

Koszty pośrednie chorób – czy i jak je liczyć

Kropla draży skatę

Witold Paweł Kalbarczyk



fot. iStock.com 3x

Podczas dyskusji panelowych w trakcie Forum Ochrony Zdrowia XXII Forum Ekonomicznego w Krynicy co najmniej kilkakrotnie z ust polskich i zagranicznych ekspertów, jak również – o dziwo – z ust przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia w osobach wiceministrów Sławomira Neumanna i Igora Radziewicz-Winnickiego oraz ministra pracy i polityki społecznej Władysława Kosiniaka-Kamysza padały argumenty za tym, by na zdrowie patrzeć w kategoriach kapitału, w który nie tylko trzeba, lecz także warto inwestować.

Dyskusje, które dotyczyły wielu powiązanych ze sobą wątków, takich jak efektywność podstawowej opieki zdrowotnej, zdrowie publiczne, konkurencja płatników, dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i wyzwania dla systemu opieki zdrowotnej czy szerszej systemu ochrony zdrowia wobec faktu starzenia się polskiego społeczeństwa i rozwierających się nożyc potrzeb zdrowotnych i możliwości ich zaspokojenia, wskazały na konieczność podjęcia dynamicznych działań w wielu dziedzinach. Ich cel jest jeden – aby Polska była w stanie nie tylko trwać w stanie wegetacji, lecz rozwijać się i być miejscem, w którym będą chciały żyć następne pokolenia Polaków.

Wyzwania

Wyzwania są naprawdę wielkie, bo dotyczą nieznanego nam nowego ładu społecznego, który ukształtuje się na naszych oczach w ciągu najbliższych 20 i kolej-

nych lat. Z prezentacji wprowadzającej do 3-dniowej dyskusji FOZ, w tym dotyczącej wpływu zdrowia na gospodarkę, wynika, że zmiany demograficzne, jakie zajdą w polskim społeczeństwie do 2030 r., a więc w ciągu niespełna 20 lat, spowodują, że zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne finansowane z funduszy publicznych wzrośnie nawet o 1,4 proc. PKB, co w odniesieniu do wartości PKB z 2012 r. wynosi ok. 22,6 mld zł. Przy założeniu, że system ochrony zdrowia się nie zmieni, do 2060 r. luka w finansowaniu potrzeb zdrowotnych może sięgnąć nawet 2,6 proc. PKB. Tak wyglądają prognozy kosztów wynikających z potrzeb starszego niż obecnie społeczeństwa i proporcji pomiędzy osobami powyżej 65. roku życia a młodszymi. W 2010 r. Polaków mających więcej niż 65 lat było 13 proc., w 2030 r. będzie ich już 23 proc., a w 2060 r. aż 34 proc. Wszyscy czytający ten artykuł zapewne są w stanie sięgnąć

20 lat wstecz i przypomnieć sobie ówczesną rzeczywistość – z wyżym demograficznym lat 80., masowymi wcześniejszymi emeryturami i dynamicznymi zmianami gospodarczymi, jakie zachodziły w Polsce. Może nie jest doskonale, ale na pewno pod wieloma względami jest dużo lepiej niż przed 1989 r. Wcześniej wielu ludziom wydawało się, że demokracja i gospodarka rynkowa są niemożliwe. Na szczęście okazało się inaczej – niemożliwe jest możliwe. Jak pokazała historia, trzeba tego bardzo chcieć i codziennie robić swoje.

Mała apokalipsa

Wizja starego społeczeństwa z niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi jawi się trochę jak apokalipsa, ale po doświadczeniach z przeszłości wiemy, że to, jak będzie wyglądał polski system ochrony zdrowia za 20 czy 30 lat, w dużym stopniu zależy od nas samych już teraz. Prognozy są znane i mamy świadomość, że niewiele możemy zrobić, by zmienić trendy demograficzne. Sądzę także, co wynikało z wypowiedzi zarówno ekspertów ochrony zdrowia, jak i polityków czy urzędników państwowych odpowiedzialnych za politykę zdrowotną i politykę społeczną, że co do wstępnej diagnozy jest zgoda. Teraz przyszedł czas na wdrożenie terapii, krótko- i długoterminowej. Nie chcę wyrokować, która z nich jest ważniejsza, ale z pewnością jedna i druga wymaga rzetelnej wiedzy i odwagi do wprowadzania często bolesnych i zaskakujących dla niektórych zmian w wielu dziedzinach.

