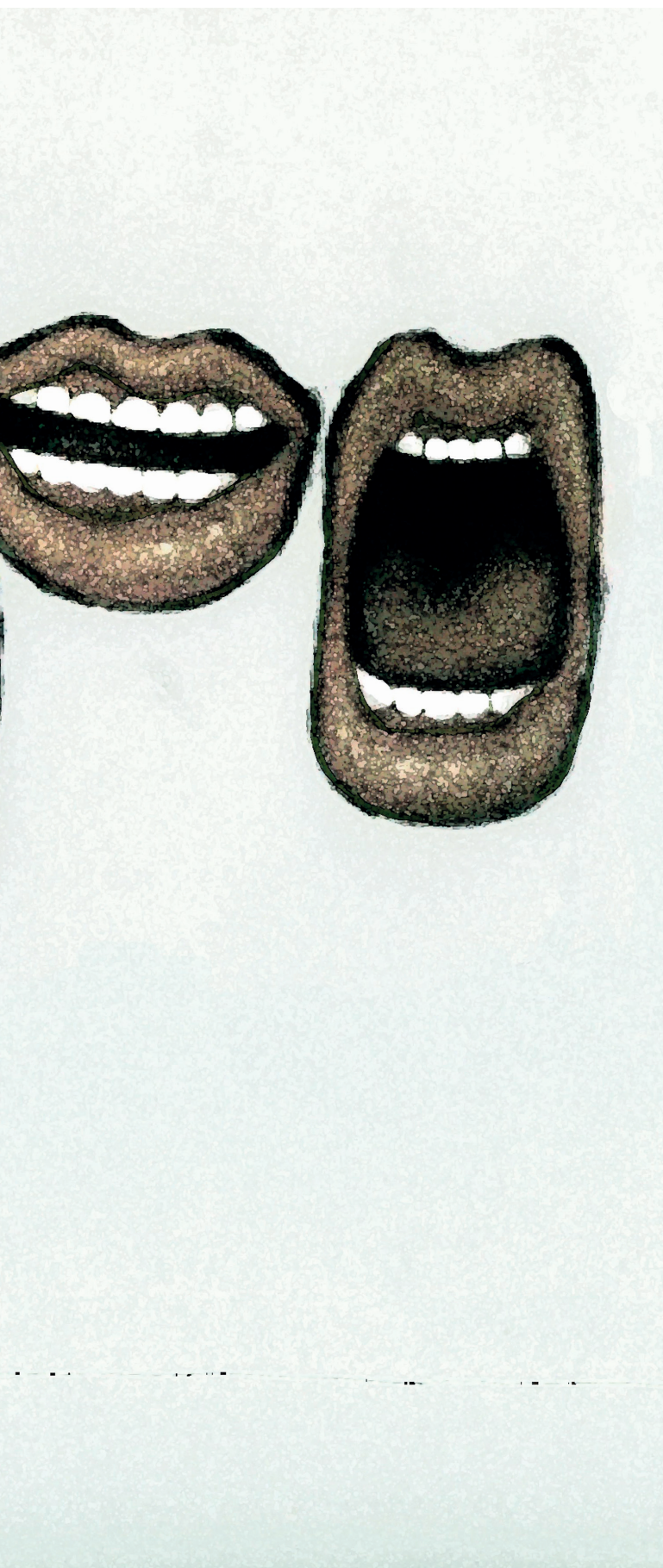


## Raport: Adaptacja polityki zdrowotnej Unii Europejskiej do rozwijającej się Europy



Publikujemy gorący jeszcze raport Grupy Roboczej do spraw Zdrowia think-tanku *Friends of Europe* (FoE) „Adapting EU health policy to an evolving Europe” – „Adaptacja polityki zdrowotnej Unii Europejskiej do rozwijającej się Europy”. Gdzie są szanse, gdzie zagrożenia, co kontynuować, czego zaprzestać i jakie są nasze – europejskie, nie tylko polskie – grzechy zaniedbania: na te pytania odpowiada raport.





## Przedmowa do wydania polskiego

Przyjaciele Europy (*Friends of Europe* – FoE) są niezależną organizacją pozarządową działającą na forum unijnym. Celem think-tanku jest stymulowanie nowego sposobu myślenia w wymiarze europejskim i globalnym. Należy on do *Europe's World Group*, pozapartyjnego stowarzyszenia wydającego wpływową czasopismo „*Europe's World Policy*” oraz prowadzącego bardzo popularną platformę internetową *Debating Europe*. *Friends of Europe*, znany też pod francuską nazwą *Les amis de l'Europe*, powstał w 1999 r. Pierwszy raport, o przełomowym charakterze, dotyczący poprawy funkcjonowania UE został opublikowany z inicjatywy byłej wiceprzewodniczącej Komisji Europejskiej Etienne Davignon. Dalsze działania FoE obejmowały m.in. pierwszą 28-narodową debatę satelitarną na temat przyszłego traktatu europejskiego, raporty na temat zabezpieczenia socjalnego w UE, możliwości przyłączenia Turcji do UE oraz walki z kryzysem finansowym. Obecne działania FoE obejmują sześć kluczowych programów: przyszła Europa, globalna Europa, mądrzejsza Europa, zielona Europa, Europa o wysokiej jakości oraz bezpieczna Europa.

Grupa Robocza do spraw Zdrowia FoE, w której miałem zaszczyt aktywnie uczestniczyć jako jedyny przedstawiciel Polski, została powołana do życia w 2013 r. w Brukseli. W jej składzie znaleźli się przedstawiciele wszystkich środowisk związanych z ochroną zdrowia. Warto podkreślić fakt współpracy przedstawicieli Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego z pozostałymi interesariuszami systemu, takimi jak organizacje pacjentów, pracodawców, kadry medycznej oraz przemysłu. Efektem prac grupy jest opublikowany na wiosnę 2015 r. raport „Adaptacja polityki zdrowotnej Unii Europejskiej do rozwijającej się Europy”, który dzięki uprzejmości i staraniom poznańskiego Wydawnictwa Termedia z satysfakcją przedstawiam szanownym czytelnikom do krytycznej lektury. Wiele rekomendacji omówionych w raporcie ma zastosowanie także na poziomie krajowym. Mam zatem nadzieję, że interesariusze polskiej ochrony zdrowia, a szczególnie politycy i decydenci, przyjmą raport z należytą mu uwagą i refleksją.

### Jarosław J. Fedorowski,

prof. nadzw., MD, PhD, MBA, FACP, FESC  
redaktor naukowy wydania polskiego,  
prezes Polskiej Federacji Szpitali, gubernator i członek  
Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE  
Afiliacje akademickie: University of Vermont Health  
Network, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski,  
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego





Fot. iStockphoto

## Przedmowa do wydania angielskiego

Europejskie systemy ochrony zdrowia stoją przed koniecznością pilnej reformy. Niniejszy raport stanowi efekt prac Grupy Roboczej ds. Zdrowia działającej w latach 2013–2014 przy niezależnym ośrodku analitycznym *Friends of Europe* z siedzibą w Brukseli. Raport wnosi wkład w proces formułowania strategicznych koncepcji przez nowych członków Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej, określając priorytetowe obszary działania w trakcie ich kadencji. Jest to szczególnie istotne w kontekście niekorzystnego wpływu, jaki na poziom wydatków na opiekę zdrowotną mają przedłużające się spowolnienie gospodarcze w Europie oraz polityka cięć budżetowych.

W skład Grupy weszli przedstawiciele różnych środowisk z terenu całej Europy: decydentów politycznych na szczeblach krajowym i Unii Europejskiej, organizacji międzynarodowych, środowisk akademickich, branż związanych z ochroną zdrowia i organizacji pozarządowych. Spotkania Grupy odbywały się według reguły *Chatham House*, która uczestnikom zapewniła możliwość otwartej dyskusji o zgłaszanych pomysłach, a ich celem była próba określenia spójnego przekazu ze strony specjalistów do spraw zdrowia.

W efekcie powstała lista 72 potencjalnych zaleceń na okres kolejnej kadencji, obejmująca działania, które Unia Europejska winna podjąć („Co zacząć robić”), których winna zaprzestać („Czego nie robić”) i które należy wykonywać inaczej („Co robić inaczej”). W końcowej wersji listę okrojono do 21 zaleceń, a jej kształt ustalono w procesie budowania konsensusu, dzięki któremu decydenci polityczni mogą stwierdzić, które z działań będą realizowane przy szerokim poparciu.

Kryzys gospodarczy wzmocnił przekonanie o konieczności pilnych działań zogniskowanych wokół reformy systemów ochrony zdrowia. Państwa członkowskie dotychczas w zdecydowany sposób opowiadały się za wyłącznością decyzyjną w zarządzaniu systemami opieki zdrowotnej, wykazując w związku z tym niechęć do aktywnego angażowania się w szerszej pojętej kwestie zdrowotne na szczeblu unijnym. Wskutek tego problematyka zdrowia nie była odpowiednio wyeksponowana w strukturach Komisji Europejskiej, a Dyrekcji Generalnej do spraw Zdrowia i Ochrony Konsumentów nie postrzegano jako istotnego gracza w rozmowach o kształcie polityki. Kwestia działań UE w obszarze zdrowia uzyskała silniejsze wsparcie w Parlamencie Europejskim, być może ze względu na intensywne kontakty pomiędzy europarlamentarzystami a zainteresowanymi środowiskami, w tym choćby stowarzyszeniami pacjentów. Zdaniem Grupy Roboczej obecnie mamy do czynienia ze zbliżeniem stanowiska instytucji unijnych, a sytuacja dojrzała do podjęcia bardziej skoordynowanych wysiłków i wykorzystania potencjału Unii Europejskiej do wsparcia działań dotyczących zdrowia i systemów opieki zdrowotnej. Początek kadencji Komisji oraz prowadzone właśnie prace nad szeroko zakreślonymi priorytetami polityki, która zastąpi strategię „Europa 2020”, to moment, kiedy zdrowie należy uznać za najważniejszy czynnik dla rozwoju dobrobytu społeczno-ekonomicznego. W niniejszym raporcie koncentrujemy się na roli UE w kontekście najważniejszych uwarunkowań zdrowotnych oraz na tym, w jaki sposób decydenci polityczni na szczeblu unijnym mogą zwiększyć swój udział w wysiłkach na rzecz sprostania wyzwaniom społecznym w obszarze zdrowia.

## STRESZCZENIE RAPORTU

### Uwagi ogólne

W latach 2013 i 2014 niezależny ośrodek analityczny *Friends of Europe* z siedzibą w Brukseli powołał do życia Grupę Roboczą do spraw Zdrowia. Przedmiotem prac Grupy były naglące kwestie w sferze polityki, którymi powinny zająć się nowo ukonstytuowany Parlament Europejski i nowa Komisja Europejska.

Grupa Robocza, w której skład weszli decydenci polityczni na szczeblu unijnym i krajowym, organizacje międzynarodowe, uczelnie, branże związane ze zdrowiem oraz organizacje pozarządowe, za najważniejsze wyzwania społeczne w obszarze zdrowia stojące przed UE uznali następujące kwestie:

- zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw i wzrost oczekiwanej długości życia;
- rosnący popyt na opiekę zdrowotną oraz wysoki koszt nowych technik i sposobów leczenia;
- nierówności zdrowotne oraz utrzymujące się skutki niedawnego kryzysu finansowego;
- rosnące obciążenia związane z chorobami przewlekłymi i niezdrowym stylem życia;
- niedobór wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia.

### Wizja

Grupa uznała, że nowa wizja działań zdrowotnych oznacza odejście od paradygmatu, w którym zdrowie stanowi domenę specjalistów, a pacjenci w bierny sposób korzystają z opieki. Jednostkom należy zapewnić możliwość podejmowania samodzielnych decyzji w sprawach zdrowia, czemu winny sprzyjać środowiska społeczne i zawodowe poprzez skuteczne wykorzystanie odpowiednich środków technicznych. Celowi temu sprzyjałyby zintegrowane systemy opieki zdrowotnej i społecznej, podejmując działania profilaktyczne i promocyjne i w razie potrzeby zapewniając dostęp do opieki specjalistycznej. Mimo że w środowiskach politycznych konieczność zmiany paradygmatu uznano wiele lat temu, jej przeprowadzenie napotyka na wiele trudności.

Grupa odnotowała kluczowe znaczenie podstawowych uwarunkowań zdrowia, jakimi są odżywianie, spożycie alkoholu, palenie tytoniu i poziom aktywności fizycznej. Uwarunkowania te już teraz stanowią główne obszary zainteresowania UE w ramach programów zdrowia publicznego (pierwszego, drugiego i trzeciego). Zauważając podejmowane starania w tym obszarze, Grupa podjęła decyzję o poszukiwaniu innych sposobów działania UE, które mogłyby się przyczynić do poprawy sytuacji zdrowotnej.

### Zasoby

Zdrowie ma zasadnicze znaczenie dla społeczeństwa Europy, jej gospodarki oraz społeczności. Jego brak od-

biera Europejczykom poczucie dobrostanu, uniemożliwia udział w gospodarce i wkład w rozwój kapitału społecznego. Powszechność systemów ochrony zdrowia we wszystkich krajach UE jest unikatowa dla obszaru Europy. W latach 90. XX wieku i w pierwszej dekadzie XXI wieku odnotowano stały wzrost inwestycji w europejskich systemach ochrony zdrowia powyżej poziomu inflacji. W sektorze nastąpił również silny wzrost zatrudnienia. W ślad za poprawą warunków życia i pracy istotnie zwiększyła się oczekiwana długość życia: większość obywateli może przez długi czas żyć w dobrym zdrowiu, w razie konieczności korzystając z opieki zdrowotnej. Istnieje zasób dobrze wykształconych pracowników, a także wyodrębnione fundusze celowe na badania w dziedzinie zdrowia, które przyczyniają się do wzrostu kapitału wiedzy naukowej. W Europie pomyślnie rozwija się dziedzina nauk o życiu: działające w tej branży firmy zajmują przewodnie pozycje na świecie, wytwarzając nowe leki, szczepionki, wyroby medyczne i narzędzia diagnostyczne. Różnorodność systemów ochrony zdrowia w krajach europejskich stwarza możliwość wzajemnego uczenia się i wymiany doświadczeń. Dane gromadzone na poziomie UE pozwalają ocenić efektywność funkcjonowania różnych systemów ochrony zdrowia, dzięki czemu możliwe jest prowadzenie analiz porównawczych (*benchmarking*) i wyznaczenie realistycznych celów. Nowe rozwiązania techniczne w postaci platform eHealth i mHealth mogą radykalnie wpłynąć na efektywność świadczeń zdrowotnych. Z kolei systemy służące do przetwarzania dużych ilości danych mogą stanowić pomoc przy rozwiązywaniu najbardziej złożonych wyzwań, jakie stoją przed badaniami naukowymi w dziedzinie zdrowia.

