



Janusz Szymborski

Collegium Civitas
Rządowa Rada Ludnościowa
j.szymborski@stat.gov.pl

Grażyna Marciniak

Główny Urząd Statystyczny
g.marciniak@stat.gov.pl

ZDROWOTNE NASTĘPSTWA PRZEMIAN DEMOGRAFICZNYCH W POLSCE – PRZYCZYNA CZY USPRAWIEDLIWIENIE PROBLEMÓW W OCHRONIE ZDROWIA?

Streszczenie: W wykonanych szacunkach prognostycznych dotyczących wpływu zmian demograficznych na stan zdrowia i potrzeby ochrony zdrowia wykazano, że tylko z powodu starzenia się ludności wzrośnie odsetek populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze; nastąpi także zwiększenie udziału pacjentów leczonych w szpitalach. W piśmiennictwie światowym kwestionowane jest przekonanie, iż starzenie się populacji odgrywa główną rolę w gwałtownym zwiększaniu kosztów opieki medycznej i związanych z tym problemów w funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Podkreśla się natomiast istotny wpływ, trudno poddającego się kontroli, wzrostu cen leków i sprzętu medycznego oraz kosztów administracyjnych. W konkluzji przeprowadzonej dyskusji autorzy podkreślają, że wyzwaniom wynikającym z rozwoju procesów demograficznych do 2035 r. powinna sprostać odpowiednia polityka zdrowotna skierowana zarówno na systemowe, adresowane do wszystkich grup wieku ludności, działania w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia, jak i na racjonalizację gospodarki lekami, aparaturą i sprzętem medycznym oraz na optymalizację kosztów administracyjnych.

Słowa kluczowe: sytuacja demograficzna, stan zdrowia, ochrona zdrowia.

Wprowadzenie

Wyzwania dla systemów opieki zdrowotnej w kontekście przyszłości demograficznej są przedmiotem zainteresowania ośrodków naukowych i instytucji rządowych w wielu krajach, w tym w Polsce [Golinowska, red., 2008; Rządowa

Rada Ludności, 2008; Boni i Zespół, red., 2009; Mossakowska, Więcek, Błędowski, red., 2012]. W strategicznym podejściu Komisji Europejskiej do bezpieczeństwa zdrowotnego w latach 2008-2013 zwrócono uwagę na coraz poważniejsze zagrożenia równowagi unijnych systemów zdrowotnych związane z procesem starzenia się społeczeństwa i w następstwie zmianą struktury chorób. W Unii Europejskiej do 2050 r. o 70% wzrośnie liczba osób, które przekroczą wiek 65 lat, a populacja po ukończeniu 80. roku życia wzrośnie o 170%. Zmiany te najprawdopodobniej spowodują zwiększenie popytu na opiekę zdrowotną, przy jednoczesnym zmniejszeniu się populacji aktywnej zawodowo [Biała Księga, 2008].

Według własnych szacunków prognostycznych, wykonanych z wykorzystaniem danych prognozy ludności na lata 2008-2035 [GUS, 2009], oraz wyników badania stanu zdrowia ludności z 2004 r. [GUS, 2006], zmiany przewidziane prognozą demograficzną będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Zgodnie z założeniami, przyjętymi dla potrzeb projekcji, tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się istotnie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Można spodziewać się istotnego pogorszenia się stanu zdrowia populacji, wzrostu odsetka populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi (m.in. choroba wieńcowa, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, astma, cukrzyca, zapalenie stawów), co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze. Można także przewidywać zwiększenie udziału pacjentów korzystających w ciągu roku z wizyt lekarskich czterokrotnie i częściej, udziału osób leczonych w szpitalach, a także istotnego wzrostu odsetka osób zażywających leki [Marciniak, Szymborski, 2010].

