

# CZĘŚĆ II

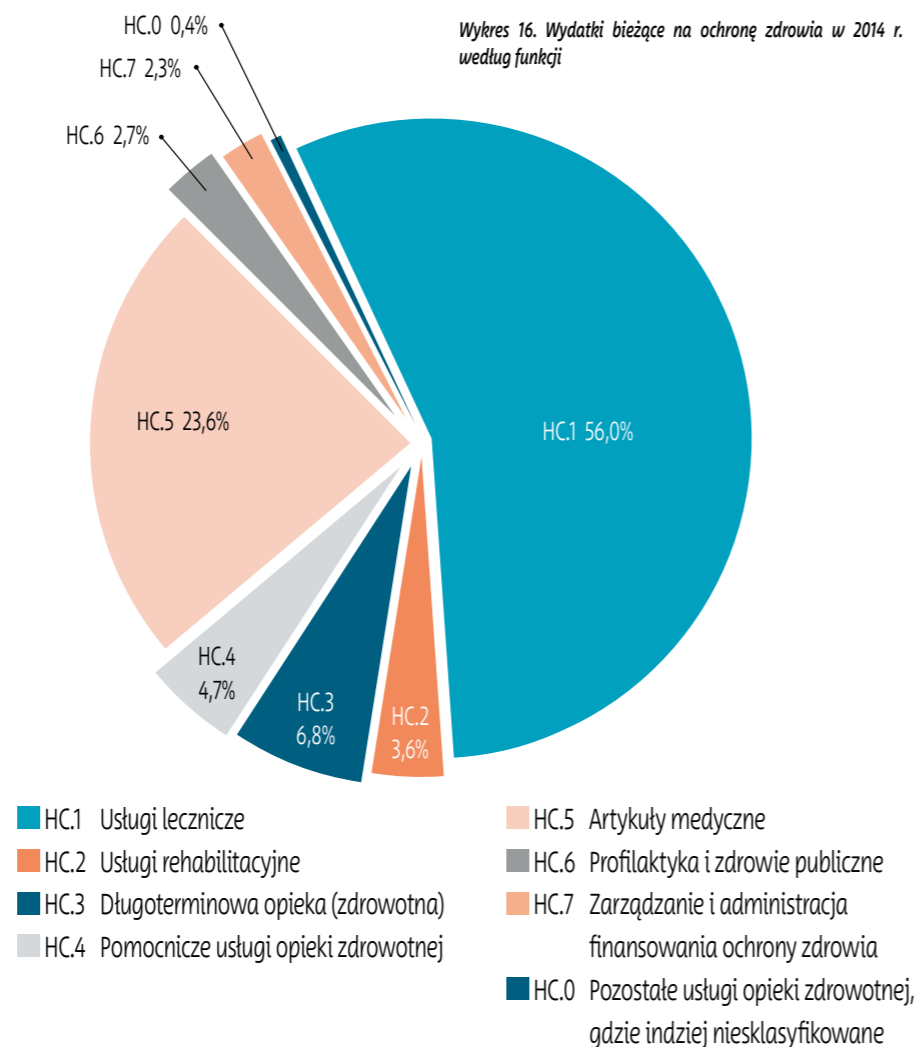
## OCHRONA ZDROWIA W POLSCE

Ochrona zdrowia polega nie tylko na świadczeniu usług w ramach bezpośrednich działań interwencyjnych związanych ze zdrowiem, obejmuje również inne działania, włączając w to opiekę społeczną, kształtowanie i ochronę środowiska naturalnego, politykę żywnościową, oświatę, a także kształtowanie zachowań i stylu życia.

### WYDATKI PAŃSTWA NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ I OCHRONĘ ZDROWIA

Obecny system opieki zdrowotnej zorientowany jest na tzw. medycynę naprawczą, w której priorytet zajmuje leczenie i rozwój technologii medycznych, natomiast prewencja chorób, pojmowana jest głównie jako wczesna diagnostyka i leczenie. Model ten generuje wciąż rosnące koszty opieki zdrowotnej, obciążając budżety ekonomiczne we wszystkich krajach na świecie.

Na podstawie danych dotyczących 2014 roku, można stwierdzić, że w Polsce zdecydowana większość (prawie 95%) wydatków została przeznaczona na indywidualną opiekę zdrowotną - usługi lecznicze i usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze, leki czy też działania związane z inwestycjami czy kosztami administracji. Tylko 2,7% wydatków obejmowało profilaktykę i zdrowie publiczne (GUS, 2016).



Profilaktyka zdrowia w Polsce jest niewystarczająca i zupełnie niedostosowana do realiów. Jest to ogromne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Podjęcie odważnych działań w tym zakresie przyczyni się do odwrócenia niekorzystnych trendów zachorowalności i umieralności na choroby przewlekłe.

