



OCHRONA ZDROWIA W POLSCE

PRZEGLĄD WYBRANYCH DANYCH PUBLICZNYCH
STYCZEŃ 2020

STEFAN BOGUSŁAWSKI



Słowo wstępne od INFARMA

Sytuacja w polskim systemie ochrony zdrowia od lat jest trudna. Obrazują to nie tylko niepokojące wskaźniki i dane, ale również poszczególne historie pacjentów, którzy zmagają się z niewydolnością systemu.

Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA zwrócił się do jednego z kluczowych ekspertów ochrony zdrowia – Stefana Bogusławskiego – o opracowanie publicznie dostępnych danych, które obrazują stan sektora. Czas opracowania nie bez przyczyny zbiega się z powołaniem nowego rządu.

W okresie przedwyborczym została zaprezentowana tzw. "piątka dla zdrowia" Prawa i Sprawiedliwości, zakładająca m.in. wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Exposé Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego podczas sejmowej Komisji Zdrowia było deklaracją kontynuacji tych kierunków.

INFARMA planuje cykliczną aktualizację zestawienia, aby wspólnie ze środowiskiem ekspertów i decydentów monitorować efekty zmian w systemie ochrony zdrowia i dyskutować o optymalnych rozwiązaniach.

Wyniki zdrowotne a nakłady na ochronę zdrowia

W Polsce liczba pacjentów, których śmierci moglibyśmy uniknąć dzięki profilaktyce i interwencjom medycznym jest o ponad 1/3 większa niż średnia w Unii Europejskiej¹. Co roku przedwcześnie umiera 20 tysięcy Polaków². Polacy żyją o 3 lata krócej niż średnio żyją mieszkańcy innych krajów europejskich. Co gorsza oczekiwana długość życia spada. Poprawie sytuacji nie sprzyja narastające od lat niedofinansowanie publicznej ochrony zdrowia.

Polska wciąż przeznaczana na zdrowie swoich obywateli znacznie mniej środków niż średnio przeznaczają kraje Unii Europejskiej. W 2017 roku rząd zadeklarował, że w ciągu 7 lat podniesie publiczne wydatki na ochronę zdrowia do 6% PKB. Posługując się dostępnymi danymi GUS łatwo wyliczyć³, że do obiecanego przez rząd poziomu w pierwszym roku wdrażania ustawy brakowało nam nieco ponad 33 mld zł. Publiczne dane pokazują, że Polacy wydają corocznie z własnej kieszeni niemal 10 mld na świadczenia zdrowotne, a kwota ta jest jeszcze niepełna, bo nie obejmuje np. dopłat do leków. Oznacza to, że co roku wykładamy z własnej kieszeni ponad 1/3 kwoty na którą rząd planuje zbierać przez 7 lat.

Poziom niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki medycznej w Polsce jest wyższy niż średnia UE. Pacjenci jako główną przyczynę wskazują czas oczekiwania na wizyty u specjalistów⁴. 72% Polaków uważa, że likwidacja kolejek do lekarzy specjalistów oraz do świadczeń zdrowotnych jest kluczowa dla poprawy kondycji systemu ochrony zdrowia⁵. Jednocześnie spadają nakłady na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS). W 2018 r. rząd przeznaczył niemal o 20% mniej na AOS niż rok wcześniej. Obecny kształt budżetu sprawia, że znaczna część potrzeb zdrowotnych jest realizowana poprzez usługi szpitalne. Jest to nieefektywne zarówno z punktu widzenia ekonomicznego, jak i medycznego (m.in. rośnie zagrożenie zakażeniami szpitalnymi).

Zdrowie a gospodarka

Co czwarty pacjent z chorobą przewlekłą nie pracuje zawodowo⁶. Konsekwencje tej sytuacji ponosi nie tylko system ochrony zdrowia, ale także rynek pracy. Dlatego niepokojących danych w ochronie zdrowia nie można traktować w oderwaniu od kondycji gospodarczej kraju.

W Polsce jest bardzo niskie bezrobocie⁷. Dodatkowo niemal połowa Polaków jest bierna zawodowo (nie pracuje i nie jest gotowa do podjęcia aktywności zawodowej). To wszystko sprawia, że ponad połowa pracodawców ma problem ze znalezieniem pracowników⁸. Tym bardziej za alarmujący należy uznać fakt, że w ciągu 5 lat z rynku pracy zniknęło 300 tys. osób.

Konieczne jest zapewnienie skutecznego leczenia, które umożliwi pacjentom przewlekłe chorym aktywność zawodową. Cena za oszczędzanie na zdrowiu jest bardzo wysoka. Wystarczy ocenić skalę tzw. kosztów pośrednich (związanych z negatywnym wpływem chorób na zdolność do wykonywania pracy – w tym rent, zwolnień lekarskich, niższej efektywności pracy, mniejszych wpływów do budżetu w związku z przedwczesną śmiercią). Są one liczone w miliardach złotych i kilkukrotnie przewyższają kwoty przeznaczane bezpośrednio na terapię pacjentów. Dla takich chorób jak nowotwory czy niewydolność serca wynoszą nawet 5-6 razy więcej niż wydatki NFZ na leczenie^{9,10}.

Dobra inwestycja – zwiększenie budżetu na refundację leków

Efektywnym sposobem na poprawę wskaźników zdrowotnych polskiego społeczeństwa jest dofinansowanie ze środków publicznych refundacji leków. Ze względu na wysoką skuteczność kliniczną leków i jednocześnie znaczące niedofinansowanie tego obszaru (ostatnie miejsce w UE - nieco ponad 550 zł na jednego mieszkańca,

podczas gdy średnia dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej to 1050 zł) byłaby to inwestycja trzykrotnie bardziej opłacalna, niż inwestycja w inne obszary systemu ochrony zdrowia¹¹.

