



Ministerstwo
Edukacji i Nauki



UKSW

UNIWERSYTET KARDYNAŁA
STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE



Wybrane ryzyka zdrowotne oraz dostęp do świadczeń medycznych dla osób starszych

Krzysztof PODWÓJCIC

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych



Minister
Edukacji i Nauki

Zadanie pn. „Świat na miarę seniora –
sytuacja osób starszych w Polsce”,
finansowane ze środków Ministra Edukacji i Nauki
na podstawie Umowy nr MEIN/2023/DPI/2077

Centrum Badań nad Starością
i Starzeniem się Społeczeństwa.
Referencyjny Ośrodek Badawczy

Wprowadzenie

Celem niniejszego opracowania jest wskazanie istotnych ryzyk zdrowotnych, z którymi muszą się mierzyć pacjenci 60+ w Polsce, wraz ze wskazaniem barier w dostępie do usług publicznej służby zdrowia. Zachodzące zmiany demograficzne, tj. w głównej mierze starzenie się ludności i wzrost średniej długości życia, powodują, że zmienia się profil pacjenta. Nie będzie dużym nadużyciem stwierdzenie, że z wyjątkiem opieki nad kobietami w ciąży, a później leczeniem dzieci (pediatria), publiczny system ochrony zdrowia jest nastawiony na osoby starsze. Oczywiście istnieją liczne programy, głównie o charakterze prewencyjnym, kierowane do młodszych grup pacjentów – np. Profilaktyka 40+, jednak ich skala, rozumiana jako obciążenie całego systemu ochrony zdrowia, jest znikoma. Ostatnie lata postawiły publiczny system ochrony zdrowia przed co najmniej dwoma wyzwaniem: pandemią COVID-19 oraz objęciem opieką zdrowotną ludności uchodźczej z wojny rosyjsko-ukraińskiej, jednak nadal głównym zadaniem dla sektora ochrony zdrowia jest leczenie pacjentów, których średnia wieku przekracza 60 lat. Wynika to także z faktu, że osoby młodsze chorują rzadziej (także na choroby przewlekłe) oraz w większym zakresie są klientami prywatnego systemu ochrony zdrowia (głównie poprzez fakt bycia zatrudnionym¹). Oczywiście powyższa teza jest bardzo dużą generalizacją², od której jest wiele wyjątków.

Zmiany w profilu klienta publicznego systemu ochrony zdrowia wymuszają zmiany w samym systemie. Innymi słowy, zmieniająca się charakterystyka pacjentów stwarza zwiększony popyt na poszczególne usługi zdrowotne (świadczenia). Należy szczególnie podkreślić wzrost zapotrzebowania na opiekę geriatryczną oraz świadczenia rehabilitacyjne. Dostępne dane wskazują, że popyt na te usługi będzie systematycznie rósł, niestety pod względem liczby lekarzy geriatrów Polska znajduje się daleko w tyle za krajami UE. Istnieją również bardzo duże różnice w zakresie dostępności do opieki geriatrycznej, co widać na przykładzie liczby lekarzy i ośrodków geriatrycznych, jak również na przykładzie wydatków w poszczególnych województwach. Dla osób starszych, które w znacznej liczbie mogą doświadczać wykluczenia komunikacyjnego (np. z powodu niepełnosprawności lub trudnej sytuacji ekonomicznej mogą nie posiadać własnego środka lokomocji), odległość do poradni geriatrycznej może stanowić poważną barierę w dostępie do tych usług (szczególnie na terenach wiejskich i w mniejszych miastach).

Analiza sytuacji zdrowotnej osób starszych, która w praktyce powinna stanowić pierwszy krok w przygotowaniu projektów wsparcia w zakresie polityki zdrowotnej czy programów zabezpieczenia społecznego i reintegracji tej grupy społeczeństwa,

¹ Coraz więcej pracodawców oferuje prywatne ubezpieczenia medyczne.

² Mediana wieku w Polsce wynosi ok. 41 lat. Średni wiek chorych w Polsce, bazując na danych epidemiologicznych o chorobach dotyczących największy odsetek populacji, to ponad 60 lat.

odkrywa wyzwania o charakterze systemowym. W tym konkretnym przypadku chodzi o sytuację, w której problemy zdrowotne osób 60+ nie są wystarczająco precyzyjnie zwalidowane. Innymi słowy, nie mamy zbyt dokładnych danych o skali chorób, które dotyczą naszych seniorów. W tym kontekście wskazać należy istotne rozbieżności w tak podstawowych kwestiach jak chorobowość i zapadalność. Mówiąc wprost: nie znamy dokładnej liczby osób zapadających na wiele chorób, opieramy się w tym względzie na szacunkach, będących efektem stosowania różnych metodologii obliczania. Bez określenia populacji chorych – a więc popytu na świadczenia, nie możemy określić wystarczającej skali podaży – a więc koniecznych zasobów do zapewnienia świadczeń spełniających potrzeby klientów (pacjentów). Tym samym nie znamy skali potrzeb niezaspokojonych – przynajmniej tych, które powinien zapewniać publiczny system ochrony zdrowia. W tym sensie można mówić o długu zdrowotnym, który w praktyce wpływa na wszelką aktywność osób starszych.

Oczywiście nie jest też tak, że nic nie wiemy o popycie i podaży na świadczenia. Na przykład analiza czasu oczekiwania na poszczególne usługi (oraz porównywanie tego wskaźnika dla różnych chorób i w różnych okresach) pozwala na wskazanie obszarów, w których podaż świadczeń jest zdecydowanie niewystarczająca wobec popytu. Innymi słowy, mamy pewne narzędzia, jeśli nie do ustalenia dokładnej liczby chorych, to przynajmniej do jej oszacowania, i w konsekwencji określenia, gdzie angażujemy zbyt małe środki (przeważnie o charakterze kadrowym) w stosunku do potrzeb. Wyznaczenie optymalnej podaży świadczeń tylko na podstawie czasu oczekiwania może być obarczone wieloma błędami: m.in. nie bierzemy pod uwagę pacjentów, którzy zrezygnowali z oczekiwania na publiczne świadczenie i zdecydowali się skorzystać z usług sektora prywatnego (decyzja taka jest zapewne wypadkową dwóch czynników: statusu społeczno-ekonomicznego i oceny stanu zdrowia). Wiedza ta, choć pochodzi z systemu zdrowotnego, wykracza poza wyzwania dla polityki zdrowotnej. Jest bowiem tak, że wspomniany dług zdrowotny, a przynajmniej jego część, może zostać zrekompensowany przez inne polityki, np. politykę zabezpieczenia społecznego. I tak też w praktyce do pewnego stopnia się dzieje: usługi rehabilitacyjne, czy też szerzej – całe spektrum usług o charakterze geriatrycznym, częściowo są dostarczane (finansowane) z puli środków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego czy też Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a więc instytucji podległych resortowi zabezpieczenia społecznego. Tak jak problem precyzyjnego określenia liczby chorych i zapadłych, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych, jest wspólny dla wielu chorób, tak sposób jego rozwiązania, tj. opracowanie metodologii obliczenia, jest prawie w każdym wypadku indywidualne.

Kolejnym wyzwaniem, które można nazwać systemowym, jest sposób postępowania wobec przewlekle chorych pacjentów, u których zdiagnozowano więcej niż

jedną chorobę. Chodzi o leczenie nazywane opieką skoordynowaną, czyli uwzględnianie w terapii choroby podstawowej pozostałych chorób pacjenta. Punktem wyjścia do przygotowania odpowiedniej formy świadczeń jest wielochorobowość³. To nie jest tylko proste policzenie innych chorób, które ma dany pacjent. Jest to zjawisko bardziej złożone, gdyż wielochorobowość jest specyficzna dla każdej z chorób przewlekłych, i oczywiście istotnie determinuje jej przebieg. Wielochorobowość pogłębia się wraz z wiekiem pacjenta.

Warto wspomnieć o jeszcze jednym elemencie, wpływającym na funkcjonowanie publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, a mianowicie umiejscowieniu ciężaru terapii w lecznictwie szpitalnym (zamkniętym). Tymczasem wiele chorób może być skutecznie leczonych ambulatoryjnie lub w systemie dziennej opieki szpitalnej. To, że są one obecnie leczone w lecznictwie zamkniętym, wynika w zasadzie z braku odpowiedniej organizacji leczenia oraz nawyków kadry medycznej i osób zarządzających szpitalami. Przez samo zlokalizowanie leczenia w lecznictwie zamkniętym ponosimy niepotrzebne koszty. Środki te można zaliczyć do ogólnej puli wydatków na politykę senioralną. Innymi słowy, jeśli na nieefektywne kosztowo leczenie wydajemy zbyt dużo, to później mamy mniej środków na politykę społeczną adresowaną do osób 60+.

Wyżej zasygnalizowana problematyka zostanie poruszona w niniejszym opracowaniu na przykładzie opisanych problemów zdrowotnych, tj. leczenia choroby Alzheimerera, choroby niewydolności serca i chorób reumatologicznych. Są to jedne z podstawowych, choć nie wszystkie, ryzyka zdrowotne osób 60+. Dodatkowo pokazane zostaną główne wyzwania stojące przed opieką geriatryczną oraz świadczeniami rehabilitacyjnymi.

1. Prognozy demograficzne i wydatki na publiczną ochronę zdrowia

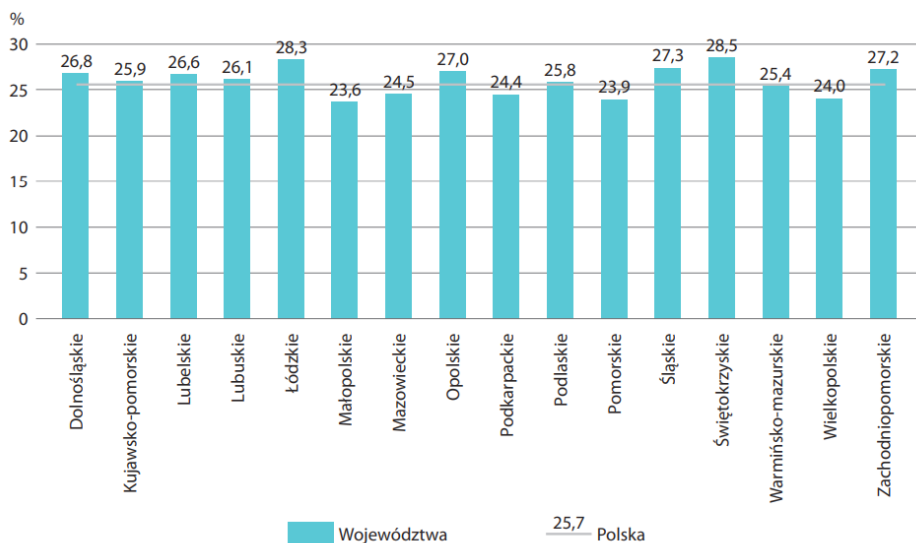
W Polsce nasila się proces starzenia się ludności. Niski wskaźnik dzietności – zjawisko charakterystyczne dla współczesnych krajów rozwiniętych, w tym przede wszystkim UE – w połączeniu z wydłużaniem się średniej trwania życia powodują, że udział osób starszych w społeczeństwie systematycznie rośnie. W średniej oraz długiej perspektywie czasowej nie widać możliwości odwrócenia tego trendu⁴. Prognozy GUS mówią, że do 2030 r. udział osób w wieku 60+ w ogólnej liczbie

³ Wielochorobowość jest wprost związana z problematyką epidemiologii badanych chorób – głównie zapadalnością i chorobowością. Aby wyliczyć wielochorobowość musimy najpierw wiedzieć dla jakiej puli pacjentów ją liczymy, czyli mieć dokładne dane o zapadalności i wynikającej z niej chorobowości (liczbie pacjentów chorych na daną chorobę). Współczynniki wielochorobowości mówią nam o tym, ilu pacjentów ma jeszcze inne choroby i jakie to są choroby. Bardziej szczegółowo zostało to opisane w dalszej części opracowania.

⁴ Napaść Rosji na Ukrainę i około 2-milionowa migracja Ukraińców do Polski postawiły na nowo pytania o charakter polityki migracyjnej Polski. Uwidocznili się także brak analiz niezbędnych do wypracowania spójnych działań. Na przykład brakuje z jednej strony kompleksowej wiedzy o obciążeniu systemu ochrony

ludności Polski wyniesie 26%, a w 2050 już 40%. Starzenie się ludności jest zróżnicowane geograficznie – różnica udziału osób 60+ w populacji całkowitej między woj. małopolskim a woj. świętokrzyskim wynosi 5% i jest to największa rozpiętość, którą można zaobserwować w kraju⁵.

