



Fot. gettyimages/Ely Walton

Równi i równiejsi

Nierówności w stanie zdrowia występują naturalnie, ale nie musimy być bierni wobec tego, co zdrowie determinuje, np. statusu socjoekonomicznego czy organizacji ochrony zdrowia. Możemy interweniować w te obszary za pomocą regulacji prawnych, przez co pośrednio oddziałujemy na zdrowie. Zdrowia kupić się nie da, ale świadczenia zdrowotne, które służą jego poprawie – już tak. Co jeszcze możemy zrobić na poziomie makrosocjalnym, aby skutecznie niwelować nierówności w zdrowiu?

Zdrowie jest funkcją wielu czynników, m.in. genetycznych, socjoekonomicznych, stylu życia, wpływu środowiska oraz organizacji ochrony zdrowia w danym kraju i wiemy to tak dobrze, jak skrupulatnie i rygorystycznie to zbadamy. Niektóre badania empiryczne pokazują np., że najsilniejszym determinantem zdrowia jest edukacja (im lepsza, tym lepiej dla zdrowia). Mechanizm nie jest dokładnie zbadany, ale chodzi o lepsze przyswajanie informacji i ich wykorzystanie do podejmowania decyzji sprzyjających zdrowiu.

Nierówności w zdrowiu można rozpatrywać z punktu widzenia czynników determinujących zdrowie. W tym tekście chciałbym skupić się na czynnikach socjospołecznych oraz organizacji ochrony zdrowia i rozważyć, jak wpływają one na nierówności w zdrowiu, przez pryzmat teorii ekonomicznych i dowodów empirycznych. Mylą się ci, którzy sądzą, że ekonomia jest zainteresowana tylko wydajnością i maksymalizacją korzyści – rozważa ona również problem sprawiedliwej redystrybucji (ograniczonych) zasobów. Na poziomie

makrospołecznym równość i wydajność są klasycznym fundamentem polityk rządowych w prawie wszystkich krajach na świecie. Redystrybucja zasobów w celu osiągnięcia tego samego stanu zdrowia wcale nie jest optymalna (ani sprawiedliwa lub w ogóle możliwa). Laureat nagrody Nobla, Amartya Sen, twierdzi, że chodzi raczej o wyrównywanie podstawowych możliwości czy zdolności sprzyjających osiągnięciu równości w danym obszarze.

W tym tekście chciałbym się skupić na przykładach trzech polskich reform z ostatnich lat, których konsekwencje dla nierówności w zdrowiu mogły być pozytywne (zmniejszenie nierówności w zdrowiu) lub negatywne (pogłębienie nierówności w zdrowiu).

Model WHO

Analizowanie zagadnienia nierówności w zdrowiu jest nietatwe i wymaga określenia pewnych ram. Posłużę się w tym przypadku modelem stworzonym przez Światową Organizację Zdrowia¹, który dostrzega silny wpływ czynników socjoekonomicznych i organizacji ochrony zdrowia na zdrowie i został stworzony w celu redukcji nierówności w zdrowiu wynikających z tych czynników. Model ten określa tzw. strukturalne determinanty nierówności w zdrowiu, tj. klasę społeczną, w tym m.in. płeć, wiek, dochód i zawód. Drugą grupą determinantów nierówności w zdrowiu są tak zwane determinanty pośredniczące, m.in. sytuacja materialna oraz czynniki biologiczne (np. wpływ dysfunkcji czy chorób). Całość osadzona jest w szerszym kontekście społecznym i politycznym. Tak jak wspomniano wcześniej, model nie ma bezpośrednio wpływać na redukcję nierówności w zdrowiu, ale raczej oddziaływać na determinanty zdrowia za pomocą polityk zdrowotnych i społecznych, które w efekcie mają wyrównywać szanse w osiągnięciu możliwie najlepszego stanu zdrowia.