Gdyby Polska przeznaczała na leki tyle co średnia europejska, w 2024 żyłoby w naszym kraju 93 tys. osób więcej niż mówią prognozy, co przyniosłoby budżetowi państwa 35 mld zł¹². Dzięki tej inwestycji można byłoby szerszym grupom potrzebujących pacjentów udostępnić nowoczesne, najskuteczniejsze leki.

Niestety Polska na tle Unii Europejskiej wyróżnia się najwyższym udziałem leków generycznych (odpowiedników leku dostępnych na rynku od ponad 20 lat) w gamie terapii dostępnych dla pacjentów. W 2017 r. niemal 90% refundowanych leków na receptę wydawanych w szpitalach oraz prawie 80% wydawanych w aptekach stanowiły leki generyczne¹³.

Tylko 0,3% leków refundowanych w Polsce to leki nowoczesne, umożliwiające leczenie zgodne z aktualną wiedzą medyczną podczas gdy w niektórych krajach europejskich, takich jak np. Włochy czy Hiszpania, jest to nawet dziesięć razy więcej¹⁴. Dodatkowo środki przeznaczone na finansowanie programów lekowych stanowią niewielką część budżetu. A to właśnie w ramach tych programów państwo finansuje leczenie najcięższych chorób, w tym między innymi nowotworów, chorób rzadkich czy chorób autoimmunologicznych. Oznacza to, że polscy pacjenci mają bardzo ograniczony dostęp do innowacyjnych terapii.

Zaprezentowane dane jednoznacznie wskazują na konieczność poprawy sytuacji w obszarze ochrony zdrowia Polaków. INFARMA postuluje o racjonalizację zwiększających się sukcesywnie nakładów publicznych na ochronę zdrowia, poprzez wybranie najbardziej efektywnego scenariusza, zwiększenie budżetu na refundację leków oraz umożliwienie pacjentom szybkiego dostępu do przełomowych, innowacyjnych terapii.

Bogna Cichowska - Duma
Dyrektor Generalny INFARMA

WSTĘP

System ochrony zdrowia w Polsce stoi w obliczu ogromnych wyzwań, związanych z poziomem finansowania publicznego, zapewnieniem pacjentom szerokiego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, dostępnością do nowych technologii medycznych, profilaktyką chorób i zdrowiem publicznym, a także organizacją opieki nad pacjentami. System ten jest polem nieustannych reform, które mają odpowiedzieć na te wyzwania.

Istnieje wiele parametrów, zbiorczych lub wskaźnikowych, które pozwalają mierzyć efektywność zarządzania systemami ochrony zdrowia. Parametry te powinny być dobierane dla poszczególnych krajów, biorąc pod uwagę specyfikę systemów ochrony zdrowia, tradycji i stylu życia społeczeństw, rozkładu nierówności społecznych etc. Dla danego kraju, obserwacja ewolucji najważniejszych parametrów w czasie jest bardzo wartościowa.

Autor proponuje ograniczony wielkością publikacji zestaw wskaźników do obserwacji efektów zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Siłą rzeczy, nie oddają one całej złożoności tego systemu, ale przynajmniej pozwalają na prowadzenie dyskusji po zidentyfikowaniu podstawowych, bezspornych faktów. Publikacja zawiera parametry ogólne, dotyczące całości działania systemu oraz, w szczególności, opisujące refundację leków.

Dobrym przykładem możliwych do przeprowadzenia analiz jest porównanie dynamiki PKB i wydatków budżetu Państwa w skali 5 lat z dynamiką wydatków publicznych na zdrowie. Mimo znaczącego wzrostu finansowania zdrowia ze środków publicznych (5,37% średniorocznie w okresie 2014-2018) jego udział w PKB i wydatkach budżetu państwa pozostaje na niskim poziomie, ponieważ oba te parametry makroekonomiczne wykazują także duże wzrosty (odpowiednio 5,3% i 5,72% w tym samym okresie).

Stefan Bogusławski

¹State of Health in the EU- Polska - Profil system ochrony zdrowia 2019.

²Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych", IQVIA dla Infarma, 2018 r. str. 16. Rys. 4

³Jeśli w 2018 r. PKB Polski wyniosło ponad 2 biliony złotych, a na ochronę zdrowia wydaliśmy 4,42% PKB.

⁴State of Health in the EU- Polska - Profil system ochrony zdrowia 2019.

⁵„Postrzeganie polskiej ochrony zdrowia. Raport z badania KANTAR dla INFARMA 2019

⁶Dane kampanii „Choroba? Pracuję z nią!”

⁷Dane GUS za 2019

⁸<https://www.infor.pl/prawo/bezrobotny/aktualnosci-rynku-pracy/2542300,Ponad-polowa-pracodawcow-ma-problem-ze-znalezieniem-pracownikow.html>

⁹http://ingos.pl/public/userfiles/pdf/Ocena_strat_ekonomicznych_i_kosztow_%20leczenia_nowotworow_piersi_szyjki_macicy_i_jajnika_w_Polsce.pdf

¹⁰https://ingos.pl/public/userfiles/pdf/Ocena_kosztow_niewydolnosci_serca_w_Polsce_z_perspektywy_gospodarki_panstwa.pdf

¹¹„Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych”, IQVIA dla INFARMA, 2018 r.

¹²„Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych”, IQVIA dla INFARMA, 2018 r.

¹³State of Health in the EU- Polska - Profil system ochrony zdrowia 2019.

