



EUROPEJSKI SEMESTR – ZESTAWIENIE INFORMACJI TEMATYCZNYCH

SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. WPROWADZENIE

Systemy opieki zdrowotnej państw członkowskich UE stanowią kluczowy element wysokich poziomów ochrony socjalnej i spójności społecznej w Europie.

Systemy opieki zdrowotnej w UE są zróżnicowane i odzwierciedlają różne wybory społeczne. Mimo różnic w zakresie organizacji i finansowania opierają się one na wspólnych wartościach uznanych przez Radę Ministrów Zdrowia w 2006 r.¹, jakimi są: powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność.

Powszechnie uznano również konieczność osiągnięcia stabilności budżetowej systemów opieki zdrowotnej, tak aby powyższe wartości były chronione w przyszłości².

W ostatnim dziesięcioleciu europejskie systemy opieki zdrowotnej musiały stawić czoła podobnym rosnącym wspólnym wyzwaniom:

- ludność Europy starzeje się i jest bardziej narażona na wiele chorób przewlekłych. Prowadzi to do większego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną i większej presji na budżet;
- koszty innowacyjnych technologii i produktów leczniczych rosną i stanowią obciążenie dla finansów publicznych;
- rozmieszczenie pracowników służby zdrowia jest nierówne i brakuje ich na niektórych obszarach, na których świadczy się opiekę; oraz
- dostęp do opieki zdrowotnej nie jest równo rozłożony, co powoduje nierówności dotyczące stanu zdrowia społeczeństwa.

W komunikacie Komisji w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej³ określono strategiczną agendę na rzecz systemów opieki zdrowotnej w UE.

¹ Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej (2006/C 146/01): <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:PL:PDF>

² Konkluzje Rady dotyczące systemów opieki zdrowotnej i stabilności budżetowej z dnia 8 listopada 2016 r.: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/pl/pdf>

³ COM(2014) 215 final: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pl.pdf

Istotny wkład w tę agendę zapewniło wspólne sprawozdanie na temat systemów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej oraz stabilności budżetowej („Joint Report on healthcare and long-term care systems and fiscal sustainability”) opracowane przez Komisję Europejską i Komitet Polityki Gospodarczej⁴.

Zasada 16 Europejskiego filaru praw socjalnych, który przyjęto w kwietniu 2017 r., stanowi, że każdy ma prawo do szybkiego dostępu do przystępnej cenowo, prewencyjnej i objawowej opieki zdrowotnej dobrej jakości.

Szybki dostęp oznacza, że każdy może skorzystać z opieki zdrowotnej, kiedy tylko jej potrzebuje. Wymaga to zrównoważonego rozmieszczenia geograficznego placówek opieki zdrowotnej i pracowników służby zdrowia oraz strategii w celu zminimalizowania długich czasów oczekiwania.

Opieka medyczna w przystępnych cenach oznacza, że ludzie nie powinni mieć utrudnionego dostępu do niezbędnej opieki ze względu na koszty.

Opieka zdrowotna dobrej jakości oznacza, że powinna ona być właściwa, odpowiednia, bezpieczna i skuteczna.

Nasilają się interakcje pomiędzy systemami opieki zdrowotnej UE. Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁵ była kamieniem milowym na drodze do zapewnienia ram prawnych i narzędzi politycznych do celów tej współpracy. W szczególności w dyrektywie określono jasne zasady i wiarygodne informacje dla pacjentów na temat dostępu do opieki zdrowotnej w innym kraju UE i zwrotu kosztów tej opieki.

2. OKREŚLENIE WYZWAŃ

2.1. Sektor opieki zdrowotnej jest istotnym źródłem zatrudnienia

Sektor „opieki zdrowotnej i pomocy społecznej” jest sektorem, w którym odnotowano największy wzrost zatrudnienia w ostatnich latach – powstało w nim ponad 2,6 mln nowych

miejsc pracy (w okresie od pierwszego kwartału 2009 r. do pierwszego kwartału 2017 r.). W sektorze ochrony zdrowia i opieki społecznej wzrost zatrudnienia rozłożył się następująco:

- w podsektorze „opieki zdrowotnej”: 960 500 nowych miejsc pracy, co stanowi 36% nowych miejsc pracy powstałych w całym sektorze;
- w podsektorze „pomocy społecznej z zakwaterowaniem”: 946 500 nowych miejsc pracy, co stanowi 35% łącznej liczby nowych miejsc pracy; oraz
- w podsektorze „pomocy społecznej bez zakwaterowania”: 776 700 nowych miejsc pracy, co stanowi 29% łącznej liczby nowych miejsc pracy.

W pierwszym kwartale 2017 r. w sektorze „opieki zdrowotnej i pomocy społecznej” zatrudniano 24 014 500 pracowników. Większość z nich, tj. 13 601 700 pracowników, było zatrudnionych w podsektorze „opieki zdrowotnej”. W podsektorze „pomocy społecznej z zakwaterowaniem” zatrudniano 5 066 800 pracowników, natomiast w podsektorze „pomocy społecznej bez zakwaterowania” zatrudniano 5 346 000 pracowników.

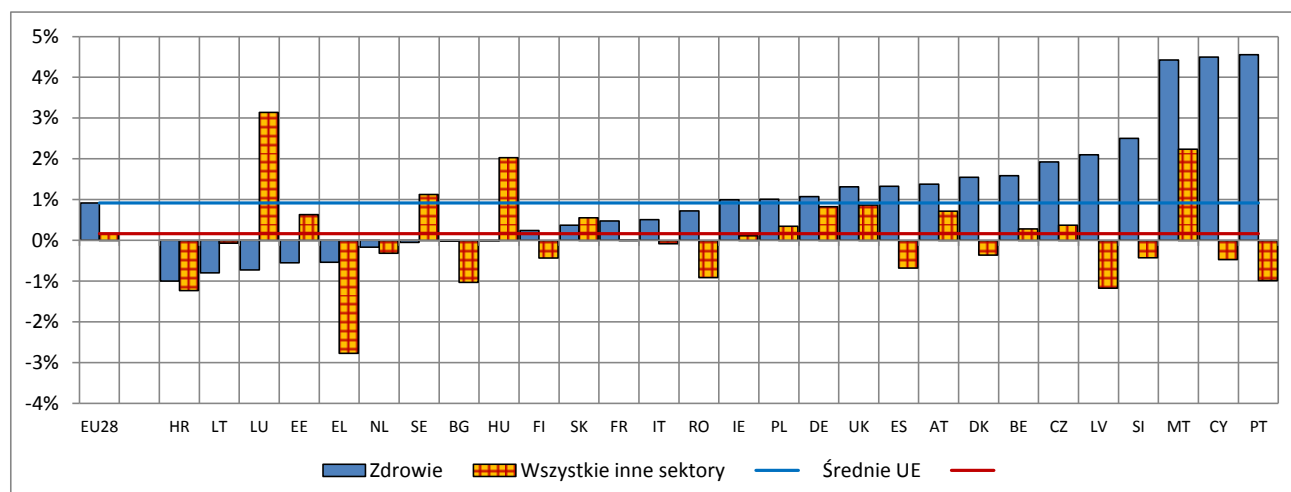
Nie wszystkie nowe miejsca pracy odpowiadają jednak nowemu zapotrzebowaniu na opiekę zdrowotną: starzejąca się ludność Europy wymaga różnych umiejętności i różnych sposobów pracy w poszczególnych sektorach i dziedzinach w celu świadczenia skutecznej opieki.

