



sierpień 2015
Warszawa

Wybory zdrowotne 2015

AUTOR

Piotr Żakowiecki

analityk ds. społecznych
Polityka Insight

REDAKCJA

Anna Chyckowska

Copyright © Polityka Insight
/ MSD Polska, 2015

Polityka Insight
ul. Słupecka 6, 02-309 Warszawa
tel. +48 691 916 986
politykainsight.pl

Opracowanie tekstów: Piotr Żakowiecki
Opracowanie graficzne: Anna Olczak
Redakcja: Anna Chyckowska

Wprowadzenie

Zachowanie zdrowia to dla większości ludzi jedna z najważniejszych wartości – kluczowa dla poczucia szczęścia i jakości życia. Zdrowie, obok szczęścia rodzinnego, dominuje w hierarchii wartości Polaków – praca, szacunek czy wiara pozostają na dalszych pozycjach. Mimo to w Polsce zdrowie jest priorytetem państwa tylko w sferze deklaracji.

Kolejnym rządom brakuje woli politycznej, by przeprowadzić gruntowne reformy i zmierzyć się z potrzebami zdrowotnymi obywateli, nawet wówczas, gdy istnieją gotowe rozwiązania czy projekty legislacji. Strategie rozwoju polityki zdrowotnej – o ile w ogóle powstają – nie zyskują dostatecznej wagi wśród priorytetów państwa. To fundamentalny błąd.

Rzecz nie w tym, by „pieniądze nie grały roli”, a zasady gospodarności były ignorowane. Zdrowie jest podstawą dobrostanu obywateli i kondycji gospodarki. Wydatki na ochronę zdrowia, zwykle postrzegane jako jedna z pozycji budżetowych, w rzeczywistości są inwestycją. Zdrowszy obywatel to wydajniejszy pracownik, zwiększający produktywność gospodarki, zarabiający więcej, a zatem więcej wpłacający do publicznej kasy.

Polska potrzebuje nowego podejścia do kwestii ochrony zdrowia – powinna dopasować priorytety państwa do oczekiwań i potrzeb społecznych. O zdrowiu musi myśleć jako o wspólnym zasobie, a nie kategorii budżetowej generującej jedynie koszty. Nadmierne wydatki na zdrowie są problemem, ale akurat nie w Polsce – w proporcji do PKB wydajemy o blisko jedną trzecią mniej niż wynosi średnia dla krajów OECD.

Normą w Polsce jest nominowanie na ministrów zdrowia lekarzy, nierzadko wybitnych fachowców, co pogłębia swoistą „medykalizację” ministerstwa. Tymczasem polityka zdrowotna wymaga przede wszystkim talentów politycznych, strategicznych i zarządczych. Ochrona zdrowia potrzebuje odczarowania i nadania jej centralnej roli w hierarchii politycznej państwa.

Wybory parlamentarne dają okazję do podsumowania obecnej sytuacji w ochronie zdrowia, uporządkowania priorytetów i wyznaczenia nowych celów. To, w jakich obszarach przyszły rząd zdecyduje się na kontynuację, gdzie wybierze ewolucję, a w jakich zdecyduje się na radykalne zmiany, pozostaje sprawą otwartą. Zmiany są jednak pewne, dlatego warto o nich dyskutować.

Nasz raport, zatytułowany *Wybory zdrowotne 2015*, jest pomyślany jako wprowadzenie do tej dyskusji. Wskazujemy główne pytania, przed jakimi stanie przyszły minister zdrowia; przedstawiamy trendy światowe i sygnalizujemy możliwe rozwiązania. Nie dajemy rekomendacji, bo decyzje należą do polityków – ochrona zdrowia jak każda dziedzina polityki cierpi na nadmiar prostych recept.

Niniejszy raport powstał na zlecenie MSD Polska. Polityka Insight dołożyła wszelkich starań, by był on bezstronny i obiektywny, a zleceniodawca nie miał wpływu na tezy ani wymowę opracowania.

POLITYKA INSIGHT jest wiodącym centrum analiz polityczno-gospodarczych w Polsce i wydawcą codziennego serwisu, skierowanego do decydentów w polityce, biznesie i dyplomacji. W ramach **PI RESEARCH** wykonujemy badania ilościowe i jakościowe na zlecenie klientów, przygotowujemy analizy na użytek wewnętrzny firm i urzędów, a także briefujemy zarządy firm na temat aktualnej sytuacji polityczno-gospodarczej w Polsce.



Piotr Żakowiecki

analityk ds. społecznych
p.zakowiecki@politykainsight.pl
(+48 22) 436 73 18

O czym jest ten raport?

Nasz raport ma dwa główne cele

Po pierwsze, porządkuje zagadnienia związane z systemem ochrony zdrowia w Polsce. Debata publiczna w tym obszarze toczy się na dwóch biegunach. Z jednej strony odbywają się eksperckie dyskusje – poprzez niszowe publikacje i ekskluzywne fora rozmawiają ze sobą tylko uczestnicy rynku, eksperci i regulatorzy. Z drugiej – do większości Polaków docierają wycinkowe doniesienia mediów, zazwyczaj skupiające się na doraźnych problemach, jak tragiczne w skutkach błędy lekarzy czy kłopoty finansowe któregoś ze szpitali.

Chcemy, aby nasz raport dał czytelnikom odmienną perspektywę, niewymagającą szczegółowej wiedzy, ale podsumowującą kluczowe zagadnienia systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza te związane z polityką i ekonomią. Dzięki temu będą mogli wyrobić sobie własne zdanie na temat polityki zdrowotnej państwa.

Po drugie, raport systematyzuje pomysły i możliwe opcje rozwiązań dla zarysowanych problemów. Część z nich to postulaty ekspertów, które od lat powtarza się w debacie publicznej. Część stanowią postulaty polityków – zarówno pretendentów, jak i zajmujących urząd. Zależy nam na tym, aby czytelnicy mogli ocenić zasadność różnych stanowisk, a w perspektywie kampanii wyborczej odnosić do nich deklaracje partii, które będą zabiegać o ich głos.

Raport składa się z siedmiu rozdziałów

1. Pierwszy dotyczy **politycznej rangi zdrowia** – opisujemy w nim problemy wynikające z silosowego charakteru instytucji publicznych i braku koordynacji zdrowia jako obszaru polityki państwa. Przedstawiamy pomysły na skuteczniejsze zaangażowanie ekspertów i oparcie polityki zdrowotnej na solidnych podstawach merytorycznych.
2. W drugim skupiamy się na **wartości zdrowia dla społeczeństwa i gospodarki** – tym, w jaki sposób można liczyć koszty i uzasadniać wydatki, a także jakie korzyści może przynieść postrzeganie zdrowia w kategoriach inwestycji.
3. W trzecim przechodzimy do **finansowania ochrony zdrowia** – tego, z jakich źródeł mogą popłynąć dodatkowe środki, których potrzebuje system ochrony zdrowia. Przedstawiamy w nim pomysły kilku partii, które mają w tym aspekcie przemysłane stanowiska.
4. W czwartym pytamy o **rolę rynku i konkurencji w ochronie zdrowia** – diagnozujemy korzyści i problemy wynikające z obecnego kształtu systemu, a także ile wiary w rozwiązanie rynkowe pokładają różne opcje polityczne.
5. Piąty rozdział dotyczy **odpowiedzialności za kształt systemu** – tego, na jakim szczeblu zapadają decyzje i jakie czynniki mają wpływ na sprawność instytucji państwa w dziedzinie polityki zdrowotnej.
6. W szóstym zajmujemy się **dostępnością personelu medycznego** – jej zapewnienie wymaga ścisłej koordynacji między resortami, uczelniami a rynkiem, której dzisiaj brakuje.
7. Ostatni rozdział dotyczy zaś **dostępności leków** i – szerzej – zaspokajania potrzeb obywateli w zakresie opieki farmaceutycznej. Oceniamy w nim bariery do skutecznej terapii i kontrowersje dotyczące ich oceny.

Na koniec podsumowujemy obecny kontekst polityczny, perspektywy wyborcze i możliwe zmiany w systemie pod nową koalicją rządową. Oceniamy w nim również przygotowanie partii politycznych do podjęcia reform w dziedzinie ochrony zdrowia.

Spis treści

Rozdział 1: Jaka powinna być polityczna ranga zdrowia?	5
Rozdział 2: Ile warte jest zdrowie?	8
Rozdział 3: Jak finansować ochronę zdrowia?	11
Rozdział 4: Ile rynku i konkurencji w zdrowiu?	14
Rozdział 5: Kto decyduje o kształcie systemu?	17
Rozdział 6: Jak zapewnić dostępność personelu medycznego?	20
Rozdział 7: Jak zapewnić dostęp do leków?	23
Zamiast podsumowania	27
Bibliografia	29

Jaka powinna być polityczna ranga zdrowia?



Ochronę zdrowia powszechnie postrzega się jako generator kosztów – dlatego dla decydentów częściej jest politycznym ciężarem niż obszarem twórczego działania. Wielość problemów od lat piętrzących się w tym sektorze sprawia, że ministrom zdrowia trudno jest wywalczyć silną pozycję w rządzie.

Diagnoza

Zdrowie nie jest priorytetem państwa. Niskie finansowanie systemu ochrony zdrowia to najczęściej przytaczany argument mający potwierdzać tę tezę. Utrzymywanie składki zdrowotnej poniżej poziomu pozwalającego na zaspokojenie potrzeb społeczeństwa, opory przed zwiększaniem obciążeń dla budżetu państwa i nastawienie na redukcję jego nakładów, „optymalizacje” i „usprawnianie” – to przykłady skutków takiego podejścia. Przez ostatnie 10 lat wiele reform w ochronie zdrowia było zarzucanych, czy to ze względu na zmiany ekip rządzących, czy z braku woli politycznej do ich wprowadzenia (jak stworzenie sieci szpitali czy regulacja dodatkowych ubezpieczeń). Brak strategicznego, interdyscyplinarnego podejścia do ochrony zdrowia jest pochodną ogólnych niedostatków długofalowego planowania polityki państwa.

Ministrowie zdrowia rzadko mają silną pozycję w rządzie. Żaden z dotychczasowych ministrów zdrowia nie pełnił funkcji wicepremiera¹. W większości byli oni bezpartyjnymi fachowcami lub politykami bez silnego zaplecza w swoich ugrupowaniach. Obszar zdrowia jest powszechnie postrzegany jako jeden z najbardziej problematycznych – Zbigniew Religa² miał powiedzieć, że każdego szefa tego resortu prędzej czy później przerosną stawiane przed nim wyzwania. Ministerstwo z reguły bywa w centrum uwagi przy okazji nagłaśnianych problemów (np. niedobór leków czy sezon grypowy), tragedii (np. gdy karetka nie przyjechała na czas) czy absurdalnych sytuacji (np. zapisy na kolejki na wiele lat do przodu), za które w obecnym, urynkowionym systemie nie może brać pełnej odpowiedzialności. Od ministrów zdrowia wymaga to szczególnych umiejętności komunikacyjnych – a tych często im brakuje.

Koniunkturalne podejście do problemów. Wielu decydentów, przede wszystkim tych niezajmujących się bezpośrednio ochroną zdrowia, w dyskusjach na temat systemu podkreśla konieczność poprawy efektywności i ograniczania wydatków. Podchodzą oni protekcyjnie do pomysłów daleko idących reform, często argumentując, że na pewne rozwiązania „Polska nie jest jeszcze gotowa”. Z kolei przedstawiciele resortów powiązanych ze zdrowiem (np. Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej czy Ministerstwa Sportu i Turystyki) często chwala się swoimi inicjatywami, ale reprezentują wycinkowe podejście. M.in. z tego powodu na decyzje władz w obszarze ochrony zdrowia większy wpływ niż rekomendacje ośrodków krajowych (np. dotyczące wyzwań wynikających ze starzenia się społeczeństwa czy uzasadniania inwestycji w ochronie zdrowia)³ niewątpliwie wymogi instytucji międzynarodowych.

Nie ma koordynacji polityk zorientowanych na zdrowie. „Polska resortowa” to często powtarzający się zarzut wobec funkcjonowania instytucji państwa. Ministrowie skupiają się na realizacji polityk w swoich obszarach, zazdrośnie broniąc własnej suwerenności i budżetów. W ten sposób partykularne interesy instytucji nierzadko stają się ważniejsze od realizowanych przez nie zadań. To problem w wielu dziedzinach⁴ – zdrowie nie jest tu wyjątkiem. Międzyresortowa koordynacja polityki zdrowotnej jest jednak wskazywana przez Unię Europejską jako szczególne wyzwanie – zasada „zdrowie we wszystkich politykach państwa” to część wspólnotowych strategii⁵ i wyraźne zalecenie dla krajów członkowskich.

Zdrowie będzie miało coraz większe znaczenie, niezależnie od działań państwa. Starzenie się społeczeństwa, rosnące koszty leczenia i wpływ aktywności zawodowej na stan gospodarki to kluczowe wyzwania na najbliższe dekady. Nie należy się łudzić, że wskaźnik dzietności wzrośnie powyżej stopy zastąpienia (2,1 dziecka na kobietę) nawet przy bardzo dużych nakładach – według najbardziej optymistycznego scenariusza GUS, do 2050 r. wskaźnik dzietności mógłby wzrosnąć tylko do 1,9. Coraz więcej starszych Polaków będzie aktywnych zawodowo, musi im jednak pozwalać na to stan zdrowia.

Tylko **3** z 17 ministrów zdrowia po 1989 r. nie było lekarzami.