Zmienia się także sama struktura wieku osób 60+. Choć nadal dominują w niej osoby relatywnie młode (60-64 lata), to ich udział stopniowo maleje. Zmiany te będą niewątpliwie miały wpływ na strukturę osób chorych na choroby przewlekłe oraz na zjawisko wielochorobowości. Można spodziewać się, że z upływem czasu współczynnik wielochorobowości będzie się zwiększał, tzn. będzie rósł odsetek pacjentów, którzy mają więcej chorób współistniejących, a tym samym ich leczenie będzie droższe (bardziej wymagające).



Wykres 1. Udział osób w wieku 60 lat i więcej w ludności ogółem według województw w 2021 r. (stan na 31.12.2021 r.)

Źródło: GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku*.

Osoby w wieku 60+ stanowią największą część odbiorców usług zdrowotnych, finansowanych przez sektor publiczny. W przypadku leczenia szpitalnego wydatki

zdrowia (jakie świadczenia, dla jakich pacjentów) przez uchodźców z Ukrainy, a z drugiej strony na temat wkładu finansowego (w postaci składek zdrowotnych) pracujących uchodźców.

⁵ GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku*.

na pacjentów 60+ w 2021 r. stanowiły 55% całości wydatków na leczenie szpitalne. Największe obciążenie dla budżetu NFZ w przypadku leczenia szpitalnego osób 60+ stanowiły wydatki na oddziałach kardiologicznych i chorób wewnętrznych – odpowiednio 77% i 78% wszystkich wydatków na ten rodzaj świadczeń. Leczenie ambulatoryjne osób 60+ pochłonęło 48% wszystkich wydatków na AOS. W podstawowej opiece zdrowotnej wydatki NFZ dla pacjentów senioralnych stanowiły 38% wszystkich wydatków funduszu na POZ⁶. Wynika z tego, że pacjenci 60+ są głównymi odbiorcami świadczeń realizowanych w lecznictwie zamkniętym, które to świadczenia są jednocześnie najdroższymi świadczeniami (w odniesieniu do AOS i POZ w przeliczeniu na jednego pacjenta)⁷.

2. Wybrane choroby wieku starszego

Dla zobrazowania sytuacji zdrowotnej osób starszych w Polsce wybrano trzy problemy zdrowotne, które w bardzo dużym zakresie dotyczą osób starszych. Są to:

- choroba Alzheimera,
- niewydolność serca,
- choroby reumatyczne, ze szczególnym uwzględnieniem reumatoidalnego zapalenia stawów.

Kluczem do wyboru ww. schorzeń był nie tylko fakt, że dotyczą osób starszych. Jest wiele innych grup chorób, które występują w populacji 60+. Dokonany wybór podyktowany był tym, że na opisywanych tutaj przykładach można w sposób najbardziej przejrzysty pokazać szereg wyzwań dla polityki zdrowotnej ukierunkowanej na seniorów. W tym kontekście można wymienić:

- a. trudności w określeniu populacji osób chorych,
- b. analizę wielochorobowości,
- c. próby określenia kompleksowego podejścia do pacjenta,
- d. zbyt dużą skalę leczenia w lecznictwie zamkniętym, a zbyt małą w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (postulat tzw. odwróconej piramidy świadczeń),
- e. ograniczenia w dostępie do świadczeń oraz ich nierównomierne rozłożenie w skali kraju,
- f. wielowymiarowy aspekt kosztów chorób.

⁶ Tamże.

⁷ Tamże.

2.1 Choroba Alzheimera i inne otępienia

Epidemiologia

Choroba Alzheimera jest jedną z najczęstszych chorób neurodegeneracyjnych, które dotyczą osoby starsze (znane są przypadki manifestacji pierwszych objawów tej choroby u pacjentów w wieku 40+, należą one jednak do rzadkości). Pojawienie się i rozwój choroby jest wynikiem obecności nieprawidłowych białek w mózgu, co prowadzi do zaniku neuronów. Pierwsze objawy związane są z utratą pamięci krótkotrwałej, trudnościami z doбором odpowiednich słów w wypowiedziach, zmianami osobowości oraz wahaniem nastrojów. Dalszy rozwój choroby prowadzi do pogorszenia się pamięci długotrwałej, trudności w czytaniu aż do stanu, w którym ta czynność staje się niemożliwa. Następnie chory traci zdolność komunikowania się z otoczeniem⁸.

Istnieją istotne rozbieżności co do liczby chorych na alzheimera w Polsce. W opracowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia pt. *NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*⁹ podaje się liczbę 389 tys. chorych¹⁰ w 2019 r. Opracowanie to, będące formalnym raportem NFZ, powstało przy współudziale czołowych lekarzy neurologów w Polsce, m.in. konsultant krajowej w dziedzinie neurologii prof. Agnieszki Słowik, prezesa Polskiego Towarzystwa Neurologicznego prof. Konrada Rejdaka, prezesa Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego prof. Tomasza Gabryelewicza.

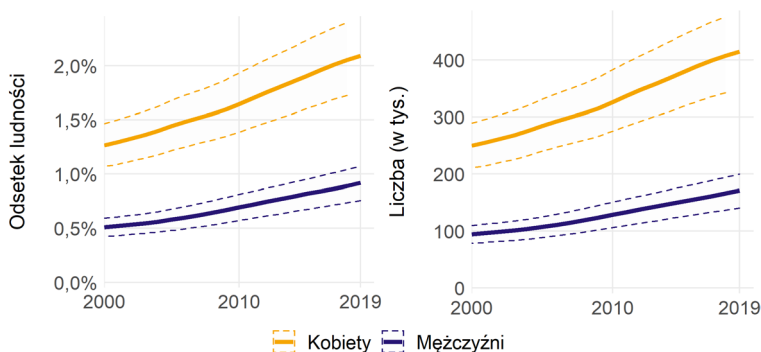
W próbach określenia liczby chorych na alzheimera warto jeszcze odwołać się do danych i opracowań Ministerstwa Zdrowia. W projekcie Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) wypracowano szereg statystyk dla głównych problemów zdrowotnych Polski. Czytamy tam, że w 2021 r. liczba chorych wyniosła 121,2 tys. (oraz 127,2 tys. w 2019), przy zapadalności średniorocznej rzędu od 17,7 tys. w 2019 r. do 14,7 tys. w 2021. Podkreślenia wymaga fakt, że dane te opierają się na rejestrach finansowych, tzn. rozliczeniach NFZ (płatnika) ze świadczeniodawcami – przeważnie publicznymi. Nie jest to rejestr chorych, a co więcej, dane w nim zawarte ograniczają się tylko do pacjentów leczonych w publicznym systemie ochrony zdrowia, czyli zdiagnozowanych¹¹. Nie mówią więc o skali tego problemu w populacji.

⁸ <https://podyplomie.pl/neurologia/30360,choroba-alzheimera> oraz <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/11-sygnalow-ktore-wskazuja-na-alzheimera> (dostęp 2.11.2023).

⁹ NFZ, *NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*, Warszawa 2022.

¹⁰ Chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera i chorób pokrewnych w roku t została zdefiniowana jako liczba osób, które żyły na koniec roku t oraz w latach od t – 3 do t (włącznie) miały udzielone co najmniej jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym o kodzie ICD10 z zakresów F00–F01 (wszystkie rozszerzenia, także rozpoznania bez wskazanego rozszerzenia), F02.1–F02.3, G30 (wszystkie rozszerzenia, także 3-znakowe) oraz rozpoznania G31.0, G31.1, G31.8, G31.9. Por. *NFZ o zdrowiu...*, dz. cyt. s. 19.

¹¹ Dane dot. epidemiologii choroby Alzheimera pochodzą ze źródeł wykorzystanych w projekcie Mapa Potrzeb Zdrowotnych. Z racji stosowanej tam metodologii wyliczania liczby zapadłych, o czym szerzej w czę-



Wykres 2. Szacowana liczba osób chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne w Polsce (2000-2019) jako odsetek ludności (lewy wykres) i w wartościach bezwzględnych (prawy wykres) – oszacowanie (linia ciągła) i 95% przedział ufności (linia przerywana)

Źródło: NFZ o zdrowiu. *Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*.

W analizach IHME (The Institute for Health Metrics and Evaluation), w tym przede wszystkim w opracowaniu pt. *Global Burden of Disease*¹², szacuje się liczbę chorych na alzheimer oraz inne choroby otępienne w 2019 r. w Polsce na 585,8 tysięcy. Stosowanie modelu zamiast danych rejestrowych do określania liczby chorych jest podejściem, które dla każdej jednostki chorobowej powinno być oceniane oddzielnie. Innymi słowy, czasem model dostarcza nam precyzyjniejszych danych, czasem to dane rejestrowe są lepszej jakości (dokładniej informują o liczbie chorych).

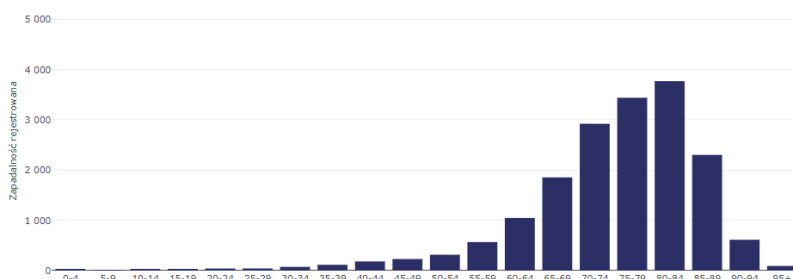
W przypadku choroby Alzheimera mamy właśnie do czynienia z sytuacją, w której to dane z modelu, a więc szacunkowe określenie liczby chorych, są bliższe stanowi faktycznemu. Wynika to z faktu, że objawy choroby Alzheimera, takie jak zaburzenia pamięci, zmiany nastrojów, zaburzenia funkcji poznawczych, są charakterystyczne dla szerokiego spektrum chorób neurologicznych, których wspólnym mianownikiem jest starzenie się. Często zdarza się, że pacjent albo w ogóle nie jest leczony, ponieważ jego dolegliwości uważa się za związane bezpośrednio z wiekiem, albo jest leczony, ale w ramach innych produktów leczniczych (tzn. przypisanych do innych chorób o charakterze neurologicznym), których rozliczanie w systemie

ści dotyczącej reumatoidalnego zapalenia stawów, za najbardziej wiarygodne dane o osobach zapadłych należy uznać lata 2018-2019. Problem braku rejestru chorych na poszczególne choroby, opisany szerzej w części poświęconej RZS, zmusza do posługiwania się przybliżeniami i opiniami ekspertów, przeważnie konsultantów krajowych i wojewódzkich.

¹² <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd> (dostęp 12.11.2023).

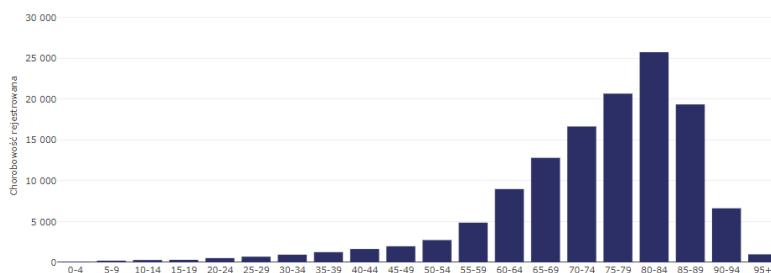
świadczeń medycznych jest bardziej korzystne. W tym sensie chorobę Alzheimera należy traktować bardziej jako problem społeczny niż zdrowotny. Jeśli z jednej strony sami chorzy i ich najbliższe otoczenie do pewnego stopnia nie potrafią skutecznie poruszać się po publicznym systemie ochrony zdrowia, tak aby pokierować pacjenta do odpowiedniego lekarza, a z drugiej strony w samym systemie istnieją rozbieżności co do skali choroby oraz jednolitego sposobu rozliczania (czyli *de facto* ewidencjonowania) objawów, to nie mogą dziwić opinie, przytoczone w jednym z artykułów naukowych:

Wiele instytucji nie spełnia swoich zadań w kwestii pomocy chorym i ich rodzinom. Brakuje skutecznych rozwiązań systemowych. Chorzy leżący w ogóle są pozbawieni możliwości korzystania np. z domów dziennego pobytu. W praktyce w ogóle trudno mówić o jakiegokolwiek pomocy instytucjonalnej dla osób z chorobą Alzheimera. Znaczącym problemem jest brak systemów i standardów opieki, brak pomocy rodzinom i opiekunom. Z chorym na alzheimer w Polsce można zrobić wszystko¹³.



Wykres 3. Rozkład wieku pacjentów nowo zapadłych w 2019 r.

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) 2022-2026.



