

Raport

WZROST EFEKTYWNOŚCI A STRUKTURA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA – LEKCJE DLA POLSKI NA TLE INNYCH KRAJÓW



KOMITET FARMACEUTYCZNY AMERYKAŃSKIEJ IZBY HANDLOWEJ W POLSCE



abbvie

AMGEN®

AstraZeneca 



 Biogen.

BIOMARIN®

 Bristol Myers Squibb™

janssen  | PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Lilly

 **MSD**
INVENTING FOR LIFE

 NOVARTIS

Pfizer

 Roche

 SANOFI

Takeda

 **VERTEX**

 **VIATRIS**

SPIS TREŚCI

1. PRZEDMOWA	str. 7
2. WSTĘP	str. 9
3. WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W WYBRANYCH KRAJACH EUROPY	str. 10
4. EFEKTYWNOŚĆ SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA W ODNIESIENIU DO WYDATKÓW	str. 13
5. IDENTYFIKACJA KRAJÓW STANOWIĄCYCH BENCHMARK DLA POLSKI	str. 15
6. STRUKTURA WYDATKÓW PUBLICZNYCH W WYBRANYCH KRAJACH I IMPLIKACJE DLA POLSKI	str. 17
7. SKALA MOŻLIWEJ DO OSIĄGNIĘCIA POPRAWY W ZAKRESIE WYNIKÓW ZDROWOTNYCH	str. 20
8. WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE	str. 22
REKOMENDACJE	str. 26





WZROST EFEKTYWNOŚCI A STRUKTURA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA – LEKCJE DLA POLSKI NA TLE INNYCH KRAJÓW

1. PRZEDMOWA

Systemy ochrony zdrowia są ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych populacji danego kraju. Poziom i stopień realizacji tych potrzeb jest określany przez bardzo wiele różnych elementów, a w szczególności przez środki, którymi dysponuje system.

Rezultatem działań systemowych powinna być poprawa stanu zdrowia populacji lub co najmniej utrzymanie go na nie pogarszającym się poziomie. Szczególnie w dobie pandemii, sytuacji nadzwyczajnej, takie działania są niezwykle trudne.

Wobec narastających trudności związanych z szybko rosnącym, nie tylko z uwagi na pandemię, udziałem wydatków na ochronę zdrowia w wielu krajach, w tym w Polsce, podejmowane są działania, zmiany mające na celu zwiększenie efektywności systemów. Prowadzone działania napotykają jednak na konieczność rozwiązania zasadniczego dylematu wiążącego się z oczekiwaniem lepszego, kompleksowego zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przy jednoczesnym zachowaniu stabilności finansów publicznych.

Jednak koncentracja wyłącznie na kwestiach ekonomicznych nie oddaje istoty zróżnicowania systemów zdrowotnych. Niezbędne jest całościowe podejście, uwzględniające różne elementy systemów ochrony zdrowia, w tym rozwiązań organizacyjnych i instytucjonalnych, w szczególności podnoszenie efektywności systemu poprzez wdrażanie rozwiązań promujących uzyskiwanie wymiernych efektów zdrowotnych.

Konieczne są zatem nieustanne próby ulepszania systemów ochrony zdrowia. Jednym z takich podejść są poszukiwania i wzajemne zapożyczenia rozwiązań, które sprawdziły

się w innych krajach. Te rozwiązania muszą dobrze komponować się i współgrać z innymi determinantami danego systemu ochrony zdrowia, aby mogły przynieść korzyści w postaci zwiększenia efektywności systemu, co jest niezwykle ważne w trudnym czasie jakim jest pandemia.

Dobre wzorce z zakresu prewencji, diagnostyki, innowacyjnego leczenia, w tym zdalnych form opieki medycznej czy szeroko rozumianej digitalizacji ochrony zdrowia pozwolą na bardziej elastyczne podejście do świadczenia usług medycznych i jednocześnie zwiększą efektywność systemu ochrony zdrowia poprzez poprawę wskaźników zdrowotnych i zadowolenia pacjentów w Polsce.

W tym kontekście bardzo istotna jest struktura wydatków w systemie ochrony zdrowia, w tym udział wydatków na leki, która wymaga zarówno zmian krótkookresowych związanych z pandemią i jej następstwami, jak i długookresowych związanych ze zmianami priorytetów zdrowotnych. Szczególnie istotne jest, aby walka z pandemią i stratami w zdrowiu spowodowanymi przez COVID-19 w jak najmniejszym stopniu wpływały na dostęp do skutecznych metod leczenia w innych jednostkach chorobowych szczególnie w bardziej zaawansowanych stadiach chorobowych (których należy oczekiwać z uwagi na ograniczony dostęp do opieki medycznej i suboptimalne postępowanie w czasie pandemii).

Zarząd Polskiego Towarzystwa Farmoekonomicznego



2. WSTĘP

Dbałość o zdrowie populacji oraz zapewnienie obywatelom dostępu do świadczeń ochrony zdrowia należy do podstawowych funkcji państwa. W Polsce odpowiednie zapisy określające prawo wszystkich obywateli do równego dostępu do świadczeń ochrony zdrowia oraz obowiązki władzy publicznej w zakresie zwalczania chorób zostały zawarte w Konstytucji¹.

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli ma szczególne znaczenie, także na poziomie gospodarki każdego kraju. Zdrowsze społeczeństwo to społeczeństwo bardziej produktywnie, z większym zasobem osób będących w stanie podjąć pracę. Co więcej, sama ochrona zdrowia to potężna gałąź gospodarki, zatrudniająca setki tysięcy ludzi, inwestująca ogromne sumy w innowacje, oraz wydająca miliardowe kwoty na zakup dóbr i usług produkowanych w innych sektorach. Według publikacji WHO z 2019 roku, w której badano zależności pomiędzy wydatkami na poszczególne gałęzi gospodarki, każda jednostka (np. 1 EUR) wydana na ochronę zdrowia skutkuje wzrostem produktu krajowego o 1,4 EUR², a każde dodatkowe 100 000 EUR wydane na ochronę zdrowia generuje 4 nowe miejsca pracy w innych sektorach gospodarki. System ochrony zdrowia zatem to nie tylko koszt, ale również inwestycja, tak w ujęciu kapitału ludzkiego, jak i w ujęciu gospodarczym.

Mimo to, różne kraje stosują odmienne podejście do or-

ganizacji i finansowania ochrony zdrowia. Kształt systemu, infrastruktura, dostępne zasoby, zasady funkcjonowania oraz koszty jakie pochłania, zależą od wielu czynników. Należą do nich czynniki historyczne, polityczne, gospodarcze i społeczne, a często także geograficzne czy kulturowe. Porównanie do siebie poszczególnych systemów jest zatem zadaniem niezwykle złożonym i wymagającym przyjęcia pewnych założeń. Niemniej jednak, takie porównanie niesie ze sobą istotną wartość. Jest nią chociażby identyfikacja niektórych różnic i podobieństw pomiędzy rozwiązaniami stosowanymi w wybranych krajach, a w dalszym kroku poszukiwanie inspiracji co do skutecznych działań mających na celu ciągłą poprawę jakości i efektywności własnego systemu ochrony zdrowia.

Celem niniejszego opracowania było porównanie wybranych cech systemów ochrony zdrowia w Polsce i w różnych krajach Europy, zarówno w zakresie organizacji i finansowania, jak i osiągniętych efektów zdrowotnych. Dobór odpowiednich krajów do porównania był podyktowany zidentyfikowanymi skutecznymi działaniami w zakresie poprawy efektywności w ochronie zdrowia, które skutkowały poprawą wskaźników zdrowotnych. Wnioski z porównania, a także pogłębiona analiza w ramach tych krajów, które charakteryzowały się względnym przyrostem efektywności, umożliwiły wskazanie potencjalnych kierunków rozwoju dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, również w świetle globalnej pandemii wirusa SARS-CoV-2.

¹ Artykuł 68. Prawo do ochrony zdrowia. Dz.U.1997.78.483 - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
² Publikacja WHO, Economic and Social Impacts and Benefits of Health Systems, 2019. Dostępna pod adresem: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/395718/Economic-Social-Impact-Health-FINAL.pdf?ua=1



3. WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W WYBRANYCH KRAJACH EUROPY

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia

Podstawowym wskaźnikiem stosowanym do porównania systemów ochrony zdrowia pomiędzy krajami jest poziom finansowania definiowany jako udział w PKB kraju. Jest to miara odporna na różnice w poziomie rozwoju gospodarczego, zatem umożliwia ona odniesienie wartości wskaźnika pomiędzy przykładowo mniej rozwiniętymi krajami Europy Wschodniej, takimi jak Polska, Słowacja czy Węgry, z bogatszymi krajami Europy Zachodniej – Niemcami, Szwecją czy Wielką Brytanią.

