

Raport Instytutu
Ochrony Zdrowia



Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje



ISBN 978-83-935857-1-7

Wydanie 2, poprawione

© Copyright by Instytut Ochrony Zdrowia

Wszelkie prawa zastrzeżone. Autorem niniejszego opracowania jest Instytut Ochrony Zdrowia. Opracowanie jest chronione prawami autorskimi. Żadna część opracowania nie może być kopiowana bądź wykorzystywana przez jakąkolwiek osobę trzecią bez uzyskania pisemnej zgody Instytutu Ochrony Zdrowia.

Instytut Ochrony Zdrowia nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne decyzje i ich skutki, jakie zostaną podjęte na podstawie niniejszego opracowania.

Opracowanie graficzne, skład i łamanie:

Zbigniew Cieśliński (zbigniew.cieslinski@mediadruk24.pl)

Druk: Magię Lublin



Instytut Ochrony Zdrowia
ul. Ostrobramska 101A
04-041 Warszawa
e-mail: biuro@ioz.org.pl
www: www.ioz.org.pl

Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje

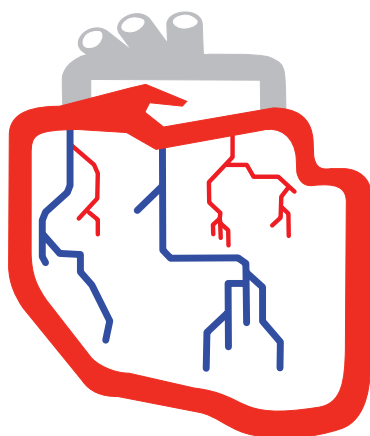
Autorzy:

Mariusz Gujski (redakcja naukowa)

Witold Paweł Kalbarczyk (redakcja naukowa)

Zbigniew Tytko (analizy i prognozy)

Anna Ścibek (tabele, wykresy i rysunki)



Warszawa 2013



Autorzy raportu składają podziękowania za udział oraz pracę w Radzie Konsultacyjnej, a szczególnie za wyjątkowe zaangażowanie w przygotowanie niniejszej publikacji:

- **prof. dr. hab. med. Aleksandrowi Araszkiewiczowi**, Kierownikowi Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy,
- **dr. Markowi Balickiemu**, Wiceministrowi (w latach 1992–1993) i Ministrowi Zdrowia (w latach 2003 i 2004-2005), Posłowi na Sejm I, II, VI kadencji, Senatorowi V kadencji
- **prof. dr. hab. med. Leszkowi Czupryniakowi**, Prezesowi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego,
- **dr hab. n. med. Iwonie Grabskiej-Liberek**, Konsultantowi Wojewódzkiemu w Dziedzinie Okulistyki dla Województwa Mazowieckiego, Kierownikowi Oddziału Okulistyki SP Szpitala Klinicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie,
- **prof. dr. hab. med. Tomaszowi Grodzickiemu**, Kierownikowi Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Dziekanowi Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,
- **prof. dr. hab. med. Jackowi Jassemowi**, Przewodniczącemu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Kierownikowi Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,
- **prof. dr. hab. med. Piotrowi Kunie**, Dyrektorowi Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi,
- **dr. Tomaszowi Latosowi**, Posłowi na Sejm V, VI i VII kadencji, Przewodniczącemu Sejmowej Komisji Zdrowia,
- **dr n. med. Beacie Małeckiej-Liberze**, Posel na Sejm V, VI i VII kadencji, Wiceprzewodniczącej Sejmowej Komisji Zdrowia,
- **dr hab. Ewelinie Nojszewskiej**, Profesor Szkoły Głównej Handlowej, Członkowi Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, Przewodniczącej Zespołu ds. ochrony zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich,
- **prof. dr. hab. med. Grzegorzowi Opali**, Kierownikowi Katedry i Kliniki Neurologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Ministrowi Zdrowia (w latach 2000-2001),
- **dr. Bolesławowi Piesze**, Senatorowi RP, Wiceministrowi Zdrowia (w latach 2005-2007), Posłowi na Sejm IV, V, VI i VII, VII kadencji, Przewodniczącemu Sejmowej Komisji Zdrowia (w latach 2007-2013),
- **dr. n. med. Maciejowi Pirógowi**, Doradcy Społecznemu ds. Zdrowia Prezydenta RP, Wiceministrowi Zdrowia (w latach 1999-2000), Dyrektorowi Centrum Zdrowia Dziecka (w latach 2002-2012),
- **prof. dr. hab. med. Bolesławowi Samolińskiemu**, Konsultantowi Krajowemu w Dziedzinie Zdrowia Publicznego, Przewodniczącemu Rady ds. Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej,
- **prof. dr hab. med. Janinie Stępińskiej**, Kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (w latach 2011-2013)
- **Jakubowi Szulcowi**, Posłowi na Sejm V, VI i VII kadencji, Wiceministrowi Zdrowia (w latach 2008-2012).

Dziękujemy także **prof. dr. hab. med. Mirosławowi J. Wysockiemu**, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny za zgodę na wykorzystanie w raporcie wykresów zaczerpniętych z książki „Stan zdrowia ludności Polski i jej uwarunkowania” pod redakcją Bogdana Wojtyniaka, Pawła Goryńskiego i Bożeny Moskaiewicz, wydanej przez NIZP-PZH.

Szczególne podziękowania kierujemy do Prezes NFZ **Agnieszki Pachciarz**, Zastępcy Prezesa ds. Medycznych **Marcina Pakulskiego** oraz **Daniela Rutkowskiego** z Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ za udostępnienie przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2012.

Dziękujemy również **Stefanowi Bogusławskiemu**, Prezesowi Sequence HC Partners za udostępnienie danych dotyczących konsumpcji leków w roku 2012.





Spis treści

Wstęp	6
Streszczenie	8
Część 1. Polityka zdrowotna priorytetem politycznym państwa	14
1. Dlaczego polityka zdrowotna powinna być priorytetem państwa?	14
1.1. Zmiany demograficzne i migracyjne	14
1.2. Epidemiologia, ryzyko zdrowotne i koszty chorób	18
1.3. Nakłady na ochronę zdrowia	39
1.4. Bilans zasobów sektora zdrowotnego – stan obecny i wyzwania	44
1.5. Polityka społeczna, zasiłki chorobowe i renty	48
1.6. Rynek pracy, poziom i struktura zatrudnienia	49
1.7. Zdrowie a budżet państwa, konkurencyjność rynku i wzrost gospodarczy	51
1.8. Wnioski	51
2. Jak wyzwania związane ze zmianami demograficznymi przełożyć w rozwój sektora zdrowotnego gospodarki?	52
2.1. Jak zmiany organizacji systemu opieki medycznej i zasad finansowania świadczeń zdrowotnych mogą wpłynąć na zwiększenie poziomu zaspokajania potrzeb zdrowotnych?	53
2.2. Jakie zmiany wprowadzić na rynku pracy, aby służyły one utrzymywaniu ludzi w zdrowiu?	58
2.3. Koordynacja polityki zdrowotnej, społecznej i inwestycyjnej motorem rozwoju usług służących zdrowiu	61
2.4. Wnioski i rekomendacje	66
Część 2. Cele i priorytety zdrowotne państwa	67
1. Aktualne cele zdrowotne Polski	67
1.1. Ekspercka ocena realizacji zapisów ustawowych oraz rządowych dokumentów programowych	69
1.2. Ekspercka ocena realizacji wybranych działań	73
2. Analizy i prognozy kosztów leczenia wobec zmian demograficznych	79
2.1. Ocena stanu obecnego – stan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków	80
2.2. Co nas czeka – prognozy	88
2.3. Co możemy zmienić i jakie przyniesie to rezultaty – prognozy	91
2.4. Zmiany demograficzne a zapotrzebowanie na świadczenia i środki finansowe na leczenie	92
2.5. Potencjalne zmiany w obszarze szpitalnictwa	93
3. Cele i priorytety zdrowotne państwa – propozycje	96
Załącznik nr 1	104
Załącznik nr 2	114
Spis wykresów	120
Spis tabel	123
Spis rysunków	124
Literatura	126



Wstęp

Raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje” powstał w odpowiedzi na ocenę bieżącej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce. Jest on przede wszystkim oparty na wnioskach, jakie jego autorzy oraz konsultujący ich eksperci ochrony zdrowia, wybitni specjaliści z kluczowych dziedzin medycyny, a także politycy różnych opcji, wyciągnęli po analizie wyzwań stojących przed Polską. Wśród tych wyzwań jedną z kluczowych ról odgrywają zmiany demograficzne. **Ludność Polski starzeje się, żyjemy coraz dłużej, a jednocześnie od wielu lat rodzi się w naszym kraju za mało dzieci, aby zapewnić zastępowalność pokoleń.** Oznacza to wzrost kosztów leczenia i opieki nad osobami starszymi. Koszty te staną się w ciągu najbliższych 20-30 lat na tyle dużym obciążeniem dla osób w wieku produkcyjnym, że mogą zagrozić stabilności gospodarczej i bezpieczeństwu społecznemu Polski.

Koszty leczenia chorób cywilizacyjnych o charakterze przewlekłym, takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, cukrzyca, choroby mózgu, układu kostno-stawowego oraz oczu, występujące częściej u osób starszych, **staną się trudnym do udźwignięcia ciężarem dla Polski. Przeciętne wydatki publiczne na leczenie osoby w wieku powyżej 65. roku życia są już obecnie ponad trzykrotnie wyższe niż wydatki na osobę w wieku produkcyjnym. Mimo to, wiele wręcz elementarnych potrzeb zdrowotnych Polaków w podeszłym wieku nie jest zaspokajanych.** Ich stan zdrowia pogarsza się i tracą zdolność do samodzielnego życia, czekając często w wielomiesięcznych kolejkach do konsultacji, leczenia operacyjnego czy rehabilitacji. Skrajnym przykładem, przywoływanym w międzynarodowych porównaniach dla zobrazowania jak nieadekwatnie do potrzeb zorganizowany jest i finansowany polski system opieki medycznej, są kolejki do leczenia zaćmy. Koszty społeczne tej choroby, wynikające z ograniczeń samodzielności i jakości życia pacjentów, jako skutek opóźnienia operacji, są w tym przypadku szczególnie wysokie. Uderzają bezpośrednio w osoby najstarsze i ich rodziny, a de facto ponosimy je wszyscy, mimo że sama operacja zaćmy nie jest procedurą bardzo skomplikowaną ani drogą. Polscy pacjenci, zwłaszcza z najstarszych grup wiekowych, nie mają także porównywalnego z ich rówieśnikami z większości krajów UE dostępu do wielu innych terapii finansowanych ze środków publicznych. Jak temu zaradzić?

System ochrony zdrowia podzielony na sektory – opieki medycznej i opieki społecznej – w obecnym kształcie organizacji i zarządzania nie sprostą rosnącym potrzebom Polaków. Z uwagi na zmiany w proporcjach pomiędzy populacją niepracujących a pracujących system opieki medycznej będzie musiał dostarczać większą liczbę świadczeń przy mniejszych zasobach i ograniczonych środkach finansowych. Dodatkową presją na zwiększenie ilości środków niezbędnych do zakupu świadczeń będą rosnące oczekiwania w zakresie ich jakości. Dla zrównoważenia tych dwóch trendów **niezbędne będzie podniesienie efektywności i jakości opieki zdrowotnej, znalezienie racjonalnych proporcji pomiędzy finansowaniem świadczeń ze środków publicznych i prywatnych** oraz taka alokacja zasobów i kadr medycznych, która sprzyjałaby jak najpełniejszemu zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych.

W gronie ekspertów ochrony zdrowia, lekarzy, specjalistów zdrowia publicznego, ekonomistów i menedżerów świadomość problemów, z jakimi należy się zmierzyć, jest duża. Pojawiają się także coraz liczniejsze propozycje sposobów ich rozwiązania. Niestety, ze względu na liczne bariery prawne, administracyjne czy polityczne, ale także te, które głęboko tkwią w ludzkiej naturze, tylko nieliczne propozycje przekładają się na zmiany przynoszące poprawę sytuacji.

Starzejące się społeczeństwo to także wyzwanie dla rynku pracy. W wielu branżach podniesie się średnia wieku pracowników i zasadniczą kwestią dla ich „produktywności” i „efektywności” będzie prowadzenie przez firmy działalności w sposób sprzyjający utrzymaniu pracujących tam ludzi w jak najlepszym zdrowiu. Kwestia ta dotyczy nie tyle dalszej przyszłości, co najbliższych 20 lat. Odnosi się więc do osób aktualnie pracujących, będących obecnie w wieku 30-50 lat. Niezbędne jest więc **pilne wdrożenie skierowanych do tej populacji działań promujących zdrowy styl życia oraz podnoszących skuteczność interwencji medycznych.** Zastępowalność pokoleń w wielu dziedzinach gospodarki będzie przebiegała wolniej niż dotychczas, a pojęcie „silver economy” zagości na stałe w polskich przedsiębiorstwach, będąc na początku wyzwaniem, a z czasem normą.

Sprostanie wspomnianym wyżej wyzwaniom nie będzie możliwe, jeżeli atmosfera wokół zdrowia i jego ochrony nie ulegnie zmianie. **Zdrowie musi zacząć być rozumiane nie jako brak choroby, lecz jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny polskich**





obywateli. Należy uczynić je rzeczywistym priorytetem politycznym państwa, a jego ochronę przedmiotem troski i działań nie tylko ministra zdrowia, ale całego rządu, administracji państwowej i samorządowej, pracodawców, związków zawodowych oraz organizacji pozarządowych, a także każdego z nas z osobna. Już na etapie przedszkola i szkoły powinniśmy upowszechniać hasło: „**Health is wealth**” – „**Zdrowie to drogocenny skarb**”, dla każdego z nas, ale także dla nas wszystkich – naszych rodzin, społeczeństwa, gospodarki i państwa.

Kluczową kwestią jest ponadpartyjne i ponadresortowe podejście do zdrowia. „**Zdrowie we wszystkich politykach**” – motto zaczerpnięte z tytułu dokumentu fińskiego Ministerstwa Spraw Społecznych i Zdrowia¹ **winno stać się rzeczywistym, a nie jedynie deklaracyjnym kanonem działania polityków i wszystkich struktur administracji publicznej w Polsce: państwowej i samorządowej.** W odejściu od dotychczasowego traktowania ochrony zdrowia jako zadania wyłącznie ministra zdrowia pomoc powinno horyzontalne spojrzenie z wyższej perspektywy – prezesa Rady Ministrów – angażujące w realizację zadań zarówno szerokie grono ministrów, jak i ekspertów z różnych dziedzin.

Niezbędna jest też **koordynacja oraz ciągłość działań.** Obecnie wiele z realizowanych przez rząd aktywności ma charakter jednorazowych interwencji i reaktywnego działania w warunkach kryzysu. To, czego brakuje, to zaplanowanie i realizacja działań także w średnio- i długoterminowej perspektywie. **Dla prowadzenia skutecznej polityki zdrowotnej niezbędna jest długookresowa, horyzontalna strategia, wykraczająca swoją perspektywą poza jedną, a nawet dwie kadencje parlamentu, realizowana konsekwentnie i z determinacją przez kolejne rządy.** W sprawach zdrowia na szczeblu rządu i administracji publicznej, a także samorządu, **oprócz zarządzania wertykalnego niezbędna jest wielopłaszczyznowa współpraca i koordynacja, wykraczająca poza silosy resortów oraz poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego.** Potrzebny jest **silny lider, który zapewni koordynację działań, zorganizuje współpracę między różnymi interesariuszami**

opieki zdrowotnej oraz zajmie się skutecznym komunikowaniem opinii publicznej spójnych informacji. Tylko takie podejście do zdrowia jako priorytetu państwa da szansę na wdrożenie z sukcesem rozwiązań, które pozwolą sprostać wyzwaniom stojącym przed nami.

W dobie dynamicznych przemian społecznych zdrowie i jego ochrona, jako bezcenna wartość dla każdego człowieka, może stać się przedmiotem obywatelskiego zaangażowania zarówno wspólnoty, jak i każdego z nas z osobna, zgodnie z własnym wyborem. **Zdrowie jako wartość uniwersalna – dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny – w naturalny sposób powinno być priorytetem państwa służącego obywatelom.** Ulokowanie go na właściwym miejscu w polityce powinno przełożyć się na polepszenie warunków i jakości życia, ale także szerzej dobrobytu. Może przyczynić się do tego, że Polska będzie lepszym krajem, a jej obywatele zyskają.

Opracowanie strategii, o której wspomniano wyżej, **winno być oparte na rzetelnej eksperckiej analizie przeprowadzonej z udziałem wszystkich kluczowych interesariuszy systemu ochrony zdrowia,** winno także stać się przedmiotem głębokich społecznych konsultacji i publicznej dyskusji. Raport ten, przygotowany w oparciu o konsultacje z wybitnymi ekspertami ochrony zdrowia i politykami różnych opcji, prezentuje opinie i analizy, które – mamy nadzieję – przysłużą się do powstania niezbędnej długookresowej strategii Polski w zakresie ochrony zdrowia. Odpowiada także na szereg pytań – co i jak należy zacząć robić już teraz, aby w drodze krótko-, średnio- i długoterminowej ewolucji doszło do pożądanых zmian w systemie ochrony zdrowia. Ocenia system opieki zdrowotnej, stawia diagnozy dotyczące przyczyn jego problemów, a także w oparciu o kryteria epidemiologiczne, społeczne i gospodarcze proponuje sposób podejścia do wyznaczania priorytetów zdrowotnych państwa.

Mamy nadzieję, że zaproponowane w raporcie podejście i kierunki zmian w systemie ochrony zdrowia staną się przedmiotem publicznej dyskusji, czyniąc zdrowie rzeczywistym priorytetem politycznym państwa.

¹ K. Leppo, E. Ollila, S. Pena, M. Wismar, S. Cook, Health in All Policies. Seizing opportunities, implanting policies, Ministry of Social Affairs and Health Finland, National Institute for Health and Welfare, European Observatory on Health Systems and Policies, UNRISD, Ministry of Foreign Affairs of Finland, 2013.



Streszczenie

Zwiększanie się średniej długości życia i spadek dzietności, powodujące starzenie się społeczeństw, a równocześnie epidemia chorób cywilizacyjnych oraz związanych z wiekiem senioralnym, to wyzwania, jakim muszą stawić czoła współczesne społeczeństwa. Dotyczy to zwłaszcza Europy, w tym Polski.

Największy problem tkwi w tym, jak zaspokoić rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństw w sytuacji, kiedy na jedną osobę aktywną zawodowo będzie przypadało znacznie więcej niż dotychczas osób niepracujących. Sprostanie temu wyzwaniu jest niezwykle trudne, a kluczem jest utrzymanie zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego w jak najlepszym stanie, za jak najmniejsze pieniądze. W obliczu następujących już obecnie poważnych zmian wiele wskazuje na to, że realne nakłady na zdrowie mogą spadać. Raport ten, odwołując się do lokalnych uwarunkowań oraz porównując nasz kraj z innymi państwami, przede wszystkim Unii Europejskiej i rozwiązaniami tam zastosowanymi, próbuje sformułować odpowiedzi na czekające Polskę wyzwania.

Wywiady

Raport powstał w oparciu o wywiady i konsultacje z wybitnymi polskimi ekspertami różnych specjalności medycznych oraz ekonomiki zdrowia, a także z politykami różnych opcji politycznych, którzy poprzez udział m.in. w rządzie lub w sejmowej Komisji Zdrowia posiadli na ten temat szeroką wiedzę. Osoby te zgodziły się utworzyć Radę Konsultacyjną projektu, dzięki czemu w okresie kilku miesięcy autorzy raportu, jak i sami członkowie Rady, mieli możliwość rozmów i wymiany opinii na tematy związane z przyszłym kształtem raportu. Wśród specjalności medycznych, których reprezentanci weszli w skład Rady Konsultacyjnej, znalazły się: kardiologia, onkologia, choroby mózgu (tzn. neurologia i psychiatria), geriatria, zdrowie publiczne, choroby układu oddechowego, diabetologia i okulistyka. Dzięki temu obok polityki zdrowotnej państwa, jako głównego tematu raportu, znalazły się też analizy, wnioski oraz ogólne rekomendacje dotyczące kilku wybranych dziedzin medycyny, mających zasadnicze znaczenie dla stabilności i przyszłości polskiego systemu ochrony zdrowia. W kontekście prognozowanych zmian demograficznych oraz bieżących problemów sektora ochrony zdrowia szerzej opisane zostały w raporcie: choroby sercowo-na-

czyniowe (choroby układu krążenia – CHUK oraz udary mózgu), choroby nowotworowe, choroby mózgu, cukrzyca i choroby oczu.

Głównym przedmiotem wywiadów i analiz była polityka zdrowotna Polski od roku 1989 do chwili obecnej. Autorzy raportu chcieli poznać opinie zarówno reprezentantów świata medycznego, jak i polityków różnych opcji politycznych, czy zdrowie – rozumiane jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny – jest w Polsce traktowane przez państwo jako priorytet.

Konkluzja – zdrowie jest tylko deklaratywnym priorytetem państwa

W wyniku przeprowadzonych wywiadów, rozmów oraz dyskusji z członkami Rady Konsultacyjnej raportu, a także w oparciu o analizę polskich i zagranicznych dokumentów oraz literatury dotyczącej polityki zdrowotnej, autorzy wyciągnęli wniosek, że zdrowie, choć wielokrotnie po 1989 roku nazywane priorytetem, w rzeczywistości nie było traktowane w taki sposób przez żaden z kolejnych rządów. Taką opinię podzielała zdecydowana większość członków Rady Konsultacyjnej.

Co zrobić, by to zmienić?

Kolejnym etapem prac nad raportem było wspólne szukanie odpowiedzi na pytanie, co należy zrobić, aby zdrowie stało się rzeczywistym priorytetem politycznym w Polsce, a także jakie cele powinno się wyznaczyć w tym zakresie. W wyniku kolejnych rozmów i konsultacji z członkami Rady, a także własnych analiz i prognoz, autorzy raportu zaproponowali rekomendacje: jak sprawić, żeby zdrowie stało się priorytetem politycznym oraz jakie obszary dotyczące zdrowia powinny być w nadchodzących latach traktowane priorytetowo.

Czy prognozy demograficzne mogą być impulsem do zmian?

Istotnym elementem prac nad raportem była analiza dostępnych opracowań i dokumentów dotyczących różnych dziedzin medycyny, ważnych z punktu widzenia zdrowia Polaków, szczególnie w wieku senioral-



nym. Autorzy raportu chcieli zweryfikować tezę, czy zmiany demograficzne, starzenie się ludności i depopulacja kraju, a także stan zdrowia należy potraktować jako impuls do głębokich zmian w systemie ochrony zdrowia w naszym kraju. Zarówno wywiady z członkami Rady Konsultacyjnej, jak i analizy przeprowadzone przez autorów raportu potwierdziły, że demograficzne wyzwania, jakie stoją przed Polską, wymagają zasadniczych zmian w dotychczasowym podejściu do systemu ochrony zdrowia oraz konsekwentnego ich wprowadzania w kolejnych latach.

Analizy i prognozy

Na potrzeby całego projektu oraz tego raportu zbudowano model analityczny oraz prognostyczny obejmujący dane epidemiologiczne, demograficzne i finansowe, które pozwalają na wyciąganie wniosków z danych historycznych oraz formułowanie prognoz na przyszłość. Przeprowadzono także analizy demograficzne w oparciu o dane i prognozy Głównego Urzędu Statystycznego do 2035 roku. Wykorzystano również dane dotyczące oczekiwanej długości życia pochodzące z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Kolejnym obszarem była analiza konsumpcji i kosztów wybranych świadczeń zdrowotnych w podziale na wiek i płeć pacjentów, przeprowadzona w oparciu o dane za lata 2009-2012, udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz dane dostarczone przez Sequence HC Partners (w obszarze wydatków na leki). Przeanalizowano także dane o kolejkach do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, dostępne na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia. W raporcie skorzystano również z danych Ministerstwa Zdrowia, dotyczących funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Powyższe dane posłużyły do wykonania prognoz kosztów świadczeń zdrowotnych do 2035 roku, uwzględniających starzenie się ludności Polski. W ramach prac na raporcie opracowano także koncepcję zmian w opiece medycznej oraz model prognostyczny służący do wyliczeń ich wpływu na zapotrzebowanie na łóżka w szpitalach ogólnych. Wykonano też prognozy w trzech scenariuszach, dotyczące leczenia zaćmy jako szczególnie niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej dotyczącej głównie starszej generacji Polaków.

Struktura raportu

Raport składa się z dwóch części. Pierwsza z nich – *Polityka zdrowotna priorytetem politycznym państwa* – zawiera informacje i analizy dotyczące najważniejszych zmian demograficznych: starzenia się i depopulacji Polski. Są w niej opisane konsekwencje, jakie te

zmiany niosą dla systemu opieki zdrowotnej, w tym medycznej i społecznej, a także dla rynku pracy, relacji społecznych i gospodarki. Prezentowane są także informacje o stanie zdrowia ludności Polski, głównych ryzykach zdrowotnych i kosztach chorób.

Raport w pierwszej części opisuje aktualny system opieki zdrowotnej, jego finansowanie, wady i zalety oraz wyzwania, jakie przed nim stoją wobec niskiej efektywności, niedoborów kadrowych i niezgodnej z potrzebami alokacji środków finansowych. Prezentuje dane GUS i ZUS na temat polskiego rynku pracy oraz kosztów wypłaty rent i zasiłków chorobowych. Wskazuje, że zdrowie ludności jest ważnym czynnikiem wpływającym na konkurencyjność gospodarki, dobrobyt kraju i jego mieszkańców. We wnioskach podkreśla, że w najbliższych latach niezbędna jest zmiana sposobu myślenia o zdrowiu i jego ochronie. Konieczne jest przekierowanie działań: z dotychczas skoncentrowanych na medycynie naprawczej do profilaktyki i prewencji. Zasadnicze znaczenie dla skuteczności tych działań będzie miała edukacja nakierowana na indywidualną odpowiedzialność za zdrowie. Sprawa ta winna stać się przedmiotem debaty publicznej oraz znaleźć odbicie w zasadach finansowania opieki medycznej.

W ciągu najbliższych 30 lat będziemy zmagać się z rosnącymi kosztami chorób związanych z wiekiem, m.in.: układu sercowo-naczyniowego, mózgu, cukrzycy, nowotworów. Z uwagi na zmiany w proporcjach pomiędzy populacją niepracujących i pracujących, a także wzrost oczekiwań społecznych, staniemy przed koniecznością dostarczania większej liczby świadczeń o wyższej jakości, przy jednocześnie mniejszych zasobach i ograniczonych środkach finansowych. Wyzwaniem będzie zatem efektywność i jakość opieki zdrowotnej, a także znalezienie racjonalnych proporcji pomiędzy finansowaniem świadczeń ze środków publicznych i prywatnych oraz alokacją zasobów i kadr medycznych.

Kluczową rolę w kształtowaniu i wspieraniu takich postaw odgrywa polityka państwa, która zdrowie powinna uczynić priorytetem politycznym. Priorytetem, którego odzwierciedleniem powinna być długoterminowa, konsekwentnie realizowana strategia społeczna i gospodarcza, obecna w każdej polityce, poczynając od centralnego szczebla państwa, a skończywszy na gminie. Zdrowie rozumiane jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, obecne w polityce jako jeden z najważniejszych priorytetów, przekłada się na rozwój i dobrobyt całego społeczeństwa. Umiejscowienie go już teraz w centrum myślenia o przyszłości i oczekiwaniach Polaków pozwoli, zdaniem autorów, na stopniowe i ewolucyjne dojście do rozwiązań, które będą zaspokajały zmieniające się potrzeby Polaków.

W drugim punkcie części *Polityka zdrowotna priorytetem politycznym państwa* są zaprezentowane obszary – opieki medycznej, społecznej, rynku pracy,



przemysłu i usług – w których zmiany i inwestycje mogą lepiej niż dotychczas służyć zdrowiu. Autorzy prezentują propozycje potrzebnych zmian w organizacji systemu opieki medycznej, dostosowujących go do zmian demograficznych. Głównym, proponowanym kierunkiem jest przesunięcie leczenia ze szpitali do specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego i podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z hasłem – kto nie musi, nie powinien leżeć w szpitalu. W punkcie tym przedstawiona jest także propozycja działań, które zapewniłyby ciągłość i koordynację opieki nad pacjentem. Jest w nim mowa o miarach efektywności, benchmarkingu finansowym i operacyjnym szpitali, a także planowaniu inwestycji.

System opieki medycznej powinien być oparty na zasadach stosowności, subsydiarności i substytucji, w którym skuteczne i wysokiej jakości leczenie odbywa się na możliwie najniższym szczeblu opieki medycznej, dzięki praktycznemu stosowaniu compliance i adherence, substytucji generycznych, a tam, gdzie wymaga tego stan zdrowia pacjenta, leków innowacyjnych i zindywidualizowanej terapii. W punkcie tym znajdują się także propozycje dotyczące rynku pracy i roli pracodawców, których wprowadzenie na szeroką skalę może przyczynić się do wydłużenia życia w zdrowiu. Ważnym obszarem rozważań autorów są te, które wiążą się z sektorem zdrowia, a które nie dotyczą wyłącznie opieki medycznej i społecznej, ale także edukacji, przemysłu czy usług. Autorzy uzasadniają, dlaczego warto inwestować w zdrowie, także poprzez inwestycje w kadry medyczne, nie ograniczając ich wyłącznie do lekarzy i pielęgniarek, ale także szerzej – w specjalistów zdrowia publicznego, edukatorów zdrowotnych czy dietetyków.

Punkt ten kończy się wnioskami i rekomendacjami – **zdrowie musi być w centrum uwagi państwa i jego instytucji, musi stać się ważne nie tylko w sferze deklaracji, ale w codziennym życiu każdego z nas**. Wspieranie takich postaw przez zorganizowane działania państwa, samorządu terytorialnego czy organizacji pozarządowych przyniesie efekty.

Druga część – *Cele i priorytety zdrowotne państwa* – wychodząc od analizy dotychczasowej polityki zdrowotnej państwa oraz aktualnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych Polaków, kreśli propozycję rozwiązań mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Przedstawia oceny zebrane podczas konsultacji i wywiadów nt. realizacji zapisów Konstytucji RP dotyczących zdrowia oraz aktualnie realizowanego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Formułuje rekomendacje, w jaki sposób zdrowie uczynić rzeczywistym priorytetem państwa, a także proponuje, jakie

obszary ochrony zdrowia i medycyny naprawczej winny być pierwszoplanowymi w kolejnym Narodowym Programie Zdrowia.

Skrót części pierwszej – Polityka zdrowotna priorytetem politycznym państwa

Polska, mimo znacznego postępu dokonanego w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej, wciąż różni się od większości krajów Unii Europejskiej pod względem oczekiwanej długości życia. W stosunku do średniej UE jest ona o 4,8 roku krótsza dla mężczyzn (średnia długość życia Polaka to 72,4 roku) i 2,1 roku dla kobiet (średnia długość życia Polki to 80,9 roku)². Niepokojąco wysokie są dysproporcje w stanie zdrowia osób o różnym wykształceniu, np. 30-letni mężczyzna z wykształceniem wyższym żyje w Polsce o 12 lat dłużej od swojego rówieśnika z wykształceniem zawodowym. W większości krajów UE różnice te są znacznie mniejsze. Polska boryka się też z problemem niskiej dzietności – obecny, na poziomie 1,38, nie pozwala na zastępowalność pokoleń, która wymaga, by na statystyczną Polkę w wieku rozrodczym przypadało nieco ponad dwoje dzieci. Jeżeli sytuacja w tym zakresie się nie poprawi, to do 2035 roku znacząco wzrośnie współczynnik obciążenia demograficznego (tj. liczba osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym): z 55 odnotowanego w 2010 roku do 74 w 2035 roku. Zjawisko to będzie miało niekorzystny wpływ na gospodarkę i będzie powodować wzrost kosztów pracy.

W zakresie skuteczności wykrywania i leczenia najważniejszych chorób, m.in. układu krążenia, mózgu, oczu oraz nowotworów i cukrzycy. Polska także znacznie odstaje od innych krajów Unii. Szczególnie złą sytuację obserwuje się w dziedzinie chorób nowotworowych – Polska przy niskiej zapadalności na nie, ma też jednak niską przeżywalność chorych. W leczeniu zaćmy poziom niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków jest wręcz zatrważający – liczba pacjentów czekających w kolejce do zabiegu wynosiła na koniec 2012 roku aż 388 tys.

Stan zdrowia populacji ma także wymiar ekonomiczny. Choroby to nie tylko koszty bezpośrednie związane z ich leczeniem, ale także pośrednie, związane ze stratami w produkcji i przychodach z usług. W przypadku wielu chorób szybkie i skuteczne leczenie jest o wiele tańsze niż potencjalne straty spowodowane jego opóźnieniem. Dane ZUS wskazują, że wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2010 roku wyniosły aż 28,7 mld zł, co stanowiło 2% PKB.

Jak wynika z koncepcji pól zdrowia opracowanej przez Marca Lalonde'a, zdrowie człowieka zależy w 50% od stylu życia, w 20% od środowiska fizycznego i społecznego, pracy i nauki, w kolejnych 20% od czyn-

² B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP – PZH, 2012.





ników genetycznych, a tylko w 10% od działania systemu ochrony zdrowia. Najważniejszymi czynnikami ryzyka chorób stanowiących główne zagrożenie zdrowotne dla polskiej populacji są złe nawyki żywieniowe, palenie tytoniu i niska aktywność fizyczna. Ponad jedna piąta Polaków nie jada śniadania, a przynajmniej trzech posiłków każdego dnia kolejne 24%. Polacy jedzą tylko 56 kg owoców rocznie na osobę, wobec blisko dwukrotnie wyższej średniej unijnej (103 kg w 2009 roku). Spożycie warzyw jest z kolei w naszym kraju wyższe niż w UE, ale wynika to głównie z jedzenia ziemniaków.

Zatrważające są dane na temat dziennej aktywności ruchowej polskiej młodzieży. O ile w grupie wiekowej 11-12 lat wystarczającą aktywność ma 31% chłopców i 23% dziewcząt, to już w wieku 17-18 lat wartości te spadają odpowiednio do 18% i 4%. W połączeniu ze złymi nawykami żywieniowymi wywołuje to już w młodości, a potem w dorosłym życiu problem nadwagi i otyłości. Aż 20% polskich chłopców i 14,5% dziewcząt cierpi na nadwagę i otyłość³, a wśród dorosłych ma ją już ponad 61% mężczyzn oraz ponad 44% kobiet.

Poważne, negatywne skutki zdrowotne powodują też używki. Choć Polacy rzadziej palą wyroby tytoniowe niż chociażby dekadę temu, to nadal częściej niż przedstawiciele innych narodów. 31% mężczyzn i 18% kobiet naraża swoje zdrowie, zwiększając ryzyko wystąpienia m.in. chorób układu krążenia i nowotworów. Niepokojącą informacją jest wzrost odsetka palących kobiet w wieku 15-19 lat. W tej sytuacji potrzebne są bardzo intensywne działania zapobiegawcze, lecz niestety, Ministerstwo Finansów i Ministerstwo Zdrowia nie wywiązują się w tym zakresie nawet z ustawowych obowiązków.

Polska wydaje na zdrowie znacznie mniej, niż większość krajów UE, a na dodatek mniej efektywnie. Jak wskazują eksperci OECD, stosunkowo niskie nakłady na zdrowie, bo wynoszące tylko 7% PBK, są aż w ok. 21% marnotrawione (1,5% PKB). Polska ochrona zdrowia kładzie zbyt duży nacisk na opiekę szpitalną, brakuje w niej informacji dla pacjentów o jakości leczenia, która mobilizowałaby do podnoszenia poziomu udzielanych świadczeń. Brak jest koordynacji pomiędzy lecnictwem ambulatoryjnym a szpitalnym, bardzo mało zabiegów wykonywanych jest w ramach chirurgii jednego dnia, nie wykorzystuje się też narzędzi zarządczych mogących przynieść oszczędności, np. w postaci grup zakupowych. Duży problem już obecnie stanowi dostępność do personelu medycznego. Polska ma jedno z najniższych w UE współczynników lekarzy i pielęgniarek na 100 tys. mieszkańców, a średnia wieku w tych grupach zawodowych świadczy o tym, że narastać będzie problem z dostępem do opieki medycznej. W grupach zawodowych personelu technicznego, a także pracowników socjalnych czy re-

habilitantów, sytuacja jest jeszcze gorsza. Może ulec też dalszemu pogorszeniu w razie emigracji pracowników ochrony zdrowia do krajów oferujących lepsze warunki, niż są dostępne w Polsce.

Przedstawione w pierwszej części raportu informacje stanowią powód do bardzo dużego niepokoju. Polska w ciągu nadchodzących 50 lat z kraju stosunkowo młodego zmieni się w kraj, w którym udział w populacji osób w wieku powyżej 65. roku życia może sięgnąć nawet 35%. Dodatkowo czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych związane ze stylem życia są w Polsce bardzo mocno rozpowszechnione. Bez podjęcia skutecznych działań, będziemy mieli do czynienia z narastaniem epidemii chorób cywilizacyjnych. Sumowanie się tych dwóch negatywnych zjawisk będzie prawdopodobnie dla polskiej gospodarki ciężarem nie do udźwignięcia. Jeśli do tego wszystkiego doda się marnotrawstwo środków, jakie ma miejsce w polskiej ochronie zdrowia, widać wyraźnie, że konieczna jest jak najszybsza zmiana stanu rzeczy.

Skrót części drugiej – Cele i priorytety zdrowotne państwa

Wiele cennych inicjatyw podejmowanych od lat w polskiej ochronie zdrowia kończy się na etapie przyjęcia programów oraz innych dokumentów i nie ma kontynuacji w postaci konkretnych działań, a tym bardziej ich rezultatów. Działania te są bowiem rozproszone, słabo zarządzane, nie mają nadanego odpowiedniego priorytetu. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 na niektórych polach osiągnął sukcesy, ale wydaje się, że bilans tego, co się udało, a co nie, niestety nie napawa optymizmem.

W tej części raportu znajdują się oceny własne autorów, a także członków Rady Konsultacyjnej, zarówno zapisów Konstytucji RP dotyczących zdrowia, jak i realizacji aktualnego Narodowego Programu Zdrowia. Obydwa te dokumenty, choć zupełnie innej rangi, są wyznacznikami kierunków polityki zdrowotnej w Polsce. W raporcie przedstawiona jest ekspercka ocena dwóch pierwszych celów NPZ 2007-2015, dotyczących chorób sercowo-naczyniowych, m.in. udarów mózgu oraz chorób nowotworowych. Wskazane są także propozycje usprawnień ich realizacji.

W tej części raportu oraz dwóch załącznikach do niej przedstawione są analizy dostępności do świadczeń zdrowotnych związanych z chorobami układu krążenia, nowotworami, chorobami neurologicznymi, cukrzycą oraz chorobami oczu. Prezentują one dane dotyczące obecnego stanu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków. W dalszej części zamieszczona jest również ogólna prognoza możliwości ich zaspokojenia

³ KPMG, Fundacja Nutricia, Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nalogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, Warszawa 2012, s. 56.



w latach 2015-2035, gdy znacząco zmieniać się będzie struktura demograficzna ludności Polski. Posłużyły do tego dane udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia, które dotyczą realizacji świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2012 oraz prognoza GUS liczby ludności Polski na lata 2008-2035. Analizując dane Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2009-2012 dotyczące długości kolejek do poradni specjalistycznych, oddziałów szpitalnych oraz zabiegów operacyjnych z różnych dziedzin medycyny, a także danych epidemiologicznych dotyczących zachorowalności na różne choroby, zwrócono uwagę, że przypadek zaćmy jawi się jako skrajny przykład niedostosowania wielkości środków publicznych oraz organizacji opieki medycznej do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych Polaków. Zarówno analiza stanu obecnego, jak i prognozy zaprezentowane w raporcie, wskazują jak dramatyczna jest różnica pomiędzy potrzebami a stanem ich zaspokajania w ramach środków publicznych. Projekcje dotyczące leczenia zaćmy, które są zaprezentowane w Załączniku nr 2 oraz w dalszej części raportu, wskazują jednoznacznie, że problem niezaspokojonych potrzeb leczenia tej choroby w Polsce będzie nieuchronnie narastał do rozmiarów, które już dzisiaj wydają się być nieakceptowalne w świetle zapisów polskiej Konstytucji, jak i podstawowych praw człowieka. Z przeprowadzonych projekcji dostępności do leczenia zaćmy, jako choroby związanej z wiekiem, wyraźnie widać, że rozwiązanie tego problemu należy umieścić w planach polityki senioralnej Polski. Autorzy raportu na podstawie przeprowadzonych analiz oraz stanu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, a także wywiadów i konsultacji z członkami Rady Konsultacyjnej wyciągnęli wnioski i zaproponowali kierunki zmian zarówno w całym systemie ochrony zdrowia, jak i poszczególnych analizowanych dziedzinach.

Ochrona zdrowia w Polsce wymaga istotnych zmian strukturalnych, które mocno odbijają się na sektorze szpitalnym, obecnie nadmiernie rozwiniętym. Od 1999 roku, kiedy zostało wprowadzone ubezpieczenie zdrowotne, liczba łóżek uległa zmniejszeniu tylko w niewielkim stopniu i obecnie w szpitalach ogólnych wynosi 48,2 na 10 tys. mieszkańców wobec 35, co miało być osiągnięte do końca 2005 roku jako cel wyznaczony przez ekspertów z Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia.

Autorzy raportu przeprowadzili wyliczenia możliwej redukcji łóżek szpitalnych w szpitalach ogólnych, która byłaby skutkiem dopasowania zasobów szpitali do potrzeb ludności Polski, podniesienia wskaźnika wykorzystania łóżek i skrócenia czasu pobytu pacjentów, wzrostu liczby zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia oraz lepszej opieki ambulatoryjnej. Duże korzyści przyniosłoby także udostępnienie pacjentom nowoczesnych leków, a także poprawa compliance i adherence farmakoterapii. Zmiany te przełożyłyby się na 33% redukcję liczby łóżek szpitali ogólnych, czyli likwidację ok. 61 tys. łóżek, z czego część można

by przekształcić w bazę dla zakładów opieki długoterminowej. Dodatkowe korzyści przyniosłaby informatyzacja sektora ochrony zdrowia oraz wprowadzenie nowoczesnych sposobów zarządzania i centrów usług wspólnych. Zaproponowane zmiany doprowadziłyby do wielomiliardowych oszczędności przy równoczesnej poprawie bezpieczeństwa i wyników leczenia.

W wyniku zmian demograficznych, niezbędne będzie podniesienie do 2035 roku nakładów na zdrowie aż o 52%. Pozwoli to jednak jedynie na utrzymanie poziomu zaspokojenia świadczeń zdrowotnych na obecnym poziomie. W obliczu wzrostu obciążenia demograficznego trudno jest zakładać, że polska gospodarka udźwignie ten ciężar bez zasadniczych reform systemu ochrony zdrowia i ustanowienia zdrowia priorytetem. Tworząc nowe podejście do spraw zdrowia w Polsce, powinniśmy inspirować się wytycznymi międzynarodowych organizacji będących autorytetami w tym zakresie (WHO, UE). Zalecają one poprawę stanu zdrowia całego społeczeństwa i zmniejszanie nierówności w zdrowiu oraz poprawę jakości przywództwa i zarządzania uczestniczącego, a więc innymi słowy wpływ pacjentów na system. Instytucje te wskazują, że działania rządów w celu skutecznej realizacji inwestycji w zdrowie powinny skupić się na głównych czynnikach ryzyka zdrowotnych.

Cele i priorytety zdrowotne – rekomendacje i propozycje

W oparciu o przeprowadzone analizy wydaje się, że rozwiązanie problemów dotyczących zdrowia winno opierać się na kilku głównych rekomendacjach, które sprawią, że zdrowie stanie się rzeczywistym priorytetem państwa: powinny być one, między innymi, podstawą nowego Narodowego Programu Zdrowia.

- 1. Zdrowie ważnym elementem polityki wszystkich resortów i całego rządu.**
- 2. Promocja zdrowego stylu życia, profilaktyka chorób cywilizacyjnych.**
- 3. Podniesienie efektywności systemu opieki medycznej.**
- 4. Integracja opieki medycznej z opieką społeczną.**
- 5. Zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i swoich najbliższych.**
- 6. Partycypacja obywateli i interesariuszy systemu, dialog społeczny i silne przywództwo liderów warunkiem poprawy stanu zdrowia Polaków.**

Propozycje priorytetów zdrowotnych nowego Narodowego Programu Zdrowia

Autorzy raportu proponują rozważenie wyboru tylko kilku kluczowych celów, ale w zamian pełną koncentrację na ich pełnej realizacji. Mogłoby to przynieść





lepsze rezultaty niż obecne rozproszenie działań na kilkadziesiąt celów NPZ. Działania zmierzające do realizacji jednego celu byłyby sprzężone z realizacją pozostałych. Celami tymi powinny być:

- 1. Promocja zdrowego stylu życia.**
- 2. Zdrowe starzenie się.**
- 3. Zmniejszenie zachorowalności, skutków niepełnosprawności lub przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych: cukrzycy, chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu, nowotworów złośliwych, chorób mózgu, chorób układu oddechowego i przewlekłych chorób układu kostno-stawowego.**

Autorzy raportu uważają, że największy nacisk w zakresie polityki zdrowotnej przyszłego Narodowego Programu Zdrowia należy położyć na promocję zdrowego stylu życia – prawidłową dietę, walkę z uzależnieniami (wyroby tytoniowe, alkohol) oraz promocję aktywności fizycznej, a w zakresie zdrowego starzenia się zapewnienie osobom w wieku senioralnym takiej dostępności do leczenia w warunkach adekwatnych do ich stanu zdrowia, aby w możliwie najpełniejszym stopniu mogły one samodzielnie żyć w lokalnych zintegrowanych międzygeneracyjnie środowiskach. Takie podejście wymaga zorganizowanych i skoordynowanych działań z silnymi liderami, a także zmian w organizacji i finansowaniu systemu ochrony zdrowia,

które m.in. zagwarantują dostęp do świadczeń zdrowotnych w czasie nie dłuższym niż 2 miesiące. W przypadku nowotworów czas od postawienia diagnozy do wdrożenia leczenia nie powinien być dłuższy niż 6 tygodni. Już teraz należy rozpocząć debatę na ten temat, a także przygotować zmiany organizacyjne i finansowe w systemie, które pozwolą na praktyczną realizację takich standardów. Autorzy raportu uważają, że wobec ewidentnego zapóźnienia Polski w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia, najwyższa pora, aby po tym, jak z dobrymi rezultatami inwestowano w kardiologię, przyszedł czas na inwestycje w równie dobrze zorganizowane i dostępne leczenie nowotworów, a także cukrzycy. Usprawnienia w zakresie celów związanych z chorobami sercowo-naczyniowymi oraz kompleksowe podejście do kardiologii i udarów mózgu, jakie zaproponowano w raporcie, powinno, przy stosunkowo niskich nakładach, dać oczekiwane rezultaty.

W polityce senioralnej ważnym elementem postulowanych przez nas rozwiązań jest zapewnienie osobom w podeszłym wieku realnego, a nie deklaratywnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. W ramach wdrażanych rozwiązań trzeba znaleźć miejsce i odpowiednie do potrzeb środki, tak na leczenie geriatryczne, jak i leczenie zaćmy. Wydaje się, że wskazane w raporcie rozwiązania są w stanie zaspokoić wystarczające środki na te cele.



Część 1. Polityka zdrowotna priorytetem politycznym państwa

W tej części raportu zawarte zostały informacje i analizy dotyczące najważniejszych zmian demograficznych: starzenia się i depopulacji Polski. Opisane też zostały konsekwencje, jakie te zmiany niosą dla systemu opieki zdrowotnej, w tym medycznej i społecznej, a także dla rynku pracy, relacji społecznych i gospodarki. Wychodząc od prezentacji bieżącej sytuacji oraz prognoz demograficznych, wskazujemy na coraz bardziej pilną potrzebę poważnej debaty publicznej na temat ochrony zdrowia w Polsce. Niezbędne jest wspólne zaangażowanie najwyższych władz Polski: prezydenta, premiera, rządu i parlamentu w celu określenia i podziału zadań w różnych obszarach funkcjonowania państwa, związanych ze zdrowiem.

W dalszej części autorzy raportu podejmują się pokazania, jak ważny dla polskiej gospodarki stanie się sektor zdrowotny. Szukają odpowiedzi na pytania: co, jak i dlaczego należy zrobić, by zagrożenia wynikające ze zmian demograficznych przekuć w impuls do pozytywnych zmian oraz inwestycje w zdrowie wpływające na podniesienie kapitału ludzkiego, społeczne go i gospodarczego Polski.

Raport wskazuje na gałęzie gospodarki, przemysłu i usług, które pośrednio i bezpośrednio mogą służyć zdrowiu obywateli, a których rozwój winien być traktowany przez państwo jako jeden z kluczowych celów politycznych, służących interesowi narodowemu Polaków. Raport wskazuje, w oparciu o doświadczenia z innych krajów oraz hipotezy autorów, rozwój których usług i obszarów może generować nowe miejsca pracy, a także przyczynić się do wzrostu gospodarczego. W ten sposób raport wskazuje na obszary, w które zarówno państwo, jak i prywatni przedsiębiorcy powinni inwestować. Raport podkreśla ponadto, że inwestycje prywatne służące zdrowiu winny być wspierane polityką gospodarczą państwa, o ile pomagają mu w realizowaniu swoich zadań zgodnie z konstytucyjną zasadą pomocniczości. Przykładem są inwestycje w szkolnictwo, badania naukowe i przemysł farmaceutyczny, w infrastrukturę oraz usługi służące leczeniu, rehabilitacji czy opiece długoterminowej.

Korzystając z przykładów innych krajów, gdzie dużo wcześniej zauważono podobne do polskich problemy dotyczące chorobowości i umieralności, a także starzejących się społeczeństw i rosnących kosztów medycznych, autorzy wykazują, że dobrze zaplanowa-

ne i zorganizowane działania na wielu polach wpływających na zdrowie, przynoszą pożądane efekty.

Ta część raportu kończy się wnioskami, że zmiany demograficzne i związane z nimi koszty ekonomiczne i społeczne nakazują zmienić w Polsce paradygmaty dotyczące zdrowia. Należy zabiegać o życie w zdrowiu, a nie tylko walczyć z chorobami. Zdaniem autorów, nieodzowną drogą do tego celu jest debata publiczna na temat wagi indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie. Obecnie kwestia indywidualnej odpowiedzialności jest zbyt słabo akcentowana, a bez wykorzystania jej potencjału, w postaci zmiany stylu życia, nie będzie możliwe w przyszłości zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji. Konieczne będzie także określenie granic odpowiedzialności indywidualnej i zbiorowej, a także uwzględnienie tej kwestii w polityce podatkowej, edukacji, normach regulujących rynek pracy i medycynę pracy oraz w zasadach finansowania świadczeń zdrowotnych.

1. Dlaczego polityka zdrowotna powinna być priorytetem państwa?

1.1. Zmiany demograficzne i migracyjne

Zgodnie z „Prognozą ludności na lata 2008–2035” opublikowaną przez GUS⁴ w 2009 roku struktura ludności Polski w okresie najbliższych 20 lat istotnie się zmieni. **Polacy żyją coraz dłużej, a jednocześnie od wielu lat w naszym kraju rodzi się coraz mniej dzieci. Na skutek tych zjawisk w najbliższych dwóch dekadach liczba ludności Polski będzie się zmniejszać, a społeczeństwo w szybkim tempie starzeć.** Dopro-wadzi to do zasadniczej zmiany struktury wiekowej. Proces przyspieszonego starzenia się uwidaczniają m.in. prognozy dotyczące wydłużania się okresu przeciętnego dalszego trwania życia (z 79,8 roku dla kobiet i 71,4 roku dla mężczyzn w 2010 roku do odpowiednio 82,9 roku i 77,1 roku w 2035 roku). **Dodatkowym negatywnym z punktu widzenia demografii Polski zjawiskiem są migracje Polaków za granicę, dotyczące**

⁴ Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, 2009.





Tabela 1. Ludność Polski (w mln osób)

Grupa wiekowa	2010	2015 (p)	2020 (p)	2025 (p)	2030 (p)	2035(p)	2010/2030 (p)	2010/2035 (p)
Do 14 lat	5,7	5,8	5,9	5,6	5,0	4,6	-12,0%	-19,3%
15-19 lat	2,4	1,9	1,8	2,0	2,0	1,9	-16,0%	-20,8%
20-29 lat	6,1	5,0	4,3	3,7	3,7	4	-39,1%	-34,4%
30-39 lat	5,8	6,3	6,0	5,2	4,3	3,7	-25,4%	-36,2%
40-49 lat	4,8	5,1	5,7	6,2	5,9	5	23,5%	4,2%
50-59 lat	5,8	5,0	4,5	4,8	5,5	6	-5,2%	3,4%
60-69 lat	3,7	5,0	5,1	4,7	4,2	4,4	12,9%	18,9%
70-79 lat	2,5	2,4	2,9	3,8	4,1	3,8	66,4%	52,0%
80 lat i więcej	1,3	1,5	1,6	1,5	2,0	2,5	52,6%	92,3%
Ludność ogółem	38,1	38,0	37,8	37,4	36,8	35,9	-3,4%	-5,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Prognozy ludności na lata 2008-2035 przygotowanej przez GUS; http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm; (p) - prognoza

w dużej mierze osób w wieku rozrodczym. Z wyżej wymienionych powodów będziemy obserwować wzrost grupy osób w wieku poprodukcyjnym i zmniejszanie się grupy dzieci do lat 14. **Udział osób w wieku 60+/65+ w strukturze ludności ogółem wzrośnie z 16,8% do 26,7%**, przy czym w miastach z 17,6% do 27,8%, a na wsi z 15,6% do 25,2%^{5,6}.

Najbardziej spektakularny wzrost nastąpi w grupie wiekowej 70+. W okresie objętym prognozą zwiększy się ona z 3,8 mln do 6,3 mln osób. Udział osób w wieku 75+ w populacji wzrośnie w tym czasie z 6,4% do 12,5%. Od 2021 roku obserwować będziemy także spadek liczby osób w wieku produkcyj-

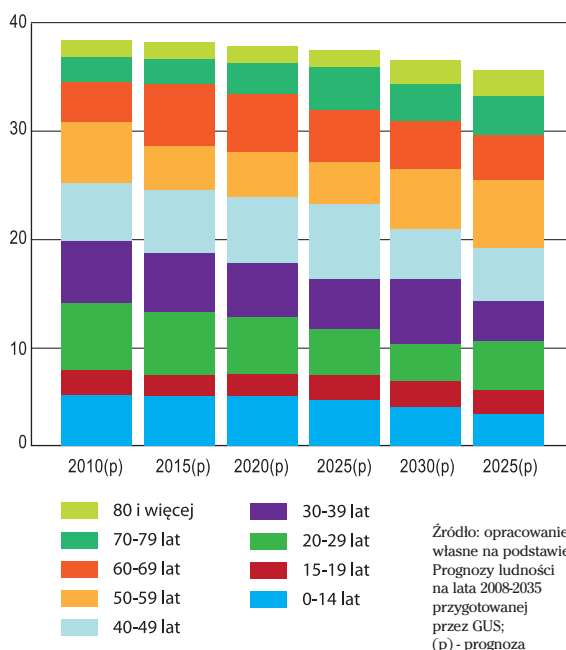
nym. Tym samym **współczynnik obciążenia demograficznego** (tj. liczba osób nieaktywnych lub biernych zawodowo, czyli w wieku nieprodukcyjnym – dzieci w wieku 0-14 lat oraz osób w wieku 60 lub 65 lat i więcej – na 100 osób w wieku produkcyjnym 15 - 59 lub 64 lata) **wzrośnie w latach 2010-2035 z 55 do 74**⁷.

Prognozowane zmiany demograficzne będą miały daleko idące konsekwencje społeczne i ekonomiczne⁸. Wśród kluczowych należy wymienić te związane ze zdrowiem – potrzebami leczniczymi oraz opiekuńczymi starzejącej się ludności. Prognozuje się, że w całym okresie 2010-2035 rosnąć będzie liczba osób w najstarszej grupie wiekowej, a więc w wieku 80 lat i więcej. W 2030 roku będzie ona liczyć 2 mln, a 2035 roku może zbliżyć się do 2,6 mln osób, podczas gdy w 2010 roku liczyła zaledwie 1,3 mln osób. Zjawisko podwójnego starzenia się ludności (wzrostu grupy osób w wieku 80+ wymagających stałej opieki) bez wątpienia będzie dodatkowym ogromnym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej i całego społeczeństwa.

Równocześnie zmaleje grupa osób w wieku 15-39, a więc osób produktywnych i na ogół w dobrym zdrowiu, które nie wymagają kosztownego leczenia. W okresie 2010-2035 liczba osób w wieku produkcyjnym (licząc wg dotychczasowego wieku emerytalnego 60/65 i danych dostępnych w Prognozie GUS) zmniejszy się z 25,6 mln do 20,7 mln osób, czyli z 64,5% do 57,6% ogółu ludności Polski.

Zjawisko starzenia się ludności wg prognoz Eurostat będzie dotyczyło wszystkich krajów Unii Europejskiej, jest to zatem wyzwanie nie tylko dla polskiego społeczeństwa i gospodarki. W wielu krajach europejskich świadomość tych procesów jest jednak dużo większa niż w Polsce. Od lat przygotowują się one do wyzwań demograficznych, podejmują działania w zakresie różnych obszarów życia społecznego i znają już

Wykres 1. Ludność Polski (w mln osób).



⁵ J. Szyborski, Demografia starzejącego się społeczeństwa, w: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), Zdrowe starzenie się: Biała Księga, Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2013, s. 14-17.

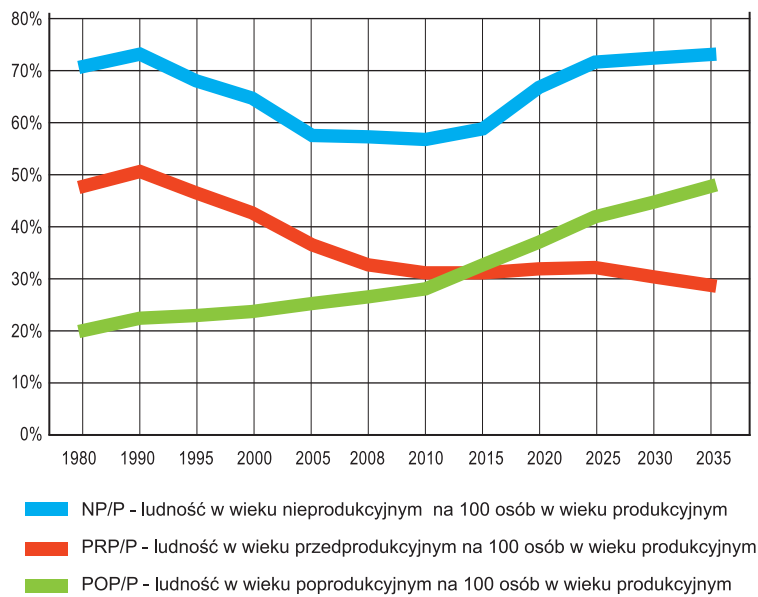
⁶ Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, 2009.

⁷ J. Szyborski, Demografia starzejącego się społeczeństwa, w: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), Zdrowe starzenie się: Biała Księga, Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2013, s. 14-17.

⁸ Rządowa Rada Ludnościowa, Biuletyn 55, A. Potrykowska, E. Orzełek (red.), 2010.



Wykres 2. Obciążenie demograficzne.



Źródło: opracowanie własne za Kryńska E.; Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy – aspekty gospodarcze; s.31; w Biuletyn 55; Rządowa Rada Ludności 2010; za GUS.

ich efekty. Dlatego analizując te działania, możemy zarówno czerpać z dobrych doświadczeń, jak i unikać powielania błędów. Wiele z tych inicjatyw dotyczy wyłącznie lub głównie ochrony zdrowia lub opieki społecznej. Są jednak i takie, które przez skoordynowaną, międzyresortową politykę społeczną państwa kreują nową rzeczywistość, lepiej służącą zmieniającemu się społeczeństwu i gospodarce. Na przykład działania podjęte we Francji są przykładem skutecznej polityki prorodzinnej, a w Wielkiej Brytanii czy krajach skandynawskich – efektywniejszej polityki zdrowotnej.

Warto mieć świadomość, że Polska na tle innych krajów wyróżnia się bardzo szybką dynamiką starzenia. **W ciągu nadchodzących 50 lat z kraju stosunkowo młodego zmienimy się w kraj, w którym udział**

Tabela 2. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji krajów UE						
Państwo	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Unia Europejska	17%	20%	24%	27%	29%	30%
Austria	18%	20%	24%	28%	28%	29%
Belgia	17%	19%	22%	24%	25%	25%
Bułgaria	18%	21%	24%	27%	31%	33%
Cypr	13%	16%	20%	21%	24%	27%
Czechy	15%	20%	22%	25%	29%	31%
Dania	16%	20%	22%	25%	25%	25%
Estonia	17%	19%	22%	25%	28%	31%
Finlandia	17%	22%	25%	25%	26%	27%
Francja	17%	20%	23%	26%	26%	27%
Grecja	19%	21%	24%	28%	31%	31%
Hiszpania	17%	19%	23%	28%	32%	31%
Holandia	15%	20%	24%	27%	27%	27%
Litwa	16%	18%	22%	26%	28%	31%
Irlandia	11%	14%	18%	20%	23%	22%
Luksemburg	14%	16%	19%	23%	25%	26%
Łotwa	17%	19%	23%	27%	31%	36%
Malta	15%	20%	24%	25%	28%	31%
Niemcy	21%	23%	28%	32%	32%	33%
Polska	14%	18%	22%	25%	30%	35%
Portugalia	18%	21%	24%	28%	31%	32%
Rumunia	15%	17%	20%	25%	31%	35%
Słowacja	12%	16%	21%	24%	30%	33%
Słowenia	17%	20%	24%	27%	31%	32%
Szwecja	18%	21%	22%	24%	24%	26%
Wielka Brytania	16%	19%	21%	23%	23%	25%
Węgry	17%	20%	22%	25%	29%	32%
Włochy	20%	22%	25%	30%	32%	32%

Źródło: opracowanie własne za Eurostat



osób w wieku powyżej 65. roku życia może sięgnąć nawet 35%, co stawiać nas będzie razem z Rumunią na drugim miejscu w UE, zaraz za Łotwą, ze wskaźnikiem wyższym o 1 punkt procentowy.

Wiele wskazuje na to, że **o ile w najbliższych latach nie nastąpi wzrost współczynnika dzietności z obecnych 1,38 do poziomu co najmniej 1,5-1,6, wg prognoz ZUS⁹ do roku 2060 ludność Polski nie tylko zestarzeje się, ale także zmniejszy nawet o 8,1 mln osób, (z obecnych 38,3 mln do zaledwie 30,6 mln).** Efektem małej liczby rodzących się dzieci będzie dalszy, katastrofalny już proces starzenia się ludności. W scenariuszu bazowym ZUS (ze współczynnikiem dzietności rosnącym do roku 2060 do poziomu 1,56) liczba Polaków w wieku do 18 lat zmniejszy się z 7,1 mln obecnie do 4,7 mln w 2060 roku, a liczba osób w wieku poprodukcyjnym (już po uwzględnieniu wydłużenia i zrównania wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn) zwiększy się z 6,9 mln do 10,5 mln. To wzrost o 52%. **W scenariuszu pesymistycznym, w którym współczynnik dzietności będzie się wahał między 1,2 a 1,4, za niespełna 50 lat w Polsce będzie zaledwie 3,6 mln dzieci. Dla porównania w 1990 roku było ich 11 mln.**

Jeśli te prognozy okazałyby się prawdą, to malejąca liczba pracujących będzie musiała finansować świadczenia coraz większej grupy emerytów oraz koszty ich leczenia. Zgodnie z danymi ZUS, obecnie na 100 pracujących przypada 27 emerytów. W 2060 roku, wg cytowanej prognozy, ZUS może być ich nawet 67.

Problem niskiej dzietności należy odczytywać jako istotny wskaźnik zachowań społecznych młodych Polaków, ale także jako wskaźnik poczucia ich bezpieczeństwa socjalnego. Najniższy w historii poziom dzietności w Polsce odnotowano w 2002 roku, kiedy na 1 kobietę przypadało 1,22 dziecka. W 2010 roku wartość ta zwiększyła się do poziomu 1,38. Nadal jest to jednak poniżej poziomu zapewniającego zastępowalność pokoleń, tj. nieco ponad 2 dzieci na kobietę. Niski poziom dzietności w Polsce wynika ze zmiany wzorców prokreacji, jaka następowała przez wiele lat, ale szczególnie w latach 1980-2010. Zmiana pokoleniowa i nowe wzorce kształcenia spowodowały przesunięcie maksymalnego poziomu płodności z grupy 20-24 lata do grupy 25-29 lat. Do tego wszystkiego dochodzą kolejne zjawiska, które nie sprzyjają dzietności, jak wzrost liczby rodziców samotnie wychowujących dzieci^{10,11}.

Na bardzo trudną prognozowaną sytuację demograficzną Polski w okresie najbliższych 40 lat nakła-

da się dodatkowo ujemny bilans migracji. Żyjemy w czasach swobodnego przepływu osób pomiędzy krajami. Przynależność Polski do Unii Europejskiej, oprócz niewątpliwych korzyści dla naszego kraju i jego mieszkańców, sprzyja wyjazdom na pobyt czasowy lub stały, głównie osób w wieku produkcyjnym, a więc także reprodukcyjnym. Wysoki poziom bezrobocia wśród młodych Polaków (rosnący w ciągu ostatnich lat, w 2012 roku przekraczający 20%) skłania ich do wyjazdów za granicę. Wg Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w 2011 roku, w marcu tego roku za granicą przez okres powyżej 3 miesięcy przebywało 2 mln 17 tys. osób zameldowanych na stałe w Polsce. Stanowiło to ok. 5% ludności. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że kraje, w których przebywały największe liczebnie grupy Polaków – Wielka Brytania i Niemcy – podobnie jak Polska poddane są presji demograficznej. Wysoki klin podatkowy, niski udział płac w PKB i względnie niska liczba nowo tworzonej miejsc pracy, przyczyniają się do emigracji zarobkowej Polaków. Należy brać pod uwagę, że bez znaczących zmian w Polsce, inne kraje europejskie, oferując korzystne warunki do osiedlenia się emigrantów, będą coraz skuteczniej przyciągać młodych, zwłaszcza wykształconych Polaków. Przykład emigracji polskiej w Wielkiej Brytanii pokazuje, jak istotne znaczenie dla postaw młodszej generacji Polaków mają bodźce materialne i zabezpieczenie socjalne. Polki urodziły najwięcej dzieci spośród wszystkich mniejszości w Wielkiej Brytanii. O ile w Polsce na kobietę przypada średnio 1,38 dziecka, o tyle na Polkę mieszkającą w Wielkiej Brytanii niemal dwukrotnie więcej – 2,7 dziecka¹².

Jest już wiele przesłanek przemawiających za tym, że większość młodych Polaków, którzy założyli rodziny za granicą lub ścignęli rodziny z ojczyzny, nie wróci do Polski w najbliższych latach. Dotyczy to zwłaszcza tych, których dzieci urodziły się za granicą lub podjęły tam naukę. Emigracja młodych Polaków zdaje się trwać nadal, trudno zatem powiedzieć, jak faktycznie za 20 czy 30 lat będzie wyglądał obraz naszego społeczeństwa. Niektórzy eksperci socjologii i demografii, a także ekonomii, prognozując przyszłość Polski, widzą ją raczej w ciemnych kolorach^{13, 14, 15}.

Wyda się, że wobec wyzwań demograficznych Polska mogłaby się stać krajem imigracji, ale by tak się stało, muszą być ograniczone lub zlikwidowane liczne bariery. W tej chwili jesteśmy krajem o zbyt

⁹ ZUS - http://www.zus.pl/bip/pliki/Prognoza_fundusz_emerytalny_2015_2060.pdf

¹⁰ Z. Strzelecki (red.), P. Błędowski, A. Gałązka, L. Nowak, I. Kowalska, J. Kurkiewicz, I. Kuroпка, J. Napierała, A. Potrykowska, I. Sobczak, Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2011-2012, Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.

¹¹ T. Geodecki, J. Hausner (red.), A. Majchrowska, K. Marczewski, M. Piątkowski, G. Tchorek, J. Tomkiewicz, M. Weresa, Konkurencyjna Polska. Jak awansować w światowej lidze gospodarczej?, Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, Kraków 2013.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Z. Strzelecki, A. Potrykowska (red.), Polska w Europie – przyszłość demograficzna, II Kongres Demograficzny 2012, Tom 1 i 2, Warszawa 2012.

¹⁵ K. Iglicka, Czekają nas rządy starców, Do Rzeczy, nr 30/030, 19-25 sierpnia 2013.





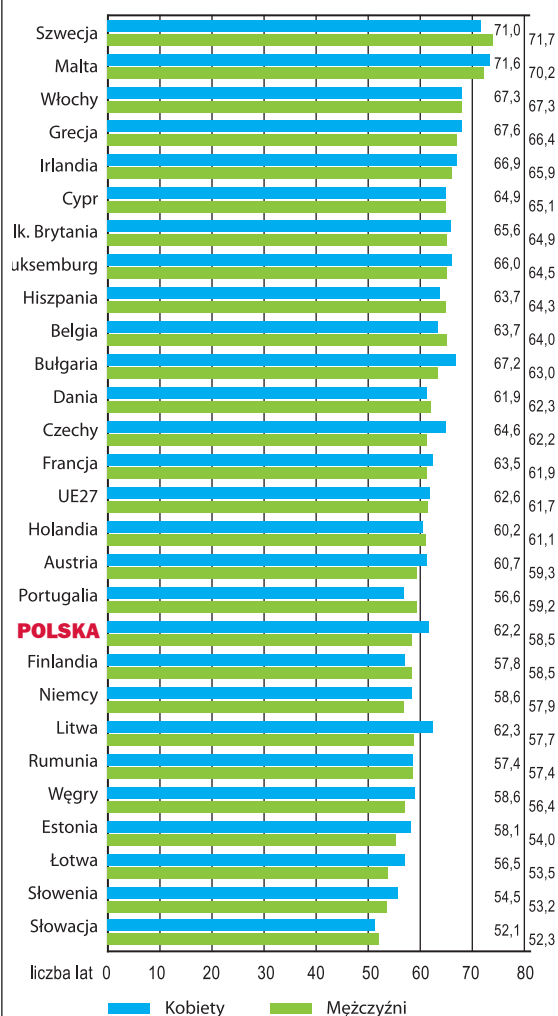
restrykcyjnych regulacjach, co nie sprzyja osiedlaniu się nawet kulturowo i językowo nam bliskich obywateli z Ukrainy, Białorusi czy Rosji¹⁶. Dodatkowym czynnikiem działającym na niekorzyść Polski, jako kraju docelowej emigracji, jest niższy poziom wynagrodzeń, wsparcia socjalnego oraz jakości życia, w stosunku nie tylko do 15 krajów „starej” UE, ale także niektórych państw dawnego bloku wschodniego.

1.2 Epidemiologia, ryzyka zdrowotne i koszty chorób

Ponieważ nadrzędnym celem tego raportu jest pokazanie kluczowych zjawisk i faktów z tych obszarów, które mają znaczenie dla zdrowia Polaków i jego ochrony, raport koncentruje się na sprawach, zdaniem jego autorów, najważniejszych.

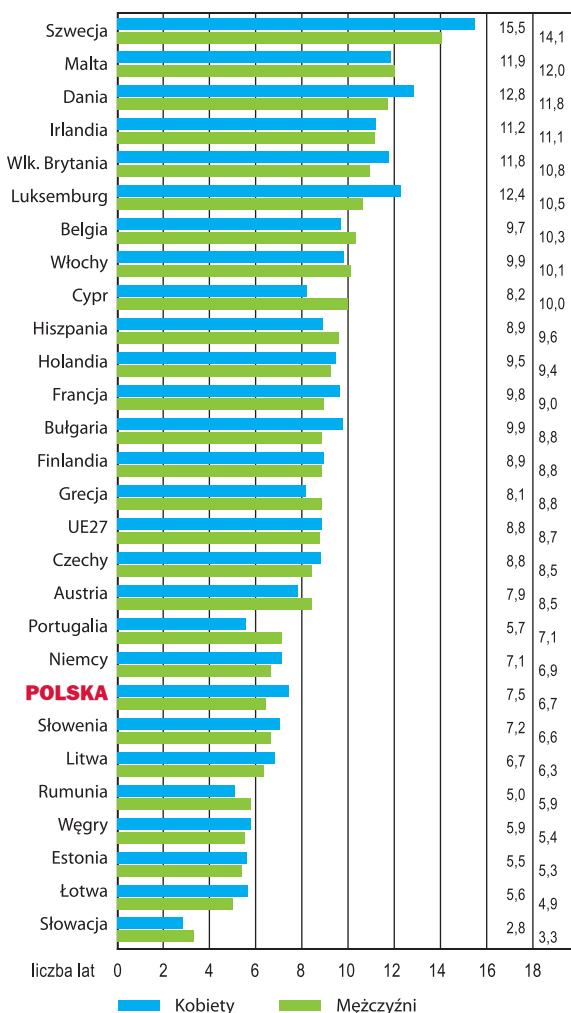
Stan zdrowia Polaków stopniowo poprawia się, ale w stosunku do ogółu krajów Unii Europejskiej tempa zmian nie można uznać za zadowalające. Potwierdzają to kluczowe wskaźniki, takie jak przeciętna długość życia czy umieralność niemowląt. Poziom tych wskaźników zbliża nas do średnich w UE, ale dystans do nadrobienia jest wciąż istotny. **W 2011 roku dłu-**

Wykres 3. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn i kobiet urodzonych w Polsce i w krajach UE w 2010 r.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 49; NIZP-PZH 2012; za Eurostat.

Wykres 4. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat w Polsce i w krajach UE w 2010 r.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 50; NIZP-PZH 2012; za Eurostat.

¹⁶ T. Geodecki, J. Hausner (red.), A. Majchrowska, K. Marczewski, M. Piątkowski, G. Tchorek, J. Tomkiewicz, M. Weresa, Konkurencyjna Polska. Jak awansować w światowej lidze gospodarczej?, Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, Kraków 2013.





gość życia mężczyzn wynosiła 72,4 roku, a kobiet 80,9 roku. Różnica w porównaniu do unijnej średniej jest znacząca i wynosi dla mężczyzn 4,8 roku, a dla kobiet 2,1 roku. O ile nie zostaną podjęte w Polsce intensywne działania poprawiające stan zdrowia ludności, to **obecną średnią długość życia mieszkańców UE dla mężczyzn osiągniemy dopiero na przełomie 2031 i 2032 roku**. Eurostat szacuje, że mężczyźni w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) przeżywają 81% długości życia, a kobiety 77%. Osoby, które mają obecnie 65 lat, mogą oczekiwać, że przeżyją w zdrowiu mniej niż połowę dalszego życia – kobiety 7,5 roku, a mężczyźni 6,7 roku.¹⁷

Jak obrazują powyższe dane, Polacy nie tylko żyją krócej niż mieszkańcy wielu krajów europejskich, ale i ich życie w zdrowiu także jest krótsze. Chociaż dystans, jaki nas dzieli od przeciętnej długości życia w zdrowiu zarówno mężczyzn, jak i kobiet w 27 krajach EU nie jest aż tak znaczący, to jednak różnica pomiędzy Polską a najlepszą pod tym względem Szwecją, dla nowonarodzonych Polaków jest ogromna – dla kobiet to 8,8 roku, a dla mężczyzn aż 13,2 roku. Polacy i Polki dożywający w 2011 roku 65 lat mają szansę żyć w zdrowiu, którego stan nie będzie ograniczał ich sprawności 7 lat, a ich rówieśnicy ze Szwecji ponad dwukrotnie dłużej. Do najważniejszych przyczyn tego zjawiska należy zaliczyć istotne różnice w stylu życia Szwedów i Polaków, wielkości nakładów na zdrowie oraz w organizacji systemów ochrony zdrowia, a przez to dostępności do świadczeń zdrowotnych.

W zakresie umieralności noworodków szybko zmniejszamy dystans pomiędzy Polską, a przeciętną w UE. W 2010 roku na 10 tys. urodzeń żywych doszło do 50 zgonów niemowląt w stosunku do 41 przeciętnie w UE. O ile nie nastąpi spowolnienie dotychczasowego trendu, różnicę powinniśmy zniwelować w ciągu najbliższych kilku lat. Problemem w Polsce jest wczesna umieralność niemowląt w pierwszym tygodniu życia, co w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej. Zagrożeniem dla życia niemowląt w Polsce jest przedwczesny poród i niska urodzeniowa masa ciała¹⁸, często wynikające z palenia tytoniu i spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży.

Główne zagrożenia dla życia Polaków

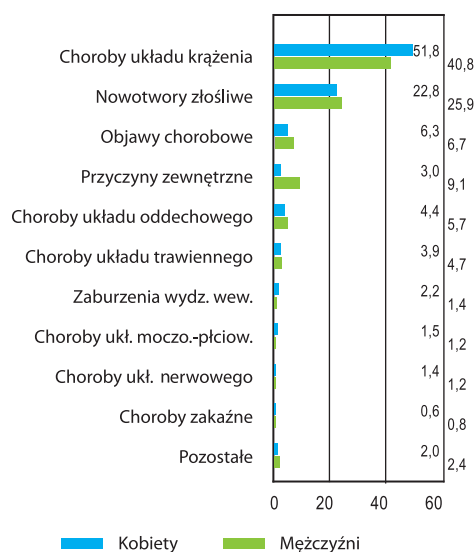
Głównymi zagrożeniami zdrowotnymi życia Polaków są choroby układu krążenia oraz nowotwory, a także przyczyny zewnętrzne – wypadki i samobójstwa. W 2010 roku choroby układu krążenia (CHUK) były przyczyną aż 46% wszystkich zgonów, nowotwory 24,5%, a wypadki i samobójstwa 6,5%.¹⁹

Istnieje korelacja pomiędzy przyczynami zgonów, a wiekiem. Osoby młodsze umierają częściej na skutek przyczyn zewnętrznych. **Wraz z wiekiem, w związku z zachodzącymi w organizmie procesami degeneracyjnymi, w coraz większym stopniu zaczynają dominować choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe.** Zmiany w strukturze demograficznej Polski, jakie zajądą w najbliższych dziesięcioleciach, będą skutkowały zwiększaniem się procentowego udziału CHUK oraz nowotworów w przyczynach zgonów ludności naszego kraju.

