

Rekomendacje zmian w polskim systemie ochrony zdrowia poprawiające dostęp do świadczeń medycznych dla pacjentów

Wnioski związane z pandemią COVID-19



Wstęp

Praktycznie od początku transformacji ustrojowej polski system ochrony zdrowia podlegał ciągłym reformom. Celem tych zmian było zapewnienie polskim obywatelom ich konstytucyjnego prawa do równego dostępu do odpowiedniej jakości publicznych świadczeń zdrowotnych. Mimo niewątpliwie korzystnych efektów zmian, które zaszły w ciągu ostatnich trzech dekad, nadal widoczne są słabości systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Pandemia COVID-19 dodatkowo ujawniła problemy związane z opieką zdrowotną w Polsce, a jednocześnie stała się okazją do dyskusji nad koniecznymi dalszymi reformami. Obecna sytuacja udowodniła, że stan zdrowia społeczeństwa powinien być priorytetem w działaniach rządu, ponieważ jest to podstawy warunek zrównoważonego rozwoju społecznego-gospodarczego i stabilnego funkcjonowania państwa.

Ujawnione przez pandemię słabości systemu pokazują konieczność podjęcia konkretnych działań w celu optymalizacji jego funkcjonowania. Poniższy dokument jest próbą identyfikacji kierunków zmian i rekomendacji systemowych, które mogą wesprzeć polski rząd w odbudowie silnego, dobrze zorganizowanego, wydolnego i odpornego na kryzysy systemu ochrony zdrowia. Poniższe rekomendacje zostały wypracowane w gronie ekspertów – polskich i zagranicznych podczas roundtable zainspirowanego przez Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA w partnerstwie z Pracodawcami RP oraz Instytutem Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO.



Najważniejsze zidentyfikowane obszary i kierunki zmian to:

- » **Zmiana podejścia do ochrony zdrowia – pojmowanie jej jako warunku koniecznego do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i zapewnienia bezpieczeństwa narodowego.**
- » **Zmiana percepcji przyczyni się do priorytetyzacji ochrony zdrowia zarówno w działaniach rządu jak i świadomości społeczeństwa.**
- » **Bezwzględna konieczność zwiększenia finansowania sektora ochrony zdrowia pozwalające na:**
 - » działania umożliwiające zwiększenie liczby personelu medycznego;
 - » tworzenie warunków umożliwiających zwiększenie dostępności do nowoczesnych, skutecznych leków i innych technologii medycznych, które pozwalają na leczenie zgodne z europejskimi wytycznymi klinicznymi.
- » **Optymalizacja alokacji zasobów w ochronie zdrowia – postrzeganie nakładów w tym obszarze jako i inwestycji poprzez:**
 - » działania zmierzające do modyfikacji sposobu finansowania opieki zdrowotnej w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej oraz koncepcji ochrony zdrowia opartej o wartość (ang. *value based healthcare, VBHC*);
 - » wzmocnienie działań z zakresu e-zdrowia – podjęcie wysiłków w celu ich zrównoważonej implementacji i poprawy funkcjonowania systemu, w sposób angażujący i wzmacniający pozycję pacjenta;
 - » systematyczne przekierowywanie pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w celu przesunięcia ciężaru opieki zdrowotnej z leczenia szpitalnego.



Nienke Feenstra
Prezes Związku Pracodawców
Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych
INFARMA



Andrzej Mądrala
Wiceprezydent Pracodawców
Rzeczypospolitej Polskiej



dr Agnieszka Sznyk
Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego
Rozwoju INNOWO

Zmiana postrzegania ochrony zdrowia

Ochrona zdrowia jako warunek konieczny rozwoju gospodarczego i jakości życia społeczeństwa

Juliusz Krzyżanowski, Ekspert Pracodawców RP

„Rozwój gospodarczy jest nierozdzielnie połączony ze zdrowiem, ze stanem i jakością zdrowia społeczeństwa.”

Pandemia COVID-19 zmusiła rząd do wprowadzenia środków ograniczających rozprzestrzenianie się choroby, które niestety wpłynęły istotnie na polską gospodarkę. Wynikające stąd spowolnienie zaburzyło rynek pracy, dochody pracowników i przedsiębiorstw oraz pogorszyło stan finansów publicznych, a co za tym idzie również dochody Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Tak widoczne i bezpośrednio oddziaływanie problemów zdrowotnych na gospodarkę jest stosunkowo nowym zjawiskiem. Nie znaczy to, że stan zdrowia społeczeństwa nie miał do tej pory znaczenia dla jakości naszego życia społecznego i ekonomicznego. Wprost przeciwnie, istnieje szereg analiz, które dowodzą, że wartość poprawy liczby lat życia w zdrowiu może być wyższa od poprawy dobrobytu społeczeństwa w wyniku wzrostu gospodarczego¹. Wielokrotnie wykazywana była również zależność między oczekiwaną długością życia², czy nieobecnością na rynku pracy a wzrostem gospodarczym³. Mimo to, w świadomości zarówno społeczeństwa jak i decydentów zależność rozwoju społeczno-gospodarczego od stanu zdrowia społeczeństwa nie była wystarczająco obecna.