¹⁴„Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych”, IQVIA dla INFARMA, 2018 r.

Spis treści:

1. Dynamika PKB i wydatków budżetu państwa	str. 3
2. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia	str. 3
3. Prywatne wydatki na świadczenia medyczne	str. 4
4. Nakłady NFZ na podstawową opiekę zdrowotną (POZ), ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) i lecznictwo zamknięte (LZ) oraz inne cele	str. 4
5. Liczba osób aktywnych zawodowo i współczynnik aktywności zawodowej	str. 5
6. Liczba dni zwolnień lekarskich rocznie oraz ich koszt poniesiony przez ZUS/KRUS i pracodawców	str. 6
7. Liczba łóżek szpitalnych na 100 000 mieszkańców	str. 7
8. Oczekiwana długość trwania życia i długość życia w zdrowiu	str. 7
9. Umieralność na wybrane nowotwory (TOP5 nowotwory pod względem umieralności) na 100 000 mieszkańców, standaryzowana wiekiem	str. 8
10. Całkowita wartość refundacji leków przez NFZ	str. 9
11. Refundacja leków według trybu refundacji	str. 9
12. Wydatki Ministerstwa Zdrowia na narodowe programy zdrowotne (System obowiązkowych szczepień ochronnych, leczenie ARV osób żyjących z wirusem HIV w Polsce, Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skaży krwotoczne)	str. 10
13. Opłaty ponoszone przez pacjentów na zakup leków (niezrefundowanych i częściowo zrefundowanych) na receptę w aptekach	str. 11
14. Dopłaty pacjentów do leków zrefundowanych w aptekach	str. 11
15. Wielkość przeciętnego koszyka zakupowego pacjenta w aptece (tylko leki na receptę)	str. 12
16. Liczba leków bez odpowiedników wprowadzonych na listy refundacyjne oraz wielkość refundacji tych leków w skali roku	str. 12
17. Liczba programów lekowych	str. 13
18. Liczba pacjentów leczonych w programach lekowych	str. 13

Skróty używane w publikacji:

AOS	– Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	KRUS	– Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
ARV	– leczenie antyretrowirusowe	LZ	– Lecznictwo Zamknięte
CAGR	– skumulowany roczny wskaźnik wzrostu (Compound Annual Growth Rate)	NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
CSIOZ	– Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	PKB	– Produkt Krajowy Brutto
GUS	– Główny Urząd Statystyczny	POZ	– Podstawowa Opieka Zdrowotna
		UE	– Unia Europejska
		ZUS	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych



– wzrost



– spadek

1. Dynamika PKB i wydatków budżetu państwa

	2018 (MLD Zł)	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO W CENACH BIEŻĄCYCH	2 115,2	↑ 6,33%	5,30%

Źródło: GUS <https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/>

	2018 (MLD Zł)	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
WYDATKI BUDŻETU PAŃSTWA OGÓŁEM W CENACH BIEŻĄCYCH	390 454,3	↑ 3,91%	5,72%

Źródło: GUS <https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/>

Produkt krajowy brutto Polski systematycznie rośnie od wielu lat, z dynamiką w pięcioleciu 2014-2018 (w cenach bieżących, bez uwzględnienia inflacji) przekraczającą średniorocznie 5%. Wydatki budżetu państwa także rosną, choć z nieco mniejszą dynamiką.

Wydatki na zdrowie w Polsce i ich dynamika są wykazywane w wartościach nominalnych. Dlatego warto jest obserwować dynamikę wzrostu dochodu narodowego oraz wydatków budżetu państwa ogółem również w wartościach nominalnych, pozwalając na porównania „jabłka do jabłek”.

2. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia

	2018 (MLN Zł)	%PKB 2018	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
CAŁKOWITE PUBLICZNE WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA	93 600	4,42%	↑ 3,49%	5,37%
WYDATKI NFZ NA ŚWIADCZENIA	83 823	3,96%	↑ 6,49%	6,55%

Źródło: Sprawozdania finansowe NFZ za lata 2014-2018; <http://nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz>
Raporty GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia” za lata 2017 i 2014;
(<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html>)

Całkowite publiczne wydatki na zdrowie w Polsce stale rosną w ostatnich latach, ale w zbyt wolnym tempie, aby dorównać innym krajom Unii Europejskiej w udziale w PKB.

Całkowite publiczne wydatki na zdrowie w Polsce są miernikiem wskazującym poziom zaangażowania środków publicznych w ochronę zdrowia. W ostatnich latach, średniorocznie, rosły one porównywalnie do nominalnego wzrostu dochodu narodowego oraz nieco niżej niż wydatki budżetu Państwa. W porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej pozostają na bardzo niskim poziomie, w wartościach absolutnych i jako % PKB.

Wydatki NFZ na świadczenia również miały porównywalną dynamikę versus nominalna dynamika PKB oraz wyraźnie wyższą dynamikę od wzrostu wydatków budżetu państwa ogółem. Jest to wynik rosnących przychodów NFZ ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Nota metodologiczna: wzrost nakładów jest wykazywany w wartościach nominalnych

3. Prywatne wydatki na świadczenia medyczne

	2016 (MLN ZŁ)	% PKB	ZMIANA 2016/2015	CAGR 2014–2016
PRYWATNE WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA NA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE MLN ZŁ	9 592	0,52%	↑ 3,4%	8,8%

Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html>
 Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r-,1,7.html>
 Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html>

Zakupy świadczeń ze środków prywatnych pacjentów rosną, co świadczy o tym, iż dostęp do świadczeń finansowanych przez NFZ nie ulega poprawie.