1. Z wyjątkiem Jerzego Hausnera, który krótko pełnił również obowiązki ministra zdrowia.

2. Minister zdrowia w latach 2005–2007.

3. Gujski i inni, 2013.

4. Np. w obszarze dyplomacji ekonomicznej, gdzie nakładają się kompetencje Ministerstwa Gospodarki i Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

5. M.in. obowiązującego programu działań na lata 2014–2020, powiązanego ze strategią *Europa 2020*.

Trendy

- **Do realizacji polityk potrzebne są wola i środki.** Według klasycznego modelu analitycznego⁶, aby wprowadzić problem zdrowotny na agendę polityczną, musi nastąpić zbieg przynajmniej dwóch z trzech czynników: problemu, propozycji i warunków politycznych. Obecność problemu najczęściej bywa podnoszona przez media lub działania zaangażowanych osób. Propozycje to możliwe rozwiązania, najbardziej efektywne, jeśli przygotowują je sprawne instytucje publiczne lub instytuty badawcze. Wreszcie wola polityczna i przywództwo to niezbędny czynnik, by działania zostały podjęte. Pojawieniu się tzw. okna możliwości (*window of opportunity*) musi jednak towarzyszyć dostępność środków: finansowych, organizacyjnych (sprawne instytucje) i infrastrukturalnych (jak systemy IT).
- **Zarządzaniem ochroną zdrowia nie zajmują się lekarze.** W największych krajach Unii ministrowie zdrowia będący lekarzami to rzadkość – najczęściej tym obszarem kierują zawodowi politycy z przygotowaniem ekonomicznym lub prawniczym. Lekarze jako szefowie resortu są natomiast normą w nowych krajach członkowskich, m.in. Czechach. W Polsce na 17 ministrów zdrowia po 1989 r. tylko troje nie było lekarzami, a z nich jedynie Franciszka Cegielska piastowała to stanowisko dłużej niż miesiąc. Niska atrakcyjność teki zdrowotnej sprawia, że gotowość i kompetencje do pełnienia tej funkcji przypisuje się w Polsce głównie lekarzom.
- **Nie ma jednej recepty na „zdrowie we wszystkich politykach państwa”.** Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia⁷ wskazują, że koordynacja polityki zdrowotnej może opierać się na kilku mechanizmach – od komitetów międzyresortowych, przez komisje parlamentarne, łączone bądź odrębne budżetowanie, sformalizowane angażowanie interesariuszy pozarządowych (w tym sektora prywatnego), po łączenie ministerstw. Różne struktury pozwalają poprawić realizację różnych zadań (np. wyznaczanie celów, koordynację czy zarządzanie wdrażaniem polityk), dlatego władze powinny nie ograniczać się do wykorzystywania tylko wybranych narzędzi, lecz je łączyć.

Pomysły i opcje

Koordynacja zadań zdrowotnych różnych resortów. Środowiska eksperckie od lat zgłaszały potrzebę ustalenia ram prawnych dla współpracy instytucji publicznych działających na rzecz szeroko rozumianego zdrowia publicznego. Już w latach 90. pracowano nad „konstytucją ochrony zdrowia”⁸, ustawą określającą m.in. mechanizmy koordynacji i obszary, w których resort zdrowia powinien pełnić rolę wiodącą. Dopiero po kilkunastu latach, w 2015 r., rząd PO–PSL przyjął ustawę o zdrowiu publicznym, która jednak w niewielkim stopniu narusza niezależność ministerstw – pełnomocnik rządu ds. zdrowia publicznego nie będzie miał zwierzchności nad szefami innych resortów związanych z obszarem zdrowia. Oznacza to, że w kwestiach spornych, zwłaszcza mających istotny wpływ na finanse publiczne (jak np. opodatkowanie czy marketing używek), zdrowie raczej nie będzie priorytetem. Przyjęcie ustawy o zdrowiu publicznym tworzy jednak podstawę do sprawdzenia efektywności tego rozwiązania i ewentualnych nowelizacji, niezależnie od tego, kto wygra wybory.

Powiązanie zdrowia z pomocą społeczną. Postulat przywrócenia (istniejącego do 1999 r.) Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, wysunięty m.in. przez zespół ekspertów Pracodawców RP⁹, jest anachroniczny (opiekę społeczną ponad 10 lat temu zastąpiła pomoc społeczna), opiera się jednak na słusznym założeniu rozwoju opieki środowiskowej (tzw. *joined-up care*). Reorganizacja resortów to pomysł, którego nie wyklucza PiS. Poza zmianami instytucjonalnymi ważna jest koordynacja na poziomie lekarzy, pracowników pomocy społecznej i pacjentów, osiągalna bez łączenia resortów. Jest to stanowisko bliższe koalicji PO–PSL, która rozwija projekt sieci dziennych domów opieki dla osób starszych.

Powołanie zespołu ds. reformy ochrony zdrowia. Zespół taki funkcjonował do 2010 r. pod auspicjami Rzecznika Praw Obywatelskich i Prezydenta RP. Dziś zgromadzenie wysokiej klasy specjalistów w prestiżowym gremium – lekarzy, ekonomistów i organizatorów ochrony zdrowia – pozwoliłoby na opracowanie kompleksowej diagnozy i zainicjowanie społecznej dyskusji o kierunku zmian. Prezydent Andrzej Duda zapowiedział już, że pracami nad reformą ochrony zdrowia ma zająć się funkcjonująca w jego kancelarii Narodowa Rada Rozwoju. Instytucjonalne umocowanie zespołu nie powinno jednak zaburzać jego niezależności, a dobór członków nie może być motywowany politycznie.

6. McKee i Mackenback, 2013.

7. McQueen i inni, 2012.

8. Projekt ustawy o ustroju ochrony zdrowia, przygotowany przez rząd AWS-UW zatrzymał się na etapie konsultacji. Podjęcie prac nad ustawą o tej samej nazwie zapowiadano za rządów PiS–Samoobrona–LPR, a także PO–PSL.

9. Akademia Zdrowia 2030, 2013.

Wprowadzenie zwyczaju publikacji „białych” i „zielonych ksiąg” dla istotnych reform. Dokumenty tłumaczące sprawy zdrowotne w sposób zrozumiały dla przeciętnego odbiorcy winny być publikowane w sposób usystematyzowany przez resort zdrowia lub parlament. Pozwoliłoby to na bardziej inkluzywną dyskusję, poza zamkniętym gronem ekspertów, angażującą decydentów z innych obszarów, a także opinię publiczną. Dotychczasowe inicjatywy tego typu były ograniczone – „zielone księgi” dotyczące m.in. finansowania ochrony zdrowia czy opieki długoterminowej¹⁰ nie wiązały się ze spójną debatą publiczną.

Potrzebny jest zdrowotny think tank. Brakuje instytucji, która byłaby w stanie formułować propozycje polityk zdrowotnych na podstawie prowadzonych prac badawczych i projektowych. W obszarze edukacji funkcjonuje np. Instytut Badań Edukacyjnych. Podlega on ministrowi edukacji narodowej, ale dysponuje własnym budżetem i ma swobodę realizowania badań. Jest odizolowany zarówno od nacisków politycznych, jak i prywatnych interesów. Tymczasem w obszarze ochrony zdrowia propozycje zmian systemowych często są przygotowywane na zlecenie przedstawicieli branży zainteresowanych określonym kształtem regulacji. Przykładem są liczne dokumenty postulujące rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, powstałe na zlecenie Polskiej Izby Ubezpieczeń. Interesariusze dysponują funduszami, które trudno wyasygnować w ramach budżetu resortu zdrowia. Stworzenie silnej instytucji eksperckiej działającej w celu formułowania międzysektorowych polityk zorientowanych na zdrowie pozwoliłoby zatem na wejście w niszę, w której obecnie dominują działania lobbystyczne.

Zdaniem Polityki Insight

Obsada stanowisk ministerialnych jest wypadkową wielu pozamerytorycznych okoliczności: m.in. wyniku wyborczego, układu sił w zwycięskiej partii czy negocjacji z ewentualnym koalicjantem. Wyborcy mogą jednak docenić jasne deklaracje dotyczące układu priorytetów i struktury gabinetu. Silne umocowanie Ministerstwa Zdrowia w strukturze Rady Ministrów nie musi być jednak sformalizowane – w przeszłości szefowie resortu byli w stanie twardo negocjować, przede wszystkim z Ministerstwem Finansów. Istnieje wiele narzędzi, którymi można podkreślić rolę zdrowia i usprawnić podejmowanie reform. Jednak w obliczu konieczności przeorientowania polityki państwa, by sprostać wyzwaniom takim jak starzenie się społeczeństwa, niska dzietność i konieczności zmian w systemie ochrony zdrowia, pomysł powołania wicepremiera koordynującego sprawy społeczne i zdrowotne ma coraz większe uzasadnienie.

¹⁰. Golinowska i inni, 2004; Golinowska i inni, 2008; Augustyn i inni, 2010.



Ile warte jest zdrowie?

Pieniądże wydane na skuteczną profilaktykę pozwalają uniknąć wydatków na leczenie, a im mniej osób traci zdolność do pracy w wyniku choroby, tym więcej zyskuje gospodarka. Te oczywiste zależności trudno jednak przełożyć na reformy.

13,5 mld zł

Tyle w 2014 r. mogły kosztować ZUS i pracodawców zasiłki chorobowe. Dodatkowe koszty związane z zatrudnianiem na zastępstwo i nadgodzinami pozostałych pracowników, a także z rentami z tytułu niezdolności do pracy dają kwotę szacowaną na 50 mld zł.

Diagnoza

Za chorobę gospodarka płaci kilkakrotnie. Wydatki na leczenie, zakup sprzętu medycznego i leków, a także tzw. koszty powiązane (jak dojazd do kliniki w odległym mieście) to nie wszystko. Osoby, które w wyniku choroby lub urazu trwale tracą zdolność do pracy, pobierają zasiłki i renty. W samym 2014 r. koszty zasiłków chorobowych wyniosły 13,5 mld zł, z czego 4,7 mld zł to wydatki pracodawców (resztę finansował ZUS). Straty dla gospodarki wynikające z niezdolności do pracy, zarówno trwałej jak i tymczasowej to tzw. koszty pośrednie. Pojawiają się zarówno gdy zatrudniony przestaje zajmować się produktywną działalnością, albo – przychodząc do pracy w chorobie – pracuje mniej wydajnie. Analiza tych kosztów pozwala pełniej ocenić konsekwencje problemów zdrowotnych. Przykładowo, według analiz Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia¹ wydatki NFZ na leczenie schizofrenii wynosiły w 2014 r. 557 mln zł, podczas gdy koszty pośrednie to kolejne 792–1960 mln zł, w zależności od metody liczenia.

Zdrowie to kapitał, w który można inwestować. Ekonomisci² wskazują, że o zdrowiu można myśleć jak o kapitale ludzkim – inwestuje się w niego, aby czerpać określone korzyści, zarówno ekonomiczne (lepiej zdrowie to wyższa produktywność, a więc wyższe zarobki), jak i konsumpcyjne (zdrowie pozwala na zaspokajanie innych potrzeb). Kapitał zdrowotny ma jednak szczególny charakter: zwykle od urodzenia stale się obniża, a inwestycje mogą tylko ten proces spowolnić. Niemniej inwestować w zdrowie można na podstawie twardych danych – wydatki na leczenie oraz profilaktykę, i te publiczne, i prywatne, można przeliczyć na wartość kapitału zdrowotnego i wynikające z niego korzyści.

Wydatki na zdrowie państwo musi uzasadniać. To, czy określona procedura medyczna czy lek będą finansowane ze środków publicznych, wynika z decyzji Ministerstwa Zdrowia. Resort zasięga w tym celu opinii ekspertów, głównie z podległej resortowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Agencja ta w ramach oceny procedur i leków bada ich efektywność medyczną i szacuje, czy koszt korzyści dla pacjenta jest akceptowalny i czy państwo stać na finansowanie leczenia. Wyniki analizy naukowej i ekonomicznej nie są jednak wiążące – resort i jego ciała doradcze przy podejmowaniu decyzji biorą jeszcze pod uwagę np. oczekiwania społeczne oraz szczególne okoliczności natury etycznej (m.in. problem ochrony cierpiących na choroby rzadkie i finansowania potrzebnych im środków medycznych). W przypadku refundacji leków kluczowe znaczenie mają też negocjacje finansowe z firmami farmaceutycznymi.

Państwo jest nieufne wobec analiz kosztów pośrednich. Argumentując, że skutki danego schorzenia dla gospodarki są wielokrotnością łatwo policzalnych wydatków na leczenie, można uzasadniać konieczność finansowania droższych terapii ze środków publicznych. Leży to też w interesie dostawcy innowacyjnych technologii, przede wszystkim firm farmaceutycznych – refundacja gwarantuje im przychody i pozycję rynkową. Obecnie przy wydawaniu opinii eksperci AOTMiT mogą opowiadać się za refundacją danego leku, przekonując np., że przywróci pacjenta do aktywności zawodowej. Analiza kosztów pośrednich jest jednak fakultatywna, a AOTMiT i firmy starające się o refundację mogą korzystać z różnych metodologii, co utrudnia uzgodnienia z resortem. Ustaleniu wspólnych standardów wyceny nie pomaga też sceptycyzm decydentów (w tym kierownictwa ministerstw) wobec takich analiz.

Rosnące koszty opieki zdrowotnej i emerytur będą zwiększać znaczenie kosztów pośrednich. Średnia długość życia wciąż rośnie, szybciej niż lata życia w zdrowiu, a średnie wydatki na leczenie na osobę istotnie rosną już po 50. roku życia pacjenta. Według prognoz NFZ wydatki na leczenie osób w wieku emerytalnym, które obecnie stanowią 35 proc. kosztów Funduszu, w ciągu najbliższych 20 lat wzrosną do 58 proc. Konieczność finansowania coraz droższych świadczeń społecznych będzie zwiększać troskę o utrzymanie produktywności zatrudnionych – każda osoba aktywna zawodowo będzie na wagę złota. Innymi słowy, koszty pośrednie, które dla wielu schorzeń już teraz są wysokie, zaczną się liczyć, a inwestycje w kapitał zdrowotny będą coraz bardziej opłacalne.

Źródło: NFZ

1. Gałązka-Sobotka i inni, 2015.
2. Galama i van Kippersluis, 2013.

Trendy

- **Według Komisji Europejskiej wydatki na zdrowie sprzyjają wzrostowi gospodarczemu.** Unijni eksperci wskazują na korzyści dla rynku pracy płynące z efektywnej ochrony zdrowia, choć zaznaczają, że wydatki muszą być rozpatrywane w ramach dyscypliny budżetowej³. Relacja między nakładami a efektami zdrowotnymi nie jest liniowa – przy bardzo dużych wydatkach dodatkowe pieniądze nie przynoszą proporcjonalnych efektów zdrowotnych. Zalecenia te należy jednak ważyć w odniesieniu do przeciętnych wydatków w Unii, o jedną trzecią wyższych niż w Polsce. Rozsądnemu gospodarowaniu wydatkami sprzyja m.in. skuteczna ocena technologii medycznych.
- **Większość krajów rozwiniętych analizuje koszty pośrednie.** Jedynie w Anglii, Walii, Nowej Zelandii i RPA tego typu analizy nie są stosowane⁴. W większości innych krajów OECD przy ocenie technologii medycznych stosuje się kategorię utraconej produktywności – potencjalnego dochodu, który pacjent mógłby wytworzyć, gdyby był zdrowy. Dodatkowo w niektórych krajach (np. w Belgii, Kanadzie czy Hiszpanii) bierze się też pod uwagę koszty czasu wolnego (w tym wypoczynku, rozrywki, relacji towarzyskich), który zatrudniony utracił w związku z ograniczeniem sprawności, a także pracy niewliczanej do PKB (np. obowiązków domowych) i utraconej produktywności rodziny (opiekującej się chorym).
- **Nie ma „złotego standardu” szacowania kosztów.** To, w jaki sposób dany kraj podchodzi do uwzględniania kosztów pośrednich w decyzjach o wydatkach zdrowotnych, wynika z jego zamożności, przyjętej polityki społecznej i oczekiwań społeczeństwa. Ponieważ poszczególne metodologie mogą – w zależności od przyjętych założeń – zawyżać lub zaniżać wartości (np. utraconej produktywności), warto, aby między interesariuszami zapanował konsens w kwestii przyjętych standardów.

