

Wyzwania stojące przed systemem finansowania ochrony zdrowia w Polsce

Łukasz Zalicki
Partner EY

V Forum Ochrony Zdrowia
Krynica, 2 września 2014

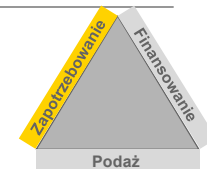
Wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia

Analizując wyzwania stojące przed sektorem ochrony zdrowia, należy brać pod uwagę trzy wymiary:

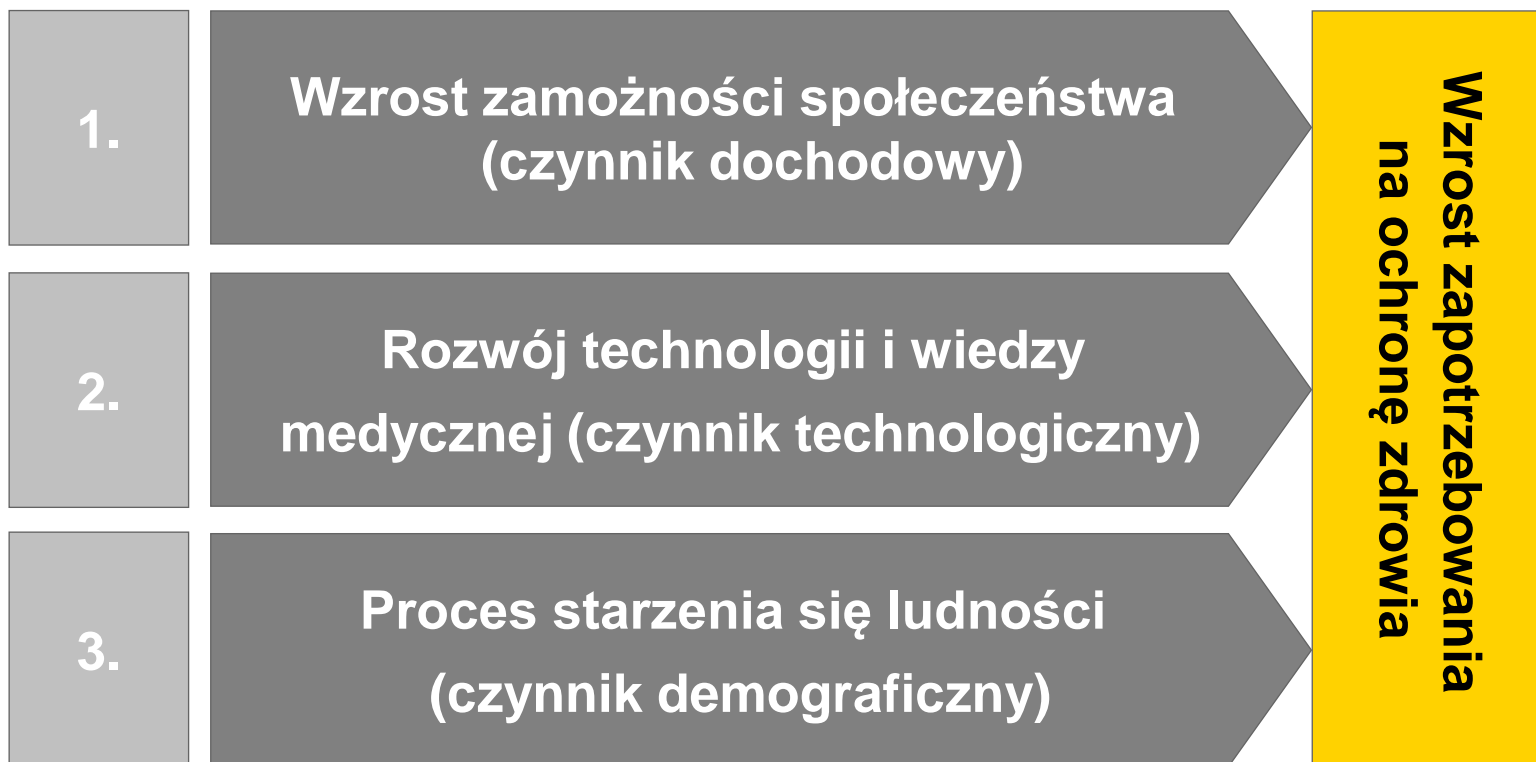
1. **Zapotrzebowanie** – potrzeby zdrowotne zgłaszane przez społeczeństwo;
2. **Finansowanie** – możliwości finansowania ochrony zdrowia z różnych źródeł;
3. **Podaż** – dostępne zasoby w ochronie zdrowia (np. liczba lekarzy, liczba szpitali itp.).