W obecnym opracowaniu podjęto próbę oszacowania skutków zmian w strukturze ludności według wieku – przewidywanych w prognozie demograficznej na lata 2008-2035 – dla zdrowia populacji i potrzeb związanych z opieką zdrowotną, wykorzystując, jako źródło danych na temat sytuacji zdrowotnej ludności Polski, wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia przeprowadzonego w 2009 r. (EHIS) [GUS, 2011]. Dokonując szacunków prognostycznych, nie uwzględniono potencjalnych zmian zachowań zdrowotnych, w tym odnośnie do żywienia i aktywności ruchowej, a także ewentualnej poprawy w zakresie dostępności do usług opieki zdrowotnej i ich jakości. Oszacowane wskaźniki są zatem wynikiem zmian w strukturze ludności według wieku, głównie postępującego starzenia się populacji. Badanie EHIS zostało przeprowadzone według zharmonizowanej metodologii co do zakresu tematycznego i zastosowanych narzędzi badawczych, wspólnej dla krajów UE. Kwestionariusz badania obejmował 4 moduły: 1) zmienne podstawowe (charakterystykę demo-

graficzno-społeczną respondentów oraz gospodarstwa domowego), 2) stan zdrowia, 3) korzystanie z usług medycznych, 4) determinanty zdrowia. Badaniem objęto 24,5 tys. gospodarstw domowych i ok. 35,1 tys. osób w wieku 15 lat i więcej w wylosowanych mieszkaniach oraz 6,7 tys. dzieci (w polskim badaniu uwzględniono specjalny blok pytań dla dzieci 0-14 lat). Wyniki zostały uogólnione na ludność kraju według stanu na 31 XII 2009 r. Zamierzeniem autorów nie było przedstawienie całościowej prognozy stanu zdrowia i ochrony zdrowia, a jedynie zasygnalizowanie problemów w wybranych aspektach zdrowia, wynikających z postępującego procesu starzenia się populacji. Na podstawie dokonanych analiz oraz danych z literatury przedmiotu podjęto próbę dyskusji na temat relacji pomiędzy starzeniem się ludności a zwiększaniem potrzeb zdrowotnych i kosztów opieki zdrowotnej, a także występowaniem problemów w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

1. Wybrane aspekty stanu zdrowia ludności Polski w 2009 r.

W okresie 5 lat, dzielących dwa ostatnie badania zdrowia ludności Polski, subiektywna ocena stanu zdrowia Polaków poprawiła się. O ile w 2004 r. 39% mieszkańców Polski oceniało swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego, o tyle pod koniec 2009 r. takie opinie formułowało 34% Polaków, tj. o 5 p.p. mniej.

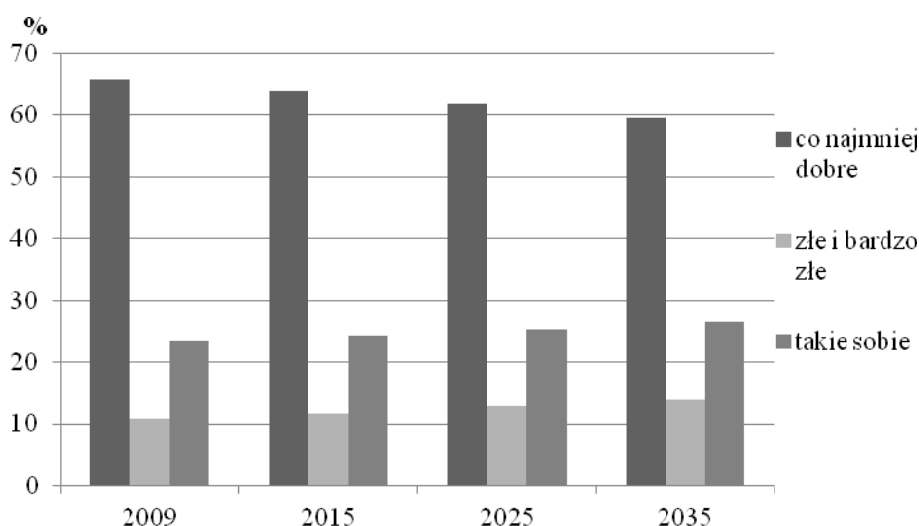
Mimo poprawy subiektywnej oceny stanu zdrowia, u co drugiego mieszkańca Polski stwierdzono występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych. Populacja osób, które w 2009 r. miały schorzenia przewlekłe jest relatywnie większa niż 5 lat wcześniej, co wynika m.in. ze znacznie rozszerzonej listy obserwowanych problemów zdrowotnych u osób dorosłych. Pod koniec 2009 r. występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych zarejestrowano u prawie 51% ogółu Polaków, zaś w 2004 r. – u 46%. Częstość zgłaszania schorzeń przewlekłych wzrasta z wiekiem. Ponad 82% osób będących w wieku 50 lat i więcej potwierdziło występowanie przynajmniej 1 choroby lub dolegliwości przewlekłej, podczas gdy w grupie 40-49 lat – nieco częściej niż co druga osoba. Przewlekłe choroby częściej zgłaszają kobiety (60%) niż mężczyźni (50%) i prawidłowość ta występuje we wszystkich grupach wieku.

