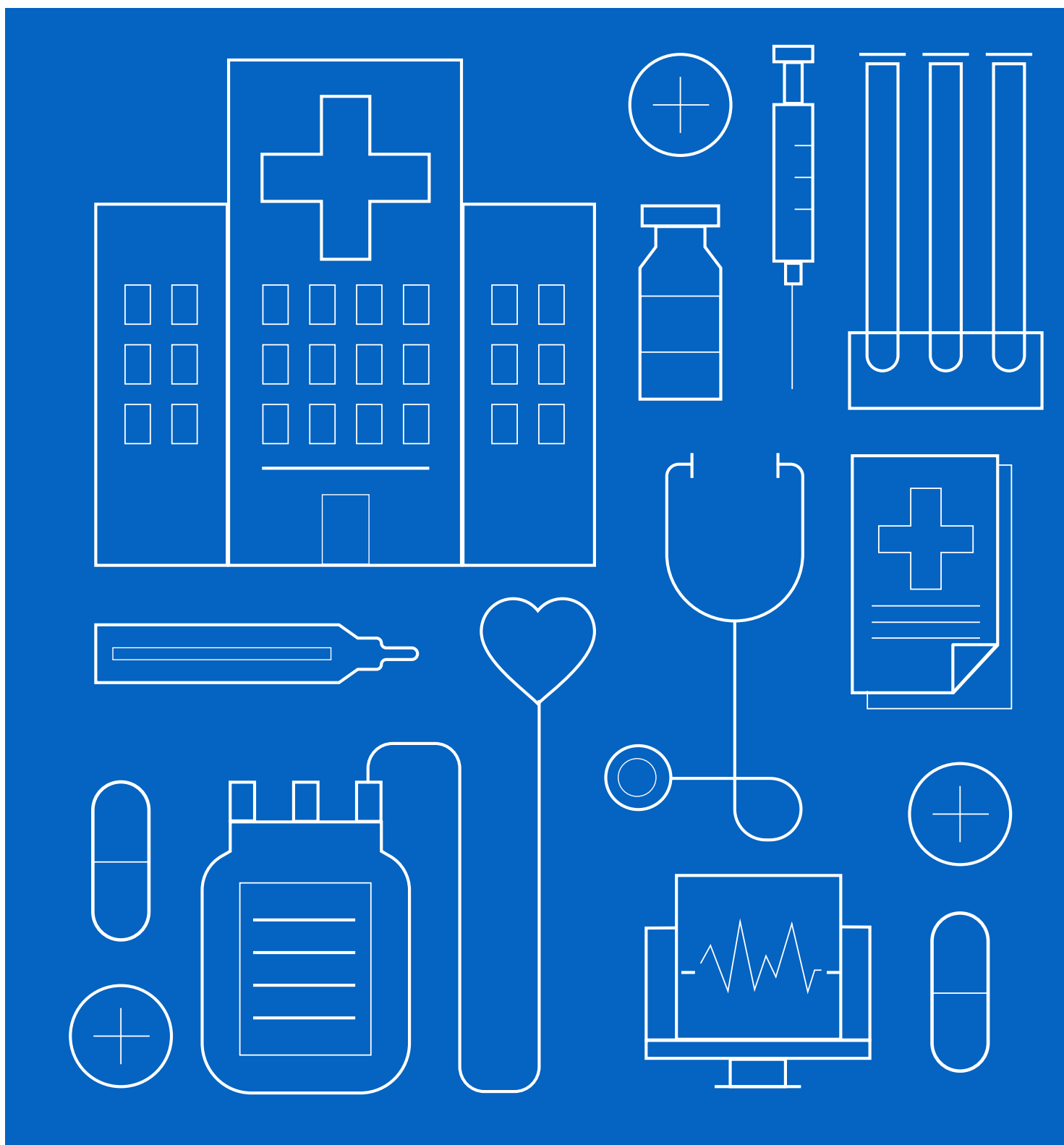


Zdrowe oszczędności

Jak poprawiać efektywność polskiej ochrony zdrowia?







Autorzy

Piotr Żakowiecki
Arkadiusz Pączka

Raport powstał dzięki wsparciu Novartis.

Spis treści

	Wprowadzenie	8
	Ile i w jaki sposób wydajemy na zdrowie?	11
	Z czym zмага się i będzie się zмагаć polski system ochrony zdrowia?	17
	Gdzie warto szukać optymalizacji?	21
	① Porządkowanie systemu	22
	② Ekonomie skali	25
	③ Angażowanie pacjentów	28
	Co i w jaki sposób warto wprowadzić w Polsce?	30
	Bibliografia	32



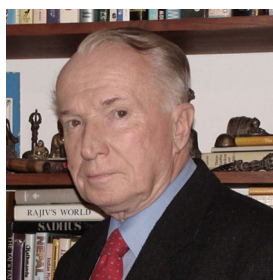
**dr Andrzej
Malinowski**
Prezydent
Pracodawców
Rzeczypospolitej
Polskiej

- ▶ Czego najbardziej potrzebuje polski system ochrony zdrowia? Więcej pieniędzy? Więcej lekarzy? I tak, i nie. W pierwszej kolejności potrzebuje on zastrzyku efektywności. Bez niej dosypywanie kolejnych milionów złotych oraz zwiększanie personelu przyniosą mierne rezultaty.
- ▶ Brak pieniędzy – to mantra powtarzana przez wszystkich ministrów zdrowia od ponad 20 lat. Coś z tego narzekania wyniknęło? Nic, choć wielu ministrów zdrowia starło się przekonać ministra finansów, że warto inwestować w zdrowie. Pracodawcy RP podeszli do tematu z innej strony. Przygotowaliśmy dokument pt.: „Zdrowe oszczędności”, którym rozpoczynamy dyskusję o efektywności w ochronie zdrowia. Bo pieniędzy, owszem – jest mało, ale te, które już mamy, mogą być lepiej wykorzystane!
- ▶ Nawet dziś w systemie drzemią duże możliwości usprawnienia procesu leczenia. Można uzyskać zauważalne oszczędności finansowe, które pozwolą np. na sfinansowanie nowych innowacyjnych terapii. Tych oszczędności nie trzeba daleko szukać. Przykładem może być wysoki odsetek wizyt, na które pacjenci się nie zgłaszają. Szacuje się, że ponad 20 proc. z nich nie odbywa się. Gdyby odsetek ten zmniejszyć do 10 proc., nastąpiłoby od razu zauważalne dla pacjentów skrócenie kolejek. Czy to wykonalne? Oczywiście! Są świadczeniodawcy, którzy osiągają rezultat na poziomie 10 proc., a nawet na niższym.
- ▶ Słowo „efektywność” ma jeszcze drugą stronę medalu. Wierzmy, że gdy podnoszenie efektywności przyniesie namacalne i mierzalne efekty, to minister finansów sam zaproponuje wzrost nakładów. Bo to, co może przekonać strażnika finansów publicznych, to argumenty wypowiedziane językiem ekonomii. Gdy uda się pokazać, że każda zainwestowana złotówka jest dobrze zagospodarowana, a duży obszar nieefektywności zniknął – znajdą się w budżecie pieniądze na doinwestowanie ochrony zdrowia.



Avi Matan
Dyrektor Zarządzający
Novartis Oncology
w Polsce

- ▶ Temat finansowania ochrony zdrowia staje się coraz bardziej palący zarówno na arenie międzynarodowej, jak i w Polsce. Obserwujemy, jak w szybkim tempie awansuje on do rangi jednego z największych wyzwań dla gospodarek wielu państw. Nierealistycznie byłoby wierzyć, że ten trend zmieni się sam. Równie ryzykowne byłoby uznanie, że za kształt systemu odpowiadają wyłącznie rządy poszczególnych krajów. To przestrzeń do szerokiej współpracy, dzielenia się odpowiedzialnością i ryzykiem.
- ▶ Wyzwania, które stoją przed władzami w Polsce w zakresie zapewniania dostępu do innowacyjnych terapii, są ogromne – tak jak potrzeby pacjentów. W erze „srebrnego tsunami” – jak określa się zjawisko starzejących się społeczeństw – sytuacja nabiera szczególnego znaczenia, zwłaszcza w związku z istniejącymi ograniczeniami budżetowymi. Ogromnie ważne staje się poszukiwanie nieszablonowych rozwiązań w duchu współpracy szerokiej koalicji ekspertów, podmiotów publicznych i prywatnych. Wśród nich są firmy działające w branży farmaceutycznej. Z własnych wieloletnich doświadczeń w tym sektorze mogę potwierdzić, że wiele, jeśli nie wszystko, zależy od podejścia i umiejętności elastycznego dopasowania strategii do lokalnych warunków, w tym do ograniczeń.
- ▶ W przypadku skomplikowanego procesu refundacji i udostępniania leków pacjentom kluczem do sukcesu jest potrzeba innowacji i determinacji w poszukiwaniu nowych mechanizmów podziału ryzyka między firmą a decydentem. Zwłaszcza w onkologii. Takie podejście jest nam bliskie. Zarządzając dywizją onkologiczną, działamy na bardzo innowacyjnym i wymagającym rynku. Udostępnianie nowych terapii pacjentom jest często trudne. Z drugiej strony prognozy zachorowalności na nowotwory są alarmujące: do roku 2025, w porównaniu z rokiem 2011, nastąpi nawet 25-procentowy wzrost. Żaden kraj nie jest w stanie zapewnić dostępu do wszystkich nowoczesnych leków bez współpracy i partnerstwa stron odpowiedzialnych za pacjenta i zasoby publiczne, z których wszyscy korzystamy.
- ▶ Jednym z rozwiązań prowadzących do bardziej efektywnego wykorzystania funduszy publicznych mogą być instrumenty podziału ryzyka, w Polsce definiowane przez ustawę refundacyjną. Dotychczas stosowano bardziej konserwatywne podejście, czyli tak zwane mechanizmy finansowe, jak rabaty czy „pay back”. W praktyce oznacza to zwrot części kosztów refundacyjnych poniesionych przez płatnika. Coraz większą rolę odgrywa inna grupa instrumentów, opartych na ocenie klinicznych efektów terapii. W mojej opinii nawet przy użyciu pewnych elementów tak zwanego „pay for performance” zwiększamy szansę na pozytywny efekt rozmów. Jako zasadę powinno przyjąć się podział odpowiedzialności finansowej za skuteczność terapii między płatnika a producenta, zwłaszcza w trudnych rozmowach dotyczących dostępu do leków innowacyjnych. Z drugiej strony ten sam sektor farmaceutyczny może łatwo zapewnić bezpośrednie oszczędności w systemie po stronie wydatków na leki, dostarczając na rynek dobrej jakości onkologiczne leki generyczne i biopodobne. Równowaga pomiędzy terapiami innowacyjnymi a lekami generycznymi i biopodobnymi jest szczególnie ważna dla poprawy skuteczności systemu w długiej perspektywie.
- ▶ Na takich rozwiązaniach korzysta zawsze – i przede wszystkim – sam pacjent, który nierzadko może szybko wrócić do aktywnego udziału w życiu społecznym. Patrząc z szerszej, systemowej perspektywy, lepsza alokacja środków w obszarze refundacji leków jest dobra dla systemu ochrony zdrowia w ogóle. Jestem pewien, że przyszłość, poza wieloma nowymi terapiami, przyniesie również wiele nowych rozwiązań w mechanizmach ich udostępniania. I zwłaszcza w dzisiejszych czasach powinniśmy czuć się zobligowani do tego, by wspólnie te rozwiązania doskonalić i efektywnie wdrażać. Polska, także ze względu na ograniczenia budżetowe, może stać się znaczącym ośrodkiem innowacji w tym zakresie i przykładem dla innych krajów europejskich.



prof. dr hab. med.
Mirosław J. Wysocki
Krajowy konsultant
ds. zdrowia
publicznego

- ▶ Podtytuł tej cennej monografii wyraża się w słowach: „Jak poprawiać efektywność polskiej ochrony zdrowia?”. Warto pamiętać, że pytanie to odnosimy do kraju, w którym odsetek PKB wydatkowanego na zdrowie wynosi 6,3% łącznie z wydatkami z kieszeni obywatela i należy do najniższych w Europie. Odsetek ten w kategoriach budżetu państwa wynosi tylko 4,4%.
- ▶ Wielokrotnie w ostatnich latach eksperci, łącznie z Prezydentem Pracodawców RP Andrzejem Malinowskim i piszącym te słowa, apelowali do decydentów o zaprzestanie traktowania zdrowia wyłącznie jako kosztu dla budżetu i pamiętanie o tym, że zdrowie obywateli jest czynnikiem bardzo istotnie wpływającym na rozwój gospodarczy czy za-
możność kraju. Być może dlatego obiecano ostatnio podniesienie nakładów na ochronę zdrowia z 4,4 do 6% budżetu do r. 2025, co zresztą podkreślają autorzy raportu. Według mnie za mało i za późno.
- ▶ Autorzy w bardzo profesjonalny sposób omawiają sposób wykorzystania tych skromnych środków, podkreślając, że ponad 48% budżetu NFZ i 33% wszystkich wydatków ochrony zdrowia przeznaczamy na leczenie stacjonarne. Być może tu leży źródło potencjalnych oszczędności, ponieważ szacuje się, że ok. 10 – 15% z ponad 7 mln hospitalizacji rocznie (Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej, NIZP-PZH) to hospitalizacje niepotrzebne, które w pełni mogą być zastąpione leczeniem ambulatoryjnym z kluczową rolą POZ i opieki społecznej, co jednak też pociągnie za sobą koszty. Analizując niedoskonałości algorytmów finansowania zdrowia w Polsce, autorzy raportu proponują wiele racjonalnych i praktycznych rozwiązań, pomijając jednak prawie całkowicie rolę czynnika wpływającego w sposób decydujący na stan zdrowia populacji, czyli zdrowia publicznego, które jest też, mimo wprowadzenia NPZ, niedostatecznie finansowane. Mam nadzieję, że ten obszar będzie przedmiotem odrębnej publikacji.
- ▶ Nie będę tutaj cytował wyników badań i metaanaliz Lalonda (1974) i Tarlova (1999) dotyczących hierarchii czynników wpływających na stan zdrowia ludności, ale wspomnę kluczowe stwierdzenie dr Z. Jakab (WHO/EURO) i swoje z roku 2013: „Żaden kraj (i żaden budżet), w którym nie ma sprawnego systemu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia (zdrowie publiczne), nie jest w stanie pokrywać w odpowiednim do oczekiwań stopniu geometrycznie rosnących kosztów terapii starzejącej się ludności”.



Bartosz Poliński
Prezes Fundacji Alivia

► Oczekiwania pacjentów wobec systemu opieki zdrowotnej niemal zawsze przekraczają możliwości dostawców usług medycznych, instytucji zajmujących się ochroną zdrowia, a często – nawet samej nauki. Wszelkie dotychczasowe próby ich pełnego i nieograniczonego zaspokojenia, w każdym kraju świata, skończyły się fiaskiem. Gra toczy się o coś zupełnie innego – o najlepszą możliwą opiekę w danych warunkach. Nie wydaje się jednak, żebyśmy w Polsce byli blisko realizacji tego celu. Z jednej strony, w ramach programu „Skarbonka” nasza Fundacja pomaga zbierać środki na leczenie niefinansowane przez NFZ ponad 300 osobom z całego kraju. Często są to pacjenci, którym system publiczny nie ma do zaoferowania niczego spośród rozwiązań zalecanych przez współczesną naukę. Co prawda dzięki wsparciu tysięcy darczyńców możemy im pomóc, jednak skala niezaspokojonych potrzeb poraża, a liczba naszych podopiecznych rośnie każdego roku. Z drugiej strony, – dyskusja dotycząca opieki zdrowotnej w Polsce wymyka się kryteriom racjonalności. Wobec braku rejestrów medycznych gromadzących dane o efektywności opieki nad pacjentami żaden z ministrów zdrowia nie może udowodnić swojej wyższości względem któregośkolwiek z poprzedników lub następców. Chociaż technologie informatyczne zmieniły niemal wszystkie dziedziny naszego życia, rewolucja zaskakująco omija system publicznej ochrony zdrowia. To zaniedbanie skutkuje sytuacją, w której nie można nie tylko zmierzyć, jaki jest stan systemu opieki zdrowotnej, lecz także wyznaczać cele i nadzorować ich realizacji. W przypadku onkologii brak racjonalnej debaty, rezygnacja z badania efektywności opieki oraz odstępnie od przyjęcia strategii zawierającej mierzalne celów skutkują śmiercią ok. 30 tysięcy pacjentów rocznie, którzy mogliby żyć, gdyby skuteczność leczenia raka w Polsce była na poziomie innych państw europejskich.