Wielość obszarów, na których czekają nas zmiany, oznacza konieczność dobrej współpracy wielosektorowego konsylium, w którym ochrona zdrowia Polaków będzie celem wszystkich członków. Ważny będzie nie tylko głos ministra zdrowia, tradycyjnie uznawanego za lidera w tych kwestiach, lecz także ministrów pracy i polityki społecznej, gospodarki, finansów, edukacji, rozwoju regionalnego czy transportu. Nie może zabraknąć opinii publicznych płatników za opiekę zdrowotną i świadczenia socjalne – NFZ, ZUS i KRUS – oraz przedstawicieli świadczeniodawców, publicznych i prywatnych, organizacji samorządów gospodarczych i organizacji pozarządowych. Kto będzie zwornikiem tego opiniotwórczego ciała – premier czy prezydent – też ma podstawowe znaczenie, bo ta sprawa dotyczy nas wszystkich zarówno za kadencji tego rządu czy prezydenta, jak i za kadencji ich następców w kolejnych latach. Warto, choć może to naiwny postulat z perspektywy dzisiejszej sceny politycznej w Polsce, aby ciało to obejmowało również przedstawicieli dzisiejszej opozycji, ponieważ długoterminowe działania, będące kluczem do sukcesu, wymagają konsekwencji we wprowadzaniu nie w perspektywie roku, dwóch czy trzech lat, ale przez najbliższe dekady. Nie stać nas już na zaniechania teraz ani na radykalne zmiany w przyszłości raz obranego kierunku. Dlatego potrzebny jest konsensus co do głównych celów, kierunków zmian i długookresowych działań, jakie są niezbędne, aby polski system ochrony zdrowia (rozumia-

ny wielosektorowo i wielowątkowo) służył polskiemu społeczeństwu i polskiej gospodarce w kolejnych dziesięcioleciach.

Koszt czy inwestycja

Jednym z wątków w dyskusjach podczas Forum Ochrony Zdrowia w Krynicy, który na stałe musi zaistnieć w myśleniu o ochronie zdrowia, jest traktowanie wydatków w tym sektorze nie jako kosztu, ale długoterminowej inwestycji. Choć oczywiście każdy wydatek jest kosztem, to wiemy, że w długiej perspektywie mądre wydatki przynoszą korzyści, a w wielu przypadkach zmniejszają koszty ponoszone w przyszłości. W Polsce zbyt często mówi się o walce z chorobą, a tymczasem tym, o co warto walczyć, jest zdrowie. Zdominowała nas medy-

„ W Polsce zbyt często mówi się o walce z chorobą, a tymczasem tym, o co warto walczyć, jest zdrowie „

cyna naprawcza, czyli opieka zdrowotna i świadczenia zdrowotne dostarczane przez świadczeniodawców, gdy tymczasem ma ona najmniejszy wpływ na nasze zdrowie. Mimo to, jeśli wiemy, że medycyna naprawcza wymaga nakładów i że wraz ze starzeniem się polskiego społeczeństwa potrzeby w tym zakresie będą rosły, ważne jest, aby ograniczone zasoby finansowe i kadrowe wykorzystywać jak najbardziej efektywnie. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na koszty pośrednie chorób i patrzeć na nie szerzej niż wyłącznie poprzez wydatki na świadczenia zdrowotne.

Koszyk

Podczas krynickich debat pojawiły się trzy przykłady takiego spojrzenia, które niewątpliwie powinno zostać uwzględnione przez AOTM przy pracach nad dopuszczaniem do stosowania w Polsce nowych terapii, ale także na stałe służyć weryfikacji koszyka świadczeń gwarantowanych z pieniędzy publicznych. Pierwsze da możliwość korzystania przez Polaków ze skutecznych nowych terapii, a drugie pozwoli (mam nadzieję, bo jest to bezwzględnie konieczne) na zmodernizowanie i racjonalizowanie zawartości koszyka świadczeń zdrowotnych finansowanych z funduszy publicznych oraz zasad ich opłacania. Żeby koszyk mógł spełniać swoją funkcję dobrze, a nie był wyłącznie zbiorem pobożnych życzeń, jego zawartość musi być adekwatna do możliwości finansowych. Wydaje się, że w obecnych warunkach gospodarczych, ale także w przyszłości nie możemy sobie pozwolić na koszyk w pełni pokrywający potrzeby, a więc

także dużo wyższe niż obecnie finansowanie ze środków publicznych. Warto więc, aby to, czym dysponujemy i będziemy dysponować za 10 czy 20 lat, wydawać racjonalnie. Przykłady, które zostały przywołane, a których z pewnością można by podać więcej, to opieka kardiologiczna nad osobami po zawałach, koszty leczenia chorób reumatycznych *versus* koszty wydatków społecznych związanych z tymi schorzeniami oraz wydatki na szczepienia przeciwko grypie oraz przybliżone koszty pośrednie tej choroby i jej powikłań.



