

Ochrona zdrowia w Polsce i Europie.

CZY CZEKA NAS REWOLUCJA?



CENTRUM
STOSUNKÓW
MIĘDZYNARODOWYCH

komentarz

8/2015

www.csm.org.pl



Jakub Gołąb

Ekspert CSM. Absolwent UW i SGH. Pracował m.in. jako doradca Marszałka Sejmu ds. międzynarodowych i rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia. Specjalizuje się w międzynarodowych aspektach polityki społecznej ze szczególnym uwzględnieniem sektora zdrowia publicznego. Był rzecznikiem Polskiej Prezydencji w Radzie UE w zakresie ochrony zdrowia. Wcześniej pracował w izbie gospodarczej, międzynarodowej korporacji i mediach.

Beata Szydło, kandydatka Prawa i Sprawiedliwości na premiera, zapowiedziała niedawno, że w przypadku wygranej tej partii w nadchodzących wyborach parlamentarnych zlikwiduje Narodowy Fundusz Zdrowia. PiS proponuje też odbiurokratyzowanie usług medycznych, bezpieczeństwo i dostęp do bezpłatnej służby zdrowia dla pacjentów, zachowanie jej publicznego charakteru, odejście od prywatyzacji szpitali itp. Również podczas przemówienia w dniu zaprzysiężenia, prezydent Andrzej Duda wskazywał na konieczność pilnych zmian w dziedzinie ochrony zdrowia. Jak wygląda ten sektor w Polsce na tle Europy i czy wymaga systemowej rewolucji?

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE I EUROPIE.

CZY CZEKA NAS REWOLUCJA?

| Jakub Gołąb

2 ●

Kiedy nie jesteśmy pewni opinii, warto odwołać się do faktów – w tym przypadku powszechnie uznawanego, corocznego raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) *Health at a Glance: Europe 2014*.

Polska na tle Europy

W dokumencie czytamy, że wydatki przeznaczane na ochronę zdrowia w Polsce stanowią 6,8% dochodu narodowego, przy czym średnia w krajach UE to 8,7%. Najwięcej, bo ponad 10% PKB wydają tradycyjnie zamożne kraje tzw. "starej Unii" – Holandia, Francja, Niemcy czy Dania. Na końcu zestawienia znajdziemy Rumunię i państwa bałtyckie, a Polska jest piąta od końca, znacznie poniżej średniej.

Nasz kraj wydaje zatem mniej na ochronę zdrowia (per capita i relatywnie do PKB) nie tylko w porównaniu z państwami Zachodniej Europy, ale także w porównaniu z sąsiadami w Europie Środkowej, a więc krajami o podobnym poziomie zamożności, co Polska. Warto zauważyć, że około 4% z tej kwoty to wydatki publiczne. Reszta to tzw. wydatki *out of pocket*.

Oczywiste jest, że specyfika wydatków na ochronę zdrowia powoduje, że rosną one wraz ze wzrostem zamożności społe-

czeństw. Trudno więc spodziewać się, że Polska – na obecnym poziomie rozwoju – będzie wydawać na ochronę zdrowia 10% czy 11% PKB. Oznacza to jednak, że zakres i jakość świadczonych usług będą odbiegać od standardów w państwach zamożniejszych.

Różnice w nakładach przekładają się również na oczekiwaną jakość i długość życia: choć żyjemy coraz dłużej, nadal istnieją duże różnice zarówno między poszczególnymi państwami, jak i wewnątrz nich. Od 1990 r. oczekiwana długość życia w chwili urodzenia w państwach członkowskich UE zwiększyła się średnio o ponad pięć lat. Między państwami o najwyższej (Hiszpania, Włochy i Francja) i najniższej (Litwa, Łotwa, Bułgaria i Rumunia) oczekiwanej długości życia utrzymuje się jednak różnica wynosząca około osiem lat. Polska znajduje się w II połowie tabeli, lecz mimo to średnia długość życia systematycznie wzrasta.

Mężczyźni i kobiety z wyższym wykształceniem żyją średnio o siedem lat dłużej i cieszą się lepszym zdrowiem. W niektórych państwach Europy Środkowo-Wschodniej 65-letni mężczyźni z wyższym wykształceniem mogą oczekiwać, że będą żyć od czterech do siedmiu lat dłużej, niż mężczyźni z wykształceniem podstawowym i

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE I EUROPIE.

CZY CZEKA NAS REWOLUCJA?

| Jakub Gołąb

3 ●

zawodowym. W państwach Unii Europejskiej kobiety o żyją średnio sześć lat dłużej niż mężczyźni.