► To, że nie możemy zrobić wszystkiego naraz, nie oznacza jednak, że nie można małymi krokami poprawić sytuacji. Zacząć należy od diagnozy i nadania kierunku zmian. Raport „Zdrowe oszczędności” precyzyjnie diagnozuje wiele problemów, z którymi mierzymy się każdego dnia, formułuje także wiele trafnych rekomendacji. W szczególności zwracamy uwagę na trzy. Po pierwsze, na głowie stoi piramida świadczeń, które otrzymują pacjenci onkologiczni. Leczenie chirurgiczne jest rozdrobnione, co powoduje, że wielu chorych jest operowanych przez specjalistów, którzy nie mają odpowiedniego doświadczenia. Jednocześnie na chemioterapię, radioterapię czy rehabilitację pacjenci muszą jeździć do dużych ośrodków, co często przyczynia się do rezygnacji z leczenia. Po drugie, z nadzieją spoglądamy w kierunku telemedycyny i aplikacji mobilnych, bowiem już teraz są dowody na skuteczność tych rozwiązań. Rok temu na największej konferencji onkologicznej świata – amerykańskim ASCO – przedstawiono dowody na to, że kontakt pacjenta z placówką poprzez aplikację mobilną może pomóc wykryć nawrót choroby i wydłużyć życie pacjenta z zaawansowanym rakiem płuca o ponad pół roku. Po trzecie, od dawna domagamy się opracowania strategii w zakresie polityki lekowej państwa. Wspólnie z Pracodawcami RP przygotowaliśmy w marcu 2017 r. raport, który pokazuje, że ponad połowa leków onkologicznych zalecanych przez międzynarodowe towarzystwa naukowe nie jest dostępna dla polskich pacjentów. Musimy usiąść do stołu i zastanowić się nad tym, jak przeskoczyć tę przepaść i dać nadzieję chorym. Rekomenduję lekturę raportu wszystkim, również tym, którzy na co dzień nie mają kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Każdy z nas może w pewnym momencie stać się pacjentem onkologicznym – zastanówmy się, czy chcemy ryzykować i znaleźć się w grupie 30 tysięcy chorych, którzy odchodzą, chociaż nie muszą. To od nas wszystkich zależy, czy coś z tym zrobimy.



**Dr Małgorzata
Gałązka-Sobotka**
Dyrektor Instytutu
Zarządzania
w Ochronie Zdrowia
Uczelnia Łazarskiego

- ▶ Raport pt. „Zdrowe oszczędności. Jak poprawić efektywność polskiej ochrony zdrowia?” to bardzo przyjazna czytelnikowi, syntetyczna analiza kluczowych problemów sektora opieki zdrowotnej na tle międzynarodowych statystyk oraz projekcja kierunków jego poprawy. Autorzy opracowania wychodzą z pragmatycznego założenia, że pieniądze przeznaczane na zdrowie w Polsce nie są efektywnie wydatkowane. Prawdą jest, że ich wartość z roku na rok rośnie, ale na tle Europy pozostajemy w ogonie tych, dla których kapitał zdrowia stanowi ważną i wartościową inwestycję.
- ▶ Dyskusja nt. ochrony zdrowia w Polsce należy do najbardziej emocjonujących. Pacjentów frustrują długie kolejki, wysokie wydatki na świadczenia nabywane poza publicznym ubezpieczeniem zdrowotnym i brak empatii ze strony personelu. Przedstawiciele środowisk medycznych narzekają na przeciążenie pracą, nieznośną biurokracją i niskie zarobki. Ekspertki ochrony zdrowia wytykają politykom lekceważenie wyzwań, które narastają z roku na rok, oraz zaniechania w odważnych reformach nastawionych na interes pacjenta. Kolejne partie polityczne sprawujące rządy godzą się na marnotrawstwo zasobów rzeczowych, nieracjonalną alokację środków finansowych, nieefektywne wykorzystania kapitału ludzkiego. Od lat akceptowane są słaba jakość organizacji opieki i wątpliwe bezpieczeństwo pacjenta, będące konsekwencją odsuwania w czasie wdrożenia w polskim systemie narzędzi monitoringu, ewaluacji i kontroli. Niska pozycja Polski w wielu przytoczonych przez autorów raportu rankingach i indeksach (pomimo dylematów metodologicznych) ilustruje tę diagnozę. Niemniej wciąż słyszalny jest głos, że przewrotnie należymy do liderów, gdyż trudno o wskazanie takiego organizatora ochrony zdrowia, który za tak mało pieniędzy uzyskałby aż tak dużo. Stąd w dyskursie eksperckim wśród głównych postulowanych rozwiązań rywalizują ze sobą dwa kierunki: optymalizacja w ramach dotychczasowych środków oraz wzrost wydatkowania pieniędzy publicznych na ochronę zdrowia, które warunkują wzrost efektywności.
- ▶ Autorzy wprost wskazują na potrzebę stałego wzrostu finansowania służby zdrowia z jednoczesnym konsekwentnym i nieprzerwanym procesem optymalizacji wielu sfer systemu. Wśród kluczowych postulatów wymieniają porządkowanie systemu, zwiększenie ekonomii skali w wykorzystaniu wszystkich zasobów oraz wyższą aktywność pacjentów – w trosce o zdrowie i racjonalne korzystanie z opieki zdrowotnej. Zapewne wachlarz zarówno problemów, jak i ich rozwiązań jest znacznie szerszy, niemniej przedłożone opracowanie pozwala czytelnikowi ustrukturyzować swój tok myślenia o systemie, a jego konstruktorom i inżynierom pomóc w doborze najlepszych dróg optymalizacji i stworzeniu najbardziej efektywnych planów wdrożenia.
- ▶ Zaliczając się do grona propagatorów *evidence-based policy*, uznaję – za autorami raportu – iż dla uzdrowienia polskiego systemu fundamentalne jest stworzenie interoperacyjnego systemu umożliwiającego zbieranie i porównywanie danych nt. efektywności leczenia – w płaszczyźnie zarówno klinicznej, jak i ekonomicznej oraz organizacyjnej. W konsekwencji możliwe staną się zdefiniowanie racjonalnych warunków realizacji świadczeń i głęboki przegląd koszyka świadczeń gwarantowanych przez państwo. Optymalne alokowanie zasobów ludzkich, finansowych i rzeczowych jest bowiem zależne od obiektywnej oceny relacji nakładów i efektów leczenia. Być może stanie się wówczas możliwe to, że teza „więcej za to samo” zostanie potwierdzona. Tym samym pojawi się wówczas gotowość obywateli i polityków do stałego zwiększania finansowania ochrony zdrowia, poprzez wzrost danin i subwencji publicznych. Stanie się to powszechnie akceptowalne i poparte przekonaniem, że wydatki na zdrowie to prawdziwa inwestycja z gwarantowaną stopą zwrotu. Popieram kierunek, że to, co możliwe i niezbędne już dziś, to rozwój nowoczesnych telemedycznych i internetowych narzędzi wspierania organizacji i realizacji procesu leczenia. Niemniej to każdy z nas musi dołożyć cegiełkę do przebudowy systemu ochrony zdrowia w Polsce poprzez zmianę swoich postaw zdrowotnych i zachowań pacjenckich. Od naszych osobistych wyborów zależy bowiem znacznie więcej niż od decyzji kolejnych ekip rządzących i ministrów zdrowia.



Andrzej Sadowski
*Prezydent Centrum
im. Adama Smitha
– Pierwszego
Niezależnego
Instytutu w Polsce,
członek Narodowej
Rady Rozwoju przy
Prezydencie RP*

► Nie ma takiego systemu ochrony zdrowia na świecie, który oferowałby nieograniczony dostęp do swoich usług przy ograniczonych na to środkach. Skoro w usługach medycznych zasoby nie tylko finansowe, lecz także coraz bardziej ludzkie są limitowane, to krytyczną sprawą jest analiza wydatków. Bez niej nie przeprowadzi się planu ich racjonalizacji, a tym samym ograniczenia nieefektywnego alokowania środków. Zwiększenie wartości umów ze szpitalami i poradniami specjalistycznymi – jak stwierdza Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z 2015 roku – nie przełożyło się na lepszy dostęp pacjentów do leczenia. Potwierdza to również Narodowy Fundusz Zdrowia, który przyznaje, że czas kolejki na wizyty do kluczowych specjalistów, na przyjęcia do szpitali, rehabilitację oraz podstawowe procedury wydłuża się. Ministerstwo Zdrowia zaś szacuje, że tylko w 2010 roku koszt leczenia schorzeń wyniósł 150 mld zł. Miarą nieefektywności systemu ochrony zdrowia są również wydatki na leki OTC, które sięgają 10 proc. łącznych na nie nakładów.

► Wymowa tych oczywistych faktów powinno skłaniać do podjęcia działań, zwłaszcza tych, które można wprowadzić od zaraz. Autorzy raportu przedstawiają ich priorytetową listę, z którą powinien zgodzić się każdy sprawujący władzę.

Nic nie stoi dziś na przeszkodzie, a zwłaszcza tania i ogólnodostępna technologia, aby pacjent dokonywał oceny wykonanego zabiegu, tak jak powszechnie się to stosuje w innych obszarach aktywności społecznej. Dzięki tak prostej zmianie jak społeczny monitoring pacjenci otrzymają informację o jakości usług, na podstawie której będą mogli wybierać lekarzy i placówki oferujące najwyższy standard.

Lista podstawowych zmian, które zracjonalizują przepływ pieniędzy, jest na tyle krótka, że można ją wprowadzić natychmiast i nie można z tym zwlekać.



Rafał Zyśk

MD, MBA

Ekspert do spraw
ekonomiki zdrowia
Instytut Zarządzania
w Ochronie Zdrowia
Uczelnia Łazarskiego

- ▶ Najbliższe dwie dekady dla Polski będą oznaczały konieczność stawienia czoła konsekwencjom starzenia się społeczeństwa oraz określonych trendów epidemiologicznych. O ile pozytywnie ocenić należy stopniowe wydłużanie się średniego trwania życia w Polsce, o tyle bardzo niepokojące jest zjawisko niezastępowalności pokoleń, prowadzące do niewystarczających dochodów w stosunku do wzrastających potrzeb wydatków systemu ochrony zdrowia. W przeciagu najbliższych kilkunastu lat zmiany demograficzne zwiększą zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne, z których korzystać będzie starsza część populacji. Dotyczyć to będzie w szczególności leczenia na oddziałach internistycznych, kardiologicznych, chirurgicznych i okulistyki. Analiza przeprowadzona przez NFZ w 2016 roku zwraca uwagę na zagrożenie stabilności finansowej systemu, wynikające ze zwiększonych potrzeb co do świadczeń medycznych dla rozrastającej się grupy osób starszych, przy potencjalnie malejących dochodach systemu ochrony zdrowia. Płatnik publiczny prognozuje wzrost sumarycznej liczby hospitalizacji w 2030 roku o 713 tys. (7,9%) względem 2014 roku. Coraz większy problem dla systemu ochrony zdrowia stanowią będą choroby przewlekłe, często cywilizacyjne, które dotykać będą już osób w wieku produkcyjnym, co znajdzie swoje odbicie w obciążeniu gospodarki rosnącymi kosztami pośrednimi, związanymi z utratą produktywności.
- ▶ Zaplanowane przez rząd zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 6 proc. PKB jest właściwym i kluczowym kierunkiem reformy systemu, jednak zostało ono rozłożone na 8 lat. Dlatego zaproponowane przez autorów niniejszego raportu działania, które można podjąć już dziś, tworzą cenny wstęp do merytorycznego dialogu ekspertów z resortem zdrowia, co powinno zaowocować konkretnymi rozwiązaniami organizacyjnymi i prawnymi. W związku z rosnącymi wydatkami na innowacyjne technologie medyczne wśród proponowanych działań na podkreślenie zasługują w szczególności wykorzystywane coraz częściej w innych krajach instrumenty podziału ryzyka oparte na wynikach leczenia. Ich wdrożenie wymagać będzie utworzenia rejestrów klinicznych oraz powołania zespołów audytorskich (zespołów koordynujących), pełniących funkcję kontrolno-nadzorczą i interpretujących zgromadzone dane. Wnioski przygotowane przez zespoły umożliwią płatnikowi określenie przypadków, w których leczenie okazało się nieskuteczne i których koszt pokrywać będzie producent leku.
- ▶ Raport przygotowany przez organizację Pracodawcy RP pt. „Zdrowe oszczędności” stanowi wartościowe opracowanie, podsumowujące aktualną sytuację publicznego systemu ochrony zdrowia w kontekście ograniczeń ekonomicznych i trendów demograficznych. Autorzy raportu formułują jednocześnie propozycje rozwiązań, których wykorzystanie pozwoliłoby na zwiększenie efektywności systemu, a także odciążenie lekarzy i pielęgniarek. Większość z proponowanych koncepcji to rozwiązania sprawdzone i wykorzystywane z sukcesem w innych krajach, co może ułatwić ich implementację do warunków polskich. Z kolei kompleksowe wykorzystanie proponowanych przez autorów raportu rozwiązań pozwoliłoby na uzyskanie długofalowych korzyści w zakresie zdrowia publicznego oraz zwiększenie efektywności alokacji zasobów pozostających w dyspozycji publicznego systemu ochrony zdrowia.

Wprowadzenie

- ▶ **Polski system ochrony zdrowia stoi przed szeregiem wyzwań.** Potrzeba zmian jest deklarowana przez Polaków w badaniach opinii publicznej. Z sondażu przeprowadzonego w sierpniu 2016 r. wynika, że trzy czwarte respondentów CBOS było niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju. Polska od lat plasuje się na dalekich pozycjach Euro Health Consumer Index – jednego z najbardziej kompleksowych międzynarodowych zestawień oceniających jakość ochrony zdrowia z perspektywy pacjentów. Jednocześnie według raportów i badań przeprowadzanych cyklicznie zarówno przez CBOS, jak i przez GUS zdrowie jest jedną z najważniejszych lub najważniejszą wartością w życiu Polaków.
- ▶ **Oczekiwania polskich pacjentów nie przestają rosnąć.** Wynika to z ciągłego rozwoju technologii medycznych i innowacyjnych, często przetomowych terapii, a także z możliwości porównywania – poprzez doświadczenia własne, rodziny czy znajomych – sposobu funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w różnych krajach Europy. Oczywiście w żadnym państwie ochrona zdrowia nie jest idealna, ale Polska nie we wszystkich obszarach dotrzymuje tempa sąsiadom z Europy Zachodniej. Modelowe placówki nadal pozostają wyjątkami wśród – niewystarczająco dofinansowanych – przychodni i szpitali.
- ▶ **Prognozy demograficzne dla Polski są niekorzystne, ale nieuniknione.** W nadchodzących dekadach średnia wieku Polaków gwałtownie się podwyższy, a co za tym idzie – coraz więcej obywateli będzie zmagano się z różnymi schorzeniami, przede wszystkim chorobami układu krążenia i nowotworami. Presja na system opieki zdrowotnej będzie nasilać się również ze względu na coraz mniejszą liczbę obywateli w wieku produkcyjnym, czyli osób dotychczas najwięcej składujących.
- ▶ **Zdrowie ciągle aspiruje do czołówki priorytetów wśród wydatków publicznych.** Stan ten utrzymuje się od początków transformacji ustrojowej. Nakłady na ochronę zdrowia odbiegają od poziomów spotykanych w krajach o podobnych dochodach co Polska. Jednocześnie ostatnie, wciąż kryzysowe, lata przyniosły w wielu państwach Unii Europejskiej presję na cięcie wydatków publicznych, a owa polityka *austerity* często dotyczyła również opieki zdrowotnej. Sceptyczne nastawienie niektórych liderów opinii wobec zwiększania nakładów na ochronę zdrowia stanowi pokłosie tych trendów.
- ▶ **Ochrona zdrowia jest jednak obszarem, w którym niewłaściwie wdrożone oszczędności mogą przynieść odwrotne skutki.** Krótkoterminowe rozwiązania ograniczające koszty, takie jak wprowadzanie ogólnych limitów świadczeń, zmniejszanie dostępu do terapii czy mrożenie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, nie pozostają bez wpływu na jakość i dostępność opieki. W praktyce oszczędności te mogą oznaczać wyższe koszty w przyszłości – pacjent nieobjęty opieką na wczesnym etapie choroby będzie wymagał bardziej zaawansowanych terapii. Jeśli zły stan zdrowia spowoduje konieczność rezygnacji z pracy, wówczas tracą na tym zarówno gospodarka (w której coraz bardziej brakuje pracowników), jak i finanse publiczne (z których opłaca się transfery społeczne).
- ▶ **Często argumentem przeciwko zwiększaniu nakładów na ochronę zdrowia jest twierdzenie, iż system ten przypomina „dziurawe wiadro”.** Blisko stąd do konkluzji, że nie należy zwiększać wydatków w sytuacji, gdy system marnotrawi te środki, którymi obecnie dysponuje. Metafora „dziurawego wiadra” nie jest w pełni trafna – pieniądze w polskim systemie ochrony zdrowia są rozdysponowywane według szczegółowych kontraktów i przypisane do określonych zadań. System ten, pomimo wszystkich

swoich ułomności, pozwala na kontrolę wydatków, jednak pozostają one nadal nieproporcjonalne względem potrzeb i poziomu rozwoju naszego kraju.