Wysokość niepublicznego finansowania świadczeń medycznych świadczy o poziomie migracji pacjentów do sektora prywatnego, pośrednio wskazując na niewydolność systemu finansowanego publicznie. Zakupy świadczeń ze środków prywatnych pacjentów rosną z względnie stałą dynamiką od wielu lat, wyższą od wzrostu publicznych wydatków na zdrowie. Jest to pośredni dowód na to, iż dostęp do świadczeń finansowanych przez NFZ nie ulega poprawie.

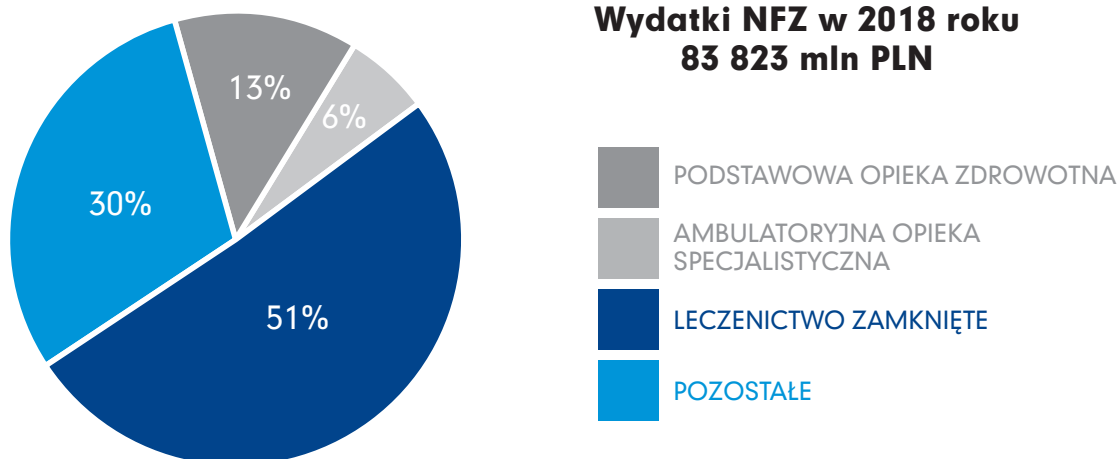
Nota metodologiczna: prywatne wydatki na ochronę zdrowia na świadczenia medyczne obejmują zakupy świadczeń za gotówkę. Nie obejmują zakupów artykułów medycznych, w tym leków. Dane pochodzą z narodowego rachunku zdrowia GUS i publikowane są z opóźnieniem – ostatnie dostępne dotyczą roku 2016.

4. Nakłady NFZ na podstawową opiekę zdrowotną – POZ, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – AOS, leczenie zamknięte – LZ oraz inne cele

	2018 (MLN ZŁ)	UDZIAŁ NFZ	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
WYDATKI NFZ OGÓŁEM	83 823	100%	↑ 6,5%	6,6%
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (POZ)	11 226	13,4%	↑ 10,0%	9,9%
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)	4 624	5,5%	↓ -17,9%	-3,9%
LECZENIE SZPITALNE (Z WYŁĄCZENIEM PROGRAMÓW LEKOWYCH ORAZ CHEMIOTERAPII)	42 470	50,7%	↑ 9,8%	8,0%
POZOSTAŁE (W TYM REFUNDACJA LEKÓW)	25 503	30,4%	↑ 5,4%	5,4%

Źródło: Sprawozdania finansowe NFZ za lata 2014-2018 ; <http://nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz>

Wydatki NFZ w 2018 roku 83 823 mln PLN



Spadek udziału finansowania specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w budżecie NFZ świadczy o tym, że nie jest ona priorytetem. Nie sprzyja to zwiększeniu poziomu dostępu pacjentów do specjalistów.

Polski system publicznie finansowanej ochrony zdrowia jest w znacznej mierze oparty na leczeniu szpitalnym. Niski udział POZ i AOS w kosztach NFZ utrudniają zwiększanie roli opieki ambulatoryjnej, zwłaszcza podstawowej, w całym systemie. Zanim nastąpi zwiększenie roli POZ, AOS powinien być tak finansowany, aby spełniać potrzeby pacjentów.

5. Liczba osób aktywnych zawodowo i współczynnik aktywności zawodowej

	2018*	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
LICZBA OSÓB AKTYWNYCH ZAWODOWO (MLN)	17,1	↓ -0,72%	-0,41%
WSPÓŁCZYNNIK AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ	56,3	↓ -0,11%	0,06%

* przeciętnie w roku

Źródło: GUS Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2019 roku
<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-biemi-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-ii-kwartal-2019-roku,4,34.html>

Spada liczba i udział osób aktywnych zawodowo w społeczeństwie, co zmniejsza możliwości dostatecznego finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.

Dynamika liczby osób aktywnych zawodowo jest jednym z ważnych parametrów mówiących o perspektywach wzrostu przychodów NFZ ze składki zdrowotnej. Ujemna dynamika może zapowiadać obniżenie szybkości przyrostu wartości składki.

Wysokość współczynnika aktywności zawodowej pośrednio określa wielkość obciążenia budżetu NFZ kosztami leczenia starszych pokoleń. Im niższy jest ten współczynnik, tym większe obciążenie budżetu NFZ oraz niższa dynamika przyrostu składki.

Spółeczeństwo polskie szybko się starzeje (wg GUS procent osób powyżej 65 roku życia ma w Polsce wzrosnąć do 23% w 2030 roku, wobec 18% w 2018). Koszty leczenia osób ze starszych grup wiekowych są jednostkowo wyższe, zwiększający się udział tych grup wiekowych pociąga za sobą konieczność stałego podnoszenia wydatków NFZ. Spadek liczby i udziału osób aktywnych zawodowo w społeczeństwie relatywnie zmniejsza możliwości dostatecznego finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.