„ W obecnych warunkach gospodarczych nie możemy sobie pozwolić na koszyk w pełni pokrywający wszystkie potrzeby, a więc także dużo wyższe niż obecnie finansowanie z pieniędzy publicznych „

Kardiologia interwencyjna

W zakresie kardiologii interwencyjnej zrobiono w Polsce bardzo dużo z dobrym skutkiem. Ostry zawał mięśnia sercowego nie oznacza już jak przed 20 czy nawet 10 laty wyroku śmierci, głównie dla młodych mężczyzn, ale z kardiologiczną opieką pozawałową nie jest już tak dobrze, żeby nie powiedzieć, że jest źle. Efektywne inwestowanie pieniędzy publicznych w jednej dziedzinie nie przynosi aż tak dobrych rezultatów w całości, bo zabrakło drugiego kroku – skutecznej rehabilitacji pozawałowej oraz ambulatoryjnej opieki kardiologicznej nad tą grupą podwyższonego ryzyka. Zbyt duża liczba osób uratowanych przez kardiologię interwencyjną w szpitalach wypada z rynku pracy albo przedwcześnie umiera ze stra-

tą dla całego społeczeństwa ze względu na brak właściwej opieki poszpitalnej. Tutaj konieczne są zmiany w zakresie organizacji opieki ambulatoryjnej oraz sposobu jej finansowania. Już teraz wiadomo, że potrzebne jest płacenie za jakość i efekt leczenia, a nie jedynie za sam fakt leczenia.

Choroby układu kostno-stawowego

W wypadku chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej, a więc chorób reumatycznych, których częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem i na które w mniejszym czy większym stopniu może cierpieć obecnie nawet 1/3 Europejczyków, na leczenie wydaje się zaledwie niewielką część tego (w 2010 r. ok. 384 mln zł), co pochłaniają koszty zwolnień, rent i wydatków na rehabilitację (w 2009 r. szacunkowe koszty ZUS to ok. 4,5 mld zł). Żeby mówić o kosztach pośrednich, należałoby policzyć także utracone korzyści w postaci niezrealizowanej produkcji towarów i usług czy utraconych wpływów podatkowych, a także niepoliczalnych czy trudno policzalnych kosztach cierpienia osób chorych lub ich degradacji zawodowej, rodzinnej i w konsekwencji nierzadko społecznej. W tym kontekście warto zadać sobie pytanie, czy dostępność efektywnych terapii chorób reumatycznych w Polsce jest adekwatna. Czy stać nas teraz oraz czy będzie nas stać w nieodległej przyszłości, by tracić tych ludzi z rynku pracy oraz by kurczące się zasoby ludzkie (społeczeństwo starzeje się i jego liczebność się zmniejsza) w takim stopniu jak obecnie były nieczynne zawodowo z powodu chorób, które można skutecznie leczyć, a czego nie robi się z powodu braku dostępności takich terapii w Polsce? Decyzje o racjonalizujących zmianach w zakresie dostępu do skutecznych terapii oraz organizacji opieki i rehabilitacji dla osób ze schorzeniami, które tak dużo nas kosztują po stronie świadczeń społecznych, nie mogą pomijać kosztów pośrednich. Zwłaszcza że wiemy, iż są to choroby o ogromnym degradującym wpływie na życie zawodowe, a w konsekwencji rodzinne i społeczne.

Powikłania

Podobna refleksja powinna dotyczyć takiej z pozoru błahszej choroby jak grypa i jej powikłania. Poziom przyjętych przez Polskę rekomendacji WHO w zakresie wyszczepialności osób o podwyższonym ryzyku, a szczególnie osób powyżej 65. roku życia, sytuuje nas na ostatnim miejscu wśród krajów UE. Z 18,6 proc. populacji osób powyżej 65 lat, które w 2009 r. zostały zaszczepione przeciwko grypie, nie spełniamy ani celu z 2010 r. (75 proc. zaszczepionych), ani nawet nie jesteśmy w pobliżu celu z roku 2006 (50 proc. zaszczepionych). Na zlecenie Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej pracującego w ramach Grupy Roboczej ds. Grypy nad stworzeniem Narodowej Strategii Zwalczenia Grypy Sezonowej analitycy Ernst & Young obliczyli, jakie są szacunkowe koszty pośrednie grypy. Przypominam przy okazji, że szczepienie przeciwko grypie, mimo że jest zalecane w Polsce dla osób powyżej

