

POLONYA SAĞLIK SEKTÖRÜ RAPORU

Mayıs 2021

SAĞLIK HİZMETLERİNİ DAHA İYİLEŞTİRMEK İÇİN SAĞLIK HARCAMALARI ARTIRILMALIDIR - BAŞBAKAN
(18 Mayıs 2021 tarihli haber)

Başbakan, hükümetin New Deal programında ana hatları verilen sağlık hizmetlerine daha fazla kamu harcamaları nedeniyle Polonyalıların sağlık sisteminde iyileşmeler göreceğine söz verdi.

Mateusz Morawiecki, ülke turu sırasında bir dizi sektörü kapsayan geniş bir yatırım programını öngören New Deal'ı tanıtmaya söz verdi.

Morawiecki, "Polonya'daki sağlık sistemi harcamaları önümüzdeki iki yıl içinde yüzde 6'ya ve altı yıl içinde yüzde 7'ye çıkacak," dedi ve Covid-19 salgınının sağlık sisteminin kırılganlığını ortaya çıkardığını ve onarılması gerektiğini kabul etti.

"Polonya tıbbının ve sağlık hizmetinin yeteneklerini genişletmek istiyoruz" dedi. "Tüm sağlık sistemini onarmaya kararlıyız."

"Polonyalıların önümüzdeki yıl içinde bir fark ve daha iyiye doğru bir değişim göreceğine inanıyorum."

Plan, sağlık harcamalarındaki artışın yanı sıra, tıbbi tedavinin kalitesini düzenleyen yeni mevzuat, hastanelerin modernizasyonunu kapsayan özel bir fon ve tıbbi hata mağdurları için bir tazminat fonu da öngörüyor.

38 milyonluk nüfusuyla Avrupa Birliği'nin altıncı büyük ülkesi olan Polonya, Orta/Doğu Avrupa'nın en büyük sağlık pazarlarından birini temsil etmektedir. Bununla birlikte, Polonya'daki sağlık hizmetleri sektörü son zamanlarda biraz zorlayıcı bir mali durum içindedir ve kamu sağlık hizmetleri sektöründeki (Polonya'daki en büyük sağlık sektörü) kısa vadeli görünüm geçici olmaya devam etmektedir. 1999'dan bu yana, Polonya sağlık hizmetleri sektörü birçok başarısız reform girişiminden geçmiş bulunmaktadır.

Polonya sağlık sistemi, AB tarafından oluşturulan çerçeve dahilinde kurulmuş olmasına rağmen, hala devletin iç politikasından güçlü bir şekilde etkilenmektedir. 2003 yılından bu yana, sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Fonu ve yerel yönetimler tarafından finanse edilmekte, denetlenmekte ve kontrol edilmektedir. Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının belirlenmesinde, ilaç geri ödeme listelerinin hazırlanmasında, ilaç fiyatlarının belirlenmesinde, ulusal sağlık programlarının finanse edilmesinde ve uygulanmasında, klinik ve araştırma hastanelerinin ve uzman enstitülerin finansmanında, uzmanlaşmış hizmetlerin finansmanında, bilimsel araştırmaların finansmanında ve sağlık personelinin eğitilmekte kilit rol oynamaktadır. Çoğu kamu sağlık tesisinin finansman organlarının rolü yerel yönetimlerdir. Yerel yönetimler idari bir rol oynarken, Ulusal Sağlık Fonu (NFZ) sağlık hizmeti sağlayıcılarının hizmetlerinin vatandaşlara ulaşması için sözleşmeler yapar. NFZ, Polonya'daki sağlık bakım sisteminin işletme maliyetlerini finanse etmekten sorumludur, yani temel bakım, ayakta tedavi ve yatan hasta bakımı için günlük maliyetler ve ayrıca ilaçlar ve rehabilitasyon ürünleri için geri ödemeler. NFZ, işverenlerin ve çalışanların fiili, güncel katkıları üzerinden çalışmaktadır.

Ekim 2015'te iktidara gelen Polonya'nın mevcut hükümeti Hukuk ve Adalet Partisi, halk sağlığı sektöründe bir dizi reform duyurdu. En önemli düzenlemeler şunları içermektedir:

- Kamu hastanelerinin ticarileştirilmesinin askıya alınması ve halihazırda işleyen devlete ait tesislerin veya yerel yönetim birimlerinin çoğunluğunun özel kuruluşlara satılması yasağı
- Ulusal Sağlık Fonu'nun (NFZ) kaldırılması ve bütçe fonuna geri dönülmesi
- Hastane zincirinin kurulması

Sağlık Bakanı önerilen sağlık reformundaki en önemli değişiklik, NFZ'nin kaldırılması ve sigortadan bütçe finansman sistemine geçiştir. Bu reform dahilinde, tüm Polonya vatandaşları ücretsiz sağlık hizmetlerine erişebilmekte ve sistem doğrudan gelir vergisi gelirlerinden finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik kamu harcamalarının 2018'den başlayarak kademeli olarak artması ve sonunda 2025'te GSYİH'nın% 6'sına ulaşması bekleniyor (mevcut % 4,8'den yukarı). Ayrıca, hastaneler için bireysel hastaneye yatışları ve prosedürleri finanse etmekten uzaklaşmayı içeren yeni bir sözleşme sistemini de içermektedir. Bunun yerine, bahsedilen "hastane ağı" na ait seçilmiş hastaneler, tüm hastalara sağlık hizmetleri sağlamak için tüm yıl boyunca toplu ödeme almaktadırlar. Bir maksimum limit sözleşmesi, hastanelerin gelecek yıl yeterli bütçe alabilmek için yerine getirmeleri gereken minimum limit sözleşmeleriyle değiştirilmiştir. Bu reform kapsamında tüm kamu hastanelerinin "ağ" a dahil edilmesi, harcamaların % 20'sinin mevcut kurallara göre tahsis edilmesi uygulaması getirilmiştir.

Yetersiz fonlar, Polonya sağlık hizmetleri sektörünün temel sorunu olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Kamu kaynaklarından sağlanan sağlık hizmetleri sektörü finansmanı Avrupa'daki en düşüklerden biridir. Kamu harcamalarının çoğu, devlet hastanelerinde gerçekleşen tedavilere ayrılmıştır. Polonya vatandaşlarının sağlık ihtiyaçları ve kamu finansmanındaki başarısızlık, harcamaların çoğunun hanelerin özel kaynaklarından karşılanmasını getirmektedir - sağlık hizmetleri için yapılan tüm harcamaların % 23'ü özel harcamaları oluşturmaktadır. Hanelerin özel harcamalarının çoğu ilaçlara (% 68'in üzerinde), ayakta tedavi hizmetlerine (yaklaşık% 29) ve hastanede tedaviye (yaklaşık% 2) ayrılmıştır.

Ancak, yetersiz fonlama sorunu fonlama seviyesinin artırılmasıyla çözülemeyecektir. Sağlık hizmeti sistemi, fonların daha etkili yönetimini, yatırım ve geliştirme gerektiren alanların tanımlanmasını ve hastaların artan beklentilerinin dengelenmesini ve sağlık hizmeti ödeyen kapasitesi ile ileri tıbbi teknolojinin sağlanmasını gerektirir. Polonya sağlık sisteminin en önemli örgütsel sorunu, merkezi ve oldukça teknelci kamu sigorta piyasasının, yani Ulusal Sağlık Fonu'nun (NFZ) varlığı gibi görünmektedir. NFZ verimsizdir ve yıllık bir kamu finans yönetimi döngüsüne veya belirli bir yıl için her uzmanlıktaki hastaların sınırlarını belirleyerek uzmanları görmek için kuyrukların sürekli olarak uzamasına neden olmaktadır.

Polonyalı hastalar, bir uzmanı ziyaret etmek, temel teşhis veya ameliyat olmak için aylarca beklemekle karşı karşıya. Watch Health Care Foundation'a göre ortopedist (11.2 ay), geriatrist (7.1 ay), romatolog (7 ay), diş hekimi (7 ay), ortodontist (9.5 ay), endokrinolog (9.4 ay), anjiyolog (9 ay), enfeksiyon hastalıkları hekimi (6,9 ay) ve hepatolog (5,7 ay) ile randevu almak en zor olanlarıdır. Ayrıca kalça protezi için bekleme süresi 4 yıl, diz ameliyatı 3.6 yıl ve katarakt ameliyatı 2 yıldır.

Polonya sağlık hizmetleri sistemi için bir diğer önemli zorluk, koordine sağlık hizmeti, hastaya bakma, çok uzmanlı teşhis ve tedavi sistemi oluşturmak ve çeşitli tıbbi kurumların uygun işbirliği ile bunu belirlemektir.

Polonya sağlık sisteminin diğer bir önemli kurumsal sorunu, uzmanlar da dahil olmak üzere doktor eksikliğidir. OECD verilerine göre, Polonya istatistiksel olarak 1.000 ülke sakini başına yalnızca 2.24 hekime sahiptir. Bu, AB ülkeleri arasındaki en zayıf sonuçlardan biridir. Komşu Çek Cumhuriyeti'nde bu gösterge 3,7, Almanya'da 4,1 ve OECD ortalaması 3,3'tür. Artan taleple bağlantılı olarak yeterli doktor eksikliği (Polonyalılar, AB'deki en hızlı yaşlanan nüfustur), tıbbi hizmetlere erişimi daha zor hale getirecektir. Polonya sağlık sektöründeki insan kaynakları kıtlığı, bir yandan emekli olan yaşlı nesillerin ve sağlık çalışanlarının Batı Avrupa'ya göçünün neden olduğu doğal kayıpların bir sonucudur. Öte yandan, OECD ülkeleri dışında kazanılan tıbbi derecelerin tanınması önemli ölçüde engellendiği için, Polonya'daki yeni personel akını çoğunlukla yeni mezunların yurtiçi arzından kaynaklanmaktadır. Polonyalı tıbbi personelin yaş yapısı da oldukça karamsarlığa sevk etmektedir, profesyonel olarak aktif doktorların % 53'ü 50 yaşın üzerindedir ve neredeyse % 15'i 70 yaşın üzerindedir. Göç ölçeği kolayca telafi edilememektedir. Ancak, başka bir AB ülkesinde doktor olarak çalışmak için gerekli olan etik tutuma ilişkin verilen sertifika sayısı vekaletname görevi görebilir. Polonya'nın AB'ye katılımından bu yana

10.000'in üzerinde sertifika verildi. Polonya Tabipler ve Diş Hekimleri Odası, genç doktorların % 37'sinin yurtdışına taşınmayı düşündüğünü tespit eden bir anket sonucu elde etti. Bu, Polonya'daki sağlık personelinin istikrarı için büyük bir tehdittir. Başka bir ülkeye taşınma kararının ana nedenleri şunlardır: işyerinde bürokrasi, uzmanlaşma zorluğu ve son olarak mali konular.

Devam eden bu sorunlar, genel olarak tıbbi malzemelerin satın alınmasını büyük ölçüde etkilemektedir. Buna ek olarak, operasyonel finansman, daha büyük ve daha başarılı Polonyalı şirketler arasında bile, Polonya'da sınırlıdır. Fiyat, Polonya'daki tüm tıbbi ürün alıcıları tarafından dikkate alınan ana faktördür. Kalite, genellikle dikkate alınan bir sonraki unsurdur. Gelişmiş tıbbi ekipman gibi yatırım türü satın alımlar, özel sektör de dahil olmak üzere şu anda sınırlıdır.

Polonya'daki ortalama yaşam beklentisi önemli ölçüde iyileşti. Doğumda kadınlar için 77,5 yıldan 81,1 yıla, erkeklerde ise 66,8 yıldan 73,1 yıla çıktı. Bununla birlikte, Polonya'daki ortalama yaşam süresi, AB ülkeleri için bu önlemin ortalama değerinden daha kısadır (yaklaşık 3,2 yıl daha kısa).

Polonya'da en yaygın ölüm nedenleri kalp damar hastalıkları (% 46), kanser (% 25,3), yaralanmalar, zehirlenme ve kazalar (% 6,2), solunum hastalıkları (% 5,1), sindirim sistemi hastalıkları (% 4,3), ürogenital hastalıklardır (% 1.3), sinir sistemi hastalıkları (% 1.3), intiharlar (% 1.3) ve enfeksiyonlar (% 0.7) şeklindedir. Ayrıca bulaşıcı hastalıklar, özellikle hepatit ve sepsis önemli bir endişe kaynağıdır. Buna ek olarak, yaşlanan Polonya nüfusu ile ilişkili sağlık sorunları konusunda artan bir endişe var. Eurostat'ın tahminlerine göre Polonya, AB'nin en hızlı yaşlanan toplumlarından biri. Polonya'da 65 yaş ve üstü, nüfusun 15,3'ünü oluşturan 5,9 milyondan fazla insan var. Önümüzdeki 20 yılda yaklaşık 3 milyon artarak 8,9 milyon kişiye çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu, yaşlı bakım tesisleri ve uzun vadeli bakım hizmetleri için artan taleple sonuçlanacaktır.

Polonya, Avrupa'daki en yüksek tıbbi yatak oranlarından birine sahiptir (600 / 100.000'den fazla kişi). Verimlilik ve maliyet düşürmeye yönelik beklentiler, yatak-gün doluluk oranının yaklaşık % 80'ine ulaşmak için % 19 oranında azalması beklenen yatak sayısının yeniden düzenlenmesine yol açacaktır. 2016-2019 döneminde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan analize göre jinekoloji ve obstetrikte yılda 570, neonatoloji servislerinde 440, iç hastalıkları bölümlerinde 260 ve çocuk cerrahisinde 94 yatak hizmetten kaldırılacak. Bu öngörülen düşüş, prosedürleri hastane servislerinden ayakta tedavi merkezlerine (bir günlük ameliyatlara) kaydırma eğiliminin yanı sıra daha yaygın teletıp kullanımının bir sonucudur. Avrupa'da hastaneye yatış sayısının çift haneli bir oranda azalmasıyla bu eğilim halihazırda açıkça görülmektedir.

