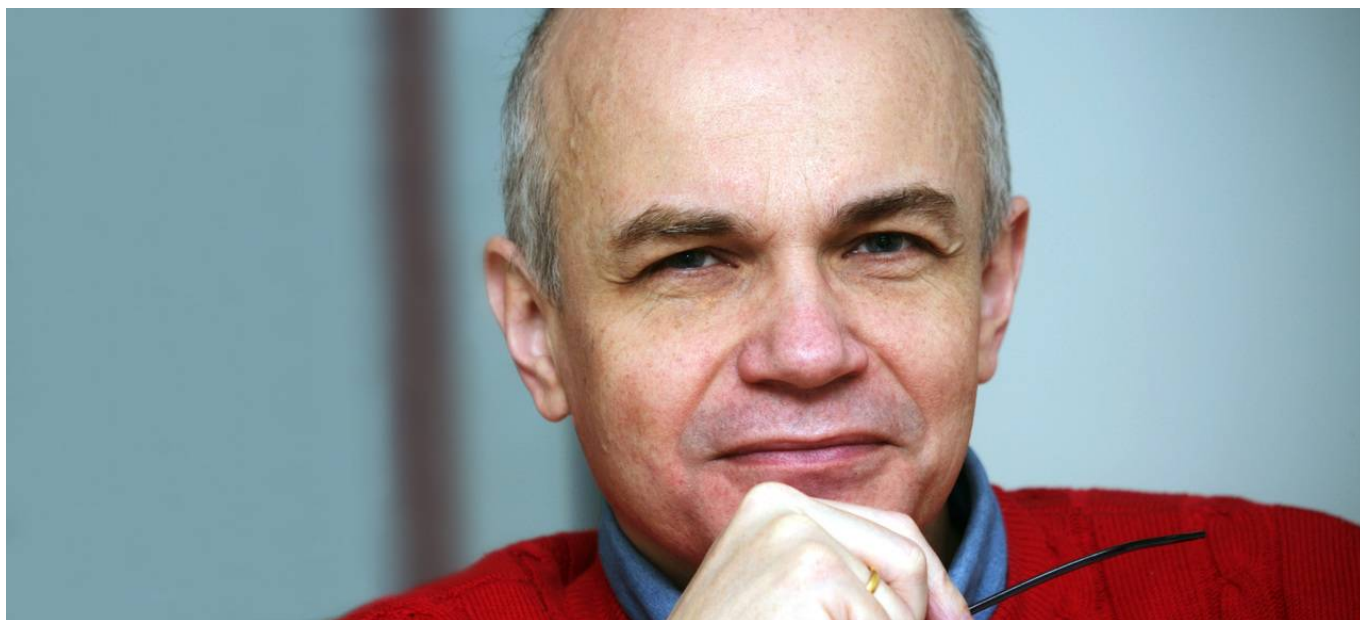




Medexpress, 2019-01-02 20:27

Robert Mołdach: System na rozdrożu



Fot. MedExpress TV

Jeśli chodzi o system ochrony zdrowia musimy być świadomi tego, że stoimy na rozdrożu. Porównujemy się do innych krajów drążąc statystyki OECD. Ale dopiero rzut oka na dane WHO dotyczące całego świata pokazuje, w jak bardzo niepewnym momencie historycznym się znajdujemy.

We wrześniu 2015 r. ONZ przyjęła „Plan na rzecz zrównoważonego rozwoju do 2030 r.” zawierający 17 celów zrównoważonego rozwoju (Sustainable Development Goals, SDG). Wyznaczają one wizję świata wolnego od ubóstwa, głodu, chorób i niezaspokojonych potrzeb. Ochronie zdrowia jest poświęcony osobny cel „Good Health and Well-being”, jednak problematyka zdrowia jest także uwzględniona w innych perspektywach. Obecnie dostępne są wystarczające dane z monitoringu dla 36 wskaźników. Dane te są publikowane w corocznym raporcie WHO pod nazwą: „World Health Statistics – Monitoring Health for the SDGs”.

Analizując raport z 2018 r. przyjmijmy hipotetycznie, że Polska nie należy do krajów europejskich, tylko znajduje się w grupie krajów afrykańskich. Jest to, nie kryjmy tego, prowokacja myślowa zmuszająca do spojrzenia na nasz kraj z innej niż zwykle perspektywy. Jak w takim ujęciu wypadamy? Do kogo nam bliżej

- wysoko uprzemysłowionych krajów Europy, czy rozwiniętych krajów Afryki?

