

*Joanna J. Sienkiewicz*

## **AKTUALNA POLITYKA ZDROWOTNA UNII EUROPEJSKIEJ A KIERUNKI BADAŃ EKONOMICZNYCH KRAJOWEGO SEKTORA ZDROWIA**

### **CURRENT HEALTH POLICY OF THE EUROPEAN UNION AND ECONOMIC ASPECTS OF RESEARCH OF THE NATIONAL HEALTH SECTOR**

Zakład Polityki Gospodarczej i Turystyki, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie  
ul. Żołnierska 47, 71-210 Szczecin, [juliasienkiewicz1@wp.pl](mailto:juliasienkiewicz1@wp.pl)

**Summary.** The article focuses on presenting the health policy of the European Union, including the international research, whose experience was the base of current legislation, which in turn will affect the situation of the Polish health sector and its major components, especially between the health status of society and a country's development objectives. Because of government's concern of reaching financial obligations to foreign partners in the event of opening the EU market of treatment (medical tourism), deals with finding answers to the question of whether Poland is available that allows the instruments to highlight specific areas of healthcare spending, as well as how to measure correlation between expenditures on health and the level of social development.

**Słowa kluczowe:** analiza ekonomiczna, polityka zdrowotna, Unia Europejska.

**Key words:** economic analysis, health policy, The European Union.

## **WSTĘP**

Dobry stan zdrowia społeczeństwa jest niezbędnym warunkiem jego produktywności, wzrostu wydajności i zatrudnienia, a także zwiększenia zdolności dostosowawczych pracowników. Czynnikiem ten podnosi atrakcyjność inwestycyjną gospodarek krajowych i regionów oraz sprzyja zrównoważonemu wzrostowi gospodarczemu. Z tego względu w Unii Europejskiej panuje przekonanie, że inwestycje w sektorze zdrowia (i jego komponentach składowych) mogą rozwiązać problemy, z którymi boryka się Europa.

W Unii Europejskiej występują znaczne nierówności w sektorze zdrowia, zróżnicowany jest także poziom udzielanej opieki zdrowotnej. W sytuacji ogólnego zjawiska starzenia się ludności UE występują różnice między państwami członkowskimi w zakresie średniej długości życia – do 9 lat w przypadku kobiet i do 13 lat w przypadku mężczyzn; wskaźnik umieralności niemowląt wykazuje niemal 6-krotne zróżnicowanie. Duża rozpiętość występuje także w nakładach na zdrowie – dla tzw. nowych członków UE udział nakładów na zdrowie w PKB wynosi tylko 5,5% (Estonia) – 6,1% (Polska); Niemcy przeznaczają na ochronę zdrowia ponad 11% PKB (Eurostat... 2007).

Europejskie gospodarki odczuwają wpływ procesu zwalniającego lub nawet spadającego przyrostu ludności, dlatego nie mogą sobie pozwolić na utratę potencjalnych zasobów siły roboczej z powodu chorób lub niepełnosprawności. Starzenie się populacji będzie także w coraz większym stopniu oddziaływać na wzrost wydatków budżetowych na emerytury, renty i opiekę zdrowotną. Środkiem zaradczym może być dążenie do tego, aby jak najwięcej osób pracowało możliwie jak najdłużej, co może zwiększyć wskaźnik lat zdrowego życia

(LZZ)<sup>1</sup>, który powoduje podwyższanie się średniego wieku zakończenia aktywności zawodowej.

Niezależnie od unijnego wspierania projektów (inwestycji) w sektorze zdrowia, koncentrujących się na profilaktyce, ujmowanych w narodowych strategicznych ramach odniesienia i programach operacyjnych na lata 2007–2013 poszczególnych państw członkowskich, ważnym impulsem wpływającym na stan zdrowotności obywateli Unii może stać się przyjęta dyrektywa UE „Pacjenci bez granic” (Commission Staff Working Document 2008), umożliwiająca obywatelom wspólnoty leczenie się poza granicami własnego kraju – w ramach krajowego ubezpieczenia (po zatwierdzeniu przez parlament europejski). Można założyć, że wspomniana dyrektywa wpłynie nieodwracalnie na kierunki wydatkowania środków polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia (*per analogiam* także niemieckich kas chorych) oraz na ekonomiczny wymiar konkurencyjności i inwestycji polskich zakładów zdrowotnych (w tym np. uzdrowisk).

Mając na uwadze skutki legislacji prawnych Unii Europejskiej w sferze zdrowia, w artykule spróbujemy odpowiedzieć na pytanie, czy w Polsce dysponujemy odpowiednimi narzędziami badawczymi układu ekonomika–zdrowie społeczeństwa i w jaki sposób mogą być wydzielone sfery badań szczegółowych.