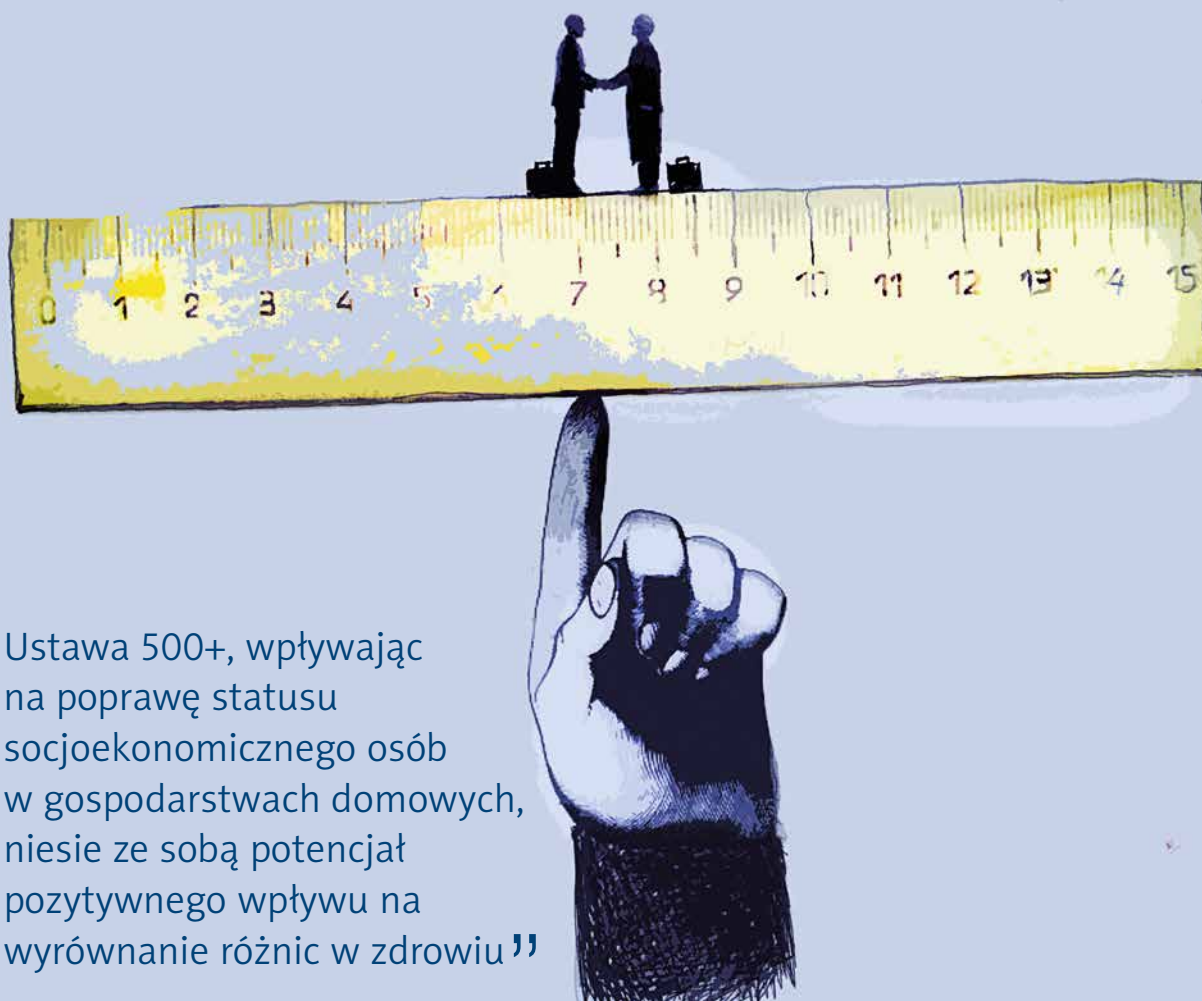
Rodzina 500+

Ustawa z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz.U. z 2016 r. poz. 195), potocznie zwana ustawą „Rodzina 500+”, wzbudziła wiele kontrowersji jeszcze na etapie zapowiedzi i wdrażania. Abstrahując całkowicie od politycznego wymiaru reformy, przyjrzymy się jej potencjałowi pod kątem nierówności w zdrowiu z punktu widzenia teorii ekonomicznych i badań empirycznych.