W roku 2010 w grupie wiekowej 25-64 lata w Polsce zmarło 76,6 tys. mężczyzn oraz 31 tys. kobiet. Mężczyznom najwięcej potencjalnych lat życia – PYLL (ang. *Potential Years of Life Lost*) zabierają przyczyny zewnętrzne – głównie samobójstwa i wypadki – ok. 25%, kolejne blisko 24% przypada na CHUK, a blisko 20% na nowotwory. W przypadku kobiet nowotwory są odpowiedzialne za blisko 40% utraconych potencjalnych lat życia. Na drugim miejscu, z mniejszym o połowę wpływem na PYLL, znajdują się choroby układu krążenia.

Przy coraz silniejszej tendencji do traktowania zdrowia w kategoriach ekonomicznych, warto mieć świadomość, że **każdy utracony rok życia, zwłaszcza osób w wieku produkcyjnym, to strata nie tylko dla rodzin zmarłych osób i społeczeństwa jako wspólnoty, ale także gospodarki.** Utracona produktywność

Wykres 5. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2010 r. (dane GUS).



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 50; NIZP-PZH 2012; za Eurostat.

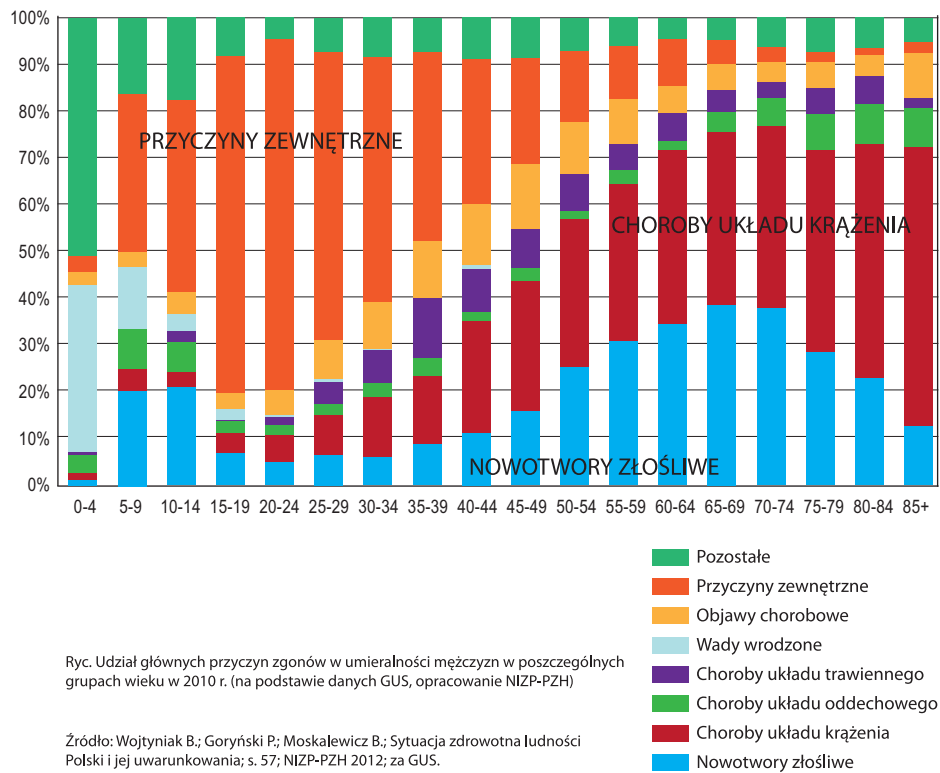
¹⁷ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012.

¹⁸ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012.

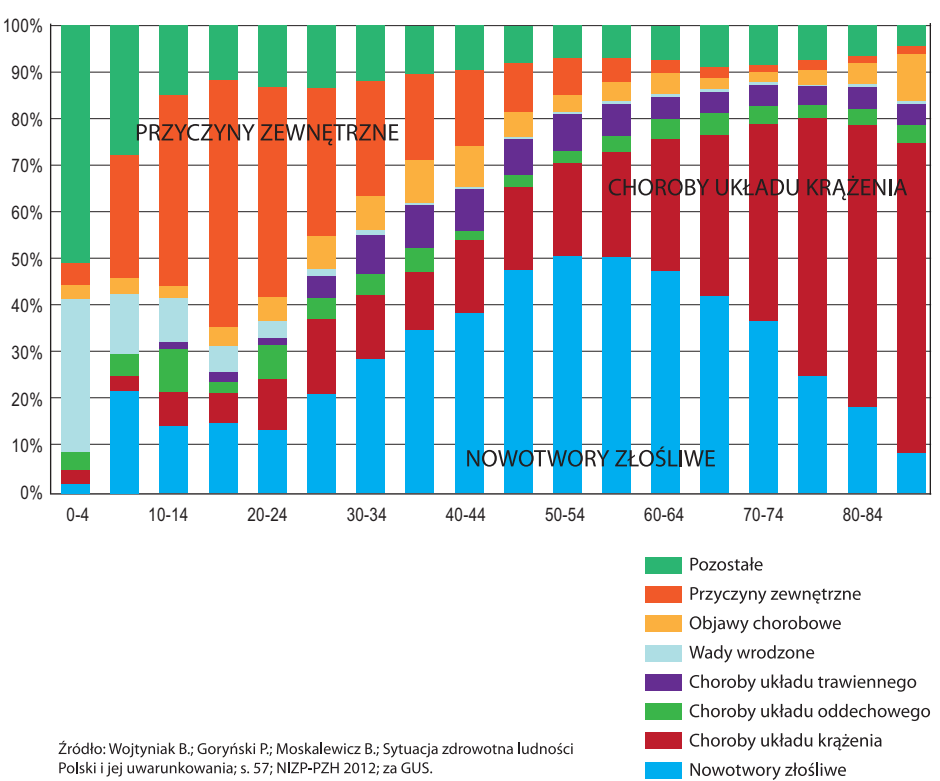
¹⁹ Ibidem.



Wykres 6. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych w 2010 r.

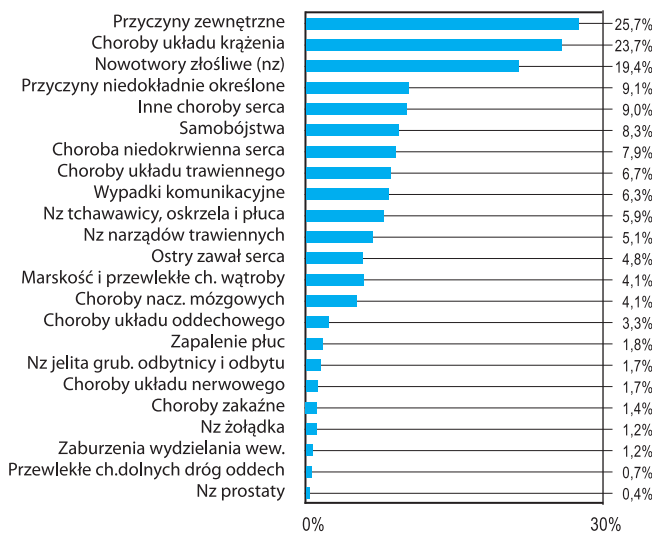


Wykres 7. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w 2010 r.





Wykres 8. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn w 2010 r.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 58; NIZP-PZH 2012.

z powodu przedwczesnej umieralności w przypadku wypadków, samobójstw, a także nowotworów i chorób sercowo-naczyniowych, stanowi istotną część kosztów pośrednich tych zdarzeń i chorób. W przypadku wspomnianych osób w wieku produkcyjnym koszty pośrednie nierzadko przekraczają koszty leczenia. O kosztach chorób piszemy w dalszej części raportu.

Poziom wykształcenia a zdrowie

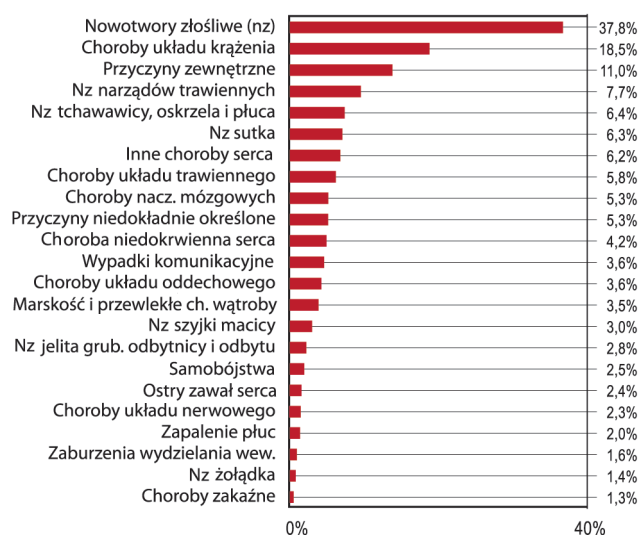
Jednym z istotnych czynników wpływających na zdrowie, a w konsekwencji długość życia, od lat pozostaje wykształcenie. **Osoby o wyższym wykształceniu mają zwykle lepszy stan zdrowia oraz dłużej żyją.** Taką korelację obserwuje się na całym świecie, co dowodzi uniwersalności tego zjawiska. **Osoby o niższym wykształceniu mają zwykle mniejszą świadomość zdrowotną, tym samym niejednokrotnie ich zachowania i styl życia negatywnie wpływają na zdrowie.** Zazwyczaj to także osoby o niższych dochodach, które w swoich wyborach związanych z codziennym życiem kierują się częściej możliwościami finansowymi niż potrzebami i zdrowiem.

W Polsce w latach 1990-2010 istotnie zwiększyła się liczba osób z wy-

kształceniem średnim i wyższym, przy jednoczesnym spadku liczby osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i podstawowym²⁰. Dotychczasowy stosunkowo wysoki procentowy udział osób z niższym wykształceniem (podstawowym i zawodowym) w strukturze ludności Polski, zwłaszcza w starszych grupach wiekowych, ma nadal duży wpływ na wartości wielu wskaźników epidemiologicznych. Sytuacja ta powinna się zmieniać w nadchodzących dekadach, pod warunkiem jednak, że wzrośnie udział osób ze średnim i wyższym wykształceniem w strukturze ludności Polski towarzyszyć będzie także rezygnacja ze szkodliwych nawyków zdrowotnych, charakterystycznych zwykle dla osób o niższym poziomie wykształcenia.

Warto zaznaczyć, że obecnie mężczyźni w wieku 30 lat, z wykształceniem zasadniczym zawodowym lub niższym, żyją w Polsce przeciętnie od 8 do 11 lat krócej niż Włosi, Szwedzi, Norwegowie czy Finowie o analogicznym poziomie wykształcenia i wieku. W przypadku kobiet i mężczyzn ze średnim i wyższym wykształceniem różnice na niekorzyść Polski w stosunku do krajów UE nie są tak spektakularne. Różnica w przeciętnym dalszym trwaniu życia 30-letnich mężczyzn w Polsce z wykształceniem wyższym i wykształceniem zawodowym wynosi 12 lat, podczas gdy analogiczna różnica dla

Wykres 9. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia kobiet w 2010 r.

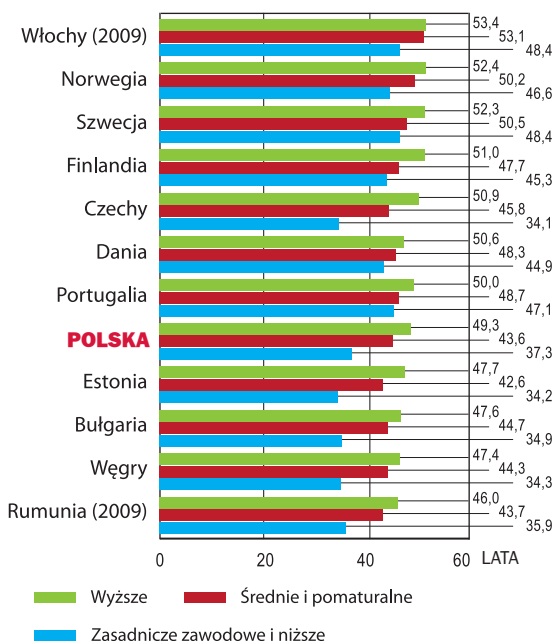


Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 58; NIZP-PZH 2012.

²⁰ GUS na podstawie danych ze spisów powszechnych z 2002 roku i 2011 roku.

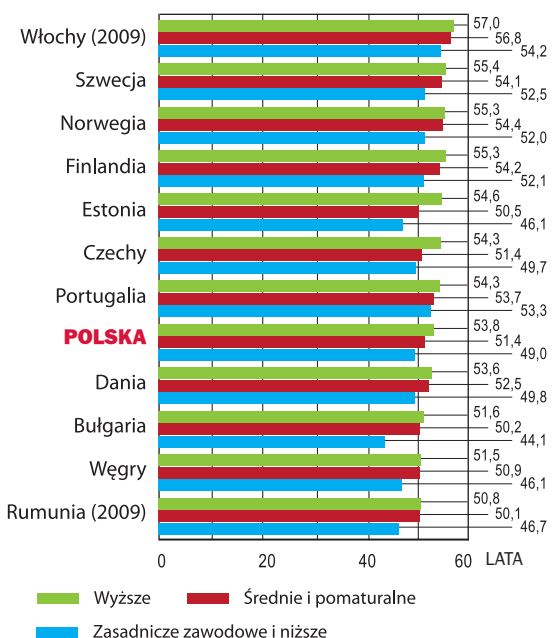


Wykres 10. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich (2010 r.).



Źródło: opracowanie własne za Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 47; NIZP-PZH 2012; za Eurostat.

Wykres 11. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i wybranych krajach europejskich (2010 r.).



Źródło: opracowanie własne za Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 48; NIZP-PZH 2012; za Eurostat.

Włochów to 5 lat, a Szwedów zaledwie 3,9 roku²¹. To dowód, że inne czynniki związane ze stylem życia – głównie zdrowa dieta, aktywność fizyczna, niepalenie tytoniu oraz kultura spożycia alkoholu, mają większy wpływ na zdrowie i długość życia Polaków niż poziom ich wykształcenia. Z całą pewnością na dłuższe życie młodych mężczyzn i kobiet z niższym wykształceniem, w porównywanych z Polską krajach, mają także wpływ warunki pracy sprzyjające utrzymaniu dobrego stanu zdrowia, czyli bezpieczeństwo i higiena pracy.

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia (CHUK) – choroba niedokrwienna serca, zawał serca, nadciśnienie tętnicze oraz udary mózgu – są znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. Poziom umieralności z powodu CHUK jest w Polsce wyższy od przeciętnego w UE aż o 89% w przypadku mężczyzn i o 58% w przypadku kobiet. W latach 1999-2010 zagrożenie ludności Polski zgonami z powodu tych chorób zmniejszało się w mniej więcej stałym tempie. Mimo to, przy założeniu, że trend ten się utrzyma, mężczyźni z Polski osiągną średni poziom umieralności w krajach UE w latach 2022-2023, a kobiety w latach 2018-2019²².

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w okresie ostatnich 20 lat zmniejszyła się umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, zawału serca oraz chorób naczyń mózgowych, ale jednocześnie wzrosła umieralność z powodu niewydolności serca. Jest to dowód na poprawę jakości leczenia chorób układu krążenia w Polsce. Doszło do niego dzięki skuteczności programu POLKARD, realizowanego obecnie w ramach Pierwszego Celu Strategicznego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (NPZ 2007-2015), dużym publicznym i prywatnym nakładom na rozwój kardiologii inwazyjnej i ośrodków leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Niebagatelnym wpływem na poprawę wskaźników w kardiologii ma także ogromne zaangażowanie kardiologów wprowadzających do Polski najlepsze światowe standardy leczenia oraz tworzących własne, innowacyjne rozwiązania.

Zgony z powodu niewydolności krążenia dotyczą głównie osób w wieku podeszłym, które dzięki dobrej diagnostyce i skutecznej terapii kardiologicznej, przez wiele lat żyją z chorobami układu krążenia. Prognozy wskazują, że liczba osób ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego w najbliższych dekadach będzie rosła. Oznacza to, że dzięki kontynuacji działań zwiększających skuteczność leczenia choroby niedokrwiennej

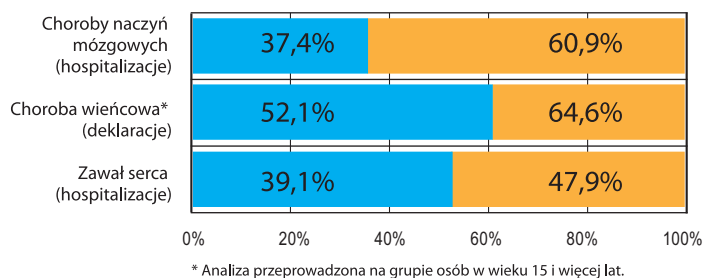
²¹ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012

²² B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012.

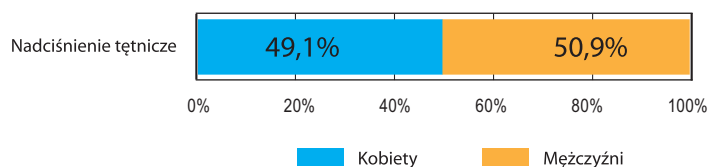




Wykres 12. Podział chorych na wybrane choroby sercowo-naczyniowe ze względu na płeć i rodzaj choroby w 2009 roku.



Podział chorych na nadciśnienie tętnicze ze względu na płeć w 2011 roku (18 i więcej lat).



Źródło: Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 25; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za NATPOL 2011 oraz POLSENIOR.

nej serca (CHNS), ostrych zespołów wieńcowych (OZT), zawałów serca, a także innych chorób serca leczonych inwazyjnie, zwiększać się będzie liczba osób w podeszłym wieku z wieloma współistniejącymi chorobami przewlekłymi. Leczenie niewydolności krążenia wymagać będzie u tych pacjentów nowego podejścia do organizacji opieki zdrowotnej. Trzeba więc równolegle nadal rozwijać polską kardiologię, ale też przygotować się na kolejne wyzwanie dla organizacji opieki zdrowotnej w zakresie leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Nowa organizacja musi być odpowiedzią na zmieniające się potrzeby zdrowotne Polaków oraz bazować na wnioskach z oceny realizacji celów, jakie zakładał NPZ 2007-2015.

Wyniki badań NATPOL 2011 i POLSENIOR wskazują, że rozkład występowania poszczególnych chorób układu sercowo-naczyniowego – nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, zawału serca oraz chorób naczyń mózgowych – w różnym stopniu dotyczy kobiet i mężczyzn. Zawał serca i nadciśnienie tętnicze częściej występują u mężczyzn, a choroba wieńcowa i choroby naczyń mózgowych u kobiet²³. Szacuje się, że **na chorobę wieńcową choruje obecnie ok. 3 mln osób, a nadciśnienie tętnicze dotyka nawet ok. 10,5 mln osób w wieku 15 lat i więcej**. Warto zwrócić uwagę, że **częstość jego występowania wzrasta wraz z wiekiem i w przypadku osób powyżej 80. roku życia dotyczy ponad 60% mężczyzn oraz ok.**

75% kobiet. Obserwowane trendy, wynikające z demografii, ale także z ryzyk CHUK, takich jak m.in. nadwaga i otyłość, wskazują, że w najbliższych dekadach można spodziewać się większego odsetka osób z nadciśnieniem tętniczym. **Z prognoz wynika, że w 2020 roku nadciśnienie tętnicze może dotyczyć 12,3 mln, a w 2030 nawet 13,8 mln osób²⁴.**

Nowotwory

Polska na tle Unii Europejskiej jest krajem o relatywnie niskiej zapadalności, ale wysokiej umieralności na nowotwory złośliwe. Różnica pomiędzy Polską, a przeciętnym w UE poziomem umieralności z powodu nowotworów, jest mniejsza niż w przypadku chorób układu krążenia. Niemniej, porównania międzynarodowe wskazują, że mamy dużo do zrobienia w zakresie skutecznego wykrywania i leczenia nowotworów.

Najczęstszym nowotworem, na który zapadają Polacy, jest rak płuca (20%), niemal w 100% tytoniozależny. Z jego powodu umiera także najwięcej chorych nowotworowych. Na kolejnych miejscach zachorowalności lokują się rak piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego. Drugim spośród nowotworów zabójcą Polaków po raku płuca jest rak jelita grubego, a kolejnymi rak żołądka, piersi i trzustki.

²³ Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012.

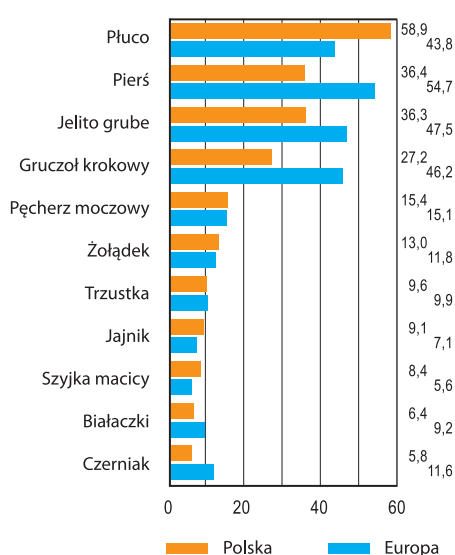
²⁴ Ibidem.



Tempo spadku umieralności Polaków z powodu nowotworów ogółem jest szybsze w przypadku mężczyzn niż kobiet. Eksperci prognozują, że **jeśli umieralność w grupie wiekowej 25-64 lata będzie się zmniejszała nadal w takim samym tempie jak w ostatnich latach, to w przypadku mężczyzn obecny przeciętny poziom umieralności w UE zostanie osiągnięty ok. roku 2019**. W przypadku kobiet jednak dopiero około 2041 roku. Spada umieralność kobiet z powodu raka piersi (jest nawet niższa niż średnia dla UE), jak i raka szyjki macicy, ale w przypadku tego ostatniego jest wciąż na zawstydzająco wysokim poziomie w stosunku do średniej w UE. **Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu raka szyjki macicy w Polsce jest ponad dwukrotnie wyższy (7,1/100 tys. kobiet) niż przeciętnie w UE (3,3/100 tys. kobiet)**²⁵. W wielu krajach Europy Zachodniej, dzięki skutecznej profilaktyce, rak szyjki macicy jest niemal nieobecny wśród przyczyn przedwczesnych zgonów kobiet, a w niektórych jest w ogóle bardzo rzadkim nowotworem.

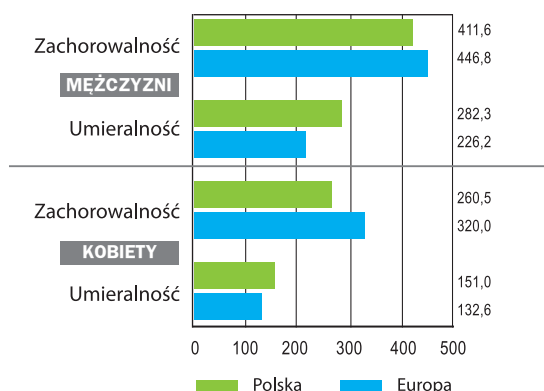
Polska, pomimo średnio niskiej zapadalności na choroby nowotworowe w stosunku do wielu krajów Europy Zachodniej, nie może się pochwalić porównywalną z nimi skutecznością leczenia. **Wiedza o związanych ze stylem życia czynnikach ryzyka chorób nowotworowych (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, sposób odżywiania, niska aktywność fizyczna oraz wynikająca z niej otyłość) jest w Polsce nadal niedostateczna**. W efekcie zmniejszanie tych zagrożeń w skali populacyjnej jest

Wykres 14. Współczynniki zachorowalności na wybrane nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w krajach UE-27 w 2008 r.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 158; NIZP-PZH 2012; za European Cancer Observatory.

Wykres 13. Współczynniki zachorowalności i umieralności na wszystkie nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w krajach UE-27 w 2008 r. wg płci.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 157; NIZP-PZH 2012; za European Cancer Observatory.

w Polsce znacznie mniej skuteczne niż w Wielkiej Brytanii, krajach skandynawskich czy Szwajcarii, gdzie dzięki skoordynowanym działaniom w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej osiągnięto istotny postęp w walce z rakiem.

W wielu krajach już w latach 80. i 90. XX wieku podjęto intensywne działania na polu profilaktyki pierwotnej, dotyczącej głównie zmniejszenia narażenia społeczeństwa na dym tytoniowy. Wpłynęło to korzystnie na poziom zachorowalności na nowotwory nikotynozależne – głównie raka płuca, ale też krtani i żołądka. Działania te były prowadzone jednocześnie na dwóch polach – podatkowo-prawnym oraz edukacji i promocji zdrowia. Cykliczne podnoszenie aktywności, coraz szersze zakazy palenia w miejscach publicznych oraz prowadzone na szeroką skalę antynikotynowe kampanie społeczne, przyczyniły się do sukcesu w walce z rakiem oraz chorobami układu krążenia.

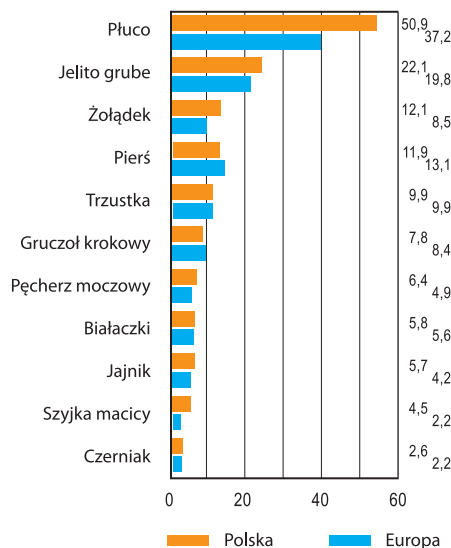
Wprowadzenie w wielu krajach populacyjnych programów badań przesiewowych zwiększyło wykrywalność zmian przednowotworowych i nowotworów w stanie przedklinicznym, tj. w fazie ich bezobjawowego rozwoju. Dotyczy to raka piersi, jelita grubego, gruczołu krokowego i raka szyjki macicy. Badania przesiewowe w połączeniu z dobrze zorganizowanym procesem leczenia, efektywną alokacją zasobów (specjalistów onkologii oraz urządzeń diagnostycznych i leczniczych) oraz wdrożeniem najlepszych standardów leczenia (leczenie operacyjne, chemio- lub radioterapia, innowacyjne leki) pozwoliły uzyskać zwiększenie odsetka całkowitych wyleczeń i wydłużenie czasu przeżycia milionów mieszkańców tych krajów.

²⁵ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012.





Wykres 15. Współczynniki umieralności na wybrane nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i krajach UE-27 w 2008 r.



Wsp. standaryzowane (wg populacji europejskiej)/100 000

Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 159; NIZP-PZH 2012; za European Cancer Observatory.

Polska, mając średnio wysoką zachorowalność i wysoką umieralność mężczyzn na nowotwory oraz niską zachorowalność i wysoką umieralność kobiet, ma w dziedzinie onkologii wiele do zrobienia. Powinniśmy poprawić m.in. niskie obecnie wskaźniki 5-letnich przeżyć, do czego potrzebna jest wyższa skuteczność profilaktyki pierwotnej jak i wczesnego wykrywania oraz leczenia nowotworów. Od 2006 roku z mocy ustawy realizowany jest Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZCHN), który stanowi realizację 2. celu strategicznego Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 – zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych. W opinii ekspertów program ten, pomimo stosunkowo dużych nakładów finansowych w infrastrukturę, aparaturę diagnostyczną i terapeutyczną oraz realizowane badania przesiewowe, wymaga poważnych modyfikacji w celu zwiększenia jego efektywności.

Cukrzyca

Cukrzyca należy do grupy chorób metabolicznych, których objawem jest hiperglikemia jako wynik defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekłe utrzymywanie się hiperglikemii prowadzi do uszkodzenia, zaburzenia czynności i niewydolności róż-

nych narządów, głównie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Z 4 typów cukrzycy (typu 1, typu 2, o znanej etiologii i u ciężarnych) najczęstszą jest cukrzyca typu 2. Wg WHO stanowi ona 90% wszystkich przypadków choroby. **WHO uznaje cukrzycę za chorobę społeczną, a polscy i zagraniczni eksperci są zgodni, że choroba ta stanowi jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych i cywilizacyjnych współczesnego świata. Powodem są głównie ogromnie destrukcyjne powikłania oraz bardzo wysoki odsetek chorych z nierozpoznaną cukrzycą.** W UE chorobowość cukrzycy szacuje się na poziomie 8,6% populacji między 20. a 79. rokiem życia, z czego nawet 40-50% przypadków może być nierozpoznanych. Powodem są niecharakterystyczne objawy choroby – zmniejszenie masy ciała, wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie i wzmożona senność, zmiany ropne na skórze oraz stany zapalne narządów moczowo-płciowych. Objawy te są często lekceważone przez pacjentów, nie zawsze też na czas wykrywane przez lekarzy ze względu na słabości w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej oraz brak badań przesiewowych, nawet u osób o podwyższonym ryzyku.

Wg Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) w roku 2012 w Polsce na cukrzycę chorowało ok. 2,6 mln osób, z czego 300-500 tys. nie było tego świadomych. Szacunki International Diabetes Federation (IDF) dla tego samego roku są dla naszego kraju jeszcze mniej optymistyczne. Według nich w Polsce na cukrzycę chorowało 3,1 mln osób w wieku 20-79 lat, z czego ok. 30% stanowiła cukrzyca nierozpoznana. Niektórzy eksperci są jednak zdania, że nawet blisko połowa z chorych w Polsce nie wiedziała o tym, że ma cukrzycę.

Wśród rozpoznanych przypadków ok. 2 mln stanowią osoby z cukrzycą typu 2. **Zachorowalność na tę chorobę zwiększa się wraz z wiekiem. Po 60. r.ż. choruje na nią już co 4 osoba, a po 80. r.ż. aż połowa, z czego większość stanowią kobiety.**

Wg IDF Polska charakteryzuje się jednym z najwyższych na świecie odsetków występowania upośledzenia tolerancji glukozy (18,13% – 5,3 mln przypadków), co może przełożyć się na wysoką zachorowalność na cukrzycę typu 2 w przyszłości.

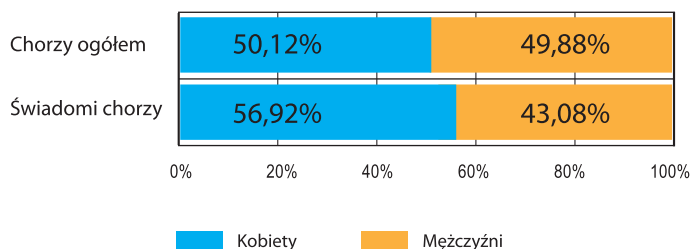
Szacuje się, że **w 2030 roku, ze względu na starzenie się ludności oraz związek występowania cukrzycy ze stylem życia** (sposobem odżywiania się, otyłością i niską aktywnością fizyczną), **liczba chorych z rozpoznaną cukrzycą zwiększy się z obecnych 2 mln do 3,4 mln osób²⁶.**

Utrzymująca się hiperglikemia wraz z upływem czasu powoduje liczne powikłania naczyniowe (mikro- i makroangiopatyczne), które mogą doprowadzić do ślepoty, niewydolności nerek oraz amputacji kończyn dolnych. Jest ona czynnikiem ryzyka (jako równoważnik

²⁶ International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas Update 2012, Fifth edition, <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update> 2012.



Wykres 16. Chory na cukrzycę w Polsce w 2011 roku.

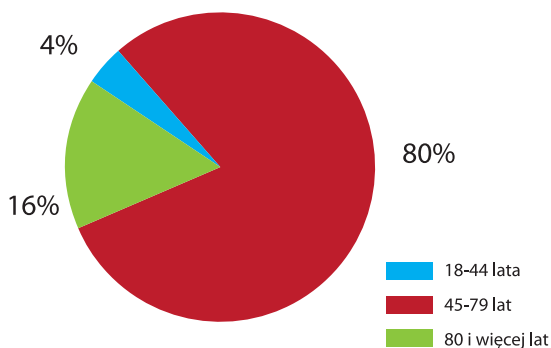


Źródło: opracowanie własne za Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 14 i 15; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za NATPOL 2011.

choroby niedokrwiennej serca) zawału serca, udaru mózgu i miażdżycy kończyn dolnych. Prowadzi także do wad wrodzonych u noworodków. Tak poważne i liczne powikłania cukrzycy nakazują traktować ją jako chorobę wielonarządową. Ze względu na swój przewlekły i postępujący charakter prowadzi ona do kalectwa i skrócenia średniego oczekiwanego trwania życia przeciętnie o 10-15 lat.

W Polsce problem cukrzycy i jej leczenia jest niedoceniany, co przekłada się na wysokie koszty pośrednie tej choroby. Nie generuje ona bezpośrednio wysokiej umieralności, ale przyczynia się do niej. **W 2009 roku z powodu cukrzycy zmarło 6,8 tys. osób**²⁷. Jednak szacuje się, że **ze względu na współistnienie z innymi czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczy-**

Wykres 17. Chory na cukrzycę w Polsce w 2011 roku - struktura wiekowa.



Źródło: opracowanie własne za Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 14 i 15; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za NATPOL 2011.

niowych cukrzyca przyczyniła się do 25% zgonów spowodowanych tymi chorobami²⁸.

Polska pod względem poziomu dostępności do świadczeń zdrowotnych związanych z potrzebami chorych na cukrzycę znacznie odstaje od standardów Unii Europejskiej. Problemem jest profilaktyka, organizacja opieki diabetologicznej, niski poziom edukacji chorych, niedostateczny poziom leczenia stopy cukrzycowej, a także niska dostępność nowoczesnej farmakoterapii, podnoszącej jakość życia chorych oraz redukującej ryzyko

powikłań. Potrzebne jest też udostępnienie chorym możliwości regularnych kontroli poziomu cukru, cholesterolu, a także badań wzroku czy stóp. Potwierdziła to bardzo niska, 25. pozycja Polski, na 30 krajów ocenianych pod względem jakości opieki medycznej kierowanej do pacjentów z cukrzycą. Wspomniany indeks państw przygotowany został w 2008 roku przez Health Consumer Powerhouse w ramach Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Cukrzycy (ECDI)²⁹. W pięciu obszarach, mierzonych za pomocą 26 różnych wskaźników opisujących konkretne praktyki, Polska uzyskała 544 punkty na 1000 możliwych.

Szacuje się, że Polska w 2012 roku wydała na leczenie cukrzycy ok. 2,2 mld zł, z czego środki publiczne to ok. 1,8 mld zł, a dopłaty pacjentów do leków to ok. 400 mln zł³⁰. Wydatki te mogą wydawać się wysokie, jednak wg Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Cukrzycy z roku 2008, powołującego się na IDF, średni poziom wydatków na leczenie cukrzycy per capita liczone w USD PPP lokuje Polskę na odległej pozycji. Poziom 783 PPP USD przeciętnie na jednego chorego na cukrzycę daje nam 24. miejsce spośród 30 ocenianych krajów.

Choroby mózgu

Choroby mózgu to bardzo pojemna kategoria schorzeń dotyczących centralnego układu nerwowego, układu naczyniowego mózgu oraz jego guzów, a także zaburzeń psychicznych. Tak szerokie ujęcie problematyki zostało przyjęte m.in. ze względu na fakt, że znaczna część chorób mózgu ma związek ze starzeniem się i dotyczy niemal wyłącznie osób w wieku podeszłym. Dodatkowym argumentem za przyję-

²⁷ Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012.

²⁸ P. Kawalec, A. Pilc, Analiza kosztów leczenia powikłań cukrzycy poniesionych przez płatnika w Polsce w roku 2002, Diabetologia Praktyczna, 2004, 5 (1), s. 9-14.

²⁹ Euro Consumer Consumer Diabetes Index (ECDI), 2008, <http://www.healthpowerhouse.com>

³⁰ Szacunki własne uwzględniające wydatki w POZ, dane NFZ o świadczeniach (bez POZ) oraz dane Sequence HC Partners o wydatkach na leki.





ciem takiej kategoryzacji było spojrzenie na problem częstości ich występowania oraz kosztów z perspektywy pozwalającej na pokazanie wysokiej wagi problemu chorób mózgu już obecnie, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach.

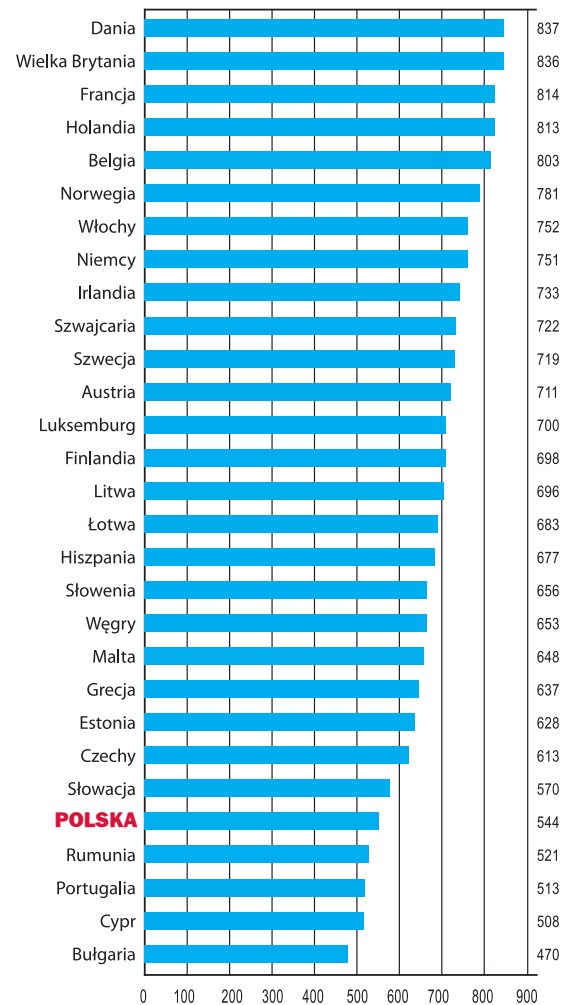
Wraz ze starzeniem się ludności Europy koszty i skala chorób mózgu mogą wzrosnąć do tego stopnia, że ich udźwignięcie przez społeczeństwa będzie niezwykle trudne. Jedyną szansą na poradzenie sobie z tym problemem jest zaplanowanie i skuteczna organizacja działań w zakresie opieki medycznej i społecznej, ale także wykraczających daleko poza te sfery. **Wiele chorób mózgu związanych ze zdrowiem psychicznym, ale także z padaczkami, demencją czy uzależnieniami, pociąga za sobą wykluczenie społeczne, a do rozwiązania wynikających z nich problemów niezbędne jest szerokie spojrzenie na kwestię zdrowia publicznego.** Medycyna naprawcza coraz częściej jest pomocna w leczeniu pacjentów cierpiących na schorzenia mózgu, ale mimo to jej skuteczność jest ograniczona. Leczy bowiem skutki, których źródła leżą daleko poza sferą jej oddziaływania. Podobnie jak w przypadku chorób układu krążenia, nowotworów czy cukrzycy typu 2, **znaczna część chorób mózgu uzależniona jest od sposobu naszego codziennego funkcjonowania i stylu życia. Należy zatem prowadzić działania o charakterze profilaktycznym,** które zapobiegać będą chorobom mózgu, zwłaszcza naczyniowym (udarom mózgu) i neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimera i chorobom psychicznym.

Problemy, jakie już obecnie niosą ze sobą choroby mózgu w wymiarze społecznym i ekonomicznym, odzwierciedlają dane dotyczące zarówno ich rozpowszechnienia, jak i kosztów ponoszonych w 27 krajach UE, Norwegii, Islandii i Szwajcarii. Zgodnie z szacunkami z badania „Cost of disorders of the brain in Europe 2010”³¹ w krajach tych, gdzie łącznie żyje 514 mln ludzi, aż 178,5 mln osób ma choroby mózgu. W 2010 roku łączne koszty chorób mózgu – bezpośrednie i pośrednie – wyniosły 798 mld euro. Z tego **bezpośrednie koszty stanowią 60% kosztów całkowitych związanych z tymi schorzeniami** (w tym medyczne 37% i niemedyczne 23%). Koszty pośrednie, stanowiące 40% ogółu kosztów tych chorób, związane są z utraconą produktywnością pacjentów.

Szacuje się, że choroby mózgu generują aż 25% całkowitych kosztów wszystkich chorób w europejskich krajach objętych wyżej opisanym badaniem. Wg WHO, w krajach o najwyższych dochodach, choroby mózgu mogą odpowiadać nawet za 30% kosztów wszystkich chorób. Warto zwrócić uwagę, że wysokość kwoty z 2010 roku przekracza łączne

Wykres 18.

Europejski Konsumencki Indeks Diabetologiczny 2008.



Wyniki - Europejski Indeks Diabetologiczny 2008.

Źródło: opracowanie Euro Consumer Diabetes Index 2008.

koszty chorób układu krążenia, cukrzycy i chorób reumatycznych. Bardziej szczegółowe informacje dotyczące kosztów chorób mózgu ponoszonych w Polsce wg cytowanego badania, znajdują się w dalszej części raportu.

Wiele chorób mózgu związanych jest ze starością. Wśród nich najważniejsze to udary, różnego typu otępienia, choroba Parkinsona oraz depresja. **Z powodu otępienia cierpi w Polsce ok. 400 tys. osób, z czego ok. 250 tys. to chorzy na chorobę Alzheimera. Przewiduje się, że do 2020 roku w naszym kraju zachoruje na nią ok. 1 milion osób**³². Natomiast na chorobę Parkinsona w 2010 roku cierpiało w naszym kraju blisko 74 tys. osób³³.

³¹ A. Gustavsson i in., Cost of disorders of the brain in Europe 2010, Eur. Neuropsychopharmacol. (2011), doi:10.1016/j.euroneuro.2011.08.008.

³² G. Opala, D. Ryglewicz, Zapobieganie chorobom mózgu, chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimera.

³³ A. Gustavsson i in., op.cit.



Od wielu lat jednym z największych problemów związanych z chorobami mózgu w Polsce są udary i towarzysząca im wysoka śmiertelność. **W Polsce udaru mózgu doznaje aż 70 tys. osób rocznie.** Według WHO udar mózgu to nagłe wystąpienie ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgu, trwające dłużej niż 24 godziny (o ile wcześniej nie nastąpi zgon), spowodowane wyłącznie przez przyczyny związane z przepływem mózgowym krwi. Jego typowe objawy to: nagłe wystąpienie jednostronnego niedowładu lub porażenia kończyn i twarzy, jednostronne nagłe drętwienie lub zaburzenie czucia, trudności w wypowiedaniu słów lub rozumieniu mowy, zaburzenia widzenia, niemożność utrzymania stojącej postawy ciała oraz bardzo silny ból głowy. Jeżeli objawy udaru trwają krócej niż 24 godziny, stan taki określa się mianem przemijającego niedokrwienia mózgu (skrót z ang. TIA). Podobnie jak udar, TIA jest wskazaniem do hospitalizacji. Dane WHO wskazują udar mózgu jako drugą najczęstszą przyczynę zgonów na świecie³⁴. W Polsce jest to trzecia przyczyna zgonów, po chorobach serca i nowotworach.

Dane o hospitalizacjach z 2010 roku wskazują, że choroby związane z zaburzeniami naczyniowymi mózgu (udary, przemijające i inne zaburzenia krążenia) są przyczyną ok. 40% wszystkich hospitalizacji w oddziałach neurologicznych, które z kolei stanowią 3,8% hospitalizacji w kraju. Średni wiek pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru niedokrwinnego wynosił 72 lata, z powodu udaru krwotocznego 69 lat, z powodu udaru nieokreślonego 72 lata, a z powodu TIA 66 lat. Większość hospitalizowanych w oddziałach neurologicznych stanowią kobiety – 54%³⁵.

W Polsce choroby naczyń mózgowych są istotnie częstszą przyczyną zgonów kobiet niż mężczyzn. Wg GUS w 2009 roku śmiertelność kobiet z tego powodu wynosiła 103,7/100 tys., a mężczyzn 86,4/100 tys. Różnice te wynikają z dłuższego życia kobiet i są pochodną częstszego występowania wśród najstarszych Polek chorób układu sercowo-naczyniowego (głównie nadciśnienia tętniczego i zaburzeń rytmu, wymagających leczenia farmakologicznego – hipotensyjnego, antyarytmicznego oraz przeciwzakrzepowego). **Udary są częstym powikłaniem migotania przedsionków, a ich czynniki ryzyka – palenie tytoniu, otyłość/nadwaga, nadciśnienie tętnicze, hiperchole-**

sterolemia, cukrzyca oraz brak aktywności fizycznej – pokrywają się z czynnikami ryzyka zawału serca. Z badania INTERSTROKE wynika, że **10 modyfikowalnych czynników odpowiada za więcej niż 90% ryzyka udaru mózgu**³⁶.

Udar jest także główną przyczyną długotrwałej niesprawności chorych, tym samym niesie za sobą istotne następstwa nie tylko kliniczne, ale także socjalne i ekonomiczne. Wg ekspertów, blisko połowa chorych, którzy przeżyją ostrą fazę udaru mózgu, nie jest w stanie samodzielnie wykonywać codziennych czynności i jest zależna od pomocy innych osób. Oprócz tego udar bardzo często powoduje znaczne pogorszenie jakości życia chorych (padaczkę poudarową, depresję, otępienie oraz obrażenia spowodowane upadkami). Wiek to główny niemodyfikowalny czynnik ryzyka udaru mózgu, dlatego zapobieganie wystąpieniu udaru i prowadzenie skutecznego leczenia będzie coraz ważniejsze wraz ze starzeniem się ludności Polski³⁷.

Jednym z najpilniejszych problemów związanych z chorobami mózgu jest obecnie wysoka śmiertelność chorych z udarem mózgu. Mimo utworzenia w Polsce sieci centrów udarowych w ramach realizacji pierwszego celu strategicznego NPZ 2007-2015, wysoki poziom śmiertelności szpitalnej z powodu tego schorzenia wciąż się utrzymuje. Polska wypada też niekorzystnie na tym tle w porównaniu z innymi krajami UE. Ekspertci zjawisko to uznają za niepokojące, gdyż wskazuje ono, że wdrożenie programów³⁸ nakierowanych na poprawę leczenia udarów mózgu, nie przyniosło zaplanowanych pozytywnych zmian w zakresie obniżenia śmiertelności³⁹.

Na rozwiązanie czeka też kwestia dużego odsetka osób, które przeżywszy ostrą fazę udaru, ze względu na brak wczesnej rehabilitacji poudarowej, stają się trwale niesamodzielne. Skala problemów społecznych, kosztów pośrednich generowanych z powodu istotnych niedoborów w zakresie organizacji i finansowania kompleksowego leczenia udarów jest niezmiernie trudna do oszacowania. Dostępne analizy porównawcze wskazują, że w 2010 roku w Polsce było ok. 503 tys. osób, które przeszły udar (przeżyły udar w danym roku lub w poprzednich latach lub zmarły z powodu udaru w 2010 roku), generując łączne roczne koszty tej choroby na

³⁴ A. Członkowska, Udar mózgu - epidemiologia, leczenie, profilaktyka, w: M. Gałązka-Sobotka, M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Gryglewicz, E. Karczewicz, H. Zalewska, Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013.

³⁵ Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Rocznik statystyczny 2010, Część II, Lecznictwo neurologiczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawa, 2011.

³⁶ J. Stępińska, w: M. Gałązka-Sobotka, M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Gryglewicz, E. Karczewicz, H. Zalewska, Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013.

³⁷ M. Gałązka-Sobotka, M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Gryglewicz, E. Karczewicz, H. Zalewska, Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013.

³⁸ Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu.

³⁹ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012.





poziomie 2,19 mld euro PPP. Koszty na chorego wyniosły 4347 euro PPP.

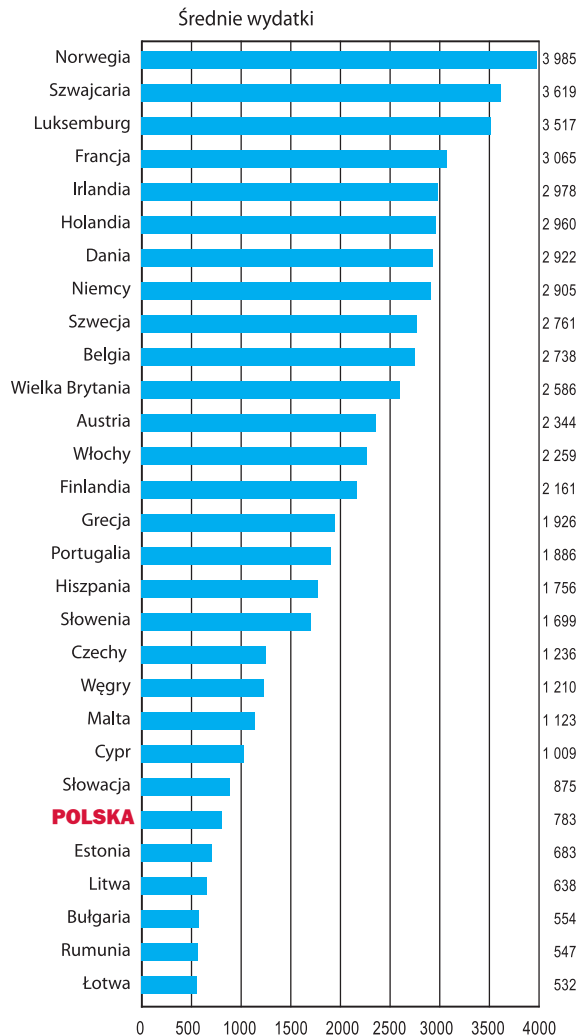
Analizy chorób mózgu objęte ww. badaniami kosztów⁴⁰ (łącznie 19 chorób) wskazują, że w Polsce w 2010 roku zanotowano łącznie ok. 22,9 mln przypadków chorych na: uzależnienia, zaburzenia lękowe, guzy mózgu, demencję, padaczkę, bóle głowy, zaburzenia nastroju, stwardnienie rozsiane, chorobę Parkinsona, zaburzenia psychiczne, udar i pourazowe uszkodzenie centralnego układu nerwowego. Wśród nich największą grupę stanowią osoby zgłaszające różnego typu bóle głowy – ponad 12 mln przypadków.

Wśród osób leczących się z powodu chorób z zakresu zdrowia psychicznego, aż ok. 5,3 mln stanowili pacjenci cierpiący na zaburzenia lękowe, a kolejne 2,5 mln osób na zaburzenia nastroju. Jednym z najpoważniejszych wyzwań w tym zakresie jest depresja. Wg danych Eurostatu przytaczanych przez GUS⁴¹ cierpi na nią 2,1% dorosłej populacji Polaków (1,4% mężczyzn oraz 2,7% kobiet). To znacznie mniej, niż wynosi częstotliwość występowania tej choroby np. w Hiszpanii (5,3%) czy na Węgrzech (4,9%). Wydaje się jednak, że skala niezdiagnozowanej, a tym samym nieleczonej depresji, może być większa. Niski odsetek osób z depresją w statystykach może być pochodną niezadowalającej dostępności do leczenia psychiatrycznego w naszym kraju, jak i negatywnego odbioru społecznego osób leczących się psychiatrycznie. W konsekwencji może to skutkować niższą zgłaszalnością występującej choroby. Jeśli wziąć pod uwagę, że depresja należy do grupy zaburzeń nastroju, to dane mówiące o blisko 2,5 mln osób z takimi zaburzeniami psychicznymi w Polsce wskazują, że częstotliwość rzeczywistego występowania depresji w polskiej populacji może być niedoszacowana.

Łączna liczba blisko 23 mln osób, które w 2010 roku w Polsce cierpiały z powodu wymienionych wyżej chorób mózgu, świadczy, że skala problemu już jest bardzo duża. Będzie ona rosła wraz z prognozowanymi zmianami demograficznymi, rynku pracy oraz życia społecznego i gospodarczego naszego kraju.

Starzenie się społeczeństwa będzie wiązało się zarówno z częstszym występowaniem chorób neurologicznych, neurodegeneracyjnych, jak i o podłożu psychicznym. Udar mózgu, demencja łącznie z chorobą Alzheimera oraz choroba Parkinsona staną się udziałem większej grupy, zwłaszcza najstarszych Polaków. Wspomniane obniżenie nastroju, związane z wdowieństwem i samotnością czy pozostawieniem przez najbliższych, już obecnie jest bardzo częstą dolegliwością psychiczną

Wykres 19. Średnie wydatki per capita USD, PPP na leczenie chorych z cukrzycą w Europie.



Źródło: Lis, Gierczyński, Głasek 2010 s. 134 za: Międzynarodowa Federacja ds. Cukrzycy (International Diabetes Federation), (oprac.) Diabetes Atlas, www.eatlas.idf.org.

na osób w podeszłym wieku. Bez podjęcia intensywnych działań zapobiegających lub ograniczających poczucie wykluczenia i bezradności tych osób, problem będzie narastał.

Zaburzenia zdrowia psychicznego mogą również w większym niż dotychczas stopniu dotyczyć osób w wieku produkcyjnym, a także dzieci i młodzieży. Brak ruchu i otyłość, rosnące tempo życia i pracy oraz związany z nimi stres, problemy natury finansowej i osobistej, presja na sukces i wyniki w połączeniu z brakiem umiejętności odpoczywania, rozładowywania napięcia czy brakiem oparcia

⁴⁰ A. Gustavsson i in., Cost of disorders of the brain in Europe 2010, Eur. Neuropsychopharmacol. (2011), doi:10.1016/j.euroneuro.2011.08.008.

⁴¹ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r., GUS, 2012.



w innych, skutkować będą większą liczbą osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Potwierdzają to dane dotyczące zdrowia psychicznego Polaków z badania „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska” (dalej EZOP)⁴². Raport z niego prezentuje po raz pierwszy w historii kondycję psychiczną mieszkańców Polski. Wskazuje on, że potencjalnymi pacjentami systemu opieki psychiatrycznej w Polsce może być łącznie nawet 6-7,5 mln osób. Tymczasem zgłaszalność do placówek opieki psychiatrycznej w ostatnich latach wynosiła ok. 1,5 mln osób rocznie. Porównanie tych liczb świadczy o tym, że kondycja psychiczna Polaków może w nieodległej przyszłości skutkować szybko rosnącymi potrzebami w zakresie opieki psychiatrycznej. Dotychczasowa, głównie szpitalna, baza leczenia psychiatrycznego, nastawiona przede wszystkim na leczenie odwykowe, nie jest przygotowana do obsługi takiego napływu pacjentów. **Współczesna psychiatria w dużo większym stopniu niż ma to miejsce w Polsce opiera się na leczeniu środowiskowym, które obok placówek medycznych obejmuje m.in. pomoc społeczną, wsparcie pozarządowych organizacji samopomocowych, psychoterapię, szkolenia i kursy w miejscu zamieszkania lub pracy.**

Poza wspomnianą koncentracją pomocy psychiatrycznej w szpitalach, polski system charakteryzuje się też znacznymi różnicami w dostępie do opieki pomiędzy poszczególnymi województwami. Podobnie jest zresztą w przypadku wielu innych specjalności medycznych. Dysproporcje w dostępie do leczenia są tak duże, że bez wątpienia zaspokojenie potrzeb zdrowia psychicznego Polaków w równym stopniu w całym kraju wymaga zaangażowania nie tylko po stronie systemu opieki medycznej, ale też skoordynowanych działań ponadsektorowych. Udział w nich powinny wziąć organy państwa, samorządu terytorialnego, pracodawców, związki zawodowe oraz organizacje pozarządowe. Zdrowie psychiczne, obok zdrowia fizycznego i społecznego, jest bowiem ważną składową zdrowia publicznego⁴³. Sposobem na realizację zadań związanych z poprawą w zakresie jakości zdrowia psychicznego Polaków jest Narodowy Program Zdrowia. Opinie ekspertów z dziedziny psychiatrii nt. realizacji celów zapisanych w tym zakresie w aktualnym NPZ 2007-2015, zebrane podczas pracy nad raportem, wskazują, że wymaga on zdecydowanej zmiany podejścia, a przede wszystkim konsekwentnego wdrażania i monitorowania efektów.

Choroby oczu – zaćma i choroby siatkówki

Choroby oczu są często pomijane w raportach europejskich dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności. Podobnie było także przez wiele lat w Polsce. Niemniej obecna sytuacja, głównie w zakresie leczenia zaćmy, jest na tyle trudna, że wymaga głębszego omówienia, przeprowadzenia analiz i prognoz, a także zaproponowania rozwiązań. **Zaćma, podobnie jak jaskra, zwyrodnienie plamki żółtej oraz retinopatia cukrzycowa, to choroby oczu, których występowanie zwiększa się wraz z wiekiem.** Szacuje się, że w polskiej populacji **w grupie wiekowej 61-80 lat do operacji zaćmy w ciągu roku kwalifikuje się 2,75% osób, a powyżej 81 roku już 4,4%**⁴⁴. Szacunki mówią o **ponad 1,4 mln chorych na choroby siatkówki w Polsce**, z czego 95% to AMD – związane z wiekiem zwyrodnienie plamki, DME – cukrzycowy obrzęk plamki oraz RVO – zakrzep żyły środkowej lub jej gałęzi związany z nadciśnieniem tętniczym. Ze względu na starzenie się społeczeństwa, w przypadku AMD już teraz obserwuje się tendencję wzrostową, a do roku 2020 liczba chorych może się zwiększyć nawet o połowę⁴⁵.

Problem zaćmy, AMD, DME i RVO wiąże się ze stopniową utratą wzroku pacjentów, zwłaszcza w państwach o ograniczonym dostępie do leczenia. W Polsce dysproporcja pomiędzy rosnącymi potrzebami starzejącej się ludności a stopniem ich zaspokojenia przez system opieki medycznej narosła do poziomu, który już obecnie generuje problemy zdrowotne i społeczne na trudnym do zaakceptowania poziomie. Dotyczy to szczególnie dostępności do leczenia zaćmy.

W drugiej części raportu oraz w załącznikach znajdują się szczegółowe informacje nt. zaćmy oraz zwyrodnienia plamki związanej z wiekiem (AMD), a w części obecnego rozdziału dotyczącej kosztów chorób przytaczamy dostępne dane na temat chorób siatkówki. Autorzy raportu, nie dysponując opracowaniami o łącznych kosztach zaćmy w Polsce, a jednocześnie wyciągając wnioski z negatywnych skutków niewystarczającego dostępu do leczenia, przeprowadzili symulacje w oparciu o własne scenariusze możliwych rozwiązań. Propozycje te zaprezentowano w drugiej części raportu oraz w Załącznikach 1 i 2. Wskazują one, że **rozwiązanie dramatycznego problemu niskiej dostępności do operacji zaćmy w Polsce wymaga już teraz zdecydowanych zmian w dotychczasowym, niewydolnym systemie leczenia tej choroby.** Kwestia ta winna stać się przedmiotem publicznej de-

⁴² J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak, Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej - EZOP Polska.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ J. Wilczyńska, S. Bogusławski, R. Plisko, Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa, Patronat Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Sequence HC Partners, HTA Consulting, 2012.

⁴⁵ A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwyrodnienia Plamki związanej z Wiekiem AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011.





baty, prac instytucji publicznych odpowiedzialnych za przestrzeganie praw obywatelskich, praw pacjentów, a także finansowanie i organizację systemu opieki medycznej oraz dostępność świadczeń zdrowotnych.

Czynniki ryzyka zdrowotnego

Od czasu kiedy Marc Lalonde, kanadyjski minister zdrowia, w 1974 roku ogłosił koncepcję pól zdrowia, wskazując na siłę oddziaływania różnych czynników na stan zdrowia, w wielu badaniach potwierdzono, że **styl życia ma największy wpływ na zdrowotny dobrostan każdego człowieka. Jest też odpowiedzialny za rozwój wielu chorób.**

Wpływ ten może być mniejszy lub większy w zależności od rodzaju choroby, ale niemal zawsze (poza chorobami genetycznymi) dominuje nad pozostałymi determinantami. Dla uproszczenia, w oparciu o wyniki badań, przyjmuje się, że wpływ stylu życia na zdrowie oscyluje wokół 50%. Inne składowe wpływające na zdrowie to: czynniki genetyczne (20%), środowiskowe i społeczne (20%) oraz system ochrony zdrowia (10%). Taki podział przyjęli także autorzy aktualnego polskiego Narodowego Programu Zdrowia⁴⁶.

WHO już w 2004 roku, wraz z przyjęciem generalnej strategii dotyczącej żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia, sformułowała dla poszczególnych krajów rekomendacje konkretnych działań związanych z popularyzacją zdrowego stylu życia jako prewencji chorób niezakaźnych. **W Polsce** wg szacunków WHO z 2002 roku **najistotniejsze problemy to: palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, nadwaga i otyłość, nadmierne spożycie alkoholu, niskie spożycie warzyw i owoców oraz mała aktywność fizyczna**⁴⁷. Prezentowane w dalszej części raportu dane potwierdzają, że po ponad 10 latach wciąż te same czynniki ryzyka chorób stanowią w Polsce istotny problem. W przypadku części z nich – nadwagi i otyłości, nieprawidłowych nawyków żywieniowych oraz małej aktywności fizycznej – problem nawet narasta. Z uwagi na cel i charakter tego raportu pokażemy wybrane dane dotyczące tylko tych czynników ryzyka zdrowotnego, które w największym stopniu wpływają na rozwój chorób niezakaźnych. Są to palenie tytoniu, dieta i nawyki żywieniowe oraz aktywność fizyczna.

Polacy wciąż palą wyroby tytoniowe częściej niż przedstawiciele innych narodów. Jednak warto

podkreślić, że wiele działań podejmowanych w poprzednich latach w walce z tym nałogiem przyniosło pozytywne efekty. Wg danych GUS w 2009 roku codziennie paliło ok. 31% mężczyzn oraz 18% kobiet. Natomiast dekadę wcześniej codziennie paliło 40,9% mężczyzn oraz 19,4% kobiet. Widać więc wyraźny spadek częstości palenia, głównie wśród mężczyzn⁴⁸. Nadal mamy do czynienia z tendencją spadkową, ale w stosunku do poprzedniego okresu jej dynamika spada. Rezygnacja lub niepodejmowanie palenia dotyczy mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych. **Jednak w przypadku kobiet w najmłodszej grupie wiekowej (15-19 lat) obserwuje się niepokojące zjawisko częstszego sięgania po tytoń**⁴⁹.

Nadwagę lub otyłość ma w Polsce ponad 61% mężczyzn oraz ponad 44% kobiet. Szczególnie alarmujące są jednak dane dotyczące skali nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Szacuje się, że w 2011 roku w Polsce było ok. 10,3 mln osób z BMI $\geq 27,49$, co oznacza nadwagę w górnym przedziale i otyłość⁵⁰. Polska populacja znajduje się wśród krajów UE o najwyższym udziale osób z tym problemem zdrowotnym. To efekt nieprawidłowej diety oraz bardzo małej aktywności fizycznej Polaków. **Dane prezentowane poniżej wskazują, że kolejne pokolenia w naszym kraju będą o wiele bardziej niż poprzednie narażone m.in. na choroby układu krążenia, cukrzycę i nowotwory.**

Naszym celem winno być osiągnięcie warunków, aby przestrzeń publiczna, podobnie jak w krajach skandynawskich czy Wielkiej Brytanii, była całkowicie wolna od dymu tytoniowego, a procentowy udział osób palących w całej populacji spadł poniżej 20%. Drogą do realizacji tego celu powinna być m.in. walka z nikotynizmem, zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych finansowana z akcyzy oraz aktywna realizacja celów Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (POZNPT). Przy konsekwentnych działaniach w tym kierunku, dane mówiące o dalszym spadku palenia tytoniu w Polsce mogą osiągnąć nawet lepsze wartości, niż prezentowane w prognozie poniżej.

Kolejnym, po paleniu tytoniu i nadwadze, a często z nimi powiązanym, problemem Polaków jest zbyt mała aktywność fizyczna. Dane porównawcze wskazują, że zarówno pod względem uprawiania sportu, jak i codziennej, regularnej aktywności fizycznej wypadamy w statystykach gorzej od większości państw

⁴⁶ Narodowy Program Zdrowia 2007-2015, Warszawa 2007.

⁴⁷ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012.

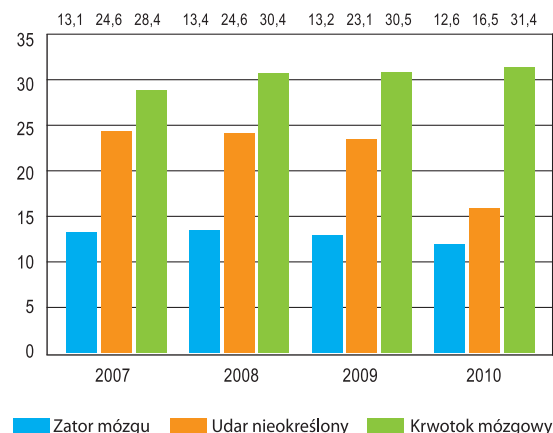
⁴⁸ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r., Warszawa 1998.

⁴⁹ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012.

⁵⁰ KPMG, Fundacja Nutricia, Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, Warszawa 2012, na podstawie danych GUS.



Wykres 20. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni, osób hospitalizowanych z powodu zatoru mózgu i krwotoku mózgowego w Polsce, 2007-2010 (dane i opracowanie NIZP-PZH).

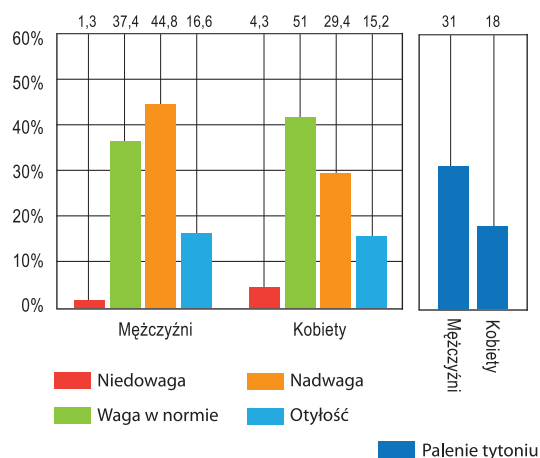


Źródło: opracowanie własne za Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 151; NIZP-PZH 2012.

UE. Stan zdrowia ludności Polski oraz świadomość ryzyka chorób cywilizacyjnych wskazują, że potrzebne są szeroko zakrojone działania aktywizujące Polaków do ruchu służącemu zdrowiu.

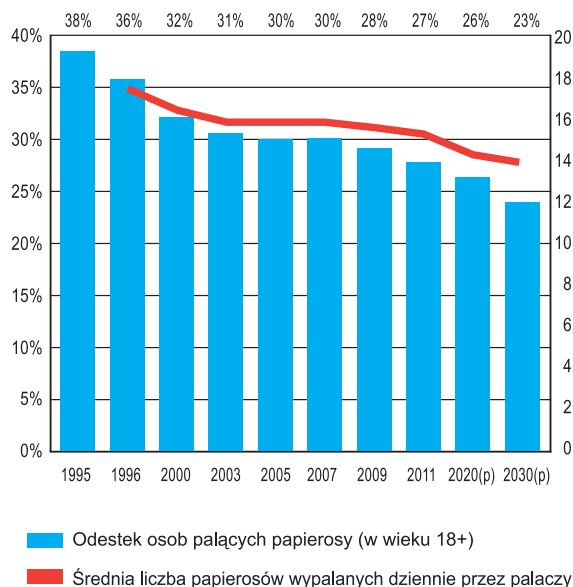
Aktywności fizycznej w walce z nadwagą i otyłością, musi towarzyszyć zmiana nawyków żywieniowych. Badania wskazują, że pomimo działań zmierzających do obniżenia spożycia tłuszczów nasyconych oraz zwiększenia ilości warzyw i owoców w diecie, Polacy wciąż odżywiają się nieprawidłowo. Odnotowano

Wykres 21. Odsetek Polaków powyżej 15 roku życia palących codziennie papierosy w zależności od płci oraz masa ciała Polaków (dane za 2009 rok).



Źródło: opracowanie własne za Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 289, 296; NIZP-PZH 2012; za GUS.

Wykres 22. Odsetek osób palących papierosy i średnia liczba wypalanych papierosów (w wieku 18 lat i więcej).



Źródło: opracowanie własne za Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 14 i 15; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za NATPOL 2011.

poprawę w zakresie spożycia tłuszczów, ale równocześnie zaobserwowano niepokojący spadek liczby posiłków w ciągu dnia oraz obniżenie spożycia warzyw i owoców. Dotyczy to zarówno osób dorosłych, jak dzieci i młodzieży. Wg danych z 2009 roku statystyczny Polak jadł rocznie tylko 56 kg owoców, przy średniej 103 kg na mieszkańca UE. W przypadku warzyw sytuacja wygląda teoretycznie dużo lepiej. Średnio Polak jadł ich 126 kg rocznie, przy średniej w UE 118 kg na osobę, ale wynik ten wynika w znacznej mierze z wysokiej konsumpcji ziemniaków w naszym kraju⁵¹.

Bez podjęcia skutecznych działań promujących zdrowe odżywianie, problem nadwagi oraz otyłości i źle zbilansowanej diety może narastać, dając w konsekwencji większą zapadalność m.in. na: cukrzycę, choroby układu krążenia, nowotwory i chorobę Alzheimera.

Szczególnie alarmujące są informacje na temat braku odpowiednich nawyków żywieniowych oraz aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży. **Problem otyłości i nadwagi dotyczy w naszym kraju już kilkunastu procent chłopców i dziewcząt.** Wg wieloosrodkowych badań populacyjnych, w grupie dzieci w wieku 7-9 lat nadwaga i otyłość występuje łącznie u 15% chłopców i blisko 16% dziewcząt. Odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w tym wieku jest

⁵¹ B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012, za FAOSTAT Database.



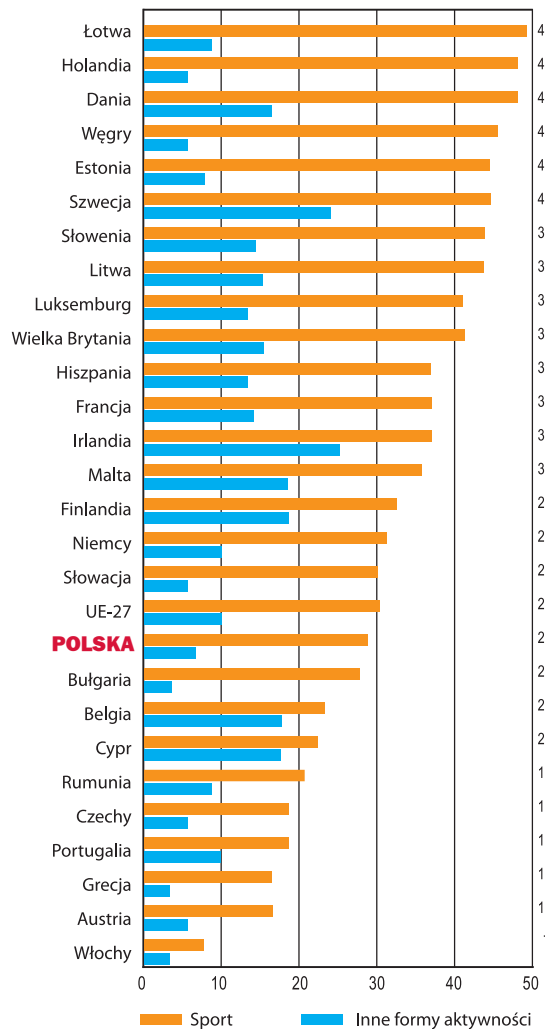
aż kilkukrotnie wyższy niż w analogicznych badaniach przeprowadzonych w latach 1994-1995 (wówczas było to 4,3% chłopców oraz 6,4% dziewcząt). Z kolei wg kryteriów międzynarodowych Cole'a i współpracowników, nadwaga i otyłość dotyczy nawet 20% polskich chłopców i 14,5% dziewcząt⁵². Jest to skutek spadającej wraz z wiekiem aktywności fizycznej oraz złych nawyków żywieniowych. Wyniki badań z lat 2002, 2006 i 2010, dotyczących poziomu aktywności fizycznej oraz jedzenia warzyw i owoców przez dzieci i młodzież, wskazują, że **skala negatywnych zjawisk zwiększa się dramatycznie**.

Z badań tych wyraźnie widać, że siedzący tryb życia oraz złe nawyki żywieniowe stały się codziennością dla większości najmłodszych Polaków. **Zmiana ich zachowań, choć trudna, jest jeszcze możliwa. Warunkiem są jednak konsekwentne działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży oraz realizacja kampanii kierowanych do rodziców i nauczycieli.** Powinny one, zamiast straszyć negatywnymi skutkami zdrowotnymi, odwoływać się do nich pośrednio, pobudzając i zachęcając do działania, pokazując możliwe do osiągnięcia pozytywne rezultaty, dostępne dla każdego, kto włoży w ich osiągnięcie trochę wysiłku.

Problem otyłości i złej kondycji fizycznej dzieci i młodzieży został na szczęście już szerzej dostrzeżony. Resorty edukacji oraz sportu podejmują działania, aby np. uświadomić rodzicom skutki częstego zwalniania dzieci z lekcji wychowania fizycznego, godzenia się na ich siedzący tryb życia. W ślad za tym muszą iść działania na poziomie szkół i całego systemu edukacji. Zmiany wymaga formuła prowadzenia zajęć wychowania fizycznego na wszystkich poziomach edukacji, także szkół wyższych. Wzorem innych państw należy zablokować sprzedaż w placówkach oświatowych produktów o podwyższonej zawartości cukrów i tłuszczów, a w ich miejsce wprowadzić zdrowe posiłki. Należy zorganizować dzieciom i młodzieży powszechny dostęp do produktów mlecznych oraz warzyw i owoców. Działania te muszą być wielopłaszczyznowe i konsekwentne, a ich prowadzenie powinno być okresowo monitorowane w odniesieniu do stosowanych środków i osiągniętych rezultatów.

W wielu krajach europejskich, gdzie istnieją podobne problemy, w ich rozwiązywanie angażowane są nie tylko duże środki finansowe, ale tworzy się centra rządowe lub pozarządowe ze wsparciem z budżetu państwa lub samorządów terytorialnych, które specjalizują się w organizacji prozdrowotnych kampanii na szczeblu krajowym i lokalnym. Angażują się w nie popularne osoby oraz media, które oddziałując na opinię publiczną w długim okresie, osiągają pożądane rezultaty.

Wykres 23. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat regularnie uprawiających sport i podejmujących inne formy aktywności fizycznej w krajach UE.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 302; NIZP-PZH 2012.

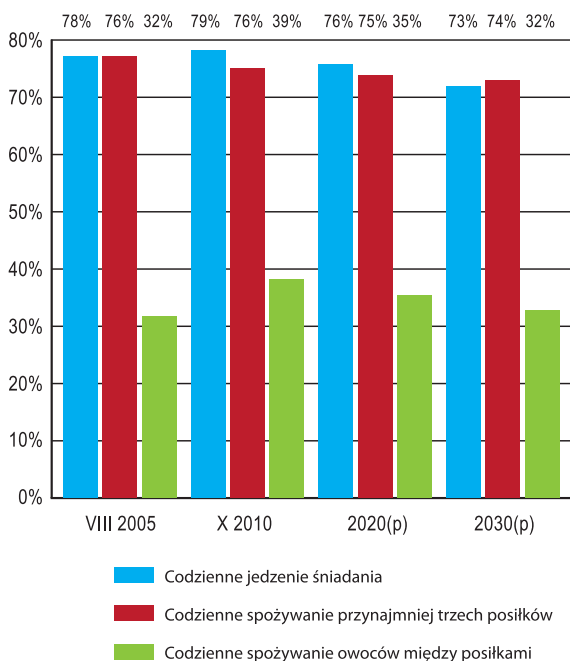
Przykładem jest np. Wielka Brytania z programem zdrowego odżywiania w szkołach, realizowanym przez organizacje pozarządowe i lokalne społeczności, przy istotnym wsparciu z budżetu państwa oraz instytucji prywatnych. Działania te są szeroko propagowane m.in. przez BBC. Podobne programy, często też z udziałem np. znanych sportowców, od kilku lat prowadzone są w Polsce. Jednak wciąż mają za małą skalę, brakuje też ich koordynacji.

Warto zwrócić uwagę, że **skala problemów i niezbędnych obecnie do podjęcia działań na polu zmiany stylu życia Polaków, zwłaszcza dzieci i młodzieży, nie musiałaby być tak duża, gdyby nie brak**

⁵² KPMG, Fundacja Nutricia, Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, Warszawa 2012.

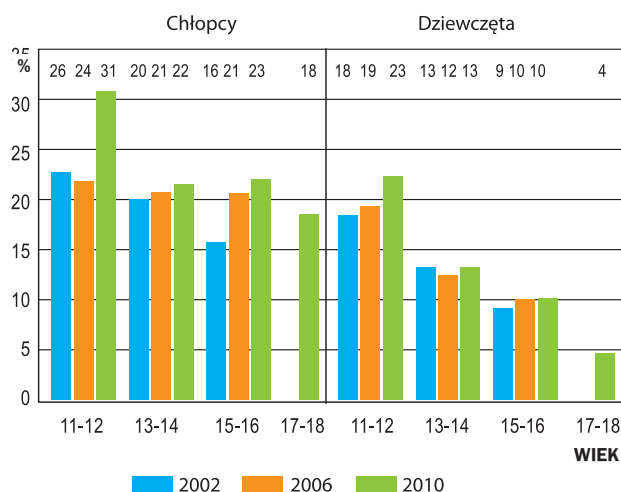


Wykres 24. Odsetek dorosłych Polaków o prawidłowych nawykach żywieniowych.



Źródło: opracowanie własne za Analizę zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 42; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za CBOS; (p) - prognoza.

Wykres 25. Odsetek młodzieży szkolnej wypełniającej dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006 i 2010.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 303; NIZP-PZH 2012; za HBSC.

skutecznej reakcji na negatywne zjawiska odpowiednio wcześniej. W przyszłości borykać się będziemy z problemami zdrowotnymi, które są skutkiem ewidentnych zaniedbań na polu polityki zdrowotnej państwa, niedostatku koordynacji działań lub wręcz ich braku w okresie ostatniego dwudziestolecia.