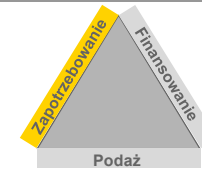
Czynniki napędzające wzrost zapotrzebowania na usługi ochrony zdrowia



- ▶ Można wyróżnić trzy kluczowe czynniki wpływające na wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne: **demograficzny, dochodowy oraz technologiczny.**
- ▶ Ich oddziaływanie powoduje, iż powinniśmy spodziewać się w Polsce znacznego wzrostu wydatków w ochronie zdrowia w nadchodzących latach.



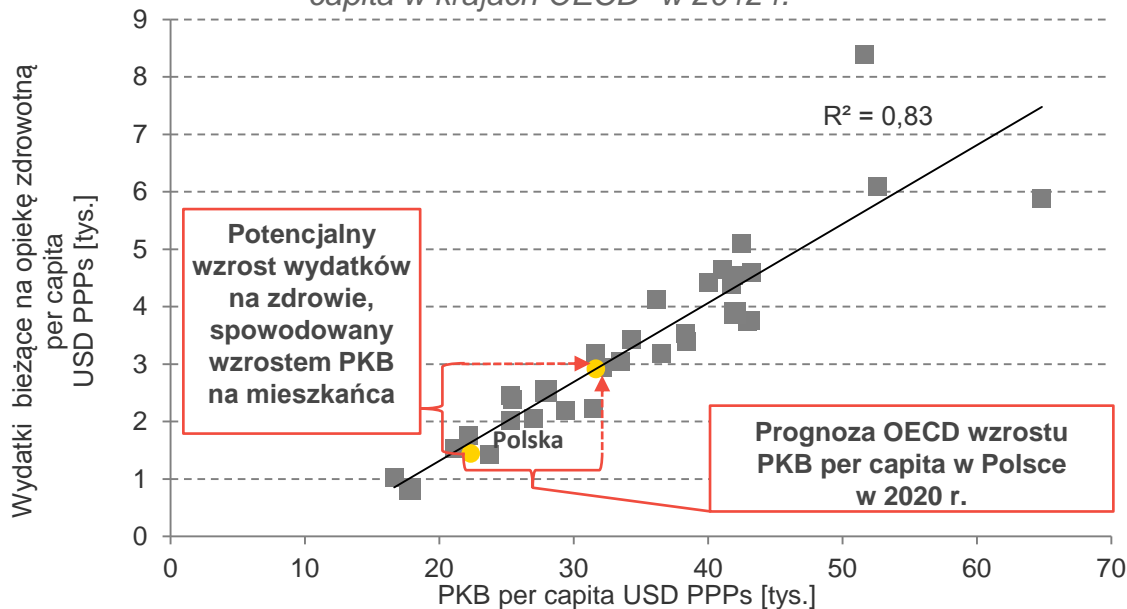
W krajach zamożniejszych na ochronę zdrowia wydaje się więcej



1.	Rozwój gosp.

- ▶ Istnieje dodatnia zależność pomiędzy **poziomem rozwoju gospodarczego a wielkością wydatków na opiekę zdrowotną** danego kraju.
- ▶ Co więcej, **wydatki na zdrowie rosną szybciej niż dochody**. Wraz ze wzrostem zamożności, ludzie są skłonni przeznaczać na ten cel coraz większą część swojego dochodu. Relacja wydatków na zdrowie do PKB Polski wzrosła w latach 1990-2012 z **4,8% do 6,8%**.

Relacja pomiędzy wydatkami na zdrowie per capita a poziomem PKB per capita w krajach OECD* w 2012 r.

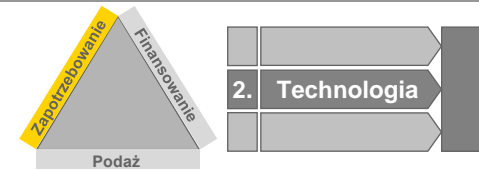


Łączne** wydatki na zdrowie w relacji do PKB w Polsce oraz pozostałych krajach OECD w latach 1990-2012

