

ZAGADNIENIA ZDROWIA PUBLICZNEGO

MEDYCYNA OGÓLNA, 2010, 16 (XLV), 3

Praca oryginalna

LUCYNA KAPKA-SKRZYPCZAK^{1, 2}, IRENA WOŹNICA³,
SŁAWOMIR ĆWIKŁA³, MACIEJ SKRZYPCZAK⁴, JULIA DIATCZYK^{3, 5},
LESZEK WDOWIAK

BAZA SZPITALNA W POLSCE I NA ŚWIECIE

HOSPITAL BASE IN POLAND AND WORLDWIDE

БОЛЬНИЧНАЯ БАЗА В ПОЛЬШЕ И В МИРЕ

ЛІКАРНЯНА БАЗА В ПОЛЬЩІ ТА У СВІТІ

¹Z Samodzielnej Pracowni Biologii Molekularnej
Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
Kierownik Pracowni: dr n. med. L. K a p k a - S k r z y p c z a k

²Z Katedry Zdrowia Publicznego
Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie
Kierownik Katedry: dr n. med. L. K a p k a - S k r z y p c z a k

³Z Krajowego Obserwatorium Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracowników Rolnictwa
Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie
p.o. Kierownika Obserwatorium: dr n. med. I. B o j a r

⁴Z II Katedry i Kliniki Ginekologii II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Anglojęzycznym
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. T. R e c h b e r g e r

⁵Z Instytutu Filologii Słowiańskiej na Wydziale Humanistycznym UMCS
Dyrektor Instytutu: dr hab. F. C z y ż e w s k i, prof. UMCS

W pracy przedstawiono dane dotyczące liczby łóżek szpitalnych w Polsce na tle innych krajów na przestrzeni ostatnich lat. Przeprowadzona analiza wykazała, iż ograniczanie liczby łóżek szpitalnych indukowane problemami finansowymi oraz koniecznością dostosowania usług medycznych do obowiązujących standardów medycznych, w zderzeniu ze starzejącym się społeczeństwem może okazać się w przyszłości dużym problemem systemu ochrony zdrowia.

SŁOWA KLUCZOWE: baza szpitalna, liczba łóżek, współczynnik, nasycenie, demografia.

KEY WORDS: hospital base, hospital beds, the coefficient, the density, demography.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: больничная база, больничные коеки, коэффициент, насыщение, демография.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лікарняна база, лікарняних ліжок, коефіцієнт, насичення, демографія.

Dostępne dane wskazują, iż w ostatnich latach powszechnie obserwowany był spadek bezwzględnej liczby łóżek. W 2000 roku baza szpitalna liczyła 191 290 łóżek, natomiast w 2006 roku spadła do poziomu 176 673 łóżek. Zmniejszyła się więc ona o 7,64% (w liczbach

bezwzględnych spadek ten wynosił 14 617 łóżek) (Ryc. 1) [1]. Zmniejszanie zasobów łóżkowych spowodowane było między innymi rozwojem nowych technologii medycznych oraz wykorzystywaniem bardziej efektywnych metod leczenia, które pozwalają zminimalizować konieczność pobytu w szpitalu na rzecz świadczeń specjalistycznych udzielanych w warunkach ambulatoryjnych. Przyczyną zmniejszania się liczby łóżek, oprócz zapewnienia wyższej jakości świadczeń zdrowotnych z pewnością były również zmiany sposobu ich finansowania, a także koniecznością dostosowania usług medycznych do standardów np. Unii Europejskiej.