- ▶ **Ostatnie dwa lata to nie tylko deklarowane, lecz także rzeczywiste otwarcie Ministerstwa Zdrowia na dialog ze wszystkimi interesariuszami.** Widać to wyraźnie na przykładzie powoływania ekspertów rynkowych w skład licznych zespołów tworzonych przez Ministra Zdrowia do opracowania lub rekomendowania zmian w systemie ochrony zdrowia. Ponadto warto zwrócić uwagę na rosnącą siłę organizacji reprezentujących pacjentów – co nastąpiło także dzięki wsparciu resortu zdrowia. Otwartość ta daje nadzieję na wypracowywanie rozwiązań, które będzie można szybciej i łatwiej adaptować do systemu, dzięki czemu realna zmiana będzie szybciej odczuwalna przez pacjentów.
- ▶ **Do dobrych rozwiązań wdrożonych przez resort zdrowia należy zaliczyć także realizację programu bezpłatnych leków dla osób w wieku 75 plus.** Program ten jest pozytywnie odbierany przez seniorów, mimo że kwotowo nie stanowi dużej inwestycji. To jest ważna wskazówka dla decydentów – czasem polityka małych zmian skierowanych do wybranej grupy może przynieść widoczne korzyści. Wyraźnie widać także, że Ministerstwo Zdrowia stara się powoli i w ramach możliwości budżetowych publicznego płatnika zwiększać dostęp pacjentom do innowacyjnych terapii lekowych. W ostatnich dwóch latach na listy refundacyjne weszło wiele ważnych terapii, które wcześniej nie były dostępne.
- ▶ **Konsekwentna realizacja takiego podejścia będzie możliwa jednak jedynie, jeśli zostaną spełnione obietnice wyborcze dot. podniesienia nakładów na ochronę zdrowia do 6%.** Stanowiły one istotne punkty w programach wyborczych różnych partii równorzędnie z postulatem dot. zrównania poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce ze średnią państw unijnych. Także strategia Narodowej Służby Zdrowia przedstawiona 26 lipca 2016 r. przez Ministra Zdrowia zakładała zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB w terminie do 2025 r. Niezwykle ważne jest, by postulat ten znalazł

odzwierciedlenie w oficjalnych dokumentach rządowych. Pozytywne symptomy w tym obszarze znajdujemy w dokumencie „Wieloletni Plan Finansowy Państwa”, który został przyjęty przez Radę Ministrów 25 kwietnia br. Znajdujemy w nim następujące zapowiedzi zmian: „realizowane będą działania zwiększające dostępność leczenia, tak, aby każdy obywatel otrzymał pomoc medyczną w sposób szybki i pozwalający na utrzymanie obywateli w poczuciu bezpieczeństwa. W tym celu będą prowadzone prace dotyczące zmiany modelu organizacji finansowania służby zdrowia, polegające m.in. na likwidacji NFZ i przeniesieniu finansowania do budżetu, zorientowane na stopniowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia”.

- ▶ **Jednocześnie rok 2017 został zapowiedziany jako czas na porządkowanie systemu ochrony zdrowia i zbudowanie politycznego zaufania, potrzebnego do przeprowadzenia fundamentalnych reform¹, w tym zmiany sposobu finansowania ochrony zdrowia i mechanizmów prowadzenia polityki zdrowotnej.** Tak postawiony plan tworzy warunki, w których warto podjąć pilną dyskusję nad możliwymi zmianami, korzystnymi dla wszystkich uczestników systemu.
- ▶ **Zwiększenie finansowania to warunek konieczny, ale niewystarczający dla poprawienia jakości funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.** Zwiększenie efektywności wydawania środków już obecnie znajdujących się w systemie jest kluczowe ze względów zarówno ekonomicznych, jak i etycznych. Jednocześnie istnieje ogromna potrzeba prowadzenia ustrukturyzowanej debaty publicznej nad kierunkami zmian i nad poprawą kondycji polskiego systemu ochrony zdrowia. Dialog ten powinien być możliwie szeroki, z równym zaangażowaniem wszystkich uczestników systemu: pacjentów, personelu, władz publicznych oraz sektora prywatnego. Oznaki tego typu podejścia są widoczne, jednak konieczne jest ich ustrukturyzowanie i wprowadzenie jako nowego standardu pracy w ochronie zdrowia.

¹ Wypowiedź Ministra Konstantego Radziwiłła podczas konferencji NFZ i Banku Światowego, 13 grudnia 2016 r. w Warszawie.

- ▶ W niniejszym raporcie chcielibyśmy przyrzeć się rozwiązaniom, które mogą przynieść oszczędności i racjonalizację wydatków w polskim systemie ochrony zdrowia, przy jednoczesnym poprawieniu jakości opieki zdrowotnej i dostępu do niej.
- ▶ Naszym celem jest zebranie istotnych spostrzeżeń i rozwiązań, o których warto dyskutować. Nie wyrokujemy w kwestiach kluczowych problemów polskiej ochrony zdrowia, takich jak sposób jej finansowania, niedobory kadrowe, informatyzacja, nierówności w zdrowiu, czy też relacje między publicznymi a prywatnymi świadczeniodawcami, choć odnosimy się do nich w raporcie. Skupiamy się na obszarach, na które można spojrzeć z nowej perspektywy i dążyć do wprowadzenia w nich mechanizmów przynoszących oszczędności i zwiększających synergię. Wiele z tych rozwiązań nie wymaga zmian legislacyjnych, a ich sprawne wdrożenie mogłoby być potraktowane jako tzw. szybkie zwycięstwa, wzmacniające pozycję resortu zdrowia.
- ▶ Chcemy także zwrócić uwagę na strukturę wydatków w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów rozwiniętych, a także przeanalizować kluczowe wyzwanie, jakim jest starzenie się społeczeństwa. Przedstawimy rekomendacje działań, które powinny zostać podjęte – zarówno przez władze publiczne, jak i przez sektor prywatny.



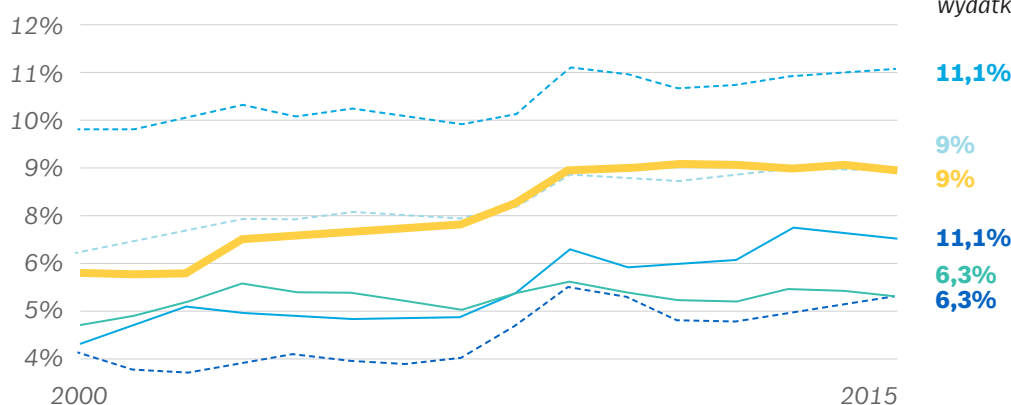
Ile i w jaki sposób wydajemy na zdrowie?

► Według danych OECD² w 2015 r. na ochronę zdrowia przeznaczono w Polsce łącznie 113 mld zł. Wydatki ze środków publicznych (czyli z budżetu państwa, z samorządów oraz Narodowego Funduszu Zdrowia) wyniosły 81 mld zł, zaś prywatne (pochodzące bezpośrednio z kieszeni pacjentów, jak i z różnego rodzaju abonamentów i ubezpieczeń zdrowotnych) – 32 mld zł.

W Polsce od 2000 r. nakłady na zdrowie rosły blisko o połowę wolniej niż średnia w OECD. Nie jest to wyjątek w krajach należących do Grupy Wyszehradzkiej, wśród których tylko Czechy konsekwentnie nadrabiają dystans względem średniej unijnej. Niemniej w gronie państw naszego regionu tylko Łotwa i Estonia przeznaczają na ochronę zdrowia mniejszy odsetek PKB niż Polska. (WYKRES 2)

2 OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organization for Economic Cooperation and Development).

WYKRES 1 ► WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA JAKO ODSETEK PKB



2,7%

PKB brakuje Polsce do średniej wydatków państw OECD

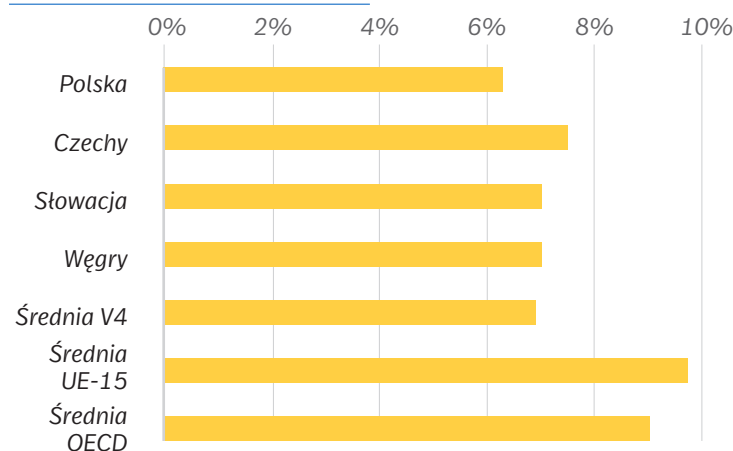
--- Estonia --- Niemcy --- Czechy
 --- Polska --- Hiszpania --- Średnia OECD

Źródło: dane OECD.

► Suma ta stanowiła 6,3 proc. polskiego produktu krajowego brutto (PKB) – podczas gdy średnia dla krajów rozwiniętych (zrzeszonych w OECD), jest równa 9 proc. PKB. (WYKRES 1)

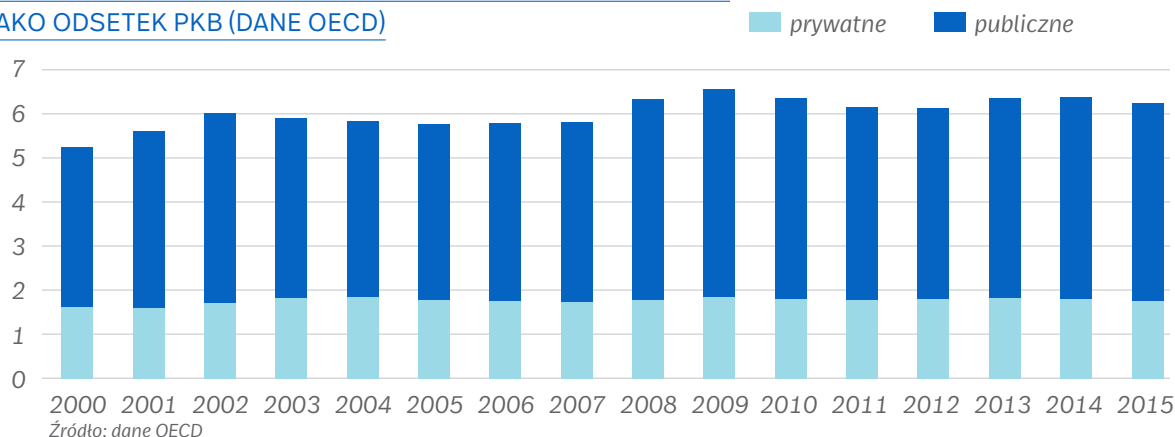
► Na przestrzeni ostatnich 15 lat wydatki zdrowotne systematycznie rosły we wszystkich krajach OECD. Średni wzrost wyniósł 1,8 punktu procentowego PKB, natomiast tempo wzrostu było zdecydowanie wyższe w bogatszych krajach.

WYKRES 2 ► WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W 2015 R.J AKO ODSETEK PKB



Źródło: dane OECD.

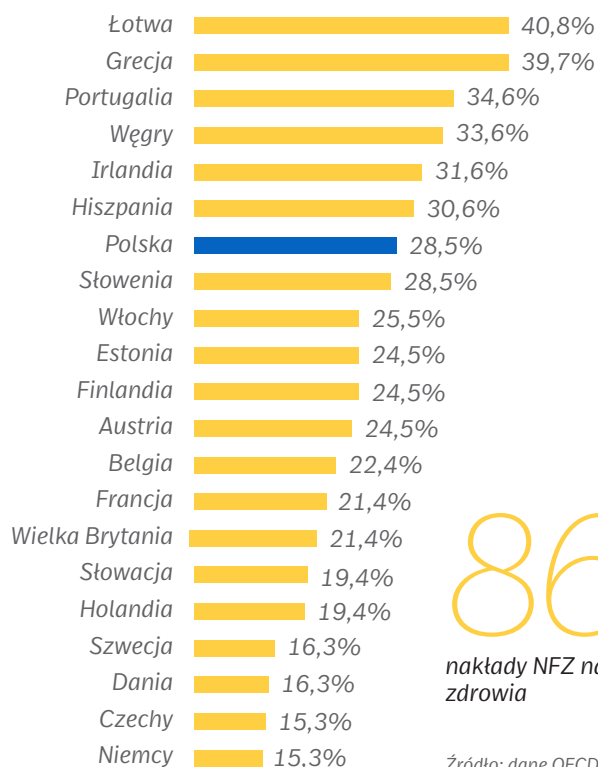
WYKRES 3 ► NAKŁADY NA OCHRONĘ ZDROWIA W POLSCE
JAKO ODSETEK PKB (DANE OECD)



► Aby wydawać na zdrowie proporcjonalnie tyle co np. Czesi, w polskim systemie musiałyby się znaleźć dodatkowo ponad 20 mld zł. Osiągnięcie nakładów na poziomie krajów tzw. starej Unii wymagałoby dodatkowych ponad 60 mld zł.