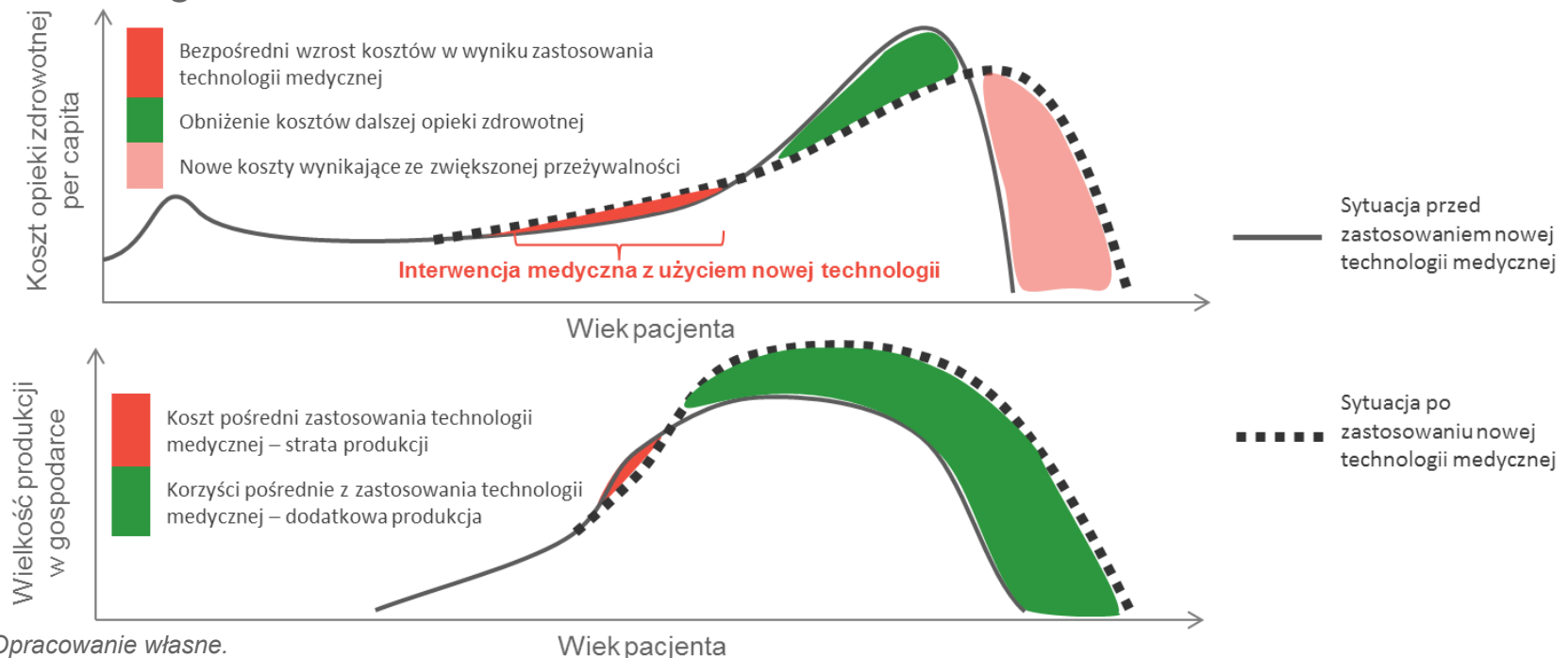


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD. * bez Luksemburga. **łącznie z wydatkami inwestycyjnymi.

Pełna ocena kosztów i korzyści z zastosowania nowych technologii

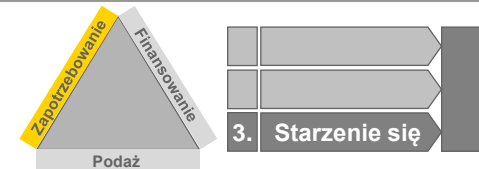


- ▶ Nowe technologie medyczne pozwalają skuteczniej leczyć istniejące choroby lub prowadzić terapię w zupełnie nowych obszarach, jednak wiążą się zwykle ze wzrostem jednostkowych kosztów leczenia.
- ▶ Jednak pełna ocena finansowych konsekwencji zastosowania nowej technologii medycznej wymaga analizy kosztów i korzyści pośrednich, wykraczając tym samym poza prosty rachunek kosztów i korzyści (efektu zdrowotnego) tej technologii.



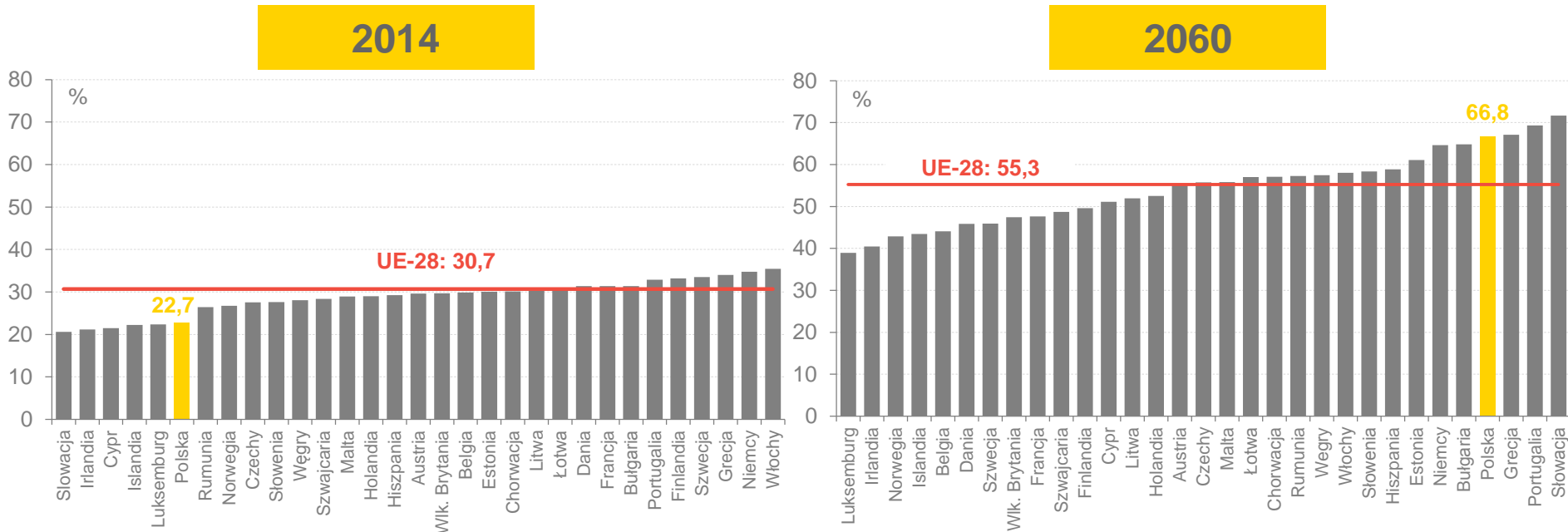
Źródło: Opracowanie własne.