Wykres 4. Rozkład wieku chorych na chorobę Alzheimera (chorobowość) w 2019 r.

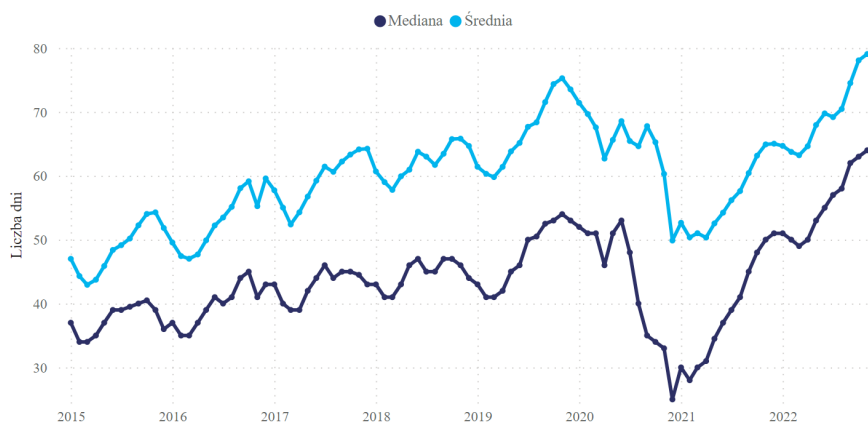
Źródło: MPZ 2022-2026.

¹³ E. Zielińska, *Kontrowersje wokół opieki państwa nad chorym na Alzheimera – opis przypadku*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka–Praktyka–Refleksje” 2016, nr 24, s. 166.

Niezależnie od rozbieżności w przywołanych wyżej danych, warto przyrzeć się rozkładowi wieku zapadłych i chorych¹⁴, z którego wynika, że znaczny przyrost zapadalności rozpoczyna się u pacjentów w wieku 60-64 lata, a jej szczyt przypada na ósmą i dziewiątą dekadę życia.

Ograniczenia w dostępie do świadczeń

Wśród chorych na alzheimera w 2019 r. największa liczba pacjentów korzystała ze świadczeń realizowanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Były to przeważnie poradnie o specjalizacji neurologicznej. Dlatego też dostęp do lekarza neurologa stanowi jedną z istotniejszych spraw dla chorych. Jaki zatem jest czas oczekiwania do poradni neurologicznej?



Wykres 5. Średnia i mediana czasu oczekiwania (wyrażonego w dniach) do poradni neurologicznej dla przypadku stabilnego

Źródło: MPZ 2022-2026 – Kolejki.

Odpowiedź na to pytanie można znaleźć na stronach NFZ, w *Informatorze o terminach leczenia*¹⁵ lub w publikacjach przywołanego wcześniej projektu Mapa Potrzeb Zdrowotnych, gdzie m.in. opracowano aplikację na podstawie podanych wyżej informacji. Mimo że dane dotyczą czasu oczekiwania na pierwszą wizytę (innych danych w tym zakresie NFZ nie posiada), stanowi to dobrą podstawę do określenia wagi problemu. Widzimy zatem, że w ciągu ostatnich 5-7 lat nastąpiło

¹⁴ Zapadli – to osoby, które zachorowały na daną chorobę w danym roku. Zapadalność zaś to suma tych osób na ostatni dzień roku. Chorobowość to suma zapadłych z poszczególnych lat, pomniejszona o liczbę zmarłych. Wartość tę podaje się na ostatni dzień danego roku. Pacjenci – to wykaz wizyt pacjentów (unikalnych w danym roku i/lub miejscu świadczenia) z kodem niewydolności serca w poszczególnych latach w POZ, AOS, LZ.

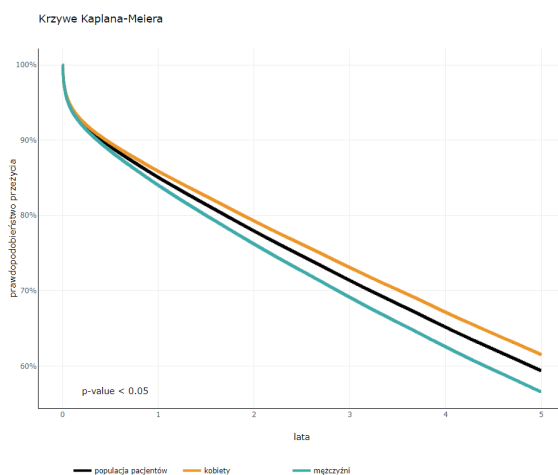
¹⁵ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/#> (dostęp 2.11.2023).

wydłużenie czasu oczekiwania z wartości około 40 dni (mediana 37 dni, a średnia 48 dni) w 2015 r. do około 70 dni w 2022 r. (średnia 79 dni, mediana 64 dni) – to jest o 75%.

2.2 Niewydolność serca

Epidemiologia

Zapadalność na niewydolność serca zwiększa się wraz ze starzeniem się ludności i wydłużeniem trwania życia. Z każdym rokiem przybywa chorych na niewydolność serca, a biorąc pod uwagę złe rokowania, choroba stanowi duże wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia.



Wykres 6. Analiza przeżycia pacjentów z niewydolnością serca

Źródło: MPZ – Problemy Zdrowotne – Niewydolność serca.

Wyżej zaprezentowana krzywa Kaplana–Meiera pokazuje, że w okresie pięciu lat od zapadnięcia przeżyje niewiele ponad połowa pacjentów z niewydolnością serca. Jest to najlepszy dowód na to, iż choroba ta ma ciężki przebieg i wiąże się z bardzo poważnymi zagrożeniami dla pacjentów. Oczywiście podeszły wiek jest w tym wypadku czynnikiem zwiększającym ryzyko. Rozwojowi niewydolności serca sprzyja wieloletnie, utrzymujące się nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu II, niewydolność nerek oraz otyłość¹⁶. Widać zatem, że część z tych czynników jest zależna od stylu życia pacjenta, a zatem można zmniejszać ryzyko wystąpienia tej choroby.

W wielu przypadkach niewydolność serca poprzedza choroba niedokrwien-
na serca. Zatem analizując niewydolność serca można wyróżnić dwa typy tego

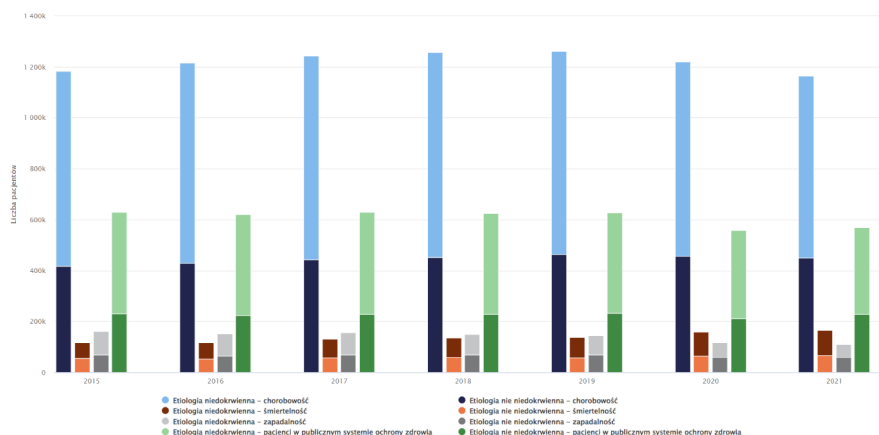
¹⁶ M. Cwynar, M. Dubiel, *Nadciśnienie tętnicze a rozwój niewydolności serca – możliwości prewencji*, „Choroby serca i naczyń” 2009, t. 6, nr 1, s. 11-18.

schorzenia, które mają istotny wpływ na przebieg choroby, zastosowane leczenie i rokowania pacjenta:

- a. niewydolność serca o etiologii niedokrwiennej – to jest sytuacja, w której pacjent zanim zapadł na niewydolność serca, zachorował na chorobę niedokrwienną serca;
- b. niewydolność serca o etiologii nie niedokrwiennej – to jest sytuacja, w której przed zapadnięciem na niewydolność serca pacjent nie zapadł na chorobę niedokrwienną serca.

Analizując pięć najczęstszych chorób poprzedzających (a później współistniejących)¹⁷ z niewydolnością serca, wskazać należy:

- a. nadciśnienie tętnicze – 71% pacjentów,
- b. chorobę niedokrwienną serca – 39% pacjentów,
- c. cukrzycę – 25% pacjentów,
- d. migotanie i trzepotanie przedsionków – 16% pacjentów,
- e. zaburzenia rytmu serca – 12% pacjentów.



Wykres 7. Epidemia niewydolności serca w podziale na etiologie: chorobowość, zapadalność, śmiertelność, pacjenci

Źródło: Niewydolność serca – dane MZ z 2019 r.; dane NFZ.

Niewydolność serca jest chorobą, która dotyka 1,2 mln Polaków i w każdym roku notuje się ok. 150 tys. (nowo)zapadłych. Corocznie z jej powodu umiera od 118 do 165 tys. ludzi. W każdym roku w publicznym systemie ochrony zdrowia pojawia się ponad 600 tys. unikalnych pacjentów¹⁸ z niewydolnością serca (niewielki spadek w 2020 r. był efektem pandemii SARS-CoV-2). Zgodnie z raportem Health

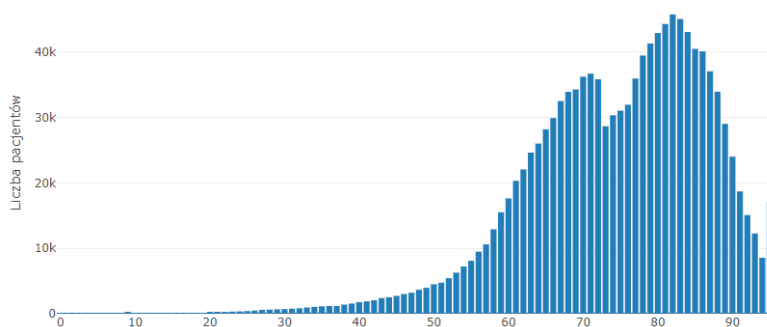
¹⁷ Na podstawie: Ministerstwo Zdrowia – Mapa Potrzeb Zdrowotnych.

¹⁸ To jest osób, które pierwszy raz zachorowały na niewydolność serca.

at a Glance z 2019 r., Polska znalazła się w pierwszej piątce krajów UE pod względem liczby chorych na niewydolność serca w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (1130 osób) oraz na pierwszym miejscu wśród krajów OECD (podano dane dla 34 krajów) pod względem liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca (511 na 100 tys. ludności)¹⁹.

Wysoki wskaźnik hospitalizacji przy niewydolności serca może świadczyć o nałożeniu się – współwystępowaniu – trzech niekorzystnych czynników:

- po pierwsze, może to być efekt zjawiska, które widzimy w całym publicznym systemie opieki zdrowotnej w Polsce, a mianowicie zbyt duży odsetek świadczeń realizowanych jest w lecznictwie zamkniętym, czego głównym powodem są trudności organizacyjne, tzn. brak umiejętności zorganizowania opieki w formie dziennej i ambulatoryjnej;
- po drugie, być może pacjenci trafiają do lekarza w bardziej zaawansowanym stadium choroby – to dla odmiany może być efektem trudności w dostępie do usług publicznej służby zdrowia;
- po trzecie, pacjenci być może mają obawę przed wizytą u lekarza i zaniedbują działania prewencyjne – głównie badania okresowe.

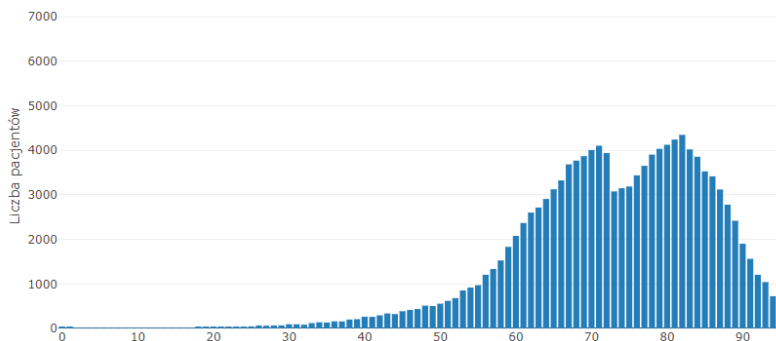


Wykres 8. Rozkład wieku chorych na niewydolność serca

Źródło: MPZ – Problemy zdrowotne – Niewydolność serca.

Niewydolność serca jest chorobą, na którą zapadają osoby od piątej dekady życia. Najwięcej chorych jest w wieku ok. 80 lat. Na ósmą dekadę życia przypada także szczyt zapadalności.

