

Priorytety zdrowotne
w kontekście demograficznego
i gospodarczego rozwoju Polski

**Wnioski i rekomendacje
na przykładzie
niewydolności serca**

Streszczenie raportu

**Długość życia
w dobrym
zdrowiu
obywateli
jest ważnym
czynnikiem
wzrostu
gospodarczego.**

Demografia ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju gospodarczego państwa i dobrobytu obywateli. Przyrost naturalny i poszerzenie rynku pracy są jednymi z trzech warunków zbliżenia się Polski do poziomu życia najbogatszych państw Europy.

Ogromne rezerwy wzrostu demograficznego ukryte są w lepszym wykorzystaniu nakładów finansowych na opiekę zdrowotną. Większy przyrost naturalny to nie tylko więcej narodzin, ale też dłuższa średnia wieku Polaków, a przede wszystkim dłuższy okres ich aktywności zawodowej.

Rosnące potrzeby zdrowotne starzejących się i żyjących dłużej społeczeństw generują coraz wyższe koszty systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej. **Wzrost wydatków może być znacznie wolniejszy, jeśli ludzie będą starzeć się w zdrowiu.**

Wydajność gospodarcza i dobrobyt zależą od zdrowego społeczeństwa. W istocie długość życia w dobrym zdrowiu obywateli jest ważnym czynnikiem wzrostu gospodarczego. **Badania OECD szacują, że każdy rok wzrostu oczekiwanej długości życia populacji przekłada się na 4 proc. wzrost PKB Unii Europejskiej.**

Szacunkowa absencja w pracy na poziomie od 3 do 6 proc. czasu pracy oznacza roczny społeczny koszt na poziomie ok. 2,5 proc. PKB. Zdrowie obywateli jest wartością samą w sobie, jako podstawowy warunek dobrobytu gospodarczego. Inwestowanie w system opieki zdrowotnej nie tylko ratuje i przedłuża życie, ale jest także kluczową inwestycją w szeroko pojętą gospodarkę.

W przypadku Polski można stwierdzić, że poprawa finansowania i efektywności systemu ochrony zdrowia oraz **współpraca międzyresortowa w celu**

Długość życia w dobrym zdrowiu obywateli jest ważnym czynnikiem wzrostu gospodarczego



1 rok wzrostu
oczekiwanej długości życia



4% wzrostu
PKB Unii Europejskiej



absencja w pracy
na poziomie od 3-6% czasu



roczny koszt na poziomie
ok. 2,5% PKB

poprawy zdrowia obywateli będzie gwarantem rozwoju demograficznego i gospodarczego kraju w najbliższych dekadach. Rząd w pełni zdaje sobie sprawę, że system opieki zdrowotnej jest jednym z kluczowych obszarów będących podstawą rozwoju kraju. Niedofinansowanie publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce jest największym hamulcem poprawy stanu zdrowia społeczeństwa oraz rozwoju kadry i placówek medycznych. Dodatkowe środki powinny być przeznaczone na takie cele, które zagwarantują wzrost dostępności świadczeń zdrowotnych i poprawę ich jakości. Równoległe powinno być wprowadzane wzmocnienie opieki skoordynowanej – szczególnie w obszarach o największej umieralności.

Właściwa polityka zdrowotna rządu oraz zdefiniowane priorytety zdrowotne powinny brać pod uwagę przede wszystkim realne potrzeby zdrowotne kraju i regionu, konsekwencje zdrowotne i obciążenie chorobami, koszty chorób, dostępność rozwiązań, kadry i technologii medycznych oraz zasoby finansowe.

Pomimo wzrostu oczekiwanej długości życia Polacy żyją krócej w porów-

naniu z obywatelami Unii Europejskiej, a liczba zgonów wrosła w 2017 r. do 403 tys. osób, tj. o ponad 15 tys. więcej niż w 2016 r. Powodem ponad 70 proc. wszystkich zgonów były choroby układu krążenia i choroby nowotworowe.

Choroby krążenia odpowiadały za 45 proc. zgonów ogółem (ok. 180 tys.), z czego niewydolność serca odpowiadała za ok. 60 tys. zgonów, co stanowiło 30 proc. zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Tak więc na tę chorobę zmarł co trzeci pacjent kardiologiczny. Jednocześnie **niewydolność serca odpowiadała za ok. 15 proc. wszystkich zgonów w Polsce. Wynika**

**Powodem
ponad 45 proc.
wszystkich
zgonów były
choroby układu
krążenia.**

z tego, że z powodu niewydolności umarł co siódmy Polak.