Nota metodologiczna: współczynnik aktywności zawodowej jest to procentowy udział osób aktywnych zawodowo (czyli pracujących lub niepracujących a zainteresowanych podjęciem pracy - bezrobotnych) w ogólnej liczbie ludności.

6. Liczba dni zwolnień lekarskich rocznie oraz ich koszt poniesiony przez ZUS/KRUS i pracodawców

	2018	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
LICZBA DNI ABSENCJI (MLN)	277,3	↓ -1,42%	2,34%
W TYM:			
ZUS	243,7	↓ -0,76%	3,47%
KRUS	27	↓ -12,8%	-7,34%
WYPŁATY Z TYTUŁU ABSENCJI CHOROBOWEJ (MLN. ZŁ)*	18 444,5	↑ 4,49%	8,07%
W TYM:			
ABSENCJA CHOROBOWA FINANSOWANA Z FUNDUSZU ZAKŁADÓW PRACY	6 910,8	↑ 8,99%	10,11%
ABSENCJA CHOROBOWA FINANSOWANA Z FUS	11 532,9	↑ 1,97%	6,93%

* łącznie z absencją chorobową finansowaną z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Źródło:
Absencja chorobowa w 2018 roku, Warszawa 2019, DEPARTAMENT STATYSTYKI I PROGNOZ AKTUARIALNYCH
<https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2018+roku.pdf/c70b0e4a-216f-dbb9-7dde-79cf6ca334f8>
 INFORMACJA O ŚWIADCZENIACH PIENIĘŻNYCH Z FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ORAZ O NIEKTÓRYCH ŚWIADCZENIACH Z ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO IV KWARTAŁ / OKRES I - XII 2018 R.
<https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/kwartalne-informacje-o-swadczeniach-pienieznych-z-fus-oraz-o-innych-swadczeniach>
 Oraz analogiczne dokumenty z wcześniejszych lat

Wydatki związane z nieobecnością w pracy z powodu choroby są dużym obciążeniem budżetu ZUS. Dzięki dostępowi do skutecznych świadczeń zdrowotnych to obciążenie mogłoby się zmniejszyć.

Liczba dni absencji chorobowej jest zależna od nasilenia chorób zakaźnych, skuteczności rozpoznawania i leczenia chorób przewlekłych, wypadków oraz innych przyczyn. Redukcja wpływu czynników ryzyka na zdrowie populacji, właściwe leczenie chorób przewlekłych (zapobieganie powikłaniom), profilaktyka chorób zakaźnych (szczepienia) obniżają dynamikę zwolnień lekarskich oraz wydatki ZUS i pracodawców na finansowanie tych zwolnień.

7. Liczba łóżek szpitalnych na 100 000 mieszkańców

	2018	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
LICZBA ŁÓŻEK SZPITALNYCH NA 100 000 MIESZKAŃCÓW	403	↓ -2,2%	-0,9%

Źródło: Biuletyny statystyczne CSIOZ za lata 2014-2018

Liczba łóżek szpitalnych w Polsce jest nadal bardzo wysoka, ale można zaobserwować powolny jej spadek. Czy odbywa się to w zaplanowany sposób?

Wysoki współczynnik liczby łóżek szpitalnych w Polsce, w porównaniu do innych krajów świadczy o dominacji leczenia szpitalnego w systemie ochrony zdrowia. Ewolucja dynamiki tego miernika opisuje pośrednio skuteczność reformowania systemu w stronę leczenia ambulatoryjnego. W roku 2018 liczba łóżek na 100 tys. mieszkańców spadała szybciej niż przeciętnie w ostatnim pięcioleciu.

8. Oczekiwana długość trwania życia i długość życia w zdrowiu

OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA:	2017 (W LATACH)	2018 (W LATACH)	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
KOBIET	81,7	81,7	↓ -0,1%	0,02%
MĘŻCZYZN	74	73,8	↓ -0,3%	0,02%
ŁĄCZNIE	77,8	77,6	↓ -0,3%	0,02%
OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA W ZDROWIU:				
KOBIET	64,6	63,5	↓ -1,7%	0,42%
MĘŻCZYZN	61,3	60,6	↓ -1,1%	0,44%
ŁĄCZNIE	62,9	62	↓ -1,4%	0,43%

Źródło: GUS (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2018-r-,2,13.html>)
I Eurostat (https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en)

Po latach stałego wzrostu oczekiwanej długości życia i oczekiwanej długości życia w zdrowiu po raz pierwszy w (odpowiednio) 2017 i 2016 roku zanotowano spadek ich wartości.

Oczekiwana długość życia oraz oczekiwana długość życia w zdrowiu są syntetycznymi wskaźnikami świadczącymi, w dużej mierze, o poziomie zdrowotności społeczeństwa. W znaczącym zakresie zależą one od efektywności działania programów zdrowia publicznego oraz od medycyny naprawczej. Po latach stałego wzrostu wielkości obu wskaźników, dla obu płci, zanotowano spadek ich wartości.