Pomysły i opcje

Popularyzacja pojęcia kosztów pośrednich. Na ogólnym poziomie wszyscy uczestnicy dyskusji eksperckich rozumieją wartość zdrowia dla gospodarki i sens uwzględniania kosztów pośrednich przy dystrybucji środków publicznych. Kluczowe instytucje, które powinny być zainteresowane analizą kosztów pośrednich, to Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej czy Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (mimo że koszty zwolnień, rent i zasiłków, które ponoszą, to wciąż koszty bezpośrednie choroby). Istotniejsza wydaje się jednak popularyzacja podstawowych pojęć z zakresu ekonomiki zdrowia wśród decydentów, a także parlamentarzystów, których głosy decydują o przyjmowaniu ustaw. Z tym pomysłem zgadzają się eksperci a także politycy m.in. przedstawiciele Prawa i Sprawiedliwości.

Zapewnienie dostępu do lepszej jakości danych. Jak zgodnie twierdzą eksperci i decydenci, Polska ma z tym problem. Przykładowo, dane o przyczynach zwolnień lekarskich, gromadzone przez ZUS, uwzględniają tylko ogólną kategorię choroby (np. nie rozróżniają astmy alergicznej od niealergicznej). W efekcie nie można powiązać danych klinicznych z tymi o rynku pracy i produktywności. Kłopot – zdaniem specjalistów – stanowi też uzyskiwanie z NFZ danych o intensywności korzystania ze świadczeń zdrowotnych w związku z konkretnymi chorobami, to bowiem również utrudnia ocenę ewentualnych korzyści z działań profilaktycznych.

Wprowadzenie zasady „zdrowie w każdej polityce”. Zalecenia instytucji międzynarodowych (w tym Światowej Organizacji Zdrowia i Komisji Europejskiej) mówią o uwzględnianiu perspektywy zdrowotnej przy pracach nad rozwiązaniami regulacyjnymi z dziedzin niekoniecznie bezpośrednio związanych z ochroną zdrowia. Oczekiwania branży wobec ustawy o zdrowiu publicznym m.in. dotyczyły wprowadzenia takiej zasady, ale ostatecznie nie znalazła się ona w tekście aktu prawnego. Co więcej, Ministerstwo Finansów nie bierze pod uwagę kosztów pośrednich przy opiniowaniu projektów nowych przepisów, co utrudnia uzasadnianie wydatków. Wskutek tego w wyniku negocjacji międzyresortowych o połowę ścięto np. finansowanie zadań wynikających z ustawy i nie zgodzono się na utworzenie funduszu celowego, niezależnego od budżetu resortu zdrowia. Rozszerzenie zakresu ustawy o zdrowiu publicznym to pomysł funkcjonujący w kręgach PiS.

3. Komisja Europejska, 2013.

4. HTA Consulting, 2014.

ok. 3 mln

Polaków cierpi na cukrzycę,
z czego 800 tys. nie ma
świadomości choroby.

Źródło: Gałązka-Sobotka i inni, 2014.

Stworzenie akceptowanej przez interesariuszy metodologii liczenia kosztów pośrednich. Metodyka pomiaru kosztów pośrednich była przedmiotem kilku znaczących opracowań, przygotowanych przez sektor prywatny⁵, jednak były one jedynie głosami w dyskusji – bez przełożenia na zmiany instytucjonalne. Obecnie każda firma, a także grupa ekspertów samodzielnie szacuje koszty pośrednie różnych chorób, wykorzystując dostępne dane ZUS, KRUS, PFRON, NFZ i GUS. Ze względu na przyjmowane założenia wyniki tych wyliczeń różnią się – część ekspertów jest zdania, że liczeniem kosztów pośrednich powinna zająć się niezależna instytucja np. GUS, który ma większą specjalizację w tworzeniu metodologii i ich dostosowania do standardów międzynarodowych. Zlecenie tego typu badania wiązałoby się z jedną decyzją rządu i przyznaniem GUS środków na jego realizację. Urząd mógłby też być zobowiązany do stworzenia metodologii we współpracy z ekspertami branżowymi, a efekt końcowy byłby niezależny od stanowiska ministra zdrowia, czy szefa AOTMiT.

Inteligentna koordynacja leczenia chorób przewlekłych. Przykładem działania w oparciu o analizę kosztów pośrednich jest propozycja ekspertów Uczelni Łazarskiego⁶, dotycząca zapobiegania i leczenia cukrzycy. Postulują oni przygotowanie szerokiej, długofalowej strategii w tym obszarze, nad którą resort zdrowia pracowałby wspólnie m.in. z NFZ oraz AOTMiT, ale też z ZUS⁷. Zostałby utworzony ogólnopolski rejestr pacjentów z cukrzycą, gromadzący dane niezbędne do realizacji strategii. W celu zmniejszenia liczby kosztownych hospitalizacji pacjentów cukrzycowych, a co za tym idzie racjonalizacji wydatków, proponuje się zwiększenie finansowania dla poradni diabetologicznych. Z kolei zapobieganie opuszczaniu rynku pracy przez chorych pracowników mogłoby być osiągnięte poprzez rozwój programu prewencji rentowej, finansowany przez ZUS. Podstawą dla koordynacji działań instytucji państwa byłaby kompleksowa analiza kosztów i potencjalnych oszczędności.



Zdanien Polityki Insight

Szeroka analiza kosztów ekonomicznych w ramach polityki opartej na dowodach (*evidence-based policy*) wydaje się obecnie utopijnym postulatem. Decydenci spoza obszaru spraw zdrowotnych przy różnych okazjach podkreślają, że rozumieją logikę ekonomiki zdrowia, ale wciąż podchodzą do niej z dystansem. Trudno oczekiwać, by minister finansów w jakimkolwiek gabinecie miał lekką rękę do wydatków, niemniej od rządu należałoby oczekiwać szerszej perspektywy analitycznej i strategicznej. Tym bardziej, że prognozy demograficzne i analizy wpływu starzejącego się społeczeństwa na rynek pracy i świadczenia społeczne od dłuższego czasu funkcjonują już w debacie publicznej. Postrzeganie nakładów na zdrowie jako inwestycji przynoszących wymierne korzyści dla gospodarki i społeczeństwa jest wręcz konieczne dla dalszego rozwoju Polski.

5. M.in. E&Y, 2013b i HTA Consulting, 2014.

6. Gałązka-Sobotka i inni, 2014.

7. Autorzy nie przewidzieli w tym gronie przedstawicieli innych resortów, mimo że byłoby to korzystne dla spójności strategii.

Jak finansować ochronę zdrowia?



Publiczne wydatki na ochronę zdrowia są zbyt niskie w stosunku do potrzeb polskiego społeczeństwa, a partie nie uciekną od decyzji, skąd wziąć dodatkowe pieniądze na ten cel. Możliwe rozwiązania to: dofinansowanie z budżetu, podwyższenie obowiązkowej składki zdrowotnej i wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń.

Diagnoza

Obecny system wiąże wydatki zdrowotne z koniunkturą. Publiczne nakłady na ochronę zdrowia to w 86 proc. wpływy ze składek zdrowotnych przekazywanych do NFZ. Rząd ma ograniczoną możliwość „dosypywania” pieniędzy z budżetu – Ministerstwo Zdrowia dysponuje funduszami m.in. na profilaktykę, ratownictwo medyczne i procedury wysokospecjalistyczne, ale nie może arbitralnie zwiększyć lub zmniejszyć środków np. na leczenie szpitalne. Ewentualny wzrost przychodów NFZ zależy więc od kondycji gospodarki – od wysokości wynagrodzeń, stopy zatrudnienia i ściągłości składek. Zarazem prawo nie pozwala na ścinanie wydatków na sektor zdrowotny, nawet w przypadku ujemnego wzrostu gospodarczego¹.

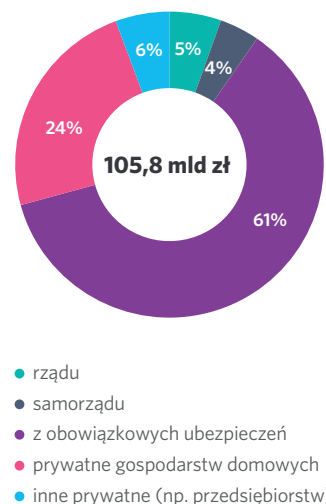
Niskie składki ograniczają przychody. Składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne wynosi obecnie dla większości osób 9 proc. wynagrodzenia lub emerytury brutto. Reforma z 1999 r. w początkowej wersji zakładała składkę 10-procentową, ale negocjacje za koalicji AWS–UW doprowadziły do jej obniżenia do 7,5 proc. W kolejnych latach stawka procentowa stopniowo rosła, aby w 2007 r. osiągnąć obecną wysokość – od tamtej pory dalsze jej podwyższenie jest częściej postulatem eksperckim niż politycznym. Jednocześnie obciążenie składkami jest zróżnicowane: w 2012 r. jej średnia wartość wynosiła 179 zł miesięcznie, ale zatrudnieni na umowę o pracę płacili 253 zł, przedsiębiorcy i samozatrudnieni 261 zł, emeryci i renciści 151 zł, a pracownicy służb mundurowych 357 zł. Ubezpieczeni w KRUS płacili 110 zł, składki bezrobotnych (pokrywane przez państwo) wynosiły zaś 61 zł.

Ministerstwo Finansów nie zakłada wzrostu wydatków publicznych. Według Wieloletniego Planu Finansowego Państwa do 2018 r. udział publicznych nakładów na ochronę zdrowia w PKB miałyby się obniżyć do 4,3 proc. Rząd PO–PSL stoi na stanowisku, że ważniejsza od zwiększania nakładów jest poprawa efektywności wydatków i wydajności systemu – podobne rekomendacje płyną od instytucji unijnych (np. rady Ecofin²). Konieczność zachowania dyscypliny budżetowej jest podkreślana również w kontekście zdjęcia z Polski procedury nadmiernego deficytu³. Można zatem wnioskować, że resort finansów chciałby, aby ewentualny wzrost całkowitych wydatków na ochronę zdrowia pochodził ze środków prywatnych, głównie z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Niska efektywność wydatków z własnej kieszeni. W 2013 r. całkowite prywatne wydatki na zdrowie wyniosły 31 mld zł – to 29 proc. wszystkich pieniędzy w systemie. Pod tym względem Polska nie odbiega znacząco od średniej OECD, wynoszącej około 27 proc. Połowę tych środków przeznaczono na leki, głównie te dostępne bez recepty (10,9 proc. łącznych wydatków), jedna trzecia poszła na leczenie w przychodniach (w tym 3,5 proc. na usługi stomatologiczne), a jedna dwudziesta na pobyty w szpitalach. Prywatne wydatki Polaków to przede wszystkim jednorazowe opłaty za usługę lub produkt, co do zasady mniej efektywne niż wydatki na ubezpieczenia zdrowotne lub abonamenty. Z tych ostatnich korzysta 7 proc. gospodarstw domowych, podczas gdy w co drugim za leczenie płaci się z własnej kieszeni⁴.

Polacy mają wysokie oczekiwania, ale nie chcą lub nie mogą płacić więcej. Zachowanie dobrego zdrowia to według Polaków druga – po szczęściu rodzinnym – najważniejsza wartość w życiu⁵. Jednocześnie 75 proc. społeczeństwa jest niezadowolone z funkcjonowania NFZ – najczęściej mieszkańcy największych miast (88 proc.) i wykształceni specjaliści (90 proc.). Na Fundusz względnie najrzadziej narzekają renciści (59 proc.) i najgorzej zarabiający (62 proc.)⁶. Mniejszy krytycyzm może wynikać z braku alternatyw dla publicznej ochrony zdrowia – z braku pieniędzy w co czwartym domu rezygnuje się z leczenia zębów, w co piątym z zabiegów rehabilitacyjnych czy zakupu leków, a w co szóstej z wizyty u lekarza. Jednocześnie tylko co czwarte gospodarstwo domowe jest zainteresowane kupnem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a co trzydzieste wydałoby na ten cel więcej niż 100 zł miesięcznie⁷.

Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r.:



Źródło: GUS

1. Art. 118, ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

2. Zrzeszającej ministrów do spraw finansów lub gospodarki krajów Unii Europejskiej.

3. Chodzi o nadzór Komisji Europejskiej nad budżetami Polski w latach 2009–2015, wynikający z przekraczania kryterium maksymalnego deficytu budżetowego w wysokości 3 proc. PKB. Nadzór nie skutkował żadnymi karami. Procedura nadal są objęte m.in. Francja, Irlandia i Wielka Brytania.

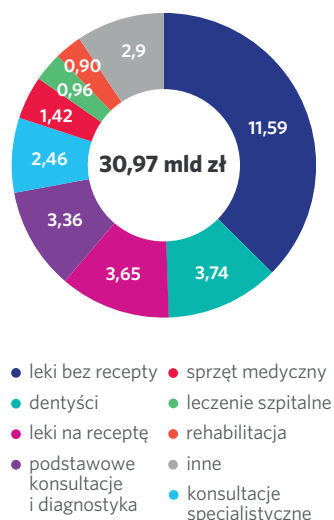
4. Czapiński i Panek, 2013.

