health systems’ preparedness for providing care for refugees, asylum seekers and migrants: a scoping review*, „The European Journal of Public Health” 2020, t. 30, nr 6, s. 1157–1163.
- NIK, *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa 2019.
- Population on 1st January by age, sex and type of projection*, Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_19NP__custom_976176/default/table?lang=en [dostęp: 12.01.2023].
- Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi*, załącznik nr 1 do dokumentu *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., Ministerstwo Zdrowia.
- WHO, *Health Policy*, https://web.archive.org/web/20200908234351/https://www.who.int/topics/health_policy/en/ [dostęp: 07.01.2024].
- WHO, *World Health Statistics 2022. Monitoring health for the SDGs – Sustainable Development Goals*, Geneva 2022.
- Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030 r.*, załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., Ministerstwo Zdrowia.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483, z późn. zm.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654, z późn. zm.

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