W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności (poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce może liczyć od 5,3 mln do 9 mln osób. W przypadku dolnej granicy szacunku, według kryterium Narodowego Spisu Powszechnego (NSP), ujęto wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak również osoby, które miały poważne ograniczenia w wykonywaniu codziennych, podstawowych czynności, a w przypadku górnej – także osoby,

które deklarowały jakiegokolwiek ograniczenia, nawet gdy były niezbyt poważne (kryterium Eurostat). W ciągu ostatnich 5 lat liczba osób niepełnosprawnych w Polsce według kryterium NSP zmniejszyła się o prawie 950 tys. i na koniec 2009 r. wyniosła 5,3 mln osób. Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem, wśród 40-latków niepełnosprawna jest co dziesiąta osoba, wśród 50-latków – blisko co piąta, w grupie osób 70-letnich i starszych – prawie co druga.

2. Projekcja wybranych aspektów stanu zdrowia ludności Polski do 2035 r.

Zgodnie z przyjętymi w projekcji założeniami obliczono przyszłe proporcje ludności według samooceny stanu zdrowia (rys. 1). Wyniki szacunków dotyczących populacji ogółem wskazują, że udział osób oceniających swoje zdrowie jako co najmniej dobre może zmniejszyć się w rozważanym okresie 2009-2035 z 65,7% do 53,5%, przy jednoczesnym wzroście odsetka ocen złych i bardzo złych (z 10,8% do 16,1%, tj. o 33%).

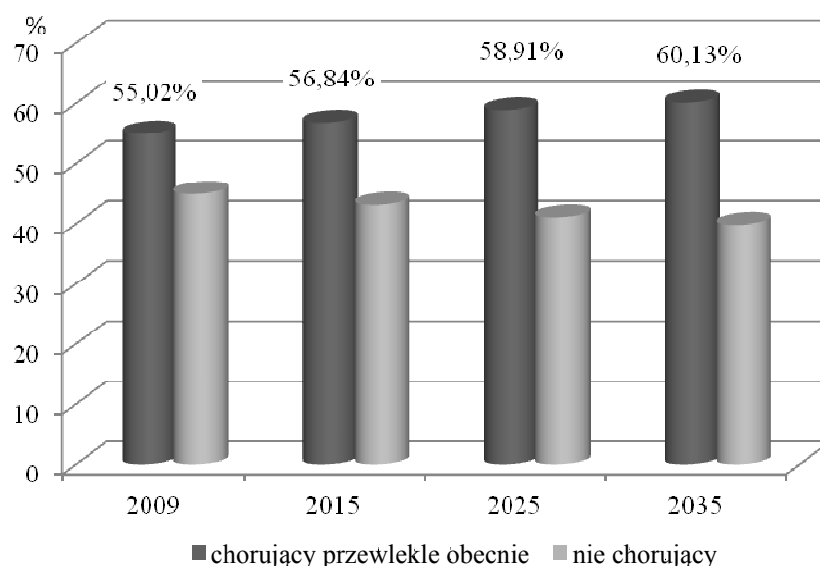


Rys. 1. Ocena stanu zdrowia według wyników badania EHIS 2009 i projekcja

Źródło: Opracowanie własne.

Dane te świadczą jednoznacznie o ryzyku pogorszenia się stanu zdrowia ludności, będącego następstwem przewidywanego starzenia się struktury populacji i znaczącej wagi kategorii określającej zły stan zdrowia w starszych gru-

pach wieku. Wyniki badania stanu zdrowia w 2009 r. wskazały, że 51% ogółu populacji chorowało przewlekle. Wskutek zmian w strukturze wieku ludności i wzrostu w populacji udziału starszych osób – w grupie osób w wieku 15 lat i więcej odsetek chorujących może zwiększyć się z ok. 55% w 2009 r. do ponad 60% w 2035 r. (rys. 2).