6. miesiąca życia, nie jest refundowane z pieniędzy publicznych. Szczepienia są finansowane przez lokalne samorządy lub zapobiegliwych pracodawców, a także samych pacjentów. Trudno się zatem dziwić, że poziom wyszczepialności zarówno osób starszych (powyżej 65. roku życia), jak i młodszych przy braku choćby częściowej refundacji to zaledwie 4,5 proc. Obecny szacunkowy koszt leczenia grypy i jej powikłań (bez kosztów leków w obrocie detalicznym) dla NFZ oraz płatników prywatnych to zaledwie 14 mln zł rocznie. Szacunkowe koszty pośrednie, na które składa się absencja pracowników z powodu choroby lub opieki nad osobami chorymi (głównie dziećmi), a także straty gospodarcze z powodu absencji chorobowej i śmierci z powodu grypy sezonowej i jej powikłań to co najmniej 670 mln zł. Gdy dane te nie były znane, można było ignorować problem, ale obecnie, gdy wiemy już, jak wielkie straty ponosimy z powodu tak niskiego poziomu wyszczepialności, trudno przejść nad tym do porządku dziennego. A jeśli weźmiemy pod uwagę, że średnio raz na pięć lat mamy do czynienia z dużą epidemią grypy, której szacunkowy koszt pośredni to nawet 5 mld zł, można powiedzieć, że ignorowanie problemu dramatycznie niskiego poziomu wyszczepialności przeciwko grypie sezonowej to nie tylko świadectwo krótkowzroczności naszej polityki zdrowotnej, lecz także godzenie się na wielkie straty społeczne i gospodarcze Polski. Każdy, kto odpowiedzialnie patrzy na te kwoty, na pewno powie: nie stać nas na takie marnotrawstwo.

Spadek po profesorze Ruszkowskim

Przed kilkoma laty śp. prof. Jacek Ruszkowski, człowiek wielkiej kultury i życiowej mądrości, ogłosił inicjatywę opracowania indeksu à la WIG 20 dwudziestu chorób z punktu widzenia największego wpływu na gospodarkę. Ktoś zapyta: po co? Ano po to, żeby decydujący o kształcie polskiego systemu ochrony zdrowia mogli czerpać wiedzę, jak kształtować politykę zdrowotną i wykorzystywać dostępne fundusze publiczne, a z czasem także prywatne, aby system ten był efektywny i tak zorganizowany, by jak najlepiej służył Polakom, utrzymując ich w zdrowiu lub pozwalając jak najdłużej zachować aktywność zawodową i społeczną. Krynickie Forum Ochrony Zdrowia i dyskusje z udziałem ekspertów i polityków pozwalają mieć nadzieję, że medycyna oparta na faktach oraz świadomość wyzwań spowodują, że racjonalizacja i modernizacja polskiego systemu ochrony zdrowia w końcu nastąpi.

I na zakończenie osobista refleksja, którą wyraziłem w krótkiej rozmowie z ministrem Radziejewiczem-Winnickim po panelach z udziałem jego oraz ministra Kosiniaka-Kamysza – po raz pierwszy od wielu lat na debatach o ochronie zdrowia i zdrowiu publicznym widziałem i słyszałem ludzi występujących w imieniu rządu, reprezentujących nie tylko ekspercką wiedzę na temat ochrony zdrowia, lecz przede wszystkim służebną postawę gotowości do współpracy, by osiągnąć wspólny cel, jakim



„ Będziemy świadkami pracy stopniowo przekształcającej naszą ochronę zdrowia w kierunku, od którego nie ma odwrotu – systemu zorganizowanego tak, by racjonalnie i efektywnie odpowiadał na zmieniające się potrzeby Polaków ”

jest poprawa systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nic, co tam słyszałem i widziałem, nie było wyłącznie zabiegiem PR. Oby tylko bieżąca polityka partyjna i brak doświadczenia w rozgrywkach politycznych nie zniweczyły tego zapala. I choć przyznam, że spodziewałem się więcej konkretnych deklaracji, nie powiem, że bym był rozczarowany postawą reprezentantów rządu w Krynicy. Wprost przeciwnie. Mam wrażenie, że ci ludzie wiedzą, że już nie ma wyjścia i trzeba wdrażać zmiany. Za Janem Krzysztofem Bieleckim, przewodniczącym Rady Gospodarczej przy premierze, powiem, że tym razem – wbrew temu, co powiedziano w Krynicy przed dwoma laty, kiedy padło wiele niezrealizowanych obietnic i deklaracji bez pokrycia – przy małej liczbie deklaracji i braku jakichkolwiek obietnic będziemy świadkami rzeczywistej pracy stopniowo przekształcającej naszą ochronę zdrowia w kierunku, od którego nie ma odwrotu – systemu zorganizowanego tak, by racjonalnie i efektywnie odpowiadał na zmieniające się potrzeby starzejącego się polskiego społeczeństwa.

W obecnych warunkach gospodarczych nie możemy sobie pozwolić na koszyk w pełni pokrywający wszystkie potrzeby, a więc także dużo wyższe niż obecnie finansowanie z pieniędzy publicznych. ■