



EPIDEMIA

STAROŚCI

Podobno starość to nie choroba. Niby jasne, sama w sobie – nie. Ale prawdą jest, że starość przekłada się na... wiele chorób, często nakładających się na siebie. Skoro twarde dane demograficzne wskazują, że liczba osób w starszym wieku będzie stale rostała, grzechem byłoby nie przygotować się na to. To jak zignorowanie obowiązku ochrony przeciwpowodziowej. Niestety, my do tej „epidemii starości” się nie przygotowujemy. Grozi nam katastrofa. Prezentujemy analizę Jerzego Grylewicza.

Najważniejszym dodatkowym wyzwaniem dla polskiego systemu ochrony zdrowia będzie gwałtowny wzrost w najbliższych latach popytu na świadczenia opieki zdrowotnej, związany przede wszystkim z procesami demograficznymi.

Kim jest starszy pacjent?

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za początek starości demograficznej przyjmuje wiek 65 lat, co spowodowało określenie tej populacji jako referencyjnej dla analizy problemów zdrowotnych związanych z procesem starzenia się społeczeństwa.

Dane epidemiologiczne dotyczące większości chorób populacyjnych wykazują ich dodatnią korelację z wiekiem pacjenta. Obecnie średnie wydatki NFZ na jednego ubezpieczonego powyżej 65. roku życia są

ponad 3-krotnie wyższe niż dla pozostałej, młodszej populacji.

W mapach potrzeb zdrowotnych dla Polski opublikowanych przez Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia w 2016 r. przedstawiono zarówno prognozy demograficzne dla Polski i poszczególnych województw, jak i prognozy dotyczące wzrostu hospitalizacji na oddziałach szpitalnych w perspektywie 15 lat.

Prognozowane wzrosty

Z prognozy demograficznej na lata 2014–2029 wynika, że liczba ludności Polski spadnie o 1,17 mln osób – z 38,5 mln do 37,3 mln (czyli o ok. 3%). Zgodnie z jej zapisami nastąpi istotne zmniejszenie udziału ludności w wieku 20–44 lat oraz znaczny wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej. Osób w wieku co naj-

mniej 65 lat będzie 8,5 mln w 2029 r. i będą one stanowiły 23% ogółu populacji wobec 15,3% w 2014 r.

Dokument ten ma kluczowe znaczenie w prognozowaniu wzrostu potrzeb zdrowotnych, w szczególności związanych z hospitalizacją pacjentów w podeszłym wieku na oddziałach szpitalnych.

Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, opracowując mapy potrzeb zdrowotnych, założył, że roczna liczba hospitalizacji pacjentów na oddziale chorób wewnętrznych wzrośnie z 931 tys. w 2016 r. do 1,136 mln w 2029 r. W przypadku oddziału kardiologicznego przewiduje się wzrost hospitalizacji z 485 tys. w 2016 r. do 599 tys. w 2029 r.

Podobną dynamikę wzrostów liczby hospitalizacji przewiduje się na oddziałach o charakterze zabiegowym. Na oddziale chirurgicznym liczba hospitalizacji ma wzrosnąć z 865 tys. w 2016 r. do 943 tys. w 2029 r., a w przypadku oddziału ortopedii z 418 tys. do 449 tys. Podobny wzrost liczby hospitalizacji przewidywany jest dla większości oddziałów szpitalnych.

Wyjątkiem są oddziały pediatryczne i położnicze, gdzie przewiduje się znaczące trendy spadkowe.

Koszty

Powyższe prognozy Ministerstwa Zdrowia w sposób oczywisty przewidują wzrosty kosztów opieki zdrowotnej związanych z hospitalizacją. Należy założyć, że trend wzrostowy kosztów jednostkowej hospitalizacji spowodowany będzie nie tylko czynnikami inflacyjnymi, lecz przede wszystkim nieuchronnym wzrostem kosztów wynagrodzenia personelu medycznego. Brak odpowiedniej liczby lekarzy i pielęgniarek w stosunku do prognozowanej wzrastającej liczby świadczeń musi w perspektywie kilkuletniej skutkować wzrostem wynagrodzeń dla tych grup zawodowych.

Warto zaznaczyć, że w 2014 r., według danych z map potrzeb zdrowotnych, odsetek hospitalizowanych pacjentów powyżej 65. roku życia w Polsce wyniósł dla oddziału chirurgicznego 35%, ortopedii 31%, dla oddziału chorób wewnętrznych 62%, kardiologii 59%, a dla oddziału okulistycznego aż 73%.

Bardzo niepokojące prognozy zostały zawarte także w mapie onkologicznej dla Polski, opracowanej w 2015 r., gdzie – uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne – szacuje się, że w latach 2016–2029 liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych wzrośnie z poziomu 180,3 tys. do 213,1 tys. (czyli o 18%). W 2029 r. nowotworem dominującym pod względem liczby zachorowań wciąż będzie nowotwór złośliwy płuca.

Najszybciej będzie wzrastać zachorowalność na nowotwór gruczołu krokowego (29% przyrostu między 2016 a 2029 r.). Spadek zachorowalności w analizowanym czasie prognozuje się natomiast w przypadku nowotworu jądra. Największa zmiana w liczbie nowych przypadków nowotworów złośliwych nastąpi w grupie

OBECNI ŚREDNIE WYDATKI NFZ

NA UBEZPIECZONEGO POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA

SĄ PRZESZŁO TRZYKROTNIE WYŻSZE

NIŻ NA OSOBY MŁODSZE

wiekowej 75–84 lat. Prognozuje się, że w stosunku do 2016 r. w 2029 r. odnotowanych zostanie 60% więcej nowych przypadków.

Sześć procent to za mało

Powyższe dane, zawarte w dokumencie strategicznym Ministerstwa Zdrowia, jednoznacznie wskazują, że należy przeprowadzić dodatkowe analizy, czy planowany obecnie przez resort wzrost nakładów publicznych do wysokości 6% PKB w 2025 r. poprawi dostępność świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Trzeba bowiem założyć, że zwiększenie popytu na świadczenia opieki zdrowotnej w związku z procesem starzenia się społeczeństwa będzie wymagało znacząco większego podniesienia wydatków publicznych na sektor ochrony zdrowia. Według rachunków przeznaczenie 30 mld zł pozwoli jedynie na utrzymanie *status quo*.

Optymistycznym aspektem prognoz demograficznych, zawartym w mapach potrzeb zdrowotnych, jest wskaźnik dotyczący dalszego trwania życia osoby w wieku powyżej 60 lat, który dla mężczyzn wynosi 19,2 roku, a dla kobiet 24,3 roku w skali kraju.

LICZBA HOSPITALIZACJI NA ODDZIAŁACH

CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH WZROŚNIE

Z 931 TYS. W 2016 R.

DO 1,136 MLN W 2029 R.

W raporcie przygotowanym przez *Health Consumer Powerhouse*, prezentującym Europejski Indeks Zdrowia (EHCI) za 2015 r., Polska zajęła 34. miejsce na 35 krajów biorących udział w badaniu (za Albanią, wyprzedzając jedynie Czarnogórę). Na tak niską pozycję złożyły się m.in. długie okresy oczekiwania na leczenie nowotworowe, zakażenia wewnątrzszpitalne i nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Tak niska nota już obecnie wskazuje na pilną potrzebę zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

Jerzy Gryglewicz
Autor jest ekspertem Uczelni Łazarskiego.