Starzenie się populacji Polski jest wyjątkowo szybkie na tle UE



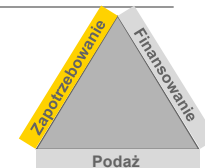
- ▶ W 2014 roku w Polsce na jedną osobę w wieku starszym (65+), przypadało około pięć osób w wieku produkcyjnym.
- ▶ Do 2060 roku relacja ta istotnie zmniejszy się we wszystkich krajach Unii Europejskiej, jednak w Polsce zmiana ta będzie wyjątkowo silna – statystycznie na jedną osobę w wieku 65+ będzie przypadać zaledwie 1,5 osoby w wieku 20-64 lata.

Relacja liczby osób w wieku 65+ do liczby osób w wieku 20-64 lata w krajach Unii Europejskiej



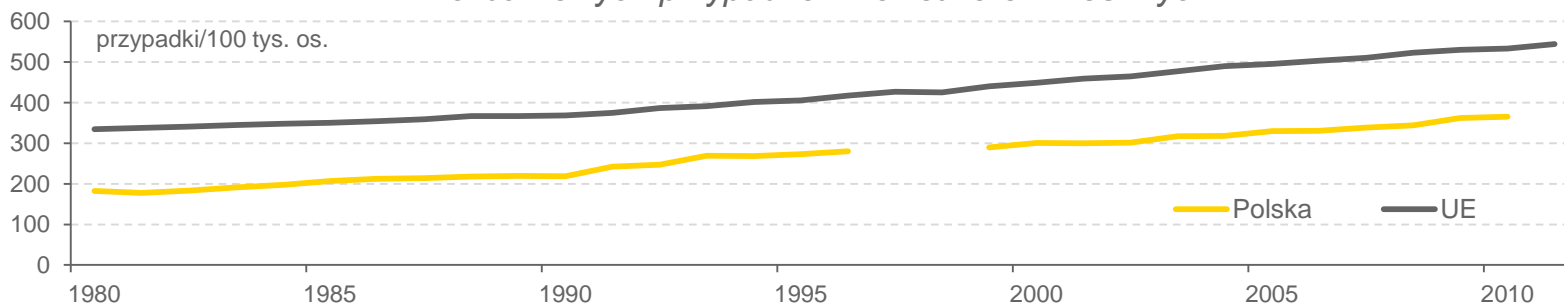
Źródło: Eurostat.