Pomimo, że są to wyjątkowo mocno powiązane obszary⁴, podstawowym problemem jest wyjątkowo długi rozłożony w czasie proces oddziaływania stanu zdrowia na rozwój ekonomiczny i społeczny. Dopiero pandemia COVID-19 dobitnie unaoczniała i uświadomiła społeczeństwu zależności zdrowia i rozwoju społeczno-gospodarczego. Choroba ta oraz środki zaradcze z nią związane przyczyniły się do ograniczenia wzrostu gospodarczego oraz istotnego spadku jakości życia obywateli i to na wielu płaszczyznach. Trudno o bardziej widoczny obraz ukazujący znaczną skalę oddziaływania czynników zdrowotnych. Potwierdza to przeprowadzone przez INNOWO na zlecenie Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA w czerwcu br. badanie opinii, które jednoznacznie wykazało, że od początku pandemii wzrosło znaczenie systemu ochrony zdrowia. Aż 55% respondentów przyznało się, że w ich świadomości ochrona zdrowia nabrała istotnego znaczenia. Podobnie ponad 50% badanych jednoznacznie stwierdziło, że zdrowie powinno być priorytetem dla rządu podczas przyznawania finansowania publicznego, a aż 83% respondentów wyraźnie widzi potrzebę zwiększenia wydatków na publiczną opiekę zdrowotną, aby zapewnić jej efektywne funkcjonowanie.

Pandemia Covid-19 bezsprzecznie unaoczniała potrzebę głębokich, długoterminowych zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce, obejmujących

¹ Według jednej z analiz znaczenie czynników zdrowotnych w I połowie ubiegłego wieku było wyższe niż wzrostu gospodarczego, zaś jedynie nieznacznie niższe w drugiej połowie tego wieku (patrz: Nordhaus, W. D. (2002): The health of nations: the contribution of improved health to living standards. No. w8818. National Bureau of Economic Research).

² Wśród najbardziej znamienitych wyników badań na ten temat należy wyróżnić analizę autorstwa Swift (Swift R.; (2011); The relationship between health and GDP in OECD countries in the very long run; Health Economics.). Według niej jednoprocenowy wzrost przewidywanej długości życia oznacza nawet 6% wzrost PKB czy wzrost PKB per capita na poziomie 5%. Podobne wyniki przynosi badanie dla Unii Europejskiej. Analiza wykazuje, że każdy rok wzrostu oczekiwanej długości życia populacji przekłada się na 4% wzrost PKB (The WHO 2010 Global Report on Non-Communicable Diseases; (2011); World Health Organization).

³ Według analiz szacunkowa absencja w pracy na poziomie od 3% do 6% czasu pracy, oznacza roczny koszt na poziomie ok. 2,5% PKB (patrz: EUROFOUND (2010), Absence from work report, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)

⁴ Dodatkowo należy zauważyć, że zależność może być obustronna, co pozwala na uzyskanie pozytywnego sprzężenia zwrotnego.

optymalizację zarządzania, strukturę, odpowiednią alokacji środków i dodatkowe źródła finansowania. Dziś mamy unikalne okoliczności, aby wdrożyć zmiany, które pozwolą na poprawę stanu zdrowia Polaków, z korzyścią dla gospodarki i jakości życia obywateli⁵.

Ochrona zdrowia jako inwestycja w przyszłość

Szerokie oddziaływanie stanu zdrowia społeczeństwa na jakość naszego życia społeczno-gospodarczego ma przede wszystkim miejsce w długiej perspektywie czasowej. Ma to swoje negatywne skutki w postaci trudności bezpośredniego powiązania efektu działań w obszarze zdrowia z ich następstwami, co może ograniczać poziom alokacji zasobów w tym obszarze w stosunku do stanu pożądanego. Niewidoczne w krótkim okresie efekty nie skłaniają decydentów ani opinii społecznej do wspierania obszaru zdrowia w odpowiednim stopniu.