Całkowite koszty pośrednie niewydolności serca w Polsce oszacowane zostały na poziomie ok. 4 mld zł. rocznie. Koszty przedwczesnych zgonów z powodu niewydolności serca odpowiadały za ok. 60 proc. tych kosztów. Dlatego też każdy uniknięty zgon, oprócz wymiaru zdrowotnego, prowadzić będzie do oszczędności w wymiarze gospodarczym. Poprawa stanu zdrowia chorych na niewydol-

**Całkowite
koszty
pośrednie
niewydolności
serca w Polsce
oszacowane
zostały
na poziomie
ok. 4 mld zł.**

ność serca wpływa również na ich produktywność w pracy (prezentyzm). Jej spadek w wyniku tej choroby generował ok. 20 proc. kosztów całkowitych.

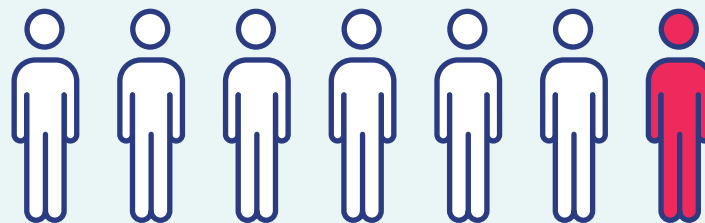
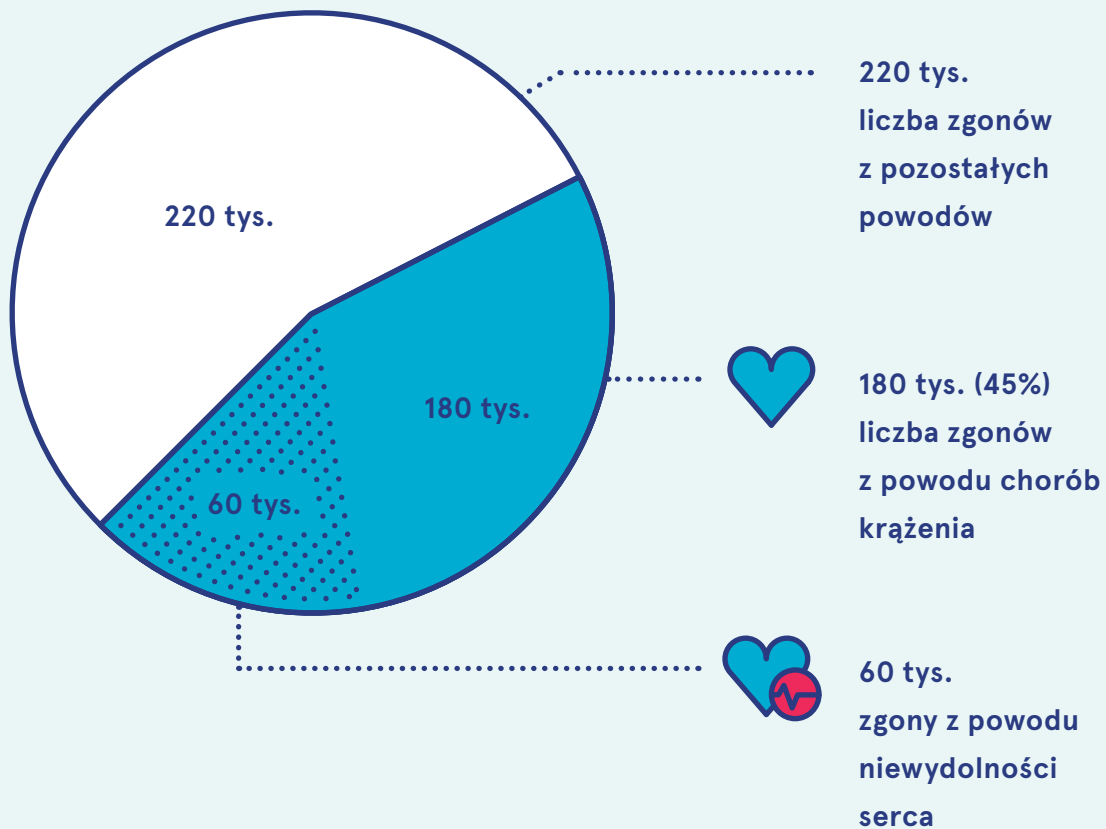
Biorąc pod uwagę wydatki NFZ na leczenie niewydolności serca na poziomie ok. 900 mln zł w 2016 r., koszty pośrednie tej choroby w Polsce są ponad cztery razy wyższe od kosztów bezpośrednich medycznych. Jest to przede wszystkim konsekwencja braku dostępności do skutecznych technologii medycznych oraz kompleksowego modelu opieki nad pacjentem. **Niewydolność serca jest więc obecnie jedną z największych niezaspokojonych potrzeb medycznych w Polsce.**