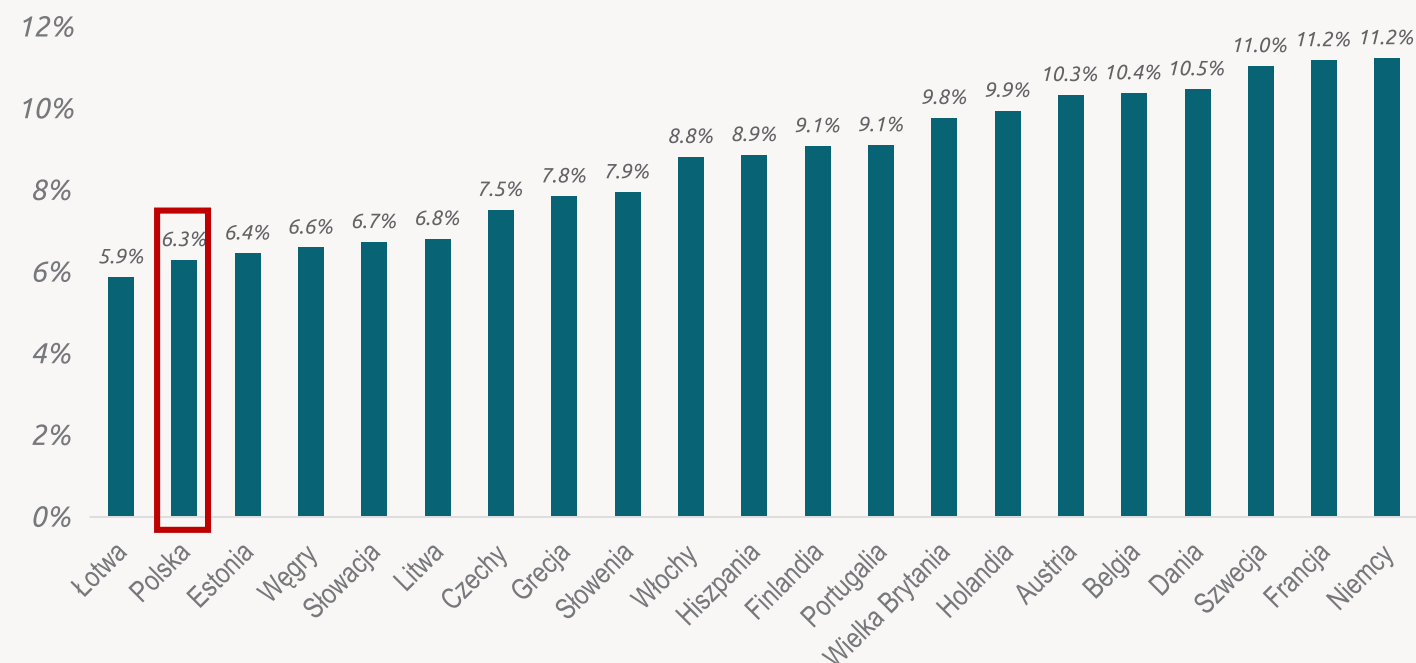
Na Rysunku 1 zaprezentowano % PKB przeznaczany przez kraje na wydatki związane z ochroną zdrowia w 2018 roku, w ujęciu zarówno publicznym jak i prywatnym. Wśród analizowanych krajów najwięcej na ochronę zdrowia przeznaczają Niemcy i Francja, gdzie odsetek wynosi 11,2%. Najmniej na ochronę zdrowia wydaje Łotwa, która przeznaczyła na ten cel zaledwie 5,9% PKB. Porównanie wskazuje, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w stosunku do PKB należą do najniższych w Europie – w 2018 r. wyniosły zaledwie 6,3% PKB i są niższe nawet wobec krajów o podobnym poziomie

rozwoju gospodarczego. Kraje bardziej rozwinięte wydają średnio większą część swojego dochodu na ochronę zdrowia niż kraje Europy Wschodniej. Sugerowałoby to, że im kraj bogatszy, tym więcej inwestuje w zdrowie swoich obywateli.

Struktura wydatków na ochronę zdrowia

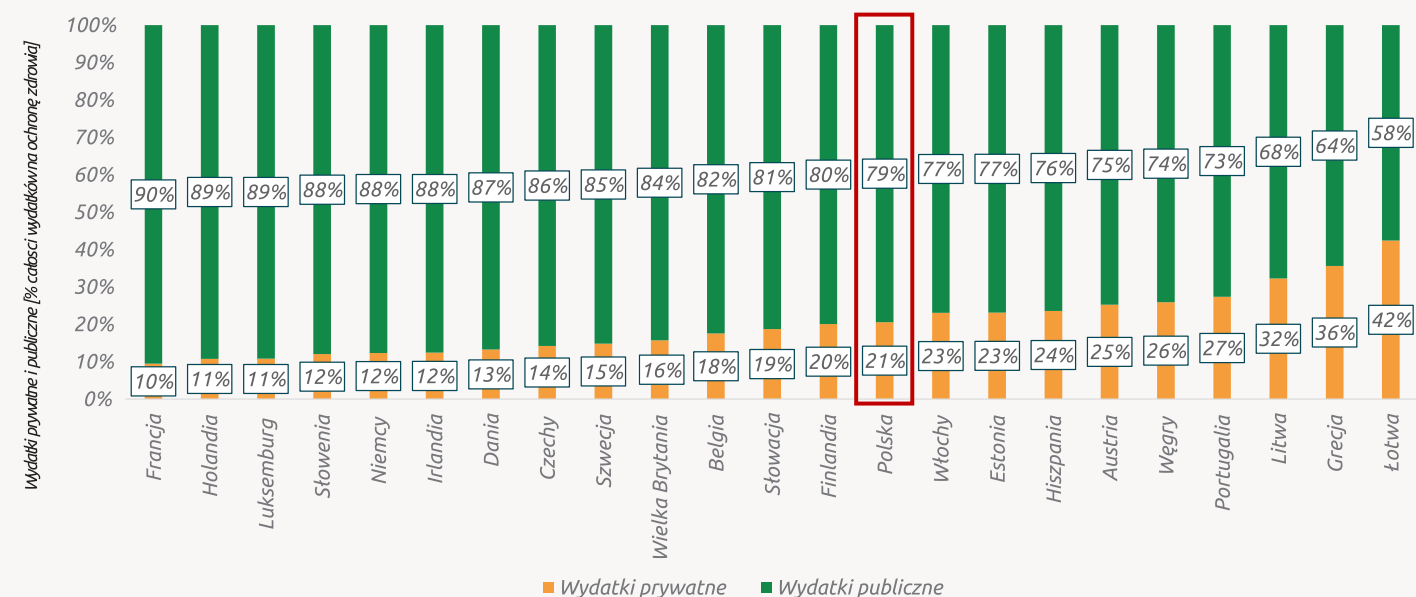
Całkowity budżet na ochronę zdrowia w danym kraju dzieli się w różnej proporcji pomiędzy środki publiczne, lub pochodzące z obowiązkowych systemów ubezpieczeniowych, oraz środki prywatne, ponoszone przez gospodarstwa domowe. Rysunek 2 obrazuje podział całkowitego budżetu na ochronę zdrowia w wybranych krajach w zależności od pochodzenia środków finansowych. We Francji 90% środków pochodzi z funduszy publicznych lub z obowiązkowych ubezpieczeń, podczas gdy na Łotwie aż 42% wydatków to środki prywatne, pochodzące bezpośrednio od obywateli. Polska plasuje się w środkowej części zestawienia, z wydatkami publicznymi stanowiącymi 79% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Jednak w stosunku do większości krajów Europy Zachodniej, Polska ma niższy udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem.

Rysunek 1. % PKB przeznaczany na ochronę zdrowia, 2018



Źródło: OECD Health spending (<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

Rysunek 2. Struktura wydatków publicznych i prywatnych na ochronę zdrowia w wybranych krajach UE, 2018



Źródło: OECD Health spending (<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

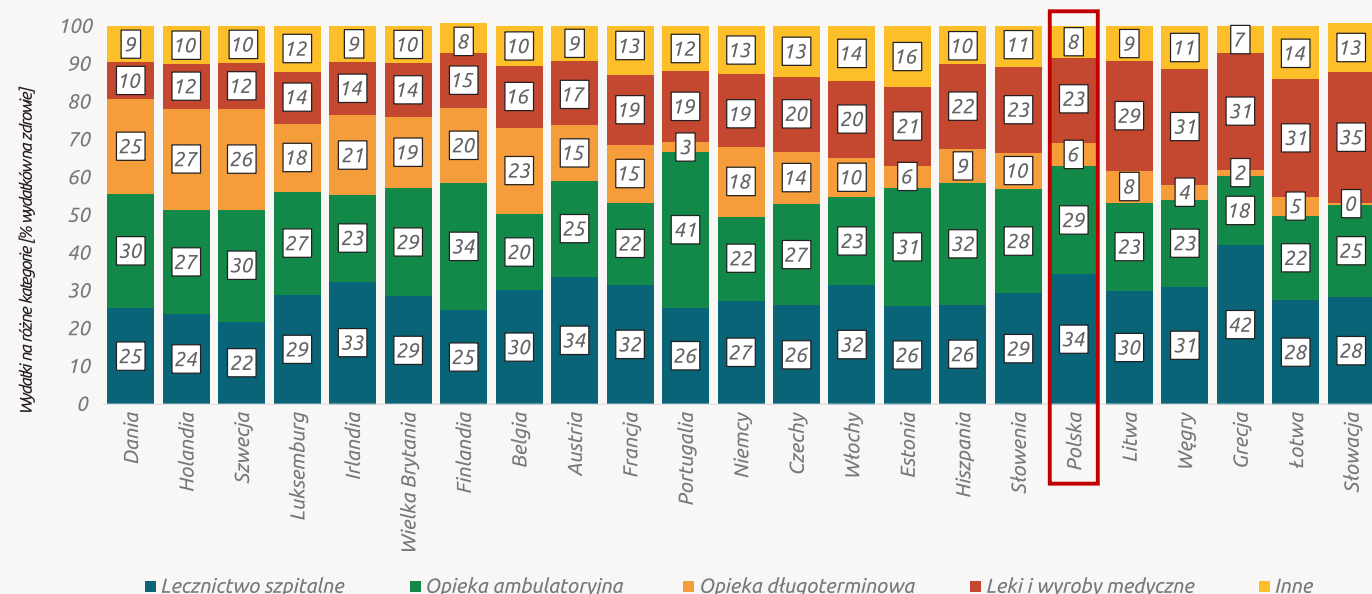
Modele organizacyjne stosowane w ochronie zdrowia przez kraje europejskie opierają się o te same elementy:

- lecnictwo zamknięte, odbywające się w szpitalach;
- lecnictwo ambulatoryjne, czyli porady lekarzy rodzinnych oraz lekarzy specjalistów udzielane pacjentom w przychodniach;
- opiekę długoterminową, świadczoną potrzebującym w ich własnych domach, w hospicjach, lub w specjalnych ośrodkach;
- dobra zużywalne, czyli produkty lecznicze oraz wyroby medyczne (np. sprzęt ortopedyczny, opatrunki, paski cukrzykowe, itp.);
- inne usługi wspomagające, takie jak między innymi chociażby transport, administracja, czy edukacja zdrowotna.

Pomimo wykorzystania tych samych narzędzi, podejście stosowane w poszczególnych krajach różni się wagą konkretnych elementów w całości systemu. W większości krajów najbardziej kosztownym elementem systemu jest lecznic-

two szpitalne. Średnio pochłania ono 29% całkowitego budżetu na ochronę zdrowia (w ujęciu zarówno publicznych jak i prywatnych wydatków). W Polsce na lecnictwo zamknięte wydaje się relatywnie więcej – szpitalnictwo stanowiło 34% całkowitych wydatków. Drugą w kolejności kategorią jest opieka ambulatoryjna, która pochłania blisko 27% wydatków. Istnieją jednak przykłady krajów, w których ten element stanowi fundament systemu i ma wyższy udział niż lecnictwo zamknięte. Takie rozwiązanie funkcjonuje chociażby w Portugalii, Finlandii czy w Hiszpanii. Wydatki na leki i wyroby medyczne są bardzo zróżnicowane pomiędzy krajami, i stanowią od 10% całkowitych wydatków w Danii, aż do 35% całkowitego budżetu na Słowacji. Kraje Europy Zachodniej charakteryzują się relatywnie niższymi wydatkami na leki i wyroby, a wyższymi nakładami na opiekę długoterminową. Zależność ta jest odwrotna wśród krajów Europy Wschodniej, gdzie opieka długoterminowa stanowi niewielką część systemu, a dobra zużywalne mają istotny udział.

