



ZACZNIJMY **LECZYĆ** **EFEKTYWNIEJ**

Podczas panelu „System ochrony zdrowia w Polsce na tle wybranych państw Unii Europejskiej. Skąd czerpać wzorce?” na międzynarodowej konferencji „Priorities and challenges in Polish and European drug policy”

OMAWIANO MOŻLIWY WZROST EFEKTYWNOŚCI W KONTEKŚCIE STRUKTURY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA. Ekspertcy przyznali, że konieczna jest reorganizacja oraz zwiększenie wydatków.

Raport pt. „Wzrost efektywności i struktura systemu ochrony zdrowia – lekcje dla Polski na tle innych krajów” pokazuje, skąd czerpać wzorce, żeby poprawiać efektywność wykorzystania środków finansowych. Unaocznia też stan zdrowia polskiej populacji. Z dokumentu wynika, że w naszym kraju wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB należą do najniższych w Europie – wynoszą ok. 4,6 proc. PKB. Od 2024 r. Polska ma dążyć do osiągnięcia 6 proc. PKB przeznaczanych na ochronę zdrowia.

– Powinniśmy już teraz zacząć społeczne dyskusje o tym, czy te 6 proc. będzie wystarczające. Jeśli rozejrzemy się po Europie, to okaże się, że inne kraje wydają średnio 8–9 proc. PKB na zdrowie. Ważne jest jednak pytanie o zgodę spo-

łeczną na zwiększenie wydatków na ten cel, a także czy to obciążenie ma dotyczyć pracodawców, pracowników bądź w jakiejś części obu tych grup – mówił prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego i były wiceminister zdrowia.

Dla porównania, w USA wydatki na ochronę zdrowia sięgają 17 proc. PKB. Jeśli chodzi o kraje Unii Europejskiej, Polska zostaje w tyle o jakieś 3 punkty procentowe. – Mówimy o kilkudziesięciu miliardach złotych różnicy. Żeby zobrazować, ile moglibyśmy osiągnąć, zwiększając odsetek PKB przeznaczany na zdrowie, można wymienić chociażby najbardziej innowacyjne technologie finansowane w programach lekowych, które kosztują rocznie ok. 4 mld zł. Na przykład o jedną czwartą można by



zwiększyć dostępność leków – wyliczał Jacek Graliński z Komitetu Farmaceutyki Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce.

Doktor n. med. Włodzimierz Kubiak zauważył, że tak niski procent PKB na ochronę zdrowia nie ma uzasadnienia ekonomicznego, ponieważ Polska jest na drugim miejscu wśród 40 największych gospodarek na świecie pod względem wzrostu PKB na mieszkańca, jaki dokonał się w czasie ostatnich 30 lat. W tym czasie nasz PKB zwiększył się około 10-krotnie. – *Uplasowaliśmy się zaraz po Chinach, gdzie PKB wzrosło ok. 30 razy. To pokazuje, jak ogromny sukces odniosła Polska – mówił.*

Nie potwierdziły się też prognozy dotyczące mniejszego wpływu do budżetu z tytułu składek zdrowotnych z powodu pandemii. – *Wydaje się, że gospodarka ma się całkiem dobrze. Tym bardziej tak niski procent PKB na ochronę zdrowia, jaki mamy obecnie, nie znajduje uzasadnienia – dodał prof. Marcin Czech.*

POLITYKA LEKOWA

W polityce lekowej mamy zapisane przeznaczanie na leki 16,5–17 proc. z puli wydatków na ochronę zdrowia. Zdaniem prof. Marcina Czecha w tym obszarze są jeszcze pewne rezerwy. – *Nie chodzi o to, żeby wczesne interwencje konsumowały znaczną część budżetu, ale żeby wcześniej uchwycić problemy zdrowotne i je rozwiązywać – mówił współtwórca polityki lekowej na lata 2000–2022.*