Polonya, küçük ama yetenekli bir tıbbi cihaz üretim sektörüne sahiptir. Ancak, yerel üreticiler yatırım sermayesi ve uygun pazarlama kaynaklarından yoksun oldukları için çok rekabetçi değiller. Bu nedenle, tıbbi ekipman yabancı tedarikçiler için iyi bir olasılıktır. Tıbbi ekipmanın yaklaşık % 85'i ithal edilmektedir. Bununla birlikte, AB dışı tıbbi ekipman üreticileri, Avrupalı şirketlerle güçlü bir rekabetle karşı karşıyadır. AB tedarikçileri, rekabetçi fiyatları ve Polonya için AB yardım paketlerinin mevcudiyeti nedeniyle pazar paylarını artırmışlardır. Polonya, tıbbi ekipmanı öncelikle Batı Avrupa (özellikle Almanya), Amerika Birleşik Devletleri ve Asya'dan (Japonya ve Çin) ithal etmektedir.

Genel olarak, Amerikan ve Alman tıbbi ürün tedarikçileri yüksek kaliteli ürünler konusunda iyi bir üne sahiptir. Bununla birlikte, Polonya pazarında başarıyı belirleyen tek faktör teknolojik avantaj değildir. Bu nedenle, medikal firmaları sağlık sektöründeki son kullanıcıları ve diğer oyuncuları eğitmeye odaklanmalıdır. Başarılı bir ihracatçı, acentesini / temsilcisini pazarlama stratejileri konusunda güçlü bir şekilde desteklemelidir.

Pazara Giriş

Polonya'daki sağlık sektörü pazarı, çoğu zaman girilmesi nispeten zor bir pazarlardan birisi durumundadır. Genel olarak niş ve ucuz ürünlerin başarı şansı daha yüksektir. Fiyatlandırma, bir ürünün Polonya'da satış için konumlandırılmasında en kritik faktördür. Sermayeye erişim çoğu Polonyalı firma için zordur ve ticari işlemler genellikle kendi kendini finanse etmektedir. Fiyat, Polonya'nın sağlık hizmetleri pazarında kaliteden daha önemli bir faktördür.

İkinci faktör, yerel servis ve yedek parça mevcudiyetidir. Kalite, genellikle ithal tıbbi cihazların potansiyel alıcılarının çoğu tarafından dikkate alınan üçüncü unsurdur. Diğer bir satış yapma faktörü hızlı teslimattır.

Yeni ürünleri başarılı bir şekilde tanıtmak, zaman ve maliyet açısından önemli bir yatırım gerektirmektedir. Pazarda yaygın olarak benimsenmesi için kapsamlı pazarlama ve eğitim kampanyaları önerilir. Polonyalı acenteler / distribütörler, yabancı üreticilerin tıbbi ticaret fuarlarında, seminerlerde ve konferanslarda yeni ürünlerle ilgili farkındalığı artırmak için pazarlama harcamalarına kapsamlı bir şekilde yardımcı olmalarını beklemektedir. Polonya'da, bazı daha büyük, daha başarılı tıbbi ürün tedarikçileri arasında bile işletme sermayesi sınırlıdır.

Polonya'da tıbbi öneriler, sağlık hizmetleri / tıbbi ürünler ve ilaçlarla ilgili en önemli bilgi kaynağıdır, bu nedenle doktorları yeni ürünler hakkında iyi bilgilendirmek iyi bir pazarlama stratejisidir. Buna ek olarak, doktorlar tıbbi konferanslardan ve seminerlerden bilgi alırlar ve eğitilmiş temsilcilerin/acentaların ihtiyaçlarını karşılayan ürünü satın almalarına yardımcı olmak için müşteri sorularını yanıtlamalarını beklerler.

Kamu hastaneleri için tıbbi ekipman ve malzemeler, rekabetçi bir ihale süreciyle satın alınır. Kamu hastaneleri ve kliniklerinin sahipleri (yerel yönetimler), ekipman satın alımları dahil olmak üzere büyük yatırımları finanse ediyor; ancak, yerel yönetimlerin bütçe kısıtlamaları bu tür harcamaları kısıtlamıştır. Sağlık Bakanlığı, klinik ve araştırma hastaneleri ile ihtisas enstitülerini doğrudan finanse etmektedir. Ayrıca her yıl Sağlık Bakanlığı ekipman alımlarının finansmanı için "Sağlık Politika Programı" aracılığıyla belirli bir miktar para ayırmaktadır. Bu fonlar ihale prosedürleri yoluyla kamu hastanelerine ve kliniklere dağıtılır. "Sağlık Politikası Programı", ülkedeki sağlık bakımı için en önemli konuları ana hatlarıyla belirler. Bu eyalet sağlık politikası programı, Sağlık Bakanlığı tarafından özel ilgi görmekte ve merkezi bütçeden teminat garantisi vermektedir. Programın geliştirilmesi genellikle ekipman satın alımlarıyla doğrudan bağlantılıdır. Özel klinikler, tıbbi ekipman ve malzemeleri diledikleri herhangi bir kaynaktan veya seçtikleri herhangi bir ticari organizasyon aracılığıyla satın alabilirler. Sağlık sektöründeki kötü finansal duruma rağmen, tıbbi ekipman alımları yapılmakta, ancak belirli bir satın alma modeli tespit edilmemiştir.

Güncel Piyasa Eğilimleri

Polonya'da halk sağlığı hizmetlerinin en son yeniden yapılandırılması, kısa süreli ve ayakta tedavi tesislerinin kurulmasıyla sonuçlandı. Bu değişiklik, gelişmiş teşhis tekniklerinin ve yeni cerrahi prosedürlerin uygulanmasını gerektirdi ve bu da yeni ekipman için bir talep yarattı. Ayrıca, Polonya'da özel sağlık sektörünün gelişmesi, ekipman ihtiyacını ortaya çıkarttı. Özel sektör en çok ayakta tedavi, rehabilitasyon ve spa / sağlık bakımında aktiftir. Aynı zamanda en yüksek büyüme oranına ve satın alma gücüne sahip sektördür. Bununla birlikte, gelişmiş tıbbi ekipman gibi yatırım türü satın alımlar sınırlı kalmıştır.

Fırsatlar

Hastanede kalış süresini azaltan ürünler, (kamu) hastane sektörünün kapasite sıkıntısı ve mali sıkıntılar göz önünde bulundurularak sıcak karşılanacaktır. Leasingli ürünler popüler ve yaygın bir uygulamadır;

Geleneksel ürün tedariki ile birlikte gelen mali yükü azaltmak için bu tür finansman planları veya diğer alternatif programlar sunabilen şirketler kesinlikle işbirliğine hevesli müşteriler bulacaktır.

Talep olması beklenen belirli ürünler:

- • Gelişmiş teşhis ekipmanı (nükleer tıp) ve teşhis kitleri
- • Özellikle minimal invaziv müdahaleler için cerrahi ekipman
- • Hasta izleme sistemleri
- • Kardiyovasküler ve onkoloji tedavileri ve ilgili cihazlar
- • Evde bakım için huzurevlerine ve yardımlardan ortopediye kadar yaşlı bakımı ürünleri
- • Enfeksiyon önleyici ürünler ve güvenlik ürünleri. Bu özellikle hepatit, sepsis ve diğer bulaşıcı hastalıklarla ilgili endişeden kaynaklanmaktadır.

Pazardaki Rakipler/Oyuncular

Polonya tıbbi ekipman pazarı hızla ve birçok farklı yönde büyümektedir. Bunun nedeni, hem büyüyen bir iç pazar hem de giderek daha rekabetçi hale gelen ve yurtdışı pazarlara açılmaya başlayan şirketlerden kaynaklanmaktadır. Polonya tıbbi ekipman endüstrisi tarafından üretilen başlıca ihraç ürünleri arasında biyo-elektronik cihazlar, ameliyathane ekipmanı, rehabilitasyon ekipmanı, cerrahi aletler ve tıbbi görüntüleme teknolojilerini kullanan cihazlar bulunmaktadır. Sektörün en gelişen dallarından biri, yaşamsal işlevlerin izlenmesinde kullanılan biyo-elektronik ekipman üreticilerinden (hasta monitörleri, izleme ve veri iletimi işlevine sahip defilatörler, EKG ekipmanı, Kılıf kaydediciler, spirometreler vb.) oluşmaktadır. İzleme cihazları, ayrı cihazları merkezi bir izleme sistemine entegre eden ağ çözümleri olarak da ihracat pazarlarına sunulmaktadır.

İthalat, yerel tıbbi ekipman pazarının temel bir bileşeni olmaya devam etmektedir ve Polonya'da kullanılan tüm tıbbi ekipmanın yaklaşık % 85'i ithal edilmektedir. Bu nedenle, tıbbi ekipman genel olarak yabancı tedarikçiler için iyi bir olasılıktır, ancak ülkemiz tıbbi ekipman üreticileri, ABD ve özellikle de Avrupa şirketlerinden gelen güçlü rekabetle karşı karşıya bulunmaktadır. AB tedarikçileri, rekabetçi fiyatları ve Polonya için AB yardım paketlerinin mevcudiyeti nedeniyle pazar paylarını artırmaktadırlar.. Polonya tıbbi ekipmanı öncelikle Batı Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri ve Asya'dan (Japonya ve Çin) ithal etmektedir.

Güncel Pazar Talebi

Polonya'da sağlık hizmetleri için finansman, esas olarak, toplam harcamaların ortalama % 70'ini oluşturan halk sağlığı sigortası sisteminden sağlanmaktadır. Polonya GSYİH'nın yalnızca % 4,8'ini sağlık hizmetlerine harcadığı için kamu finansmanı bir sorun olmaya devam etmektedir. Diğer AB ülkelerinde gözlemlenen düzeyin altında kalmaktadır; sağlık sektöründe sadece Romanya ve Bulgaristan daha az harcamaktadır. Bu, kamu hastanelerinde ve diğer sağlık tesislerinde gerekli olan tıbbi ekipman ve iyileştirmelerin maliyetini tam olarak kapsamamaktadır.

Ulusal Sağlık Fonu (NFZ) 2018 mali planında ve sonrasındaki mali planlarda yıllık 77,5 milyar PLN gelir öngördü ve bunun % 95'i sağlık hizmetlerine harcanması kararlaştırılmıştı. Bununla birlikte, çeşitli uzmanlar bu değerlerin uygulanabilir olup olmadığı konusunda endişelerini dile getirdi. Yakın zamanda başlatılan "Rodzina 500+" programı, emeklilik yaşının düşürülmesi ve devam eden nüfus yaşlanması, aktif işgücü miktarını olumsuz etkileyebilir. Maaşların artması bile katkı payı ödeyenlerin sayısındaki düşüşü telafi etmeyebilir. Kamu sigorta kurumunun gelirlerinde ve harcamalarında ortaya çıkan farklılıklar, orta ve uzun vadede sağlık yardımlarının değerlendirilmesinde bir düşüşü gerektirebilir ve sonuç olarak sektördeki marjları azaltabilir.

Polonya'da, tıbbi ekipmanın son kullanıcıları hizmet sağlayıcıların kendileridir. Hizmet sağlayıcılar arasında kamu hastaneleri (Polonya'daki en büyük sağlık hizmetleri sektörü), özel klinikler ve özel doktor muayenehaneleri bulunmaktadır. Özel sektör, esas olarak büyük şehirlerde büyümesine rağmen gelişmeye devam etmektedir. Özel bir klinikteki ortalama hasta ile kamu hastaneleri ve tıbbi tesislerdeki ortalama hasta arasındaki fark dikkate alınmalıdır. Kamu sektörü, ilaç alımları ve ilaçlar dahil tıbbi malzemeler için yıllık fon almaktadır. Özel kurumlar, arz ve talebe dayalı bir ürün stoğu tutmaya çalışmaktalar ve genellikle iyi pazarlanırsa yeni bir teknoloji veya yeniliğe daha iyi yanıt vermektedirler.

Polonya'da yaklaşık 190 bin yatak sunan ve yaklaşık 7,9 milyon hastayı tedavi eden 980 genel hastane bulunmaktadır. Genel hastanelerde 100.000 kişiye yatak oranı 489 olup, önceki dönemlere göre azalmıştır. Yalnızca genel hastaneler değil, aynı zamanda psikiyatri hastaneleri ve ayakta tedavi merkezleri de dahil olmak üzere toplam tıbbi yatak sayısı 658 / 100.000 kişi olup, AB ortalamasının önemli ölçüde üzerindedir (526). Özel hastanelerin sayısı 2010'da 300'ün altından 2016'da 560'a yükselmiş ve bu sayının son dönemlerde 700'e ulaştığı bildirilmektedir. Bununla birlikte, özel kuruluşların kamu hastanelerinde çoğunluk hisselerini satın almasını yasaklayan ve ticarileştirme sürecini onaylamayan yeni mevzuat göz önüne alındığında, kamu hastanelerinin özel kuruluşlara dönüşümü büyük olasılıkla önümüzdeki yıllarda yavaşlayacak ve hatta duracaktır. Dahası, halihazırda mevcut olan özel hastaneler için büyük bir tehdit var. Özel hastanelerin çoğu, tıbbi hizmet için NFZ ile sözleşmeler imzalamaktaydılar. Yeni yetkililer tarafından belirtilen kamu tüzel kişiliğine kayırcı ve olumlu muamele, bu sözleşmelerin gelecekte yenilenmemesi açısından büyük bir risk oluşturmaktadır. Çalışanların ve bakmakla yükümlü olduğu ailelerinin oldukça büyük bir çoğunluğu kamu sigorta kurumu kapsamında olması özel hastanelerin veya kliniklerin bu tür bir anlaşma olmaksızın ayakta kalabilmeleri zor olacaktır. Özellikle iktidardaki PiS ve kolasyon ortaklarının populist yaklaşımları işi daha da zor hale getirecektir.