Zawężone postrzeganie opieki zdrowotnej, nieuwzględniające jej wpływu na inne obszary działania państwa, powinno ulec zmianie. Należy zacząć myśleć o wspieraniu zdrowia jako inwestycji gospodarczej i społecznej. Mądra inwestycja w zdrowie obywateli przede wszystkim prowadzi do poprawy poziomu jednego z podstawowych zasobów gospodarczych – kapitału ludzkiego.

Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne

„...działania zdrowotne najlepiej pokażą swoją sensowność i swoje znaczenie jak potraktujemy je w formie zwrotu z inwestycji. Walczymy aby zwiększyć poziom zdrowia społecznego i niwelować nierówności w zdrowiu, które się pogłębia jeśli tego nie zrobimy. Myślę, że takie postrzeganie nakładów na zdrowie jest olbrzymią szansą dla rozwoju zdrowia publicznego.”

Korzystne w tym zakresie byłoby zwiększenie liczby i jakości analiz efektów zdrowotnych i ich powiązania z rozwojem społeczno-gospodarczym. Podstawową rolę w tym zakresie ma informatyzacja ochrony zdrowia oraz odpowiednie zbieranie, harmonizacja, analiza i udostępnienie danych zdrowotnych do prac badawczo-rozwojowych, a także wykorzystanie tych danych w decyzjach zarządczych m.in. związanych z alokacją zasobów w ochronie zdrowia⁶.

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli

Pandemia COVID-19 doskonale uwypukliła aspekt postrzegania obszaru ochrony zdrowia jako pola walki z chorobami a być może pozwoli zakwalifikować bezpieczeństwo zdrowotne, jako element bezpieczeństwa narodowego.

Analogicznie jak w przypadku bezpieczeństwa militarnego, system ochrony zdrowia powinien z jednej strony w każdym momencie być w stanie gotowości do zarządzania sytuacją kryzysową, a niezależnie od sytuacji utrzymywać obywateli w dobrej kondycji dzięki odpowiednim działaniom profilaktycznym i terapeutycznym, tak aby w sytuacji wyjątkowej wydolność systemu była jak największa.

W trakcie pandemii Covid-19, drastycznie zmniejszył się poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. W szczególności pogorszyła się sytuacja pacjentów przewlekle chorych, chorych na choroby nowotworowe i pacjentów z nagłymi incydentami zdrowotnymi. W związku z niedofinansowaniem i niewydolnością systemu znacząco pogorszył się dostęp do świadczeń medycznych, w tym zarówno badań profilaktycznych, jak i diagnostyki niezbędnej do podjęcia leczenia, a także samych terapii, zabiegów i leczenia zabiegowego. W wyniku tych trudności, w perspektywie kilku miesięcy do systemu ochrony zdrowia wróci wielu pacjentów nie zdiagnozowanych i nie leczonych na czas, z powikłaniami i progresją chorób.

⁵ Dodatkowo finansowanie opieki zdrowotnej może być jednym z podstawowych narzędzi antycyklicznych sektora publicznego stabilizujących sytuację gospodarczą. Analizując wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w relacji do PKB, łatwo można postawić hipotezę o odwróconej relacji tego wskaźnika i cyklu gospodarczego. Dotyczy to w szczególności wydatków na publiczną opiekę zdrowotną i może wynikać ze stosunkowo stabilnych kosztów publicznej opieki zdrowotnej w ujęciu nominalnym, nawet w okresach spowolnienia gospodarczego.

⁶ Źródłem inspiracji do postępu w tej dziedzinie w Polsce mogą być projekty na poziomie europejskim finansowane przez Innovative Medicines Initiative.

To pokazuje jak ważne jest odpowiednie planowanie, alokowanie środków na działalność prewencyjną i usprawnienie działań systemowych, tak aby możliwa była stosunkowo szybka reakcja na pilne potrzeby zdrowotne, przy jednoczesnym utrzymaniu wydolności systemu dla pozostałych pacjentów.

Katarzyna Kacperska, członek zarządu INFARMA

„Tak jak mówimy o bezpieczeństwie militarnym, powinniśmy mówić o bezpieczeństwie zdrowotnym i zadbać o to, żeby inwestycje w zdrowie były priorytetem. (...) Bezpieczeństwo zdrowotne oznacza, że mamy odpowiednie podejście do każdego pacjenta niezależnie od tego czy to jest pacjent z COVID-19 czy to jest osoba chorująca na jakąkolwiek inną chorobę. Jesteśmy w stanie odpowiedzieć na te potrzeby zdrowotne poprzez odpowiednie zarządzanie systemem, odpowiednie jego dofinansowanie, jak również dostęp do nowoczesnych technologii.”