¹⁹ Health at a Glance: 2019, 2017, 2015, OECD Indicators.



Wykres 9. Rozkład wieku zapadłych na niewydolność serca

Źródło: MPZ – Problemy zdrowotne – Niewydolność serca.

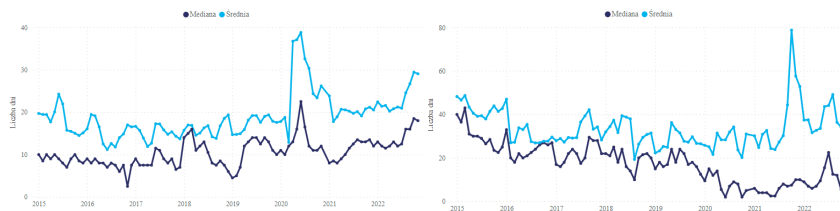
Ograniczenia w dostępie do świadczeń

W dyskusji o optymalnym postępowaniu z pacjentem chorym na niewydolność serca coraz częściej zgłaszane są postulaty opieki skoordynowanej²⁰. Polega ona na połączeniu opieki nad pacjentem przewlekle chorym, obecnie podzielonej na trzy obszary – w dużej mierze autonomicznych świadczeń (POZ, AOS, LZ). W rozwiązaniu tym chodzi o zbudowanie tzw. odwróconej piramidy świadczeń²¹. Jest to taki sposób organizacji usług medycznych, w którym możliwie największy ich zakres jest realizowany na poziomie pierwszym – podstawowej opieki zdrowotnej. Następnie, mniejsza część świadczeń jest realizowana na poziomie drugim – w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a najmniejsza część, wysoce specjalistyczna i oczywiście najdroższa – na poziomie lecznictwa zamkniętego. W przypadku niewydolności serca – ale w zasadzie w większości przewlekłych chorób u osób starszych – dochodzi bardzo istotny element wielochorobowości, co oznacza, że w opiekę nad pacjentem należy zaangażować farmaceutów, dietetyków, fizjoterapeutów, psychologów zajmujących się opieką paliatywną oraz pracowników socjalnych.

Przyjrzyjmy się zatem czasom oczekiwania na najważniejsze świadczenia dla pacjenta z niewydolnością serca.

²⁰ J. Nasser, A. Siniarski, *Pacjent z niewydolnością serca: wyzwania stojące przed lekarzem rodzinnym*, „Lekarz POZ” 2019, t. 5, nr 2, s. 95-102.

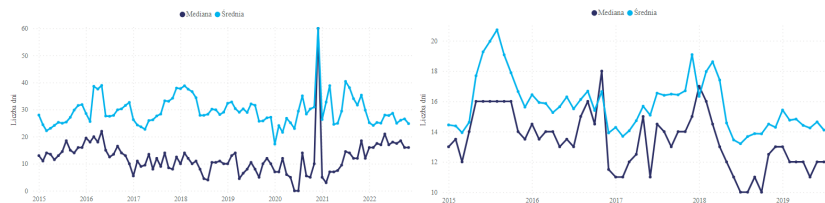
²¹ Odwrócona piramida świadczeń w formie graficznej ma kształt lejka.



Wykres 10. Średnia i mediana czasu oczekiwania dla przypadku stabilnego do przyjęcia do poradni kardiologicznej (po lewej stronie) i na oddział kardiologiczny (po prawej stronie)

Źródło: MPZ 2022-2026 – Kolejki.

W latach 2015-2022 średni czas oczekiwania do poradni kardiologicznej uległ wydłużeniu o 33%, z około 18 dni w 2015 r. do średnio 24 dni w 2022. Skróceniu uległ natomiast czas oczekiwania na przyjęcie na oddział kardiologiczny (o ok. 14%): z (średnio) 14 dni w 2015 r. do 11 dni w 2022.



Wykres 11. Średnia i mediana czasu oczekiwania dla przypadku stabilnego do przyjęcia do zakładu rehabilitacji kardiologicznej (po lewej stronie) i na oddział rehabilitacji kardiologicznej (po prawej stronie)

Źródło: MPZ 2022-2026 – Kolejki.

Czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu (ośrodka) rehabilitacji kardiologicznej ulegał wahaniom w skali całego kraju w latach 2017-2022, ale średnio nie zmienił się i dla 2022 r. wyniósł 26 dni. Dane dla oddziału rehabilitacji kardiologicznej odnoszą się do okresu 2015-2019 i w tym czasie da się zauważyć nieznaczne skrócenie kolejki: z 17 do 15 dni.

2.3 Choroby reumatyczne

Zapadalność na choroby reumatyczne jest ściśle związana z wiekiem pacjenta, z wyjątkiem m.in. takich jednostek chorobowych jak młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów czy łuszczycowe młodzieńcze zapalenie stawów. Należy jednak podkreślić, że wiek jest jednym z głównych czynników wpływających na zapadalność (dla przykładu liczbę chorych na MIZS szacuje się na ok. 20 do 30 tys., a chorych na

reumatoidalne zapalenie stawów na ok. 300 tys.)²². Nielezione choroby reumatyczne prowadzą do szybko postępujących zwyrodnień stawowych, a w efekcie nawet do poważnych utrudnień w poruszaniu się i inwalidztwa.

Klasyfikacja chorób reumatycznych ma charakter umowny ze względu na nieznaną etiologię choroby w przypadku większości z nich. W związku z koniecznością posługiwania się ich jednolitym podziałem i mianownictwem komisja Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego co pewien czas rewiduje klasyfikację chorób, bazując na aktualnych zdobyczach nauki w zakresie ich diagnostyki. Ostatni zmodyfikowany podział chorób reumatycznych pochodzi z 1983 roku i obejmuje około 300 jednostek²³.

Choroby reumatyczne dzielimy na zapalne (np. RZS – reumatoidalne zapalenie stawów) i niezapalne (np. ChZS – choroba zwyrodnieniowa stawów). Dodatkowo wyróżnia się choroby reumatyczne, które są konsekwencją innych chorób przewlekłych bądź ogólnoustrojowych. Najczęstsze choroby reumatyczne zapalne to:

- RZS – reumatoidalne zapalenie stawów,
- ZZSK – zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa,
- ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów.

Warto zaznaczyć, że choroby reumatyczne w swoim rozpoznaniu znajdują się bardzo blisko schorzeń dermatologicznych. Owa *bliskość* to m.in.:

- podobne objawy, które w efekcie mogą wydłużać czas postawienia prawidłowej diagnozy;
- złe leczenie chorób dermatologicznych (np. łuszczycy) może doprowadzić do łuszczycowego zapalenia stawów. Także zaostrzenie łuszczycy lub niekonsekwentna terapia lekowa (np. pacjent bagatelizuje objawy, nie bierze leków etc.) może doprowadzić do pojawienia się ŁZS.

W dalszej części niniejszego opracowania skupimy się na RZS.

Epidemiologia oparta na danych rozliczeniowych (finansowych)

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS–ICD10: M05, M06) to przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Za rozwój tej choroby odpowiada wiele czynników, takich jak uwarunkowania genetyczne czy wpływ czynników

²² Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, Zintegrowana Platforma Analityczna.

²³ W. Samoborski, I. Ponikowska, *Choroby reumatyczne – standardy lecznicze w medycynie uzdrowiskowej*, „Balneologia Polska” 2005, nr 1-2, s. 14-23.

środowiskowych. [...] Stopniowo RZS prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci²⁴.

Czynniki środowiskowe w etiologii tej choroby nie są sprecyzowane. Pierwotnie uważano, że jest to choroba ludzi biednych, za którą w pierwszej kolejności stoją złe warunki mieszkaniowe (np. zawilgocone mieszkania). Dziś ta teza nie znajduje uzasadnienia, ale z drugiej strony zła dieta – czyli niejako styl życia – może istotnie wpływać na przebieg choroby. Przez złą dietę rozumie się m.in. spożywanie dań wysoce przetworzonych (gotowe dania mrożone, dania w słoikach o długim terminie przydatności do spożycia) oraz różnego rodzaju *fast foody*, co może być połączone ze statusem społeczno-ekonomicznym, choć nie w tak bezpośredni sposób.

Większość analiz epidemiologicznych dotyczących chorób przewlekłych w Polsce do niedawna (tzn. jeszcze ok. 10 lat temu w zasadzie wszystkie analizy tego typu) opierała się wyłącznie na szacunkach. Wynika to z faktu, że tylko dla niewielu chorób (lub ich grup) prowadzone są rejestry chorych, np. Krajowy Rejestr Nowotworów. W przypadku pozostałych chorób możemy opierać się na modelach powstałych za granicą, tak jak wcześniej opisany *Global Burden of Diseases*, ale tylko w sytuacji, gdy etiologia nie jest zależna od czynników geograficznych²⁵. Innymi słowy, jeśli zapadalność na konkretną chorobę jest w największym stopniu zależna np. od wieku, to mając dane na temat liczby chorych i struktury populacji kraju z zachodniej Europy możemy z relatywnie dużą precyzją określić zapadalność i chorobowość w Polsce. Z taką sytuacją mamy do czynienia we wcześniej opisanym przypadku choroby Alzheimera – gdy dane z modelu opracowanego dla innych krajów mają potencjał dostarczenia lepszej informacji niż nasze krajowe rejestry (lub nasze dane oparte na szacunkach). Jednak na rozwój wielu chorób wpływają czynniki środowiskowe i ogólny stan zdrowia społeczeństwa, będący w dużej mierze pochodną stylu życia. Jeśli w jednej społeczności panowała moda na sport i zdrowe odżywianie się, a w drugiej nie było takich wzorców, to stan zdrowia tych dwóch społeczności, nawet w ramach tych samych grup wiekowych, będzie się różnił. I wówczas już trudno czerpać z modeli epidemiologicznych opracowanych dla różnych społeczeństw.

Innym sposobem szacowania liczby zapadłych i chorych było połącznie danych z kilku ośrodków leczących daną chorobę i wspólne wyciąganie wniosków na podstawie liczby mieszkańców danego województwa czy kilku województw. Przy

²⁴ P. Głuszko, A. Filipowicz-Sosnowska, W. Tlustochowicz, *Reumatoidalne zapalenie stawów*, „Reumatologia” 2012, nr 50, s. 83-90.

²⁵ Istnieją choroby, których częstsze występowanie można tłumaczyć mniejszą liczbą dni słonecznych (dla przykładu: w krajach północnej Europy jest stosunkowo większa zachorowalność na stwardnienie rozsiane niż w krajach położonych na południu kontynentu. Słońce pełni tutaj pośrednią rolę, gdyż przyczynia się do wzrostu wytwarzania witaminy D, której suplementowanie jest ważne w prewencji i leczeniu SM oraz innych chorób neurodegeneracyjnych).

wsparciu konsultantów wojewódzkich oraz na podstawie dość wiarygodnych danych o populacji i strukturze demograficznej wybranego regionu da się przeprowadzić analizy dla całej Polski, oczywiście ograniczone do pacjentów publicznego systemu ochrony zdrowia. Jednak to od specyfiki danej choroby zależy, czy informacje epidemiologiczne tak zebrane są wiarygodne, czy nie. Na przykład jeśli cechą wybranej choroby jest to, że pacjenci w dużej skali korzystają z leczenia w sektorze prywatnym, wówczas analiza epidemiologiczna oparta wyłącznie o dane z sektora publicznego jest niedoszacowana, a w konsekwencji niewiarygodna. Przykładem może być stomatologia, w której to sektor prywatny ma prawdopodobnie więcej pacjentów niż sektor publiczny.

Od pewnego czasu stosuje się jeszcze inne, początkowo uzupełniające wobec powyższych, a obecnie dominujące, podejście w określaniu zapadalności i chorobowości. Chodzi o wykorzystanie danych rejestrowych Narodowego Funduszu Zdrowia. Podmiot ten posiada informacje finansowe, tzn. rejestr świadczeń, za które zapłacił. Szczegółowość gromadzonych informacji oraz ich generalnie wysoka jakość – ostatecznie to na podstawie danych z NFZ wypłacone zostają środki, które w każdym roku można liczyć w miliardach – pozwala na wykonywanie analiz o wysokiej jakości. Oczywiście to są dane (rejestry) o charakterze finansowym, nie klinicznym. Ażeby z nich skorzystać, trzeba opracować algorytm, który na podstawie wizyt u danego lekarza, w ustalonym czasie, w określonej placówce medycznej i z konkretnymi objawami pozwoli *wykreować* pacjenta chorującego na określoną chorobę. Finansowy charakter wspomnianego rejestru jest o tyle istotny przy formułowaniu wniosków, iż czasem dany przypadek (objawy) opłaca się świadczeniodawcy zakwalifikować do produktu leczniczego (jednorodnej grupy produktów) innego niż wynikałoby to z zaleceń klinicznych. I nie musi tu chodzić o nadużycia, ile o katalog objawów wspólnych dla wielu chorób. Na przykład pierwsze objawy choroby Alzheimera mogą zostać zaklasyfikowane jako mikrowylewy (wówczas przypadek trafia do rejestru jako udar, a nie choroba Alzheimera). Oczywiście w sytuacji, gdy zaklasyfikowanie objawów nie ma większego znaczenia dla pacjenta, natomiast świadczeniodawca może skorzystać na tym finansowo, istnieje spora motywacja dla określonych działań. Innym ograniczeniem jest fakt, że rejestr NFZ dotyczy wizyt pacjentów w publicznym systemie ochrony zdrowia.