Halk sağlığı hizmetlerinin yetersizliği ve uzman doktorlar ve cerrahi tedaviler için uzun kuyrukların ortadan kaldırılabilmesine yönelik hızlı bir değişim beklentisi olmaması nedeniyle, Polonyalılar (özellikle nüfusun zengin bir kısmı) doktor randevuları, hastanede bir gece kalışlar ve rehabilitasyon tedavileri için ceplerinden gün ödeme yapmaya daha karardır. Nüfusun yaşlanması, sağlık hizmetlerinde uzun vadeli ve rehabilite edici bakım tesislerinde, geriatride önemli bir artışla sonuçlanacaktır. Bu nedenle, fizyoterapist hizmetlerine ve yaşlılara yönelik evde bakım ekipman ve hizmetlerine olan talepte büyük bir artış beklenmektedir.

Ürün Kayıt Süreci

Polonya, Avrupa Birliği'nin bir üyesi olduğu için, tıbbi ekipman ithalat düzenlemeleri, Avrupa Birliği'nin temel güvenlik, sağlık ve çevre gereksinimlerini kapsayan Tıbbi Cihaz Direktifleri ile uyumlu hale getirilmiştir. Tüm ayrıntılar http://ec.europa.eu/health/home_en webi sitesinde mevcuttur - "tıbbi cihazlar" (medical devices) yazmak için arama seçeneğini kullanın.

Yeni yaklaşıma dayanarak, tıbbi cihazların güvenliği ve performansına ilişkin kurallar 1990'larda AB'de uyumlu hale getirildi. Temel yasal çerçeve 3 direktiften oluşur:

Aktif vücuda yerleştirilebilir tıbbi cihazlarla ilgili Direktif 90/385 / EEC,

Tıbbi cihazlarla ilgili Direktif 93/42 / EEC ve

In vitro tanı amaçlı tıbbi cihazlarla ilgili Direktif 98/79 / EC.

İnsan sağlığı ve güvenliğinin yüksek seviyede korunmasını ve tek pazarın iyi işleyişini sağlamayı amaçlarlar. Bu üç ana direktif, 2007/47 / EC Direktifinin getirdiği son teknik revizyon da dahil olmak üzere, çeşitli değiştirme ve uygulama direktifleri ile zaman içinde tamamlanmıştır. Ayrıntılar için lütfen şu sayfaya bakın:

http://ec.europa.eu/health/home_en –

"düzenleyici çerçeve" (regulatory framework) yazmak için arama seçeneğini kullanın.

Avrupa standart kuruluşları tarafından benimsenen ve AB Resmi Gazetesinde uyumlaştırılmış standartlar olarak yayınlanan standartlara göre üretilen ürünlerin, AB Direktiflerinin gerekliliklerine uygun olduğu varsayılır. Üretici daha sonra CE İşareti uygular ve bir uygunluk beyanı verir. Bunlarla birlikte, ürünün Polonya dahil Avrupa Birliği içinde serbestçe dolaşmasına izin verilir.

Ülkemiz medikal sektör üreticileri ve ihracatçıları, Polonya'daki elektrik voltajının 220 ve mevcut frekansın 50 Hz olduğunu bilmelidir. Güç kabloları ve fişler Polonya standartlarına uygun olmalıdır. Etiketleme ve kullanım talimatları (kullanım kılavuzu) Lehçe dilinde olmalıdır.

Polonyalı distribütörlerin ve tıbbi cihaz ithalatçılarının, aşağıda web-stesi linki verilen Tıbbi Ürünlerin, Tıbbi Cihazların ve Biyosit Ürünlerinin Tescil Ofisi (Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocide Products) ile ürün beyanı veya bildirim almaları gerekmektedir.

(Urzad Rejestracji Produktow Leczniczych, Wyrobow Medycznych i Srodkow Biobojczych)
<http://www.urpl.gov.pl/en> veya <http://www.urpl.gov.pl>

Geri ödemeler

Bir tıbbi ürün kaydı, Avrupa İlaç Ajansı (EMA) veya Tıbbi Ürünler, Tıbbi Cihazlar ve Biyosidal Ürün Kayıt Bürosu (<http://www.urpl.gov.pl/pl>) tarafından verilir. Geri ödeme onay süreci Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından gerçekleştirilir ve ilaç şirketlerinin bir geri ödeme gönderim formunu doldurmasını gerektirir. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Ajansı - AOTM (<http://www.aotm.gov.pl/www/>), Sağlık Bakanlığı'na bir danışma organı olarak kurulmuştur. Görüşünün Sağlık Bakanlığı için çok önemli olduğu söyleniyor, ancak uygulamadaki kararlar her zaman tutarlı değil (Sağlık Bakanlığı tarafından AOTM'nin olumsuz görüşü olmadan veya olumsuz görüşle verilen geri ödeme, olumlu görüş olduğunda Sağlık Bakanlığı tarafından geri ödeme yapılmamakta).

Polonya'nın karmaşık geri ödeme sistemi çeşitli revizyonlardan geçti. Şu anda, çeşitli geri ödeme seviyeleri vardır: sabit oran (R) - hasta, 10 PLN'lik temel bir reçete ücreti öder - ürün başına yaklaşık 2,70 USD; temel liste ilaçları,% 0 (geri ödenmemiş),% 30 katkı payı,% 50 katkı payı ve% 100 ödeme için geçerlidir. Yakın zamanda yaşlılar için ilaçlar için ayrı bir geri ödeme listesi (yeni bir "S" kategorisi - ücretsiz) oluşturuldu ve zamanla genişletilecektir. Liste esas olarak, sürekli olarak kullanılan ve hastalar için önemli bir uzun vadeli maliyet yükü olabilecek, kronik hastalığa odaklanan yaşlı hastalar arasında yaygın olarak kullanılan ilaçlardan oluşmaktadır. Program, 75 yaş üstü Polonya vatandaşları ve ilaç endüstrisi üzerinde önemli bir etkiye sahip olacak. Yeni kanunun yaşlılar için cepten ilaç harcamalarını en az % 40 azaltığı tahmin edilmektedir.

Engeller

Polonya, Avrupa Birliği'nin bir üyesi olduğu için, tıbbi ekipman ithalat düzenlemeleri, Avrupa Birliği'nin temel güvenlik, sağlık ve çevre gereksinimlerini kapsayan Tıbbi Cihaz Direktifleri ile uyumlu hale getirilmiştir. Avrupa standart kuruluşları tarafından benimsenen ve AB Resmi Gazetesinde uyumlaştırılmış standartlar olarak yayınlanan standartlara göre üretilen ürünlerin AB Direktiflerinin gerekliliklerine uygun olduğu varsayılır. Üretici daha sonra CE İşareti uygular ve bir uygunluk beyanı verir. Bunlarla ürünün Avrupa Birliği içinde serbestçe dolaşmasına izin verilir.

Genel olarak, Polonya'da kullanılmış tıbbi ekipmanın devlete ait veya özel tıbbi tesisler tarafından satışı veya ithalatı konusunda herhangi bir kısıtlama yoktur, ancak kullanılmış tıbbi ekipman için pazar fırsatları nispeten küçüktür.

Devlet hastaneleri ve klinikleri için tıbbi ekipman, rekabetçi bir ihale süreciyle satın alınır. İhaleler, satın alma yetkilileri tarafından doğrudan veya İnternet kaynakları (ör. <http://www.przetargimedyczne.com/>) aracılığıyla açıkça duyurulur. Özel klinikler, tıbbi ekipmanı istedikleri herhangi bir kaynaktan veya seçtikleri herhangi bir ticari kuruluş aracılığıyla satın alabilirler ancak belirli bir satın alma modeli tanımlanmamıştır. Tıbbi ekipmanların kiralanması Polonya'da, özellikle artan sayıda özel klinikler ve özel tıbbi tesisler arasında giderek daha popüler hale geldi.

Bununla birlikte, Polonya Parlamentosunda (Sejm) kabul edilen "Eczacılar için Eczane" tasarısının, eczane zinciri pazarını esasen donduracağını, gelecekteki genişlemeyi önleyeceğini ve eczane satış noktalarının gelecekteki satışlarını engelleyeceğini unutmamak gerekmektedir. Tasarı 25 Haziran 2017'de yürürlüğe girdi. Tasarıdaki önemli sahiplik kısıtlamaları, yabancılara ait zincirler için değerlemelerde keskin düşüslere yol açacaktır. Bununla birlikte, Polonyalı eczane zincirlerinin çoğu da zarar görecektir. Eczane zincirlerinin, tek bir eczacıya veya tek mal sahibine ait eczanelerden hem geri ödeme listesi içinde hem de dışında ilaçlara daha fazla erişim, daha iyi müşteri hizmeti ve ortalama olarak daha düşük fiyatlar sağladığı yaygın olarak kabul edilmektedir.

Tedarik ve ihaleler

Polonya'da, tüm kamu ihaleleri Kamu İhale Ofisi tarafından yayınlanan bir kamu ihale bülteni "Biuletyn Zamowien Publicznych" ile duyurulur: <https://www.uzp.gov.pl/>

Sağlık Bakanlığı, kamu ihalelerini <https://www.gov.pl/zdrowie/zamowienia-publiczne> web sitesinde duyurmaktadır.

Ayrıca hastaneler ve tıbbi tesisler (klinikler, laboratuvarlar, araştırma enstitüleri vb.) İhale tekliflerini Kamu Bilgilendirme Bültenlerinde web sitelerinde duyurmaktadır.

Ticari Tanıtım Etkinlikleri

Etkinliğin adı: SALMED

Yer: Poznan

İngilizce web sitesi: (<http://www.salmed.pl/en/>) veya <http://www.salmed.pl/> - İngilizceye geçin

Açıklama: Polonya'daki sağlık / tıp endüstrisi sektörüne yönelik en büyük etkinlik, yılda iki kez Poznan MTP fuar alanında düzenlenmekte idi.

SALMED yaşanmakta olan Covid-19 pandemisi nedeniyle askıya alınmıştı ancak 23-25 Mart 2022 tarihinde Poznan'da gerçekleştirilecek.

Tıbbi cihaz ve malzeme sektöründeki diğer fuarlar ve konferanslar:

Etkinliğin adı: CEDE

Yer: Lodz

İngilizce web sitesi: <https://www.cede.pl/en/> veya <https://www.cede.pl/> - İngilizceye geçin

Açıklama: Daha önceleri her yıl Poznan MTP fuar alanında düzenlenen dış endüstrisi sektörüne yönelik Orta ve Doğu Avrupa konferansı ve fuarı bu yıl 16-18 Eylül 2021'de Lodz şehrinde gerçekleştirilecektir.

Etkinliğin adı: Uluslararası Hastane ve Sağlık Yönetimi Konferansı

Yer: Varşova İngilizce web sitesi: <http://www.pfsz.org/category/konferencje/>

Açıklama: Polonya Hastane Federasyonu tarafından her yıl düzenlenen Uluslararası Hastane ve Sağlık Yönetimi Konferansı, Polonya'daki türünün en büyüğüdür ve üst düzey hastane yöneticileri, politika yapımcılar, uzmanlar ve endüstri liderleri katılır. Konferans hastane yöneticilerine, hastane sahiplerine, yatırımcılara ve sağlık sektörüne yöneliktir. Son etkinlik 21-22 Haziran 2018'de gerçekleşti. Yaşanmakta olan Covid-19 pandemisi nedeniyle etkinlik askıya alınmıştı ve henüz yeni bir tarih öngörülmemiştir.

Hükümet Bağlantıları:

- Sağlık Bakanlığı <http://www.mz.gov.pl/>
- Ulusal Sağlık Fonu <http://www.nfz.gov.pl/>
- Tıbbi Ürünlerin, Tıbbi Cihazların ve Biyosit Ürünlerinin Kayıt Bürosu http://www.urpl.gov.pl

Sıkça Sorulan Sorular

1. Polonya'da yalnızca yerel bir distribütörle çalışmak gerekir mi?

Evet, yerel bir temsilci/distribütör ile çalışmak genel bir uygulamadır. Yabancı tedarikçilerden doğrudan alımlar çok sıra dışıdır. Firmalarımızın gerekli yardımı sağlayabilecek yerel temsilci belirlemeleri önerilir. İyi bağlantılara sahip saygın bir temsilci, önemli ve zamanında bilgi sağlayabilir ve bu bilgiler genellikle kamuya açık kaynaklardan kolayca elde edilemez. Karmaşık ihale prosedürleri, ithalat yönetmelikleri ve tıbbi ürünler kayıt prosedürü açısından ek hususlar temin edilmelidir

2. Tıbbi cihaz satışlarının çoğu ihale yoluyla mı yapılıyor?

Kamu hastaneleri için tıbbi ekipman ve malzemeler, rekabetçi bir ihale süreciyle satın alınır. Tüm teklifler bir kamu alımları bülteninde ilan edilir. Özel klinikler, tıbbi ekipman ve malzemeleri diledikleri herhangi bir kaynaktan veya seçtikleri herhangi bir ticari organizasyon aracılığıyla satın alabilirler. Sağlık sektöründeki kötü finansal duruma rağmen, tıbbi ekipman alımları yapılmakta, ancak belirli bir satın alma modeli tespit edilmemiştir. Polonya'da, özellikle özel kliniklerin ve özel tıbbi tesislerin sayısının artmasıyla birlikte, tıbbi ekipmanların kiralanması giderek daha popüler hale geldi.