5. CBOS, 2013.

6. CBOS, 2015.

7. Czapiński i Panek, 2013.

Struktura prywatnych wydatków na zdrowie w 2013 r. w Polsce:



Źródło: OECD

Trendy

- **W większości krajów rozwiniętych problemem są nadmierne wydatki.** Polska jest w szczególnej sytuacji, ponieważ mniejsze nakłady na zdrowie (proporcjonalnie do PKB) ponoszą tylko kraje bałtyckie i Rumunia. Unijne zalecenia dotyczące zwiększania efektywności przy jednoczesnym cięciu wydatków mają więc w stosunku do Polski mniejsze zastosowanie niż w odniesieniu do krajów Europy Zachodniej czy pogrążonych w kryzysie gospodarek Południa. Podobieństwa rysują się raczej w kwestii potencjalnych trudności z zaspokajaniem rosnących potrzeb zdrowotnych starzejących się społeczeństw.
- **Rozwiązania z innych krajów trudno kopiować w polskich warunkach.** Dwa główne modele finansowania ochrony zdrowia funkcjonujące w krajach rozwiniętych to system budżetowy (finansowanie z podatków) i system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Ostateczny kształt systemu jest jednak wypadkową wielu rozwiązań instytucjonalnych, często wprowadzanych na przestrzeni dekad. System jest też zwykle dostosowany do zasobów i infrastruktury, potrzeb zdrowotnych czy uwarunkowań politycznych panujących w danym kraju. Mimo to, co do zasady, wzrost publicznych wydatków na ochronę zdrowia wymaga znalezienia środków w sektorze finansów publicznych czy, szerzej, w ramach

polityki fiskalnej, którą każde państwo ma inną. Tworzy to dodatkowe utrudnienie w kopowaniu rozwiązań między krajami. Przykładem wadliwego wdrożenia w Polsce był istniejący w latach 1999–2004 system kas chorych, inspirowany rozwiązaniami niemieckimi – ze względu na niewystarczającą wysokość składki zdrowotnej nie był w stanie zagwarantować dostępności do leczenia zgodnego z oczekiwaniami obywateli⁸.

- **Dodatkowe ubezpieczenia przyjmują różne formy.** Można wyróżnić trzy typy ubezpieczeń: substytucyjne, komplementarne i suplementarne. Pierwsze zastępują dostęp do systemu publicznego – funkcjonują np. w Niemczech, gdzie obywatele mogą wybierać między ubezpieczeniem w kasach chorych lub prywatnych funduszach (droższych, ale zapewniających wyższy standard). Ubezpieczenia komplementarne obejmują zaś procedury niefinansowane ze środków publicznych lub pokrywają koszty dopłat do leczenia – obowiązują np. we Francji. Z kolei ubezpieczenia suplementarne mają w swoim zakresie te same procedury co dostępne w systemie publicznym, ale oferują je w wyższym standardzie (np. krótszy czas oczekiwania, zastosowanie nowocześniejszej technologii) – funkcjonują praktycznie we wszystkich krajach Unii.

Pomysły i opcje

Dopłacanie do systemu z budżetu. PiS chce, aby publiczne wydatki wynosiły co najmniej 6 proc. PKB (obecnie 4,5 proc.). Przy takiej proporcji w 2014 r. na zdrowie przeznaczonoby 104 mld zł, o 29 mld zł (38 proc.) więcej niż w rzeczywistości. Nie wiadomo jeszcze, w jakim tempie PiS chciałby zwiększać wydatki, ale według planów dofinansowanie działalności bieżącej trafiłoby w pierwszej kolejności do szpitali publicznych, które byłyby finansowane w sposób mieszany: otrzymywałyby z budżetu „kwotę bazową” na pokrycie przynajmniej części kosztów stałych, a ponadto (tak jak obecnie) zarabiałby na kontraktach. Koncepcja PiS uwzględnia mechanizmy kontroli jakości, warunkujące wysokość dofinansowania szpitali. Zwiększenie finansowania z budżetu to od wielu lat również postulat lewicy, choć trudno ocenić czy Zjednoczona Lewica nie pójdzie do wyborów również z hasłem rozwoju dodatkowych ubezpieczeń (to postulat Twojego Ruchu).

Podwyżka składki zdrowotnej. Propozycja podwyższenia stawki procentowej raczej nie znajdzie się w żadnym z programów wyborczych. Mimo że wewnątrz PiS są pomysły na jej stopniowe zwiększanie, partia wie, że ten postulat mógłby zniechęcić część potencjalnych wyborców. Podwyżkę można by jednak sfinansować ze środków budżetowych poprzez objęcie zwiększonych składek ulgą podatkową. Program PiS zakłada poprawę ściągłości podatków i wprowadzenie dodatkowych obciążeń dla niektórych sektorów, jednak z tych pieniędzy miałyby być finansowane w pierwszej kolejności sztanدارowe obietnice socjalne (m.in. zasiłek na dzieci, podwyższenie kwoty wolnej od podatku i obniżenie wieku emerytalnego). Niewykluczone, że po wygranych wyborach PiS postulowałby stopniowe podwyższanie składki. Za podwyżką mógłby opowiedzieć się też PSL – szef ludowców, Janusz Piechociński, podnosił ten pomysł.

⁸ Wskazują na to m.in. Drozdowska i Sikorski, 2012 czy Nojszewska, 2011.

Zawężenie lub reorganizacja koszyka świadczeń gwarantowanych. Rozwiązanie to często przewija się w debatach eksperckich – sprowadza się ono do przeprowadzenia szczegółowej analizy kosztowej procedur realizowanych w systemie publicznym i wyciągnięciu wniosków co do nakładów koniecznych do zapewnienia ich dostępności. Powszechna jest opinia, że obecna niewydolność systemu wynika z niewspółmierności gwarancji do środków przeznaczonych na ich realizację. Dlatego alternatywą dla zwiększania finansowania (poprzez wzrost składki lub dopłaty z budżetu) miałyby być usunięcie niektórych procedur z koszyka usług, objęcie ich pełną lub częściową odpłatnością albo wprowadzenie ich do zakresu dodatkowych ubezpieczeń. Postulat ten był jedną z rekomendacji „białego szczytu” z 2008 r., nie uzyskał jednak poparcia PO – rząd pomimo podjętych prac studyjnych uznał, że odbiór społeczny reformy byłby zbyt negatywny.

Upowszechnienie dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. To rozwiązanie wielokrotnie dyskutowane na przestrzeni ostatnich lat, wielokrotnie zapowiadane przez PO. Pomysł dotyczy ubezpieczeń suplementarnych. Zachętą do wykupywania dodatkowych ubezpieczeń miałyby być odliczenia lub zwolnienia z podatku dla pracodawców ubezpieczających swoich pracowników. Pomysłodawcy oczekują, że mogłyby one zasilić system kwotą 6–8 mld zł. Aby móc rozwijać to rozwiązanie, konieczne jest jednak stworzenie ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach – projekt jest już gotowy, czeka jedynie na wolę polityczną. Rozwijaniu dodatkowych ubezpieczeń sprzeciwiają się PiS i lewica, wskazując, że będą one dostępne tylko dla najzamożniejszych i pogłębią nierówności społeczne.

Zrównanie kosztów składek różnych grup społecznych. Zwiększenie publicznych nakładów na składki osób bezrobotnych to kolejny pomysł na dofinansowanie ochrony zdrowia z budżetu – zrównanie składek ze średnią dla wszystkich mogłoby zwiększyć dostępne środki o 5 proc. Mniej więcej tyle samo przyniosłoby zrównanie ze średnią składek ubezpieczonych w KRUS, choć w tym przypadku wiązałoby się to ze zwiększeniem klina podatkowego dla tych osób. Przez ostatnie lata nie podejmowano w tym zakresie żadnych inicjatyw, ponieważ zmiana oskładkowania miała być częścią szerszej reformy, polegającej na objęciu rolników podatkiem PIT. Ta z kolei nie mogła dojść do skutku bez zgody PSL.

Zdaniem Polityki Insight

Różnica w podejściu PO i PiS do kwestii finansowania ochrony zdrowia wynika z odmiennych interpretacji kondycji systemu. Zwolennicy rozwoju dodatkowych ubezpieczeń wskazują, że podstawowym problemem jest brak pieniędzy, a nie zasobów ludzkich czy sprzętu, dlatego – ich zdaniem – wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń nie pogłębiłoby nierówności, tylko wydatnie odciążałoby system publiczny. Orędownicy tego pomysłu nie biorą jednak pod uwagę różnic w dostępie do ochrony zdrowia czy deficytu specjalistów w regionach. Aby mechanizmy rynkowe nie doprowadziły do pogłębienia nierówności, konieczne byłyby rozległe regulacje – pacjenci musieliby mieć dostęp do pełnej informacji o zakresie i jakości oferowanych świadczeń (by mieć podstawy do decyzji, czy chcą wykupić dodatkowe ubezpieczenie), a ubezpieczyciele musieliby zostać pozbawieni możliwości dyskryminacji klientów ze względu np. na przewlekłe choroby. Jest mało prawdopodobne, aby rynek dodatkowych ubezpieczeń był w stanie rozwinąć się na tyle szybko, by istotnie zwiększyć ilość środków w systemie. Dofinansowanie z budżetu, podwyższenie składki i dodatkowe ubezpieczenia to rozwiązania, które się nie wykluczają i teoretycznie mogłyby być wprowadzane jednocześnie.

Polska

4,5 proc.

Taki odsetek PKB stanowią publiczne wydatki na ochronę zdrowia.

6,4 proc.

Taki odsetek PKB stanowią łączne wydatki na ochronę zdrowia.

OECD

ok. 6,5 proc.

PKB stanowią przeciętne publiczne wydatki na zdrowie w krajach OECD.

ok. 8,9 proc.

PKB wynoszą średnie łączne wydatki na zdrowie w krajach OECD

Źródło: OECD



Ile rynku i konkurencji w zdrowiu?

Obecnie system ochrony zdrowia zawiera mechanizmy rynkowe, ale też wiele ograniczeń dla wolnej konkurencji. Aby działał sprawnie, zmiany w tym obszarze powinny zostać dobrze przemyślane i zorientowane na efekty.

Diagnoza

Od 1999 r. nie ma służby zdrowia. Reforma zdrowotna rządu AWS zlikwidowała system, w którym państwo całkowicie odpowiadało za finansowanie i leczenie obywateli. Personel przestał być częścią „budżetówki”, a placówki zostały uniezależnione od resortu. Mimo że w czasach PRL funkcjonowały prywatne gabinety, a wiele przychodni sprywatyzowano już na początku lat 90., reforma zmieniła strukturę własności placówek w skali całego kraju. Z kolei finansowanie leczenia poprzez kontrakty, przydzielane w drodze konkursów, stworzyło ramy do konkurencji. Urynkowienie systemu jest szczególnie widoczne w języku – obecnie szpitale, przychodnie i gabinety to „świadczeniodawcy”, którzy prowadzą „działalność leczniczą”, pacjenci to „świadczeniobiorcy”, a proces leczenia składa się ze „świadczeń”. Zarazem mówienie o systemie ochrony zdrowia jako o „służbie zdrowia” jest anachronizmem.

Konkurencja działa tylko w teorii. Ubezpieczeni w NFZ co do zasady mogą leczyć się w dowolnej placówce, która ma kontrakt z Funduszem. W praktyce ich wybór jest jednak ograniczony, zwłaszcza w przypadku osób mieszkających poza największymi miastami. Pacjenci nie mają dostępu do danych o jakości leczenia, kierują się raczej opiniami rodziny lub znajomych na temat poszczególnych placówek. NFZ udostępnia co prawda dane o długości kolejek, ale wiedza na ten temat jest nadal mało rozpowszechniona, więc również pod tym względem trudno konkurować. Ponadto, NFZ jest jedynym płatnikiem – tylko on dysponuje pieniędzmi ze składki zdrowotnej. Fundusz jest też monopsonistą, dominującym kupcem usług zdrowotnych – kontrakt z NFZ jest podstawowym źródłem przychodów dla większości placówek zdrowotnych, również niepublicznych. Z kolei w obszarze dystrybucji farmaceutycznej konkurencję ograniczają sztywne, urzędowe marże na leki refundowane.

Nie ma równych warunków do konkurencji. Szpitale kliniczne, powiatowe i wojewódzkie, mają szczególne obowiązki, wynikające z konieczności zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Jednocześnie zaburza to konkurencję o kontrakty z NFZ. Wobec placówek publicznych, najczęściej należących do samorządów, stawiane są też oczekiwania polityczne – szpitale to w wielu rejonach kraju istotni pracodawcy. Co więcej, konstytucja nakłada na państwo obowiązek zapewnienia równego dostępu do ochrony zdrowia – i na tej podstawie uzasadnia się kontynuowanie nierentownej działalności wielu oddziałów szpitalnych. Z kolei misją szpitali klinicznych, poza kształceniem personelu, jest leczenie skomplikowanych przypadków, często generujących największe koszty.

W wyniku komercjalizacji placówki skupiają się na wyniku finansowym. Tryb rozliczania kosztów leczenia przez NFZ prowadzi do postrzegania opieki nad pacjentem jako sumy procedur medycznych, które powinny być jak najkorzystniej kalkulowane. Utrudnia to holistyczne traktowanie procesu leczenia, prowadzi do sprzeczności między interesem publicznym a interesem szpitala czy przychodni. Źle finansowane usługi (takie jak opieka psychiatryczna) bywają zaniedbywane, a komercyjni operatorzy specjalizują się w mniej skomplikowanych i korzystniej wycenianych procedurach.

Jednocześnie rosną nierówności w zdrowiu. Osoby zamożniejsze i lepiej wykształcone z reguły przykładają dużo większą wagę do swojego zdrowia niż reszta społeczeństwa – dbają o kondycję fizyczną, rzadziej sięgają po używki i częściej poddają się badaniom profilaktycznym (np. dzisiejsi 30-letni mężczyźni z wykształceniem podstawowym lub zawodowym dożyją 66 lat i sześciu miesięcy, a mężczyźni z wyższym 78 lat i sześciu miesięcy¹). Stać je również na zapewnienie sobie lepszej dostępności do leczenia, choćby poprzez prywatne abonamenty medyczne czy płaćenie za usługi z własnej kieszeni. Zarazem najczęściej mieszkają w największych miastach, mają dobry dostęp do placówek zdrowotnych i większy ich wybór – są więc beneficjentami obecnych mechanizmów rynkowych.

1. WHO, 2012.

Trendy

- **Nie ma systemu, w którym rynek zdrowia nie podlegałby szerokim regulacjom.**

Pomimo różnic instytucjonalnych i organizacyjnych gros europejskich systemów ochrony zdrowia opiera się na zasadach powszechności (wszyscy obywatele mają prawo do leczenia), solidaryzmu (środki publiczne to ponad 70 proc. pieniędzy w systemie), szerokiego koszyka świadczeń i równego dostępu. Kraje takie jak Niemcy, Francja czy Holandia w większym stopniu opierają się na mechanizmach rynkowych, podczas gdy w Finlandii, Hiszpanii czy w Portugalii regulacje są dużo bardziej restrykcyjne (np. brak możliwości wyboru placówki przez pacjenta, regulacja cen).