Koszty chorób

Badanie kosztów chorób służy ocenie i racjonalizacji wydatków na opiekę zdrowotną. W wielu krajach działania na tym polu nabierają coraz większego znaczenia, ze względu na rosnącą presję na wzrost wydatków na zdrowie przy ograniczonych zasobach finansowych. Presja ta wynika głównie z przyczyn demograficzno-epidemiologicznych – starzenia się społeczeństw oraz rozpowszechnienia chorób cywilizacyjnych o charakterze przewlekłym, a także rozwoju nowych technologii medycznych. Szacuje się, że ok. jedną czwartą ogółu wydatków na leczenie generują osoby w wieku 50-80 lat⁵³. Kolejnym ważnym elementem wpływającym na wzrost kosztów medycznych w krajach rozwiniętych jest konsumeryzm – ludzie w coraz większym stopniu traktują świadczenia zdrowotne w kategoriach usług, które mają im służyć zgodnie z ich subiektywnymi potrzebami.

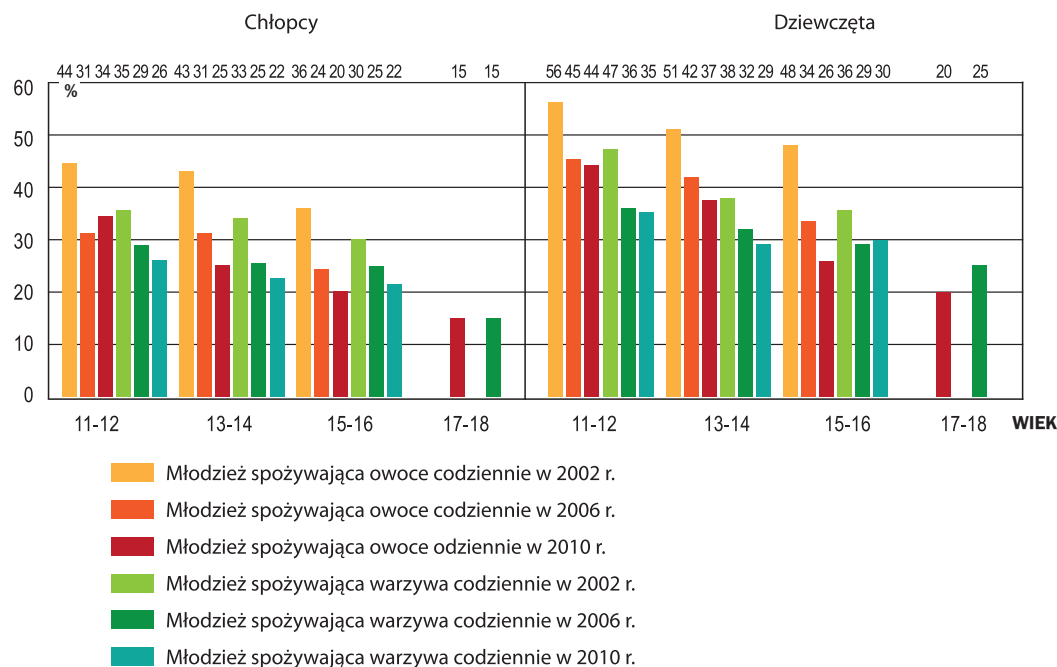
Na koszty choroby składają się:

- 1) koszty bezpośrednie – medyczne, związane z leczeniem (konsultacje, badania, hospitalizacje, leki) oraz niemedyczne, związane z procesem leczenia, ale niebędące kosztami leczenia, np. koszt transportu lub wyżywienia w czasie choroby;
- 2) koszty pośrednie – ponoszone w obrębie sektora opieki medycznej (np. koszty medyczne związane z leczeniem innych chorób w latach życia zyskanych dzięki udanemu wcześniejszemu leczeniu) oraz poza sektorem opieki medycznej, związane z utratą produktywności na skutek nieobecności w pracy (absencji chorobowej, inaczej absenteizmu) lub zmniejszonej wydajności pracy w związku z chorobą (prezenteizmem), a także przedwczesnych zgonów osób chorych;
- 3) koszty niewymierne – koszty związane z cierpieniem i obniżeniem jakości życia chorych, opisywane poprzez mierniki jakości życia – aspekt trudny do przeliczenia na pieniądze, dlatego często pomijany w ocenie kosztów chorób.

⁵³ J. Lis, J. Gierczyński, M. Glasek, Koszty chorób a ocena systemów opieki zdrowotnej w Europie, w: K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, 2010, s. 129-148.



Wykres 26. Odsetek młodzieży szkolnej spożywającej codziennie owoce i warzywa w latach 2002, 2006 i 2010.



Źródło: opracowanie własne za Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 300, 301; NIZP-PZH 2012; za HBSC.

Do tej pory w Polsce nie przyjęto jednolitych zasad szacowania kosztów pośrednich chorób, ale nie ulega wątpliwości, że niezależnie od tego, jaką metodologię ich liczenia się przyjmie, **każda choroba generuje stratę dla gospodarki i społeczeństwa**⁵⁴. **Największą stratą dla gospodarki, rozumianą jako utratę produktywności, powodują choroby, które doprowadzają do przedwczesnej śmierci lub inwalidztwa uniemożliwiającego wykonywanie jakiegokolwiek pracy zarobkowej przez osoby w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym.** Drugą co do znaczenia wartością kosztów pośrednich, jest utracona produktywność, wynikająca z absencji chorobowej i obniżonej efektywności pracy, mimo obecności w pracy osoby chorej. W przypadku chorób przewlekłych, o postępującym przebiegu, jak np. cukrzyca lub reumatoidalne zapalenie stawów, a także wielu chorób mózgu, koszty pośrednie wynikające z absencji chorobowej i prezenteizmu mogą przekraczać swoją wartością inne koszty pośrednie, a nawet być większe niż bezpośrednie koszty leczenia tych chorób.

Koszty chorób sercowo-naczyniowych

Koszty chorób sercowo-naczyniowych stanowią istotną część ogółu kosztów chorób w Polsce. Na ich wysokość

wpływa duża częstotliwość występowania tej grupy chorób oraz, nawet w większym stopniu, fakt, że choroby te są główną przyczyną przedwczesnej umieralności Polaków, a także czasowej lub trwałej niezdolności do pracy. **W roku 2011 łączne koszty chorób sercowo-naczyniowych wyniosły ok. 42 mld zł**⁵⁵. Koszty bezpośrednie, związane z leczeniem i lekami, stanowiły tylko ok. 35,5% tej kwoty. Blisko 65% stanowiły koszty pośrednie: utraconej produktywności na skutek przedwczesnej umieralności, wcześniejszego przejścia na emeryturę lub na rentę z tytułu niezdolności do pracy oraz przebywania na zwolnieniu lekarskim. Szczególnie wartym podkreślenia jest fakt, iż choroby sercowo-naczyniowe, występując u osób w wieku produkcyjnym, jako zabójcy i sprawcy trwałej niezdolności do pracy kosztowały nas blisko 25 mld zł utraconej produktywności.

Wśród ważnych powodów absencji chorobowej z powodów sercowo-naczyniowych, na znaczeniu zyskuje niewydolność serca. Wg danych ZUS⁵⁶ z 2012 roku średnia długość zwolnienia lekarskiego przy tym schorzeniu wynosiła blisko 20 dni, podczas gdy przeciętne zwolnienie trwało ok 12,5 dnia. Przybywa też uprawniających do renty orzeczeń o trwałej niezdolności do pracy z powodu niewydolności serca. W 2012 roku takich orzeczeń pierwszorazowych wydano o 7,7% więcej niż rok wcześniej, a w przypadku

⁵⁴ Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w Polskim systemie ochrony zdrowia, Sprawne Państwo, Program EY, 2013.

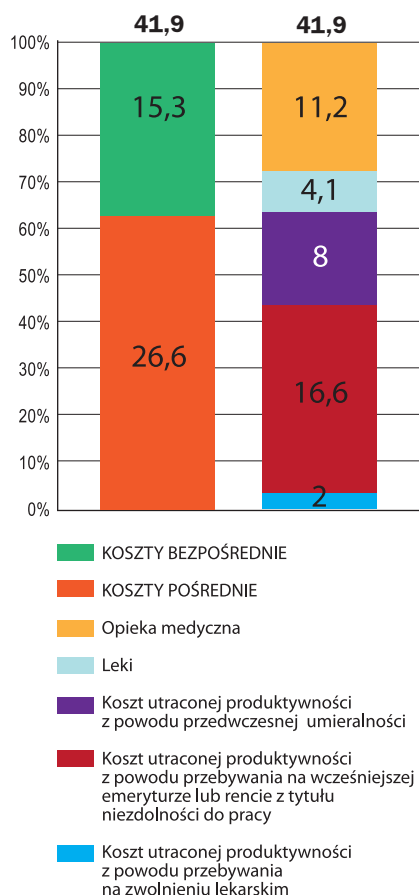
⁵⁵ Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nalogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, KPMG w Polsce, Fundacja Nutricia, 2012.

⁵⁶ Niewydolność serca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych, raport opracowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013



ponownych orzeczeń aż o 28,2% więcej. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w 2010 roku w związku z niewydolnością serca wyniosły ok. 151 mln zł.

Wykres 27. Koszty chorób sercowo-naczyniowych w Polsce w 2011 roku (w mld zł).



Źródło: opracowanie własne za Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 30; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012.

Koszty chorób nowotworowych

Koszty nowotworów, jako drugiej po chorobach sercowo-naczyniowych przyczyny zgonów Polaków, wg badań⁵⁷ przeprowadzonych w 27 krajach UE w roku 2009 **stanowiły ok. 1,22% polskiego PKB**. Całkowite koszty, bezpośrednie i pośrednie, łącznie z kosztami opieki nieformalnej udzielanej pacjentom nowotworowym przez najbliższych, wyniosły ponad 3,6 mld euro, z czego koszty medyczne to ok. 1,4 mld euro. Proporcje kosztów bezpośrednich nowotworów do ich kosztów pośrednich wynoszą w Polsce 2 do 3, podobnie jak w wielu innych krajach EU. Charakterystyczną cechą wydatków medycznych związanych z leczeniem nowotworów w Polsce w prezentowanym badaniu był niski poziom wydatków na leki (267 mln euro), który stanowił zaledwie 19% ogółu wydatków medycznych. Dla porównania, wydatki na leki we wszystkich 27 krajach EU stanowią blisko 27% ogółu wydatków medycznych. Nasz kraj wyróżniał także inny rozkład nakładów na poszczególne poziomy lecnicstwa. W krajach, w których skuteczność leczenia chorób nowotworowych, mierzona 5-letnimi okresami przeżywalności, jest wyższa niż w Polsce (np. Szwecja, Dania), leczenie jest oparte na specjalistach pracujących w lecznictwie ambulatoryjnym i szpitalach, którzy w zależności od potrzeb pacjentów mają łatwy i szybki dostęp do niezbędnej diagnostyki, leczenia w wysokospecjalistycznych szpitalach, nowoczesnych terapii lekowych stosowanych zarówno podczas hospitalizacji, jak i poza nimi. Jak dowodzą badania, skuteczność leczenia, a tym samym potencjalnie mniejsze koszty pośrednie chorób nowotworowych wymienione powyżej, są pochodną wielkości nakładów, ale także ich alokacji⁵⁸. Polska wydaje na leczenie nowotworów rocznie zaledwie 37 euro średnio na jednego mieszkańca, przy średnio 102 euro per capita w UE. Warto zwrócić uwagę, że w 2009 roku Polska przeznaczała na leczenie nowotworów 6% ogółu nakładów na leczenie, przy średniej w EU na poziomie 4%. Porównawcze dane dla wybranych krajów za-

Tabela 3. Koszty leczenia nowotworów z ich przeznaczeniem (w mln euro oraz jako procent ogółu wydatków na leczenie)

	POZ	AOS	Pogotowie ratunkowe i transport	Szpitalne	Leki	Ogółem	POZ	AOS	Pogotowie ratunkowe i transport	Szpitalne	Leki
Polska	129	368	15	619	267	1399	9%	26%	1%	44%	19%
Szwecja	47	244	40	408	233	971	5%	25%	4%	42%	24%
Dania	4	55	11	299	205	574	1%	10%	2%	52%	36%
Finlandia	21	145	20	460	157	804	3%	18%	2%	57%	20%
Słowacja	28	71	3	92	112	306	9%	23%	1%	30%	37%
Węgry	26	19	5	121	221	393	7%	5%	1%	31%	56%
EU 27	2954	5419	659	28375	13 604	50 994	6%	11%	1%	56%	27%

Źródło: opracowanie własne za Luengo-Fernandez R., Leal J., Gray A., Sullivan R., Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis, Published Online October 14, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70442-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70442-X) See Online/Comment [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70480-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70480-7)

⁵⁷ R. Luengo-Fernandez, J. Leal, A. Gray, R. Sullivan, Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis, Published Online October 14, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70442-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70442-X) See Online/Comment [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70480-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70480-7)

⁵⁸ G. Gatta, A. Trama, R. Capocaccia, Variations in Cancer Survival and Patterns of Care Across Europe: Roles of Wealth and Health-Care Organization, Journal of the National Cancer Institute Monographs, No. 46, 2013 79.



czerpnięte z cytowanego badania prezentuje poniższa tabela. Wskazują one na pożądany kierunek zmian w zasadach i obszarach finansowania leczenia nowotworów w Polsce. Jednak największą korzyścią, jaką odnieśliśmy jako społeczeństwo w przypadku tych chorób, także w kontekście finansowym, byłaby skuteczna profilaktyka i prewencja, a dopiero w dalszej kolejności skuteczne leczenie.

Koszty cukrzycy

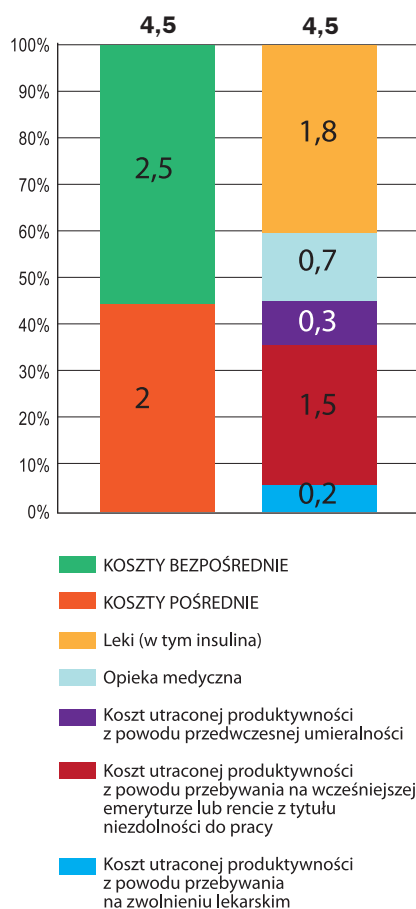
Cukrzyca to jedna z chorób, gdzie chorobowość rośnie wraz z wiekiem. U starszych pacjentów wiąże się często z licznymi powikłaniami. Prognozy demograficzne dla Polski wskazują, że wraz ze starzeniem się ludności procentowy udział kosztów leczenia cukrzycy w ogólnych wydatkach na zdrowie będzie rósł. Wg danych z 2007 roku⁵⁹ **koszty leczenia cukrzycy w Polsce pochłonęły 9,3% publicznych wydatków na zdrowie. Roczne koszty leczenia wg różnych źródeł są szacowane na od 2 do 2,6 mld zł, z czego ok. 25% stanowią koszty leczenia powikłań**⁶⁰. Szacuje się, że chory na cukrzycę kosztuje od 2 do 5 razy więcej niż inny chory tej samej płci i w tym samym wieku leczony z powodu innych schorzeń^{61, 62}.

Brak jednolitych zasad liczenia kosztów chorób powoduje, że szacunkowa ich wartość w badaniach może się różnić. Wg badania CODIP z 2002 roku (Cost of Diabetes Type 2 in Poland) koszty pośrednie cukrzycy – tj. utracona produktywność z powodu absencji chorobowej oraz prezentyzmu zostały oszacowane na kwotę ponad 6 mld zł⁶³.

Według innych źródeł koszty cukrzycy w 2011 roku – bezpośrednie i pośrednie łącznie – to 4,5 mld zł, z czego 2,5 mld zł stanowiły koszty bezpośrednie, a 2 mld koszty pośrednie⁶⁴. Rok później, w wyniku obniżenia wskutek m.in. negocjacji cenowych kosztów leków przeciwcukrzycowych i pasków do glukometrów, po wejściu w życie ustawy refundacyjnej, koszty bezpośrednie zostały obniżone o ok. 450 mln zł, do kwoty ok. 2,1 mld zł⁶⁵.

Wykres 28.

Koszty cukrzycy w Polsce w 2011 roku (w mld zł).



Źródło: opracowanie własne za Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 21; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012.

W Polsce w całkowitych kosztach leczenia cukrzycy ok. 30% stanowią koszty insuliny, drugie tyle generują hospitalizacje. Leki doustne to zaledwie 17% kosztów bezpośrednich i 4,5-5% kosztów całkowitych leczenia cukrzycy⁶⁶. W latach 2011-2012 w kosztach leczenia

⁵⁹ M. Niewada, E. Lenarczyk, W. Wrona, Inhibitory dipeptydylopeptydazy 4 (DPP-4), Ocena aspektów ekonomicznych związanych z finansowaniem innowacyjnej terapii doustnej w leczeniu cukrzycy typu 2 - bilans kosztów i korzyści, HeathQuest, 2012.

⁶⁰ P. Kawalec, A. Pilc, Analiza kosztów leczenia powikłań cukrzycy poniesionych przez płatnika w Polsce w roku 2002. Diabetologia Praktyczna, 2004, 5 (1), s. 9-14.

⁶¹ M. Niewada, E. Lenarczyk, W. Wrona, Inhibitory dipeptydylopeptydazy 4 (DPP-4), Ocena aspektów ekonomicznych związanych z finansowaniem innowacyjnej terapii doustnej w leczeniu cukrzycy typu 2 - bilans kosztów i korzyści, HeathQuest, 2012.

⁶² P. Kawalec, M. Kiełar, A. Pilc, Koszty leczenia cukrzycy typu 1 i 2 w Polsce, Diabetologia Praktyczna 2006, 7 (5): 287-294.

⁶³ I. Kinałska, M. Niewada, C. Głogowski, A. Krzyżanowska, J. Gierczyński, M. Latek, B. Kamiński, Koszty cukrzycy typu 2 w Polsce (badanie CODIP), Diabetologia Praktyczna 2004, 5 (1) ss. 1-8.

⁶⁴ Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, KPMG, Fundacja NUTRICIA, 2012.

⁶⁵ Dane o wydatkach na leki w raporcie zostały udostępnione przez Sequence HC Partners sp. z o.o.

⁶⁶ I. Kinałska, M. Niewada, C. Głogowski, A. Krzyżanowska, J. Gierczyński, M. Latek, B. Kamiński, Koszty cukrzycy typu 2 w Polsce (badanie CODIP), Diabetologia Praktyczna 2004, 5 (1) ss. 1-8.



farmakologicznego blisko 80% stanowił koszt insuliny, a ok. 20% koszt leków doustnych⁶⁷.

Koszty chorób mózgu

Jeśli nie podejmiemy skutecznych działań w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej szerokiego spektrum chorób mózgu, wydatki na ich leczenie będą stale rosły.

Łączne koszty 19 chorób mózgu objętych analizą porównawczą w 30 krajach europejskich, wyniosły w Polsce w 2010 roku ok. 29,6 mld euro PPP, z czego bezpośrednie koszty medyczne stanowiły ok. 10,5 mld euro PPP, bezpośrednie koszty niemedyczne ok. 6,7 mld euro PPP, a koszty pośrednie aż 12,4 mld euro PPP⁶⁸. O kosztach udarów mózgu napisano wcześniej. Dla pełniejszego obrazu podajemy poniżej roczne koszty 12 z 19 chorób mózgu objętych analizami.

Warto w tym miejscu podkreślić po raz kolejny, że ogromne koszty pośrednie chorób mózgu w przypadku braku działań profilaktycznych i niedostatecznego leczenia mogą rosnąć szybciej, niż koszty samego leczenia. Choroby te mają bowiem szczególnie destrukcyjny fizycznie i społecznie charakter. Schizofrenia, choroba dotycząca ludzi w młodym wieku, w 2009 roku była czwartą jednostką chorobową generującą najwyższe wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, przewyższając wszystkie inne zaburzenia psychiczne. Wysokie koszty są spowodowane źle kontrolowanym leczeniem farmakologicznym lub jego brakiem, co prowadzi do kosztownych hospitalizacji – podnosząc koszty bezpośrednie, a równocześnie wyklucza młodych ludzi z systemu edukacji, rynku pracy. To zaś wiąże się z utratą produktywności, a także kosztami świadczeń społecznych związanymi z niezdolnością do pracy. Wydaje się, że tak w przypadku schizofrenii, jak i wielu innych chorób mózgu, prawidłowa opieka medyczna powinna od momentu rozpoznania dążyć do utrzymania ich w społeczeństwie, aby umożliwić im ukończenie nauki i utrzymanie się na rynku pracy.

Koszty chorób siatkówki

Innowacyjne leczenie zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem – (ang. AMD) jest kosztowne. Jednak, jak wynika z wielu badań, jego brak w przypadku postaci wysiękowej w 80% przypadków prowadzi do trwałej utraty wzroku.

Koszty społeczne ślepoty jako skutku AMD znacznie przekraczają koszty leczenia bezpośredniego, a utrata wzroku jest jedną z najbardziej upośledzających samodzielność przyczyn niepełnosprawności. Potwierdzają to zarówno badania społeczne, jak i ZUS⁶⁹.

Na podstawie danych NFZ, w roku 2011 koszty bezpośrednie chorób siatkówki – AMD, DME i RVO szacowano ok. 111 mln zł, z czego aż 44 mln zł wyniósł koszt witrektomii, czyli operacyjnego usuwania składników patologicznych (np. krwawych wylewów) znajdujących się w obrębie ciała szklanego oka. W opinii ekspertów może to oznaczać, że zabieg ten jest wykonywany w Polsce jako skutek zbyt późnego wykrycia lub rozpoczęcia leczenia choroby siatkówki.

Średni koszt leczenia pacjenta poniesiony w roku 2011 ze środków publicznych jest najwyższy w **przypadku leczenia AMD** (ok. 9,2 tys. zł). Szacuje się, że **spośród co najmniej 200 tys. chorych w 2011 roku zaledwie 17 tys. otrzymywało leczenie finansowane przez NFZ**. Przypuszczalnie ze względu na stopień zaawansowania choroby bądź złe rokowania, część chorych nie kwalifikuje się jeszcze lub już do rozpoczęcia terapii. Jednak równocześnie, co podkreślają eksperci, znaczna część chorych nie jest leczona w ramach środków publicznych, ponieważ dostęp do nich jest bardzo ograniczony. Próbuje on ratować wzrok w klinikach prywatnych, samodzielnie finansując cały koszt terapii, mimo że jest on bardzo wysoki. **Szacuje się, że łączne koszty leczenia prywatnego poniesione przez pacjentów wyniosły w 2011 roku ok. 40 mln zł.** Wielkość tę uzasadniają deklaracje chorych: co trzeci z badanych deklaruje, że ponosi duże koszty związane ze swoją chorobą i leczy się wyłącznie prywatnie, a co czwarty leczy się zarówno w publicznych jak i prywatnych placówkach ochrony zdrowia⁷⁰.

Tabela 4. Całkowity koszt chorób mózgu w Polsce w 2010 roku (mln euro PPP)

Uzależnienia	Zaburzenia lękowe	Guzy mózgu	Demencja	Padaczka	Bóle głowy	Zaburzenia nastroju	Stwardnienie roziane	Choroba Parkinsona	Zaburzenia psychotyczne	Udary	Pourazowe uszkodzenia mózgu	Ogółem
2 591	2882	279	2480	745	1559	4489	493	415	3723	2187	1256	23 099

Źródło: opracowanie własne za Gustavsson A. et al.; Cost of disorders of the brain in Europe 2010; Neuropsychopharmacol. (2011); tabela 8

⁶⁷ M. Niewada, E. Lenarczyk, W. Wrona, Inhibitory dipeptydylopeptydazy 4 (DPP-4), Ocena aspektów ekonomicznych związanych z finansowaniem innowacyjnej terapii doustnej w leczeniu cukrzycy typu 2 - bilans kosztów i korzyści, HeathQuest, 2012

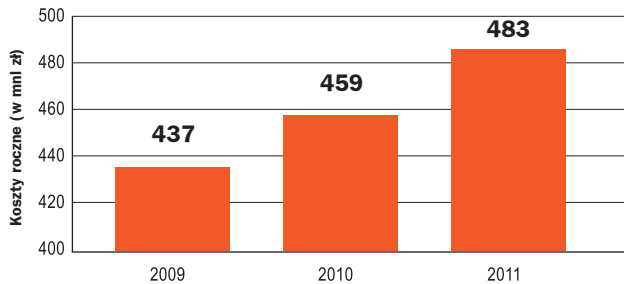
⁶⁸ A. Gustavsson i in. Cost of disorders of the brain in Europe 2010, Eur. Neuropsychopharmacol. (2011), doi:10.1016/j.euroneuro.2011.08.008.

⁶⁹ A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwyrodnienia Plamki związanego z Wiekiem AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011.





Wykres 29. Suma kosztów pośrednich zaburzeń widzenia na skutek AMD, DME i RVO w Polsce w latach 2009-2011 (w mln zł).



Źródło : opracowanie własne za Zatrzymać epidemię ślepoty - medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka; s. 50; dane Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych ZUS.

Koszty pośrednie chorób siatkówki wynikają m.in. z ograniczenia potencjału produkcyjnego społeczeństwa, spowodowanego nieobecnością w pracy bliskich chorego. W oparciu o dane ZUS o absencjach chorobowych szacuje się, że całkowity koszt pośredni chorób siatkówki mógł wynieść w 2011 roku nawet 490 mln zł, stanowiąc blisko 5-krotność kosztów leczenia. Odpowiadało to 75% kosztów społecznych chorób siatkówki⁷¹.

Dostępne analizy kosztów leczenia chorób siatkówki⁷² wskazują, że największa część kosztów pośrednich (53%) wynika z utraty produktywności chorych. Wartość ta znacząco przekracza łączne koszty bezpośrednie, czyli wydatki na leczenie. **Koszt utraczonej produktywności z powodu AMD, DME i RVO rośnie z roku na rok.** Uzasadnia to twierdzenie, że **szybsza diagnoza** (poprzez zwiększenie dostępności konsultacji) oraz **niezwłoczne rozpoczęcie terapii w postaci iniekcji doszkliskowej, fotokoagulacji oraz terapii fotodynamicznej w ramach leczenia szpitalnego, wpłynęłoby na znaczące obniżenie tych kosztów.** Drogą do usprawnienia leczenia byłoby utworzenie odrębnej JGP dla leczenia chorób siatkówki za pomocą iniekcji doszkliskowych i jednocześnie wydzielenie tej procedury z ogólnego kontraktu okulistycznego pozazacmowego.

Badania przeprowadzone w Danii w latach 2000-2010 na osobach powyżej 50. roku życia wykazały redukcję aż o połowę grupy z obuoczną ślepotą z powodu AMD (z 52,2 do 25,7 przypadków rocznie na 100 tys. osób). Ta pozytywna zmiana nastąpiła

po tym, jak w 2006 roku do powszechnego leczenia AMD wprowadzono doszkliskową iniekcję anty-VEGF⁷³.

Mając świadomość rosnącego zagrożenia chorobami siatkówki starzejącej się ludności Polski, należy jak najszybciej podjąć działania profilaktyczne i prewencyjne w zakresie zapobiegania ślepecie. O postulatach okulistów w tej sprawie, jak i problemach dostępności do leczenia AMD w Polsce, piszemy w drugiej części raportu, a także w Załączniku nr 1.

W dobie rosnącej świadomości o zagrożeniach dla gospodarki oraz dla stabilności społecznej, jakie może nieść ze sobą starzenie się ludności Polski, **do kwestii nakładów publicznych na profilaktykę i leczenie, należy podchodzić nie w kategoriach kosztów, ale długoterminowych inwestycji, bez których niemożliwy będzie rozwój polskiej gospodarki.** Takie traktowanie nakładów na zdrowie oraz tworzenie mechanizmów je chroniących, podtrzymujących oraz przywracających, jest obecne w polityce wielu państw UE. W Polsce tego typu myślenie przebija się niestety z wielkim oporem. To, że wydatki na zdrowie jako inwestycja pociągają za sobą koszty, nie ulega wątpliwości. Jednak nieadekwatność do potrzeb lub, co gorsza, zła alokacja wydatków generuje kolejne, znacznie większe koszty i straty w wielu sferach życia. Warto podkreślić, że **skuteczne leczenie prowadzone w warunkach ambulatoryjnych, przy dobrym compliance** (stosowaniu się przez pacjentów do zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii) i adherence (kontynuacji odpowiednio długo zaleconej terapii po wyczerpaniu się poprzedniego opakowania leku) **ograniczając liczbę hospitalizacji, nie tylko obniża bezpośrednie koszty medyczne, ale zmniejsza koszty pośrednie związane z absencją chorobową, a także wydatki ZUS na zasiłki i renty.**

1.3. Nakłady na ochronę zdrowia

Transformacja polityczna i gospodarcza, z jaką mamy do czynienia w Polsce od roku 1989, w istotnym stopniu wpłynęła na zmiany w zakresie wysokości środków, jakie przeznaczają się w naszym kraju na ochronę zdrowia. Nastąpiła poprawa w zakresie stanu zdrowia Polaków – żyjemy dłużej i w lepszym zdrowiu. **Wiele chorób,**

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ Ibidem.

⁷² A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki związanego w Wiek AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011.

⁷³ Ibidem.



które jeszcze 20 czy 10 lat temu były przyczyną rent inwalidzkich i przedwczesnej umieralności, obecnie jest w Polsce skutecznie leczonych. Przepaść, jaka dzieli nas od krajów Europy Zachodniej w dostępie do wielu świadczeń zdrowotnych, przez cały okres transformacji sukcesywnie zmniejsza się. Dzieje się tak między innymi ze względu na rosnące nakłady na ochronę zdrowia.

Polska wydaje obecnie na ochronę zdrowia niewiele ponad 100 mld zł. Wg OECD w 2010 roku ogół wydatków na zdrowie stanowił 7% polskiego PKB. Począwszy od 1999 roku, a więc od wprowadzenia w Polsce społecznych ubezpieczeń zdrowotnych z systemem składek, których podstawą naliczania zostały dochody uzyskiwane przez pracowników, przedsiębiorców i emerytów, poziom nakładów na zdrowie, do 2010 roku zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych, zwiększył się ponad dwukrotnie. Imponujący w tym okresie był także średni roczny wzrost nakładów (CAGR – *Compound Average Growth Rate*) – ze środków publicznych wynosił ponad 9%, a środków prywatnych ponad 8%. To jeden z najwyższych poziomów wśród państw uwzględnianych w badaniach OECD. Pomimo że tempo wzrostu nakładów na zdrowie w Polsce zalicza nas do europejskich liderów w tym zakresie, to od średniej 27 krajów Unii Europejskiej wciąż dzieli nas przepaść, zarówno pod względem procentowego udziału wydatków na zdrowie w produkcie krajowym brutto, jak i w wydatkach per capita. **Średnia dla UE to 9% PKB, czyli o 2 punkty procentowe więcej niż w Polsce.** A średnie wydatki per capita w UE, wynoszące

2171 euro PPP (średnia ważona 2470 euro PPP), są ponad dwukrotnie wyższe niż 1068 euro PPP wydawane w naszym kraju (OECD 2012, dane za rok 2010).

Paradoksalnie, pomimo tak imponujących wzrostów nakładów na zdrowie, Polacy nie są zadowoleni z systemu ochrony zdrowia. Powszechnie krytykowana jest niewydolność systemu publicznego: limitowanie dostępu i długość kolejek do świadczeń, a także jego nadmierna fragmentacja i zła organizacja, która nie sprzyja ciągłości opieki nad pacjentem. Polacy od lat, nie widząc szans na szybkie leczenie w systemie publicznym, leczą się prywatnie, co powoduje, że procentowy udział wydatków prywatnych w ogólnych wydatkach na zdrowie nieprzerwanie oscyluje na poziomie ok. 30%. Maksymalną wartość 36% wydatki te osiągnęły latach 1999 i 2002. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę, że większość wydatków ze środków prywatnych to tzw. fee-for-service, co bardzo pogarsza efektywność systemu⁷⁴. Bezpośredni zakup świadczeń przez pacjentów, a nie poprzez instytucjonalnych płatników – towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych – powoduje, że wiele świadczeń zdrowotnych wykonywanych jest niepotrzebnie (duplikują się badania i konsultacje), a także, ze względu na zakup przez pacjentów pojedynczych świadczeń, są one droższe. Istnienie wyspecjalizowanego pośrednika pomiędzy ubezpieczonymi a lekarzami czy prywatnymi świadczeniodawcami przy niższych kosztach dla ubezpieczonych (opłacają wyłącznie składkę ubezpieczeniową, a nie pełny koszt świadczenia) powoduje, że jakość medyczna świadczeń, ich zasadność oraz efektywność kosztowa są większe. Ubezpieczyciel dysponuje narzędziami kontroli jakości świadczeń, jak i siłą negocjacyjną pozwalającą na monitorowanie kosztów i trzymanie w ryzach ich niekontrolowanego wzrostu.

Wg OECD w 2010 roku wydatki publiczne w Polsce stanowiły 72% ogółu wydatków na zdrowie, przy 80% średnio w UE. Oznacza to zaledwie ok. 5% PKB w Polsce, przy 7,2% PKB średnio w państwach unijnych. Tak niski poziom wydatków publicznych w ogólnych nakładach na ochronę zdrowia świadczy o tym, że system finansowany ze społecznego ubezpieczenia zdrowotnego nie jest ani w pełni efektywny, ani solidarny. Polacy wydają prywatne pieniądze na zdrowie głównie dlatego, że nie mogą uzyskać zgodnego ze swoimi potrzebami szybkiego dostępu do świadczeń zdrowotnych, które są im ustawowo gwarantowane. **Czas oczekiwania na wiele świadczeń osiągnął już nieakceptowalny medycznie i społecznie poziom.** Piszemy o tym w dalszej części raportu oraz Załączniku nr 1.

Tabela 5. Łączne wydatki na zdrowie w wybranych krajach (% PKB, 2010)

Kraj	Wydatki
Holandia	12,0%
Niemcy	11,6%
Francja	11,6%
Austria	11,0%
Wielka Brytania	9,6%
Szwecja	9,6%
Irlandia	9,2%
UE-27	9,0%
Słowacja	9,0%
Finlandia	8,9%
Węgry	7,8%
Czechy	7,5%
Polska	7,0%

Źródło: Opracowanie własne za Health at a Glance; Europe 2012 s. 123; OECD Publishing 2012; <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>; za OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database

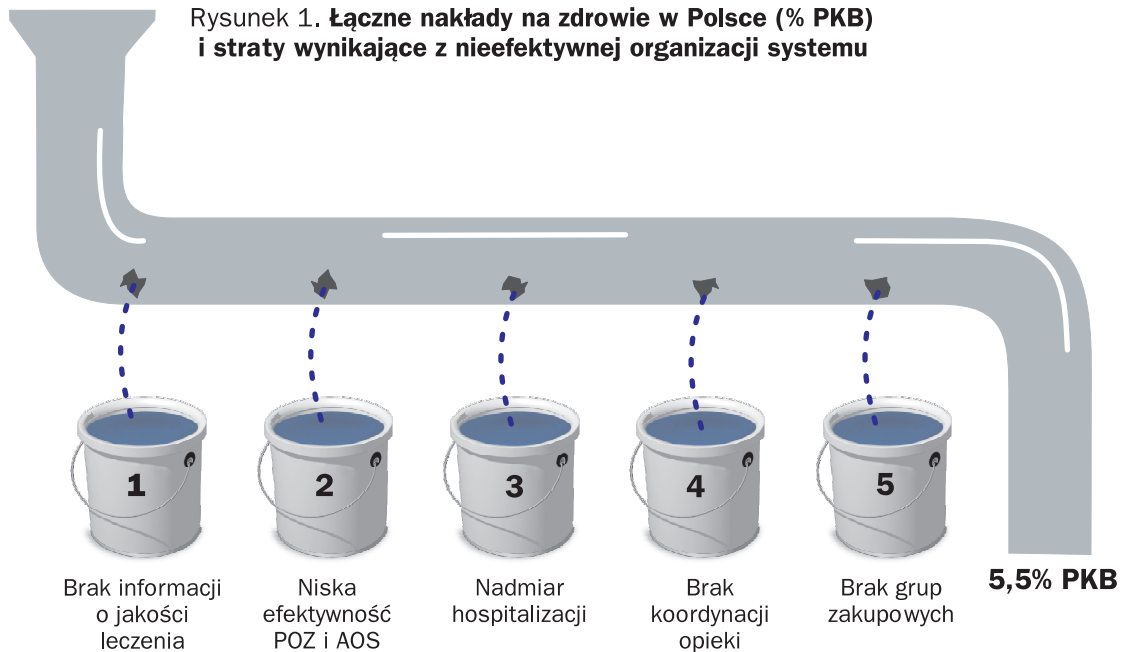
⁷⁴ Sequence HC Partners, S. Bogusławski, W.P. Kalbarczyk, Z. Tytko, Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków, PIU, INFARMA, 2011.





7,0% PKB

Rysunek 1. Łączne nakłady na zdrowie w Polsce (% PKB) i straty wynikające z nieefektywnej organizacji systemu



Źródło: opracowanie własne za Health care systems: Getting more value for money; OECD Economics Policy Notes 2010; No.2; s. 6, 9

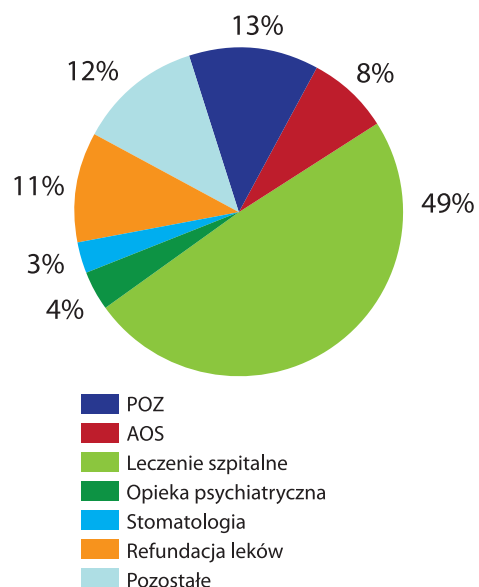
Polski system ochrony zdrowia nie dość, że dysponuje mniejszymi środkami finansowymi na leczenie niż większość krajów europejskich, to mniej efektywnie je wydaje. **Eksperti OECD szacują, że nasz system „traci” nawet 1,5% PKB z powodu braku informacji o jakości leczenia, niskiej efektywności POZ i AOS, nadmiaru hospitalizacji, braku koordynacji opieki nad pacjentem, a także niepowoływania grup zakupowych tworzonych przez podmioty lecznicze i ich organy tworzące⁷⁵.**

Niska efektywność systemu opieki medycznej jest dostrzegana nie tylko przez pacjentów i ekspertów. Polska otrzymała od Komisji Europejskiej zalecenia w sprawie aktualizacji na lata 2013-2014 krajowego programu reform realizującego strategię „Europa 2020”. Dotyczą one poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, szukania oszczędności kosztowych w lecznictwie szpitalnym, usprawnienia podstawowej opieki zdrowotnej i systemu skierowań⁷⁶. Zalecenia KE są zbieżne z opiniami zgłaszanymi od lat przez większość ekspertów ochrony zdrowia w Polsce. Na razie nie znajdują szerszego odzwierciedlenia w działaniach rządu i NFZ. Krokiem w dobrym kierunku mogą być zapowiadane zmiany w obrębie POZ oraz w zasadach kontraktowania świadczeń w roku 2014 o ile zostaną one zrealizowane.

Plan finansowy NFZ na rok 2014 nie przewiduje istotnych zmian mogących zwiększyć dostępność do świad-

czeń zdrowotnych lub zmniejszyć koszty lecznictwa szpitalnego. Struktura planowanych wydatków NFZ na rok 2014 jest niemal identyczna ze zrealizowanymi

Wykres 30. Procentowy podział kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w roku 2012.



Źródło: opracowanie własne za NFZ.

⁷⁵ Health care systems: Getting more value for money, OECD Economics Policy Notes 2010, No. 2.

⁷⁶ Zalecenie Rady w sprawie krajowego programu reform Polski z 2013 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na lata 2012-2016, pkt. (9), Komisja Europejska, Bruksela 2013.



w 2012 roku. Polska wydaje zbyt dużo na leczenie szpitalne (49%), a zbyt mało na opiekę podstawową (13%) oraz ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne (8%). W krajach, w których opieka zdrowotna jest efektywniejsza i lepiej zorganizowana niż w Polsce, na opiekę ambulatoryjną (POZ i AOS) przeznaczają się łącznie ok. 30% środków, a na lecnictwo szpitalne mniej niż 40% ogółu nakładów na opiekę medyczną.

Jedną z przyczyn wysokich wydatków na leczenie szpitalne w Polsce jest polityka refundacyjna dotycząca leków. Wiele wskazuje na to, że ma ona negatywny wpływ na *compliance* oraz *adherence* farmakoterapii. Wysoki udział pacjentów w dopłatach do leków refundowanych, a także brak refundacji wielu leków, dostępnych dla chorych w innych krajach eu-

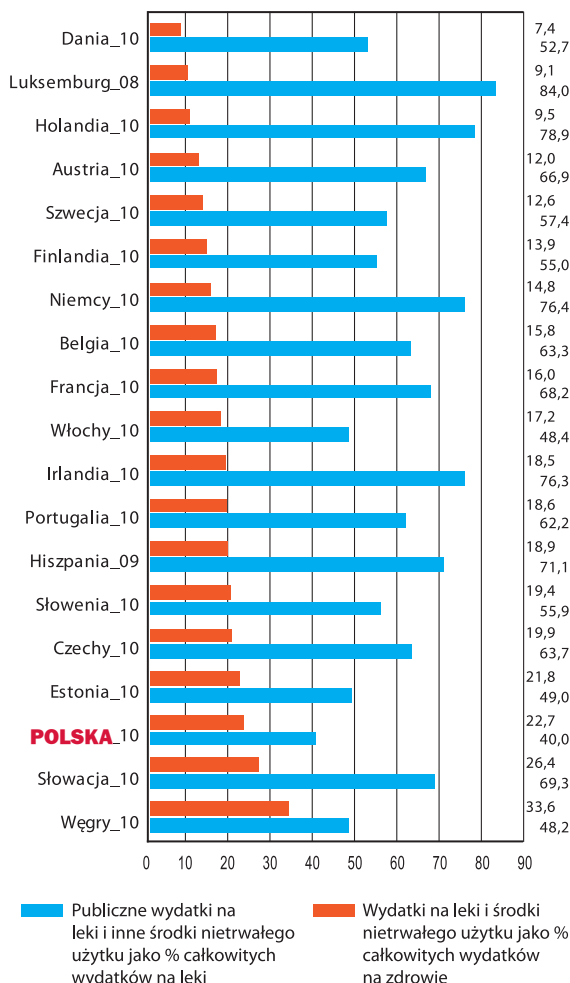
ropejskich, skutkują rezygnacją z zakupów lub przerywaniem zalecanej kuracji. To z kolei przekłada się na dużą liczbę powikłań i zaostrzeń chorób przewlekłych, których leczenie, przy braku łatwej dostępności do leczenia ambulatoryjnego, kończy się w szpitalach. Problem ten dotyczy głównie osób starszych, które częściej chorują przewlekłe oraz ze względów finansowych rezygnują z leczenia. Wraz ze starzeniem się ludności Polski i prognozami dotyczącymi wysokości przyszłych emerytur, to negatywne zjawisko może się nasilać. **Udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na leki w naszym kraju w 2010 roku był najniższy w UE i wynosił zaledwie 40%.**

Zapisy nowej ustawy refundacyjnej, zamrażające wydatki publiczne na leki w budżecie NFZ na poziomie maksymalnie 17% w połączeniu z negocjacjami z firmami farmaceutycznymi pozwoliło na znaczne obniżenie cen leków. Tym samym dało szansę na objęcie refundacją nowych preparatów. Mimo skali uzyskanych przez Fundusz „oszczędności” na refundacji leków w roku 2012 (ok. 1,3 mld zł w stosunku do planu oraz 1,9 mld zł w ujęciu rok do roku), tylko niewielka ich część przeznaczona została na dopłaty do nowych leków. Wprowadzone w ustawie refundacyjnej zmiany nie zmniejszyły też udziału pacjentów w wydatkach na leki. W 2012 roku udział w PKB wydatków na leki ponoszony przez pacjentów wzrósł do 0,85% z 0,8% w 2011 roku. Towarzyszył mu spadek udziału wydatków publicznych na leki z 0,58% PKB w 2011 roku do 0,41% w 2012 roku⁷⁷.

Fakt, że problem rezygnacji z kupna leków, skutkujący częstszymi hospitalizacjami, dotyczy głównie osób starszych, wskazuje na konieczność zmian polityki lekowej, zwłaszcza w sytuacji rosnących wyzwań demograficznych. Powinna ona całościowo traktować system opieki zdrowotnej oraz koszty chorób, a nie jak dotąd koncentrować się na kontroli budżetu płatnika publicznego. **Porównania międzynarodowe wskazują, że oszczędności uzyskiwane po stronie płatnika, ze względu na mniejsze wydatki na leki, nie tylko nie przyczyniają się do obniżenia kosztów leczenia, ale wręcz mogą generować ich wzrost: zarówno w lecznictwie szpitalnym, jak i ambulatoryjnym.**

Innym, bardzo ważnym problemem systemowym jest brak ciągłości opieki nad pacjentem oraz zadowalającej efektywności wykorzystania zasobów. Obecna organizacja systemu powoduje fragmentację poziomów opieki, brak koordynacji podmiotów leczniczych oraz ich podmiotów tworzących (m.in. w zakresie inwestycji i rozwoju zakresu świadczeń zdrowotnych). Sprzyja to zwiększaniu kosztów leczenia i przerzucaniu ich z niższych na wyższe szczeble

Wykres 31. Wydatki na leki i środki nietrwałego użytku w wybranych krajach EU.



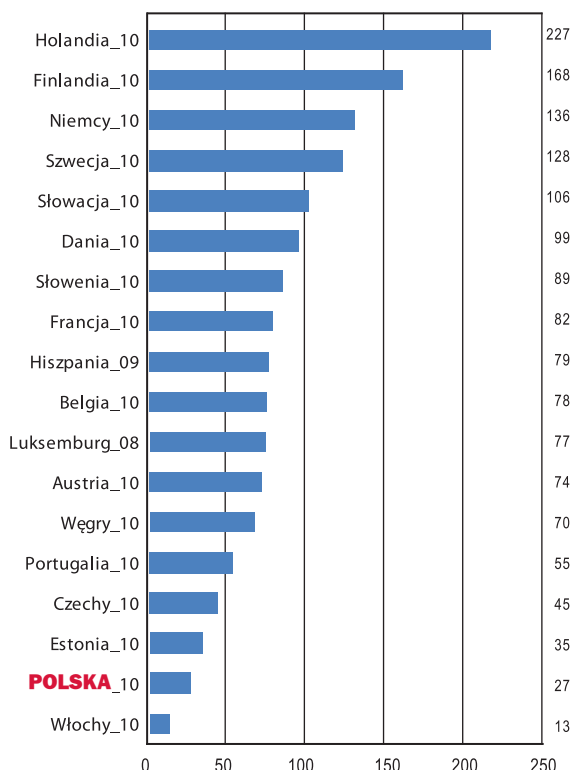
Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 318; NIZP-PZH 2012; za OECD Health Data 2012, dane za 2010 r. lub ostatni dostępny.

⁷⁷ M. Pilkiewicz, Wpływ nowej ustawy refundacyjnej na producentów leków i rynek leków. Fundamentalne zmiany, nowe wyzwania. IMS Health. Prezentacja przedstawiona na Konferencji Dzień Polskiej Farmacji, Warszawa, 17 maja 2013 r.





Wykres 32. Wydatki na profilaktykę oraz zdrowie publiczne na osobę w USD PPP, 2010 rok lub ostatni dostępny.



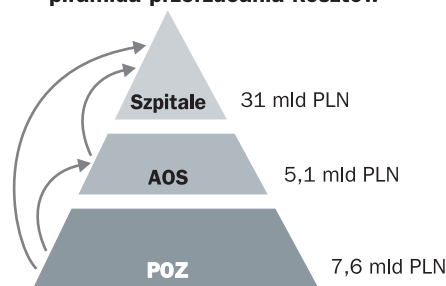
Źródło: B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, s. 319, NIZP – PZH 2012, za OECD Health Data 2012, dane za 2010 roku lub ostatni dostępny (liczba obok nazwy państwa wskazuje na rok).

opieki. Najważniejszymi przyczynami takiego stanu rzeczy jest brak skoordynowanej polityki zdrowotnej tak na szczeblu krajowym, jak i regionalnym, a także sposób płacenia za opiekę zdrowotną. NFZ nie kupuje efektu opieki, ale finansuje produkcję świadczeń. Dzieje się tak między innymi z powodu wyceny przez NFZ wielu świadczeń nieadekwatnie do kosztów ich wytworzenia, a także utrzymywania nadmiernej infrastruktury szpitalnej, której stopień wykorzystania lub charakter świadczonych usług nie uzasadnia jej istnienia.

Brak koordynacji i współpracy pomiędzy poszczególnymi szczeblami opieki medycznej, nadmierne rozdrobnienie podmiotów (którym w wyniku reformy samorządowej z 1999 roku powierzono rolę organów założycielskich dla zakładów opieki zdrowotnej), a także konsekwentna dezintegracja lecznictwa szpitalnego z lecznictwem ambulatoryjnym skutkują narastającymi problemami. Ich emanacją jest przerzucanie kosztów z nieefektywnej ambulatoryjnej opieki podstawowej i specjalistycznej na szpitale. Nadmiar hospitalizacji, przy nieadekwatności kontraktów z NFZ do kosztów prowadzonej

działalności, generuje zadłużenie szpitali. Wobec tych problemów staje publiczny płatnik, a także państwo, jako gwarant równego dostępu świadczeń zdrowotnych dla obywateli.

Rysunek 2. System opieki medycznej w Polsce – piramida przerzucania kosztów



Źródło: opracowanie własne wg danych NFZ za rok 2012; wydatki na lecznictwo szpitalne bez psychiatrii i rehabilitacji

NFZ, bez obiektywnych i znanych publicznie ocen potrzeb zdrowotnych, nie jest w stanie skutecznie pełnić roli rzecznika interesów ubezpieczonych. Jednocześnie, mając ograniczenia finansowe, jako główne narzędzie ograniczania popytu na usługi stosuje reglamentację dostępu przez ustalone limity kontraktowanych świadczeń i tworzenie kolejek oczekujących. Mimo, że ma także inne możliwości zarządcze.

Limit jest zaprzeczeniem idei powszechnej i równej dostępności opieki zdrowotnej, jest też rozwiązaniem nieakceptowanym przez społeczeństwo i środowisko medyczne⁷⁸. Skutkiem limitów są **wyniki leczenia zdrowotne gorsze od możliwych do osiągnięcia przy ich innej alokacji tych samych środków**. Powodują one też **wymierne straty gospodarcze wynikające z większych kosztów pośrednich chorób** – rosnącego prezentyzmu i absenteizmu, a także nierzadko rent lub nawet przedwczesnej umieralności tysięcy Polaków.

Co możemy zmienić? System ochrony zdrowia składa się w każdym kraju z trzech podsystemów – opieki medycznej, opieki społecznej i zdrowia publicznego. **Zdecydowanie największy nacisk w Polsce kładziony jest na medycynę naprawczą**, podobnie jest także w innych krajach. Niemniej **w państwach, w których w zakresie ochrony zdrowia osiąga się lepsze rezultaty i wyższy poziom zadowolenia, duży nacisk kładziony jest na integrację opieki medycznej z opieką społeczną**. Znacznie większą wagę przywiązuje się do **profilaktyki zdrowotnej i zdrowia publicznego**. Polska na profilaktykę i zdrowie publiczne wydaje za mało pieniędzy, aby móc uzyskać równie dobre rezultaty w zakresie np. zmiany stylu życia, co Finowie czy Niemcy. Trudno się zatem dziwić, że wskaźniki związane z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych Polska jest daleko w tyle za

⁷⁸ W.P. Kalbarczyk, K. Kowalska, Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski, Sprawne Państwo – Program EY, 2013.



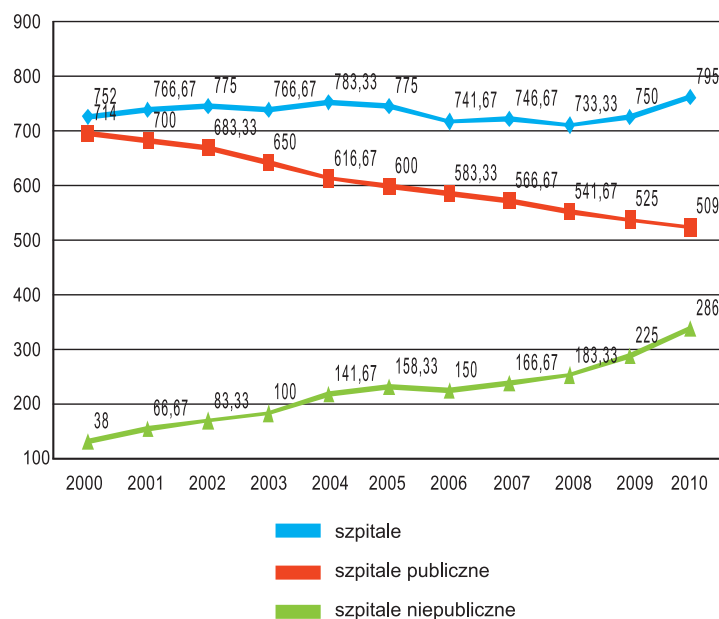
krajami, które już od wielu lat w praktyce stosują zasadę, że lepiej jest walczyć o zdrowie, niż walczyć z chorobą. Poziom niespełna 27 USD PPP per capita, jaki Polska wydawała na profilaktykę i zdrowie publiczne w roku 2010, w opinii ekspertów zdrowia publicznego należy uznać za wręcz kompromitujący.

Dowodów na niedocenywanie profilaktyki dostarcza m.in. raport NIK z sierpnia 2013 roku⁷⁹, dotyczący realizacji przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Jest on druzgocący szczególnie dla ministra finansów i ministra zdrowia. **Poziom niezrealizowania własnych zobowiązań przyjętych przez Radę Ministrów w lutym 2010 roku w ramach Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (POZNPT) na lata 2010-2013 świadczy o niedostatecznym poczuciu odpowiedzialności rządzących polityków za zdrowie milionów Polaków.** Pokazuje też, jak nawet na najwyższym poziomie władzy w Polsce **lekceważone jest obowiązujące prawo i skala problemów zdrowotnych, społecznych i gospodarczych generowanych przez palenie tytoniu.** Rządowy POZNPT, który winien być realizowany w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015, m.in. zgodnie z przyjętymi przez Polskę zobowiązaniami międzynarodowymi wobec WHO oraz UE, istnieje niemal wyłącznie na papierze. Pomimo ustawowego zobowiązania do przekazywania na jego cele środków finansowych w wysokości 0,5% przychodów z akcyzy od wyrobów tytoniowych, **faktyczne wydatki z budżetu państwa na realizację polityki antynikotynowej wynosiły ok. 1% kwoty ustalonej w ustawie antynikotynowej.** W 2010 roku było to ok. 1 mln zł zamiast blisko 87,2 mln zł, a w 2011 roku zaledwie 915 tys. zł zamiast 91,32 mln zł. W rezultacie rządowy program, opracowany na podstawie ustawy antynikotynowej, będący przedmiotem corocznych sprawozdań przedkładanych Sejmowi RP, nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Wobec bardzo niskiego poziomu finansowania POZNPT praktycznie nie był realizowany, pomimo że koszty związane z paleniem tytoniu (m.in. leczenie chorób odtytoniowych, straty produktywności) są ok. 3,5 razy wyższe niż dochody z akcyzy na wyroby tytoniowe⁸⁰.

1.4. Bilans zasobów sektora zdrowotnego – stan obecny i wyzwania

Polski system opieki medycznej charakteryzuje się bardzo dużą fragmentacją i nadmierną do potrzeb liczbą pomiotów leczniczych niemal wszystkich szczebli opieki. Brak motywacji finansowych do konsolidacji podmiotów leczniczych różnych szczebli lub przynajmniej koordynacji ich działań powoduje, że system nie jest przyjazny dla pacjentów – nie zapewnia im ciągłości i koordynacji opieki, a tym samym nie przynosi możliwych do osiągnięcia rezultatów leczenia. W Polsce w 2011 roku mieliśmy 853 szpitale ogólne – jak podaje GUS. 313 z nich było niepublicznych (wzrost o 9,4% rok do roku), a 540 publicznych (spadek o 1,8%). W grupie szpitali niepublicznych rosnącą grupę stanowią samorządowe spółki. We wrześniu 2013 roku było ich już 156. Szpitale publiczne działają wciąż w formule samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a szpitale prywatne, jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, są prowadzone przez spółki.

Wykres 33. Liczba szpitali ogólnych, szpitali publicznych i niepublicznych w Polsce w latach 2000-2010.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 331; NIZP-PZH 2012; za CSIOZ.

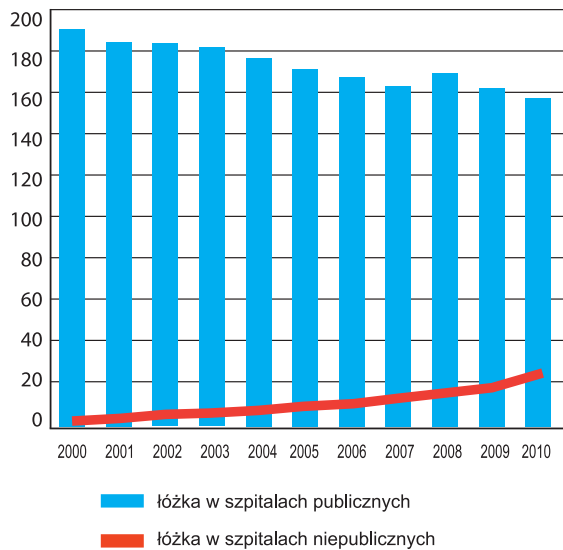
⁷⁹ Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, NIK, Nr ewid. 145/2013/P/12/137/LKA, 2013.

⁸⁰ C. Ciecierski Chart, R. Cherukupalli, M. Weresa, Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce, Raport w sprawie opodatkowania wyrobów tytoniowych sfinansowany przez organizację Bloomberg Philanthropies oraz fundację Bill and Melinda Gates Foundation w ramach Inicjatywy Bloomberg'a na Rzecz Ograniczenia Używania Tytoniu.



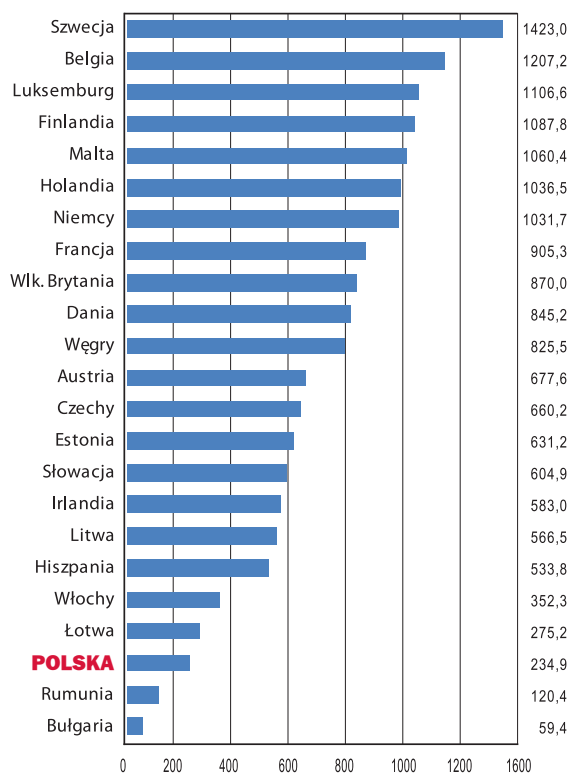


Wykres 34. Łóżka w szpitalach publicznych i niepublicznych w Polsce w latach 2000-2010



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 331; NIZP-PZH 2012; za CSIOZ.

Wykres 35. Liczba łóżek w stacjonarnych zakładach opieki pielęgniarstwa i długoterminowej na 100 tys. mieszkańców (HP 2) w krajach UE.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 336; NIZP-PZH 2012; za Eurostat.

Ze względu na różne definicje szpitali dane poszczególnych instytucji dotyczące ich liczby różnią się od siebie. Wykres 33 prezentuje dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Polska charakteryzuje się także nadmierną w stosunku do potrzeb liczbą łóżek szpitalnych ogółem, zwłaszcza łóżek ostrych w szpitalach ogólnych oraz w szpitalach psychiatrycznych, wobec zbyt niskiej liczby łóżek leczenia długoterminowego i hospicyjnego. Aby zaspokoić potrzeby Polaków w zakresie leczenia szpitalnego, głównie w związku ze zmianami w strukturze demograficznej i epidemiologicznej, należy w zasadniczy sposób przebudować strukturę szpitalną w naszym kraju. Trzeba dokonać planowej redukcji łóżek ostrych (o ok. 33%), część z nich przenosząc równocześnie do leczenia długoterminowego, zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej oraz hospicjów.

Na opisane powyżej problemy nakładają się niedobory kadrowe w zakresie wielu specjalności lekarskich, a także opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji czy świadczeń stomatologicznych. Jest to wynik zaniedbań w zakresie edukacji personelu medycznego, a także bardzo niskiego poziomu wynagradzania praktycznie wszystkich grup zawodów medycznych. Skutkiem tego w ciągu ostatnich 30-40 lat była emigracja lub rezygnacja z zawodu tysięcy lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów czy rehabilitantów. Nasze współczynniki liczby lekarzy, pielęgniarek, stomatologów czy farmaceutów sytuują nas znacznie poniżej średniej UE.

Niedobory kadrowe powodują, że dostęp do specjalistów wielu kluczowych dziedzin medycyny z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych Polaków jest utrudniony. Trudno spodziewać się zasadniczej poprawy dostępności konsultacji lekarskich dla osób z chorobami mózgu, układu sercowo-naczyniowego czy nowotworami, skoro dysponujemy odpowiednio zaledwie 6 psychiatrami i neurologami, 5 kardiologami czy 1 onkologiem na 100 tys. ludności. **W wielu miejscach w Polsce wymogi zatrudniania anestezjologów stawiane przez NFZ są już teraz niemożliwe do spełnienia przez szpitale.** Lekarze tej specjalności zatrudniani na kontraktach w kilku placówkach równocześnie, pracują bez odpoczynku, często znacznie dłużej, niż powinni i niż nakazywałby to zdrowy rozsądek. Jednak bez nich nie byłoby możliwości realizacji kontraktów z NFZ, a to oznaczałoby konieczność zamknięcia niektórych szpitali. **Z punktu widzenia jakości leczenia, bezpieczeństwa pacjentów, a także samych lekarzy i dyrektorów szpitali, lepszym rozwiązaniem byłoby zamknięcie części szpitali i skomasowanie większej liczby anestezjologów, lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarek, w mniejszej niż obecnie liczbie placówek medycznych, niż ich rozproszenie i narażanie na popełnianie błędów wynikających ze zmęczenia i obciążenia pracą.**



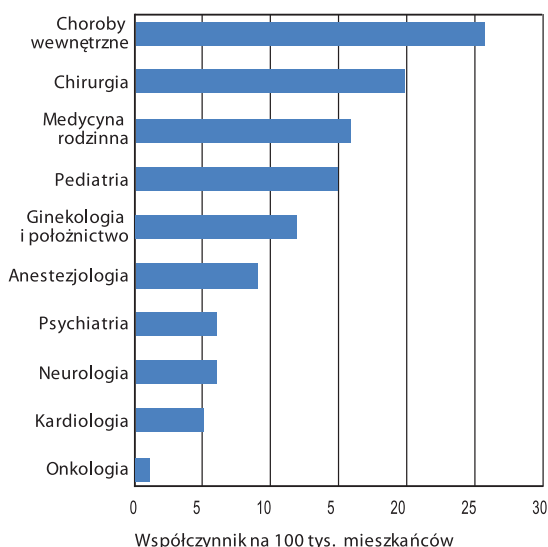
Tabela 6. Liczba przedstawicieli zawodów medycznych pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej na 1000 ludności (CSIOZ 2010, WHO HF DBA 2009)

Zawód	2000	2005	2010	UE (27)
Lekarze	2,2	1,99	2,08	3,28
Pielęgniarki	4,91	4,69	4,87	7,92
Dentyści	0,30	0,31	0,32	0,65
Farmaceuci	0,12	0,05	0,04	0,74

Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskalewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 327; NIZP-PZH 2012; za WHO HF DBA 2009 i CSIOZ 2010

Poważnym problemem, z jakim musimy się zmierzyć wobec starzenia się ludności Polski, jest skrajny wręcz niedobór lekarzy geriatrów oraz łóżek geriatrycznych. Szacuje się, że w dyscyplinie tej praktykuje w naszym kraju zaledwie 200 lekarzy, a liczba łóżek szpitalnych o profilu geriatrycznym w całej Polsce to ok. 700. Średni wiek lekarzy praktykujących w tej dziedzinie to ok. 60 lat⁸¹. **W niektórych województwach nie ma żadnego oddziału geriatrycznego**, który oferowałby kompleksowe podejście do leczenia chorych w wieku senioralnym. Metaanalizy dowodzą, że podejście do pacjenta stosowane w gerii redukuje m.in. wskaźniki hospitalizacji i inne koszty. Poprawia przede wszystkim sprawność funkcjonalną osób starszych, dzięki in-

Wykres 36. Liczba lekarzy specjalistów pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej na 100 tys. według specjalności.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskalewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 330; NIZP-PZH 2012; za CSIOZ 2010.

terdyscyplinarnemu podejściu, którego nie oferują zwykle inne specjalizacje⁸². **Odpowiednio zorganizowana geriatria przynosi korzyści ekonomiczne dla całego systemu ochrony zdrowia.** Poprzez integrację świadczeń zdrowotnych i wiedzy medycznej obniża liczbę porad wąkospecjalistycznych oraz polifarmakoterapii w przypadku pacjentów geriatrycznych mających równocześnie wiele schorzeń⁸³. Kształcenie w zakresie gerii w ramach studiów medycznych jest dostępne tylko na niektórych uczelniach i to jako zajęcia fakultatywne. To powoduje, że lekarze praktykujący zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i wielu specjalnościach, nie mają podstawowej wiedzy gerontologicznej. W tym zakresie potrzebne są zmiany. Ponadto, aby sprostać wyzwaniom, jakie czekają nas w ciągu najbliższych dziesięcioleci w związku ze zjawiskiem podwójnego starzenia się ludności Polski (tj. rosnącej liczby osób powyżej 80. roku życia w ogólnie starszym społeczeństwie), już teraz należy podjąć pilne działania w zakresie modułowej edukacji aktualnie pracujących lekarzy, głównie internistów i lekarzy rodzinnych w zakresie skutecznego leczenia rosnącej grupy osób w wieku podeszłym. Wysoka średnia wieku obecnie praktykujących w Polsce geriatrów wskazuje, że działania na polu edukacji nowych kadr należy podjąć niezwłocznie. Wydaje się, że aby osiągnąć sukces w tym zakresie, w ciągu najbliższych 8-10 lat niezbędne jest zbudowanie wartościowego modelu kształcenia i opieki geriatrycznej. Powinien on obejmować zarówno poziom kliniczny (uniwersytecki) służący leczeniu i usprawnianiu najstarszych pacjentów, ale też kształceniu obecnych i przyszłych lekarzy w zakresie gerii, jak i poziom lokalny opieki geriatrycznej nad pacjentami, głównie w placówkach szczebla powiatowego i gminnego. W tym okresie powinny zostać również zorganizowane w całej Polsce, na podstawie potrzeb populacyjnych, geriatryczne oddziały szpitalne oraz ośrodki opieki ambulatoryjnej z odpowiednio przygotowanymi kadrami lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, edukatorów zdrowotnych i pracowników socjalnych, którzy świadczyliby opiekę medyczną nad rosnącą grupą najstarszych Polaków. Niezależnie od tego **należy zaplanować taki system kształcenia kadr lekarskich i pielęgniarskich, aby docelowo w każdym szpitalu w Polsce zapewnić możliwość zatrudnienia w charakterze konsultantów lekarzy i pielęgniarek z przygotowaniem do leczenia i opieki nad pacjentami geriatrycznymi.**

Niedobór oraz starzenie się kadr medycznych dotyczy nie tylko gerii, ale także wielu innych specjalności medycznych m.in. pediatrii i chirurgii.

⁸¹ M. Hamankiewicz, wystąpienie podczas panelu Stan zdrowia społeczeństwa - jego wpływ na długość życia, Z. Strzelecki, A. Potrykowska, Polska w Europie - Przyszłość demograficzna, Rządowa Rada Ludnościowa, II Kongres Demograficzny 2012, ss. 267-275.

⁸² A.E. Stuck, A.L. Siu, G.D. Wieland, L.Z. Rubenstein, Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. Lancet, 342, 1993, s.1032-1036.

⁸³ B. Bień, Geriatria - jej cele i problemy w Polsce, w: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), Zdrowe starzenie się: Biała Księga, Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2013, ss. 124-126.





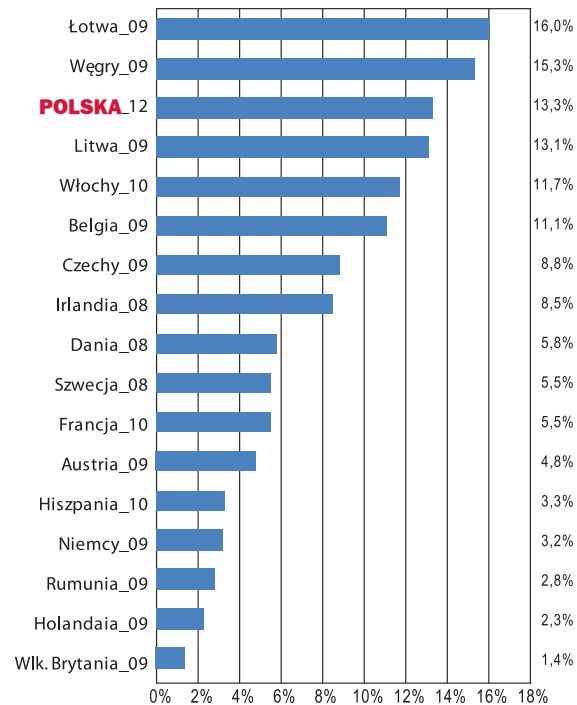
W najstarszej grupie wiekowej jest ok. 6 tys. lekarzy więcej niż w grupie wiekowej, która po niej następuje. Oznacza to, że mamy problem z zastępowalnością pokoleniową lekarzy. Wg danych Naczelnej Izby Lekarskiej w 2012 roku w Polsce ze 174,3 tys. lekarzy i lekarzy dentystów zawód wykonywało 156,6 tys. osób⁸⁴.

Polski system opieki medycznej „ratują” m.in. lekarze w wieku emerytalnym. **Na tle krajów UE zajmujemy trzecie miejsce po Łotwie i Węgrzech pod względem odsetka lekarzy powyżej 65. roku życia wykonujących swój zawód.**

A zatem, planując zmiany w systemie opieki medycznej dostosowując jego organizację i zasoby do rosnących potrzeb zdrowotnych starzejących się Polaków, należy uwzględnić zarówno kwestię liczebności, jak i struktury wiekowej lekarzy. Wydolność fizyczna wielu z nich wymagać będzie zatrudnienia w mniejszym wymiarze godzin oraz organizacji pracy najlepiej wykorzystującej ich doświadczenie i kwalifikacje, a odciążającej ich od zadań administracyjnych, które przekazać można personelowi pomocniczemu.. Odbiurokratyzowanie pracy lekarzy powinno dotyczyć zresztą wszystkich przedstawicieli tego zawodu, niezależnie od wieku. Brak takich działań może skutkować jeszcze większymi niedoborami kadry medycznej. Lekarzom należy zapewnić ponadto większe niż dotychczas wsparcie systemów informacyjnych. To wręcz konieczny kierunek zmian służących podniesieniu efektywności systemu i zapewnienia właściwej opieki lekarskiej pacjentom.

Brak zapewnienia zastępowalności pokoleniowej lekarzy ze starszych grup wiekowych może się pogłębiać ze względu na emigrację młodych lekarzy: zarówno tych, którzy uzyskują wyłącznie podstawowe wykształcenie lekarskie na studiach medycznych, jak i doświadczonych specjalistów z kilkuletnią co najmniej praktyką zawodową. Do grupy tej będą kierowane różnego typu zachęty do trwałej lub czasowej emigracji zarobkowej przez bogatsze od Polski państwa, mające problemy demograficzne podobne do naszego kraju. Kilka państw UE prowadzi już aktywną politykę imigracyjną w celu zapewnienia opieki zdrowotnej i socjalnej dla swoich starzejących się społeczeństw. Otwartość granic i rynku pracy w obrębie UE, szybkie i tanie środki transportu, a także atrakcyjne warunki pracy oraz ułatwienia socjalne oferowane lekarzom, przy coraz mniejszych barierach językowych, będą sprzyjały decyzjom podejmowania pracy za granicą. Z tym samym zjawiskiem mamy już do czynienia także w stosunku do pielęgniarek, rehabilitantów, a także innych grup średniego personelu medycznego. Jak temu przeciwdziałać? Nie będzie to łatwe, ponieważ **kluczowymi kwestiami dla emigrujących pracowników medycznych są te związane z warunkami pracy i poziomem wynagrodzeń.** Widać to szczególnie na przykładzie pielęgniarek, których rezygnacja

Wykres 37. Odsetek lekarzy wykonujących zawód powyżej 65 roku życia.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 329; NIZP-PZH 2012; za Eurostat; Naczelna Izba Lekarska 2012.

z zawodu lub decyzja o emigracji związana jest z niskim prestiżem zawodu w społeczeństwie i niskimi zarobkami. **W ostatnich latach szkoły pielęgniarские kończyło 6-7 tys. osób, ale tylko co trzecia z nich odbierała zaświadczenie niezbędne do wykonywania zawodu.** Średni wiek pielęgniarek w Polsce wynosi 45,6 lat, a położnych 44,5 lat i stale się podnosi. **Pielęgniarek między 50. a 60. rokiem życia jest ok. 76,5 tys., a najmłodszych (do 30. roku życia) zaledwie 16,7 tys.**⁸⁵. Zawód pielęgniarki i położnej w krajach Europy Zachodniej, z uwagi na inną organizację systemu i powierzenie tej grupie zawodowej poważniejszych zadań, które w Polsce wciąż tradycyjnie przypisane są lekarzom, jest lepiej płatny, a także cieszy się większym prestiżem.

Atrakcyjność zawodu pielęgniarki można i należy podnieść także w Polsce, tak by zwiększając uprawnienia i wynagrodzenia, grupę tę uczynić w większym stopniu współodpowiedzialną za wyniki leczenia. Uczestnictwo pielęgniarek o różnicowanych kwalifikacjach i doświadczeniu w zespołach terapeutycznych organizowanych na różnych szczeblach opieki zdrowotnej, podobnie jak w wielu krajach EU, przyniosłoby lepsze wyniki leczenia i umożliwiło budowanie atrakcyjnych ścieżek kariery dla tej grupy zawodowej. Wydaje się zatem,

⁸⁴ M. Hamankiewicz, wystąpienie podczas panelu Stan zdrowia społeczeństwa – jego wpływ na długość życia, Z. Strzelecki, A. Potrykowska, Polska w Europie – Przyszłość demograficzna, Rządowa Rada Ludnościowa, II Kongres Demograficzny 2012, ss. 267-275.

⁸⁵ A. Kurowska, Zawód na wymiarciu, Służba Zdrowia, Nr 51-66 (4252-4267), 2013, ss. 28-30.



Tabela 7. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w 2012 r. wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej według wieku i płci oraz liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według wieku i płci

Wiek ubezpieczonego	Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w 2012 r. wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej (w tys.)				Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS (w tys.)			
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieustalona płeć
OGÓŁEM	5 616,7	2 721,5	2 891,5	3,7	206 776,3	92 368,0	114 328,2	80,1
19 lat i mniej	104,3	63,0	41,2	0,1	1 913,9	1 101,0	811,7	1,2
20 - 29	1 316,4	644,7	670,8	0,9	44 608,3	15 322,0	29 270,5	15,8
30 - 39	1 640,8	762,1	877,8	0,9	59 026,6	21 490,1	37 518,0	18,5
40 - 49	1 137,9	527,0	610,3	0,6	39 998,8	19 580,8	20 405,4	12,6
50 - 59	1 170,6	546,3	623,6	0,7	50 091,6	26 031,9	24 045,9	13,8
60 - 64	206,5	151,9	54,4	0,2	9 460,8	7 678,7	1 779,6	2,5
65 lat i więcej	39,9	26,5	13,4	0,0	1 660,8	1 163,3	496,9	0,6
Nieustalony wiek	0,3	0,0	0,0	0,3	15,5	0,2	0,2	15,1

Źródło: Absencja chorobowa w 2012 roku; s. 28; 57; ZUS Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych 2013

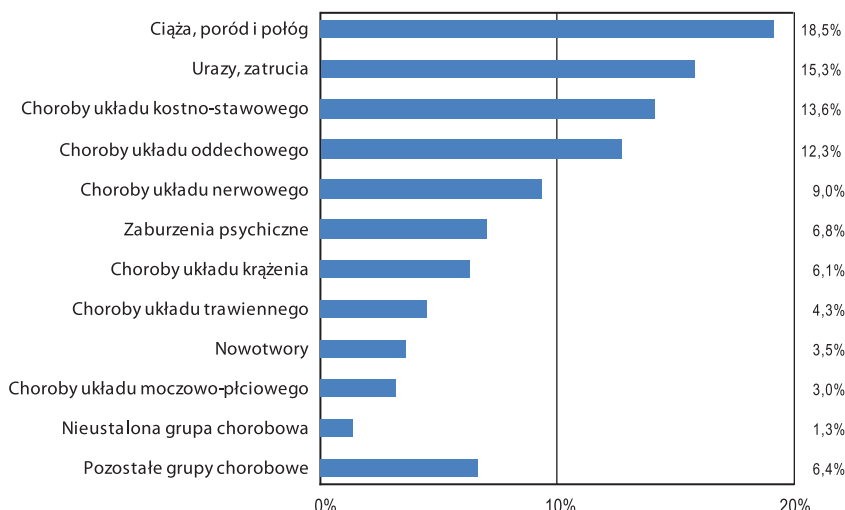
że w debacie o wyzwaniach, jakie stoją przed polskim systemem opieki medycznej, w otwarty sposób należy poruszać nie tylko problemy niedoboru kadr medycznych. Równie ważne jest znalezienie akceptowalnych społecznie i korporacyjnie rozwiązań, które dostosują do obecnych potrzeb i przyszłych wyzwań: system kształcenia lekarzy i pielęgniarek, liczebność tych grup zawodowych, poziom wynagrodzeń, a także role, jakie mogą i powinny one pełnić w procesie leczenia pacjentów.