Jak przekonywał, w ostatnich latach dokonało się wiele pozytywnych zmian w polityce lekowej. Sprawnie podejmowane są decyzje refundacyjne. W czasie pandemii nie ukazała się jedna lista refundacyjna. Została opublikowana pierwsza lista leków o wysokim stopniu innowacyjności. To skraca czas dostępu do rynku i daje nadzieję na nadrobienie zaległości pod tym względem. »

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Marcin Czech** – prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego
- **Jacek Graliński** – przewodniczący Komitetu Farmaceutycznego AmCham
- **Dominika Krupa** – Fundacja im. Leśława A. Pagi, Liderzy Ochrony Zdrowia
- **Łukasz Szmulski** – dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia
- **prof. dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski** – Komitet Zdrowia Publicznego, Polska Akademia Nauk



» Kolejną ważną zmianą systemową wymienianą przez prof. Marcina Czecha jest plan dla chorób rzadkich, gdzie dużo miejsca poświęcono polityce lekowej. Lepiej działają też mechanizmy antywywozowe. W czasie pandemii zdały egzamin rozwiązania informatyczne, szczególnie e-recepta i teleporady.

– *Patrząc na problem szerzej, wymieniłbym Fundusz Medyczny, który jest częścią polityki lekowej i na który wszyscy patrzymy z dużą nadzieją. Mamy szansę na pozytywną zmianę, pod warunkiem jednak, że będzie finansowany na odpowiednim poziomie* – zaznaczył prof. Marcin Czech.

ŁUKASZ SZMULSKI

Demografii nie da się oszukać, ale wyzwaniem jest wyptaszczenie nadciągającej fali



Ekspert wymienił też szereg problemów do rozwiązania, przede wszystkim nowelizację ustawy refundacyjnej. – *Stoimy przed nowymi wyzwaniami, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w zapisach prawa, m.in. dotyczących finansowania terapii genowych i komórkowych. To tylko jedna z 30–40 zmian, które należałoby ująć w nowelizacji ustawy refundacyjnej* – stwierdził.

Łukasz Szmulski, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, przekonywał, że jeśli chodzi o zmiany w systemie ochrony zdrowia, w tym polityce lekowej, zapewne udałoby się zrobić więcej, ale pandemia spowodowała zatrzymanie tego procesu. Wszystkie siły i środki zostały skierowane do walki z koronawirusem.

– *Musielśmy się zmierzyć z nową sytuacją. Sporo prac zostało odłożonych na bok. Teraz wracamy do planowanych zmian, m.in. ustawy o prawie farmaceutycznym, dotyczących obrotu lekami, dystrybucji, żeby pacjent miał zapewniony dostęp do nowoczesnych terapii. W trakcie procedowania jest nowelizacja ustawy refundacyjnej* – wymienił Łukasz Szmulski.

Ważną zmianą jest też wzmocnienie roli farmaceuty, czego przykładem jest możliwość prowadzenia szczepień oraz sprawowania opieki farmaceutycznej. Niedawno weszła w życie ustawa o zawodzie farmaceuty. Łukasz Szmulski przypomniał, że jesienią ruszy pilotaż opieki farmaceutycznej. Niebawem kilkaset aptek w Polsce rozpocznie realizację programu.

Jacek Graliński z Komitetu Farmaceutyki Amerykańskiej Izby Handlowej w Polsce starał się odpowiedzieć na pytanie, co zrobić, aby polscy pacjenci uzyskali większy dostęp do innowacyjnych terapii, a także skąd czerpać wzorce, jeśli chodzi o politykę lekową. Zauważył, że w Polsce nie jest osiągnięty maksymalny próg wydatków na leki, czyli 17 proc. budżetu NFZ.

– *Dobrze by było, gdyby w prawie został wpisany dolny próg wydatków na leki z NFZ na poziomie 16,5 proc., co stanowi egzemplifikację polityki lekowej państwa, a jednocześnie otwarcie dyskusji, czy to nie powinno być więcej niż 17 proc.* – postulował Jacek Graliński.