- **Więcej konkurencji to nie zawsze większa efektywność.** Według ekspertów Komisji Europejskiej² ustalenie związku między konkurencją a efektywnością bywa problematyczne – mechanizmy rynkowe często są wprowadzane, gdy coś w systemie nie działa, a więc z myślą o jego usprawnieniu. Bez szczegółowej

analizy trudno ocenić, czy w przypadku mało efektywnych systemów wprowadzenie konkurencji jest rozwiązaniem problemu czy źródłem kolejnych – zdania specjalistów są w tej kwestii podzielone. Jednocześnie zaznaczają oni, że ani teoria, ani dane ekonomiczne nie dają wystarczającej podstawy, by sądzić, że podejście rynkowe powinno być wprowadzane we wszystkich usługach zdrowotnych.

- **Aby konkurencja przynosiła efekty, system musi spełniać wiele warunków.** Skuteczne reformy oparte na mechanizmach rynkowych wymagają: dostępności informacji o kosztach i jakości świadczeń zdrowotnych oraz ich standaryzacji; dostępu do różnych świadczeniodawców; niskich barier wejścia i wyjścia, a także wielu płatników. Spełnienie tych warunków jest względnie łatwiejsze w przypadku rynku leków (i innych produktów leczniczych) niż usług klinicznych. Ekspertci wskazują też na konieczność śledzenia wpływu urynkowienia na równość w dostępie do leczenia³.

Pomysły i opcje

Szczegółowa wycena koszyka świadczeń. Ministerstwo Zdrowia określa zakres opieki finansowanej ze środków publicznych, umieszczając konkretne procedury w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych. Koszyk nie określa jednak standardów leczenia (w tym np. maksymalnego czasu oczekiwania na procedury medyczne), nie opiera się też na analizie potrzeb zdrowotnych i możliwości ich zaspokojenia w ramach dostępnych zasobów. Postulat wyceny koszyka pojawia się w deklaracjach ekspertów i partii, różne są jednak pomysły na to, jak postępować dalej. Jedną z opcji jest gwarantowanie pieniędzy na realizację wszystkich procedur zgodnie ze standardami w systemie publicznym. Częściej mówi się o podzieleniu procedur na grupy i określeniu sposobu ich finansowania (np. procedur wysokospecjalistycznych i ratujących życie jako bezpłatnych; innych uzasadnionych klinicznie i ekonomicznie jako podlegających współpłaceniu lub wymagających dodatkowego ubezpieczenia).

Płatnicy konkurencyjni wobec NFZ. Według przedstawicieli PO konkurencja płatników byłaby korzystna, ale jej kształt wymaga dyskusji⁴. Jedną z koncepcji zakłada, że NFZ nie byłby dzielony na mniejsze fundusze, pozostając gwarantem ogólnodostępnej opieki zdrowotnej (zgodnie z wymogami konstytucyjnymi). Zupełnie nowe, prywatne fundusze mogłyby być jednak zasilane z pieniędzy pochodzących z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Zwiększyłoby to wymogi wobec placówek – fundusze wybierałyby te, które zapewniają najlepsze standardy opieki; niewykluczone, że doprowadziłoby to również do wzrostu kosztów negocjowanych przez przychodnie i szpitale. Poza PO temu pomysłowi sprzyja NowoczesnaPL.

Faworyzowanie placówek publicznych. Idee wspólnotowe, będące jednym z głównych wątków programu PiS, w obszarze ochrony zdrowia przekładają się na zrównywanie standardów i dostępności do leczenia. PiS postuluje utworzenie sieci szpitali publicznych, zapewniających określony standard leczenia dostępny dla wszystkich obywateli. Placówki publiczne miałyby być faworyzowane przy przyznawaniu kontraktów ze środków publicznych, choć nie wiadomo jeszcze na jakiej zasadzie. Jednocześnie odcięcie niepublicznych placówek od kontraktów byłoby niemożliwe – na wielu obszarach przekształcone przychodnie i szpitale są jedynymi dostępnymi podmiotami leczniczymi.

2. EXPH, 2015.

3. Ibidem.

4. E&Y, 2011.

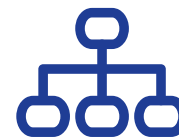
Więcej współpracy zamiast konkurencji. Lewica, podobnie jak PiS, jest sceptyczna wobec mechanizmów rynkowych i sprzeciwia się komercjalizacji usług zdrowotnych. Z jej perspektywy ochrona zdrowia powinna być usługą publiczną – oznacza to powrót do „służby zdrowia”, z personelem medycznym pełniącym swoje role na tej samej zasadzie co policja, wojsko czy sądy. Konkurencja między placówkami, zwłaszcza szpitalami, nierzadko prowadzi do obniżania standardów, na czym traci przede wszystkim pacjent. Możliwą reformą byłoby stworzenie ram prawnych dla działalności *non profit* – obecnie co do zasady działalność lecznicza jest działalnością zorientowaną na zysk. Z kolei idee równościowe lewicy stoją w sprzeczności z różnicowaniem pacjentów według dostępu do dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.



Zdaniem Polityki Insight

Oczekiwania obywateli wobec systemu są ogromne, ale trudno jest im wyjaśnić, że przy obecnych nakładach finansowych system „bezkolejkowy” jest niemożliwy do osiągnięcia. Zarazem ograniczenie koszyka świadczeń gwarantowanych jest politycznie ryzykowne – wątpliwe, aby którakolwiek z największych partii zdecydowała się na taki ruch. Plany dotyczące zwiększenia konkurencji często brzmią zdroworozsądkowo, ale bez szczegółowych analiz i mocnego przygotowania merytorycznego wprowadzanie ich w życie mogłyby tylko zwiększyć nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Jednocześnie należałoby oczekiwać podobnego uzasadnienia dla reform ograniczających konkurencję – argumenty ideologiczne (prowspółnotowe i równościowe) mogą brzmieć atrakcyjnie, ale nie ma gwarancji, że motywowane nimi zmiany automatycznie poprawią sytuację pacjentów.

Kto decyduje o kształcie systemu?



Polski system ochrony zdrowia jest scentralizowany, ponieważ kluczowe decyzje podejmuje minister zdrowia. Odpowiedzialność za konsekwencje tych działań jest jednak – paradoksalnie – rozproszona.

Diagnoza

Kluczowe decyzje zapadają na szczeblu centralnym. Minister zdrowia jest odpowiedzialny za planowanie strategiczne i kształt systemu ochrony zdrowia. Steruje nim poprzez ustawy i rozporządzenia, bezpośrednio nadzoruje kluczowe instytucje, takie jak NFZ, sanepid i inspekcja farmaceutyczna, agencja taryfikacji, a także wiele instytutów medycznych. Resort decyduje o tym, które procedury są dostępne w ramach systemu publicznego. Odpowiedzialność NFZ za dysponowanie publicznymi wydatkami na ochronę zdrowia jest skupiona w centrali – oddziały wojewódzkie Funduszu egzekwują decyzje m.in. dotyczące wyceny procedur i podziału wydatków podjęte na poziomie ogólnokrajowym. Jednocześnie NFZ jest podległe ministerstwu – szef resortu ma swobodę powoływania i odwoływania prezesa oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Quasi-niezależne agencje odgrywają ważne role. Niezależność NFZ została ograniczona dopiero w 2015 r. – wcześniej prezesi Funduszu często toczyli spory z resortem przede wszystkim o finansowanie leczenia. NFZ zarządza wydatkami na zdrowie na podstawie decyzji kierunkowych ministerstwa, zachowując przy tym dyscyplinę finansową. Z kolei Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) analizuje procedury i leki oraz wydaje rekomendacje na temat finansowania ich ze środków publicznych. Od 2015 r. agencja ta zajmuje się też wyceną procedur, które kontraktuje NFZ, kierując się rachunkiem ekonomicznym i wiedzą naukową. AOTMiT jest instytucją ekspercką, ale nie niezawisłą – jej prezes jest powoływany na kadencję, ale minister zdrowia może go odwołać.

Odpowiedzialność samorządów jest ograniczona. Samorządy badają potrzeby zdrowotne swoich obywateli, prowadzą profilaktykę (głównie antyalkoholową), płacą za leczenie nieubezpieczonych, a także są odpowiedzialne finansowo za należące do nich szpitale. Bieżące funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia jest jednak uzależnione od kontraktów z NFZ, a wyceny procedur są takie same w całym kraju, niezależnie od zamożności regionów i specyfiki potrzeb zdrowotnych. Z kolei wojewodowie odpowiadają za ratownictwo medyczne i koordynację w sytuacjach kryzysowych, nadzorują delegatury sanepidu. Samorządowcy dysponują względnie niewielkimi środkami – w 2013 r. w regionach wydano na zdrowie 4,4 mld zł, czyli 6 proc. publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Jednocześnie współpraca samorządów z centralnymi agendami jest ograniczona do sytuacji kryzysowych i kontroli np. po przykuwającym uwagę mediów wydarzeniu¹.

Ograniczenia instytucji publicznych przekładają się na ich efektywność. Ograniczone finansowanie, a także niechęć opinii publicznej do zwiększania wydatków na administrację powodują, że rządowe agencje nie są atrakcyjnymi pracodawcami (zarobki w Ministerstwie Zdrowia należą do najniższych w rządzie²), a fachowcy często przechodzą do sektora prywatnego. Większość dużych projektów jest realizowana własnymi siłami instytucji, nierzadko nad kluczowymi rozwiązaniami pracuje jedynie kilka osób. Specjaliści podczas pracy mierzą się z ograniczeniami organizacyjnymi, ale też politycznymi, często niezależnymi od intencji resortu. Najbardziej jaskrawe przykłady takich sytuacji to przedłużające się prace nad informatyzacją ochrony zdrowia czy liczne „zamrożone” projekty (w tym ustawa o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych czy o szpitalach klinicznych).

Trzeci sektor i interesariusze mają ograniczony wpływ na politykę. Resort w ostatnich latach nie był otwarty na współpracę z sektorem pozarządowym, samorządami zawodowymi i przedstawicielami biznesu – mówiono wręcz o antagonizmie Ministerstwa Zdrowia wobec różnych grup, zwłaszcza lekarzy (samorządu zawodowego i Porozumienia Zielonogórskiego). Konsultacje społeczne projektów ustaw rzadko prowadziły do uwzględniania postulatów spoza administracji. Wynikało to m.in. z decyzji politycznych szefów resortu, w wielu obszarach stających w opozycji do tego, co uznawało za partykularne interesy środowisk. Silną pozycję mają za to konsultanci krajowi i wojewódzcy, reprezentujący interesy lekarzy określonych specjalizacji, a także uczelnie medycznych i powiązanych z nimi szpitale klinicznych.

1. E&Y, 2013a.

2. W 2014 r. przeciętne wynagrodzenie całkowite w Ministerstwie Zdrowia wynosiło 6,1 tys. zł brutto i było o blisko jedną piątą niższe niż średnia płaca w resortach i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (7,3 tys. zł brutto).

Trendy

- **Zarządzanie ochroną zdrowia jest pochodną systemu politycznego.** Wielość rozwiązań różniących systemy ochrony zdrowia w Europie wynika z funkcjonujących modeli finansowania (budżetowego lub ubezpieczeniowego) i ogólnych relacji między administracją centralną a samorządem. Podział zadań między rząd, niezależne agencje i władze lokalne może dotyczyć różnych funkcji (finansowanie opieki medycznej, planowanie inwestycji, nadzór nad jakością i bezpieczeństwem usług, wyznaczanie standardów, regulacja rynku), przez co – podobnie jak pozycja interesariuszy w systemie – nie podlega łatwym porównaniom. Tym bardziej, że *benchmarking* efektywności systemów ochrony zdrowia to trudne zagadnienie – częściej dyskusje eksperckie dotyczą tego, czy konkretne rozwiązania instytucjonalne odpowiadają na potrzeby w danym momencie.
- **Centralizacja i decentralizacja są w innych krajach równie powszechne.** Odpowiedzialność za różne elementy systemu bywa delegowana zarówno w górę, jak i w dół. Np. w Anglii od kilkudziesięciu lat kluczową rolę w planowaniu i kontraktowaniu świadczeń pełnią lekarze rodzinni, których lokalne grupy (*clinical commissioning groups*) zarządzają funduszami na zabezpieczenie potrzeb mieszkańców danego obszaru. Jednocześnie na poziomie centralnym pozostaje nadzór, wyznaczanie standardów i celów strategicznych. Z kolei we Francji przekazanie w 1996 r. odpowiedzialności za planowanie do regionów spowodowało wyodrębnienie wielu aktorów (reprezentujących m.in. ubezpieczycieli i samorządy zawodowe) starających się przede wszystkim zabezpieczyć własne interesy. W celu integracji zadań i zwiększenia efektywności kolejna reforma – z 2009 r. – włączyła reprezentantów tych grup w struktury regionalnych agencji zdrowia.
- **Zmiany w organizacji nie tylko z powodów ekonomicznych.** Natomiast w krajach skandynawskich, względnie niedotkniętych spowolnieniem gospodarczym, trwający od lat 90. trend delegowania zadań na poziom samorządowy w wielu obszarach został wstrzymany lub wręcz odwrócony. W Danii zmiany były powiązane z szerszymi reformami samorządowymi, sprowadzającymi się do odebrania okręgom niezależności fiskalnej. Na poziom centralny, poza kontrolą nad bieżącymi wydatkami, przeniesiono również decyzje inwestycyjne. W Szwecji rząd zwiększył centralny nadzór nad m.in. kształceniem kadr medycznych i jakością placówek. Na podstawie ocen opisanych reform trudno wyciągnąć wnioski, która forma organizacji systemu jest najbardziej efektywna³.

Pomysły i opcje

Przeniesienie odpowiedzialności z NFZ na wojewodów. Rozszerzenie kompetencji wojewodów jest celem zarówno obecnej koalicji, jak i opozycji. O ile jednak resort zdrowia pod rządami PO powierzył wojewodom tworzenie regionalnych map potrzeb zdrowotnych, o tyle PiS chce przekazać im też zadania związane z przeprowadzaniem i rozstrzyganiem konkursów, kontrolą i nadzorem nad realizacją kontraktów, a także wpływ na decyzje inwestycyjne. PiS zależy na wprowadzeniu odpowiedzialności politycznej za zaspokajanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionów, a niezależność Funduszu postrzega jako problem. Przedstawiciele tej partii mają jednak różne opinie co do zakresu potrzebnych zmian, a część wysoko postawionych członków PiS ma wątpliwości, czy wielokrotnie zapowiadana likwidacja Funduszu jest w ogóle zasadna.