1.5. Polityka społeczna, zasiłki chorobowe i renty

Zdrowie ma nie tylko wymiar ludzki, ale także ekonomiczny. Prawda ta w sposób szczególny odnosi się do osób aktywnych zawodowo, które muszą być zdrowe, żeby wytwarzać dochód dla siebie, swoich rodzin i dla reszty społeczeństwa.

Wydatki na świadczenia związane z niezdolnością do pracy stanowią bardzo istotne obciążenie dla państwa i pracodawców – w 2010 roku wyniosły aż 28,7 mld zł, czyli 2% PKB. Składały się na nie: renty z tytułu niezdolności do pracy – 14,9 mld zł, renty socjalne – 1,5 mld zł, świadczenia rehabilitacyjne – 0,9 mld zł, zasiłki związane z absencją chorobową – 11,1 mld zł oraz

Wykres 38. Procentowy udział długości absencji chorobowej w dniach w 2012 roku wg grup chorobowych.

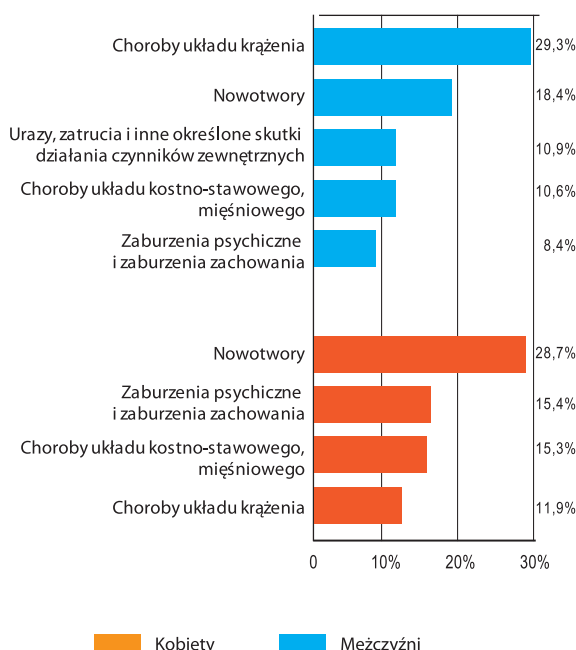


Źródło: Absencja chorobowa w 2012 roku; s. 46-47; ZUS Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych 2013.





Wykres 39. Struktura orzeczeń pierwszorazowych rentowych - stopień niezdolności do pracy wg wybranych grup chorobowych i płci.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskałewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 251; NIZP-PZH 2012.

koszty rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS – 0,16 mld zł. Dodatkowo wydatki, m.in. na rehabilitację pracowników, ponosił NFZ.

Trzeba pamiętać, że dodatkowo chorzy pracownicy nie wytwarzają produktów czy usług, co jest wymierną stratą gospodarczą obniżającą PKB oraz konkurencyjność gospodarki.

Wiele na temat skali tego problemu mówi absencja chorobowa z tytułu choroby własnej. W 2012 roku absencja ta wyniosła 246,4 mln dni, z czego najwięcej dotyczyło osób ubezpieczonych w ZUS – 206,8 mln dni. Sytuacja w latach poprzednich kształtowała się podobnie i w 2011 roku absencja ta wśród wszystkich ubezpieczonych wyniosła 246,7 mln dni, a wśród osób, których składki trafiają do ZUS – 207,4 mln dni. W 2010 roku było to odpowiednio 244,4 mln dni oraz 205,5 mln dni.

Analiza przyczyn absencji chorobowej wyraźnie pokazuje, że po wyłączeniu ciąży i porodu, za większość nieobecności w pracy odpowiada kilka typów chorób oraz zatrucia i urazy. I to na nich w pierwszej kolejności należałoby skoncentrować działania.

Wśród przyczyn, których liczebność można i należy zmniejszyć, są urazy i zatrucia. Są one bezpośrednio powiązane z bezpieczeństwem i higieną pracy. Poprzez poprawę w tym zakresie można zmniejszyć liczbę wypadków w pracy, a tym samym obciążenie państwa i pracodawców z tego

tytułu. **Na choroby układu oddechowego można wpływać poprzez skuteczniejszą walkę z nałogiem palenia tytoniu, a także upowszechnienie szczepień przeciwko grypie sezonowej.** Poziom wyszczepialności przeciwko grypie w Polsce sytuuje nas w ogonie europejskich statystyk dotyczących zapobiegania tej chorobie. Sposobem na zmniejszenie obciążenia z powodu chorób psychicznych jest zdrowszy styl życia, umiejętność radzenia sobie ze stresem, lepszy dostęp do leczenia psychiatrycznego, głównie środowiskowego, większa paleta refundowanych leków, szczególnie innowacyjnych. Z kolei walka z nadciśnieniem, chorobą niedokrwienną serca powinna zaczynać się od popularyzacji zdrowych nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej.

W 2010 roku ponad 1,2 mln osób pobierało rentę z tytułu niezdolności do pracy, co kosztowało 14,9 mld zł i obniżało wskaźniki aktywności zawodowej. W tej grupie znalazło się 214 tys. osób pobierających renty „wypadkowe”.

Niezbędne jest podjęcie intensywnych działań w zakresie szybkiej i skutecznej rehabilitacji, szczególnie po urazach, zawałach i udarach. Inwestycje w te obszary mogą być niezwykle opłacalne, ponieważ więcej niż obecnie ludzi będzie mogło wrócić do aktywności zawodowej. Skorzystają na tym oni sami, ich rodziny, pracodawcy i całe społeczeństwo. Jak dotąd, na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS wydawane jest niewiele ponad 1% ze środków, jakie są przeznaczane na renty z tytułu niezdolności do pracy (0,16 mld zł).

1.6. Rynek pracy, poziom i struktura zatrudnienia

Wg danych GUS⁸⁶ w Polsce w roku 2012 żyło 31,05 mln osób w wieku powyżej 15 lat. Wśród tej grupy ok 17,4 mln stanowiły osoby, które uznawane były za aktywne zawodowo. W IV kwartale 2012 roku ponad 15,6 mln z nich pracowało, a blisko 1,8 mln było bezrobotnych (wg metodologii BAEL). Z kolei 13,65 mln Polaków stanowiły osoby biernie zawodowo. Dane te wskazują na niski współczynnik aktywności zawodowej Polaków, który wynosząc 56% (64,4% dla mężczyzn oraz 48,3%), lokuje nasz kraj na dalekich pozycjach w porównaniu do większości krajów EU.

Także wskaźnik zatrudnienia jest w Polsce niski – wynosi 50,4% (58,4% dla mężczyzn i zaledwie 43% dla kobiet). W roku 2011 udział Polaków aktywnych zawodowo w stosunku do całej populacji wynosił 44,7%, podczas gdy w większości krajów EU jest on bliski 50% lub nawet

⁸⁶ Mały rocznik statystyczny Polski, 2013, GUS.



wyższy (np. w Niemczech 52,3%, w Holandii 53,4% czy w Wielkiej Brytanii 51,4%)⁸⁷. Niskie współczynniki aktywności zawodowej w Polsce są skutkiem m.in. niezdolności do pracy ze względów zdrowotnych, wcześniejszego przechodzenia na emeryturę (głównie kobiet), w warunkach niepewnej sytuacji na rynku pracy oraz obaw przed kolejnymi zmianami w systemie emerytalnym po 1989 roku.

Stopa bezrobocia, sięgająca w grudniu 2012 roku 13,4%, stawia Polskę powyżej unijnej średniej. Wśród ponad 2,1 mln osób zarejestrowanych w urzędach pracy jako bezrobotne aż 126,5 tys. stanowili absolwenci szkół, z czego blisko jedną trzecią (31,5%) absolwenci wyższych uczelni. **Szczególnie wysoki poziom bezrobocia notowany był wśród osób do 24. roku życia (w grudniu 2012 sięgał ok. 27%) oraz w wieku 25-34 lat, kluczowym dla dzietności.** W grupie bezrobotnych kobiet aż 53% stanowią te do 34. roku życia⁸⁸. Dodatkowo osoby młode, mające pracę, często są zatrudniane na umowy inne niż o pracę (np. o dzieło – bez świadczeń socjalnych i emerytalnych). **Brak pracy lub jej niestabilność i niskie zarobki nie sprzyjają zakładaniu rodzin, zwłaszcza wielodzietnych, a dodatkowo zachęcają do migracji.**

Warte podkreślenia jest, że spośród 13,7 mln osób biernych zawodowo w wieku 15 lat i więcej, w IV kwartale 2012 roku 47,1% stanowili emeryci. 14,0% osób nie podejmowało pracy z powodu choroby i niesprawności, a 11,2% z powodu obowiązków rodzinnych.

Po uwzględnieniu tylko osób w wieku produkcyjnym (18-59/64 lata) główną grupą osób biernych zawodowo (23,1%) były te, które nie podejmowały pracy ze względu na chorobę i niesprawność. Kolejną – o podobnej wielkości (22,8%) – stanowiły osoby, które nie podejmowały pracy z powodu obowiązków rodzinnych. Oznacza to, że wiele z nich musi opiekować się chorymi lub wymagającymi opieki członkami rodzin – najczęściej rodzicami lub dziećmi. Ich decyzje mają podłoże kulturowe, ale także ekonomiczne. Opieka instytucjonalna zarówno dla osób w podeszłym wieku, jak i dzieci do 6. roku życia jest często niedostępna, a wynajęcie opiekunki to dla wielu osób koszt o podobnej wysokości co ewentualne zarobki, jakie osiągnęłyby po powrocie na rynek pracy.

Prognozy demograficzne wskazują, że w ciągu najbliższych 20 lat znacznie spadnie liczba osób w wieku aktywności zawodowej, a wzrośnie liczba biernych zawodowo, głównie emerytów. Wydłużenie i zrównanie wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn, które stopniowo wprowadzane będzie od tego roku, jest próbą dostosowania rynku pracy do zmie-

niającej się sytuacji. **Rosnące potrzeby dotyczące świadczeń emerytalnych i zdrowotnych najstarszych z nas mogą być zaspokojone wyłącznie pod warunkiem zwiększenia wskaźników aktywności zawodowej Polaków, a to wymaga dłuższego okresu pozostawania na rynku pracy.** Obecnie, m.in. ze względu na stan zdrowia i obawy przed bezrobociem, tzw. efektywny, a więc rzeczywisty wiek przechodzenia na emeryturę Polaków, jest niższy niż ustawowy i w 2010 roku wynosi średnio dla kobiet ok. 58 lat, a dla mężczyzn ok. 61 lat.

W Polsce w 2009 roku pracowało zaledwie 32,3% osób w wieku od 55 do 64 lat i jest to jeden z najniższych wskaźników w UE (średnia dla 27 krajów UE to 46%). Średni efektywny wiek emerytalny w UE i OECD wydłuża się, ale wciąż jest niższy od wieku ustawowego o ok. 1,5 roku⁸⁹. Zjawisko przechodzenia na emeryturę wcześniej niż w wieku ustawowym było i wciąż jest charakterystyczne dla krajów wysoko rozwiniętych. Niemniej z uwagi na fakt, iż starzenie się ludności pociąga za sobą także dłuższe życie na emeryturze, nieuchronne jest zarówno wydłużanie ustawowego, jak i efektywnego wieku emerytalnego. Ten drugi w dużej mierze zależy od kondycji zdrowotnej pracowników, a także realiów rynku pracy. W krajach, w których gospodarka oparta jest na wiedzy, innowacjach i technologiach, a także usługach, dłuższa aktywność zawodowa w dobrym zdrowiu jest możliwa. Polska, pomimo swojego potencjału, pod wieloma względami wciąż jest krajem raczej aspirującym do grona nowoczesnych i rozwiniętych, a nasz rynek pracy nie sprzyja długoletniemu utrzymywaniu ludzi w dobrej kondycji zdrowotnej, pozwalającej na efektywną pracę.

W Polsce w 2012 roku niemal 76% pracujących swoją aktywność zawodową realizowało w sektorze prywatnym. Pracodawcy i pracujący na własny rachunek stanowili grupę ponad 4 mln, a ok. 9,8 mln osób zatrudnionych było na umowę o pracę. Dane te są istotne dla niniejszego raportu m.in. dlatego, że w zależności od rodzaju umowy o pracę, wielkości zakładu oraz sektora zatrudnienia, można liczyć na większe lub mniejsze zaangażowanie pracodawców w działania dotyczące ochrony zdrowia pracowników. Obecnie Kodeks pracy, przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy oraz medycyny pracy w sferze ochrony zdrowia, w dużej mierze skupiają się na chorobach zawodowych, zapobieganiu wypadkom przy pracy oraz orzekaniu o zdolności do wykonywania pracy. W dużo mniejszym stopniu zaś na utrzymywaniu pracowników w zdrowiu i wspieraniu ich w tym. Problem ten, wraz z propozycjami zmian, przedstawiamy w dalszej części raportu.

⁸⁷ Ibidem, za: Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) wg metodologii Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP), s. 145.

⁸⁸ Ibidem, s. 164.

⁸⁹ M. Boni, Minister Administracji i Cyfryzacji, wystąpienie w imieniu Prezesa Rady Ministrów na sesji inauguracyjnej II Kongresu demograficznego 2012 „Polska w Europie - przyszłość demograficzna”, dane za Eurostat i OECD „Pension at a glance 2011”.





1.7. Zdrowie a budżet państwa, konkurencyjność rynku i wzrost gospodarczy

Zdrowie ma kluczowe znaczenie dla przychodów budżetowych, konkurencyjności oraz rozwoju gospodarki. Chorzy pracownicy nie pracują lub są mniej efektywni, a to dzięki pracy tworzony jest indywidualny i zbiorowy dobrobyt. Brak przychodów, które mogłyby wygenerować duża liczba chorujących pracowników, łączy się też z rosnącymi kosztami.

Obecnie koszty absencji chorobowej w ciągu pierwszych 33 dni w roku niezdolności do pracy obciążają pracodawców, a następnie przejmują je Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Oznacza to, że **zarówno krótko-, jak i długookresowa absencja chorobowa, własna lub z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny, przynosi pracodawcy obniżenie produkcji, a tym samym mniejsze przychody**. Te przekładają się wprost na zmniejszenie PKB oraz przychody podatkowe państwa. Stratę powiększają także medyczne i niemedyczne koszty bezpośrednie. W sytuacji czasowej lub trwałej niezdolności do pracy pojawiają się koszty socjalne związane z wypłatami zasiłków chorobowych i rent. Konkluzja jest więc prosta – **zdrowie to najbardziej wartościowy zasób**, jaki posiada każdy człowiek, a jego utrata przynosi nie tylko cierpienia czy spadek jakości życia, ale w skrajnych przypadkach również niedostatek lub nawet ubóstwo.

Dlatego zarówno inwestycje w zdrowie, jak i usługi służące utrzymaniu lub przywróceniu ludzi do zdrowia, są jednymi z kluczowych dla utrzymania konkurencyjności gospodarki. Wg rankingu *Global Competitiveness Report 2012/2013*, oceniającego konkurencyjność gospodarek 144 krajów świata, wskaźniki dotyczące zdrowia (zachorowalność na gruźlicę na 100 tys. ludności, odsetek ludności zarażonej wirusem HIV, śmiertelność noworodków i przeciętna oczekiwana długość życia w momencie narodzin) plasują Polskę na 40. miejscu na świecie, a na 20. miejscu wśród państw UE⁹⁰.

Pozycja ta jest pochodną niskich nakładów na zdrowie w porównaniu z większością krajów UE. Dotyczy to i medycyny naprawczej i – nawet w większym stopniu – profilaktyki i promocji zdrowia. Wynika to z relatywnie niskiego poziomu rozwoju gospodarczego kraju i związanej z tym słabszej jakości opieki zdrowotnej⁹¹. Istnieje duże ryzyko, że pozycja Polski w tym rankingu może się pogarszać, o ile nie nastąpi zwiększenie poziomu inwestycji w zdrowie i dostosowanie organizacji opieki medycznej oraz społecznej do potrzeb starzejącej się ludności.

1.8. Wnioski

Nieuchronne zmiany demograficzne, jakie zajądą w Polsce w ciągu najbliższych dziesięcioleci, wymagają zmiany sposobu myślenia o zdrowiu i systemie jego ochrony. Dotychczasowe działania prowadzone w Polsce po 1989 roku skupiały się głównie na medycynie naprawczej i systemie leczenia. Zaprezentowane dane epidemiologiczne pokazują, że choć w wielu dziedzinach przyniosło to poprawę, to nie jest jednak ona na tyle spektakularna, aby można było mówić o sukcesie. W wielu obszarach związanych ze zdrowiem nastąpiło spowolnienie zmian, ich zahamowanie lub nawet regres. Rosnące dynamicznie przez lata nakłady na ochronę zdrowia, zarówno publiczne, jak i prywatne, nie przekładają się na wyraźną poprawę stanu zdrowia Polaków. **W wielu obszarach dotyczących czynników ryzyka zdrowotnego nastąpiło wyraźne pogorszenie**. Świadczy o tym rosnący odsetek populacji osób z nadwagą i otyłych, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, niska aktywność fizyczna i pogarszające się nawyki żywieniowe Polaków. Tym samym, wraz z procesem starzenia się ludności Polski, bezprecedensowym w naszej dotychczasowej historii, w ciągu najbliższych 30 lat staniemy przed wielkimi wyzwaniami dotyczącymi finansowania leczenia chorób związanych z wiekiem: układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy, nowotworów czy chorób mózgu. Czekają nas też ogromne koszty pośrednie i społeczne, obniżające wartość naszego PKB i konkurencyjność gospodarki. Już dzisiaj wiadomo, że życie w zdrowiu i sprawności jest kluczowym warunkiem dobrostanu każdego z nas, ale w starzejącym się społeczeństwie jego znaczenie jeszcze wzrośnie.

Z uwagi na zmiany w proporcjach pomiędzy populacją niepracujących i pracujących, a także wzrost oczekiwań społecznych, polski system opieki medycznej stanie przed koniecznością dostarczania większej liczby świadczeń o wyższej jakości, przy jednocześnie mniejszych zasobach m.in. kadrowych i ograniczonych środkach finansowych. Wyzwaniem będzie zatem efektywność i jakość opieki zdrowotnej, znalezienie racjonalnych proporcji pomiędzy finansowaniem świadczeń ze środków publicznych i prywatnych oraz lepsza alokacja zasobów i kadr medycznych. Efektywność systemu opieki medycznej, choć ważna, w łańcuchu wartości decydujących o zdrowiu odgrywa drugoplanową rolę. Zdecydowanie najważniejszy jest styl życia i to wszystko, co na niego się składa – uwarunkowania społeczne i poziom edukacji, a przede wszystkim najbardziej podstawowe elementy życia każdego z nas, jak dieta, aktywność fizyczna czy brak nałogów. Dane

⁹⁰ T. Geodecki, J. Hausner (red.), A. Majchrowska, K. Marczewski, M. Piątkowski, G. Tchorek, J. Tomkiewicz, M. Weresa, *Konkurencyjna Polska. Jak awansować w światowej lidze gospodarczej?*, Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, Kraków 2013.

⁹¹ Ibidem.



dotyczące stanu zdrowia Polaków wyraźnie wskazują, że system ochrony zdrowia i edukacji w ciągu ostatnich 20 lat nie kładły na ten kluczowy aspekt dostatecznego nacisku. Dowodem na to jest choćby jeden z najniższych w UE poziom finansowania ze środków publicznych działań dotyczących promocji zdrowego stylu życia i prewencji chorób.

Starzejące się społeczeństwo to także wyzwanie dla rynku pracy. W wielu branżach podniesie się średnia wieku pracowników i zasadnicze znaczenie dla ich produktywności i efektywności będą miały działania przedsiębiorstw sprzyjające utrzymaniu pracujących w nich ludzi w jak najlepszym zdrowiu. Kwestia ta odnosi się do osób w wieku 30-50 lat, czyli aktualnie pracujących. Niezbędne jest zatem pilne wdrożenie skierowanych do tej populacji oraz ich pracodawców działań podnoszących skuteczność interwencji medycznych oraz promujących zdrowy styl życia.

W polskiej gospodarce, podobnie jak w innych europejskich krajach, zagości pojęcie „*silver economy*”. Wydłużenie i zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn przyczyni się do zwiększenia stabilności gospodarczej i społecznej Polski. Jednak warunkiem, by tak się stało jest podniesienie efektywnego wieku przechodzenia na emeryturę, zbliżenie go do wieku ustawowego. Potrzebna jest więc zmiana podstawowych paradygmatów dotyczących zdrowia i polityki zdrowotnej, a także rynku pracy. **Świadomość wyzwań demograficznych, jakie stoją przed nami, należy traktować nie tylko w kategorii zagrożeń, ale przede wszystkim jako impuls do poważnej refleksji i konsekwentnego wprowadzenia zmian, które pozwolą nam sprostać tym wyzwaniom.** Podstawą tych zmian winno być **położenie dużego nacisku na promocję zdrowego stylu życia.** Ważną kwestią, która jak dotąd nie jest w Polsce dostatecznie akcentowana, a ma zasadnicze znaczenie dla skuteczności promocji zdrowia i prewencji chorób, jest indywidualna odpowiedzialność za zdrowie. Sprawa ta winna stać się zarówno przedmiotem debaty publicznej, jak i zostać przełożona na zasady finansowania opieki medycznej.

Polityka państwa winna uczynić zdrowie priorytetem politycznym. Priorytetem, którego odzwierciedleniem będzie długoterminowa, konsekwentnie realizowana strategia społeczna i gospodarcza, **obecna w każdej polityce,** poczynawszy od szczybla państwa, a skończywszy na gminie. **Zdrowie rozumiane jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, obecne w polityce jako jeden z najważniejszych priorytetów, przekłada się na rozwój i dobrobyt całego społeczeństwa.** Umieszczenie go już teraz w centrum myślenia o przyszłości, pozwoli, zdaniem autorów, na stopniowe i ewolucyjne dojście do rozwiązań, które będą zaspokajały w nadchodzących dziesięcioleciach potrzeby Polaków dotyczące ochrony zdrowia. Zdrowie nie tylko może, ale wręcz powinno być obszarem inwestycji, tak ze strony państwa, jak i prywatnych przedsiębiorców, traktowanych jako

partnerzy. Wydaje się, że po wyciągnięciu wniosków z sukcesów i porażek naszych dokonań w dziedzinie ochrony zdrowia po 1989 roku, najwyższy czas zacząć poważną debatę nad koniecznymi zmianami i jak najszybciej przejść do czynów. W dalszej części raportu zostaną zaprezentowane propozycje takich działań oraz rekomendacje dotyczące najważniejszych priorytetów polityki zdrowotnej państwa na nadchodzące lata.

2. Jak wyzwania związane ze zmianami demograficznymi przekuć w rozwój sektora zdrowotnego gospodarki?

Zmiany demograficzne zachodzące w Polsce powodują większe zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, a równocześnie zmniejszają odsetek osób zawodowo czynnych, które muszą sfinansować dostęp do ochrony zdrowia dla całego społeczeństwa. Wobec powyższego, konieczne jest podjęcie intensywnych działań mających na celu dostosowanie sektora ochrony zdrowia do skuteczniejszej profilaktyki, leczenia na większą skalę ludzi starszych i podniesienia efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, aby posiadane zasoby były wykorzystywane w sposób optymalny.

Sytuacja demograficzna wymusiła wydłużenie i zrównanie wieku emerytalnego mężczyzn i kobiet, jednakże bez podniesienia skuteczności leczenia wydłużony wiek emerytalny może nie przełożyć się na dłuższą aktywność na rynku pracy (ze względu m.in. na zły stan zdrowia). Wobec tego **konieczna jest taka zmiana systemu opieki zdrowotnej w Polsce, by ludzie wchodzili w piątą i szóstą dekadę życia w jak najlepszym zdrowiu,** a ich problemy zdrowotne były rozwiązywane w sposób optymalny. Potrzebny jest wzrost wiedzy lekarzy na temat specyfiki leczenia osób starszych, szczególnie w zakresie farmakoterapii, występujących równocześnie u jednego pacjenta wielu chorób oraz występowania charakterystycznych dla wieku podeszłego zespołów otępiennych. Niezbędne jest również otoczenie właściwą opieką osób w wieku emerytalnym, by jak najdłużej zachowały zdrowie i samodzielność. Będzie to korzystne dla nich i dla całego społeczeństwa. W kontekście tych zamierzeń otwiera się przestrzeń dla rozwoju sektora usług wsparcia osób starszych w ich samodzielnym życiu w miejscu zamieszkania. Mogą to być np. nowoczesne centra monitoringu osób starszych połączone ze świadczeniem usług zdrowotnych i socjalnych. Potrzebna jest więc integracja działań i koordynacja pomiędzy opieką medyczną a socjalną. Ważną rolę może odegrać też dalszy rozwój uniwersytetów trzeciego wieku oraz ośrodków, w których osoby starsze mogłyby spędzać czas wolny, korzystać





z edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej i umysłowej wspierającej zachowanie zdrowia. Obszarem, w którym nastąpi duży rozwój indukowany zmianami demograficznymi, jest sektor opieki długoterminowej, gdzie swoje miejsce znajdują osoby niezdolne do samodzielnego życia. Potrzebne jest też rozwinięcie instytucjonalnych form wsparcia rodzin opiekujących się chorymi przewlekłe krewnymi w ich miejscu zamieszkania. Kluczowy będzie też rozwój hospitalizacji domowej jako alternatywy dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej dla seniorów. Pozostawanie osób w najstarszym wieku w miejscach ich zamieszkania jest ważne względów ekonomicznych, etycznych i społecznych. Zmniejsza poczucie wykluczenia społecznego, wydłuża uczestnictwo w życiu rodzinnym i społecznym.

Drugim kluczowym zagadnieniem, bezpośrednio związanym ze zmianami demograficznymi, jest konieczność podniesienia efektywności i optymalizacja kosztowa ochrony zdrowia. Chodzi o stworzenie takich warunków organizacyjno-finansowych, aby posiadane środki wykorzystywać efektywniej pod względem ekonomicznym (więcej świadczeń za te same lub mniejsze środki) oraz medycznym (lepsze rezultaty zdrowotne za te same lub mniejsze środki). Dzisiaj jest to sprawa lepszego wykorzystania posiadanych zasobów, ale w perspektywie najbliższych dziesięcioleci będzie to warunek zaspokajania potrzeb zdrowotnych choćby na dotychczasowym poziomie, dalece nieadekwatnym do przyszłych potrzeb.

Dlatego zmiany w systemie opieki medycznej powinny objąć równocześnie: wielkość i rozmieszczenie infrastruktury medycznej, wybór miejsc i organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a przede wszystkim koordynację działań. Bardziej eksponowane miejsce powinny zająć profilaktyka i promocja zdrowia. Znaczne korzyści finansowe można uzyskać poprzez optymalizację medycznego, jak i niemedycznego obszaru działalności zakładów opieki zdrowotnej.

2.1. Jak zmiany organizacji systemu opieki medycznej i zasad finansowania świadczeń zdrowotnych mogą zwiększyć zaspokajanie potrzeb zdrowotnych?

Dużym problemem polskiej ochrony zdrowia jest wielkość i rozmieszczenie infrastruktury niezbędnej do zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Jej rozwój nie

jest koordynowany, co powoduje nadmiar jednych, a niedobór innych typów placówek.

Szczególnie dotyczy to szpitali, co potwierdza bardzo różna długość kolejek do świadczeń w poszczególnych województwach (opisujemy to w Załączniku nr 1). **Niski poziom wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych (67,3% w 2012 roku) świadczy o ich zbyt dużej liczbie.** Dzieje się tak przy równocześnie zbyt małej liczbie łóżek w placówkach przeznaczonych do opieki długoterminowej – 27,6 tys.⁹². **Przy tym trzeba sobie też zdać sprawę z tego, że w Polsce w latach 2000-2010 nastąpił bardzo istotny, bo aż 39% wzrost liczby hospitalizacji, w przeciwieństwie do większości krajów OECD, w których wzrost ten wyniósł zaledwie 3%, na co bardzo duży wpływ miał wynik Polski i Bułgarii (76% wzrost)⁹³.**

W zakresie rozwoju infrastruktury szpitalnej niezbędna jest koordynacja na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym, z kluczową rolą państwa jako odpowiedzialnego m.in. za utworzenie i utrzymanie sieci szpitali pełniących funkcje gwaranta bezpieczeństwa populacji w warunkach epidemii, klęsk żywiołowych czy katastrof. Szpitale należące do sieci szpitali strategicznych, mogłyby utrzymywać nadmierną w stosunku do bieżących potrzeb liczbę łóżek, które powinny być finansowane odrębnie, tj. poza kontraktami z NFZ, ze środków budżetu centralnego. Rolę koordynatora sieci na poziomie ogólnopolskim powinien pełnić minister zdrowia, a na szczeblu regionów wojewoda. W podejściu do planowania infrastruktury szpitalnej powinny być uwzględnione prognozowane długoterminowe zmiany demograficzne i wynikające z nich potrzeby zdrowotne, a także zmiany miejsca i organizacji procesu udzielania świadczeń, które są prezentowane w dalszej części raportu.

Działania dostosowujące do zmieniających się potrzeb lokalizację infrastruktury szpitalnej i jej charakter, winny stać się elementem wieloletnich planów zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i inwestycji na poziomie każdego województwa. W ich tworzenie i nadzór nad realizacją powinni być włączeni reprezentanci różnych interesariuszy systemu i eksperci rynku ochrony zdrowia. Plany te winny obejmować okres 8-10 lat i stać się elementem realizacji strategii państwa w zakresie ochrony zdrowia. Więcej na ten temat piszemy w końcowych rekomendacjach raportu.

Problemy z nadmiernym rozwojem lecznictwa szpitalnego i nadmiarem hospitalizacji nie dotyczą tylko Polski. Współczesna ochrona zdrowia zbyt mocno opiera się na drogim lecznictwie stacjonarnym, przy zbyt małym korzystaniu z zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia, opieki dziennej oraz lecznictwa ambulatoryjnego.

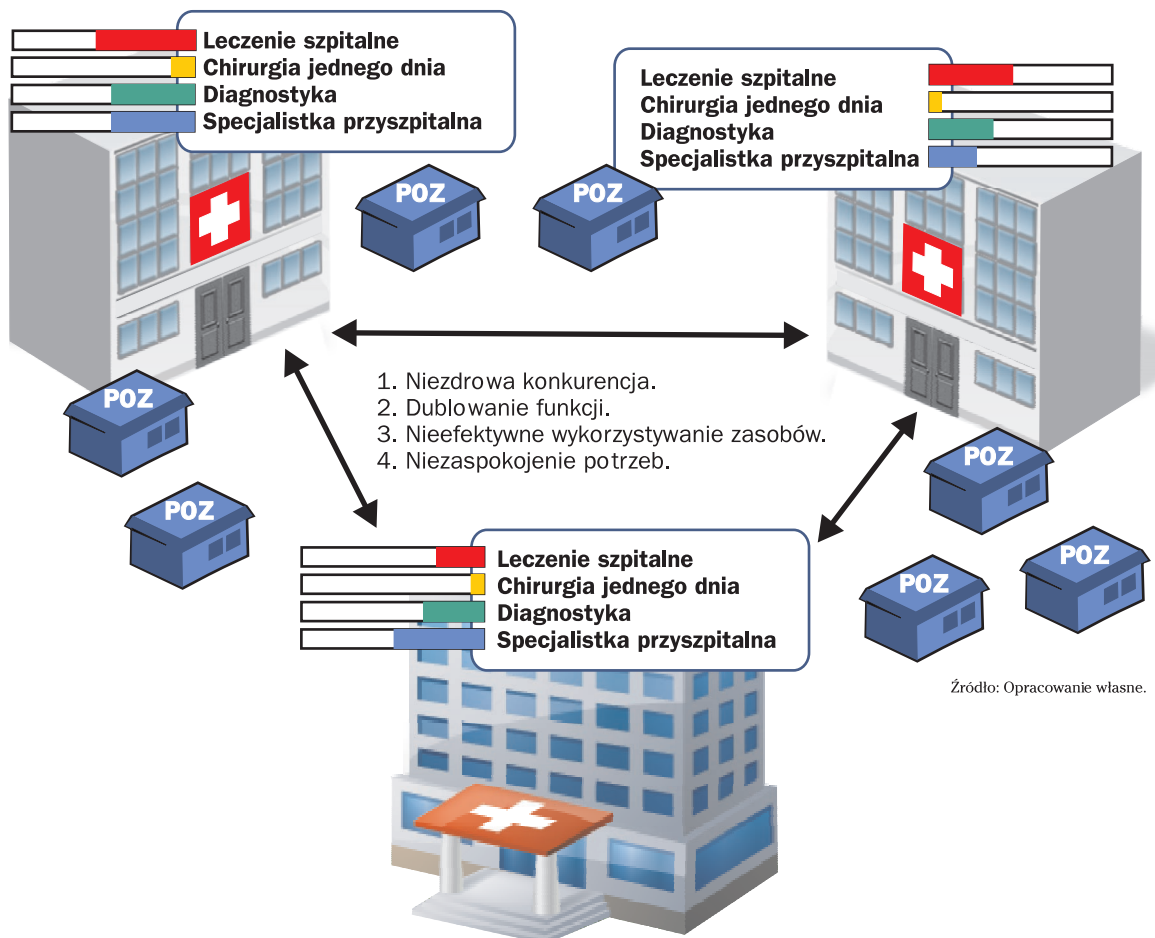
⁹² Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ 2013.

⁹³ M. Balicki, Opieka zdrowotna po 15 latach, Projekt „Liderzy w sektorze ochrony zdrowia” Warszawa, 24 września 2013 za OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.



Rysunek 3. Poziom wykorzystania różnych podmiotów leczniczych – sytuacja obecna

Wypełnienie pól kolorami odpowiada aktualnemu wykorzystaniu.



Dla określenia tej niekorzystnej sytuacji powstał nawet specjalny angielski termin *hospital-centrism*.

Kolejna ważna zmiana musi dotyczyć paradygmatu leczenia szpitalnego. Obecnie kluczowe w systemie są szpitale, które zajmują się bardzo szerokim spektrum przypadków. Jednak większość chorych, którzy trafiają do nich na co dzień, jest łatwych do zdiagnozowania i leczenia. Z drugiej strony szpitale nieraz podejmują się leczenia przypadków, w których nie mają dostatecznego doświadczenia, gdyż zdarzają się one w nich stosunkowo rzadko. Nie jest to dobre rozwiązanie. Jak pokazują liczne badania, wyniki leczenia są zdecydowanie lepsze, kiedy leczy się jednostki chorobowe, z którymi pracujący w szpitalach personel medyczny ma częsty kontakt i wynikające z niego duże doświadczenie. Stąd naturalny kierunek zmian leczenia szpitalnego to podział placówek na leczące pacjentów o łatwej do ustalenia diagnozie i dość typowych potrzebach leczenia oraz te, które zajmą się trudniejszymi przypadkami, wymagającymi pogłębionej diagnostyki i większej specjalizacji. Leczeniem tych pierwszych powinny zajmować się wyspecjalizowane centra,

w których proces leczenia byłby prowadzony w sposób wystandaryzowany, bezpieczny dla pacjenta i optymalny kosztowo. Jak pokazują doświadczenia innych państw, oprócz oszczędności, ośrodki takie zapewniają o wiele lepsze rezultaty leczenia, a czasem udzielają nawet gwarancji na jego wynik. Dobrym obszarem, w którym mógłby się rozwijać ten rodzaj świadczeniodawców, są zabiegi koronarografii, operacje zaćmy, przepukliny oraz onkologiczne. Biorąc pod uwagę wielkość Polski mogłyby być one realizowane w kilkudziesięciu ośrodkach zlokalizowanych w miejscach zapewniających dobrą dostępność komunikacyjną dla pacjentów. Dzięki temu możliwy byłby znaczący spadek jednostkowej ceny za tego typu procedury, a co za tym idzie wzrost ich dostępności i skrócenie kolejek. Leczeniem przypadków trudnych powinny zajmować się najwyższej klasy placówki, zapewniające odpowiednie zaplecze diagnostyczne i terapeutyczne oraz multidyscyplinarne zespoły specjalistów. Takie podejście powinno polepszyć efekty leczenia, ale również przyczynić się do optymalizacji wykorzystania wysokiej klasy specjalistów, zasobów sprzętowych i finansowych.





Kluczowe dla systemu jest rzeczywiste wdrożenie zasady subsydiarności, tj. leczenia w pierwszej kolejności na niższym, tańszym szczeblu opieki, oraz substytucji, tj. leczenia tańszymi metodami, jeśli są równie skuteczne. Należy podjąć działania zmierzające do szerokiej współpracy pomiędzy placówkami o różnych poziomach opieki nad pacjentem – lecznictwa ambulatoryjnego (zarówno POZ, jak i AOS) dopełnionego o diagnostykę, rehabilitację i opiekę dzienną z chirurgią jednego dnia oraz opieką szpitalną. Docelowo winny być one zintegrowane, tak, by opieka nad pacjentem była koordynowana.

Chodzi o osiągnięcie dwóch celów – ciągłości opieki nad pacjentem, co przełoży się m.in. na jakość, oraz leczenie pacjentów stosownie do ich po-

petencji menedżerskich i medycznych, wynikających z wiedzy i medycyny opartej na faktach (EBM)⁹⁴. Korzystna dla realizacji tego modelu opieki byłaby konsolidacja kapitałowa czy też organizacyjna rozproszonych obecnie świadczeniodawców. Ważną rolę w tym procesie odegrać może odpowiedni system informacyjny umożliwiający ciągłość i lepszą kontrolę procesu leczenia, pomimo przechodzenia pacjenta pod opiekę różnych świadczeniodawców. Istotnym elementem tych zmian powinno być także zapewnienie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej wraz z niezbędną diagnostyką i rehabilitacją „pod jednym dachem” jak najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta, co ma szczególne znaczenie dla pacjentów w podeszłym wieku.

Rysunek 4. Uproszczony schemat pożądanego kierunku zmian miejsca realizowania świadczeń zdrowotnych



Źródło: Opracowanie własne za G. Boulton 2000

trzeb zdrowotnych z zachowaniem obu wyżej wymienionych zasad – subsydiarności oraz substytucji. Takie podejście zapewnia nie tylko **lepsze i tańsze leczenie**, ale także **pozwala na wygospodarowanie środków finansowych na wprowadzanie innowacyjnych leków i metod leczenia** dla pacjentów, którzy ze względu na stan zdrowia potrzebują ich dla skutecznego leczenia. Daje ono **przestrzeń do indywidualizacji terapii, zarządzania najtrudniejszymi przypadkami i chorobami przewlekłymi**, takimi jak cukrzyca czy choroby układu krążenia, a także wykrywania i szybkiego, efektywnego leczenia chorób nowotworowych.

Niesłychanie ważny jest tu sprawny przepływ informacji w systemie, optymalizacja wyników leczenia i kosztów oraz wyeliminowanie przerzucania kosztów między świadczeniodawcami. Do realizacji tego celu, konieczne jest **wprowadzenie do systemu koordynatora, którego rolą będzie zapewnienie ciągłości i jakości leczenia u różnych świadczeniodawców**. Rolę tę w zależności od poziomu integracji i kompleksowości leczenia można przypisać płatnikowi, niezależnym organizacjom zarządzającym opieką zdrowotną nad pacjentami lub wybranemu szczeblowi opieki zdrowotnej. **Warunkiem podstawowym dla skutecznego koordynowania opieki zdrowotnej, zapewniającym jej wysoką jakość, będzie połączenie w rękach koordynatora kom-**

Proponowany kierunek zmian miejsca realizowania świadczeń zdrowotnych można w sposób uproszony przedstawić w postaci poniższego schematu.

Kierunek proponowanych, a naszym zdaniem niezbędnych zmian w systemie opieki medycznej, można sparafrazować słowami: **kto nie musi, nie powinien leżeć w szpitalu**. Wydaje się, że mogłoby ono stać się przewodnim hasłem potrzebnych w Polsce zmian w zakresie organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Obecna organizacja procesu leczenia z przewagą lecznictwa szpitalnego jest niekorzystna zarówno dla płatnika, jak i pacjentów. Leczenie stacjonarne wiąże się bowiem z wieloma różnymi zagrożeniami, jest droższe od chirurgii jednego dnia, opieki dziennej i lecznictwa ambulatoryjnego. Trwa dłużej, co często oznacza konieczność angażowania w proces leczenia rodziny pacjenta.

W USA w 2009 roku udział zabiegów wykonywanych ambulatoryjnie wśród wszystkich procedur zabiegowych realizowanych w community hospitals wyniósł już 63,4%⁹⁵. Duże sukcesy na tym polu ma także Wielka Brytania, np. w Anglii w roku obrachunkowym 2011-2012 aż 64% pierwotnych przepuklin pachwinowych oraz 98% zączy operowano w trybie chirurgii jednego dnia⁹⁶.

Z informacji zawartych w biuletynie statystycznym Ministerstwa Zdrowia wynika, że **udział zabiegów wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia w szpitalach ogólnych wyniósł w Polsce**

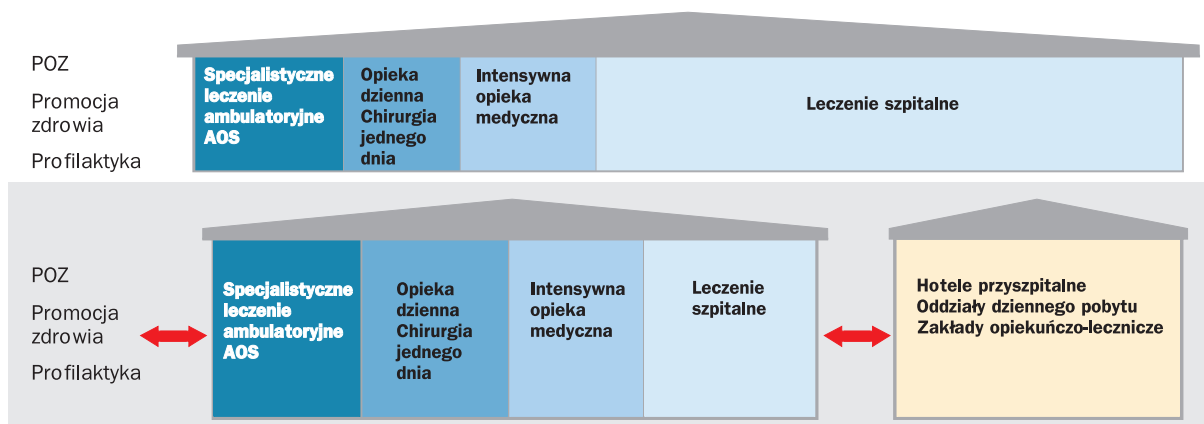
⁹⁴ W.P. Kalbarczyk, K. Kowalska, Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski, Sprawne Państwo - Program EY, 2013.

⁹⁵ Health United States, 2011, National Center for Health Statistics 2011.

⁹⁶ Health and Social Care Information Centre, Hospital Episode Statistics for England. Inpatient statistics, 2011-12; www.hesonline.nhs.uk.



Rysunek 5. Schemat pożądaných zmian lokalizacji realizowania świadczeń zdrowotnych



Źródło: Opracowanie własne za Boulton & Teglegaard 1998

w 2012 roku zaledwie ok. 9,4%⁹⁷. W opracowaniach OECD, jako przykład ilustrujący rozwój chirurgii jednego dnia przywołuje się jej udział procentowy w operacjach zaćmy. W 2010 roku wynosił on średnio w krajach UE15 71,6%, w Polsce tylko 17,4%⁹⁸.

Olbrzymi potencjał do usprawnień tkwi w obszarze ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz diagnostyki. Szeregu hospitalizacji można by uniknąć, gdyby chorych, szczególnie przewlekłych, otoczyć lepszą opieką na niższych poziomach systemu ochrony zdrowia. Część hospitalizacji ma de facto charakter diagnostyczny, a te same badania z powodzeniem można wykonać w trybie dziennym w odpowiednio zorganizowanych centrach diagnostycznych. Zgodnie z wyliczeniami zawartymi w dalszej części raportu dotyczącej propozycji zmian w organizacji i finansowaniu opieki medycznej, potencjał redukcji łóżek szpitalnych w Polsce wynosi aż 33%.

Wśród koniecznych zmian ważne miejsce zajmuje wzrost roli profilaktyki i promocji zdrowia oraz właściwa polityka lekowa. Z szacunków ekspertów wynika, że jedna złotówka wydana na profilaktykę przynosi po czasie nawet 40-krotne oszczędności w wydatkach na leczenie. Według niektórych ekspertów odpowiednia farmakoterapia z zapewnieniem właściwego *compliance i adherence* mogłaby się przełożyć nawet na 20% redukcję hospitalizacji⁹⁹. Rozszerzony schemat zmian proponowanych jako niezbędne do poprawy sytuacji w polskim systemie opieki medycznej został zaprezentowany poniżej.

Potrzebne jest szybkie przesunięcie udzielania świadczeń z lecznictwa stacjonarnego do ośrodków chirurgii jednego dnia i opieki dziennej oraz lecznictwa ambulatoryjnego. Przesunięcie części pieniędzy w systemie na niższe poziomy pozwoli lepiej zaspokoić potrzeby zdrowotne Polaków. Dzięki te-

Rysunek 6. Schemat – Optymalny system opieki medycznej



Źródło: Opracowanie własne

⁹⁷ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ 2013.

⁹⁸ Health at a glance Europe 2012, OECD 2012.

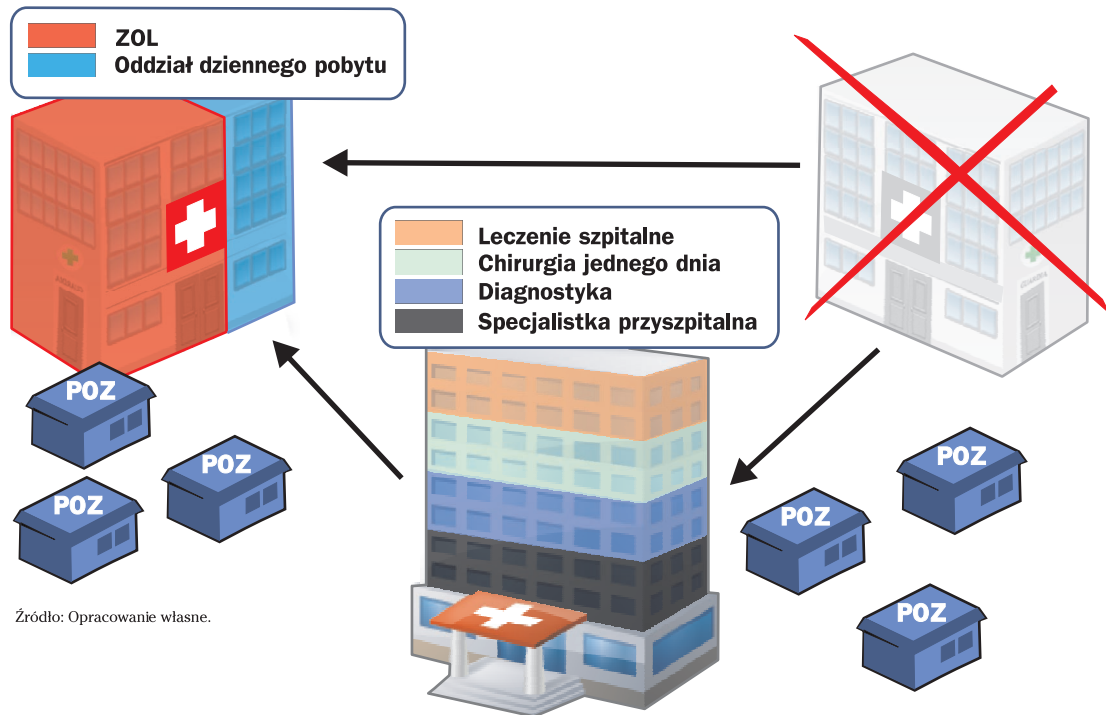
⁹⁹ Medication non-adherence, No.1/March 2011, Media Planet 2011.





Rysunek 7. **Przekształcenia i poziom wykorzystania różnych podmiotów leczniczych – sytuacja przyszła**

Wypełnienie pól kolorami odpowiada przyszłemu wykorzystaniu.



Źródło: Opracowanie własne.

mu poprawi się dostępność świadczeń nawet przy utrzymaniu ogólnych wydatków na zdrowie na obecnym poziomie.

Planując zmiany i adekwatne do potrzeb rozmieszczenie infrastruktury szpitalnej, **po analizie aktualnego wykorzystania zasobów, poziomu świadczonych usług, stanu technicznego oraz wyposażenia szpitali, należy doprowadzić do zamknięcia placówek najgorszych, wymagających największych nakładów lub wręcz nienadających się do pełnienia funkcji leczniczej.** Część z nich przekształcona może zostać w zakłady leczenia długoterminowego. Dzięki przesunięciu kadr i sprzętu medycznego oraz konsolidacji kontraktów z likwidowanych szpitali do tych, które mają pozostać, wzrosnie efektywność wykorzystania zasobów. To zaś powinno przełożyć się na większą dostępność i jakość leczenia oraz opieki długoterminowej dla osób w podeszłym wieku. Ten element zmian powinien zostać uwzględniony przy tworzeniu w Polsce sieci szpitali, opieki geriatrycznej oraz długoterminowej dla pacjentów w wieku senioralnym.

Usprawnień należy także szukać na poziomie poszczególnych podmiotów leczniczych. Jest wiele możliwości optymalizacji ich działania w obszarze strictly leczniczym, jak i pozamedycznym.

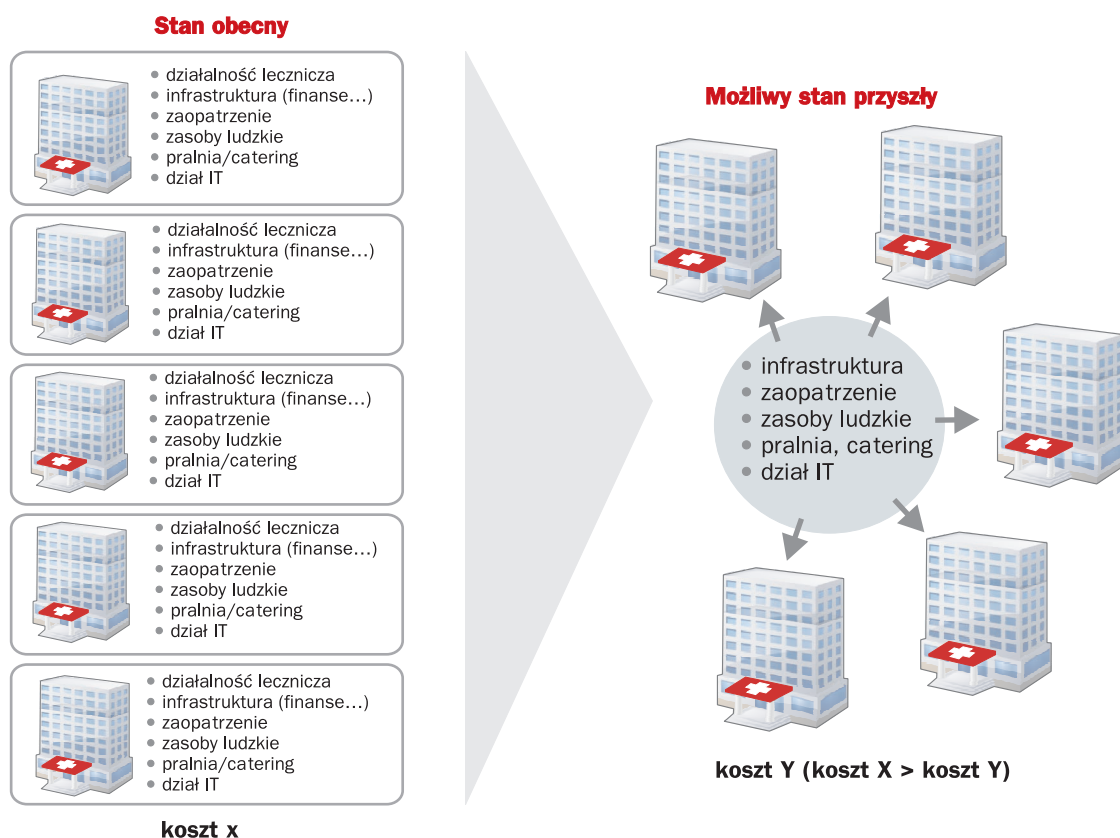
Głównym celem powinno być **podwyższenie bezpieczeństwa pacjenta**, szczególnie w szpitalach. Można je uzyskać poprzez powszechne **wdrożenie**

nowoczesnych zasad zarządzania (np. MRM – zarządzanie ryzykiem medycznym czy lean manufacturing – skupienie się na eliminacji wszelkiego rodzaju strat). Korzystny wpływ na skuteczność działania placówek ma też rozwój **benchmarkingu operacyjnego i finansowego** – czyli porównywanie stan dardowych wskaźników statystycznych, finansowych i kadrowych pomiędzy szpitalami o tożsamym charakterze (np. szpitale powiatowe, specjalistyczne szpitale wojewódzkie czy szpitale ginekologiczno-położnicze). Podobnie jak dzieje się to już w wielu krajach europejskich - **informacja np. z kwartalnych raportów benchmarkingowych** dawałaby zarządom placówek medycznych oraz ich organom założycielskim możliwość bieżącej oceny efektywności działalności w celu lepszego zarządzania. Z pewnością benchmarking operacyjny szpitali, jako powszechne narzędzie monitorowania bieżącej ekonomicznej efektywności ich działalności, byłby **pomocny w przeciwdziałaniu zadłużaniu się placówek.**

Korzystna i stosunkowo prosta do zastosowania już obecnie, byłaby **centralizacja funkcji pozamedycznych oraz ogólnego zarządu w obrębie podmiotów mających te same organy założycielskie** np.: przez szpitale kliniczne, szpitale instytuty badawcze, szpitale wojewódzkie czy utworzone przez miasta na prawach powiatów. Rozwiązaniem mogłoby być także **utworzenie centrów usług wspólnych**, działających jako podmioty zewnętrzne, które zajmowałyby



Rysunek 8. Funkcjonowanie szpitali stan obecny i możliwa przyszłe rozwiązanie



Źródło: Opracowanie własne za Z. Tytko; Centra usług wspólnych w ochronie zdrowia. Czy można zastosować je również w Polsce?; s. 64; Menedżer Zdrowia 5/2006

się realizowaniem różnych funkcji pozamedycznych dla szpitali, bez względu na ich organ założycielski. W ostatnich 2-3 latach pojawiły się już takie inicjatywy, ale nadal na niewielką skalę. Obszarem dla tego typu działalności są zakupy np. leków, sprzętu medycznego, mediów czy ubezpieczeń. Jako przykład mogą tu posłużyć amerykańskie grupy zakupowe (*Group Purchasing Organisations*), które od lat przynoszą ogromne korzyści szpitalom w USA. Inicjatywy *shared services*, z których korzystają świadczeniodawcy medyczni, powstały także w Wielkiej Brytanii, przy współudziale instytucji publicznych.

Prezentowana od lat opinia o tym, że tylko dodatkowe środki finansowe na ochronę zdrowia umożliwią poprawę sytuacji w tym sektorze, nie znajduje potwierdzenia w sytuacji marginalnego wykorzystania rozwiązań optymalizujących działania placówek. Sytuację tę trudno racjonalnie wyjaśnić, szczególnie w odniesieniu do jednostek nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia, inne resorty, ale także marszałków województw czy samorządy dużych miast. Należy zdać sobie sprawę, że **zaproponowane rozwiązania spowodowałyby każdego roku znaczne oszczędności, które można by przeznaczyć np. na zakup nowoczesnego sprzętu medycznego lub spłatę zadłużenia szpitali.**

2.2. Jakie zmiany wprowadzić na rynku pracy, aby służyły one utrzymywaniu ludzi w zdrowiu?

Najważniejszym celem polityki zdrowotnej państwa winno być tworzenie warunków, w których ludzie przez całe swoje życie, poczynając od narodzin aż do śmierci, mogliby żyć i rozwijać się w warunkach służących zdrowiu. Okresem, który zdrowiu może służyć, ale także może być dla niego zagrożeniem, jest czas aktywności zawodowej. Zgodnie z przepisami przejście na emeryturę w powszechnym systemie wymagało od większości osób ukończenia przez kobiety 60 lat, a w przypadku mężczyzn 65 lat. Po zmianach, docelowo wymagane będzie dla obydwu płci ukończenie 67 roku życia do skorzystania z praw emerytalnych. Oznacza to, że w okresie aktywności zawodowej, jako najdłuższym w naszym życiu, jesteśmy wystawieni na najważniejsze ryzyka zdrowotne. Wchodząc na rynek pracy, zdecydowana większość osób jest w dobrym zdrowiu, ale wraz z upływem czasu, pod wpływem wielu czynników, z których tylko część związanych jest z pracą, nasza kondycja zdrowotna pogarsza się.

Według danych z 2011 roku¹⁰⁰ mężczyźni w Polsce żyją w zdrowiu 59,1 roku, a kobiety 63,3 roku.





Wobec oczekiwanego trwania życia mężczyzn 72,1 roku oraz kobiet 81,1 roku, ich czas życia z chorobami może wynosić odpowiednio 13 lat oraz 17,8 roku. Warto uświadomić sobie, że od 2007 roku okres naszego życia w zdrowiu wydłużył się o więcej lat, niż wzrósł okres spodziewanego życia w chwili narodzin.

Fakt, że **okres życia zawodowego to czas, w którym w związku z naturalnymi procesami starzenia zaczynamy podupadać na zdrowiu, powoduje, że właśnie zdrowie jest coraz częściej postrzegane jako istotny zasób, jakim dysponują tak pracownicy, jak ich pracodawcy.** W krajach, gdzie opłacenie dostępu do opieki medycznej pracownikom spoczywa na pracodawcach, dobra kondycja zdrowotna jest szczególnie ważna. Wysokie koszty medyczne stanowią istotny element kosztów pracy, co sprawia, że pracodawcy, np. w USA, są zainteresowani minimalizowaniem lub wręcz eliminacją zagrożeń dla zdrowia zatrudnionych u siebie osób. Dlatego **programy zdrowotne i ubezpieczeniowe, oprócz zapewniania pracownikom dostępu do świadczeń zdrowotnych, w coraz większym stopniu promują zdrowy styl życia i prewencję.** Służą temu działania edukacyjne, jak i motywacyjne, w których udział oferowany jest pracownikom, a nierzadko także członkom ich rodzin. Specjalne programy pomagają rzucić palenie, zmienić nawyki żywieniowe, lepiej radzić sobie ze stresem czy zachowaniem równowagi pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym. Określa się je często mianem **well-being**, gdyż ich istotą jest właśnie wspomaganie dobrostanu pracowników, a więc ich zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Myślenie w takich kategoriach jest też coraz popularniejsze w Europie. Dzieje się tak głównie za sprawą globalizacji i ponadnarodowego działania wielkich korporacji, które prowadzą świadomą i długoplanową politykę dotyczącą zasobów ludzkich. W 2006 roku 65% firm w USA korzystało z programów zarządzania zdrowiem swoich pracowników, podczas gdy w Europie tylko 16%¹⁰¹. Raport¹⁰² badający politykę zdrowotną międzynarodowych korporacji wykazał, że w USA trzykrotnie częściej niż na innych kontynentach prowadzono działania prozdrowotne w miejscu pracy.

W Europie większość kosztów medycznych związanych z chorobami lub urazami osób czynnych zawodowo ponoszona jest przez system społecznych ubezpieczeń zdrowotnych lub budżet państwa. Nie stanowią one bezpośredniego obciążenia firm. Jednak sama absencja chorobowa pracowników w wielu krajach, tak jak i w Polsce, obciąża budżety pracodawców nawet przez kilka tygodni w roku. Rosnąca świadomo-

ść tych kosztów powoduje, że także w Polsce kolejne firmy tworzą programy, które wpływają na lepszą kondycję zdrowotną pracowników. Część z nich jest tradycyjnie ukierunkowana na zapobieganie chorobom zawodowym, urazom i wypadkom. Coraz częściej jednak, zwłaszcza w firmach usługowych i działających w oparciu o pracę biurową, pracownicy mają do dyspozycji szkolenia dotyczące stresu czy zdrowego stylu życia. Na razie w skali całego kraju, a nie tylko metropolii, są to wciąż raczej wyjątki niż reguła, m.in. ze względu na spowolnienie gospodarcze i cięcia kosztów w firmach. Za to działania wspierające kondycję fizyczną swoich pracowników i ich rodzin, zwłaszcza w renomowanych firmach, z dużych ośrodków miejskich, wchodzi już niemal do kanonu świadczeń pracowniczych.

Powoli rozwija się w Polsce rynek firm doradczych, szkoleniowych i paramedycznych oraz organizacji pozarządowych, oferujących wsparcie w realizacji programów dla pracowników. Propozycje w tym zakresie mają też centra medyczne oferujące tzw. abonamenty medyczne.

Wobec rosnącej wśród polskich pracodawców świadomości, iż zdrowie jest kluczowym kapitałem kadr, **przyszedł czas na stworzenie warunków prawnych oraz szerokiej akcji promującej działania firm ukierunkowane na utrzymanie pracowników w dobrym zdrowiu.** Niezbędne jest do tego zastanowienie się i debata nad aktualną rolą medycyny pracy i finansowania działań profilaktycznych zapisanych w ustawie o służbie medycyny pracy. Ta dziedzina medycyny mogłaby, zdaniem autorów raportu, zyskać na znaczeniu, jako element systemu wykrywania chorób, m.in. cywilizacyjnych i przewlekłych, takich jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca. Złaskza w przypadku mężczyzn, których kontakt z lekarzem często ogranicza się przez długie lata właśnie do badań wstępnych lub okresowych związanych z aktywnością zawodową. **Medycyna pracy, oprócz dotychczasowej roli orzeczniczej, winna stać się ważnym elementem „doradztwa” medycznego w zakresie profilaktyki i prewencji chorób o charakterze przewlekłym.** Dzisiejsze ograniczanie jej wyłącznie do oceny zdolności pracownika do wykonywania pracy na określonym stanowisku, nie pozwala w odpowiedni sposób wykorzystać potencjału zasobów medycznych związanych z tą specjalizacją.

Przeciwdziałanie niemal wyłącznie chorobom zawodowym (których katalog jest systematycznie skracany i są one coraz rzadziej przyczyną przyznania renty), wobec dziesiątków tysięcy rent orzekanych

¹⁰⁰ Eurostat 2012, http://epp.eurostat.ec.europa/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables Uzyskano 23/09/2013

¹⁰¹ G. Juszczyk, Inwestycje w zdrowie pracowników jako szansa na wydłużenie życia w pełnym zdrowiu, w: Zdrowie i medycyna – wyzwania przyszłości, praca zbiorowa pod redakcją naukową M. Pasowicz, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. - Oficyna Wydawnicza AFM, Medycyna Praktyczna, Kraków 2013, ss. 187-198.

¹⁰² Adopting a Global Health Care Benefits Strategy - 2006 Survey of Multinationals on Health Care, WatsonWyatt 2006.



corocznie z powodu chorób układu krążenia, narządu ruchu czy psychicznych, wydaje się być dowodem na marnotrawienie potencjału trudno dostępnych w Polsce kadr medycznych i środków. Medycyna pracy większą wagę powinna przykładać do walki ze stresem, siedzącym trybem życia, nieergonomicznymi stanowiskami pracy, powinna także prowadzić prewencję pierwotną, a w niektórych przypadkach być może również wtórną.

Włączenie medycyny pracy w zakres podstawowej opieki zdrowotnej oznaczałoby zwiększenie uprawnień i odpowiedzialności lekarzy tej specjalności, a więc musiałyby się wiązać ze zmianą zasad i wysokości ich wynagradzania. Wydaje się jednak, że związane z tym koszty zostałyby zrekompensowane, chociażby dzięki towarzyszącemu wspomnianym wyżej zmianom wzrostowi efektywności systemu opieki medycznej. **Wczesne wykrywanie chorób, prewencja i promocja zdrowego stylu życia w miejscu pracy przyniosłaby korzyści w postaci krótszej absencji chorobowej, niższej chorobowości szpitalnej, a także spadku przedwczesnej umieralności z powodu np. chorób układu krążenia, a nawet nowotworów.**

W opinii autorów raportu, w interesie zarówno pracodawców, jak i pracowników jest dokonanie zmian m.in. w zakresie warunków pracy i systemu podatkowego, które stworzą przestrzeń do rozwoju programów promocji zdrowia i prewencji chorób. Wzorem może być np. system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we Francji¹⁰³. Da to też nowe możliwości sektorowi dobrowolnych, grupowych ubezpieczeń zdrowotnych działającemu w Polsce. Jeśli zyska on masowy charakter, stanie się bardziej dostępny dla średnich i małych przedsiębiorstw, które dominują na rynku. W interesie nas wszystkich jest, aby warunki pracy sprzyjały utrzymywaniu nas w jak najlepszym zdrowiu.

Rosnąca rola nowoczesnych technologii powoduje już obecnie wzrost tempa naszego życia. Proces ten postępuje, dlatego utrzymanie równowagi między pracą a życiem prywatnym będzie wyzwaniem dla każdego z nas. Niedocenianym na co dzień, choć jak wskazują badania, znaczącym aspektem dla kondycji psychicznej Polaków, jest bardzo duża odpowiedzialność pracodawców za tę sferę życia pracowników. Dlatego właśnie **programy ukierunkowane na zdrowie psychiczne pracowników mogą przynieść kolosalne korzyści i obniżenie zarówno**

bezpośrednich, jak i pośrednich kosztów chorób. Niedawno opublikowane badania dowodzą, że działania dotyczące wsparcia zdrowia psychicznego prowadzone w miejscu pracy mogą przynieść w skali całej UE oszczędności rzędu 135 mld euro w związku z redukcją absencji w pracy oraz przechodzenia na renty i wcześniejsze emerytury¹⁰⁴.

Tworząc służące podtrzymaniu zdrowia warunki pracy, pracodawcy mogą w istotny sposób realizować cele narodowych programów zdrowia, dotyczące nie tylko ograniczania wypadków przy pracy, ale i umieralności, np. na choroby układu krążenia, udary, nowotwory, a także zachorowalności na wspomniane wyżej choroby psychiczne.

Omówione w tym punkcie problemy i wstępne pomysły ich rozwiązania wymagają pogłębionej analizy oraz dialogu m.in. z przedsiębiorcami, związkami zawodowymi, lekarzami i rządem. Wspólnie powinni oni przygotować np. w ramach Trójstronnej Komisji, rozwiązania organizacyjne i prawne, które byłyby najlepiej dostosowane do polskich warunków. Powinny one być też w przyszłości modyfikowane odpowiednio do zmieniających się potrzeb i możliwości. **Ze względu na zmiany demograficzne rozwiązania mające na celu wdrożenie elementów dbałości o zdrowie w pracy zawodowej stają się coraz bardziej pilne.** W wielu firmach i branżach, choćby w opiece zdrowotnej, już teraz mamy problem z zastępowalnością kadr. W niektórych średnia wieku pracownika wzrosła do poziomu, w którym znaczny odsetek Polaków obecnie boryka się z chorobami przewlekłymi. Organizacje pracodawców są już tego świadome. Świadczą o tym choćby ich wystąpienia na konferencjach, publikacje¹⁰⁵ czy ich raporty poświęcone zdrowemu starzeniu się¹⁰⁶. Niestety, wiedza ta nie przekłada się jeszcze na konkretne działania. Brakuje powszechnej świadomości pracodawców o ich współodpowiedzialności za zdrowie pracowników, z wyjątkiem wypadków w pracy. Pionierzy działań na rzecz well-being są wyżej oceniani przez potencjalnych i przyszłych pracowników. Widać to już np. na targach pracy organizowanych dla studentów z „deficytowych” lub priorytetowych dla rynku pracy kierunków studiów. A to z całą pewnością przełoży się na pozycję rynkową i wyniki firm.

Inwestowanie w zdrowie pracowników, w tzw. kapitał ludzki, jest kierunkiem zalecanym przez stra-

¹⁰³ Sequence HC Partners, S. Bogusławski, W.P. Kalbarczyk, Z. Tytko. Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków, PIU, INFARMA, 2011.

¹⁰⁴ Investing in Health, Bruksela 2013, s. 16, Matrix Insight (2012), 'Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contributions to EU health, social and economic policy objectives - final report'. See also OECD (2011), 'Sick on the Job. Myths and Realities about Mental Health and Work and Knapp, McDaid, Parsonage (2011), 'Mental health promotion and mental disorder prevention. The economic case'.

¹⁰⁵ A. Malinowski, Problem starzejącego się społeczeństwa z perspektywy pracodawcy, Zdrowe starzenie się: Biała Księga, red. naukowa: B. Samoliński, F. Raciborski, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Warszawa 2013, ss. 29-31.

¹⁰⁶ Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, American Chamber of Commerce in Poland, Warszawa, 2011.





tegiczny dokument Komisji Europejskiej: „Investing in Health” z lutego 2013 roku. Podkreśla się w nim m.in., że inwestowanie w zdrowie osób w wieku produkcyjnym, umożliwianie im aktywności oraz dłuższego życia w lepszym zdrowiu pomaga optymalnie wykorzystać „społeczną dywidendę” zdrowia. Osoby zdrowe fizycznie, psychicznie i aktywne społecznie przysparzają innym licznych korzyści w postaci własnej pracy, zaangażowania w działalność organizacji pozarządowych itp. Ponadto inwestowanie w zdrowie pomaga ograniczyć późniejsze wydatki na leczenie chorób, którym można zapobiegać¹⁰⁷. Dokument KE stanowi kolejny argument za podjęciem przez rząd i partnerów społecznych działań, które przełożą się na popularyzację w polskich firmach programów służących zdrowiu.

2.3. Koordynacja polityki zdrowotnej, społecznej i inwestycyjnej motorem rozwoju usług służących zdrowiu

Jest wiele przykładów działań związanych z ochroną zdrowia w Polsce, które mogłyby przynieść dużo lepsze rezultaty, gdyby były prowadzone w sposób skoordynowany, opierały się na prognozach potrzeb zdrowotnych oraz miały zabezpieczenie kadrowe i finansowe. Wymienić można chociażby lokalne inwestycje w infrastrukturę i aparaturę medyczną, prowadzone bez rzetelnej oceny ich zasadności. Powoduje to, że w polskich szpitalach jest wiele niewykorzystanych łóżek i sprzętu, na które niepotrzebnie zostały wydane publiczne pieniądze. Na problem ten zwracają uwagę np. raporty Najwyższej Izby Kontroli. Gdyby środki te wydawane były w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz instytucjami tworzącymi podmioty lecznicze na tym samym terenie i o podobnym zakresie działalności, przyniosłyby z pewnością więcej korzyści. **Czekające Polskę wyzwania powinny nas zmobilizować do zdecydowanych działań w takim kierunku, by efekt dużych inwestycji nie był marnowany np. z powodu braku ciągłości działań, niedostatecznego finansowania przez NFZ, nieuwzględnienia kosztów późniejszego utrzymania nowych budynków czy serwisowania sprzętu.**

W dobie starzenia się ludności Polski konieczne jest stworzenie spójnej strategii dotyczącej różnych obszarów, które mogą służyć zdrowiu i dawać nam szansę bycia dłużej aktywnymi i samodzielnymi, a także będą napędzać lub chociaż pod-

trzymywać rozwój gospodarczy kraju. Nie ulega wątpliwości, co podkreślają przywoływane już strategiczne dokumenty Komisji Europejskiej¹⁰⁸, że w ciągu najbliższych dziesięcioleci nowych pracowników będzie potrzebował sam sektor ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Jego cechą jest to, że stawia wysokie wymagania w zakresie kwalifikacji zawodowych, skutecznego planowania liczebności i jakości kształcących kadr, a także długoterminowej polityki płacowej. Wynagrodzenia pracowników medycznych, obok innowacji terapeutycznych, są głównym czynnikiem presji na wzrost kosztów leczenia. Zachowanie równowagi w tym zakresie, a także racjonalne planowanie potrzeb i możliwości ich zaspokojenia, winno być przedmiotem szczególnej troski ze strony państwa. Musi ona objąć nie tylko kompetencje resortu zdrowia, ale też m.in. polityki społecznej i pracy, edukacji i szkolnictwa wyższego. Strategia dla zdrowia w Polsce, która zdaniem autorów jest niezbędnym do opracowania strategicznym dokumentem państwa, w części poświęconej inwestycjom w zdrowie winna obejmować następujące obszary:

- szkolnictwo medyczne i pochodne służące zdrowiu i opiece społecznej,
- rozwój aktualnych kadr medycznych,
- nauki medyczne i inne służące ochronie zdrowia,
- inwestycje w szpitale strategiczne dla zdrowia populacji,
- rozwój gałęzi przemysłu służących ochronie zdrowia,
- rozwój nowych usług służących zdrowiu.

Inwestycje w szkolnictwo medyczne

Nakłady na kształcenie kadr lekarskich, pielęgniarskich, opiekuńczych, a także edukacji zdrowotnej oraz zdrowia publicznego są w Polsce wysoce nieadekwatne do potrzeb. Polskie uczelnie medyczne mogą i powinny kształcić więcej lekarzy i pielęgniarek, a zadanie to powinno być finansowane z budżetu państwa. Motywacją do rozpoczęcia pracy w polskim systemie ochrony zdrowia i pozostania w zawodzie musi być gwarancja wynagrodzenia adekwatnego do wykształcenia, wkładu pracy, wysiłku z nią związanego oraz odpowiedzialności za realizowane zadania. **O ile w przypadku lekarzy wydaje się, że wynagrodzenia są już w wielu przypadkach na wysokim poziomie, to w przypadku pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego są one wyraźnie za niskie.** Dla tej grupy zawodowej szczególnie ważne jest stworzenie ścieżek kariery i szczebli rozwoju gwarantującego nie tylko rozwój zawodowy, ale także odpowiednio wysokie wynagrodzenie. **W interesie nas wszystkich**

¹⁰⁷ Investing in Health, Bruksela 2013.

¹⁰⁸ Ibidem.



jest dojście do kompromisu pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami w zakresie przekazania tym ostatnim, posiadającym odpowiednie kwalifikacje, niektórych uprawnień lekarskich. Zawód pielęgniarki powinien zostać uznany za deficytowy. Z uwagi na potrzeby społeczne, kształcenie na tym kierunku powinno być połączone z systemem stypendiów ze środków publicznych oraz z płacą gwarantowaną. Zdaniem autorów, zwiększenie efektywności systemu, poprzez proponowane w dalszej części działania, jest w stanie pokryć istotną część wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i stworzenia dla nich ścieżek kariery.

W przypadku deficytowych specjalności lekarskich zwiększenie liczebności ich przedstawicieli winno być regulowane przez liczbę miejsc rezydentury, a być może także przez kilka pierwszych lat po niej. **Ze względu na strategiczne znaczenie dostępności lekarzy dla pacjentów, na te cele winny znaleźć się w budżecie państwa większe środki. Zadania te, w oparciu o dokumenty unijne, można określić mianem długoterminowych inwestycji w zdrowie, a środki na nie mogą pochodzić przy zmianie dotychczasowych ustaw np. z akcyzy za alkohol i wyroby tytoniowe.** Inwestowanie w deficytowe kadry medyczne jest z pewnością społecznie opłacalną inwestycją.

Inwestowanie w szkolnictwo medyczne powinno także objąć racjonalne zwiększenie wsparcia edukacji zawodowej szczebla licencjackiego oraz wyższego dla specjalistów zdrowia publicznego, dietetyki, pracowników socjalnych oraz asystentek pielęgniarstwa. Model kształcenia i liczba absolwentów powinny być skorelowane z tworzeniem w systemie ochrony zdrowia nowych miejsc pracy. Nie powinniśmy dopuścić do powtórzenia trwającej od kilku lat sytuacji, kiedy absolwenci studiów z zakresu zdrowia publicznego nie znajdują pracy w swoim zawodzie. **W ciągu najbliższych 10-20 lat zdrowie publiczne, a także pomoc socjalna muszą wykształcić rzesze ekspertów, którzy powinni znaleźć się w każdej gminie, w szkołach, przedszkolach i ośrodkach pomocy społecznej.** W modelu kształcenia specjalistów tych dziedzin bardzo ważnym elementem winno być kształtowanie umiejętności pracy w interdyscyplinarnych zespołach. Miejscem pracy tych specjalistów powinien być zintegrowany organizacyjnie lub przynajmniej informatycznie system opieki medycznej, społecznej i zdrowia publicznego.

Inwestycje w rozwój aktualnych
kadr medycznych

Stworzenie możliwości rozwoju zawodowego
jest kluczowe dla zatrzymania w Polsce wykwa-

lifikowanych kadr medycznych niezbędnych dla zabezpieczenia właściwej opieki medycznej. Niedoceniane w systemie opieki medycznej specjalności lekarskie wymagają wsparcia ze strony państwa i systemowych regulacji. Taką specjalnością są choroby wewnętrzne, czyli tzw. interna, która została zepchnięta na obrzeża medycyny specjalistycznej, mimo że jest podstawą wielu specjalności niezabiegowych. Inwestować należy też z pewnością w onkologię oraz geriatrię. Choć tę ostatnią specjalność trzeba zbudować w Polsce niemal od zera, to istotniejsze jest nawet, aby podejście geriatryczne było przedmiotem modułowych szkoleń dla lekarzy rodzinnych, specjalistów chorób wewnętrznych czy neurologów, mających na co dzień do czynienia z leczeniem osób w podeszłym wieku. Nie można bowiem doprowadzić do jeszcze większego pogłębienia się złej sytuacji dotyczącej kolejek do specjalistów przez fakt, że pacjentami w najstarszym wieku w Polsce będą zajmować się wyłącznie geriatry. Lekarze tej specjalności winni być dostępni jako konsultanci w szpitalach powiatowych, a także ośrodkach akademickich i innych placówkach, w których będzie prowadzona edukacja w zakresie geriatrii. Na szczeblu lokalnym, w podstawowej opiece zdrowotnej, leczenie pacjentów w najstarszym wieku winno odbywać się z udziałem przygotowanych do tego lekarzy wraz ze wsparciem odpowiednio przeszkolonych pielęgniarek, edukatorów zdrowotnych oraz pracowników socjalnych.