Rysunek 3. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach UE, 2017



Źródło: OECD 2017

Nota: Kategoria leki i wyroby medyczne odnosi się do produktów dostępnych w aptekach i sklepach z zaopatrzeniem medycznym, i nie uwzględnia produktów stosowanych w lecnictwie szpitalnym.

4. EFEKTYWNOŚĆ SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA W ODNIESIENIU DO WYDATKÓW

Sama analiza wydatków i struktury nie pozwala jednak jeszcze na udzielenie odpowiedzi na pytanie, jakie rozwiązanie i jaki model organizacyjny jest skuteczniejszy w osiągnięciu celu istnienia systemu ochrony zdrowia, to znaczy poprawy długości i jakości życia obywateli. W tym celu zestawiono ze sobą wybrane miary efektywności systemu z poziomem wydatków. Takie podejście umożliwia ocenę relatywnej produktywności środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w wybranych krajach Europy.

Do porównania przyjęto dwa wskaźniki efektywności systemu: oczekiwaną długość życia w chwili narodzin, a także wskaźnik DALY (ang. Disability Adjusted Life Years, lata życia skorygowane o niepełnosprawność).

DALY

DALY jest popularną w literaturze miarą obciążenia populacji z powodów zdrowotnych. Łączy w sobie dwa elementy: kalkulację liczby lat życia spędzonych w niepełnosprawności związanej z chorobą, oraz liczbę lat życia utraconych z powodu przedwczesnej śmierci³. Utracone lata życia to wskaźnik przeciętnego wieku w momencie zgonu odejty od oczekiwanej długości życia osoby w danym wieku. Lata życia z niepełnosprawnością to wskaźnik oczekiwanej długości życia osoby z niepełnosprawnością pomnożony przez wskaźnik rozpowszechnienia niepełnosprawności⁴⁵.

$$DALY = YLL + YLD$$

YLL – Utracone Lata Życia
(ang. Years of Life Lost)

Różnica wieku w momencie zgonu oraz oczekiwanej długości życia w danym kraju (skorygowanej o wiek pacjenta)

YLD – Lata Życia z Niepełnosprawnością (ang. Years of Life spent in Disability)

Liczba lat życia które pacjent spędza w niepełnosprawności

Im wyższa wartość wskaźnika, tym większe obciążenie społeczeństwa spowodowane chorobami, a więc tym słabszy stan zdrowia ludności. Aby zachować porównywalność pomiędzy krajami o różnej liczbie ludności, zwyczajowo wskaźnik analizowany jest w odniesieniu do 100 000 mieszkańców.

3 IHME, <http://www.healthdata.org/gbd/faq#What%20is%20a%20DALY?>

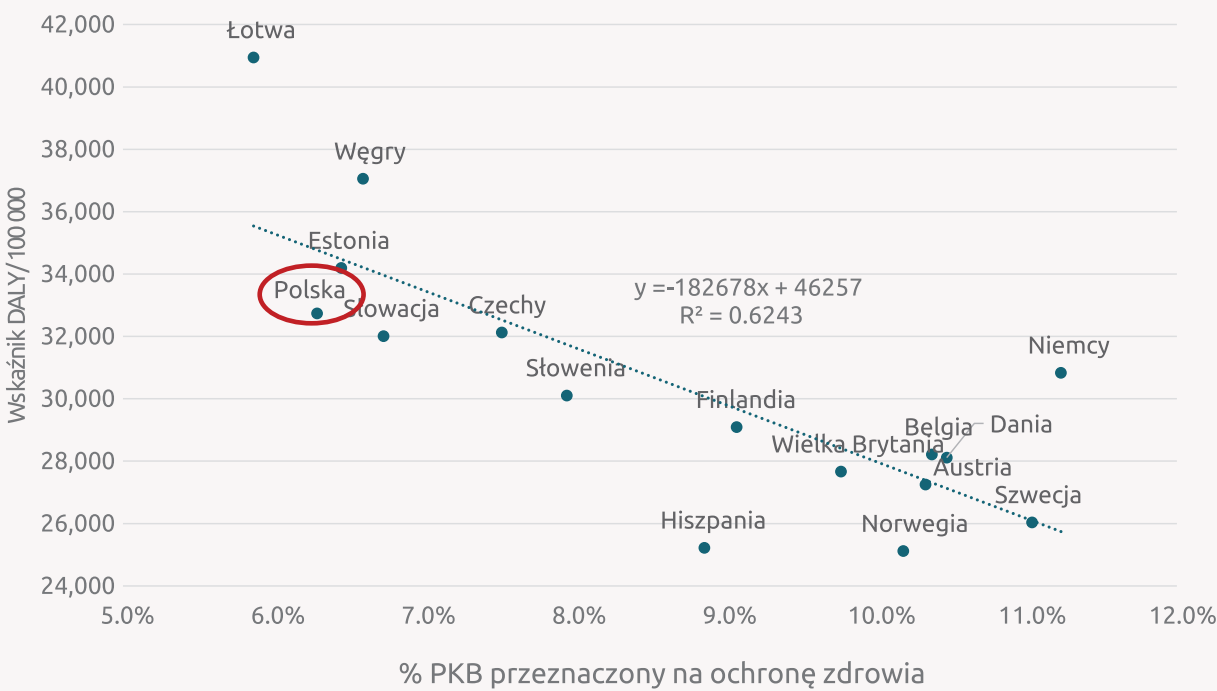
4 <http://www.healthdata.org/gbd/faq#What%20is%20a%20DALY?>

5 Topór-Mądry R. Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom IX, nr 1/2011: 25–49



W toku analizy wykazano silnie negatywną korelację pomiędzy udziałem wydatków na ochronę zdrowia w PKB kraju a stanem zdrowia ludności mierzonym przez wskaźnik DALY na 100 000 mieszkańców (Rysunek 4). Oznacza to, że im więcej kraj wydaje na ochronę zdrowia tym niższa liczba utraconych lat życia lub lat spędzonych w niepełnosprawności, a więc tym lepszy stan zdrowia ludności. Dowodzi to realnego wpływu, jaki ma ochrona zdrowia na zdrowie populacji.

Rysunek 4. Zależność wskaźnika DALY na 100 000 mieszkańców wobec wydatków na ochronę zdrowia w odniesieniu do PKB



Źródło: dane GBD za rok 2017 i OECD za rok 2018

Oczekiwana długość życia w chwili narodzin

Analiza danych OECD wykazała korelację pomiędzy poziomem wydatków na ochronę zdrowia, a osiąganymi przez kraj wynikami w zakresie oczekiwanej długości życia ludności – w krajach, gdzie na ochronę zdrowia wydaje się więcej, obserwuje się dłuższe trwanie życia. Wśród krajów europejskich zależność ta jest względnie silna. Każdy dodatkowy procent PKB przeznaczany na zdrowie związany jest z wydłużeniem trwania życia od momentu narodzin o nieco ponad 14 miesięcy.

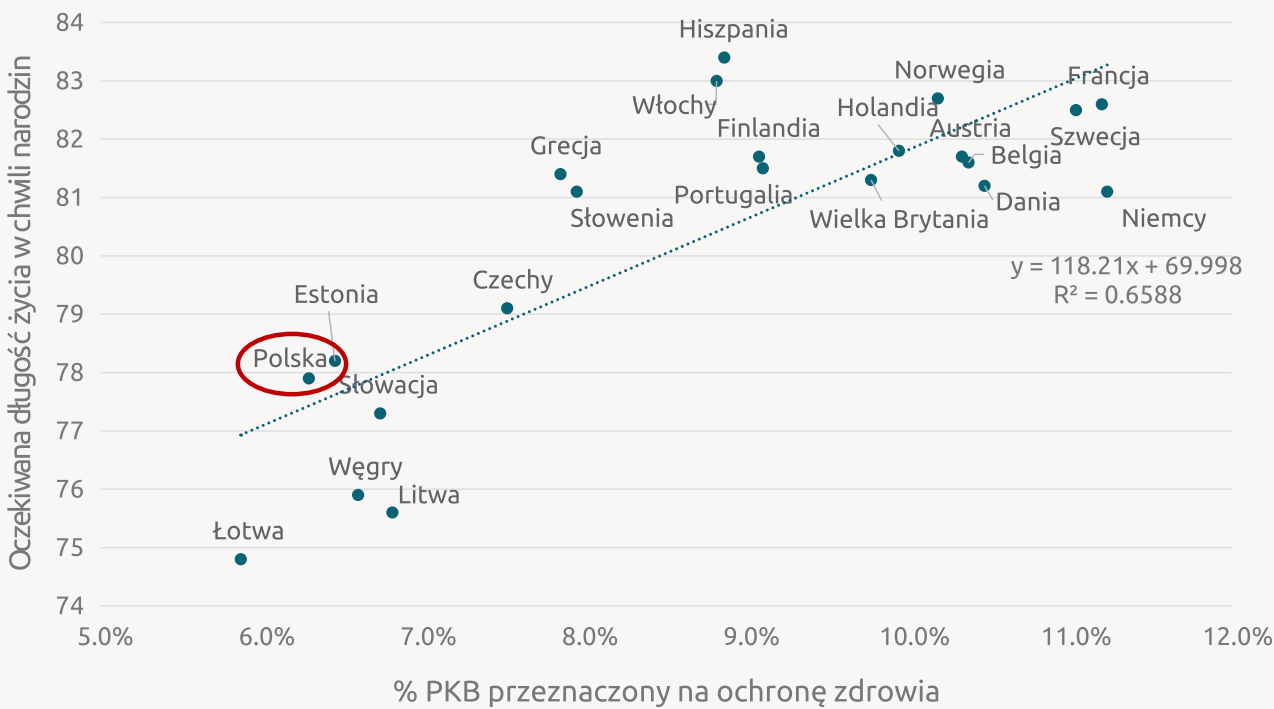
Kraje śródziemnomorskie (Hiszpania, Grecja, Włochy, Portugalia) wydają się co do zasady osiągać lepsze wyniki w zakresie oczekiwanej długości życia niż kraje Europy Północnej (Niemcy, Finlandia, Holandia, Dania, Wielka Brytania). Może to sugerować, że istnieją dodatkowe czynniki wpływające

Polska znalazła się nieco poniżej linii trendu, osiągając relatywnie lepszy efekt w stosunku do poniesionych kosztów. Warto zauważyć, że w Estonii oraz na Węgrzech, przeznaczających na ochronę zdrowia zbliżony, choć nieco większy % PKB, obserwowano gorsze wyniki w zakresie wskaźnika DALY. Niemniej Polska nadal odstaje nie tylko od krajów Europy Zachodniej i Skandynawii, ale i od Czech, Słowacji czy Słowenii.

jące na różnice w obserwowanych wartościach analizowanego wskaźnika.