Artykuły 4 i 5 ustawy są kluczowe dla zrozumienia konsekwencji tej regulacji dla nierówności w zdrowiu. Wedle tych zapisów dobrze znana kwota świadczenia wychowawczego (500 zł na miesiąc do uzyskania 18. roku życia) służy „częściowemu pokryciu wydatków związanych z wychowaniem dziecka, w tym z opieką nad nim i zaspokojeniem jego potrzeb życiowych”. Równie dobrze znane jest kryterium dochodowe: „świadczenie wychowawcze przysługuje na pierwsze dziecko (...) jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty 800 zł” (art. 5 pkt 3).

„ Zdrowia kupić się nie da,
ale świadczenia zdrowotne,
które służą poprawie
zdrowia – już tak ”

W 2015 r. przeciętne wynagrodzenie netto w gospodarce narodowej wg GUS wynosiło w Polsce niespełna 2800 zł, ale już mediana wynagrodzenia była na poziomie nieco ponad 2350 zł (tj. połowa zarabia mniej, połowa więcej). Natomiast tzw. dominanta (najczęściej wypłacane wynagrodzenie) to niespełna 1800 zł. Również wg GUS poziom wydatków niższy od przyjętej stopy ubóstwa odnotowano u 15,5% osób w gospodarstwach domowych w Polsce w 2015 r., w tym 6,5% osób doświadczyło skrajnego ubóstwa (minimum egzystencji) i co gorsza, odsetek ten powiększył się o prawie punkt procentowy od 2008 r. To oznacza, że wprowadzenie reformy i świadczenia niesło potencjał poprawy sytuacji finansowej w wielu gospodarstwach domowych w Polsce. Pieniądze zaoszczędzone na wydatkach związanych z zaspokojeniem potrzeb życiowych dzieci mogły być przeznaczone na inne cele, co mogło wpływać pozytywnie na status społeczno-ekonomiczny gospodarstw domowych, które korzystają ze świadczenia. Wiele wyników badań empirycznych – wśród nich najpopularniejsze, tzw. *Black report*², przeprowadzone w Wielkiej Brytanii już kilka dekad temu – wykazało, że osoby z wyższym statusem socjoekonomicznym cieszą się lepszym stanem zdrowia niż osoby z gorszym statusem socjoekonomicznym. Tak więc ustawa „Rodzina 500+”, wpływając na poprawę statusu socjoekonomicznego osób w gospodarstwach domowych, niesie ze sobą potencjał wyrównania różnic w zdrowiu, w sposób pośredni oddziałując na komponent statusu socjoekonomicznego, czyli sytuację materialną. Może jednak pojawić się zarzut, że regulacja ta ma jednocześnie negatywny wpływ na wyrównywanie różnic w zdrowiu poprzez wprowadzenie kryterium dochodu na osobę przy otrzymaniu świadczenia na pierwsze dziecko, przez co dyskryminuje osoby bardziej zamożne. Dowiedziono³ jednak, że związek pomiędzy dochodem a oczekiwaną długością życia (pośrednia miara stanu zdrowia) ma charakter nieliniarny, co oznacza, że taki sam poziom zwiększenia dochodu u osób z niskim i wysokim dochodem spowoduje znacząco większe korzyści u tych pierwszych (zgodnie z teorią malejącej użyteczności dochodu). Zarzut jest więc niesłuszny z punktu widzenia teorii użyteczności. Umiejscowienie tej reformy w kontekście badań empirycznych oraz teorii ekonomicznych sprawia, że okazuje się ona skuteczną w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu. Jest ona przykładem łagodzenia efektów stratyfikacji społecznej



„Ustawa 500+, wpływając na poprawę statusu socjoekonomicznego osób w gospodarstwach domowych, niesie ze sobą potencjał pozytywnego wpływu na wyrównanie różnic w zdrowiu”

Fot. gettyimages/Gary Waters

ze względu na dochód, a konkretniej powszechną strategią społecznej redystrybucji nacelowaną na relokację zasobów finansowych.