Podstawowe rekomendacje odnośnie kierunków zmian systemu ochrony zdrowia

Bezwzględna konieczność zwiększenia finansowania sektora ochrony zdrowia

Od wielu lat eksperci podkreślają, że niedofinansowanie było i jest głównym problemem polskiego sektora ochrony zdrowia. Poziom finansowania sektora opieki zdrowotnej ze źródeł publicznych jest jednym z najniższych w Europie. W 2018 r. łączne wydatki zdrowotne w Polsce wyniosły 6,3% produktu krajowego brutto, co jest piątym najniższym wynikiem wśród członków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)⁷.

Katarzyna Kacperska, członek zarządu INFARMA

„(...) nakłady na zdrowie w Polsce są po prostu zbyt niskie w stosunku do potrzeb. Wydatki publiczne na zdrowie w Polsce są znacznie niższe niż średnia europejska. Oczywiście jest plan żeby tę lukę zamknąć, natomiast musimy zadbać o to, żeby rzeczywiście te nakłady wzra-

stały. Równocześnie, w tym kontekście należy zadbać o to, żeby pacjenci w Polsce mogli być leczeni zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, opisaną w wytycznych leczenia, czyli żeby nakłady na nowoczesne leczenie ulegały zwiększeniu w celu zapewnienia tej możliwości.”

Być może do zwiększenia finansowania opieki zdrowotnej dojdzie już w najbliższych latach. Parlament zagłosował za zwiększeniem publicznych wydatków na opiekę zdrowotną z obecnych 4,6% do 6% PKB do 2024 roku⁸. Jest to bezprecedensowy wzrost, ponieważ w latach 1990-2017 mieliśmy do czynienia jedynie ze wzrostem o 0,4 punktu procentowego. Środki te mają być wykorzystane do podniesienia jakości publicznej opieki zdrowotnej, podniesienia płac w tym sektorze i zmniejszenia problemów z dostępnością. Zakładany wzrost wydatków na publiczną opiekę zdrowotną należy uznać za pierwszy krok w kierunku odpowiedniego finansowania tego obszaru. Jego obecne założenia zakładają wzrost wydatków niewystarczający na tle średniej europejskiej i w stosunku do aktualnie niewypełnionych potrzeb zdrowotnych, dlatego zwiększenie finansowania powinno być kontynuowane po 2024 r.⁹

⁷ Wstępna wartość tego wskaźnika w 2019 r. wyniosła 6,2% PKB, co jest czwarty najniższy poziom wśród gospodarek OECD, co oznacza spadek Polski w tej klasyfikacji w stosunku do 2018 r. Według tych danych spadek wydatków na ochronę zdrowia jest konsekwencją spadku wydatków sektora publicznego na zdrowie (zamiast wzrostu zakładanego przez rząd).

⁸ Ustawa z 5.07.2018r. (Dz. U. poz. 1532)

⁹ Spodziewane obniżenie nominalnego PKB w 2020 r. ułatwi osiągnięcie poziomu kosztów opieki zdrowotnej przewidzianego w ustawie z dnia 5 lipca 2018 r. gdyż jest on mianownikiem relacji wydatków na ochronę zdrowia do PKB. Dlatego władze publiczne

Obecny kryzys zdrowotny z jednej strony skutkował wzrostem wydatków z budżetu centralnego w obszarze przeciwdziałania pandemii¹⁰, z drugiej strony spadkiem wydatków płatnika publicznego na świadczenia zdrowotne. Według szacunków¹¹ wydatki NFZ na opiekę zdrowotną w 2020 r. będą niższe o 1,2 mld PLN w porównaniu do planu NFZ z kwietnia br.¹², co wskazuje na zmniejszenie dostępu do świadczeń. W kolejnych miesiącach i latach będzie to zapewne skutkowało potrzebą zwiększonych wydatków. W 2021 roku, oprócz istotnych środków przeznaczone na szczepionki przeciw COVID-19, poniesione zostaną znaczne koszty na terapię pacjentów z powikłaniami w wyniku ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych i skłonności do korzystania z nich podczas pandemii. Ponadto koszty te będą najprawdopodobniej wyższe niż w przypadku wcześniejszego leczenia, ze względu na zaostrzenie choroby. Jeżeli obecnie nie zostaną podjęte decyzje przygotowujące system ochrony zdrowia na spodziewany zwiększony popyt na świadczenia zdrowotne już w przyszłym roku możemy po raz kolejny mieć do czynienia z ograniczaniem dostępności niektórych świadczeń.