Dotyczy to przede wszystkim faktu nadumieralności i niskiej jakości życia chorych, braku dostępu do technologii medycznych zawartych w standardach klinicznych oraz nieefektywnego modelu opieki.

Priorytetowy status niewydolności serca dla działań w zakresie systemu ochrony zdrowia w Polsce został potwierdzony w lutym 2018 r. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, gdzie zapisano „zmniejszenie za-

Choroby krążenia w Polsce to poważny problem społeczny

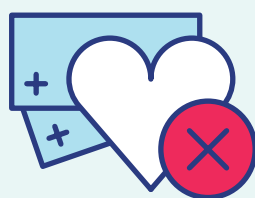
400 tys. całkowita liczba zgonów



z powodu niewydolności serca umarł co siódmy Polak

Szacowane koszty pośrednie niewydolności serca w Polsce

4 MLD ZŁ



60%

koszty przedwczesnych zgonów
z powodu niewydolności serca

**Biorąc
pod uwagę
wydatki NFZ
na leczenie
niewydolności
serca
bezpośrednie
koszty wyniosły
ok. 900 mln zł
w 2016 r.**

padalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu”. Konieczne jest jak najszybsze podjęcie działań zmierzających do poprawy sytuacji chorych na niewydolność serca, a celem tych zmian jest zmniejszenie skutków zdrowotnych i ekonomicznych choroby. Ze względu na pilność oraz spodziewane efekty powinny być to przede wszystkim działania

interwencyjne, w 2018 r. realizowane w zakresie dostępu chorych na niewydolność serca do technologii medycznych zawartych w standardach terapeutycznych oraz optymalizacji modelu opieki nad chorym z niewydolnością serca w kierunku jej kompleksowości i koordynacji.

Według standardów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, chorzy na niewydolność serca powinni mieć dostęp do zalecanych badań diagnostycznych, farmakoterapii oraz zabiegów interwencyjnych i materiałów wszczepiennych – optymalnie w ramach modelu kompleksowej i koordynowanej opieki zdrowotnej. Refundacja efektywnych kosztowo technologii medycznych w leczeniu niewydolności serca jest fundamentem skutecznej opieki zdrowotnej prowadzącej do redukcji zgonów i wzrostu jakości życia chorych.

Wdrożenie modelu koordynowanej i kompleksowej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca (KONS) poprawi jakość udzielanych świadczeń i pozytywnie wpłynie na wskaźniki zdrowotne i ekonomiczne. Działania długofalowe, wdrażane przez następne lata, powinny rozwijać świadomość choroby, edukację zdrowot-

Działania interwencyjne powinny skupić się na dostępie chorych na niewydolność serca do technologii medycznych zawartych w standardach terapeutycznych oraz optymalizacji modelu opieki w kierunku jej kompleksowości i koordynacji.

ną oraz eliminację czynników ryzyka. Spodziewany efekt wprowadzenia kompleksowego programu zapobiegania i leczenia niewydolności serca to obniżenie liczby zarówno zgonów, jak i hospitalizacji o jedną czwartą.

W przypadku 60 tys. zgonów rocznie z powodu niewydolności serca w Polsce może to być uniknięcie zgonów ok. 15 tys. chorych co roku. Uniknięte zgony, poprawa jakości życia chorych na niewydolność serca oraz optymalizacja modelu opieki przełoży się również na efekt ekonomiczny – utrzymanie produktywności i ograniczenie kosztów całkowitych niewydolności serca w Polsce.

Partner raportu:



1805837508