Istnieją przypadki niedopasowania umiejętności zarówno pod względem charakteru, jak i rozłożenia umiejętności w różnych zawodach w sektorze ochrony zdrowia. Nowe formy świadczenia opieki, które powodują przesunięcie zadań (np. z lekarzy na pielęgniarki) i lepszą integrację, mogą zapewnić bezpieczniejszą i skuteczniejszą opiekę po niższych kosztach.

⁴ *European Economy*, dokument instytucjonalny nr 37, październik 2016 r.: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en

⁵ Dyrektywa 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz.U. L 88 z 4.4.2011.

Wykres 1 – Zmiana zatrudnienia w sektorze opieki zdrowotnej i we wszystkich pozostałych sektorach



Średnie roczne zmiany zatrudnienia od 2009 r. (I kwartał) do 2017 r. (I kwartał) w sektorze opieki zdrowotnej i we wszystkich pozostałych sektorach

Źródło: Eurostat, badanie aktywności ekonomicznej ludności.

Poziom wykształcenia pracowników sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zdecydowanie przewyższa średnią wszystkich sektorów. Jak wskazano w załączniku, liczba pracowników posiadających wyższe wykształcenie (tj. dyplom ukończenia uczelni lub innej instytucji szkolnictwa wyższego) jest konsekwentnie wyższa w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej niż we wszystkich sektorach gospodarki.

W 2016 r. w UE 33,9% wszystkich pracowników posiadało wyższe wykształcenie; w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej odsetek ten wyniósł 43,4%. Odsetek pracowników posiadających wykształcenie średnie lub pomaturalne wynosił 48% we wszystkich sektorach gospodarki, zaś w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej – 45%. Dla uzupełnienia tego obrazu, 17,9% wszystkich pracowników posiadało co najwyżej wykształcenie średnie I stopnia, natomiast w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej odsetek ten wyniósł zaledwie 11,5%⁶.

Siła robocza sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej pozostaje wyraźnie zdominowana przez kobiety: czterech na pięciu pracowników stanowią kobiety, a ich odsetek zasadniczo nie uległ zmianom w rozpatrywanym okresie.

Skuteczny i dostępny sektor opieki zdrowotnej przyczynia się również pośrednio do wzrostu gospodarczego i dobrobytu: pomaga ludziom osiągnąć i utrzymać dobry stan zdrowia, co gwarantuje ich szerszy udział w grupie ludności czynnej zawodowo oraz wyższą wydajność.

2.2. Stabilność budżetowa systemów opieki zdrowotnej

Sektor publiczny odgrywa zasadniczą rolę w finansowaniu świadczeń zdrowotnych: w dwóch trzecich państw członkowskich ponad 70% wydatków na opiekę zdrowotną finansuje sektor publiczny. Ta sytuacja może zagrażać stabilności finansów publicznych, w szczególności w kontekście starzenia się społeczeństwa.

Na wykresie 2 przedstawiono udział finansowania systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach UE ze środków publicznych i prywatnych. Wśród państw członkowskich, w których udział sektora prywatnego w wydatkach na opiekę zdrowotną jest stosunkowo wysoki, znajdują się: Bułgaria (46% łącznych wydatków na opiekę zdrowotną), Grecja (ponad 41%), Cypr (54%), Łotwa (44%) i Malta (43%)⁷.

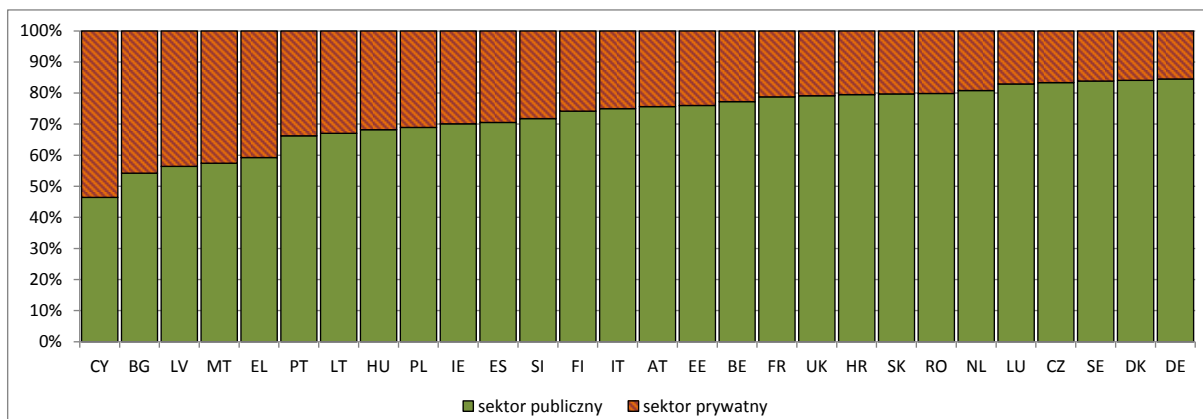
Państwami członkowskimi, w którym odnotowuje się najwyższy udział sektora publicznego w wydatkach na opiekę zdrowotną,

⁶ Wykształcenie wyższe odpowiada poziomom 5 i 6 ISCED. Wykształcenie średnie odpowiada poziomom 3 i 4 ISCED. Wykształcenie średnie I stopnia (i niższe) odpowiada poziomom 0, 1 i 2 ISCED.

⁷ Element sektora prywatnego może wynikać z popytu stymulowanego przez podaż oraz wpływu tego popytu na wybory pacjentów. W związku z tym może on stanowić przeszacowanie rzeczywistych potrzeb w zakresie finansowania.

są: Republika Czeska (83%), Dania (84%), Niemcy (85%), Luksemburg (83%), Niderlandy (81%) i Szwecja (84%).

Wykres 2 – Finansowanie opieki zdrowotnej



Wydatki na opiekę zdrowotną w podziale na podmioty finansujące – źródło: OECD, Eurostat, WHO – 2016 r. lub najnowsze dane

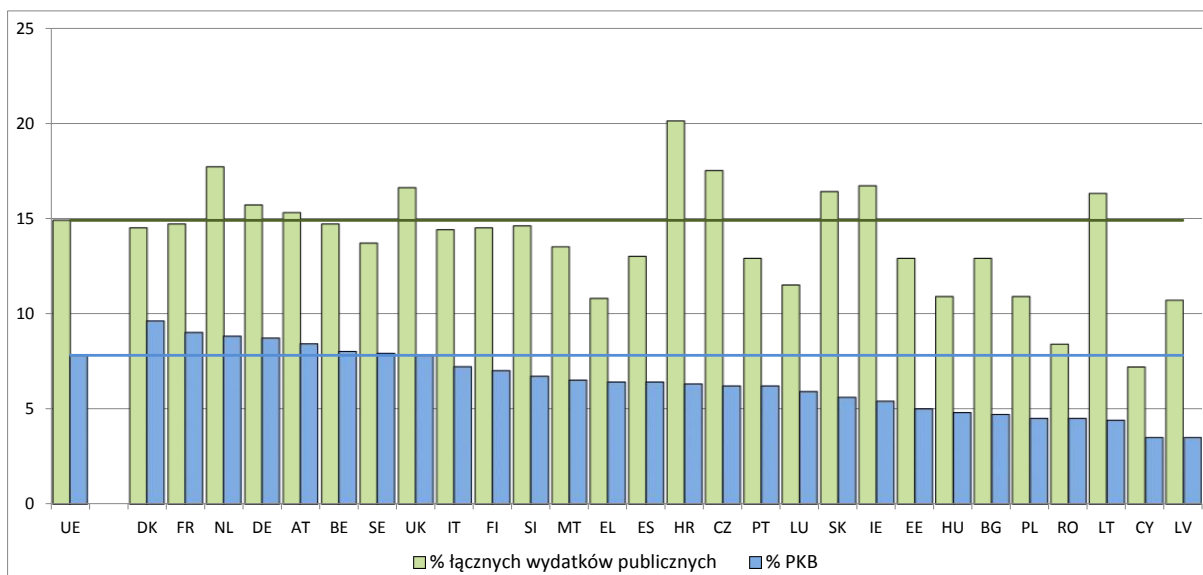
Na wykresie 3 wskazano poziomy wydatków publicznych na opiekę zdrowotną w państwach członkowskich UE, wyrażone jako odsetek PKB i jako odsetek łącznych wydatków sektora instytucji rządowych i samorządowych.