Otwarte pozostaje pytanie w jaki sposób powinno nastąpić zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia. Uczestnicy badania opinii przeprowadzonego na reprezentatywnej grupie Polaków przez INNOWO na zlecenie INFARMA wskazują, że poprawę finansowania systemu ochrony zdrowia można osiągnąć poprzez zmniejszenie innych wydatków publicznych i przeznaczenie ich na zdrowie¹³. Natomiast najczęściej wskazywane obszary gospodarcze, w których powinno szukać się oszczędności to: bezpieczeństwo i obronność oraz infrastruktura. Podobnie wypowiedziają się również eksperci zaproszeni do dyskusji w ramach roundtable zainspirowanego przez Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA w partnerstwie z Pracodawcami RP oraz Instytutem Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju

INNOWO. Wskazują oni również na inne możliwości w postaci ubezpieczeń komplementarnych, zwiększenia składki zdrowotnej, czy dopłat bezpośrednich do świadczeń zdrowotnych¹⁴. Niestety w tym obszarze nie istnieją proste rozwiązania. Decyzje o źródle zwiększonego finansowania służby zdrowia powinny być więc poprzedzone szczegółową analizą, natomiast konieczność takich działań jest niewątpliwa.

Działania umożliwiające zwiększenie liczby personelu medycznego

Pandemia COVID-19 znacząco uwypukliła istotny niedobór personelu medycznego w Polsce. Od lat wskazywano, że w Polsce mamy najniższy w Unii Europejskiej oraz jeden z najniższych wśród krajów OECD, wskaźnik liczby lekarzy na tysiąc mieszkańców – 2,4¹⁵. Jest to wynik odległy od średniego poziomu tego wskaźnika dla Unii Europejskiej tj. 3,8. W związku z tym należy aktywnie działać, tak aby zwiększyć podaż pracowników służby zdrowia i optymalizację wykorzystania zasobów ludzkich sektorze ochrony zdrowia.

Prof. dr hab. n. med. Marcin Czech, Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne

„Niestety brakuje personelu medycznego, szczególnie lekarskiego i pielęgniarskiego, żeby o chorych na COVID-19 w pełni zadbać.”

Juliusz Krzyżanowski, Ekspert Pracodawców RP

„Musimy dbać o personel. Bez odpowiednich kadr system nie będzie mógł skutecznie i dobrze funkcjonować. Dlatego też dziś musimy znaleźć złoty środek w alokowaniu środków.”

powinny zapewnić, aby wzrost wydatków na opiekę zdrowotną w ujęciu nominalnym nie był zagrożony. Jedną z możliwości jest podniesienie poziomu omawianego wskaźnika (z obecnie zakładanego 5,55% PKB).

¹⁰ Ustawa z 2.03.2020 r. (Dz.U. poz. 374) i Ustawa z 30.03.2020 r. (Dz.U. poz. 568).

¹¹ Bukowski, Czech, Kozłowski, Nojszewska, Starczewska-Krzysztozek (2020): Wpływ COVID-19 na polski system ochrony zdrowia; Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju.

¹² Ocenę przeprowadzono przed nastaniem drugiej fali pandemii.

¹³ Była to najczęściej wybierana odpowiedź. Wskazało na nią 37% respondentów.

¹⁴ W dłuższej perspektywie istnieje możliwość uzyskania dodatkowych środków finansowych w wyniku poprawy wydajności systemu. Byłoby to jednak następstwem proponowanych reform, które w większości przypadków same wymagają finansowania.

¹⁵ Dane na 2018 r. za OECD (2020): Health at Glance: Europe 2020. State of health in the EU cycle.

Wspieranie dostępności innowacyjnych leków oraz przeciwdziałanie opóźnieniom diagnozy i odroczeniu leczenia

Pandemia COVID-19 po raz kolejny pokazała nam ogromne możliwości i korzyści płynące z innowacji medycznych. Miejmy nadzieję, że ostatnie postępy w rozwoju szczepionek przyczynią się do powrotu życia społeczno-gospodarczego do stanu sprzed pandemii. Jednak pokładanie tak wielkiego zaufania w nowatorskich lekach nie było w Polsce normą. Istnieje wiele przykładów traktowania wydatków na innowacyjne terapie jedynie jako kosztu dla systemu i obciążenia dla finansów publicznych. W rezultacie wiele nowoczesnych leków nie znajduje się na liście refundacyjnej, co w większości przypadków wyklucza ich stosowanie przez polskich pacjentów. Tymczasem skuteczne leczenie pacjentów nowoczesnymi terapiami skutkuje mniejszą liczbą powikłań i poważnych dolegliwości, co w przyszłości ogranicza wydatki zdrowotne i społeczne. Nie ulega wątpliwości, że większy nacisk należy położyć na umożliwienie lepszego dostępu do nowoczesnych, skutecznych leków i innych technologii medycznych, które pozwalają na leczenie zgodnie z aktualnymi wytycznymi klinicznymi. Opracowanie szczepionki COVID-19 może być okazją do szybszego osiągnięcia tego celu, z korzyścią dla pacjentów i społeczeństwa.