Postępy w leczeniu chorób zagrażających życiu, takich jak zawały serca, udary i nowotwory, doprowadziły do zwiększenia wskaźnika przeżywalności w większości krajów europejskich. W latach 2000–2011 wskaźniki śmiertelności po przyjęciu do szpitala z powodu ataku serca obniżyły się średnio o 40%, a z powodu udaru o ponad 20%. W większości państw poprawił się też wskaźnik przeżywalności w najczęściej występujących chorobach nowotworowych. W Polsce wskaźnik ten w przypadku raka szyjki macicy był jednak o ponad 20% niższy, niż w Austrii i Szwecji, będących na czele zestawienia.

Właśnie przeżywalność odzwierciedla postępy we wdrażaniu i dostępności zaawansowanych terapii, skuteczność i upowszechnianie programów przesiewowych, poziom profilaktyki i świadomość społeczną. To wszystko przekłada się na ocenę efektywności systemów ochrony zdrowia. Wskaźnik przeżywalności w przypadku raka piersi był w Polsce o prawie 20% niższy, niż np. w Szwecji. Ponadto, niemal we wszystkich państwach UE poprawiły się wskaźniki pięcioletniej przeżywalności w

przypadku raka piersi, osiągając powyżej 80% - z wyjątkiem Polski. Wśród przyczyn tej sytuacji mogą leżeć wciąż ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej w Polsce, mniejsza liczba ośrodków leczenia chorób nowotworowych, czy ośrodków radioterapii.

Wskaźniki te mają też swoje odzwierciedlenie w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI), oceniającym systemy ochrony zdrowia w krajach członkowskich UE. Polska zajęła 31. miejsce na 37 możliwych i jako jeden z niewielu badanych krajów miała w 2014 r. wynik gorszy, niż w 2013 r. Słabiej od Polski wypadły jedynie Serbia, Czarnogóra oraz Bośnia i Hercegowina. Z krajów unijnych – Rumunia i Litwa.

To między innymi powyższe fakty były powodem wprowadzenia w Polsce tzw. pakietu onkologicznego w styczniu 2015 r. Rozwiązania te mają usprawnić obsługę pacjentów przez placówki medyczne i umożliwić wykrywanie chorób we wczesnym stadium, co ma bezpośredni wpływ na poprawę wskaźników przeżywalności.

Zmiany demograficzne

Mimo utrzymujących się dużych różnic w stanie zdrowia mieszkańców państw euro-

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE I EUROPIE.

CZY CZEKA NAS REWOLUCJA?

| Jakub Gołąb

4 ●

pejskich i niezadowalającego tempa zmian, żyjemy coraz dłużej. W rezultacie narasta problem chorób przewlekłych, stających się coraz większym wyzwaniem zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, jak i zabezpieczenia społecznego.

Coraz więcej uwagi poświęca się problemowi starzenia się społeczeństwa. Proces ten prowadzi do zachwiania proporcji między osobami w wieku produkcyjnym oraz w wieku poprodukcyjnym. Obecnie na 100 osób pracujących przypada 29 osób w wieku emerytalnym. W perspektywie najbliższych pięćdziesięciu lat proporcje te się zrównają. To poważne wyzwanie nie tylko dla systemu emerytalnego czy ochrony zdrowia, ale i całej gospodarki.

Najbliższe lata przyniosą dynamiczny wzrost kosztów utrzymania systemów ochrony zdrowia. Wydatki te wrosną zwykle szybciej, niż PKB – w Polsce nawet trzykrotnie. Jest to poważny problem społeczny i polityczny praktycznie w każdym kraju. Również w tych, które chcielibyśmy traktować jako wzory do naśladowania.

Modele ochrony zdrowia

Ważne jest jednak, co, do czego i według jakich kryteriów porównujemy. W państwach Unii Europejskiej i USA organizacja

ochrony zdrowia opiera się na czterech zasadniczych modelach i ich wariacjach: modelu Bismarckowskim (ubezpieczeniowym), Beveridge'a, rezydującym i Siemaszki.

Podstawowym celem modelu Bismarcka jest ochrona społeczeństwa przed utratą zdrowia. Charakterystyczną cechą tego modelu stanowi sposób finansowania sektora ochrony zdrowia - poprzez obligatoryjne składki zdrowotne uiszczane przez pracodawcę i pracownika. W ramach tego modelu funkcjonują kasy chorych, pełniące rolę funduszu ubezpieczeniowego. Elementy modelu Bismarcka można znaleźć w systemach opieki zdrowotnej Niemiec, Austrii, Belgii, Francji, Holandii czy Polski.