W 2015 r. wydatki publiczne na opiekę zdrowotną wyniosły 7,8% PKB w całej UE. Stosunek wydatków na opiekę zdrowotną do PKB, który jest równy średniej ważonej dla UE lub od niej wyższy, odnotowano w ośmiu państwach członkowskich: w Belgii, Danii, Niemczech, Francji, Niderlandach, Austrii, Szwecji i Zjednoczonym Królestwie. Państwami członkowskimi, w których udział wydatków publicznych na opiekę zdrowotną był najniższy, były Cypr i Łotwa (3,5%), zaś wskaźnik poniżej

5% odnotowano w Bułgarii, w Estonii, na Litwie, na Węgrzech, w Polsce i w Rumunii.

Średnio w 2015 r. wydatki publiczne na opiekę zdrowotną wyniosły 15% łącznych wydatków publicznych w UE. Państwami członkowskimi, w których odnotowano wartość wyższą od unijnej, są: Republika Czeska, Niemcy, Irlandia, Chorwacja, Litwa, Niderlandy, Austria, Słowacja i Zjednoczone Królestwo. Państwami członkowskimi o najniższych wartościach były Cypr (7,2%) i Rumunia (8,4%), a następnie Grecja, Łotwa, Węgry i Polska (wszystkie poniżej 11%) oraz Luksemburg (11,5%)⁸.

Wykres 3 – Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

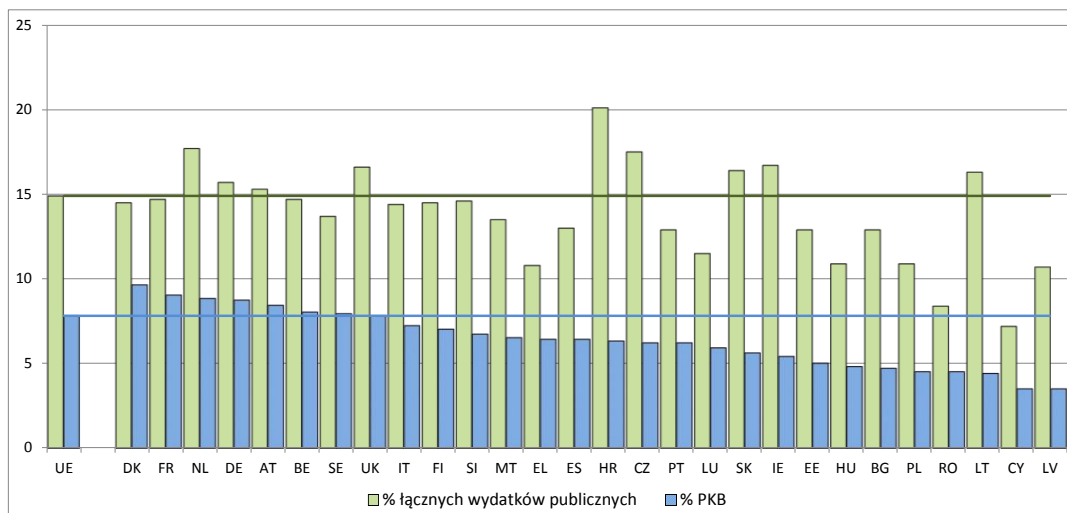


Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną jako odsetek łącznych wydatków publicznych i odsetek PKB

Źródło: Eurostat, Departament Statystyki ONZ; dane za 2013 r. lub najnowsze dane – obliczenia służb Komisji.

⁸ Niektóre kraje wdrożyły jednak system mechanizmów wycofania w wielu obszarach wydatków na opiekę zdrowotną. Oznacza to, że odnotowany poziom wydatków publicznych może stanowić niedoszacowanie rzeczywistego poziomu.

Wykres 3 – Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną



Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną jako odsetek łącznych wydatków publicznych i odsetek PKB

Źródło: Eurostat, Departament Statystyki ONZ; dane za 2013 r. lub najnowsze dane – obliczenia służb Komisji.

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną są jedną z największych i najszybciej rosnących pozycji wydatków dla rządów.

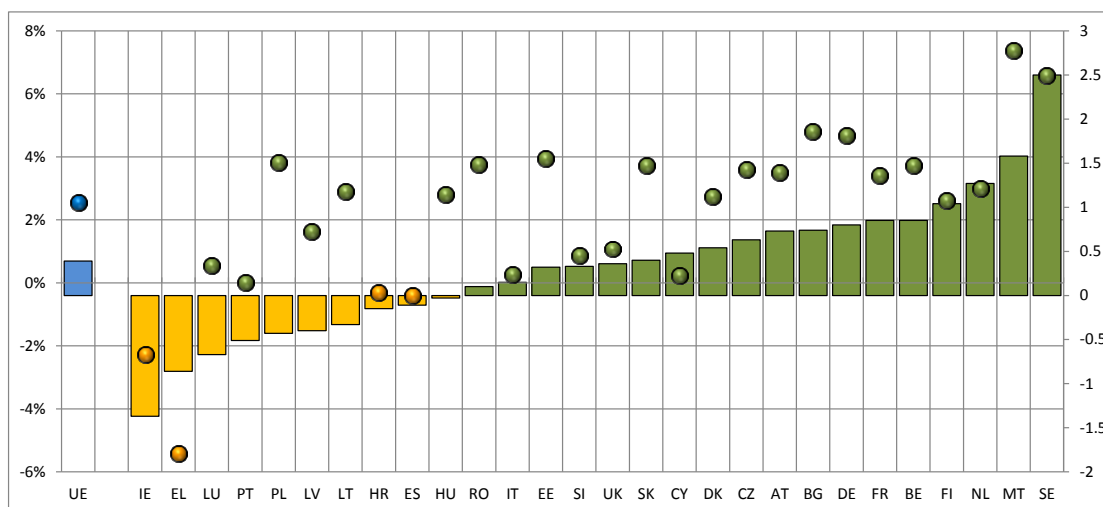
Na wykresie 4 przedstawiono wzrost wydatków publicznych na opiekę zdrowotną jako odsetek PKB w latach 2008–2014 r. (w SSN). Na tym samym wykresie oznaczono średni roczny wzrost rzeczywistych wydatków na opiekę zdrowotną na mieszkańca w tym samym okresie (oznaczony kółkami).

Połączenie tych dwóch wskaźników pozwala na lepsze zrozumienie wydatków publicznych na opiekę zdrowotną. Zmiany w poziomach wydatków na opiekę zdrowotną w ramach PKB wynikają rzeczywiście z połączenia tendencji w zakresie obu tych wskaźników, tj. wydatków publicznych na opiekę zdrowotną i PKB.