Wyzwania stojące przed onkologią

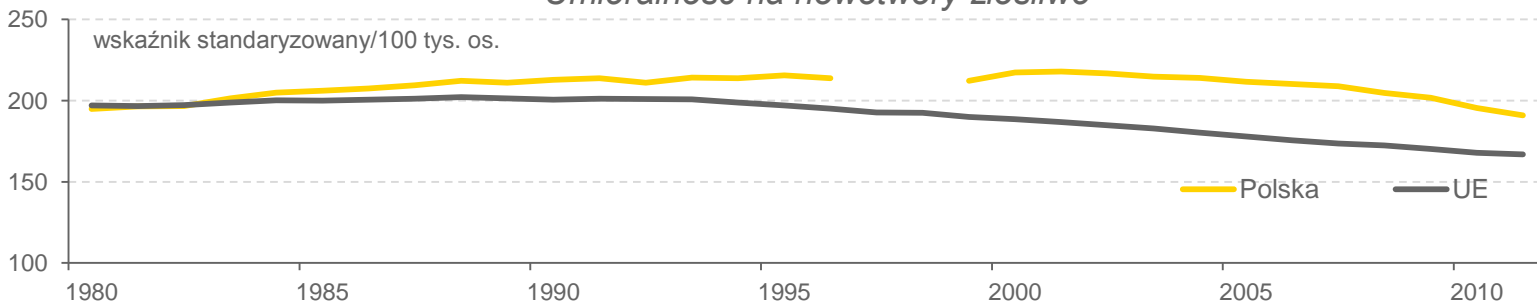


- ▶ Na tle UE Polska jest krajem o relatywnie **niskiej zachorowalności** (m.in. ze względu na dotychczas korzystną strukturę wiekową), ale **wysokiej umieralności** na nowotwory złośliwe.
- ▶ Zarówno przeciętnie w UE-28 jak i w Polsce, nowotwory stanowią **drugą najczęstszą przyczynę zgonów** (po chorobach układu krążenia).

Liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych

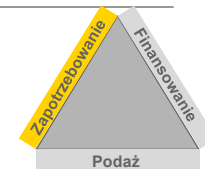


Umieralność na nowotwory złośliwe



Źródło: WHO, Health for All Database.

Zmiany demograficzne wpłyną na profil epidemiologiczny kraju, w tym na onkologię



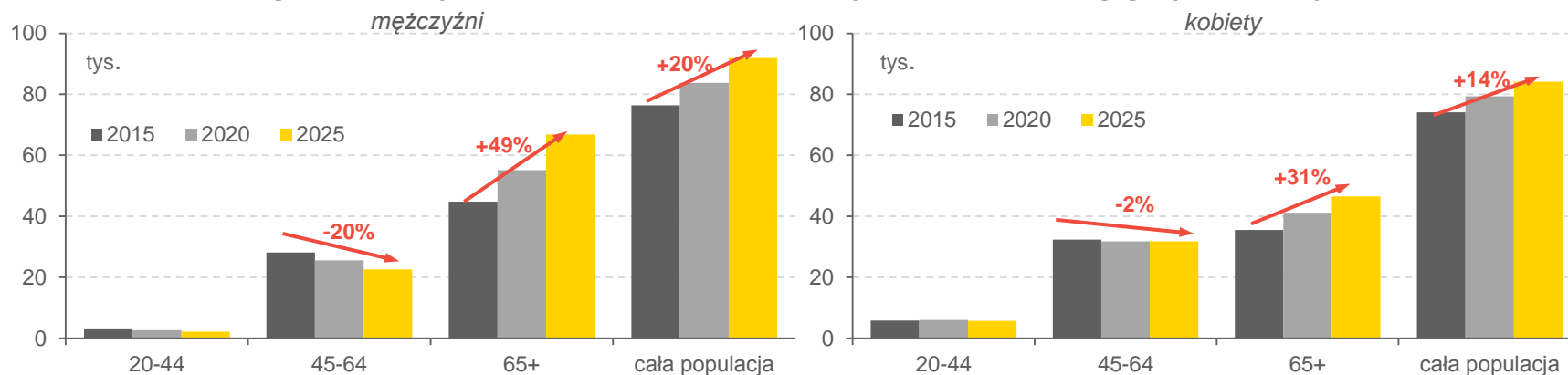
- ▶ Wydatki NFZ na realizację świadczeń onkologicznych stanowią obecnie ponad 10% wszystkich wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej Funduszu.
- ▶ W przewidywalnej przyszłości zapotrzebowanie na świadczenia onkologiczne będzie rosło wraz ze wzrostem liczby zachorowań.

Wydatki NFZ na realizację świadczeń onkologicznych, mld PLN

Kategoria świadczeń	2009	2010	2011	zmiana 2011/2009
Świadczenia nowotworowe poza zakresami onkologicznymi	1,85	1,91	2,03	+9,7%
Zakresy onkologiczne	3,68	3,97	4,27	+16,0%
Razem świadczenia onkologiczne	5,54	5,88	6,29	+13,5%
Wydatki NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej ogółem	56,7	58,1	59,9	+5,6%
Udział świadczeń onkologicznych w wydatkach na świadczenia ogółem	9,8%	10,1%	10,5%	

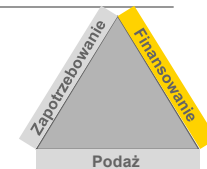
Prognoza liczby zachorowań na nowotwory złośliwe według grup wiekowych