Juliusz Krzyżanowski, Ekspert Pracodawców RP

„Nastąpił kryzys zdrowotny i nagle okazuje się, że zaczynamy szukać rozwiązań w leczeniu innowacyjnym. Zaczyna się doceniać leczenie innowacyjne i terapie, które normalnie w czasach dobrobytu nie doceniamy, nagle stają się dla nas być może rozwiązaniem problemu. Co chciałbym podkreślić - pacjenci optymalnie leczyeni właściwie rzadziej muszą iść do lekarza są też mniej narażeni na powikłania związane z chorobą. A zatem musimy pamiętać również o tym żeby po raz kolejny wracamy do tego żeby patrzeć na ochronę zdrowia jako na całość i nie przerzucać wszystkich sił na walkę z COVID-19 dlatego, że ta inwestycja tutaj przełoży się na oszczędności zarówno kosztów pośrednich w przyszłości jak i kosztów społecznych.”

Od początku pandemii COVID-19 narastają obawy dotyczące jej wpływu na sytuację zdrowotną osób z chorobami przewlekłymi. Skutki tego zjawiska mogą mieć krótko- i długoterminowe konsekwencje kliniczne. Niektórzy klinicyści i eksperci już zwracają uwagę na wyższą śmiertelność w niektórych obszarach opieki zdrowotnej – mowa jest o tzw. cichych ofiarach pandemii. Mając na uwadze obserwacje klinicystów, należy spodziewać się, że w przyszłości może to skutkować większymi potrzebami w zakresie wydatków w obszarze ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong, Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

„(...) widzę jak bardzo rośnie kolejka pacjentów do różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych [w następstwie zmniejszenia ich podaży]. To niestety będzie miało swoje odległe skutki których wymiar poznamy niestety po latach. (...) Podstawowym problem, który musi być traktowany równoległe do walki z pandemią jest kwestia pacjentów z chorobami przewlekłymi, którzy wymagają długoterminowej diagnostyki i leczenia i tych, którzy wymagają pomocy doraźnej.”

Mimo, że nadanie priorytetu walce z pandemią było nieuniknione, nie można pomijać faktu, że system okazał się niewydolny. Dlatego w perspektywie długoterminowej, należy podjąć takie działania, które uodpornią go na sytuacje kryzysowe.

Juliusz Krzyżanowski, Ekspert Pracodawców RP

„Musimy pamiętać również o tym, żeby patrzeć na ochronę zdrowia jako na całość i nie przerzucać wszystkich sił i środków jedynie na walkę z COVID-19, dlatego że to powoduje zaniedbania pacjentów w innych obszarach terapeutycznych. W efekcie przełoży się to na wzrost zarówno kosztów pośrednich w przyszłości jak i kosztów społecznych. (...) każdy z pacjentów, odstawionych na boczny tor albo swoją własną indywidualną wojnę przegra albo jego stan ulegnie takiemu pogorszeniu, że w przyszłości tak naprawdę na jego leczenie będziemy musieli wydać zdecydowanie więcej środków, aniżeli gdybyśmy te środki odpowiednio lokowali już dzisiaj.”

Działania zmierzające do modyfikacji sposobu finansowania opieki zdrowotnej w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej oraz alokacji opartej o wyniki zdrowotne (VBHC)

Sposób finansowania opieki zdrowotnej istotnie oddziałuje na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. W wielu wypadkach sposób finansowania, w obecnym przypadku płatność pakietowa, determinuje sposób leczenia i użyte technologie.

Przede wszystkim, łączy się ona bezpośrednio z problemem w postaci wysokich kosztów leczenia szpitalnego w polskim systemie ochrony zdrowia. W pewnych przypadkach płatności pakietowe skłaniają szpitale do korzystania z leczenia szpitalnego zamiast leczenia ambulatoryjnego.

Anna Skoczyła-Ligocka, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą

„(...) wycena porady medycznej w związku z mukowiscydozą jest prawie 80-krotnie za niska w porównaniu do rzeczywistych kosztów. Dlatego niestety nikomu nie opłaca się udzielać tego rodzaju świadczeń. Wybierana jest raczej przynajmniej jednodniowa hospitalizacja.”