## UZASADNIENIE AKTUALNYCH KIERUNKÓW ZMIAN POLITYKI ZDROWOTNEJ UNII EUROPEJSKIEJ

Formalne usankcjonowanie przez Unię Europejską swobody wyboru, na bazie krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, państwa leczenia (można tu mówić, podobnie jak w przypadku turystyki, o kraju destynacji leczniczej), jest uzasadnione, czego potwierdzeniem są niżej przedstawione procesy i projekty realizowane we Wspólnocie.

W ramach projektów finansowanych z wykorzystaniem funduszy strukturalnych UE znajduje się Projekt badawczy powiązań w dziedzinie zdrowia (Health Cluster NET) realizowany przez: Portugalię, Hiszpanię, Włochy, Słowenię, Niemcy, Austrię, Szwecję, Finlandię, Węgry, Rumunię, Wielką Brytanię, Estonię i Polskę, czyli sieć 13 europejskich partnerów regionalnych, której celem jest ułatwienie wymiany informacji, doświadczeń oraz idei w sektorze ochrony zdrowia<sup>2</sup>. W ramach projektu analizowane są metody bardziej skutecznego włączenia opieki zdrowotnej w rozwój regionu. Założeniem wyjściowym jest przyjęcie, iż dzięki swojemu potencjałowi ludzkiemu i kapitałowemu (także w zakresie zamówień publicznych oraz innowacji) systemy ochrony zdrowia finansowane ze środków publicznych mogą w istotny sposób przyczynić się do rozwoju regionów. Program Health Cluster udowadnia, że wyróżnikiem dobrze prosperujących regionów są klastry gospodarcze, w których sektor publiczny z powodzeniem kooperuje z sektorem prywatnym.

Innym przykładem jest Projekt euroregion Ren-Waal „Transgraniczna opieka zdrowotna”, realizowany przez Niemcy i Holandię. To w tym projekcie założono, iż pomimo istnienia

<sup>1</sup> Wskaźnik LZZ jest miarą spodziewanej liczby lat, które osoba w określonym wieku może przeżyć w dobrym zdrowiu. Oparty jest on na długości życia (obliczanej na podstawie tablic śmiertelności) ważonej jakością życia (mierzoną na podstawie subiektywnej oceny stanu zdrowia opartej na badaniach ankietowych).

<sup>2</sup> Informacje o programie dostępne są na stronie internetowej: Health ClusterNET, [www.health-clusternet.org](http://www.health-clusternet.org), dostęp dn. 21.08.2010 r.

jednolitego rynku UE, do rozwiązania pozostaje problem powszechnie występujący w Europie – że po jednej stronie granicy pacjenci muszą długo oczekiwać na uzyskanie opieki, podczas gdy sąsiednie państwo posiada potencjał mogący zaspokoić ich potrzeby.<sup>3</sup> Badając potencjał zdrowotny regionów przygranicznych, w ramach projektu zwiększono dostęp do usług zdrowotnych, ich jakość i wydajność, czemu służyła efektywna wymiana informacji i doświadczeń; efektem stało się podpisanie porozumień między lekarzami, szpitalami i zakładami ubezpieczeń zdrowotnych po obu stronach granicy. Pacjenci z Niemiec mogą bez ograniczeń leczyć się w holenderskim szpitalu klinicznym AZN, a Holendrzy mogą korzystać ze szpitala St. Antonius w Kleve.

W trakcie dyskusji w Komisji Europejskiej nad dyrektywą o transgranicznej opiece zdrowotnej w sprawozdaniu „Ocena wpływu” (dotyczącym proponowanych zmian legislacyjnych w rozdz. III) przedstawiono szacunkowe korzyści i koszty wynikające z wprowadzanych rozwiązań w zakresie transgranicznej mobilności pacjentów, co zilustrowały 4 warianty działania. W ich ramach za najbardziej realistyczny należałoby uznać wariant 3 (z podwariantami 3A i 3B), który zakłada utrzymanie w niezmienionej formie funkcjonowania ram koordynacji opieki zdrowotnej państw członkowskich UE. Samo zwiększenia możliwości korzystania z opieki zdrowotnej za granicą wywrze wpływ na wzrost kosztów leczenia, ale koszty te należy uznać za marginalne w porównaniu z przewidywanymi korzyściami. W wariantcie 3A dodatkowe koszty to: koszty leczenia – 30,4 mln euro, koszty dostosowawcze – 315 mln euro, koszty administracyjne – 60 mln euro. Korzyści z leczenia mają wynieść 585 mln euro, przy możliwości dodatkowego leczenia 780 tys. pacjentów (Commission Staff Working Document... 2008).