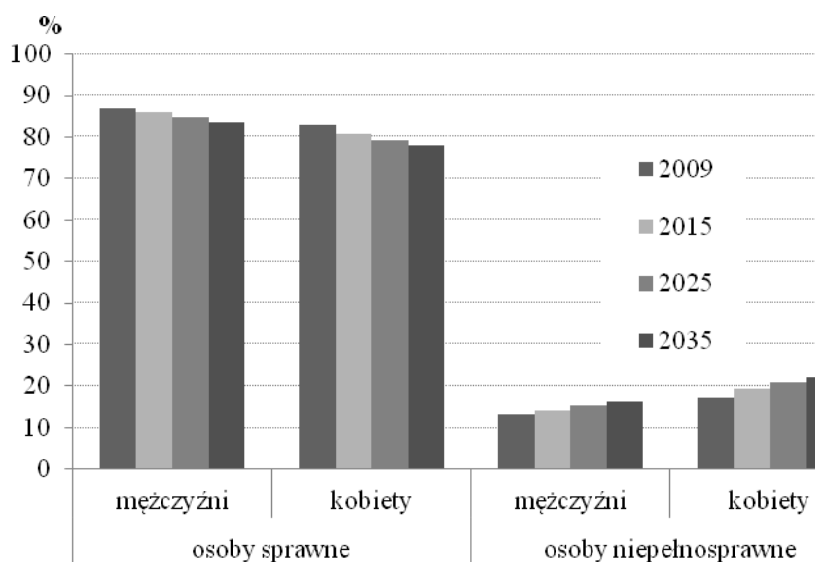


Rys. 2. Odsetek chorujących i niechorujących przewlekle w populacji w wieku 15 lat i więcej według badania EHIS 2009 i projekcja

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie wyników badania stanu zdrowia i prognozy demograficznej wykonano szacunki liczby osób sprawnych i niepełnosprawnych dla poszczególnych, rozważanych grup ludności i wyznaczonych punktów czasowych okresu prognostycznego, a następnie obliczono stosowne odsetki dla ludności ogółem. Wyniki wskazują na zmniejszanie się w populacji udziału osób sprawnych i wzrost odsetka osób z ograniczeniami sprawności. Zgodnie z przyjętymi założeniami w prognozowanym okresie nastąpi znaczące zwiększenie udziału osób, u których – z powodu długotrwałej choroby – występują ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności, charakterystycznych dla danego wieku. Zgodnie z obserwacją dokonaną w badaniu zdrowia z 2009 r. odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej zwiększy się z prawie 16% ogółu populacji (odsetek wśród kobiet wyniósł 16,7%, a dla mężczyzn – 14,9%) do ponad 21%

w ostatnim roku prognozy (na podstawie szacunku). W przypadku złych ocen stanu zdrowia – niepełnosprawność w większym stopniu dotyczy kobiet, ponieważ charakteryzują się starszą strukturą wieku.



Rys. 3. Ludność według występowania niepełnosprawności i płci – wyniki badania EHIS 2009 i projekcja

Źródło: Opracowanie własne.

Można przypuszczać, że na skutek oddziaływania starzejącej się struktury ludności na pogarszanie się stanu zdrowia (przy założeniu braku wpływu innych czynników) oraz wzrostu częstości występowania niepełnosprawności i chorób przewlekłych, zwiększą się potrzeby w zakresie leczenia szpitalnego. Z wykonanych analiz wynika, że w latach 2009-2035 odsetek hospitalizacji wśród ogółu ludności zwiększy się z 11,2% do 12,6%. W tym samym okresie wzrosną zarówno odsetki jednorazowych pacjentów szpitali w ciągu roku, jak i pacjentów przebywających w nich wielokrotnie.

3. System ochrony zdrowia wobec wyzwań związanych z rozwojem sytuacji demograficznej w Polsce – dyskusja

Wyniki obecnych analiz potwierdzają nasze wcześniejsze ustalenia, że zmiany przewidziane prognozą demograficzną będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki – o charakterze

pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku – istotnie pogorszy się stan zdrowia populacji, wzrośnie odsetek populacji obciążonej chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością oraz udział pacjentów leczonych w szpitalach. Na tej podstawie można przewidywać zwiększenie wydatków na świadczenia medyczne oraz na usługi opiekuńcze.