Należy modyfikować sposób finansowania świadczeń zdrowotnych w kierunku koncepcji opieki zdrowotnej opartej o wyniki (ang. value-based healthcare). W ten sposób płatność nie byłaby uzależniona od wykonanej usługi zdrowotnej, czy użytych środków, a raczej różnicy między wynikami zdrowotnymi, które uzyskano i kosztami poniesionymi na ich osiągnięcie. Takie podejście ograniczyłoby nieoptymalne korzystanie z zasobów, a jednocześnie poprawiłoby dostępność innowacyjnych technologii medycznych dla pacjentów w Polsce.

Wzmocnienie działań z zakresu e-zdrowia – podjęcie wysiłków w celu ich zrównoważonej implementacji i poprawy funkcjonowania systemu

W czasie pandemii nastąpił znaczny wzrost liczby konsultacji telemedycznych. W zasadzie cała podstawowa opieka medyczna i duża część ambulatoryjnej opieki specjalistycznej została przeniesiona do tego trybu. Zaobserwowano również szersze wykorzystanie rozwiązań z zakresu e-zdrowia, w tym e-recept, e-wizyt, e-skierowań itp.

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong, Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

„W ostatniej chwili przed pandemią udało się w Polsce wprowadzić e-receptę. I to okazało się naprawdę wybawieniem dla wielu naszych pacjentów. To naprawdę działa i jest to ogromny sukces.”

W związku z tym, że wiele usług opieki zdrowotnej odbywa się w ramach telemedycyny, należy stworzyć wytyczne, które pozwolą w zrównoważony sposób korzystać z tych rozwiązań z korzyścią dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia. Dziś niestety widać, że brak tych standardów może przyłożyć się pogorszenie wskaźników zdrowotnych i jest równoznaczny z ograniczeniem dostępu do odpowiednich świadczeń zdrowotnych.

Katarzyna Kacperska, członek zarządu INFARMA

„Teleporada nie może być obecnie traktowana tak naprawdę jako alternatywa dla wizyty pacjenta przewlekle chorego, zwłaszcza starszego, u lekarza. To jest w wielu przypadkach po prostu przedłużenie poprzedniego leczenia bez oceny stanu zdrowia pacjenta. Telekonsultacja to świetne rozwiązanie, ale pod warunkiem, że pacjent może nadal regularnie odwiedzać lekarza w razie potrzeby.”

Rekomendowane jest doskonalenie konsultacji zdalnych, tak aby w uzasadnionych medycznie przypadkach e-wizyta, była autentyczną alternatywą do osobistej wizyty lekarskiej.

Powinniśmy również dążyć do coraz większej koordynacji i sięgać po bardziej zaawansowane rozwiązania w obszarze e-zdrowia, takie jak aplikacje zarządzające indywidualną ścieżką pacjenta, gromadzenie raportowanych wyników zdrowotnych pacjentów, aby umożliwić bardziej terminowe interwencje w leczeniu i zapewnić możliwość skorzystania z koncepcji opieki zdrowotnej opartej na wartości. Wdrożenie skoordynowanej opieki poprzez rozwiązania z zakresu e-zdrowia, mogą wykorzystywać elementy sztucznej inteligencji, co pozwoli na optymalizację wykorzystania zasobów ludzkich i finansowych w opiece zdrowotnej i wpłyną na poprawę długoterminowego dostępu do usług oraz rozwój systemu zorientowanego na pacjenta. Telekonsultacje i e-recepty to dobry początek, jednak korzyści płynące z najnowocześniejszych rozwiązań w zakresie e-zdrowia wykraczają poza to, co wielu ludzi może sobie teraz wyobrazić. Mogą one znacząco przyczynić się do bardziej wydajnej i skutecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym wzmocnieniu pozycji pacjenta.

Systematyczne przekierowywanie pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w celu przesunięcia ciężaru opieki zdrowotnej z leczenia szpitalnego

Niepokojącą tendencją jest wzrost udziału kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej. O ile w 2016 r. leczenie szpitalne stanowiło 49,4 proc. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, to w 2018 r. już 52,4 proc. (wzrost o 3 p.p.). Tym samym zmiana modelu finansowania opieki zdrowotnej u świadczeniodawców zakwalifikowanych do „sieci szpitali” i wprowadzenie ryczałtu, nie spowodowała zatrzymania tendencji wzrostu udziału leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶.