Dla Polski w 2018 roku średnia długość życia w chwili narodzin wynosiła ok. 78 lat i była zbliżona do wyników dla Estonii czy Słowacji. Polska znalazła się powyżej linii trendu, osiągając w tym zakresie relatywnie lepszy efekt w stosunku do zainwestowanych środków, co może świadczyć o efektywnym wykorzystaniu dostępnych środków. Oczekiwana długość życia dla Polski była o ok. 3 lata krótsza niż w Słowenii, i o rok krótsza niż w Czechach. Oba kraje regionu znalazły się również powyżej linii trendu wśród krajów Europy. Natomiast kraje bałtyckie, Węgry czy Słowacja uplasowały się poniżej linii trendu, co może świadczyć o nieoptymalnym wykorzystaniu środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w zakresie niwelowania różnic co do obserwowanej długości życia w populacji.

Rysunek 5. Oczekiwana liczba lat życia w chwili narodzin o wydatki na ochronę zdrowia



Źródło: dane OECD za rok 2018 lub najnowszy

5. IDENTYFIKACJA KRAJÓW STANOWIĄCYCH BENCHMARK DLA POLSKI

Kraje, którym udało się osiągnąć względną poprawę w osiągniętych wynikach

Aby wskazać kraje, którym udało się osiągnąć poprawę w osiągniętych wynikach zdrowotnych na podstawie danych OECD, analizowano obserwowaną oczekiwaną długość życia w chwili narodzin na przestrzeni ostatnich 20 lat. W poniższej tabeli przedstawiono względną pozycję kraju wobec linii trendu na płaszczyźnie: poziom wydatków na ochronę zdrowia versus oczekiwana długość życia w chwili narodzin na przestrzeni lat w trzech punktach czasowych: 2000, 2013 i 2018 roku. Kolor oznaczenia pola oznacza:

- Czerwone pole – kraj w danym roku był poniżej linii trendu
- Zielone pole – kraj był powyżej linii trendu

Szczególnie interesujące były te kraje, które w ciągu ostatnich 20 lat dokonały zmiany w swojej polityce, i przesunęły się ze strony niższej efektywności systemu (poniżej linii trendu), na stronę wyższej efektywności systemu (powyżej linii trendu). Takie podejście pozwala na wychwycenie krajów, w których względna zmiana efektywności jest związana ze zmianą polityki zdrowotnej, a nie wynika z nieobserwowalnych czynników (na przykład kulturowych lub środowiskowych). Stąd kraje wybrane do dalszej analizy to takie, które zmieniły swoją pozycję ze strony czerwonej na zieloną (patrz Tabela 1).

Tabela 1. Porównanie wydatków z oczekiwaną długością życia w trzech punktach czasowych

Kraj	2000	2013	2018
Austria	-	-	-
Belgia	+	-	-
Czechy	+	-	+
Dania	-	-	-
Estonia	-	+	+
Finlandia	+	+	+
Francja	-	-	-
Niemcy	-	-	-
Grecja	+	+	+
Węgry	-	-	-
Włochy	+	+	+
Łotwa	-	-	-
Litwa	-	-	-
Holandia	+	-	+
Norwegia	+	+	+
Polska	-	+	+
Portugalia	-	+	+
Słowacja	-	-	-
Słowenia	-	+	+
Hiszpania	+	+	+
Szwecja	+	-	-
Wielka Brytania	+	+	-

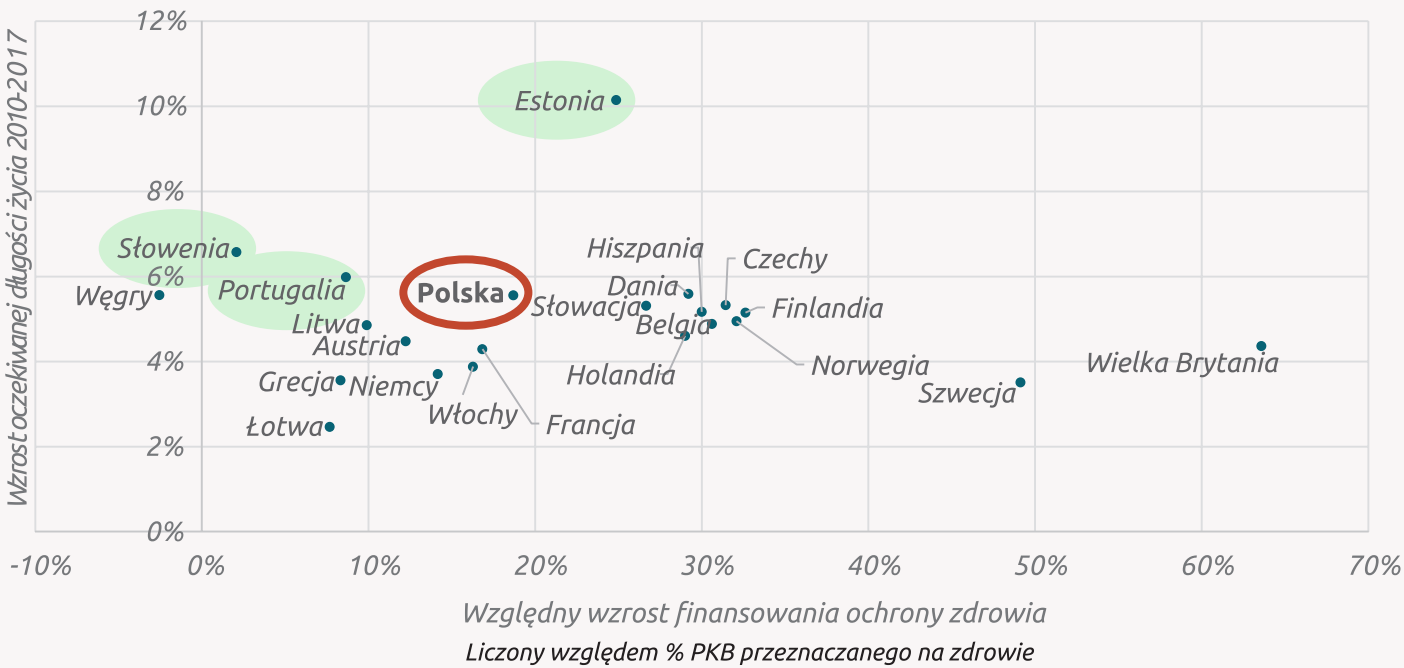
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD

W ciągu ostatnich 20 lat w zakresie oczekiwanej długości życia w momencie narodzin jedynie czterem krajom udało się osiągnąć poprawę – były to Polska, Estonia, Portugalia i Słowenia. Można wnioskować, że w tych krajach w analizowanym okresie dokonano zmian w polityce zdrowotnej, które skutkowały względną poprawą efektywności systemu w zakresie osiągniętych wyników.

Niemniej szczegółowa analiza wskazała, że Polska była relatywnie mniej efektywna niż wybrane kraje w zakresie poprawy wskaźnika zdrowotnego – zaobserwowano wzrost

oczekiwanej długości życia o niecałe 6% przy niemal 20% względnym wzroście finansowania ochrony zdrowia. W przypadku Portugalii i Słowenii obserwowano wyższą poprawę uzyskaną niższym kosztem niż w Polsce. Na uwagę zasługuje fakt, że w Słowenii odnotowano siedmioprocentowy wzrost oczekiwanej długości życia przy wzroście wydatków na ochronę zdrowia jedynie o 2%. Największy wzrost oczekiwanej długości życia zaobserwowano dla Estonii (o 10%), jednak wiązało się to również z największym względnym wzrostem nakładów na ochronę zdrowia – o 25%.

Rysunek 6. Zmiana oczekiwanej długości życia w reakcji na zmianę poziomu finansowania OZ 2010-2018



Źródło: Dane OECD

Aby podjąć próbę zdiagnozowania przyczyny względnie gorszych wyników uzyskiwanych w Polsce, w dalszym etapie pracy dokonano porównania struktury wydatków publicznych z Portugalią, Słowenią i Estonią.