3. Yerel piyasa koşulları nelerdir?

Polonya'daki sağlık sektörü pazarı, çoğu durumda girilmesi nispeten zor bir pazardır. Genel olarak niş ve ucuz ürünlerin başarı şansı daha yüksektir. Fiyat, Polonya'nın sağlık hizmetleri pazarında kaliteden daha önemli bir faktördür. İkinci faktör, yerel servis ve yedek parça mevcudiyetidir. Kalite, genellikle ithal tıbbi cihazların potansiyel alıcılarının çoğu tarafından dikkate alınan üçüncü unsurdur. Diğer bir satış yapma faktörü hızlı teslimattır. Yeni ürünleri başarılı bir şekilde tanıtmak, zaman ve maliyet açısından önemli bir yatırım gerektirir. Pazarda yaygın olarak benimsenmesi için kapsamlı pazarlama ve eğitim kampanyaları önerilir. Polonyalı acenteler/distribütörler, yabancı üreticilerin tıbbi ticaret fuarlarında, seminerlerde ve konferanslarda yeni ürünlerle ilgili farkındalığı artırmak için pazarlama harcamalarına kapsamlı bir şekilde yardımcı olmalarını beklemektedir. Polonya'da, bazı daha büyük, daha başarılı tıbbi ürün tedarikçileri arasında bile işletme sermayesi sınırlıdır.

4. Polonya'daki ithalat düzenlemeleri nelerdir?

Polonya, Avrupa Birliği'nin bir üyesi olduğu için, tıbbi ekipman ithalat düzenlemeleri, Avrupa Birliği'nin temel güvenlik, sağlık ve çevre gereksinimlerini kapsayan Tıbbi Cihaz Direktifleri ile uyumlu hale getirilmiştir. Avrupa standart kuruluşları tarafından benimsenen ve Resmi Gazetede uyumlaştırılmış standartlar olarak yayınlanan standartlara göre üretilen ürünlerin AB Direktiflerinin gerekliliklerine uygun olduğu varsayılır. Üretici daha sonra CE İşareti uygular ve bir uygunluk beyanı verir. Bunlarla ürünün Avrupa Birliği içinde serbestçe dolaşmasına izin verilir.

Polonya'da Sağlık

Polonya'da sağlık hizmetleri Sigorta tabanlıdır ve Narodowy Fundusz Zdrowia adı verilen ve "sigortalı" kategorisine girmeleri koşuluyla Polonya'nın tüm vatandaşları için ücretsiz olan (genellikle işverenleri tarafından ödenen sağlık sigortalarına sahip oldukları anlamına gelen sigortalı kişi, eşi veya çocukları), kamu tarafından finanse edilen bir sağlık sistemi aracılığıyla sunulur. Polonya Anayasası'nın 68. Maddesine göre herkesin sağlık hizmetlerine erişim hakkı vardır. Vatandaşların, kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemine eşit erişim hakkı vardır. Hükümet özellikle küçük çocuklara, hamile kadınlara, engellilere ve yaşlılara ücretsiz sağlık hizmeti sağlamakla yükümlüdür.

Bununla birlikte, özel sağlık bakımı Polonya'da çok yaygındır. Sigortasız hastalar, tıbbi hizmetlerin tam maliyetini ödemek zorundadır. CBOS tarafından 2016 yılında yapılan bir araştırmaya göre, ankete katılan hastaların % 84'ünün % 40'ı hem özel hem de kamu sağlık hizmetlerini kullandığını, % 37'si sadece kamu sağlık hizmetlerini kullandığını ve % 7'si sadece özel sağlık hizmetlerini kullandığını beyan etmiştir. Özel sağlık hizmeti kullandığını beyan eden tüm yanıt verenlerin % 77'si kamu sağlık hizmetlerini uzun süre beklemekten kaynaklandığını belirtmektedirler.

Finansman ve sağlık harcamaları

Sağlık hizmetlerinin ana finansman kaynağı Ulusal Sağlık Fonundaki sağlık sigortasıdır. Vatandaşlar, kişisel gelirden % 9 düşülen sigorta ücretlerini (yeniden dağıtılan vergi) ödemekle yükümlüdür (% 7,75 vergiden düşülür, sigortalı tarafından karşılanan % 1,25 doğrudan Ulusal Sağlık Fonuna gider). Ulusal bütçe, tüm sağlık bakımı harcamalarının yaklaşık % 5'ini karşılamaktadır. 2007 yılından bu yana acil kurtarma hizmetleri toplamda ulusal bütçeden finanse edilmektedir. Polonya'daki sağlık harcamalarının yaklaşık % 70'i Ulusal Sağlık Fonu tarafından karşılanmakta olup, geri kalan % 30'u özel sağlık sigortasından gelmektedir.

Yönetim Yapısı

Halk sağlığı sisteminin yönetimi, Sağlık Bakanı ile üç düzeyde bölgesel özyönetimler arasında bölünmüştür. Bunun sorunlara cevabı geciktirdiği öne sürülmüştür.

Polonya'daki sağlık sisteminin yapısı şu yasalarla düzenlenir:]

Mevzuat	Kanunu no
Tıbbi Faaliyet Yasası	Dz.U. z 2018 r. poz. 160
Sağlık Hizmetlerinin Kamu Kuruluşu Hakkında Kanun	Dz.U. z 2018 r. poz. 1510
Hasta Hakları ve Hastalar Ombudsmanı Yasası	Dz.U. z 2017 r. poz. 1318

Narodowy Fundusz Zdrowia, Polonya Ulusal Sağlık Fonudur.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları

- Ekonomik operatör olarak işlev gören sağlık hizmetleri birimleri
- Kendi kendine yeten halk sağlığı bakım birimleri: araştırma enstitüleri, vakıflar, dernekler ve kiliseler.
- Özel sağlık bakımı: tıp, hemşirelik, doğum görevlisi, diş hekimliği
- İlaç depoları

Birincil bakım

Sağlık hizmetleri sisteminin temeli, en çok aile sağlığı uzmanı olan birinci basamak hekimidir. Belirlenmiş hastalar için tedavi yapmaktan ve önleyici tedbirler almaktan sorumludurlar. Hastalık bir uzmanın müdahalesini gerektiriyorsa, ilk irtibat doktoru bir hastaneye veya başka bir sağlık bakım birimine sevk yapar. Birinci basamak ameliyatları pazartesten cumaya 08:00-18:00 saatleri arasında açıktır. Diğer zamanlarda Narodowy Fundusz Zdrowia'nın 24 saat tıbbi hizmet birimleriyle sözleşmeleri vardır.

Birinci basamak sağlık muayenehanelerinde 24 saat sağlık hizmeti veren birimlerin adres ve telefon numaraları mevcuttur. Onkoloji, jinekoloji, psikiyatri, diş hekimliği veya cinsel yolla bulaşan hastalıklar için sevk gerekmemektedir. Tüm diş tedavileri sağlık sigortası kapsamında değildir.

Kontrol ve denetleme kurumları

- Ulusal Sıhhi Muayene (sanepid)
- Ulusal Farmakolojik Muayene
- Hasta Ombudsmanı
- Halk Sağlığı Voyvodalık Merkezleri
- Ulusal sağlık programlarının oluşturulması ve yürütülmesinden, genel sağlık durumunun kontrolünden ve denetiminden Sağlık Bakanlığı sorumludur

Sağlık hizmetlerine erişim

27.08.2004 tarihli Sağlık Hizmetleri Kamu Kuruluşları Hakkında Kanun 240'a göre; sağlık sigortası olduğunu belirten Sigorta kartı, çalışan aile üyeleri için Sigorta kartı veya bir Emeklilik kartı gibi bir belge sunması halinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilir.

Aşağıdakilere erişim sağlamak için referens veya sevk gereklidir:

- hastanede tedavi
- iyileştirici tedavi
- rehabilitasyon
- kronik hastalık bakımı

Hastalar için sevk gerekli olmayan durumlar:

- tüberküloz hastası
- HIV ile enfekte
- savaşçılar, savaş sakatlıkları ve baskı kurbanları
- savaş mağduru iseler kör siviller

- Ayrıcalıklı askerler, ülke sınırları dışındaki görevleri yerine getirirken yaralanma ve enfeksiyonların tedavisi durumunda gaziler
- uyuşturucu ve alkol bağımlısı
- organ bağıışı için tıbbi muayene yaptıranlar

Acil tıbbi hizmetler

Polonya'daki Acil Sağlık Hizmetleri (Lehçe: Ratownictwo Medyczne, RM), Polonya şehirleri ve ilçeleri tarafından sağlanan ambulans hizmeti de dahil olmak üzere kamu, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri hizmetidir. Hizmetler tipik olarak yerel, kamu tarafından işletilen hastane tarafından sağlanır ve genellikle Polonya hükümeti tarafından finanse edilir. Bazı durumlarda, hastaneler hizmetleri özel operatörlere devreder. Kamu tarafından finanse edilen hizmetlere ek olarak, bağımsız olarak çalışan çeşitli kar amaçlı özel ambulans hizmetleri vardır.

Sorunlar

Polonya'daki sağlık sistemi uzun yıllardır sorunlar yaşamaktadır. Euro sağlık tüketici endeksi 2018'e göre Polonya 35 ülke arasında 32. sıradaydı. Sağlık Tüketici Endeksi 2016'da listelenen başlıca sorunlar şunlardır:

- Uzman hekime erişim zorluğu (özellikle hastanede tedaviye) ve sağlık hizmetlerini uzun süre beklemek: 90 günden sonrasına planlanmış ciddi ameliyat, 21 günden sonrasına fazla kanser tedavisi, 7 günden sonrasına tomografi
- kanser tedavisinde kötü sonuçlar: modern ilaçlara erişim yok ve yüksek ölüm oranı
- sağlık bilgilerinin dijital yapısı: elektronik reçeteler ve sevklerle ilgili zorluklar, muayene sonuçlarına veya yetkili hekim listesine erişimin olmaması

POLONYA SAĞLIK PROFİLİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

Kaynak: State of Health in the EU, Country Health Profile 2019

1.Öne Çıkanlar

Polonya nüfusu, Avrupa'daki en düşük yaşam beklentilerinden birine sahiptir. Sosyal Sağlık Sigortası sistemi, geniş bir yardım kapsamına erişim sağlar, ancak en önemlisi ayakta tedavi ilaçları için önemli tedarik boşlukları bulunmaktadır. Sağlık sistemi, hastane bakımına aşırı derecede güvenme eğilimindedir ve sağlık çalışanları, özellikle de birinci basamak doktorları, eksikliği ile karşı karşıyadır. Mevcut reform öncelikleri arasında bakım koordinasyonunun iyileştirilmesi, hastane bakımının rasyonel hale getirilmesi ve ayakta tedavi hizmetinin güçlendirilmesi yer almaktadır.

Sağlık durumu

77,8 yıl ortalama yaşam. Doğuşta beklenen yaşam süresi 2000'den bu yana önemli ölçüde arttı, ancak AB ortalamasının üç yıl altında bulunmaktadır. Erkekler ve kadınlar arasındaki yaşam beklentisi ve eğitim düzeyine göre farklılıklar Avrupa'nın en yükseklerindedir. İskemik kalp hastalığı hala ana ölüm nedenidir, onu inme ve akciğer kanseri izlemektedir. Çarpıcı bir şekilde, 65 yaşın üzerindeki Polonyalıların yarısından fazlası, AB'deki beşte birine kıyasla depresyon semptomları bildiriyor.

Risk faktörleri

Davranışsal risk faktörleri, Polonya'daki tüm ölümlerin neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Sigara içme oranları azalmış ve akciğer kanserinden ölüm oranının düşmesine katkıda bulunmuş, ancak AB ortalamasının üzerinde kalmıştır. Yetişkinler arasında aşırı içki içmek AB ortalamasının biraz altında ancak gençler arasında artış göstermektedir. Obezite oranı da AB ortalamasının üzerinde bulunmaktadır. Özellikle çocuklarda obezite oranı 2001'den bu yana iki katından fazla arttı.

Sağlık sistemi

Kişi başı 1 507 Avro ile, Avrupa'daki diğer ülkelere kıyasla sağlık harcamaları düşüktür ve bu boşluk yakın gelecekte kapanacak gibi görünmemektedir. 2017'de Polonya, AB genelinde ortalama % 9,8'e oranına kıyasla GSYİH'sinin % 6,5'ini sağlık için harcadı. Bu harcamaların neredeyse % 70'i kamu kaynaklarından geldi ve bu oranda AB ortalamasından (% 79)daha düşük bir paya sahiptir. Geri kalanı ağırlıklı olarak, özellikle ayakta tedavi ilaçları için hanehalkı tarafından ceplerinden ödenmektedir.

Etkililik

Önlenebilir ve tedavi edilebilir nedenlerden kaynaklanan ölüm oranları yıllar içinde azalmıştır, ancak her ikisi de AB'deki ortalama oranlardan önemli ölçüde yüksektir. Önleme harcamaları nispeten düşüktür ve seçilmiş göstergeler tedavi edici bakımın kalitesindeki eksiklikleri göstermektedir.

Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik

Karşılanmamış tıbbi ihtiyaçlar AB'deki ortalama oranlardan daha yüksektir ve esas olarak uzun bekleme süreleri ve aynı zamanda maliyet nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Ayakta tedavi görenlere sağlanan ilaçlar, özellikle düşük gelirli haneler için genellikle gelirlerini aşırı derecede aşan büyük bir sigorta kapsamı boşluğu oluşturmaktadır.

Dayanıklılık

Son reformlar, hizmetlerin ayakta tedavi ortamlarına kaydırılmasına yardımcı olabilse de, bakım hizmeti hastanelere doğru yöneltilmiştir. Hükümet kısa süre önce, sistemdeki bazı zorlukların üstesinden gelmek için sağlık harcamalarının kamuya ait payını GSYİH'nın % 4,6'sı olan çok düşük seviyeden 2024 yılına kadar % 6'ya çıkarmayı taahhüt etmiş bulunmaktadır.

2 Polonya'da Sağlık

Ulusal Stratejik Çerçeve

Kazanımlara rağmen, Polonya'da doğumda beklenen yaşam süresi AB ortalamasının gerisinde kalmaktadır.