► Wzrost nakładów w ciągu ostatnich 15 lat wiązał się ze zwiększaniem wydatków publicznych – w tym czasie nakłady prywatne utrzymywały się średnio na poziomie 1,8 proc. PKB. Dynamiczny wzrost wydatków publicznych w latach 2007–2009 podniósł łączne nakłady na zdrowie do poziomu 6,7 proc. PKB. W kolejnych latach utrzymywały się na niższym poziomie. (WYKRES 3)

WYKRES 4 ► ODSETEK NAKŁADÓW PRYWATNYCH
W ŁĄCZNYCH WYDATKACH NA OCHRONĘ ZDROWIA



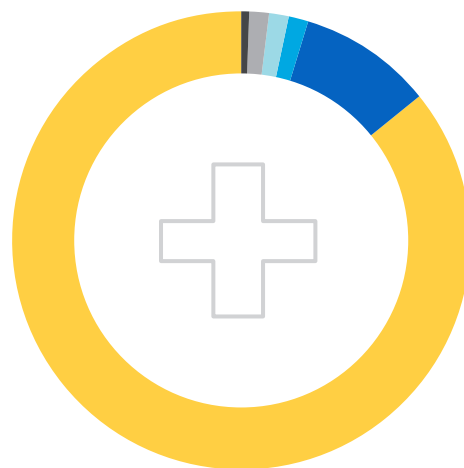
86%

nakłady NFZ na ochronę zdrowia

Źródło: dane OECD

WYKRES 5 ► PUBLICZNE WYDATKI NA
ZDROWIE W PODZIALE NA POSZCZEGÓLNE
ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

● 1% gminy
● 2% powiaty
● 1% miasta na prawach powiatu
● 1% województwa
● 9% budżet państwa
● 86% NFZ

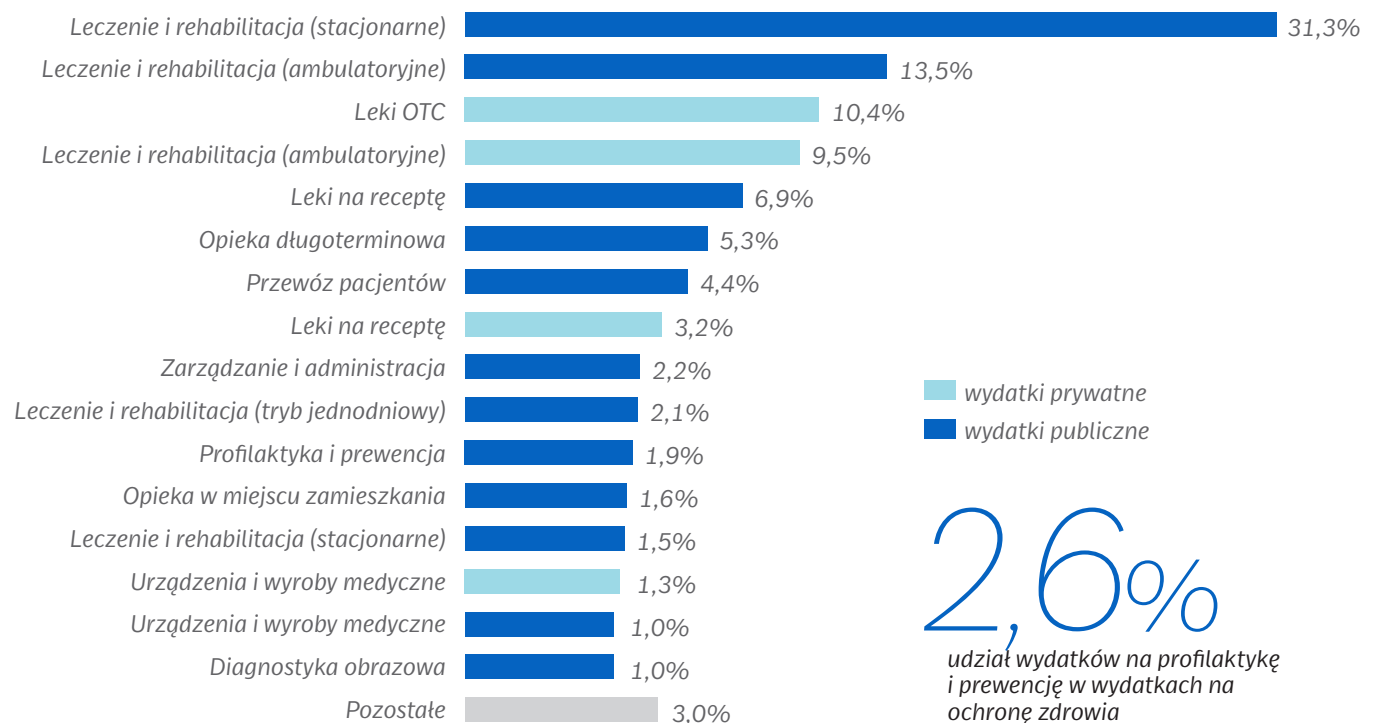


Źródło: w mln zł; dane GUS za 2015 r.

► Nakłady prywatne stanowiły w 2015 r. 28 proc. łącznych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Jest to wartość zbliżona do średniej dla krajów OECD i nieco wyższa niż najczęściej spotykane wartości w krajach Unii. (WYKRES 4)

► Na wydatki publiczne składa się przede wszystkim Narodowy Fundusz Zdrowia: w 2015 r. jego udział wynosił 86 proc. Nakłady wydzielane z centralnego budżetu państwa stanowią 9 proc., podczas gdy te pochodzące z samorządów różnych szczebli wynoszą 5 proc. Wszystkie powiaty i miasta na prawach powiatu, a także samorzady wojewódzkie w 2015 r., wydały na zdrowie łącznie 3,4 mld zł, zaś gminy – nieco ponad 0,5 mld zł. (WYKRES 5)

WYKRES 6 ► UDZIAŁ WYDATKÓW PRZEZNACZANYCH NA POSZCZEGÓLNE KATEGORIE (CO NAJMNIEJ 1 PROC.) W ŁĄCZNYCH NAKŁADACH NA OCHRONĘ ZDROWIA W POLSCE



Na co są wydawane pieniądze w polskim systemie ochrony zdrowia?

► Patrząc na polski system ochrony zdrowia holistycznie – bez koncentrowania się na obecnej strukturze budżetowania NFZ, a za to z uwzględnieniem całości wydatków publicznych i prywatnych – można wyciągnąć kilka interesujących wniosków w ujęciu porównawczym. W tym celu oparliśmy analizę na stosowanym przez OECD ujęciu SHA³, w ramach którego możliwe jest segmentowanie funkcjonalne wydatków na ochronę zdrowia. (WYKRES 6)

- Po pierwsze, wydatki na leczenie i rehabilitację – stacjonarną i ambulatoryjną – finansowane ze środków zarówno prywatnych, jak i publicznych stanowią łącznie blisko 60 proc. wszystkich nakładów na ochronę zdrowia. To niemalże najwięcej wśród krajów OECD, jednak większość z nich i tak wydaje na ten cel ponad 55 proc. Najniższy udział tej kategorii – 46,5 proc. – odnotowuje się w Czechach.

ponad 48% budżetu NFZ i blisko 33% wszystkich wydatków ochrony zdrowia przeznaczamy na leczenie stacjonarne

- Po drugie, udział wydatków na leczenie stacjonarne (głównie w szpitalach) wynosi w Polsce prawie 33 proc. i zdecydowanie odbiega od średniej OECD, znajdującej się na poziomie 26 proc. Więcej na szpitala przeznaczają się tylko w Grecji (40 proc.) i w Austrii (33,5 proc.).
- Po trzecie, prywatne wydatki na leki OTC (leki wydawane bez recepty) stanowią ponad 10 proc. łącznych nakładów na zdrowie, co stanowi nieproporcjonalnie wysoką wartość, niespotykaną w żadnym innym kraju OECD. Dla porównania: w Niemczech stanowią one 1,5 proc., w Czechach – 3,5 proc., a w Estonii – 3,8 proc. Wydatki na leki OTC stanowią w Polsce ponad połowę łącznych nakładów na farmaceutyki i wyroby medyczne, co również

3 SHA – System Rachunków Zdrowia (ang. System of Health Accounts).

stanowi ewenement na tle innych krajów. Wreszcie, odpowiadają one za ponad jedną trzecią prywatnych nakładów na ochronę zdrowia w Polsce.

- Po czwarte, wydatki na profilaktykę i prewencję wynoszą łącznie 2,6 proc. wszystkich wydatków i są tylko nieco niższe od średniej dla krajów OECD (2,8 proc.). Zarówno wyższy, jak i niższy odsetek nakładów przeznaczają się w krajach o różnej efektywności systemów ochrony zdrowia. Wartość ta uwzględnia jednak tylko wysokość wydatków przeznaczonych na dedykowane programy zdrowotne – nie bierze się tu pod uwagę roli lekarzy, którzy mogą realizować te zadania również w procesie leczenia.

prawie 13%

Polaków deklaruje, że ich potrzeby zdrowotne nie są zaspokojone.

Jak mierzy się efektywność systemu ochrony zdrowia?

- ▶ W dyskusjach na temat polskiej ochrony zdrowia często wspomina się o tym, że system jest wyjątkowo wydajny, skoro przy tak ograniczonych nakładach udaje się osiągać względnie dobre efekty zdrowotne. W różnych ujęciach ocena tej efektywności jest bardziej złożona.
- ▶ Często cytowany [ranking Bloomberga](#)⁴ przyjmuje najprostszą miarę, zestawiając ze sobą: ważoną wysokość wydatków zdrowotnych jako odsetek PKB, średnie wydatki na osobę i średnią spodziewaną długość życia mieszkańców. Ranking ten opiera się na założeniu, że nakłady finansowe przekładają się na efekty zdrowotne, a idealna sytuacja to taka, w której jak najwyższe rezultaty są osiągnięte przy jak najniższych wydatkach.
- ▶ Na 55 krajów ujętych w najnowszej edycji tego zestawienia [Polska znalazła się na 18. miejscu](#), a od 2009 r. awansowała o 9 pozycji⁵.
- ▶ Ranking ten dopuszcza się jednak uproszczeń, przede wszystkim w odniesieniu do końcowego efektu – ujednoliconą średnią oczekiwaną

długość życia pomija różnice między kobietami a mężczyznami, inne nierówności w zdrowiu (na przykład te powiązane z wykształceniem czy zamożnością) oraz oczekiwaną długość życia w zdrowiu (czyli bez niepełnosprawności).

- ▶ Z kolei [według analizy The Economist Intelligence Unit](#) polski system ochrony zdrowia pod względem efektywności kosztowej [zajmuje 53. miejsce na 166 badanych krajów](#)⁶. Metodologia rankingu Health Outcomes and Cost bierze pod uwagę bardziej zniuansowane wskaźniki: DALY (lata życia skorygowane niepełnością) i HALE (przewidywana długość życia w zdrowiu, wyznaczana przy urodzeniu), a także przewidywane dalsze trwanie życia po wieku 60 lat oraz wskaźnik umieralności dorosłych. Autorzy wskazują, że rezultaty w polskim systemie są nieco niższe, niż można by się spodziewać na podstawie wysokości nakładów – co tworzy przestrzeń do zwiększania efektywności.
- ▶ Wspomniany we wprowadzeniu [Euro Health Consumer Index](#) (EHCI) to zestawienie europejskich systemów ochrony zdrowia skupiające się przede wszystkim na jakości opieki. W ostatniej edycji tego rankingu [Polska zajęła 34. na 35 miejsc](#)⁷. Na EHCI składa się 48 wskaźników, pogrupowanych w 6 obszarach – m.in. takich jak: czas oczekiwania na leczenie, efekty zdrowotne, prawa pacjenta czy jakość farmakoterapii.
- ▶ Co istotne, ranking nie bierze pod uwagę nakładów finansowych, a jedynie konkretne rezultaty osiągnięte przez system ochrony zdrowia – bogate kraje nie są w nim bezpośrednio premiiowane za wyższe wydatki. Autorzy EHCI opracowali również podzestawienie, które uwzględnia rezultaty w odniesieniu do wysokości finansowania (tzw. *bang-for-the-buck*). Raport ten, mimo że jest często przez media przytaczany, posiada także wady i ułomności. Dokładna lektura przyjętych wskaźników i ich definicji wskazuje, że Polska niesłusznie otrzymała w wielu obszarach zbyt mało punktów. Przeliczenia punktów w oparciu o własne doświadczenie i dane zebrane w Polsce dokonał p. prof. Jarosław Fedorowski na łamach „Menadżera Zdrowia”⁸. Według jego obliczeń Polska powinna być w środku stawki, a nie na samym jej końcu.

4 Bloomberg Health-Care Efficiency Index.

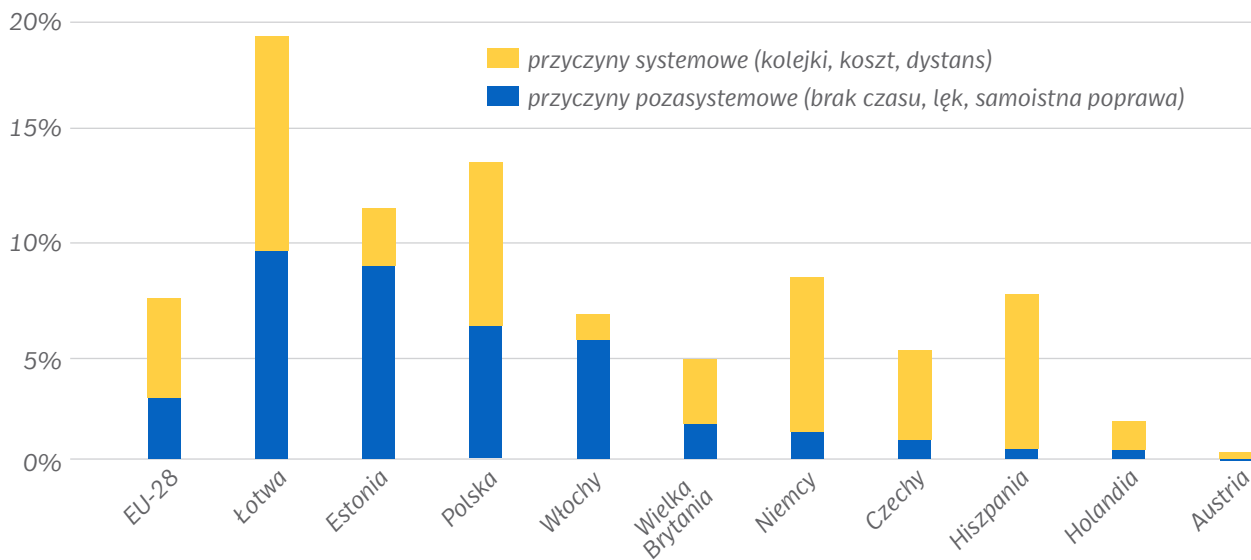
5 Du, Lu, 2016.

6 EIU, 2014.

7 Björnberg, 2016.

8 Numer 2/2017 „Menadżer Zdrowia”.

WYKRES 7 ▶ ODSETEK ŻYJĄCYCH W WYBRANYCH KRAJACH UE OBYWATELI POWYŻEJ 16. ROKU ŻYCIA, KTÓRZY DEKLARUJĄ NIEZASPOKOJONE POTRZEBY ZDROWOTNE



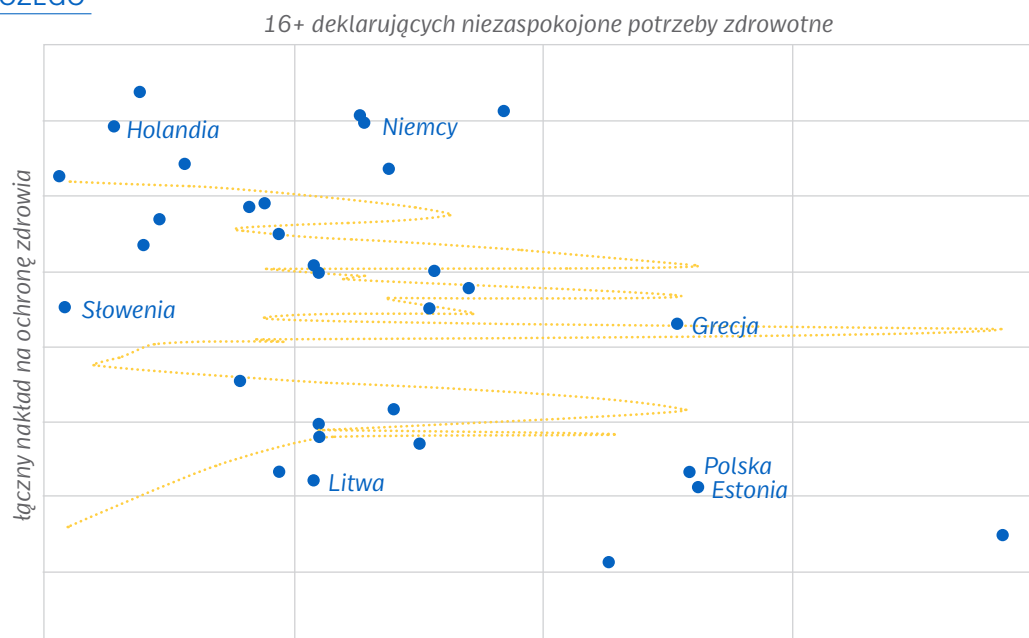
Źródło: dane Eurostatu, 2014 r.

3,6 lat

Możliwe przedłużenie długości życia po maksymalizacji efektywności systemu ochrony zdrowia

▶ Według badania gospodarstw domowych EU-SILC blisko 13 proc. Polaków powyżej 16. roku życia potrzebujących świadczeń nie mogło ich uzyskać – co daje jeden z słabszych wyników w Unii, wynoszący niemal dwukrotnie więcej niż średnia, która jest równa 6,7 proc. obywateli. Do najważniejszych przyczyn niedoboru opieki wśród Polaków należą kolejno: czas oczekiwania, zbyt wysokie koszty, brak czasu i samoistna

WYKRES 8 ▶ STOSUNEK ŁĄCZNYCH NAKŁADÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA DO ODSETKA OBYWATELI W WIEKU 16+ DEKLARUJĄCYCH NIEZASPOKOJONE POTRZEBY ZDROWOTNE (WSZYSTKIE PRZYCZYNY) W KRAJACH EUROPEJSKIEGO OBSZARU GOSPODARCZEGO



Źródło: dane Eurostatu, 2014 r.

poprawa stanu zdrowia. Polskę, jak również inne kraje regionu, charakteryzuje także stosunkowo wysoki odsetek niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych wśród osób w wieku poprodukcyjnym – w krajach tzw. starej Unii osoby po 65. roku życia rzadziej niż osoby młodsze zgłaszają niedobory opieki. (WYKRES 7)

► Zestawienie nakładów na ochronę zdrowia z poziomem zaspokojenia potrzeb (WYKRES 8) sugeruje, że choć istnieje widoczna relacja między oboma czynnikami, taki kraj jak Litwa jest w stanie osiągnąć lepsze efekty przy zbliżonej skali finansowania (Polska vs Litwa) i odwrotnie – wyższe nakłady nie muszą się przekładać na lepsze efekty (Litwa vs Niemcy), przynajmniej w subiektywnej ocenie obywateli. (WYKRES 8)

► Opracowanie ekonomistów Komisji Europejskiej⁹ wskazuje na to, że w Polsce – a także w innych nowych krajach członkowskich – występują obszary nieefektywności systemów ochrony zdrowia. Zastosowane przez nich modele ekonometryczne biorą pod uwagę rezultaty w postaci przewidywanej długości życia (w kilku

wariantach), liczby konsultacji i pobytów w szpitalach, przy uwzględnieniu nakładów finansowych, liczby lekarzy i pielęgniarek oraz łóżek szpitalnych, a także czynników środowiskowych, takich jak spożycie alkoholu czy średni poziom wykształcenia.