Źródło: NFZ

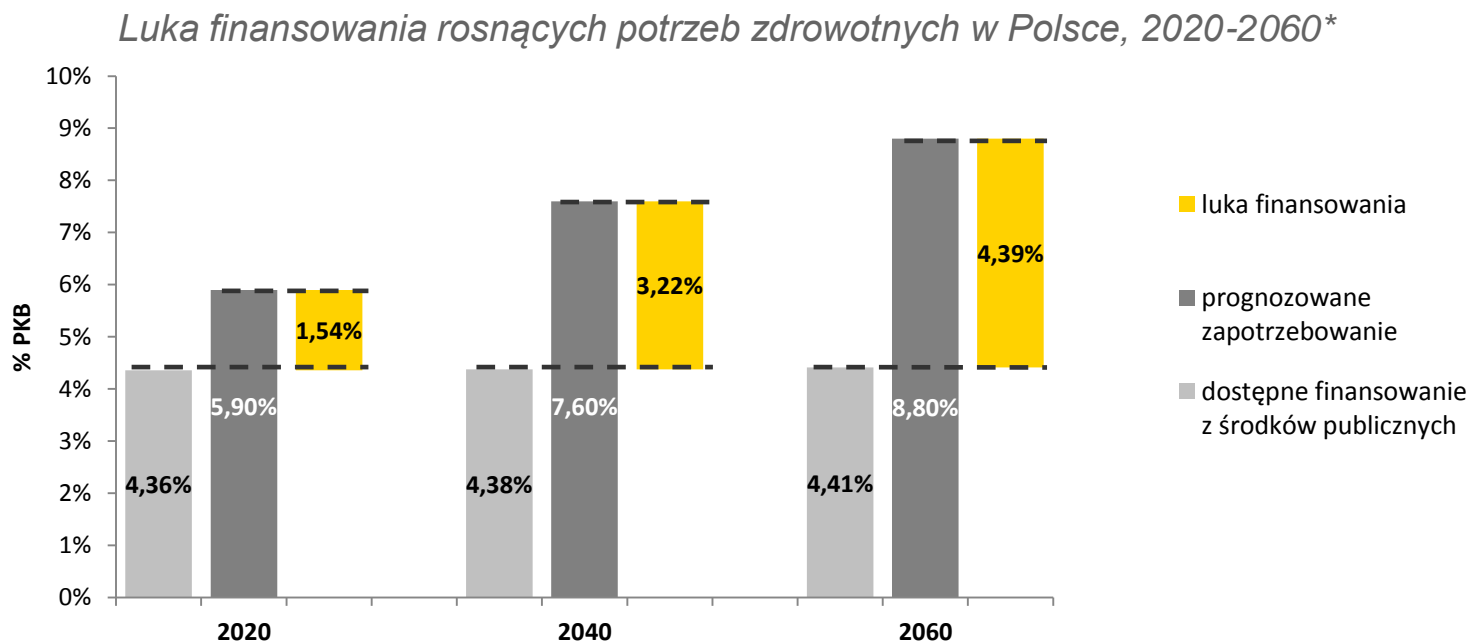


Źródło: Didkowska et al., Prognozy Zachorowalności i Umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku, 2009.

Obecny system nie pozwala na sfinansowanie zwiększonego popytu na świadczenia zdrowotne



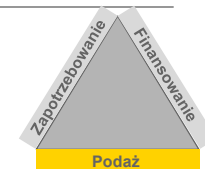
- ▶ Przy założeniu utrzymania obecnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce, do 2060 roku luka w finansowaniu potrzeb zdrowotnych ze środków publicznych może sięgnąć 4,4% PKB.



* W analizie przyjęto konserwatywne założenie, że obecnie zgłaszane zapotrzebowanie na świadczenia w ochronie zdrowia odpowiada bieżącemu finansowaniu.

Dostępne finansowanie oszacowano na podstawie danych Ministerstwa Finansów. Popyt na podstawie European Commission, The 2012 Ageing Report.

Liczba lekarzy oraz absolwentów kierunków lekarskich w Polsce jest bardzo niska



- ▶ Liczba praktykujących lekarzy w relacji do populacji w Polsce jest najniższa w grupie przebadanych krajów.
- ▶ Co więcej, relatywnie mała liczba absolwentów kierunków lekarskich może sprawić, że obserwowana obecnie luka może się w przyszłości jeszcze bardziej pogłębić.

Praktykujący lekarze (oś OX) oraz absolwenci kierunków lekarskich (oś OY) w wybranych krajach europejskich w latach 2008-2011 (na 100 tys. ludności)*