Jeśli chodzi o dobre wzorce, z których możemy czerpać, ekspert wymienił Estonię, Słowenię i Portugalię, które mają porównywalne PKB na ochronę zdrowia, ale dużo lepszy system zarządzania. – *Oczywiście, niedościgłym wzorcem jest system niemiecki. Tam, kiedy pojawia się skuteczna technologia lekowa, pacjent niemal natychmiast dostaje to leczenie* – mówił Jacek Graliński.

Ekspert zauważył, że z punktu widzenia producentów leków duże znaczenie ma przewidywalny system prawny oraz dialog, który prowadzi do wypracowania dobrej legislacji. Tymczasem średnio tylko 8 na 17 ustaw jest poddawanych konsultacjom społecznym oraz 134 na 190 rozporządzeń. – *Pod względem współpracy szklanka jest do połowy pusta. „Nie” dla legislacji bez dyskusji. Unikajmy błędów złego stanowienia prawa przez wprowadzenie szerokiego dialogu różnych interesariuszy* – podsumował Jacek Graliński.

LECZYMY DROGO I MAŁO EFEKTYWNIE

Pieniądze to jednak nie wszystko. Ważne jest to, w jaki sposób są wydawane. – *Porównując oczekiwaną*



długość życia w Polsce z całociowymi wydatkami, widzimy, że nasz kraj prezentuje się całkiem nieźle na tle innych państw europejskich, ale sporo mamy też do nadrobienia – przekonywała Dominika Krupa, ekspertka w dziedzinie opieki zdrowotnej z Fundacji im. Lesława A. Pagi.

Mimo poprawy sytuacji Polacy wciąż żyją krócej niż obywatele innych krajów europejskich. Zastanawiając się, jak to zmienić, eksperci Fundacji im. Lesława A. Pagi przeanalizowali zmiany w polityce zdrowotnej, które wprowadziły poszczególne państwa w ciągu 20 ostatnich lat. Okazuje się, że wybijają się cztery kraje, którym udało się zwiększyć względną efektywność systemu. Oprócz Polski na tej liście znalazły się też Estonia, Słowenia oraz Portugalia. W Estonii wydatki na sektor zdrowia publicznego zwiększyły się aż o 25 proc., co skutkowało dużym wzrostem efektywności systemu mierzonej uniwersalnym wskaźnikiem oczekiwanej długości życia. W Polsce ten wzrost był na poziomie 19 proc. Osiągane przez nas wyniki były zbliżone do Słowenii i Portugalii, czyli przyrost był zdecydowanie mniejszy w porównaniu z Estonią.

– Pod względem liczby zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce możemy uzyskać poprawę o ponad 50 proc. wobec najlepszych systemów ochrony zdrowia Unii Europejskiej. Pamiętajmy jednak, że śmiertelność nie jest jedynym wskaźnikiem. Jeśli chodzi o obciążenie społeczeństwa chorobami układu krążenia, nowotworami, układu kostno-szkieletowego czy psychicznymi, mówimy o koniecznej poprawie o ok. 20 proc. – wymieniała Dominika Krupa.

Łukasz Szmulski przyznał, że Polska pod tym względem ma pewien deficyt do nadrobienia. Zwrócił jednak uwagę, że nie unikniemy wzrostu liczby zgonów z uwagi na starzenie się roczników powojennego wyżu demograficznego. *– Demografii nie da się oszukać, ale wyzwaniem jest wyplaszczanie tej nadciągającej fali – powiedział.*

Wspomniany raport pokazuje, że w Polsce leczymy nie tylko mało efektywnie, lecz także drogo. Pod względem struktury wydatków wysoki udział ma lecznictwo szpitalne, a znacznie mniejszy ambulatoryjne, diagnostyka i profilaktyka, czyli elementy znacznie tańsze niż hospitalizacja. Udział hospitalizacji w systemie ochrony zdrowia w Słowenii wynosi 28 proc., a w Portugalii 13 proc. Polska przeznaczona na ten cel 42 proc., co stanowi ponad 50 proc. wydatków NFZ.