Decentralizacja NFZ. W 2013 r. kierownictwo resortu zdrowia przedstawiło plany zwiększenia samodzielności oddziałów wojewódzkich NFZ. Zadania związane z wyceną procedur i oceną jakości zamierzano powierzyć niezależnej agencji, a centrala Funduszu miała zostać zlikwidowana. Rady nadzorcze uniezależnionych oddziałów składałyby się z przedstawicieli marszałka województwa, wojewody, starostów, właścicieli prywatnych placówek, uczelni medycznych i ministerstwa. Miałyby to zwiększyć odpowiedzialność władz regionalnych za jakość i dostępność leczenia. Pierwszy cel został zrealizowany (wycenami zajmuje się teraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji), jednak decentralizacja została zawieszona ze względu na trudną sytuację finansową Funduszu i związane z nią trudności organizacyjne. Istotną barierą mógł być też brak woli politycznej po stronie rządu PO–PSL do podjęcia ryzykownej reformy. Koalicja raczej nie będzie wracać do tego postulatu przed wyborami.

3. Por. np. Jakubowski i Saltman, 2013.

Większa demokratyzacja systemu. Dodatkowym argumentem za przeniesieniem zadań NFZ na wojewodów jest dla PiS możliwość bezpośredniego kierowania środków i wyznaczania priorytetów wydatków publicznych, rozszerzenie kompetencji rządu poza nadzór oraz opiniowanie wydatków Funduszu (tak jak jest już obecnie). Alternatywnym pomysłem, podnoszonym na lewicy, jest zaś utrzymanie NFZ przy jednoczesnym wprowadzeniu bezpośrednich wyborów do rad oddziałów wojewódzkich Funduszu. Miałoby to zapewnić odpowiedzialność polityczną i legitymizację decyzji dotyczących wydatków na ochronę zdrowia na poziomie regionalnym, a także lepsze dopasowanie wydatków do potrzeb obywateli.

Centralne planowanie inwestycji. Obecnie samorządy mogą swobodnie decydować o zakupach sprzętu i rozwoju infrastruktury. Często rodzi to problemy związane z nieadekwatnością inwestycji do potrzeb zdrowotnych i brakiem zabezpieczenia finansowania z NFZ. Mapy potrzeb zdrowotnych, wprowadzane przez obecną ekipę rządzącą (przede wszystkim ze względu na wymogi korzystania z funduszy unijnych), mają w dłuższej perspektywie pozwolić racjonalizować inwestycje i skuteczniej je koordynować. W tym względzie panuje konsens między poszczególnymi siłami politycznymi.

Większa skuteczność agend rządowych i instytucji ochrony zdrowia. Narzekania na niskie kompetencje urzędników resortu czy NFZ są w dużej mierze niesprawiedliwe – poziom profesjonalizacji w tych instytucjach jest wysoki. Mimo to względnie niskie płace utrudniają konkurencję z sektorem prywatnym o najlepszych specjalistów. Zwiększenie kosztów funkcjonowania NFZ czy Ministerstwa Zdrowia poprzez zwiększenie wynagrodzeń czy dodatkowe fundusze np. na ekspertyzy zlecane na zewnątrz wymagałoby politycznego uzasadnienia. Jednak bez przyciągnięcia wysoce wykwalifikowanych kadr trudno oczekiwać większej sprawności zarządzania systemem.

Zdaniem Polityki Insight

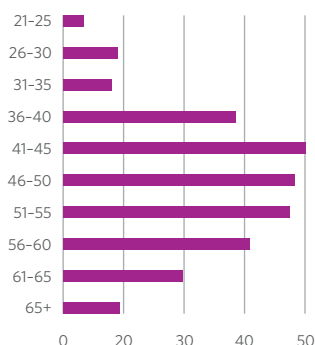
Kolejna kadencja Sejmu przyniesie zmiany w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia. PiS chce, aby rząd był silnym nadzorcą, dlatego postuluje przekazanie zadań NFZ wojewodom. PO opowiada się za mechanizmami rynkowymi i większym zaangażowaniem władz samorządowych w ochronę zdrowia. Niezależnie od tego, kto będzie rządzić po wyborach, pracę rozpocznie w miejscu, w którym pozostawi ją poprzednia ekipa. Zasoby kadrowe i struktura organizacyjna instytucji – Ministerstwa Zdrowia, NFZ, AOTMiT, władz samorządowych – będzie wyznaczać możliwości i ograniczenia polityki zdrowotnej. Resort zdrowia, pomimo złej prasy, kształtuje system zgodnie z zaleceniami przynajmniej części ekspertów. Oczywiście przykłady to: tworzenie map potrzeb zdrowotnych kluczowych dla strategicznego planowania; zwiększanie roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy zastępowanie hospitalizacji pobytami w hotelach przyszpitalnych. Jednocześnie otwartość na postulaty różnych interesariuszy zawsze jest pochodną nastawienia kierownictwa resortu.



Jak zapewnić dostępność personelu medycznego?

Dostępność leczenia będzie się pogarszać, jeśli obsada szpitali i przychodni nie zostanie znacznie zwiększona. Konieczne jest też dofinansowanie studiów medycznych, a ponadto znalezienie sposobu na zatrzymanie lekarzy i pielęgniarek w zawodzie.

Pielęgniarki z prawem wykonywania zawodu, według wieku (tys.):

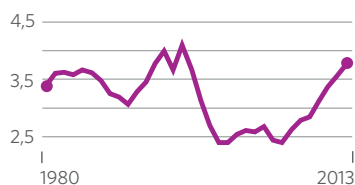


Diagnoza

Personelu jest zbyt mało, ale trudno ustalić, ile powinno go być. Dane na temat liczby osób pracujących w ochronie zdrowia są rozproszone i niepełne. Według izb lekarskich w zawodzie pracuje 128 tys. lekarzy¹. Z kolei według Ministerstwa Zdrowia w placówkach ochrony zdrowia jest zatrudnionych 83 tys. lekarzy i 201 tys. pielęgniarek². Dane te są podstawą porównań międzynarodowych: według nich w Polsce na 1 tys. pacjentów przypada 2,2 lekarzy i 5,3 pielęgniarki. To najmniej wśród krajów OECD, dla których średnia wynosi odpowiednio 3,3 i 9,1. Brak kompletnych informacji o zasobach, jak i o potrzebach zdrowotnych utrudnia jednak racjonalne planowanie kształcenia. Ministerstwo Zdrowia jeszcze w 2013 r. pracowało nad modelem prognostycznym, ale efekty tych działań pozostają nieznane. Prawdopodobnie zostały odłożone do czasu przygotowania map potrzeb zdrowotnych i wdrożenia systemu IT do monitorowania kształcenia kadr medycznych.

Nie wszędzie w Polsce dostęp do specjalistów jest jednakowy. W zależności od województwa liczba personelu w przeliczeniu na mieszkańca może być o kilkanaście procent wyższa lub niższa od średniej krajowej. Nie przekłada się to w prosty sposób na dostęp do leczenia – przykładowo, w Wielkopolsce liczba zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek jest najniższa w Polsce, ale kolejki w wielu specjalnościach wcale nie należą do najdłuższych. Co więcej, nie we wszystkich województwach dostęp do specjalistów jest taki sam, a szpitale często muszą zatrudniać lekarzy z innych miejscowości, by móc spełniać warunki kontraktów z NFZ. Wielu specjalistów pracuje w różnych placówkach, nawet (formalnie) kilkaset godzin tygodniowo. Nadmierne obciążenie pracą dotyczy też pielęgniarek.

Liczba absolwentów kierunku lekarskiego (tys.):



Źródło: GUS

Kształcenie personelu jest drogie i nie zawsze przynosi efekty. Koszt studiów lekarskich pierwszego stopnia wynosi 22–35 tys. zł rocznie (w zależności od uczelni), około 150 tys. zł na cykl nauczania. Kształcenie pielęgniarek, farmaceutów, ratowników medycznych i innych fachowców jest tańsze, ale i tak średnia dla wszystkich kierunków medycznych wynosiła w 2014 r. 18,6 tys. zł rocznie („drożsi” byli tylko studenci kierunków artystycznych), a łączne wydatki budżetowe na kształcenie personelu medycznego – 2,25 mld zł. Szacuje się, że trzem na czterech studentów udaje się ukończyć studia medyczne, a tylko co drugi podejmuje się pracy w zawodzie w Polsce – reszta wybiera inną ścieżkę kariery lub decyduje się na wyjazd za granicę. Ten ostatni problem w jeszcze większym stopniu dotyczy pielęgniarek – tylko co trzecia absolwentka studiów pracuje w zawodzie.

Odpowiedzialność za system kształcenia jest rozproszona. Pieniądze na kształcenie studentów trafiają do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z budżetu, nadzorowanego przez resort finansów. Ministerstwo Zdrowia reguluje liczbę przyjęć na studia na podstawie informacji uczelni medycznych. Te proponują liczbę miejsc na podstawie własnych możliwości kształcenia, które wynikają głównie z przydzielonej im przez resort nauki dotacji. Uczelnie przeznaczają też część miejsc dla studentów płacących za studia, zarówno Polaków, jak i obcokrajowców, wyrównując w ten sposób swoje finanse. Rektorzy placówek akademickich, bardziej lub mniej oficjalnie, mówią, że mogliby zwiększyć liczbę przyjęć nawet o 30–40 proc., ale pod warunkiem, że ich uczelnie otrzymałyby dodatkowe pieniądze na inwestycje. Jednocześnie sprzeciwiają się otwieraniu kierunków lekarskich na nowych uczelniach. Z kolei miejsca na specjalizacjach znajdują się w akredytowanych szpitalach i klinikach, w większości niezwiązanych z uczelniami. Pensje dla kształcących się specjalistów mogą zaś pochodzić z budżetu Ministerstwa Zdrowia (tzw. rezydentury), mogą je wypłacać placówki lub specjalizacja może odbywać się na zasadach wolontariatu.

1. Kolejne 12 tys. lekarzy i 4,9 tys. dentystów ma prawo wykonywania zawodu, ale w nim nie pracuje.

2. M.in. dlatego, że dane te nie uwzględniają personelu zatrudnionego w części prywatnych placówek.

Starzeją się i pacjenci, i personel. Potrzeby zdrowotne Polaków będą rosnać w miarę starzenia się społeczeństwa – na emerytury zaczyna przechodzić pokolenie powojennego wyżu, do którego należy też co trzeci lekarz. Już obecnie 15 proc. (20 tys.) pracujących lekarzy skończyła 65 lat, a kolejne 22 proc. (28 tys.) do 2025 r. osiągnie wiek emerytalny. W tym samym okresie o 15 proc. skurczą się roczniki rozpoczynające studia. Młodzi lekarze (w wieku 26–35 lat) stanowią dziś tylko 19 proc. (24 tys.) ogółu specjalistów medycznych. Oznacza to, że bez istotnego zwiększenia liczby absolwentów szkół medycznych podejmujących pracę w zawodzie trudne może się okazać utrzymanie nawet obecnego współczynnika lekarzy przypadających na jednego pacjenta. W przypadku pielęgniarek sytuacja jest jeszcze trudniejsza: ich średni wiek w 2013 r. wynosił 48,7 lat, a jeszcze pięć lat wcześniej – 44,2 lata; w rocznikach młodszych niż 37 lat jest ich ponad czterokrotnie mniej niż w starszych.

Trendy

- **Zapewnienie dostępności personelu to problem globalny.** Starzenie się społeczeństw w krajach rozwiniętych i związane z tym rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństw prowadzą do podobnych dylematów – trudności z planowaniem zapotrzebowania na personel dotyczą wielu krajów OECD. Aby ten problem rozwiązać, szczegółowo musi zostać przeanalizowany stan zasobów i potrzeb systemu ochrony zdrowia, a uzyskane w ten sposób dane stać się podstawą dalszych badań, w tym czynników podaży (kształcenie, produktywność, uzupełnianie się różnych zawodów medycznych) i popytu (potrzeby zdrowotne, popyt ekonomiczny)³.
- **Kraje rozwinięte też sobie nie radzą.** We wszystkich krajach rozwiniętych problemem pozostaje nierówna dystrybucja personelu medycznego oraz trudności z kształceniem i utrzymaniem w zawodzie konkretnych typów specjalistów⁴. Wyzwania wynikające z migracji i wychodzenia z zawodu dotyczą nie tylko krajów Europy Wschodniej i Południowej. W ciągu ostatnich kilkunastu lat np. rząd Irlandii dążył do zwiększenia liczby lekarzy poprzez podwyższenie liczby miejsc na studiach medycznych, inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia, a także zachęcanie do imigracji specjalistów z innych krajów. Wszystkie te działania nie odwróciły jednak negatywnego trendu – irlandzcy lekarze emigrują najczęściej w Europie, a 50–80 proc. studentów rozważa wyjazd (niezależnie od stopnia etapu kształcenia)⁵.
- **Konieczne jest bardziej elastyczne podejście.** Te same potrzeby zdrowotne mogą być zapewniane przez różny personel – specjaliści mogą być wyręczani przez lekarzy pierwszego kontaktu, a sami lekarze przez pielęgniarki i inny personel pomocniczy. Status pielęgniarek w wielu krajach (np. w Wielkiej Brytanii czy w Szwecji) jest wyższy niż w Polsce – powierzane są im bardziej odpowiedzialne i lepiej płatne zadania. Część zadań opiekuńczych w większym niż obecnie stopniu mogą wykonywać opiekunowie medyczni, których kształcenie jest krótsze, a koszty zatrudnienia niższe. Zarazem koordynacja zadań i instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej pozwala np. na przekazywanie zadań związanych z opieką długoterminową pracownikom socjalnym.

Pomysły i opcje

Racjonalne planowanie zapotrzebowania na personel medyczny. Stworzenie systemu planowania jest częścią mapowania potrzeb zdrowotnych i zasobów systemu ochrony zdrowia. Prace nad rozwiązaniami instytucjonalnymi i informatycznymi przebiegają wolno, nie podlegają też szerokim konsultacjom. Dla pełnej funkcjonalności system musiałby pozwalać na planowanie na poziomie wojewódzkim. Jest to postulat ekspercki⁶, aprobowany przez wszystkich zainteresowanych.

Zwiększenie wynagrodzeń w ochronie zdrowia. To postulaty wszystkich opcji politycznych, wpisujące się w trwające w 2015 r. protesty „białego personelu”. Niskie zarobki to główny powód niepodjęcia pracy w zawodzie przez absolwentki kierunku pielęgniarskiego. Koalicja proponuje uwzględnienie pielęgniarek w programie dopłat do zatrudnienia absolwentów. Problem w mniejszym stopniu dotyczy lekarzy, choć zachęty do wybierania konkretnych specjalizacji wynikają z wycen procedur przez NFZ. Potrzebę podwyżek widzą wszystkie partie, nie ma jednak zgody co do źródła i wysokości.

