

Reformy w ochronie zdrowia w warunkach kryzysu gospodarczego: przypadek Portugalii

# Plan ratunkowy

Alicja Sobczak

W końcu pierwszej dekady XXI w. wszystkie państwa UE (z wyjątkiem Niemiec i Malty) zanotowały spowolnienie tempa lub ujemną dynamikę wzrostu nakładów na ochronę zdrowia na mieszkańca. Nastąpiło wyraźne odwrócenie wieloletniej tendencji wzrostowej.

Spadało realne tempo wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w całej UE, które wynosiło rok do roku (średnie wartości wskaźników wzrostu dla UE 24):

- 4,9 proc. – 2007–2008,
- 2,3 proc. – 2008–2009,
- 0,6 proc. – 2009–2010.

Wartość innego powszechnie stosowanego makroekonomicznego wskaźnika finansowania – udziału wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w PKB (średnia dla UE 27) spadła o 0,2 punktu procentowego: z 9,2 proc. w 2009 r. do 9 proc. w 2010 r.

## Finansowanie zdrowia

Operując średnimi dla UE, nie można mówić o znaczących zmianach struktury finansowania ochrony zdrowia według źródeł. Można jednak zauważyć pewne tendencje, np. to, że udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia nieznacznie spadał – z 73,1 proc. w 2008 r., poprzez 72,8 proc. w 2009 r., do 72,6 proc. w 2010 r. (średnia dla UE 27). Średni udział tzw. wydatków z kieszeni (*out-of-pocket* – OOP) zmieniał się w zakresie dziesiątych części punktu procentowego (średnia dla UE 27 wyniosła w 2010 r.

21,5 proc.). Nie można mówić o boomie w zakresie rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (*private health insurance* – PHI), ale ich udział w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia (*total health expenditures* – THE) wzrastał rocznie o jedną dziesiątą punktu procentowego – z 3,5 proc. w 2008 r. do 3,6 proc. w 2009 r. i 3,7 proc. w 2010 r. (wartości średnie dla UE 27).

### Cięcia

Jeśli weźmiemy pod uwagę dynamikę publicznych wydatków według funkcji opieki zdrowotnej, największe spadki dotyczyły (wartości średnie dla UE 27):

- opieki ambulatoryjnej: z 3 proc. wzrostu w latach 2008–2009 do 1,2 proc. w latach 2009–2010,
- profilaktyki: z 5,5 proc. w latach 2008–2009 do 3,3 proc. w latach 2009–2010.

W latach 2009–2010 bardzo niewielkie tempo wzrostu, zaledwie 0,1 proc., odnotowano w publicznych wydatkach na leki (w porównaniu z 2,4 proc. w latach 2008–2009); wyhamowała też znacząco dynamika wydatków na opiekę szpitalną (odpowiednio 0,9 proc. w porównaniu z 3 proc.) oraz administrację (0,8 proc. w porównaniu z 1,8 proc.).

Wśród państw, gdzie w latach 2009–2010 nastąpił realny spadek nakładów na ochronę zdrowia *per capita*, znalazły się m.in.: Irlandia (–7,9 proc.), Estonia (–7,3 proc.), Grecja (–6,7 proc.), Litwa (–5 proc.), Czechy (–4,4 proc.), Dania (–2,1 proc.), Słowenia (–2 proc.), Hiszpania (–0,9 proc.), Wielka Brytania (–0,5 proc.). Dla porównania: tempo wzrostu wydatków całkowitych na ochronę zdrowia w latach 2009–2010 w Polsce wyniosło 0,5 proc., podczas gdy w latach 2000–2009 było bardzo wysokie (7,1 proc.).

### Plany ratunkowe

Ze względu na spowolnienie gospodarcze w krajach UE podjęto wiele działań mających zwiększyć efektywność ekonomiczną systemów ochrony zdrowia. Zwłaszcza w krajach dotkniętych głębszym kryzysem gospodarczym dokonano zmian, które w krótkim czasie miały zniwelować bądź znacznie ograniczyć nierównowagę finansową w warunkach niewielkiego wzrostu lub spadku nakładów przy rosnących potrzebach zdrowotnych społeczeństw. Do najpowszechniejszych należy zaliczyć m.in. wprowadzenie nowych lub zwiększenie obowiązujących dopłat do świadczeń w systemie publicznym, ograniczenie płac i zamrożenie zatrudnienia w sektorze publicznym, obniżenie stawek za świadczenia zdrowotne płaconych usługodawcom przez płatników publicznych, cięcia publicznych wydatków inwestycyjnych, ograniczenia wydatków na profilaktykę, ograniczenia wydatków na leki.