► W przypadku Polski zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia do poziomu lidera¹⁰ mogłoby poprawić przewidywaną długość życia o 3,6 lat. Ponadto osiągnięcie szczytowego poziomu efektywności pozwoliłoby ograniczyć wzrost publicznych wydatków na ochronę zdrowia do 2060 r. średnio o 0,5 punktu procentowego PKB rocznie – co w praktyce oznaczałoby zatrzymanie kryzysu finansowania. Wyczerpanie te zostały oczywiście dokonane w bardzo dużym przybliżeniu, ale sygnalizują potencjał usprawnień. Ich wadą jest bardzo mechanistyczne podejście do mierzenia efektywności – autorzy analizy nie są w stanie precyzyjnie określić tego, co dokładnie należałoby zreformować w poszczególnych krajach, na poziomie zarówno całego systemu, jak i praktyki opieki zdrowotnej.

⁹ Medeiros & Schwierz, 2015.

¹⁰ Najlepsze rezultaty uzyskały systemy w Belgii, Hiszpanii, Francji, Luksemburgu, Szwecji, Holandii i na Cyprze.



Z czym zмага się i będzie się zmagać polski system ochrony zdrowia?

Koszty opieki rosną z wiekiem

- ▶ Pod koniec 2015 r. analitycy NFZ przebadali relację między wiekiem pacjentów a kosztami leczenia. Pod uwagę wzięto koszty procedur i leków, które można przypisać do pacjenta.
- ▶ Średnie wydatki NFZ na pacjenta (w takim zakresie) w 2014 r. wyniosły 1378 zł. W praktyce różnice między wydatkami na pacjentów w różnym wieku są kilkukrotne: osoby przed 40. rokiem życia (poza noworodkami) „kosztują” NFZ mniej niż połowę średniej, podczas gdy dla osób w wieku emerytalnym koszty stanowią około trzykrotność tej wartości. Wydatki na mężczyznę w wieku emerytalnym są średnio o ok. 1/3 wyższe niż na kobietę w tym samym wieku. (WYKRES 9)
- ▶ W celu utrzymania dostępności leczenia na obecnym poziomie konieczne jest zwiększanie finansowania o ok. 500 mln zł rocznie. **Do 2020 r. koszty wzrosną co najmniej o blisko 5 proc., a do 2030 r. – o 12 proc.** Wartości te dotyczą

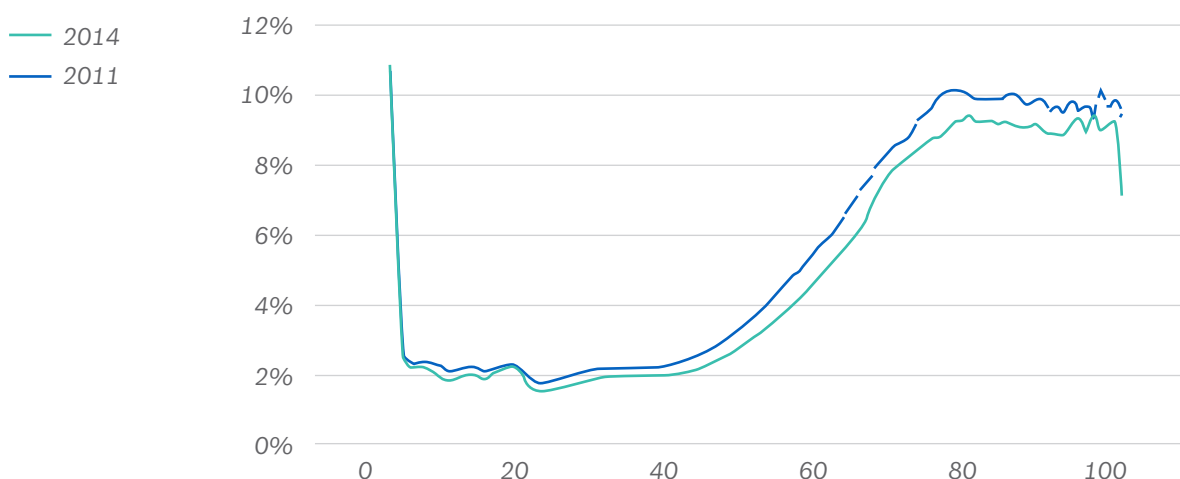
Zmiany demograficzne powodują, że utrzymanie dostępności będzie możliwe pod warunkiem wzrostu finansowania systemu o min. 500 mln zł rocznie.

zwiększonego zapotrzebowania wynikającego jedynie ze zmian demograficznych – nie uwzględniają zmian technologicznych czy organizacyjnych (jak rosnące płace personelu) ani inflacji.

▶ Analitycy NFZ¹¹ podkreślają, że **prognozowane zmiany są nieuchronne i zarazem minimalne** – mogą bowiem przybrać szerszy charakter. Polacy będą żyć dłużej, a koszty będą rosły niezależnie od czynników zewnętrznych, takich jak liczba urodzeń czy migracje. Jednocześnie realne koszty przewyższą te prognozowane ze względu

¹¹ Centrala NFZ, 2015.

WYKRES 9 ▶ PRZECIĘTNE WYDATKI NFZ NA PACJENTA W LATACH 2011–2014 R., W PODZIALE NA WIEK



Źródło: opracowanie na podstawie NFZ, 2015 r.

na rozwój technologii medycznych. Należy zakładać, że oba zjawiska będą ze sobą sprzężone – rosnąca liczba osób w wieku podeszłym będzie zwiększać popyt na innowacje medyczne przedłużające życie na jego ostatnim etapie.

Koszty pośrednie są równie ważne (jeśli nie ważniejsze)

► Koszty choroby to nie tylko konieczność sfinansowania leczenia, lecz także konsekwencje dla gospodarki. Nieobecność w pracy, obecność w pracy w stanie choroby (tzw. prezenteizm), czasowa lub stała niezdolność do pracy, a także przedwczesna śmiertelność – przekładają się na mniejszą produktywność pracowników. To z kolei wpływa także na poziom konsumpcji (z uwagi na mniejsze dochody bądź ich brak), a w konsekwencji – również na wielkość wpływów z podatków i składek. Dodatkowe obciążenia pojawiają się ponadto w systemie ubezpieczeń społecznych.

► Według ekspertyzy zleconej przez Ministerstwo Zdrowia¹² łączne koszty schorzeń w 2010 r. wyniosły 150 mld zł, z czego 57 mld zł stanowiły koszty bezpośrednie, a 93 mld zł – koszty pośrednie. Zakładając, że proporcja ta nie uległa zmianie, **w 2014 r. koszty pośrednie mogły sięgnąć 110 mld zł, a więc ponad 6 proc. PKB, czyli wyniosły 2,8 tys. zł na każdego obywatela.** Na problem ten wskazują również autorzy Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, przywołując dane z tej samej ekspertyzy¹³.

Pojęcie „starzenia się społeczeństwa” oznacza zmniejszającą się liczbę osób w wieku produkcyjnym przypadających na osoby w wieku przed i poprodukcyjnym. Obecnie na każdą osobę w wieku produkcyjnym przypada 0,57 osoby w wieku nieprodukcyjnym. W 2035 r. będzie to już 0,76 osoby¹⁴. Jeżeli natomiast weźmiemy pod uwagę jedynie osoby pracujące (na koniec 2014 r. było ich 14,5 mln), to już teraz każda z nich ma „na utrzymaniu” 1,6 osób nieaktywnych zawodowo¹⁵.

► Zakładając, że do 2035 r. wskaźnik zatrudnienia wzrośnie do średniej dla krajów tzw. starej Unii¹⁶, nie licząc wpływu ewentualnej migracji, na każdego pracującego będzie wówczas przypadać 2,5 osób nieaktywnych zawodowo. Każda osoba aktywna zawodowo będzie niezwykle istotna dla gospodarki, a więc celem państwa będzie możliwie jak najsilniejsze ograniczanie zjawiska wypadania z rynku pracy pracowników z powodu chorób bądź ich konsekwencji.

Perspektywa rosnących potrzeb zdrowotnych wymaga działań w dłuższym okresie

► Kierunki działań pozostają niezmiennie właściwie od początku transformacji ustrojowej. Diagnozy zgodnie wskazują na niedostateczne nakłady, niedobory kadrowe, kłopoty z koordynacją polityki zdrowotnej czy niewystarczające planowanie strategiczne.

► Rozwiązanie większości z tych problemów wymaga długofalowych działań. Tymczasem postulat podwyższenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia został poważnie sformułowany dopiero w 2016 r. przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła – żaden z jego poprzedników nie wyraził takiej woli politycznej, ani nie zaplanował działań w tej kwestii. Planowane zwiększenie nakładów do poziomu 6 proc. PKB jest jednak rozłożone na osiem lat.

► Podobnie długi horyzont czasowy wiąże się z możliwym zwiększeniem liczby praktykujących specjalistów medycznych – przeciętnie okres od rozpoczęcia studiów do uzyskania specjalizacji wynosi ponad dekadę. W tej kwestii potrzebne są także konsekwentne działania. Wprowadzenie zwiększenia limitów przyjęć na studia medyczne to jedno z nich, potrzeba jest jednak także szeregu innych działań zapobiegających emigracji wykształconych kadr medycznych.

► Ze względu na fundamentalne znaczenia systemu ochrony zdrowia dla obywateli długookresowe planowanie rozwiązań w tym obszarze przez każdą z kolejnych partii politycznych powinno być kluczowe¹⁷.

12 Leśniowska, 2013.

13 Rada Ministrów, 2017.

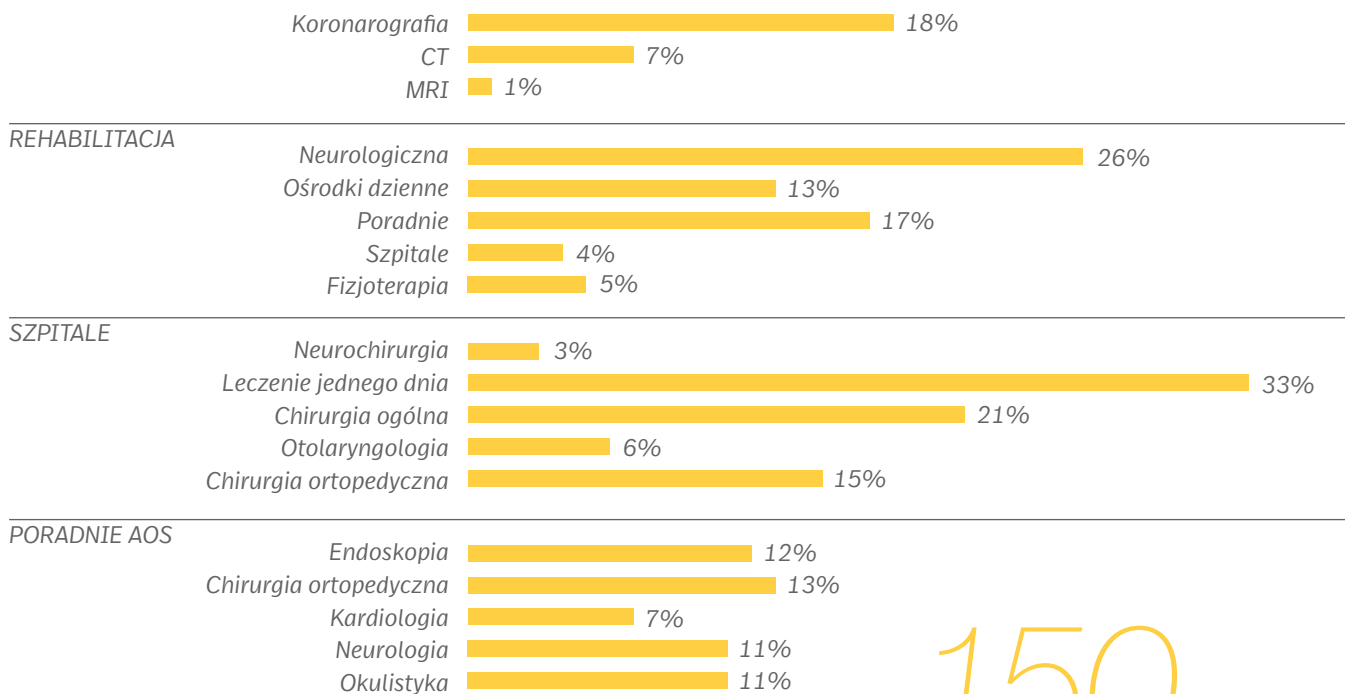
14 GUS, 2014.

15 GUS, 2015.

16 65,5 proc. wobec 61,7 proc. w Polsce w 2014 r.

17 Kwestie te zostały opisane w raporcie „Polityki Insight” pt. *Wybory zdrowotne 2015* (Żakowiecki, 2015.)

WYKRES 10 ► ODSETEK PLACÓWEK, W KTÓRYCH NIE WYSTĘPOWAŁY KOLEJKI, WEDŁUG SPECJALNOŚCI



Źródło: dane NFZ, wrzesień 2016 r.

150 mld zł

koszty bezpośrednie i pośrednie chorób w 2010 r.

Gdzie występują nieefektywności według WHO?

► Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazuje na dziesięć głównych obszarów nieefektywności, które występują w większości systemów opieki zdrowotnej – niezależnie od stopnia zamożności kraju¹⁸. W ocenie ekspertów WHO przeciętnie 20–40 proc. nakładów na opiekę zdrowotną jest marnowane. Kluczowe przyczyny nieefektywności to:

- przepłacanie za leki, a także niedostateczne wykorzystanie leków generycznych,
- stosowanie leków niskiej jakości, a także leków podrabianych,
- niewłaściwe i nieefektywne stosowanie leków,
- nadużywanie procedur,
- niewłaściwe zarządzanie personelem medycznym i jego demotywacja,

- niepotrzebne i zbyt długie pobytu w szpitalach,
- niedopasowanie wielkości bazy szpitalnej do potrzeb,
- błędy medyczne i niedostateczna jakość opieki,
- marnotrawstwo, korupcja i oszustwa,
- niewłaściwy mikś interwencji medycznych.

► Wnioski WHO, podobnie jak innych organizacji międzynarodowych, można krytykować za zbytnią ogólność i brak odniesienia do specyfiki polskiego systemu ochrony zdrowia. Warto jednak podkreślić, że problem nieefektywności występuje w każdym kraju – zasadnicze różnice dotyczą zaś tego, jak dobrze poszczególne systemy są w stanie go ograniczać. Zarazem uniwersalny charakter wielu trudności pozwala zarówno uczyć się na cudzych błędach, jak i przyjmować możliwie najlepsze praktyki.

18 WHO, 2010.

Najwyższa Izba Kontroli punktuje słabości NFZ

► Specyficzne dla polskiej ochrony zdrowia problemy systemowe są regularnie monitorowane przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK).

W raporcie z kontroli w 2015 roku NIK wskazał, że zwiększenie wartości umów ze szpitalami i poradniami specjalistycznymi nie przełożyło się na lepszy dostęp pacjentów do leczenia¹⁹. Ponadto stwierdzono nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych występujące między poszczególnymi województwami. Przyczyny takiego stanu rzeczy to według Izby m.in.:

- nierównomierne rozmieszczenie kadry i placówek medycznych;
- brak funkcjonującego systemu informatycznego nadzorującego sprawozdawczość;
- niedostateczne monitorowanie realizacji planu finansowego.

Według NIK potencjał placówek medycznych w Polsce jest nadal wykorzystywany w niewielkim stopniu – większa liczba świadczeń mogłaby być realizowana bez inwestycji w infrastrukturę, sprzęt czy dodatkowe kadry. Kontrakty z blisko

¹⁹ NIK, 2016.