3. Lopes, Almeida i Almada-Lobo, 2015.

4. Komisja Europejska, 2015.

5. Gouda i inni, 2015.

6. Np. Golinowska, Kocot i Sowa, 2013.

Zwiększenie finansowania studiów medycznych. Podwyższenie kwot dotacji dla uczelni kształcących na kierunkach medycznych to najprostszy sposób na przyciągnięcie do zawodu większej liczby osób. Mógłby temu towarzyszyć audyt kosztów i – być może – ich standaryzacja między uczelniami. Zwiększenie finansowania studiów medycznych może też odbyć się poprzez przeniesienie środków z innych kierunków, np. humanistycznych lub nauk społecznych – pomysły te pojawiają się w wypowiedziach przedstawicieli PO i PSL⁷, ale wewnątrz partii mogą być uznawane za kontrowersyjne.

Zatrzymanie absolwentów poprzez pożyczki studenckie spłacane w kolejnych latach pracy. Wysokie koszty kształcenia lekarzy sprawiają, że należy ograniczyć ryzyko niewzięcia absolwenta studiów medycznych do systemu opieki zdrowotnej. Względnie kontrowersyjnym pomysłem, wspomnianym przez przedstawicieli resortu zdrowia w przeszłości⁸, byłoby powiązanie finansowania staży z obowiązkiem pracy w zawodzie w Polsce (co przede wszystkim powstrzymałoby migrację zarobkową). Na podobnej zasadzie mogłyby być finansowane stypendia lub pożyczki na pokrycie kosztów studiów pierwszego stopnia. Pomysły na system stypendialny są tematem dyskusji zarówno w kręgach PO, jak i PiS.

Otwarcie kierunków medycznych na uczelniach niepublicznych. Już w 2014 r. trzy uczelnie prywatne złożyły do resortu nauki i szkolnictwa wyższego wnioski o nadanie uprawnień do prowadzenia kierunków lekarskich. Pomysły te krytykował samorząd lekarski, według którego uczelnie niemedyczne nie są w stanie zapewnić jakości kształcenia. Dotychczas wszystkie wnioski były odrzucane. Co istotne, władze prywatnych uczelni niejednokrotnie wskazywali na komercyjny wymiar nowych kierunków i chęć kształcenia cudzoziemców. Temat ten przewija się w dyskusjach eksperckich, ale przedstawiciele ugrupowań politycznych nie przykładają do niego wagi.

Otwarcie dostępu dla personelu spoza Polski. Przyciągnięcie obcokrajowców jest trudne, głównie ze względu na niskie warunki pracy w Polsce i problemy z przyznawaniem prawa do wykonywania zawodu. Bez względu na doświadczenie i specjalizację każdy lekarz z zagranicy musi przejść 13-miesięczny staż, zdać lekarski egzamin końcowy i test językowy. W rezultacie lekarzy-obcokrajowców jest w Polsce poniżej 1 tys. (niecały 1 proc.). Bariery dotyczą również pielęgniarek – aby otrzymać prawo wykonywania zawodu, muszą przejść bezpłatny roczny staż adaptacyjny (nowelizacja ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej ma skrócić go o połowę, a także umożliwić podjęcie pracy bez zezwolenia na pobyt stały). Na razie partie nie są skłonne do postulowania tego typu rozwiązań.



Zdanem Polityki Insight

W kwestii personelu medycznego partie są zgodne – wskazują na potrzebę uzupełnienia niedoborów kadrowych oraz konieczność poprawy sytuacji finansowej lekarzy i pielęgniarek. Po stronie koalicji PO–PSL brakowało jednak determinacji, by wymusić zwiększenie dotacji dla systemu kształcenia personelu medycznego. Duży problem wciąż stanowi brak modelu prognozy, zwłaszcza w odniesieniu do popytu na specjalistów, ale wypracowanie go nie powinno zająć resortowi więcej niż kilka lat. W tym czasie, w wyniku zwiększonych naborów, pierwszy etap studiów mogłoby zakończyć o kilka tysięcy studentów więcej. Nie należy zakładać, że niedobory uda się uzupełnić w całości kadrami z zagranicy – konkurencja między państwami o wykwalifikowany personel będzie się raczej zaostrzać. Dlatego istotne jest tworzenie warunków do skutecznego kształcenia i utrzymywania w zawodzie rodzimych absolwentów.

7. Np. Sławomira Neumanna i Cezarego Cieślukowskiego podczas Europejskiego Kongresu Medycznego, 26 czerwca 2015 r.

8. Wiceminister Krzysztof Chlebus na posiedzeniu sejmowej komisji zdrowia 11 września 2013 r.

Jak zapewnić dostęp do leków?

Nowoczesne terapie są drogie, ale pozwalają na przeżycie lub poprawę komfortu życia we wcześniej nieuleczalnych przypadkach. Objęcie nowych substancji refundacją nie rozwiąże jednak innych problemów z dostępem do leków i ich konsumpcją.



Diagnoza

Półowa Polaków uważa, że leki są za drogie. Według danych OECD w 2013 r. na leki na receptę wydano w Polsce 10,873 mld zł, z czego 7,225 mld zł kosztowała refundacja ze środków publicznych. Z kolei prywatne wydatki na leki dostępne bez recepty wyniosły 11,591 mln zł i stanowiły 10,9 proc. łącznych nakładów na zdrowie¹. Według GUS w 2013 r. wydatki przeciętnego Polaka na leki i artykuły medyczne wyniosły 405 zł rocznie. W gospodarstwach emerytów i rencistów roczne koszty wyniosły odpowiednio 747 i 681 zł. Blisko połowa obywateli uważa, że wydaje na leki „dużo” lub „bardzo dużo”. Około 1,2 mln osób „bardzo często” nie mogło dokonać zakupu leku z braku pieniędzy.

Nie wiadomo, komu dopłaty ograniczają dostęp do leków. Dane na temat dopłat różnią się w zależności od źródła. Według OECD wydatki z własnej kieszeni w 2013 r. stanowiły 33,3 proc. łącznych wydatków na leki na receptę². To dużo, ale resort zdrowia wskazuje, że nie można na podstawie tego wskaźnika oceniać dostępności środków – leki, które w niektórych krajach sprzedawane są w aptekach, w Polsce można otrzymać za darmo w ramach leczenia w szpitalu. Często przytaczane przez opozycję dane o dopłatach rzędu 40 proc. pochodzą z 2012 r. i uwzględniają leki refundowane, ale wykupywane z pełną odpłatnością³. Branża farmaceutyczna wskazuje z kolei, że dostęp polskich pacjentów do nowoczesnych terapii jest mniejszy niż mieszkańców innych krajów Unii⁴ – resort nie podjął się weryfikacji tych tez. Brakuje także informacji o obciążeniu dopłatami różnych grup pacjentów, przede wszystkim osób starszych.

Poza kosztami problemem jest fizyczna niedostępność leków. Obniżenie ich cen po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej w 2012 r. stworzyło zachęty do eksportu leków do krajów, w których ceny są wyższe. Niekontrolowany wywóz doprowadził do zmniejszenia dostępności wielu nowoczesnych preparatów ratujących życie (m.in. przeciwwzakrzepowych czy przeciwnowotworowych), ale ograniczył też dystrybucję – część producentów wprowadziła restrykcje przy bezpośrednich zamówieniach leków do aptek. Oznacza to, że rosnący dostęp do aptek⁵ niekoniecznie przekłada się na dostęp do leków.

Dostęp do programów lekowych rośnie, ale nie zaspokaja potrzeb. Leczenie ciężkich chorób, wymagających najdroższych leków (w tym chemioterapii), często odbywa się w ramach programów lekowych, finansowanych odrębnie od refundacji aptecznej. W 2014 r. funkcjonowały 63 programy, a wydano na nie 2,7 mld zł. W latach 2011–2013 liczba pacjentów objętych leczeniem wzrosła o blisko jedną piątą. Programy lekowe są kierowane do określonych grup pacjentów, różnią się pod względem dostępności terapii i zaawansowania stosowanych w nich substancji. Według wiceministra zdrowia⁶ tylko co piąty wniosek o objęcie pacjenta programem terapeutycznym jest rozpatrywany pozytywnie.

Brakuje nadzoru nad zaspokajaniem potrzeb terapeutycznych. Dane dotyczące dostępu do leków są rozproszone – NFZ gromadzi informacje o kosztach i wielkości refundacji poszczególnych farmaceutyków, ale ze względów technicznych i prawnych nie zestawia się ich z danymi o przebiegu leczenia. Możliwe są analizy od strony podaży: czasu między rejestracją leku a jego wykorzystaniem, a także wolumenu sprzedaży. Trudno jednak ocenić w skali całego systemu, w jakim stopniu potrzeby pacjentów są zaspokajane, zwłaszcza że każda populacja pacjentów jest specyficzna. Szczególnym problemem jest polipragmatyzacja, czyli jednoczesne stosowanie wielu leków, częste u osób starszych. Interakcje między różnymi substancjami mogą być tragiczne w skutkach, podobnie jak przedawkowanie leków dostępnych bez recepty. Dane na temat kosztów leczenia powikłań po zażywaniu leków nie są gromadzone.

405 zł

Tyle rocznie wydaje na leki przeciętny mieszkaniec Polski.

747 zł

Tyle rocznie wydaje na leki przeciętny emeryt w Polsce.

Źródło: GUS

1. To ponad dwukrotnie więcej niż w Meksyku, blisko trzykrotnie więcej niż w Czechach i sześciokrotnie więcej niż w Niemczech.

2. Tylko w kilku krajach OECD bezpośrednie wydatki pacjentów miały wyższy udział, m.in. na Węgrzech (46,1 proc.), w Norwegii (44,6), w Islandii (37,4) i w Finlandii (35,8). We Francji wynosiły 2,8 proc., w Niemczech 7,1, a w Czechach 22,1.

3. Ustawa refundacyjna wprowadziła wymóg zawierania przez lekarzy umów z NFZ na przepisywanie leków. Spotkało się to ze sprzeciwem organizacji lekarzy i tzw. protestem pieczętkowym, w ramach którego wypisywali recepty na leki z pełną odpłatnością, co obciążało pacjentów.

4. Sequence, DZP, 2014.

5. W 2013 r. na jedną aptekę przypadało 3,1 tys. osób (w miastach – 2,3 tys., a na wsi – 4,7 tys. osób). Od roku 2000 liczba osób przypadających na jedną placówkę na wsi poprawiła się o blisko 40 proc., a w miastach o 33 proc.

6. Wypowiedź Cezarego Cieślukowskiego na Europejskim Kongresie Medycznym w Gdańsku, 26 czerwca 2015 r.

Trendy

- **Dostęp do leków nie jest optymalny także w innych krajach Unii.** Problemy z wprowadzaniem nowych terapii oraz realizacją potrzeb zdrowotnych populacji są przedmiotem intensywnych dyskusji w międzynarodowych gremiach, również na forach Unii. Wyzwania związane ze standardami oceny technologii medycznych, nieefektywnymi negocjacjami cenowymi czy długim czasem wprowadzania leków do obrotu dotyczą krajów bardziej i mniej zamożnych. Istotnym problemem jest też dostarczanie istniejących terapii do potrzeb osób starszych i dzieci – nierzadko programy te wymagają dodatkowych inwestycji.
- **Kraje rozwinięte zmagają się z rosnącymi kosztami leków.** Polska to jedno z niewielu państw, w których wydatki na leki na receptę w ostatnich latach spadły. Wzrost cen leków wynika przede wszystkim z wprowadzania na rynek nowoczesnych produktów, w tym leków biologicznych⁷, których koszt wytworzenia jest wielokrotnie wyższy niż typowych leków syntetycznych. Twarde negocjacje z producentami, limity budżetowe, wiązanie płatności z wynikami terapii czy sięganie po arbitraż instytucji unijnych – to tylko niektóre z narzędzi wykorzystywanych w polityce lekowej.
- **Cztery obszary potrzebują innowacji.** Według Światowej Organizacji Zdrowia⁸ potrzeby zdrowotne mieszkańców Europy wymagają rozwoju: • terapii, których efektywność może się obniżyć ze względu na wzrastającą odporność patogenów, przede wszystkim antybiotyków i szczepionek; • terapii, które istnieją, ale których dostępność kosztowa i terapeutyczna musi zostać poprawiona⁹; • terapii, które nadal nie istnieją lub nie są wystarczająco skuteczne (np. leki na chorobę Alzheimera) oraz • czynników ryzyka, które nie są dostatecznie adresowane farmaceutycznie (jak używanie tytoniu czy alkoholu).

Pomysły i opcje

Wprowadzenie dopłat ryczałtowych i zniesienie płatności dla wybranych grup. PiS postuluje ujednolicenie dopłat pacjentów poprzez wprowadzenie jednego ryczałtu, nie większego niż 10 zł za opakowanie. W partii rozważa się też wprowadzenie rocznego limitu wydatków na leki, powyżej którego koszt dopłat ponosiłoby państwo. Ponadto partia chce wprowadzenia darmowego dostępu do leków dla określonych grup, przede wszystkim osób starszych. Według szacunków PiS koszt zniesienia opłat za leki dla osób po 75. roku życia wyniosłby około 200 mln zł. Senacki projekt ustawy w tej sprawie został odrzucony w 2014 r. głosami PO – senatorowie partii rządzącej argumentowali, że zniesienie opłat doprowadziłoby do znacznego wzrostu konsumpcji leków, bez jednoznacznych korzyści terapeutycznych.

Zagwarantowanie wzrostu wydatków na leki innowacyjne. Ustawa refundacyjna zakłada, że roczny wzrost budżetu na leki ma być przeznaczany na finansowanie tych, które nie zostały dotychczas objęte refundacją. W budżecie NFZ na 2016 r. przewidziano 238 mln zł na leki, które dotychczas nie były refundowane. Ustawa nie precyzuje, czy oszczędności wynikające z jej obowiązywania również powinny być przeznaczane na ten cel – jest to przedmiotem kontrowersji, a także konfrontacji politycznych, zwłaszcza między PiS a PO. Opozycja zarzuca rządowi, że wydaje zbyt mało na innowacyjne terapie, podczas gdy środki zaoszczędzone przez dwa lata działania ustawy refundacyjnej (blisko 4,2 mld zł) finansowały deficyt budżetu NFZ. Według resortu i Funduszu skorzystali na tym wszyscy pacjenci. Przedstawiciele PiS wskazują, że wydatki na nowe terapie powinny być dodatkowo zwiększane.