Inwestowanie w rozwój kadr medycznych różnych specjalności musi być skorelowane z polityką w zakresie certyfikacji ich umiejętności, prowadzoną przez towarzystwa naukowe. W tej chwili zaledwie klika towarzystw prowadzi tego typu działalność. W opinii autorów raportu, ten standard postępowania należy upowszechnić i wpisać na stałe w system wyceny świadczeń zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia. Transparentność i niezależność prowadzenia takiej certyfikacji przez lekarzy tej samej specjalności byłaby dla pacjentów dowodem dążenia lekarzy do stałego podnoszenia poziomu swoich kwalifikacji.

Ważnym elementem inwestycji w obecne kadry medyczne winno być planowe działanie zmierzające do istotnego zwiększenia liczby lekarzy pracujących w ambulatoryjnej opiece podstawowej oraz specjalistycznej. Musi ono uwzględniać zmniejszenie dysproporcji płacowych między specjalistami zatrudnionymi w szpitalach i opiece ambulatoryjnej. Bez tego trudno będzie wprowadzić postulowane w raporcie zmiany, polegające na przesunięciu części opieki medycznej ze szpitali do lekarzy POZ i AOS.

Polska należy do krajów o najwyższym procentowym zatrudnieniu lekarzy w szpitalach, a najniższym w POZ. W 2011 roku w POZ w krajach Unii Europejskiej pracowało średnio 26% lekarzy, w AOS





30%, a w szpitalach aż 44% ogółu aktywnych zawodowo lekarzy¹⁰⁹. W Polsce tymczasem lekarze rodzinni stanowią zaledwie 7% ogółu pracujących w tym zawodzie, podczas gdy we Francji lekarzy o takim statusie jest aż 49%¹¹⁰. Wyraźne większe nasycenie lekarzami szpitali w Polsce powoduje gorszą dostępność do lekarzy POZ i AOS, niż w większości krajów UE. A zatem, należy wyszkolić w najbliższych latach kilka tysięcy lekarzy rodzinnych i internistów, których docelowym miejscem zatrudnienia nie będą szpitale, lecz lecnicstwo ambulatoryjne. Działania o takim charakterze wpisują się w rekomendacje Komisji Europejskiej, dotyczące inwestycji w zdrowie, zawarte w przywołanym już dokumencie „Investing in Health”.

Inwestycje w nauki medyczne i inne służące ochronie zdrowia

Dla rozwoju medycyny oraz wzrostu jakości opieki zdrowotnej w Polsce ważne są inwestycje w badania naukowe związane z medycyną i innymi dziedzinami służącymi ochronie zdrowia. Polska pod tym względem jest wyraźnie w ogonie krajów UE, a inwestycje o charakterze publicznym, publiczno-prywatnym i prywatnym w rozwój nowych technologii medycznych, biotechnologii, projektowanie i produkcję innowacyjnych leków, sprzętu medycznego i urządzeń, a także technologie informacyjne mogą być ważnym elementem usprawniania systemu ochrony zdrowia. Nakłady na naukę, przy odpowiednim wpisaniu ich w sferę relacji pomiędzy państwem, ośrodkami badawczymi a przemysłem mogą stać się bardzo opłacalną inwestycją, dającą nowe miejsca pracy i przyspieszającą rozwój gospodarczy i cywilizacyjny Polski. Obecnie nasz kraj, mimo dużego potencjału ludzkiego, nie jest innowacyjny. Podejmowane w tym roku działania rządu, obejmujące m.in. zmiany w prawie zamówień publicznych, mają zmniejszyć narastającą przepaść między Polską a innymi państwami. Czy przyniosą zadowalające rezultaty? – dopiero się przekonamy. Wsparcie, jakie Polska w najbliższych latach uzyska ze środków UE na rozwój innowacji i nauki warto przeznaczyć na te dziedziny, które bezpośrednio lub pośrednio łączą się ze zdrowiem i jego ochroną. Warunkiem takiego wsparcia winna być rzetelna ocena szans na osiągnięcie realnego sukcesu i przełożenie go na produkcję przemysłową lub leczenie.

Inwestycje w szpitale strategiczne dla zdrowia populacji

Ważnym elementem inwestycji w zdrowie winny być racjonalne inwestycje w infrastrukturę szpitalną o charakterze strategicznym dla zdrowia populacji. W Polsce jest zdecydowanie za dużo szpitali i kluczową rekomendacją tego raportu jest planowa redukcja ich liczby oraz równoczesne stopniowe przesuwanie leczenia do wielospecjalistycznych centrów medycznych i ambulatoriów. Szpitale, które mają zostać w systemie, wymagają dalszych inwestycji. Muszą być one oparte o rzetelne mapy potrzeb zdrowotnych, zmieniającej się pod względem struktury wiekowej i epidemiologii ludności Polski, z założeniem wieloletniej perspektywy.

Inwestycje we wszelką infrastrukturę medyczną ze środków publicznych, ale także prywatnych, które mają korzystać z finansowania z publicznych składek, powinny być prowadzone zgodnie z rzeczywistym zapotrzebowaniem. **Każdej inwestycji w nowy szpital lub rozbudowę już istniejącego, powinna towarzyszyć analiza zasadności równoczesnego utrzymywania innych placówek o tym samym profilu. Brak takich zasad pogłębi niekorzystną i nieefektywną strukturę systemu opieki medycznej w Polsce.**

Zdaniem autorów, wszelkie inwestycje powinny być skorelowane z tworzoną siecią szpitali, które pełnić będą strategiczną rolę z punktu widzenia zaspokajania bieżących potrzeb, a także zabezpieczenia na wypadek zagrożeń epidemiologicznych oraz katastroficznych. **Koordinacja nowych inwestycji ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi ludności może przyczynić się do poprawy stabilności finansowej publicznego płatnika. Z kolei realokacja aparatury i wyposażenia z zamykanych szpitali poprawi wykorzystanie środków publicznych i kadr medycznych.**

Większy nacisk należy położyć na wykorzystanie zasady pomocniczości. Włączenie do procesu inwestycyjnego prywatnych przedsiębiorców, gotowych do partnerstwa publiczno-prywatnego, może przyczynić się do racjonalizacji wydatków państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego. **W obszarach opieki medycznej oraz opieki społecznej, w których jest możliwe długoterminowe partnerstwo publiczno-prywatne, nie ma potrzeby angażowania środków publicznych w infrastrukturę i aparaturę medyczną. Warunkiem, który jednak musi być spełniony jest gwarancja wieloletniego, stabilnego zwrotu z inwestycji.** W większości przypadków oznacza to

¹⁰⁹ S. Golinowska i współautorzy, Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska. WHO Regional Office, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011 (Volume 13, Number 8), polska wersja wydana przez NFZ.

¹¹⁰ Investing in Health, Bruksela 2013.



potrzebę wprowadzenia promes otrzymania kontraktu NFZ po spełnieniu wcześniej ustalonych warunków. Zaś ze strony przedstawicieli biznesu – utrzymania w okresie trwania umowy misji i charakteru prowadzonego podmiotu leczniczego lub opiekuńczo-leczniczego.

Inwestycje w rozwój gałęzi przemysłu służących ochronie zdrowia

Polska w swojej dotychczasowej polityce gospodarczej związanej z ochroną zdrowia była postrzegana jako atrakcyjna lokalizacja inwestycji głównie przez międzynarodowe koncerny farmaceutyczne. Przejmując prywatyzowane zakłady, rozbudowywały je i lokalizowały w Polsce często istotną część produkcji wybranych leków. Ten obszar jest jednak już w dużej mierze zagospodarowany. **Przestrzenia do dalszych inwestycji mogłoby być stopniowe przenoszenie do Polski prowadzonej już lub rozpoczynanie nowej produkcji innowacyjnych leków, które są dopuszczane do obrotu i obejmowane refundacją ze środków publicznych.** Mimo że leki w Polsce są najtańsze w Unii Europejskiej, a także procentowy udział środków publicznych przeznaczanych na nie jest najniższy w Europie, nie przestajemy być atrakcyjnym rynkiem. Starzenie się ludności naszego kraju, jedno z najszybciej zachodzących w Europie, oznaczać będzie konieczność zwiększenia dostępności do nowoczesnej farmakoterapii.

Warto rozważyć wdrożenie strategii zachęcania firm ubiegających się o refundację innowacyjnych leków do lokowania ich produkcji w Polsce. **Innym obszarem dotyczącym leków, w którym Polska mogłaby uzyskiwać istotne korzyści gospodarcze, jest prowadzenie na terenie naszego kraju, w polskich uczelniach i placówkach opieki medycznej, dużo większej niż dotychczas liczby różnych faz badań klinicznych innowacyjnych leków.** Wydaje się, że obecnie Polska nie wykorzystuje w sposób dostateczny swojego potencjału w tym zakresie. A mogłyby na tym zyskać zarówno nauka, opieka medyczna, jak i gospodarka. Wzrosłaby dostępność do innowacyjnych leków dla pacjentów, powstałyby nowe miejsca pracy i przychody podatkowe.

Analogiczną strategię można zastosować także dla sprzętu medycznego i aparatury medycznej. Polska dysponuje wykwalifikowaną kadrą pracowników i mogłaby stworzyć specjalne strefy przemysłowe związane ze zdrowiem. Podobnie jak dzięki kierunkowemu wsparciu udało się zlokalizować szereg inwestycji lotniczych na Podkarpaciu.

Dziedziną przemysłu, która powinna być przedmiotem szczególnego zainteresowania i racjonalnego wsparcia ze strony państwa, jest IT. Polski system ochrony zdrowia jest pod tym względem wyraźnie zacofany w stosunku do większości krajów Unii Europej-

skiej, więc **przeprowadzenie zapowiadanej od lat informatyzacji opieki medycznej musi być traktowane jako strategiczny i priorytetowy cel polskiego rządu.** Wydaje się, że kolejnym etapem takiej informatyzacji powinno być stopniowe rozszerzanie jej na pomoc społeczną i opiekuńczą, tak, by w możliwie efektywny sposób zarządzać informacją o potrzebach zdrowotnych oraz opiekuńczych starzejącej się ludności naszego kraju.

Zintegrowane systemy IT w ochronie zdrowia, czego dowodzą doświadczenia wielu krajów UE, dają możliwość koordynacji procesu leczenia, uniknięcia dublowania badań i innych świadczeń medycznych, a tym samym redukcji kosztów. Zwiększają też bezpieczeństwo pacjentów w związku np. z unikaniem interakcjami leków, udzielaniem właściwej pomocy osobom z rozrzuśnikami serca, przyjmującymi leki przeciwzakrzepowe czy insulinę.

W najbliższych dekadach osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych będą w coraz większym stopniu przyzwyczajone do codziennego wykorzystywania nowoczesnych narzędzi IT. Dlatego, m.in. ze względu na konieczność adaptowania systemu opieki zdrowotnej i społecznej do możliwie jak najbardziej efektywnego funkcjonowania, uwzględniającego możliwości samoobsługi pacjentów, strategicznym obszarem inwestycji ze strony państwa oraz firm winny być usługi telemedyczne oraz informatyczne dotyczące zdrowia. **Wydaje się, że już teraz Narodowy Fundusz Zdrowia winien podjąć prace uwzględniające w swoich wycenach świadczeń możliwość korzystania przez pacjentów ze środków technicznych umożliwiających leczenie lub wspomagających je w dowolnym miejscu, w którym przebywa pacjent.** Urządzenia do monitoringu czynności serca, poziomu cukru, wykonywania i przesyłania EKG czy też zwiększające skuteczność farmakoterapii powinny być dostępne dla polskich pacjentów w ramach łączonego finansowania ze środków publicznych i prywatnych. Odpłatność po stronie pacjentów mogłyby pokrywać dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Wszelkie tego typu rozwiązania, z udowodnioną skutecznością w postaci zwiększenia efektywności stosowanej terapii oraz optymalizacji kosztowej, winny być wprowadzane do powszechnego użytku. Państwo może je wspierać, np. przez finansowanie ich start-upów ze środków unijnych lub innych programów rozwoju przedsiębiorczości.

Ważną branżą, która w przyszłości zyska na znaczeniu, jest produkcja sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego. Wraz ze starzeniem się ludności Polski rosnąć będzie grupa ludzi, którzy z takiego sprzętu będą musieli korzystać. Jego wysoka jakość, a także dostosowanie do potrzeb i możliwości finansowych osób w podeszłym wieku, powinny być przedmiotem szczególnej troski ze strony państwa. Dobrym krokiem w tym kierunku byłoby **wpisanie sprzętu, np. ułatwiającego seniorom poruszanie się na li-**





sty środków pomocniczych finansowanych ze środków publicznych. Już teraz należy z większą świadomością wybierać, jaki sprzęt powinien być dofinansowywany przez NFZ i w jakim stopniu. Zdarzają się sytuacje, opisywane m.in. przez media, że niskie dopłaty powodują wybór urządzeń bardzo niskiej jakości wykonania oraz funkcjonalności. W ten sposób marnotrawione są pieniądze i publicznego płatnika, i pacjentów. Obszar ten powinien być przedmiotem pogłębionych analiz, tak jak ma to już miejsce w wielu europejskich krajach. Ponadto rozważyć należy rolę, jaką przy zakupie środków pomocniczych mogłyby odegrać dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Wprowadzenie, obok płatnika publicznego, innych instytucjonalnych płatników, zwiększa szansę na wyeliminowanie z rynku producentów lub dystrybutorów złej jakości sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego.

W świetle wiedzy o tym, że częstą przyczyną hospitalizacji pacjentów w wieku senioralnym są upadki, warto rozważyć wsparcie producentów różnego rodzaju sprzętu ułatwiającego poruszanie się oraz urządzeń domowego użytku i przestrzeni mieszkalnej (uchwyty i poręcze, podnośniki, windy montowane do schodów itp.) do potrzeb pacjentów. Nakłady publiczne na tego typu sprzęt nie musiałyby być duże. Mogłyby być to zakupy celowe gminnych i powiatowych ośrodków pomocy społecznej, które sprawowałyby także nadzór nad zamontowaniem sprzętu w domach swoich podopiecznych. Wydaje się, że nawet niewielkim kosztem, ale dedykowanym osobom faktycznie potrzebującym, można byłoby uzyskać duże oszczędności z tytułu hospitalizacji, a także opieki formalnej i nieformalnej nad takimi osobami. Ponadto hurtowy zakup tego typu urządzeń z pewnością pozwoliłby obniżyć ich ceny.

Osobną, szybko rozwijającą się branżą jest uprawa, produkcja i sprzedaż zdrowej żywności. Wsparciem dla niej byłyby preferencje podatkowe, pod warunkiem spełniania wysokich standardów jakości zdrowotnej.

Wobec rosnącej grupy seniorów, nowe wyzwania staną także przed budownictwem. W ciągu najbliższych dziesięcioleci potrzebne będą dziesiątki tysięcy mieszkań i domów zbudowanych tak, by mogły w nich mieszkać i samodzielnie funkcjonować samotne, często niedołężne starsze osoby. W wielu krajach Europy Zachodniej, gdzie proces starzenia się ludności zaczął się przed laty, powstają takie domy lub mieszkania specjalnie zaaranżowane, aby mogły w nich mieszkać osoby starsze i niepełnosprawne. **Budynki i mieszkania te lokalizowane są w osiedlach, gdzie mieszkają ludzie w różnym wieku, często dzieci, kuzyni lub wnuki seniorów. Przeciwdziała to wykluczeniu osób starszych i niepełnosprawnych z życia rodzinnego i społecznego, a równocześnie pomaga im utrzymać samodzielność i niezależność od krewnych.**

Zgromadzenie osób starszych w osobnych, specjalnie dostosowanych budynkach ułatwiłoby zapewnienie im wsparcia i opieki, a tym samym odciążało instytucjonalną pomoc społeczną i medyczną. W miejscach takich jest przestrzeń zarówno do pomocy sąsiedzkiej, jak wolontarystycznej. Osiedla dla seniorów lokalizowane są zwykle w bliskiej odległości od ośrodków medycznych, szpitali czy zakładów opiekuńczo-leczniczych, co ułatwia ewentualną szybką pomoc lekarską czy pielęgnarską. Dzięki takiemu podejściu do budownictwa przyjaznego dla osób w starszym wieku minimalizuje się skutki starości przeżywanej w samotności, w postaci depresji, stanów lękowych czy samobójstw. Taka aranżacja życia lokalnych społeczności, przyczyniając się do integracji międzypokoleniowej, jest elementem pozytywnie wpływającym na kapitał społeczny. **Polska, jako przykład kraju o niskim kapitale społecznym, dzięki wdrożeniu podobnych inicjatyw mogłaby dużo zyskać.**

Osiągnięcie dobrych rezultatów w tego typu działaniach wymaga szerokiego spojrzenia, z perspektywy celów społecznych, a nie tylko interesu firm budowlanych i deweloperskich zainteresowanych nowym źródłem przychodów. **Jeśli takie inwestycje budowlane mają służyć zdrowiu fizycznemu i psychicznemu oraz integracji społecznej, a przy okazji wspierać społecznie potrzebny obszar budownictwa, to ich szybka realizacja wymaga mniej krępujących przepisów i przyjaźnie nastawionych gmin, mających w swoich planach zagospodarowania przestrzennego tereny do budowy takich osiedli.**

Myślenie o zdrowiu i zdrowym starzeniu się musi zatem zagościć w założeniach urbanistycznych, planach zagospodarowania przestrzennego, ale także w praktycznej ich realizacji, w postaci np. lokalizacji parkingów przy sklepach, które niepełnosprawnym umożliwiają bezproblemowe zrobienie zakupów, dzięki odpowiednim podjazdom czy prostym chodnikom ułatwiającym poruszanie się na wózkach lub z urządzeniem chodzików.

Rozwój nowych usług służących zdrowiu

Zdrowiu służy wiele usług, począwszy od związanych z poprawą i utrzymaniem kondycji fizycznej oraz z rekreacją, a skończywszy na tych, które dotyczą przywracaniu zdrowia, a więc leczeniu i rehabilitacji. Informacje i wnioski autorów na temat medycy naprawczej przedstawiamy w innych częściach raportu, w tej skoncentrujemy się na usługach związanych ze zdrowym stylem życia i podtrzymywaniem zdrowia. To one głównie przyczyniają się do tego, jak długo będziemy żyć w zdrowiu.

Obecnie u podstawy piramidy prawidłowego żywienia często umieszcza się ruch. Brak nawyku aktywności fizycznej zgodnej z wiekiem, a nawet często



brak świadomości takiej potrzeby, przyczynia się do epidemii cukrzycy i chorób układu krążenia. **Dlatego wszelkie działania promujące regularny ruch, aktywność fizyczną, przynajmniej 30 minut dziennie każdego dnia, w czasie której przyspiesza czynność serca, powinny być wspierane i promowane przez państwo, administrację publiczną i samorządową.** Doskonałym przykładem takich działań są systemy rowerów miejskich. Sukces tego przedsięwzięcia w Warszawie powinien przysłużyć się do uruchomienia podobnych rozwiązań we wszystkich dużych miastach. Sieć ścieżek rowerowych i ułatwienia w transporcie rowerów komunikacją publiczną od lat są dostępne np. w Niemczech czy Szwajcarii, a w Polsce są stopniowo wprowadzane – w ten sposób myślenie o zdrowiu i rekreacji przekłada się na infrastrukturę drogową czy transport. Kolejnym trendem, także widocznym w Warszawie, jest budowa sieci publicznych siłowni na otwartym powietrzu. Dobrym rozwiązaniem było zaangażowanie mieszkańców w wybór ich lokalizacji. To dowód na to, że **myślenie o zdrowiu w kategoriach społecznych i lokowanie go jako kluczowego elementu dobrostanu każdego z osobna, ale także zbiorowości, daje szerokie pole do kreowania zarówno miejsc do rekreacji, jak i nowych usług.**

2.4. Wnioski i rekomendacje

Stan zdrowia Polaków oraz zachodzące procesy demograficzne, jakie zostały przedstawione w raporcie, wskazują na konieczność zmiany podejścia do myślenia o zdrowiu w Polsce. Wydatki na zdrowie

nie mogą być traktowane wyłącznie w kategoriach kosztów. Powinny być rozumiane raczej jako długoterminowe inwestycje, które przekładając się na dłuższe życie w zdrowiu, budują indywidualny i zbiorowy dobrostan. **Świadomość wyzwań, jakie przed nami stoją w związku ze starzeniem się ludności Polski, powinna skłonić nas do poważnej indywidualnej i zbiorowej refleksji nad tym, co do tej pory na polu ochrony zdrowia przynosiło efekty, a co jest bezsporną porażką wymagającą rozpoczęcia pracy od nowa lub naprawienia błędów.** W opinii autorów raportu, wybitnych ekspertów wielu dziedzin medycyny oraz polityków zajmujących się zdrowiem w różnych partiach politycznych, którzy dzielili się z nami swoimi opiniami, zdrowie w Polsce nie jest traktowane jako priorytet. Widać to choćby w polityce podatkowej dotyczącej żywności, a powszechnie obowiązujące podejście do zdrowia w Polsce znacząco odbiega od tego, jak traktowane jest ono w nowoczesnych krajach. Wyzwania, które przed nami stoją, wymagają zmiany tego podejścia. **Zdrowie musi być w centrum uwagi państwa i jego instytucji, musi stać się ważne nie tylko w sferze deklaracji, ale w codziennym życiu każdego z nas.** Wspieranie takich postaw przez zorganizowane działania państwa, samorządu terytorialnego czy organizacji pozarządowych, przynosi efekty. Dowodem na to dłuższe okresy życia w zdrowiu mieszkańców wielu państw Europy, którzy świadomie dbają o swoją kondycję zdrowotną. Dzięki temu ich życie stało się nie tylko dłuższe, ale co nawet ważniejsze – lepsze.

W dalszej części raportu w oparciu o dokumenty o znaczeniu strategicznym dla zdrowia Polaków, a także o szczegółowe analizy wybranych świadczeń zdrowotnych, zaprezentujemy wnioski i rekomendacje dla zmian w polityce zdrowotnej Polski.





Część 2. Cele i priorytety zdrowotne państwa

1. Aktualne cele zdrowotne Polski

Podstawowym dokumentem, który określa podejście państwa do kwestii zdrowia, jest w Polsce Konstytucja RP. Nakłada ona na władze publiczne obowiązek ochrony zdrowia obywateli. Niemniej, z uwagi na swój charakter – dokumentu wyznaczającego ramy prawne i ustrojowe Polski – nie określa szczegółowo, jak obowiązek ten ma być realizowany. Konstytucja przenosi odpowiedzialność za określenie szczegółów realizacji tego zadania na ustawy, a nadzór nad ich realizacją na administrację publiczną.

Znając realia polskiego systemu ochrony zdrowia oraz analizując dane na jego temat, śledząc zachodzące w nim zjawiska, przedstawiane także w tym raporcie, można mieć poważne wątpliwości co do tego, czy zapisane w art. 68 Konstytucji RP prawa i obowiązki są faktycznie realizowane. Cele strategiczne dotyczące polityki zdrowotnej Polski od wielu lat zapisywane są w kolejnych Narodowych Programach Zdrowia (NPZ). Obecnie obowiązuje **Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, przyjęty w drodze uchwały przez Radę Ministrów. Jest to czwarty w historii tego typu program realizowany w Polsce.** U jego podstaw leży definicja zdrowia WHO, określająca je jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. NPZ bazuje też na przyjętych przez Polskę międzynarodowych dokumentach, określających, że zdrowie jest podstawowym prawem każdego człowieka oraz bogactwem społeczeństwa.

Sposób sformułowania celów Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015 i podejście do ich realizacji nawiązuje do dokumentów o fundamentalnym charakterze dla polityki zdrowotnej, m.in.:

- Światowej Deklaracji Zdrowia, przyjętej przez Polskę w 1998 roku,
- Strategii Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku – określającej kierunki działania WHO w Europie, w której podkreślono, że zdrowie jest jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej,
- założeń programu Unii Europejskiej w dziedzinie zdrowia publicznego (decyzja 1786/2002/WE), no-

wej strategii zdrowia publicznego zaproponowanej przez Komisję Europejską w wystąpieniach komisarzy ds. zdrowia oraz ds. konsumentów UE: Davida Byrne'a i Markosa Kyprianou oraz projektu Decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającej wspólnotowy program w dziedzinie zdrowia na lata 2007-2013 (COM(2006)234 wersja ostateczna)¹¹¹.

Wg autorów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 uwzględnia on „główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa”. W ich opinii „podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli”. Rolą rządu zgodnie z zapisami programu „jest tworzenie warunków sprzyjających realizacji działań podejmowanych przez wszystkie ww. podmioty”. Stwierdzenie kończące wprowadzenie do szczegółowych celów NPZ 2007-2015, że „tylko przy wspólnym wysiłku i ścisłym współdziałaniu obywateli możemy poprawić stan zdrowia Polaków, a tym samym jakość ich życia”, doskonale oddaje charakter tego strategicznego dla polskiej polityki zdrowotnej dokumentu.

W powstanie NPZ 2007-2015 było zaangażowanych wielu wybitnych ekspertów ochrony zdrowia. Dokument ten jest osadzony w rzetelnej ocenie sytuacji zdrowotnej Polaków, formułuje cele strategiczne, których realizacja powinna przysłużyć się poprawie stanu zdrowia Polaków. Program zyskał bardzo dobre opinie zarówno w Polsce, jak i za granicą.

Główny cel NPZ 2007-2015 „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu” ma zostać osiągnięty przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

¹¹¹ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2007.



O szczegółowych celach NPZ 2007-2015 piszemy w dalszej części raportu. Oceniamy też stopień ich realizacji na podstawie przeprowadzonych obserwacji, analiz i dostępnych źródeł informacji.

Od czasu, kiedy w maju 2007 roku został uchwalony NPZ 2007-2015, przyjęto także wiele ważnych ustaw oraz aktów niższego rzędu, które tworzą ramy prawne ochrony zdrowia obywateli. Wyznaczają też one szczegółowe kierunki realizacji polityki zdrowotnej Polski w praktyce. Wśród nich najważniejsze to:

- nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – wprowadzająca pozytywny koszyk świadczeń gwarantowanych,
- nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych – zwiększająca poziom ochrony Polaków przed następstwami palenia tytoniu,
- ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – formułująca zasady ochrony praw pacjentów i wyznaczająca rzecznika ich interesów w randze podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia,
- ustawa o działalności leczniczej – zastępująca ustawę o zakładach opieki zdrowotnej i określająca m.in. zasady komercjalizacji publicznych podmiotów leczniczych,
- ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – zmieniająca całkowicie dotychczasowe zasady funkcjonowania rynku farmaceutycznego,
- uchwała Rady Ministrów w sprawie „Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i zadania na lata 2010–2013”.

Wiele z zapisów niektórych polskich regulacji wymienionych powyżej lub wręcz sam fakt ich powstania (także przed uchwaleniem NPZ 2007-2015, np. ustawa o Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych z 2005 roku) jest efektem przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, a także uczestnictwa w WHO. Dlatego, analizując kwestie celów i priorytetów zdrowotnych Polski, nie można abstrahować od tego, w jaki sposób Komisja Europejska oraz biuro WHO w Europie określają cele polityki dotyczące obszarów związanych ze zdrowiem. Strategiczne dokumenty powstające na poziomie międzynarodowym, z udziałem najlepszych ekspertów ochrony zdrowia, będące efektem wielośrodkowych badań i dyskusji, ale także licznych prognoz, są odzwierciedleniem atmosfery politycznej wokół zdrowia w Europie. Tworzą one warunki do budowania lokalnych polityk zdrowotnych na poziomie narodowym, formułują też konkretne zalecenia. Na przykład starzenie się ludności Europy i wynikające z niego rosnące zapotrzebowanie

na świadczenia zdrowotne i socjalne, gdy jest dyskutowane na poziomie międzynarodowym, w dużo większym stopniu ma odbicie w działaniach polskiego rządu niż opinie polskich ekspertów, którzy problem ten podnoszą publicznie już od lat. Wnioski z II Kongresu Demograficznego, jaki odbył się w Warszawie w 2012 roku oraz cele polityki ludnościowej w zakresie ochrony zdrowia Polaków były formułowane przez Rządową Radę Ludnościową już wcześniej przy różnych okazjach. Liczne konferencje i dyskusje, jakie odbyły się w ślad za II Kongresem Demograficznym, w związku z coraz szerzej uświadamianym problemem starzenia się ludności naszego kraju, powtarzały dane i prognozy prezentowane od 2008 roku, a nawet wcześniej. Fakt, że na poziomie władzy publicznej w naszym kraju nie dostrzegano wcześniej wagi tego problemu na taką skalę, to skutek tego, że jak dotąd nie udało się nam niestety wypracować dobrych mechanizmów przepływu wiedzy pomiędzy światem polskiej nauki a polityki oraz administracji. **Reakcje na głos Brukseli czy Kopenhagi w sprawie wyzwań dla ochrony zdrowia budzą podejrzenia, że opinie ekspertów zagranicznych są dla polskich polityków ważniejsze niż słuchanie tego, co mówią sami Polacy.** W czasach, kiedy bariery między krajami były znaczne, to, co przychodziło do Polski z Zachodu było odbierane z zainteresowaniem czy wręcz akceptacją. Ten schemat w wielu sferach życia zdaje się nadal działać, choć w zdrowiu z opóźnieniem i oporami. Nie napawa to optymizmem, ale ma równocześnie pozytywny walor: **skoro pomiędzy Polską a wieloma krajami starej Unii istnieje przepaść w zakresie rozwiązań dla ochrony zdrowia, to mamy możliwość zweryfikowania, co sprawdziło się w innych państwach i co można przenieść na nasz grunt, a co i dlaczego skończyło się porażką.** Wydaje się, że mimo iż NPZ 2007-2015 został napisany jak dokument unijny, to polski problem z polityką zdrowotną polega na tym, że to, co doskonale opisane jest w naszych strategicznych dokumentach, dużo gorzej przekłada się na implementację programów i konkretne działania, w przeciwieństwie do krajów UE, z których czerpiemy wiedzę.

W zakresie wpływu na politykę zdrowotną w Polsce, spośród międzynarodowych dokumentów na szczególną uwagę zasługują obecnie dwa – Strategia Europejskiego Biura WHO „Health 2020”¹¹² przyjęta na Maltzie w 2012 roku oraz dokument programowy Komisji Europejskiej z 2013 roku „Investing in Health”¹¹³.

„Health in 2020” to nowa europejska polityka WHO dla zdrowia. Określa ona wizję, wartości i główne kierunki działań. Mówi o najważniejszych wyzwaniach, jakie stoją przed Europą w zakresie zdrowia. Są nimi: wzrost kosztów, presja na zwiększanie nakładów oraz

¹¹² The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches, WHO Regional Office for Europe, FFICE FOR EUROPE, EUR/RC61/9, Web: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>, Baku, Azerbaijan, 12-15 September 2011.

¹¹³ European Commission, Investing in Health. Key messages, February 2013.



nierówność w zdrowiu. Dokument ten stawia europejskim systemom ochrony zdrowia dwa strategiczne cele: poprawę stanu zdrowia całego społeczeństwa, w tym zmniejszanie nierówności w zdrowiu, oraz poprawę jakości przywództwa i zarządzania uczestniczącego, a więc innymi słowy wpływu pacjentów na system.

„Investing in Health”¹¹⁴ wskazuje, dlaczego warto inwestować w zdrowie – w systemy zdrowotne, kapitał ludzki i niwelowanie nierówności w zdrowiu. W ramach inwestycji w systemy ochrony zdrowia dokument ten wytycza kierunki działań – są to zrównoważone inwestycje, gospodarne wykorzystanie środków, skuteczne technologie, lepsza wydajność. Mówiąc o inwestycjach w kapitał ludzki, ukazuje, że zdrowie wzmacnia wzrost gospodarczy, wpływa na wydajność pracy i aktywność zawodową. „Investing in Health” zwraca także uwagę na problem starzejących się Europejczyków oraz wynikające z niego oczekiwania w zakresie opieki medycznej i społecznej, a także usług służących zdrowiu. Zaspokojenie potrzeb seniorów wymagać będzie nawet 8 mln nowych miejsc pracy w krajach UE. Podobnie jak dokument WHO wyjaśnia, dlaczego opłacają się inwestycje w zmniejszanie nierówności w zdrowiu – głównym argumentem jest budowa spójności społecznej, ograniczenie wykluczenia i ubóstwa. Sugeruje, że międzyresortowe działania rządów w celu skutecznej realizacji inwestycji w zdrowie powinny skupić się na głównych czynnikach ryzyk zdrowotnych.

Z lektury powyższych dokumentów wynika, że wiele zapisów polskich programów i regulacji dotyczących polityki zdrowotnej jest spójnych z głównymi kierunkami wytyczonymi przez WHO i Komisję Europejską. Wydaje się jednak, co potwierdzają przeprowadzone przez nas analizy, że w wielu przypadkach stopień realizacji strategicznych celów NPZ 2007-2015 daleki jest nie tylko od ambicji jego autorów oraz oczekiwań ekspertów, ale także wskazanych w tym programie oczekiwanych rezultatów.

1.1. Ekspercka ocena realizacji zapisów ustawowych oraz rządowych dokumentów programowych

Dwa kluczowe dokumenty, które były przedmiotem oceny i dyskusji z ekspertami w trakcie prac nad niniejszym raportem, to Konstytucja RP oraz Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. W tej części raportu przedstawiamy opinie oraz dostępne dane po-

zwalające na ocenę stopnia ich realizacji. W przypadku Konstytucji istnieje duża zgodność opinii praktykujących lekarzy, że jej zapisy nie są w dostatecznym stopniu realizowane albo wręcz że niektóre z nich należy zmienić. Wśród polityków opinie na ten sam temat są za to bardzo rozbieżne, w zależności od reprezentowanej partii politycznej. Szczególnie skrajne opinie dotyczą łącznej interpretacji punktów 1 i 2 Art. 68 Konstytucji, dotyczących równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz prawa każdego do ochrony zdrowia.

Wśród ekspertów z różnych dziedzin medycyny i polityków dominuje zgodny pogląd, że o ile jakość Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 i sformułowanych w nim celów można ocenić wysoko, to sposób jego realizacji w wielu obszarach pozostawia wiele do życzenia. Często powtarzającą się opinią na temat rezultatów działań związanych z poszczególnymi celami NPZ, z którą spotkali się autorzy raportu, może być sformułowana stwierdzeniem „tak, ale...” lub „jest lepiej, ale nie na tyle, by były powody do zadowolenia”. Krytykowane są przede wszystkim: brak rzeczywistej koordynacji działań, niedostateczne korekty działań nieprzynoszących oczekiwanych efektów, a także brak zarządzania realizacją programu, mimo stosunkowo dobrego monitoringu osiąganych na bieżąco rezultatów. Wiele głosów krytycznych dotyczyło sposobu lub wielkości finansowania działań mających prowadzić do realizacji poszczególnych celów NPZ. W dalszej części dokumentu przedstawiona jest ocena realizacji pierwszych dwóch strategicznych celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 w wybranych obszarach.

Konstytucja RP

Liczne problemy z dostępnością do świadczeń zdrowotnych i trudności w realizacji prawa do ochrony zdrowia w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych wielokrotnie były przyczyną publicznych dyskusji z udziałem polityków i prawników na temat praktycznej interpretacji art. 68 Konstytucji RP. **Oceniając sposób funkcjonowania polskiego systemu opieki medycznej i limitowanie dostępu do świadczeń zdrowotnych niezbędnych do realizacji prawa do ochrony zdrowia, można mieć poważne wątpliwości, czy zapisy mówiące np. o obowiązku władz publicznych do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom w podeszłym wieku są realizowane.**

Wielomiesięczne kolejki do konsultacji lekarskich czy zabiegów, trudno uznać za wyraz dobrej realizacji

¹¹⁴ Europejska polityka zdrowotna a polityki narodowe, A. Ryś, Komisja Europejska Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, Szczyt Zdrowia, Warszawa 2013.



zapisów Konstytucji. Wątpliwości budzi brak możliwości zakupu świadczeń niezbędnych dla realizacji prawa do ochrony zdrowia w publicznym podmiocie leczniczym, który świadczy ten typ usługi medycznej w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. W praktyce powoduje to, że gdy pacjent nie może czekać w kolejce albo placówka ma wyczerpany limit świadczeń na dany rok, równocześnie pozbawia się osobę chorą możliwości zapłaty i zrealizowania w ten sposób swoich praw oraz potrzeb. Tak bowiem interpretowany jest pkt 2 art. 68 Konstytucji o zapewnieniu równego prawa do świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, niezależnie od sytuacji materialnej obywateli. **W praktyce oznacza to często zapewnienie prawa równego braku dostępu do świadczeń medycznych.** Mimo możliwości kadrowych i technicznych do wykonania świadczenia, uniemożliwia się jego zakup za prywatne pieniądze w podmiocie publicznym, który świadczy je w ramach kontraktu z NFZ. Wobec faktu, że wciąż istnieje problem zadłużenia wielu podmiotów leczniczych, jako wynik m.in. nieadekwatności finansowania ze środków publicznych w stosunku do kosztów i stopnia wykorzystania posiadanych zasobów, sytuacje takie rodzą liczne napięcia w całym systemie ochrony zdrowia. Niestety, przy obecnych zapisach Konstytucji lub obowiązujących ich interpretacjach Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ, trudno spodziewać się poprawy sytuacji pacjentów w tym zakresie. Spór wokół tych zapisów jest o tyle kluczowy, że m.in. z tego powodu Polska nieefektywnie wykorzystuje posiadane zasoby w obszarze zdrowia i świadczeń medycznych. Tworząc sztuczne bariery pomiędzy sektorem prywatnych i publicznych świadczeniodawców, godzi de facto w pacjentów, którzy chcąc zrealizować swoje prawo do ochrony zdrowia przy niedostępności świadczenia, np. po wyczerpaniu się limitu środków publicznych na nie, zmuszeni są do kupowania potrzebnych im świadczeń nie w podmiocie leczniczym, który ma największe doświadczenie, najlepszy sprzęt kupiony z publicznych pieniędzy oraz świetne efekty leczenia, ale w podmiocie prywatnym, który niejednokrotnie takiego doświadczenia jeszcze nie ma.

Oprócz tego, sytuacje takie tworzą zachętę dla lekarzy, głównie tych, którzy nabyli już wysokie kwalifikacje, do pracy w obu sektorach (publicznym i prywatnym), jak i trwałej rezygnacji z pracy w podmiotach leczniczych kontraktowanych ze środków publicznych i podejmowanie jej w sektorze finansowanym wyłącznie ze środków prywatnych. To drugie zjawisko jest coraz częstsze i powodujące zmniejszenie dostępności do leczenia u cenionych specjalistów dla pacjentów chcących się leczyć wyłącznie w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych. Wydaje się, że zmiana tej niekorzystnej sytuacji jest możliwa wyłącznie albo przy likwidacji limitów świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a więc przy zwiększeniu jej puli, albo przy zmianie krępujących

zapisów prawnych lub ich aktualnej interpretacji. **Środki publiczne i prywatne, tak jak w aptekach przy zakupie leków, powinny móc się krzyżować w podmiotach leczniczych świadczących usługi medyczne, bez względu na to, czy ich organ tworzący ma charakter publiczny, czy prywatny** oraz niezależnie od tego, czy w danym podmiocie są realizowane świadczenia w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015

Wybitni polscy eksperci, którzy współtworzyli NPZ w oparciu o ocenę sytuacji zdrowotnej Polaków i doświadczenia innych państw, sformułowali także właściwe strategiczne cele polskiej polityki zdrowotnej. Cele te są skorelowane zarówno z bieżącą sytuacją systemu ochrony zdrowia, jak i ambitnymi oczekiwaniami dotyczącymi rezultatów możliwych do osiągnięcia przy skutecznych działaniach na różnych polach. Faktyczna realizacja NPZ powinna przynieść poprawę stanu zdrowia i jakości życia Polaków oraz zmniejszyć nierówności w zdrowiu.

Przebieg prac nad tym dokumentem oraz bardzo dobre opinie zarówno w Polsce, jak i za granicą, jakie zebrał, świadczą o wysokich kompetencjach naszych ekspertów. Wraz z nabywaniem doświadczeń przy realizacji poprzednich edycji polskich narodowych programów zdrowia (m.in. poświęconych tylko wybranym chorobom), a także dzięki obserwacji doświadczeń innych, bardziej zaawansowanych pod tym względem krajów, są oni w stanie opracować bardzo dobre strategiczne dokumenty i programy. Jednak, jak wskazują wykonane przez nas analizy, słabym punktem jest realizacja tych programów. Problem ten jest poważny i dotyczy także praktycznej realizacji celów, które zostały wyznaczone w aktualnym Narodowym Programie Zdrowia.

Wydaje się, że **ten strategiczny dokument państwowy opracowany na dobrym poziomie i z dużym zaangażowaniem, nie jest równie dobrze i z podobnym zaangażowaniem wdrażany w życie.** W dalszej części raportu zostaną przedstawione główne przyczyny takich ocen, a także zarekomendowane rozwiązania, które w przyszłości powinny zostać przyjęte jako standard przy wdrażaniu kolejnego Narodowego Programu Zdrowia.

Jedną z wątpliwości, która nasuwa się po lekturze NPZ 2007-2015, podniesiona także przez ekspertów i polityków, z którymi konsultowali się autorzy tego raportu, dotyczy dużej liczby celów strategicznych i celów operacyjnych, jakie winny być osiągnięte w tym okresie. Wydaje się bowiem, że skoro cele te zostały zapisane w strategicznym dla polityki zdrowotnej państwa dokumencie, to działania służące ich realizacji





winny być przez wszystkie zaangażowane w nie podmioty traktowane jako priorytetowe, a więc także pierwszoplanowe. Trudno jednak wyobrazić sobie, że nawet najlepiej funkcjonująca organizacja, oprócz bieżącej aktywności, jest w stanie równie dobrze i z adekwatnym do tego zaangażowaniem realizować w tym samym czasie aż 18 celów, tak strategicznych, jak i operacyjnych.

Krytyczne opinie, wyrażone przez większość konsultujących wdrażanie NPZ ekspertów, związane są z następującymi obszarami:

- nadzoru i zarządzania,
- finansowania,
- monitorowania i korygowania działań.

Jak wiadomo z teorii i praktyki zarządzania projektami, są to – obok planowania – kluczowe czynniki sukcesu.

Nadzór nad realizacją NPZ zgodnie z uchwałą Rady Ministrów został powierzony Zespołowi Koordynacyjnemu NPZ. W jego skład wchodzi reprezentanci wszystkich ministerstw, łącznie z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, NFZ, GUS, ZUS, KRUS, samorządów zawodów medycznych, Związku Województw RP, Związku Powiatów Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Związku Miast Polskich, Unii Metropolii Polskich oraz wybrany przedstawiciel organizacji pozarządowych. Już z tego składu widać wyraźnie, że jest to nadzór zdominowany przez administrację państwową oraz instytucje publiczne i organizacje jednostek samorządu terytorialnego, mające wśród swoich zadań ochronę zdrowia. Jednoosobowa reprezentacja organizacji pozarządowych wydaje się świadczyć o niedocenianiu partycypacji obywateli i wagi fundacji oraz stowarzyszeń w skutecznym nadzorowaniu realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Przewodniczącym tego ciała i de facto odpowiedzialnym za nadzór nad NPZ jest podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, w którego kompetencjach leży zdrowie publiczne.

W opinii większości konsultujących nas ekspertów i polityków, taka konstrukcja Zespołu Koordynacyjnego NPZ 2007-2015, przy niezwykle hierarchicznej kulturze władzy w Polsce, nie daje szans na skuteczny i przynoszący dobre efekty nadzór nad realizacją Narodowego Programu Zdrowia. Jest to dowód na brak stosowania w Polsce zasady silnego przywództwa w zdrowiu, tak ważnego przy ogromnej złożoności problemów związanych z tą dziedziną, rozumianą nie tylko w wymiarze fizycznym, jako brak choroby, ale w także w wymiarze psychicznym i społecznym. Niektórzy z naszych konsultantów za istotny mankament uznawali brak w składzie Rady przedstawicieli pracodawców oraz związków zawodowych. **Wydaje się, że przy obecnym i przyszłym wpływie, jaki na zdrowie wywiera praca, uzupełnienie Rady reprezentantami tych środowisk jest wysoce wskazane.**

Zgłoszone zastrzeżenia związane z zarządzaniem NPZ dotyczą jego zbiurokratyzowania oraz faktu, że leży ono głównie w gestii Ministerstwa Zdrowia, podczas gdy zadania związane z realizacją celów NPZ sięgają daleko poza sferę opieki medycznej, czyli tę, za którą w Polsce tradycyjnie odpowiada minister zdrowia. Znaczna część zadań, które winny być realizowane w ramach osiągania celów aktualnego NPZ, powinna być w rękach przedstawicieli innych resortów, np. edukacji, pracy i polityki społecznej lub sportu. Wydaje się, że **skuteczne zarządzanie programem powinno opierać się na pracy zespołowej z liderami z różnych resortów, a także organizacji samorządowych i pozarządowych. W ten sposób sprawy szeroko rozumianego zdrowia stają się bowiem obecne, niejako w naturalny sposób, w politykach różnych resortów, a także samorządów czy NGO.** To dobra i sprawdzona metoda kreowania liderów i silnego przywództwa w sprawach zdrowia, także spoza sektora opieki zdrowotnej. Przynosi ona również **dobre rezultaty w rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za stan zdrowia poza tradycyjnie pojmowaną medycyną naprawczą, jest drogą do budowania świadomego obywatelskiego uczestnictwa w sprawach publicznych i kreującej wartości polityce społecznej.**

Problem finansowania NPZ na lata 2007-2015, który był podnoszony w ramach naszych konsultacji, dotyczy głównie jego nieadekwatności ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do rzeczywistych kosztów leczenia wielu chorób. Przykład programów POLKARD, a więc realizacji pierwszego celu strategicznego NPZ (tj. zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu) oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZCN) realizującego drugi cel strategiczny (tj. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych), które mają własne budżety, był podnoszony przez jednych jako wadliwe podejście, a przez innych jako warunek sukcesu tych programów. Trudno zatem o jednoznaczną opinię, wydaje się jednak, że przynajmniej niektóre z zadań, np. te, które wymagają inwestycji w infrastrukturę i sprzęt medyczny, mogą być finansowane odrębnie. Należałoby jednak postawić warunek, aby inwestycje te były elementem kontrolowanego i monitorowanego planu, który wpisuje się w mapy potrzeb na świadczenia zdrowotne na szczeblu wojewódzkim oraz że w ślad za tymi inwestycjami pójdzie adekwatne finansowanie świadczeń ze strony NFZ. **Finansowanie infrastruktury i sprzętu medycznego ze środków publicznych, jak zostało to już podkreślone przez autorów raportu we wcześniejszych jego częściach, musi być skoordynowane z potrzebami zdrowotnymi i możliwością ich zaspokojenia ze środków publicznych, będących w zarządzaniu NFZ.** W przeciwnym razie mamy do czynienia z marnotrawstwem publicznych pieniędzy.



Adekwatność finansowania w opinii autorów oznacza pokrycie rzeczywistych kosztów z uczciwą marżą, czyli fair price, co nie generuje problemów z finansowaniem innych świadczeń poprzez obniżenie lub utrzymywanie ich cen poniżej kosztów wytworzenia. Żadne ze świadczeń kupowanych ze środków publicznych nie powinno mieć także zawyżonych wycen. Opinię tę podczas naszych prac potwierdzili zarówno konsultujący to politycy, jak i eksperci z różnych dziedzin medycyny. Inną kwestią dotyczącą finansowania zadań w ramach NPZ była sprawa bardzo niskich nakładów na promocję zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania skutkom używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Pisaliśmy już o tym problemie w kontekście publikacji raportu NIK. Wydaje się, że tworząc narodowe plany zdrowia na następne 9 lat, należy pamiętać o konieczności nie tylko formułowania ambitnych celów zgodnych z międzynarodowymi rekomendacjami i potrzebami zdrowotnymi Polaków, ale przede wszystkim o skoordynowaniu tych planów z wysokością środków publicznych umożliwiających ich realizację. Brak lub nieadekwatność środków, w postaci wyodrębnionych budżetów poszczególnych programów lub przeznaczonych na realizację określonych celów strategicznych w budżecie NFZ, oznacza bowiem, że zakładane rezultaty są z góry nie do osiągnięcia. Przykładem celów w obecnym programie, których nie sposób zrealizować dostatecznie dobrze właśnie z powodów finansowych, są zarówno kluczowe cele strategiczne (zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu; zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych; zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego), jak i służące im cele operacyjne (zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu oraz poprawa sposobu odżywiania i jakości zdrowotnej żywności, a także zmniejszenie występowania otyłości).

Opinie, które zebraliśmy w kwestiach monitorowania realizacji programu oraz korygowania jego zadań, są również dość krytyczne. Można bowiem powiedzieć, że o ile w zakresie monitorowania wielu parametrów stanu zdrowia Polaków sytuacja jest dość dobra, to nie widać aktywności w zakresie przekładania wiedzy wynikającej z analiz gromadzonych danych epidemiologicznych na korygowanie dotychczasowych zadań i programów. Przykładem fiaska takiego podejścia jest realizacja celu związanego ze zdrowiem psychicznym Polaków, czyli zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne. Innym przykładem może być brak intensywnych działań korygujących program przy utrzymującej się wysokiej śmiertelności szpitalnej z powodu udarów mózgu, czy wysokie współczynniki śmiertelności z powodu raka szyjki macicy pomimo działań

dotyczących badań przesiewowych i zachęcania kobiet do wykonywania cytologii. Bardzo zły stan zdrowia dzieci i młodzieży, którego poprawie ma służyć realizacja celów operacyjnych – wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego oraz psychospołecznego, a także zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży oraz intensyfikacja zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży – nie znajduje odbicia w skoordynowanych działaniach prowadzonych przez sektor zdrowia, sektor edukacji i sektor sportu, które już teraz mogłyby korygować nieskuteczne jak dotąd podejście. Wiadomo już, jak wielkim wyzwaniem będzie dla Polski sytuacja demograficzna i starzenie się ludności, dlatego należy intensyfikować tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych – czyli realizować dziewiąty cel operacyjny obecnego NPZ. Widać już większą aktywność na tym polu, ale ze względu na skalę problemu warto już teraz nadać działaniom tym wyższy priorytet i zadbać, aby były one w jak największym stopniu skoordynowane. Wydaje się godnym podkreślenia, że **dla osiągnięcia najlepszych efektów niezbędne jest stworzenie płaszczyzny wymiany doświadczeń i promocji najbardziej skutecznych programów**. W tym celu na szczeblu centralnym, w istniejącej już instytucji związanej z systemem ochrony zdrowia, powinna zostać powołana jednostka organizacyjna, która monitorowałaby istniejące już programy, a także w oparciu o najlepsze rozwiązania zagraniczne i krajowe pomagałaby w opracowywaniu i wdrażaniu programów o udowodnionej skuteczności. **Postulat ten wynika z obserwacji różnego typu programów, które tworzone oddolnie, często bez dostatecznej wiedzy merytorycznej, kryjąc się pod wspólną nazwą programów profilaktycznych lub promocji zdrowia, wykorzystują środki publiczne przeznaczone na ten cel, nie przynosząc dostatecznych rezultatów w zakresie zmiany stylu życia i zachowań prozdrowotnych.**

Bardzo ważne cele operacyjne Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015, których realizacja mogłaby przynieść dużo korzyści, są związane z aktywnością jednostek samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych. Są one zapisane jako cel 12 – Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa oraz cel 14 – Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Fakt, że jednostki samorządu terytorialnego (dalej JST) w Polsce w zakresie ochrony zdrowia mają przypisany szeroki zakres zadań (począwszy od promocji zdrowego stylu życia, przez profilaktykę chorób, a skończywszy na sprawowaniu nadzoru właściścielskiego i prowadzeniu podmiotów leczniczych różnego szczebla), sprawia, że od poziomu zaangażowania i profesjonalizmu administracji JST na polu ochrony zdrowia zależy bardzo dużo. Reforma samo-





rządowa wprowadzana w Polsce etapami określiła zadania dotyczące zdrowia mieszkańców gmin, powiatów i województw, adekwatnie do odpowiedzialności za trzy szczeble nadzoru właścicielskiego nad trzema szczeblami opieki medycznej. I tak gminom przypadła w udziale odpowiedzialność za podstawową opiekę zdrowotną i część specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, powiatom za szpitale powiatowe i działającą przy nich ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, a samorządom wojewódzkim za specjalistyczne szpitale wojewódzkie i działające przy nich poradnie. **Ten podział, przy wpisanej w system opieki medycznej zasadzie konkurencji pomiędzy podmiotami leczniczymi o środki publiczne będące w dyspozycji wojewódzkich oddziałów NFZ, braku koordynacji działań zarówno inwestycyjnych, jak i dotyczących szeroko rozumianej aktywności na polu ochrony zdrowia, doprowadził do sytuacji, w której trudno jest mówić o efektywnym wykorzystaniu zasobów i realizacji potrzeb zdrowotnych populacji.** To samo dzieje się w zakresie programów promocji zdrowego stylu życia i prewencji chorób. Jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i budżetem, w coraz większym stopniu angażują się w organizowanie na swoim terenie działań z zakresu profilaktyki. Według szacunków autorów raportu (opartych o rozmowy z przedstawicielami JST zaangażowanych w realizację takich programów) w roku 2012 na ten cel wszystkie JST wydały łącznie między 350 a 500 mln zł. Budżety, które w pośredni sposób dotyczyły zdrowia (np. sport i rekreacja, inwestycje w place zabaw przy nowo tworzonych przedszkolach itp.), jakimi w tym czasie dysponowały wszystkie JST, wyniosły łącznie ponad 3,5 mld zł. Nie ulega wątpliwości, że rosnące z roku na rok zaangażowanie lokalnych samorządów w działania na tym polu zasługują na uznanie. Świadczy o tym nie tylko wielkość kwoty przeznaczanej na cele związane ze zdrowiem, sportem czy rekreacją, ale przede wszystkim potencjalna liczba ich beneficjentów – głównie dzieci i młodzieży, a od kilku lat także seniorów. Niemniej, właśnie z tych powodów **warto byłoby w maksymalnym stopniu podnosić efektywność programów profilaktycznych oraz ich koncentrację na obszarach kluczowych z punktu widzenia ryzyka zdrowotnego, a także nierównościach w zdrowiu.** Nie ulega wątpliwości, że od 2007 roku, kiedy NPZ 2007-2015 został uchwalony, wzrósł poziom zaangażowania JST w zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia, niemniej, oceniając jego efekty, można mieć wątpliwości, czy zaangażowanie to jest wystarczające. Nie dysponujemy wszystkimi danymi, które potwierdzałyby w 100% naszą krytyczną ocenę – niestety, nie ma w Polsce instytucji publicznej, która by je gromadziła i publikowała. Patrząc choćby na dane o stanie zdrowia ludności Polski, dane o dostępności do świadczeń zdrowotnych czy dane o zadłużeniu podmiotów leczniczych, których organami tworzący-

mi są JST, trudno nie mieć wrażenia, że zapisane w NPZ 2007-2015 kluczowe punkty dotyczące efektów celu 14 powinny zostać ocenione jako niezrealizowane lub zrealizowane na niedostatecznym poziomie. Punkty te to: aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa – a więc posiadanie przez wszystkie jednostki samorządu terytorialnego wieloletnich planów polityki zdrowotnej i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych; zapewnienie skutecznego zarządzania i nadzoru nad funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez gminy, powiaty i województwa; funkcjonowanie – dostosowanej do potrzeb mieszkańców oraz możliwości finansowych państwa – sieci zakładów opieki zdrowotnej.

Liczne rozmowy, które zostały przez nas przeprowadzone w czasie pracy nad raportem dowodzą, że kluczem do osiągnięcia lepszych niż dotychczas rezultatów jest koordynacja działań różnych szczebli władzy samorządowej i państwowej. Kluczem do sukcesu jest projektowe zarządzanie i właśnie koordynacja, która opiera się na monitorowaniu efektów, wyciąganiu wniosków i wdrażaniu niezbędnych modyfikacji prowadzących do zamierzonego celu. Po rozmowach z ekspertami ochrony zdrowia i politykami, konsultującymi raport w trakcie jego opracowywania, trudno o pozytywną ocenę realizacji dobrze napisanego strategicznego dla Polski NPZ 2007-2015. Mamy nadzieję, że niniejszy raport, pisany w drugiej połowie 2013 roku, pozwoli na wyciągnięcie wniosków i odpowiednie przygotowanie realizacji kolejnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2024.

1.2. Ekspercka ocena realizacji wybranych działań

W tym punkcie zostanie przedstawiona ogólna ocena dwóch pierwszych strategicznych celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, która była tematem konsultacji autorów raportu w kontekście analiz skuteczności działań związanych z realizacją tych celów. Nie jest to ocena oparta na szczegółowej analizie nakładów do efektów, czego z pewnością można oczekiwać od Ministerstwa Zdrowia przy ocenie rezultatów końcowych. Nie było i nie jest bowiem naszą intencją, aby wchodzić w kompetencje przynależne organom i instytucjom publicznym, mającym dostęp do wszystkich niezbędnych informacji i narzędzi umożliwiających dokonanie takiej ewaluacji. Dlatego w prezentowanych poniżej ocenach posługujemy się danymi, analizami lub komentarzami, które pozwalają na formułowanie wniosków ogólnych, a nie szczegółowych. Prezentowane opinie są także w części zbieżne z poglądami dotyczącymi ocen tych



programów przez konsultujących je ekspertów ochrony zdrowia oraz polityków zdrowotnych z różnych partii politycznych. Mogą być one pomocne do wyciągania wniosków i formułowania celów dotyczących kolejnych edycji Narodowego Programu Zdrowia.

Cel strategiczny nr 1

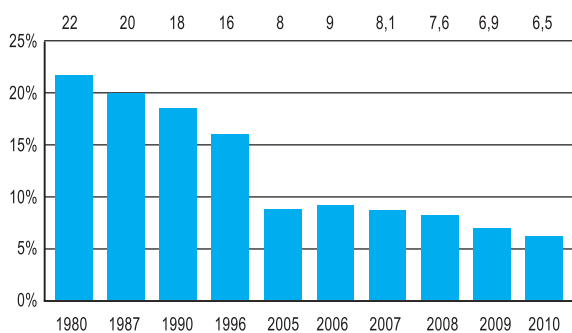
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.

Zarówno przeprowadzone przez nas rozmowy z ekspertami, jak i analiza dostępnych publikacji świadczą jednoznacznie, że cel ten jest realizowany tylko połowicznie. Chociaż od 1991 roku obserwuje się ograniczenie umieralności z powodu chorób układu krążenia (CHUK), to jednak, jak dowodzą prezentowane w raporcie dane dotyczące stanu zdrowia Polaków, choroby te nadal są najważniejszą przyczyną przedwczesnej umieralności kobiet i mężczyzn w Polsce. Niemal co drugi Polak umiera z powodu CHUK. Zgodnie z założeniami programu POLKARD, którego celem jest utrzymanie tempa redukcji umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce w latach 2003-2012, zakłada się:

1. zmniejszenie umieralności u osób poniżej 65. roku życia,
2. zmniejszenie liczby wczesnych zgonów z powodu udarów mózgu,
3. uzyskanie u co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru, samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego.

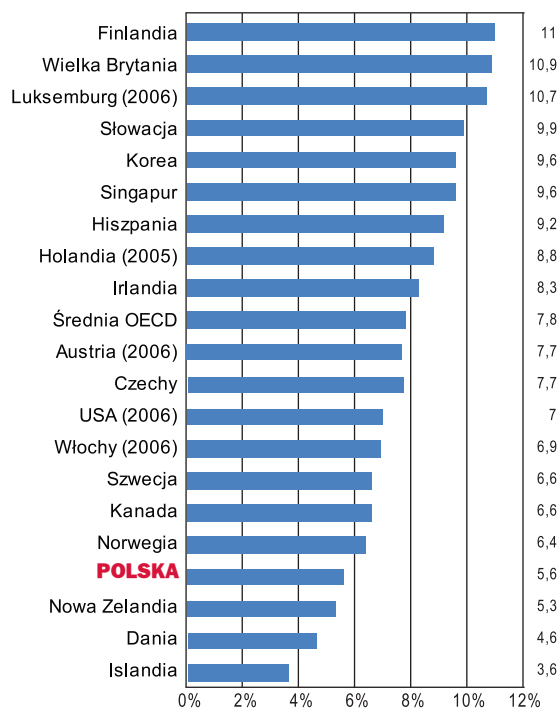
Nie ulega wątpliwości, że ogromny postęp, jaki nastąpił z zakresu dostępności do leczenia farmakologicznego chorób układu krążenia oraz interwencyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych, przyniósł

Wykres 40. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w Polsce, 1980-2009.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 149; NIZP – PZH 2012.

Wykres 41. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w 2007 r. w krajach OECD.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 150; NIZP – PZH 2012; dane OECD.

efekty. Dowodzą tego dane o spadku śmiertelności na skutek zawału serca w okresie 30 dni od hospitalizacji z tego powodu, a także bardzo wysoka pozycja Polski w międzynarodowych statystykach.

Niestety, nie można powiedzieć, że równie zadowalające rezultaty zostały osiągnięte w zakresie redukcji wczesnych zgonów z powodu udarów mózgu oraz uzyskania samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego przez co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru. Mimo iż w ramach realizacji programu POLKARD została uruchomiona sieć oddziałów udarowych, a także tworzone są oddziały rehabilitacji poudarowej, to już obecnie wiadomo, że działania te nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Umieralność z powodu udarów utrzymuje się od kilku lat na niezmiennie wysokim poziomie, a procent pacjentów, którzy po przeżyciu udaru dzięki rehabilitacji uzyskują zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych, jest znacznie niższy od zakładanych 70%. **Program ten wymaga korekty i wnikliwego przeanalizowania przyczyn takiego stanu rzeczy.** Wśród powodów, które były zgłaszane autorom raportu jako potencjalne przyczyny, co potwierdzają także inne opracowania na ten temat¹¹⁵, są kwestie dysproporcji pomiędzy

¹¹⁵ M. Gałązka-Sobotka, M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Gryglewicz, E. Karczewicz, H. Zalewska, Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, A. Członkowska, Udar mózgu - epidemiologia, leczenie, profilaktyka, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013.

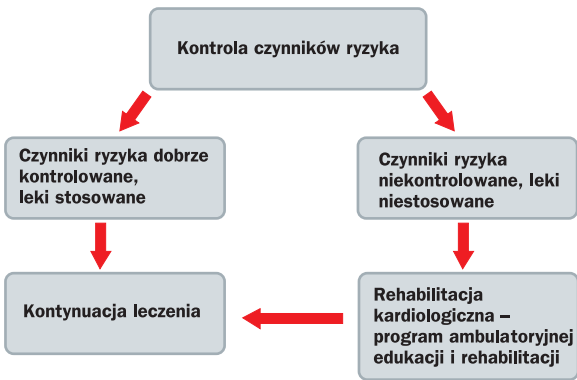




województwami w zakresie poziomu finansowania per capita, tak w odniesieniu do leczenia ostrej fazy udarów, jak i rehabilitacji poudarowej, powodujące duże różnice w dostępności do leczenia i rehabilitacji. Pojawiały się opinie, że program ten wymaga kompleksowego spojrzenia i znalezienia takich rozwiązań na poziomie NFZ, aby istotnie zmniejszyć dotychczasowe różnice pomiędzy poszczególnymi województwami, tak w zakresie organizacji, jak i finansowania ostrej fazy udaru oraz szybkiej rehabilitacji poudarowej, realizowanej zarówno w warunkach szpitalnych, jak i – w dłuższym okresie – w miejscu zamieszkania pacjentów po udarze.

Wydaje się, że kluczem do sukcesu w zakresie poprawy rezultatów związanych z umieralnością i niepełnosprawnością z powodu tak chorób serca, jak i udarów mózgu, jest całościowe spojrzenie na proces leczenia, które winno uwzględniać nie tylko leczenie ostrych faz tych chorób, ale także rehabilitację pozawałową i poudarową. Istotnym elementem prewencji wtórnej jest właściwe leczenie farmakologiczne, a także zmiana stylu życia pacjentów. Ma to szczególnie duże znaczenie w odniesieniu do pacjentów, którzy dzięki działaniom kardiologów interwencyjnych lub neurologów specjalizujących się w leczeniu udarów, przeżyli ostry zespół wieńcowy oraz ostrą fazę udaru, a którzy nie stosują się do zaleceń, nie kontynuują leczenia farmakologicznego i nie eliminują ze swojego codziennego życia podstawowych czynników ryzyka chorób sercowo-

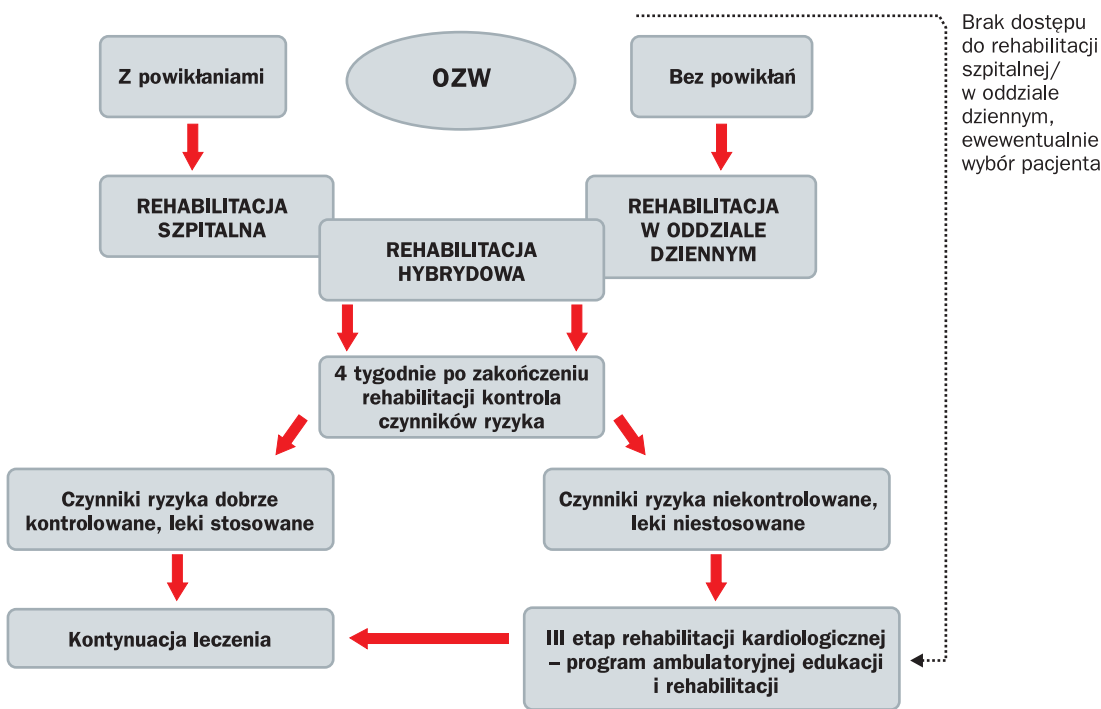
Rysunek 9. Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji u osób ze stabilną chorobą niedokrwienią serca, w tym po planowym zabiegu angioplastyki wieńcowej



Źródło: Jankowski P., Niewada M., Bochenek A., Bochenek-Klimczyk K., Bogucki M., Drygas W., Dudek D., Eysymonf Z., Grajek S., Kozierkiewicz A., Mamcarz A., Olszowska M., Pająk A., Piotrowicz R., Podolec P., Wolszakiewicz J., Zdrojewski T., Zielińska D., Opolski G., Stepińska J., Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji, Kardiologia Polska, Tom 71, Nr 9 (2013), ss.995-1003

wo-naczyniowych. I tak na przykład, środowisko ekspertów kardiologii wysuwa propozycję, aby w ramach leczenia OZT oraz innych stanów związanych z CHUK, w których ma zastosowanie kardiologia interwencyjna, stworzyć system rehabilitacji kardiologicznej realizowany na różnych szczeblach opieki, finansowanych w ramach odrębnych JGP. Poniżej zaprezentowane są dwa uproszczone

Rysunek 10. Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji u osób po ostrym zespole wieńcowym





schematy – obrazujące istotę idei oparcia ścieżki rehabilitacji o monitorowanie czynników ryzyka CHUK oraz schemat jednej ze ścieżek, jaką przechodziłby pacjent po OZT w ramach postulowanych rozwiązań.

Nie ulega wątpliwości, że dzięki uzyskaniu trwałego wyeliminowania lub kontroli czynników ryzyka CHUK za sprawą stosowania się przez pacjentów do zaleceń lekarskich i wsparcia edukacyjnego, możliwe jest uzyskanie dalszej poprawy w zakresie zmniejszania liczby przedwczesnych zgonów Polaków z powodu tych chorób. Wydaje się, że takie **kompleksowe spojrzenie, tak w przypadku chorób serca, jak i udarów mózgu, powinno przynieść istotną poprawę i pozwolić uzyskać oczekiwane rezultaty** pierwszego celu strategicznego NPZ 2007-2015. Z uwagi na czas, jaki pozostał, nie uda się wdrożyć tych rozwiązań już w roku 2014, ale być może, **przy współpracy i porozumieniu pomiędzy środowiskiem kardiologów i neurologów zajmujących się udarami a Narodowym Funduszem Zdrowia, będzie to możliwe** już w 2015 roku. Nie ulega także kwestii, że aby w tym zakresie mogła nastąpić poprawa, **kluczowe są działania na polu edukacji zdrowotnej i zdrowia publicznego, które doprowadzą do istotnego zmniejszenia liczby osób z podwyższonym poziomem modyfikowalnych i zależnych od stylu życia czynników ryzyka przedwczesnych zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych – palenia tytoniu, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii czy nadwagi i otyłości**. W przypadku osób z nadciśnieniem tętniczym czy zaburzeniami rytmu serca ważnym czynnikiem obniżającym ryzyko przedwczesnej śmiertelności z powodu zawału serca lub udaru mózgu jest dostępność leczenia farmakologicznego, w tym długoterminowa profilaktyka przeciwzakrzepowa. Dlatego wszelkie działania przynoszące w efekcie lepsze compliance i adherence leków stosowanych w chorobach sercowo-naczyniowych powinny być wspierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz systemy informatyczne mające zastosowanie w systemie opieki medycznej.

3. Cel strategiczny nr 2

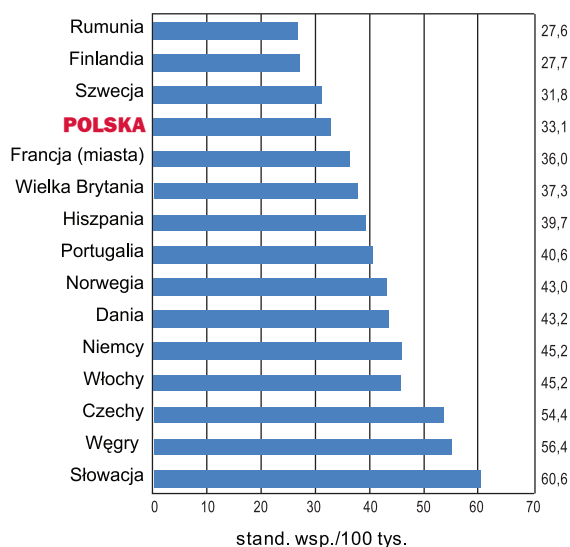
Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych

Działania podejmowane dla osiągnięcia tego celu prowadzone są w związku z ustawą z 2005 roku o ustanowieniu Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Ich efektem ma być zmniejszenie w 2015 roku umieralności z powodu nowotworów ogółem oraz zmniejszenie umieralności z powodu raka

piersi i – w stopniu znacznym – raka szyjki macicy, przez wprowadzenie zorganizowanych na skalę populacyjną badań przesiewowych mammograficznych i cytologicznych. Dane dotyczące stanu zdrowia ludności z 2011 roku wskazują, że o ile w przypadku zmniejszenia umieralności z powodu nowotworów ogółem oraz raka piersi odnotowywana jest poprawa, to w przypadku raka szyjki macicy, mimo że obserwuje się stopniowe zmniejszanie poziomu umieralności zarówno ogółu kobiet, jak i tych w wieku 25-64 lata, nie można mówić o znaczącym spadku w przypadku wszystkich województw. **Różnice między regionami w przypadku umieralności sięgają 74%, pomiędzy najlepszym pod tym względem województwem świętokrzyskim a najgorszym województwem warmińsko-mazurskim. W tym ostatnim wskaźniki umieralności są obecnie wyższe niż w latach 2000/2001**¹¹⁶.

Niektóre elementy realizacji tego celu zostały ocenione i porównane w raporcie „Biała Księga. Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces”¹¹⁷, wykonanym pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Poniższe wykresy, zaczerpnięte z tego opracowania, dowodzą istotnych różnic w efektach walki z rakiem, osiąganych głównie w krajach nordyckich oraz krajach środkowoeuropej-

Wykres 42. Standaryzowane współczynniki zapadalności na nowotwory jelita grubego i odbytnicy u mężczyzn w 2008 r.



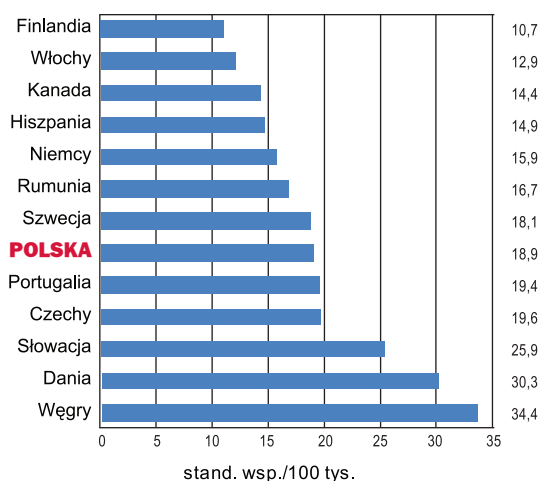
Źródło: Biała Księga. Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich; s. 42; Ośrodek Analiz Uniwersyteckich; za: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008; GLOBOCAN 2008; WHO.

¹¹⁶ B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP – PZH, 2012.

¹¹⁷ A. Kozierkiewicz, T. Bochenek, D. Gilewski, R. Topór-Madry, Biała Księga. Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces, Raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, 2011.



Wykres 43. Standaryzowane współczynniki umieralności na raka jelita grubego i odbytnicy u mężczyzn w 2008 r.

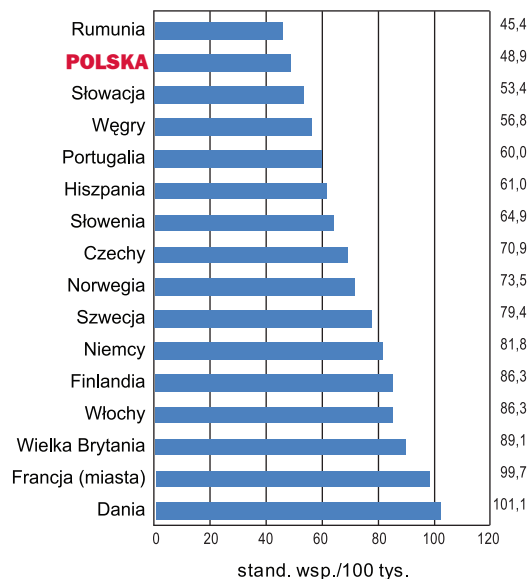


Źródło: Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich; s.54; Ośrodek Analiz Uniwersyteckich; za: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008; GLOBOCAN 2008; WHO.

skich – wśród nich w Polsce. Wydaje się, że warto z tego wyciągać wnioski, które pozwolą na dokonanie niezbędnych modyfikacji organizacji procesów wykrywania i leczenia tych nowotworów w celu osiągnięcia lepszych niż dotychczas rezultatów.

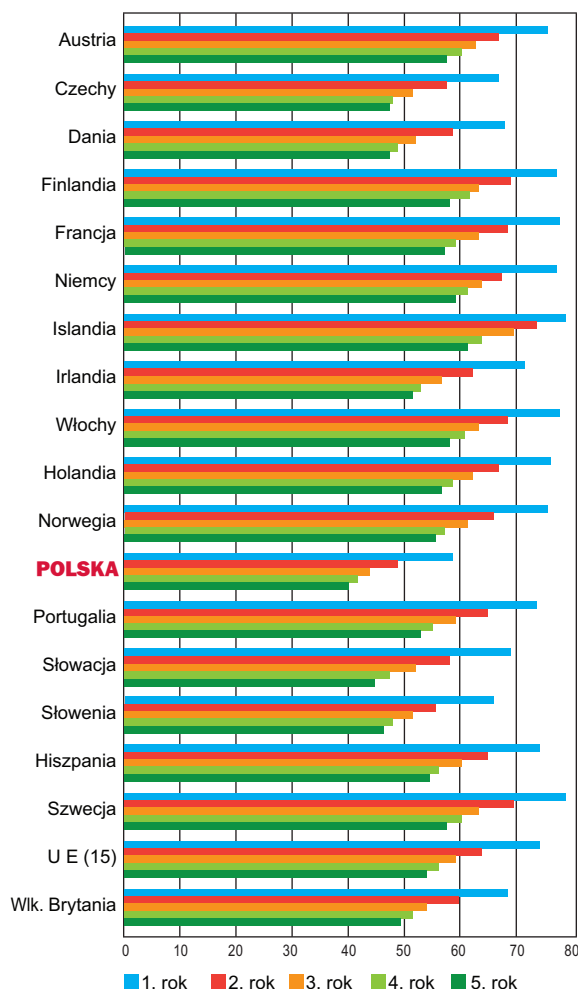
Porównanie standaryzowanych współczynników zapadalności, umieralności oraz względnych okresów przeżycia 1, 3 i 5 lat w przypadku wybranych nowotworów u mężczyzn i kobiet, jest dowodem na to, że przy niskiej zapadalności umieralność na raka jelita grubego u mężczyzn jest wysoka. Wskazują na to zde-

Wykres 45. Standaryzowane współczynniki zapadalności na raka piersi u kobiet w 2008 r.



Źródło: Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich; s.41; Ośrodek Analiz Uniwersyteckich; za: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008; GLOBOCAN 2008; WHO.