Stosunkowy wzrost wydatków na opiekę zdrowotną jako odsetka PKB może być w rzeczywistości efektem netto spadku obu wskaźników przy większym spadku PKB niż wydatków (i odwrotnie). Wartości na mieszkańca zapewniają zatem dodatkowe informacje, na podstawie których można ocenić tendencje: jeżeli wydatki na opiekę zdrowotną wzrastają jako odsetek PKB i spadają jako wartość na mieszkańca, PKB danego kraju prawdopodobnie spada szybciej niż wydatki na opiekę zdrowotną.

Tendencje w zakresie wzrostu należy analizować łącznie z wartością początkową. Wartość wyjściowa, która jest niższa lub wyższa od średniej, może wskazać inną interpretację wzrostów i spadków wydatków na opiekę zdrowotną.

Wykres 4 – Wzrost wydatków publicznych na opiekę zdrowotną jako odsetek PKB i wartość na mieszkańca



Wzrost wydatków publicznych na opiekę zdrowotną jako odsetek PKB (lata 2008–2014, punkty procentowe, oś po prawej) i średni roczny wzrost rzeczywistych wydatków publicznych na opiekę zdrowotną na mieszkańca (kółka, lata 2008–2014, oś po lewej)

Źródło: baza danych WHO „Health for All” – obliczenia służb Komisji.

Presja na wyższe wydatki na opiekę zdrowotną utrzyma się. Zgodnie ze sprawozdaniem na temat starzenia się społeczeństwa z 2015 r. przewiduje się dalszy wzrost udziału wydatków publicznych na opiekę zdrowotną w PKB od chwili obecnej do 2060 r. Głównymi czynnikami powodującymi ten wzrost są:

- rosnące dochody i oczekiwania w zakresie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych;
- starzenie się społeczeństwa; oraz
- postęp technologiczny.

Zgodnie ze „scenariuszem odniesienia Grupy Roboczej ds. Starzenia się Ludności” wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w UE wzrosną o 0,9 p.p. PKB do 2060 r. (wykres 5). W „scenariuszu ryzyka Grupy Roboczej ds. Starzenia się Ludności” oszacowano średni wzrost wydatków o 1,6 p.p. PKB do 2060 r. (załącznik).

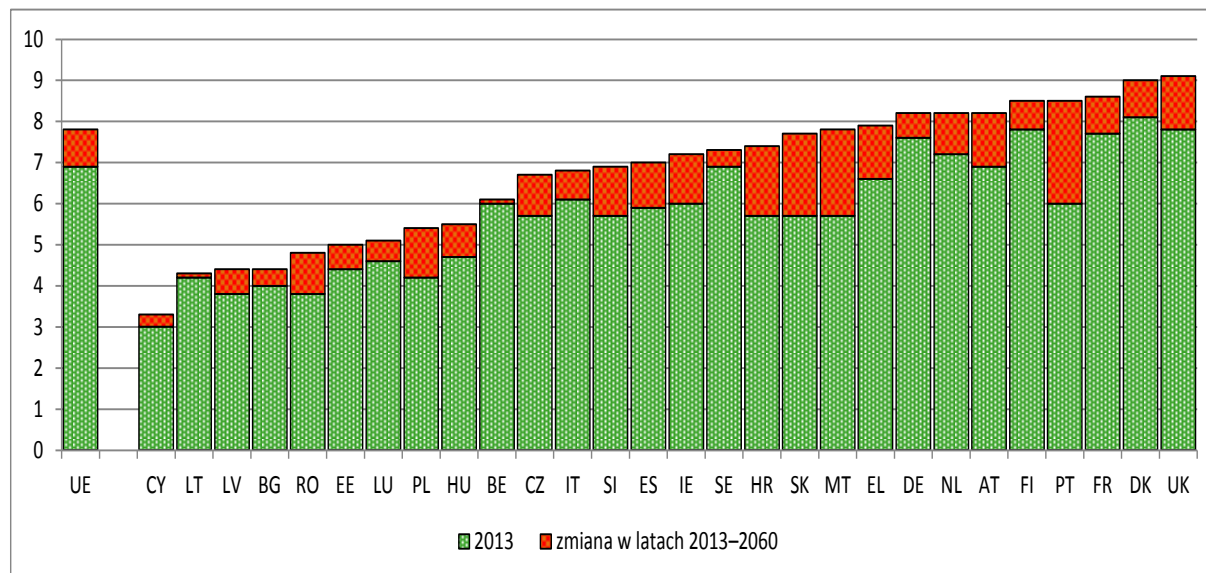
Zasadniczym celem UE jest zapewnienie stabilności finansów publicznych, w tym w perspektywie średnio- i długoterminowej. W przypadku wielu krajów UE ryzyko związane ze stabilnością finansów publicznych jest związane z istotnym przewidywanym wpływem wydatków publicznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa na opiekę zdrowotną

i opiekę długoterminową.

Oprócz wyzwań natury budżetowej, systemy opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej często stoją w obliczu wielu wspólnych problemów strukturalnych związanych z nieefektywnym podziałem i wykorzystaniem zasobów pomiędzy poszczególnymi funkcjonalnymi obszarami wydatkowania. OECD szacuje, że jedna piąta wydatków na opiekę zdrowotną w niewielkim stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia ludzi lub w ogóle się do niej nie przyczynia. W niektórych przypadkach przynosi wręcz gorsze wyniki w zakresie zdrowia. Kraje mogłyby potencjalnie wydawać znacznie mniej na opiekę zdrowotną, jednocześnie nie pogarszając wydajności systemów opieki zdrowotnej lub wyników w zakresie zdrowia⁹. Dodatkowe wyzwania wynikają z:

- nierównego dostępu do opieki zdrowotnej;
- częstych przypadków przekroczenia budżetu;
- sprzecznych nacisków budżetowych z różnych ministerstw;
- zmieniających się priorytetów politycznych;
- nadużyć finansowych lub korupcji; oraz
- braku informacji o optymalnych sposobach inwestowania w systemy opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej.

Wykres 5 – Podstawowy scenariusz i przewidywane wydatki na opiekę zdrowotną w krajach UE w latach 2013–2060, scenariusz odniesienia Grupy Roboczej ds. Starzenia się Ludności



Źródło: na podstawie sprawozdania na temat starzenia się społeczeństwa z 2015 r. – służby Komisji.

⁹ OECD, „Tackling Wasteful Spending on Health”, styczeń 2017 r. – <http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>

2.3. Dostęp do skutecznych systemów opieki zdrowotnej przyczynia się do poprawy spójności społecznej.

Najczęstsze przeszkody w dostępie do opieki zdrowotnej wynikały z tego, że pacjenci nie chcieli lub nie mogli zapłacić za produkty lub usługi medyczne. W niektórych krajach problemem był czas oczekiwania lub odległość do pokonania. Długi czas oczekiwania może mieć wiele różnych przyczyn, w tym przyczyn związanych z niewystarczającym lub niewłaściwym podziałem zasobów lub wyborami w zakresie aktywnego zarządzania, których dokonują decydenci systemów opieki zdrowotnej.