Polonya'da doğumda beklenen yaşam süresi 2000 ile 2017 arasında dört yıl artarak 73,8'den 77,8 yıla çıktı. Yine de 2017'de AB ortalaması olan 80,9 yıldan üç yıl daha azdır. Ortalama olarak, kadınlar erkeklerden neredeyse sekiz yıl daha uzun yaşıyor - 81,8 yıla kıyasla 73,9. Bu cinsiyet farkı AB ortalamasından (5.2 yıl) çok daha fazladır ve AB'deki en yüksekler arasındadır.

Polonya'da doğumda beklenen ortalama yaşam süresi AB ortalamasından üç yıl daha kısadır.

Eğitim düzeylerinde ortalama yaşam süresindeki eşitsizlikler de önemlidir. En düşük eğitim düzeyine sahip 30 yaşında erkekler, yüksek öğrenime sahip olanlardan ortalama 12 yıl daha az yaşıyor. Kadınlar için eğitim açığı daha küçüktür (5,1 yıl). Łódzkie voyvodalığındaki en kötü sonuçlarla birlikte ilçeler arasındaki ortalama yaşam süresi (% 5'e kadar) ve ölüm oranlarındaki (% 20'ye kadar) coğrafi farklılıklarda daha fazla eşitsizlik görülmektedir. Coğrafi sağlık eşitsizliklerini azaltmak, 2014-2020 için kilit stratejik sağlık politikası belgesinin hedeflerinden birisi idi ve şimdiye kadar uygulanan önlemler, özellikle doğu bölgelerinde AB fonlarından gelen destekle altyapı yatırımlarını içermektedir.

Dolaşım hastalıkları ana ölüm nedenidir, ancak kanser ölüm oranları artıyor

2000 yılından bu yana artan ortalama yaşam beklentisi, büyük ölçüde, başta iskemik kalp hastalığı ve felç olmak üzere dolaşım hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranlarındaki azalmaya bağlanabilir. İskemik kalp hastalığından ölüm oranı, kısmen sigara içme gibi önemli risk faktörlerinin azalması ve aynı zamanda daha iyi tedavi nedeniyle 2000 ile 2016 yılları arasında yarı yarıya azalmıştır. Yine de, iskemik kalp hastalığı 2016'da önde gelen ölüm nedeni olmaya devam etti ve tüm ölümlerin % 10'unu oluşturdu (AB'de% 12'ye kıyasla). İnme, hem Polonya'da hem de AB'de ölümlerin % 8'inden sorumluydu, ancak diğer dolaşım hastalıkları Polonya'da daha fazla can aldı. Sonuç olarak, Polonya'da AB'ye kıyasla dolaşım sistemi hastalıkları çok daha yüksek bir ölüm payından sorumluydu - 2016'daki % 36'ya karşılık % 45.

Kanser 2016 yılında tüm ölümlerin % 24'ünü oluşturarak AB ortalaması olan % 26'ya yakındır. Esas olarak tütün tüketimindeki azalma nedeniyle 2000 yılından bu yana % 8 azalan ölüm oranı ile akciğer kanseri en yaygın olanıdır. Tersine, prostat, meme ve kolorektal kanserlerden ölüm oranları aynı dönemde artmıştır.

Diğer AB ülkelerine kıyasla daha az Polonyalı sağlık durumunun iyi olduğunu bildirdi

2017'de, Polonya nüfusunun yarısından fazlası (% 59), AB'nin üçte ikisi ile karşılaştırıldığında, kendilerini sağlıklı olarak algıladıklarını bildirdi. Oran, yoksul insanlar arasında önemli ölçüde daha düşüktü (en düşük gelir diliminde % 50'ye kıyasla en yüksek gelir diliminde % 50) ve yaşla birlikte azaldı. 65 yaş üstü Polonyalıların sadece beşte biri sağlık durumunun çok iyi veya iyi olduğunu bildirirken (AB'de beşte ikisinin üzerinde), bu durumu çalışma çağındaki nüfusun üçte ikisinden fazlası idi (AB'de% 80'e yakın).

Polonyalılar 65 yaşından sonra hayatlarının yarısından fazlasını sağlık sorunları ve sakatlıkla yaşıyorlar

2017'de 65 yaşındaki Polonyalılar 18,3 yıl daha yaşaması beklenmekteydi. Bu, 2000 yılındakinden iki buçuk yıl fazla iken, AB ortalaması olan 19.9 yılın altındaydı. 65 yaşında beklenen yaşam süresindeki

cinsiyet farkı kadınlar lehine 4,3 yıldır (erkekler için 15,9 yıl iken kadınlarda 20,2 yıl). Bununla birlikte, sağlıklı yaşam yıllarının ("Sağlıklı yaşam yılları" insanların farklı yaşlarda engelsiz yaşamayı bekleyebilecekleri yılların sayısını ölçer) sayısında neredeyse hiç cinsiyet farkı yoktur çünkü kadınlar 65 yaşından sonra bazı sağlık sorunları veya engellerle yaşamlarının daha büyük bir bölümünü yaşama eğilimindedir.

Genel olarak, Polonya'da yaşayan 65 yaşındaki tipik bir kişi, kalan yıllarının yarısından biraz fazlasını kronik hastalıklar ve engellilikle yaşamayı bekleyebilir, bu da AB ortalamasına yakındır. 65 yaş ve üstü yetişkinlerin yaklaşık üçte ikisi en az bir kronik hastalığa sahip olduklarını bildirirken, bunların yarısı iki veya daha fazla olduğunu bildirmiştir. Bu sağlık sorunları işlevsel engellere neden olabilir: 65 yaş ve üstü Polonya nüfusunun neredeyse dörtte biri, günlük yaşamın temel faaliyetlerinde (banyo yapma, giyinme veya yataktan kalkma gibi) bazı sınırlamalar yaşadığını bildirmiştir; bu, AB ortalamasından yaklaşık yüzde beş puan daha yüksektir. Özellikle, 65 yaş ve üzerindeki Polonyalıların % 46'sı, AB ülkeleri arasındaki ortalama % 29 ile karşılaştırıldığında, depresyon semptomları bildirmektedir. Daha yaşlı kadınlar özellikle etkilenmiş gibi görünmektedir ve % 53'ü depresif semptomlar bildirmiştir, Bu oran bu tür bilgiyi bildiren AB ülkeleri arasında en yüksek paya sahiptir (AB ortalaması:% 36).

3 Risk faktörleri

Davranışsal risk faktörleri tüm ölümlerin neredeyse yarısını oluşturmaktadır

Polonya'daki tüm ölümlerin neredeyse yarısının (% 47) beslenme riskleri, tütün kullanımı, alkol tüketimi ve düşük fiziksel aktivite gibi davranışsal risk faktörlerine atfedebileceği tahmin edilmektedir. Bu, AB ortalaması olan % 39'un üzerindedir. 2017'deki tüm ölümlerin dörtte biri, düşük meyve ve sebze alımı ve yüksek tuz ve şeker tüketimi dahil olmak üzere diyet risklerine bağlanabilir. Doğrudan ve/veya pasif sigara içimi dahil tütün tüketimi, tüm ölümlerin tahmini % 21'inden sorumluydu; Ölümlerin yaklaşık % 7'si alkol tüketimine bağlanabilir ve ölümlerin yaklaşık % 4'ü düşük fiziksel aktiviteye bağlanabilir.

2015 Halk Sağlığı Yasası, Ulusal Sağlık Programının stratejik odağını, yaygın olarak görülen temel hastalıklardan (kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi) yaşam tarzı ve diğer risk faktörlerine (beslenme ve fiziksel aktivite gibi) daha geniş bir şekilde kaydırmıştır (bkz.Bölüm 5.1). Bununla birlikte, halk sağlığındaki bu değişimden kaynaklanan gelişmeler henüz ölüm eğilimlerine yansımamıştır.

Sağlıksız beslenme ve düşük fiziksel aktivite, yüksek obezite oranlarına katkıda bulunmaktadır

Polonya'daki yetişkinlerin yaklaşık % 17'si obezdir ve bu, AB ortalaması olan % 15'in biraz üzerindedir. Bu oran, son on yılda yaklaşık üçte bir artmıştır. Çocuklar arasında aşırı kilo ve obezite eğilimleri de artış göstermektedir. Polonya'da 15 yaşındakiler arasında kendiliğinden bildirilen fazla kilo ve obezite oranı hala AB ortalamasının (% 17'ye kıyasla % 15) altında olsa da, son yirmi yılda önemli ölçüde artmıştır. Kötü beslenme ve düşük fiziksel aktivite bu eğilimlere katkıda bulunmuştur. Yetişkinlerin beşte ikisi (% 42) günlük olarak meyve tüketmediklerini ve benzer bir oranın günde en az bir porsiyon sebze yemediğini bildirmiştir. Beş yetiştikenden yalnızca üçü, AB ortalamasından daha düşük bir oran olan, en azından orta düzeyde haftalık fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir.

Sigara içme oranları son on yılda azaldı, ancak AB ortalamalarının üzerinde kaldı

Tütün tüketimi, Polonya'da özellikle erkekler arasında bir halk sağlığı sorunudur. Sigara içme oranları 2000'den beri azalmış olsa da, 2014 yılında yetişkinlerin yaklaşık % 23'ü günlük sigara içiyordu, bu da AB ortalaması olan % 19'un üzerindedir. Oranlar erkekler için kadınlara göre çok daha yüksektir, her on erkekten üçü, kadınlarda onda ikiden azına kıyasla her gün sigara içmektedir. Ergenlerde düzenli sigara içimi de nispeten yüksektir, ancak AB ortalamasının sadece biraz üzerinde olmasına rağmen, 15-16 yaşındakilerin dörtte biri 2015'te beri sigara içtiğini bildirmiştir. Son 10 yıldaki oranlar çok düşmüştür. Bu oran erkekler (yüzde 11 puan) için kızlara (yüzde 2 puan) göre daha fazladır.

Toplam alkol tüketimi AB'ye göre daha yüksek ve son yıllarda arttı

2014 yılında altı yetiştikenden birden fazlası, AB ortalamasından daha düşük olan (% 20'ye kıyasla % 17), ayda en az bir kez ağır alkol tüketimi bildirdi. Bununla birlikte, nüfustaki toplam alkol tüketimi AB ortalamasının üzerindedir ve son 15 yılda artarken, AB genelinde düşüş yaşanmaktadır. Gençlerde alkol tüketimi de bir endişe kaynağıdır. 2015 yılında, Polonya'daki 15 ila 16 yaşındaki gençlerin üçte biri, son bir ay içinde en az bir aşırı içki içme vakası bildirdi. 2019-2020 yılları itibarıyla bu oranlarda gerileme olduğu bildirilmektedir.

Risk faktörlerindeki eşitsizlikler sağlık durumu üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir.

Polonya'da sigara ve obezite gibi birçok davranışsal risk faktörü, düşük eğitim veya düşük gelire sahip kişiler arasında daha yaygındır. 2014 yılında, orta öğretimi tamamlamamış olan yaklaşık beş yetişkinden biri (% 19) her gün sigara içiyordu, bu oran yüksek öğretimde sadece % 12 idi. Gelir grupları arasında, bu fark daha da büyüktür, en düşük gelir dilimindeki kişilerin % 31'i sigara içerken, en yüksek beşte birlik dilimde % 18'dir. Obezite oranları için de benzer bir model ortaya çıkmaktadır: 2014 yılında orta öğretimi olmayanların % 18'i obez iken, yüksek öğrenim görenlerin % 10'u obezdir. Risk faktörlerinin yaygınlığındaki bu farklılıklar, sosyal gruplar arasında 16 yıla varan yaşam beklentisi farklılıkları ile sağlık ve beklenen yaşam süresindeki eşitsizliklere önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (Wojtyniak & Goryński, 2018)

4 Sağlık sistemi

Sağlık yönetimi çok parçalı bir haldedir

Polonya'nın sağlık sistemi Sosyal Sağlık Sigortasına (SHI) dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri için yönetimi ve sorumluluğu üç bölgesel yönetim düzeyiyle paylaşmaktadır: belediyeler (gmina) birinci basamak sağlık hizmetlerinden, ilçeler (powiat) (genellikle) daha küçük ilçe hastanelerinden ve genel büyük ilçe hastaneleri. Sağlık Bakanlığı, ulusal sağlık enstitülerinin kurucusudur ve Tıp Üniversitesi klinikleri üzerinde denetleyici bir role sahiptir. Özel kuruluşlar, çoğunlukla ayakta tedavi hizmeti sağlarken, hastanelerin çoğu kamuya açılmıştır. Bu yetkinlik çeşitliliği, sağlık sistemi genelinde faaliyetlerin etkili koordinasyonu için önemli zorluklar ortaya koymaktadır (Bölüm 5.3).

2003-04'ten bu yana, Ulusal Sağlık Fonu (NHF), kendi ilçelerindeki satın alma işlevini yöneten 16 bölge şubesi aracılığıyla SHI sistemindeki tek alıcı olmuştur. Son yıllarda, NHF'nin sözleşme yapma üzerindeki etkisi, 2015 yılında SHI sağlık hizmetleri için tarifelerin belirlenmesinden sorumlu hale gelen sağlık teknolojisi değerlendirme (STD) kurumunun artan rolü ve 'hastane ağının başlatılması' nedeniyle biraz zayıflamıştır. '(Kutu 1).

2017'de Polonya, ayakta ve yatan hasta bakımının entegrasyonunu desteklemek için bir "hastane ağı" girişimi başlattı. Bu ağa dahil olan hastanelerin, toplu ödeme karşılığında hem yatan hem de ayakta tedavi hizmetlerini kapsayan uzman poliklinikler kurmaları gerekmektedir.