Wykres 44. Względne przeżycie danego okresu od rozpoznania nowotworu jelita grubego u mężczyzn.



Źródło: Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich; s. 56; Ośrodek Analiz Uniwersyteckich; za: EUROCORE IV.

cydowanie niższe 1-, 3- i 5-letnie okresy względnego przeżycia chorych w Polsce, w stosunku do krajów nordyckich, jak i średniej w UE. Wynika to zarówno z mniej skutecznej profilaktyki pierwotnej i wtórnej, jak i niższej skuteczności leczenia tych nowotworów w Polsce w porównaniu do innych krajów.

Podobne porównanie dla raka piersi u kobiet nie jest aż tak niekorzystne dla Polski, choć także dowodzi, że skuteczność leczenia jest niższa niż przeciętna w UE. O ile odsetek 1-rocznych przeżyć w Polsce i średnio w UE jest podobny, to z upływem czasu od leczenia sytuacja pogarsza się i udział przeżyć 3- i 5-letnich jest wyraźnie niższy niż np. w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy Szwecji.

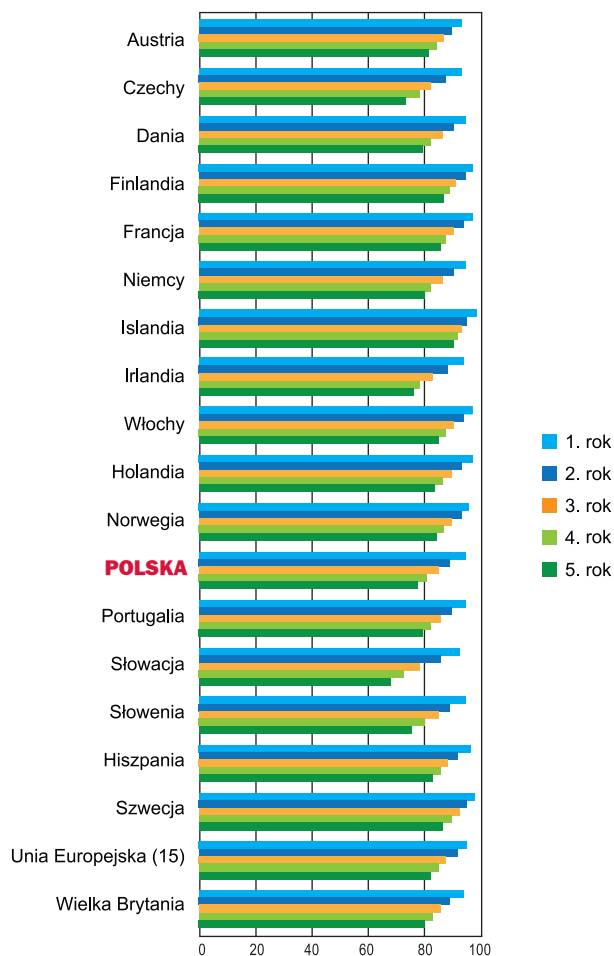
Z analiz przedstawionych w „Białej Księdze” wynika, że skuteczność leczenia raka jelita grubego u mężczyzn lub raka piersi u kobiet jest w Szwecji dwukrotnie większa niż w Polsce. Uzasadniony jest zatem wniosek, że pod tym względem organizacja szwedzkiego systemu ochrony zdrowia jest dwukrotnie lepsza od polskiego. Warto więc prześledzić, jakie



są najistotniejsze różnice pomiędzy oboma systemami i po wskazaniu tych o najistotniejszym znaczeniu, dokonać takich zmian w Polsce, aby różnice te zniwelować. Kluczowe różnice, poza wielkością nakładów na zdrowie w obu krajach, leżą w organizacji procesów oraz w standardach leczenia. W Szwecji wyraźnie lepsza jest skuteczność badań przesiewowych oraz organizacja podstawowej opieki zdrowotnej, która zapewnia szybki dostęp do diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także zdecydowanie inna niż w Polsce alokacja środków na leczenie. **Polska onkologia zdominowana jest przez leczenie szpitalne, podczas gdy w Szwecji także w onkologii stosuje się zasadę „kto nie musi, nie powinien leżeć w szpitalu”.** Tym samym ci pacjenci, którzy nie wymagają hospitalizacji, są skutecznie leczeni w warunkach ambulatoryjnych. **Jest to możliwe m.in. dzięki lepszej niż w Polsce dostępności do leczenia z użyciem nowoczesnych leków przeciwnowotworowych.**

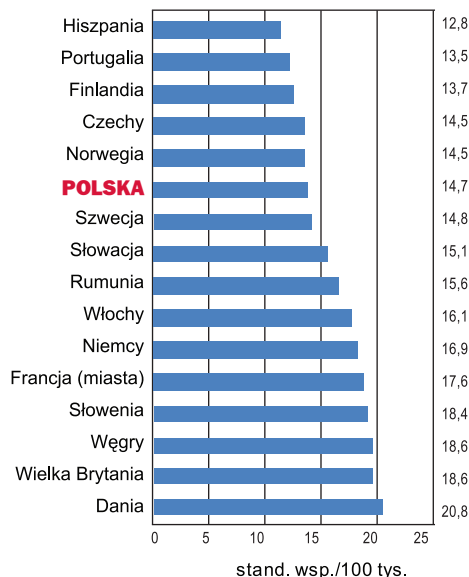
W Polsce w ciągu ostatnich lat dokonał się duży postęp w dostępności do nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i leczniczego, niezbędnego do leczenia

Wykres 47. Względne przeżycie danego okresu od rozpoznania raka piersi u kobiet.



Źródło: Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich; s. 26; Ośrodek Analiz Uniwersyteckich; za EUROCORE IV

Wykres 46. Standaryzowany współczynnik umieralności na raka piersi u kobiet w 2008 r.



Źródło: Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich; s.53; Ośrodek Analiz Uniwersyteckich; za: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008; GLOBOCAN 2008; WHO.

nowotworów. Wydaje się jednak, co potwierdziły liczne opinie konsultujących to ekspertów, a także **dane o zapadalności na choroby nowotworowe i umieralności z ich powodu, że wysoki poziom umieralności jest spowodowany głównie zbyt późnym wykrywaniem nowotworów, a także zbyt długim czasem, jaki upływa od ich wykrycia do podjęcia leczenia.** Przy rosnącej zapadalności na nowotwory w związku ze starzeniem się ludności, niezbędne jest zatem takie **zorganizowanie prewencji pierwotnej i wtórnej, badań przesiewowych grup ryzyka oraz procesów diagnostycznych i leczniczych, aby wykorzystać uzyskaną dzięki dużym nakładom finansowym dostępność do wysokiej jakości diagnostyki i leczenia.** Eksperti onkologii podkreślają także **ogromną wagę standardów postępowania i tworzenie koordynowanych ścieżek dostępu do najbardziej skutecznego leczenia dla danego typu czy stadium rozwoju nowotworu.** Oznacza to, że podobnie jak w przypadku chorób układu krążenia oraz udarów, **klucz do poprawy sytuacji leży w całościowym podejściu do leczenia nowotworów, które uwzględnia cały system opieki zdrowotnej, począwszy od opieki podstawowej i badań przesiewowych, przez zapewnienie szybkiej dostępności do diagnostyki, a skończywszy na skutecznym leczeniu, adekwatnie do potrzeb pacjentów: czy to w warunkach ambulatoryjnych, czy szpitalnych.** Ważnym elementem podnoszenia jakości i efektów leczenia





w przypadku nowotworów jest wymiana doświadczeń i wprowadzenie w Polsce jednolitych standardów leczenia z algorytmami postępowania opartymi na faktach – Evidence Based Medicine. Autorzy raportu uważają, że takie podejście do poprawy jakości leczenia nowotworów w Polsce powinno przynieść oczekiwany duży spadek umieralności z powodu tych chorób. Jako punkt wyjścia do wprowadzenia ich na szerszą skalę warto skorzystać z rekomendacji zawartych w „Drugiej Księdze. Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO”¹¹⁸.

Wydaje się, że nawet dość pobieżna analiza zarówno powyższych, jak i pozostałych celów strategicznych i operacyjnych NPZ 2007-2015 pozwala na sformułowanie wniosku, że w każdym z nich nastąpił postęp, ale w żadnym przypadku, niestety, nie można mówić o spektakularnym sukcesie. Wszystkie bowiem wymagają co najmniej dość istotnych korekt lub modyfikacji, a w sytuacji niektórych można wręcz mówić o konieczności radykalnych zmian. Nie ulega kwestii – i potwierdziły to liczne opinie konsultujących NPZ ekspertów i polityków, że **skuteczność podejmowanych działań zależy od liderów realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia oraz tego, na ile cele te mają adekwatne narzędzia i środki do realizacji, tak w postaci pieniędzy, jak i instrumentów służących do ich wdrażania, monitorowania i egzekwowania**. Wydaje się, że w obecnym NPZ 2007-2015 w przypadku wielu celów brakuje właściwie wszystkich elementów.

2. Analizy i prognozy kosztów leczenia wobec zmian demograficznych

Poniżej zostaną zaprezentowane dane dotyczące obecnego stanu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków, jak również prognoza możliwości ich zaspokojenia w okresie 2015-2035, gdy znacząco zmieniać się będzie struktura demograficzna ludności Polski. Posłużyły do tego dane udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia, które dotyczą realizacji świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2012 oraz prognoza GUS ludności Polski na lata 2008-2035.

Stan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków mierzony dostępnością do wybranych świadczeń zdrowotnych został oceniony w oparciu o dane NFZ

raportowane przez świadczeniodawców na dzień 31 marca 2013 roku. Zgodnie z potrzebami raportu, ocena dostępności świadczeń dotyczy wybranych dziedzin medycyny, które związane są z głównymi potrzebami zdrowotnymi starzejącego się polskiego społeczeństwa – chorobami układu sercowo-naczyniowego z uwzględnieniem udarów mózgu, chorobami nowotworowymi, chorobami neurologicznymi, cukrzycą, a także wyraźnie niedocenianymi chorobami oczu. Przypadek okulistyki, szczególnie w zakresie leczenia zaćmy, jest przykładem dziedziny medycyny, w której poziom finansowania i organizacja powodują duże niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych starszej generacji Polaków. Prezentowane dane dotyczą leczenia zaćmy oraz zwyrodnienia plamki żółtej – AMD (ang. *age-related macular degeneration*), chorób bezspornie związanych z wiekiem, które w istotny sposób wpływają na jakość życia i samodzielność osób starszych. Nieleczenie prowadzi do ślepoty, a ta w konsekwencji do uzależnienia od osób trzecich. Ze względu na fakt, że leczenie zaćmy w Polsce od lat jest prezentowane w porównaniach międzynarodowych jako przykład znacznego odstawania Polski od średnich w UE, problem ten został wybrany do szczegółowej prognozy możliwości zaspokojenia tej potrzeby zdrowotnej starzejącej się populacji Polski. Ze względu na jej szczegółowość jest ona umieszczona w Załączniku nr 2 do raportu. Analizując dane Narodowego Funduszu Zdrowia z lat 2009-2012 dotyczące długości kolejek do poradni specjalistycznych, oddziałów szpitalnych oraz zabiegów operacyjnych z różnych dziedzin medycyny, a także danych epidemiologicznych dotyczących zachorowalności na różne choroby, przypadek zaćmy jawi się jako skrajny przykład niedostosowania wielkości środków publicznych oraz organizacji opieki medycznej do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych Polaków. Zarówno analiza stanu obecnego, jak i prognozy zaprezentowane w raporcie wskazują, jak dramatyczna jest różnica pomiędzy potrzebami a stanem ich zaspokajania w ramach środków publicznych. **Projekcje dotyczące leczenia zaćmy, które są zaprezentowane w Załączniku nr 2 oraz w dalszej części raportu, wskazują jednoznacznie, że problem niezaspokojonych potrzeb leczenia tej choroby w Polsce będzie nieuchronnie narastał, do rozmiarów, które już dzisiaj wydają się być nieakceptowalne zarówno w świetle zapisów polskiej konstytucji, jak i podstawowych praw człowieka.**

Drugim przykładem choroby, w przypadku której organizacja leczenia i dostępność nowoczesnych leków w Polsce w znacznym stopniu odbiega od standardów UE, jest cukrzyca. Na tę metaboliczną chorobę cywilizacyjną, często współistniejącą z chorobami

¹¹⁸ A. Kozierekiewicz, T. Bochenek, D. Gilewski, R. Topór-Mądry, Druga Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO, Raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, 2011.



układu krążenia, która niedostatecznie dobrze leczona daje wielonarządowe powikłania, obecnie w Polsce choruje między 2 a 2,5 mln osób. Przy aktualnych trendach zachorowalności, liczba chorych na cukrzycę do roku 2030 może zwiększyć się nawet do 3,5 mln osób¹¹⁹. Tak duże rozpowszechnienie tej choroby wśród ludności Polski wskazywałoby, że w polityce zdrowotnej państwa powinna być ona traktowana jako jedna z priorytetowych. **Analizy przeprowadzone w oparciu o dane z NFZ o dostępności do leczenia przez lekarzy diabetologów oraz dostępności do nowoczesnych doustnych leków przeciwcukrzycowych w Polsce wskazują, że twierdzenie, iż Polska jest „dinozaurem Europy” pod względem jakości leczenia cukrzycy typu 2 jest w pełni uzasadnione.**

Kardiologia i onkologia, jako dziedziny medycyny kluczowe z punktu widzenia sytuacji zdrowotnej ludności Polski, były przedmiotem analiz pod kątem potrzeb modyfikacji lub uzupełnienia dotychczasowych osiągnięć Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 i realizowanych w jego ramach działań programu POLKARD oraz ustawy „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. **Przypadek kardiologii, w której w wyniku dobrze zaplanowanego i konsekwentnie realizowanego programu uzyskano zwiększenie skuteczności leczenia chorób układu krążenia i zmniejszenie umieralności z powodu tych chorób osób poniżej 65. roku życia, należy uznać za bezdyskusyjny sukces.** Mimo to, choroby sercowo-naczyniowe, wliczając do tej grupy także choroby naczyń mózgowych i udary mózgu, nadal są głównymi przyczynami zgonów w Polsce, a choroby układu krążenia wciąż pozostają głównymi przyczynami przedwczesnej umieralności Polek i Polaków. Wydaje się, że umieralność tę można zmniejszyć, ale warunkiem tego jest kompleksowe podejście i dobre zarządzanie ciągłością leczenia i rehabilitacji w ramach prewencji wtórnej chorych z CHUK. **W zakresie udarów mózgu, ich profilaktyki, leczenia oraz skutków w postaci niepełnosprawności i zgonów, jest zdecydowanie więcej do zrobienia.** W tym przypadku, w ramach realizowanego pierwszego celu strategicznego NPZ 2007-2015, potrzebne są działania i finansowanie z budżetu NFZ na miarę programu narodowego, którego istotą winno być nie tylko stworzenie 24-godzinnych specjalistycznych ośrodków udarowych, ale także rozbudowanej sieci rehabilitacji poudarowej oraz zwiększenie dostępności do nowoczesnego leczenia przeciwkrzepowego jako ważnego elementu profilaktyki przeciwwudarowej u chorych z migotaniem przedsionków. Problem ten należy rozwiązać całościowo, a przy tym możliwie szybko, mając świadomość,

że częstość występowania migotania przedsionków rośnie z wiekiem, podobnie jak ryzyko udaru mózgu. Brak takich działań i korekty dotychczasowego programu, adekwatnego finansowania rehabilitacji i leków wraz ze starzeniem się ludności Polski, może przynieść niepowetowane straty w postaci przedwczesnych zgonów oraz niepełnosprawności na poziomie wymagającym opieki osób trzecich.

W przypadku onkologii i walki z chorobami nowotworowymi także nastąpił w Polsce ogromny postęp. Sukces zdecydowanie nie jest tak spektakularny, jak w przypadku chorób układu krążenia, niemniej jednak, dzięki dużym nakładom inwestycyjnym, dysponujemy już kilkoma dobrze wyposażonymi centrami diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, których pierwsze efekty pracy widać w danych dotyczących skuteczności leczenia. **Zdaniem ekspertów, na polu walki z nowotworami w Polsce większy nacisk należy położyć na profilaktykę, wczesne wykrywanie i prewencję wtórną, a w zakresie leczenia na lepszą alokację środków i dostępność do nowoczesnych terapii przeciwnowotworowych.** Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że wiele z nich z dobrymi rezultatami dla pacjentów może być stosowanych na poziomie lecznictwa ambulatoryjnego, co w istotny sposób przyczynia się do zwiększenia efektywności kosztowej stosowanych terapii. **W kontekście potrzeby zwiększania efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce, wprowadzenie rozwiązań, które w konsekwencji doprowadzą do zmniejszenia liczby łóżek szpitalnych, winno być jednym z ważnych celów przyszłego Narodowego Programu Zdrowia, także w tym jego obszarze, który związany będzie z walką z chorobami nowotworowymi.**

2.1. Ocena stanu obecnego – stan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków

Dostępność do świadczeń zdrowotnych jest jedną z częściej stosowanych miar jakości opieki zdrowotnej, jakich używa się na świecie. Do jej pomiaru służą powszechnie używane pojęcia, takie jak czas, odległość do placówki medycznej, w której świadczenie może być zrealizowane, albo liczba takich placówek na określonej populację. Miarą jakości opieki zdrowotnej jest również dostępność do innowacyjnych terapii lekowych czy aparatury diagnostycznej oraz leczeni-

¹¹⁹ Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012.



czej, a także poziom odpłatności pacjentów za różnego typu świadczenia zdrowotne czy leki. Nie ma takiego systemu ochrony zdrowia, który jest w stanie zaspokoić wszystkie potrzeby zdrowotne w stosunku do każdego, kto potencjalnie może je mieć, ani nawet w stosunku do tych, którzy je zgłaszają. Nierównowaga pomiędzy możliwościami realizacji świadczeń a zapotrzebowaniem na nie może być wynikiem niedoboru zasobów (ludzkich, sprzętowych lub finansowych). W sytuacji, kiedy świadczenia kupowane są bezpośrednio przez samych pacjentów w modelu opłaty za usługę, przy dużym zapotrzebowaniu, a jednocześnie cenie, która nie stanowi bariery zakupu, podaż świadczeń przyrasta bardzo dynamicznie. W takiej sytuacji tempo zaspokajania potrzeb jest duże. Przy dużej podaży i kurczącym się popycie dochodzi do konkurencji cenowej, a czasem, w skrajnych przypadkach, do zjawiska kreowania popytu przez podaż. Uważa się nawet, że duża asymetria informacyjna pomiędzy profesjonalistami medycznymi a pacjentami, w sposób szczególnie czyni świadczenia zdrowotne kategorią usług, w której to podaż kreuje popyt, a nie odwrotnie. Na pewno po części tak jest, choćby ze względu na wchodzenie do użytku nowych technologii, dzięki którym we współczesnym świecie można przeprowadzać liczne, wcześniej niedostępne badania diagnostyczne, które mogą ułatwić postawienie diagnozy. Kiedy dostęp do nich jest łatwy, a pacjenci nie mają bariery zakupu, choćby w sytuacji kiedy są ubezpieczeni i nie ponoszą kosztów badania czy konsultacji, pojawia się problem nadużywania świadczeń – przez te osoby, które, z punktu widzenia wiedzy medycznej, nie potrzebują ich. W warunkach asymetrii informacyjnej pomiędzy lekarzem a pacjentem, ten pierwszy, wchodząc w rolę tzw. agenta interesów pacjenta, niejako w jego imieniu decyduje, czy dane badanie należy wykonać. Pacjent nieposiadający wiedzy z zakresu medycyny, pozbawiony jest zatem możliwości oceny, czy przeprowadzenie badania ma uzasadnienie, czy też nie. Wychodząc z założenia, że lekarze działają etycznie i nigdy nie kierują się własnym interesem finansowym, ale wyłącznie dobrem pacjenta, nawet w sytuacji kiedy są opłacani za każde zrealizowane świadczenie, można uznać, iż każde zlecone przez nich badanie lub zabieg zawsze mają uzasadnienie medyczne. Niestety, z obserwacji prowadzonych na całym świecie wynika, że duża część wykonywanych świadczeń zdrowotnych nie ma de facto uzasadnienia medycznego¹²⁰. Przyczyną ich realizacji w większości przypadków nie jest nieetyczne postępowanie lekarzy, ale brak obowiązujących standardów postępowania opartych na faktach (*Evidence Based Medicine*) lub brak systemów informatycznych wspomagających lekarzy w podejmowaniu decyzji terapeutycznych lub eliminujących zlecenie badań, które zostały

już wykonane, a ich wyniki są aktualne. Polski system ochrony zdrowia m.in. z tych dwóch przyczyn jest wysoce nieefektywny.

W sytuacji, kiedy świadczenia zdrowotne są dostępne dla pacjentów bez ich bezpośredniego udziału w kosztach leczenia, a płatnikiem za nie jest ubezpieczyciel lub inny płatnik – tzw. płatnik trzeciej strony (w przypadku Polski Narodowy Fundusz Zdrowia), dostępność do świadczeń jest w dużo większym stopniu zależna od środków finansowych, jakimi dysponuje płatnik. **We współczesnym świecie płatnicy za świadczenia zdrowotne, zwłaszcza płatnicy działający w systemach powszechnych**, tj. społecznych ubezpieczeń zdrowotnych lub dysponujący określoną pulą środków na zdrowie pochodzących z budżetu państwa (np. brytyjski NHS lub departamenty zdrowia samorządu terytorialnego w krajach skandynawskich), **swoje zadania jako ubezpieczyciele realizują poprzez tzw. strategie podażowe**. Ich celem jest **aktywne kupowanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z priorytetami będącymi odzwierciedleniem polityki zdrowotnej**. Strategie te mają w jak największym stopniu służyć zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych populacji ubezpieczonych. **W sytuacji, kiedy dochodzi do nierównowagi pomiędzy potrzebami a możliwościami ich zaspokojenia, płatnik staje przed dylematem, czy można zwiększyć nakłady na zakup świadczeń, czy też zmuszony jest wprowadzić racjonowanie dostępu do świadczeń**. Jeśli przez tryb realizacji świadczeń lub negocjacje dużych wolumenów zakupów można uzyskać niższą cenę pojedynczego świadczenia, płatnik w dalszym ciągu może realizować swoją misję i zaspokajać potrzeby zdrowotne ubezpieczonych. Często jest to jednak bardzo trudne, czy wręcz niemożliwe (np. w sytuacji niedoszacowania rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń, z jaką niewątpliwie w wielu przypadkach mamy do czynienia w Polsce) albo wymaga długiego czasu na dostosowanie się świadczeniodawców do nowych warunków kontraktowania. W takich okolicznościach, jeśli nie ma możliwości zwiększenia nakładów na zakup świadczeń przez zwiększenie przychodów płatnika (uwolnienie posiadanych rezerw, zwiększenie wysokości składki społecznego ubezpieczenia zdrowotnego czy uzyskanie dodatkowych środków z innego źródła, np. dotacji budżetu państwa), stosuje się dwa rozwiązania – wpływ na popyt bądź racjonowanie podaży. W zależności od rodzaju świadczeń zdrowotnych i ich wagi dla zdrowia populacji, **najczęściej stosowanym narzędziem, którym wpływa się głównie na nieuzasadniony medycznie popyt na świadczenia, a w długim okresie także na zachowania prozdrowotne ubezpieczonych, jest wprowadzenie udziału własnego pacjentów w kosztach leczenia**. Przybiera ono różne postacie – najczęstszą jest współpłatność

¹²⁰ Thomson Reuters Report, 2009.



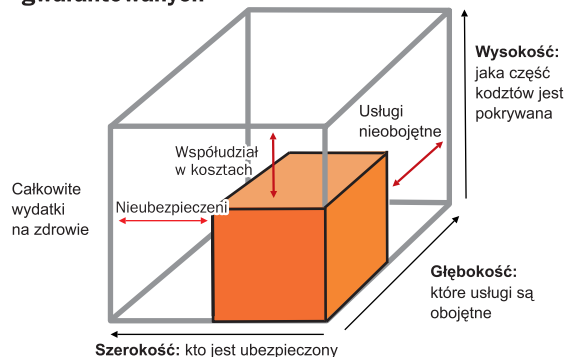
za niektóre świadczenia zdrowotne, na ogół częste i tanie, z których korzystanie uzależnione jest od stylu życia i zachowań prozdrowotnych. Jest to na ogół stała kwota ryczałtowa (ang. co-payment) lub, rzadziej, stały procent ceny (co-insurance), najczęściej od 20 do 50% ceny świadczenia. Taki model współpłaty za świadczenia obowiązuje od dziesięcioleci we Francji, a w wielu krajach europejskich jest stosowany niemal wyłącznie w odniesieniu do rynku leków. M.in. dzięki niemu francuski system opieki medycznej jest nazywany systemem „bez kolejki”, co nie znaczy, że jest on wolny od tak istotnej wady, jaką jest generowanie deficytu dla płatnika publicznego i budżetu państwa. Inną, rzadziej stosowaną, formą udziału własnego, jest zachowany udział własny w postaci franszyzy, tj. ponoszonego przez pacjenta rocznego limitu kosztów, po którego przekroczeniu obowiązek płatności przejmują na siebie ubezpieczyciel. W Europie takie rozwiązania są stosowane w przypadku świadczeń ambulatoryjnych w Holandii i Szwajcarii, a w przypadku leków np. w Danii. **Środki finansowe, jakich płatnik nie wydaje na ambulatoryjne leczenie najczęstszych chorób, dzięki stosowanemu udziałowi własnemu pacjentów w ich kosztach, może przeznaczyć na zakup większej liczby tych świadczeń, które są ważne z punktu widzenia priorytetowych potrzeb zdrowotnych dla całej populacji.** Jest to praktyczna realizacja nowoczesnej strategii popytowej płatników, określanej mianem aktywnego zakupu. W ten sposób mogą oni zapewnić lepsze leczenie poważnych chorób, które wymagają kosztownej diagnostyki lub hospitalizacji.

W sytuacji, kiedy obie potencjalnie możliwe opcje – zwiększenie przychodów oraz ograniczenie popytu poprzez wprowadzenie współpłaty za niektóre świadczenia - nie są realizowane, jedynym narzędziem, jakie pozostaje płatnikowi, aby nie wygenerować deficytu w swoim budżecie, jest limitowanie dostępu do świadczeń. W ten sposób, przy nieadekwatności koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, zarówno w wymiarze jego głębokości i szerokości (patrz rysunek), do wysokości środków finansowych na ich zakup, dochodzi do pogłębiania się nierównowagi pomiędzy potrzebami zdrowotnymi, a stopniem ich zaspokajania. **Niestety, od wielu lat z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia w Polsce.**

Głównym problemem z dostępnością do świadczeń, na który zwracają uwagę zarówno pacjenci, jak i lekarze, są kolejki do większości konsultacji specjalistycznych, a także wielu badań diagnostycznych czy zabiegów. Jest to także główna przyczyna rosnącego niezadowolenia Polaków z obec-

nego systemu ochrony zdrowia. Wg badań CBOS¹²¹ z marca 2012 roku **aż 81% Polaków wyraża niezadowolone z opieki zdrowotnej.** Jest to najgorszy wynik od 2001 roku, przy czym (co warto podkreślić), osób, które swoje niezadowolone określają mianem „zdecydowane” jest aż 41%, wobec 26% zdecydowanie niezadowolonych w styczniu 2001 roku. Porównanie tych dwóch pomiarów jest o tyle ważne, że daje obraz oceny publicznej w momencie, jak się wydawało wówczas, szczytowego niezadowolenia Polaków z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej finansowanego wcześniej przez samodzielne regionalne kasy chorych oraz obecnie przez scentralizowany Narodowy Fundusz Zdrowia. Złe oceny opinii publicznej o systemie wyrażone przed 12 laty, przyczyniły się do zmiany modelu płatnika z regionalnego na silnie scentralizowanego. Porównanie ocen Polaków z tych dwóch okresów wydaje się świadczyć, że **istota problemów opieki zdrowotnej nie leży wyłącznie w modelu płatnika, ale w tym, jak system ten jest zorganizowany i w jakim stopniu zaspokaja potrzeby zdrowotne polskich pacjentów.** Można wręcz wysnuć wniosek, że regionalna struktura płatnika o większej autonomii, dysponującego mniejszymi środkami publicznymi w stosunku do aktualnie pozostających w gestii oddziałów wojewódzkich NFZ, przy wszystkich niedoskonałościach znanych nam z lat 1999-2003, przynosiła mniejsze niezadowolone niż obserwowane obecnie. Wydaje się, że warto brać to pod uwagę przy formułowaniu propozycji ewentualnych zmian systemowych, związanych z płatnikiem świadczeń zdrowotnych.

Rysunek 11. Wymiary koszyka świadczeń gwarantowanych



Źródło: Sequence HC Partners, S. Bogusławski, W.P. Kalbarczyk, Z. Tytko, Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków, PIU, INFARMA, 2011, s. 25

Niestety, na tle większości krajów UE, Polska charakteryzuje się wysokim poziomem niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Potwierdzają to dane Eurostatu z lat 2009 i 2010. Znając obecne realia,

¹²¹ CBOS, Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, Warszawa, marzec 2012.

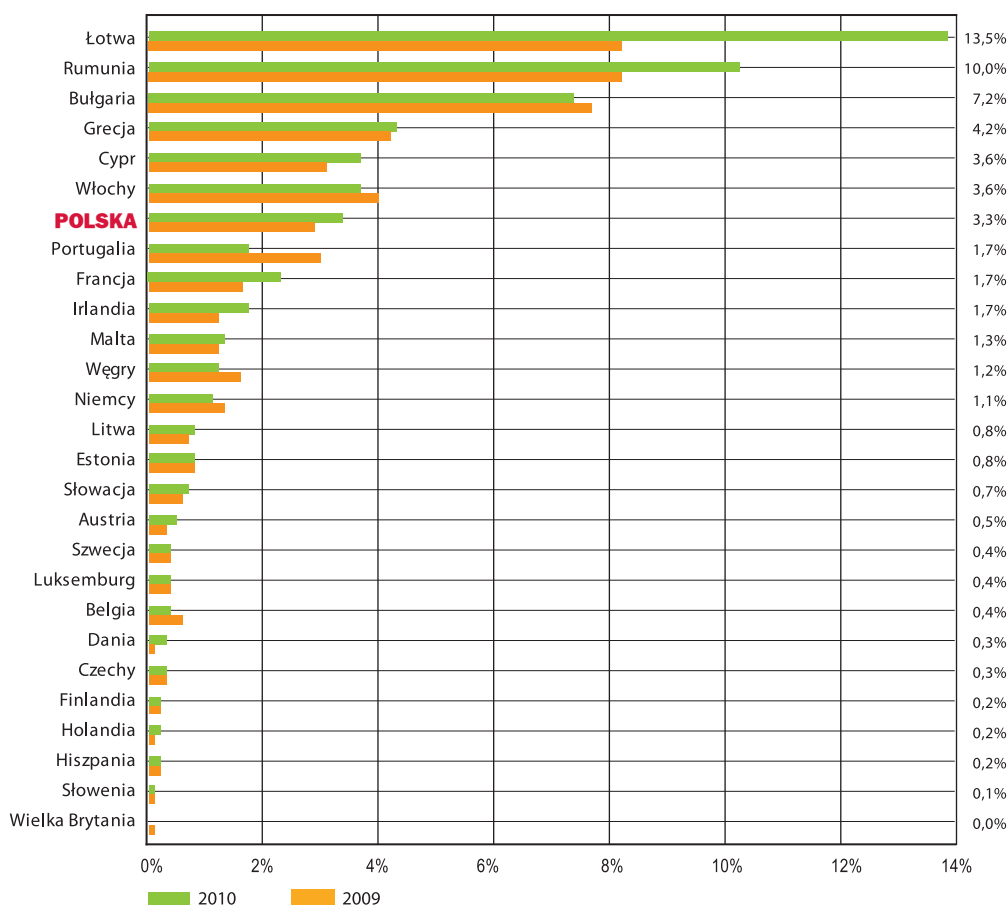


a więc 3-4 lata późniejsze w stosunku do prezentowanych porównań międzynarodowych, kiedy kolejki do wielu świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych wydłużyły się jeszcze bardziej, z dużą dawką prawdopodobieństwa można powiedzieć, że odsetek osób deklaruujących niezaspokojenie swoich potrzeb zdrowotnych lub niezadowolenie z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jeszcze wzrósł. Wobec obiektywnych danych o długości kolejek do wielu świadczeń zdrowotnych, poziomu odpłatności za leki na rynku aptecznym czy dostępu do innowacyjnych terapii lekowych przez polskich pacjentów, prezentowanych zarówno przez NFZ, jak i licznych ekspertów ochrony zdrowia, trudno o inne oceny. Nie są dostępne obiektywne dane dotyczące poziomu niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych Polaków, ale wydaje się, co jest prezentowane w Załączniku nr 1 do raportu, że wielotygodniowe, a nierzadko nawet wielomiesięczne kolejki do kardiologów, neurologów czy operacyjnego leczenia zaćmy świadczą o tym, że skala tego szkodliwego zjawiska jest duża. Z tego powodu pono-

simy ogromne koszty społeczne i gospodarcze. **Dlatego kluczowym celem jakichkolwiek zmian organizacyjnych i finansowych, które miałyby być wprowadzane w polskim systemie opieki zdrowotnej, winno być skrócenie kolejek i zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych.**

Wielkość nakładów na zdrowie mierzonych procentowym udziałem wydatków na ten cel w produkcie krajowym brutto, sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc zarówno wśród krajów OECD, jak i UE. **Ok. 7% PKB, jakie wydaje się w Polsce na zdrowie, licząc łącznie wydatki publiczne (ok. 5% PKB) oraz wydatki prywatne (ok. 2% PKB), nie pozwala na satysfakcjonujące zaspokojenie potrzeb zdrowotnych Polaków.** Oprócz tego, organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce nie sprzyja efektywnemu wykorzystaniu posiadanych zasobów, co dotyczy zarówno sektora publicznego, jak i – w mniejszym stopniu – sektora prywatnego. Przyczyn tego stanu jest wiele i są one złożone, ale mimo to można je sprowadzić do jednego mianownika – **traktowanie sektora publicznego i prywatnego opieki zdrowotnej jako**

Wykres 48. Odsetek osób deklaruujących niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia w krajach Europy.



Źródło: Wojtyński B.; Goryński P.; Moskaiewicz B.; Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 335; NIZP-PZH 2012; za Eurostat 2010.



rozdzielnych silosów działających niezależnie od siebie, już dawno straciło sens. Sektory te przenikają się wzajemnie, głównie ze względu na korzystanie z tych samych zasobów ludzkich, a także z powodu nieuzasadnionego ekonomicznie konserwowania zasady, że podmioty publiczne finansowane z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, posiadając niewykorzystane zasoby, nie mogą świadczyć usług komercyjnie. Sytuacja ta powoduje, że przy niezaspokojeniu potrzeb zdrowotnych pacjentów w ramach środków publicznych oraz braku warunków prawnych sprzyjających rozwojowi masowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, polscy pacjenci zmuszeni są albo czekać na świadczenia zdrowotne w wielotygodniowych lub nawet wielomiesięcznych kolejkach, by zrealizować swoje prawo do leczenia w ramach środków publicznych, albo – nie chcąc tracić cennego zdrowia w kolejce – płać za realizację tych świadczeń w sektorze prywatnym. Problem z nieefektywnością systemu jako całości polega na tym, że w systemie prywatnym pacjenci płać pełną cenę świadczenia z własnej kieszeni, w najbardziej nieefektywny ekonomicznie sposób, jakim jest płacenie za każdą usługę, podczas gdy w przypadku pośrednictwa płatnika instytucjonalnego, jakim jest ubezpieczyciel, płaciliby wyłącznie składkę zdrowotną. Drugim problemem nieefektywności systemowej jest niskie wykorzystanie zasobów sprzętowych, jakie są do dyspozycji, zarówno w systemie publicznym, jak i prywatnym. **Wydaje się, że wobec rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne związane ze starzeniem się ludności Polski oraz wyzwaniem, jakie stają przed nami w zakresie ich finansowania, kwestia efektywności wykorzystania wszelkich zasobów będzie zyskiwała na znaczeniu, niezależnie od tego, czy będziemy mówić o zasobach publicznych, czy prywatnych.**

W tym kontekście ważne jest wprowadzenie regulacji prawnych dotyczących dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, zdecydowanie o ich roli i miejscu w systemie opieki medycznej lub nawet szerzej: opieki zdrowotnej. Może to być bowiem źródłem dodatkowego finansowania zarówno świadczeń zdrowotnych, jak i opiekuńczych, a także innych usług związanych ze zdrowiem. Przy regulacjach sprzyjających ich masowości ubezpieczenia te mogą być dostępne dla większości Polaków.

Dostęp do leczenia chorób oczu związanych z wiekiem przykładem niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków w podeszłym wieku

Zaćma jest jednym z najczęstszych problemów okulistycznych na świecie – odpowiada za 33% przypadków upośledzenia widzenia. Nieleczona prowadzi do stopniowego pogarszania się wzroku, aż do całkowitej ślepoty. W Polsce poziom dostępności do leczenia zaćmy jest przykładem skrajnego niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych rosnącej populacji pacjentów. Według WHO aż w 51% przyczyną ślepoty jest właśnie zaćma, kolejnymi przyczynami są jaskra (8%) i choroby siatkówki (6%) – zwyrodnienie plamki związane z wiekiem i retinopatia cukrzycowa. Na to poważne powikłanie cukrzycy i utratę wzroku w jej wyniku szczególnie narażeni są mieszkańcy krajów wysoko rozwiniętych. AMD to choroba, która jest odpowiedzialna za poważną utratę ostrości wzroku u osób powyżej 50. r.ż., i której najgroźniejsza postać wysiękowa, stanowiąca 10-15% ogółu przypadków, w aż 80% przypadków prowadzi do utraty wzroku. W opinii ekspertów WHO, w skali globalnej można zapobiec nawet 85% przypadków zaburzeń widzenia¹²².

Problem utraty wzroku dotyczy mieszkańców krajów, w których istnieje ograniczony dostęp do leczenia. W przypadku zaćmy jedyną skuteczną metodą jest jej chirurgiczne usunięcie. Zabieg ten jest nieskomplikowany, charakteryzuje się wysoką skutecznością oraz dużym poziomem bezpieczeństwa dla pacjenta.

Przeprowadzone analizy wskazują, że zapewnienie dostępności do skutecznego leczenia tych chorób w Polsce już obecnie pozostawia wiele do życzenia. Skala niezaspokajania potrzeb zdrowotnych, przy dziś szerszym zbyt niskim finansowaniu ze środków publicznych i organizacji systemu opieki medycznej, będzie nieuchronnie narastać, aż do poziomu, który przesunie Polskę od standardów leczenia tych chorób w Europie w kierunku krajów rozwijających się. Szczegółowe dane dotyczące dostępności do leczenia zaćmy oraz AMD w oparciu o dane z NFZ znajdują się w Załączniku nr 1 do raportu. Prezentuje on stan kolejek do konsultacji okulistycznych, oddziałów okulistycznych, operacji zaćmy na dzień 31 marca 2013 roku wraz z omówieniem. Prezentowane dane świadczą o głębokim niezaspokojeniu potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia okulistycznego i znacznych różnicach dostępności leczenia pomiędzy województwami. **Różnice w dostępności do świadczeń istnieją w wielu krajach w Europie, ale wydaje się, że przypadku Polski są one zbyt duże.** W opinii ekspertów okulistyki¹²³ ich przyczyną są zbyt znaczące różnice pomiędzy wysokością środków przeznacza-

¹²² Visual impairment and blindness, Factsheet, World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html>.

¹²³ J. Wilczyńska, S. Bogusławski, R. Plisko, Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa, Patronat Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Sequence HC Partners, HTA Consulting, 2012.





nych na leczenie okulistyczne w poszczególnych województwach.

W tej chwili w przeciętnie dwuletnich kolejkach do zabiegów leczenia zaćmy czeka ok. 440 tys. pacjentów. Długość kolejek nie jest spowodowana brakiem zasobów kadrowych lub sprzętowych. Polska ma 139 oddziałów okulistycznych z 3270 łózkami¹²⁴. Na milion mieszkańców Polski przypada 111 lekarzy – dużo więcej niż w Holandii czy Belgii, ale to w Polsce istnieje problem dostępności do operacyjnego leczenia zaćmy. W naszym kraju w roku 2011 przeprowadzono 4 469 zabiegów operacyjnego usunięcia zaćmy na milion mieszkańców, podczas gdy średnia liczba takich zabiegów w EU już w 2008 roku wynosiła 7 652 na 1 mln mieszkańców¹²⁵. **Głównym powodem są niskie publiczne nakłady na okulistykę i limito-**

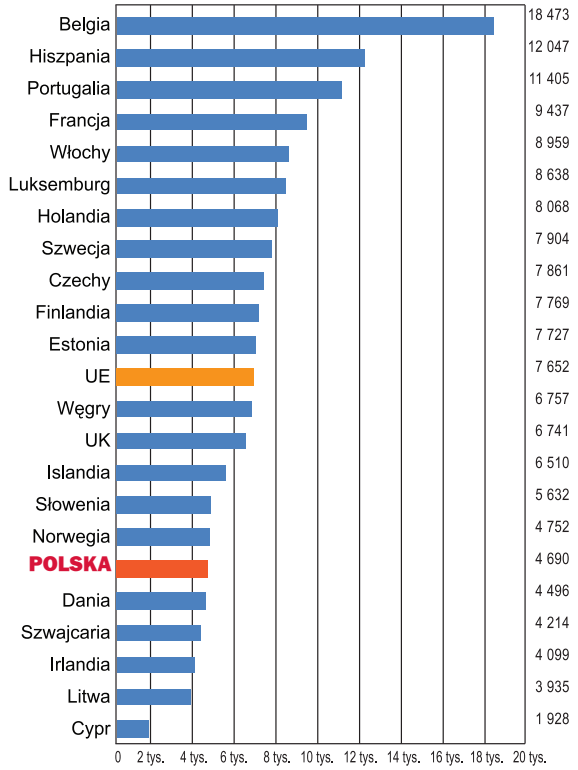
wanie dostępu dla pacjentów do tej jedynej skutecznej procedury leczenia zaćmy.

W latach 2009 - 2012 w Polsce przeprowadzano za ledwie ok. 170 tys. zabiegów leczenia zaćmy rocznie. Co roku następuje minimalny wzrost, ale poziom 179 tys. operacji osiągnięty w roku 2012 jest daleki od potrzeb. W okresie od 2008 do 2012 liczba operacji zaćmy na 1 mln mieszkańców zwiększyła się z 3509 do 4496¹²⁶, ale mimo to w kolejkach do tej procedury na koniec 2012 czekało już 388 tys. osób. Liczba nowych chorych, którzy zgodnie z danymi o zachorowalności kwalifikowali się w samym roku do operacji zaćmy, wynosiła już ponad 1,16 mln. Wynika z tego, że rozbieżność pomiędzy zachorowalnością na zaćmę, tj. liczbą osób, u których w Polsce corocznie rozwijająca się zaćma kwalifikuje je do operacji, liczbą pacjentów zgłaszających do leczenia, a liczbą wykonywanych zabiegów w ciągu roku, już obecnie osiągnęła tak duże rozmiary, że rozładowanie tego wciąż narastającego problemu społecznego wymaga podjęcia natychmiastowych decyzji i działań.

Tabela 8. Liczba okulistów na milion mieszkańców		
Państwo	Liczba okulistów	Liczba okulistów na milion mieszkańców
Unia Europejska	41 244	82
Austria	800	96
Belgia	926	87
Bułgaria	862	113
Cypr	65	82
Czechy	1 150	110
Dania	450	82
Estonia	130	97
Finlandia	571	107
Francja	7 000	112
Niemcy	6 638	81
Grecja	2 000	178
Węgry	1 064	106
Irlandia	170	38
Włochy	4 074	68
Łotwa	252	111
Litwa	350	104
Luksemburg	50	102
Malta	21	51
Holandia	916	56
Polska	4 219	111
Portugalia	734	69
Rumunia	1 029	48
Słowacja	370	68
Słowenia	158	78
Hiszpania	3 305	72
Szwecja	740	80
Wielka Brytania	3 200	52

Źródło: Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa; s.17-18; Sequence HC Partners, HTA Consulting 2012; za Resnikoff 2012

Wykres 49. Liczba zabiegów usunięcia zaćmy na 1 mln mieszkańców w różnych państwach w 2008 roku (dane dla Polski dla 2012 roku).



Źródło: Opracowanie własne za Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa; s.24; Sequence HC Partners; HTA Consulting 2012; za OECD; za NFZ (liczba operacji zaćmy w 2012 r.); za GUS (ludność Polski w 2012 r.).

¹²⁴ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r., GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm (12.08.2013).

¹²⁵ Wilczyńska J., Bogusławski S., Plisko R., op. cit.

¹²⁶ Dane NFZ i GUS



W dalszej części raportu przedstawione są propozycje rozwiązań, które należy wziąć pod uwagę. Wielkość problemu wskazuje na to, że działania, które trzeba podjąć, dotyczą kwestii wielkości nakładów ze środków publicznych na leczenie zaćmy, ale także organizacji opieki okulistycznej w Polsce, trybu realizacji zabiegów oraz udziału pacjentów w kosztach wszczepianych soczewek.

AMD – zwyrodnienie plamki związane z wiekiem

Jak napisano już wcześniej, AMD to jedna z częściej występujących chorób siatkówki prowadzących po 50. roku życia do pogorszenia ostrości wzroku. Szacuje się, że po 70. roku życia choroba ta dotyka ok. 30% osób, przy czym częściej chorują kobiety. U kobiet powyżej 75. r.ż. dwa razy częściej występują zmiany początkowe AMD i aż siedem razy częściej zmiany zaawansowane niż u mężczyzn w tym samym wieku. Grupą szczególnie narażoną na rozwój AMD są osoby palące tytoń, chore na nadciśnienie, z podwyższonym poziomem cholesterolu i otyłe. Jest to więc choroba związana z wiekiem oraz stylem życia. Dieta zalecana jako profilaktyka pierwotna AMD oraz korzystna dla pacjentów z tą chorobą powinna zawierać antyoksydanty – luteinę i zeaksantyny, które są naturalnymi barwnikami plamki żółtej, witaminę C i E oraz składniki mineralne, takie jak cynk i selen, a także wielonienasycone kwasy tłuszczowe z rodziny omega-3 (WNKT omega-3), zwłaszcza kwas dokozaheksaenowy (DHA), występujące w dużych ilościach w tłuszczu głębinowych ryb morskich¹²⁷.

Problem z leczeniem AMD w Polsce będzie się nasilał wraz ze starzeniem się ludności. Co prawda mniej dramatycznie niż w przypadku zaćmy (patrz dalej – prognozy do roku 2035), co nie znaczy, iż wolno nam go bagatelizować. Nielezione AMD (ok. 85-90% to postać sucha, 10-15% postać wysiękowa) nieuchronnie pogarsza ostrość widzenia, a tym samym samodzielność i jakość życia, a w przypadku postaci wysiękowej

Tabela 9. Zachorowalność na zaćmę jako odsetek nowych kwalifikacji do zabiegu w okresie roku w poszczególnych grupach wiekowych populacji Polski

Wiek [w latach]	Odsetek populacji Polski kwalifikujący się do zabiegu usunięcia zaćmy w okresie roku
1-18	0,01%
19-40	0,03%
41-60	0,40%
61-80	2,75%
>80	4,40%

Źródło: Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa; s.10; Sequence HC Partners, HTA Consulting 2012

nawet w bardzo krótkim czasie doprowadza do trwałej utraty wzroku. Obecnie liczbę chorych na AMD w Polsce szacuje się na ok. 1,2 mln osób, w tym 10-15% to osoby z destrukcyjną postacią wysiękową. Rocznie przybywa około 100 tys. nowych chorych (12-15 tys. z postacią wysiękową). Prognozy demograficzne przewidujące wydłużenie średniego czasu życia wskazują, że liczba chorych na AMD w Polsce w 2020 roku zwiększy się nawet do 2 mln. Przyjmując, że 85% osób z nieleczonym wysiękowym AMD traci widzenie w chorym oku w okresie od 1 roku do 2 lat, można obliczyć, że w Polsce z tego powodu ok. 100 tys. osób nie widzi na jedno oko. Po odliczeniu ok. 5-10% leczonych, wciąż pozostaje przynajmniej 90 tys. osób tracących wzrok. Z uwagi na to, że wystąpienie wysiękowego AMD w drugim oku w ciągu 5 lat dotyczy 30% chorych, liczba osób z obuoczną ślepotą może wzrastać o ponad 10 tys. rocznie. Oprócz tego szacuje się, że sucha postać AMD może skutkować znacznym pogorszeniem widzenia u ok. 10 tys. osób. **Ekspert okulistyki alarmują, że bez podjęcia działań na szeroką skalę w zakresie profilaktyki chorób siatkówki – AMD, DME oraz ROV – skala problemu pogarszania się wzroku Polaków będzie narastać.** Warto mieć jednocześnie świadomość, że Polacy w dużej mierze bagatelizują ryzyko wystąpienia u nich chorób siatkówki mogących prowadzić do poważnych zaburzeń widzenia. Potwierdzają to badania, wg których aż 88% Polaków nie

Tabela 10. Liczba zabiegów usunięcia zaćmy finansowanych ze środków publicznych, według zastosowanej procedury w latach 2009-2012

Kod procedury	Metoda leczenia	Typ zaćmy	Kod procedury	Liczba zabiegów			
				2009	2010	2011	2012
B12	emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	powikłana	B12	52 955	54 574	56 700	59 900
B13		niewpowikłana	B13	107 256	106 388	108 701	112 298
B14	inna metoda niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	powikłana	B14	3 124	2 381	2 017	1 721
B15		niewpowikłana	B15	4 570	3 266	2 754	2 425
RAZEM				167 905	166 609	170 172	176 344

Źródło: opracowanie własne za NFZ

¹²⁷ Dane NFZ i GUS



Tabela 11. Zabiegi usunięcia zaćmy finansowane ze środków publicznych, według wieku pacjentów w latach 2009-2012					
Wiek pacjenta	Kody procedur	% zabiegów			
		2009	2010	2011	2012
Do 18 lat	B12, B13, B14, B15	0%	0%	0%	0%
19-40 lat	B12, B13, B14, B15	1%	1%	1%	1%
41-60 lat	B12, B13, B14, B15	12%	12%	11%	10%
61-80 lat	B12, B13, B14, B15	67%	66%	66%	66%
80 lat i więcej	B12, B13, B14, B15	20%	21%	22%	23%
	RAZEM	100%	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne za NFZ

wie, że należy do grupy narażonych na choroby siatkówki lub twierdzi, że do niej nie należy¹²⁸.

Dzięki zastosowaniu innowacyjnego leczenia, AMD nie musi prowadzić do ślepoty. W przypadku wysiękowej postaci AMD polega ono na iniekcji do-
szklistkowej anty-VEGF. W ramach procedury JGP iniekcje te są finansowane przez NFZ ze środków publicznych, ale ze względu na nieadekwatne do potrzeb kwoty przeznaczane na zakup tych świadczeń, dostępność do leczenia jest bardzo ograniczona.

Według sprawozdań świadczeniodawców do NFZ wynika, że przypadku potwierdzenia (po wielomiesięcznym oczekiwaniu na pierwszą konsultację w po-

radni okulistycznej), że przyczyną zaburzeń ostrości wzroku pacjenta jest wysiękowa postać AMD, w 7 województwach świadczeniodawcy raportują Funduszo-
wi, że stan choroby nie kwalifikuje się, aby zapisać chorych do kolejki do leczenia AMD jako przypadki pilne. W województwach tych bowiem nie ma kolejek dla takich przypadków, a wszystkie, i jest ich stosun-
kowo dużo, są kwalifikowane do kolejki jako przypadki stabilne. Trudno jednak jednoznacznie powiedzieć, co to w rzeczywistości oznacza – czy to, że istnieje na-
tychmiastowa dostępność, czy też to, że w danym mo-
mencie nie ma przypadków pilnych. Powodem trud-
ności w interpretacji takich danych może być błędne raportowanie do NFZ lub niewłaściwe kwalifikowanie chorych przez świadczeniodawców. **Ekspert** z za-
kresu okulistyki podkreślają, że rzeczywista skala zapotrzebowania na leczenie AMD jest większa, niż wynikająca z raportów świadczeniodawców. Długość kolejki dla przypadków stabilnych wskazuje, że ze względu na wysoki koszt leczenia wysiękowej postaci AMD, mimo wskazań, wszystkich pacjentów kwalifikuje się jako przypadki stabilne. Badania pa-
cjentów z AMD wskazują, że ok. 30% z nich leczy się prywatnie, co może oznaczać, że robią to ze względu na trudności z dostępem do szybkiego leczenia ratują-
cego ich przed utratą wzroku¹²⁹. Szczegółowe dane do-
tyczące dostępności do leczenia AMD w rozbiciu na województwa znajdują się w Załączniku nr 1 do rapor-
tu. Skala problemu dostępności do leczenia AMD nie jest tak dramatyczna jak w przypadku zaćmy, ze względu na niższą zachorowalność. Niemniej, z uwagi na fakt, że nieleczone AMD nieuchronnie prowadzi do utraty wzroku, zasługuje na większe niż dotychczas fi-
nansowanie, zmniejszające skalę kosztów pośrednich i strat społecznych, będących skutkiem ślepoty.

Wydaje się, że mając świadomość rosnącego za-
grożenia chorobami siatkówki starzejącej się ludności

Wykres 50. Świadomość Polaków zagrożenia wystąpieniem chorób siatkówki.

Czy Pan/Pani osobiście należy do osób zagrożonych wystąpieniem w przyszłości chorób siatkówki oka?



Źródło: Opracowanie własne za A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka: s. 20; Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki związanego w Wiek AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011, za TNS

¹²⁸ A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki związanego w Wiek AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011.

¹²⁹ A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki związanego w Wiek AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011.



Polski oraz wynikających z tego następstw w postaci bardzo wysokich kosztów pośrednich tych chorób (o czym pisaliśmy wcześniej w pierwszej części raportu), słusznym jest postulat lekarzy okulistów, aby jak najszybciej podjąć intensywne działania profilaktyczne i prewencyjne w postaci:

- szerokiej akcji edukacyjnej (w szczególności w mediach) nt. chorób siatkówki – szczególnie AMD, DME, RVO, zagrożeń z nimi związanych, możliwości wykrycia i leczenia,
- wprowadzenia do algorytmu badań prowadzonych przez lekarza rodzinnego (pierwszego kontaktu) obowiązku podstawowego badania okulistycznego osób po 40. roku życia, ukierunkowanego na diagnostykę AMD, a także retinopatii cukrzycowej (DME) oraz groźnych powikłań nadciśnienia tętniczego (RVO),
- wprowadzenia obowiązkowego (np. połączonego z badaniami medycyny pracy, a finansowanego przez NFZ) badania okulistycznego raz na 3 lata dla osób po 45. roku życia, raz na 2 lata po 55. roku życia i raz na rok dla osób po 65. roku życia lub wprowadzenia obowiązku proponowania pacjentom takiego badania.

Działania te, prowadzone konsekwentnie, w dłuższym okresie powinny skutkować mniejszą dynamiką wzrostu zachorowalności, szybszą diagnostyką i wdrażaniem leczenia, które w najbliższych dziesięcioleciach może uratować wzrok tysiącom Polaków. Zwiększenie dostępnej puli środków publicznych, jakie można uzyskać dzięki lepszej organizacji systemu ochrony zdrowia i redukcji liczby szpitali (patrz dalej),

powinno pozwolić na zakup przez Narodowy Fundusz Zdrowia dodatkowych świadczeń okulistycznych, w tym tych innowacyjnych terapii, które w istotny sposób przyczyniają się do jakości leczenia i życia chorych z AMD, DME i RVO.

2.2. Co nas czeka – prognozy

Przeprowadzane analizy dostępności do świadczeń zdrowotnych w Polsce wskazują, że już od kilku lat można obserwować wydłużające się kolejki do leczenia operacyjnego zaćmy. Rosnąca liczba placówek, w których zabiegi te można wykonać, nie pociąga za sobą istotnie większego poziomu finansowania ze strony NFZ, a tym samym liczby przeprowadzanych operacji. Nie skraca więc czasu oczekiwania na zabiegi. Ponieważ zaćma to choroba, której częstość jest ściśle skorelowana z wiekiem, a punktem wyjścia do sformułowania propozycji zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest starzenie się ludności, uznaliśmy, że dla zobrazowania skali problemów, z jakimi możemy mieć do czynienia, warto przeprowadzić stosowne prognozy. Dodatkowym argumentem przemawiającym za tym był fakt, że w wielu porównaniach międzynarodowych przypadek zaćmy przywoływany jest jako przykład na niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych

Tabela 12. Kolejka oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy w ramach finansowania publicznego – prognoza scenariuszowa na lata 2012–2035

Scenariusz	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Liczba chorych – cała populacja (stan na 31.12 danego roku) [w tys.]													
Scenariusz 1	1 164	1 269	1 378	1 490	1 607	1 727	1 852	1 979	2 110	2 241	2 374	2 506	
Scenariusz 2	1 164	1 265	1 367	1 470	1 574	1 679	1 785	1 891	1 999	2 107	2 214	2 320	
Scenariusz 3	1 164	1 265	1 367	1 469	1 570	1 672	1 775	1 877	1 979	2 081	2 181	2 279	
Liczba nowych kwalifikacji do zabiegów													
Scenariusze 1-3	269	276	282	288	294	301	307	312	318	322	325	328	
Liczba pacjentów oczekujących w kolejce NFZ (stan na 31.12 danego roku) [w tys.]													
Scenariusz 1	388	452	499	553	614	675	736	799	865	931	997	1 063	
Scenariusz 2	388	452	496	545	599	653	704	758	812	866	919	973	
Scenariusz 3	388	452	496	544	598	650	699	751	802	853	903	952	
Czas oczekiwania na zabieg w kolejce NFZ [w dniach]													
Scenariusz 1	509	597	689	754	827	911	992	1 070	1 151	1 233	1 312	1 390	
Scenariusz 2	509	583	661	706	755	810	861	908	957	1 007	1 057	1 107	
Scenariusz 3	509	583	661	701	745	794	839	880	922	963	1 004	1 044	
Liczba zabiegów finansowanych ze środków publicznych [w tys.]													
Scenariusz 1	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	
Scenariusz 2	179	183	188	192	197	201	205	209	213	216	218	220	
Scenariusz 3	179	183	188	194	200	205	211	216	221	225	229	232	

Źródło: Wyliczenia własne w oparciu o dane NFZ, GUS, Sequence HC Partners i HTA Consulting



Polaków. Prognozy przygotowano w oparciu o dane z NFZ oraz prognozę GUS ludności Polski do roku 2035. Zawierają one scenariusze możliwego rozwoju sytuacji w zakresie leczenia zaćmy w Polsce. Są one szczegółowo przedstawione w Załączniku nr 2 do raportu. Poniżej znajduje się ich skrócone podsumowanie wraz z najważniejszymi wnioskami i rekomendacjami.

Scenariusz 1

Założenie poziomu finansowania pozwalającego utrzymać stałą, roczną liczbę zabiegów usunięcia zaćmy na poziomie z roku 2012 (ok. 179 tys.).

Utrzymanie stałej, rocznej liczby zabiegów usunięcia zaćmy na poziomie z roku 2012 powoduje systematyczne wydłużanie się kolejki oczekujących do ok. 0,87 mln pacjentów w roku 2020 i 1,88 mln w roku 2035. W konsekwencji czas oczekiwania na zabieg w latach 2012–2035 wzrasta ponad czterokrotnie: z 510 do 2240 dni.

Scenariusz 2

Stopniowe zwiększanie liczby przeprowadzanych zabiegów usunięcia zaćmy przy jednoczesnym utrzymaniu się ich liczby w odniesieniu do poszczególnych grup wiekowo-płciowych nie powoduje zahamowania zjawiska narastania kolejki, tylko spowolnienie tempa wzrostu liczby pacjentów oczekujących. Liczba pacjentów nadal będzie rosła, z powodu

różnicy pomiędzy liczbą przeprowadzanych zabiegów, a liczbą nowych kwalifikacji. W 2020 roku kolejka oczekujących wydłuży się do ok. 0,81 mln pacjentów, a czas oczekiwania wzrośnie do ok. 960 dni, natomiast w 2035 roku wartości te wyniosą odpowiednio 1,6 mln i ok. 1600 dni.

Scenariusz 3

Scenariusz zakłada coroczne zwiększanie budżetu (jak w scenariuszu 2) oraz liczby operacji wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia (obecnie w wycenach NFZ są one o 10% tańsze od operacji wykonywanych w trybie stacjonarnym). Założono, że w 2015 roku NFZ przeznaczy 25% swojego budżetu na zakup operacji zaćmy w ramach chirurgii jednego dnia, co w efekcie da ponad 27% operacji wykonywanych w tym trybie. Przy dalszej corocznie zwiększanej puli operacji w trybie chirurgii jednego dnia, w tempie 5%-6% do roku 2025, wydatki na zabiegi realizowane w tym trybie będą stanowiły 80% budżetu.

Prognoza ta pokazuje, że liczba wykonywanych zabiegów i tak będzie dalece niewystarczająca w porównaniu z potrzebami i nie zabezpieczy to przed wzrostem długości kolejki. Liczba pacjentów nadal będzie rosła, z uwagi na różnicę pomiędzy liczbą przeprowadzanych zabiegów, a liczbą nowych kwalifikacji. W 2020 roku kolejka oczekujących wydłuży się do ok. 0,8 mln pacjentów, a czas oczekiwania wzrośnie do ok. 920 dni, natomiast w 2035 roku wartości te wyniosą odpowiednio ok. 1,53 mln i ok. 1460 dni.

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	2 638	2 771	2 903	3 036	3 171	3 307	3 443	3 580	3 717	3 855	3 994	4 132
	2 426	2 531	2 636	2 741	2 846	2 952	3 057	3 163	3 268	3 373	3 477	3 581
	2 376	2 472	2 567	2 663	2 759	2 855	2 952	3 048	3 145	3 241	3 336	3 432
	331	333	336	338	341	344	347	351	355	359	363	367
	1 130	1 196	1 262	1 329	1 396	1 464	1 532	1 600	1 669	1 738	1 807	1 877
	1 026	1 078	1 130	1 183	1 236	1 288	1 341	1 394	1 446	1 499	1 551	1 603
	1 001	1 048	1 096	1 144	1 192	1 240	1 288	1 337	1 385	1 433	1 481	1 528
	1 467	1 544	1 619	1 700	1 779	1 855	1 927	1 995	2 061	2 123	2 183	2 240
	1 156	1 205	1 253	1 301	1 347	1 391	1 432	1 470	1 505	1 537	1 567	1 595
	1 082	1 119	1 162	1 203	1 244	1 282	1 318	1 351	1 382	1 410	1 436	1 461
	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179
	222	223	225	227	229	231	233	236	239	242	245	248
	236	239	240	242	245	247	250	253	256	259	262	265



Na podstawie symulacji przeprowadzonych w scenariuszach zamieszczonych w załączniku nr 2 jasno widać, że jedynym sposobem na rozwiązanie problemu niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia zaćmy jest zwiększenie środków publicznych przeznaczanych na jej operację.

Wydaje się, że w tej chwili nie ma już jednego prostego rozwiązania tej bardzo skomplikowanej sytuacji, a jednoczesowe wdrożenie wszystkich trzech proponowanych zmian być może przyczyni się do jej rozwiązania..

Zakładając, że istniałaby wola stosunkowo szybkiego rozwiązania problemu dostępności do leczenia zaćmy i rozwiązania go już w 2014 roku, a więc wykonania takiej liczby operacji, która zlikwiduje aktualne kolejki, niezbędne byłoby wykonanie 936 tys. zabiegów. Wiazałoby się to z wydatkami ok. 3 mld zł. Gdyby również, poczynwszy od 2015 roku, wprowadzić w Polsce standardy leczenia zaćmy, jakie są zastosowane w Anglii¹³⁰, gdzie przy 53,1 mln obywateli przeprowadza się około 337 tys. operacji finansowanych ze środków NHS, a średni czas oczekiwania na zabieg wynosi 65,2 dnia, to należałoby wykonać w Polsce 241,7 tys. zamiast 192,1 tys. zabiegów (z prognozy autorów raportu na rok 2015). Oznaczałoby to konieczność wydania na operacje kwoty 780 mln zł zamiast 620 mln zł – czyli niezbędne byłoby podniesienie budżetu na leczenie zaćmy o 26%. Ta prosta symulacja pokazuje, jak bardzo niedofinansowaną dziedziną jest w Polsce leczenie zaćmy i jak dużo większe środki byłyby potrzebne w celu zaspokojenia tej tak bardzo istotnej potrzeby zdrowotnej starszej generacji Polaków. Trzeba jednak pamiętać, że wyliczenia autorów raportu zostały przeprowadzone z wykorzystaniem poziomu cen za operacje usunięcia zaćmy stosowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2012 roku.

Z danych z Załączników nr 1 oraz nr 2 wynika, że aby w ciągu najbliższych kilku lat w istotny sposób zmniejszyć skalę problemu dotyczącego niedostępności do operacyjnego leczenia zaćmy, do systemu ochrony zdrowia w Polsce należy wprowadzić zmiany regulacyjne, które pozwolą na:

- istotne zwiększenie finansowania ze środków publicznych,
- dopuszczenie możliwości współfinansowania zabiegu przez pacjenta w ramach świadczenia opłacanego przez NFZ, np. w zakresie wyboru soczewek,
- większy udział zabiegów z wykorzystaniem soczewek korygujących wady wzroku, których wybór byłby powiązany z prawem wyboru pacjenta i ew. dopłatą z jego środków własnych lub poprzez system dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Zdając sobie sprawę z dotychczasowych oporów przed wprowadzeniem w Polsce maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania na zabiegi planowe, wydaje się jednak, że realizacja praw zawartych w Konstytucji RP oraz ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wymaga wprowadzenia takiego standardu do polskiego prawa. **W przypadku operacji zaćmy, proponowany przez ekspertów z dziedziny okulistyki bezpieczny czas oczekiwania na zabieg osób kwalifikowanych jako przypadek stabilny nie powinien być dłuższy niż 6 miesięcy¹³¹.** Wydaje się także, że **formułując standard o maksymalnym dopuszczalnym czasie dostępności do operacji zaćmy, warto jednocześnie rozszerzyć prawa pacjentów o możliwość dokonania wyboru soczewki, która będzie wszczepiana podczas zabiegu.** Soczewka monofokalna, zdaniem lekarzy powinna pozostać standardem w procedurze w ramach świadczenia finansowanego przez NFZ, a soczewki multifokalne i toryczne powinny być dostępne przy możliwości dopłaty pacjenta¹³². W związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi NFZ, ale także ze względu na europejskie trendy w kwestii realizacji konsumenckich praw pacjentów, wybór soczewki i dopłata pacjenta powinna pokrywać różnicę między kosztem standardowej, wewnątrzgałkowej soczewki monofokalne a kosztem soczewki zaawansowanej technologicznie, bez jednocześniej utraty prawa do refundacji kosztów podstawowej procedury usunięcia zaćmy. Wydaje się, że **to pacjent powinien decydować, czy poddając się operacji chce, by dzięki dopłacie z własnej kieszeni za sprawą wszczepienia soczewki wewnątrzgałkowej korygującej krótkowzroczność móc w przyszłości nie korzystać z okularów, czy też woli mieć wszczepioną soczewkę monofokalną i dokonać zakupu okularów korekcyjnych.** Dopuszczenie współpłacenia za soczewki nie prowadzi do żadnych dodatkowych kosztów ani dla płatnika publicznego, ani dla pacjentów, którzy nie życzą sobie skorzystania z bardziej zaawansowanych technologicznie soczewek. Z takiego prawa na powyższych zasadach korzystają pacjenci z Holandii, Czech, Turcji i Niemiec¹³³. Wierzymy, że **upowszechnienie świadomości, iż nieleczona zaćma, prowadząc do znacznego ograniczenia widzenia, a nawet ślepoty osób w wieku senioralnym, ogromnych problemów, kosztów społecznych i gospodarczych, wsparta prezentowanymi w raporcie wnioskami z prognoz demograficznych i potrzeb zdrowotnych starzejącej się populacji Polaków, przyczyni się do uznania zaćmy za jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych, w ramach tworzenia oraz póź-**

¹³⁰ Hospital Episode Statistics: Admitted Patient Care 2011-12 Summary Report; Hospital Episodes Statistic; NHS 2012.

¹³¹ J. Wilczyńska, S. Bogusławski, R. Plisko, Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa, Patronat Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Sequence HC Partners, HTA Consulting, 2012.

¹³² Ibidem.

¹³³ Ibidem.





niejszej realizacji priorytetów polityki zdrowotnej państwa, związanej z polityką senioralną.

Wydaje się, że całościowe spojrzenie na problem dostępności leczenia zaćmy w Polsce może uchronić Narodowy Fundusz Zdrowia przed niekontrolowanym wpływem środków na leczenie zaćmy do sąsiadujących z Polską krajów EU. W Czechach i na Słowacji, w związku z wejściem w życie pod koniec października 2013 roku dyrektywy unijnej „Pacjenci bez granic”, tuż przy przejściach granicznych uruchamiano centra medyczne, specjalizujące się w operacjach zaćmy. Zabiegi wykonywane w trybie chirurgii jednego dnia są tańsze niż w Polsce (kosztują ok. 2400 zł), a w cenie, oprócz samego zabiegu, oferowany jest transport z miejsca i do miejsca zamieszkania w promieniu do 100 km od granicy. Co prawda, polskie Ministerstwo Zdrowia nie przygotowało na czas przepisów dostosowujących polskie prawo do wymogów tej dyrektywy unijnej, to jednak trudno sobie wyobrazić, że skoro prawo UE w zakresie wolności wyboru miejsca leczenia gwarantuje możliwość korzystania z niego na terenie całej Unii Europejskiej z gwarancją zwrotu kosztów leczenia do wysokości ponoszonych przez płatnika publicznego w kraju stałego zamieszkania pacjenta, to obywatel Polski będzie miał to prawo ograniczone. Wg danych z 31 marca 2013 roku, raportowanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia przez świadczeniodawców, w kolejkach do operacji zaćmy w województwach graniczących z Czechami i Słowacją czekało ok. 150 pacjentów, a czas oczekiwania na zabieg w województwie dolnośląskim sięgał 870 dni. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że bez istotnych zmian w zakresie wysokości finansowania oraz organizacji dostępu do leczenia zaćmy w Polsce, w kolejnych latach coraz większa liczba polskich pacjentów może zdecydować się na taki zabieg w sąsiadujących krajach. Na pewno będzie to dla nich korzystne rozwiązanie, ale warto odpowiedzieć sobie na pytanie, czy będzie ono równie korzystne dla polskiego systemu opieki zdrowotnej.

2.3. Co możemy zmienić i jakie przyniesie to rezultaty – prognozy

Wobec trudnej sytuacji, jakiej będziemy musieli stawić czoła w nieodległej przyszłości, konieczne jest podjęcie konkretnych, odważnych, czasami niepopularnych działań, dotyczących różnych elementów systemu ochrony zdrowia. Jednym z wymagających szczególnie pilnych zmian jest sektor szpitalny, którego rozwój obecnie nie jest przez nikogo koordynowany. Sytuacja ta owocuje dużym przerostem bazy łóżkowej w stosunku do potrzeb, olbrzymimi dysproporcjami regionalnymi w zakresie liczby łóżek i dostępnych urządzeń medycznych oraz rosnącym zadłużeniem szpitali. Obszar ten jest szczególnie wart zainteresowania, ponieważ przeznaczane są na niego największe środki finansowe.

Działania restrukturyzacyjne w sektorze szpitalnym muszą być prowadzone w sposób metodyczny, w oparciu o logiczne, obiektywne i przejrzyste zasady oraz w sposób skoordynowany z innymi elementami systemu ochrony zdrowia. Punktem wyjścia powinna być tu analiza potrzeb zdrowotnych populacji Polski teraz i w przyszłości oraz analiza istniejącej bazy szpitalnej. Najistotniejsze ustalenia powinny dokonywać się pomiędzy wszystkimi interesariuszami w duchu demokratycznej debaty publicznej, w oparciu o merytoryczne argumenty i z dążeniem do osiągnięcia konsensusu. Podejmując restrukturyzację szpitali, powinno się uwzględnić ich znaczenie nie tylko dla pacjentów, ale także dla lokalnych społeczności, ponieważ szpitale to niejednokrotnie jedni z większych pracodawców w regionach. Muszą więc być zaplanowane odpowiednie środki na przekwalifikowanie czy też przesiedlenie pracowników z rejonów, gdzie będą zamykane szpitale, a lokalne społeczności powinny uzyskać wsparcie państwa oraz Unii Europejskiej dla rozwoju nowych miejsc pracy.

Szczególnie ważna jest koordynacja restrukturyzacji szpitali ze zmianami w obszarze POZ i AOS, bowiem lepiej działająca ambulatoryjna opieka medyczna będzie redukowała zapotrzebowanie na usługi szpitalne. By tego dokonać, niezbędna jest zmiana systemu wynagradzania. Obok dotychczasowego systemu kapitacyjnego, w POZ powinien zostać wprowadzony system płacenia za rezultaty, przynajmniej w odniesieniu do opieki nad pacjentami przewlekłe chorymi. Proces leczenia chorób przewlekłych winien być realizowany przez zespoły, w których skład obok lekarzy, wchodziłyby pielęgniarki, rehabilitanci, dietetycy i edukatorzy zdrowia. Na szczególne miejsce w takim podejściu, z powodu powszechności występowania, zasługują: cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, POCHP, a także choroby mózgu, głównie demencja i niektóre choroby psychiczne.

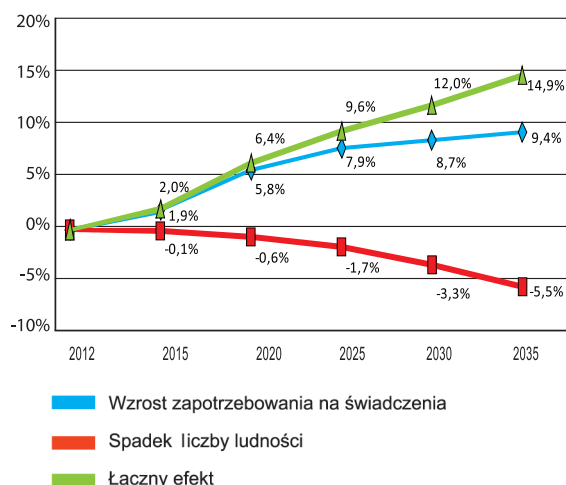


2.4. Zmiany demograficzne a zapotrzebowanie na świadczenia i środki finansowe na leczenie

W latach 2012-2035, zgodnie z prognozą GUS populacja Polski spadnie o 5,5%. W tym samym czasie popyt na świadczenia finansowane ze środków publicznych istotnie wzrośnie, bo aż o 9,4%, co wynika z naszej prognozy zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Łączny efekt tych dwóch zjawisk wyniesie w 2035 roku aż 14,4%. Wyliczenia autorów raportu zostały przeprowadzone w oparciu o otrzymane z NFZ szczegółowe dane na temat konsumpcji poszczególnych świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2012 w podziale na grupy wiekowo-płciowe oraz szczegółową prognozę demograficzną GUS do roku 2035.

Mamy więc do czynienia z sytuacją, kiedy więcej świadczeń będzie konsumowanych przez mniej niż obecnie Polaków i równocześnie zmniejszy się odsetek ludności zawodowo czynnej, co spowoduje konieczność większego obciążenia pracy składką na ubezpieczenie zdrowotne. W prognozie przyjęto scenariusz status quo, nie uwzględniając zmian, jakie powinny się dokonać w polskiej ochronie zdrowia, aby wydawane pieniądze dawały lepszy efekt. Gdyby je uwzględnić, zapewne sytuacja przedstawiałaby się o wiele bardziej optymistycznie. Dodatkowo założono, że poziom zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków jest taki sam jak obecnie.

Wykres 51. Zmiana liczby ludności Polski oraz zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w latach 2012-2035.



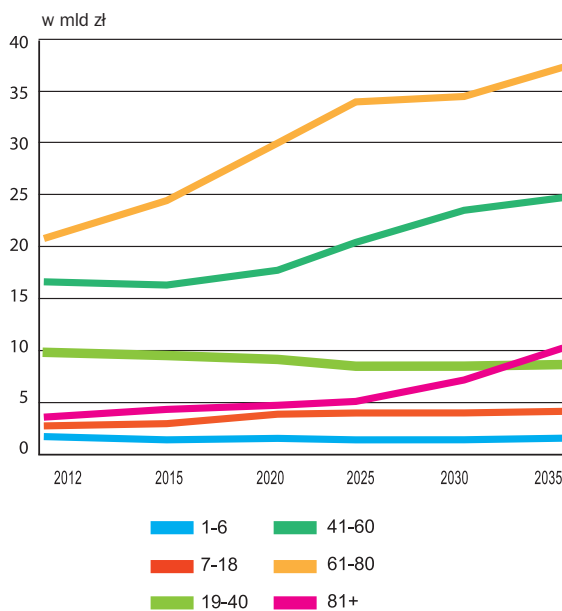
Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne z wykorzystaniem danych NFZ i GUS.

Przedstawione wyżej dane odnoszą się jedynie do konsumpcji świadczeń. Jednak gdy weźmie się pod uwagę środki publiczne niezbędne do zakupu tych

świadczeń, sprawa przedstawia się zdecydowanie mniej optymistycznie. Rozbieżność pomiędzy liczbą osób uprawnionych do świadczeń a wydatkami, jakie należy ponieść na ich leczenie na poziomie aktualnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, wyniosłaby ok. 60%, zamiast 14,9%, jak na wykresie powyżej.

W oparciu o dane pochodzące z NFZ oraz dane GUS, przy założeniu bardzo niewielkiej inflacji medycznej, przekraczającej o 1,5 pp. inflację CPI (*Consumer Price Index*), zostały wyliczone prognozy nakładów na zdrowie ponoszonych ze środków NFZ. Zgodnie z nimi, do 2035 roku wydatki te wzrosną aż o ok. 52%. Można obrazowo powiedzieć, że przy założeniu tego samego poziomu wynagrodzeń i siły nabywczej złotówki, budżet NFZ powinien zwiększyć się z ok. 60 mld zł w 2012 roku do ok. 91 mld w 2035 roku, przy mniejszej niż obecnie liczbie osób pracujących.