### SPOŁECZNA OCENA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Polski system ochrony zdrowia zmagają się z szeregiem wyzwań, co jest zauważane nie tylko przez ekspertów, ale także deklarowane przez Polaków w badaniach opinii publicznej. Z sondażu CBOS, przeprowadzonego w sierpniu 2016 roku wynika, że 75% respondentów było niezadowolonych z funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju (Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, 2017).

### RZECZYWISTE KOSZTY CHOROÓB

Duże obciążenie przewlekłymi chorobami niezakaźnymi wywiera ogromny wpływ nie tylko na system ochrony zdrowia, ale także na rynek pracy, gospodarkę kraju i każde gospodarstwo domowe (Rudawska I, 2013). Koszty w systemie opieki zdrowotnej można podzielić na koszty bezpośrednie (medyczne i niemedyce) i koszty pośrednie (w obrębie - i poza - sektora świadczeń zdrowotnych):

#### Koszty medyczne

To koszty systemu ochrony zdrowia związane z terapią chorób, obejmujące koszty porady lekarskiej, badania diagnostyczne, opiekę pielęgniarstwa i szpitalną, koszty farmakoterapii, sprzętu, wynagrodzenia personelu medycznego i pomocniczego.

#### Koszty niemedyce

Są generowane w wyniku leczenia danej choroby, obejmują koszty transportu, wyżywienia, administracji i opieki sprawowanej przez osoby trzecie.

#### Koszty pośrednie

Obejmują kwoty przeznaczone lub utracone w związku z konsekwencjami choroby (niepełnosprawności i przedwczesnego zgonu). Są one efektem ponoszenia kosztów utraconej produktywności, z powodu absencji w pracy (zmniejszenie lub utrata dochodów dla pracownika), zmniejszenie efektywności pracy (koszty pracodawcy), a także obciążeń finansów publicznych zasiłkami chorobowymi, rentami socjalnymi czy kosztami świadczeń rehabilitacyjnych. *Badania wykazały, że szacowane koszty pośrednie niektórych chorób mogą stanowić 80% wszystkich kosztów, dlatego badanie kosztów pośrednich jest szczególnie istotne (Xie F. et al., 2008).*

#### Koszty niewymierne

Zwane także niemierzalnymi, obejmują ból i cierpienie związane z chorobą, rozłąkę z bliskimi, poczucie zagrożenia, stresu, mniejszą zdolność do nauki, życia towarzyskiego, wypełniania rutynowych obowiązków domowych, poczucie gorszej jakości życia i zmniejszenie jakości życia. Koszty te są zwane niewymiernymi ze względu na trudność w ich kwantyfikacji w jednostkach pieniężnych i mają najczęściej swoje odzwierciedlenie w jakości życia.

Mając na uwadze poważne konsekwencje finansowe dla całej gospodarki, celem państwa powinno być jak największe ograniczanie zjawiska wypadania z rynku pracy pracowników z powodu chorób lub ich konsekwencji.

### KONIECZNOŚĆ WŁAŚCIWEGO UKIERUNKOWANIA PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ

Obecnie, większość działań w obrębie prewencji chorób koncentruje się na wczesnej diagnostyce by objąć ją jak najszersze kręgi społeczne i rozpocząć leczenie we wczesnych stanach choroby. Jest to działanie pozytywne i wspomagające proces wyleczenia, ale nie zapobiegające samemu wystąpieniu choroby.

Badania wskazują, że w etiologii schorzeń chronicznych (m. in. choroby układu krążenia, nowotwory, upośledzenia funkcji układu nerwowego, cukrzyca, choroby układu oddechowego), uwarunkowania genetyczne, takie jak płeć, pochodzenie etniczne, czy predyspozycje genetyczne odgrywają mniejszą rolę niż uwarunkowania środowiskowe, włączając w to dietę i styl życia. Według Światowej Organizacji Zdrowia, prawie 60% wszystkich zachorowań w Europie, związanych jest siedmioma czynnikami ryzyka, są to: nadciśnienie tętnicze krwi (12,8%), palenie tytoniu (12,3%), alkohol (10,1%), wysoki poziom cholesterolu we krwi (8,7%), nadwaga (7,8%), niskie spożycie owoców i warzyw (4,4%) i brak aktywności fizycznej (3,5%) (WHO Europe, 2006). Wszystkie te czynniki sprzyjające rozwojowi chorób są możliwe do modyfikowania.

Jednocześnie, skuteczna profilaktyka musi być oparta o kompleksowe działanie obejmujące wiele dziedzin życia i gospodarki. Jej elementem musi być powszechna edukacja w dziedzinie zdrowia, ukierunkowana suplementacja diety, właściwa polityka żywnościowa i rolnicza wspierająca produkcję zdrowej żywności, jak też inne działania.