Avrupa fonlarından gelen desteğe rağmen, sağlık harcamaları nispeten düşüktür

Polonya'nın sağlığa ayırdığı GSYİH payı, 2017'de % 6,5 sağlık için tahsis edilmiş, AB ortalamasından (% 9,8) önemli ölçüde düşüktür. Kişi başına sağlık harcaması 1 507 Euro'dur (satın alma gücündeki farklılıklara göre ayarlanmıştır), AB'de en düşük altıncı ülke durumundadır. Sağlık harcamalarının çoğu, belirlenmiş bir bordro vergisi yoluyla sağlık sigortası katkılarından finanse edilmektedir. Genel olarak, sağlık harcamalarının kamusal payı 2016'da yaklaşık % 70 idi ve AB ortalaması olan % 79'un altında bulunmaktadır. Cepten yapılan harcamalar, tüm sağlık harcamalarının % 23'ünü oluşturuyordu ve büyük kısmı ayakta tedavi ilaçlarına harcanmıştır (Bölüm 5.2). Sağlık harcamalarının yaklaşık % 6'sı gönüllü sağlık sigortası kanalıdır.

Avrupa Yapısal ve Yatırım Fonlarından (ESIF) sağlanan mali destek, sağlık sistemi için önemli bir dış finansman kaynağıdır. 2014-20 finansman döneminde Polonya'ya halk sağlığı programlarına odaklanmak, e-Sağlık çözümleri geliştirmek ve bakım kalitesini iyileştirmek için yaklaşık 2,8 milyar Euro tahsis edilmiştir. 2016'dan bu yana, AB'den de dahil olmak üzere kamu eş finansmanını gerektiren yeni yatırım planları, maliyet-etkin olduklarından ve yerel ihtiyaçları yansıttığından emin olmak için resmi bir değerlendirmeden geçmesi gerekmektedir (Bölüm 5.3). Her iki hedef de kısa süre önce AB düzeyinde harcamalardaki verimsizliklerin ele alınması gerektiğini ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların bölgesel eşitsizlikleri hesaba katması gerektiğini vurgulayan raporlarla (Avrupa Komisyonu, 2019a; Avrupa Birliği Konseyi, 2019) kabul edildi ve uygulamaya koyuldu.

1. Polonya, son yıllarda bakım koordinasyonunu artırdı

Kanser hastaları gibi belirli koşullar veya nüfus grupları için bakım koordinasyonunu iyileştirmek için halihazırda çok sayıda program vardır ve örneğin psikiyatrik bakım alanında yeni programlar pilot uygulamaya konulmaktadır. Farklı hizmet sunucular arasında bakım koordinasyonu finansal olarak teşvik edilir (performans için ödeme yoluyla) ve sözleşme sürecinde tercihli muamele yapılır. 2017'de mevzuat, hastane sonrası tedavi ve rehabilitasyon dahil olmak üzere bakım yollarını koordine etmek için multidisipliner birinci basamak sağlık ekipleri oluşturarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu güçlendirdi. Bakımın koordinasyonu, sağlığı geliştirme ve önleme alanlarındaki faaliyetleri de kapsayacaktır. Bu modelde pilot çalışma yapılmaktadır ve 2020'nin sonlarından itibaren performans için ödeme unsurları tanıtılmıştır.

Harcamaların çoğunu yatarak tedavi görenlerin tedavileri oluşturuyor

2017'de, sağlık harcamalarının üçte birinden fazlası (% 34) yatan hasta bakımına harcandı ve bu, Yunanistan ve Romanya'dan sonra AB'de üçüncü en yüksek düzeydeydi. Yatarak tedavi harcamaları yıllar içinde sabit kalmıştır, bu da daha az şiddetli vakaların yönetimini (daha az kaynak yoğun) ayakta tedavi hizmetlerine aktarmaya yönelik çabaların başarılı olmadığını göstermektedir. 'Hastane ağı' reformunda getirilen değişiklikler, hastanenin ayakta tedavi bölümlerinde ayakta tedavi hizmetinin sağlanmasını güçlendirmesini getirmektedir. Kişi başına bazında, hem yatan hasta hem de ayakta tedavi için yapılan harcamalar AB ortalamasının altındadır. Uzun süreli bakım için kişi başına yapılan harcama da çok küçüktür ve cari harcamaların % 6'sını oluşturmaktadır (AB ortalaması % 16'nın üzerindedir) ve Polonya'yı AB'de en az harcama yapan on ülke arasına yerleştirmektedir.

Sağlık sistemi aşırı derecede hastane bakımına odaklanmıştır

Polonya sağlık sistemi, hizmet sunumundaki büyük dengesizliklerden, hastane sektöründe çok fazla altyapıdan, ayakta tedavi hizmetlerinin yetersiz sağlanmasından (teşhislere yetersiz erişim dahil) ve uzun süreli bakımdan ve yatan hasta bakım ile ayakta tedavi arasındaki zayıf koordinasyondan etkilenmektedir. Hastane yataklarının sayısı, AB ortalamasının 5,0 olduğu 2017'de 1.000 kişi başına 6,6 yatakla yüksektir ve ülke genelinde eşit olmayan bir şekilde dağılmıştır. Bu, bakıma erişimde eşitsizliklerin oluşmasına katkıda bulunmaktadır (Bölüm 5.2). Yatak sayısını azaltmaya yönelik girişimlerin olmayışı, kısmen hastane sahipliğinin oldukça parçalanmış yapısından kaynaklanmaktadır.

Polonya'da ciddi bir sağlık uzmanı sıkıntısı yaşanıyor

Sağlık işgücünün genel stratejik planlaması Polonya'da hala iyi gelişmemiştir, bu da sağlık profesyonellerinin eksikliğine ve bakım hizmetlerine erişimde zorluklara yol açmaktadır (Bölüm 5.2). Sağlık iş gücü kıtlığı, Polonya'nın 2004'te AB'ye katılımından bu yana daha da şiddetli hale geldi ve bu durum, sağlık çalışanlarının ülkeden büyük bir çıkışını kolaylaştırdı. 1.000 kişi başına düşen doktor sayısı (2.4), AB'deki tüm ülkeler arasında en düşüktür. Genel cerrahi gibi bazı uzmanlık dallarında % 40'a yakın bir pay olan pratisyen hekimlerin yaklaşık dörtte biri emeklilik yaşının üzerindedir, doktorların yaş kompozisyonu gelecekteki tedariklerine ilişkin endişeleri artırmaktadır. Hemşire sayısı da (1.000 kişi başına 5,1) AB'deki en düşükler arasındadır.

Pratisyen hekimlerin eksikliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması için büyük bir zorluk teşkil etmektedir.

Jinekologlar ve doğum uzmanları, onkologlar ve psikiyatristleri görmek için bir sevk gerekmemekle birlikte, birinci basamak doktorları genellikle daha özel bakım için ilk giriş noktası olarak hizmet eder. Genel muayenehane Polonya'da popüler bir uzmanlık alanı değildir ve genel pratisyenlerin (pratisyen hekimlerin) sayısı tüm doktorların payı olarak AB'deki ikinci en düşük düzeydedir (% 23'lük AB ortalamasına kıyasla % 9). Polonya, bu eksikliğin olumsuz sonuçlarını telafi etmek için iç hastalıkları uzmanlarının ve pediatristlerin pratisyen hekim olarak çalışmasına izin veriyor.

5 Sağlık sisteminin performansı

5.1. Etkililik

Önlenebilir ölüm oranı azaldı ancak AB ortalamasının üzerinde kaldı

Önlenebilir ölüm oranı 2011 ile 2016 arasında yaklaşık % 10 azalmış olsa da, çoğu AB Üye Devletinde olduğundan daha yüksek olmaya devam ediyor ve AB ortalamasının üçte birinden fazla durumundadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik harcama düşüktür: cari sağlık harcamasının bir payı olarak ölçüldüğünde AB ortalamasına yaklaşmakta, ancak Polonya'da kişi başına koruyucu bakım harcamaları AB ortalamasının yarısından daha azdır (89 Avro ile karşılaştırıldığında 34 Avro). 2012 ve 2015 yılları arasında önleyici faaliyetlerin ulusal denetimi, önleme finansmanının yetersiz olduğunu ve uygunsuz bir şekilde tahsis edildiğini doğrulamıştır (NIK, 2017).

Tütün kontrol politikaları güçlendirilebilir

Sigara içmek uzun zamandır önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir ve özel ulusal programların ve mevzuatın odak noktası olmuştur. Sigara karşıtı politikalar ilk olarak 1990'larda yürürlüğe girmiştir ve birçok halka açık yerlerde ve işyerlerinde (2010'dan beri) restoranlar dahil olmak üzere sigara içme yasağını içermektedir; ve tütün reklamı ve promosyonuna neredeyse kapsamlı bir yasak. Yine de, mevcut yasaklara her zaman uyulmuyor ve sigara fiyatları Avrupa'nın en ucuzları arasında. 2019 yılında tütün ürünlerinin fiyatları vergiler konarak artırılmıştır. Sigarayı bırakma destek tedavisine (farmakolojik tedavi dahil) erişim sınırlıdır ve genel olarak sigarayı bırakmayı destekleyen ulusal bir sistem yoktur.

Obezite ile mücadeleye yönelik eylemler henüz ilgi görmedi

Polonya'da artan obezite prevalansı, tıp ve politika çevrelerinde bir halk sağlığı sorunu olarak büyük ölçüde küçümsenmiştir (Brzeziński, Metelska & Sutkowska, 2019). 2006 yılında obezitenin önlenmesine adanmış ilk ulusal program başlatılırken, ilgili eylemler artan obezite insidansı ile mücadelede somut sonuçlar elde edemedi. Şu ana kadar mevzuat değişikliği, pazarlama yasakları veya vergiler veya sübvansiyonlar gibi mali araçlar gibi politika araçlarına çok az ilgi gösterildi. Bunun bir istisnası, 2015 yılında okullarda ilave şeker veya tuz, beyaz ekmek ve kahve, bazı içecekler ve fast food içeren ürünlerin satışına uygulanan yasaktır. Bir diğer yeni ve önemli girişim, Ulusal Gıda ve Beslenme Enstitüsü tarafından popülasyonda sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için özel bir merkezin kurulmasıdır (2017'de).

Çocuklar için aşılama oranları çok yüksek ancak son yıllarda azaldı

Zorunlu aşılama programları Polonya'da iyice yerleşmiştir ve çocuk aşılama oranları geleneksel olarak yüksektir. Bununla birlikte, aşı tereddütleri son yıllarda artmaktadır ve o zamandan beri difteri, tetanoz ve boğmaca (DTP3) (-% 4), kızamık (-% 5) ve hepatit B (-% 7) için aşılama oranlarında gözle görülür düşüşler kaydedilmiştir. 2010. DTP3 haricinde, çocuk aşılama oranları artık AB ortalamasının ve sürü bağışıklığına ulaşmak için gereken % 95 WHO hedefinin altındadır. 2018 ortasından bu yana, bu gruptaki düşük aşılama oranlarının artırılması umuduyla, influenza aşılarının maliyetinin yarısı 65 yaşın üzerindeki kişilere geri ödeniyor. WHO (Rechel, Richardson & McKee, 2018)

Tedavi edilebilir nedenlerden kaynaklanan ölümler azalıyor ancak halen yüksek

Zamanında ve etkili sağlık bakımı müdahaleleri ile önlenebilecek ölüm oranı, 2011 ile 2016 arasında Polonya'da % 10'un üzerinde azalmıştır, ancak yine de AB ortalamasından önemli ölçüde daha yüksektir. Son on yıldaki iyileşmenin bir kısmı muhtemelen kalp bakımına yapılan yatırımlardan kaynaklanıyor ve NHF'nin kalp bakım hizmetlerine yaptığı harcamalar 2004 ile 2014 yılları arasında üç kattan fazla arttı. Akut miyokard enfarktüsü (AMI) nedeniyle kabul edilen kişiler için otuz günlük ölüm oranları AB'deki diğer ülkelere kıyasla daha düşüktür (AB'deki 9,4'e kıyasla Polonya'da 100.000 kişi başına 7,7) ve son on yılda sürekli olarak düşerek akut bakım kalitesindeki iyileşmelere işaret etmektedir.

Ulusal ölçekte kanser taraması, ulusal bir programın parçası olarak 2006 yılında tanıtıldı ve tarama oranlarının iyileştirilmesine katkıda bulundu. Program 2015 yılında sona erdi ancak Polonya ile AB arasındaki beş yıllık hayatta kalma oranlarındaki boşluğu daraltmak amacıyla 2016-24 dönemi için yenilendi. Ulusal kanser tarama programları şu anda meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve kolorektal kanser taramasını kapsamaktadır. Yakın zamanda yapılan bir denetim, katılım oranlarının düşük olduğunu (ilgili hedef grupların % 16, % 20 ve % 40'ı) ve taramaya erişimde coğrafi farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur (NIK, 2017).

Kanser sağkalım oranları arttı, ancak hala nispeten düşük

Kanser sağkalım oranları 2000'den beri artmış olmasına rağmen, nispeten düşük kalmaktadır ve aynı dönemde bazı kanserlerin (kolorektal, meme ve prostat) ölüm oranı artmıştır. 2015 yılında kanser hastaları için hızlı bir yolun uygulamaya konulması, erken teşhis ve bakıma erişimi iyileştirmiş olsa da, geç aşama tanı ve teşhis muayeneleri için uzun bekleme süreleri, Polonya'nın düşük kanser sağkalım oranlarında önemli bir rol oynamaktadır. Mayıs 2019'da kanunla imzalanan Ulusal Onkoloji Stratejisi 2020-24'ün uygulanmasının kanser bakımının kalitesini ve etkinliğini artıracığı umulmaktadır.