Generowany przez proces starzenia się ludności wzrost potrzeb zdrowotnych nie stanowi jednak głównej przyczyny rosnących kosztów opieki zdrowotnej i zagrożeń dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (SOZ) [The 2012 Ageing Report]. W listopadzie 2013 r. poruszenie amerykańskiej opinii publicznej wywołały wyniki badań wskazujące, że zwiększenie potrzeb zdrowotnych i starzenie się społeczeństwa nie są odpowiedzialne za lawinowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia [Norton, 2013]. W USA od 2000 r. wydatki niezwiązane ze zwiększoną liczbą świadczeń lub starzeniem się społeczeństwa stanowiły aż 91% wzrostu kosztów. Koszty hospitalizacji wzrastały o 4,2% rocznie, koszty fachowej opieki medycznej o 3,6%, koszty leków, sprzętu i aparatury medycznej o 4,0%, koszty administracyjne o 5,6% rocznie. Choroby przewlekłe pochłaniały 84% wydatków na opiekę zdrowotną całej populacji amerykańskiej – nie tylko ludności w starszym wieku. Choroby te w populacji poniżej 65. roku życia generowały 2/3 wydatków na opiekę zdrowotną [Moses III i in., 2013].

Bieżące i przewidywane problemy w funkcjonowaniu SOZ w Polsce były przedmiotem pogłębionej debaty w czasie II Kongresu Demograficznego [Strzelecki, Potrykowska, red., 2012, s. 251-290]. W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, występują złożone, często sprzeczne, wzajemne relacje pomiędzy pacjentem, lekarzem, płatnikiem i właścicielem. Polską specyfiką jest jednak niska pozycja zdrowia publicznego i promocji zdrowia w SOZ, często marginalna pozycja zdrowia w politykach publicznych, a także niedostatki w koordynacji działań międzyresortowych i wewnątrz SOZ oraz w myśleniu strategicznym, pojmującym wydatki na zdrowie jako inwestycję w przyszłość [Szyborski, red., 2012]. Zgodnie z ustaleniami raportu, który został przygotowany przez Instytut Ochrony Zdrowia, organizacja SOZ nie zapewnia dziś ciągłości opieki nad pacjentem. Sprzyja natomiast zwiększaniu kosztów leczenia i przerzucaniu kosztów z niższych na wyższe szczeble opieki. Główną przyczynę tego stanu rzeczy upatruje się w braku koordynacji podmiotów leczniczych oraz praktyce finansowania świadczeń – NFZ nie kupuje efektu opieki, ale finansuje produkcję świadczeń. Kluczowe jest więc uporządkowanie i podniesienie efektywności SOZ, ponadresortowe podejście do promocji i ochrony zdrowia, zapewnienie zdrowego starzenia się umożliwiającego kontynuację pracy zawodowej oraz samodzielność [Gujski i in., 2013]. Wydaje się zatem słuszne postawienie tezy, że

starzenie się ludności Polski nie może być usprawiedliwieniem licznych dysfunkcji w opiece zdrowotnej, szeroko opisywanych m.in. na tegorocznym Europejskim Kongresie Gospodarczym [Rotaub, 2014].

Wyzwaniom wynikającym z rozwoju procesów demograficznych do 2035 r. powinna sprostać polityka zdrowotna skierowana na systemowe, adresowane do wszystkich grup wiekowych, działania w zakresie: promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób, restytucji zdrowia. Jest coraz więcej dowodów naukowych na to, że dzięki skutecznej promocji zdrowia i prewencji chorób, starzenie się nie musi determinować tak dużego wzrostu chorobowości. Skuteczna walka z paleniem tytoniu, podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi, wysokim stężeniem cholesterolu we krwi, otyłością i cukrzycą, a także nadmiernym spożyciem alkoholu i stresem psychospołecznym może zapobiec wystąpieniu wielu zachorowań lub znacznie je opóźnić. Niezbędna jest reorientacja dotychczasowego systemu ochrony zdrowia w takim kierunku, aby rozwojowi nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych towarzyszyło docenienie roli edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń i chorób. Pociąga to za sobą konieczność zbudowania odpowiedniej infrastruktury i podstaw legislacyjnych dla efektywnych działań w zakresie zdrowia publicznego, w tym przyjęcia Ustawy o zdrowiu publicznym [Piróg, 2013]. Potrzeba zwłaszcza poważnej debaty, a także dalszych badań nad zdrowiem i SOZ w kontekście przyszłości demograficznej Polski, m.in. z wykorzystaniem danych GUS: planowanej w IV kw. 2014 r. drugiej rundy Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS 2014) i nowej prognozy demograficznej.