### Podwyżki dopłat

Dopłaty do świadczeń przysługujących w systemie publicznym podwyższono praktycznie wszędzie, choć

nie musiało to oznaczać obciążenia wszystkich pacjentów w jednakowy sposób. W trosce o zapewnienie dostępu do opieki niezależnie od zasobności portfela i jednocześnie zagwarantowanie efektywności klinicznej niektóre kraje (np. Francja) skupiały się przede wszystkim na podwyżkach dopłat do świadczeń opieki zdrowotnej lub pewnych warunków ich świadczenia uznanych za ponadstandardowe, do których zaliczono np. leki oryginalne, świadczenia uzyskiwane przez pacjenta poza określonymi przez specjalistów ścieżkami klinicznymi (*clinical pathways*) albo odmowę uczestnictwa pacjenta w koordynowanej opiece zdrowotnej, a więc *de facto* swobodny dostęp i wybór świadczeniodawcy.

„ W krajach UE spada udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia ”

Jak wskazano wyżej, uśredniony obraz sytuacji w UE odzwierciedla pewne tendencje, nie wyraża natomiast różnorodności sytuacji w poszczególnych państwach, a te różnią się niekiedy bardzo istotnie, zarówno jeśli chodzi o sytuację wyjściową, jak i skalę oraz kierunki zmian w systemie. Warto zatem prześledzić sytuację finansową i konkretne przedsięwzięcia reformatorskie, zastosowane instrumenty oraz efekty w krajach członkowskich. Pouczające są zwłaszcza lekcje z krajów przeżywających załamanie gospodarcze.

### Przypadek Portugalii

Portugalia należy do krajów o najwyższych w UE udziałach całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w PKB. Wynosił on 10,2 proc. w 2009 r., a w kolejnych latach spadł do 9,7 proc. (2010 r.) i 9,8 proc. (2011 r.). Jednocześnie całkowite wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca odbiegały od średniej krajów tzw. starej Unii (UE 15) o ponad 1/3 i wynosiły 2097 euro według parytetu siły nabywczej. W latach 2009–2011 Portugalia odnotowała ujemną dynamikę wydatków całkowitych na ochronę zdrowia (–2,2 proc.).

W maju 2011 r. Portugalia, przeżywająca silny kryzys gospodarczy, przystąpiła do realizacji Ekonomicznego i Finansowego Programu Dostosowawczego (*Economic and Financial Adjustment Program* – AP) w związku z wynegocjowaniem wsparcia finansowego od Międzynarodowego Funduszu Walutowego, Komisji Europejskiej i Europejskiego Banku Centralnego. *Memorandum of Understanding (MoU)* na lata 2011–2014 obejmowało wiele przedsięwzięć w odpowiedzi na kry-





fot. iStockphoto.com

„Szczególnie w krajach dotkniętych głębszym kryzysem gospodarczym dokonano zmian, które w krótkim czasie miały zniwelować bądź znacznie ograniczyć nierównowagę finansową”

zys. Przewidywało m.in. realizację konkretnych celów finansowych i przedsięwzięć proefektywnościowych w ochronie zdrowia. Głównym celem stał się wzrost efektywności i skuteczności w systemie przez oszczędności i racjonalizację zużycia zasobów. Do najważniejszych obszarów, na których się skupiono, należały:

- wzrost wartości i powszechności dopłat do świadczeń uzyskiwanych w publicznym systemie opieki zdrowotnej (w tym do świadczeń POZ i w pomocy doraźnej), podwojenie przychodów z dopłat, ograniczenie wyłączeń podmiotowych,
- regulacja rynku farmaceutycznego, obniżenie udziału publicznych wydatków na leki w wydatkach publicznych ogółem (z 1,25 proc. PKB do 1 proc.), co wymagało promowania leków odtwórczych, regulacji cen maksymalnych, wytycznych racjonalnego ordynowania,
- reorganizacja i racjonalizacja sieci publicznych szpitali (planowano 15 proc. oszczędności), centralizacja zaopatrzenia (w leki, materiały),
- kontynuacja i intensyfikacja zmian w podstawowej opiece zdrowotnej polegających na jej oparciu na podmiotach opieki rodzinnej (*family health units*; USF),
- redukcja ulg podatkowych na wydatki prywatne na opiekę zdrowotną.