– Analizy dotyczące kosztochłonności poszczególnych elementów pokazują, że zaangażowanie czasu i personelu, wykorzystanie infrastruktury oraz koszty każdej pojedynczej interwencji w lecznictwie szpitalnym są bardzo wysokie. Niejednokrotnie jest możliwe uzyskanie zbliżonego efektu przy użyciu tańszych instrumentów polityki zdrowotnej, co pokazują przykłady z innych krajów – mówiła Dominika Krupa.

Jacek Graliński zwrócił uwagę, że aby zoptymalizować system ochrony zdrowia, warto nie tylko przesunąć część procedur na poziom AOS oraz większy nacisk położyć na profilaktykę, ale też wprowadzić leczenie skoordynowane. Niewykorzystanym potencjałem są

lekarze rodzinni. *– Jeśli wyposażymy lekarzy POZ we wszystkie potrzebne narzędzia do zarządzania procesem diagnostyczno-terapeutyczno-rehabilitacyjnym, to interwencja mogłaby zostać podjęta sprawniej i skuteczniej – zauważył.*

O braku strukturalnych rozwiązań mówił też prof. dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski z Komitetu Zdrowia Publicznego PAN. Przywołał przykład USA, gdzie 16 czerwca 1968 r. Harry Truman podpisał Narodowy Plan Serca. *– A my całkiem niedawno tylko w onkologii doczekaliśmy się takiego dokumentu. W 1956 r. prezydent Eisenhower podpisał Monitorowanie Systemu Ochrony Zdrowia w USA, czego do dziś w Polsce się nie mamy – stwierdził.*

Ekspert PAN zwracał uwagę, że aby podejmować optymalne decyzje związane z ochroną zdrowia, należy opierać się na dobrze zebranych, wiarygodnych danych. W Polsce nie są one właściwie gromadzone i przetwarzane. *– Nawet statystyki zgonów i ich przyczyny są niedostatecznie mierzone. Pod tym względem mamy bardzo dużo do zrobienia – mówił prof. Tomasz Zdrojewski.*

Paneliści byli zgodni, że dane powinny być podstawą mierzenia efektywności w ochronie zdrowia, co jak najszybciej powinno zostać wprowadzone.

WYZWANIA NA PRZYSZŁOŚĆ

Dominika Krupa zwracała uwagę, że dane prezentowane w raporcie dotyczą sytuacji sprzed pandemii. Zakażenia SARS-CoV-2 przyniosły gwałtowny wzrost umieralności, a skutki pandemii będziemy odczuwać jeszcze przez wiele lat. Pacjenci zgłaszają się do lekarzy z bardziej zaawansowanymi chorobami, późno rozpoznanymi. Zdaniem ekspertki należy to uwzględnić w finansowaniu systemu ochrony zdrowia.

– Według różnych statystyk z powodu pandemii możemy borykać się z deficytem kilkunastu – kilkudziesięciu miliardów złotych w ochronie zdrowia. Tym bardziej musimy dążyć wszelkimi staraniami, aby pieniądze wydawać możliwie najefektywniej – przekonywała Dominika Krupa.

Profesor Tomasz Zdrojewski dodał, że skutki zdrowotne pandemii to niejedyny powód konieczności zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Musimy być przygotowani na wyższe koszty opieki medycznej również w związku z powojennym wyżem, który się starzeje, co odczuwamy w perspektywie 10–15 najbliższych lat.

– Widzę dużą potrzebę mądrych rozwiązań, jeśli chodzi o profilaktykę, jak choćby badania przesiewowe. Krajem, który wprowadza świetne rozwiązania organizacyjne, są USA, które skrupulatnie liczą, jak profilaktyka i diagnostyka przekłada się na wyniki finansowe. Na system patrzą szeroko, biorąc pod uwagę również czynniki społeczne. Takie podejście w znacznej mierze może zwiększyć efektywność systemu ochrony zdrowia i zmniejszyć koszty – mówił prof. Tomasz Zdrojewski.

Rozmówcy byli zgodni, że ochrona zdrowia powinna być dziedziną priorytetową. Jak ważny to element polityki państwa, dobitnie pokazała pandemia. ■

Monika Stelmach