Model Beveridge'a (model budżetowy) ukształtował się po II wojnie światowej. Jego główną cechą jest zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim obywatelom oraz zapewnienie powszechnego i szerokiego zakresu bezpłatnych usług zdrowotnych niezależnie od zamożności obywateli. Model zakłada równość dostępu do usług zdrowotnych. Ochrona zdrowia finansowana jest ze środków publicznych. Środki finansowe pochodzące z podatków wchodzi w skład budżetu centralnego, gdzie są rozdzielane pomiędzy poszczegól-

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE I EUROPIE.

CZY CZEKA NAS REWOLUCJA?

| Jakub Gołąb

5 ●

nymi sektorami lub trafiają bezpośrednio do budżetów lokalnych. Elementy tego modelu można znaleźć w systemach opieki zdrowotnej Danii, Szwecji, Grecji, Irlandii czy Anglii.

Model rezydualny (rynkowy) opiera się na odrzuceniu przez państwo konieczności zapewnienia obywatelom dostępu do usług medycznych. System ochrony zdrowia jest finansowany przez składki uiszczane w ramach prywatnego ubezpieczenia lub w ramach indywidualnej zapłaty za realizowaną usługę. Sektor ochrony zdrowia jest traktowany jako rynek zbytu, na którym dominującą rolę odgrywają popyt i podaż, a pacjent jest klientem. Należy zaznaczyć, że w modelu rezydualnym występuje sektor publiczny, jednak obejmuje on w ramach podstawowej opieki jedynie osoby będące w szczególnej sytuacji życiowej (bardzo biedne, starsze, matki wychowujące dzieci, znajdujące się w szczególnie trudnej sytuacji materialnej). System był charakterystyczny dla gospodarki USA.

Reforma Baracka Obamy, *Affordable Care Act*, czyli tzw. *ObamaCare*, miała ten stan rzeczy zmienić, udostępniając ubezpieczenie zdrowotne przy możliwie jak najniższej cenie osobom, które takiego ubezpieczenia

nie posiadają, a także obniżając wydatki na leczenie.

Niestety koszty ubezpieczeń wzrosły, nie przewidziano też pewnych konsekwencji. Zgodnie z założeniem reformy, pracodawcy zatrudniający więcej niż 50 pracowników na pełny etat muszą zaoferować ubezpieczenie zdrowotne lub płacić karę. W rezultacie niewielkie firmy unikają przekroczenia progu 50 pracowników, inne z kolei redukują etaty, by znaleźć się pod tą granicą.

Firmy ubezpieczeniowe w całych Stanach Zjednoczonych, oferujące najpopularniejsze polisy, rozważają podwyższenie składek zdrowotnych o co najmniej 20 do 40% w 2016 r. Argumentują, że ich nowi klienci, którzy dołączyli do ubezpieczalni, bo *Affordable Care Act* nałożył na nich obowiązek posiadania polisy medycznej, okazali się bardziej wymagający, niż przypuszczano. Poza tym firmy ubezpieczeniowe wyliczają inne wysokie koszty, które ponoszą, w tym ceny specjalistycznych leków, jakie muszą refundować. Może się więc okazać, że koszty polis znów przestaną być w zasięgu wielu obywateli USA.

Obama dokonał największej rewolucji w służbie zdrowia od 1965 r., kiedy opiekę medyczną uzyskali emeryci i niepełno-

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE I EUROPIE.

CZY CZEKA NAS REWOLUCJA?

| Jakub Gołąb

6

sprawni. Reforma funkcjonuje, tyle że rzeczywistości bardzo daleko do spełnienia nadziei, jakie z nią wiązano.

Model Siemaszki (scentralizowana ochrona zdrowia) obowiązywał w krajach socjalistycznym po zakończeniu II wojny światowej i funkcjonował do lat 90. XX wieku. Oparty był na koncepcji narodowej służby zdrowia. Głównym założeniami były centralizacja organizacji i finansowania sektora ochrony zdrowia oraz pełna kontrola państwa. Koszty działalności ochrony zdrowia pokrywano ze środków pochodzących z budżetu państwa. Zgodnie z przyjętym modelem, własnością państwa były wszystkie zakłady opieki zdrowotnej realizujące świadczenia medyczne. Sektor ochrony zdrowia traktowano jako nieprodukcyjny dział gospodarki narodowej. Model Siemaszki funkcjonował głównie w państwach Europy Środkowo-Wschodniej, m.in. Czechosłowacji, Węgrzech czy Polsce.

Powyższe modele różnią się głównie sposobem finansowania sektora ochrony zdrowia. System Bismarckowski opiera się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, system Beveridge'a jest finansowany z podatków ogólnych, a rezydualny zakłada finansowanie indywidualne oraz dobrowolne przez każdego obywatela.