Dobry stan zdrowia jest wynikiem sytuacji społeczno-ekonomicznej, uwarunkowań genetycznych, dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej i programów profilaktyki, sprzyjających warunków otoczenia oraz indywidualnych wyborów jednostki. W tej mierze zdrowie ściśle wiąże się z podejmowanymi decyzjami politycznymi, które wpływają na powyższe czynniki w korzystny lub niekorzystny sposób. Stan zdrowia ludności odzwierciedla zatem ogólny poziom sprawiedliwości społecznej, równości gospodarczej, odpowiedzialności decydentów politycznych i efektywności opieki zdrowotnej. Tym samym działania na rzecz poprawy zdrowia muszą stanowić wspólny cel decydentów, zainteresowanych środowisk, podmiotów sfery gospodarczej i indywidualnych osób. Aby osiągnąć poprawę sytuacji zdrowotnej, Unia Europejska może i powinna w większym stopniu zaangażować posiadane zasoby zdrowotne.

### Bariery

Grupa Robocza omówiła bariery na drodze do reformy, w tym silne interesy partykularne i brak równowagi sił w systemie, złożoność i różnorodność syste-





Fot. iStockphoto

mów ochrony zdrowia i opieki, asymetrię informacyjną pomiędzy świadczeniobiorcami a świadczeniodawcami opieki, obecny w sektorze ochrony zdrowia sposób myślenia (i działania) „silosowego”, zakorzenione przekonania kulturowe, zarządzanie sytuacjami kryzysowymi w perspektywie krótkoterminowej bez długoterminowych planów strategicznych, a także zastane instytucje opieki zdrowotnej, które nie są przystosowane do wykonywania świadczeń według aktualnych modeli. Zwiększeniu liczby świadczeń opieki zdrowotnej w społecznościach lokalnych poza środowiskiem szpitalnym sprzyjałby silniejszy system podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwiający realizację całego spektrum działań profilaktycznych i ściśle zintegrowany z systemami pomocy społecznej i usług rehabilitacyjnych.

### Opis zaleceń

Uznając potrzebę zmiany oraz uwzględniając istniejące możliwości i bariery, Grupa Robocza przygotowała 4 grupy zaleceń, których celem jest wzmocnienie pozycji decydentów politycznych, podmiotów sektora ochrony zdrowia oraz pacjentów.

**Zaleceniem nadrzędnym jest sformułowanie przekonującego i jasnego komunikatu o charakterze prozdrowotnym, z którego wynikałoby, że Unia Europejska ceni i wspiera działania zdrowotne we wszystkich obszarach prowadzonej przez siebie polityki. Zdrowie należy uznać za priorytetowy obszar polityki, pozostający w związku z dobrobytem gospodarczym Europy i jej spójnością społeczną.**

**1. Efektywniejsze wykorzystanie informacji w procesach decyzyjnych.** W celu poprawy zdrowia lud-

ności i uniknięcia w późniejszym czasie kosztownych działań interwencyjnych uwagę i zasoby należy przenieść na obszar profilaktyki. Jednocześnie należy gromadzić wysokiej jakości dane dla celów porównawczych. Proces ich zbierania wymaga usprawnienia i racjonalizacji, należy także doprowadzić do ściślejszego powiązania procesu tworzenia polityki z dostępnymi danymi.

- 2. Rozwój i wsparcie większej innowacyjności.** Z funduszy UE należy korzystać w sposób strategiczny, sprzyjając wszelkim formom innowacji w obszarze zdrowia, nie tylko w zakresie badań nad nowymi lekami i sposobami leczenia, lecz także – w równym stopniu – innowacji dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej.
- 3. Lepsze zarządzanie zdrowiem i zarządzanie dla zdrowia.** Należy zapewnić większą spójność i przydatność działań UE w obszarze zdrowia.
- 4. Ograniczenie politycznego ryzyka wprowadzanej zmiany.** Należy wspierać wysiłki na rzecz rewitalizacji oraz zmiany systemów ochrony zdrowia na szczeblu krajowym lub regionalnym poprzez upowszechnianie zweryfikowanych informacji, wymianę doświadczeń i innowacyjne programy pilotażowe.

Powyższe zalecenia doprecyzowano, wskazując konkretne działania w sferze polityki, które należy podjąć („Co zacząć robić”), których należy zaprzestać („Czego nie robić”) lub które należy wykonywać inaczej („Co robić inaczej”). Celem jest wprowadzenie reform na szybką ścieżkę poprzez wykazanie szerokiego wsparcia dla ich realizacji w kręgach zainteresowanych środowisk.

Reszta leży w rękach decydentów politycznych.



## ZALECENIA

### 1. Efektywniejsze wykorzystanie informacji w procesach decyzyjnych

#### CO ZACZAĆ ROBIĆ

- Należy poprawić jakość procesu gromadzenia danych, w tym informacji o skutecznie realizowanych programach profilaktycznych. Gromadząc dane, należy korzystać z publicznych sondaży i transgranicznej wymiany informacji.
- Należy skutecznie wdrożyć proces oceny funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej (HSPA), w tym w szczególności efektywności nowych technologii.
- Należy propagować wykorzystanie danych przy formułowaniu strategii politycznych i planów działania. Należy zachęcać do korzystania z zasobów istniejącej wiedzy o zdrowiu publicznym oraz wspierać konkretne projekty badawcze w państwach członkowskich.

#### CZEGO NIE ROBIĆ

- Należy zaprzestać tworzenia nowych wskaźników bez uwzględniania ich wartości dodanej lub użyteczności. Należy poprawić efektywność istniejących wskaźników.

#### CO ROBIĆ INACZEJ

- W innych kluczowych obszarach polityki należy powielić model współpracy transgranicznej, którego przykładem jest europejska sieć do spraw oceny technologii medycznych (EUnetHTA).

Dane zdrowotne należy gromadzić z użyciem odpowiednich środków, jednocześnie zapewniając podjęcie stosownych działań następczych. Zebrane dane należy udostępniać zainteresowanym środowiskom.

### 2. Rozwój i wsparcie większej innowacyjności

#### CO ZACZAĆ ROBIĆ

- Należy w bardziej wyraźny i spójny sposób powiązać innowacje w obszarze zdrowia z inwestycjami finansowanymi z funduszy strukturalnych UE.
- Projekty innowacyjne należy promować na podstawie ich wartości, a nie kosztów. Innowacje powinny dotyczyć nie tylko nauk medycznych, lecz także zdrowia publicznego.

#### CO ROBIĆ INACZEJ

Należy ocenić wpływ nowych technologii i innowacji na sytuację zdrowotną, społeczną i ekonomiczną.

Innowacje należy również stosować w obszarze polityki i w rzeczywistych warunkach, porównując je z najlepszymi praktykami na całym świecie. Należy sprzyjać rozpowszechnianiu nowych pomysłów i narzędzi na rynku.

Należy określić i zbadać przeszkody hamujące innowacyjność w nauce. Mogłoby to obejmować kwestie etyki w badaniach naukowych, działalności biobanków, prywatności itp.

### 3. Lepsze zarządzanie zdrowiem i zarządzanie dla zdrowia

#### CO ZACZAĆ ROBIĆ

- Należy dążyć do opracowania kompleksowej strategii na rzecz wzmocnienia pozycji pacjentów – ich efektywnego zaangażowania w sprawy dotyczące zdrowia na szczeblu krajowym i unijnym.
- Należy oszacować poziom marnotrawstwa i nieefektywności w systemach ochrony zdrowia, a następnie zaangażować się w ich usunięcie. Szczególną uwagę należy poświęcić eliminacji nieskutecznych interwencji.

#### CZEGO NIE ROBIĆ

- Należy zaprzestać tworzenia raportów i zaleceń, którym nie towarzyszą późniejsze działania w sferze polityki.
- Należy odejść od doraźnej optyki działań i oceny polityki zdrowotnej wyłącznie z perspektywy finansowej.
- Należy odejść od zaleceń wydawanych na szczeblu unijnym, które nie uwzględniają tego, w jaki sposób będą one stosowane w przeciążonych systemach krajowych.

#### CO ROBIĆ INACZEJ

- W tworzeniu modelu dobrego zarządzania należy skuteczniej korzystać z wyników badań.

### 4. Ograniczenie politycznego ryzyka wprowadzanej zmiany

#### CO ZACZAĆ ROBIĆ

- Należy określić cele zdrowotne i długofalowe cele strategiczne, które wykraczają poza kadencyjną perspektywę polityczną.
- Zdrowie musi stanowić kluczowy rezultat działań rządowych na szczeblu UE.

#### CZEGO NIE ROBIĆ

- Należy odejść od poglądu, jakoby osiągnięcie wymiernych skutków interwencji w sferze zdrowia publicznego wymagało długiego czasu.

#### CO ROBIĆ INACZEJ

- Jeśli wysiłki na rzecz zmian lub reformy systemów ochrony zdrowia zostaną zablokowane w sferze polityki przez grupy interesu na szczeblu krajowym, impuls do zmian należy podtrzymać przy wsparciu ze strony UE.

## OBECNA SYTUACJA I WYZWANIA

Za pozytywne zjawisko należy uznać fakt, że Europejczycy żyją dłużej. W krajach Unii Europejskiej wzrosła oczekiwana długość życia w chwili urodzenia, za czym stoją przede wszystkim poprawa standardów życia (odżywianie, warunki sanitarne i warunki mieszkaniowe), zdrowszy styl życia, lepsze wykształcenie i szerszy dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. W 2012 r. średnia oczekiwana długość życia na obszarze UE wyniosła 76,1 roku dla mężczyzn i 82,2 roku





Fot.: iStockphoto

dla kobiet<sup>1</sup>. Oznacza to wzrost o ponad 5 lat w stosunku do 1990 r.

Według prognoz Eurostatu do 2060 r. wielkość populacji osób dorosłych w wieku produkcyjnym zmniejszy się o 15%. W tym czasie w większości krajów UE na każdą niesamodzielną osobę starszą będą przypadać dwie osoby dorosłe w wieku produkcyjnym – jest to wskaźnik, którego nigdy wcześniej nie zaobserwowano<sup>2</sup>. Oznacza to zmniejszenie liczby osób aktywnych zawodowo, które mogą zasilać budżet niezbędnymi wpływami podatkowymi na utrzymanie systemów ochrony zdrowia i opieki dla większej grupy niesamodzielnych osób starszego pokolenia.

Ogólna poprawa stanu zdrowia i oczekiwanej długości życia, z jaką mamy do czynienia w ostatnich dziesięcioleciach, nie jest jednak odczuwalna w równym stopniu w całej Europie. Pomiedzy poszczególnymi społeczeństwami, a także wewnątrz społeczeństw występują powszechne nierówności zdrowotne odzwierciedlające różnice w warunkach życia. We wszystkich krajach UE na częstość występowania chorób oraz wiek, w którym ludzie umierają, wpływają silnie takie

czynniki, jak zatrudnienie (bezrobocie), dochody, długość edukacji i pochodzenie etniczne. Według ustaleń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) czynnikiem o największym wpływie na stan zdrowia jest ubóstwo. Zachodzą również związki między uwarunkowaniami społeczno-ekonomicznymi a takimi czynnikami ryzyka dla zdrowia, jak używanie tytoniu, spożywanie alkoholu i otyłość. W wydanym w 2009 r. komunikacie „Solidarność w zdrowiu” Komisja Europejska zauważa, że pomiędzy poszczególnymi państwami UE występuje pięciokrotna różnica w umieralności dzieci poniżej pierwszego roku życia, a zróżnicowanie oczekiwanej długości życia w chwili urodzenia wynosi 8 lat dla kobiet i 14 lat dla mężczyzn. Grupy ludności, które są narażone na wykluczenie społeczne i dyskryminację, np. Romowie i imigranci, doświadczają gorszego ogólnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego i mają najmniej dostęp do wysokiej jakości opieki.

#### Najważniejsze wyzwania w obszarze zdrowia

Wśród priorytetów Komisji Europejskiej nakreślonych przez jej przewodniczącego Jeana-Claude'a Jun-



ckera znalazły się podniesienie poziomu zatrudnienia i inwestycji, lepsze funkcjonowanie jednolitego rynku cyfrowego i sprawiedliwszy rynek wewnętrzny. W każdym z tych obszarów istotną rolę odgrywa zdrowie, które zapewnia źródło nowych miejsc pracy, wydajność pracowników oraz konkurencyjność. Zdrowie stanowi również nowy i ekscytujący obszar najważniejszych inwestycji w infrastrukturę informatyczną i rozwój oprogramowania. Ogłoszony pod koniec listopada 2014 r. przez wiceprzewodniczącą Jyrki Katainena nowy program inwestycyjny UE opiewa na kwotę 315 mld euro, a jego celem jest wykorzystanie istotnej części nowych środków na finansowanie strategicznych przedsięwzięć o dużym wpływie na gospodarkę, m.in. w sektorach edukacji, badań i innowacji. Sektory te są newralgiczne również w kontekście modernizacji i transformacji europejskich systemów ochrony zdrowia: edukacja w celu likwidacji szacowanego na milion osób niedoboru pracowników ochrony zdrowia, badania w celu opracowania nowych narzędzi profilaktyki chorób lub zarządzania chorobami, innowacja w celu poprawy efektywności systemów ochrony zdrowia.

Co najistotniejsze, w czasie gdy postawę obywateli w kwestii przyszłości europejskiego projektu cechują apatia i brak zainteresowania, zdrowie stanowi obszar polityki o pierwszorzędym znaczeniu dla ogółu społeczeństwa i nieodmiennie lokuje się na czele osobistych priorytetów ludzi. Proaktywna postawa UE w zakresie wykorzystania środków polityki oraz środków finansowych na cele związane ze zdrowiem publicznym mogłaby pomóc w zasypaniu coraz większej przepaści pomiędzy obywatelami Unii Europejskiej a instytucjami. Nowy przewodniczący Komisji Europejskiej złożył już obietnicę większych inwestycji w Europę o bardziej socjalnym charakterze, co wyznacza odejście od stosowania środków oszczędnościowych zorientowanych na wzrost gospodarczy. To ważna zmiana, jeśli wziąć pod uwagę bliskie powiązania między ubóstwem, wykluczeniem społecznym, bezrobociem i zdrowiem. Kwestia zdrowia powinna zająć należne jej centralne miejsce w przyszłych inicjatywach budowania Europy socjalnej oraz towarzyszącym im przekazie informacyjnym. Istnieje potrzeba, by komisarz do spraw zdrowia przekonał pozostałych członków Komisji do wizji zdrowia jako kluczowego rezultatu działań podejmowanych przez UE.