W ramach Zintegrowanej Platformy Analitycznej, projektu realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia, podjęto się szczegółowej analizy sytuacji pacjentów chorujących na RZS. Wypracowano trzy definicje pacjenta – tzn. algorytmy (rozumiane jako zasady postępowania lub zliczania danych z rejestru finansowego NFZ), dzięki którym określono populację chorych (chorobowość) na RZS.

Według pierwszej definicji za osobę zapadłą na RZS uznano pacjenta, który:

- miał co najmniej jedno świadczenie z kodem ICD-10²⁶, przypisanym RZS (Mo5 lub Mo6²⁷ wraz z ich rozszerzeniami) w dowolnym rodzaju świadczeń²⁸, i jednocześnie zrealizował co najmniej jedną receptę refundowaną na lek, którego substancją czynną jest Methotrexatum lub Sulfasalazinum, lub Leflunomidum.

Według drugiej definicji za osobę zapadłą na RZS uznano pacjenta, który:

- miał co najmniej jedno świadczenie z kodem ICD-10, przypisanym RZS (Mo5 lub Mo6 wraz z ich rozszerzeniami) w dowolnym rodzaju świadczeń, i jednocześnie zrealizował co najmniej jedną receptę refundowaną na lek, którego substancją czynną jest Methotrexatum lub Sulfasalazinum, lub Leflunomidum,

lub

- miał co najmniej trzy wizyty w lecznictwie szpitalnym lub ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – na oddziale lub w poradni – o profilu (specjalizacji) reumatologicznym.

Zaproponowane podejście, które na pierwszy rzut oka wydaje się dość mało czytelne, pokazuje z jednej strony trudności w określaniu chorobowości na podstawie rejestru NFZ, z drugiej zaś wskazuje na szerokie możliwości wykorzystania informacji w nim zawartych. Po pierwsze, sięgnięcie po dane na temat zrealizowanych recept refundowanych jest częściowym rozwiązaniem problemu pobierania danych wyłącznie z publicznego systemu ochrony zdrowia. Wykorzystanie informacji o receptach pozwala w znacznej mierze uwzględnić osoby, które chorują na RZS, ale leczą się w systemie prywatnym. RZS jest chorobą przewlekłą, w której kluczowy jest kontakt ze specjalistą i dostęp do określonych leków. Po drugie, zebranie informacji wyłącznie na temat wizyt w poradniach lub oddziałach o profilu reumatologicznym (druga część definicji) pozwala zminimalizować ryzyko błędnie postawionych diagnoz. Innymi słowy, jeśli pacjent trzy razy był w poradni reumatologicznej, to w zasadzie wykluczona jest sytuacja, aby błędnie zostało mu przypisane rozpoznanie RZS.

Według trzeciej definicji, za pacjenta chorującego na RZS można uznać osobę, która:

- miała co najmniej dwie wizyty (dwa rozliczone świadczenia) w dowolnym rodzaju świadczeń z kodem ICD-10 Mo5 lub Mo6 (wraz z rozszerzeniami), w odstępie co najmniej 90 dni, i jednocześnie zrealizowała co najmniej jedną receptę refundowaną na lek, którego substancją czynną jest

²⁶ ICD 10 to Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

²⁷ Por. <http://www.leksykon.com.pl/icd.html#icd-A.html> (dostęp 12.11.2023).

²⁸ Rodzaj świadczeń to miejsce realizacji wizyty: przychodnia (POZ), ambulatorium (AOS), szpital (lecznictwo zamknięte), rehabilitacja.

Methotrexatum lub Sulfasalazinum, lub Leflunomidum, lub leki biologiczne i syntetyczne celowane (udział w programie lekowym).

Powyższe podejście dodatkowo wymaga zachowania odstępu pomiędzy wizytami. Wynika to z faktu, że czasem w trakcie jednej wizyty pacjenta, np. w ambulatorium lub szpitalu zostanie zrealizowane więcej niż jedno świadczenie, co zostaje zapisane jako dwie wizyty z tą samą datą (w tym samym miejscu i rodzajem świadczeń), ale z dwoma różnymi kodami produktów jednostkowych (np. oddzielnymi produktami jednostkowymi są porada lekarska i badanie USG).

Przyjęcie pierwszej definicji powoduje, że liczbę chorych na RZS w 2022 r. można szacować na 317 tys., a zapadalność w latach 2017-2022 od ok. 20 tys. (2017) do ok. 12 tys. (2022). Wybór drugiej definicji zwiększa liczbę chorych na RZS w 2022 r. do 370 tys., zapadalność w latach 2017-2022 od ok. 23 tys. (2017) do ok. 13 tys. (2022). Zastosowanie trzeciej definicji szacuje liczbę chorujących na RZS w 2022 r. na 260 tys., zapadalność w latach 2017-2022 od ok. 16 tys. (2017) do ok. 6 tys. (2022)²⁹.

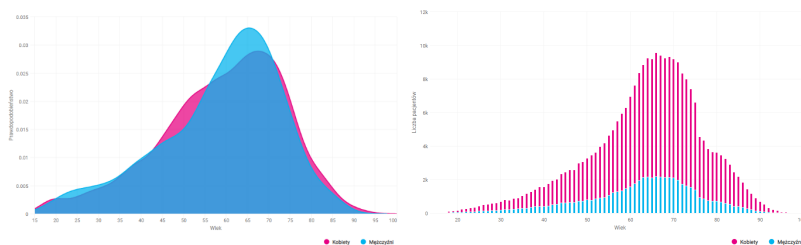
Konsekwencje wyboru określonej definicji pokazują skalę problemu związanego z oszacowaniem liczby chorych. A jest to przecież podstawowa informacja dla twórców polityk publicznych w zakresie zdrowia. Planując jakieś działania, np. wprowadzenie programu lekowego, dodatkowej formy świadczenia, rozszerzenie rehabilitacji leczniczej, czy szacując liczbę lekarzy do obsługi pacjentów, trzeba dysponować informacją o liczbie chorych, aby można było określić koszt nowo planowanych działań. Jak widać na powyższych przykładach, jest to zadanie trudne i obciążone znacznym ryzykiem niedoszacowania (lub przeszacowania): 370 tysięcy to o 40% więcej niż 260 tysięcy, a zatem rozpiętość w szacowaniu chorobowości jest dość znaczna.

Wiek, płeć, wielochorobowość

Dane epidemiologiczne o pacjencie z RZS wskazują na specyficzne cechy tej choroby:

- zapadnięcie na RZS jest niewątpliwie związane z wiekiem – najczęstszy wiek pierwszej diagnozy to przedział od 60 do 70 roku życia;
- ok. 3/4 wszystkich pacjentów chorujących na RZS stanowią kobiety.

²⁹ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń, Zintegrowana Platforma Analityczna.



Wykres 12. Rozkład wieku pacjentów w momencie diagnozy RZS oraz rozkład wieku chorych na RZS – w podziale na płeć

Źródło: Zintegrowana Platforma Analityczna (ZPA) Ministerstwo Zdrowia (MZ).

Chorym na RZS towarzyszą inne choroby. Częściowo wynika to z samej specyfiki schorzenia, częściowo z faktu, że na RZS zapadają osoby starsze, a zatem posiadanie innych chorób jest pochodną wieku³⁰.

Tabela 1. Pięćdziesiąt najczęstszych chorób współistniejących u pacjentów z RZS (ułożonych według częstości występowania)

Grupa chorób	Szczegółowy opis	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Artropatie	240 282	91,62
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Choroby grzbietu	115 535	44,05
Choroby układu nerwowego	Zaburzenia obejmujące nerwy, korzenie nerwów rdzeniowych i spłoty nerwowe	76 034	28,99
Choroby układu moczowo-płciowego	Niezapalne choroby żeńskiego układu rozrodczego	69 018	26,32
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Choroby tkanek miękkich	67 399	25,7
Choroby oka i przydatków oka	Zaburzenia mięśni gałki ocznej, obuocznej motoryki, akomodacji i refrakcji	56 911	21,7
Choroby układu krążenia	Nadciśnienie tętnicze	56 320	21,47
Nowotwory	Nowotwory niezłośliwe	53 434	20,37
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych	Choroby tarczycy	53 075	20,24
Choroby oka i przydatków oka	Zaburzenia soczewki	50 019	19,07
Choroby układu oddechowego	Inne choroby górnych dróg oddechowych	50 007	19,07
Choroby układu krążenia	Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, niesklasyfikowane gdzie indziej	37 600	14,34
Choroby układu krążenia	Inne choroby serca	37 366	14,25

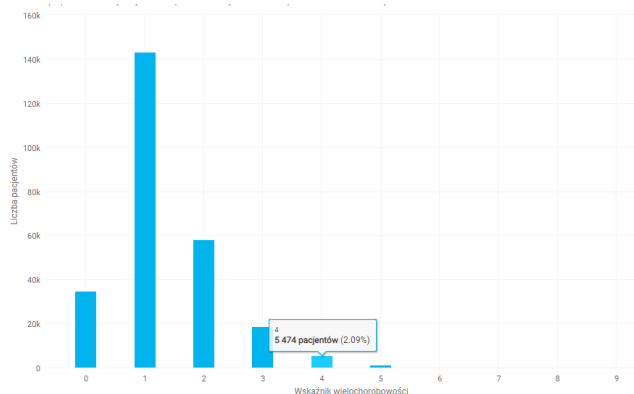
³⁰ Przy czym jest tak, że osoby z danej grupy wiekowej, które chorują na RZS mają więcej chorób współistniejących niż osoby z tej samej grupy wiekowej, które na RZS nie chorują.

Tabela 1. cd.

Grupa chorób	Szczegółowy opis	Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów
Choroby układu oddechowego	Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	37 257	14,21
Choroby układu nerwowego	Zaburzenia okresowe i napadowe	37 031	14,12
Choroby układu krążenia	Choroba niedokrwienna serca	32 889	12,54
Choroby skóry i tkanki podskórnej	Zapalenie skóry i wyprysk	29 036	11,07
Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	Inne choroby ucha	27 614	10,53
Choroby skóry i tkanki podskórnej	Inne choroby skóry i tkanki podskórnej	27 448	10,47
Nowotwory	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze	26 405	10,07
Choroby skóry i tkanki podskórnej	Choroby przydatków skóry	25 668	9,79
Choroby oka i przydatków oka	Zaburzenia błony naczyniowej i siatkówki	25 548	9,74
Choroby układu pokarmowego	Choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy	25 469	9,71
Choroby układu moczowo-płciowego	Choroby piersi	25 429	9,7
Choroby układu moczowo-płciowego	Choroby zapalne narządów miednicy u kobiet	25 225	9,62
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	Choroby tkanki kostnej i chrzęstnej	24 231	9,24
Choroby oka i przydatków oka	Jaskra	24 151	9,21
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych	Cukrzyca	23 383	8,92
Nowotwory	Nowotwory złośliwe	22 585	8,61
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	Urazy kolana i podudzia	22 390	8,54
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	Następstwa urazów, zatruc i innych skutków działania czynników zewnętrznych	19 012	7,25
Choroby oka i przydatków oka	Zaburzenia spojówek	18 817	7,17
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	Urazy stawu skokowego i stopy	18 002	6,86
Choroby układu moczowo-płciowego	Choroby męskich narządów płciowych	17 722	6,76
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	Urazy nadgarstka i ręki	17 688	6,74

Źródło: ZPA MZ.

Także wskaźnik wielochorobowości Charlsona informuje o tym, że pacjenci z RZS najczęściej chorują na jeszcze jedną chorobę, a dość często na dwie dodatkowe choroby.