Swego czasu w Polsce zwykło się stawiać za wzór holenderski system ochrony zdrowia. Nie bez przyczyny. Pod względem dostępności leczenia i jego efektywności, Holandia zajmuje czołowe miejsca w rankingach. Również we wspomnianym już raporcie OECD Holandia przoduje, przeznaczając około 12% PKB na ochronę zdrowia.

Teoria a praktyka

Jeśli jest tak dobrze, to czy model holenderski da się zastosować w Polsce? Niestety jak wszędzie, tak i tu rzecz rozbija się o pieniądze. Holenderski system ochrony zdrowia jest niezwykle kosztowny, a wydatki wciąż rosną. Obecnie stanowią 13% PKB i rosną w tempie około 4% rocznie, a do 2040 r. mogą osiągnąć nawet 30% PKB! Nie wytrzyma tego żaden budżet. Powodem problemów jest opisane już starzenie się społeczeństwa.

Pomysły sygnalizowane przez Prawo i Sprawiedliwość, mimo że nie znamy jeszcze wszystkich szczegółów propozycji, to w istocie model Beveridge'a: zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim obywatelom, powszechny i szeroki zakres bezpłatnych usług zdrowotnych niezależnie od statusu materialnego, równość dostępu

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE I EUROPIE.

CZY CZEKA NAS REWOLUCJA?

| Jakub Gołąb

7 ●

do usług zdrowotnych, finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych, decyzje o finansowaniu świadczeń zdrowotnych o charakterze centralnym.

Tyle, że nawet najlepsze modele nie wytrzymują dziś próby wydajności. Wszystkie europejskie systemy ochrony zdrowia stają przed ogromnymi wyzwaniami związanymi ze starzeniem się społeczeństw, co ma największy wpływ na wzrost kosztów ochrony zdrowia. Wszystkie będą musiały się zmieniać i dostosowywać. Nie można liczyć na proste recepty i uniwersalne rozwiązania.

Całą Europę czeka dyskusja i konfrontacja ze zmieniającą się rzeczywistością, dotyczy to również Polski. Z całą pewnością czekają nas zmiany i modyfikacje. Będziemy obserwować powstawanie nowych, odpowiadających nowym wyzwaniom modeli.

Teoria ewolucji polega na zmianach organizmów w czasie, prowadzących do powstania nowych gatunków, lepiej przystosowanych do środowiska naturalnego. Nie inaczej jest z ochroną zdrowia. Ewolucja to długi proces.

Literatura:

- 1] Raport OECD *Health at Glance: Europe 2014*.
- 2] *Euro Health Consumer Index 2014*, <<http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>>.
- 3] *Wskaźnik obciążenia demograficznego*, <https://mojepanstwo.pl/dane/bdl_wskazniki/298,wskaznik-obciazenia-demograficznego>.
- 4] *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 – 2020*.
- 5] Kautsch M., Whitfield M., Klich J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001.
- 6] Rutkowska-Podołowska M., Popławski Ł., Zaleska-Tsitini M., *Health care policy in Poland and in selected European Union countries: Attempts at reducing fast increasing medical care costs*, The Małopolska School Of Economics in Tarnów, Papers Collection, Vol. 19, Iss. 2, 2011.
- 7] *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia*, Ernst&Young 2011.

Jakub Gołąb

CSM jest niezależnym, pozarządowym ośrodkiem analitycznym zajmującym się polską polityką zagraniczną i najważniejszymi problemami polityki międzynarodowej. Fundacja została zarejestrowana w 1996 r. CSM prowadzi działalność badawczą i edukacyjną, wydaje publikacje, organizuje konferencje i spotkania, uczestniczy w międzynarodowych projektach we współpracy z podobnymi instytucjami w wielu krajach. Tworzy forum debaty i wymiany idei w sprawach polityki zagranicznej, relacji między państwami oraz wyzwań globalnego świata. Działalność CSM jest adresowana przede wszystkim do samorządowców i przedsiębiorców, a także administracji centralnej, polityków, dyplomatów, politologów i mediów. W 2009 r. CSM został uznany za jeden z najlepszych think tanków Europy Środkowo-Wschodniej w badaniu „The Leading Public Policy Research Organizations In The World” przeprowadzonym przez Uniwersytet Pensylwanii.

Centrum Stosunków Międzynarodowych ul. Mińska 25, 03-808 Warszawa t: +48 22 646 52 67

 www.twitter.com/CIR_CSM

 www.facebook.com/CIR.CSM



CENTRUM
STOSUNKÓW
MIĘDZYNARODOWYCH