Göstergeler, kalitenin iyileştirilebileceği alanlara işaret etmektedir

Sağlık hizmetleri kalitesi ve hasta güvenliği Polonya'da rutin olarak değerlendirilmemektedir. Girişimlerin çoğu şimdiye kadar hastane bakımına odaklandı ancak kapsamlı değildir. Örneğin, tıbbi hatalar esas olarak akredite hastanelerde kaydedilse de, akreditasyon zorunlu değildir ve tüm hastanelerin sadece yaklaşık beşte biri akredite edilmiştir. Ayakta tedavi ortamlarında yönetilebilir koşullar için önlenebilir hastaneye yatış düzeyi, birincil ve ayakta tedavi uzman bakımının sağlanmasındaki eksikliklere işaret etmekte ve Avrupa'daki en yüksek düzeylerden biridir. Bununla birlikte, astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi birinci basamakta zayıflıklara duyarlı bazı durumlarda iyileşmeler kaydedilmiştir; bunun için önlenebilir kabul oranları 2005 ile 2016 arasında % 36 azalmıştır.

Diğer bir endişe alanı antimikrobiyal dirençtir (AMR). Polonya'da, antibiyotik tüketimi AB/AEA ortalamasından çok daha yüksektir ve Klebsiella pneumoniae izolatlarının yüzdesi, karbapenemlere (bakteriyel enfeksiyonları tedavi etmek için güçlü bir son sınıf antibiyotik sınıfı) dirençli testlerde 2015 yılında % 0,5'ten % 6,4'e yükselmiştir. 2017'de (ECDC, 2018a, 2018b). Antibiyotiklerin yaygın şekilde aşırı reçete edilmesine ve uygunsuz kullanımına ilişkin belgelenmiş olmasına rağmen, örneğin pratisyen hekimlerin reçete yazma davranışını değiştirmek veya hastanelerde veya diğer ilgili müdahalelerde el ve çevre hijyenini artırmak için çok az etkili politika mevcuttur. Hem sağlık profesyonellerini hem de genel halkı antibiyotik kullanımını rasyonelleştirme ihtiyacı konusunda eğitmek için 2016-20 için ulusal bir antibiyotik farkındalık programı uygulanmamıştır.

5.2. Ulaşılabilirlik

Tıbbi bakım için karşılanmamış ihtiyaçlar temelde bekleme sürelerinden kaynaklanmaktadır

2018'de maliyetler, mesafe veya bekleme süreleri nedeniyle tıbbi muayeneler için karşılanmamış ihtiyaçları bildiren Polonya nüfusunun payı, AB ortalaması olan % 1,8'e kıyasla % 3,3 oldu. Bekleme süreleri, tüm gelir gruplarında bu karşılanmamış ihtiyaçların çoğunu izah etmektedir (maliyetin bildirilen karşılanmamış tıbbi ihtiyaçların ana nedeni olduğu AB'deki % 40'a kıyasla % 70)

Bakıma erişim bazı kapsam boşlukları ve eşitsizliklere rağmen geneli kapsamaktadır

Zorunlu sağlık sigortası nüfusun % 91'ini kapsamaktadır. Sigortasız Polonyalıların çoğu (% 9) yurtdışında yaşayan ancak hala Polonya'da ikamet edenler olarak kayıtlı vatandaşlardır ve ihmal edilebilir bir sayı da geçici veya atipik iş sözleşmeleri ile istihdam edilen vatandaşlar ve kayıt dışı ekonomide çalışanlardır. Hizmetlerin kapsamı geniştir ve birinci basamak hizmetleri, ayakta tedavi uzmanlık hizmetleri ve hastane hizmetlerini içerir. Bazı savunmasız nüfus gruplarının ek yardımlara erişimi vardır - örneğin, küçük çocuklar için dış bakımı. SHI kapsamı olmayan kişiler ayakta acil tıbbi bakım hizmetlerine erişebilir ve belirli nüfus grupları (örneğin hamile kadınlar ve 18 yaşın altındaki çocuklar), sigorta durumlarına bakılmaksızın kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahiptir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim ücretsizdir ve yatan hasta bakım hizmetleri için herhangi bir maliyet paylaşımı gerekliliği yoktur. Bununla birlikte, ayakta tedavi ilaçları (bkz. Kutu 2), ayakta tedavi tıbbi cihazları, dış bakımı ve resmi olmayan bakıcılara büyük ölçüde bağımlı olan uzun vadeli bakım dahil olmak üzere temel kapsam boşlukları mevcuttur.

2. Ayakta tedavi görenlere verilen ilaçlar yıkıcı harcamaların en büyük etkenidir (*)

Polonya sağlık sistemi, Avrupa'daki diğer birçok ülkeye kıyasla düşük düzeyde finansal koruma ve farmasötikler için yüksek cepten (OOP) ödemelere sahip bir sistem durumundadır. Cepten yapılan harcamaların çoğu ayakta tedavi ilaçlarından kaynaklanmaktadır ve kişi bütçesine ciddi olumsuz etki yapan harcamalarının en büyük itici gücüdür. 2014 yılında, Polonyalı hane halkının yaklaşık % 9'u sağlık için ciddi düzeyde cepten harcama yapmıştır ve bu pay en düşük gelirli dilim arasında % 30'a yükselmiştir. En savunmasız nüfus gruplarını koruma mekanizmaları zayıftır ve ayakta tedavi ilaçlarına harcama, emekliler, engelliler, kırsal alanlardaki hanehalkı ve küçük haneler arasında özellikle yüksektir. Ulusal istatistiklere göre, hanelerin yaklaşık % 9'u, 2017'de bazı durumlarda reçeteli veya önerilen ilaçları satın alamadıklarını bildirdi. Polonya, yeni muafiyet mekanizmaları, örn. Savunmasız nüfusları ilaçlara yapılan yüksek OOP harcamalarından korumak için 2016'dan beri yaşlı insanlar için geniş bir ilaç yelpazesine ücretsiz erişim sağlamaktadır.

(*) Yıkıcı harcamalar, geçim ihtiyaçları (yani gıda, barınma ve kamu hizmetleri) net toplam hane halkı harcamalarının % 40'ını aşan hanehalkı cepten harcamaları olarak tanımlanmaktadır.

Sınırlı kamu finansmanı ve işgücü kıtlığı erişim engellerine katkıda bulunmaktadır

Birincil ve yatan hasta bakımı Polonya'da maliyet paylaşımına tabi olmasa da, bu hizmetlere erişim, NHF'nin sınırlı mali kaynakları (bkz. Bölüm 5.3) ve sistemi etkileyen ciddi sağlık işgücü kıtlığı nedeniyle uygulamada hala sınırlı kalmaktadır. (bkz. Bölüm 4), bu da uzun bekleme sürelerine neden olmaktadır. 2018 yılında uzman hizmetler için ortalama bekleme süresi 3,4 aydı ve en uzun ortalama bekleme süreleri endokrinoloji (11 ay) ve dişhekimliği hizmetleri (8,5 ay) için rapor edildi.

Bakıma erişimdeki eşitsizlikler de coğrafi bir eğimi takip etmekte olup, bazı hizmetlerin mevcudiyeti ülkedeki ilçeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Örneğin, 2017 yılında yedi ilçede kalp krizi geçiren kişilere koordine edilmiş uzman bakımı söz konusu olmamıştır. Tıbbi personelin dağılımı ilçeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir, örneğin doktor yoğunluğu neredeyse % 70 oranında değişmektedir. Ayrıca, bazı ilçelerde çocuk doktorları, iç hastalıkları uzmanları, anestezi uzmanları ve cerrahlar dahil olmak üzere belirli tıp uzmanlarının eksikliği vardır.

Bakıma erişimi iyileştirmeye yönelik önlemlerin etkileri farklılık göstermektedir

Son yıllarda bakıma erişimi iyileştirmek ve karşılanmamış tıbbi ihtiyaçların kapsamını azaltmak için önlemler getirilmiştir. 2016'daki büyük bir girişim, 75 yaş ve üstü insanlar için bir dizi ilaca ücretsiz erişim (tüm maliyet paylaşımından muafiyet) getirmiştir. 2016 sonunda, 1,6 milyon yaşlı insan yeni program kapsamında ilaçlara erişebildi ve geri ödemesi yapılan ilaçlara cepten yaptıkları harcamalar 2015'e kıyasla azaldı (NIK, 2019). Polonya, 2017'den beri ilaçlara erişimi iyileştirmeyi amaçlayan "Adil ve Uygun Fiyatlandırma" platformuna da katılmıştır (Kutu 2).

2015 yılından bu yana, kanser hastaları (Bölüm 5.1), hamile kadınlar (2017'den beri) ve belirli sağlık sorunları olan 18 yaşın altındaki çocuklar (2017'den beri) için bir takım entegre bakım programları getirilmiştir. Psikiyatrik bakıma ihtiyaç duyan hastalar ve multipl sklerozlu hastalar da dahil olmak üzere, yeni koordineli bakım programları uygulamaya konulmuştur. Bununla birlikte, bu önlemlerin genel kaliteyi ve bakımın erişilebilirliğini iyileştirmeye yönelik sonuçları karışıktır. Örneğin, kanser şüphesi olan hastaların yarısından fazlası, daha ileri teşhis prosedürlerine ve gerekli tedaviye hızlı erişim sağladı. Öte yandan, MRI ve BT taramalarındaki sınırlar 2018'de kaldırılırken, bunlardan faydalanmalar için bekleme süresi, muhtemelen daha hızlı erişim garantili hastalara öncelik verilmesi nedeniyle hala uzundur.

5.3. Dayanıklılık

(Dayanıklılık, sağlık sistemlerinin değişen ortamlara, ani şoklara veya krizlere etkili bir şekilde uyum sağlama kapasitesini ifade etmektedir)

Hükümet sağlık için kamu harcamalarını Artırma Yönünde Kararlı

Hem GSYİH'nın payı hem de kişi başı olarak Polonya'daki sağlık bakımı harcamalarının kamu payı, Avrupa'daki en düşüklerden biridir (bkz. Bölüm 4). Bu düşük finansman seviyesi, özellikle nüfusun yaşlanması nedeniyle artan sağlık bakımı ihtiyaçları göz önüne alındığında, yüksek kaliteli bakıma zamanında erişim sağlamak için yetersizdir. Hükümet, 2017 yılında sağlık harcamalarının kamuya ait payını son 15 yılda ortalama % 4,6'dan 2024 yılına kadar GSYİH'nın % 6'sına çıkarmayı taahhüt etti. Bu, reel anlamda (GSYİH düşmezse) daha yüksek toplam harcamaya dönüşecek ve toplam sağlık harcaması seviyelerini AB ortalamasına yaklaştırmayı beklenmektedir.

Polonya ayakta hasta bakımını güçlendirme ve bakım koordinasyonunu iyileştirme çabalarını artırdı

Daha yüksek veya benzer sağlık harcaması seviyelerine sahip AB ülkeleriyle karşılaştırıldığında, Polonya tedavi edilebilir nedenlerden ölüm oranı açısından nispeten iyi bir performans sergiliyor. Bununla birlikte, bu ölüm oranı hala yüksektir ve AB ortalamasının oldukça üzerindedir (Bölüm 5.1). Tarihsel olarak, Polonya sağlık hizmetlerinin sağlanması için büyük ölçüde yatan hasta bakımına bel bağlamıştır ve hastane bakımının bu aşırı kullanımı ve kötü mali yönetim, uzun süredir devam eden ve şu ana kadar çözülmemiş hastane borçluluğu sorununa neden olmuştur. Ayakta tedavi (ambulatory) bakımının görece zayıflığı ve genel sağlık işgücündeki eksiklikler (bkz. Bölüm 4 ve 5.2), uzun bekleme sürelerine neden

olmakta ve karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyaçları gibi diğer bazı göstergelerin Polonya'da benzer düzeylerde sağlık harcaması olan ülkelere göre neden daha kötü olduğunu kısmen açıklamaktadır.

Bakım koordinasyonunu iyileştirmeye yönelik son çabalara, sağlık profesyonellerinin beceri karışımındaki değişiklikler eşlik etmektedir (Kutu 3). Sağlık çalışanlarının rollerinin optimize edilmesi, aynı zamanda, AB döngüsündeki Sağlık Durumunun bir parçası olarak 2018'de Polonya'da düzenlenen Gönüllü Değişim'de kritik iş gücü eksikliklerini ele almanın yollarından biri olarak tartışıldı.

Şimdiye kadar, sağlık ve sosyal bakım arasındaki entegrasyonun iyileştirilmesine yeterince ilgi gösterilmemiştir. Sosyal bakım sağlama yükü, büyük ölçüde, devletten çok az destek alan aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. Ancak bu entegrasyon, 2016 yılında kurulan Sağlık ve Sosyal Bakımda Yetkinlikler Sektörel Konseyi'nin çalışmaları aracılığıyla araştırılmaktadır.

3. Mütevazı tıbbi beceri karışımı (skill mix) değişiklikleri bakım koordinasyonunu desteklemektedir

Polonya'da koordineli bakıma artan vurgu, dolaylı olarak sağlık meslekleri için bazı yeni sorumluluklara yol açmıştır. 2015 yılından bu yana, ilgili eğitim almış hemşire ve ebelerin belirli ilaçlar ve teşhis testleri yazmalarına izin verilmiş ve 2016 yılından itibaren ambulans personeli, hemşirelerle birlikte hastane koşullarında çalışmak gibi yeni yetkinlikler kazanmıştır. Son olarak 2018'de Sağlık Bakanlığı, doktorların idari yükünü hafifletmek için ayakta tedavi gören tıbbi sekreterlerin sayısını artırmayı önerdi ve 2019'da fizyoterapistlerin sorumlulukları genişletildi. Bu tür değişikliklerin, doktorlar tarafından geleneksel olarak gerçekleştirilen görevleri diğer sağlık profesyonellerine dağıtarak, doktorların belirli hasta türleri ve/veya durumlar için koordineli bakım sağlamasını bekleyen daha yeni politikaları desteklemesi muhtemeldir. Bu beklentiler resmi olarak tanımlanmamıştır ve bu nedenle beceri karması değişikliklerinin "iş başında" gelişmesine izin veren aşağıdan yukarıya girişimleri desteklemektedir. Örneğin, koordine edilmiş onkolojik bakımı tanımlayan mevzuat, koordinasyonu kimin yapması gerektiğini belirtmemektedir ve pratikte, birçok hastanede bu rol, herhangi bir ek eğitim olmaksızın hemşireler tarafından üstlenilmiştir.