Oszacowanie (dokładne) skutków finansowych Dyrektywy dla poszczególnych państw członkowskich UE (w tym dla Polski) wydaje się niezwykle trudne, ponieważ: a) brakuje pełnych danych o kosztach świadczeń, b) brakuje danych o koszykach świadczeń gwarantowanych w poszczególnych krajach, c) nie ma danych o terminach oczekiwania na leczenie. Dla Polski (dane z 2007 roku) w tzw. scenariuszu pasywnym (zwrot kosztów od publicznego płatnika) przewidywano leczenie za granicą maksymalnie 16% ubezpieczonych (ok. 4,5 mln porad), a jego koszty (w cenach z 2007 r.) wyniosłyby ok. 180 mln zł (0,4% ówczesnych przychodów NFZ). W tym scenariuszu koszty dodatkowe miałyby być zrekompensowane przez dodatkowe dochody ze wzrostu turystyki medycznej do Polski (stomatologia, chirurgia plastyczna, leczenie uzdrowiskowe). W scenariuszu pasywnym (refundacja wszystkich usług prywatnych) wydatki NFZ z tego tytułu mogłyby wynieść 3,2 mld zł (ok. 7% przychodów w 2007 r.) – Stanowisko rządu w sprawie Wniosku dotyczącego dyrektywy... (2008).

## **PERSPEKTYWICZNE KIERUNKI ANALIZ EKONOMICZNYCH W POLSKIM SEKTORZE ZDROWIA**

Przegląd zawartości obszernej literatury przedmiotu skłania do stwierdzenia, że wyjściowym punktem odniesienia analiz ekonomicznych sektora zdrowia (sektorów turystyki zdro-

---

<sup>3</sup> Na podstawie informacji na stronie internetowej Project Euroregion Ren-Waal, [www.euroregio.org](http://www.euroregio.org), dostęp dn. 21.08.2010 r.

wotnej i uzdrowiskowej) mógłby być niższy układ oddziaływania nakładów na sektor zdrowia na gospodarkę kraju i społeczeństwo.

Nakłady w sektorze zdrowia (sektorze turystyki uzdrowiskowej) – sfery oddziaływania:

- a) starzenie się w dobrym zdrowiu: promocja zdrowia i badania przesiewowe, ośrodki zdrowego życia, ośrodki rehabilitacji, sanatoria, ośrodki SPA&Wellness, telemedycyna;
- b) infrastruktura sektora: budowa, modernizacja, sprzęt;
- c) innowacje i badania w dziedzinie zdrowia: transfer wiedzy i technologii, ośrodki i sieci doskonałości, unowocześnianie infrastruktury;
- d) potencjał ludzki: szkolenie i kształcenie, kadra menedżerska, zarządzanie sektorami;
- e) zdrowa siła robocza (pracownicy): promocja zdrowia, zapobieganie chorobom, bezpieczeństwo pracy;
- f) społeczeństwo informacyjne oparte na wiedzy: informacje o pacjentach, e-zdrowie, modernizacja systemów opieki zdrowotnej;
- g) współpraca transgraniczna: współpraca między państwami w zakresie opieki zdrowotnej, wymiana wiedzy i dobrych praktyk, wymiana informacji.

Analiza i ocena ekonomicznej efektywności we wszystkich sferach życia gospodarczego stała się faktem, przy czym nakłady finansowe nie są postrzegane jako nakłady nieprzyczyniające się do wzrostu produktu krajowego i dobrobytu społeczeństwa. Integracja Polski z Unią Europejską spowodowała konieczność analiz ekonomicznych tych obszarów życia społeczno-gospodarczego kraju (w tym zdrowia), których wpływ na rozwój Polski jest nadal uważany za niewymierny.

O tym, że Unia Europejska przykłada dużą wagę do związków pomiędzy gospodarką narodową a zdrowiem świadczy analiza wielu dokumentów legislacyjnych UE, z których ponad 500 dotyczy bezpośrednio relacji zdrowie społeczeństwa i gospodarka, z przypisaniem szczególnej roli zdrowiu społeczeństwa oraz zasadzie *cost effective* w odniesieniu do zasobów przeznaczanych na cele zdrowotne. Podobnie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ustaliła zakres przedmiotowy analiz ekonomicznych w sektorze zdrowia, zadając publicznie pytania:

- Jaki jest społeczny podział kosztów i korzyści inwestowania w zdrowie? Kto i ile płaci na zdrowie?
- Jakie są rodzaje i kierunki analiz ekonomicznych w dziedzinie zdrowia? Jaka jest efektywność nakładów na zdrowie?
- Czy istnieje korelacja między zdrowiem a wynikami gospodarczymi (nakłady na zdrowie a wskaźniki ekonomiczne – koszty opieki zdrowotnej, instytucji ubezpieczeniowych, podmiotów gospodarczych, obciążenia budżetu a wskaźniki ekonomiczne)?
- Jaka jest korelacja pomiędzy poziomem rozwoju ekonomicznego a nakładami na zdrowie (Macroeconomics and Health 2001)?