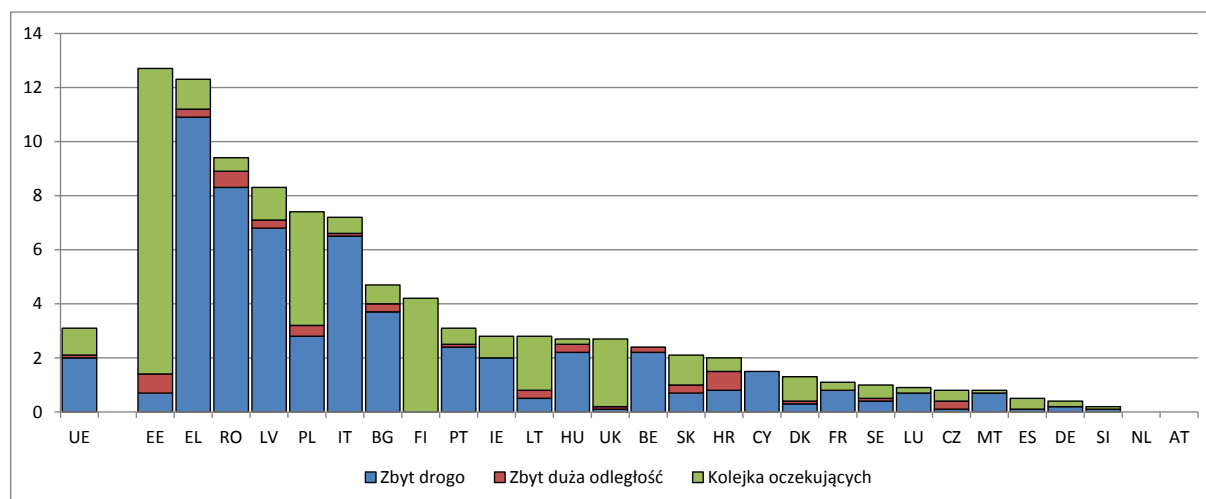
Dostęp do opieki zdrowotnej może również utrudniać

niedostateczna dostępność infrastruktury opieki zdrowotnej i pracowników służby zdrowia.

Wskaźnikiem, który często wykorzystuje się, aby wskazać przeszkody w dostępie do opieki zdrowotnej, są niezaspokojone potrzeby pacjenta według jego subiektywnej oceny¹⁰. Wskaźnik wykorzystuje się obecnie w tablicy wskaźników społecznych, która stanowi część filaru społecznego.

W czterech na pięć krajów europejskich mniej niż 5% ludności zgłosiło pewien poziom niezaspokojonych potrzeb w zakresie badań lekarskich. W niektórych krajach odsetek osób, które zgłosiły niezaspokojone potrzeby, był istotnie wyższy¹¹.

Wykres 6 – Niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich według subiektywnej oceny wynikające z kosztów, czasu oczekiwania i odległości do pokonania



Źródło: EU-SILC (2015 r.).

¹⁰ Brak możliwości zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki medycznej dotyczy subiektywnej oceny osób na temat tego, czy potrzebowały badania lub leczenia w zakresie konkretnej usługi zdrowotnej, ale go nie otrzymały lub się o nie nie starały z trzech następujących powodów: „kwestie finansowe”, „zbyt długa kolejka oczekujących” lub „zbyt duża odległość”. Zgłaszane przez ludzi problemy z otrzymaniem opieki zdrowotnej w czasie, kiedy byli chorzy, często odzwierciedlają istotne przeszkody w świadczeniu opieki zdrowotnej.

¹¹ Szczególnie jeżeli chodzi o Grecję, drastyczne obniżenie wynagrodzeń i wzrost bezrobocia w rozproszonym systemie ubezpieczeń zdrowotnych charakteryzującym się słabą redystrybucją spowodowały znaczne zmniejszenie zasięgu publicznej opieki zdrowotnej i kwalifikowalności do tej opieki. Chociaż istnieją dowody na nadmierną konsumpcję usług opieki zdrowotnej w Grecji przed kryzysem (czego odzwierciedleniem jest wysoki poziom kosztów ponoszonych przez samych pacjentów), wraz z nastaniem kryzysu nie była ona już przystępna cenowo. Powszechny dostęp do usług opieki zdrowotnej wprowadzono późniejszymi reformami w latach 2014 i 2016. W dostępnych danych nie ujęto jeszcze wpływu tych reform na niezaspokojone potrzeby.

Według subiektywnej oceny w UE można odnotować luki w dostępie do wysokiej jakości opieki zdrowotnej, mimo że państwa członkowskie uzgodniły stosowanie wspólnej zasady równości systemów opieki zdrowotnej. Przeszkód w równym dostępie do opieki zdrowotnej może być wiele i mogą one obejmować czynniki finansowe, administracyjne, geograficzne, prawne, kulturowe i organizacyjne.

Niezaspokojone potrzeby medyczne według subiektywnej oceny należy analizować również w zestawieniu z obiektywnymi wskaźnikami korzystania z opieki zdrowotnej i wydatków na opiekę zdrowotną. Przykładami takich wskaźników są: poziom wydatków sektora publicznego, sektora prywatnego i pacjenta na opiekę zdrowotną¹², który dostarcza również informacje związane z ochroną finansową społeczeństwa przed ryzykiem utraty zdrowia, oraz bieżące korzystanie ze świadczeń zdrowotnych.

Zapewnienie stabilnego i powszechnego dostępu do opieki wysokiej jakości wymaga większej efektywności i skuteczności wydatkowania na opiekę zdrowotną w kontekście rosnącego zapotrzebowania i ograniczonych zasobów. Wyzwanie polega na identyfikacji oszczędnych sposobów finansowania, organizacji i świadczenia opieki, aby osiągnąć lepsze efekty zdrowotne przy bardziej racjonalnym wykorzystywaniu dostępnych zasobów.

We wszystkich obszarach cięcia kosztów, których celem jest uzyskanie krótkoterminowych oszczędności, a nie osiągnięcie opłacalności systemu, mogą doprowadzić do wzrostu wydatków w średniej i długiej perspektywie.

W szczególności wiele państw członkowskich uważa, że wyzwanie stanowi poprawa dostępu do przystępnych cenowo produktów leczniczych. Rzeczywiście w nadchodzących latach przewiduje się wprowadzenie wielu nowych produktów leczniczych, co doprowadzi

do wzrostu potrzeb w zakresie finansowania w porównaniu z poprzednim dziesięcioleciem.

Charakter nowych produktów leczniczych stopniowo się zmienia: innowacje opierają się na złożonych i kosztownych biologicznych produktach leczniczych i w coraz większym stopniu są ukierunkowane na mniejsze grupy społeczne. Publiczni i prywatni płatnicy opieki zdrowotnej coraz bardziej starają się uporać z problemem finansowania coraz większej liczby takich produktów leczniczych.

W Europie nadal występuje problem przedwczesnej śmierci. W 2014 r. w UE zmarło 1,69 mln osób w wieku poniżej 75 lat. Około 562 034 z tych zgonów można uznać za przedwczesne. Zgonów tych można by było uniknąć dzięki współczesnej wiedzy i technologii medycznej. Przyczyną ponad połowy z tych zgonów, których można było uniknąć, były zawały serca i udary.