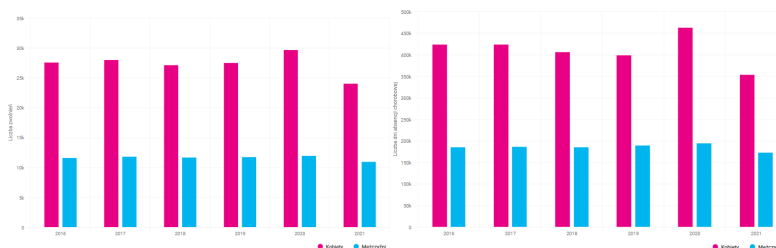


Wykres 13. Wskaźnik wielochorobowości Charlsona dla pacjentów z RZS

Źródło: ZPA MZ.

Zasiłki, renty i wydatki na leki w związku z RZS

RZS jest poważną przyczyną absencji chorobowych. Konieczność odbywania wizyt u lekarzy, np. w sytuacji zaostrzenia choroby może to być nawet kilka dni w miesiącu, w zasadzie uniemożliwia podjęcie zatrudnienia w pełnym wymiarze godzin.

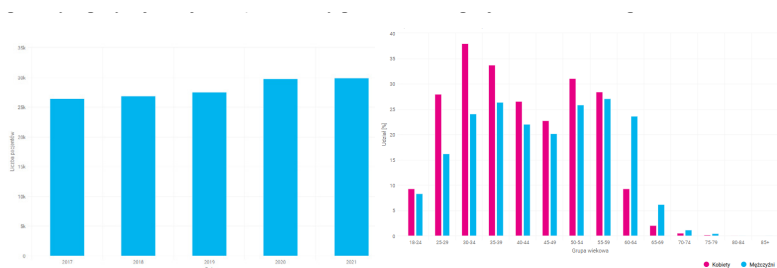


Wykres 14. Całkowita liczba zwolnień lekarskich z powodu RZS oraz zsumowana liczba dni absencji chorobowych z powodu RZS – w poszczególnych latach, w podziale na płeć

Źródło: ZPA MZ.

Liczba zwolnień z tytułu RZS utrzymuje się na przestrzeni lat na zbliżonym poziomie i wynosi ok. 27-28 tys. dla kobiet i około 12 tys. dla mężczyzn. Zsumowana długość zwolnień lekarskich także zachowuje relatywnie stałą wartość, z widocznym wzrostem dla roku 2020. Jest to najprawdopodobniej związane z epidemią SARS-CoV-2.

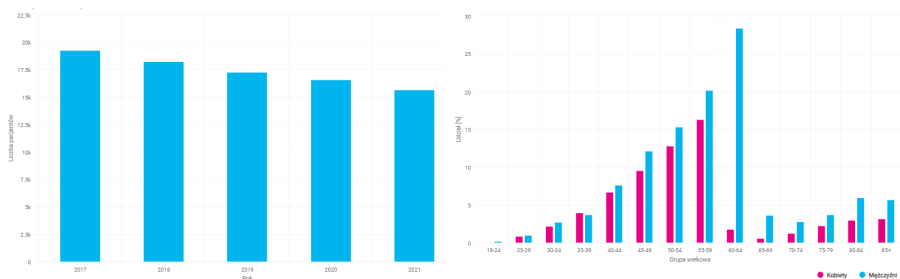
Opierając się na danych administracyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych można policzyć, przynajmniej w części, koszty ponoszone na pacjentów z RZS w postaci zasiłków.



Wykres 15. Liczba pacjentów z RZS, którym przyznano zasiłek oraz udział procentowy pacjentów z RZS, którym przyznano zasiłek, z uwzględnieniem grupy wiekowej

Źródło: ZPA MZ.

Analizując liczbę zasiłków przyznanych pacjentom z RZS, nasuwają się dwa spostrzeżenia. Po pierwsze, zasiłki przyznano około 11% chorującym na RZS. Po drugie, zasiłki przyznawane są osobom aktywnym na rynku pracy. Mimo iż większość chorujących na RZS to osoby w wieku 65+, to większość zasiłków kierowana jest do osób w wieku ok. 55 lat i poniżej. Wynika to z faktu, że dominuje zasiłek chorobowy z ubezpieczenia chorobowego.

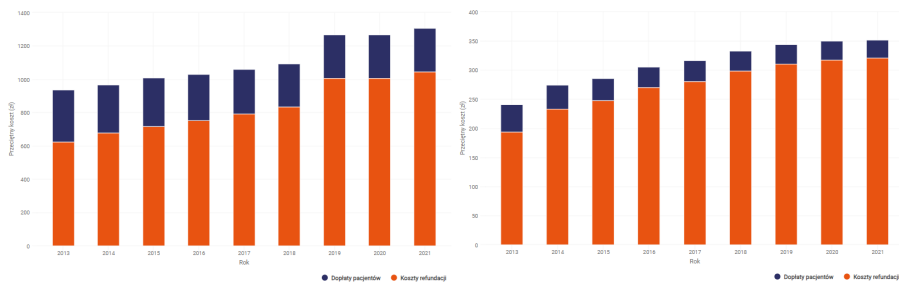


Wykres 16. Liczba przyznanych rent dla pacjentów z RZS oraz udział procentowy pacjentów z RZS z przyznaną w 2021 r. rentą, z uwzględnieniem płci i grupy wiekowej

Źródło: ZPA MZ.

W 2021 r. rentę przyznano 15 693 pacjentom chorujących na RZS. W latach 2017-2022 obserwujemy tendencję spadkową w przyznawaniu rent, mimo corocznie notowanego wzrostu liczby zapadłych na RZS. Ciężko jednak wykazać całkowitą liczbę pacjentów z rentami z tytułu trwałej niezdolności do pracy. Szacuje się, że tylko ok. 30-40% chorujących na RZS, którzy są w wieku produkcyjnym, pracuje.

Warto jeszcze przyjrzeć się wydatkom pacjentów na leki. W tym obszarze można wyróżnić wydatki na leki stosowane w terapii RZS oraz pozostałe leki, które wykupują pacjenci chorzy na RZS. Należy przy tym pamiętać, że dane te dotyczą leków, które są refundowane przez NFZ.



Wykres 17. Przepiętne wydatki pacjentów z RZS na leki refundowane oraz przepiętne wydatki na leki refundowane związane z terapią RZS, z uwzględnieniem refundacji

Źródło: ZPA MZ.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia, w 2021 r. pacjent chory na RZS wydatował przepiętnie około 260 zł na leki refundowane (do tego dochodzi średnio około 1040 zł kwoty refundacji NFZ). Leiki refundowane w terapii RZS łączyły się z przepiętnym kosztem ok. 30 zł dla pacjenta i 321 zł refundacji NFZ³¹. Dane te nie zawierają informacji o pełnych kosztach leków: pacjent może dostać receptę bez refundacji (mimo iż lek może być refundowany) oraz może dostać receptę na lek, który nie podlega refundacji.

Ograniczenia w dostępie do świadczeń

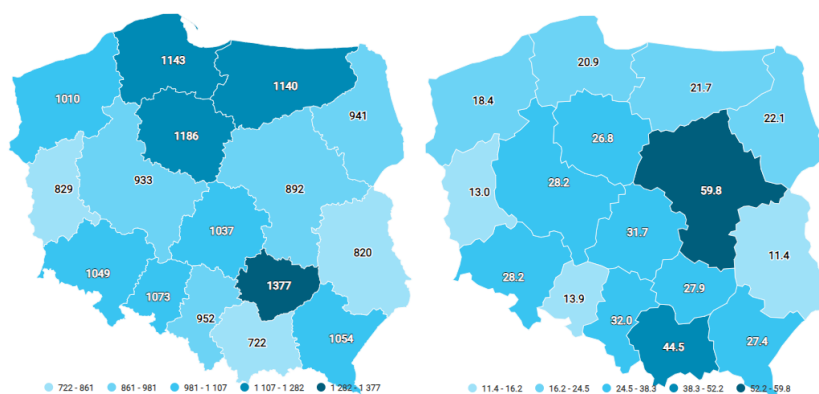
W przypadku RZS istnieją dwa rodzaje ograniczeń w dostępie do świadczeń. Pierwsze z nich może dotyczyć programu lekowego. W programach lekowych stosuje się tzw. leiki biologiczne, które cechuje wysoka skuteczność, ale jednocześnie są one wielokrotnie droższe od tych stosowanych standardowo. Dlatego dla programów lekowych rygorystycznie określa się kryteria ich stosowania, takie jak:

- kryteria włączenia do programu,
- schemat dawkowania leków,
- sposób podawania leków,
- czas leczenia,
- wykaz badań diagnostycznych wykonywanych przy kwalifikacji pacjenta.

Programy lekowe podlegają specjalnemu monitorowaniu i sprawozdawczości. Dla RZS program lekowy nazywa się: *B.33 Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym*. „Warunkiem zastosowania leków biologicznych jest między innymi niepowodzenie leczenia, przynajmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby (LMPCh), przez co najmniej 4 miesiące lub krócej w przypadku nietolerancji leczenia”³².

³¹ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Zintegrowana Platforma Analityczna.

³² <https://www.rzsporozmawiajmy.pl/leczenie-biologiczne/kiedy-i-u-kogo> (dostęp 13.11.2023).



Wykres 18. Chorobowość RZS w 2021 r. w podziale na 100 tys. mieszkańców danego województwa oraz liczba osób w programie lekowym na 100 tys. mieszkańców województwa w 2021 r.

Źródło: ZPA MZ.

Zestawienie danych o chorobowości na 100 tys. mieszkańców z danymi o udziale w programie lekowym mówi nam wiele o regionalnej dostępności do programu lekowego RZS. Powyższe dwa wykresy wskazują, że największy odsetek chorych na RZS jest w następujących województwach:

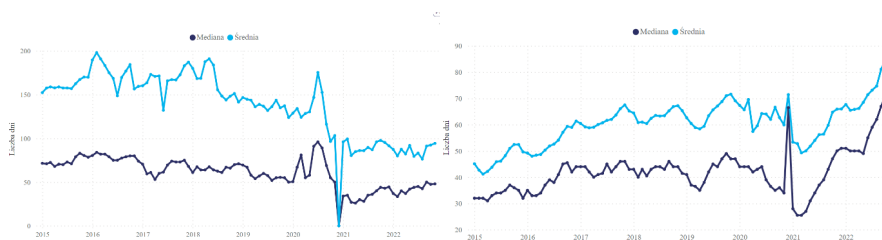
- świętokrzyskim,
- pomorskim,
- warmińsko-mazurskim,
- kujawsko-pomorskim.

Najniższy odsetek chorych na RZS jest w następujących województwach:

- małopolskim,
- lubelskim,
- lubuskim,
- mazowieckim.

Jednocześnie najwięcej chorych na RZS jest w programach lekowych w województwach mazowieckim i małopolskim. Świadczy to o dużych dysproporcjach w dostępie do leczenia biologicznego. Prawdopodobnie w Warszawie i Krakowie znajdują się największe ośrodki leczenia RZS w Polsce, stąd też poziom opieki nad pacjentami jest tam nieporównywalnie wyższy.

Czas oczekiwania na przyjęcie na oddział reumatologiczny skrócił się w okresie 2015-2022 przeciętnie o 49%: z 161 dni w 2015 r. do 85 dni w 2022. W tym samym okresie obserwujemy wydłużenie czasu oczekiwania do poradni reumatologicznej: z 47 dni w 2015 r. do 74 dni w 2022. Powyższy przykład pokazuje, że należy bardzo ostrożnie wyciągać wnioski z analiz czasu oczekiwania na konkretne świadczenia. Zmiana może być pozorna, to znaczy wynikać ze zmian proceduralnych. W opisanym wyżej przypadku nie jest wykluczone, że jakaś pula świadczeń – tych, na które



Wykres 19. Średnia i mediana czasu oczekiwania (w dniach) na oddział (lewy wykres) i do poradni reumatologicznej (prawy wykres)

Źródło: MPZ 2022-2026 – Kolejki.

jest duże zapotrzebowanie – została przeniesiona z poziomu oddziału szpitalnego na poziom poradni. Dla systemu ochrony zdrowia taka zmiana może mieć pozytywny efekt kosztowy: co do zasady świadczenia w AOS są tańsze niż w LZ. Dla pacjenta natomiast może nie mieć większego znaczenia, czy czeka bardzo długo na realizację świadczenia w szpitalu, czy równie długo w poradni.

Od marca do października 2023 r. trwały prace nad pilotażowym programem w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (w skrócie KOWZS).