Odnosząc się do zasygnalizowanego powyżej obszaru badań, podkreślimy za Rydlewską-Liszkowską (2005), iż w ostatnim okresie zbudowano wiele modeli oceny ekonomicznej przedsięwzięć na rzecz zdrowia społeczeństwa, w których najczęściej stosuje się pomiar koszt – korzyść. Mimo, że odnoszą się one do populacji w wieku produkcyjnym, nie oznacza to możliwości ich adaptacji do innych obszarów zainteresowania (w tym na potrzeby

ujęcia regionalnego lub wewnątrzsektorowego). Do najważniejszych modeli można zaliczyć (Rydlewska-Liszkowska 2005).

- model potencjalny (Finlandia, Szwecja, Australia);
- model inwestycji w zdrowie (Bayer, Colgate-Palmolive, Ely Lilly);
- model partycypacyjny;
- model oparty na kosztach netto (University of Massachusetts);
- model samooceny (PAHO).

Wspólną cechą wymienionych modeli jest przyjęcie na potrzeby analiz ekonomicznych: 1) analiz kosztów, 2) analizy typu koszt / efekt – koszt / skuteczność, 3) analizy koszt – użyteczność, 4) analizy efektywności inwestycji (ROI), 5) metody zaktualizowanej wartości netto (NPV) i metody wewnętrznej stopy zwrotu (IRR). Dla jasności dodajmy, że przytoczona metodologia analiz jest dobrze znana na polskich uczelniach i w placówkach badawczych.

Konkludując, należy stwierdzić, iż na rozwój metodologii analiz ekonomicznych pozytywny wpływ miały badania typu *case-study*, ponieważ problemy rozróżniania zagadnień metodologicznych i praktycznego stosowania analiz ekonomicznych są ściśle ze sobą związane. Dodatkowo należy odpowiedzieć na pytania:

- a) Czy oceny ekonomiczne mają być przeprowadzone *ex ante* czy *ex post*?
- b) Czy informacje o kosztach, wskaźnikach i innych zmiennych, niezbędnych do kwantyfikacji celów zdrowotnych, są dostępne w dokumentacji źródłowej?
- c) Czy istnieje wola i przekonanie do podejmowania decyzji (wyboru) na podstawie wyników ekonomicznych przedsięwzięć na rzecz zdrowia?

## PODSUMOWANIE

W polskim systemie rachunkowości zakładów opieki zdrowotnej można wyróżnić takie nośniki kosztów (ujęcie przedmiotowe), jak: osobodzień opieki oraz pacjent z przypisanymi mu lekami i procedurami medycznymi, procedury medyczne i świadczone usługi.

Ponadto w rachunku kalkulacyjnym obiektami kosztów mogą być (Kulis 1999): konkretny pacjent, konkretna jednostka chorobowa według Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10, przypadek mieszany (*case-mix*). Oznacza to, że w miarę wzrostu zapotrzebowania na analizy porównawcze (komparatywne) kosztów ochrony zdrowia społeczeństwa rola informacyjna systemu rachunkowości będzie systematycznie rosła.

Osobnym zagadnieniem staje się poszukiwanie skutecznych metod zapewniających stażenie się w dobrym zdrowiu, a także włączenie struktury wiekowej społeczeństwa Polski, ukształtowanej w pierwszym dziesięcioleciu XXI wieku, do perspektywicznych wymagań ekonomiki kraju.

## PIŚMIENNICTWO

Commission Staff Working Document. Accompanying document to the Proposal for a directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Impact Assessment. SEC2163. 2008. Brussels, Commission of the European Communities.

**Eurostat. Europe in figures – Eurostat Yearbook 2006–2007.** 2007. Brussels, European Commission, May 2007, ISBN 9279024892.

**Health ClusterNET**, [www.healthclusternet.org](http://www.healthclusternet.org), dostęp dn. 21.08.2010 r.

**Kulis I., Kulis M., Stylo W.** 1999. Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej. Kraków, Uniwersyt. Wydaw. Vesalius, 75.

**Macroeconomics and health: Investing in health.** 2001. Geneva, WHO.

**Project Euroregion Ren-Waal**, [www.euroregio.org](http://www.euroregio.org), dostęp dn. 21.08.2010 r.

**Rydlewska-Liszkowska I.** 2005. Narzędzia analizy ekonomicznej w procesie restrukturyzacji jednostek opieki zdrowotnej, w: *Polityka zdrowotna*, t. III. Łódź, Uniwersytet Medyczny, 27–31.

**Stanowisko rządu w sprawie Wniosku dotyczącego dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, przyjęte przez KERM 2 września 2008 r.** Warszawa, Urząd Rady Ministrów.