We wszystkich państwach członkowskich UE działają od lat systemy ochrony zdrowia zapewniające powszechny dostęp do leczenia, a prawo do zdrowia jest zagwarantowane Europejską Konwencją Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Ponadto zgodnie z zapisami Traktatu UE wszystkie środki unijnej polityki powinny zapewniać wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Znaczenie zdrowia dla Europy przejawia się również tym, że sektor ochrony zdrowia odpowiada za 8% zatrudnienia i uznaje się go za jedną z najważ-



Fot. iStockphoto

niejszych branż z wysokim potencjałem wzrostu pod względem liczby nowych miejsc pracy<sup>3</sup>.

Zdrowie stanowi ważny element europejskich systemów opieki socjalnej, przyczyniając się do spójności społecznej i wzrostu gospodarczego. Średnio wydatki na zdrowie stanowią 9% produktu krajowego brutto (PKB), a ich poziom waha się od 6% w Bułgarii do ponad 11% w Danii, Niemczech, Francji, Holandii oraz Austrii. W większości państw członkowskich ponad 70% środków na finansowanie ochrony zdrowia pochodzi ze źródeł publicznych. Przed kryzysem gospodarczym z 2008 r. wydatki na zdrowie stanowiły jedną z największych i najszybciej rosnących pozycji w budżetach państw. Głęboka recesja, która ogarnęła Europę, kazała postawić fundamentalne pytania o sposoby utrzymania stabilności finansowej w systemach ochrony zdrowia. Jest to tym bardziej naglące, że zgodnie z przewidywaniami Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) przyszłe nakłady na zdrowie będą w każdej dekadzie rosły o 1% PKB oraz dodatkowe 0,5% PKB na opiekę długoterminową, o ile nie zostaną wdrożone środki ograniczania kosztów<sup>4</sup>.



Fot. Faranak/illustration Works/Corbis

### Kryzys i działania dostosowawcze

Unijny mandat na lata 2009–2014 wiązał się z koniecznością przezwyciężenia najgłębszego i najdłuższego od 70 lat kryzysu gospodarczego w Europie. Wynikające zeń poważne cięcia budżetowe i środki oszczędnościowe nie pozostały bez wpływu na poziom wydatków na zdrowie, opiekę i cele socjalne na całym kontynencie. W wielu krajach zamrożono lub obniżono pensje pracowników ochrony zdrowia, co doprowadziło do masowych odejść z kluczowych zawodów oraz „drenażu mózgow”<sup>5</sup>. W niektórych systemach ochrony zdrowia wystąpiły niedobory leków, sprzętu medycznego i pracowników. Wśród innych sposobów redukcji kosztów należy wymienić wyższe kwoty współpłaty lub dopłaty ze strony pacjentów, którym niekiedy towarzyszyły działania mające na celu ochronę najbar-

ziej narażonych grup ludności, a także racjonalizację oraz limity w koszyku dostępnych świadczeń<sup>6</sup>.

Złożony charakter interakcji między czynnikami wpływającymi na zdrowie sprawia, że trudno o kompleksową ocenę wpływu, jaki kryzys wywierają na zdrowie ludzi. Zmiany w świadczeniach zdrowotnych spowodowane polityką oszczędności są zarówno widoczne, jak i mierzalne, a tym samym łatwiej je kwantyfikować. Z drugiej strony istnieje o wiele mniej badań na temat wpływu tej sytuacji na stan zdrowia ludności. Jest tak po części dlatego, że skutki cięć w ochronie zdrowia lub ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych wyjdą daleko poza obecny kryzys, przez co ich odzwierciedlenie w zbiorze gromadzonych danych nastąpi po upływie pewnego czasu. Określone informacje o wpływie na zdrowie możemy uzyskać



już teraz dzięki ścisłemu związkowi pomiędzy zatrudnieniem a stanem zdrowia. Obfite żniwo zbiera stres związany z niepewnością zawieranych umów o pracę lub brakiem zatrudnienia. Bezrobocie w Unii Europejskiej wzrosło z 7,5% w 2007 r. do 12% w 2013 r., osiągając wśród młodych ludzi poziom 22,8%. Problemy związane ze zdrowiem psychicznym występują dwukrotnie częściej wśród bezrobotnych (34%) niż wśród osób mających pracę (16%). Wzrost bezrobocia o 1% wiąże się ze wzrostem samobójstw i zabójstw; wzrost o 3% lub więcej prowadzi do większej liczby zgonów związanych z alkoholem. W ostatnim czasie odwrócił się trend malejącej liczby samobójstw w grupie osób poniżej 65. roku życia, co skutkowało gwałtownym wzrostem liczby zgonów. W czasie kryzysu gospodarczego zmianie ulegają także schematy zachorowań na choroby zakaźne: recesja wiąże się z pogorszeniem sytuacji zdrowotnej w obszarze chorób zakaźnych w najbardziej podatnych grupach (imigranci, bezdomni, więźniowie), a także wśród osób najbardziej narażonych na ryzyko na obu krańcach spektrum wiekowego, tj. niemowląt i osób starszych. W Grecji zaobserwowano wzrost liczby nowych zakażeń ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), wynikający po części z cięć w usługach profilaktycznych w rodzaju programów wymiany igieł<sup>7</sup>.

W czerwcu 2014 r. Rada Europejska w przyjętych konkluzjach w sprawie kryzysu gospodarczego i ochrony zdrowia dała wyraz wspólnym obawom ministrów zdrowia, zauważając, że Rada: „uznaje, że wyzwania, wobec których stają systemy opieki zdrowotnej, takie jak starzenie się populacji wiążące się ze wzrostem występowania chorób przewlekłych oraz współwystępowania wielu chorób, szybkie rozprzestrzenianie się technologii, niedostateczna liczba oraz nierównomierne rozmieszczenie pracowników służby zdrowia, rosnące oczekiwania obywateli oraz rosnące koszty opieki zdrowotnej w kontekście ograniczeń budżetowych wynikających w szczególności z kryzysu gospodarczego wymagają wdrożenia polityk i środków, które będą miały na celu podniesienie opłacalności oraz poprawę ograniczania kosztów, przy jednoczesnym zapewnieniu stabilności systemów opieki zdrowotnej, bezpieczeństwa pacjentów i równego dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości”.

Najważniejszą kwestią pozostaje przebudowa systemów ochrony zdrowia w sposób, który sprawi, że będą one dość wytrzymałe, aby sprostać powyższym wyzwaniom, a jednocześnie, dzięki swojej innowacyjności, bardziej efektywne i rentowne. Potrzeba reformy jest oczywista, a szanse na wdrożenie innowacji ogromne. Rozwiązań nie da się jednak znaleźć wyłącznie na szczeblu krajowym – niezbędna jest koordynacja na poziomie UE. W konkluzjach Rady podkreślono dwa przykładowe obszary, w których Komisja Europejska mogłaby wspierać państwa członkowskie: są to plano-



Fot. iStockphoto

wanie zatrudnienia, aby ograniczyć skalę „drenażu mózgow” wśród wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia, a także wymiana informacji na potrzeby polityki kształtowania cen produktów leczniczych, zwłaszcza w mniejszych krajach.

Kryzys to również okazja do wdrożenia koniecznych reform: Austria, Łotwa, Polska i Słowenia zaostrzyły stanowisko w negocjacjach cenowych z branżą farmaceutyczną, a w Danii, Grecji, Portugalii, Słowenii oraz na Łotwie przyspieszono restrukturyzację sektora szpitalnego. Inne rządy krajowe podjęły decyzję o wydaleniu lub ochronie wydatków na cele zdrowotne.

### Walka z chorobami przewlekłymi

Grupa Robocza akcentuje potrzebę położenia większego nacisku oraz podwyższenia inwestycji w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia. Choroby przewlekłe są ze sobą powiązane, w istotnej mierze można im zapobiegać, a łączą je wspólne czynniki ryzyka: tytoń, nieodpowiednie odżywianie, brak aktywności fizycznej, spożycie alkoholu i czynniki środowiskowe. Spośród sześciu regionów Światowej Organizacji Zdrowia Europa jest najbardziej dotknięta występowaniem chorób niezakaźnych lub przewlekłych. W Europie jest najwięcej na świecie osób palących zarówno wśród mężczyzn (38%), jak i kobiet (19%). W Europie spożywa się więcej alkoholu (12,5 litra czystego alkoholu rocznie) niż gdziekolwiek indziej na świecie – o prawie dwa razy więcej niż wynosi średnia światowa. Pod względem odsetka osób z otyłością Europa (22%) ustępuje jedynie Ameryce Północnej (26%), a ponadto połowa mężczyzn i kobiet w Europie ma nadwagę. W kategoriach aktywności fizycznej 35% Europejczyków jest aktywna ruchowo w niewystarczającym stopniu.

Wpływ wskazanych wyżej czynników wysokiego ryzyka na zdrowie nie może zatem zaskakiwać. Choroby przewlekłe dotyczą ponad 80% osób powyżej 65. roku życia (ponad 100 mln obywateli) i stanowią przyczy-





w stosowaniu leków, błędy chirurgiczne, awarie sprzętu medycznego, błędy diagnostyczne lub niepodjęcie działań zgodnie z wynikami badań.

Gdyby udało się nam zapobiec ich wystąpieniu lub ograniczyć liczbę ponad 750 tys. szkodliwych błędów medycznych rocznie, w ciągu roku liczba dni hospitalizacji zmniejszyłaby się o 3,2 mln, liczba przypadków trwałej niepełnosprawności o 260 tys., a liczba zgonów o 95 tys. Co roku średnio jeden na dwudziestu pacjentów szpitalnych (4,1 mln osób) ulega zakażeniu w związku z opieką zdrowotną, co zwiększa koszty szpitalne o 5,4 mld euro. Z przygotowanego przez Komisję Europejską w 2014 r. „Pakietu bezpieczeństwa pacjentów” wynika, że od 2009 r. odnotowano postęp związany z działaniem krajowych programów bezpieczeństwa pacjentów i mechanizmów umożliwiających pacjentom zgłaszanie zdarzeń niepożądanych. Niemniej jednak do wyzwań wciąż należą kwestie edukacji i szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia oraz brak wdrożenia narzędzi służących wzmocnieniu pozycji pacjentów<sup>10</sup>.

### Przełamanie struktury silosowej

Grupa Robocza uznaje tzw. mentalność silosową w systemach ochrony zdrowia i na styku pomiędzy systemami ochrony zdrowia a systemami opieki społecznej za barierę, którą należy przezwyciężyć. Granice pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi a świadczeniami opieki społecznej należy zlikwidować, aby zapewnić zintegrowaną opiekę nad pacjentami, zwłaszcza w przypadku chorych przewlekle lub osób starszych. Udział świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w domu lub społecznościach lokalnych można wydatnie zwiększyć, jeśli w odpowiedni sposób połączy się je z rehabilitacją i wsparciem socjalnym. Liczne grupy pacjentów z chorobami, które można kontrolować, skazuje się na niepotrzebny pobyt w szpitalu dlatego, że po zakończeniu jednego etapu leczenia w łańcuchu opieki zdrowotnej (szpital) czekają na przyjęcie do leczenia w ramach kolejnego etapu (placówka pielęgnacyjna lub dom opieki). Opóźnienia w wypisach pacjentów (opisywane często jako „blokowanie łóżek”) stanowią poważny problem w Szwecji, Wielkiej Brytanii oraz Austrii. W samej tylko Wielkiej Brytanii ich koszt szacuje się na 200 mln funtów rocznie.

Ściśle określone ścieżki przebiegu opieki nad pacjentem, stałe wsparcie przed podjęciem leczenia, w jego trakcie oraz po jego zakończeniu mogą uwolnić ograniczone zasoby zarówno w systemach ochrony zdrowia, jak i systemach opieki społecznej. Opieka zdrowotna nad pacjentem w coraz większym stopniu realizowana będzie w środowiskach lokalnych lub w domu pacjenta. Jest to element procesu rekonfiguracji systemów ochrony zdrowia prowadzącej do ich przeorientowania na pacjentów oraz większego nacisku na profilaktykę i oddanie kontroli nad leczeniem w ręce pacjenta.



Foto: iStockphoto

### Nowa Komisja orędownikiem działań na rzecz zdrowia

W ciężkich dla gospodarki czasach kwestię zdrowia postrzega się jako obciążenie szczupłych budżetów publicznych, z pominięciem korzyści, jakie niesie ono dla ludzi, społeczności i krajów. Dokumenty polityki UE muszą w wyraźny sposób uznać znaczenie zdrowia dla dobrego funkcjonowania gospodarki i spójności społecznej. Dzięki temu możliwe będzie przełamanie schematu doraźnego myślenia kryzysowego i traktowania zdrowia wyłącznie w kategoriach obciążeń związanych z kosztami opieki zdrowotnej. Grupa Robocza podkreśliła pozytywny wkład zdrowia w obszarze kapitału społecznego, konkurencyjności oraz dynamiki europejskiej gospodarki.

Wsparciem dla komisarza do spraw zdrowia w zabiegach o wprowadzenie zmian mogą być pozytywne wydarzenia zachodzące w sferze polityki. Kwestionowana jest użyteczność wskaźnika PKB jako miary postępu społecznego, OECD pracuje nad stworzeniem wskaźnika BLI (*Better Life Index*) będącego koszykiem 11 szczegółowych kryteriów oceny jakości życia – od wysokości dochodu i warunków mieszkaniowych po zdrowie i równowagę między pracą a życiem prywatnym. W kontekście systemów ochrony zdrowia rewizji wymaga również koncepcja „zwrotu z inwestycji”. Nadrzędnym celem systemów ochrony zdrowia jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia. Tym samym dokonując oceny „zwrotu z inwestycji”, należałoby raczej skupić się na wskazanych wyżej zagadnieniach niż dokonywać pomiaru świadczeń zdrowotnych jako efektów działania systemów ochrony zdrowia.

## CO UNIA MOGŁABY ZROBIĆ LEPIEJ? ZALECENIA DOTYCZĄCE ZMIAN

Grupa Robocza opracowała szereg propozycji zmian w sferze polityki zdrowotnej, które oddaje pod rozwagę aktualnego kierownictwa UE. Propozycje te nie mają wyczerpującego charakteru, wytyczają jednak główne kierunki zmian i cieszą się poparciem dużej części zainteresowanych środowisk wchodzących w skład Grupy. Poniżej zamieszczamy pełną listę zaleceń z podziałem na to, „Co zacząć robić”, „Czego nie robić” i „Co robić inaczej”.