Refundacja leków

Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122 poz. 696) precyzuje warunki tego, co znamy pod pojęciem programu lekowego, czyli programu zdrowotnego obejmującego technologię lekową, w której substancja czynna nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych. W art. 25 pkt 6g czytamy, co ma podstawowe znaczenie w dyskusji o nierówności w zdrowiu, że projekt programu lekowego musi zawierać jego nazwę, cel, opis problemu medycznego, a także opis kryteriów włączenia do programu, monitorowanie programu itp. Część dotycząca kryteriów włączenia budzi wątpliwości, jeśli chodzi o koncepcję wyrównywania różnic w zdrowiu. Wiele wysokokosztowych terapii, np. stosowanych w chorobach rzadkich lub chemioterapii, jest ogromnym obciążeniem finansowym dla budżetu płatnika. Dlatego zrozumiałe jest, że regulator systemu wprowadził kryteria dostępu do

programów lekowych. Programy lekowe zostały przewidziane, aby dać pacjentom możliwość skorzystania z innowacyjnych terapii. To zgadza się z wizją egalitarnego systemu ochrony zdrowia, polegającego na równym dostępie do świadczeń zdrowotnych, w którym właściwymi płatnikami są osoby odprowadzające składkę ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, które w związku z tym mają prawo do korzystania ze świadczeń, w tym z programów lekowych. Ponad dekadę temu nie było możliwości skorzystania z innowacyjnych terapii inaczej niż poprzez udział w badaniach klinicznych. Ze społecznego punktu widzenia grupa pacjentów uczestniczących w programach lekowych powiększa korzyść społeczną (zdrowotną). Efekt ten jest wzmocniony, jeśli pacjent, który skorzystał z programu lekowego, opuszcza go, pozostawiając miejsce dla innych pacjentów, którzy również mogą skorzystać z terapii, co jeszcze bardziej powiększa korzyść społeczną (choć z uwagi na przewlekły charakter chorób takie przypadki są raczej rzadkie). Program lekowy jest przykładem oddziaływania na determinantę pośredniczącą w redukowaniu czy łagodzeniu konsekwencji choroby w strategii selektywnej (bo obejmującej grupę chorych). Jasno sprecyzowane kryteria włączenia nie

są niespodzianką i nie powinny być pojmowane w kategoriach ekonomicznych jako sprzyjające nierówności w zdrowiu, ponieważ leki muszą być dostarczane odpowiednio zdefiniowanym pacjentom dla maksymalizacji korzyści terapeutycznych. Jest to w pełni zgodne z ekonomiczną zależnością pomiędzy równością a wydajnością (tzw. *efficiency-equity trade-off*).

Bezpłatne leki dla seniorów

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2017 r. poz. 71) jest regulacją znaną jako „bezpłatne leki dla seniorów” (kryterium wieku ≥ 75 lat) pozwalającą beneficjentom otrzymywać 100-procentową refundację (czyli za zerową odpłatnością) leków znajdujących się na liście. Poprzednio seniorów obejmowały ustawowe warunki refundacji i dopłaty, np. w wysokości 70% refundacji (czyli 30% dopłaty). Dowody naukowe i obserwacje kliniczne o przeciętnie gorszym stanie zdrowia i multichorobowości osób starszych są powszechnie znane. Ten fakt wiąże się z koniecznością polifarmacji, czyli stosowania kilku różnych leków naraz. To istotne dla budżetów seniorów obciążenie finansowe zostało zredukowane przez tę regulację prawną, co sprzyja pomniejszeniu nierówności w zdrowiu wynikającej z determinanty strukturalnej, tj. wieku. Regulacja ta, podobnie jak program lekowy, jest przykładem powszechnej strategii redukcji czy łagodzenia konsekwencji choroby.