Ścisła regulacja aptek. Samorząd aptekarski od lat postuluje wprowadzenie dodatkowych restrykcji, dotyczących m.in. własności aptek i możliwości powstawania nowych. Aptekarze chcą stworzenia mapy potrzeb farmaceutycznych, która zestawiałaby dane o umiejscowieniu aptek oraz o liczbie i cechach mieszkańców kraju. Nowe apteki mogłyby wówczas powstawać pod warunkiem, że na danym obszarze na jedną istniejącą placówkę przypada więcej niż 3 tys. osób. Aptekarze chcą też wprowadzenia ustawy o zawodzie farmaceuty, uszczegóławiającej ich rolę jako wykonujących zawód zaufania publicznego. Propozycjom samorządu przychylny jest PiS, ale i obecny minister zdrowia, co sugeruje, że postulaty mogą trafić do programu PO.

7. Chodzi o leki wytwarzane w procesach wykorzystujących żywe organizmy, składające się m.in. z białek, cukrów czy kwasów nukleotydowych. To zarówno szczepionki i surowice, jak i zaawansowane przeciwciała.

8. WHO, 2015.

9. Chodzi zarówno o np. wysokie koszty leków przeciwnowotworowych, brak leków antyretrowirusowych (przeciw HIV/AIDS) w formie dostępnej dla dzieci czy o ograniczanie efektów ubocznych leków na depresję.

Regulacje badań klinicznych. Badania kliniczne to konieczny etap tworzenia nowych leków, ale też sposób na zwiększenie dostępu do terapii, które często ratują życie. Obecnie nie obowiązuje odrębna ustawa o badaniach klinicznych, choć jej projekt powstał już w 2011 r. Jej wprowadzenie uporządkowałoby przepisy, usprawniło procedury i mogłoby zwiększyć konkurencyjność Polski w przyciąganiu firm prowadzących badania. Odrębną kwestią są badania niekomercyjne, w ramach których naukowcy analizują np. nowe zastosowania leków, które nie są już objęte ochroną patentową i w mniejszym stopniu interesują firmy farmaceutyczne. Resort zdrowia prowadzi prace nad uregulowaniem tego obszaru, niewykluczone, że będą one kontynuowane niezależnie od wyniku wyborów.

Zachowanie status quo w kwestii refundacji. Kierownictwo resortu pod rządami koalicji PO-PSL konsekwentnie podkreśla, że funkcjonujące rozwiązania w zakresie refundacji i regulacji rynku farmaceutycznego się sprawdzają. Ograniczenie wydatków na leki było podstawowym celem reformy z 2012 r. i pod tym względem może być ona uznana za skuteczną. Kierownictwo PO najprawdopodobniej nie będzie dążyło do zasadniczych zmian ustawy refundacyjnej i prawa farmaceutycznego, lecz jedynie do korekt – tak jak w przypadku ostatniej nowelizacji wprowadzającej nadzór nad wywozem leków. Strategia resortu zdrowia na kolejną kadencję nie wyróżnia dostępu do farmaceutyków, a bardziej ogólnie mówi o „dostępie do innowacji”. Z kolei ze strony przedstawicieli ministerstwa zdarza się słyszeć wypowiedzi podważające innowacyjność niektórych terapii i wartość farmakologii dla procesu leczenia¹⁰.

10,9 proc.

Taką część środków na zdrowie w Polsce wydaje się na leki bez recepty.

1/3

Taka część wydatków na leki na receptę pochodzi z kieszeni pacjenta

Źródło: OECD

Zdaniem Polityki Insight

Równoważenie potrzeb i wydatków na produkty farmaceutyczne to trudne zadanie, z którymi zmagają się wszystkie kraje europejskie. Rolą władz jest znalezienie równowagi między oczekiwaniami pacjentów, dyscypliną budżetową a uczciwym wynagradzaniem producentów za podejmowanie ryzyka przy wprowadzaniu innowacji. Aby robić to właściwie, kluczowe jest korzystanie z pełnych, wiarygodnych danych, pozwalających ocenić realizację potrzeb pacjentów, efektywność kosztową terapii oraz ich szerszy wpływ na społeczeństwo i gospodarkę. Ktokolwiek będzie kierował resortem zdrowia w przyszłej kadencji, powinien dużo silniej angażować opinię publiczną w dyskusję nad kształtem polityki lekowej – zwłaszcza, że brakuje długofalowej strategii w tej dziedzinie.

10. Np. wypowiedź wiceministra Igora Radziejewicza-Winnickiego podczas panelu na Europejskim Kongresie Medycznym 25 czerwca 2015 r.

Zamiast podsumowania

Oprócz uporządkowania wątków publicznej dyskusji o ochronie zdrowia celem tego raportu był przegląd stanowisk partii politycznych na temat problemów zdrowotnych. Jego wyniki nie napawają optymizmem.

Brakuje sztabowych ekspertów od zdrowia. Istnieje ogromna dysproporcja w wiedzy o problemach systemu ochrony zdrowia między PO i PiS, a resztą sceny politycznej. Mniejsze ugrupowania nie mają desygnowanych rzeczników od polityki zdrowotnej, ani ekspertów zajmujących się na co dzień problematyką ekonomiki zdrowia czy organizacji systemu. Dlatego teraz, na kilka miesięcy przed wyborami, pośpieszne tworzą programy wyborcze, zamiast pracować nad rozwiązaniami systemowymi. Żadna z tych partii do tej pory nie przygotowała zestawienia celów i zadań nawet na takim poziomie ogólności jak ostatnia strategia resortu zdrowia¹.

PO i PiS mają przewagę. Partia rządząca odpowiada za ten obszar od 2007 r. i w tym czasie zdołała dogłębnie poznać zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Z kolei główna partia opozycyjna, sprawująca władzę w latach 2005–2007, była w stanie zbudować kompetencje poprzez doświadczenia członków ówczesnego kierownictwa resortu, a także kontrolę nad sejmową komisją zdrowia – jej posiedzenia przez dwie ostatnie kadencje były miejscem wielu konfrontacji politycznych, ale też merytorycznych dyskusji, w których brali udział głównie przedstawiciele PO i PiS.

Lewica na dwóch biegunach. Wspólny start SLD i Twojego Ruchu wynika z politycznej kalkulacji, a dyskusje nad warunkami koalicji i programem są trudne. W dziedzinie ochrony zdrowia rysują się między nimi zasadnicze różnice: Twój Ruch opowiada się za rozwiązaniami rynkowymi i konkurencją płatników, SLD głosi (podobnie jak PiS), że „zdrowie nie jest towarem”. Mimo to uzgodnienie „minimum programowego” – dotyczącego m.in. rzetelniejszej wyceny świadczeń czy wzmocnienia roli lekarza rodzinnego – nie powinno być trudne. Nie należy się jednak spodziewać kompleksowego planu zmian.

Pospolite ruszenie Kukiza i hasłowe postulaty Petru. Trudno ocenić, czy inicjatywa Pawła Kukiza poniesie ciężar kampanii wyborczej. Wiadomo, że prace nad programem są chaotyczne. W obszarze zdrowia Kukizowi udało się przyciągnąć osoby zaangażowane w OZZL², jednak ich pomysły na reformy są wyrywkowe lub bardzo ogólne i nie układają się w spójną wizję. Z kolei kierunki programowe Nowoczesnej PL w ochronie zdrowia są anachroniczne i puste – na poziomie haseł nawołujących do umieszczenia pacjenta w centrum uwagi, racjonalizacji wydatków i poprawy zarządzania. Oznacza to jednak, że przynajmniej w tym obszarze ani Kukiz ani Petru nie powinni mieć oporów przed koalicją – odpowiednio z PiS i PO.

PSL pozornie niezainteresowane, ale... Ostatni program wyborczy ludowców poświęca ochronie zdrowia tylko trzy banalne zdania³. Przedstawiciele koalicjanta nie pełnili w resorcie istotnych zadań, ale współpraca z prowadzonym przez PSL Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej stała się w ostatnich latach ściślejsza w związku z rozwojem polityki senioralnej i geriatricznej. Jeżeli ludowcom uda się przekroczyć próg wyborczy, mogą wejść w koalicję zarówno z PiS, jak i z PO. Władysław Kosiniak-Kamysz, obecny szef resortu pracy, z wykształcenia lekarz, mógłby teoretycznie zostać kandydatem na wicepremiera oraz ministra zdrowia i polityki społecznej – jeżeli rząd zdecydowałby się stworzyć superresort.

1. Ministerstwo Zdrowia, 2015.

2. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, organizacja branżowa.

3. „PSL podejmie działania zmierzające do: (...) Poprawy dostępności i jakości działania służby zdrowia i zapewnienia wszystkim pacjentom wysokiej jakości niezbędnych świadczeń. W tym celu niezbędna jest pilna i globalna reforma zasad działania. Należy także przywrócić opiekę lekarską, stomatologiczną i pielęgniarską w szkołach.” PSL, 2011.

Bibliografia

- Akademia Zdrowia 2030, 2013, *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*.
- Augustyn, M. i inni, 2010, *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*.
- CBOS, 2013, *Wartości i normy. Raport BS/111/2013*.
- CBOS, 2015, *Oceny instytucji publicznych. Raport 42/2015*.
- Czapiński, J., Panek, T., 2013, *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*.
- Drozdowska, U., Sikorski, S., 2012, *Kształtowanie się systemu opieki zdrowotnej w Polsce po przemianach ustrojowych 1989 r.*, w Mróz, T. (red.) „Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Aspekty prawne i socjologiczne”.
- E&Y, 2011, *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współptacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*.
- E&Y, 2013a, *Koordynowana Opieka Zdrowotna. Doświadczenia Międzynarodowe. Propozycje dla Polski*.
- E&Y, 2013b, *Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia*.
- EXPH, 2015, *Competition among health care providers. Investigating policy options in the European Union*.
- Galama, T., van Kippersluis, H., 2013, *Health Inequalities through the Lens of Health Capital Theory: Issues, Solutions, and Future Directions*, w „Research on Economic Inequality” 21.
- Gałązka-Sobotka, M. i inni, 2014, *Cukrzyca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*.
- Gałązka-Sobotka, M. i inni, 2015, *Schizofrenia – analiza kosztów społecznych i ekonomicznych*.
- Golinowska, S. (red.), 2004, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*.
- Golinowska, S. (red.), 2008, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*.
- Golinowska, S., Kocot, E., Sowa, E., 2013, *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, w „Zdrowie publiczne i zarządzanie”, 11 (2): 125-147.
- Gouda, P. i inni, 2015, *Ireland’s medical brain drain: migration intentions of Irish medical students*, w „Human Resources for Health” 13/11.
- Gujski, M. i inni, 2013, *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*.
- HTA Consulting, 2014, *Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych*.
- Jakubowski, E., Saltman, R. B., 2013, *The Changing National Role in Health System Governance*.
- Komisja Europejska, 2013, *Investing in Health. Commission Staff Working Document*.
- Komisja Europejska, 2015, *Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe*.
- Lopes, M., Almeida, A., Almada-Lobo, B., 2015, *Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand?*, w „Human Resources for Health” 13/38.
- McKee, M., Mackenbach, J., 2013, *The will and the means to implement health policies*, w Mackenbach, J., McKee, M. (red.), „Successes and Failures of Health Policy in Europe”.
- McQueen, D. V. i inni, 2012, *Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences*.
- Ministerstwo Zdrowia, 2015, *Strategia Ministerstwa Zdrowia*, (dokument on-line dostępny pod adresem <http://goo.gl/MHbXLa>, dostęp 14 lipca 2015 r.).
- Nojszewska, E., 2011, *System ochrony zdrowia w Polsce*.
- Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M., 2013, *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries*.
- PSL, 2011, *Człowiek jest najważniejszy*, (dokument on-line dostępny pod adresem <http://goo.gl/RyUjfn>, dostęp 3 sierpnia 2015 r.).
- Saltman, R. B. i inni, 2012, *Consolidating National Authority in Nordic Health Systems*, w „Eurohealth” 18/3.
- Sequence i DZP, 2014, *Wpływ ustawy o refundacji leków na dostęp pacjenta do farmakoterapii, budżet NFZ oraz branżę farmaceutyczną*.
- WHO, 2007, *Everybody’s Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO’s Framework for Action*.
- WHO, 2012, *Spółeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*.
- WHO, 2015, *Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research*.

Polityka Insight to wiodące centrum analiz polityczno-gospodarczych w Polsce

- nasz codzienny serwis czytają prezesi największych spółek, ministrowie i ambasadorowie. **Teraz oferujemy także dedykowane usługi analityczne**
- na zlecenie klientów przygotowujemy punktowe analizy, prezentacje tematyczne i pogłębione opracowania.



Prezentacje tematyczne

Briefujemy wiodące banki inwestycyjne i zarządy korporacji na temat perspektyw politycznych i gospodarczych dla Polski. Oferujemy prezentacje standardowe i szyte na miarę, zawsze połączone z sesją pytań do analityka. Zaproś nas do swojej firmy.



Analizy na zamówienie

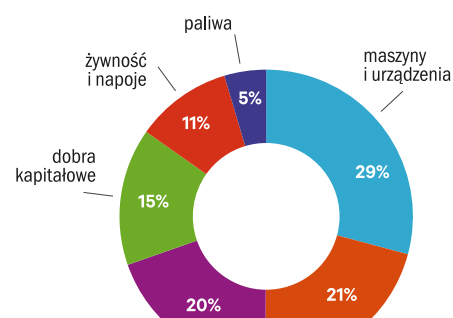
Szybka odpowiedź na zadane pytanie w formie standardowej analizy Polityki Insight - zwięzłe i na temat. Oferujemy m.in. analizy sylwetkowe, scenariuszowe, legislacyjne, branżowe i polityczne. Typowe zapytanie realizujemy w ciągu pięciu dni.



NOWE

Okrągłe stoły

Wspólnie z partnerami organizujemy dyskusje w wąskim gronie na konkretny temat - w demokratycznej formule okrągłego stołu, ze starannie dobranym składem, wysokiej jakości materiałem wprowadzającym i czynną moderacją.



Pogłębione opracowania

Wykonujemy badania ilościowe i jakościowe, zawsze zorientowane na konkretne wnioski i użyteczność dla odbiorców. Nasze raporty prezentujemy na zamkniętych spotkaniach lub otwartych konferencjach biznesowych. Współpracujemy przy organizacji paneli.

Aby umówić spotkanie na temat współpracy, prosimy o kontakt z działem sprzedaży Polityki Insight:

Dagmara Bochyńska
Manager
ds. sprzedaży

+48 691 916 986
d.bochynska
@politykainsight.pl