Konieczna jest zatem zmiana struktury udzielanych świadczeń, w szczególności ograniczenie kosztów leczenia zamkniętego na rzecz profilaktyki i leczenia otwartego. Ograniczenie liczby hospitalizacji, która jest wysoka na tle innych rozwiniętych państw¹⁷, mogłoby przyczynić się do uwolnienia środków finansowych, których tak bardzo brakuje w polskim systemie ochrony zdrowia i alokowania ich na poprawę dostępu do przynoszących najlepsze efekty zdrowotne świadczeń medycznych.

Alternatywą do leczenia szpitalnego jest zaś leczenie ambulatoryjne. Dzięki informatyzacji służby zdrowia, innowacjom medycznym i technologicznym możliwość przesunięcia pacjentów do leczenia otwartego z odpowiednim zapleczem diagnostycznym w polskich warunkach jest jak najbardziej realna. W niektórych przypadkach wymaga to jednak odpowiednich zmian prawnych.

Anna Skoczylas-Ligocka, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą

„(...) środowiska pacjentów zabiegają od bardzo dawna o zmniejszenie liczby hospitalizacji. Wielu pacjentów, nawet w przypadkach zaostrzenia ich stanu można leczyć w warunkach domowych. Procedurę tę z powodzeniem stosuje się w większości krajów europejskich również w Stanach Zjednoczonych, czy Australii od ponad 30 lat. My jednak lubimy pacjentów do szpitali kłaść, nie patrząc na koszty.”

Już dziś eksperci są zgodni, że opieka ambulatoryjna, a także terapia przeprowadzana w domu pacjenta, może skutecznie zastąpić leczenie szpitalne. Jednocześnie może nieść ze sobą specyficzne korzyści. W przypadku obecnej sytuacji, a więc panującej pandemii COVID-19, korzyści te byłyby jeszcze bardziej istotne. Uchroniłyby one znaczną część chorych, którzy doświadczyli przerwania terapii z powodu ograniczenia dostępności usług zdrowotnych przed takim zdarzeniem. Zmniejszyłyby możliwość przenoszenia wirusa wśród pacjentów, a także ograniczyły niepewność społeczną co do dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów przewlekle chorych.

¹⁶ Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 roku, Raport NIK, luty 2020.

¹⁷ Przykładowo w 2018 r. wskaźnik hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców pacjentów z niewydolnością serca był najwyższy spośród wszystkich krajów członkowskich OECD.

Podsumowanie

Konieczność modyfikacji polskiego systemu ochrony zdrowia jest sprawą dobrze znaną zarówno ekspertom i decydom w tym obszarze, jak i zwykłym obywatelom na co dzień korzystającym ze świadczeń zdrowotnych. Do tej pory, mimo że niektóre mankamenty systemu były oczywiste, np. jego niedofinansowanie, istniał szereg wątpliwości odnośnie obszarów priorytetowych dla zmian w polskiej służbie zdrowia. Równocześnie brak było odpowiednich warunków, w tym świadomości istotności ochrony zdrowia wśród władz publicznych i społeczeństwa. Pandemia COVID-19 sprawiła, że kluczowe problemy widzimy bardziej klarownie niż dotychczas, a równocześnie przyczyniła się do znacznego zwiększenia zgody społecznej i politycznej na wprowadzenie tych zmian. Uważamy, że musimy wykorzystać obecny moment i wprowadzić zmiany, które w krótkim terminie, ale przede wszystkim w okresie przyszłych dziesięcioleci przyczynią się do poprawy jakości zdrowia obywateli, z korzyścią dla sytuacji społeczno-gospodarczej w Polsce.

Kluczowe w długim i trudnym procesie optymalizacji polskiej służby zdrowia jest kontynuacja wzmacniania świadomości na temat znaczenia opieki zdrowotnej dla społeczeństwa i gospodarki. Pożądane jest utrwalenie myślenia o zdrowiu jako o czynniku bezpośrednio powiązonym z jakością życia społecznego jak i gospodarki. Równocześnie konieczne jest spojrzenie na możliwy zwrot z inwestycji w nasze bezpieczeństwo zdrowotne, a nie tylko na perspektywę kosztową.

Podstawowe kroki w celu optymalizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce to zwiększenie zasobów finansowych i ludzkich ochrony zdrowia, przesunięcie terapii pacjentów z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnego, w tym jak najpełniejsze wdrożenie rozwiązań z obszaru e-zdrowia, implementacja koncepcji ochrony zdrowia w oparciu o wartość.

Mamy nadzieję, że dyskusja ekspertów, na podstawie której opracowane powyższe rekomendacje, zainspirowana przez Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA przy współpracy Pracodawców RP i Instytutu Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO może przyczynić się do korzystniejszego kształtowania ochrony zdrowia w Polsce w najbliższej przyszłości i w długim terminie.