### Ograniczanie nieuzasadnionego popytu

Dopłaty do świadczeń w publicznym systemie opieki zdrowotnej istniały w Portugalii od lat 80. XX w., a ich celem było ograniczanie nadmiernego nieuzasadnionego korzystania głównie z opieki ambulatoryjnej. W ramach realizacji programu AP od 2012 r. nastąpił gwałtowny wzrost dopłat wynikający ze skokowych podwyżek ich kwot (100 proc. i więcej) dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej, pomocy doraźnej, leczenia szpitalnego, objęcia opłatami szerokiego zakresu świadczeń (np. nie tylko opłata za świadczenie pomocy doraźnej, ale dodatkowo za testy diagnostyczne, transport medyczny) oraz zmian w zakresie wyłączeń z dopłat. Dopłaty zaczęło uiszczać ok. 50 proc. populacji (ok. 5,5 mln). Wyłączeniu podlegają dzieci do 1. roku życia, kobiety w ciąży, honorowi dawcy krwi, chronicznie chorzy (chorzy na cukrzycę, pacjenci transplantologiczni itp.) i osoby ubogie (poniżej 630 euro na członka gospodarstwa domowego). W pełni zrealizowano cele finansowe dotyczące wzrostu przychodów z dopłat (150 mln euro w 2012 r.). Wprowadzono indeksację dopłat o wskaźniki inflacji.

### Gospodarka lekowa

W zakresie wzrostu efektywności gospodarki lekowej wprowadzono m.in.:

- wytyczne ordynacji leków (i zlecenia badań diagnostycznych),
- elektroniczną rejestrację ordynowania leków (i zlecenia badań diagnostycznych), obejmującą zarówno lekarzy działających w systemie publicznym, jak i niepublicznym,
- monitoring lekarzy ze względu na wartość i liczbę przepisywanych leków i zlecanych badań diagnostycznych z naciskiem, by przepisywali leki generyczne lub tańsze leki oryginalne.

Jednocześnie zniesiono bariery dla importu leków generycznych. Dokonano przeglądu cen leków refundowanych i zrewidowano ceny referencyjne, kierując się tym, że ceny niektórych leków były znacznie niższe w innych krajach UE o zbliżonym poziomie gospodarczym. Określono ceny maksymalne leków generycznych na poziomie nie wyższym niż 60 proc. leku oryginalnego. Zmiany kalkulacji zysku krańcowego i wprowadzenie stałej marży obniżyło zyski hurtowni

i aptek, zapewniając oszczędności wydatków publicznych na leki. Uruchomiono stałą tendencję obniżania cen leków.

### Szpitala publiczne

W odniesieniu do szpitali publicznych wprowadzono m.in.:

- szczegółowe sposoby redukcji kosztów operacyjnych,
- standaryzację procedur kontroli płatności,
- wytyczne kliniczne (*clinical guidelines*) i *benchmarking* dla wyników szpitali,
- interoperacyjność elektronicznych systemów sprawozdawczych, elektroniczne karty pacjenta,
- centralizację zaopatrzenia (jednolity system kodowania i wspólny rejestr zamówień i dostaw produktów i materiałów medycznych, a także rejestr prywatnych dostawców, np. podmiotów wykonujących testy laboratoryjne lub pewne procedury, co pozwoliło na zwiększenie konkurencji między nimi i obniżenie cen oferowanych usług).

Dokonano też racjonalizacji i reorganizacji sieci szpitali publicznych przez połączenie – koncentrowanie usług na wybranych oddziałach specjalistycznych i likwidację mniej wykorzystywanych, wprowadzając wspólne zarządzanie itp.