Wykres 52. Wydatki na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ (w mld zł) w latach 2012-2035 w podziale na grupy wiekowe.



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne z wykorzystaniem danych NFZ i GUS.

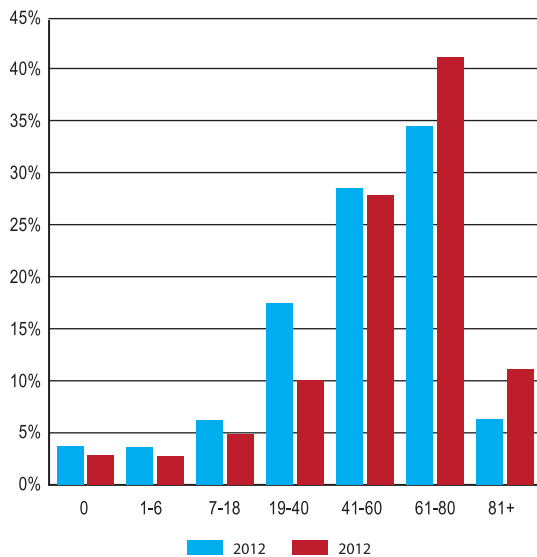
Wydatki na zdrowie różnią się w poszczególnych grupach wiekowych. Największymi konsumentami świadczeń są i nadal pozostaną grupy wiekowe 61-80 oraz 41-60, które w 2012 roku pochłaniały odpowiednio 34% i 28% budżetu NFZ. Ich wartościowy udział w konsumpcji świadczeń zdrowotnych w roku 2035 będzie wynosił 41% i 28%. Grupy wiekowej 81+ będzie dotyczył znaczny wzrost udziału w budżecie NFZ z 7% w 2012 roku do 12% w 2035 roku. Duży spadek udziału w konsumpcji środków NFZ nastąpi w grupie wiekowej 19-40: z 17% do 10%.

Jeżeli chodzi o wydatki w ujęciu grup świadczeń, największe będą ponoszone na świadczenia szpitalne, a budżet na nie wzrośnie z obecnych 31 mld zł do pra-





Wykres 53. Alokacja środków NFZ w 2012 i w 2035 roku na poszczególne grupy wiekowe wyrażona procentem budżetu.



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne z wykorzystaniem danych NFZ i GUS.

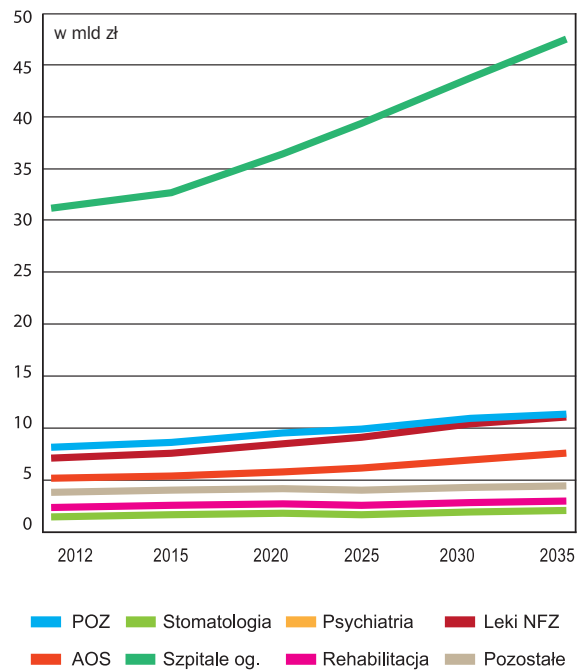
wie 48 mld zł. Kolejne miejsca pod względem wielkości wydatków zajmują wydatki na POZ (w 2012 i 2035 roku odpowiednio 7,6 mld zł i 11 mld zł), refundacja leków przez płatnika publicznego (w 2012 i w 2035 roku odpowiednio 6,8 mld zł i 11,1 mld zł) oraz AOS (w 2012 i w 2035 roku odpowiednio 5,1 mld zł i 7,5 mld zł).

Należy podkreślić, że wyżej wymieniona alokacja środków odnosi się do scenariusza status quo. Działania optymalizujące polski system ochrony zdrowia, które proponują autorzy we wcześniejszych częściach raportu, spowodują przesunięcie wydatków z lecznictwa szpitalnego na POZ, AOS i leki, z korzyścią dla pacjentów i państwa.

2.5. Potencjalne zmiany w obszarze szpitalnictwa

Jak to zostało już wcześniej wspomniane, obszarem szczególnie kosztochłonnym i wymagającym zasadniczej reorganizacji jest w Polsce szpitalnictwo. Boryka się ono z wieloma problemami, które w dużej mierze wynikają z przyczyn niezwiązanych z brakiem środków. Od 1999 roku nastąpił bezprecedensowy wzrost liczby hospitalizacji z 5,9 do 9 mln (z czego 8,2 mln stanowią ho-

Wykres 54. Wydatki na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ (w mld zł) w latach 2012-2035 w podziale na kategorie świadczeń.



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne z wykorzystaniem danych NFZ i GUS.

spitalizacje stacjonarne), przy równoczesnym spadku długości pobytu pacjentów w szpitalu z 9 do 5,5 dni i po okresowym wzroście, a następnie zahamowaniu poziomu wykorzystania łóżek z 72,2% do 67,3%.

Stosunkowo łatwo można wyjaśnić te zjawiska – dążenie do obniżania kosztów skłaniania szpitale do skracania długości pobytu, a opłata za hospitalizację powoduje tendencję do stałego zwiększania ich liczby. Przy tym wszystkim, nie zredukowano liczby łóżek szpitalnych. W związku z powyższym, poziom ich wykorzystania jest stosunkowo niski. A przecież już według opracowanego w 1999 roku przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia planu restrukturyzacji szpitali w Polsce, liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców miała wynieść na koniec 2005 roku 35¹³⁴, jednak wskaźnik ten wyniósł w rzeczywistości 51,8¹³⁵, a obecnie jest to 48,2¹³⁶. Biorąc pod uwagę fakt, iż około 2 mln obywateli Polski, w tym ok. 200 tys. dzieci, przebywa za granicą, wskaźnik ten powinien wynieść 50,8, co oznaczałoby wręcz niezauważalną zmianę w stosunku do roku 1999. Trzeba pamiętać, że niechęć do restrukturyzacji, która jest równoznaczna z redukcją łóżek, wynika z dążenia do

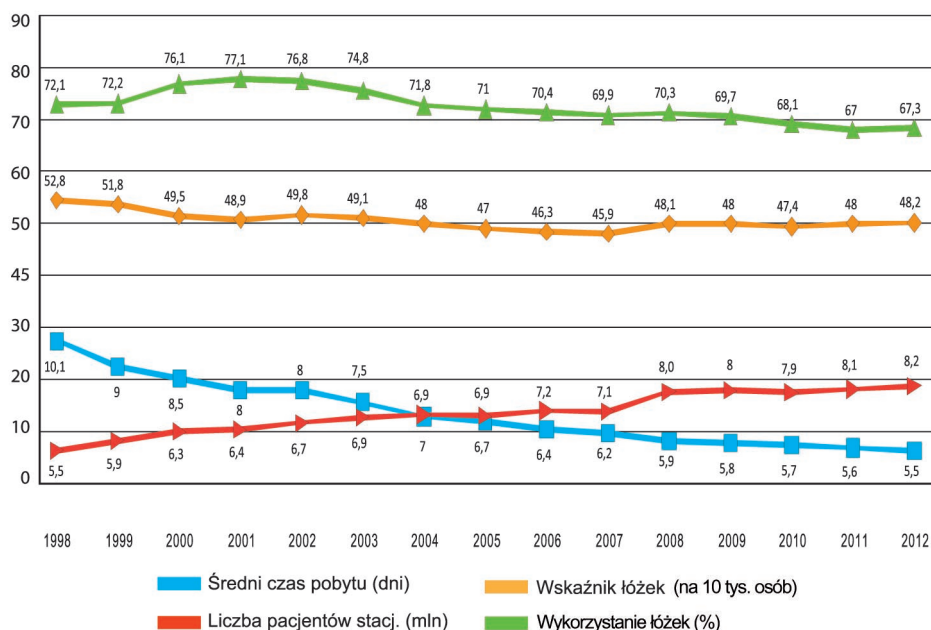
¹³⁴ A. Koronkiewicz, M. Miśkiewicz, M. Murkowski, Metodologia i planowane efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, 1999.

¹³⁵ Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2000.

¹³⁶ Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2013.



Wykres 55. Najważniejsze dane o szpitalach ogólnych w Polsce w latach 1998-2012.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia z lat 1999-2013.

utrzymania obecnego status quo przede wszystkim w zakresie zatrudnienia. W obecnej sytuacji, każdy szpital i jego organ założycielski chcą utrzymać aktualną liczbę łóżek. Jest to w pełni zrozumiałe, ze względu na fakt, że często szpital jest ważnym lub nawet najważniejszym pracodawcą w danym regionie. Wydaje się, iż jest to główną przyczyną kilku nieudanych prób kompleksowej restrukturyzacji przeprowadzanych już w przeszłości. Inicjatywy te nie przyniosły zakładanych rezultatów, w związku z czym zadłużenie nadmiernie rozwiniętego w stosunku do potrzeb sektora szpitali osiągnęło astronomiczną wartość ponad 10 mld zł.

Obecnie ani Ministerstwo Zdrowia, ani płatnik publiczny – NFZ – nie są wystarczająco silni, by poprzez stworzenie sieci szpitali albo poprzez politykę kontraktowania tylko z najlepszymi i potrzebnymi w danym rejonie szpitalami, wymusić restrukturyzację całego szpitalnictwa. Finansowana jest infrastruktura, a nie świadczenia, zaś pacjentom odbiera się możliwość wyboru (pieniądze nie idą za pacjentem, a dodatkowo pacjentom nie udostępnia się w sposób spójny i zobiektywizowany informacji o jakości i warunkach leczenia w poszczególnych szpitalach, aby mogli wybierać najlepszych świadczeniodawców). Obecnie wprowadzana koncepcja przymusowej komercjalizacji szpitali znajdujących się w najgorszej sytuacji finansowej, także spotyka się z dużym oporem. Podejście to odsuwa od rządzących problemy wynikające z roszczeń silnych grup zawodowych, bo o utrzymaniu się na rynku danego szpitala ma rozstrzygać nie decyzja Ministerstwa Zdrowia czy NFZ, ale „niewidzialna ręka rynku”. Trzeba sobie zdawać sprawę, że takie podej-

ście nie jest korzystne z punktu widzenia interesu publicznego, ponieważ prowadzi do nieskoordynowanej polityki inwestycyjnej, dalszego zadłużania się szpitali i ich organów założycielskich, które za wszelką cenę chcą utrzymać swoje szpitale. Wydaje się, że **komercjalizacja i inwestycje nieskoordynowane z planem potrzeb zdrowotnych nie zmienia rzeczywistości, bowiem i tak w przyszłości, w związku z ograniczonym popytem na hospitalizację i koniecznością ich racjonalizacji, część ze szpitali trzeba będzie zamknąć lub przekształcić w zakłady opieki długoterminowej. Brak racjonalnej polityki inwestycyjnej powoduje nadmiar łóżek i urządzeń w jednych rejonach, a ich niedobór w innych.** W ten sposób marnuje się miliardy złotych publicznych środków, które można by zainwestować lepiej, z korzyścią dla pacjentów. Dodatkowo, w obliczu trudnej sytuacji szpitali, dziwić może niesięganie po skuteczne możliwości redukcji kosztów, np. centra usług wspólnych, grupy zakupowe czy też inne, o czym była już mowa wcześniej. Działania te nie wiązałyby się przecież w najmniejszym nawet stopniu ze szkodą dla pacjentów. Wreszcie, brak gwarancji, że nawet najlepsi i najbardziej efektywni kosztowo świadczeniodawcy dostaną w kolejnych latach finansowanie ze środków publicznych, skutecznie odstrasza prywatnych inwestorów z obszaru szpitalnictwa (jak do tej pory nie udało się ani jedna inwestycja w szpitale w Polsce, realizowana w formule partnerstwa publiczno-prywatnego – PPP).

Wobec opisanego wyżej stanu rzeczy, autorzy niniejszego raportu zaproponowali kilka działań, mających na celu optymalizację wykorzystania leczenia szpitalnego z symulacją skutków ich wprowadzenia





w zakresie liczby łóżek szpitalnych. Zmiany zostały nałożone na prognozowane zmiany demograficzne i wzrost liczby hospitalizacji.

Zaproponowane działania polegałyby na¹³⁷:

- zmniejszeniu zapotrzebowania na hospitalizację o 10% (dzięki skuteczniejszej farmakoterapii – compliance i adherence, innowacyjnym lekom, poprawie efektywności POZ i AOS oraz realizacji programów zarządzania chorobami przewlekłymi),
- skróceniu średniego czasu pobytu pacjenta w szpitalu z obecnego 5,6 dnia do 4,8 dnia (czyli do poziomu z najlepszego pod tym względem województwa wielkopolskiego),
- wzroście wykorzystania łóżek z 67% do 80%,
- wzroście odsetka hospitalizacji dziennych z 8,4% do ok. 18%.

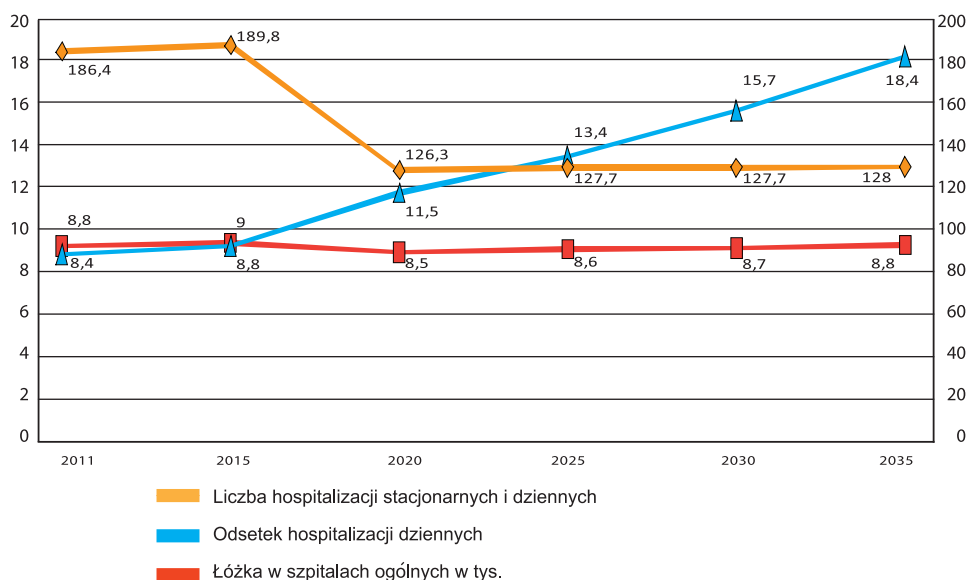
Kalendarium proponowanych zmian byłoby następujące:

- od 2015 roku doszłoby do stopniowego wzrostu odsetka hospitalizacji w trybie jednego dnia, przy czym poziom docelowy ok. 18% zostałby osiągnięty dopiero w 2033 roku,
- od 2016 do 2018 roku skróciłby się także średni czas hospitalizacji stacjonarnej, z 5,6 do 4,8 dnia,
- od 2016 roku nastąpiłby wzrost odsetka wykorzystania łóżek szpitalnych, z obecnych 67% do 80% w 2019 roku,
- od 2016 roku do 2020 roku następowałoby także systematyczne zmniejszenie liczby hospitalizacji – docelowo o 10% – wynikające z lepszej opieki ambulatoryjnej i skuteczniejszej farmakoterapii (lepszej dostęp-

ności do leków, tak generycznych, jak i innowacyjnych, a przede wszystkim compliance i adherence).

Zaproponowane zmiany przełożyłyby się na znaczną redukcję łóżek w szpitalach ogólnych, która dokonałaby się głównie w latach 2016-2020 i wyniosłaby około 61 tys., czyli około 33% obecnego stanu łóżek. Przy założeniu stanu zatrudnienia około 2 etatów na 1 łóżko, oznaczałoby to konieczność realokacji około 120 tys. pracowników. Obrazowo można by powiedzieć, że **doszłoby do zamknięcia czy też przekształcenia w zakłady opieki długoterminowej, 296 średniej wielkości szpitali** (średnia liczba łóżek w szpitalu ogólnym w 2012 roku wynosiła 207 łóżek). Proponowana stosunkowo szybka restrukturyzacja szpitali wynika z faktu, że dzięki takiemu podejściu, w znaczący sposób poprawiłaby się rentowność dociążonych szpitali i pojawiłaby się możliwość przesunięcia do lecznictwa ambulatoryjnego oraz opieki długoterminowej części pieniędzy przeznaczanych obecnie na lecznictwo szpitalne. Niezwykle istotnym elementem zmian byłaby obiektywna wycena świadczeń. Zabezpieczałaby ona przed zawyżaniem ceny jednych świadczeń, a zaniżaniem ceny innych, co ma miejsce obecnie i prowadzi do nadmiernej rentowności jednych i nierentowności innych świadczeń. W ramach restrukturyzacji powinno się uwzględnić konieczność redukcji w jednych, a wzrost liczby łóżek w innych specjalnościach. Do tej drugiej grupy można z pewnością zaliczyć łóżka geriatryczne, rehabilitacji poudarowej oraz rehabilitacji kardiologicznej, niezbędne z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych starzejącej

Wykres 56. Sugerowane zmiany w obszarze szpitalnictwa (do roku 2035).



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne z wykorzystaniem danych MZ.

¹³⁷ Dane historyczne dotyczą roku 2011 i pochodzą z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia wydanego w 2012 roku. Były to najbardziej aktualne dane podczas wykonywania obliczeń dotyczących łóżek szpitalnych.



się ludności Polski. Część redukowanych szpitali mogłaby zostać przekształcona w zakłady opieki długoterminowej, których aktualnie w Polsce jest zdecydowanie za mało.

W wyliczeniach nie zostało uwzględnionych kilka czynników, których włączenie do propozycji doprowadziłoby do jeszcze głębszej redukcji szpitali. Chodzi tu o spadek zapotrzebowania na świadczenia szpitalne, w związku ze skuteczną promocją zdrowia i profilaktyką, wysoce prawdopodobne nasilenie zjawiska emigracji, która spowoduje, że rzeczywista liczba mieszkańców w Polsce osób wymagających opieki medycznej będzie niższa od zakładanej, a także o 80% zaledwie docelowy wskaźnik wykorzystania łóżek. Wydaje się, że ze względu na **konserwatywne założenia i realistyczne cele ujęte w ramach prezentowanej symulacji, wyliczona redukcja łóżek szpitalnych jest możliwa do realizacji. Spowodowałaby ona polepszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, niezbędnych ze względu na zmieniające się potrzeby pacjentów.**

2. Cele i priorytety zdrowotne państwa – propozycje

Misją państwa, niezależnie od orientacji politycznej aktualnie rządzących, powinno być bezpieczeństwo i długookresowy dobrobyt jego obywateli. Jednym z jego kluczowych warunków, a jednocześnie elementarnym prawem człowieka, jest zdrowie i jego ochrona. Dlatego zdrowie obywateli i służąca mu polityka muszą być jednym z priorytetów demokratycznego państwa. Osiągnięcie tego celu jest niemożliwe, jeśli na ludzkie zdrowie patrzy się wyłącznie z perspektywy kosztów medycyny naprawczej, tj. walki z chorobami i poziomu wydatków na leczenie. Miara zaangażowania państwa w ochronę zdrowia nie może być osiągnięcie wyłącznie wysokiego procentowego udziału wydatków na medycynę naprawczą, mierzoną odsetkiem produktu krajowego brutto. **Ochrona zdrowia obywateli wymaga zgoła innego podejścia – długookresowego zaangażowania, wysiłku i współpracy różnych sektorów, które działają na wielu polach funkcjonowania społeczeństwa i państwa. Nie ulega kwestii, że rolę koordynatora takiego podejścia do realizacji celów może odgrywać wyłącznie dobrze zorganizowane i zarządzane państwo.** Państwo, które jest dobrem wspólnym jego obywateli, ponad partyjną polityką, gdzie zdrowie jako wartość uniwersalna dla wszystkich jest szanowane i chronione, a służąca mu polityka, dzięki wypracowanemu konsensusowi, jest długofalowa i stabilna. Autorzy raportu zdają sobie sprawę, że jest to bardzo duże i trudne wyzwanie, niemniej staranie się, aby mu sprostać, jest nie tylko ideą wartą rozważenia, ale – jak pokazują do-

bre doświadczenia innych państw i ich społeczeństw, a przede wszystkim wyzwania stojące przed Polską i Polakami – wręcz dziejową koniecznością.

Aby państwo mogło realizować swoją misję zapewnienia obywatelom bezpieczeństwa i dobrobytu, musi dążyć do realizacji kilku podstawowych celów. Wśród najważniejszych są: stabilny rozwój gospodarczy i rynek pracy uwzględniający konkurencyjność, efektywne zarządzanie finansami publicznymi oraz wyrównywanie nierówności społecznych i rozwijanie społeczeństwa obywatelskiego. Zdrowie, jako prawo człowieka i kluczowy fundament jego dobrostanu, jest podstawowym warunkiem pozwalającym na realizację wielu celów państwa

Wyzwania stojące przed Polską, ze względu na starzenie się ludności, jako wynik wydłużania się średniej długości życia, spadku liczby narodzin oraz emigracji ludności w wieku produkcyjnym, a tym samym depopulacji Polski, zmuszają nas do zmiany istotnych elementów dotychczasowej polityki. Koniecznym jest np. podnoszenie efektywności pracy, ale także wydłużenie okresu aktywności zawodowej i podniesienie wieku emerytalnego. Sprawą rangi interesu narodowego Polaków jest prowadzenie polityki prorodzinnej, sprzyjającej większej dzietności, ale także wchodzeniu na rynek pracy młodego pokolenia, które obecnie, w warunkach kryzysu gospodarczego, jest szczególnie narażone na bezrobocie oraz wszelkie wynikające ze tego negatywne skutki. Dobre zdrowie Polaków dzisiaj oraz w przyszłości jest jednym z podstawowych warunków konkurencyjności polskiej gospodarki. Dlatego ochrona zdrowia całego społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów nierówności w zdrowiu, jako kluczowy kapitał, którym dysponuje społeczeństwo, winna być traktowana jako jeden z najważniejszych priorytetów państwa i jego obywateli.

Świadomość wyzwań, jakie stoją przed Polską w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat, nakazuje autorom raportu sformułować propozycje i rekomendacje dotyczące polityki zdrowotnej, których wieloletnia i konsekwentna realizacja przyczyni się do wypełnienia misji i celów państwa oraz złagodzi negatywne skutki prognozowanych trendów demograficznych. Rekomendacje zdrowotne dla Polski:

1. Zdrowie ważnym elementem polityki wszystkich resortów i całego rządu.
2. Promocja zdrowego stylu życia, profilaktyka chorób cywilizacyjnych.
3. Podniesienie efektywności systemu opieki medycznej.
4. Integracja opieki medycznej z opieką społeczną.
5. Zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i swoich najbliższych oraz prawo wyboru standardu leczenia.
6. Partycypacja obywateli i interesariuszy systemu, dialog społeczny i silne przywództwo liderów warunkiem poprawy stanu zdrowia Polaków.



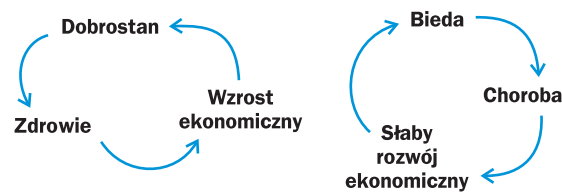


Dlaczego takie rekomendacje?

1. Zdrowie ważnym elementem polityki wszystkich resortów i całego rządu

W ocenie autorów raportu, na podstawie analizy dotychczasowych działań na polu ochrony zdrowia po 1989 roku, ale także wcześniej, przed rozpoczęciem transformacji systemowej w Polsce, zdrowie nie było i nie jest traktowane priorytetowo, zarówno przez państwo, jak i wielu obywateli. Potwierdzają to opinie zarówno wielu interesariuszy systemu ochrony zdrowia, jak i badania opinii publicznej. Tradycyjne podejście do zdrowia w Polsce – a więc czegoś, co się ma, a z czasem nieuchronnie traci – powoduje, że główny nurt postaw Polaków charakteryzuje się tym, że większość z nas raczej nie ceni zdrowia i interesuje się nim dopiero wtedy, kiedy jest ono mocno zagrożone. Nie ma w Polakach, co wynika z większości badań na temat zdrowia, postaw racjonalnego odruchu profilaktyki zdrowotnej¹³⁸. Podobnie jest z państwem. Na ochronę zdrowia od lat patrzy się w Polsce przez pryzmat kosztów medycyny naprawczej i złego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a tymczasem należy myśleć zgoła inaczej. **„Health is wealth” – zdrowie to drogocenny skarb, o który warto dbać jak o każdą wartościową rzecz otrzymaną w posiadanie tylko jeden raz na całe życie.** Wiele badań i zwykłe ludzkie obserwacje dowodzą, że zdrowie jest kapitałem, który może przynieść dobrostan i w konsekwencji dobrobyt, a choroba jako odwrotność zdrowia przynosi straty i w konsekwencji ubóstwo. Z drugiej strony: dobrobyt sprzyja zdrowiu, a bieda jest powodem wielu chorób.

Rysunek 12. Stan zdrowia a dobrostan i rozwój gospodarczy

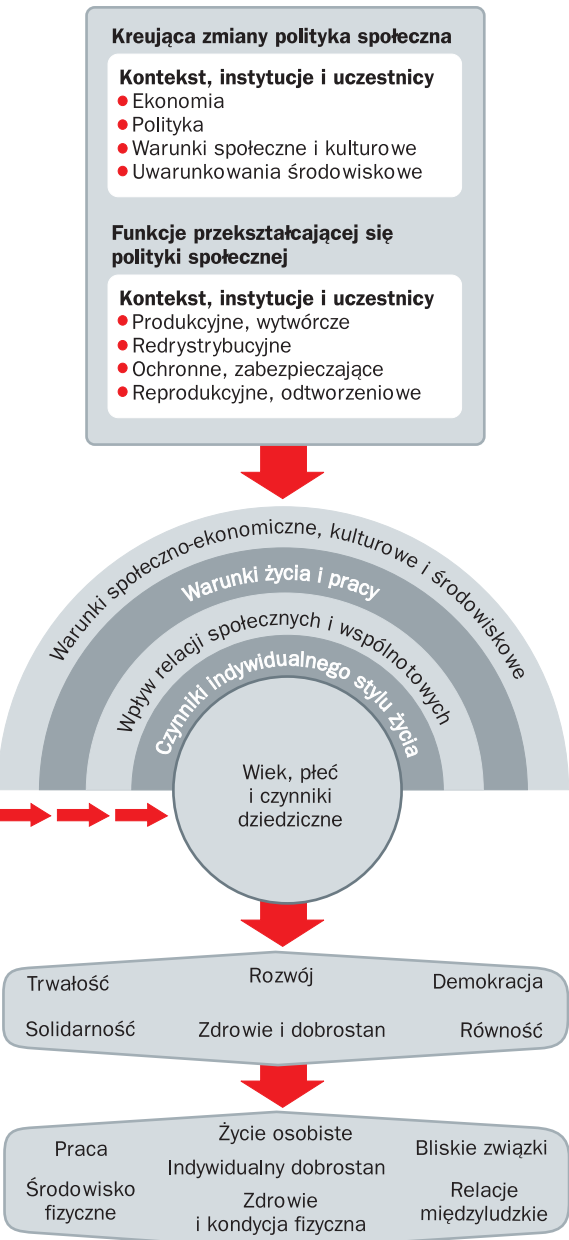


Źródło: opracowanie własne

W Polsce po 1989 roku wśród wielu polityków powszechnie zakorzeniony jest pogląd, że ochrona zdrowia jest kosztem i obciążeniem dla finansów publicznych. Tymczasem, jak pokazują doświadczenia oraz

coraz szybciej rozwijająca się ekonomika zdrowia, wydatki na zdrowie, a zwłaszcza jego ochronę, są opłacalną w długim okresie inwestycją. Sprowadzanie kwestii ochrony zdrowia wyłącznie do medycyny naprawczej oraz nakładów na leczenie jest błędem, za który płacimy wszyscy. Zdrowie na poziomie indywidual-

Rysunek 13. Polityka społeczna jako czynnik poprawiający zdrowie oraz dobrostan społeczeństwa i jednostki



Źródło: opracowanie własne za Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies, s. 48; Ministry of Social Affairs and Health; Finland, 2013

¹³⁸ T. Sobierajski, Społeczny obraz schorzeń siatkówki oka, w: A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwycięzcy Plamki związanej w Wiekem AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011, ss. 18-22.



nym jest na ogół wartością nieuświadomioną, ale na szczeblu państwa tak być nie może. Doświadczenia wielu krajów, które przeszły już ten etap rozwoju cywilizacyjnego, na jakim obecnie znajduje się Polska, pokazują, że traktowanie ochrony zdrowia jako kanonu wszystkich polityk przynosi dobre efekty: w postaci dłuższego życia w zdrowiu, mniejszej zachorowalności na różne choroby, obniżenia liczby wypadków czy wreszcie zmniejszenia przedwczesnej umieralności z powodu wielu chorób. „Health in All Policies” – Zdrowie we wszystkich politykach – w szczególności edukacyjnej, społecznej, gospodarczej czy pracy, a nie wyłącznie w polityce resortu zdrowia, to warunek podstawowy, aby doszło do rzeczywistej, tak potrzebnej Polakom, poprawy stanu ich zdrowia. **To polityka przez duże „P” – nie ograniczająca i dzieląca ze względu na partykularny interes partyjny czy jakiegokolwiek grupy interesów, ale łącząca wszystkich w zbiorowym interesie.**

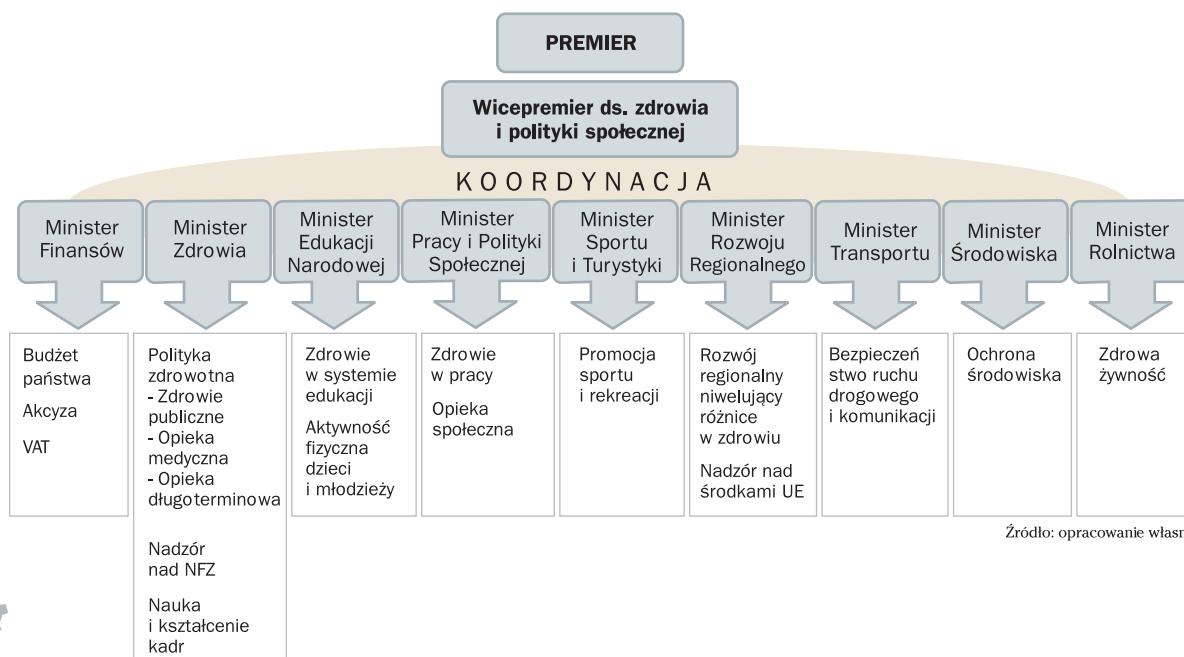
Zdrowie winno stać się ważnym elementem nowej polityki społecznej państwa, takiej, która będzie stymulowała społeczeństwo i jego instytucje do dbania o dobrostan społeczności oraz jednostek ją tworzących. Z zaznaczeniem, że zdrowie w takim rozumieniu oznacza nie tylko brak choroby, ale pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny tak pojedyn- cych ludzi, jak i całego społeczeństwa.

Aby tak się stało, konieczne jest wypracowanie długoterminowej strategii na rzecz zdrowia, jako kierunkowego programu rozwoju państwa. Dokument taki powinien powstać z udziałem liczego grona ekspertów ochrony zdrowia, zdrowia publicznego, epidemiologów, demografów, socjologów, ekonomistów, polityków społecznych, ekspertów strategicznego zarządzania i komunikacji społecznej, a także prawników, którzy w oparciu o bogatą dostępną wiedzę oraz doświadczenia międzynarodowe, opracują propozycje programu dla Polski na okres 8-10 lat. Dokument ten może powstać pod auspicjami prezydenta RP, marszał-

ka Sejmu lub prezesa Rady Ministrów, ale najważniejsze jest, by zawierał on program przyjęty ponad podziałami partyjnymi. **Program ten mógłby być zawarty w specjalnej ustawie, wraz z wieloletnim budżetem na jej realizację, która obligowałaby każdy rząd do konsekwentnego wykonywania zadań w niej zawartych.** Z licznych rozmów, jakie przeprowadzili autorzy tego raportu z politykami różnych opcji politycznych wynika, że **co do pryncypiów takiego programu i jego głównych kierunków może dojść do konsensusu – porozumienia ponad podziałami w interesie polskiej racji stanu.** Będą na pewno kwestie, takie jak indywidualna odpowiedzialność za zdrowie, współpłatność za niektóre świadczenia czy ograniczenie zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, które mogą być przedmiotem sporu pomiędzy reprezentantami różnych opcji politycznych. Niemniej, **wniesienie tych tematów do debaty społecznej oraz pokazanie opinii publicznej wszelkich za i przeciw oraz przedstawienie sytuacji, w jakiej się znajdujemy, powinno przyczynić się do znalezienia optymalnego akceptowalnego społecznie rozwiązania.** Ważnym elementem proponowanej przez nas strategii zdrowia dla Polski powinny być dwie ustawy – **ustawa o zdrowiu publicznym**, tak konieczna, a jednocześnie opóźniana od lat, a także **ustawa senioralna**, która stanie się filarem długoterminowej polityki zdrowotnej i społecznej dedykowanej rosnącej grupie osób w wieku senioralnym w Polsce.

Kluczowym czynnikiem sukcesu realizacji wszystkich powyższych rekomendacji jest włączenie do udziału w publicznej debacie o zdrowiu mediów, tak publicznych, jak i prywatnych związanych z wszelkimi opcjami ideologicznymi. Ich zaangażowanie powinno być konstruktywne i służące wyjaśnianiu społeczeństwu złożoności problemów związanych ze zdrowiem, z ukierunkowaniem na rzetelną informację opartą na faktach i wiedzy. Media mogą pomóc w zmianie nasta-

Rysunek 14. Koordynacja działań w zakresie implementacji zdrowia we wszystkich politykach



Źródło: opracowanie własne





wienia wielu osób do kwestii zdrowia i jego ochrony. Mogą także przyczynić się do zmniejszania skali negatywnych skutków demagogicznych poglądów, które bardzo mocno zakorzeniły się w debacie publicznej na temat zdrowia, stanowiąc istotny czynnik hamujący racjonalne i długoterminowe rozwiązywanie problemów ochrony zdrowia w Polsce

Aby zdrowie było obecne we wszystkich politykach, nadzór na realizacją tego zadania i koordynacja prac poszczególnych resortów na polu ochrony zdrowia winny być powierzone **wiceprezesowi Rady Ministrów ds. zdrowia i polityki społecznej z silną pozycją w rządzie**. Składamy taką propozycję, ponieważ dotychczasowe wieloletnie obserwacje i opinie licznych interesariuszy systemu ochrony zdrowia wskazują, że minister zdrowia nie ma wystarczającej „siły politycznej” w strukturach rządu, aby móc dobrze realizować zadania z tego zakresu. Ta propozycja łączy się z priorytetem nr 6, mówiącym o potrzebie silnego przywództwa w ochronie zdrowia.

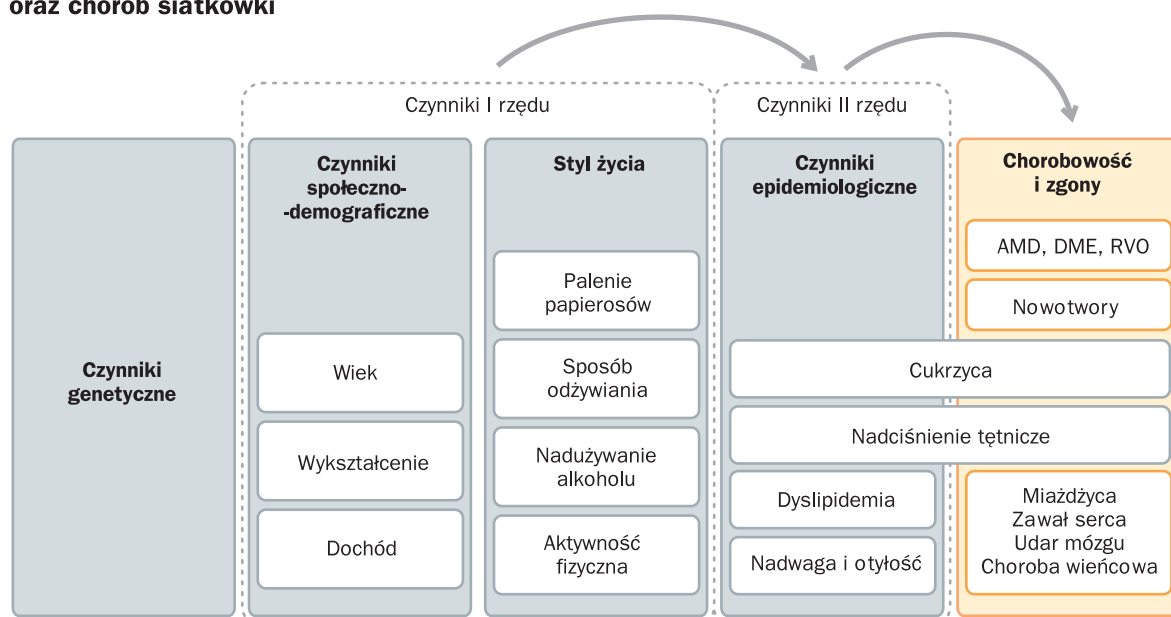
2. Promocja zdrowego stylu życia, profilaktyka chorób cywilizacyjnych

Jeśli uda się wdrożyć priorytet 1. – Zdrowie we wszystkich politykach, to priorytet 2. wydaje się być jego praktyczną emanacją. **Promocja zdrowego stylu życia i profilaktyka jest kluczem do sukcesu polityki**

zdrowotnej państwa. Polska jest w tym zakresie w ogonie Europy, a to, co możemy osiągnąć, kładąc odpowiedni nacisk na podtrzymywanie zdrowia i profilaktykę chorób, zwłaszcza chorób cywilizacyjnych o charakterze przewlekłym, ale także takim, którym możemy zapobiegać choćby dzięki szczepieniom, może w największym stopniu przyczynić się do poprawy stanu zdrowia Polaków i dłuższego życia w zdrowiu. **Czynniki ryzyka większości chorób, które są głównymi przyczynami zachorowalności i umieralności Polaków, są tożsame, a zatem dobrze zorganizowana i wsparta legislacyjnie i budżetowo walka z nikotynizmem, niezdrowymi nawykami żywieniowymi, brakiem aktywności fizycznej czy nadużywaniem alkoholu, już w perspektywie najbliższych lat może przynieść efekty.** Zdrowy styl życia, dzięki kampaniom społecznym i akcjom zorganizowanym przez państwo, pracodawców, organizacje społeczne i profesjonalistów medycznych, powinien, tak jak w wielu krajach europejskich, stać się modą, a z czasem powszechną normą. Wymaga to dużego, zbiorowego wysiłku, który wspierany budżetowo przez państwo, jednostki samorządu terytorialnego oraz środki pracodawców, jak pokazują doświadczenia z innych krajów, przynosi w efekcie dłuższe, lepszej jakości życie. **Edukacja zdrowotna i promocja zdrowego stylu życia winna stać się stałym elementem systemu edukacji, poczynając od przedszkola, a skończywszy na uniwersytetach trzeciego wieku.** Warto, aby myśląc o zdrowiu, traktować je całościowo, a na człowieka patrzeć przez pryzmat jego dobrostanu we wszystkich sferach życia – fizycznego, psychicznego i społecznego. Dlatego programy dotyczą-

Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje

Rysunek 15. Czynniki ryzyka chorobowości chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy, nowotworów oraz chorób siatkówki



Źródło: opracowanie własne na Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku; s. 33; KPMG, Fundacja NUTRICIA 2012; za raport WHO Global Health Risks oraz wyniki badań NATPOL i WOBASZ



ce promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób, powinny być opracowywane w oparciu o najlepsze, sprawdzone wzorce, przez profesjonalnie przygotowane do tego instytucje publiczne i niepubliczne. Ich wdrażanie powinno być poprzedzone oceną pod kątem koszt – efekt, a realizacja winna pozwalać na okresowe pomiary efektywności. **Programy takie powinny dotyczyć głównie tych problemów zdrowotnych, które w największym stopniu zagrażają zdrowiu, życiu i wykluczeniu społecznemu Polaków.** Muszą to być zatem programy ukierunkowane na przeciwdziałanie chorobom układu krążenia, nowotworom, cukrzycy oraz chorobom psychicznym, stanowiącym rosnące zagrożenie skutkujące wykluczeniem społecznym. Implementacja takich programów winna być realizowana przez multidyscyplinarne zespoły składające się ze specjalistów zdrowia publicznego ze wsparciem lekarzy, dietetyków, psychologów, a także trenerów i edukatorów zdrowotnych.

Aby praktycznie i bez przeszkód realizować takie programy, ważne jest poprzez odpowiednie przepisy wpisać promocję zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych do obowiązkowego kanonu działań wszystkich sektorów gospodarki, administracji państwowej i samorządowej oraz pracodawców. Wydaje się, że trzy główne resorty, które w tym zakresie powinny odgrywać ważną rolę, to resort zdrowia, edukacji narodowej, a także pracy i polityki społecznej. Okres edukacji, a także pracy zawodowej, są szczególnie ważne, aby nauczyć się zdrowo żyć, a potem efektywnie pracować, z zachowaniem troski o zdrowie w pracy oraz życiu prywatnym. Wydaje, że w tym kontekście uzasadnioną byłaby dyskusja o zmianach w ustawie o medycynie pracy, tak, by bardziej niż dotychczas odpowiadała ona np. potrzebom w zakresie wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, nadciśnienia, cukrzycy czy chorób układu kostno-stawowego, a także pełniła rolę doradczą w zakresie prewencji tych chorób.

Działania dotyczące promocji zdrowego stylu życia powinny być finansowane z podatku akcyzowego, pochodzącego ze sprzedaży wyrobów tytoniowych, alkoholu oraz niezdrowej żywności. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że polityka akcyzowa kształtująca ceny, a tym samym dostępność do nikotyny i alkoholu, jest najlepszym narzędziem (o udowodnionych rezultatach) wpływającym na ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych, jakie przynosi palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu. W tym kontekście celowe byłoby, aby w toku prac nad strategią zdrowia dla Polski wziąć pod uwagę także wszelkie zakazy dotyczące np. palenia tytoniu w miejscach publicznych, zakaz promocji i sprzedaży produktów o podwyższonej zawartości tłuszczów, cukru lub soli w placówkach wychowawczych oraz służących opiece medycznej i społecznej, zakaz reklamy produktów szkodzących zdrowiu w godzinach oglądalności i słuchalności przez osoby do 18 r.ż., zakaz

sponsorowania sportu i imprez masowych przez producentów wyrobów, których nadużywanie ma negatywne skutki zdrowotne. **Opracowanie strategii dla zdrowia w Polsce powinno się łączyć z zapewnieniem długoterminowego finansowania programów promujących zdrowy styl życia i profilaktyki chorób cywilizacyjnych w budżecie państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego.**

Kluczowym kryterium sukcesu społecznych kampanii promocji zdrowego stylu życia i prewencji chorób jest nowoczesna komunikacja społeczna i zaangażowanie mediów, w tym w sposób szczególny mediów publicznych, których misją winna być promocja zachowań służących zdrowiu. Nie jest naszym celem, aby pisać o tym szczegółowo, ale wydaje się, obserwując np. programy zagranicznych telewizji publicznych, że w nich promocja zdrowego stylu życia czy profilaktyki odbywa się w sposób zdecydowanie bardziej przemawiający do współczesnych widzów, niż robi się to w Polsce. Warto pamiętać, jak bardzo w dzisiejszych czasach ważny jest sposób i forma komunikacji. Doświadczenia brytyjskie czy skandynawskie pokazują, że zmiana np. nawyków żywieniowych jest związana z nauką zdrowego gotowania, co stało się modą za sprawą zaangażowania znanych kucharzy i mediów. Programy telewizyjne dotyczące zdrowej diety i uczące w atrakcyjny sposób służącego zdrowiu przygotowywania posiłków, stały się popularne i przyczyniły się do wykreowania mody na zdrowy styl życia. W dzisiejszych czasach, kiedy internet stał się wszechobecny w naszym życiu, a zwłaszcza życiu młodej generacji, wykorzystanie tego medium wydaje się być bardzo istotne w dotarciu do tej grupy szczególnie narażonej na niezdrowy styl życia.

3. Podniesienie efektywności systemu opieki medycznej

Podniesienie efektywności polskiego systemu opieki medycznej jest bezwzględnie konieczne. Niski poziom nakładów publicznych na zdrowie, z jakim mamy do czynienia od lat, jest dodatkowo marnowany z powodu wadliwej konstrukcji tego systemu. Silna fragmentacja, podział na oddzielone od siebie barierami sprzecznych interesów lecnicstwo ambulatoryjne szczebla podstawowego i specjalistycznego oraz lecnicstwo szpitalne, a także brak narzędzi koordynacji i zarządzania jakością opieki powodują, że pacjent w polskim systemie opieki zdrowotnej nierzadko jest pozostawiony sam sobie. Aby to zmienić, **konieczna jest zmiana alokacji środków na opiekę medyczną i działania służące większej efektywności wykorzystania dostępnych publicznych i prywatnych zasobów opieki medycznej.** W opi-





nii autorów raportu, zmiany w systemie powinny uwzględniać następujące aspekty:

- a. Stosowność leczenia (jak najszybciej i jak najlepiej, zwiększenie roli POZ i leczenia ambulatoryjnego – point of service tests, centra diagnostyki przy szpitalach i koordynacja opieki zdrowotnej oparta o programy zarządzania chorobami, jako standard postępowania – uwzględniony w modelu finansowania NFZ);
- b. Optymalizacja miejsca diagnostyki, leczenia i rehabilitacji – kto nie musi, nie powinien leżeć w szpitalu, ograniczenie hospitalizacji ostrych, nacisk na skrócenie czasu hospitalizacji – ostrych i planowych, rozwijanie chirurgii jednego dnia;
- c. Optymalizacja działalności pomocniczej podmiotów medycznych – powołanie centrów usług wspólnych w obszarach działalności pozamedycznej podmiotów leczniczych (grupy zakupowe, obsługa IT, księgowość, usługi kadrowo-płacowe i inne);
- d. Stworzenie warunków do nowoczesnych form obsługi i opieki nad pacjentem (ogólnopolskie medyczne call center z funkcją triage i dostępem do informacji o lokalnych placówkach leczniczych oraz aptekach, telemedycyna, narzędzia IT wspomagające pacjentów chorych na choroby przewlekłe oraz personel medyczny, zamawianie recept na kontynuację leczenia przez internet lub telefon, *compliance* i *adherence*);
- e. Planowanie inwestycji i zakupów sprzętu medycznego na poziomie krajowym i regionalnym (mapy potrzeb zdrowotnych dla regionów i ponadregionalne, jako punkt wyjścia do stworzenia sieci szpitali niezbędnych z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli – niezależnie od organu tworzącego – czyli także niepubliczne: samorządowe i prywatne). Planowanie potrzeb zdrowotnych i racjonalizacji inwestycji im służących może być realizowane przez NIZP PZH na zlecenie MZ lub na zlecenie wojewodów na szczeblu wojewódzkim. Wydaje się, że wskazanym jest, aby inwestycje publiczne i prywatne były czynione w porozumieniu z NFZ, co pozwalałoby na lepsze wykorzystanie zasobów i wieloletnie gwarancje finansowania ze środków publicznych;
- f. Publiczna prezentacja efektów jakości leczenia przez podmioty uzyskujące środki publiczne na zdrowie oraz certyfikaty jakości wydawane na okres 2-3 lat po audytach przeprowadzonych przez wyspecjalizowane do tego instytucje publiczne i towarzystwa naukowe, a także regularny monitoring standardu jakości i oraz kwalifikacji kadr realizujących świadczenia zdrowotne ze środków publicznych – powiązanie uzyskiwanych ocen z pomiarów jakości opieki z wartością punktów na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych;
- g. Publicznie dostępna informacja o wynikach kontroli inspekcji sanitarnych we wszystkich kontrolowanych podmiotach leczniczych;
- h. Podążanie pieniądza za pacjentem, który na podstawie dostępnych publicznie informacji o jakości i wy-

nikach leczenia oraz warunkach sanitarno-epidemiologicznych, będzie wybierał najlepsze placówki.

Zakładamy, że proponowane przez nas zmiany będą zrealizowane w najbliższych 10 latach, a także po ich upływie, tak, by wraz ze zmieniającą się sytuacją demograficzną, dostosowywać organizację systemu opieki medycznej do zmieniających się potrzeb ludności Polski. **Zmiany takie wymagają wielowymiarowej współpracy pomiędzy wieloma interesariuszami systemu, wśród których ważną rolę, na równi z jednostkami samorządu terytorialnego, powinni grywać prywatni inwestorzy, którzy będą zainteresowani prowadzeniem pomiotów leczniczych, realizujących w wieloletnim horyzoncie czasowym misję publiczną.** Autorzy raportu uważają, w oparciu o dowody z innych krajów europejskich, że **partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) w ochronie zdrowia może w istotny sposób przyczynić się do większej efektywności wykorzystania środków publicznych na zdrowie, przy jednoczesnym mniejszym zaangażowaniu publicznych pieniędzy przeznaczanych na inwestycje.**

4. Integracja opieki medycznej z opieką społeczną

Na tym polu konieczne zmiany powinny zachodzić wieloetapowo, tak by w oparciu o wcześniej przeprowadzone pilotaże wdrożyć optymalne z punktu widzenia lokalnych społeczności rozwiązania. Procesy starzenia się ludności Polski będą zachodziły bowiem z różną dynamiką w różnych regionach, a nawet w pojedynczych miastach i miejscowościach z tego samego regionu. Dlatego wybór najlepszych rozwiązań winien być dostosowany do lokalnych potrzeb. Wydaje się, że doświadczenia z krajów, gdzie **opieka społeczna jest oparta w większym stopniu na środowisku, w którym żyje osoba potrzebująca opieki i wsparcia, są lepszym rozwiązaniem dla Polski niż opieka instytucjonalna.** Zapewne dzięki temu osoby starsze oraz np. chore psychicznie mogłyby w większym stopniu uczestniczyć w życiu społecznym, jako pełnowartościowi członkowie społeczności. Niesamodzielność wspierana w miejscu zamieszkania w mniejszym stopniu doprowadza do wykluczenia społecznego takich osób, a tym samym obniżenia jakości ich życia.

W związku z faktem, że choroby i utrata zdrowia stanowią dla osób starszych największy problem, uważamy, że **przebudowaniu winna ulec podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna, tak, by wzmocniona przez pielęgniarstwo środowiskowe i edukatorów zdrowotnych świadczyła usługi na rzecz tych osób pod jednym dachem. Integracja POZ i opieki specjalistycznej, prewencji wtórnej oraz pomocy społecznej pozwoli na lepszą, tańszą i efektywniejszą opiekę nad**



polskimi seniorami. Tworząc rozwiązania organizacyjne dla opieki geriatrycznej, należy przewidzieć ważną rolę środowiskowych zespołów, złożonych z profesjonalnie przygotowanych kadr medycznych i socjalnych, realizujących w miejscach zamieszkania właściwą dla wieku i stopnia sprawności opiekę medyczną i socjalną na rzecz najstarszych Polaków.

Ważnym elementem zmian w zakresie strategii zdrowia dla Polski powinny być obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenie pielęgnacyjne, a także boni pielęgnacyjny. **Jednym z ważnych elementów przemian systemu opieki zdrowotnej, które winny być realizowane wraz ze zmniejszaniem liczby szpitali, jest lokalna strategia rozwoju różnych form opieki domowej nad chorymi obłożnie i osobami niesamodzielnymi, ale także przekształcanie niektórych szpitali w zakłady opiekuńczo-lecznicze.**

5. Zwiększenie indywidualnej odpowiedzialności obywateli za zdrowie własne i swoich najbliższych oraz prawo wyboru standardu leczenia

Zdaniem autorów **edukacja zdrowotna na wszystkich szczeblach edukacji oraz w placówkach opieki medycznej i społecznej oraz edukacja prozdrowotna w miejscu pracy pozwoli na podjęcie w Polsce dyskusji publicznej na temat indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie.** Edukacja zdrowotna i profilaktyka finansowane ze środków publicznych, aby były skuteczne, muszą przekuć się na ludzkie zachowania i nawyki. To kwestia wyboru, czy ktoś pali, nadużywa alkoholu lub jak się odżywia, a zatem warto podjąć dyskusję, czy jeśli mamy wydawać znaczne środki na edukację zdrowotną i promocję zdrowego stylu życia, to czy wszystkie świadczenia zdrowotne, nawet te w ogromnej większości zależne od stylu życia, powinny być bezpłatne. W ubezpieczeniach jest pojęcie hazardu moralnego, oznaczające większy poziom zachowań ryzykownych w przypadku osób, które nie ponoszą ryzyka finansowego w sytuacji kiedy dochodzi do zdarzenia ubezpieczeniowego i szkody. W opinii autorów raportu wprowadzenie niewielkich współpłatności w przypadku najczęstszych świadczeń, zależnych w dużej mierze od naszych zachowań, przyniesie w konsekwencji lepsze rezultaty zdrowotne i ograniczy konsumpcję świadczeń, które nie są uzasadnione medycznie.

Innym **ważnym elementem proponowanego przez nas priorytetu jest danie Polakom prawa do wyboru standardu leczenia.** Jest to obecnie bardzo powszechnie wprowadzana zmiana w różnych krajach, w których prawa pacjentów postrzega się także

w kategorii praw konsumentów. Przykładem może być wybór soczewki wszczepianej w trakcie operacji zaćmy, kiedy to pacjent decyduje, czy w ramach procedury wykonywanej ze środków publicznych zostanie mu wszczepiona soczewa monofokalna, która wymagać będzie zakupu okularów korekcyjnych, czy też taka, która za dopłatą pacjenta skoryguje wadę wzroku i pozwoli na nieużywanie okularów.

W dobie, kiedy usługi zdrowotne w coraz większym stopniu są przez nas traktowane nie tylko jako świadczenia przywracające zdrowie, ale także usługi, wprowadzenie do systemu opieki medycznej zróżnicowania standardu świadczeń – uśredniony dobry medycznie i hotelowo dla wszystkich ze środków publicznych lub wyższy standard, np. soczewek, materiałów ortopedycznych czy podwyższony standard hotelowy za dopłatą środków przez pacjenta lub poprzez ubezpieczenie dodatkowe – wydaje się jak najbardziej uzasadnionym postulatem.

Prawo wyboru dane ubezpieczonym winno także dotyczyć kwestii posiadania ubezpieczenia dodatkowego, które dzięki regulacjom, np. zakazowi dyskryminacji ze względu na stan zdrowia i wiek lub preferowaniu grupowych rozwiązań w powiązaniu ze świadczeniami medycyny pracy, mogłoby stanowić z czasem istotną część środków, jaką Polacy przeznaczaliby na zdrowie. Masowość dodatkowych ubezpieczeń w Polsce jest możliwa, ale wyłącznie pod warunkiem, że stworzy się dla ich rozwoju przestrzeń prawną i odpowiednią atmosferę, np. możliwość jego finansowania z środków zakładowych funduszy świadczeń socjalnych. Zdaniem autorów **w ramach strategii zdrowia dla Polski temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych powinien być uwzględniony jako jeden z kluczowych elementów zrównoważonego publiczno-prywatnego finansowania opieki zdrowotnej Polaków.**

6. Partycypacja obywateli i interesariuszy systemu, dialog społeczny i silne przywództwo liderów warunkiem poprawy stanu zdrowia Polaków

W opinii autorów ta rekomendacja ma kluczowe znaczenie dla powodzenia strategii zdrowia dla Polski. Świadomość obywateli na temat ich praw, ale także odpowiedzialności za zdrowie, jest najważniejszym warunkiem, aby nastąpiła poprawa stanu zdrowia Polaków oraz by w systemie opieki zdrowotnej zaszły proponowane przez nas zmiany. Nie mniej **ważnym jest, aby na czele zmian podejścia do zdrowia w Polsce stanęli prawdziwi liderzy, autentyczni w swoim zapale i pokorni wobec wyzwań, ale jednocześnie profesjonal-**





ni i doświadczeni. Walka o zdrowie Polaków wobec wyzwań, jakie przed nami stoją, wymaga liderów na miarę tych, którzy wielokrotnie w dziejach Polski robili rzeczy z pozoru niemożliwe. To oni pociągną za sobą kolejnych, stworzą warunki do dialogu społecznego i uczciwej, opartej na faktach dyskusji, a także mądrych kompromisów.

Pracując nad raportem i jego rekomendacjami, wielokrotnie słyszeliśmy, że proponowane przez nas rozwiązania są niemożliwe do wprowadzenia w Polsce. Mimo to przedkładały je pod rozważenie. Wierzymy bowiem, że skoro były możliwe w innych krajach, możliwe są także w Polsce.

Proponowane priorytety zdrowotne kolejnego Narodowego Programu Zdrowia

Narodowy priorytet zdrowotny oznacza dla autorów raportu jego pierwszoplanowe traktowanie z punktu widzenia wprowadzania w życie, zarządzania i finansowania ze środków publicznych. Priorytet taki winien być obecny w politykach wszystkich resortów i być wdrażany na wszystkich szczeblach administracji publicznej – państwowej i samorządowej. Podejście do planów ich wdrażania winno być maksymalnie kompleksowe i całościowe. Podejmowane działania należy opierać wyłącznie na sprawdzonych rozwiązaniach, w których podstawą implementacji jest analiza koszt – efekt. Działania te powinny być realizowane w zależności od charakteru i potrzeb, tak przez instytucje systemu opieki zdrowotnej, jak poza nimi, z dużym zaangażowaniem organizacji pozarządowych, skupiających pacjentów, pracodawców, pracowników, także obywateli, dla których sprawy zdrowia Polaków są ważne.

Z uwagi na fakt, że dotychczasowa mnogość priorytetów zdrowotnych nie przekłada się na skuteczność ich wdrażania i osiągania efektów, proponujemy rozważenie, aby ich liczbę ograniczyć do trzech i tak je sformułować, aby były ze sobą wzajemnie sprzężone. Realizacja jednego winna tym samym przynosić poprawę pozostałych.

1. Promocja zdrowego stylu życia – w zakresie prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej, palenia tytoniu, konsumpcji alkoholu, radzenia sobie ze stresem, a także bezpieczeństwa ruchu drogowego i pracy oraz zapobiegania zaburzeniom psychicznym przez działania edukacyjne, prewencyjno-promocyjne skierowane do dzieci i młodzieży, pracowników oraz osób w wieku senioralnym.
2. Zdrowe starzenie się – zapewnienie godnego życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych dla osób w wieku senioralnym, gwarantują-

cych im jak najdłuższą samodzielność i pełne funkcjonowanie w społeczeństwie.

3. Zmniejszenie zachorowalności, skutków niepełnosprawności lub przedwczesnej umieralności z powodu chorób cywilizacyjnych: cukrzycy, chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu, nowotworów złośliwych, chorób mózgu, chorób układu oddechowego i przewlekłych chorób układu kostno-stawowego.

Autorzy raportu uważają, że **największy nacisk w celach polityki zdrowotnej przyszłego Narodowego Programu Zdrowia należy położyć na promocję zdrowego stylu życia – głównie prawidłową dietę oraz niepalenie tytoniu**, a w zakresie zdrowego starzenia się zapewnienie osobom w wieku senioralnym takiej dostępności do leczenia i opieki w warunkach adekwatnych do ich stanu zdrowia, aby w możliwie najpełniejszym stopniu mogły samodzielnie żyć w lokalnych zintegrowanych międzygeneracyjnie środowiskach. Takie podejście wymaga zorganizowanych i skoordynowanych działań z silnymi liderami, a także zmian w organizacji i finansowaniu systemu ochrony zdrowia, które m.in. zagwarantuje dostęp do świadczeń zdrowotnych służących realizacji tych celów w czasie nie dłuższym niż 2 miesiące. W przypadku nowotworów czas od postawienia diagnozy do wdrożenia leczenia nie powinien być dłuższy niż 6 tygodni. Już teraz należy rozpocząć debatę na ten temat, a także przygotować zmiany organizacyjne i finansowe w systemie, które pozwolą na praktyczną realizację takich standardów.

Autorzy raportu uważają, że wobec ewidentnego zapóźnienia Polski w zakresie prewencji, diagnostyki i leczenia **najwyższa pora**, aby po tym, jak z dobrymi rezultatami inwestowano w kardiologię, **przyszedł czas na inwestycje w równie dobrze zorganizowane i dostępne leczenie nowotworów, a także cukrzycy.**

W polityce senioralnej ważnym elementem postulowanych przez nas rozwiązań jest zapewnienie osobom w podeszłym wieku realnego, a nie deklaratywnego, dostępu do świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. W ramach wdrażanych rozwiązań **musi się znaleźć miejsce i odpowiednie do potrzeb środki tak na leczenie geriatryczne, jak i leczenie zaćmy.** Wydaje się, że dzięki wdrożeniu wskazanych w raporcie rozwiązań możliwe stanie się zagwarantowanie wystarczających środków na te cele.



Załącznik nr 1

W niniejszym załączniku poddano analizie dostępność świadczeń zdrowotnych kluczowych z punktu widzenia starzenia się ludności Polski. Uznano za takie leczenie chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów, cukrzycy, chorób neurologicznych oraz chorób oczu. Kryterium właśnie takiego wyboru była chorobowość i śmiertelność związana z tymi schorzeniami, a w przypadku chorób oczu - znaczenie dla jakości życia osób w podeszłym wieku oraz ich zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Z przeprowadzonej analizy jawi się raczej pesymistyczny obraz dostępności do tych także ważnych świadczeń. Uwidoczniły się także bardzo duże różnice w dostępie do nich pomiędzy poszczególnymi województwami. Wydaje się, że wynikają one z podejścia NFZ, polegającego na finansowaniu infrastruktury, a nie świadczeń i wciąż bardzo nierównomiernie rozwiniętej bazy szpitalnej, która mimo upływającego czasu nie została dostosowana do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Sytuacja ta wymaga podjęcia natychmiastowych działań, tak, by dostęp do świadczeń był jednakowy i adekwatny do potrzeb zdrowotnych Polaków bez względu na województwo, w którym mieszkają. Dane służące do przeprowadzenia analizy opierały się na oficjalnym stanie kolejek do świadczeń zdrowotnych, opublikowanym przez Centralę NFZ na stronie internetowej (aktualny na dzień 31 marca 2013 roku) i pochodziły z raportów przekazanych NFZ przez świadczeniodawców. Zarówno sama Centrala NFZ, jak i wielu ekspertów konsultujących niniejszy raport, poddawało w wątpliwość rzetelność systemu raportowania kolejek. Za takimi przypuszczeniami przemawiają przypadki, kiedy u tego samego świadczeniodawcy i dla tego samego świadczenia czas oczekiwania na realizację przypadku pilnego był dłuższy od czasu realizacji przypadku stabilnego. Co warto podkreślić, nasi konsultanci oraz prosta weryfikacja przeprowadzona przez autorów raportu zaświadcza, że obraz, jaki jawi się w wyniku analizy kolejek ze sprawozdań jest bardziej optymistyczny niż rzeczywista dostępność do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Według NFZ, co najmniej w przypadku niektórych świadczeń kolejka w rzeczywistości jest krótsza.

Nie ulega zatem wątpliwości, że system raportowania kolejek przez świadczeniodawców wymaga korekty, by przedstawiony przez niego obraz odpowiadał rzeczywistości i mógł stanowić w pełni rzetelną podstawę do oceny stopnia zaspokojenia potrzeb zdrowotnych Polaków oraz działań mających na celu poprawę w tej dziedzinie. Wydaje się, że jedną z metod, które należałoby wykorzystać, byłyby działania dyscyplinujące świadczeniodawców, by przekazywane przez nich informacje w pełni oddawały stan rzeczywisty. Niezbędne jest także wychwytywanie przez NFZ sytuacji, w których pacjenci są zapisani na kilka list równocześnie. Jest bardzo wiele

niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych ludności Polski, lecz przykładem ich skrajnego niezaspokojenia, bardzo wstydliwym dla naszego kraju, jest długość kolejek do operacji usunięcia żačmy. Ta jedyna skuteczna metoda leczenia jest niestety niedostępna dla setek tysięcy polskich pacjentów, niemal wyłącznie ze względu na niski poziom finansowania. Na szczęście dysponujemy w naszym kraju kadrą bardzo dobrze wyszkolonych specjalistów oraz odpowiednim zapleczem lokalowym i sprzętowym, by wyjść naprzeciw oczekiwaniom społecznym w tym zakresie.

Opis każdej grupy chorób został zakończony informacjami dotyczącymi wydatków, jakie są ponoszone przez NFZ oraz pacjentów. Autorzy użyli do tego celu między innymi danymi udostępnionymi przez NFZ, które obejmowały świadczenia kontraktowane w oparciu o JGP oraz świadczenia AOS. Do poszczególnych grup chorób przyporządkowano te świadczenia, które można było w sposób logiczny z nimi powiązać na podstawie ich nazwy. Podejście to na pewno nie zawyżyło, a prawdopodobnie zaniżyło, rzeczywistą wartość wydatków ponoszonych przez NFZ na analizowane grupy chorób. Drugim źródłem informacji o wydatkach w podziale na poszczególne grupy chorób były dane uzyskane z Sequence HC Partners, dotyczące leków kupowanych w aptekach ogólnodostępnych. Zostały one przygotowane w podziale na refundację leków ponoszoną przez NFZ, dopłaty pacjentów do leków refundowanych oraz wydatki pacjentów na nierefundowane leki na receptę.

Choroby układu sercowo-naczyniowego

Dane o liczbie osób oraz czasie oczekiwania na konsultację i hospitalizację kardiologiczną raportowane do NFZ przez świadczeniodawców wskazują na znaczne różnice dostępności do leczenia pomiędzy województwami.

Czas oczekiwania przypadków pilnych do poradni kardiologicznej, raportowany przez świadczeniodawców, także jest bardzo zróżnicowany. To zaledwie 8 dni w przypadku województwa świętokrzyskiego i aż 40 dni w przypadku województwa mazowieckiego. W zakresie przypadków stabilnych najkrótsza kolejka – 64 dni – jest w województwie lubelskim, a najdłuższa – 123 dni – w województwie opolskim.

Mamy do czynienia z sytuacją, w której czas oczekiwania osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne do leczenia szpitalnego w najgorszym pod tym względem województwie śląskim jest prawie 20-krotnie dłuższy (215 dni) od najlepszego pod tym względem województwa lubuskiego (11 dni). Oprócz województwa śląskiego, zła sy-



Tabela 13. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni kardiologicznej* i na oddział kardiologiczny w poszczególnych województwach**

Województwo	Poradnia przypadek pilny		Poradnia przypadek stabilny		Szpital przypadek pilny		Szpital przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	256	34	28 908	113	233	40	1 914	180
Kujawsko-Pomorskie	76	14	18 373	83	114	34	907	52
Lubelskie	57	9	10 568	64	11	121	587	69
Lubuskie	129	14	6 126	112	5	11	471	50
Łódzkie	89	25	9 072	100	21	12	1 810	191
Małopolskie	162	34	14 392	104	96	25	1 186	74
Mazowieckie	195	40	35 114	97	384	32	5 612	62
Opolskie	699	17	6 747	123	5	15	82	62
Podkarpackie	13	9	5 348	96	159	35	588	116
Podlaskie	54	37	7 489	106	107	137	125	102
Pomorskie	130	14	13 273	78	25	47	1 895	80
Śląskie	274	37	34 187	110	1 497	215	3 098	230
Świętokrzyskie	44	8	3 822	110	6	13	246	25
Warmińsko-Mazurskie	89	31	7 017	114	44	30	71	37
Wielkopolskie	81	22	19 080	97	365	57	2 443	62
Zachodniopomorskie	53	14	12 411	86	48	33	671	373

* do grupy poradni kardiologicznych włączono także poradnie poradnie chirurgii naczyń, poradnie chorób naczyń, poradnie kardiokirurgiczne, poradnie nadciśnienia tętniczego, poradnie wad serca

** do grupy oddziałów kardiologicznych wliczono także oddziały angiologiczne, oddziały chirurgii naczyniowej, oddziały kardiokirurgiczne i oddziały wszczepiania rozruszników

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ; stan na 31/03/2013

tuacja w zakresie dostępności do leczenia kardiologicznego w trybie pilnym ma miejsce w województwach podkarpackim i lubelskim, oprócz lubuskiego najmniejsze kolejki występują w województwach łódzkim, świętokrzyskim i opolskim. Dla przypadków stabilnych czas oczekiwania na przyjęcie na oddział kardiologiczny zabiera od 25 dni w województwie świętokrzyskim, do 373 w województwie zachodniopomorskim. W większości województw czas oczekiwania takich pacjentów to 2-3 miesiące.

Stan kolejek do konsultacji kardiologicznych i oddziałów kardiologicznych przedstawia powyższa tabela.

W zakresie kardiologii warto także prześledzić dostępność do popularnych procedur diagnostycznych i leczniczych: koronarografii, angioplastyki oraz wszczepienia lub wymiany rozrusznika serca. Jeżeli chodzi o przypadki pilne, najlepsza sytuacja do wykonania koronarografii panuje w województwie pomorskim, gdzie na to badanie nie trzeba było w ogóle czekać, a najgorsza w województwie śląskim, gdzie czas oczekiwania wynosi aż 101 dni. Przypadki stabilne koronarografii są najszybciej załatwiane w województwie świętokrzyskim, natomiast najdłuższa kolejka występuje w województwie pomorskim – to odpowiednio 9 i 156 dni. Do zabiegu angioplastyki, traktowanego jako przypadek pilny, nie ma kolejek w województwach lubuskim, małopolskim, opolskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim. Najdłuższy czas oczekiwania, 45 dni, odnotowuje się w woje-

wództwie kujawsko-pomorskim. Przypadki stabilne w zakresie angioplastyki najszybciej są załatwiane w województwach mazowieckim i świętokrzyskim, a najwolniej w województwie małopolskim – odpowiednio 28 i 85 dni. W zakresie wszczepiania czy też wymiany rozrusznika serca przypadek pilny jest załatwiany bez kolejki aż w 6 województwach (lubuskim, łódzkim, małopolskim, pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim). Najdłużej natomiast trzeba czekać w województwie podlaskim – 295 dni. Przypadki stabilne są załatwiane bez kolejki w województwie lubuskim, a najdłużej (w ciągu 160 dni) w województwie małopolskim.

Ośrodki rehabilitacji kardiologicznej znajdują się tylko w 8 województwach – dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, mazowieckim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim.

Jak widać z powyższych przykładów, miejsce zamieszkania pacjentów w ogromnym stopniu wpływa na dostępność, a tym samym jakość leczenia kardiologicznego.

Wydatki na leczenie chorób układu sercowo-naczyniowego stanowią istotny element wydatków na zdrowie. Szacuje się, że w 2012 roku środki przeznaczone na ten cel przez NFZ, łącznie z wydatkami pacjentów na leki na receptę wyniosły aż ok. 8,85 mld zł, przy czym najwięcej, bo aż ok. 4,78 mld zł, wydano na świadczenia szpitalne¹³⁹.

¹³⁹ W przedstawionych poniżej danych o wydatkach (podobnie jak w pozostałych grupach analizowanych chorób) nie są uwzględnione wydatki na leczenie tych chorób w POZ. W okresie, kiedy były one generowane na potrzeby raportu przez Departament Świadczeń Centrali NFZ, dane takie nie były dostępne.

**Tabela 14. Liczba osób w kolejce oraz czas oczekiwania na wykonanie koronarografii, angioplastyki i wszczepienia lub wymiany rozrusznika* w poszczególnych województwach**

Województwo	Koronarografia przypadek pilny		Koronarografia przypadek stabilny		Angioplastyka przypadek pilny		Angioplastyka przypadek stabilny		Wszczepienie/ wymiana rozrusznika przypadek pilny		Wszczepienie/ wymiana rozrusznika przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	14	21	639	67	9	26	230	71	6	21	150	120
Kujawsko-Pomorskie	6	12	580	46	11	45	159	53	3	4	65	41
Lubelskie	40	20	757	82	10	20	359	73	2	19	67	66
Lubuskie	2	13	331	69	0	0	83	44	0	0	0	0
Łódzkie	3	18	257	48	12	23	194	37	0	0	30	28
Małopolskie	30	3	542	78	0	0	91	85	0	0	18	160
Mazowieckie	164	29	1 671	51	7	19	169	28	53	33	149	52
Opolskie	15	21	156	78	0	0	24	35	3	11	6	118
Podkarpackie	7	6	482	61	1	0	6	35	2	13	32	82
Podlaskie	1	7	184	34	3	6	46	46	13	295	1	6
Pomorskie	0	0	616	156	5	8	423	80	0	0	79	18
Śląskie	1 145	101	2 024	142	17	42	154	71	153	66	113	96
Świętokrzyskie	1	6	26	9	0	0	10	28	0	0	1	13
Warmińsko-Mazurskie	22	17	229	52	0	0	63	48	5	5	27	25
Wielkopolskie	21	25	1 091	49	2	14	331	39	6	8	45	28
Zachodniopomorskie	3	24	279	47	1	20	106	33	0	0	45	43

* do grupy wszczepienie / wymiana rozrusznika włączono wszczepienie / wymiana rozrusznika jednojamowego oraz wszczepienie / wymiana rozrusznika dwujamowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 31/03/2013

Tabela 15. Długość kolejki i czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka rehabilitacji kardiologicznej i na oddział rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach

Województwo	Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej przypadek pilny		Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej przypadek stabilny		Oddział rehabilitacji kardiologicznej przypadek pilny		Oddział rehabilitacji kardiologicznej przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	0	0	20	84	3	12	117	24
Kujawsko-Pomorskie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.	0	0	66	28
Lubelskie	0	0	13	0	0	0	73	17
Lubuskie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.	0	0	78	30
Łódzkie	0	0	18	43	0	0	74	32
Małopolskie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.	0	0	48	17
Mazowieckie	0	0	9	17	0	0	277	76
Opolskie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.	1	0	279	31
Podkarpackie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.	14	3	199	16
Podlaskie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.	0	0	0	0
Pomorskie	0	0	30	4	78	37	44	12
Śląskie	1	0*	227	93	205	15	446	27
Świętokrzyskie	4	17	0	0	6	21	12	14
Warmińsko-Mazurskie *	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.	0	0	143	68
Wielkopolskie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.	4	12	179	12
Zachodniopomorskie	0	0	0	0	0	0	75	31

b.o. – w danym województwie nie ma ośrodka rehabilitacji kardiologicznej

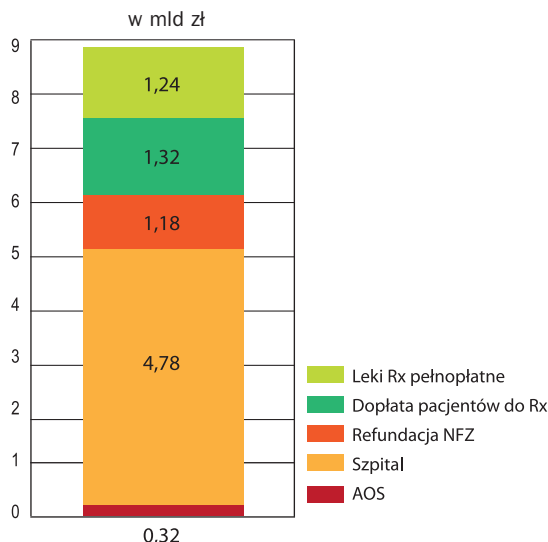
* – dana skorygowana przez autorów

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 31/03/2013.





Wykres 57. Koszty leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne za NFZ oraz Sequence HC Partners (dane o wydatkach na leki).

Nowotwory

Analiza danych o liczbie osób oraz czasie oczekiwania na konsultacje i hospitalizacje onkologiczne raportowanych do NFZ przez świadczeniodawców wskazuje na znaczne różnice w dostępności leczenia pomiędzy województwami.

W pięciu województwach, tj. łódzkim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim, pacjenci wymagający odbycia konsultacji w poradni onkologicznej w trybie pilnym przyjmowani są na bieżąco,

bez konieczności czekania. Z kolei w przypadku innych województw, konieczne jest oczekiwanie w kolejce od zaledwie 1 dnia w województwie lubelskim, aż do 55 dni w województwie małopolskim. Przypadki stabilne są z kolei najszybciej załatwiane w poradniach onkologicznych zlokalizowanych w województwie świętokrzyskim – w ciągu 22 dni, dolnośląskim – 32 dni oraz wielkopolskim i lubuskim – 33 dni. Najdłużej natomiast trzeba czekać na wizytę w poradni onkologicznej w województwie zachodniopomorskim – aż 102 dni, podkarpackim – 81 dni oraz pomorskim – 76 dni.