9. Umieralność na wybrane nowotwory (TOP5 nowotwory pod względem umieralności) na 100 000 mieszkańców, standaryzowane względem wieku

UMIERALNOŚĆ MĘŻCZYZN, 2016			
	RODZAJ NOWOTWORU	(W POLSCE)	(W UE)
	PŁUCA	114,6	82,2
	PROSTATY	47,6	39,1
	OKRĘŻNICY I ODBYTNICY	54,4	40,4
	ŻOŁĄDKA	24,5	15,8
	NERKI	12,5	8,8

UMIERALNOŚĆ KOBIEC, 2016			
	RODZAJ NOWOTWORU	(W POLSCE)	(W UE)
	PŁUCA	38,1	31,8
	PIERSI	32,6	32,9
	OKRĘŻNICY I ODBYTNICY	26,8	23,2
	JAJNIKA	13,3	10,4
	ŻOŁĄDKA	9,4	7,3

Źródło: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en

Umieralność na najbardziej rozpowszechnione nowotwory w Polsce, w porównaniu do innych krajów UE, jest znacznie wyższa.

Umieralność na najbardziej rozpowszechnione nowotwory jest wskaźnikiem świadczącym o efektywności działania systemu ochrony zdrowia – dostępie do wczesnej i skutecznej diagnostyki, skutecznej terapii, a także skuteczności programów zdrowia publicznego. Porównanie wskaźników dla TOP5 nowotworów pod względem umieralności do innych krajów UE wskazuje, iż w Polsce rejestruje się znacząco większą umieralność, niż w innych krajach, co sugeruje zdecydowanie niższą efektywność działania szeroko pojętej ochrony zdrowia w Polsce, w tych rozpoznaniach.

Nota metodologiczna: wskaźnik umieralności na nowotwory jest standaryzowany wiekiem, aby uniezależnić go od struktury demograficznej poszczególnych krajów i jej zmian w czasie.

10. Całkowita wartość refundacji leków* przez NFZ

	2018	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
WYSOKOŚĆ WYDATKÓW NFZ NA REFUNDACJĘ LEKÓW (MLN ZŁ), W TYM:	13 331	↑ 6,58%	6,62%
Z BUDŻETU NFZ	12 636	↑ 5,29%	5,2%
W RAMACH PROGRAMU 75 +	695	↑ 37,24%	151,15%
% WYDATKÓW NFZ NA ŚWIADCZENIA	15,9%	↑ 0,08%	0,06%
% PKB	0,63%	↑ 0,24%	1,25%

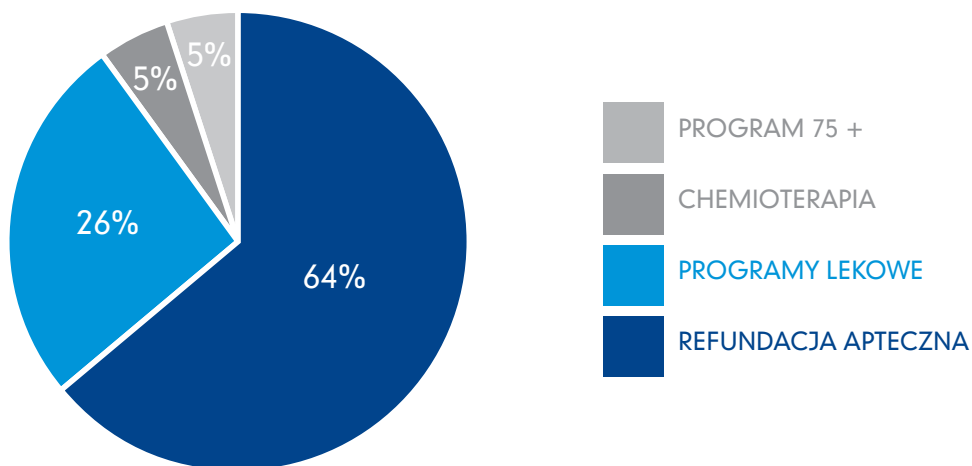
* CAGR programu leki 75+ liczony jest za dwa lata, ponieważ program ruszył w 2016 r.

Źródło:
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-def,6776.html>;
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-def,6903.html>;
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-def,7015.html>;
<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-def,7475.html>;
<https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-22018iii,6438.html>

Mimo wzrostu, wielkość kwot refundacji farmakoterapii w Polsce ze środków publicznych, w wartościach absolutnych i jako % PKB, należy do najniższych w UE.

Dostępność do farmakoterapii, zwłaszcza nowymi, innowacyjnymi terapiami jest warunkowana poziomem finansowania. W roku 2018 mimo wzrostu w wartościach bezwzględnych, udział refundacji leków w budżecie wydatków NFZ na świadczenia praktycznie się nie zmienił.

11. Refundacja leków* według trybu refundacji



*Nota metodologiczna: określenie „leki” jest skrótem określeniem produktów objętych działaniem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W kwocie wydatków na refundację ujęto także wydatki na program bezpłatnych leków dla seniorów (75+). CAGR dla wydatków na program 75+ policzono dla lat 2016-2018.

	2018 (MLN ZŁ)	ZMIANA 2018/2017	CAGR 2014–2018
WYDATKI NFZ NA REFUNDACJĘ LEKÓW OGÓŁEM, W TYM:	13 331	↑ 6,6%	6,6%
REFUNDACJA APTECZNA	8 498,2	↑ 3,1%	3,0%
PROGRAMY LEKOWE	3439,2	↑ 10,2%	11,1%
CHEMIOTERAPIA	698,6	↑ 9,3%	8,3%
PROGRAM BEZPŁATNE LEKI DLA SENIORÓW	694,9	↑ 37,2%	151,2%**

** CAGR programu bezpłatne leki dla seniorów liczony jest za lata 2016–2018; program zaczął funkcjonować w 2016 roku.

Źródło:

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-def>;
<https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-22018iii,6438.html>;
http://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/284/6498/1/zal_do_uchwaly_nr_17_projekt_planu_2020_-_rada_nfz.pdf;
https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/284/6461/1/zalacznik_do_uchwaly_nr_18_2018_iii_rady_nfz_-_projekt_planu_finansowego_nfz_2019.pdf

Finansowanie programów lekowych, choć rośnie, pozostaje nadal względnie niewielką częścią budżetu refundacji. Przy ogólnie niskim poziomie finansowania refundacji leków utrzymuje to ograniczenia w dostępie pacjentów do nowych terapii.