Fot. iStockphoto

### Pierwsza grupa zaleceń:

#### Efektywniejsze wykorzystanie informacji w procesach decyzyjnych i jednoczesne gromadzenie wysokiej jakości danych dla celów porównawczych

##### Efektywniejsze wykorzystanie informacji w procesach decyzyjnych

Zasoby danych na temat zdrowia, choć coraz większe, wciąż zawierają luki. Przykładem jest gromadzenie danych o poszczególnych chorobach i związanych z nimi kosztach i obciążeniach dla zdrowia, które odbywa się przy użyciu różnych metodologii i źródeł danych. Już teraz liczne wskaźniki są gromadzone w ramach systemu Podstawowych Wskaźników Zdrowotnych Wspólnoty Europejskiej (ECHI) i Eurostatu; wyzwanie polega na tym, w jaki sposób przełożyć zebrane informacje na ramy polityki.

Potrzebujemy lepszych narzędzi pozwalających decydyntom ocenić, które środki lub strategie polityczne są skuteczne i przynoszą najlepszy zwrot z inwestycji.

Należy opracować kompleksowy i naukowo uzasadniony model porównujący wielkości przyszłych obciążeń związanych z chorobami i urazami. Model ten musiałby też uwzględniać czynniki ryzyka o charakterze środowiskowym, biologicznym i behawioralnym oraz czynniki socjoekonomiczne wpływające na wielkość wspomnianych obciążeń. Podkreślając wagę użytecznych informacji, Grupa Robocza jednocześnie przestrzega przed wprowadzaniem kolejnych wskaźników bez wcześniejszej oceny możliwości zebrania stosownych danych oraz ich jakości. Zgodnie z zaleceniami Grupy informacje należy ściślej powiązać z instrumentami polityki, udostępniając je na użytek zainteresowanych stron zgodnie z ich potrzebami.



## Gromadzenie wysokiej jakości danych porównawczych

Informacje stanowią kluczowy element każdego etapu formułowania polityki, zaczynając od ustalenia priorytetów poprzez określenie celów i założeń aż do opracowania działań i monitorowania ich przebiegu. Unia Europejska uczestniczy w procesie gromadzenia wysokiej jakości danych porównawczych, którego celem jest uzyskanie pełnego obrazu trendów zdrowotnych w obrębie populacji oraz wiedzy na temat efektywności systemów ochrony zdrowia. Rzetelne dane stanowią źródło informacji o obszarach wymagających większej uwagi i pozwalają ocenić funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia, dzięki czemu można nimi skuteczniej zarządzać. Przykładem są dane, z których wynika, że Europa jako region nie zrealizowała dwóch kluczowych celów dotyczących gruźlicy i odry. Europa jest regionem, w którym najszybciej na świecie rozwija się gruźlica lekooporna. Mimo że ogólna zachorowalność na gruźlicę w UE spada (o 6% w 2012 r.), to zaledwie jeden na trzech pacjentów z gruźlicą wielolekooporną (MDR-TB) pomyślnie kończy kurację – zdecydowanie poniżej 70% stanowiących cel w planie działania UE dotyczącego walki z gruźlicą. Jedynie w 10 krajach UE rejestruje się zachorowalność na odrę wśród dzieci na poziomie niższym niż jeden przypadek na milion, co stanowi wartość progową przyjętego na 2015 r. celu dotyczącego eliminacji odry. Dane na temat odry i gruźlicy lekoopornej stanowią sygnał o słabym stanie zdrowia publicznego i systemów opieki zdrowotnej. Przypadki występowania odry świadczą o nieosiągnięciu poziomu zaszczepienia wśród ogó-

łu populacji, który skutkowałby powstaniem odporności zbiorowej i stanowił ochronę dla podgrup, których nie można zaszczepić. Jako że ryzyko zachorowania na gruźlicę ściśle wiąże się z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, rozwój gruźlicy odpornej na leki wynika ze słabej integracji systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej, niewystarczających możliwości diagnostyki i leczenia oraz niekonsekwentnej kontroli pacjentów.

Grupa Robocza zauważa fakt, iż Komisja Europejska, Biuro Regionalne WHO dla Europy i OECD gromadzą duże ilości danych. Choć podjęto istotne wysiłki, aby proces ich zbierania skoordynować i uniknąć sytuacji, w której te same dane gromadzi się wiele razy, równie ważne jest to, aby pozyskane dane miały skuteczne przełożenie na proces formułowania polityki. Nawet w strukturze samej Komisji zdarza się, że w pracach nad polityką z informacji dotyczących zdrowia korzysta niezależnie kilka dyrekcji generalnych. Na przykład państwa członkowskie omawiają nową ocenę funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej (HSPA) w ramach trzech różnych procesów Komisji: Dyrekcji Generalnej do spraw Gospodarczych i Finansowych/Komitetu Polityki Gospodarczej, Dyrekcji Generalnej do spraw Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Równości/Komitetu Ochrony Socjalnej oraz procesu refleksyjnego Dyrekcji Generalnej do spraw Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności.

Biorąc pod uwagę nacisk, jaki Grupa Robocza kładzie na kwestię profilaktyki zdrowotnej, należy także gromadzić dane na temat skutecznych inicjatyw w tym obszarze, którymi można by się dzielić z zainteresowanymi stronami, aby zapewnić większą efektywność podejmowanych przez nie działań.

<b>Co UE powinna zacząć robić</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Należy poprawić jakość procesu gromadzenia danych, w tym informacji o skutecznie realizowanych programach profilaktycznych. Gromadząc dane, należy korzystać z publicznych sondaży i transgranicznej wymiany informacji.</li> <li>2. Należy skutecznie wdrożyć proces oceny funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej (HSPA), w tym w szczególności efektywności nowych technologii.</li> <li>3. Należy propagować wykorzystanie danych w formułowaniu strategii politycznych i planów działania. Należy zachęcać do korzystania z zasobów istniejącej wiedzy o zdrowiu publicznym oraz wspierać konkretne projekty badawcze w państwach członkowskich.</li> </ol>
<b>Czego UE nie powinna robić</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Należy zaprzestać tworzenia nowych wskaźników bez uwzględniania ich wartości dodanej lub użyteczności. Należy poprawić efektywność istniejących wskaźników.</li> </ol>
<b>Co UE powinna robić inaczej</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. W innych kluczowych obszarach polityki należy powielić model współpracy transgranicznej, którego przykładem jest europejska sieć ds. oceny technologii medycznych (EUnetHTA).</li> </ol>

## Druga grupa zaleceń:

### Rozwój i wsparcie większej innowacyjności

Unia Europejska stawia sobie za cel budowę najbardziej dynamicznej i opartej na wiedzy gospodarki na świecie. Kluczem do jego osiągnięcia jest innowacyjność. W obszarze zdrowia innowacyjność definiuje się zwykle jako tworzenie nowych leków lub wyrobów, wynagradzając finansowo podmioty uprawnione do powstałej w ten sposób własności intelektualnej. W tak wąskim pojęciu innowacji nie mieści się potrzeba wsparcia dla zmian o charakterze organizacyjnym, nowych form partnerstwa i narzędzi podejmowania decyzji. Zmianie koncepcji innowacyjności służyłoby oparcie procesu zakupu lekarstw na osiągniętych wynikach, a nie na czynniku cenowym. Poprawę wyników zdrowotnych można osiągnąć poprzez partnerstwo i współpracę w ramach poszczególnych sektorów. Przykład stanowią transport i zagospodarowanie przestrzenne. Instytucje ochrony zdrowia należy zachęcać do tego, by szansa na innowacje szukały gdzie indziej – poza granicami systemów ochrony zdrowia. W związku z tym oceniając innowacje, należy uwzględnić skutki społeczne oraz wyniki testów prowadzonych w rzeczywistych warunkach. Za rozczarowanie należy uznać fakt nieuwzględnienia wydzielonej linii finansowania zdrowia publicznego w programie Horizon 2020. Sytuacja ta zwiększa ryzyko, że unijne finansowanie innowacji w obszarze zdrowia zostanie ograniczone do spraw związanych z systemami opieki zdrowotnej, a w szczególności do nowych lekarstw. Istniejące modele należy uznać za niewystarczające. Potrzebne są nowe narzędzia i inicjatywy na szczeblu UE, które będą stymulować innowacyjność w sektorze zdrowia publicznego i modelach świadczenia opieki zdrowotnej.

Niezawodnym i przewidywalnym źródłem finansowania, z którego mogą korzystać władze publiczne, są fundusze strukturalne UE. Należy jednak korzystać z nich w efektywny sposób, aby wdrożenie zmian było możliwe. Największa część funduszy strukturalnych przypada na państwa członkowskie, które dysponują ograniczonymi zasobami finansowymi. W ich wypadku stosowane są również najniższe wymagania w zakresie współfinansowania. Jest to doskonała okazja, aby dodatkowo środki pieniężne wykorzystać na cele modernizacji i reorganizacji systemów ochrony zdrowia i w ten sposób podnieść ich efektywność oraz poprawić uzyskiwane wyniki zdrowotne. Fundusze te można by również spożytkować na badanie nowych sposobów działania i wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań, np. w zakresie wzmocnienia opieki podstawowej i profilaktyki środowiskowej.

Proces oceny nowych osiągnięć techniki w dziedzinie zdrowia ma złożony charakter, jest czasochłonny i drogi. Unia Europejska wnosi wyraźną wartość dodaną w postaci korzyści skali i niedublowania podejmowanych działań. Komisja Europejska finansuje wspólne działania w zakresie oceny technologii medycznych (HTA) w państwach członkowskich. Jego celem jest wymiana specjalistycznej wiedzy i metodologii oraz stworzenie zasobów obiektywnej wiedzy na temat technologii medycznych w kontekście związanych z nimi kwestii leczniczych, społecznych, gospodarczych i etycznych. Komisja organizuje także w poszczególnych państwach członkowskich sieć specjalistycznych ośrodków HTA, które działając na zasadzie dobrowolności, wzajemnie weryfikują swoje działania i dzielą się posiadaną wiedzą.

Co UE powinna zacząć robić	1. Należy w bardziej wyraźny i spójny sposób powiązać innowacje w obszarze zdrowia z inwestycjami finansowanymi z funduszy strukturalnych UE.
	2. Projekty innowacyjne należy promować na podstawie ich wartości, a nie kosztów. Innowacje powinny dotyczyć nie tylko nauk medycznych, lecz także zdrowia publicznego.
Co UE powinna robić inaczej	3. Należy ocenić wpływ nowych technologii i innowacji na sytuację zdrowotną, społeczną i ekonomiczną.
	4. Innowacje należy również stosować w obszarze polityki i w rzeczywistych warunkach, porównując je z najlepszymi praktykami na całym świecie. Należy sprzyjać rozpowszechnianiu nowych pomysłów i narzędzi na rynku.
	5. Należy określić i zbadać przeszkody hamujące innowacyjność w nauce. Mogłoby to obejmować kwestie etyki w badaniach naukowych, działalności biobanków, prywatności itp.



### Trzecia grupa zaleceń:

#### Lepsze zarządzanie zdrowiem i zarządzanie dla zdrowia

Celem tej grupy zaleceń jest wzmocnienie przejrzystości procesów decyzyjnych w systemach ochrony zdrowia i stworzenie sprzyjających warunków dla większego zaangażowania pacjentów w działania samoopiekuńcze. Komisja Europejska realizuje już nowe projekty, w których bada stosowane w Europie programy i narzędzia wiedzy o zagadnieniach zdrowotnych, aby znaleźć w nich wspólne elementy mogące służyć monitorowaniu zmian. Grupa Robocza przyjęła te działania z zadowoleniem, odnotowując, że zmiana systemów ochrony zdrowia z systemów leczenia chorób na systemy służące poprawie dobrostanu ludzi wymaga udziału pacjentów i zainteresowanych osób spoza sektora ochrony zdrowia oraz stworzenia im realnych możliwości działania.

Rolę Unii Europejskiej w obszarze zdrowia wyznaczają ograniczone kompetencje, określone w aktualnie obowiązujących traktatach unijnych. Zdaniem części ekspertów ds. zdrowia mandat UE w kwestiach zdrowotnych należałoby wzmocnić, m.in. poprzez zwiększenie zakresu uprawnień Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i skierowanie większej uwagi na kwestię zdrowia publicznego. Grupa Robocza omówiła wagę istnienia koncepcji zdrowotnej w ramach Komisji Europejskiej oraz wartość efektywnego przywództwa w działaniach na rzecz uwolnienia polityki zdrowotnej z jej własnych ograniczeń. Podejmowane wcześniej na szczeblu unijnym starania na rzecz obecności kwestii zdrowia we wszystkich obszarach polityki (*Health In All Policies*) w większości zawiodły, po części za sprawą trudności z zapewnieniem realnego wpływu zainteresowanych stron w sferach polityki, które dotyczą zdrowia, w sytuacji gdy strony te nie są zaangażowane w ich tworzenie ani nie ponoszą za nie odpowiedzialności. Dotyczy to m.in. rolnictwa, handlu, edukacji, transportu i środowiska. W rezultacie brakuje koordynacji polityki zarówno w Komisji Europejskiej, jak

i w sposobie zaangażowania się państw członkowskich w obszarach polityki, które dotyczą zdrowia. Przykład stanowią próby wzmocnienia unijnych działań na rzecz ograniczenia spożycia alkoholu, takich jak minimalne stawki akcyzy czy ograniczenia reklamowe. Działania te są nierzadko podważane przez państwa członkowskie w celu ochrony interesów gospodarczych krajowych wytwórców alkoholu.

Przedłużający się kryzys gospodarczy w Europie doprowadził do powstania nowego procesu koordynacji polityki gospodarczej, znanego pod nazwą „semestru europejskiego”. Pod kierownictwem Dyrekcji Generalnej ds. Gospodarczych i Finansowych Komisja Europejska opracowuje zalecenia dla poszczególnych krajów (CSR), w których drobiazgowo analizuje się krajowe plany inwestycji i wydatków o charakterze publicznym. Zaleceniom podlegają wszystkie państwa członkowskie z wyjątkiem tych, które otrzymują fundusze ratunkowe UE. W 2013 r. dokumenty CSR otrzymało 16 krajów. W ich treści w coraz bardziej szczegółowy sposób omówiono kwestie zdrowia, w tym takie aspekty funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, jak systemy skierowań na leczenie, współpłatności, ograniczenie opieki instytucjonalnej i wydatków na środki farmaceutyczne, rozliczenia w ramach jednorodnych grup pacjentów (DRG), reforma systemów opieki długoterminowej, profilaktyka i rehabilitacja, dostęp do opieki zdrowotnej itp. Dokumenty CSR ujmują ochronę zdrowia przez pryzmat czynników makroekonomicznych, traktując ją jako koszt, którym należy zarządzać. Coraz szczegółowiej odnoszą się także do treści polityki zdrowotnej, włącznie z określeniem potencjalnych sankcji za nieprzebranie zaleceń. Tym samym dyskusje na temat finansowania i organizacji ochrony zdrowia zostają przeniesione ze sfery kompetencji ministrów zdrowia do obszaru podległego ministrom finansów i doradców ekonomicznych.