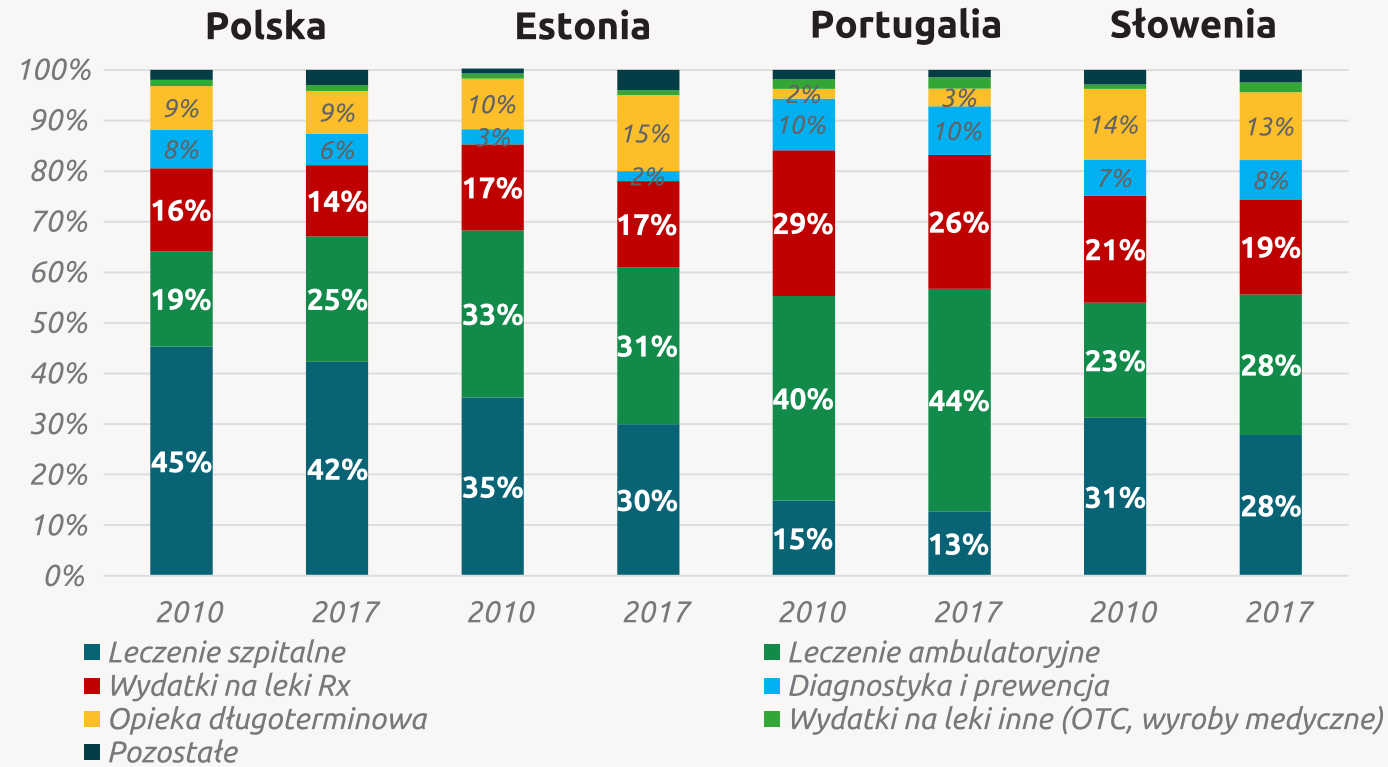
6. STRUKTURA WYDATKÓW PUBLICZNYCH W WYBRANYCH KRAJACH I IMPLIKACJE DLA POLSKI

Struktura wydatków publicznych w Polsce, Estonii, Słowenii i Portugalii

Na poniższym wykresie na podstawie danych OECD przedstawiono porównanie struktury wydatków publicznych na ochronę zdrowia w krajach, którym udało się osiągnąć względną poprawę w osiąganych wynikach, tj. w Polsce, Estonii, Portugalii i Słowenii.

OECD jako główne składowe wydatków na ochronę zdrowia wyróżnia leczenie szpitalne, leczenie ambulatoryjne, wydatki na leki Rx (wydawane z przepisu lekarza), diagnostykę z prewencją, wydatki na leki inne niż Rx (OTC, wyroby medyczne) i opiekę długoterminową. Na uwagę zasługuje także fakt, że dane OECD na temat wydatków na leki Rx w przypadku większości krajów nie uwzględniają wydatków na leki szpitalne. W związku z powyższym na podstawie danych lokalnych dla Portugalii z raportu Apifarma „The pharmaceutical industry in figures” oraz danych Słoweńskiego Urzędu Statystycznego i Raportów Rocznych Estońskiego Funduszu Zdrowia dokonano korekty o wydatki na leki szpitalne. Z kolei dla Polski z wydatków na leczenie szpitalne wyodrębniono środki przeznaczone na terapie lekowe na podstawie planów ostatecznych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Rysunek 7. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w krajach które poprawiły swoje wyniki zdrowotne



Źródło: OECD; NFZ, Apifarma, SURS, www.haigekassa.ee/en

Wyraźnie da się zauważyć różnice pomiędzy strukturą wydatków w Polsce w porównaniu z pozostałymi krajami, w których zaobserwowano poprawę uzyskiwanych wyników zdrowotnych. W Polsce podstawą systemu ochrony zdrowia niezmienne jest leczenie szpitalne – co prawda obserwuje się trend spadkowy w stosunku do danych za rok 2000, niemniej nadal wydatki na leczenie szpitalne stanowią ponad 40% wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Obserwuje się wprawdzie wzrost udziału leczenia ambulatoryjnego w wydatkach całkowitych, jednak niepokojący wydaje się

ryjny, wydatki na leki Rx (wydawane z przepisu lekarza), diagnostykę z prewencją, wydatki na leki inne niż Rx (OTC, wyroby medyczne) i opiekę długoterminową. Na uwagę zasługuje także fakt, że dane OECD na temat wydatków na leki Rx w przypadku większości krajów nie uwzględniają wydatków na leki szpitalne. W związku z powyższym na podstawie danych lokalnych dla Portugalii z raportu Apifarma „The pharmaceutical industry in figures” oraz danych Słoweńskiego Urzędu Statystycznego i Raportów Rocznych Estońskiego Funduszu Zdrowia dokonano korekty o wydatki na leki szpitalne. Z kolei dla Polski z wydatków na leczenie szpitalne wyodrębniono środki przeznaczone na terapie lekowe na podstawie planów ostatecznych Narodowego Funduszu Zdrowia.

fakt zmniejszenia udziału wydatków na leki Rx i diagnostykę z prewencją. Jedynie wydatki na opiekę długoterminową pozostały bez zmian w stosunku do danych za rok 2010.

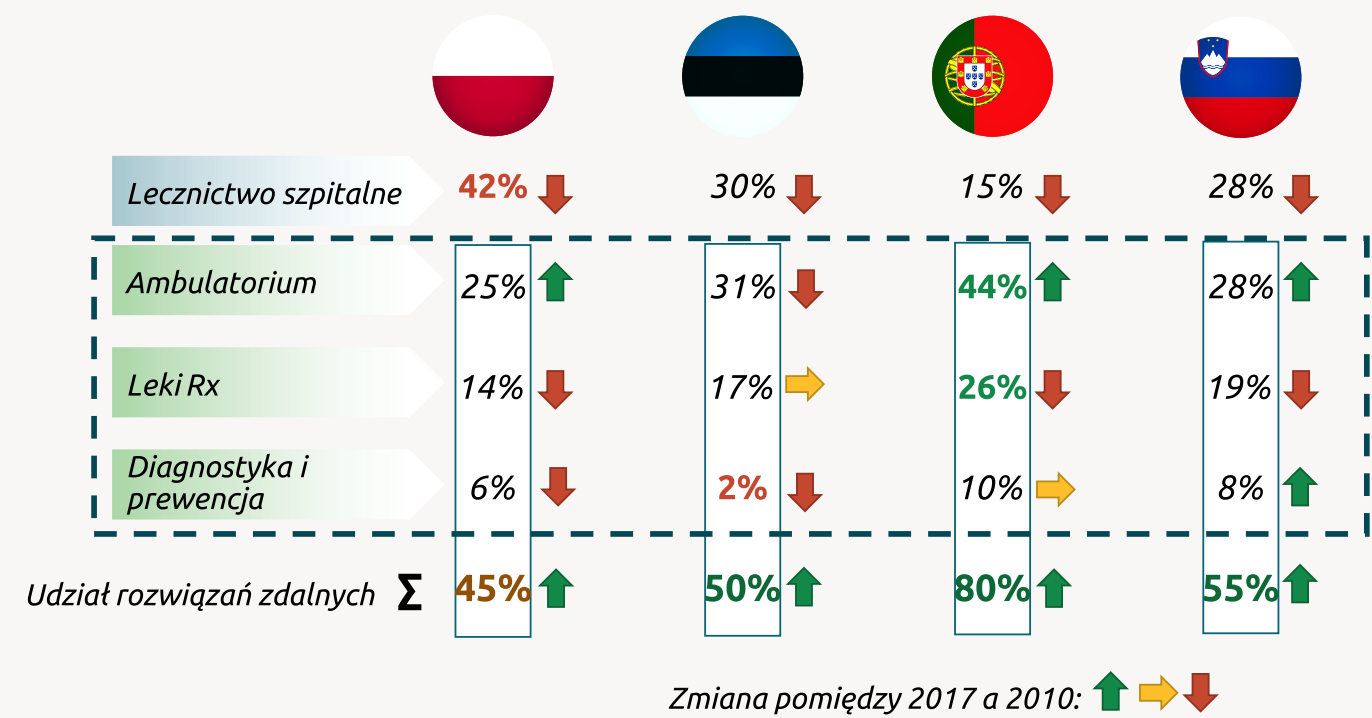
W pozostałych analizowanych krajach widoczne jest przesunięcie wydatkowania w stronę rozwiązań zdalnych, do których można zaliczyć ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, wydatki na leki Rx oraz diagnostykę i prewencję. O ile w Estonii i Słowenii w 2017 roku udział leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego był prawie jednakowy, to w Portugalii właśnie leczenie ambulatoryjne stanowi podstawę systemu

ochrony zdrowia, podczas gdy leczenie szpitalne pochłaniało jedynie 13% całkowitych wydatków publicznych. W Portugalii i Słowenii, podobnie jak w Polsce, obserwowany jest spadek udziału wydatków na leki Rx, z kolei w Estonii utrzymuje się on na tym samym poziomie.

Podsumowanie trendów w zmianie struktury wydatków na ochronę zdrowia zobrazowano na Rysunku 8. Tendencje w zmianie struktury wydatków w Polsce pokrywają się

z tymi obserwowanymi w pozostałych zidentyfikowanych krajach – tj. spadek udziału kosztów leczenia szpitalnego przy równoczesnym wzroście udziału rozwiązań możliwych do realizacji zdalnej. Niemniej sumarycznie udział rozwiązań zdalnych w Polsce jest najniższy spośród analizowanych krajów, co wydaje się szczególnie istotne biorąc pod uwagę fakt, że rozwiązania alternatywne do leczenia szpitalnego są tańsze i dają większe możliwości w zakresie racjonalizacji.

Rysunek 8. Główne składowe wydatków publicznych na ochronę zdrowia w wybranych krajach



Źródło: Opracowanie własne

Znaczenie rozwiązań opieki zdalnej

Jak wspomniano powyżej, we wszystkich analizowanych krajach wzrasta udział rozwiązań zdalnych w wydatkach publicznych. W niniejszym opracowaniu spośród głównych kategorii kosztowych jako elementy systemu możliwe do realizacji zdalnej uwzględniono leczenie ambulatoryjne, wydatki na farmakoterapię lekami Rx oraz diagnostykę z prewencją.