Skutek odwrotny do zamierzonego

Wydaje się, że omówione regulacje przynoszą wyłącznie pozytywne efekty w wyrównywaniu różnic w zdrowiu na skalę populacyjną, biorąc pod uwagę kryterium maksymalizacji korzyści społecznych. Należy wspomnieć, że wpływ tych reform na nierówności w zdrowiu został w artykule rozpatrzony pod kątem teorii i dowodów ekonomicznych. Przy niełatwych decyzjach o wdrożeniu reform należy rozważyć również inne potencjalne efekty reform, w tym niekorzystne, oraz zastanowić się, czy nie istnieją inne, lepsze sposoby podejścia do wybranego problemu. Konsekwencje regulacji bardzo rzadko są czarno-białe, a najczęściej mają wiele odcieni szarości.

Na przykład krytyka ustawy „Rodzina 500+” związana jest z pewnym niepożądanym efektem opisanym przez Rawlsa. Po wprowadzeniu ustawy część osób pracujących na umowach z niskimi wynagrodzeniami zrezygnowała ze stosunku pracy, przez co automatycznie spełniła kryterium dochodowe i odtąd jest upoważniona do pobierania dodatkowego świadczenia na pierwsze dziecko. Wiązało się to ze zwiększeniem bezrobocia i opieraniem w większym stopniu budżetu gospodarstwa domowego na świadczeniach socjalnych. Wydaje się, że ustawa przynajmniej częściowo dała

„Wydaje się, że omówione regulacje mają wyłącznie pozytywny wpływ na wyrównywanie różnic w zdrowiu w skali populacyjnej”

zachętę do takich praktyk. Mniej osób pracujących oznacza zaś mniejszy wypracowany produkt krajowy brutto (PKB), a to z kolei oznacza, że społeczeństwo ubożeje o ten niewyprodukowany PKB, włączając w to tę część, dla której stworzono reformę, aby zapobiec ubożeniu. To pewien paradoks polegający na odwrotnym do założonego efektu w dłuższej perspektywie czasu. Dodatkowo, myśląc w kategoriach kosztu alternatywnego (oportunistycznego), reforma kosztuje rocznie ponad 23 mld zł, które są dużą częścią wydatków budżetowych, a które nie mogą być przeznaczone na nic innego. Należy zadać pytanie, czy w związku z potencjalnym korzystniejszym wpływem na wyrównanie nierówności w zdrowiu lepszym rozwiązaniem nie byłyby znaczące ulgi podatkowe dla rodziców oraz świadczenia finansowe w wysokości zmniejszającej ryzyko efektu niepożądanego opisanego przez Rawlsa.

Potencjalna krytyka programów lekowych pod kątem redukcji nierówności w zdrowiu dotyczy czegoś, co ekonomika zdrowia nazywa kryterium „równego leczenia równej (tej samej) potrzeby zdrowotnej”. Kryteria włączenia do programu lekowego jasno definiują np. maksymalny wiek pacjenta, a więc pacjent starszy, który tego kryterium nie spełnia, a przejawia taką samą potrzebę leczenia (lub być może większą, bo wynikającą z pogarszania się prognozy wraz z wiekiem), tego leczenia nie otrzymuje. W tym sensie program lekowy ewidentnie dyskryminuje pewne grupy pacjentów z uwagi na ich strukturalne determinanty (opisane w modelu WHO), przyczyniając się do pogłębienia nierówności w zdrowiu lub co najmniej do zmniejszenia efektu pozytywnego wywołanego przez grupę pacjentów, która leczenie otrzymała.

Krzysztof Łach

Autor był asystentem w Zakładzie Promocji Zdrowia Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ w Krakowie (2010–2013). Obecnie pełni funkcję pricing & market access associate manager w Creativ-Ceutical w Krakowie.

Przypisy

¹Solar O., Irwin A., A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Genewa 2010.

²Townsend P., Davidson N. (red.), The Black Report, [w:] Townsend P., Davidson N., Whitehead M., Inequalities in Health. The Black Report and the Health Divide, Penguin Books, 2nd edition, Londyn 1992.

³Rodgers G.B., Income and inequality as determinants of mortality: An international cross-section analysis. Population Studies. „A Journal of Demography Volume” 33(2)/1979, s. 343-351.