<b>Co UE powinna zacząć robić</b>	1. Należy dążyć do opracowania kompleksowej strategii na rzecz wzmocnienia pozycji pacjentów – ich efektywnego zaangażowania w sprawy dotyczące zdrowia na szczeblu krajowym i unijnym.
	2. Należy oszacować poziom marnotrawstwa i nieefektywności w systemach ochrony zdrowia, a następnie zaangażować się w ich usunięcie. Szczególną uwagę należy poświęcić eliminacji nieskutecznych interwencji.
<b>Czego UE nie powinna robić</b>	3. Należy zaprzestać tworzenia raportów i zaleceń, którym nie towarzyszą późniejsze działania w sferze polityki.
	4. Należy odejść od doraźnej optyki działań i oceny polityki zdrowotnej wyłącznie z perspektywy finansowej.
	5. Należy odejść od zaleceń wydawanych na szczeblu unijnym, które nie uwzględniają tego, w jaki sposób będą one stosowane w przeciążonych systemach krajowych.
<b>Co UE powinna robić inaczej</b>	6. W tworzeniu modelu dobrego zarządzania należy skuteczniej korzystać z wyników badań.



Fot. iStockphoto

### Czwarta grupa zaleceń:

#### Ograniczenie politycznego ryzyka wprowadzanej zmiany

W świetle umocowania traktatowego UE dysponuje ograniczonym mandatem w sprawach ochrony zdrowia publicznego, również w zakresie możliwości prawodawczych. Istnieje za to spora grupa instrumentów „miękkiego prawa”, takich jak zalecenia lub komunikaty Komisji albo konkluzje Rady związane z priorytetami prezydencji. Wiele z nich kończy swój żywot jako inicjatywy „jednorazowe” bez żadnej lub z niewielką kontynuacją w sferze polityki. Gwarancją powiązania wydawanych raportów lub zaleceń z działaniami w sferze polityki byłoby określenie długofalowych celów strategicznych na szczeblu unijnym.

UE mogłaby wziąć na siebie większą rolę przywódczą we wspieraniu działań służących zmianie systemów ochrony zdrowia. Dla ministrów zdrowia, którzy swoją kadencję pełnią przez krótki czas, wyjście z inicjatywą zmiany oznacza konieczność zmierzenia się z partycularnymi interesami środowisk o ugruntowanych przekonaniach, a także ryzyko utraty kapitału politycznego na rzecz potencjalnych korzyści, które powstaną w dłuższej perspektywie czasowej. Sytuacja ta nie zachęca

ministrów do podejmowania ryzyka i godzenia się na możliwość porażki. Unia Europejska mogłaby wspierać ministrów bezpośrednio, informując ich o doświadczeniach innych krajów i modelach oceny skutków zmian w sferze polityki, a także dofinansowując akcje pilotażowe. Wprowadzenie zmiany będzie wymagało wsparcia ze strony pacjentów/obywateli oraz budowania nowych sojuszy poza kręgiem tradycyjnych partnerów w obszarze ochrony zdrowia. W zamian za to interesariusze będą wymagać większej przejrzystości i odpowiedzialności w systemach ochrony zdrowia – kolejnego obszaru możliwego zaangażowania ze strony UE.

Działania te oznaczają również konieczność zmierzania się z przekonaniem, że interwencje w obszarze ochrony zdrowia są kosztowne, złożone i przynoszą wymierne skutki po długim czasie. Wiele działań w sferze ochrony zdrowia, np. zakazy palenia w miejscach publicznych, odnosi skutek w ciągu 12 miesięcy, wyrażający się mniejszą liczbą przypadków zachorowań na astmę, niewydolności oddechowej i epizodów sercowo-naczyniowych.

<b>Co UE powinna zacząć robić</b>	1. Należy określić cele zdrowotne i długofalowe cele strategiczne, które wykraczają poza kadencyjną perspektywę polityczną.
	2. Zdrowie musi stanowić kluczowy rezultat działań rządowych na szczeblu UE.
<b>Czego UE nie powinna robić</b>	3. Należy odejść od poglądu, jakoby osiągnięcie wymiernych skutków interwencji w sferze zdrowia publicznego wymagało długiego czasu.
<b>Co UE powinna robić inaczej</b>	4. Jeśli wysiłki na rzecz zmian lub reformy systemów ochrony zdrowia zostaną zablokowane w sferze polityki przez grupy interesu na szczeblu krajowym, impuls do zmian należy podtrzymać przy wsparciu ze strony UE.



## PILOTAŻOWE WDROŻENIE ZALECEŃ („CO ZACZAĆ ROBIĆ”, „CZEGO NIE ROBIĆ” I „CO ROBIĆ INACZEJ”) W RAMACH NOWEGO PODEJŚCIA DO KWESTII INNOWACYJNOŚCI I PROFILAKTYKI

Nowy mandat to nowe twarze i nowe myślenie o polityce unijnej w Komisji Europejskiej i Parlamencie Europejskim. Otwiera się szansa, aby kwestię zdrowia uczynić wyraźnym celem działań politycznych, a jednocześnie wesprzeć pilne wysiłki na rzecz przebudowy systemów ochrony zdrowia w sposób, który sprawi, że będą one wystarczająco odporne, by sprostać oczekiwaniom obywateli, a jednocześnie stabilne pod względem finansowym.

Grupa Robocza przygotowała dwa studia przypadku, aby na ich podstawie w praktyczny sposób przetestować opracowane zalecenia. W sferze zdrowia publicznego nacisk położono na działania profilaktyczne i zakończenie nieskutecznych interwencji. Jeśli chodzi o systemy ochrony zdrowia, tematem przewodnim jest poszukiwanie nowych podejść do kwestii innowacyjności, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji, w których aktualnie stosowane modele zawodzą, takich jak zachorowania na rzadkie choroby i antybiotykooporność.

### Aneks I: INNOWACJE – studium przypadku

W procesie odkrywania konieczne jest nowe podejście do działalności innowacyjnej w zakresie produktów farmaceutycznych, aby zapewnić sprawiedliwy dostęp do leczenia i lepiej zaspokajać potrzeby pacjenta. Takie podejście powinno objąć w szczególności obszary, w których obecne modele się nie sprawdzają, na przykład kwestię odporności na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zagadnienie chorób rzadkich.

Europa dysponuje znaczącym sektorem nauk o życiu, który generuje nową wiedzę, daje zatrudnienie wykwalifikowanym pracownikom, jest źródłem dochodów państw i stanowi duży odsetek światowego rynku farmaceutycznego. Jednak istniejący model innowacyjności w przemyśle farmaceutycznym ma swoje ograniczenia, zwłaszcza jeśli chodzi o obszary leczenia, które nie mają wystarczającego uzasadnienia ekonomicznego dla znacznych inwestycji w badania i rozwój, a wiele przedsiębiorstw nie dysponuje dużą liczbą nowych leków w portfolio innowacji. Dotyczy to na przykład rzadkich chorób, co dostrzeżono na szczepku UE w Rozporządzeniu w sprawie Sierocych Produktów Leczniczych, które zapewniło bodźce motywujące firmy farmaceutyczne do inwestycji. Skutki wprowadzenia tych przepisów są pozytywne – doprowadziło to do dużego wzrostu finansowania badań nad sierocymi produktami leczniczymi, czego skutkiem było zatwierdzenie w Europie prawie 100 nowych leków sierocych od 2000 r. Złożony charakter badań nad nowymi lekami dla małych grup pacjentów pozostaje nadal wyzwaniem i ciągle konieczne są nowe metody zaspokajania potrzeb pacjentów cierpiących na wiele rzadkich chorób. Urzędy do spraw zdrowia w całej Europie, rozdzielając ograniczone przecież środki finansowe, muszą znaleźć złoty

środek między potrzebami zdrowotnymi ogółu społeczeństwa a koniecznością zapewnienia odpowiedniego wsparcia względnie małej liczbie pacjentów cierpiących na choroby rzadkie, które czasem wymagają drogiego leczenia. Stały problem zdrowia publicznego związany z gruźlicą w Europie także obnaża słabe strony obecnego modelu innowacyjności. Od 40 lat nie pojawiły się nowe narzędzia diagnostyczne ani nowe leki na tę chorobę. Problem ten wymaga pilnego rozwiązania. Dla wypełnienia tej luki powstały organizacje oparte na modelu partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP), takie jak inicjatywa „Szczepienia przeciw gruźlicy”.

Odporność drobnoustrojów na antybiotyki stanowi duży problem, który zagraża efektywności współczesnych systemów opieki zdrowotnej. Ocenia się, że 70% bakterii występujących na świecie osiągnęło odporność na antybiotyki. Wykorzystaliśmy – lub wykorzystujemy – leki ostatniej szansy. Odporne szczepy bakterii już teraz odpowiadają za śmierć ponad 25 tys. osób rocznie w samej Europie. Problem ten jest bardzo złożony i wiąże się z wykorzystaniem antybiotyków w intensywnej hodowli zwierząt, nadmiernym przepisywaniem antybiotyków i ich sprzedażą bez recepty, turystyką medyczną i globalizacją, jak również brakiem inwestycji ze strony przemysłu farmaceutycznego z powodu niskiego potencjału zyskowności. W ciągu ostatnich 45 lat na rynku pojawiło się zaledwie pięć nowych antybiotyków, a od 1987 r. nie opracowano żadnych nowych klas antybiotyków. Przed wprowadzeniem antybiotyków infekcje były przyczyną 43% wszystkich zgonów w Wielkiej Brytanii. Obecnie odsetek ten wynosi 7%, ale w ciągu najbliższych dwóch dziesięcioleci możemy być świadkami początku ery poantybiotykowej. Oznaczałoby to,

że rutynowe zabiegi chirurgiczne i nowoczesne kuracje medyczne stałyby się niemożliwe.

Unia Europejska jest już zaangażowana w walkę z odpornością na środki przeciwdrobnoustrojowe poprzez wzmoczoną obserwację prowadzoną przez ECDC oraz finansowanie badań za pośrednictwem programów ramowych UE. Niezbędne są jednak większe wysiłki zmierzające do opracowania nowych i alternatywnych modeli. W tej chwili testowane są pewne nowatorskie rozwiązania. Rząd Wielkiej Brytanii finansuje nową jednostkę prowadzącą badania nad odpornością na środki przeciwdrobnoustrojowe w Narodowym Instytucie Badań nad Zdrowiem (*National Institute of Health Research*). Po raz pierwszy Rady Badań Medycznych (*Medical Research Councils*) potoczyły siły w celu promowania bardziej zoptymalizowanych badań poprzez koordynowanie swoich wniosków o finansowanie. Aby zachęcić zespoły badawcze na całym świecie do rywalizacji w celu odkrycia nowych leków, zaproponowano przyznawanie nagrody Horizon (*the Horizon Prize*) za lepsze wykorzystanie antybiotyków. Proponuje się również nowe formy partnerstwa prywatno-publicznego, aby stymulować finansowanie badań nad odkryciem nowych leków<sup>11</sup> oraz większą współpracę wewnątrz

branży. Na szczepie europejskim Inicjatywa Leków Innowacyjnych (*Innovative Medicines Initiative – IMI*), która sama w sobie stanowi przełomowe porozumienie między UE, krajami członkowskimi a przemysłem farmaceutycznym, zawiera program mający na celu opracowanie nowych antybiotyków.

Chociaż brak nowych antybiotyków jest krytycznym problemem, stanowi on tylko część złożonego i wieloaspektowego zagadnienia. Musimy także rozwiązać problem tego, jak i gdzie wykorzystywane są antybiotyki, co będzie wymagało dużych zmian w zachowaniu pacjentów, przedstawicieli zawodów medycznych, osób zarządzających służbą zdrowia i decydentów. Konieczna jest zmiana myślenia na dużą skalę, wymagająca współpracy między zainteresowanymi stronami w wielu branżach i sektorach. Służyć temu będzie plan działania UE przeciwko rosnącemu zagrożeniu ze strony odporności na środki przeciwdrobnoustrojowe<sup>12</sup>.

Sz szczególnie korzystny wpływ na tę kwestię będzie miał nowy mechanizm zarządzania w Kolegium Komisarzy, służący skuteczniejszej koordynacji działań w poszczególnych obszarach polityki, takich jak rolnictwo, przepisy dotyczące zdrowia zwierząt i zdrowia ludzi w celu poprawienia skutków zdrowotnych.

### CO ZACZAĆ ROBIĆ

Zalecenie	Wdrożenie
Należy poprawić jakość procesu gromadzenia danych, w tym informacji o skutecznie realizowanych programach profilaktycznych. Gromadząc dane, należy korzystać z publicznych sondaży i transgranicznej wymiany informacji.	Istnieją przykłady dobrej praktyki, które zmniejszyły odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe, takie jak walka z odpornym na metycylinę gronkowcem złocistym (MRSA) w szpitalach i poprawa zachowań w zakresie przepisywania antybiotyków. Ważne jest, aby dane zebrane na szczepie UE oddawały to i służyły celowi, jakim jest zmniejszenie odporności na środki przeciwdrobnoustrojowe. Jeśli chodzi o rzadkie choroby, ważne jest inwestowanie w rejestry pacjentów cierpiących na rzadkie choroby oraz infrastrukturę, która pozwoli na gromadzenie i wymianę danych w całej Europie. Zadaniem Komisji Europejskiej będzie zapewnienie finansowania i ustanowienie odpowiednich ram dla takich rejestrów, jak wskazano w konkluzjach Rady w 2009 r. <sup>13</sup> .
Należy skutecznie wdrożyć proces oceny funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej (HSPA), w szczególności efektywności nowych technologii.	Skuteczność nowych technologii dla potrzeb zdrowia musi podlegać ocenie. Na szczepie UE dostępnych jest szereg procesów, które mogą to umożliwić – EUnetHTA, sieć HTA założona na podstawie Dyrektywy w sprawie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej lub HSPA. Włączenie kosztów nowych procedur i technologii do DRG poprawi porównywalność wyników.