Spośród analizowanych elementów systemu, leczenie szpitalne jest zdecydowanie najbardziej kosztochłonne, wymaga bardzo wysokiego zaangażowania personelu i wiąże się z obecnością stosunkowo wysokich barier dla implementacji telemedycyny. W przypadku rozwiązań zdalnych koszty, zaangażowanie personelu oraz utrudnienia związane z wpro-

wadzeniem telemedycyny są zdecydowanie niższe. Biorąc pod uwagę koszty interwencji związane z leczeniem ambulatoryjnym, diagnostyką z prewencją oraz farmakoterapią lekami Rx, są one relatywnie niskie. W przypadku leków Rx należy oczywiście mieć na względzie, że nie wszystkie specjalistyczne leki są możliwe do stosowania poza szpitalem, a koszty związane z ich stosowaniem są wysokie. Z kolei koszty infrastruktury związane z rozwiązaniami zdalnymi w przypadku leczenia ambulatoryjnego i leków Rx są niskie, jedynie nakłady na diagnostykę plasują się na średnim poziomie. Leczenie ambulatoryjne, leki Rx oraz diagnostyka z prewencją cechują się także mniejszym wymaganym zaangażowaniem personelu oraz niższymi barierami dla implementacji telemedycyny niż leczenie szpitalne (Rys. 9).

Rysunek 9. Porównanie wybranych elementów systemu ochrony zdrowia

Element systemu	Koszty interwencji	Koszty infrastruktury	Zaangażowanie czasowe personelu
Lecznictwo szpitalne			
Ambulatorium			
Leki Rx			
Diagnostyka i prewencja			

Legenda

Brak

Niski

Średni

Wysoki

B. wysoki

Źródło: Opracowanie własne

*Relatywnie niski koszt leków stosowanych szeroko, wysokie koszty niektórych leków specjalistycznych.



7. SKALA MOŻLIWEJ DO OSIĄGNIĘCIA POPRAWY W ZAKRESIE WYNIKÓW ZDROWOTNYCH

Obszar możliwości do poprawy dla Polski w zakresie wyników zdrowotnych w porównaniu do innych krajów analizowano w zakresie wskaźnika DALY w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców oraz zgonów możliwych do uniknięcia. Definicja wskaźnika DALY została omówiona w rozdziale 6., z kolei wskaźnik zgonów możliwych to uniknięcia to wskaźnik umieralności na schorzenia, które można leczyć, takie jak niektóre rodzaje chorób układu krążenia czy nowotworów. Obydwa parametry są stosowane przez OECD jako wskaźniki służące do porównania skuteczności systemu opieki zdrowotnej pomiędzy krajami.

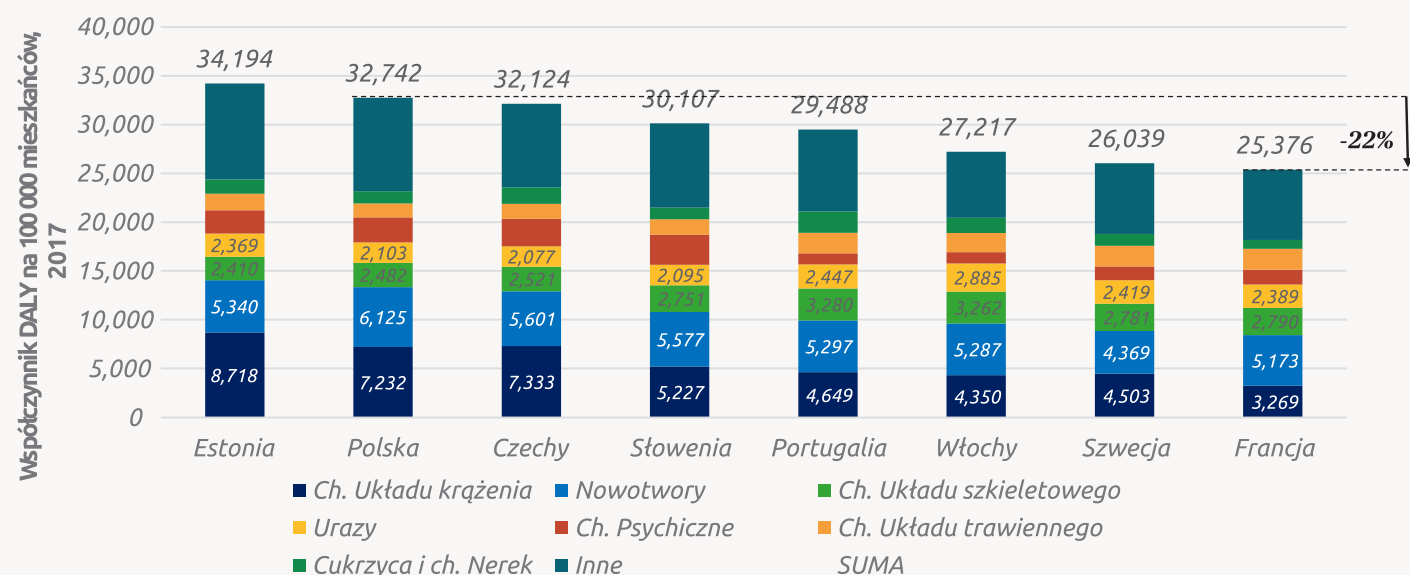
Zmniejszenie obciążenia zdrowotnego populacji mierzonej za pomocą DALY

Dane Global Burden of Disease wskazują, że choroby układu krążenia i nowotwory są głównymi przyczynami życia w niepełnosprawności w analizowanych krajach - w Polsce

w 2017 r. odpowiadały za ok. 41% całości DALY przypadających na 100 000 mieszkańców. Mniejszą, ale nadal wyraźną przyczyną życia w niepełnosprawności we wszystkich krajach są choroby układów trawiennego i szkieletowego.

Spośród analizowanych krajów jedynie w Estonii, będącej krajem o zbliżonym do Polski odsetku PKB przeznaczanym na zdrowie, zaobserwowano większy współczynnik DALY niż w Polsce. W przypadku pozostałych krajów wskaźnik DALY był mniejszy niż w Polsce – widoczne jest tu także obniżanie wskaźnika wraz ze wzrostem wydatków na zdrowie wyrażonych jako %PKB. W zakresie wskaźnika DALY Polska ma zatem wyraźną przestrzeń do osiągnięcia poprawy – w odniesieniu do Francji, będącej krajem o najniższym wskaźniku lat życia w niepełnosprawności spośród analizowanych, Polska mogłaby zmniejszyć obciążenie społeczne z powodu chorób o ponad 22%.

Rysunek 10. Struktura DALY w Polsce wobec wybranych krajów, 2017



Źródło: Global Burden of Disease Study 2017

Zgony możliwe do uniknięcia dzięki interwencji medycznej

W międzynarodowych zestawieniach przyjmuje się dwie kategorie do oceny przedwczesnej śmiertelności – zgony możliwe do uniknięcia dzięki prewencji i profilaktyce występowania chorób (ang. preventable mortality), oraz zgony możliwe do uniknięcia dzięki udzielonym w porę wysokiej jakości interwencjom medycznym (ang. treatable lub amenable mortality). Przedwczesne zgony występujące w populacji, przyjmowane jako zgony przed 74 rokiem życia, dzielone są według przyczyn i przypisane do odpowiedniej kategorii⁶. Przykładowo, wypadki komunikacyjne czy następstwa nadużywania alkoholu należą w całości do pierwszej kategorii. W przypadku nowotworów, klasyfikacja dotyczy bardziej szczegółowych przyczyn. Rak płuca traktowany jest jako możliwy do uniknięcia dzięki prewencji, podczas gdy rak piersi czy jelita grubego związany jest mocniej z interwencją medyczną. Istotną przyczyną zgonów możliwą do uniknięcia dzięki odpowiedniej interwencji jest również choroba niedokrwienna serca.

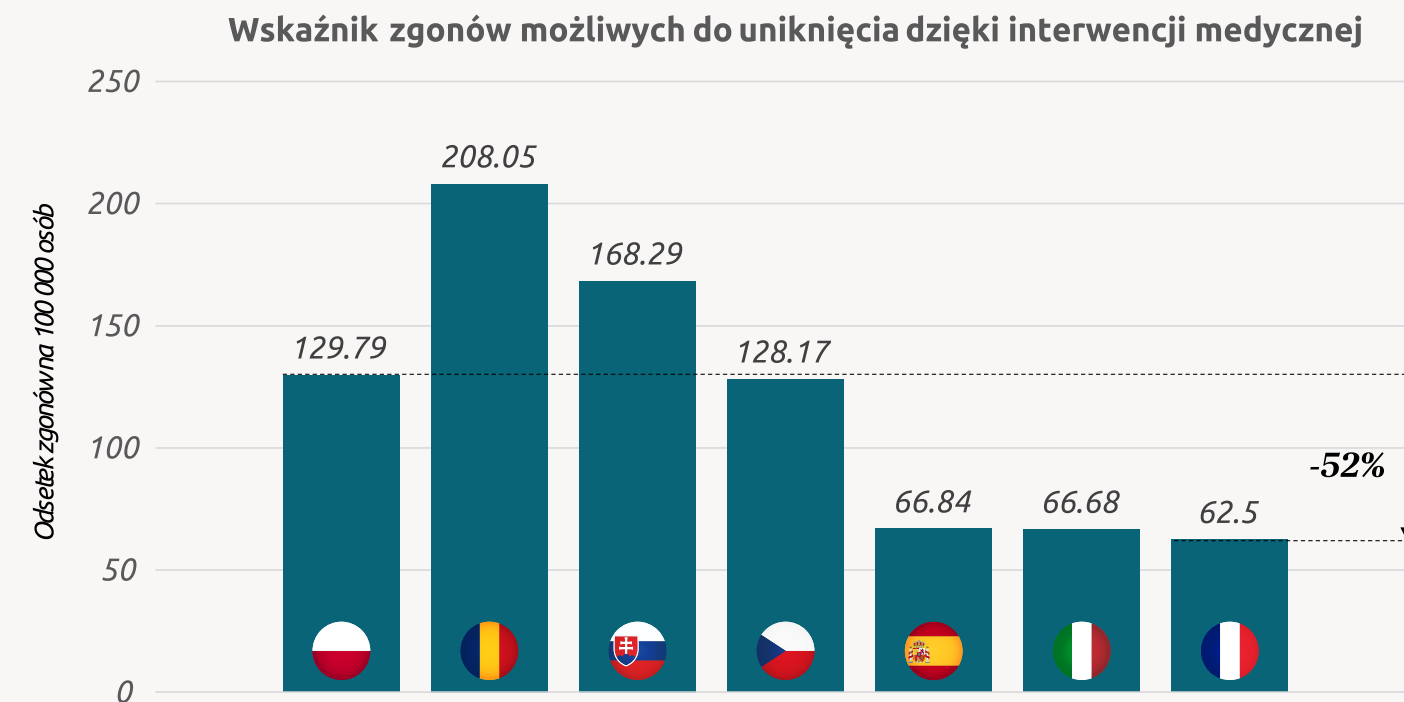
Do porównania w niniejszym opracowaniu wybrano wskaźnik mówiący o zgonach możliwych do uniknięcia dzięki

lepszej jakości interwencji medycznej, gdyż jest to miara dająca większą możliwość porównania sposobu zorganizowania samego systemu oraz jego jakości, a niekoniecznie innych czynników, takich jak edukacja, programy społeczne, jakość infrastruktury czy środowiska. Strategie związane z obniżeniem tego wskaźnika wiązałyby się stricte z poprawą jakości i dostępności świadczeń, będących w gestii planistów zabezpieczenia zdrowotnego kraju.