Literatura

- Biała Księga „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013”, Komisja Europejska, 2008.
- Boni M., Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, red. (2009), *Raport „Polska 2030 – wyzwania rozwojowe”*, KPRM, Warszawa.
- Golinowska S., red. (2008), *Zielona księga – długookresowa projekcja przychodów i wydatków na ochronę zdrowia w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Gujski M., Kalbarczyk W.P., Ścibek A., Tytko Z. (2013), *Raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”*, Instytutu Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- GUS (2006), *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.*, GUS, Warszawa.
- GUS (2009), *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, GUS, Warszawa.
- GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa.

- Marciniak G., Szymborski J. (2010), *Przyszłość demograficzna a zdrowie*, „Biuletyn RPO”, nr 68.
- Moses III H., Matheson D.H., Dorsey E.R., George B.P., Sadoff D., Yoshimura S. (2013), *The Anatomy of Health Care in the United States*, „The Journal of the American Medical Association”, Vol. 310, No. 18, s. 1947-1964.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., red. (2012), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
- Norton A. (2013), *Soaring Prices, Not Demand, Behind Massive Hike in U.S. Health Spending. Major survey of U.S. health care trends yields surprises*, November 12, 2013, <http://consumer.healthday.com/senior-citizen-information-31/misc-aging-news-10/soaring-prices-not-demand-behind-massive-hike-in-u-s-health-spending-682052.html>.
- Rotaub R. (2014), *Europejski Kongres Gospodarczy: Nie wiemy, ile pieniędzy potrzeba na ochronę zdrowia ani skąd je wziąć*, rynekzdrowia.pl, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Europejski-Kongres-Gospodarczy-nie-wiemy-ile-pieniedzy-potrzeba-na-ochrone-zdrowia-ani-skad-je-wziac,140824,1,0.html>.
- Rządowa Rada Ludnościowa (2008), *Stanowisko w sprawie „Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne”*, „RRL Biuletyn”, nr 53, s. 9-50.
- Strzelecki Z., Potrykowska A., red. (2012), *Polska w Europie – Przyszłość demograficzna*, Rządowa Rada Ludności, Warszawa.
- Szymborski J., red. (2012), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludności, Warszawa.
- The 2012 Ageing Report (2012), *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.
- Wystąpienie dr. Macieja Piróga, Doradcy Społecznego ds. Zdrowia Prezydenta RP, podczas konferencji prasowej nt. Raportu Instytutu Ochrony Zdrowia „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”, Warszawa, 13 listopada 2013.

HEALTH CONSEQUENCES OF DEMOGRAPHIC CHANGES IN POLAND – REASON OR JUSTIFICATION OF PROBLEMS EMERGING IN THE HEALTH CARE SYSTEM?

Summary: Prognostic estimates concerning the impact of demographic changes on health status and health needs demonstrated that the proportion of the population burdened with disability and chronic diseases would increase only because of aging process, which would increase both the need for and the cost of medical and nursing services; the share of patients treated in hospitals would consequently increase. In the world literature, the belief that the aging of the population plays a major role in the rapid increase of costs of medical care and pertaining problems in the functioning of the health care is questioned. But a significant impact of a hardly controllable growth of prices of medicines and me-

dical equipment, as well as administrative costs is emphasized. In conclusion of the discussion, the authors stress that the challenges resulting from the development of demographic processes by 2035 should be accompanied by an appropriate health policy aimed at systematic actions addressed to all age groups of the population and concerning health promotion, prevention of risks and diseases and restoration of health, on the rationalization of medicines, medical equipment and apparatus, and the optimization of administrative costs.

Keywords: demographic situation, health status, health care system.