CO ZACZĄĆ ROBIĆ	
Zalecenie	Wdrożenie
	Jeśli chodzi o choroby rzadkie, krytyczne znaczenie ma dostosowanie istniejących metodologii HTA w sposób, który umożliwi rzetelną ocenę leków sierocych, wymagających dużo szerszego zestawu kryteriów oceny niż tylko opłacalność.
Należy propagować wykorzystanie danych przy formułowaniu strategii politycznych i planów działania. Należy zachęcać do korzystania z zasobów istniejącej wiedzy o zdrowiu publicznym oraz wspierać konkretne projekty badawcze w państwach członkowskich.	Istnieją duże różnice w schematach spożycia antybiotyków w UE, co pokazuje możliwości poprawy. Unia powinna zdefiniować cele w walce z odpornością na środki przeciwdrobnoustrojowe, w tym edukację pacjentów i lekarzy, poprawę dostępu do istotnych informacji, promocję rozwoju wytycznych klinicznych i wytycznych dostępności na szczeblu UE i szkolenie dla personelu medycznego. Biorąc pod uwagę światowe znaczenie tej kwestii, UE musi odegrać aktywną rolę w międzynarodowych działaniach. Jeśli chodzi o choroby rzadkie, ważne jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla europejskich sieci referencyjnych (ERN), które są kluczowymi czynnikami napędzającymi badania transgraniczne i proaktywną wymianę kliniczną w Europie.
Należy określić cele zdrowotne i długofalowe cele strategiczne, które wykraczają poza kadencyjną perspektywę polityczną.	Kryzys spowodowany odpornością na antybiotyki powinien sprowokować szeroką dyskusję na szczeblu unijnym, dotyczącą rodzaju innowacji potrzebnych do realizacji długoterminowych strategicznych celów zdrowotnych. Gdy określona zostanie wyraźna wizja zdrowotna, można będzie wysunąć bardziej konkretne propozycje w celu powiązania programu badań UE i finansowania z niezaspokojonymi potrzebami i lukami w innowacyjności ujawnionymi w analizie rzeczywistych danych. Inicjatywa „Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance” (JPIAMR) opracowała już taki strategiczny program badań <sup>14</sup> . Inne obszary potencjalnej wartości dodanej UE zachęcałyby do dalszej współpracy między organami regulacyjnymi, agencjami HTA i przemysłem w kwestii parametrów i wartości innowacji. Unia mogłaby również inwestować we wsparcie dla przepływu wykwalifikowanych pracowników i specjalistów do sektora rozwoju i badań nad zagadnieniem odporności na środki przeciwdrobnoustrojowe.

CO ZACZĄĆ ROBIĆ	
Zalecenie	Wdrożenie
Należy dążyć do opracowania kompleksowej strategii na rzecz wzmocnienia pozycji pacjentów – ich efektywnego zaangażowania w sprawy dotyczące zdrowia na szczeblu krajowym i unijnym.	Ogólne podejście do innowacji w farmaceutykach powinno się skupić na skutkach zdrowotnych i skutkach zgłaszanych przez pacjentów, nie tylko z perspektywy technologii, wzrostu gospodarczego lub nowatorstwa naukowego. Innowacje przełożą się na lepsze skutki zdrowotne tylko wtedy, gdy pacjenci będą w centrum tego procesu – zwłaszcza jeśli chodzi o choroby rzadkie. W kwestii chorób rzadkich już jest to realizowane poprzez udział pacjentów w różnych komisjach Europejskiej Agencji Leków (EMA). To samo należy wprowadzić w zakresie HTA.
Należy oszacować poziom marnotrawstwa i nieefektywności w systemach ochrony zdrowia, a następnie zaangażować się w ich usunięcie. Szczególną uwagę należy poświęcić eliminacji nieskutecznych interwencji.	Odporność na antybiotyki podnoszą nieefektywne praktyki zdrowotne, takie jak zbyt częste przepisywanie antybiotyków i nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących stosowania leków. Istnieje więc duży potencjał dla zaprzestania nieskutecznych i niewydajnych praktyk w zakresie stosowania antybiotyków w systemach opieki zdrowotnej. Skupienie uwagi na edukacji medycznej i na uaktualnieniu programów nauczania zawodów medycznych poprawiłoby zrozumienie zagadnienia odporności na antybiotyki wśród personelu medycznego.
Należy w bardziej wyraźny i spójny sposób powiązać innowacje w obszarze zdrowia z inwestycjami finansowanymi z funduszy strukturalnych UE.	Fundusze strukturalne zapewniają ograniczone środki na zdrowie publiczne, natomiast większe strumienie inwestycyjne zasilają badania. Jest to okazja do wykorzystania funduszy strukturalnych na zwiększenie możliwości innowacji farmaceutycznej krajów członkowskich. W kilku z nich znajdują się regiony dysponujące silnymi ośrodkami akademickimi w dziedzinie nauk biomedycznych, przemysłem leków generycznych lub zdolnością produkcyjną, które mogłyby być lepiej połączone i wzmocnione.
Projekty innowacyjne należy promować na podstawie ich wartości, a nie kosztów. Innowacje powinny dotyczyć nie tylko nauk medycznych, lecz także zdrowia publicznego.	Dalsza praca nad programem badań UE, na przykład rozszerzenie raportu na temat najważniejszych leków i objęcie nim nie tylko innowacji w przemyśle farmaceutycznym, lecz także wyrobów medycznych i terapii. Z perspektywy zdrowia publicznego w systemach opieki zdrowotnej można bardziej systematycznie i skuteczniej wykorzystywać leki generyczne i produkty biopodobne. Import równoległy środków farmaceutycznych to wrażliwy temat na szczeblu unijnym, ale należy omówić jego potencjalną wartość.





Fot. iStockphoto

### CZEGO NIE ROBIĆ

Zalecenie	Wdrożenie
Należy zaprzestać tworzenia nowych wskaźników bez uwzględniania ich wartości dodanej lub użyteczności. Należy poprawić efektywność istniejących wskaźników.	Biorąc pod uwagę złożoność problemu odporności na antybiotyki, można lepiej wykorzystać wskaźniki z innych obszarów polityki (opieka zdrowotna, rolnictwo, turystyka i ochrona środowiska) w celu lepszego monitorowania tego zagadnienia.

### CO ROBIĆ INACZEJ

Zalecenie	Wdrożenie
Dane zdrowotne należy gromadzić z użyciem odpowiednich środków, jednocześnie zapewniając podjęcie stosownych działań następczych. Zebrane dane należy udostępniać zainteresowanym środowiskom.	Odporność na środki przeciwdrobnoustrojowe nie jest kwestią o wysokiej rozpoznawalności w świadomości społecznej lub wśród decydentów i praktyków w sektorze opieki zdrowotnej. Zebrane dane, które zwracają uwagę na aspekty tego problemu (schematy spożycia antybiotyków, infekcje szpitalne, wskaźniki chorobowości i śmiertelności związane z infekcjami) powinny zostać szeroko opublikowane, tak aby zainteresowane strony mogły się zaangażować. Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach, po raz pierwszy obchodzony w 2008 r., ustanowiono właśnie z myślą o tej sprawie.
W innych kluczowych obszarach polityki należy powielić model współpracy transgranicznej, którego przykładem jest EUnetHTA*.	Korzystając z osiągnięć pilotażowych projektów współpracy transgranicznej, takich jak EUnetHTA, można doprowadzić do zbliżenia agencji cenowych i większej przejrzystości pomiędzy krajami członkowskimi w zakresie cen i wskazań medycznych. Lepszy nadzór nad bezpieczeństwem farmaceutyków (tymczasowe licencje) i wymiana najlepszych praktyk w zakresie instrukcji na opakowaniach leków również byłyby cenne. Należy zwrócić uwagę, że z czasem niektóre leki uważane za skuteczne mogą się okazać nie tak bardzo przydatne w leczeniu, dlatego konieczna jest regularna ponowna ocena.

\*EUnetHTA stanowi sieć organizacji (z państw członkowskich UE, Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz krajów przystępujących) i właściwych agencji regionalnych oraz organizacji o charakterze niezarobkowym, które wydają oceny technologii medycznych na terenie Europy lub mają wkład w ich przygotowanie. Sieć EUnetHTA jest współfinansowana przez Komisję Europejską i umożliwia współpracę naukową pomiędzy instytucjami HTA, które wydają zalecenia dotyczące lekarstw opłacanych lub refundowanych przez systemy ochrony zdrowia w poszczególnych państwach członkowskich.

CO ROBIĆ INACZEJ	
Zalecenie	Wdrożenie
Przy tworzeniu modelu dobrego zarządzania należy skuteczniej korzystać z wyników badań.	Przedstawiciele zawodów medycznych i UE powinni nie tylko skupić się na aspektach bezpieczeństwa umów o refundacji warunkowej ( <i>managed entry agreement</i> – MEA), lecz także przyjrzeć się korzyściom dla jak największej populacji z progresywną oceną. Wszędzie tam, gdzie występuje prawdziwa medyczna potrzeba, podejście do ryzyka musi być uwzględnione w inny sposób i powinno obejmować zainteresowanych pacjentów. Obecnie inicjuje się to nowe podejście w MEA, co pozwoli na większą elastyczność z perspektywy regulacyjnej. Nowe modele innowacji muszą brać pod uwagę zarówno wartość dodaną produktu, jak i wielkość rynku, a także obejmować dane wygenerowane po wprowadzeniu na rynek.
Należy ocenić wpływ nowych technologii i innowacji na sytuację zdrowotną, społeczną i ekonomiczną.	W celu wsparcia funkcjonowania rynku unijnego nowych leków i technologii, które mogłyby zmniejszyć nierówności zdrowotne, UE mogłaby koordynować oceny skuteczności z wykorzystaniem skutków zdrowotnych i społecznych oraz ułatwić wymianę informacji o stosowanych cenach między krajami członkowskimi.
Należy określić i zbadać przeszkody hamujące innowacyjność w nauce. Mogłoby to obejmować kwestie etyki w badaniach naukowych, działalności biobanków, prywatności itp.	Koncepcja innowacji w opiece zdrowotnej musi być szersza i bardziej zintegrowana z potrzebami zdrowotnymi niż z możliwościami rynkowymi. Oznacza to odejście od modelu „tylko leki” i poznanie nowych procesów i form współpracy dla zdrowia. Innowacje w opiece zdrowotnej muszą objąć zagadnienia przydatności produktów i dostępności, co może stanowić problem, jeśli chodzi o sprawiedliwość. Należy również pokonać przeszkody regulacyjne, a także przeszkody wynikające z braku współpracy między krajami członkowskimi. Innowacje w opiece zdrowotnej wymagają nowych modeli biznesowych, zwłaszcza w zakresie chorób rzadkich i antybiotyków. Biorąc pod uwagę pojawienie się nowych modeli, takich jak PPP, mających na celu zmniejszenie przepaści innowacyjnej, przewiduje się wcześniejsze prowadzenie dialogu na temat ustalania cen i refundacji w procesie innowacji niż na etapie zatwierdzenia leku.





Fot. iStockphoto

## Aneks II: PROFILAKTYKA – studium przypadku

Lepiej zapobiegać niż leczyć, ale trudno tego dokonać. Jak miałyby wyglądać pełne zaangażowanie Unii Europejskiej w kwestię profilaktyki? Sektor ochrony zdrowia uczy się wolno i zmiany następują w nim powoli: w jaki sposób możemy zaprzestać prowadzenia nieskutecznych lub nieodpowiednich działań zdrowotnych? Jaka jest rola Unii Europejskiej?

Dla systemów opieki zdrowotnej profilaktyka powinna być priorytetem, a jednak mniej niż 3% budżetów służb zdrowia w Europie przeznaczane jest na działania promocyjne i profilaktyczne. W grudniu 2014 r. wnioski Rady dotyczące szczepień podkreśliły zarówno sukces programów szczepień w redukcji chorób i przedwczesnych zgonów, jak i ich opłacalność<sup>15</sup>. Rada wezwała Komisję Europejską oraz kraje członkowskie do wzmożenia wysiłków zmierzających do realizacji założonych celów w zakresie szczepień poprzez komunikację i większe inwestycje w badania nad szczepieniami wykonywanymi w ciągu całego życia. Jest to szczególnie ważne w kontekście zachodzących zmian demograficznych, ponieważ profilaktyka może przynieść rezultaty w postaci lepszego stanu zdrowia, wyższej jakości życia i wolniejszego spadku sprawności funkcjonalnej u osób starszych<sup>16</sup>. Ogólnie rzecz biorąc, wiele działań profilaktycznych można przeprowadzić i finansować poza sektorem ochrony zdrowia, co podkreśla krytyczne znaczenie skoordynowanej polityki publicznej.

Przewlekłe zapalne choroby układu oddechowego są przyczyną śmierci ponad 150 tys. osób rocznie i odpowiadają za ponad 1,3 mln przypadków hospitalizacji rocznie w Europie. Dwóm częstym schorzeniom, astmie i przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POCHP), można w dużym stopniu zapobiegać, więc zmniejszenie narażenia na czynniki ryzyka, wczesna diagnoza i spowolnienie postępu choroby są krytyczne w leczeniu tych

schorzeń, które kosztują Europę ponad 200 mld euro rocznie. Unia Europejska zainwestowała w środki podstawowej profilaktyki, aby zmniejszyć obciążenie astmą i POChP. Jednak wtórna profilaktyka skupia się na działaniach, które mają miejsce po zdiagnozowaniu astmy lub POChP i próbuje zatrzymać lub spowolnić postępy choroby w jej najwcześniejszych stadiach. Takie działania mogą obejmować testy przesiewowe dla osób, u których występują znane czynniki ryzyka oraz edukację pacjentów w celu lepszego leczenia chorób. Jednak diagnoza POChP jest często opóźniona, u wielu pacjentów choroba nie jest zdiagnozowana, a powszechnie wiadomo, że przestrzeganie zasad leczenia przez pacjentów pozostaje na niskim poziomie. Otwiera to możliwości większego wsparcia ze strony UE dla działań profilaktyki wtórnej i trzeciorzędowej, aby zmotywować osoby zdrowe, osoby narażone na chorobę i już na nią cierpiące do przyjęcia zdrowych nawyków i zdrowego trybu życia. Na przykład programy wykonywania badań spirometrycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej pozwalają na rutynowe badania przesiewowe pacjentów i sprzyjają postawieniu wczesnej diagnozy. W rezultacie duńskiej inicjatywy, w której bierze udział 10% lekarzy rodzinnych, stwierdzono, że 35% pacjentów poddanych badaniom przesiewowym miało POChP, większość w łagodnym lub umiarkowanym stadium. Taka wczesna diagnoza i leczenie doprowadziły do oszczędności w wysokości 180 mln euro rocznie. Należy

również skierować wysiłki na poprawę wykształcenia personelu medycznego, zwłaszcza takie podniesienie kwalifikacji osób pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, aby mogły interpretować wyniki badań funkcjonalnych płuc. Dziesięcioletni program przeciwdziałania astmie prowadzony w Finlandii, którego celem było wprowadzenie nowej wiedzy w podstawowej opiece zdrowotnej, spowodował znaczący spadek kosztów opieki, zmniejszenie liczby hospitalizacji, rent chorobowych i zgonów. Jeśli chodzi o trzeciorzędową profilaktykę, można poprawić stan zdrowia pacjentów poprzez zapewnienie wsparcia pracownikom służby zdrowia, aby umieli skutecznie przeszkolić pacjentów w zakresie prawidłowego postępowania się inhalatorami. Przesuwając większe zasoby na całe spektrum działań profilaktycznych, a także skupiając na nich większą uwagę, UE mogłaby zmniejszyć część istotnych obciążeń związanych z chorobami przewlekłymi.