W przypadku hospitalizacji onkologicznych mamy do czynienia z sytuacją, w której czas oczekiwania osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne w najgorszym pod tym względem województwie pomorskim wynosi 97 dni, natomiast w przypadku województwa opolskiego i podlaskiego pacjenci są przyjmowani bez kolejek. Oprócz województwa pomorskiego najgorsza sytuacja w zakresie dostępności do stacjonarnego leczenia onkologicznego w trybie pilnym występuje w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie czas oczekiwania wynosi 52 dni, oraz w województwie świętokrzyskim – 33 dni. Dla przypadków stabilnych czas oczekiwania na przyjęcie na oddział onkologiczny wynosi od 1 dnia w województwie podlaskim do 44 dni w województwie mazowieckim. W połowie województw czas oczekiwania takich pacjentów to 15-33 dni.

Wydatki na opiekę onkologiczną stanowią istotny element wydatków na zdrowie, ponieważ szacuje się, że w 2012 roku środki przeznaczone na ten cel przez

Tabela 16. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni onkologicznej* w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	22	28	11 213	32
Kujawsko-Pomorskie	14	13	2 761	72
Lubelskie	4	1	2 644	40
Lubuskie	13	6	971	33
Łódzkie	4	0	1 390	47
Małopolskie	15	55	1 474	67
Mazowieckie	43	15	8 534	44
Opolskie	0	0	1 839	59
Podkarpackie	0	0	178	81
Podlaskie	20	10	2 098	45
Pomorskie	80	10	4 284	76
Śląskie	493	13	2 947	55
Świętokrzyskie	0	0	384	22
Warmińsko-Mazurskie	6	1	1 339	60
Wielkopolskie	42	12	13 121	33
Zachodniopomorskie	0	0	1 657	102

* do grupy poradni onkologicznych włączono także poradnie chemioterapii, chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologicznej, nowotworów krwi, onkologii i hematologii, radioterapii oraz transplantacji szpiku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 31/03/2013



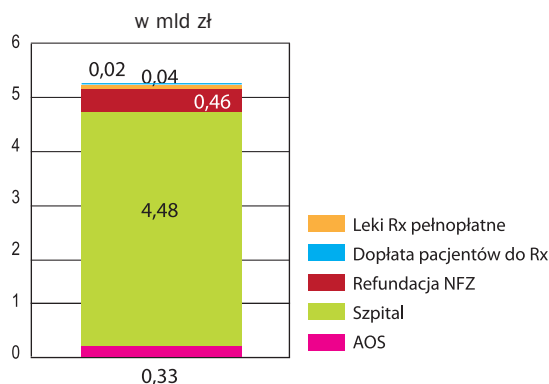
Tabela 17. Długość kolejki i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział onkologiczny* w poszczególnych województwach, stan na 31/03/2013

Województwo	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	81	13	1 102	32
Kujawsko-Pomorskie	672	52	192	34
Lubelskie	1	1	351	39
Lubuskie	100	28	46	19
Łódzkie	150	15	333	19
Małopolskie	21	9	896	42
Mazowieckie	309	14	2 478	33
Opolskie	0	0	472	22
Podkarpackie	29	19	81	15
Podlaskie	0	0	1 036	1
Pomorskie	18	97	1 269	44
Śląskie	1 115	28	817	28
Świętokrzyskie	278	33	48	38
Warmińsko-Mazurskie	51	21	524	39
Wielkopolskie	24	10	1 094	33
Zachodniopomorskie	1	9	451	38

* do grupy oddziałów onkologicznych włączono także oddziały chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, hematologiczne, nowotworów krwi, onkologii i hematologii, onkologii klinicznej / chemioterapii, radioterapii, transplantacji szpiku oraz pracownie lub zakłady teleradioterapii i pracownie lub zakłady brachyterapii.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 31/03/2013

Wykres 58. Koszty leczenia chorób nowotworowych w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne za NFZ oraz Sequence HC Partners (dane o wydatkach na leki).

NFZ łącznie z wydatkami pacjentów na leki na receptę wyniosły aż ok. 5,33 mld zł, przy czym najwięcej, bo aż ok. 4,48 mld zł, wydano na świadczenia szpitalne.

Cukrzyca

Leczenie cukrzycy jest kolejnym potwierdzeniem bardzo dużego zróżnicowania w dostępie do świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególnymi województwami.

Przypadki pilne są załatwiane najszybciej w poradniach diabetologicznych zlokalizowanych w województwach lubelskim – 4 dni i podkarpackim – 9 dni. Natomiast najdłuższe czasy oczekiwania do poradni diabetologicznych odnotowuje się w województwach dolnośląskim – 36 dni oraz mazowieckim – 28 dni. Czas oczekiwania na konsultację diabetologiczną przypadków zakwalifikowanych jako stabilne jest najkrótszy w województwie lubelskim – 75 dni, a najdłuższy w województwach dolnośląskim i opolskim – aż 151 dni.

Sytuacja w zakresie dostępności do hospitalizacji na oddziałach diabetologicznych jest jeszcze bardziej zróżnicowana, niż w przypadku dostępności do poradni diabetologicznych. Wynika to z faktu, że w dwóch województwach, tj. opolskim i podkarpackim, w ogóle nie ma oddziałów diabetologicznych. Brak tych oddziałów z pewnością stanowi istotne utrudnienie, a wręcz może uniemożliwiać kształcenie odpowiedniej kadry lekarskiej. Aż w pięciu województwach przyjęcia w trybie pilnym na oddział diabetologiczny odbywają się na bieżąco – to województwo lubuskie, łódzkie, podlaskie, świętokrzyskie i warmińsko-mazurskie. Najdłuższy czas oczekiwania (aż 54 dni) dotyczy województwa śląskiego. Przypadki stabilne załatwiane są na bieżąco tylko w województwie świętokrzyskim, natomiast najdłużej trzeba czekać na przyjęcie na oddział diabetologiczny w województwie kujawsko-pomorskim – aż 103 dni.

Miara skuteczności leczenia cukrzycy jest między innymi liczba przypadków występowania stopy cu-



**Tabela 18. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni diabetologicznej* w poszczególnych województwach**

Województwo	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	150	36	15 192	151
Kujawsko-Pomorskie	52	16	10 932	96
Lubelskie	139	4	10 852	75
Lubuskie	66	19	3 062	85
Łódzkie	5	16	5 826	92
Małopolskie	50	22	11 135	104
Mazowieckie	130	28	26 262	124
Opolskie	45	13	3 865	151
Podkarpackie	11	9	3 948	84
Podlaskie	70	25	7 664	88
Pomorskie	88	14	6 615	133
Śląskie	65	19	23 646	115
Świętokrzyskie	2	23	1 954	107
Warmińsko-Mazurskie	25	18	5 745	117
Wielkopolskie	97	17	12 652	82
Zachodniopomorskie	28	24	6 220	126

* do grupy poradni diabetologicznych włączono także poradnie endokrynologiczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 31/03/2013

krzycowej i hospitalizacji z nią związanych. Niestety, sytuacja w tym zakresie jest w Polsce znacznie gorsza niż w wielu innych krajach Unii Europejskiej. Problem ten dotyczy przede wszystkim grupy pacjentów powyżej 60. roku życia, co oznacza, że o ile nie będzie on

skutecznie rozwiązany, razem ze starzeniem się społeczeństwa będzie przybierać na sile.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że istotną część kosztów bezpośrednich leczenia cukrzycy stanowią koszty leczenia powikłań, ale także hiper

Tabela 19. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział diabetologiczny* w poszczególnych województwach

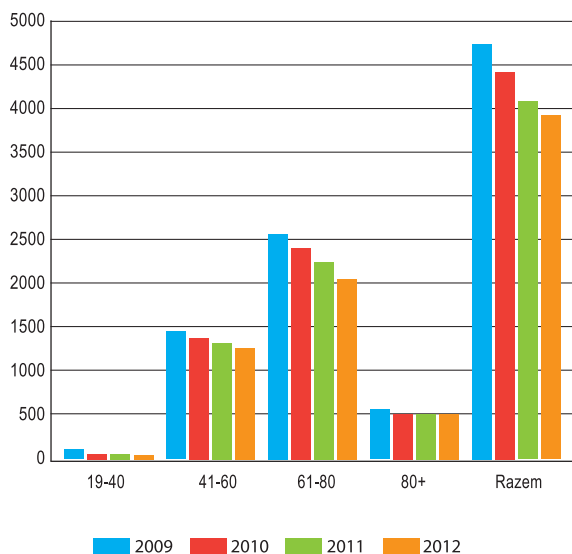
Województwo	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	69	12	898	74
Kujawsko-Pomorskie	13	17	709	103
Lubelskie	2	8	149	68
Lubuskie	0	0	5	67
Łódzkie	0	0	333	64
Małopolskie	3	13	119	42
Mazowieckie	11	17	575	57
Opolskie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.
Podkarpackie	b.o.	b.o.	b.o.	b.o.
Podlaskie	0	0	30	220
Pomorskie	18	32	366	58
Śląskie	82	54	680	84
Świętokrzyskie	0	0	0	0
Warmińsko-Mazurskie	0	0	15	26
Wielkopolskie	9	9	1 364	83
Zachodniopomorskie	11	34	611	83

* do grupy oddziałów diabetologicznych włączono także oddziały endokrynologiczne
b.o. – w danym województwie nie ma oddziału diabetologicznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 31/03/2013



Wykres 59. Hospitalizacje z powodu stopy cukrzycowej w latach 2009 - 2012.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

i hipoglikemii, co wynika z niedostosowania poziomu wstrzyknięć insuliny do rzeczywistego zapotrzebowania pacjentów. Zmniejszenie liczby takich przypadków byłoby możliwe np. przy objęciu refundacją NFZ nowoczesnych leków przeciwcukrzycowych, które zwiększają jakość życia pacjentów i eliminują ryzyko hipoglikemii, na jakie narażeni są pacjenci leczeni insuliną. Korzyści społeczne i ekonomiczne takiej decyzji przekroczyłyby wydatki na refundację tych leków ze środków publicznych, a zatem wydaje się, że racjonalną byłaby decyzja o częściowym wyko-

rzystaniu na leki nowej generacji środków „zaoszczędzonych” na dotychczas refundowanych lekach i paskach do glukometrów.

Wydatki na leczenie cukrzycy i jej powikłań stanowią istotny element wydatków na zdrowie, ponieważ szacuje się, że w 2012 roku środki przeznaczone na ten cel przez NFZ łącznie z wydatkami pacjentów na leki na receptę wyniosły aż ok. 1,8 mld zł, przy czym najwięcej, bo aż ok. 1,46 mld zł, wydano na leki.

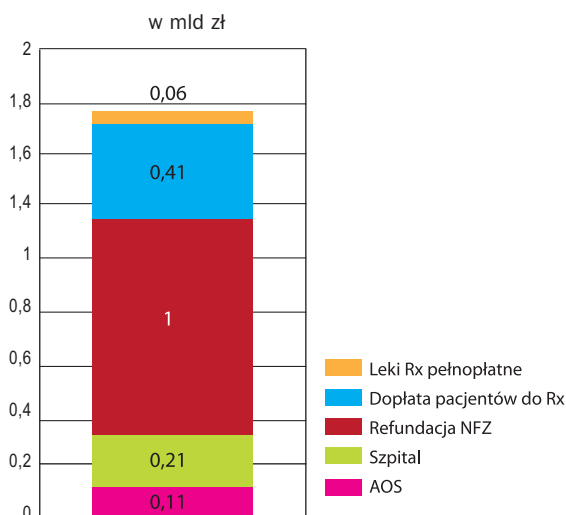
Choroby neurologiczne

Dane o liczbie osób w kolejce oraz czasie oczekiwania na konsultacje i hospitalizacje neurologiczne również wskazują na znaczne różnice w dostępności do leczenia pomiędzy województwami.

Czas oczekiwania przypadków pilnych do poradni neurologicznej raportowany przez świadczeniodawców jest bardzo zróżnicowany. To zaledwie 6 dni w przypadku województwa lubelskiego czy łódzkiego i aż 48 dni w przypadku województwa zachodniopomorskiego. W zakresie przypadków stabilnych długość kolejki wynosi najmniej (44 dni) w województwie podlaskim, a najwięcej (71 dni) w województwie warmińsko-mazurskim. Stan kolejek do konsultacji neurologicznej przedstawia poniższa tabela.

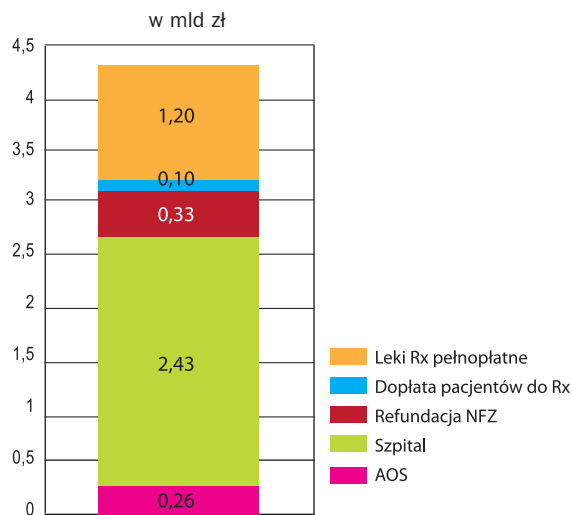
Mamy do czynienia z sytuacją, w której czas oczekiwania osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne do leczenia szpitalnego w najgorszym pod tym względem województwie dolnośląskim jest 25-krotnie dłuższy (176 dni) od najlepszego województwa podkarpackiego (7 dni). Oprócz województwa dolno-

Wykres 60. Koszty leczenia cukrzycy w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne za NFZ oraz Sequence HC Partners (dane o wydatkach na leki).

Wykres 61. Koszty leczenia chorób neurologicznych w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne za NFZ oraz Sequence HC Partners (dane o wydatkach na leki).



Tabela 20. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni neurologicznej* w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	100	24	29 859	69
Kujawsko-Pomorskie	132	12	18 215	66
Lubelskie	25	6	8 342	52
Lubuskie	152	15	10 017	61
Łódzkie	5	6	8 134	83
Małopolskie	100	25	11 060	63
Mazowieckie	112	15	23 866	75
Opolskie	38	19	3 927	71
Podkarpackie	3	14	5 437	47
Podlaskie	30	10	5 013	44
Pomorskie	96	27	15 398	64
Śląskie	89	14	27 152	52
Świętokrzyskie	16	18	2 389	45
Warmińsko-Mazurskie	32	11	9 801	71
Wielkopolskie	132	12	17 413	49
Zachodniopomorskie	14	48	8 569	63

* do grupy poradni neurologicznych włączono także poradnie chorób mięśni, neurochirurgiczne, padaczki, parkinsonizmu i chorób układu pozapiramidowego oraz stwardnienia rozsianego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 31/03/2013

Tabela 21. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział neurologiczny* w poszczególnych województwach

Województwo	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	481	176	1 811	220
Kujawsko-Pomorskie	999	76	7 183	359
Lubelskie	240	47	1 543	89
Lubuskie	218	35	609	473
Łódzkie	28	26	653	66
Małopolskie	431	163	889	288
Mazowieckie	79	26	2 697	97
Opolskie	13	68	834	148
Podkarpackie	2	7	180	34
Podlaskie	11	28	110	54
Pomorskie	279	108	5 237	243
Śląskie	121	20	1 286	43
Świętokrzyskie	9	20	94	64
Warmińsko-Mazurskie	225	73	2 326	354
Wielkopolskie	71	20	1 611	90
Zachodniopomorskie	14	26	477	85

* do grupy oddziałów diabetologicznych włączono także oddziały neurochirurgiczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 31/03/2013

śląskiego, najgorsza dostępność do leczenia neurologicznego w trybie pilnym ma miejsce w województwach małopolskim i pomorskim, natomiast po wspomnianym wyżej województwie dolnośląskim najmniejsze kolejki występują w województwach śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim. Dla przypadków stabilnych na przyjęcie na oddział neurologiczny trzeba czekać od 34 dni w województwie podkarpackim do 473 dni w województwie lubuskim. W większości województw czas oczekiwania ta-

kich pacjentów to 2-3 miesiące. Stan kolejek do oddziałów neurologicznych przedstawia poniższa tabela.

Wydatki na opiekę neurologiczną i neurochirurgiczną stanowią istotny element wydatków na zdrowie, ponieważ szacuje się, że w 2012 roku środki przeznaczone na ten cel przez NFZ łącznie z wydatkami pacjentów na leki na receptę wyniosły aż ok. 4,32 mld zł, przy czym najwięcej, bo aż ok. 2,4 mld zł, wydano na świadczenia szpitalne.

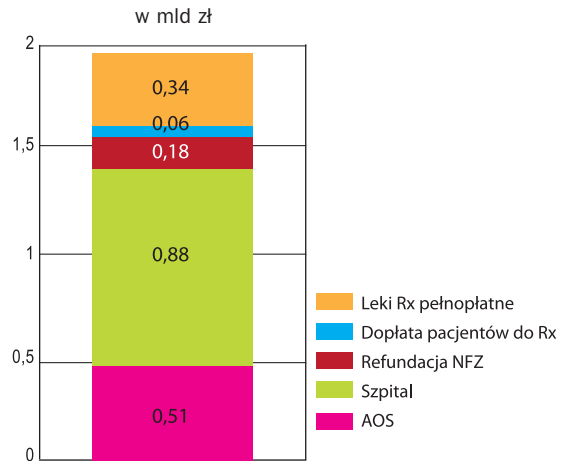


Choroby oczu

Podobnie jak ma to miejsce w przypadku innych chorób, dane o liczbie osób oraz czasie oczekiwania na konsultacje i hospitalizacje okulistyczne raportowane do NFZ przez świadczeniodawców wskazują na znaczne różnice dostępności leczenia pomiędzy województwami. Mamy do czynienia z sytuacjami, w których czas oczekiwania osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne do leczenia szpitalnego w niektórych województwach (małopolskie, dolnośląskie i łódzkie) jest 10-krotnie i więcej dłuższy niż w innych (województwo lubelskie, świętokrzyskie czy warmińsko-mazurskie). Najkrótszy czas to 11, najdłuższy 203 dni. Dla przypadków stabilnych czas oczekiwania na przyjęcie na oddział okulistyczny zabiera od 17 dni w województwie lubelskim do 533 w województwie łódzkim. W większości województw czas oczekiwania takich pacjentów to 6-9 miesięcy.

Czas oczekiwania przypadków pilnych do poradni okulistycznych raportowany przez świadczeniodawców także jest skrajnie różny. To zaledwie 4 dni w przypadku województwa podlaskiego i aż 52 dni w przypadku województwa zachodniopomorskiego. Różnice pomiędzy województwami są tak znaczne, że można pozwolić sobie na stwierdzenie, iż miejsce zamieszkania w ogromnym stopniu wpływa na dostępność, a tym samym jakość leczenia okulistyczne-

Wykres 62. Koszty leczenia chorób oczu w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.



Źródło: Opracowanie i wyliczenia własne za NFZ oraz Sequence HC Partners (dane o wydatkach na leki).

go dla mieszkańców różnych regionów Polski. Różnice w dostępności do świadczeń istnieją w wielu krajach w Europie, ale wydaje się, że w przypadku Polski są one zbyt duże. W opinii ekspertów okulistyki¹⁴⁰ ich przyczyną są zbyt znaczące różnice pomiędzy wyso-

Tabela 22. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni okulistycznej* i na oddział okulistyczny w poszczególnych województwach

Województwo	Poradnia przypadek pilny		Poradnia przypadek stabilny		Szpital przypadek pilny		Szpital przypadek stabilny	
	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	151	12	70 923	72	113	172	2 649	158
Kujawsko-Pomorskie	20	27	27 435	97	94	66	1 981	272
Lubelskie	106	27	19 586	49	39	16	27	17
Lubuskie	706	45	12 476	93	8	50	78	190
Łódzkie	26	4	17 933	70	372	116	5 663	533
Małopolskie	13	6	18 374	104	6	203	360	326
Mazowieckie	100	18	44 973	71	57	51	940	68
Opolskie	19	7	8 807	81	1	45	324	208
Podkarpackie	83	19	11 632	98	70	20	632	87
Podlaskie	169	4	6 262	59	2	39	1 805	208
Pomorskie	163	24	19 856	74	129	105	3 398	169
Śląskie	69	18	62 535	85	95	66	5 932	332
Świętokrzyskie	30	4	8 659	66	6	11	77	48
Warmińsko-Mazurskie	66	10	18 099	122	6	12	450	268
Wielkopolskie	88	13	45 174	88	120	83	3 160	246
Zachodniopomorskie	370	52	15 801	64	41	34	390	47

* do grupy poradni okulistycznych włączono także poradnie leczenia jaskry; poradnie leczenia zęza

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

¹⁴⁰ J. Wilczyńska, S. Bogusławski, R. Plisko, Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa, Patronat Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Sequence HC Partners, HTA Consulting, 2012.

Tabela 23. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na leczenie zaćmy w poszczególnych województwach				
Województwo	Leczenie zaćmy przypadek pilny		Leczenie zaćmy przypadek stabilny	
	Liczba osób w kolejce	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób w kolejce	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	2 678	238	56 875	870
Kujawsko-Pomorskie	1 213	233	18 452	462
Lubelskie	1 606	114	13 543	558
Lubuskie	406	156	3 676	388
Łódzkie	1 182	206	32 994	628
Małopolskie	758	201	31 688	554
Mazowieckie	1 175	99	31 725	359
Opolskie	1 442	333	12 072	731
Podkarpackie	2 389	279	18 478	676
Podlaskie	234	124	12 493	527
Pomorskie	1 050	225	28 471	678
Śląskie	1 556	167	62 679	535
Świętokrzyskie	573	217	10 648	579
Warmińsko-Mazurskie	65	117	14 907	834
Wielkopolskie	593	227	20 794	498
Zachodniopomorskie	321	100	16 825	514

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ; stan na 31/03/2013 r.

Tabela 24. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dooszklistowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF w poszczególnych województwach				
Województwo	Leczenie AMD przypadek pilny		Leczenie AMD przypadek stabilny	
	Liczba osób w kolejce	Czas oczekiwania w dniach	Liczba osób w kolejce	Czas oczekiwania w dniach
Dolnośląskie	40	20	196	114
Kujawsko-Pomorskie	37	21	84	215
Lubelskie	0	0	15	32
Lubuskie	7	166	82	211
Łódzkie	5	165	137	90
Małopolskie	2	31	16	63
Mazowieckie	46	11	106	96
Opolskie	13	57	62	47
Podkarpackie	13	47	0	0
Podlaskie	0	0	82	198
Pomorskie	1	12	100	73
Śląskie	0	0	136	119
Świętokrzyskie	0	0	9	48
Warmińsko-Mazurskie	0	0	18	43
Wielkopolskie	0	0	35	16
Zachodniopomorskie	0	0	52	41

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ; stan na 31/03/2013 r.

kością środków przeznaczanych na leczenie okulistyczne w poszczególnych województwach. Stan kolejek do konsultacji okulistycznych, oddziałów okulistycznych oraz operacji zaćmy przedstawiają poniższe tabele.

Ze względu na istotne różnice w dostępności do operacji zaćmy lub leczenia AMD, będące skutkiem niskich kontraktów z NFZ, osoba zgłaszająca się do poradni okulistycznej z powodu pogorszenia się ostrości wzroku, w przypadku stwierdzenia zaćmy będzie czekała na planową operację nawet 957 dni, jeśli jest mieszkańcem województwa warmińsko-mazurskiego, a 482 dni, jeśli województwa lubuskiego. Niemal dwukrotnie dłuższy czas oczekiwania na świadczenie gwa-

rantowane w ramach środków publicznych w tym samym kraju wskazuje na ogromne dysproporcje w dostępności, a tym samym jakości opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach. Czas oczekiwania przypadków stabilnych na operacje zaćmy to niespełna rok dla mieszkańca województwa mazowieckiego, ale aż 870 dni dla mieszkańca województwa dolnośląskiego.

Wydatki na leczenie chorób oczu stanowią istotny element wydatków na zdrowie, ponieważ szacuje się, że w 2012 roku środki przeznaczone na ten cel przez NFZ łącznie z wydatkami pacjentów na leki na receptę wyniosły aż ok. 2 mld zł, przy czym najwięcej, bo aż ok. 0,88 mld zł, wydano na świadczenia szpitalne.



Załącznik nr 2

Prognoza

Prognoza liczby pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia żączy w latach 2013-2035

Ograniczony dostęp do zabiegów chirurgicznego usunięcia żączy finansowanych ze środków publicznych powoduje systematyczne wydłużanie się kolejki oczekujących i znaczny wzrost czasu oczekiwania na operację. Liczba wykonywanych zabiegów jest znacznie niższa, niż szacowana roczna liczba nowych kwalifikacji i wyraźnie odbiega od standardów europejskich. Doświadczenia międzynarodowe pokazują wzrost liczby przeprowadzanych zabiegów związany ze starzeniem się ludności krajów rozwiniętych. W Polsce proces starzenia się ludności gwałtownie przyspieszy w najbliższych latach. Dlatego konieczność zwiększenia środków publicznych przeznaczonych na finansowanie leczenia żączy jest zrozumiała i w pełni uzasadniona. Podkreśla ją to eksperci zajmujący się jej leczeniem.

W celu oceny efektywności systemu finansowania leczenia żączy w Polsce przygotowano trzy scenariusze opisujące prognozę liczby pacjentów oczekujących na zabieg oraz średni czas oczekiwania na jego wykonanie w latach 2013-2035. Uwzględniono poziom finansowania leczenia żączy ze środków publicznych oraz tryb realizacji operacji (hospitalizacja stacjonarna vs. chirurgia jednego dnia).

Scenariusze poziomu finansowania leczenia żączy ze środków publicznych

Scenariusz 1

Założenie poziomu finansowania pozwalającego na utrzymanie stałej rocznej liczby zabiegów usunięcia żączy na poziomie z roku 2012 – ok. 179 tys. zabiegów.

Scenariusz 2

Założenie poziomu finansowania pozwalającego na utrzymanie liczby zabiegów żączy wykonywanych w poszczególnych grupach wiekowo-płciowych na poziomie zaprognozowanym dla roku 2013. Prognoza na

kolejne lata 2014-2035 zmienia się zgodnie ze zmianami demograficznymi.

Scenariusz 3

Założenie poziomu finansowania jak w scenariuszu 2, na który nałożono zmiany struktury trybu realizacji operacji usuwania żączy z trybu stacjonarnego na tryb chirurgii jednego dnia. Środki uwolnione dzięki wzrostowi odsetka operacji wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia są przeznaczone na zakup dodatkowych operacji żączy realizowanych w tym samym trybie.

Metodologia modelu prognostycznego

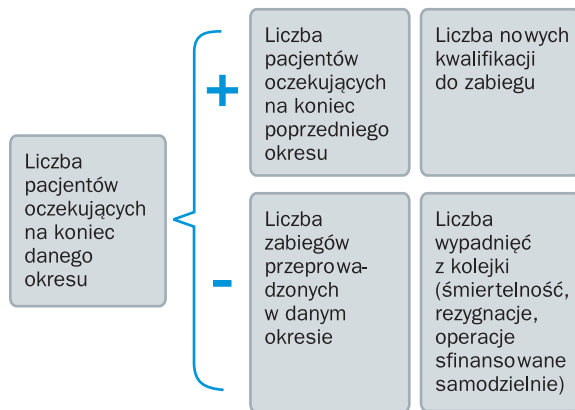
Prognoza długości kolejki pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia żączy finansowany ze środków publicznych została oparta o dane NFZ (kolejka oczekujących na zabieg, liczba i struktura przeprowadzanych zabiegów) oraz GUS (stan i prognoza ludności, struktura wiekowa, wskaźniki śmiertelności).

Liczba pacjentów oczekujących na zabieg określana na koniec danego roku jest wyliczana na podstawie długości kolejki na koniec roku poprzedzającego, powiększonej o nowe kwalifikacje do zabiegu w ciągu ostatniego roku, a pomniejszonej o zabiegi przeprowadzone w tym okresie oraz o pacjentów wypadających z kolejki oczekujących (śmiertelność, decyzja o sfinansowaniu zabiegu z własnych środków). Trzeba pamiętać, że z różnych przyczyn nie wszystkie osoby, u których zdiagnozowano żączę nadającą się do operacji, decydują się na zgłoszenie się do kolejki finansowania jej ze środków publicznych czy też na sfinansowanie zabiegu ze środków własnych. By zobrazować skalę tego zjawiska, na wykresach dotyczących poszczególnych scenariuszy przedstawiona została także liczba pacjentów, którzy kwalifikują się do operacji żączy: zarówno tych, którzy czekają w kolejce, jak i tych, którzy są poza nią. Dla tak zdefiniowanego zapotrzebowania na operację żączy policzono czasy oczekiwania, które także znalazły się na wykresach.





Rysunek 16. Model prognostyczny



Źródło: opracowanie własne za Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa; s.44; Sequence HC Partners, HTA Consulting 2012

Scenariusz 1

Założenie poziomu finansowania pozwalającego utrzymać stałą, roczną liczbę zabiegów usunięcia zaćmy na poziomie z roku 2012 (ok. 179 tys.)

Utrzymanie stałej, rocznej liczby zabiegów usunięcia zaćmy na poziomie z roku 2012 powoduje systematyczne wydłużanie się kolejki oczekujących do ok. 0,87 mln pacjentów w roku 2020 i 1,88 mln w roku 2035 (wykres 63). W konsekwencji, czas oczekiwania na zabieg w latach 2012-2035 wzrasta ponad czterokrotnie: z 510 do 2240 dni. Tak duży przyrost liczby oczekujących pacjentów wynika ze zbyt obecnie już niskiej liczby zabiegów w porównaniu z liczbą nowych kwalifikacji w ciągu roku. Równocześnie

Podstawowe założenia dla wszystkich scenariuszy

Stale współczynniki procentowe nowych kwalifikacji do zabiegu w poszczególnych grupach wiekowych zostały zaczerpnięte z raportu Sequence HC Partners i HTA Consulting zatytułowanego „Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa” opublikowanego w 2012 roku.

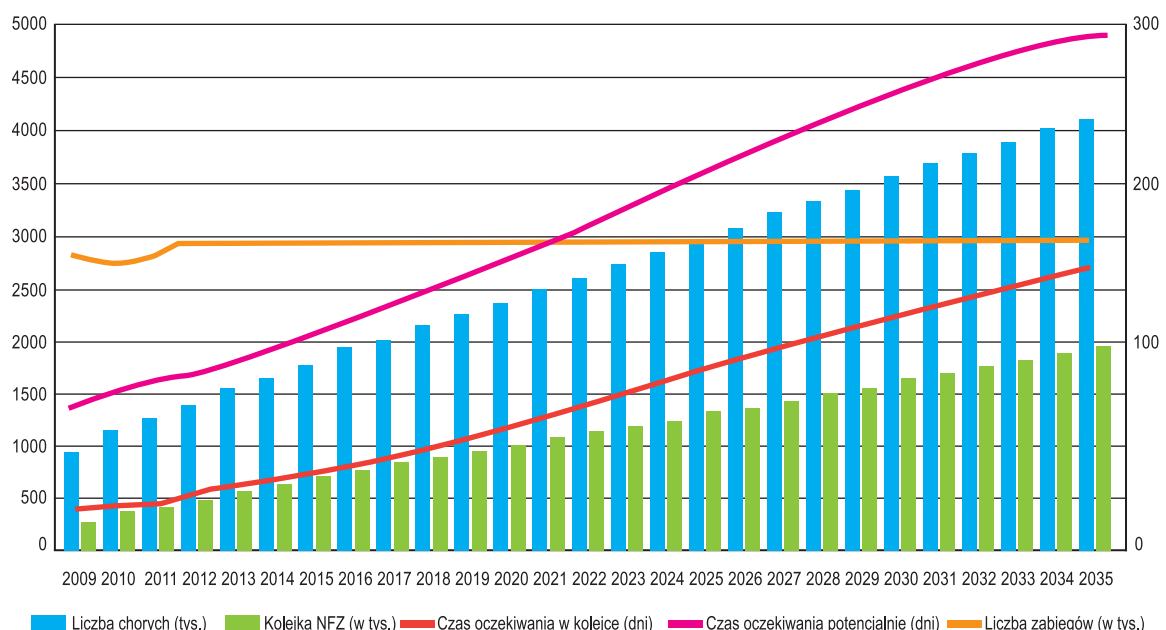
Stale o wielkości populacji i wskaźniki umieralności w okresie prognozy w poszczególnych przedziałach wiekowych pochodzą z prognozy GUS.

Zabiegi finansowane ze środków prywatnych stanowią 10% wszystkich realizowanych zabiegów usunięcia zaćmy w Polsce (łącznie finansowanych ze środków publicznych i prywatnych).

W analizach uwzględniono zabiegi dotyczące leczenia zaćmy o kodach od B11 do B15 wg klasyfikacji JGP Narodowego Funduszu Zdrowia.

proces szybkiego starzenia się ludności Polski i znaczne zwiększenie się w ciągu najbliższych lat liczby osób w podeszłym wieku, w których odsetek zachorowań na zaćmę jest najwyższy, wydatnie nasili ten proces.

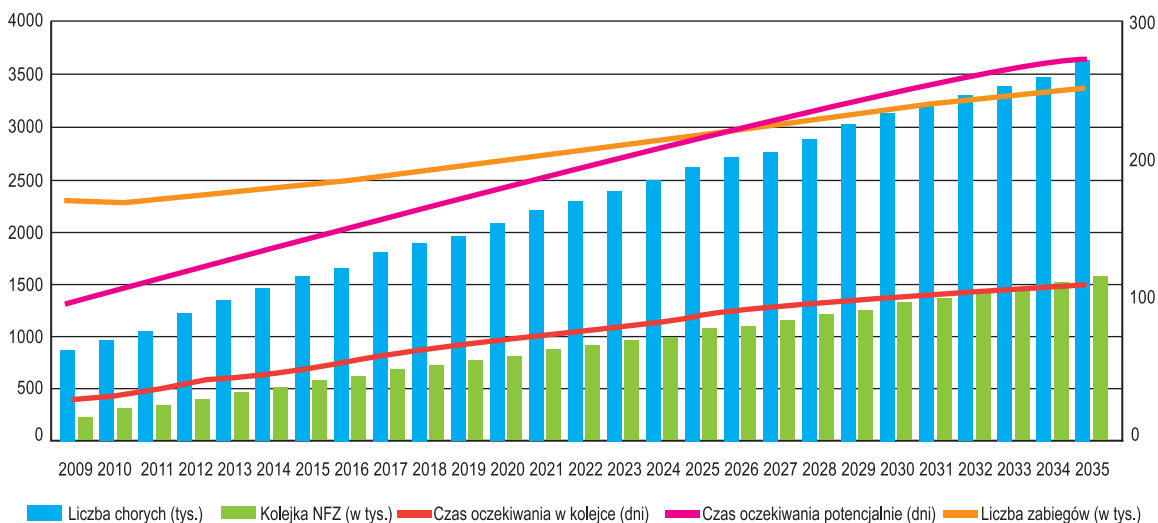
Wykres 63. Scenariusz 1 – prognoza długości kolejki i czasu oczekiwania na zabieg chirurgicznego usunięcia zaćmy oraz liczby zabiegów finansowanych ze środków publicznych.



Źródło: Wyliczenia własne w oparciu o dane NFZ; GUS; Sequence HC Partners i HTA Consulting. Oś pomocnicza (po stronie prawej) służy do przedstawienia liczby operacji usunięcia zaćmy.



Wykres 64. Scenariusz 2 – prognoza długości kolejki i czasu oczekiwania na zabieg chirurgicznego usunięcia żączy oraz liczby zabiegów finansowanych ze środków publicznych.



Źródło: Wyliczenia własne w oparciu o dane NFZ; GUS; Sequence HC Partners i HTA Consulting. Oś pomocnicza (po stronie prawej) służy do przedstawienia liczby operacji usunięcia żączy.

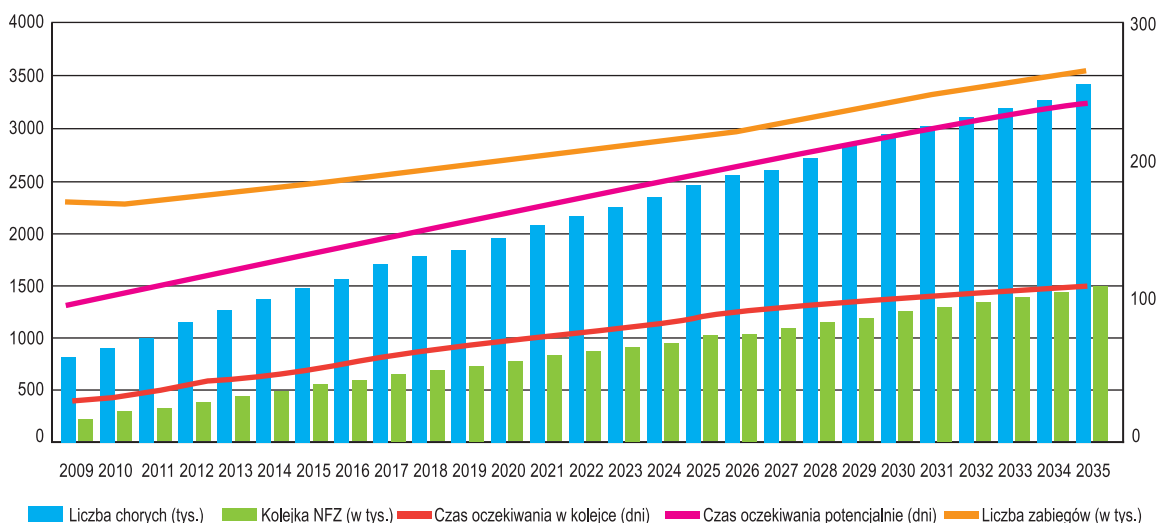
Scenariusz 2

Założenie poziomu finansowania pozwalającego na utrzymanie liczby zabiegów żączy w Polsce, wykonywanych w poszczególnych grupach wiekowo-płciowych na poziomie zaprognozowanym dla roku 2013.

Stopniowe zwiększanie liczby przeprowadzanych zabiegów usunięcia żączy przy jednoczesnym utrzymaniu się ich liczby w odniesieniu do poszczególnych grup wiekowo-płciowych nie powo-

duje zahamowania zjawiska narastania kolejki, tylko spowolnienie tempa wzrostu liczby pacjentów oczekujących (wykres 64). Liczba pacjentów jednak nadal będzie rosła, z uwagi na różnicę pomiędzy liczbą przeprowadzanych zabiegów a liczbą nowych kwalifikacji. W 2020 roku kolejka oczekujących wydłuży się do ok. 0,81 mln pacjentów, a czas oczekiwania wzrośnie do ok. 960 dni, natomiast w 2035 roku wartości te wyniosą odpowiednio 1,6 mln i ok. 1600 dni.

Wykres 65. Scenariusz 3 – prognoza długości kolejki i czasu oczekiwania na zabieg chirurgicznego usunięcia żączy oraz liczby zabiegów finansowanych ze środków publicznych.



Źródło: Wyliczenia własne w oparciu o dane NFZ; GUS; Sequence HC Partners i HTA Consulting. Oś pomocnicza (po stronie prawej) służy do przedstawienia liczby operacji usunięcia żączy.





Scenariusz 3

Założenie poziomu finansowania jak w scenariuszu 2, na który nałożono zmiany struktury trybu realizacji operacji usuwania żączy z trybu stacjonarnego na tryb chirurgii jednego dnia.

W scenariuszu tym założono, że poprzez zwiększenie odsetka zabiegów realizowanych w trybie chirurgii jednego dnia można będzie zwiększyć liczbę operacji żączy, dysponując taką samą pulą pieniędzy jak w scenariuszu 2. Zwiększenie liczby operacji wynika z faktu, że operacja wykonywana w trybie chirurgii jednego dnia jest o 10% tańsza od operacji wykonywanej w trybie stacjonarnym. Założono, że w 2015 roku NFZ będzie przeznaczał 25% swojego budżetu na zakup operacji żączy wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia, co przełoży się na ponad 27% operacji wykonywanych w tym trybie. Następnie, co roku będzie tę pulę zwiększał o 5-6% do roku 2025, kiedy to wydatki na zabiegi realizowane w trybie chirurgii jednego dnia będą pochłaniały 80% budżetu na operacje żączy, co przełoży się na około 82% operacji wykonywanych w tym trybie. Pomimo tego, że od roku 2025 założono wykonywanie aż 82% zabiegów usuwania żączy w trybie chirurgii jednego dnia, prognoza pokazuje, że liczba wykonywanych zabiegów i tak jest dalece niewystarczająca w porównaniu z potrzebami i nie zabezpieczy przed wzrostem długości kolejki. Liczba pacjentów nadal będzie rosła, z uwagi na różnicę pomiędzy liczbą przeprowadzanych zabiegów, a liczbą no-

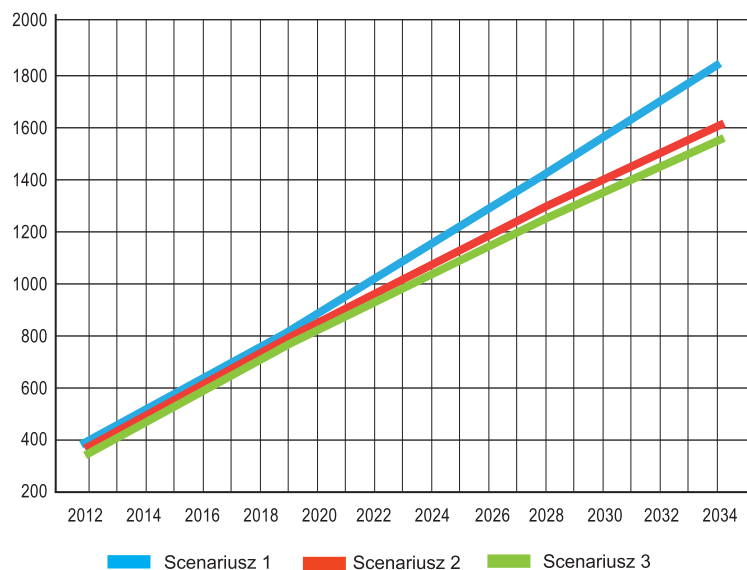
wych kwalifikacji. W 2020 roku kolejka oczekujących wydłuży się do ok. 0,8 mln pacjentów, a czas oczekiwania wzrośnie do ok. 920 dni, natomiast w roku 2035 wartości te wyniosą odpowiednio ok. 1,53 mln i ok. 1460 dni.

4. Porównanie scenariuszy

W każdym z analizowanych scenariuszy następuje zwiększenie liczby pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia żączy oraz wydłużanie czasu oczekiwania, szczególnie uderzające w przypadku zachowania status quo z 2012 roku (Scenariusz 1). Jak widać, dla zahamowania rosnącej kolejki nie wystarczy wzrost nakładów wynikający ze zmian demograficznych przy stałych nakładach na przedstawicieli poszczególnych grup wiekowo-płciowych (Scenariusz 2). Nie wystarczy także, jak w przypadku większości krajów na świecie, znaczne zwiększenie odsetka operacji wykonywanych w trybie chirurgii jednego dnia.

Przyrost liczby pacjentów wynika nie tylko z różnicy pomiędzy liczbą przeprowadzanych zabiegów, a liczbą nowych kwalifikacji, ale także jest spowodowany procesem starzenia się ludności Polski i bezwzględnym wzrostem liczby Polaków w najstarszych grupach wiekowych, w których odsetek zachorowań na żączę jest najwyższy. Oba te czynniki wskazują jednoznacznie na konieczność systematycznego wzrostu finansowania leczenia żączy, aby powstrzymać postępującą kumulację pacjentów w kolejce

Wykres 66. Porównanie scenariuszy – kolejka oczekujących na zabieg usunięcia żączy w tys. w latach 2012-2035 (stan na 31.12. danego roku).



Źródło: opracowanie własne za Kryńska E.; Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy – aspekty gospodarcze; s.31; w Biuletyn 55; Rządowa Rada Ludności 2010; za GUS.

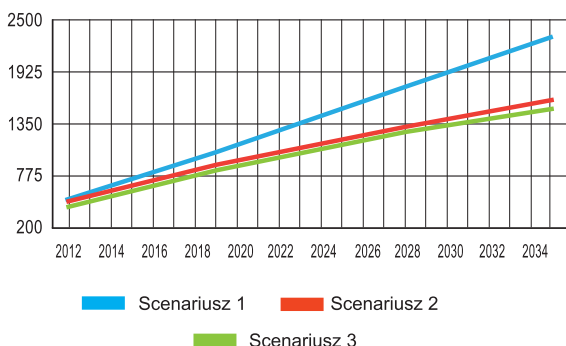


i dostosować liczbę przeprowadzanych zabiegów do bieżących potrzeb (nowe kwalifikacje w ciągu roku).

Należy zwrócić uwagę, że prognozy zakładają utrzymanie się dotychczasowej tendencji w zakresie odsetka osób, które pomimo kwalifikowania się do zabiegu, z różnych przyczyn nie zgłaszają się do kolejki. Przyjęto także dosyć wysoki odsetek, bo aż 10%, operacji wykonywanych w prywatnym sekto-

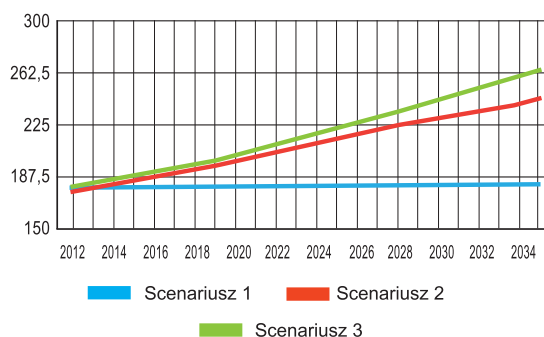
rze za własne środki pacjentów. Jeżeli w przyszłości, z różnych przyczyn, np. w wyniku rosnącej świadomości pacjentów oraz trudności finansowych osób w wieku przedemerytalnym i emerytalnym, te dwa pozytywne dla finansów publicznych zjawiska zmniejszą swoją skalę, to kolejki i czas oczekiwania na zabiegi finansowane ze środków publicznych ulegną jeszcze bardziej dramatycznemu wydłużeniu.

Wykres 67. Porównanie scenariuszy – czas oczekiwania na zabieg usunięcia żączy w latach 2012-2035 (w dniach).



Źródło: Wyliczenia własne w oparciu o dane NFZ; GUS; Sequence HC Partners i HTA Consulting.

Wykres 68. Porównanie scenariuszy – liczba zabiegów usunięcia żączy finansowanych ze środków publicznych w latach 2012-2035 (w tys.).



Źródło: Wyliczenia własne w oparciu o dane NFZ, GUS, Sequence HC Partners i HTA Consulting.

Tabela 25. Kolejka oczekujących na zabieg usunięcia żączy w ramach finansowania publicznego – prognoza scenariuszowa na lata 2012–2035

Scenariusz	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Liczba chorych – cała populacja (stan na 31.12 danego roku) [w tys.]													
Scenariusz 1	1 164	1 269	1 378	1 490	1 607	1 727	1 852	1 979	2 110	2 241	2 374	2 506	
Scenariusz 2	1 164	1 265	1 367	1 470	1 574	1 679	1 785	1 891	1 999	2 107	2 214	2 320	
Scenariusz 3	1 164	1 265	1 367	1 469	1 570	1 672	1 775	1 877	1 979	2 081	2 181	2 279	
Liczba nowych kwalifikacji do zabiegów													
Scenariusze 1-3	269	276	282	288	294	301	307	312	318	322	325	328	
Liczba pacjentów oczekujących w kolejce NFZ (stan na 31.12 danego roku) [w tys.]													
Scenariusz 1	388	452	499	553	614	675	736	799	865	931	997	1 063	
Scenariusz 2	388	452	496	545	599	653	704	758	812	866	919	973	
Scenariusz 3	388	452	496	544	598	650	699	751	802	853	903	952	
Czas oczekiwania na zabieg w kolejce NFZ [w dniach]													
Scenariusz 1	509	597	689	754	827	911	992	1 070	1 151	1 233	1 312	1 390	
Scenariusz 2	509	583	661	706	755	810	861	908	957	1 007	1 057	1 107	
Scenariusz 3	509	583	661	701	745	794	839	880	922	963	1 004	1 044	
Liczba zabiegów finansowanych ze środków publicznych [w tys.]													
Scenariusz 1	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	
Scenariusz 2	179	183	188	192	197	201	205	209	213	216	218	220	
Scenariusz 3	179	183	188	194	200	205	211	216	221	225	229	232	

Źródło: Wyliczenia własne w oparciu o dane NFZ; GUS; Sequence HC Partners i HTA Consulting





	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
	2 638	2 771	2 903	3 036	3 171	3 307	3 443	3 580	3 717	3 855	3 994	4 132
	2 426	2 531	2 636	2 741	2 846	2 952	3 057	3 163	3 268	3 373	3 477	3 581
	2 376	2 472	2 567	2 663	2 759	2 855	2 952	3 048	3 145	3 241	3 336	3 432
	331	333	336	338	341	344	347	351	355	359	363	367
	1 130	1 196	1 262	1 329	1 396	1 464	1 532	1 600	1 669	1 738	1 807	1 877
	1 026	1 078	1 130	1 183	1 236	1 288	1 341	1 394	1 446	1 499	1 551	1 603
	1 001	1 048	1 096	1 144	1 192	1 240	1 288	1 337	1 385	1 433	1 481	1 528
	1 467	1 544	1 619	1 700	1 779	1 855	1 927	1 995	2 061	2 123	2 183	2 240
	1 156	1 205	1 253	1 301	1 347	1 391	1 432	1 470	1 505	1 537	1 567	1 595
	1 082	1 119	1 162	1 203	1 244	1 282	1 318	1 351	1 382	1 410	1 436	1 461
	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179	179
	222	223	225	227	229	231	233	236	239	242	245	248
	236	239	240	242	245	247	250	253	256	259	262	265



Spis wykresów

Wykres 1. Ludność Polski (w mln osób).....	15
Wykres 2. Obciążenie demograficzne.....	16
Wykres 3. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn i kobiet urodzonych w Polsce i w innych krajach UE w 2010 roku.....	18
Wykres 4. Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat w Polsce i w krajach UE w 2010 roku.....	18
Wykres 5. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2010 roku (dane GUS).....	19
Wykres 6. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych w 2010 roku.....	20
Wykres 7. Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w 2010 roku.....	20
Wykres 8. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia mężczyzn w 2010 roku.....	21
Wykres 9. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia kobiet w 2010 roku.....	21
Wykres 10. Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i w wybranych krajach europejskich, 2010 roku lub ostatni dostępny.....	22
Wykres 11. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce i w wybranych krajach europejskich, 2010 roku lub ostatni dostępny.....	22
Wykres 12. Podział chorych na wybrane choroby sercowo-naczyniowe ze względu na płeć i rodzaj choroby w 2009 roku.....	23
Wykres 13. Współczynniki zachorowalności i umieralności na wszystkie nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w krajach UE-27 w 2008 roku wg płci.....	24
Wykres 14. Współczynniki zachorowalności na wybrane nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w krajach UE-27 w 2008 roku.	24
Wykres 15. Współczynniki umieralności na wybrane nowotwory złośliwe ogółem w Polsce i w krajach UE-27 w 2008 roku.	25
Wykres 16. Chorzy na cukrzycę w Polsce w 2011 roku.....	26
Wykres 17. Chorzy na cukrzycę w Polsce w 2011 roku – struktura wiekowa.....	26
Wykres 18. Europejski Konsumencki Indeks Diabetologiczny 2008.....	27
Wykres 19. Średnie wydatki per capita USD, PPP na leczenie chorych z cukrzycą w Europie.....	29
Wykres 20. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zatoru mózgu i krwotoku mózgowego w Polsce, 2007-2010 (dane i opracowanie NIZP – PZH).....	32
Wykres 21. Odsetek Polaków powyżej 15. roku życia palących codziennie papierosy w zależności od płci oraz masa ciała Polaków (dane za 2009 rok).....	32





Wykres 22. Odsetek osób palących papierosy i średnia liczba wypalanych papierosów (w wieku 18 lat i więcej)	32
Wykres 23. Odsetek osób w wieku powyżej 15 lat regularnie uprawiających sport i podejmujących inne formy aktywności fizycznej w krajach UE.....	33
Wykres 24. Odsetek dorosłych Polaków o prawidłowych nawykach żywieniowych w wybranych kategoriach.....	34
Wykres 25. Odsetek młodzieży szkolnej wypełniającej dzienną normę aktywności fizycznej w latach 2002, 2006 i 2010.....	34
Wykres 26. Odsetek młodzieży szkolnej spożywającej codziennie owoce i warzywa w latach 2002, 2006 i 2010.....	35
Wykres 27. Koszty chorób sercowo-naczyniowych w Polsce w 2011 roku.....	36
Wykres 28. Koszty cukrzycy w Polsce w 2011 roku (w mld zł).....	37
Wykres 29. Całkowity koszt pośredni zaburzeń widzenia na skutek AMD, DME i RVO w Polsce w latach 2009-2011 (w mln zł).....	39
Wykres 30. Procentowy podział kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ w roku 2012.....	41
Wykres 31. Wydatki na leki i środki nietrwałego użytku w wybranych krajach EU.....	42
Wykres 32. Wydatki na profilaktykę oraz zdrowie publiczne na osobę w USD PPP, 2010 roku lub ostatni dostępny.....	43
Wykres 33. Liczba szpitali ogółem, szpitali publicznych i niepublicznych w Polsce w latach 2000-2010.....	44
Wykres 34. Łóżka w szpitalach publicznych i niepublicznych w Polsce w latach 2000-2010.....	45
Wykres 35. Liczba łóżek w stacjonarnych zakładach opieki pielęgniarstwa i długoterminowej na 100 tys. mieszkańców (HP 2) w krajach UE.....	45
Wykres 36. Liczba lekarzy specjalistów pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej na 100 tys. mieszkańców według specjalności.....	46
Wykres 37. Odsetek lekarzy wykonujących zawód powyżej 65. roku życia.....	47
Wykres 38. Procentowy udział długości absencji chorobowej 2012 roku wg grup chorobowych.....	48
Wykres 39. Struktura orzeczeń pierwszorazowych rentowych – stopień niezdolności do pracy wg wybranych grup chorobowych i płci.....	49
Wykres 40. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w Polsce, 1980-2009.....	74
Wykres 41. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni osób hospitalizowanych z powodu zawału serca w 2007 roku w krajach OECD.....	74



Wykres 42. Standaryzowane współczynniki zapadalności na nowotwory jelita grubego i odbytnicy u mężczyzn w 2008 roku.....	76
Wykres 43. Standaryzowane współczynniki umieralności na raka jelita grubego i odbytnicy u mężczyzn w 2008 roku.....	77
Wykres 44. Względne przeżycie danego okresu od rozpoznania nowotworu jelita grubego u mężczyzn.....	77
Wykres 45. Standaryzowane współczynniki zapadalności na raka piersi u kobiet w 2008 roku.....	77
Wykres 46. Standaryzowany współczynnik umieralności na raka piersi u kobiet w 2008 roku.....	78
Wykres 47. Względne przeżycie danego okresu od rozpoznania raka piersi u kobiet.....	78
Wykres 48. Odsetek osób deklaruujących niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia w krajach Europy.....	83
Wykres 49. Liczba zabiegów usunięcia zaćmy na 1 mln mieszkańców w różnych państwach w 2008 roku (dane dla Polski dla 2012 roku).....	85
Wykres 50. Świadomość Polaków zagrożenia wystąpieniem chorób siatkówki.....	87
Wykres 51. Zmiana liczby ludności Polski oraz zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w latach 2012-2035.....	92
Wykres 52. Wydatki na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ (w mld zł) w latach 2012-2035 w podziale na grupy wiekowe.....	92
Wykres 53. Alokacja środków NFZ w 2012 i w 2035 roku na poszczególne grupy wiekowe wyrażona procentem budżetu.....	93
Wykres 54. Wydatki na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ (w mld zł) w latach 2012-2035 w podziale na kategorie świadczeń.....	93
Wykres 55. Najważniejsze dane o szpitalach ogólnych w Polsce w latach 1998-2012.....	94
Wykres 56. Sugerowane zmiany w obszarze szpitalnictwa (do roku 2035).....	95
Wykres 57. Koszty leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.....	107
Wykres 58. Koszty leczenia chorób nowotworowych w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.....	108
Wykres 59. Hospitalizacje z powodu stopy cukrzycowej w latach 2009-2012.....	110
Wykres 60. Koszty leczenia cukrzycy w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.....	110
Wykres 61. Koszty leczenia chorób neurologicznych w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.....	110
Wykres 62. Koszty leczenia chorób oczu w 2012 roku finansowane przez NFZ oraz wydatki pacjentów na leki Rx.....	112
Wykres 63. Scenariusz 1 – prognoza długości kolejki i czasu oczekiwania na zabieg chirurgicznego usunięcia zaćmy oraz liczby zabiegów finansowanych ze środków publicznych.....	115
Wykres 64. Scenariusz 2 – prognoza długości kolejki i czasu oczekiwania na zabieg chirurgicznego usunięcia zaćmy oraz liczby zabiegów finansowanych ze środków publicznych.....	116





Wykres 65. Scenariusz 3 – prognoza długości kolejki i czasu oczekiwania na zabieg chirurgicznego usunięcia zaćmy oraz liczby zabiegów finansowanych ze środków publicznych.....	117
Wykres 66. Porównanie scenariuszy – kolejka oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy w tys. w latach 2012-2035 (stan na 31.12. danego roku).....	117
Wykres 67. Porównanie scenariuszy – czas oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy w latach 2012-2035 (w dniach).....	118
Wykres 68. Porównanie scenariuszy – liczba zabiegów usunięcia zaćmy finansowanych ze środków publicznych w latach 2012-2035 (w tys.).....	118

Spis tabel

Tabela 1. Ludność Polski (w mln osób).....	15
Tabela 2. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji krajów UE.....	16
Tabela 3. Koszty leczenia nowotworów z ich przeznaczeniem w 2009 roku (w mln euro oraz jako ogółu wydatków na leczenie).....	36
Tabela 4. Całkowity koszt chorób mózgu w Europie w 2010 roku (euro PPP miliony, 2010).....	38
Tabela 5. Łączne wydatki na zdrowie w wybranych krajach (% PKB, 2010).....	40
Tabela 6. Liczba przedstawicieli zawodów medycznych pracujących w jednostkach opieki zdrowotnej na 1000 ludności.....	46
Tabela 7. Liczba osób ubezpieczonych w ZUS, którym w 2012 roku wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej wg wieku i płci oraz liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS wg wieku i płci.....	48
Tabela 8. Liczba okulistów na milion mieszkańców.....	85
Tabela 9. Zachorowalność na zaćmę jako odsetek nowych kwalifikacji do zabiegu w okresie roku w poszczególnych grupach wiekowych populacji Polski.....	86
Tabela 10. Liczba zabiegów usunięcia zaćmy finansowanych ze środków publicznych, według zastosowanej procedury w latach 2009-2012.....	86
Tabela 11. Zabiegi usunięcia zaćmy finansowane ze środków publicznych, według wieku pacjentów w latach 2009-2012.....	87
Tabela 12. Kolejka oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy w ramach finansowania publicznego – prognoza scenariuszowa na lata 2012-2035.....	88



Tabela 13. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni kardiologicznej i na oddział kardiologiczny w poszczególnych województwach.....	105
Tabela 14. Liczba osób w kolejce oraz czas oczekiwania na wykonanie koronarografii, angioplastyki i wszczepienia lub wymiany rozrusznika* w poszczególnych województwach.....	106
Tabela 15. Długość kolejki i czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodka rehabilitacji kardiologicznej i na oddział rehabilitacji kardiologicznej w poszczególnych województwach.....	106
Tabela 16. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział diabetologiczny w poszczególnych województwach.....	107
Tabela 17. Długość kolejki i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział onkologiczny w poszczególnych województwach, stan na 31/03/2013.....	108
Tabela 18. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni diabetologicznej w poszczególnych województwach.....	109
Tabela 19. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział diabetologiczny w poszczególnych województwach.....	109
Tabela 20. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni neurologicznej w poszczególnych województwach.....	111
Tabela 21. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie na oddział neurologiczny w poszczególnych województwach.....	111
Tabela 22. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na przyjęcie w poradni okulistycznej i na oddział okulistyczny w poszczególnych województwach.....	112
Tabela 23. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na leczenie zaćmy w poszczególnych województwach.....	113
Tabela 24. Liczba osób w kolejce i czas oczekiwania na leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF w poszczególnych województwach.....	113
Tabela 25. Kolejka oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy w ramach finansowania publicznego – prognoza scenariuszowa na lata 2012-2035.....	118





Spis rysunków

Rysunek 1. Łączne nakłady na zdrowie w Polsce (% PKB) i straty wynikające z nieefektywnej organizacji systemu.....	41
Rysunek 2. System opieki medycznej w Polsce – piramida przerzucania kosztów.....	43
Rysunek 3. Poziom wykorzystania różnych podmiotów leczniczych – sytuacja obecna.....	54
Rysunek 4. Uproszczony schemat pożądanego kierunku zmian miejsca realizowania świadczeń zdrowotnych.....	55
Rysunek 5. Schemat poświadczanych zmian lokalizacji realizowania świadczeń zdrowotnych.....	56
Rysunek 6. Schemat – Optymalny system opieki medycznej.....	56
Rysunek 7. Przekształcenia i poziom wykorzystania różnych podmiotów leczniczych – sytuacja przyszła.....	57
Rysunek 8. Funkcjonowanie szpitali – stan obecny i możliwe rozwiązanie.....	58
Rysunek 9. Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji u osób ze stabilną chorobą niedokrwienną serca, w tym po planowym zabiegu angioplastyki wieńcowej.....	75
Rysunek 10. Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji u osób po ostrym zespole wieńcowym.....	75
Rysunek 11. Wymiary koszyka świadczeń gwarantowanych.....	82
Rysunek 12. Stan zdrowia a dobrostan i rozwój gospodarczy.....	97
Rysunek 13. Polityka społeczna jako czynnik poprawiający zdrowie oraz dobrostan społeczeństwa i jednostki.....	97
Rysunek 14. Koordynacja działań w zakresie implementacji zdrowia we wszystkich politykach.....	98
Rysunek 15. Czynniki ryzyka chorobowości chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy, nowotworów oraz chorób siatkówki.....	99
Rysunek 16. Model prognostyczny.....	115



Literatura

1. Adopting a Global Health Care Benefits Strategy – 2006 Survey of Multinationals on Health Care, WatsonWyatt, 2006
2. Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce. Stan obecny i prognoza do 2030 roku, KPMG w Polsce, Fundacja Nutrica, 2012
3. Opieka zdrowotna po 15 latach, Balicki M., Projekt „Liderzy w sektorze ochrony zdrowia”, Warszawa, 24 września 2013, za OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
4. Healthcare and Active Ageing: Patient Choice in Cataract Care, Heinz K., Becker H.K., Hughes S., Heinisch R., 2013
5. Geriatria – jej cele i problemy w Polsce, Bień B., w: Zdrowe starzenie się: Biała Księga, Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Samoliński B., Raciborski F. (red.), Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2013, ss. 124-126
6. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2000
7. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2010
8. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012
9. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2013
10. Wystąpienie Boniego M., Ministra Administracji i Cyfryzacji, w imieniu Prezesa Rady Ministrów na sesji inauguracyjnej II Kongresu Demograficznego 2012 „Polska w Europie – przyszłość demograficzna”, dane za Eurostat i OECD „Pension at a glance 2011”
11. Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, CBOS, Warszawa, marzec 2012
12. Ekonomiczne aspekty palenia tytoniu i opodatkowania wyrobów tytoniowych w Polsce, Ciecierski C.C., Cherukupalli R., Weresa M., Raport sfinansowany przez organizację Bloomberg Philanthropies oraz Bill and Melinda Gates Foundation w ramach Inicjatywy Bloomberg’a na Rzecz Ograniczenia Używania Tytoniu
13. Udar mózgu – epidemiologia, leczenie, profilaktyka, Członkowska A., w: Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, Gałązka-Sobotka M., Bogucki M., Gierczyński J., Gryglewicz J., Karczewicz E., Zalewska H., Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013
14. eHealth for a Healthier Europe! opportunities for a better use of healthcare resources, research made by Gartner on behalf of the Swedish Ministry of Health and Social Affairs in six member states: the Czech Republic, France, the Netherlands, Sweden, Spain and the United Kingdom, dokument szwedzkiej prezydencji w UE, se2009.eu, 2009
15. eHealth for improved patient safety for individuals receiving care in another EU Member State, dokument szwedzkiej prezydencji w UE, se2009.eu, 2009
16. Euro Consumer Diabetes Index (ECDI), 2008, <http://www.healthpowerhouse.com>
17. Europejska polityka zdrowotna a polityki narodowe, Ryś A., Komisja Europejska Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, Szczyt Zdrowia, Warszawa 2013





18. Eurostat 2012, wskaźniki dotyczące zdrowia publicznego http://epp.eurostat.ec.europa/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables, (uzyskano 23/09/2013)
19. Euro Consumer Diabetes Index 2008 report, Health Consumer Powerhouse, 2008
20. Analiza dostępności do leczenia onkologicznego oraz finansowania świadczeń z zakresu chemioterapii w 2012 roku. Ze szczególnym uwzględnieniem nowych terapii onkologicznych, Gałązka-Sobotka M. (red.) Wiciak-Obrębska M., Gierczyński J., Gryglewicz J., Drapała A., Parol T., Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013
21. Variations in Cancer Survival and Patterns of Care Across Europe: Roles of Wealth and Health-Care Organization, Gatta G., Trama A., Capocaccia R., Journal of the National Cancer Institute Monographs, Nr 46, 2013, 79
22. Konkurencyjna Polska. Jak awansować w światowej lidze gospodarczej?, Geodecki T., Hausner J. (red.), Majchrowska A., Marczewski K., Piątkowski M., Tchorek G., Tomkiewicz J., Weresa M., Fundacja Gospodarki i Administracji Publicznej, Kraków 2013
23. Global Data on Visual Impairments, 2010, WHO/NMH/PBD/12.01, WHO, 2012
24. Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska, Golinowska S. i współautorzy, WHO Regional Office, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011 (Volume 13, Number 8), (polska wersja wydana przez NFZ)
25. Stan zdrowia ludności Polski w 1996 r., GUS, Warszawa, 1998
26. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r., GUS, Warszawa 2011
27. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., GUS, Kraków 2011
28. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011
29. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r., GUS, Warszawa 2012
30. Budżety gospodarstw domowych w 2011 r., GUS, Warszawa 2012
31. Zdrowie kobiet w Polsce w latach 2004-2009, GUS, Kraków 2012
32. Rocznik demograficzny, GUS, Warszawa 2012
33. Mały rocznik statystyczny, GUS, Warszawa 2013
34. Cost of disorders of the brain in Europe 2010, Gustavsson A. i inni, Eur. Neuropsychopharmacol. (2011),
35. Wystąpienie Hamankiewicza M. podczas panelu „Stan zdrowia społeczeństwa – jego wpływ na długość życia” za: Strzelecki Z., Potrykowska A., Polska w Europie – Przyszłość demograficzna, Rządowa Rada Ludnościowa, II Kongres Demograficzny 2012, ss. 267-275
36. Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, 2013,
37. Health and Social Care Information Centre, Hospital Episode Statistics for England. Inpatient statistics, 2011-12; www.hesonline.nhs.uk
38. Health care systems: Getting more value for money, OECD Economics Policy Notes 2010, No.2



39. Health United States, National Center for Health Statistics, 2011
40. Hospitalizations and Deaths Among Adults With Cardiovascular Disease Who Underuse Medications Because of Cost: A Longitudinal Analysis, Heisler M. i inni, NIH Public Access Author Manuscript Med Care., available in PMC, 2011 February 7
41. Hospital Episode Statistics: Admitted Patient Care 2011-12 Summary Report, Hospital Episodes Statistic, NHS 2012
42. Czekają nas rządy starców, Iglicka K., Do Rzeczy, nr 30/030, 19-25 sierpnia 2013
43. International Diabetes Federation (IDF), Diabetes Atlas Update 2012, Fifth edition
44. Investing in Health, Accompanying the document, Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee of the Regions, Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020, European Commission, SWD (2013) 43 final, Brussels, 20.2.2013
45. Investing in Health, European Commission, Key messages, February 2013.
46. Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji, Jankowski P., Niewada M., Bochenek A., Bochenek-Klimczyk K., Bogucki M., Drygas W., Dudek D., Eysymontt Z., Grajek S., Kozierekiewicz A., Mamcarz A., Olszowska M., Pająk A., Piotrowicz R., Podolec P., Wolszakiewicz J., Zdrojewski T., Zielińska D., Opolski G., Stępińska J., Kardiologia Polska, Tom 71, Nr 9 (2013), ss. 995-1003
47. Inwestycje w zdrowie pracowników jako szansa na wydłużenie życia w pełnym zdrowiu, Juszczyk G. w: Zdrowie i medycyna – wyzwania przyszłości, praca zbiorowa pod red. Pasowicz M., Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, Medycyna Praktyczna, Kraków 2013, ss. 187-198
48. Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań, Kalbarczyk W.P., Łanda K., Władysiuk M. (red.), BiblioTeczka CEESTAHC, Kraków, Warszawa 2011
49. Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski, Kalbarczyk W.P., Kowalska K., Sprawne Państwo – Program EY, 2013
50. Kardiologia Inwazyjna, grudzień 2012, VM Media, VM Group sp.k., 2012
51. Koszty leczenia cukrzycy typu 1 i 2 w Polsce, Kawalec P., Kielar M., Pilc A., Diabetologia Praktyczna 2006, 7 (5): 287-294
52. Analiza kosztów leczenia powikłań cukrzycy poniesionych przez płatnika w Polsce w roku 2002, Kawalec P., Pilc A., Diabetologia Praktyczna 2004, 5 (1), ss. 9-14.
53. Koszty cukrzycy typu 2 w Polsce (badanie CODIP), Kinalska I., Niewada M., Głogowski C., Krzyżanowska A., Gierczyński J., Latek M., Kamiński B., Diabetologia Praktyczna 2004, 5 (1), ss. 1-8
54. Konkluzje pokonferencyjne z 1st European Day of the Brain. Ageing, Stroke, and Alzheimer's Disease – Finding Innovative Solutions – Experts Conference during Polish Presidency of the European Union Council (18 November 2011, Learning Center Medical University of Warsaw)
55. Metodologia i planowane efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce, Koronkiewicz A., Miśkiewicz M., Murkowski M., Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, 1999
56. Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces, Kozierekiewicz A., Bochenek T., Gilewski D., Topór-Mądry R., raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, 2011





57. Druga Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO, Kozierkiewicz A., Bochenek T., Gilewski D., Topór-Mądry R., raport opracowany przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, 2011
58. Zawód na wymiarciu, Kurowska A., Służba Zdrowia, Nr 51-66 (4252-4267), 2013, ss. 28-30
59. Health in All Policies. Seizing opportunities, implanting policies, Leppo K., Ollila E., Peña S., Wismar M., Cook S., Ministry of Social Affairs and Health Finland, National Institute for Health and Welfare, European Observatory on Health Systems and Policies, UNRISD, Ministry of Foreign Affairs of Finland, 2013
60. Organization Design for Geriatrics: An Evidence Based Approach, Levis D. (red.), Regional Geriatric Programs of Ontario, 2008
61. Koszty chorób a ocena systemów opieki zdrowotnej w Europie, Lis J., Gierczyński J., Glasek M., w: Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania, Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, 2010, s. 129-148
62. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis, Ryć K., Skrzypczak Z., analiza opublikowana w październiku 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70442-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70442-X)
63. Problem starzejącego się społeczeństwa z perspektywy pracodawcy, Malinowski A. w: Zdrowe Starzenie się: Biała Księga, red. naukowa: Samoliński B., Raciborski F., Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Warszawa 2013, ss. 29-31
64. Medication non-adherence, No.1/March 2011, Media Planet 2011
65. Metodyka pomiaru kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia, Sprawne Państwo, Program EY, 2013
66. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej, Moskaiewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., EZOP Polska
67. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2007
68. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu
69. Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, Moduł I: Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym przez poprawę żywienia i aktywności fizycznej POL-HEALTH na lata 2007-2011, Moduł II: Program prewencji i cukrzycy w Polsce na latach 2010-2011, Moduł III: Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009-2011, Ministerstwo Zdrowia
70. Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, Moduł I: Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym przez poprawę żywienia i aktywności fizycznej POL-HEALTH na lata 2012-2014, Ministerstwo Zdrowia, 2012
71. Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej na rok 2012, Ministerstwo Zdrowia, 2012
72. Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, Moduł III: Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2012-2016, Ministerstwo Zdrowia, 2012
73. Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010-2012 POLKARD, ogłoszenie konkursu ofert na wybór realizatorów programu zdrowotnego pn. „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyk i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010-2012 POLKARD” w zakresie zadania pn. „Zakup aparatury medycznej dla Oddziałów Rehabilitacji Neurologicznej”, marzec 2011



74. Inhibitory dipeptydylopeptydazy 4 (DPP-4), Ocena aspektów ekonomicznych związanych z finansowaniem innowacyjnej terapii doustnej w leczeniu cukrzycy typu 2 – bilans kosztów i korzyści, Niewada M., Lenarczyk E., Wrona W., HeathQuest, 2012
75. Niewydolność serca – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych, raport opracowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013
76. Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
77. Zapobieganie chorobom mózgu, chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimer, Opala G., Ryglewicz D., 2012
78. Opracowanie systemowe dotyczące opieki okulistycznej w Polsce – najważniejsze problemy z dostępem do świadczeń okulistycznych, Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC), Kraków 2012
79. Patients' entitlement to health care in another EU Member State, dokument szwedzkiej prezydencji UE, se-2009.eu
80. Wpływ nowej ustawy refundacyjnej na producentów leków i rynek leków. Fundamentalne zmiany, nowe wyzwania, Pilkiwicz M., IMS Health, prezentacja przedstawiona na Konferencji Dzień Polskiej Farmacji, Warszawa, 17 maja 2013 r.
81. Rządowa Rada Ludnościowa, Biuletyn, Potrykowska A., Orzełek E.(red.), Biuletyn RRL 55, 2010
82. Prognoza ludności na lata 2008-2035, GUS, 2009
83. Przewodnictwo Polski w Radzie Unii Europejskiej, Raport końcowy z przygotowania i sprawowania prezydencji złożony przez Pełnomocnika Rządu ds. Przygotowania Organów Administracji Rządowej i Sprawowania przez Rzeczpospolitą Polską Przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej na podstawie § 1. pkt 2. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lipca 2008 r. (Dz. U. nr 133, poz. 843 z późn. zm.), przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 17 kwietnia 2012 r., pkt 3.13.2 – Zdrowie, ss. 214-215
84. Raport Euro Vision Scorecard, 2013, Health Consumer Powerhouse <http://www.healthpowerhouse.com/>
85. Realizacja przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, NIK, Nr ewid. 145/2013/P/12/137/LKA, 2013
86. Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków, Bogusławski S., Kalbarczyk W.P., Tytko Z., Sequence HC Partners, PIU, INFARMA, 2011
87. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia
88. Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stankiewicz A. (red.), Misiuk-Hojło M., Ulińska M., Sobierajski T. (red.), Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki związanego w Wiekami AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011
89. Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek, Pracodawcy RP, American Chamber of Commerce in Poland, Warszawa, 2011
90. Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, J. Stepińska, w: Gałązka-Sobotka M., Bogucki M., Gierczyński J., Gryglewicz J., Karczewicz E., Zalewska H., Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013





91. Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2011-2012, Strzelecki Z. (red.), Błędowski P., Gałązka A., Nowak L., Kowalska I., Kurkiewicz J., Kuropka I., Napierała J., Potrykowska A., Sobczak I., Rządowa Rada Ludnościowa, 2012
92. Polska w Europie – przyszłość demograficzna, Strzelecki Z., Potrykowska A. (red.), II Kongres Demograficzny 2012, Tom 1 i 2, Warszawa 2012
93. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials, Stuck A.E., Siu A.L., Wieland G.D., Rubenstein L.Z., Lancet, 342, 1993, ss. 1032-1036
94. Demografia starzejącego się społeczeństwa, Szymborski J., w: Zdrowe starzenie się: Biała Księga. Koalicja na rzecz zdrowego starzenia się, Samoliński B., Raciborski F. (red.), Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2013 ss. 14-17
95. Przyszłość demograficzna a zdrowie, prezentacja podczas panelu Wpływ zmian demograficznych na systemy ochrony zdrowia w Polsce, Europie i na świecie. Starzenie się społeczeństw jako problem, Szymborski J., Marciniak G., Europejski Kongres Gospodarczy, Katowice 14-16.05.2012
96. Sytuacja chorych na Parkinsona jest dramatyczna, Kowalska M., Medexpress.pl (12.08.2013)
97. The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050) Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN), Special Report n° 1/2006, European Economy, European Commission, Directorate – General for Economic and Financial Affairs, http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_publications_en.htm
http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/eespecialreports_en.htm
98. The Migration of Care to Non-hospital Settings: Have Regulatory Structures Kept Pace with Care Delivery, TRENFWATCH, Research and analysis by Avalere Health for American Hospital Association
99. The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches, WHO Regional Office for Europe, FFICE FOR EUROPE, EUR/RC61/9, Web: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>, Baku, Azerbaijan, 12–15 sierpnia 2011
100. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060) Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG, EUROPEAN ECONOMY 2/2012)
101. Thomson Reuters Report, 2009
102. Visual impairment and blindness, Factsheet, World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html>
103. Developing Geriatric Medicine in the European Union, Vilches-Moraga A., O'Neill D., Mair A., European Union Geriatric Medicine Society Handbook, 2012
104. What cancer statistics are available, and where can I find them?, National Cancer Intelligence Network, June 2013
105. Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa, Wilczyńska J., Bogusławski S., Plisko R., Patronat Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Sequence HC Partners, HTA Consulting, 2012
106. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku, Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W., Centrum Onkologii, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów, publikacja wydana w ramach zadania „Rejestracja nowotworów złośliwych” w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Ministerstwo Zdrowia, 2012



107. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., arodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2012
108. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Rocznik statystyczny 2010, Część II, Lecznictwo neurologiczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawa, 2011
109. Zalecenie Rady Europy w sprawie krajowego programu reform Polski z 2013 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na lata 2012-2016, pkt. (9), Komisja Europejska, Bruksela 2013
110. Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Emerytalnego do 2060 roku, ZUS 2013
http://www.zus.pl/bip/pliki/Prognoza_fundusz_emerytalny_2015_2060.pdf