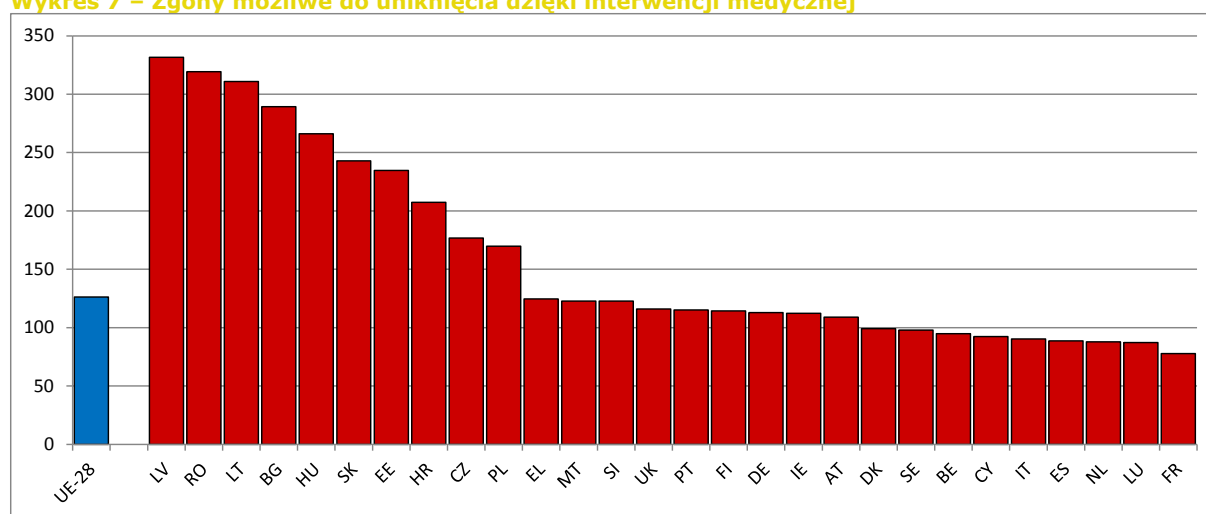
Koncepcja zgonu możliwego do uniknięcia dzięki interwencji medycznej opiera się na założeniu, zgodnie z którym niektórych zgonów (w konkretnych grupach wiekowych i w wyniku konkretnych chorób) da się „uniknąć”. Innymi słowy, niektóre z tych osób nie zmarłyby w tym wieku, gdyby mogły skorzystać ze skutecznej opieki zdrowotnej w odpowiednim czasie.

Wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej stosuje się w globalnym kontekście ocen funkcjonowania systemów zdrowotnych, aby zapewnić obraz jakości i wydajności polityk w zakresie opieki zdrowotnej.

Udział zgonów możliwych do uniknięcia dzięki optymalnej opiece medycznej we wszystkich zgonach osób w wieku poniżej 75 lat w 2013 r. znacznie różni się w poszczególnych państwach członkowskich UE.

¹² Wydatki ponoszone przez samych pacjentów odnoszą się do płatności bezpośrednich za towary i usługi z dochodów pierwotnych lub oszczędności gospodarstwa domowego, w przypadku ponoszenia kosztów przez użytkownika w momencie zakupu towarów lub korzystania z usług bez zwrotu kosztów lub na zasadzie podziału kosztów w ramach zorganizowanego systemu. Na ten wskaźnik również mogą mieć wpływ wybory pacjentów. Porównywalność danych między poszczególnymi krajami jest obecnie ograniczona ze względu na poziom dokładności, z jakim wdrażano w państwach UE system rachunków zdrowia z 2011 r.

Wykres 7 – Zgony możliwe do uniknięcia dzięki interwencji medycznej



Źródło: baza danych Eurostatu (2014 r.).

3. IDENTYFIKACJA WŁAŚCIWYCH NARZĘDZI POLITYCZNYCH W CELU SPROSTANIA WYZWANIAM

W komunikacie Komisji w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej zaproponowano agendę UE, która zawiera szereg mechanizmów współpracy w celu wsparcia reform na szczeblu krajowym. Celem agendy jest poprawa wyników działania systemów opieki zdrowotnej w UE. Mechanizmy te obejmują ocenę technologii medycznych, e-zdrowie i cyfrową ochronę zdrowia, ocenę funkcjonowania systemów zdrowotnych, planowanie zatrudnienia w sektorze opieki zdrowotnej, europejskie sieci referencyjne itd.¹³

Celem tej współpracy jest poprawa efektywności i skuteczności systemów opieki zdrowotnej, aby zapewnić stabilność budżetową i dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych dla wszystkich.

We wspólnym sprawozdaniu Komisji Europejskiej i Komitetu Polityki Gospodarczej w sprawie systemu opieki zdrowotnej i systemu opieki długoterminowej (2016 r.) zidentyfikowano wiele obszarów, których poprawa mogłaby zwiększyć opłacalność systemów opieki zdrowotnej w perspektywie średnio- i długoterminowej oraz ich długoterminową stabilność.

Właściwe narzędzia polityki obejmują następujące aspekty:

Poprawa zarządzania systemami

1) wzmocnienie współpracy między organami budżetowymi i organami ds. polityki zdrowotnej oraz wdrożenie wielu różnych narzędzi planowania budżetu, aby zwiększyć skuteczność, przejrzystość i rozliczalność;

2) stworzenie technologii informacyjnej i strategii zarządzania danymi, aby wesprzeć monitorowanie i zarządzanie, oraz wsparcie walki z korupcją, nadużyciami finansowymi i sprzeniewierzaniem zasobów publicznych;

3) systematyczna i sformalizowana ocena *ex ante* i *ex post* reform na podstawie dowodów oraz wdrożenie oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych;

4) jasne określenie ról organów publicznych w ramach świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, aby zintegrować usługi medyczne i społeczne poprzez ramy prawne i poprawę skuteczności administracyjnej;

5) poprawa adekwatności i jakości zasobów ludzkich w sektorze opieki zdrowotnej poprzez dostosowanie planowania do potrzeb, dopasowanie zachęt, zbadanie możliwości transgranicznego zatrudniania lekarzy, a także planowanie długoterminowe;

Promowanie stabilności i skuteczności finansowania i wydatków

6) zapewnienie, by pakiety świadczeń refundowane ze środków publicznych opierały się na kryteriach opłacalności i równości oraz by systemy podziału kosztów sprzyjały ograniczaniu wydatków publicznych przy jednoczesnym zachowaniu dostępności;

¹³ https://ec.europa.eu/health/home_pl

7) opracowanie mechanizmów ustalania wynagrodzeń i nabywania w celu promowania skuteczności i równości;

8) odsunięcie systemów opieki zdrowotnej od tradycyjnego modelu skoncentrowanego wokół szpitali poprzez wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie kierowania na konsultacje specjalistyczne i skierowań oraz promowanie koordynacji i integracji opieki;

9) zwiększenie stabilności opieki szpitalnej poprzez ulepszenie mechanizmów finansowania, ograniczenie kosztów funkcjonowania oraz lepsze porównywanie wyników osiąganych przez szpitale i lepszą analizę porównawczą;

10) przyczynienie się do bardziej gospodarczego korzystania z produktów leczniczych i ich lepszej przystępności cenowej poprzez promowanie zamówień publicznych oraz roli leków generycznych i leków biopodobnych¹⁴, właściwe polityki kontroli cen i promowanie rozsądnego korzystania z produktów leczniczych;

11) dalsze badanie mechanizmów współpracy międzynarodowej w celu rozwiązania problemów z dostępnością produktów leczniczych w krajach UE. Wśród tych mechanizmów powinny się znaleźć właściwe mechanizmy regulacyjne na szczeblu unijnym i porozumienia w sprawie zamówień wspólnych;

12) umożliwienie podejmowania decyzji o zasięgu w odniesieniu do nowych i istniejących technologii, które to decyzje są opłacalne i oparte na ocenach technologii medycznych, w tym poprzez współpracę między państwami członkowskimi;

Poprawa dostępności, jakości i skuteczności opieki

13) wzmocnienie polityk, których celem jest promocja zdrowia i zapobieganie chorobom: promowanie kampanii na temat czynników ryzyka, opracowywanie zintegrowanych inicjatyw obejmujących wiele sektorów i wiele zainteresowanych stron, a także dostosowanie planów finansowych do harmonogramów politycznych;

14) zwiększenie dostępności opieki dobrej jakości poprzez ograniczenie czasu oczekiwania i obciążenia finansowego gospodarstw domowych wydatkami na opiekę zdrowotną, w tym opłatami o charakterze nieformalnym;

15) uwzględnienie potrzeb grup szczególnie wrażliwych, w szczególności poprzez właściwe polityki budżetowe i polityki w zakresie ochrony socjalnej, współpracę międzysektorową na rzecz świadczenia usług z zakresu opieki oraz usługi uwzględniające różnice kulturowe;

16) zapewnienie właściwej opieki osobom potrzebującym poprzez promowanie i ocenę jakości i skuteczności;

17) promowanie niezależnego życia i wspieranie świadczenia usług z zakresu opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej w domu i w społeczności zamiast w placówkach (w stosownych przypadkach);

18) promowanie starzenia się w dobrym zdrowiu oraz zapobieganie pogarszaniu się fizycznego i umysłowego stanu zdrowia osób przewlekle chorych.