Celem programu pilotażowego jest przede wszystkim poprawa dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez wprowadzenie kompleksowej diagnostyki najczęstszych zapalnych chorób reumatycznych wraz z możliwością kompleksowego oraz koordynowanego procesu leczenia w okresie 12 miesięcy. [...] Program pilotażowy KOWZS składać się ma z dwóch modułów:

- moduł I – etap diagnostyczny, realizowany przez lekarza reumatologa jako koordynatora opieki;
- moduł II – etap kompleksowej opieki, również realizowany przez lekarza reumatologa jako koordynatora opieki. Moduł ten realizowany będzie w okresie 12 miesięcy od ustalenia Indywidualnego Planu Opieki WZS (cztery porady reumatologiczne i dwie porady lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej; rehabilitacja medyczna wg indywidualnego programu rehabilitacji psychoruchowej oraz wizyty specjalistyczne w zależności od potrzeb). W ramach modułu II pacjent będzie miał zapewniony, z powodu chorób współtowarzyszących, dostęp do specjalistów w zakresie: dietytyki, endokrynologii, gastroenterologii, kardiologii, okulistyki, ortopedii, okulistyki, neurologii, psychologii, psychiatrii, pulmonologii, rehabilitacji medycznej, dietytyki. Konsultacje specjalistyczne obejmują co najmniej jedną wizytę u lekarza rehabilitacji medycznej oraz, w zależności od wskazań, do 10 wizyt specjalistycznych. Liczba

konsultacji i ich częstotliwość ma być ustalana w zależności od stanu klinicznego chorego³³.

W tym miejscu warto podkreślić, że zaprojektowany pilotaż wpisuje się w dwa, bardziej ogólne trendy, które dostrzegamy w polityce zdrowotnej w Polsce. Po pierwsze, wprowadza się opiekę skoordynowaną nad pacjentem chorym na chorobę przewlekłą. Innymi słowy, dostrzegamy indywidualne podejście do pacjenta, a nie indywidualne podejście do wielu chorób, które ma pacjent. W podejściu tym kładzie się też szczególny nacisk na systemowe wymuszenie skrócenia czasu od diagnozy do leczenia (podobnie jak ma to miejsce w przypadku szybkiej ścieżki onkologicznej). Wychodzi się ze słusznego skądinąd założenia, że późna diagnoza to większe koszty dla systemu: niezatrzymanie postępu choroby powoduje konieczność wprowadzenia bardziej zaawansowanego i bardziej kosztownego leczenia.

Po drugie, koordynacja opieki jest także próbą przeniesienia części świadczeń z opieki szpitalnej do opieki dziennej, ambulatoryjnej. Jest to wyzwanie dla publicznego systemu ochrony zdrowia, gdyż w bardzo wielu przypadkach leczenie szpitalne jest ekonomicznie nieopłacalne i jego realizacja w szpitalu wynika wyłącznie z trudności koordynacji szeregu badań diagnostycznych, które mogłyby być realizowane albo w ciągu jednego dnia, albo dzień po dniu, ale bez konieczności zatrzymywania pacjenta w szpitalu (w rozumieniu pozostawienia go na noc w placówce).

3. Wyzwania

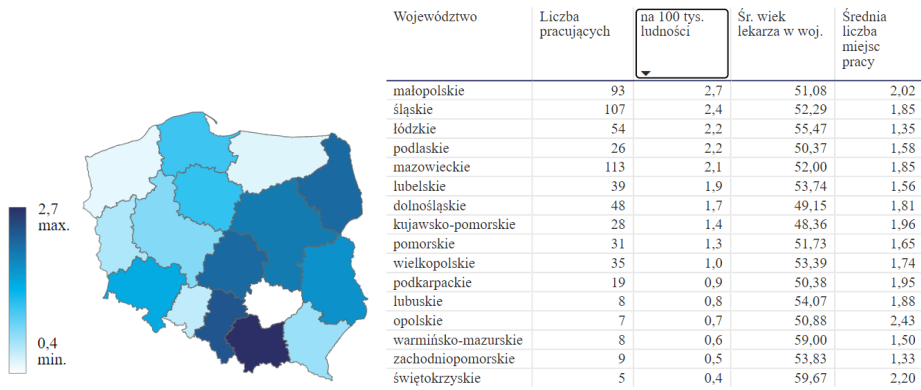
Opieka geriatryczna

Jednym z podstawowych wyzwań w opiece zdrowotnej nad osobami w wieku starszym jest ograniczony dostęp do lekarzy geriatrów oraz poradni geriatrycznych.

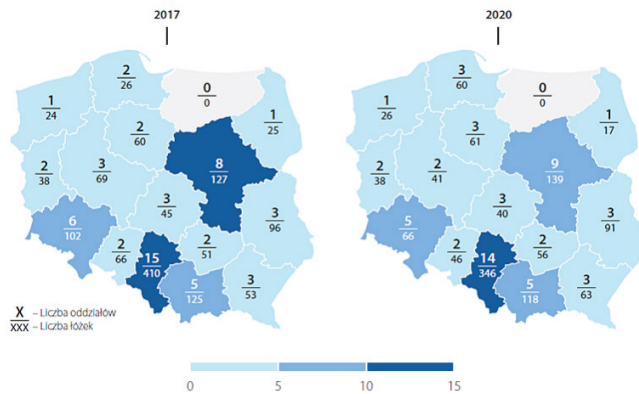
W krajach UE przypada przeciętnie od 50 do 16 lekarzy geriatrów na 1 milion mieszkańców. W Polsce ten wskaźnik wynosi 14 lekarzy, przy łącznej liczbie lekarzy geriatrów w 2021 r. wynoszącej 531 osób (w 2019 r. lekarzy geriatrów było 479). Dane z Ministerstwa Zdrowia pokazują, że w naszym kraju istnieją bardzo duże różnice w dostępie do opieki geriatrycznej. Są takie województwa, w których jest średnio poniżej 1 lekarza na 100 tys. mieszkańców, ale są i takie, w których ten wskaźnik wynosi ponad 2 lekarzy (czyli odnosząc się do danych UE – 20 lekarzy na 1 milion mieszkańców, co plasowałoby Polskę w średniej unijnej).

³³ <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosc/post/choroby-stawow-15-lecznic-bedzie-realizowac-nowy-pilotaz> (dostęp 13.11.2023).

Tabela 2. Liczba lekarzy geriatrów w poszczególnych województwach w Polsce, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców



Źródło: MPZ 2022-2026 – Kadry medyczne.

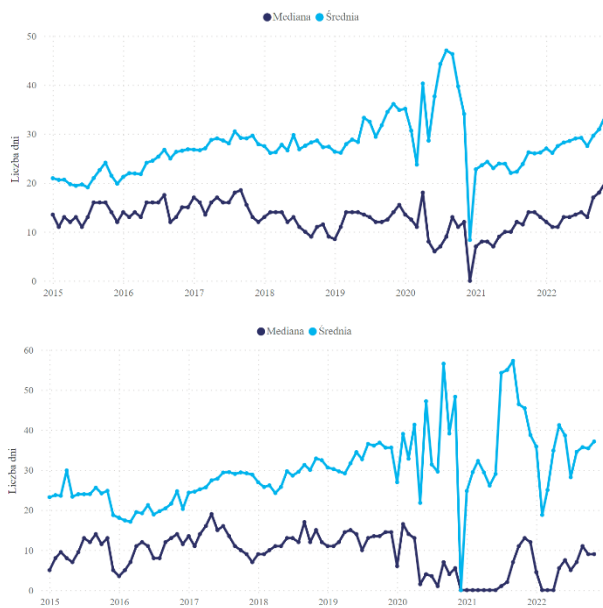


Rysunek 1. Liczba łóżek i oddziałów geriatrycznych w Polsce w latach 2017 i 2020

Źródło: NIK.

Do podobnych wniosków doszli audytorzy z Najwyższej Izby Kontroli. Audyt przeprowadzony w 2021 r. wykazał duże różnice w zakresie dostępności leczenia geriatrycznego w poszczególnych województwach w Polsce, a co więcej, w niektórych regionach wskaźniki dostępności (rozumiane jako liczba oddziałów szpitalnych, poradni, personelu, a także współczynnik określający liczbę mieszkańców w wieku powyżej 60 lat przypadających na jednego geriatrę) uległy pogorszeniu. „Największe braki pod tym względem występowały w Świętokrzyskiem, gdzie jeden specjalista miał pod opieką ponad 60 tys. seniorów. Najlepiej zorganizowano opiekę geriatryczną w województwie śląskim, ale to właśnie tam pacjenci czekali na pomoc najdłużej,

nawet ponad dwa miesiące”³⁴. To pokazuje, zdaniem NIK, że seniorzy chętnie z niej korzystają, jeśli jest dostępna w pobliżu ich miejsca zamieszkania.



Wykres 20. Średnia i mediana czasu oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do poradni (lewy wykres) i na oddział geriatryczny w latach 2015-2022

Źródło: MPZ – Kolejki.

W Polsce na koniec 2022 r. mieliśmy 57 oddziałów geriatrycznych (to wzrost o 22 świadczeniodawców w stosunku do początku 2015 r.). W tym samym okresie przybyło prawie 30 poradni geriatrycznych (w 2015 r. było ich 72, na koniec 2022 już 100)³⁵. Niemniej czas oczekiwania na przyjęcie zarówno do poradni geriatrycznej, jak i na oddział szpitalny uległ w omawianym okresie wydłużeniu: z (średnio) 21 dni w 2015 r. do 29 dni w 2022 dla poradni, i z 24 dni w 2015 r. do 34 dni w 2022 dla oddziałów geriatrycznych.

Także skala wydatków na opiekę geriatryczną, zgodnie z danymi GUS, jest zróżnicowana regionalnie. Ogółem wydatki NFZ na świadczenia geriatryczne (AOS i LZ łącznie) wyniosły 107,1 mln zł, przy czym dominowały wydatki w lecznictwie zamkniętym. „Najwięcej środków wydatkowano w województwie śląskim – 24,3 mln zł, oraz małopolskim – 22,8 mln zł. Najmniej na świadczenia geriatryczne

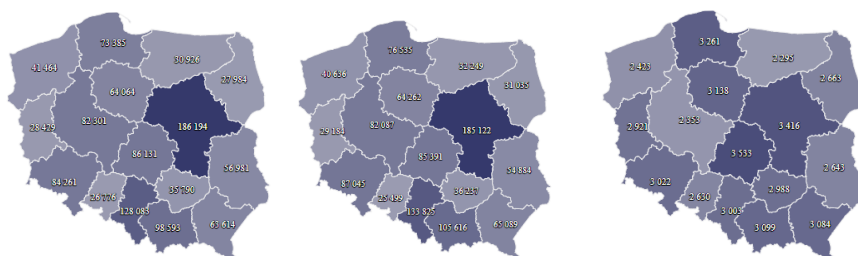
³⁴ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/system-opieki-geriatrycznej.html> (dostęp 14.11.2023).

³⁵ MPZ 2022-2026 – Kadry medyczne; MPZ 2022-2026 – Kolejki.

wydatkowano w województwie zachodniopomorskim oraz warmińsko-mazurskim – jedynie po 0,1 mln zł³⁶.

Rehabilitacja

W 2016 r. pacjentom w wieku 65+ udzielono w Polsce łącznie 1,1 miliona świadczeń rehabilitacyjnych – ta liczba zasadniczo nie zmieniła się do 2021 r. Niemniej widoczne są nierówności w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych, czego wyrazem jest ich różna wartość w poszczególnych województwach w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Najlepiej pod tym względem wygląda sytuacja pacjentów z woj. łódzkiego, mazowieckiego i pomorskiego, najtrudniejszy dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych mają pacjenci z woj. warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego.



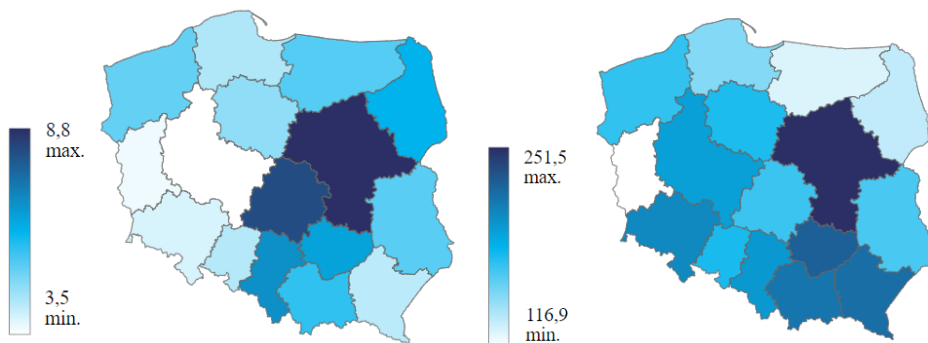
Rysunek 2. a) Liczba pacjentów w wieku 65+, którym udzielono świadczenia rehabilitacyjnego w 2016 r. w podziale na województwa b) Liczba pacjentów w wieku 65+, którym udzielono świadczenia rehabilitacyjnego w 2021 r. w podziale na województwa c) Liczba pacjentów w wieku 65+ na 100 tys. mieszkańców, którym udzielono świadczenia rehabilitacyjnego w 2021 r.