Podstawowe instrumenty refundacyjne to: refundacja poprzez apteki (terapię adresowane do dużych populacji pacjentów, głównie generyczne), programy lekowe (terapię wysoko-specjalistyczne stosowane na ogół w lecznictwie zamkniętym, adresowane do małych lub bardzo małych populacji pacjentów) oraz katalog chemioterapii (produkty stosowane w lecznictwie szpitalnym w terapii onkologicznej, na ogół posiadające odpowiedniki). Dynamika finansowania poszczególnych narzędzi określa priorytety polityki refundacyjnej. Z reguły jest ona wyższa tam, gdzie do systemu refundacji wchodzi nowe produkty lub poszerzany jest zakres wskazań w refundacji produktów już refundowanych.

*Nota metodologiczna: określenie „leki” jest skrótem określeniem produktów objętych działaniem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

12. Wydatki Ministerstwa Zdrowia na narodowe programy zdrowotne (System obowiązkowych szczepień ochronnych, Leczenie ARV osób żyjących z wirusem HIV w Polsce, Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne)

	2018 (MLN ZŁ)	ZMIANA 2017-2018	CAGR 2014–2018
WYDATKI NA NPZ	777,1	↓ -10,13%	3,98%

Źródło:

<https://www.gov.pl/attachment/41366410-62af-40cc-88a6-81798e72351e>;
<http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BAFK3S&view=1>;
<https://aids.gov.pl/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=6383>;
<http://orka.sejm.gov.pl>;
<http://www.nik.gov.pl>

Wydatki na wybrane narodowe programy zdrowotne rosły w ostatnich latach, choć ich wzrost jest względnie powolny w porównaniu do potrzeb, zaś ich dynamika jest niższa od dynamiki wydatków na refundację leków przez NFZ.

Wielkość wydatków publicznych na leczenie hemofilii, zakażeń ARV oraz obowiązkowe szczepienia ochronne opisuje poziom zaangażowania państwa w działania zapobiegające odległym skutkom chorób zakaźnych i skaz krwotocznych. Ich koszt jest przede wszystkim zależny od ilości i ceny zakupionych produktów leczniczych. W przypadku szczepionek kwota ta zależy głównie od zakresu programu obowiązkowych szczepień ochronnych.

13. Opłaty ponoszone przez pacjentów na zakup leków* (niezrefundowanych i częściowo zrefundowanych) na receptę w aptekach

	2018	ZMIANA 2017-2018	CAGR 2014-2018
KWOTA DOPLAT (MLN ZŁ)	10 387,1	↑ 2,25%	2,88%
% DOPLAT PACJENTÓW DO CENY LEKÓW NA RECEPTĘ	53,0%	↓ -1,27%	-0,95%

Źródło: Omnibus PEX PharmaSequence

W ostatnich latach kwota dopłat pacjentów do leków na receptę rośnie, co może sprawiać, że część pacjentów nie wykupuje wszystkich niezbędnych leków.

Wskaźnik ten opisuje poziom refundacji leków na receptę w aptekach. Wiele leków na receptę nie znalazło się (z różnych powodów) na listach refundacyjnych. Udział pacjentów w kwocie ich zakupów w aptece mówi o tym, jak kształtuje się dostępność tych leków dla pacjentów, zwłaszcza uboższych lub z wielochorobowością. Dynamika zmian (roczna na tle pięcioletniej) mówi o tym, jak szybko ta dostępność się zmienia i w jakim kierunku. W ostatnich latach kwota dopłat rośnie, ale ich udział w całości sprzedaży leków na receptę nieco spada, przede wszystkim dzięki zwiększającemu się finansowaniu bezpłatnych leków dla osób 75+.

14. Dopłaty pacjentów do leków* zrefundowanych w aptekach

	2018	ZMIANA 2017-2018	CAGR 2014-2018
CAŁKOWITA DOPLATA (MLN ZŁ)	3 308,3	↓ -1,57%	-1,35%
% DOPLAT PACJENTÓW DO CENY LEKÓW REFUNDOWANYCH	26,5%	↓ -4,5%	-4,4%

Źródło: NFZ: Sprawozdania kwartalne z działalności za Q4 danego roku

*Nota metodologiczna: określenie „leki” jest skrótem określeniem produktów objętych działaniem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz innych produktów wydawanych w aptece na podstawie recepty lekarskiej.

Wielkość dopłat pacjentów do leków refundowanych powoli spada, co zmniejsza bariery zakupu tych leków w aptekach.

Wielkość dopłat pacjentów do leków refundowanych w aptekach jest jednym z mierników dostępu do tych terapii. Zbyt wysokie dopłaty upośledzają dostęp do skutecznej farmakoterapii, zwłaszcza osobom uboższym lub pacjentom z wielochorobowością. Współczynnik dopłat do leków spadł w 2018 roku vs 2017, co oznacza, że bariera zakupu leków refundowanych się obniżyła.

**Nota metodologiczna: określenie „leki” jest skrótowym określeniem produktów objętych działaniem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.*

15. Wielkość przeciętnego koszyka zakupowego pacjenta w aptece (tylko leki* na receptę)

	2018	ZMIANA 2017-2018
WARTOŚĆ PRZECIĘTNEGO KOSZYKA ZAKUPOWEGO LEKÓW NA RECEPTĘ (W ZŁ)	50,60	↑ 3,05%

Źródło: Obliczenia PEX PharmaSequence sp. z o.o.