Hastane sektöründeki kapasite fazlası, kaynakların optimalin altında tahsisine işaret etmektedir

Kişi başına düşen yatak sayısı, son on yılda AB ortalamasının önemli ölçüde üzerinde bir seviyede nispeten sabit kalmıştır (Bölüm 4). Bununla birlikte, 2019'da uygulamaya konulan ve hastane hemşireleri için istihdam kotalarını hastane yataklarının sayısına bağlayan yeni bir düzenleme, hemşirelerin maaşlarındaki son artışlara yanıt olarak hastane müdürlerini yatak sayısını azaltmaya zorluyor. Aynı zamanda, hastanede ortalama kalış süresi (ALOS) 2005'ten beri azalmıştır ve şu anda AB ortalamasının altındadır, yatak doluluk oranı da nispeten düşüktür (AB'de % 77'ye kıyasla % 66). Bu, hastane kaynaklarının serbest bırakılması ve yeniden tahsis edilmesi için önemli bir alan olduğunu göstermektedir.

Diğer birçok AB ülkesine kıyasla, seçilen prosedürler için nispeten düşük günlük cerrahi kullanımı, verimliliği artırmak için potansiyel bir alanın da altını çizmektedir. Örneğin, katarakt çıkarma, bademcik ameliyatı ve kasık fıtığı gibi prosedürler için günlük ameliyat oranları AB ortalamasının çok altındadır ve katarakt ameliyatı haricinde, Polonya'da günlük ameliyat oranları 2000 yılından bu yana sabit kalmıştır. Bunun temel nedeni, hastaları gözlem için kabul ederek doktorları 'güvenli oynamaya' zorlayan tıbbi prosedürlerin yasal zorunluklarıdır.

4. Polonya, Mayıs 2018'de sağlık işgücü eksikliklerini ele alan Gönüllü Değişim'e ev sahipliği yaptı

AB döngüsündeki ilk Sağlık Durumu'nun bir parçası olarak, Polonya Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının rollerini optimize ederek ve etkili tutma politikaları uygulayarak sağlık işgücü eksikliklerinin ele alınması konusunda bir politika diyaloguna ev sahipliği yaptı. Toplantı, yaklaşık 30 üst düzey ulusal sağlık politikası paydaşını bir araya getirdi. Ulusal uzmanlar, yararlı girişimlerin, karmaşık kişiselleştirilmiş bakım sunabilen ve önleyici ve tedavi edici hizmetlerin optimal bir karışımını sağlayabilen çok disiplinli birinci basamak sağlık ekipleri oluşturmaya yönelik beceri karışımına odaklanabileceğini gösterdi.

Uzun süreli bakımdaki eksiklikler, nüfusun yaşlanmasıyla daha akut hale gelecektir.

Hastane sektöründeki kapasite fazlası, uzun süreli bakım sağlamadaki eksikliklere eşlik etmektedir. Resmi uzun süreli bakımın ciddi şekilde az gelişmiş olması ve ardından resmi olmayan bakıcılara aşırı bağımlılık özellikle sorunludur. Ek olarak, tahminler, günlük yaşam faaliyetlerini yürütmek için başkalarına bağımlı olan insan sayısının önümüzdeki 50 yıl içinde % 30 artacağını, bu da bir bütün olarak AB'ye göre (% 25) daha hızlı bir artış olacağını göstermektedir. Genel olarak, nüfusun yaşlanmasının sağlık ve uzun vadeli bakım maliyetlerini artırması ve uzun vadede mali sürdürülebilirlik için risk oluşturması beklenmektedir (Avrupa Komisyonu-EPC, 2018; Avrupa Komisyonu, 2019b).

Sağlık sektöründe daha iyi çalışma koşulları, işgücünü işe alma ve elde tutmanın iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Sağlık işgücü kıtlığı Polonya sağlık sektöründe uzun süredir devam eden bir sorundur (Bölüm 4). Yıllar içinde, bu sorunu çözmek için eğitim yollarının kısaltılması ve daha fazla doktor ve hemşire yetiştirmek için üniversite kotalarının artırılması dahil, ancak sonuçları sınırlı olan çeşitli önlemler uygulanmıştır. Daha yakın zamanlarda, tekrarlanan grevlerin ardından, devlet tarafından finanse edilen ikamet yerlerinin sayısı artırıldı ve Eylül 2018'de, yerleşik doktorların ve hemşirelerin maaşları yükseltildi. Ek olarak, doktor dağılımındaki coğrafi dengesizlikleri gidermek için (Bölüm 4), doktor açığı olan ilçelerdeki tıp dışı üniversitelerde tıp fakülteleri açma imkanı sunulmaktadır.

Kaynakların tahsisi daha verimli hale geliyor ancak daha fazla hastane yatağı olan ilçelere doğru yöneliyor

Kaynaklar NHF'nin ilçe şubeleri arasında, demografik özellikleri ve bir önceki yıl verilen miktarı dikkate alan bir formüle göre bölünmüştür. Uygulamada kaynak tahsisi daha fazla sağlık sistemi altyapısı olan ilçelere doğru yönlendirilmeye devam etmektedir. Sağlık ihtiyaçları haritaları 2015 yılından bu yana geliştirilmiş olsa da, satın alma ve yatırım kararlarını desteklemek için henüz etkin bir şekilde kullanılmamaktadır.

2015 yılından bu yana, sağlık teknolojisi değerlendirme (STD) ajansı, kamu tarafından finanse edilen sağlık politikası programlarının değerlendirilmesinde önemli bir rol oynadı. Olumsuz görüşü, düşük değerli kabul edilen sağlık teknolojilerine yapılan yatırımları etkin bir şekilde engelleyebilir ve bu da sistem içinde kaynak tahsisinin maliyet etkinliğini artırabilir. 2016'da sağlık hizmeti yatırımlarının maliyet ve faydalarını değerlendirmek için yeni bir sistemin getirilmesinin kaynak tahsisini (AB fonları dahil) daha da iyileştirmesi beklenmektedir.

E-Sağlık çözümlerinin benimsenmesi artık hız kazandı

BT ve e-Sağlık çözümlerinin kullanımındaki bir iyileştirme, verimliliği daha da artırma potansiyeline sahiptir (Avrupa Komisyonu, 2019b). Bu, on yıldan fazla bir süredir sağlık politikası önceliği olmasına rağmen, ilerleme yakın zamana kadar yavaştı. Şu anda, tüm eczaneler ve artan sayıda sağlık hizmeti sağlayıcısı, 2020'den itibaren zorunlu olacak olan e-Reçete hizmetine bağlıdır. Şu anda bir e-Yönlendirme pilotu yürütülmektedir ve 2021'de ulusal bir tanıtım bekleniyor. MHealth çözümlerinin kullanımı düşüktür ve örnekler özel sektörle sınırlıdır, ancak kalp izleme için mobil cihazların kullanımına ilişkin reçeteler birkaç yıldır SHI tarafından sisteme dahil edilmiştir.

Jenerik ilaçların kullanımı önemli ölçüde artmıştır

Polonyalı doktorların dağıtım bütçeleri yoktur ve etkin içerik/Uluslararası Mülkiyet Dışı İsim (INN) tarafından reçete veya uygun maliyetli reçeteleme konusunda yönergeler yoktur. Ancak eczane marjları, eczacıları aynı gruptan daha pahalı ilaçları satmaktan caydırmak için belirli bir ilacın fiyatı yerine belirli ilaç grupları için belirlenen fiyat limitleri tarafından sınırlandırılmıştır. Eczacılar da yasal olarak hastaları daha ucuz jenerik muadiller hakkında bilgilendirmek ve bu tür ürünleri stoklamakla yükümlüdür. Bugün, Polonya'daki jenerik ilaçların pazar payı, Avrupa'nın en yüksek pazarları arasında yer alıyor - 2017'de, hastanelerde verilen geri ödemeli reçeteli ilaçların % 89'u ve ayakta tedavi eczanelerinde verilen % 76'sı jenerik ilaçlardı. 2012 yılında çıkarılan mevzuat, eşdeğer ilaç piyasasında fiyat rekabetini artırmıştır. Bununla birlikte, yalnızca 2012'den beri piyasaya giren ilaçlar için geçerli olduğundan, Polonya ilaç pazarına 2012'den önce giren ilaçlar için büyük fiyat farklılıkları devam etmektedir.

Yönetişimin bölünmesinin azaltılması ve sağlık sistemi için birleşik bir stratejik vizyon geliştirilmesine devam edilmektedir

Yeterliliklerin ve sorumlulukların çeşitli seviyeler arasında bölünmesi ve bunların yetersiz koordinasyonu, sağlık hizmetleri faaliyetlerinin etkili ulusal koordinasyonunu engellemektedir (Bölüm 4). Aşırı yönetim bölünmesi, belirli reformların operasyonel hale getirilmesinin neden zor olduğunu da açıklamaya yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte, ilçeler giderek daha fazla koordinasyon rolü üstlenmektedir ve yetkinlikleri ilçelerde yoğunlaştırmak, sağlık sistemindeki yönetim parçalanmasını azaltmaya yardımcı olabilir. 2018'de Sağlık Bakanı, sağlık sistemi için birleşik bir strateji oluşturmak için ülke çapında bir uzman tartışması başlattı ve çalışmalar devam ediyor.

6. Temel Bulgular

- 2000 yılından bu yana, Polonya'da doğumda beklenen yaşam süresi dört yıl arttı, ancak AB ortalamasının üç yıl altında kaldı. Cinsiyete ve eğitime göre ortalama yaşam beklentisindeki eşitsizlikler belirgindir: en düşük eğitim seviyesine sahip erkekler, en eğitilmiş olandan yaklaşık 12 yıl daha az yaşamaktadır. 65 yaşında yaşam beklentisi de arttı, ancak yaşlıların üçte ikisi en az bir kronik hastalıkla ve neredeyse yarısı depresif belirtilerle yaşıyor.
- Davranışsal risk faktörleri tüm ölümlerin neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Sigara içme oranları düşerken ve akciğer kanseri ölümleri düşmeye devam ederken, AB ortalamasının üzerinde ve erkeklerde kadınlara göre çok daha yüksek seyretmektedir. Her ikisi de AB ortalamalarının altında olmasına rağmen, obezite oranları da son on yılda yetişkinler ve özellikle çocuklar için artmıştır. Sağlıksız beslenme davranışları ve düşük fiziksel aktivite, şimdiye kadar büyük ölçüde ihmal edilen bu büyüyen halk sağlığı sorununa katkıda bulunmaya devam etmektedir.
- Tedavi edilebilir nedenlerden ölüm oranı AB ortalamasından çok daha yüksek olmaya devam ediyor ve kanserler için hayatta kalma oranları sürekli olarak AB'dekinden daha düşük. Bu da erken teşhis ve zamanında, etkili tedavide iyileştirme için çok fazla alan olduğunu gösteriyor.
- Kişi başına toplam sağlık harcaması (1.507 Avro) ve GSYİH'nin payı (% 6,5) AB'deki en düşükler arasındadır. Sağlık için yapılan kamu harcamalarını son yıllarda GSYİH'nin % 4,6'sından 2024 yılına kadar GSYİH'nin % 6,0'ına çıkarma sözü, bu yetersiz finansman sorununu kabul edildiğini göstermektedir. Etkili bir şekilde yatırım yapılırsa, ekstra fon sağlanması, bakıma erişimin önündeki ana engelleri aşmada uzun bir yol kat edilmesini getirebilir. Bu, tıbbi hizmetler için uzun bekleme sürelerinin üstesinden gelmeyi ve özellikle yetersiz hizmet alan bölgelerde nüfus ihtiyaçlarını karşılama kapasitesini güçlendirmeyi sağlayacaktır.
- Sağlık harcamalarının karşılanabilirlik eksikliği aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti de engellemektedir. Cepten yapılan harcamalar, görece yüksek olup, sağlık harcamalarının yaklaşık % 23'ünü oluşturmaktadır. Bunun çoğu, 2014 yılında düşük gelirli hanelerin yaklaşık % 30'unu etkileyen, felaketle sonuçlanan sağlık harcamalarının en büyük tek faktörü olan ayakta tedavi ilaçları için sınırlı kamu kapsamından kaynaklanmaktadır.
- Son on yılda tıp mezunları sayısındaki artışa rağmen, kamu kurumlarında, özellikle doktorlar ve hemşirelerdeki sağlık profesyonellerinin eksikliği, Avrupa'daki en akut sorunlar arasındadır. Sağlık uzmanlarının eğitilmesi zaman alabileceğinden, insan kaynakları planlaması, işe alma ve elde tutma politikalarına dikkat ile birlikte acil eylem gerektirmektedir. Özellikle, pratisyen hekimlerin yetersizliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması için büyük bir zorluk oluşturmaya devam edecektir.
- Ayakta tedavi ortamlarında tedavi edilebilecek kronik durumlar için önlenebilir hastaneye yatış oranı, birinci basamak sağlık hizmetine erişim ve kalitesiyle ilgili sorunları yansıtan Avrupa'daki en yüksek oranlardan biridir. Bununla bağlantılı olarak, bakımın sağlanması hastanelere aşırı bağımlı olmaya devam ediyor ve daha fazla toplum temelli bakıma geçiş henüz gerçekleşmedi. Bununla birlikte, bakım koordinasyonunu hedefleyen son reformlar ve sürmekte olan pilot uygulamalar bu değişime yardımcı olabilir.

- Sağlık hizmetleri yönetişimi çok parçaya ayrılmıştır ve hastane yataklarının azaltılması ve hastane borçlarının temizlenmesi gibi reformlarla yavaş ilerlemeyi açıklamaya yardımcı olur. Şimdiye kadar sağlık sistemi için birleşik bir stratejik vizyon eksikti, ancak bunu düzeltmek için çalışmalar devam ediyor.