Dane dotyczące poziomu wskaźnika zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej dla wybranych krajów Europy przedstawia Rysunek 11. Do porównania przyjęto kraje, które mogą stanowić odnośnik dla Polski w różnym ujęciu. Rumunia i Słowacja to kraje regionu Europy środkowowschodniej, o podobnym poziomie rozwoju gospodarczego i stopniu finansowania ochrony zdrowia. Czechy wprawdzie również należą do regionu, jednak średni dochód na mieszkańca jest wyższy o około 29% niż w Polsce, a ochrona zdrowia jest lepiej finansowana. Z kolei kraje Europy Zachodniej, takie jak Hiszpania, Włochy czy wreszcie Francja, charakteryzują się dużo wyższym rozwojem gospodarczym i istotnie większym udziałem ochrony zdrowia w PKB (por. Rysunek 1). Wyniki osiągane w wybranych krajach mogą zatem świadczyć o możliwej do uzyskania skali poprawy analizowanego aspektu efektywności systemu.

6 OECD 2019, Avoidable mortality. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3b4fdbf2-en/index.html?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2F3b4fdbf2-en>

Rysunek 11. Skala możliwej do uzyskania poprawy wyników zdrowotnych w wyniku poprawy jakości opieki zdrowotnej w Polsce wobec wybranych krajów Europy



Źródło: Eurostat, Preventable and treatable mortality statistics

Wskaźnik dla Polski wyniósł w 2017 roku 129,79 zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej na 100 000 mieszkańców, i plasował się na zbliżonym poziomie do tego osiąganego w Czechach. Kraje regionu środkowo-wschodniej Europy, Rumunia i Słowacja, osiągały wyniki wyższe, odpowiednio 208,05 i 168,29. Oznacza to, że pod kątem sprawności systemu Polska wyprzedza poziom jaki mógłby być oczekiwany w związku z poziomem finansowania. Wyraźnie jednak widać, że kraje bardziej rozwinięte, takie jak Hiszpania, Francja czy Włochy, osiągały wyniki nawet o ok. 50% lepsze niż Polska. Może to świadczyć o wyższej jakości w systemie ochrony zdrowia w tych krajach, związanej przykładowo z lepszą dostępnością wybranych świadczeń

8. WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Globalna pandemia SARS-CoV2

Rozprzestrzeniająca się od końca 2019 roku pandemia wirusa SARS-CoV2 wywołała bezprecedensowe skutki dla społeczeństw na całym świecie. Do listopada 2020 globalnie zanotowano ponad 59 milionów przypadków i prawie 1,4 miliona zgonów. Najwięcej przypadków zdiagnozowano w Stanach Zjednoczonych (12,6 milionów zarażonych i 263 tysiące zgonów) i w Indiach (9,1 mln zarażonych i 134 tysiące zgonów). W Europie w najcięższej sytuacji były Francja, Hiszpania i Wielka Brytania oraz Włochy, gdzie liczba zakażonych w listopadzie 2020 wyniosła sumarycznie około 6,7 mln, z czego niemal 200 tysięcy osób zmarło. W Polsce do 22 listopada zanotowano ponad 861 tys. przypadków i niemal 14 tysięcy zgonów. Sytuacja cały czas zmienia się w bardzo dynamicznym tempie. Kolejne fale zachorowań na świecie przynoszą coraz to nowe rekordy. Dzielne przyrosty liczby zakażonych na świecie w maju wahały się w okolicy 90 tysięcy przypadków. W sierpniu było to już około 270 tysięcy, a w pierwszej połowie listopada codziennie diagnozuje się około 560 tysięcy zachorowań na COVID-19. W momencie przygotowania niniejszego opracowania sytuacja epidemiologiczna na świecie pozostaje niestabilna, w związku z czym należy podchodzić ze wzmożoną ostrożnością do oceny jej ostatecznego wpływu na społeczeństwa.

Na rysunku 12 zaprezentowano prędkość rozwoju pandemii w wybranych krajach Europy, w okresie od początku marca do listopada 2020. Prezentowane dane obrazują skalę pandemii w trakcie pierwszej wiosennej fali zachorowań, gdzie w szczycie w Hiszpanii notowano niecałe 200 nowych przypadków na milion mieszkańców, a także jej rozwój w kolejnych miesiącach, uwzględniając nadejście jesiennej fali na przełomie października i listopada. W każdym spośród

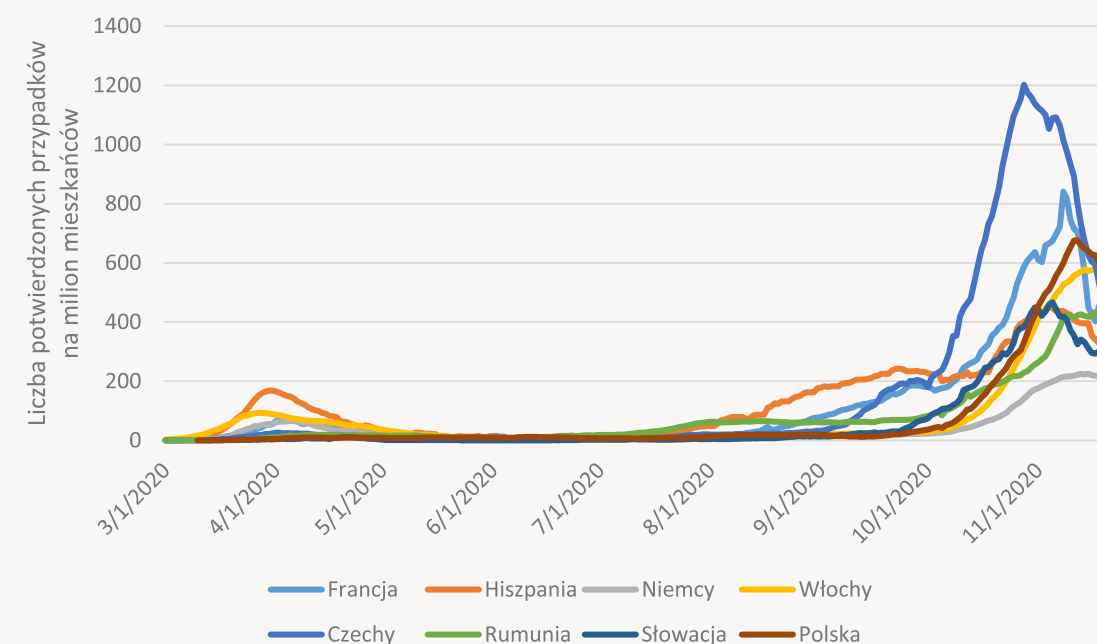
lub szybszej reakcji systemu na występujące u pacjentów potrzeby.

Obserwowane różnice to wyraźny sygnał, że lepsza jakość opieki medycznej przynosi wymierne korzyści w zakresie uzyskiwanych wyników zdrowotnych, choć równocześnie nie jest możliwe zredukowanie wskaźnika do zera. Jeżeli jednak inne kraje są w stanie osiągać w tym zakresie wyniki o wiele niższe niż Polska, można przypuszczać, że również w naszym kraju istnieje szansa na uzyskanie znacznej poprawy. Aby to osiągnąć, należy stale pracować nad zwiększeniem jakości i skuteczności w polskim systemie ochrony zdrowia, chociażby poprzez czerpanie dobrych wzorców co do zmian w polityce zdrowotnej kraju.

wybranych krajów europejskich liczba nowych przypadków jesienią znacznie przekroczyła intensywność pierwszej fali. Najtrudniejsza sytuacja obserwowana była w tym okresie w Czechach, gdzie w szczytowym momencie rejestrowano 1200 nowych przypadków koronawirusa na milion mieszkańców. Trajektoria przyrostu zachorowań w Polsce w analizowanym okresie podąża blisko tej rejestrowanej w drugiej fali we Włoszech. Najnowsze dostępne dane na temat Polski mówią o średniej liczbie 560 nowych zachorowań na milion mieszkańców.

W początkowym etapie epidemii większość krajów wprowadziło okresowe zamrożenie gospodarki i wszelkiej aktywności społecznej w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa. W przestrzeni publicznej wprowadzono konieczność zastrzeżenia ust i nosa, ograniczono liczbę osób mogących przebywać w sklepach, restauracjach oraz środkach komunikacji publicznej oraz czasowo zawieszono możliwość organizacji wydarzeń masowych (koncertów, festiwali, konferencji, targów, imprez, wesel, itp.). W wyniku wprowadzonych ograniczeń ucierpiało wiele gałęzi gospodarki, których normalne funkcjonowanie zostało w niektórych przypadkach całkowicie wstrzymane. Wiele firm było zmuszonych do wdrożenia działań ratunkowych, mających na celu istotne obniżenie kosztów. W niektórych przypadkach wiązało się to z redukcją zatrudnienia lub obniżeniem wynagrodzeń pracowników, ograniczeniem działalności promocyjnej i wizerunkowej, a także modyfikacją dotychczasowych strategii i planów działania. Pomimo tego, wiele przedsiębiorstw nie było w stanie przetrwać czasu kryzysu. Pełna skala wpływu na gospodarkę nie jest jednak jeszcze znana, gdyż w momencie powstawania niniejszego opracowania epidemia wciąż jeszcze nie została w pełni opanowana. Nie ulega wątpliwości natomiast, że koronawirus odciśnie się dużym piętnem na funkcjonowaniu gospodarek, tak w Polsce jak i na świecie.

Rysunek 12. Liczba nowych potwierdzonych przypadków na milion mieszkańców (średnia krocząca z 7 dni)



Źródło: Dane publikowane w portalu Our World in Data, dostępna pod adresem <https://ourworldindata.org/coronavirus>, stan na 23 listopada 2020 r.