4. ANALIZA OBECNEJ SYTUACJI W ZAKRESIE POLITYK

Kilka państw członkowskich wprowadziło i wdrożyło ważne środki, aby zwiększyć dostęp do świadczeń zdrowotnych przy jednoczesnym zachowaniu jakości i stabilności systemu.

Bułgaria, Estonia, Malta, Austria i Polska wprowadziły istotne reformy w celu wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej i lepszej koordynacji z opieką szpitalną i specjalistyczną. Ponadto Szwecja przeznaczyła również zwiększone środki na poprawę dostępności usług z zakresu opieki zdrowotnej.

Cypr rozpoczął reorganizację swojego systemu opieki zdrowotnej, aby umożliwić całej ludności dostęp do opieki zdrowotnej i ograniczyć wysokie wydatki własne pacjentów.

Portugalia wdrożyła istotne reformy w latach 2016 i 2017, aby zapewnić powszechny dostęp do opieki zdrowotnej.

Bułgaria podjęła kroki, aby zwiększyć opiekę ambulatoryjną na obszarach, gdzie ograniczony zasięg publicznych usług z zakresu leczenia ambulatoryjnego utrudnia niektórym dostęp do opieki zdrowotnej.

Austria wprowadziła nowy system płatności JGP (jednorodnych grup pacjentów) w ambulatoriach przyszpitalnych, aby odciążyć

¹⁴ Lek generyczny jest produktem farmaceutycznym, który jest taki sam jak produkt leczniczy, który został już dozwolony („lek referencyjny”). Zawiera takie same substancje aktywne jak lek referencyjny. Lek biopodobny jest bardzo podobny we wszystkich najważniejszych aspektach do zatwierdzonego już leku biologicznego.

sektor leczenia szpitalnego i zachęcić do korzystania z przychodni dziennych i usług ambulatoryjnych.

Łotwa i Polska rozpoczęły reformy w celu zwiększenia dostępności personelu medycznego.

Węgry i Rumunia podjęły pierwsze kroki w celu zwiększenia wynagrodzenia pracowników służby zdrowia.

Łotwa, Polska, Portugalia i Rumunia ogłosiły podjęcie działań, aby zachęcić lekarzy i pielęgniarki do pracy na obszarach podmiejskich lub wiejskich.

Łotwa i Malta ograniczyły czas oczekiwania, zaś Rumunia przeorganizowała niektóre części swojego systemu opieki ambulatoryjnej.

Włochy, Malta, Portugalia i Słowenia opracowały i wdrożyły rozwiązania ICT, aby ograniczyć czas oczekiwania na usługi z zakresu opieki zdrowotnej.

Hiszpania, Włochy, Portugalia i Słowacja wdrażają reformy takie jak centralizacja zamówień, promowanie leków generycznych i tworzenie organów ds. oceny technologii medycznych. Ostatecznym celem jest zwiększenie dostępu do produktów leczniczych i zapewnienie ich opłacalnego stosowania.

Łotwa i Rumunia wdrożyły plany, aby wzmocnić mechanizmy w zakresie rozliczalności i przejrzystości w systemach opieki zdrowotnej.

W ramach inicjatywy „Stan zdrowia w UE”¹⁵ przedstawiono dowody w zakresie polityk zdrowotnych w Europie. W szczególności przedstawiono krajowe profile zdrowotne, które zawierają bardziej szczegółowe analizy aktualnej sytuacji w zakresie polityk w każdym państwie członkowskim.

W sprawozdaniu towarzyszącym, które opiera się na ustaleniach z krajowych profili zdrowotnych, podkreślono przekrojowe skutki polityk.

Data: 26 września 2017 r.

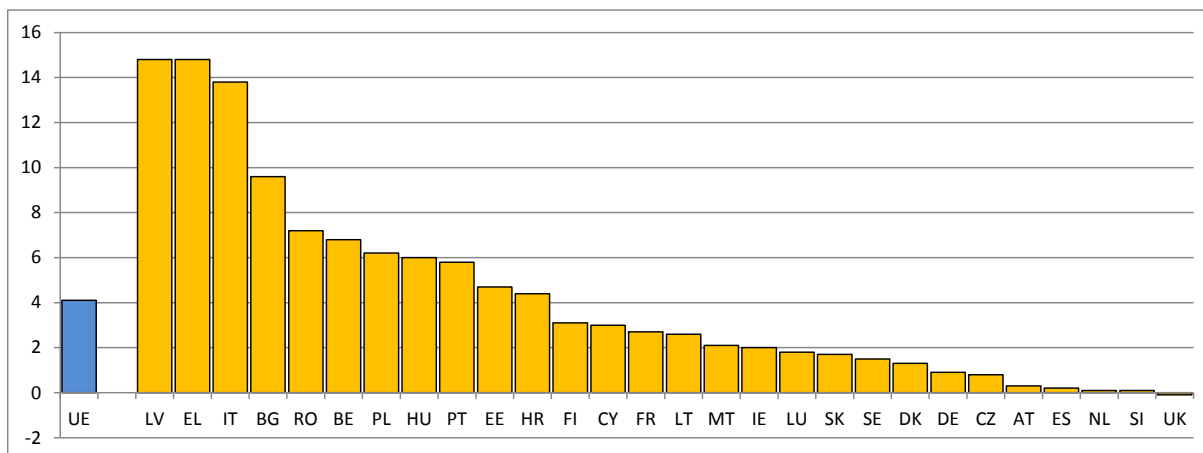
¹⁵ https://ec.europa.eu/health/state/summary_pl

5. PRZYDATNE ŹRÓDŁA:

- Komunikat Komisji w sprawie skutecznych, dostępnych i odpornych systemów opieki zdrowotnej (COM(2014) 215 final)
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pl.pdf
- Wspólne sprawozdanie na temat systemów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej oraz stabilności budżetowej – *European Economy*, dokument instytucjonalny nr 37, październik 2016 r.; DG ds. Gospodarczych i Finansowych oraz Komitet Polityki Gospodarczej
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- „Stan zdrowia w UE”: krajowe profile zdrowotne
https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_pl
- „Zdrowie w Europie w zarysie (2016)” — „Stan zdrowia w UE”, OECD Publishing, Paryż
https://ec.europa.eu/health/state/glance_pl
- Europejski semestr – zestawienie informacji tematycznych na temat stabilności finansów publicznych
- Baza danych WHO „Health for All”
- Baza danych OECD dotycząca zdrowia
- Narzędzie Komisji Europejskiej dotyczące danych z zakresu wskaźników zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej
https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_pl
- Opinion from the Expert panel on effective ways of investing in health on the „Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects”
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyreforms_reformeffects_en.pdf
- Opinion from the Expert panel on effective ways of investing in health on „Access to health services in the European Union”
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf
- Opinion from the Expert panel on effective ways of investing in health on the „Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems”
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf
- Report from the EU expert group on health systems performance assessment „So What? Strategies across Europe to assess quality of care”
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf
- Report from the EU expert group on health systems performance assessment „Blocks: Tools and methodologies to assess integrated care in Europe”
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf