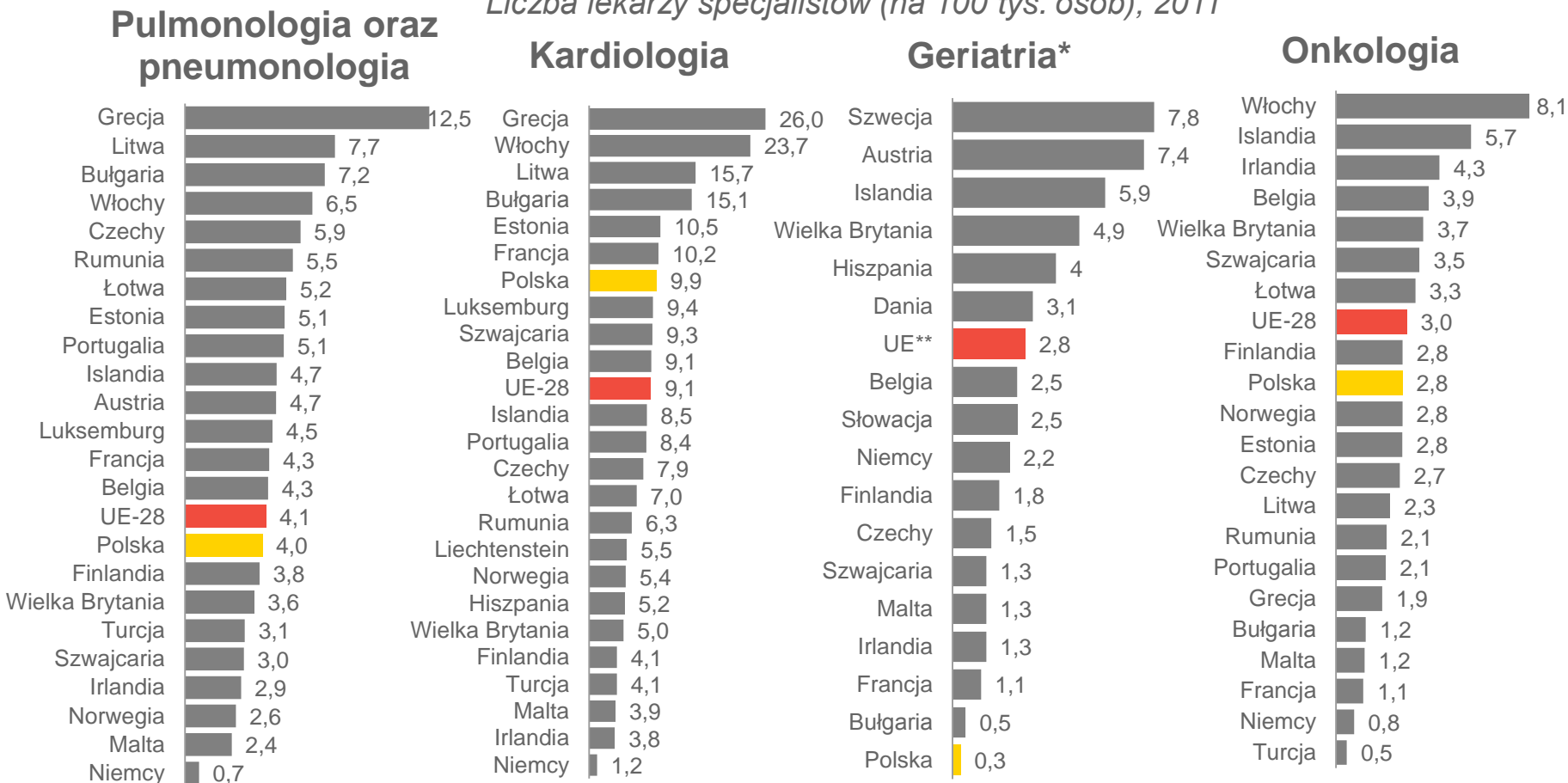


Źródło: Eurostat. *W przypadku krajów, dla których były dane w bazie Eurostat nie były dostępne dla roku 2011 uwzględniono obserwacje nie starsze niż 2008 rok.

W Polsce podaż lekarzy różni się istotnie pomiędzy specjalizacjami



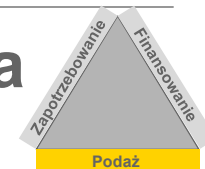
Liczba lekarzy specjalistów (na 100 tys. osób), 2011



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Eurostat oraz Szczerbińska, Pietryka (2008) „Rozwój geriatry w krajach europejskich”.