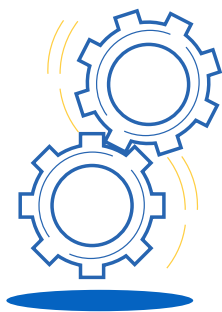
90 proc. szpitali mogłyby być wyższe łącznie nawet o 3,16 mld zł, czyli ponad 4 proc. budżetu NFZ.

Kolejki na wizyty nadal są wyzwaniem

► Według danych NFZ²⁰ kolejki na wizyty u kluczowych specjalistów, na przyjęcia do szpitali i na rehabilitację oraz na kluczowe procedury rosną. Według danych z września 2016 r., porównując rok do roku, średni czas oczekiwania na wizytę u okulisty zwiększył się o 5 proc., do neurologa i kardiologa o 10 proc., do chirurga ortopedy o 13 proc., zaś do endokrynologa o 18 proc. Średni czas oczekiwania na rehabilitację w ośrodku dziennym wzrósł o 35 proc., a na rehabilitację na oddziale szpitalnym o 43 proc. Na endoprotezoplastyki stawów biodrowych i kolanowych czekało się średnio o 13 proc. dłużej niż w poprzednim roku. (WYKRES 10)

► W kluczowych obszarach, takich jak kardiologia, neurologia czy okulistyka, nieliczne poradnie są w stanie przyjmować pacjentów „od ręki”. Dodatkowo, są one zlokalizowane głównie w dużych miastach.

²⁰ Sprawozdanie NFZ wykonane na prośbę Rady NFZ.



Gdzie warto szukać optymalizacji?

► Istnieje zasadnicze rozróżnienie między pojęciami ograniczania kosztów (*cost-containment*) i zwiększania efektywności (*efficiency gain*). Pierwsze z nich dotyczy spowalniania nieuchronnego wzrostu kosztów, wynikającego z czynników strukturalnych (jak starzenie się społeczeństw, inflacja medyczna i innowacje terapeutyczne). Drugie oznacza wydawanie pieniędzy w sposób, który maksymalizuje osiągnięte korzystne rezultaty²¹. Ograniczanie kosztów może mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na efektywność. Z kolei zwiększanie efektywności może się wiązać również ze zwiększeniem wydatków – na przykład wówczas, gdy skuteczniejsza interwencja ma wyższy koszt nominalny.

► Na najbardziej ogólnym poziomie rozwiązania wprowadzane w celu ograniczania kosztów i zwiększania efektywności systemu mogą dotyczyć m.in.:

- regulacji cen (np. stosowanie cen referencyjnych w procesach refundacyjnych czy rozliczenia poprzez jednorodnie grupy pacjentów – JGP);
- zarządzania wiedzą i informacją (np. wykorzystywanie ocen technologii medycznych – HTA – przy decydowaniu o zakresie koszyka świadczeń);
- współpłacenia przez pacjentów (np. ryczałtowe opłaty za wizyty u specjalistów);
- stosowania mechanizmów rynkowych (np. konkurencyjne kontraktowanie);
- budżetowania i wprowadzania limitów (np. limitu wysokości kontraktu);
- zarządzania dostarczaniem świadczeń (np. zasady tworzenia list oczekujących);
- mechanizmów dzielenia ryzyka.

W Polskim systemie mamy wiele mechanizmów ograniczających koszty opieki zdrowotnej

Co istotne, ze względu na wysoki poziom skomplikowania systemów ochrony zdrowia i współzależności ich elementów te same mechanizmy zastosowane w różnych krajach mogą przynosić odmienne efekty. Przykładowo, rozliczenia w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) w warunkach realnej konkurencji (swoboda wyboru świadczeniodawcy, brak monopolu) zazwyczaj motywują placówki do poprawy jakości świadczeń; kiedy jednak konkurencja nie jest zachowana, stosowanie JGP może prowadzić do nadużyć. W innych zaś przypadkach nie da się ich zastosować wcale – ze względów politycznych czy kulturowych (np. różne formy dopłat do leczenia).

► W polskim systemie funkcjonuje wiele mechanizmów mających na celu ograniczenie kosztów (w dużej mierze opierają się one na rozwiązaniach niemieckich) i względnie dobrze spełniających tak określoną rolę. Są to m.in. właśnie JGP. W konsekwencji jednak ograniczone zasoby w ramach systemu nie pozwalają na zaspokojenie potrzeb populacji. Ponadto w sytuacji niskich nakładów rozwiązania mające na celu *cost-containment* mogą prowadzić do niepożądanych konsekwencji, przede wszystkim w postaci obniżania jakości świadczeń (np. niechęć lekarzy POZ do finansowania diagnostyki w ramach ryczałtów otrzymywanych na każdego zarejestrowanego pacjenta) lub nadużywania obowiązujących zasad (np. poprzez stosowanie optymalizatorów JGP, sugerujących szpitalom najkorzystniejsze dla nich sposoby rozliczania procedur z NFZ). Z tych względów optymalizacja powinna raczej dotyczyć poprawy efektywności wydawanych środków, a nie wprost oszczędności.

²¹ Rapoport i in., 2009.

1 PORZĄDKOWANIE SYSTEMU

a Ograniczenie korzystania z izb przyjęć w przypadkach innych niż nagłe

► Korzystanie z opieki w izbach przyjęć i w szpitalnych oddziałach ratunkowych wiąże się z wyższymi kosztami udzielania opieki. Nadużywanie pomocy w warunkach szpitalnych jest więc przykładem nieefektywnego wykorzystania środków. Według porównań międzynarodowych od 12 do 56 proc. nagłych przyjęć do szpitali to przypadki, które z powodzeniem mogłyby być leczone na poziomie POZ²². Z obserwacji ekspertów i świadczeniodawców wynika, że zdarza się, iż pacjenci są tam odsyłani przez lekarzy POZ, którzy dzięki temu nie muszą na przykład ponosić kosztów badań.

► O ile taka sytuacja wymaga głębszej analizy i rozważań nad strukturą zachęt finansowych (jak stawka kapitałowa w POZ), o tyle warto też się zastanowić nad przeprowadzeniem społecznej kampanii informacyjnej na temat konsekwencji finansowych nadużywania tego typu świadczeń. Również rozszerzenie dostępności świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej powinno poprawić efektywność wydatków.

b Odciążenie lekarzy i pielęgniarek

► Dane dotyczące efektywności pracy personelu medycznego są trudne do skwantyfikowania, ale dostępne badania i oparte na nich konserwatywne szacunki sugerują, że nawet jedna czwarta czasu pracy lekarzy i pielęgniarek mogłaby być wykorzystana efektywniej²³. Przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być bardzo zróżnicowane i wynikać zarówno z nieefektywności na poziomie zarządzania placówką, jak i z konieczności realizowania obowiązków sprawozdawczych.

► O ile z nadmierną biurokracją można walczyć na poziomie legislacyjnym²⁴, o tyle na poziomie placówek możliwe jest skrócenie czasu potrzebnego na wypełnianie dokumentacji. Jedno z rozwiązań stanowi **wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej**. Należy jednak mieć na uwadze to, aby system ten spełniał wysokie standardy użyteczności²⁵, a więc był intuicyjny w obsłudze i zawierał funkcjonalności skracające niepotrzebne czynności (np. automatyczne wstawianie dostępnych danych o pacjencie czy sugerowanie w rubrykach najczęściej spotykanych wartości).

► Innym rozwiązaniem, stosowanym w krajach rozwiniętych, jest zatrudnianie specjalistów do spraw obsługi dokumentacji, tzw. **skrybów medycznych** (ang. *medical scribes*). Do ich zadań należy wprowadzanie informacji na bieżąco podczas interakcji między lekarzem a pacjentem. Doświadczenia amerykańskie wskazują na to, że skrybowie to zazwyczaj osoby kształcące się w zawodach medycznych, a koszt ich zatrudnienia (relatywnie niski) jest racjonalny, biorąc pod uwagę lepszą alokację czasu lekarzy specjalistów.

c Pacjenci nieprzychodzący na zapowiedziane wizyty

► Skala niestawiania się na wizyty jest w Polsce stosunkowo wysoka – w zależności od lokalizacji i rodzaju specjalizacji może sięgać nawet 30 proc. wszystkich wizyt²⁶. W 2016 r. NFZ rozpoczął pilotażowy program SMS-owych przypomnień o wizytach. Należy to uznać za właściwy kierunek działania i warto, aby ta inicjatywa była rozwijana. Z doświadczeń międzynarodowych można wnioskować, że skuteczność powiadomień SMS-owych mogłaby zostać zwiększona poprzez uwzględnienie efektów behawioralnych (tzw. nudging). Przykładowo, SMS-y – poza

²² Berchet, 2015.

²³ WHO, 2010.

²⁴ W 2016 r. funkcjonował przy Ministrze Zdrowia zespół doradczy, nazywany potocznie zespołem „do spraw absurdów w ochronie zdrowia”. Efektem jego pracy było zestawienie kilkuset postulatów, głównie deregulacyjnych.

²⁵ Ang. *user experience UX*.

²⁶ Grzebińska, 2016.

podstawowymi danymi dotyczącymi wizyty – mogą też zawierać informację o tym, jaki byłby koszt pominiętej wizyty^{27,28}. Doświadczenia brytyjskie sugerują również, że informowanie o tym, iż na przykład „80 proc. pacjentów przybywa punktualnie na wyznaczony termin wizyty”, może spowodować, że osoby zapisane na wizytę częściej będą stawiać się na czas – dzięki działaniu mechanizmu tzw. presji rówieśniczej.

d Monitoring pacjentów z dużą liczbą wizyt

► Nietypowo częste wizyty pacjentów u lekarzy mogą mieć różne przyczyny. Według obiegowych opinii zdarza się, że osoby starsze pomimo braku bezpośredniej potrzeby odbywają wizyty w przychodniach w celach „towarzyskich”. W innych wypadkach częste wizyty mogą wynikać ze słabej komunikacji między lekarzami różnych specjalności – a poszukujący diagnozy pacjent krąży od jednego do drugiego specjalisty.

► Trudno wyrokować na temat ewentualnego nadużywania dostępu do opieki bez szczegółowych danych o sytuacji zdrowotnej pacjenta. Stosunkowo proste rozwiązanie zapewniające nadzór nad korzystaniem z opieki stosowane jest na Tajwanie: z pacjentami, którzy trafiają do lekarzy częściej niż 30 razy w roku, kontaktują się przedstawiciele ubezpieczyciela – celem zweryfikowania tego, czy opieka nie powinna być lepiej skoordynowana²⁹.

e Szersze stosowanie leków generycznych i biopodobnych

► Udział leków generycznych w łącznej konsumpcji farmaceutyków w Polsce już obecnie należy do najwyższych w Europie. To, na ile możliwe jest dalsze upowszechnianie generyków, może być przedmiotem polemiki, jednak nie zmienia to faktu, że działania mające to na celu znajdują się wśród rekomendacji instytucji międzynarodowych, jak również w praktyce wielu krajów rozwiniętych.

► WHO sugeruje skuteczniejsze instruowanie lekarzy na temat odpowiednich preskrypcji. Stosunkowo prostym i niedrogim rozwiązaniem – nieobecnym w Polsce – jest **wprowadzenie**

standaryzowanych i powszechnie obowiązujących receptariuszy (ang. *formulary*), które zawierają zalecenia dotyczące stosowania leków przynoszących największą korzyść. Przykładem takiej publikacji jest *British National Formulary*, regularnie aktualizowany przez brytyjski samorząd lekarski i aptekarski.

► Stosunkowo nową kategorię farmaceutyków stanowią leki biopodobne: są to odpowiedniki leków biologicznych (takich, które powstają w procesach z udziałem żywych organizmów, takich jak bakterie, komórki ssaków, komórki roślin lub komórki drożdży) opracowane na podobieństwo zarejestrowanych już istniejących na rynku leków referencyjnych. Stanowią tę samą klasę produktów, potwierdzoną odpowiednimi badaniami klinicznymi i przedklinicznymi w ramach specjalnego trybu rejestracji.

► Nowe leki biologiczne wymagają wysokich nakładów na badania, a ich rozwój wiąże się z dużym ryzykiem biznesowym, co przekłada się na wysokie ceny w okresie ochrony patentowej. Wygasanie ochrony patentowej biologicznych leków referencyjnych umożliwia produkcję ich biopodobnych odpowiedników oraz zapewnia tańszy dostęp do wielu wysoce skutecznych i często unikalnych terapii.

► Dzięki znacznie niższym kosztom terapii leki biopodobne są szansą na upowszechnienie leczenia biologicznego, do którego obecnie dostęp mają jedynie nieliczni. Wygenerowane oszczędności będą mogły również zostać spożytkowane na objęcie refundacją nowych, innowacyjnych terapii. Wykorzystanie tej szansy wymaga jednak szerokiego konsensusu decydentów, pacjentów, klinicystów oraz producentów leków referencyjnych i biopodobnych. Konsensus powinien dotyczyć z jednej strony upowszechnienia leków biopodobnych, a z drugiej, stworzenia mechanizmów gwarantujących, że wygenerowane w ten sposób oszczędności zostaną wykorzystane z korzyścią dla pacjentów. Przykłady takich krajów jak Norwegia pokazują, że skuteczne wykorzystanie leków biopodobnych zwiększa dostęp pacjentów do leczenia, przy zmniejszonych wydatkach płatnika^{30,31}.

27 Perry, Chhatralia, Damesick, Hobden, i Volpe, 2015.

28 Hallsworth i in., 2016.

29 Hoban, 2013.

30 Raport *Potencjał leków biopodobnych dla systemów ochrony zdrowia*, listopad 2016, QuintilesIMSInstitute

31 Pączek, 2014

f Nadzór nad wynikami leczenia

► Istnieje zależność między liczbą zabiegów wykonywanych na oddziałach szpitalnych a śmiertelnością pacjentów. W przypadku chirurgii onkologicznej w niektórych obszarach (m.in. nowotworów układu pokarmowego czy centralnego układu nerwowego) dwukrotnie częstsze wykonywanie zabiegów w danej placówce przynosi 30–50 proc. niższy współczynnik śmiertelności³². Jakość przeprowadzonych procedur – o ile nie wiąże się z bezpośrednią szkodą dla pacjenta – nie ma znaczenia z perspektywy rozliczenia placówki z NFZ. **Wprowadzenie rejestrów chorych, które uwzględniałyby wyniki leczenia po roku**, a także później, w dalszej perspektywie – to propozycja często pojawiająca się w środowiskach eksperckich³³.

Inną miarą efektywności oraz jakości procesu leczenia jest **wskaźnik ponownych nagłych przyjęć** (ang. *emergency readmissions*). Nieplanowany powrót pacjenta do szpitala w ciągu na przykład 30 dni może sygnalizować niedostateczną jakość zapewnionej opieki. Z drugiej strony, wysoka wartość tego wskaźnika może również wynikać z charakterystyki populacji, z wyborów zdrowotnych pacjenta czy też nawet ze skuteczności placówki w ratowaniu życia osób ciężko chorych³⁴. Mimo to racjonalne monitorowanie tego typu wskaźników pozwoliłoby na precyzyjniejszy nadzór nad wydatkowaniem środków.

► Ciekawym rozwiązaniem jest również praktykowana w Wielkiej Brytanii ocena wyników leczenia w danej placówce dokonywana z perspektywy pacjenta, tj. *Patient Reported Outcome Measures*. Na chwilę obecną oceny takie dotyczą wyników operacji w czterech wybranych jednostkach chorobowych. Oceny dokonuje pacjent poprzez wypełnienie kwestionariuszy przed zabiegiem i po nim. Następnie informacja o ocenie jest publikowana na stronach płatnika i każdy może sprawdzić jej wynik. Dzięki temu pacjenci mogą dokonać wyboru placówki, mając informacje o tym, która z nich świadczy najwyższej jakości usługi w interesującym ich obszarze³⁵.

³² Więckowska, 2016.

³³ Pączek, 2014.

³⁴ Cylus i in., 2016.

³⁵ <http://content.digital.nhs.uk/proms-background>

g Stworzenie spójnego i obowiązującego benchmarku dla szpitali

► Rozwiązanie polegające na zebraniu kluczowych wskaźników jakościowych i efektywnościowych oraz przedstawieniu ich w formie modelu „szpitala wzorcowego” (ang. *model hospital*) należy do kluczowych rekomendacji jednego z niedawnych przeglądów angielskiego NHS³⁶. „Szpital wzorcowy” ma stanowić decydujący punkt odniesienia dla świadczeniodawców w zakresie prowadzenia działalności leczniczej, utrzymywania dyscypliny finansowej oraz zapewniania odpowiedniej jakości opieki. Zawarte w tym modelu wzorce opierałyby się na najlepszych praktykach krajowych i międzynarodowych. Ważnymi zaletami uspołnienia kryteriów w formie jednolitego sposobu funkcjonowania są uproszczenie nadzoru i sprawozdawczości, a także ograniczenie po stronie świadczeniodawców niepewności co do oczekiwań i standardów.