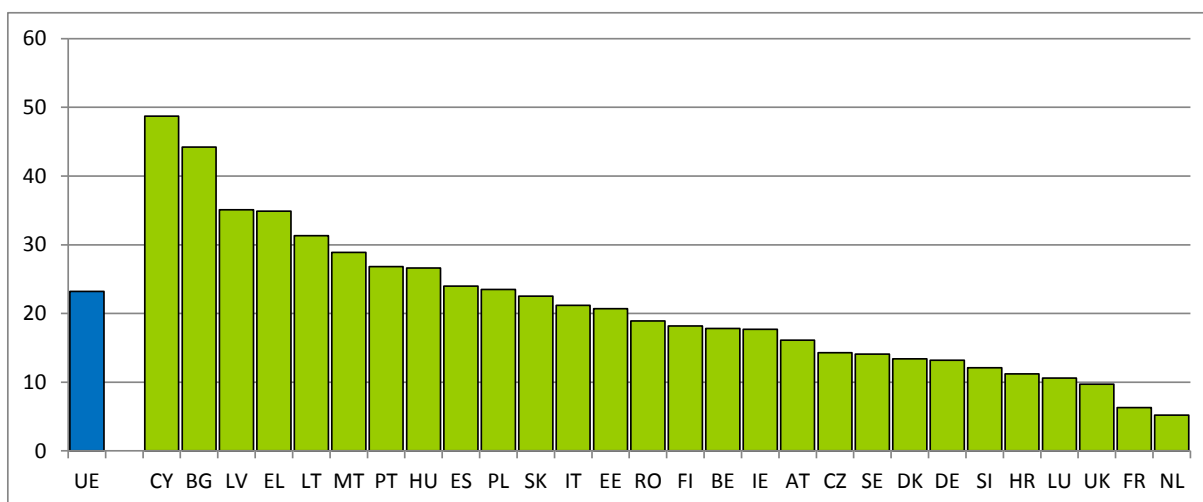
ZAŁĄCZNIK

Wykres A: różnica kwintylowa w dochodach¹⁶ w odniesieniu do niezaspokojonych potrzeb, według subiektywnej oceny, w zakresie badań lekarskich, 2015 r.



Źródło: Eurostat, EU-SILC. Uwagi: wszystkie powody; różnica wyrażona w punktach procentowych.

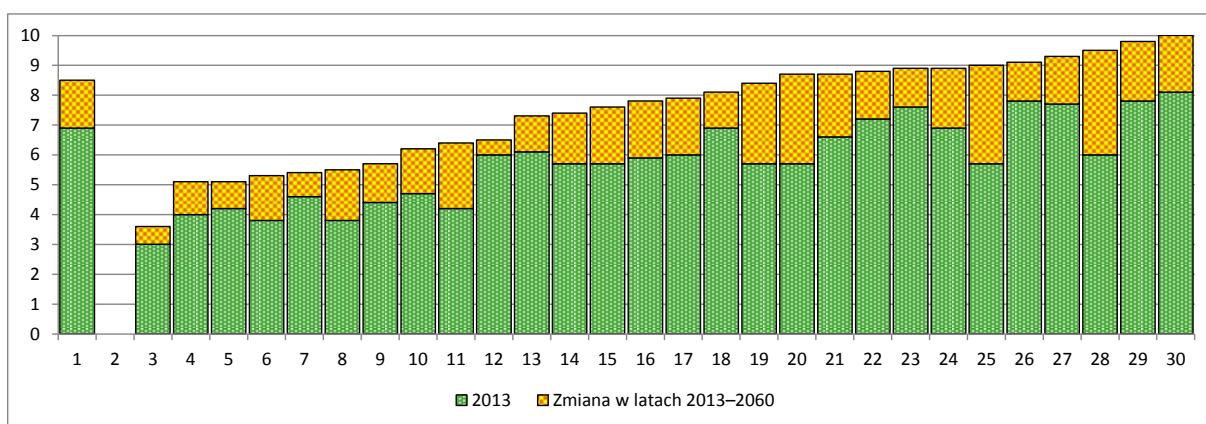
Wykres B: prywatne wydatki ponoszone przez gospodarstwa domowe jako % łącznych bieżących wydatków na opiekę zdrowotną, 2014 r. lub najnowsze dostępne dane



Źródło: baza danych WHO „Health for All”.

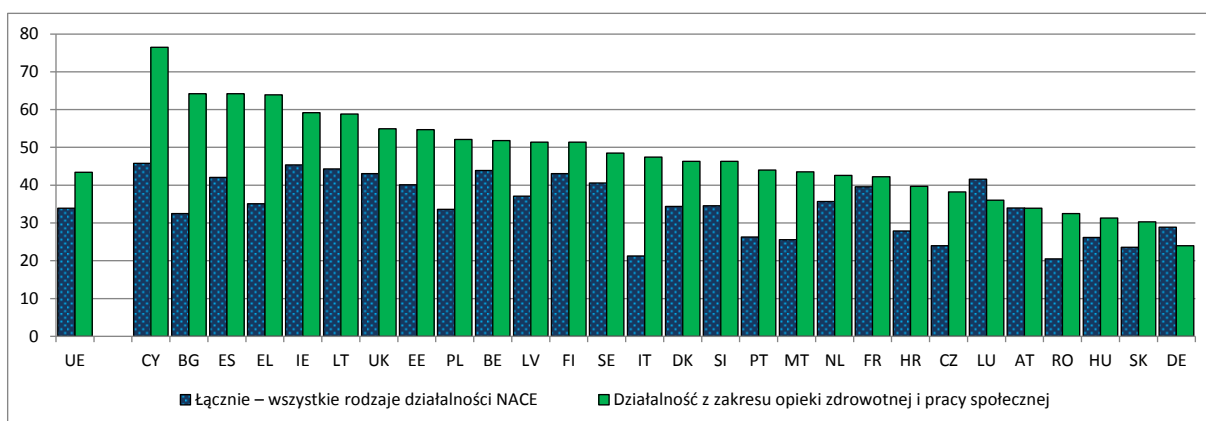
¹⁶ Różnica (luka) między odsetkiem ludności z najniższej (q1) i najwyższej (q5) grupy kwintylowej w zakresie dochodów, która zgłosiła niezaspokojone potrzeby, według subiektywnej oceny, w zakresie badań lekarskich w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Pierwsza grupa kwintylowa obejmuje 20% ludności o najniższych dochodach, zaś piąta grupa kwintylowa obejmuje 20% ludności o najwyższych dochodach.

Wykres C: przewidywane wydatki na opiekę zdrowotną w krajach UE w latach 2013–2060, scenariusz ryzyka Grupy Roboczej ds. Starzenia się Ludności



Źródło: na podstawie sprawozdania na temat starzenia się społeczeństwa z 2015 r. – służby Komisji.

Wykres D: poziom wykształcenia siły roboczej



Zatrudnienie pracowników z wyższym wykształceniem jako odsetek łącznego zatrudnienia w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz we wszystkich sektorach, 2016 r. – źródło: Eurostat.