Początek tej analizy plasuje nasz kraj jednoznacznie bliżej Europy. Wskaźnik umieralności niemowląt mamy jeden z najniższych na świecie i mogą się z nami równać tylko takie kraje jak Finlandia, Grecja i Islandia. Kraje Afryki wypadają tu o rząd lub dwa rzędy wielkości gorzej. Podobnie jeśli chodzi o odsetek urodzeń z udziałem wykwalifikowanego personelu medycznego. Warto jednak zauważyć, że prócz Polski i większości krajów Europy (a także reszty świata), poziom 100% prezentuje także Botswana i Mauritius, a Seszele, Algieria i RPA są temu bardzo bliskie. Pierwsze znaczące odchylenie od najlepszych dostrzeżmy w poziomie śmiertelności dzieci do piątego roku życia. Spadamy w nim do połowy stawki krajów europejskich z wynikiem ponad dwa razy gorszym od pierwszej na liście Islandii. Nadal jednak jesteśmy trzykrotnie lepsi od najlepszego wśród krajów afrykańskich Mauritiusu.

W przypadku zakażeń wirusem HIV raport WHO danych dla Polski nie prezentuje. Mamy natomiast dane dotyczące gruźlicy. Spadamy z nimi do drugiej połowy krajów europejskich. Wśród krajów afrykańskich zajęlibyśmy drugie miejsce. Ze zrozumiałych powodów nie występujemy w statystyce malarii, natomiast w przypadku antygenu zapalenia wątroby typu B (HBsAg) u dzieci poniżej 5 roku życia ponownie plasujemy się w pierwszej piątce krajów Europy i pierwszej dziesiątce krajów na świecie. Pewne zaskoczenie stanowi fakt, że liczba interwencji w zakresie możliwych do uniknięcia chorób tropikalnych nie jest w przypadku Polski zerowa, jak w przypadku jednej trzeciej krajów europejskich i trzech krajów Afryki, choć pozostaje na niskim poziomie.

Znane nam problemy zaczynają się, gdy przejdziemy do dyskusji śmiertelności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy lub przewlekłych chorób układu oddechowego w grupie wiekowej 30-70 lat. Wynoszące 18,7% prawdopodobieństwo zgonu daje nam dopiero trzydzieste miejsce w Europie, a w skali krajów Afryki zajęlibyśmy dopiero siedemnaste miejsce. Oczywiście pamiętając o odmiennym dla Afryki miksie przyczyn zgonów należy ten rezultat traktować z ostrożnością, jednak fakt pozostaje faktem, że nie mamy się czym chwalić. Jednoznacznie źle wypadamy natomiast w przypadku samobójstw. Wynik 16,2 samobójstw na 100.000 mieszkańców daje nam miejsce w drugiej połowie krajów Europy i trzecie od końca na liście krajów afrykańskich. Podobnie trzecie miejsce od końca wśród krajów Afryki daje Polsce spożycie alkoholu. Pewien oddech tworzy statystyka śmiertelności z powodu wypadków drogowych. Choć plasuje nas w drugiej połowie krajów Europy, to w przypadku Afryki mierzyć z nami mogą się tylko Seszele i Mauritius, gdzie - umówmy się - wielkiej sieci dróg nie zaobserwujemy.

Należy żałować, że Polska nie dysponuje wiarygodnymi dla WHO danymi w zakresie odsetka kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat), które mają potrzebę planowania rodziny zaspokojoną nowoczesnymi metodami. Warto jednak zauważyć, że biorąc pod uwagę kraje, które takie dane prezentują, Afryka nie odbiega w ważący sposób od Europy (zbliżone wartości maksymalne i minimalne przy nieznacznie lepszej na korzyść Europy medianie). To w czym Europa istotnie różni się od Afryki to wskaźnik urodzeń nastolatków. Polska z wynikiem 12,3 na 1000 kobiet zajmuje miejsce w połowie europejskiej stawki. Wśród krajów Afryki byłby to drugi wynik po wypadającej bardzo dobrze na tym tle Algierii.

Jedne z najważniejszych wskaźników dotyczą powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjaśnijmy, że nie chodzi tu o procent ubezpieczonych, a faktyczną dostępność świadczeń. Polska ze wskaźnikiem 75 nie wypada najlepiej, a przyczyny tego powszechnie znamy. Aby uchwycić perspektywę zauważmy, że wśród krajów afrykańskich rezultat ten dałby nam dopiero drugie miejsce po Algierii. Zdecydowanie gorzej natomiast wypadamy jeśli chodzi o udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w budżetach domowych. Pomijając już fatalny wynik Polski na tle Europy, wśród 18 sklasyfikowanych krajów Afryki zajęlibyśmy trzecie miejsce od końca. Wyrzuciłyby nas przykładowo Zambia, Kongo, Rwanda, Niger, czy Angola. Nawet biorąc poprawkę na dochód rozporządzalny i zdolność do ponoszenia dodatkowych wydatków, wypadamy tu słabo.