Źródło: MPZ 2022-2026 – Rehabilitacja.

Geograficzne nierówności w dostępie do rehabilitacji widać także na podstawie liczby lekarzy rehabilitantów oraz fizjoterapeutów. Pod względem liczby lekarzy rehabilitantów najgorzej sytuacja prezentuje się w woj. wielkopolskim i lubuskim (poniżej 4 lekarzy na 100 tys. mieszkańców), najlepiej zaś w woj. mazowieckim i łódzkim (ponad 8 lekarzy na 100 tys. mieszkańców). Najmniej fizjoterapeutów na 100 tys. mieszkańców jest w woj. lubuskim i warmińsko-mazurskim (poniżej 130 na 100 tys. mieszkańców), zaś najwięcej w woj. mazowieckim (250 fizjoterapeutów na 100 tys. mieszkańców) i świętokrzyskim (227 fizjoterapeutów na 100 tys. mieszkańców).

Rehabilitacja lecznicza w 2021 r. była realizowana łącznie w 3150 ośrodkach. Ośrodki te można podzielić według trybu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych (dienne, stacjonarne, domowe, ambulatoryjne) lub zakresu świadczeń

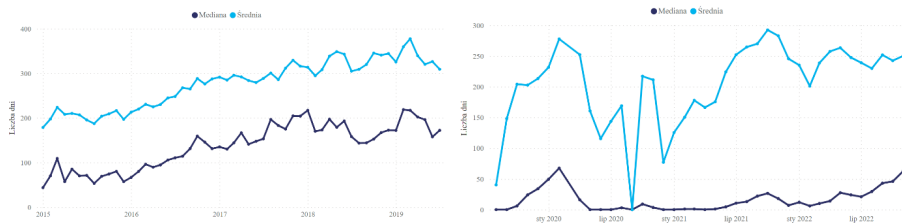
³⁶ GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku*, s. 49.



Rysunek 3. Liczba lekarzy rehabilitantów na 100 tys. ludności oraz liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności

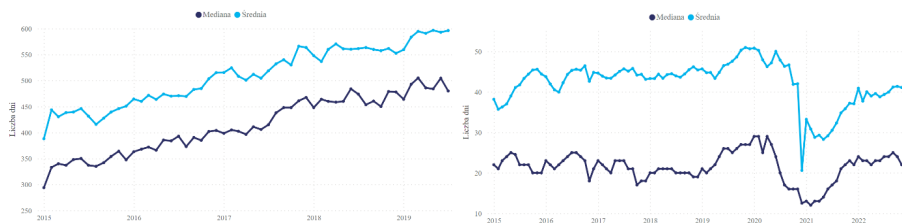
Źródło: MPZ 2022-2026 – Kadry.

(np. rehabilitacja kardiologiczna, neurologiczna). Istnieją ośrodki, które specjalizują się w jednej dziedzinie, są też takie, które świadczą usługi w kilku dziedzinach. Z uwagi na to, że nie dla wszystkich typów ośrodków dostępne są statystyki o okresie oczekiwania, poniżej pokazano tylko kilka wybranych, kierując się największą liczbą świadczeniodawców.



Wykres 21. Mediana i średnia czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział rehabilitacji neurologicznej (184 świadczeniodawców w 2019 r.) oraz na rehabilitację neurologiczną w warunkach stacjonarnych (190 świadczeniodawców w 2022 r.)

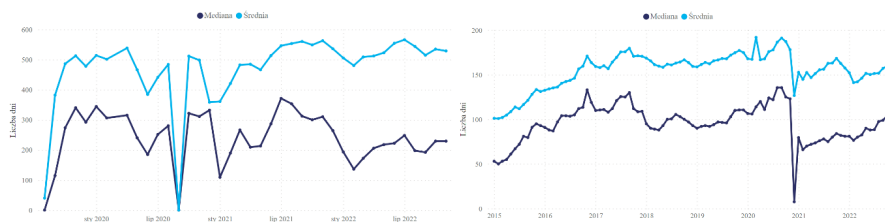
Źródło: MPZ – Kolejki.



Wykres 22. Mediana i średnia czasu oczekiwania w dniach na przyjęcie na oddział rehabilitacji (260 świadczeniodawców w 2019 r.) oraz do poradni rehabilitacyjnej (970 świadczeniodawców w 2022 r.)

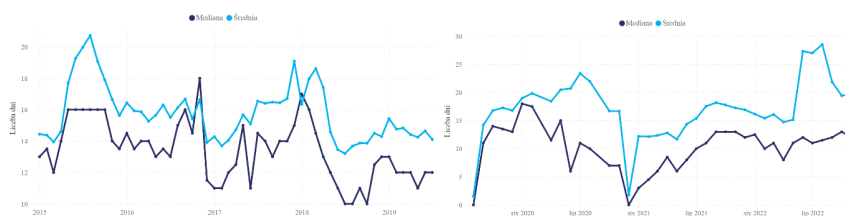
Źródło: MPZ – Kolejki.

Z podwójnego wykresu 21 wynika, że dostęp do rehabilitacji neurologicznej, a więc szczególnie istotnej w chorobach neurodegeneracyjnych, wyniósł w 2022 r. 250 dni.



Wykres 23. Mediana i średnia czasu oczekiwania w dniach na rehabilitację ogólnoustrojową (300 świadczeniodawców w 2022 r.) oraz do zakładu/ośrodka dziennej rehabilitacji leczniczej (500 świadczeniodawców w 2022 r.)

Źródło: MPZ – Kolejki.



Wykres 24. Mediana i średnia czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział rehabilitacji kardiologicznej (82 świadczeniodawców w 2019 r.) oraz na rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych (83 świadczeniodawców w 2022 r.)

Źródło: MPZ – Kolejki.

Powyższe cztery wykresy (23 i 24) pokazują, że dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jest bardzo utrudniony i w ciągu ostatnich siedmiu lat sytuacja uległa pogorszeniu. W zależności od typu ośrodka czas oczekiwania może sięgnąć nawet 500 dni (dla rehabilitacji ogólnoustrojowej).

W kontekście pokazanych wykresów dość dobrze prezentuje się dostęp do rehabilitacji kardiologicznej – w warunkach stacjonarnych czas oczekiwania pod koniec 2022 r. wyniósł średnio ok. 20 dni. Najprawdopodobniej jest to efekt dużych zmian w zakresie świadczenia leczenia kardiologicznego w ostatnich latach.

4. Podsumowanie i wnioski

1. Osoby starsze są główną grupą odbiorców świadczeń publicznego systemu ochrony zdrowia. Choroby, które w największym stopniu dotyczą tej populacji, związane są z wiekiem. Nie można jednak obarczać systemu ochrony zdrowia główną odpowiedzialnością za kondycję zdrowotną ludzi starszych. W dużej mierze zależy ona od dotychczasowego stylu życia (m.in. utrwalane przez całe życie nawyki żywieniowe, uprawianie sportu, zachowanie *work-life balance*) i statusu społeczno-ekonomicznego. Jego wpływ na zdrowie, choć wiemy, że istnieje, nie jest obecnie wystarczająco analizowany.
2. Autorzy polityk publicznych w zakresie konkretnych problemów zdrowotnych napotykają istotne bariery w szacowaniu liczby chorych na dane schorzenia. Istnieją duże braki w dostępnych danych epidemiologicznych na temat liczby chorych (chorobowości) i zapadłych (zapadalności). Bez znajomości tych liczb trudno jest szacować niezbędne zakresy programów zdrowotnych i ich potencjalne koszty.
3. Ludzie starsi przeważnie cierpią na więcej niż jedną chorobę. W tym kontekście analiza ich stanu zdrowia i wynikające z niej ewentualne programy zdrowotne, ukierunkowane na pacjentów w wieku 65+, powinny uwypatniać zjawisko wielochorobowości. Wiedza o wpływie wielu chorób na pacjenta byłaby również przydatna dla lekarzy, którzy leczą daną chorobę. Stąd też pojawia się postulat kompleksowego podejścia do pacjenta, szczególnie tego w wieku 65+.
4. Istnieją duże nierówności geograficzne w dostępie do szeregu świadczeń. W przypadku seniorów ma to tym większe znaczenie, że w tej grupie jest więcej osób z niepełnosprawnościami, w związku z tym odległość do ośrodka zdrowia może być istotną barierą w korzystaniu z pomocy medycznej i rehabilitacji.
5. Istotnym ograniczeniem dla korzystania ze świadczeń jest czas oczekiwania na przyjęcie do poradni specjalistycznej lub na oddział szpitalny. W wielu sytuacjach jest on tak długi, że może powodować pogorszenie stanu zdrowia pacjenta lub konieczność – jeśli pacjent ma wystarczające zasoby – skorzystania z usług sektora prywatnego. Dla większości świadczeń czas oczekiwania wydłużył się w ciągu ostatnich pięciu lat. Niekoniecznie musi to wynikać z braków kadrowych, gdyż są takie obszary w służbie zdrowia, w których, w porównaniu do innych krajów UE, Polska nie odstaje znacząco pod względem liczby lekarzy. Oznacza to, że czas oczekiwania na świadczenie jest do pewnego stopnia zależny od organizacji publicznej służby zdrowia oraz takich czynników, jak m.in.:

- przeniesienia części świadczeń z lecznictwa zamkniętego do poradni,
 - przeanalizowania, czy niektóre procedury nie mogą być wykonane przez inny niż lekarski personel medyczny,
 - wydłużenia godzin pracy,
 - wprowadzenia mechanizmu potwierdzania wizyt – jak od wielu lat w sektorze prywatnym,
 - ponownego przeliczenia kosztów niektórych procedur,
 - rozważenia wprowadzenia odpłatności za wizyty – nawet w postaci symbolicznych 5 czy 10 zł.
6. Szybko starzejąca się populacja będzie wymagała znacznie większej niż obecnie liczby lekarzy geriatrów. W 2021 r. było ich 531, co stanowiło wartość znacznie poniżej średniej dla UE. Stąd wynika zbyt mała – nawet jak na dzisiejsze zapotrzebowanie – liczba oddziałów geriatrycznych.
7. Bardzo utrudniony jest dostęp do usług rehabilitacyjnych i fizjoterapii. W niektórych sytuacjach czas oczekiwania wynosi nawet kilkaset dni. W zakresie rehabilitacji istnieją spore różnice: są takie obszary, np. rehabilitacja kardiologiczna, na które czas oczekiwania jest akceptowalny. Wydaje się jednak, że jest to raczej wyjątek.

Bibliografia

- Cwynar M., Dubiel M., *Nadciśnienie tętnicze a rozwój niewydolności serca – możliwości prewencji*, „Choroby serca i naczyń” 2009, t. 6, nr 1.
- Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tłustochowicz W., *Reumatoidalne zapalenie stawów*, „Reumatologia” 2012, nr 50.
- Health at a Glance: 2019, 2017, 2015, OECD Indicators.
- Nasser J., Siniarski A., *Pacjent z niewydolnością serca – wyzwania stojące przed lekarzem rodzinnym*, „Lekarz POZ” 2019, t. 5, nr 2.
- NFZ o zdrowiu. *Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*, Warszawa 2022.
- Samoborski W., Ponikowska I., *Choroby reumatyczne – standardy lecznicze w medycynie uzdrowiskowej*, „Balneologia Polska” 2005, nr 1-2.
- GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku*, Warszawa 2021.
- Zielińska E., *Kontrowersje wokół opieki państwa nad chorym na Alzheimera – opis przypadku*, „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka–Praktyka–Refleksje” 2016, nr 24.

Źródła internetowe

- <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/choroby-stawow-15-lecznic-bedzie-realizowac-nowy-pilotaz> (dostęp 13.12.2023).
- <https://podyplomie.pl/neurologia/30360,choroba-alzheimera> (dostęp 2.11.2023).
- <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/11-sygnalow-ktore-wskazuja-na-alzheimera> (dostęp 2.11.2023).
- <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/#> (dostęp 2.11.2023).
- <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd> (dostęp 12.11.2023).
- <http://www.leksykon.com.pl/icd.html#icd-A.html> (dostęp 12.11.2023).
- <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/system-opieki-geriatrycznej.html> (dostęp 14.11.2023).
- <https://www.rzsporzomawiajmy.pl/leczenie-biologiczne/kiedy-i-u-kogo> (dostęp 12.11.2023).

Aplikacje (interaktywne raporty)

Ministerstwo Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Zintegrowana Platforma Analityczna.

Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026.

Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 – Kolejki.

Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 – Problemy Zdrowotne – Niewydolność serca.

Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 – Kadry medyczne.

Ministerstwo Zdrowia, Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2022-2026 – Rehabilitacja.