Przygotowanie takiego systemu dla polskich świadczeniodawców wymagałoby po stronie instytucji publicznych przeprowadzenia zaawansowanych prac analitycznych – zarówno w oparciu na istniejących danych oraz wiedzy, jak i z uwzględnieniem konieczności wykonania nowych ewaluacji. Analiza taka mogłaby być punktem wyjścia dla planu racjonalizacji wydatków i ograniczania nieefektywnego alokowania środków w systemie ochrony zdrowia.

► Doświadczenia brytyjskie pokazują, że **ogólnokrajowy audyt jest w stanie zlokalizować nieefektywności w wielu obszarach**, m.in. w:

- zarządzaniu kadrami (np. wysoka liczba zwolnień chorobowych personelu medycznego),
- wykorzystywaniu IT (np. niski poziom dojrzałości stosowanych systemów),
- zarządzaniu infrastrukturą (np. wysokie koszty zużycia energii),
- zamówieniach zewnętrznych (np. różnicowanie cen wykorzystywanych wyrobów medycznych),
- kosztach zarządzania (np. nadmierne wynagrodzenia dla zarządów placówek).

³⁶ Lord Carter, 2016.

h Racjonalizacja wymogów stawianych placówkom przez NFZ

► W ocenie przedstawicieli sektora ochrony zdrowia wymogi stawiane przez Fundusz w zakresie sprzętu i obsady kadrowej są zbyt wysokie. W wielu miejscach prowadzi to do paradoksalnego przerostu zatrudnienia, który w warunkach niedostatecznej liczby lekarzy i pielęgniarek oznacza obciążanie personelu dodatkowymi etatami i często nadmiernie długimi godzinami

pracy. Wiąże się to również z psuciem rynku pracy, ponieważ lekarze i pielęgniarki bywają zmuszani do przechodzenia na kontrakty czy samozatrudnienie – te bowiem nie mają ograniczeń czasu pracy. Wreszcie, konieczność posiadania na oddziałach określonych urządzeń, niezależnie od stopnia ich wykorzystania, prowadzi do ich niedostatecznej amortyzacji. Wskazanie źródła nieracjonalności w tej dziedzinie wymagałoby zacieśnienia dialogu między świadczeniodawcami a decydentami, jak również woli politycznej do wprowadzenia korekt w tym obszarze.

2 EKONOMIE SKALI

a Skuteczniejszy pobór składek

► Obecny poziom składek na ubezpieczenie zdrowotne nie oddaje rzeczywistych wpływów do budżetu NFZ. Biorąc pod uwagę fakt, że w 2015 r. łączne koszty wynagrodzeń w krajowej gospodarce wyniosły 664 mld zł brutto³⁷, nakłady na świadczenia emerytalno-rentowe były równe 208 mld zł brutto³⁸, zaś składka zdrowotna wynosi 9 proc. – to wpływy do NFZ w 2015 r. mogłyby teoretycznie osiągnąć poziom blisko 77 mld zł. W rzeczywistości jednak w omawianym roku do NFZ wpłynęły składki warte łącznie 67 mld zł³⁹. Różnica 10 mld zł to, rzecz jasna, duże przybliżenie, ale w liczbie tej zawierają się właśnie przypadki zaniżania składek – na przykład poprzez nadużywanie umów cywilnoprawnych, fikcyjne samozatrudnienie, oportunistyczną przynależność do KRUS czy wypłacanie części wynagrodzeń w szarej strefie⁴⁰.

► Biorąc pod uwagę skalę „dziury” w poborze składek, właściwie każdy pomysł mający na celu uszczelnienie systemu wydaje się pożądany. Skuteczne rozwiązania wymagałyby jednak koordynacji działań w skali całego rządu, co siłą rzeczy odkłada je w czasie i znacząco utrudnia ich wdrożenie. Wprowadzenie jednolitego podatku

mogącego ustabilizować wpływy na ochronę zdrowia wciąż pozostaje w sferze zapowiedzi.

► Koordynacja między ZUS i NFZ jest kluczowa dla racjonalnego prowadzenia polityki zdrowotnej i polityki społecznej, które są od siebie nawzajem w szczególny sposób zależne. Dotyczy to zarówno danych o zachorowaniach czy zwolnieniach lekarskich, jak i wydatków obu instytucji. Przykładowo, w puli ZUS znajdują się pieniądze na rehabilitację rentową, pozwalającą często na uniknięcie trwałej niepełnosprawności.

► Dane i szacunki dotyczące kosztów pośrednich wynikających z niedostatecznej opieki zdrowotnej powinny być podstawą do prowadzenia wspólnych działań obu instytucji. Fakt, że dzięki zapewnieniu dostępu do leczenia czy rehabilitacji pacjenci pozostają na rynku pracy – przez co dalej wplacają pieniądze do systemu, zamiast być jego beneficjentem – mógłby skłonić ZUS do przeznaczania dodatkowych funduszy nie tylko na rehabilitację, lecz także na inne działania prewencyjne czy programy zdrowotne.

► Co znamienne, pojawiają się zapowiedzi woli zacieśniania współpracy między obydwoimi instytucjami. To pierwszy, ale bardzo ważny krok do systemowej wymiany informacji i wspólnego oferowania dostępu do usług publicznych (np. Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, tj. EKUZ, mogłaby być wydawana w dużo bardziej rozbudowanej sieci placówek ZUS-u).

³⁷ Dane Komisji Europejskiej, baza AMECO.

³⁸ GUS, 2016.

³⁹ NFZ, 2016.

⁴⁰ Komuda, 2016.

b Ograniczenie opieki o niskiej wartości

- ▶ W dyskusjach eksperckich ostatnich lat coraz silniej akcentuje się potrzebę eliminowania z systemów ochrony zdrowia tych procedur, które są wykonywane, pomimo iż nie przynoszą korzyści pacjentom. W ramach międzynarodowej inicjatywy Choosing Wisely[®] brytyjscy klinicyści stworzyli listę kilkudziesięciu praktyk tego rodzaju, zalecając jednocześnie zaprzestanie ich stosowania⁴¹. Chodzi m.in. o: wykonywanie badań PSA w sytuacji, gdy pacjent nie jest w grupie podwyższonego ryzyka raka prostaty; monitorowanie pracy serca dziecka w trakcie porodu, jeżeli nie ma w tym przypadku szczególnego ryzyka; czy też stosowanie leków β -adrenergicznych w leczeniu zapalenia oskrzeli u dzieci.
- ▶ Kwestię ustalenia tego, jakie procedury można ograniczyć w polskim systemie, należałoby rozpatrzyć z uwzględnieniem dwóch perspektyw. Z jednej strony, praktyka kliniczna w każdej specjalności jest powiązana z działalnością towarzystw naukowych, odpowiedzialnych za regularne wydawanie zaleceń. Rekomendacje te nie są dla lekarzy wiążące ani nie wykluczają stosowania procedur innych niż zalecane – lekarze podlegają jedynie odpowiedzialności zawodowej. Z drugiej strony, resort zdrowia oficjalnie sprawuje pełną kontrolę nad koszykiem świadczeń gwarantowanych, dzięki czemu ma możliwość odgórnej weryfikacji, które procedury są niskiej wartości, i podjęcia decyzji o zaprzestaniu ich finansowania.
- ▶ Właściwym rozwiązaniem byłoby zatem włączenie na szeroką skalę towarzystw naukowych w prace nad uporządkowaniem koszyka świadczeń, przy jednoczesnym skupieniu się na konsekwencjach finansowych stosowania opieki o niskiej wartości. Tam, gdzie wyeliminowanie niewłaściwych praktyk poprzez regulację finansowania byłoby niemożliwe, pożądane wydaje się stworzenie list zaleceń negatywnych.

c Wielkość placówek i związane z tym koszty stałe

- ▶ Wykorzystanie łóżek szpitalnych na poziomie 85–90 proc. jest wskazywane przez ekspertów WHO jako standard maksymalizujący

efektywność⁴². W Polsce sytuacja jest pod tym względem szczególnie trudna: według danych sprawozdawczych Ministerstwa Zdrowia w 2015 r. wykorzystanie łóżek szpitalnych wynosiło średnio 66,5 proc., a co gorsza wartość ta konsekwentnie się obniża – jeszcze w 2005 r. wynosiła 71 proc.^{43, 44}.

- ▶ Pod względem liczby łóżek przypadających na mieszkańca Polska nie wyróżnia się na tle innych krajów rozwiniętych. Jednocześnie według badań optymalna wielkość szpitala wynosi od 200 do 600 łóżek – zarówno niższa, jak i większa liczba może prowadzić do braku efektu ekonomii skali⁴⁵. Przeciętna liczba łóżek przypadających na szpital w Polsce wynosi ok. 200. W trakcie kadencji 2006–2007 ówczesny Minister Zdrowia Zbigniew Religa twierdził, że szpitale, w których jest mniej niż 150 łóżek, powinny ulec likwidacji lub przekształceniu w placówki opieki długoterminowej – stanowiło to ponad jedną czwartą ówczesnie istniejących szpitali.
- ▶ Racjonalne byłoby określenie minimalnych wartości kontraktów z publicznym płatnikiem, poniżej których szpitale nie mogłyby utrzymywać nierentownych oddziałów. Pozwoliłoby to na uwolnienie kadr, zaś z ekonomicznego punktu widzenia opłacalniejsze mogłoby się okazać dowożenie pacjentów do ośrodków położonych w pewnej odległości za pomocą transportu medycznego.
- ▶ Racjonalizacja bazy szpitalnej to jednak ogromne wyzwanie, także natury politycznej. Spora część niewielkich placówek – zarówno publicznych, jak i prywatnych – osiąga bardzo dobre wyniki finansowe i terapeutyczne. Ponadto szpitale są traktowane jako czynnik „powiatotwórczy”. Wszelkie próby interwencji spotykają się więc z oporem samorządowców. Dlatego podjęcie odpowiedniej decyzji przez rząd jest w tym obszarze niezbędne do przeprowadzenia reformy.
- ▶ Jednocześnie niekontrolowane zamykanie oddziałów poprzez ich likwidację nierzadko powoduje ograniczenie dostępności świadczeń. Jednym z możliwych narzędzi racjonalizacji sieci szpitali – poza kryteriami ekonomicznymi i terapeutycznymi – jest przyjęcie kryterium geograficznego. Czeski system prawnie gwarantuje

41 Choosing Wisely UK, 2017.

42 Chisholm & Evans, 2010.

43 CSIOZ, 2016.

44 CSIOZ, 2006.

45 Posnett, 2002.

maksymalne czasy dotarcia samochodem do najbliższej placówki, w zależności od typu specjalizacji: m.in. 35 minut do praktyk POZ czy poradni ginekologicznej, 45 minut do najbliższego neurologa czy ortopedy, 60 minut do kardiologa czy psychiatry, wreszcie: 120 minut do rezonansu magnetycznego czy oddziału kardiologicznego⁴⁶.

d Racionalizacja dostępu do farmakoterapii

► Jednym ze sposobów na to, by w ramach budżetu zdrowotnego ograniczyć finansowanie innowacyjnych i często generujących wysokie koszty leków, jest poszukiwanie nowych rozwiązań w obszarze instrumentów dzielenia ryzyka – czyli umów między resortem zdrowia a producentem, warunkujących płaćenie za leki. Większość tego typu umów zawieranych w Polsce zakłada, że producent zwraca do NFZ część łącznego kosztu refundacji, a stosunkowo niewiele uzależnia refundację od skuteczności terapii⁴⁷. W praktyce instrumenty dzielenia ryzyka stanowią prosty sposób zmniejszania nakładów na drogie terapie, zaś osiągnięte oszczędności są przeznaczane na wydatki w innych obszarach systemu ochrony zdrowia.

► Warto, by regulator przeanalizował skutki wykorzystania instrumentów dzielenia ryzyka, i na tej podstawie rozpatrzył możliwość zmiany polityki w kierunku szerszego stosowania tych umów, które refundację uzależniają od efektów zdrowotnych. Aby ten typ instrumentów dzielenia ryzyka mógł być powszechniej używany, konieczne byłoby skuteczniejsze gromadzenie i udostępnianie danych o wynikach leczenia, co w praktyce nie jest wcale oczywiste, m.in. ze względu na przepisy dotyczące zasad tworzenia rejestrów medycznych. Co jednak najistotniejsze,

powszechniejsze stosowanie leków, które okazałyby się skuteczne, pozwalałoby na zwiększenie oszczędności w szerszym rachunku – poprzez zmniejszanie kosztów pośrednich chorób.

e Telemedycyna jako sposób na zarządzanie popytem

► O ile już w 2015 roku ówczesny Minister Zdrowia Marian Zembala chwalił się wdrożeniem telekonsultacji w dziedzinie kardiologii interwencyjnej, o tyle szerokie zastosowanie telemedycyny, na przykład w podstawowej opiece zdrowotnej, jest wciąż niemożliwe ze względu na ograniczenia systemowe. Połączenie się z lekarzem przez komunikator (np. Skype) nie stanowi obecnie problemu, jednak w obowiązującym stanie prawnym, jak i rozwoju infrastruktury medycznej nie będzie on w stanie zdalnie wystawić recepty czy zwolnienia. M.in. z tego powodu wielu świadczeniodawców nie rozwija usług telemedycznych.

► Wdrożenie rozwiązań telemedycznych wymaga funkcjonalnego środowiska IT, obejmującego cały system ochrony zdrowia, co jest wyzwaniem zarówno technologicznym, jak i kulturowym oraz organizacyjnym. Brak centralnego systemu zarządzania przepływem danych medycznych, czyli problem, z którym od wielu lat nie mogą się uporać instytucje podległe Ministerstwu Zdrowia, to zasadnicza, ale niejedyna bariera. Nawet w prywatnych sieciach medycznych, w których wdrożono elektroniczną dokumentację medyczną, zdarza się, że lekarze niechętnie z niej korzystają, a nierzadko po prostu sprawia im to trudność. Jest jednak nadzieja, że organizacyjnie ten stan rzeczy ulegnie poprawie, gdyż w ostatnim okresie widać wzrost zaawansowania prac nad informatyzacją i pojawiają się w przestrzeni publicznej pierwsze daty oddania i wdrożenia elementów systemów informatycznych w publicznej ochronie zdrowia.

⁴⁶ Zákon č., 2012.

⁴⁷ Sequence, DZP, 2014.

3 ANGAŻOWANIE PACJENTÓW

a Samoleczenie

- ▶ Wśród pacjentów powszechna jest praktyka poszukiwania informacji na temat ich dolegliwości w Internecie. Co prawda jest tam też dostępna rzetelna wiedza medyczna, jednak pacjenci nierzadko trafiają na informacje niesprawdzone, które wprowadzają w błąd bądź wręcz mogą zaszkodzić.
- ▶ Korzystanie z Internetu przez pacjentów jest coraz powszechniejsze. Według danych CBOS 46 proc. Polaków szuka w Internecie danych o lekarzach i usługach medycznych, a 41 proc. sprawdza tam informacje na temat leków i ich działania⁴⁸. Z kolei wśród osób regularnie korzystających z Internetu odsetki te wynoszą odpowiednio aż 70 i 61 proc. Jednocześnie ponad połowa ankietowanych nie pamięta, jakie strony odwiedza w tym celu, 18 proc. używa wyszukiwarek i Wikipedii, a 13 proc. – portali zdrowotnych. Wreszcie, blisko jednej piątej Polaków zdarza się konsultować objawy czy dolegliwości na stronach i forach internetowych, a co dziesiątej osobie ustalać własny sposób leczenia, bez konsultacji z lekarzem.
- ▶ **Uporządkowanie najbardziej przydatnej na co dzień wiedzy medycznej** (np. dotyczącej przeziębień czy dolegliwości bólowych) i opracowanie jej w przejrzystej, rzetelnej i łatwo dostępnej formie oficjalnego portalu – powinno być zadaniem dla instytucji publicznych. Dobrymi przykładami są portale: angielski NHS Choices czy duński Sundhed.dk. Łączą one w sobie funkcjonalności encyklopedii medycznej, książki adresowej i e-urzędu.

b Compliance

- ▶ W tym obszarze problemy dotyczą zarówno niewłaściwego przepisywania leków, jak i niedostatecznego nadzoru nad możliwymi interakcjami między stosowanymi farmaceutykami (zwłaszcza u osób starszych), a także niestosowania się do

zaleceń lekarskich. Według ogólnych szacunków w skali globalnej **ponad połowa leków jest przepisywana, wydawana lub sprzedawana niewłaściwie, zaś nawet połowa pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi nie stosuje się do zaleceń związanych z przyjmowaniem leków**⁴⁹.