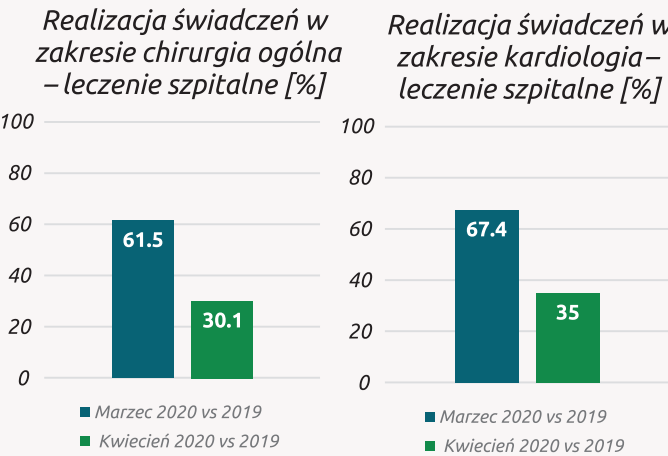
Wpływ COVID na system ochrony zdrowia w Polsce

Pandemia COVID-19 bezsprzecznie wywarła znaczny wpływ na system ochrony zdrowia w naszym kraju. Konieczność przeorganizowania wielu szpitali na jednoimienne w celu przyjęcia osób, które potencjalnie mogły ulec zakażeniu, ograniczyła dostępność do zasobów opieki zdrowotnej. Odnotowano wyraźny spadek liczby wykonywanych procedur wynikający z wprowadzonych ograniczeń w związku z koronawirusem oraz przemianowania części szpitali na jednoimienne szpitale zakażne. W marcu br. liczba zrealizowanych świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej zmalała o blisko 40%, a w kwietniu aż o 70% w porównaniu z zeszłym rokiem. Z kolei w przypadku świadczeń kardiologicznych, w marcu wykonano ich o 33% mniej, natomiast w kwietniu o 65% mniej w porównaniu do ubiegłego roku.

Z drugiej strony wystąpienie pandemii zdecydowanie przyspieszyło w Polsce rozwój telemedycyny. Dla przykładu, jak wskazano w artykule z 27 kwietnia br., w samych placówkach grupy Luxmed od początku marca przeprowadzono 500 tys. konsultacji telemedycznych, co stanowi kilkukrotny wzrost w porównaniu do okresu sprzed epidemii⁷. Choć odmrożenie gospodarki i luzowanie obostrzeń związanych z koronawirusem umożliwi częściowy powrót do poprzedniego sposobu kontaktowania się pacjentów z personelem medycznym, to jednak prawdopodobnie popularność telemedycyny nie wróci już do poziomu sprzed pandemii. Jej wygoda, bezpieczeństwo oraz dostępność spowodują, że na stałe zagości w codzienności placówek.

7 <https://www.politykazdrowotna.com/57910,telemedycyna-wychodzi-na-prowadzenie>

Rysunek 13. Realizacja świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, porównanie marzec-kwiecień 2019 wobec 2020



Źródło: Dane zaprezentowane przez Daniela Rutkowskiego (Narodowy Fundusz Zdrowia) podczas HCC, sesja p.t.: „O sieci szpitali i nie tylko kilka pytań w czasach pandemii”, 14 maja 2020 r. https://www.youtube.com/watch?v=17y6W PqAg&feature=emb_title&fbclid=IwAR0kM96rgmmnTwl6JtVjaLcR-PXIQVCqXhX7Vzjk0gHBjIKlnZGyzG4WrUbs

Sytuacja finansowa NFZ w dobie pandemii

Niepewność co do przyszłej sytuacji makroekonomicznej w kraju rodzi pytania co do stabilności budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego głównym źródłem finansowania w polskim systemie ochrony zdrowia. Większość wpływów do kasy NFZ pochodzi ze składek pracowniczych. Zatem wykazuje on zależność od zatrudnienia, od poziomu wynagrodzeń, od rozwoju gospodarczego, od prędkości powstawania nowych miejsc pracy. Ograniczenia na wiele gałęzi gospodarki, jakie przyniosła ze sobą pandemia, będą miały realny wpływ na wszystkie wymienione zjawiska. Upadające

przedsiębiorstwa będą zmuszone zwalniać pracowników lub redukować ich wynagrodzenie, będą ostrożniej podejmować decyzje o tworzeniu nowych miejsc pracy, ale też o zakupie dóbr i usług u innych graczy rynkowych. W zależności zatem od kondycji polskiej gospodarki, do Funduszu może wpłynąć kwota niższa, niż zakładana.

Z analiz Think Tanku Public Policy wynika, że w zależności od siły wpływu koronawirusa na gospodarkę w dwóch podstawowych parametrach: stopie bezrobocia oraz stopie wzrostu gospodarczego, wpływy do Funduszu mogą być niższe nawet o 24 mld zł w wariancie skrajnie pesymistycznym. Szczegółowe dane prezentuje Tabela 2.

Tabela 2. Macierz wpływu wskaźników makroekonomicznych na wpływy ze składki do NFZ

Zmiana PKB w 2020			
	1,00%	-1,5%	-6,0%
bez zmian (aktualne 5,5%)	+1,0mld zł	-1,3mld zł	-5,5mld zł
-2%	-1,0mld zł	-3,2mld zł	-7,3mld zł
-4%	-2,9mld zł	-5,2mld zł	-9,2mld zł
-6%	-4,9mld zł	-7,1mld zł	-11,1mld zł
-8%	-6,9mld zł	-8,9mld zł	-12,9mld zł
-10%	-8,9mld zł	-11,0mld zł	-19,8mld zł
-15%	-13,9mld zł	-15,9mld zł	-19,4mld zł
-20%	-18,9mld zł	-20,7mld zł	-24,0mld zł

Źródło: Przychody Narodowego Funduszu Zdrowia zagrożone”, <https://publicpolicy.pl/przychody-nfz/#more-32>, 7 kwietnia 2020

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia potwierdza, że w pierwszej połowie 2020 roku spadek wpływów ze składki wyniósł ok. 4 miliardy PLN. Część tej kwoty została jednak uzupełniona przez wpływy z innych źródeł, m.in. ZUS⁸. Dodatkowym zabezpieczeniem sytuacji finansowej Funduszu, a zatem i dostępności do świadczeń zdrowotnych, jest ustawa promesa zwiększenia finansowania ochrony zdrowia do poziomu 6% w 2024 roku, która precyzyjnie definiuje kwoty, jakie Polska będzie przeznaczać na ten cel. W przypadku niedostatecznego wpływu ze składek, dodatkowe środki miałyby pochodzić wówczas w większej ilości z budżetu państwa⁹.

W dalszym ciągu nie wiadomo jednak, jak będzie wy-

glądać sytuacja finansowa państwa w przyszłości. Dlatego już teraz konieczne jest planowanie, jak będzie finansowana ochrona zdrowia w przypadku zrealizowania się jednego z niekorzystnych scenariuszy. Priorytetem powinno być zapewnienie ludności bezpieczeństwa w zakresie ochrony zdrowia, i poleganie na elementach systemu wykazujących większą efektywność przy niższym koszcie.

8 Termedia, „Adam Niedzielski o mniejszej ściągalskość składki zdrowotnej”, 7 lipca 2020, <https://www.termedia.pl/mz/Adam-Niedzielski-o-mniejszej-sciagalnosc-skladki-zdrowotnej,38644.html>
9 Termedia, „Prezes Niedzielski o finansach NFZ”, 6 lipca 2020, <https://www.termedia.pl/mz/Prezes-Niedzielski-o-finansach-NFZ,38609.html>

Rekomendacje

1. W definiowaniu kierunków rozwoju systemu Polska powinna czerpać pomysły oraz dobre wzorce od krajów, którym udało się osiągnąć poprawę efektów zdrowotnych dzięki modyfikacji polityki zdrowotnej, takich jak Estonia, Portugalia czy Słowenia, które w ostatnich latach osiągnęły większy postęp w zakresie wyników zdrowotnych wobec zainwestowanych środków. W tych krajach widoczne jest przesunięcie wydatkowania w stronę rozwiązań zdalnych, do których można zaliczyć ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, wydatki na leki Rx oraz diagnostykę i prewencję. Polska powinna podążać za światowymi trendami przesuwającymi opiekę z leczenia stacjonarnego w stronę rozwiązań bardziej efektywnych kosztowo, umożliwiających szersze wykorzystanie technologii oraz zdalną opiekę nad pacjentem. Lecznictwo szpitalne wciąż stanowi w Polsce relatywnie wysoki odsetek całkowitych wydatków na ochronę zdrowia, podczas gdy inne elementy systemu pozostają na niższym poziomie. Większy nacisk na opiekę ambulatoryjną i rozwiązania zdalne przy zmniejszeniu względnego znaczenia kosztownej opieki stacjonarnej jest elementem racjonalizacji wydatków w systemie ochrony zdrowia.

2. Miarą sukcesu polityki zdrowotnej powinny być obiektywne wskaźniki opisujące faktyczny stan zdrowotny społeczeństwa, jak chociażby obciążenie chorobami przewlekłymi mierzone za pomocą DALY lub miary określające możliwą do uniknięcia przedwczesną śmiertelność. Przykłady z krajów Europy wskazują, że skala możliwej do uzyskania poprawy w Polsce wobec najefektywniejszych krajów waha się w zależności od wybranego wskaźnika od 20 aż do 50%. Zasadnym jest zatem, aby zdefiniować w krajowych projektach polityki zdrowotnej docelowych poziomów wskaźników efektywności, aby umożliwić późniejszą ocenę skuteczności inicjatywy.

3. Aktualna światowa sytuacja epidemiologiczna wymusza na systemie ochrony zdrowia szybszą adaptację do nowej rzeczywistości, tak w zakresie wykorzystywanych narzędzi, jak i przygotowania się na konsekwencje jakie niesie ze sobą koronawirus:

a. Pacjenci będą oczekiwać większej elastyczności i możliwości wykorzystania rozwiązań telemedycznych, ograniczających bezpośrednie kontakty z personelem. Polski system powinien kontynuować rozwój w zakresie digitalizacji ochrony zdrowia i poszerzać zakres usług i świadczeń dostępnych dla pacjentów online.

b. Przestój w wykonywaniu świadczeń spowodowany zamrożeniem aktywności społecznych w związku z epidemią będzie związany z pogorszeniem stanu pacjentów w wielu obszarach terapeutycznych (m.in. w onkologii, w związku np. z opóźnieniem diagnostyki), co będzie stanowić dodatkowe obciążenie systemu. Należy zatem intensyfikować działania mające na celu adresowanie ryzyk związanych z pandemią, w tym dotarcie do wrażliwych populacji, które doświadczyły ograniczeń w dostępie do świadczeń w związku z pandemią.