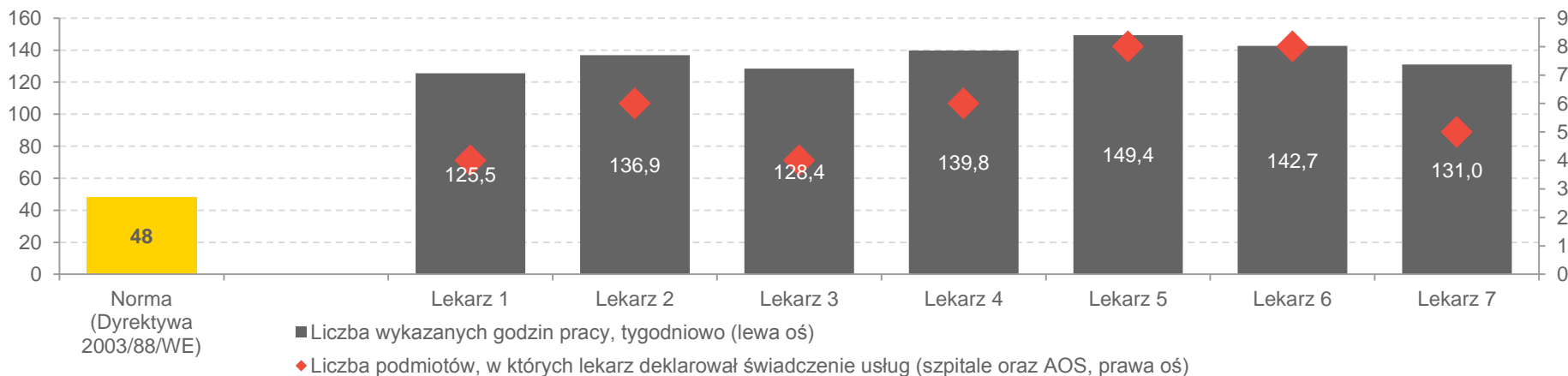
* Geriatria – dane za 2005 r.; ** średnia dla UE obliczona ze względu na dostępność danych jedynie dla następujących krajów: Austria, Belgia, Bułgaria, Czechy, Dania, Finlandia, Francja, Hiszpania, Irlandia, Malta, Niemcy, Polska, Słowacja, Szwecja, Wielka Brytania.

Przepracowani lekarze - brak kontroli czy zbyt niska liczba specjalistów?



- ▶ Ograniczona podaż lekarzy w połączeniu z brakiem stosownych regulacji prowadzą do sytuacji, w której lekarze pracują powyżej 300 godzin miesięcznie (bez uwzględnienia czasu niezbędnego do przemieszczania się lub działalności komercyjnej - poza NFZ).
- ▶ Przykład: Kraków, onkologia kliniczna – **przeciętnie 366 godzin w miesiącu**.
- ▶ Bodźce do nadużyć występują zarówno po **stronie świadczeniodawców**, ubiegających się o kontrakty NFZ, jak i po **stronie samych lekarzy**.
- ▶ Regulacja ograniczająca liczbę podmiotów, w których lekarz może świadczyć usługi nie rozwiąże problemu ze względu na **ograniczoną podaż lekarzy**.

Tygodniowy czas pracy personelu medycznego, wybrane przypadki, woj. śląskie, 2014



Źródło: Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

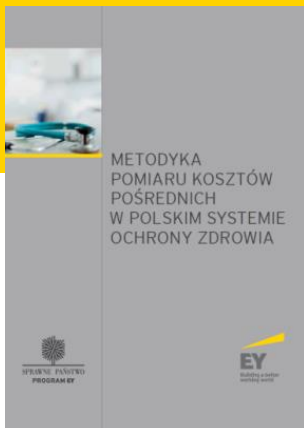
Podsumowanie

- ▶ Zasoby rzadkie w polskiej ochronie zdrowia: ludzie i finansowanie.
- ▶ W obliczu dodatkowego zapotrzebowania i ograniczonych możliwości finansowania kluczowe staje się **poszukiwanie efektywności w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej**.

Równanie efektywności w opiece zdrowotnej

$$\text{Efektywność} = \frac{\text{Koszty bezpośrednie opieki zdrowotnej} - \text{Korzyści z ograniczenia kosztów pośrednich}^*}{\text{Efekt zdrowotny}}$$

** utracona produkcja z powodu przedwczesnych zgonów lub niezdolności do pracy, wypłacane świadczenia itp.
Więcej w publikacji EY pt. „Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia”*



Dziękuję za uwagę!



Zastrzeżenia prawne

Informacje zawarte w niniejszej prezentacji nie stanowią w żadnym wypadku świadczenia usług.

Mimo iż dołożono należytych starań w celu zapewnienia rzetelności prezentowanych tu informacji przez autorów, istnieje ryzyko pojawienia się nieścisłości. EY nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności ani nie gwarantuje poprawności i kompletności informacji zamieszczonych w prezentacji.

Ponadto w najszerszym dopuszczonym przez prawo zakresie EY wyłącza jakiegokolwiek gwarancje, wyraźne lub dorozumiane, w tym między innymi dorozumiane gwarancje sprzedaży i przydatności do określonego celu. W żadnym wypadku EY, powiązane z EY spółki ani też partnerzy, agenci lub pracownicy EY lub spółek powiązanych z EY nie ponoszą jakiegokolwiek odpowiedzialności wobec czytelnika lub innych osób z tytułu jakiegokolwiek decyzji lub działania podjętego na podstawie informacji znajdujących się w niniejszej prezentacji ani też z tytułu jakichkolwiek pośrednich, szczególnych lub ubocznych strat, nawet w przypadku otrzymania informacji o możliwości ich wystąpienia.

© Copyright by EY.