### Redukcja kadr

Przeprowadzona jeszcze przed wdrożeniem AP 5-procentowa redukcja kadr w sektorze publicznym dotknęła także pracowników publicznego systemu ochrony zdrowia. Po roku 2011 dalsze redukcje dotknęły głównie stanowisk kierowniczych w szpitalach. Jednocześnie wprowadzono surowszą kontrolę czasu pracy i zadań personelu. Wprowadzenie elastycznego czasu pracy pozwoliło dokonać oszczędności na nadgodzinach. Podjęto też aktywniejszą politykę w zakresie gospodarowania kadrami medycznymi w skali kraju (identyfikacja potrzeb, przedsięwzięcia w zakresie równomiernego rozmieszczenia, aktualizacja spisów aktywnych zawodowo kadr medycznych).

W podstawowej opiece zdrowotnej od połowy pierwszej dekady XXI w. Portugalia przeprowadza ciekawe reformy, których osi są jednostki i podmioty zdrowia rodzinnego (USF), będące małymi zespołami mającymi kontrakty z władzami regionalnymi Narodowej Służby Zdrowia (NHS), a mechanizm płacenia personelowi medycznemu stanowi mieszanka wynagrodzenia za pracę i opłacania konkretnych działań i wyników (*performance-related system*). Celem AP jest zwiększenie liczby USF. Współdziałają one ze specjalistami zorganizowanymi w ramach tzw. jednostek współpracujących (*collaborative units*; UCSP) i jednostkami zdrowia publicznego (*community health care units*; UCC). Wprowadzono system monitorowania wpływu funkcjonowania wszystkich tych jednostek na koszty i efektywność opieki zdrowotnej. W odróżnieniu od innych krajów

„Dokonano racjonalizacji i reorganizacji sieci szpitali publicznych przez koncentrowanie usług na wybranych oddziałach specjalistycznych i likwidację mniej wykorzystywanych”

Portugalia nie zastosowała znaczących obniżek wydatków publicznych na profilaktykę.

### Wydatki prywatne

Jeśli chodzi o wydatki prywatne na ochronę zdrowia, to znacznie ograniczono związane z nimi ulgi podatkowe (postawiono cel objęcia ulgami do 10 proc. wydatków prywatnych odliczanych od podatku w porównaniu z wyjściowym stanem ok. 30 proc.). Rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (PHI) zwolnił, a dość wysoka dynamika cen polis wyhamowała lub nawet nieznacznie spadła od 2011 r. Mimo to szacuje się, że z różnych form prywatnych przedpłat (grupowych bądź indywidualnych) zapewniających opiekę zdrowotną korzysta ok. 2,1 mln osób.

Oceniając przebieg i wyniki realizacji AP w odniesieniu do sektora ochrony zdrowia, zwraca się uwagę na skuteczność realizacji celów finansowych, wynikających z regulacji rynku farmaceutycznego i gospodarki lekowej, dopłat oraz ograniczania ulg finansowych. Zmiany w strukturze szpitali i planowane tam oszczędności przeprowadzane są z większym trudem i przy oporze personelu medycznego. Jeśli chodzi o wpływ zmian na korzystanie z opieki zdrowotnej, to zwraca się uwagę na niewielkie wydłużanie kolejek, ale równocześnie na to, że jest więcej leczonych pacjentów w systemie, choć nie w pOY i opiece w nagłych przypadkach (*emergency room*). Efekty i szersze skutki są bacznie obserwowane i analizowane. Do reform, które należy kontynuować w długim okresie, zaliczono:

- określenie ścieżek pacjenta (*patients pathways*), zwłaszcza w odniesieniu do chorób chronicznych, z naciskiem na zmniejszenie udziału opieki szpitalnej,
- substytucję zadań między przedstawicielami profesji medycznych (lekarzami, pielęgniarkami, farmaceutami, asystentami medycznymi itd.),
- dalsze reformowanie sieci świadczeniodawców finansowanych z pieniędzy publicznych, w tym zaprojektowanie mechanizmów eliminacji podmiotów o słabych wynikach.

Autorka jest ekspertem Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.