Śmiertelność z powodu zanieczyszczenia powietrza jest w Europie na poziomie zdecydowanie mniejszym

niż w Afryce. Nie zmienia to faktu, że wynik Polski zapewniłby naszemu krajowi wśród krajów afrykańskich pierwsze miejsce na poziomie Mauritiusu. To z czego możemy być zadowoleni to śmiertelność przypisywana zanieczyszczonej wodzie, niebezpiecznym warunkom sanitarnym i brakowi higieny. Osiągamy tu jeden z najlepszych wyników w Europie i na świecie pozostawiając daleko w tyle kraje Afryki. Tylko nieznacznie gorszy wynik osiągamy w przypadku śmiertelności z powodu życia w skażonym chemicznie środowisku. Jednak jeśli chodzi już o palenie tytoniu Europa miałaby się czego uczyć od Afryki. Wynik Polski dla mężczyzn plasuje nasz kraj w końcówce krajów Afryki. Biorąc pod uwagę, że palenie tytoniu przez kobiety w krajach afrykańskich jest na poziomie rzędu wielkości mniejszym, zajęlibyśmy tu z plejadą Europy niechlubne ostatnie miejsce.

W tak głośnej kwestii szczepień zauważmy, że liczba osób szczepionych przeciw odrze drugą dawką (MCV2) w wieku zalecanym w danym kraju, dałaby Polsce dopiero czwarty wynik wśród krajów Afryki. W kwestii liczebności personelu medycznego, bez względu na zgłaszane wątpliwości co do prawidłowości rachunku, wypadamy w końcówce europejskiego pelotonu. Jeśli nanieść wynik Polski na skalę Afryki, daje to nam jeden z lepszych wyników, porównywalny jeśli chodzi o pielęgniarki i położne z RPA, a w przypadku lekarzy Mauritius. Zdecydowanie rozczarowuje natomiast rezultat Polski we wdrażaniu międzynarodowych przepisów zdrowotnych (International Health Regulations). Miejsce nr 39 w Europie zapewnia nam dopiero 10 miejsce w Afryce, ex aequo z Ghaną i Nigrem.

Omówiliśmy w ten sposób wszystkie mierniki w ramach celu „Good Health and Well-being”. Zachęcamy do zapoznania się z pozostałymi. W tle dyskusji o wydatkach na zdrowie jako procent PKB, warto w szczególności zwrócić uwagę na wskaźnik krajowych wydatków sektora instytucji rządowych i samorządowych na ochronę zdrowia (GGHE-D) jako odsetek wydatków sektora instytucji rządowych i samorządowych (EDB). Polska z wynikiem 10,7% zajmuje miejsce w drugiej połowie krajów Europy pomiędzy Gruzją i Rumunią. W przypadku Afryki byłoby to miejsce ósme dzielone z Algierią oraz Wyspami Świętego Tomasza i Książęcą.

Pozostawiam każdemu z Państwa ocenę dokąd nam bliżej. W mojej ocenie wybór nie jest taki oczywisty, jakbyśmy początkowo sądzili. To, że żyjemy w Europie niekoniecznie oznacza, że w ochronie zdrowia respektujemy europejskie standardy. Bez względu na nasz zeszłoroczny awans z grupy krajów rozwijających się do prestiżowego grona rynków rozwiniętych, nadal przed nami jest ogrom pracy i wydatków. Pytanie, czy potrafimy właściwie określić priorytety? Do jakiego modelu opieki będzie nam bliżej przy ograniczonych środkach i konieczności zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego w zakresie medycyny ratunkowej i interwencyjnej?

Jesteśmy wciąż krajem na dorobku, mającym do nadrobienia dziesięciolecia zaległości, także w ochronie zdrowia. Nasze europejskie aspiracje są zrozumiałe. To wielka sprawa, że znacząca liczba naszych ośrodków jest na światowym poziomie, a zespoły medyczne mają niejednokrotnie wspaniałe przygotowanie. Pytanie jednak, czy to wystarczy, aby dołączyć do europejskiego nurtu? Jesteśmy w chwili wyboru, jaką drogą podążymy. Warto mieć tego świadomość.

Robert Mołdach, IZiD