Udane działania w zakresie promocji zdrowia oznaczają także zaprzestanie prowadzenia nieskutecznych lub niewłaściwych działań medycznych. Medycyna oparta na dowodach została wprowadzona w 1992 r., gdy badania wykazały, że nowa wiedza wchodzi do praktyki klinicznej z 10-letnim opóźnieniem. W ciągu ostatnich 20 lat dokonano znacznego wysiłku w celu wytworzenia, syntezy i dostarczenia dowodów, aby wspierać decydentów i przedstawicieli zawodów medycznych. Jednak nieskuteczne praktyki w systemach opieki zdrowotnej i nieracjonalne stosowanie leków osłabiają rezultaty leczenia. Aby ułatwić skierowanie skąpych zasobów opieki zdrowotnej na skuteczniejszą i wysokiej jakości opiekę, wzrasta zainteresowanie sposobami identyfikacji nieskutecznych, przestarzałych, niepotrzebnych działań i technologii. Jest to względnie nowy element w polityce zdrowotnej i nie dysponujemy obecnie uniwersalnymi ramami lub narzędziami, które można wykorzystać. Spośród krajów europejskich Hiszpania, Wielka Brytania, Szwecja i Niemcy opracowały strategie mające na celu rozwiązanie problemu „dezinvestycji”, tj. rezygnacji z nieskutecznych działań zdrowotnych. Niektóre kraje wybrały strategie partycypacyjne, które angażują zainteresowane strony, natomiast inne posługują się narzędziami oceny technologii medycznych (HTA). Nacisk kładzie się również na różne zagadnienia – od zmniejszenia liczby fałszywie dodatnich diagnoz i leczenia do zastąpienia przestarzałych technologii lepszymi alternatywami. Kwestie, które rozwiązywane są najczęściej, to techniki obrazowania, stosowanie antybiotyków i techniki przesiewowe. Przykładowo Austria plasuje się powyżej średniej UE zarówno pod względem liczby urządzeń do rezonansu magnetycznego (MRI), jak i liczby wykonanych badań rezonansem magnetycznym. Badanie dotyczące programów wychodzenia z inwestycji realizowanych w różnych krajach wyłoniło 200 zaleceń, które – po ich zastosowaniu w austriackim sys-

temie ochrony zdrowia – pozwoliłyby zmniejszyć liczbę skanów MRI w leczeniu niektórych schorzeń, jako że nie są one już konieczne w procesie terapeutycznym. Działanie to, nie wpływając ujemnie na wyniki leczenia, przyniosłoby znaczne oszczędności personalne i sprzętowe. Jednakże wymaga ono zmiany dotychczasowej praktyki pracowników i instytucji ochrony zdrowia<sup>17</sup>.

Nowe podejścia do profilaktyki mają bardziej całościowy, multidyscyplinarny i multisektorowy charakter i próbują poprawić stan zdrowia ludności, zwalczając czynniki ryzyka na poziomie jednostek, środowisk i społeczeństw.

Na szczeblu unijnym znaczenie polityczne przesunięcia funduszy i skupienia uwagi w ochronie zdrowia na profilaktykę zostało dostrzeżone w raportach Komisji Europejskiej, w tym Dyrekcji Generalnej ds. Gospodarczych i Finansowych (DG ECFIN)<sup>18</sup>. Jest również włączone do trzeciego programu UE w dziedzinie zdrowia (*3<sup>rd</sup> Public Health Programme, 2014–2020*) oraz ujęte w różnych wnioskach Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów (*EPSCO Council*). Również Światowa Organizacja Zdrowia oraz OECD zalecają ponowne zrównoważenie budżetów systemów zdrowotnych oraz większe inwestycje w profilaktykę i promocję. Stąd konsensus międzynarodowych i narodowych decydentów co do konieczności przeorientowania polityki zdrowotnej na skutki zdrowotne zamiast na nakłady. Pozwoli to na bardziej zróżnicowany pomiar opłacalności inwestycji w opiekę zdrowotną i wzmocni konieczność profilaktyki. Otwiera to przed Komisją Europejską szansę pokazania swojej przywódczej roli i zaangażowania się we włączenie profilaktyki zdrowotnej we wszystkie dyrekcje generalnych. Ma to kluczowe znaczenie, ponieważ wiele skutecznych mechanizmów profilaktyki należy wprowadzić poza sektorem ochrony zdrowia. W tym nowym zadaniu nowy mechanizm zarządzania w kolegium prowadzonym przez komisarza ds. zdrowia może skoordynować najlepsze wykorzystanie inicjatyw politycznych w Unii Europejskiej, legislacji i mechanizmów finansowania w celu uzyskania lepszych skutków zdrowotnych w populacji.

Opierając się na podejściu polegającym na mierzeniu skutków zdrowotnych, należy określić wspólne dla całej UE wskaźniki, które są istotne dla procesu kształtowania polityki oraz mogą być wykorzystywane w ocenie skuteczności działań podstawowej, wtórnej i trzeciorzędowej profilaktyki. Dla ułatwienia nauki w Unii Komisja Europejska może wspierać transgraniczne środki służące pomiarowi i monitorowaniu skuteczności inwestycji zdrowotnych.

Wraz z poprawą powiązania między oceną danych a polityką na szczeblu unijnym zostaną podjęte szybsze działania w rozwiązywaniu takich kwestii, jak opóźnienia w dostępie do danych, brak spójności oraz powielanie danych.

CO ZACZĄĆ ROBIĆ	
Zalecenie	Wdrożenie
Należy poprawić jakość procesu gromadzenia danych, w tym informacji o skutecznie realizowanych programach profilaktycznych.	Już teraz dysponujemy znaczącymi zasobami danych na temat profilaktyki i marnotrawstwa w systemach ochrony zdrowia. Dane te należy jednak prezentować w postaci i terminach umożliwiających ich wykorzystanie w procesie formułowania polityki.
Gromadząc dane, należy korzystać z publicznych sondaży i transgranicznej wymiany informacji.	Oprócz wymiany informacji na temat dobrych praktyk użytecznym działaniem byłaby analiza przypadków niepowodzeń w ramach swobodnego „rejestru potknięć”. Działaniem tym zapobieglibyśmy lekceważeniu dowodów na temat występujących błędów. Wiele strategii w obszarze najlepszych praktyk profilaktycznych powstaje na szczeblu lokalnym; potrzebujemy mechanizmów pozwalających na ich rejestrowanie oraz dalszą wymianę. Przykładem są fińskie programy dotyczące astmy i uczuleń, które mogą stanowić model dla innych chorób. Dyrektywa w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej zachęca kraje do publikowania danych na temat jakości i bezpieczeństwa swoich systemów ochrony zdrowia. Mogłyby one stanowić ramy dla dyskusji nad procesami gromadzenia danych i wspólnymi wskaźnikami. Potrzebujemy wspólnych metod analizy i pomiaru skutków zdrowotnych oraz wspólnych wskaźników we wszystkich krajach UE. Należy uznać i rozwinąć proces gromadzenia rzeczywistych danych (np. na temat astmy i POChP) na szczeblu UE i na tej podstawie opracować przejrzystą i opartą na dowodach dokumentację z opisem korzyści różnych metod leczenia.
Należy skutecznie wdrożyć proces oceny funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej (HSPA), w szczególności efektywności nowych technologii.	Proces HSPA musi tworzyć więcej niż wyłącznie system rankingu systemów ochrony zdrowia w krajach członkowskich i przy użyciu metod opartych na dowodach określać obszary nieefektywnych interwencji, z których należy zrezygnować, a także uwzględnić wszelkie aspekty profilaktyki (np. przygotowanie pracowników służby zdrowia do przeszkolenia pacjentów z astmą w zakresie prawidłowego stosowania inhalatorów). Korzystając z szerokiej definicji pojęcia profilaktyki (obejmującej wczesną diagnozę oraz nadzór nad chorobą w ramach profilaktyki wtórnej i trzeciorzędowej), należy opracować informacje na temat efektywności kosztowej działań profilaktycznych. Należy działać na rzecz wymiany doświadczeń krajów UE dotyczących strategii dezinvestycji, czyli rezygnacji z przestarzałych lub nieefektywnych rozwiązań technicznych w obszarze zdrowia. Koncepcję tę należy zintegrować z metodami HSPA.
Należy propagować wykorzystanie danych przy formułowaniu strategii politycznych i planów działania. Należy zachęcać do korzystania z zasobów istniejącej wiedzy o zdrowiu publicznym oraz wspierać konkretne projekty badawcze w państwach członkowskich.	Należy przeanalizować uprawnienia EMA oraz ECDC, tak by mogły one skuteczniej działać na rzecz korzystania z zasobów istniejącej wiedzy o zdrowiu publicznym, a także wspierać konkretne projekty badawcze na szczeblu państw członkowskich. Należy opracować wspólne dla całej UE wskaźniki pomiaru skutków zdrowotnych oraz wspólne metody analizy danych. Państwa członkowskie należy zobowiązać do zbierania i wymiany danych o wskaźnikach zdrowotnych UE (ECHI). Należy także podjąć działania służące identyfikacji i wymianie najlepszych praktyk w obszarze strategii działań profilaktycznych na szczeblu lokalnym.



CO ZACZĄĆ ROBIĆ	
Zalecenie	Wdrożenie
	Co do zasady plany działań UE na rzecz zdrowia są zakrojone na szeroką skalę i nie mają wiążącego charakteru. Plany te muszą być bardziej konkretne i realne, mniej skoncentrowane na tym, co powinny robić państwa członkowskie, a bardziej na potencjalnych działaniach szerszego kręgu podmiotów sektora ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza pracowników służby zdrowia. Dzięki temu w środowiskach medycznych i naukowych powstanie ruch na rzecz zmian, co jest niezbędne, aby odejść od nieefektywnych interwencji i ukształtować proaktywną postawę w kwestiach profilaktyki.
Należy określić cele zdrowotne i długofalowe cele strategiczne, które wykraczają poza kadencyjną perspektywę polityczną.	Aktualnie formułowane cele UE dotyczące systemów ochrony zdrowia – jak choćby „stabilność, sprawiedliwość i solidarność” – są zbyt ogólnikowe. Cele te należy doprecyzować, włączając do nich narzędzia stałego i systematycznego monitorowania spraw związanych z profilaktyką i ograniczeniem skali opieki nieefektywnej. Można na przykład rozważyć stworzenie sieci referencyjnych lub centrów doskonałości w obszarze zarządzania chorobami przewlekłymi. W zapewnieniu współpracy we wszystkich obszarach polityki i określeniu precyzyjnych celów, wskaźników i środków finansowych wspieranych przez wszystkie podmioty sektora ochrony zdrowia pomogłaby strategia działań UE w sferze profilaktyki zdrowotnej ( <i>EU 2020 health prevention strategy</i> ). Długofalowym celem w walce z astmą i POChP mogłoby być np. zmniejszenie chorobowości o określony procent do roku 2025. Innym celem długofalowym mogłoby być utworzenie europejskiego centrum doskonałości w obszarze zarządzania chorobami przewlekłymi. Ogólne cele UE w obszarze zdrowia nie powinny się koncentrować na zarządzaniu kosztami finansowymi, lecz na poprawie efektów zdrowotnych. Na tej samej zasadzie cele zdrowotne należy określać w perspektywie długoterminowej bez szkodliwego wpływu doraźnego myślenia politycznego. Źródło inspiracji dla formułowania długoterminowych planów i strategii w obszarze zdrowia leży być może poza granicami UE.
Należy dążyć do opracowania kompleksowej strategii na rzecz wzmocnienia pozycji pacjentów – ich efektywnego zaangażowania w sprawy dotyczące zdrowia na szczeblu krajowym i unijnym.	Na koncepcję wzmocnienia pozycji pacjenta składa się szereg kluczowych elementów, takich jak edukacja, wiedza, dostęp do informacji, motywacja czy stosowanie zaleconych form leczenia. Wzmocnienie pozycji pacjentów zaczyna się od podkreślenia roli ich zaangażowania w sprawy zdrowia, zarówno dla poprawy własnej sytuacji zdrowotnej, jak i po to, by wesprzeć proces formułowania polityki poprzez wskazanie odpowiednich skutków zdrowotnych. Pomiędzy krajami UE zachodzą istotne różnice w podejściu do kwestii wzmocnienia pozycji pacjenta. Wyeliminowanie istniejących luk oznacza konieczność określenia przeszkód w działaniach na rzecz wzmocnienia pozycji pacjenta oraz wsparcie procesu wzajemnego uczenia się organizacji pacjentów i zwiększania ich możliwości. Do przykładów działań na rzecz pacjentów z astmą i POChP należy zapewnienie łatwego dostępu do informacji na temat czynników ryzyka, profilaktyki oraz znaczenia wczesnej diagnostyki, edukacja pacjentów, programy szkoleń świadomościowych i szkoleń z zakresu wiedzy o obowiązujących uregulowaniach, a także wspieranie dialogu pomiędzy pacjentami a lekarzami w celu lepszego zarządzania chorobą.