- ▶ Niestosowanie się pacjentów do zaleceń stanowi źródło dalszych kosztów, wynikających z braku poprawy lub pogorszenia się ich stanu zdrowia i konieczności ponownych interwencji. Stosunkowo nieskomplikowane rozwiązanie – pilotowane przez angielski NHS – polega na **monitorowaniu przyjmowania leków poprzez kontakt telefoniczny ze strony przychodni podstawowej opieki zdrowotnej** (lekarz lub pielęgniarka). Pozwoliło to o połowę zmniejszyć skalę niestosowania się do zaleceń, a co za tym idzie – zmniejszyć potrzebę wizyt u lekarzy POZ i w izbach przyjęć⁵⁰.

- ▶ Przykładowe obszary, w których poprawa stosowania się do zaleceń może przynieść wymierne korzyści, to cukrzyca, nadciśnienie i astma. Według wyników pilotaży, zebranych w publikacji Światowej Organizacji Zdrowia⁵¹, **skuteczna edukacja pacjentów w kwestii stosowania leków i dóbr medycznych oraz opieka farmaceutyczna skoordynowana z procesem leczenia w wielu przypadkach były racjonalne ekonomicznie i pozwalały na obniżenie kosztów leczenia nawet o kilkanaście procent**. Istotną rolę w tych działaniach odegrały pielęgniarki, które odpowiadały za edukację pacjentów i monitorowanie przebiegu choroby.

Z zagadnieniami compliance wiąże się również praktyka przepisywania leków w sytuacjach, gdy pacjenci, zwłaszcza ci w podeszłym wieku, przyjmują ich wiele, co może powodować groźne interakcje. Sposobem zapobiegania takim przypadkom jest na przykład stworzenie narzędzia informatycznego w formie interaktywnego arkusza ostrzegającego o możliwych interakcjach, opartego na informacji o pacjencie – w Wielkiej

48 CBOS, 2016.

49 WHO, 2003.

50 Maughan & Ansell, 2014.

51 WHO, 2003.

Brytanii z powodzeniem stosuje się w tym celu narzędzie o nazwie STOPP.

► Racjonalizacja korzystania z produktów farmaceutycznych OTC może przynieść zarówno oszczędności w kieszeniach pacjentów, jak i niższe koszty leczenia ewentualnych powikłań. Jak już wcześniej wskazaliśmy, wysokie prywatne wydatki na leki bez recepty wyróżniają Polskę na tle innych krajów rozwiniętych. Z kolei **opieka tylko nad pacjentami z powikłaniami nadużywania leków przeciwbólowych to dla NFZ koszt rzędu 300 mln zł⁵²**. Kluczowe w tym obszarze wydaje się zarówno edukowanie pacjentów – poprzez materiały online, inicjatywy organizacji pacjenckich i instytucji publicznych – jak i ograniczanie presji marketingowej, co można zrealizować poprzez samoregulację branży oraz odgórne restrykcje.

C Edukacja zdrowotna z udziałem mediów publicznych

► Kształtowanie zachowań prozdrowotnych, pozwalające na największe oszczędności z perspektywy całego systemu ochrony zdrowia, to jeden z najbardziej jednoznacznych przykładów misji mediów publicznych. Treści tego typu mogłyby być emitowane w radiu i telewizji publicznej na preferencyjnych warunkach – idealnie byłoby, gdyby dało się je organizować w sposób bezkosztowy dla instytucji publicznych.

► Treści prozdrowotne nierzadko pojawiały się w formie swoistego product placement w serialach produkowanych przez TVP, na przykład wówczas, gdy jeden z głównych bohaterów starał się rzucić palenie czy po zawale otrzymywał zalecenia, których realizację widzowie mogli śledzić w ramach fabuły. Trudno jednak ocenić ich skuteczność, tym bardziej, że forma fabularna często nie sprzyja przedstawianiu względnie pełnej i obiektywnej wiedzy medycznej.

► Prostim rozwiązaniem, stosowanym m.in. w Rosji, są spoty produkowane przez resort zdrowia (czy inną instytucję publiczną), mające

formę krótkich porad. Ich tematyka dotyczy na przykład sposobów unikania suplementacji diety poprzez racjonalne żywienie, a komunikaty kierowane są do określonych grup pacjentów, jak na przykład osób starszych, mających problemy z zasypianiem.

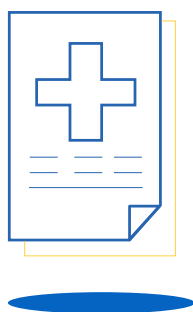
d Co i w jaki sposób warto wprowadzić w Polsce?

► Z perspektywy decydentów ważną rzeczą jest utrzymanie poparcia dla wprowadzanych zmian, czyli kwestie tzw. ekonomii politycznej. Polityka zdrowotna od lat nie znajduje się wśród głównych obszarów priorytetowych polityki państwa, a ministrowie zdrowia mają trudności z negocjowaniem zmian systemowych wewnątrz rządu, zwłaszcza gdy wiążą się one ze zwiększaniem wydatków.

► Jednocześnie, aby zwiększenie finansowania, zapowiadane na lata 2018–2025, mogło dojść do skutku, Minister Zdrowia potrzebuje dobrych argumentów pokazujących efektywne inwestycje w ochronie zdrowia. **Dlatego ważne jest to, aby poza długimi procesami wprowadzać również zmiany przynoszące widoczne pozytywne efekty w krótszej perspektywie.** Pozwoliłoby to resortowi zdrowia dostarczać rządowi cenny kapitał polityczny i zaufanie społeczne, pomagające uzasadniać zwiększanie publicznych wydatków na cele zdrowotne.

► Poprawa efektywności systemu w dłuższej perspektywie musi się wiązać ze zmianami technologicznymi. Niedostatki w zakresie wdrożeń IT nie powinny hamować innych inicjatyw mogących przynieść oszczędności i racjonalizację wydatków. Poniżej wskazujemy potencjalne kierunki działań, w podziale na krótkoterminowe (niewymagające zmian legislacyjnych), średnioterminowe (wymagające zmian legislacyjnych) i strategiczne (określające docelową wizję systemu ochrony zdrowia).

⁵² Borek i in., 2016.



Co i w jaki sposób warto wprowadzić w Polsce?

Co można zacząć wprowadzać właściwie od zaraz?

- **Rządowy portal z wiedzą medyczną** – na wzór NHS Choices czy duńskiego Sundhed dk. Punktem wyjścia takiego rozwiązania może być już funkcjonująca baza wiedzy w ramach projektu edukacyjnego „Akademia NFZ”.
- Kontraktowanie świadczeń przez NFZ **skupiające specjalistyczne leczenie w najlepiej do tego przygotowanych placówkach**, które zarazem miałyby optymalne położenie geograficzne (sieć szpitali nie odnosi się do tej propozycji).
- **Rozwiązania komunikacyjne** dyscyplinujące pacjentów do przychodzenia na wizyty lub ewentualnego ich odwoływania.
- Podjęcie przez resort zdrowia **dialogu i współpracy z organizacjami pacjenckimi** w celu rozwoju opieki środowiskowej i działań na rzecz zwiększenia współodpowiedzialności pacjentów za proces leczenia.
- Przeprowadzenie analiz dotyczących zmian koniecznych do szerszego stosowania innowacyjnych rozwiązań w zakresie refundacji (zwłaszcza instrumentów dzielenia ryzyka).
- Zmiany w regulacjach i praktyce **dostępu do farmakoterapii**, poprzedzone kompleksowym i przejrzystym dialogiem między regulatorem, klinicystami a branżą farmaceutyczną.
- Powołanie do życia przez resort zdrowia instytucji **think-tanku zajmującego się wspieraniem reform systemu ochrony zdrowia** poprzez działalność analityczną oraz prowadzenie szerokich konsultacji społecznych i eksperckich.
- Rozpoczęcie prac nad **kompleksowym programem na rzecz poprawy efektywności systemu** – wychodzącym poza uproszczenie i deregulację przepisów oraz punktowe rozwiązania.
- Przyspieszenie budowy systemów informatycznych, które łączą płatnika, świadczeniodawców i pacjentów oraz pozwalają na skuteczny przepływ, gromadzenie i analizę danych.
- Upowszechnienie telemedycyny oraz technologii mobilnych (tzw. mHealth). Rozwiązania w obu obszarach napotykają w tym momencie w większym stopniu na problemy kulturowe, organizacyjne i prawne niż stricte technologiczne. Przełamanie ich powinno znacząco ułatwić sytuację i pozwolić na sprawniejsze kierowanie prowadzeniem usprawnień.

Jakie reformy należy pilnie przyspieszyć?

- Odwracanie piramidy świadczeń, czyli **przesuwanie zadań i finansowania na najbardziej optymalny poziom**, a więc ze specjalistów do podstawowej opieki zdrowotnej oraz ze szpitali do specjalistów.

- **Zwiększanie publicznych nakładów na ochronę zdrowia** do optymalnego poziomu. Wymagałoby to również dogłębnego przeanalizowania i określenia potrzeb finansowych systemu.
- **Opracowanie spójnej polityki lekowej państwa** – dokumentu strategicznego obejmującego m.in. kwestie dostępności leków biopodobnych.
- **Tworzenie rejestrów medycznych** umożliwiających ocenę skuteczności leczenia (także technologii lekowych).
- **Szersze wykorzystywanie RSS jako element rozwiązań optymalizujących koszty refundacyjne**, w tym także tych odnoszących się do skuteczności terapii.
- **Otwieranie dostępu do danych** na temat zdrowia publicznego.
- **Przyjęcie strategii szerokiego wykorzystywania technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych w ochronie zdrowia** – na wzór duńskiego Medcom czy NHS „Digital First”.
- **Optymalizacja bazy szpitalnej** – poprzez zamykanie placówek, których działalność jest nieracjonalna, bądź przekształcanie ich w zakłady opieki długoterminowej.

Do czego powinniśmy dążyć docelowo?

- **Wysoka świadomość zdrowotna**⁵³ obywateli.
- **System koordynowanej opieki**, obejmujący najważniejsze jednostki chorobowe.
- **Pełna transparentność systemu** ochrony zdrowia, oparta na szeroko dostępnych danych publicznych, przy zachowaniu bezpieczeństwa danych osobowych.
- **Piramida świadczeń**, skupiająca środki na najskuteczniejszych i najbardziej opłacalnych interwencjach, przede wszystkim **z silną rolą profilaktyki i prewencji, a także realizacją większości potrzeb pacjentów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.**
- **Silna koordynacja systemu opieki zdrowotnej** oraz pomocy społecznej, poprzez opiekę środowiskową, również z udziałem sektora pozarządowego.

53 Health literacy.

Bibliografia

- Aitken, M., Kluszczynski, T., i Bury, O., 2016. *Potencjał leków biopodobnych dla systemów ochrony zdrowia*, Warszawa: Quintiles IMS Institute.
- Berchet, C., 2015. *Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the*
- Björnberg, A., 2016. *Euro Health Consumer Index 2015*, Sztokholm: Health Consumer Powerhouse.
- Borek, E., Wojtaszczyk, K., Janus, A., i Dąbrowiecki, P., 2016. *Jak się skutecznie poruszać w systemie ochrony zdrowia? Poradnik dla pacjentów*, Warszawa: Fundacja MY Pacjenci.
- Busse, R., i Blümel, M., 2014. *Health Systems in Transition. Germany: Health System Review, Kopenhaga: World Health Organization*.
- CBOS, 2016. *Zdrowie online. Komunikat z badań nr 148/2016*, Warszawa: CBOS.
- Centrala NFZ, 2015. *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*, Warszawa: NFZ.
- Centrala NFZ, 2016. *Informacje z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy wrzesień 2016 roku*, Warszawa: NFZ.
- Chisholm, D., i Evans, D.B., 2010. *World Health Report (2010) Background Paper 28*, Genewa: World Health Organization.
- Choosing Wisely UK, 2017. *Recommendations*, dostępne online, pod adresem: <https://goo.gl/uLT8BP> (data uzyskania dostępu: 22.01.2017 r.).
- CSIOZ, 2006. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- CSIOZ, 2016. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Cylus, J., Papanicolas, I., i Smith, P.C., 2016. *Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management*, Londyn: World Health Organization.
- Demand, „OECD Health Working Papers”, nr 83.
- Du, L., i Lu, W., 2016. *U.S. Health-Care System Ranks as One of the Least-Efficient*, dostępne online, pod adresem: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient> (data uzyskania dostępu: 13.12.2016 r.).
- EIU, 2014. *Health outcomes and cost: A 166-country comparison*, Londyn: The Economist Intelligence Unit Healthcare.
- Grzebińska, A., 2016. *NFZ: Długie kolejki do specjalistów to częściowa wina... pacjentów*, dostępne online, pod adresem: <http://www.gazetawroclawska.pl/zdrowie/a/nfz-dlugie-kolejki-do-specjalistow-to-czesciowa-wina-pacjentow,9908788/>.
- GUS, 2014. *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Warszawa: GUS.
- GUS, 2015. *Rocznik statystyczny pracy*, Warszawa: GUS.
- GUS, 2015. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- GUS, 2016. *Emerytura i renty w 2015 r.*, Warszawa: GUS.
- Hallsworth, M., i inni, 2016. *Applying Behavioral Insights: Simple Ways to Improve Health Outcomes*, Doha: World Innovation Summit for Health.
- Hoban, R., 2013. *Different Cultures, Different Systems: Comparing Health Care in the U.S. and Taiwan*, dostępne online, pod adresem: <http://www.northcarolinahealthnews.org/2013/08/28/different-cultures-different-systems-comparing-health-care-in-the-u-s-and-taiwan/> (data uzyskania dostępu: 16.12.2016 r.).
- Komuda, Ł., 2016. *Fakturka za uratowanie życia. 2,5 miliona Polek i Polaków nie ma ubezpieczenia NFZ*, dostępne online, pod adresem: <https://oko.press/fakturka-uratowanie-zycia-25-miliona-polek-polakow-ubezpieczenia-nfz/> (data uzyskania dostępu: 5.12.2016 r.).
- Leśniowska, J., 2013. *Koszty utraconej produktywności z powodu chorób w Polsce z uwzględnieniem wpływu na rynek pracy i na gospodarkę*, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Lord Carter, O.C., 2016. *Operational productivity and performance in English NHS acute hospitals: Unwarranted variations*, Londyn: Crown.
- Maughan, D., i Ansell, J., 2014. *Protecting resources, promoting value: a doctor's guide to cutting waste in clinical care*, Londyn: Academy of Medical Royal Colleges.
- Medeiros, J., i Schwierz, C., 2015. *Efficiency estimates of health care systems in the EU*, Bruksela: Komisja Europejska.
- Ministerstwo Finansów, 2015. *Analiza elastyczności wydatków budżetowych w Polsce. Podsumowanie wyników współpracy z OECD*, Warszawa: Ministerstwo Finansów.
- NHS, 2012. *Digital by default: The delivery choice for this generation*, Londyn: NHS.
- NIK, 2016. *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku*, Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
- Perry, C., i inni, 2015. *Behavioural insights in health care. Nudging to reduce inefficiency and waste*, Londyn: The Health Foundation.
- Pączek, L., 2014. *Materiały informacyjne dla Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia*, dostępne online, pod adresem: <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/12/Prof.-Leszek-Paczek.ppt>.
- Posnett, J., 2002. *Are bigger hospitals better?*, [w:] *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham: Open University Press.
- Rada Ministrów, 2017. *Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju*, Warszawa: Rada Ministrów.
- Rapoport, J., Jacobs, P., i Jonsson, E., 2009. *Cost Containment and Efficiency in National Health Systems. A Global Comparison*, Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
- Sequence, DZP, 2014. *Wpływ ustawy o refundacji leków na dostęp pacjenta do farmakoterapii, budżet NFZ oraz branżę farmaceutyczną*, Warszawa: INFARMA.
- The Behavioural Insights Team, 2014. *EAST. Four simple ways to apply behavioural insights*, Londyn: BIT.
- Voyer, B.G., 2015. 'Nudging' behaviours in healthcare: insights from behavioural economics, „British Journal of Healthcare Management”, 3(21), s. 130-135.
- WHO, 2003. *Adherence to Long-term Therapies. Evidence for Action*, Genewa: World Health Organization.
- WHO, 2010. *The World Health Report. Health Systems Financing: The path to universal coverage*, Genewa: World Health Organization.
- Więckowska, B., 2016. *Mapy potrzeb zdrowotnych – Plan działań*, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Zákon č., 2012. *Nařízení vlády ze dne 29. srpna 2012 o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb*, [brak miejsca]: Zákon č.
- Żakowiecki, P., 2015. *Wybory zdrowotne 2015*, Warszawa: „Polityka Insight”.32