Pacjenci są istotnie obciążeni wydatkami na leki na receptę w aptekach.

Wielkość koszyka zakupowego pacjentów, kupujących w aptekach leki na receptę (refundowane i nierefundowane), mówi o tym, ile pacjenci jednorazowo średnio płacą w aptece za terapię zaleconą przez lekarza. Wskaźnik ten pokazuje obciążenie pacjenta dopłatami, a jego roczna dynamika, jak obciążenie to zmienia się w czasie. W latach 2017 i 2018 wzrost kosztu koszyka leków na receptę był wyższy od rejestrowanej w tym okresie średniorocznej inflacji, co obciąża zwłaszcza osoby ubogie i z wielochorobowością.

**Nota metodologiczna: określenie „leki” jest skrótowym określeniem produktów objętych działaniem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz innych produktów wydawanych w aptece na podstawie recepty lekarskiej.*

16. Liczba leków bez odpowiedników wprowadzonych na listy refundacyjne oraz wielkość refundacji tych leków w skali roku

	2018	2014-2018 ŚREDNIA/ROK	2014-2018
LICZBA SUBSTANCJI CZYNNYCH BEZ ODPOWIEDNIKÓW WPROWADZONYCH DO REFUNDACJI	12	16,8	84
KWOTA REFUNDACJI SUBSTANCJI CZYNNYCH BEZ ODPOWIEDNIKÓW WPROWADZONYCH DO REFUNDACJI, W ICH PIERWSZYM ROKU KALENDARZOWYM REFUNDACJI, W MLN PLN	191,9	132,9	-
CAŁKOWITA KWOTA REFUNDACJI SUBSTANCJI CZYNNYCH BEZ ODPOWIEDNIKÓW WPROWADZONYCH DO REFUNDACJI W OKRESIE 2014-2018, W MLN ZŁ	1493,1	-	3873,0

Źródło: Analizy PEX PharmaSequence

Liczba nowych substancji czynnych wprowadzonych do systemu refundacji w roku 2018 była poniżej średniej z ostatnich pięciu lat, natomiast kwota ich refundacji w pierwszym roku kalendarzowym była znacząco wyższa od średniej pięcioletniej.

Wskaźniki te mówią, ile leków bez odpowiedników (nowoczesnych, jeszcze chronionych wyłącznością rynkową) weszło na listy refundacyjne w okresie ostatniego roku na tle ostatnich 5 lat, oraz jaką kwotę przeznaczono na ich refundację w odpowiednich okresach. Dynamika zmian ich wartości pośrednio wskazuje, jak zmieniła się dostępność pacjentów do nowych terapii w ostatnim roku, na tle ostatnich 5 lat.

Nota metodologiczna: dane ilościowe za okres 5 lat do 30 czerwca 2019, dane wartościowe za okres 12 miesięcy do 30 czerwca 2019.

17. Liczba programów lekowych

	2019 1 LISTOPADA	2018	2017
LICZBA PROGRAMÓW LEKOWYCH	94	93	86

Źródło:
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-26-pazdziernika-2018-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-wrzesnia-2018-r>;
<http://www.archiwum.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia/>

Liczba programów lekowych w Polsce stale wzrasta. Jednak wiele nowoczesnych i skutecznych terapii refundowanych w innych krajach UE, nie jest finansowanych przez NFZ w Polsce, a potrzeby wielu grup pacjentów w zakresie dostępu do tych terapii nie są spełnione.

Liczba programów lekowych jest wskaźnikiem obrazującym, ile schorzeń wymagających takiej terapii jest względnie nowocześnie leczonych w Polsce. Programy lekowe są narzędziem refundacji leków w chorobach przewlekłych, wymagających specjalistycznego, często kosztownego leczenia, które nie ma równie skutecznych alternatyw terapeutycznych. Poprzez programy lekowe dostęp chorych do terapii jest ściśle kontrolowany przez NFZ, w szczególności poprzez ograniczenie refundacji do wybranych wskazań, węższych niż określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Nowe terapie tego typu są, na ogół, zdecydowanie później wprowadzane do systemu refundacji w naszym kraju, w porównaniu do innych krajów UE.

18. Liczba pacjentów leczonych w programach lekowych

	2018	ZMIANA 2017-2018	CAGR 2014-2018
LICZBA PACJENTÓW LEZONYCH W PROGRAMACH LEKOWYCH (TYS.)	136,3	↑ 14,06%	17,42%

Źródło:
 Sprawozdania z działalności NFZ za rok 2018 i wcześniejsze; https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/zarzadzenia_prezesa/uchwaly_rady_nfz/2019/zal_do_uchwaly_nr_12_sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2018_rok.pdf

Mimo wprowadzania innowacyjnych leków do refundacji w ramach programów lekowych, liczba pacjentów, którzy z niej korzystają jest stosunkowo niewielka. Nadal wielu pacjentów nie ma dostępu do leczenia zgodnego z najnowszą wiedzą medyczną.

Dynamika średniej rocznej liczby pacjentów leczonych w danym roku w ramach programów lekowych, opisuje zmianę wielkości dostępu pacjentów do specjalistycznych terapii objętych tym trybem refundacji. Programy lekowe są narzędziem refundacji leków w chorobach przewlekłych, wymagających specjalistycznego, często kosztownego leczenia, które nie ma równie skutecznych alternatyw terapeutycznych. W ostatnich latach, do systemu refundacji wchodzi coraz większa liczba programów adresowanych do kolejnych populacji pacjentów, często o małej liczebności.