<p>Należy oszacować poziom marnotrawstwa i nieefektywności w systemach ochrony zdrowia, a następnie zaangażować się w ich usunięcie. Szczególną uwagę należy poświęcić eliminacji nieskutecznych interwencji.</p>	<p>Należy usprawnić współpracę transgraniczną, aby przy użyciu solidnego systemu gromadzenia i oceny danych oraz wymiany informacji o najlepszych praktykach ograniczyć przypadki marnotrawstwa i nieefektywności. Pole do zmian jest olbrzymie: szacuje się, że 30% interwencji w systemach ochrony zdrowia to interwencje nieefektywne.</p> <p>Pomiędzy lokalnymi strukturami ochrony zdrowia a ośrodkami formułowania polityki muszą istnieć dobre kanały informacyjne: nieefektywne praktyki mogą być wykrywane i zmieniane na szczeblu lokalnym.</p> <p>Należy określić szacunkowo, na ile skuteczniejsza profilaktyka (pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa) mogłaby ograniczyć przypadki marnotrawstwa i nieefektywności w systemach ochrony zdrowia. Należy regularnie analizować i poddawać ocenie dane zgromadzone w systemach ochrony zdrowia, zwłaszcza dotyczące starszych praktyk zdrowotnych.</p> <p>Trzeba wyjść poza sam wskaźnik długości życia skorygowanego jakością (QALY) i uwzględnić aspekty społeczne i makroekonomiczne. Należy odejść od definicji marnotrawstwa i nieefektywności w systemach ochrony zdrowia, która dokonuje pomiaru transakcji (czynności) realizowanych w systemach ochrony zdrowia, na rzecz podejścia, w którym priorytetowe znaczenie mają skutki zdrowotne dla populacji.</p>
<p>Zdrowie musi stanowić kluczowy rezultat działań rządowych na szczeblu UE.</p>	<p>Na ogólnym wysiłku na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności niekorzystnie ciąży brak spójności w poszczególnych obszarach polityki Komisji Europejskiej, takich jak handel, rynek wewnętrzny czy zdrowie publiczne. Jego efektem jest swoisty dysonans poznawczy państw członkowskich, które lobbują na rzecz ochrony określonej branży, niezależnie od skutków, jakie wywołuje to w sferze zdrowia. Wyeliminowaniu wewnętrznych niespójności w obszarach polityki europejskiej służyłoby wzmocnienie mechanizmu zarządzania w ramach Kolegium Komisarzy, tak by większą uwagę zwracano na poprawę efektów zdrowotnych.</p>
<p>Należy w bardziej wyraźny i spójny sposób powiązać innowacje w obszarze zdrowia z inwestycjami finansowanymi z funduszy strukturalnych UE.</p>	<p>Fundusze strukturalne UE tworzą przewidywalne źródło finansowania inwestycji w obszarze usług publicznych, do jakich należy również ochrona zdrowia. Priorytety programowe określa się na szczeblu krajowym i regionalnym, w związku z czym decyzja o ich wykorzystaniu na cele zdrowotne zależy od państw członkowskich. W ramach funduszy strukturalnych można by stworzyć odrębny mechanizm służący wdrażaniu sprawdzonych działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, tym samym zapewniając im efekt skali. Dla przykładu można by wyodrębnić środki na finansowanie ERN, które w praktyce otrzymują niewielkie wsparcie.</p>

CZEGO NIE ROBIĆ	
Zalecenie	Wdrożenie
Należy zaprzestać tworzenia nowych wskaźników bez uwzględniania ich wartości dodanej lub użyteczności. Należy poprawić efektywność istniejących wskaźników.	Należy w bardziej efektywny sposób korzystać z istniejących wskaźników, łącząc je z cyklem kształtowania polityki, zwłaszcza w ramach Semestru Europejskiego. W miarę możliwości należy stworzyć powiązania pomiędzy pozytywnymi aspektami zdrowia, jakimi są wydajność czy kapitał społeczny, a danymi gospodarczymi. Poszczególne wskaźniki muszą mierzyć wszystkie aspekty zarządzania chorobami. W wielu krajach odnotowano np. postępy w edukacji, profilaktyce oraz dostępie do leczenia dla pacjentów z astmą i POChP. Niemniej jednak dalszej poprawy wymaga sytuacja w zakresie rehabilitacji, świadczeń wspierających i opieki domowej.
Należy odejść od zaleceń wydawanych na szczeblu unijnym, które nie uwzględniają tego, w jaki sposób będą one stosowane w przeciążonych systemach krajowych.	Zalecenia dla poszczególnych krajów (CSR), które wiążą się z Europejskim Semestrem, należy uważnie monitorować, oceniając ich wpływ na takie cechy systemów ochrony zdrowia, jak sprawiedliwość i solidarność.
Należy zaprzestać tworzenia raportów i zaleceń, którym nie towarzyszą późniejsze działania w sferze polityki.	Tworzenie założeń polityki, jeśli nie towarzyszą im późniejsze działania, obciąża Komisję Europejską stosami papieru i hamuje postęp w przygotowaniu skutecznych instrumentów polityki, których celem jest profilaktyka. Państwa członkowskie powinny składać regularne sprawozdania o postępach w realizacji uzgodnionych celów długofalowych i skutków zdrowotnych, np. w ramach Europejskiego Semestru.
Należy odejść od doraźnej optyki działań i oceny polityki zdrowotnej wyłącznie z perspektywy finansowej.	Określając cele zdrowotne, nie należy się kierować kategoriami politycznymi lub finansowymi. Cele i założenia muszą wychodzić w przyszłość i należy chronić je przed doraźną optyką działań. Źródła inspiracji dla długoterminowych planów i strategii należy szukać również w innych miejscach na świecie. Cele zdrowotne należy określać z uwzględnieniem szerszych aspektów ekonomicznych profilaktyki, a nie wyłącznie w kategoriach kosztów finansowych.

CO ROBIĆ INACZEJ	
Zalecenie	Wdrożenie
Dane zdrowotne należy gromadzić z użyciem odpowiednich środków, jednocześnie zapewniając podjęcie stosownych działań następczych. Zebrane dane należy udostępniać zainteresowanym środowiskom.	Na państwach członkowskich powinien spoczywać obowiązek gromadzenia i wymiany danych o wskaźnikach zdrowotnych UE (ECHI) oraz wspólnych metodach analiz danych. Zebrane dane należy upubliczniać, aby zachęcić inne zainteresowane strony do korzystania z nich na rzecz innowacji w obszarze zdrowia i opieki zdrowotnej.
W innych kluczowych obszarach polityki należy powielić model współpracy transgranicznej, którego przykładem jest europejska sieć do spraw oceny technologii medycznych (EUnetHTA).	Korzystając z doświadczeń EUnetHTA, należy stworzyć działające na zasadzie dobrowolności inne systemy wymiany doświadczeń i metod, dotyczących zwłaszcza strategii profilaktyki i dezinvestycji.
W tworzeniu modelu dobrego zarządzania należy skuteczniej korzystać z wyników badań.	Należy usprawnić zarządzanie systemami ochrony zdrowia i na podstawie wyników badań opracować strategie wychodzenia z nieefektywnych praktyk zdrowotnych (dezinvestycja) i wprowadzania sprawdzonych narzędzi profilaktycznych.



## Członkowie Grupy Roboczej – autorzy raportu

Nicola Bedlington, sekretarz generalny Europejskiego Forum Pacjentów

Roberto Bertollini, szef naukowy i reprezentant Światowej Organizacji Zdrowia przy Unii Europejskiej

Angela Brand, Instytut Zdrowia Publicznego i Genomiki Uniwersytetu w Maastricht

Josip Car, Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Imperial College w Londynie

Nathalie Chaze, zastępczyni szefa gabinetu europejskiego komisarza ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności

Christine Dawson, dyrektor Europejskiej Platformy Ubezpieczeń Socjalnych

Philippe De Backer, członek Komisji Parlamentu Europejskiego ds. Przemysłu, Badań i Energii

Jo De Cock, szef gabinetu belgijskiego Narodowego Instytutu Zdrowia Niepełnosprawnych

Lieven De Raedt, belgijska Służba Federalna ds. Zdrowia, Środowiska i Bezpieczeństwa Łańcucha Żywnościowego

Giulia Del Brenna, zastępczyni szefa gabinetu europejskiego komisarza ds. nauki i innowacji

Toon Digneffe, dyrektor Departamentu ds. Rządowych i Publicznych w Baxter World Trade

Ruxandra Draghia-Akli, dyrektor Departamentu Zdrowia w europejskiej Dyrekcji ds. Badań i Innowacji

Corinne Duguay, wiceprezydent ds. publicznych w brukselskim biurze Sanofi

Isabelle Durand-Zaleski, dyrektor ds. zdrowia publicznego w paryskim Henri Mondor Hospital

Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali

Josep Figueras, dyrektor Europejskiego Centrum Obserwacji Systemów i Polityk Ochrony Zdrowia

Maria Eva Foldes, profesor Instytutu Integracji Europejskiej Uniwersytetu Wiedeńskiego

Loic Frerejouand, dyrektor ds. polityki zdrowotnej Sanofi Pasteur MSD

Nathalie Furrer, dyrektor Friends of Europe

Maciej Gajewski, dyrektor ds. europejskich relacji rządowych i politycznych w Shire

Ghebremedhin Ghebreigzabiher, attaché ds. zdrowia w Parlamentarnej Reprezentacji Włoch przy Unii Europejskiej

Evi Hatziandreou, dyrektor ds. naukowych w Maria Tsakos Foundation

Jean-Philippe Huchet, Association Internationale de la Mutualité

Karin Kadenbach, członek Komisji Parlamentu Europejskiego ds. Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności

Maarit Kokki, doradca dyrektora ds. relacji międzynarodowych w Europejskim Centrum Kontroli i Prewencji Chorób

Eero Lahtinen, doradca fińskiego ministra ds. zdrowia i spraw socjalnych

Yann Le Cam, szef gabinetu Europejskiej Organizacji ds. Chorób Rzadkich

Denis Maguain, szef Gabinetu Studiów i Relacji Międzynarodowych francuskiego Ministerstwa Zdrowia, Spraw Społecznych i Praw Kobiet

Mihaela Militaru, dyrektor Europejskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Giovanni Nicoletti, dyrektor sekcji w Departamencie Zdrowia Publicznego i Innowacji włoskiego Ministerstwa Zdrowia

Antonia Parvanova, prezydent bułgarskiego Narodowego Ruchu Stabilizacji i Rozwoju

Mark Pearson, zastępca dyrektora ds. zatrudnienia i spraw socjalnych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

Alojz Peterle, członek Komisji Spraw Zagranicznych Parlamentu Europejskiego

Pavel Poc, wicedyrektor Komisji ds. Środowiska, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności Parlamentu Europejskiego

Milena Richter von Iterson, dyrektor ds. Europy w Sanofi

Tamsin Rose, doradca ds. jakości, Friends of Europe

Andrzej Ryś, dyrektor ds. systemów i produktów z zakresu ochrony zdrowia w Komisji Europejskiej

Audrius Sceponavicius, dyrektor ds. zdrowia publicznego w litewskim Ministerstwie Zdrowia

Marc Schreiner, dyrektor ds. europejskich i międzynarodowych Niemieckiej Federacji Szpitali

Ad Schuurman, kierownik Centrum Kontaktów Biznesowych i Relacji Międzynarodowych holenderskiego Narodowego Instytutu Zdrowia

Marc Sprenger, dyrektor Europejskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób

Karen Strandgaard, dyrektor ds. relacji europejskich Novartis

Christoph Thalheim, zastępca dyrektora ds. relacji zewnętrznych Europejskiej Platformy Stwardnienia Rozsianego

Erick Tyssier, dyrektor ds. relacji z rządami europejskimi Teva Pharmaceuticals

Marc Van Ranst, kierownik Laboratorium Epidemiologii i Wirologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Leuven, Belgia

Ana Xavier, analityk ds. zatrudnienia w Europejskiej Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych

Marina Yannakoudakis, były członek Komisji ds. Środowiska, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności Parlamentu Europejskiego

Raport powstał przy współpracy Polskiej Federacji Szpitali (PFSz). Organizacja ta zrzesza 85 polskich szpitali. Jej misją jest reprezentowanie interesów lecznic na krajowym oraz międzynarodowym rynku ochrony zdrowia, a celem wspieranie szpitali oraz ich menedżerów w działaniach na rzecz ochrony zdrowia pacjentów oraz zapewnienia jak najlepszych warunków pracy dla personelu.

Polska Federacja Szpitali należy do Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, która reprezentuje interesy lecznic posiadających ok. 80 proc. łóżek szpitalnych w Unii Europejskiej.



<sup>1</sup> OECD/EC (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing, s. 16.

<sup>2</sup> [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_projections](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_projections)

<sup>3</sup> [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/themes/05\\_health\\_and\\_health\\_systems.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/themes/05_health_and_health_systems.pdf)

<sup>4</sup> <http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>

<sup>5</sup> [http://www.epsu.org/IMG/pdf/Article-Impact-Crisis\\_Austerity-Measures-Health-Systems\\_Workforce\\_Patients-04-12-13.pdf](http://www.epsu.org/IMG/pdf/Article-Impact-Crisis_Austerity-Measures-Health-Systems_Workforce_Patients-04-12-13.pdf)

<sup>6</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/170865/e96643.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf)

<sup>7</sup> De Vogli, R. (2013), Financial crisis, austerity, and health in Europe, Lancet.

<sup>8</sup> Źródło: dane WHO dla obszaru Euro, dokumenty źródłowe na szczycie UE poświęcony chorobom przewlekłym (2014). [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/docs/ev\\_20140403\\_mi\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/ev_20140403_mi_en.pdf)

<sup>9</sup> OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, s.10.

<sup>10</sup> [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/package\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/package_en.htm)

<sup>11</sup> <http://ec.europa.eu/research/horizonprize/index.cfm?prize=better-use-antibiotics>

<sup>12</sup> [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_food-safety/docs/communication\\_amr\\_2011\\_748\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/docs/communication_amr_2011_748_en.pdf)

<sup>13</sup> <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:151:0007:0010:EN:PDF>

<sup>14</sup> [http://www.jpiamr.eu/wp-content/uploads/2014/04/SRA1\\_JPIAMR\\_TOTAL\\_DEF-3.pdf](http://www.jpiamr.eu/wp-content/uploads/2014/04/SRA1_JPIAMR_TOTAL_DEF-3.pdf)

<sup>15</sup> <http://italia2014.eu/media/3789/council-conclusions-on-vaccinations-as-an-effective-tool-in-public-health.pdf>

<sup>16</sup> [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/235966/e96956.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/235966/e96956.pdf)

<sup>17</sup> <http://www.htai2014.org/temp/20147479600/OR73.pdf>

<sup>18</sup> [http://europa.eu/epc/pdf/joint\\_healthcare\\_report\\_en.pdf](http://europa.eu/epc/pdf/joint_healthcare_report_en.pdf)