Ryc. 1. Liczba łóżek szpitalnych w Polsce

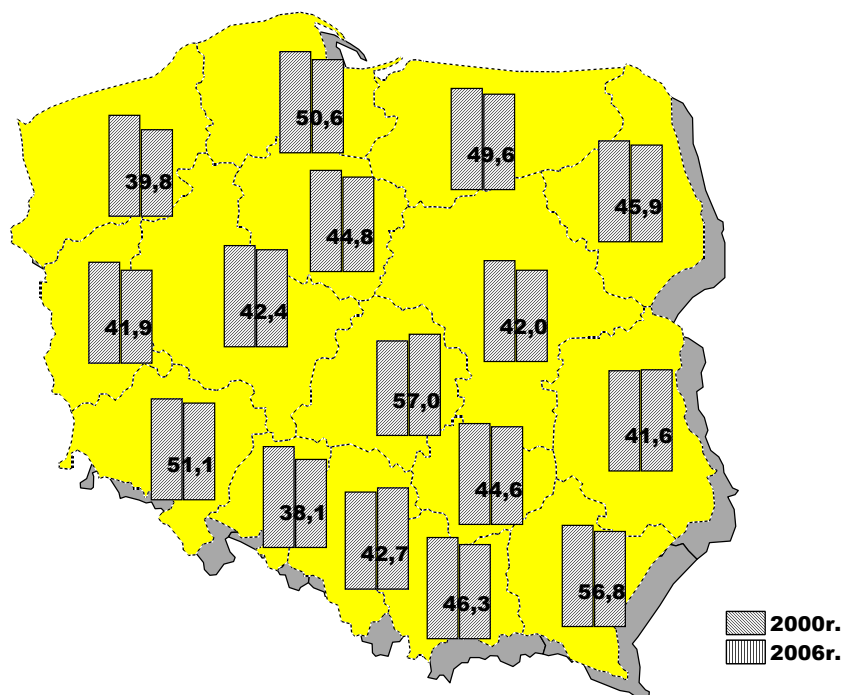
Fig. 1. Number of hospital beds in Poland

Рис. 1. Число больничных коек в Польше

Мал. 1. Кількість лікарняних ліжок в Польщі

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Baza szpitalna wg poszczególnych województw kraju została przedstawiona na rycinie 2, według wskaźnika łóżek szpitalnych przypadających na 10 tys. mieszkańców. Dane przedstawione są dla dwóch lat i dotyczą 2000 oraz 2006 roku. Najwyższy wskaźnik łóżek zanotowano w województwie podkarpackim i wynosił on odpowiednio 60,3 w 2000 roku i 56,8 w roku 2006. Nieco niższy wskaźnik, na poziomie około 55–53 w 2000 roku i 51–47 w 2006, notowały województwa dolnośląskie, pomorskie, warmińsko – mazurskie oraz łódzkie. Najniższy wskaźnik w roku 2000 notowany był w województwie śląskim i wynosił 40,9, ale już w 2006 roku nieco się zwiększył i wynosił 42,7. W roku 2006 najniższy wskaźnik był w województwie opolskim (38,1) i zmalał od 2000 do 2006 roku o 5,5. W pozostałych województwach wskaźnik ten kształtował się na poziomie od ponad 41 do blisko 50 w 2000 roku, natomiast w 2006 roku był nieco niższy i wynosił od ok. 47 do blisko 40 [2].



Ryc. 2. Wskaźnik ogólnej liczby łóżek szpitalnych z uwzględnieniem województw (w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców)

Fig. 2. Index of the total number of hospital beds according to regions (per 10,000 inhabitants)

Рис. 2. Коэффициент общего числа больничных коек с учетом воеводств (на 10 000 жителей)

Мал. 2. Коефіцієнт загальної кількості лікарняних ліжок з урахуванням воєводств (на 10 000 жителів)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NIL

W Polsce utrzymuje się ciągle niewłaściwa struktura bazy łóżkowej. Prowadzi to do ograniczeń w dostępności do świadczeń zdrowotnych, a także do zadłużania szpitali. Jest to spowodowane w dużej mierze nieekonomicznym wykorzystaniem dostępnych zasobów medycznych. Niedostosowanie infrastruktury opieki stacjonarnej (niewłaściwy podział na łóżka opieki długoterminowej i krótkookresowej), do rzeczywistych potrzeb jest jedną z przyczyn licznych problemów, które wpływają także na niską ocenę funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia [3].

Analiza liczby łóżek przeliczanych na 10 000 mieszkańców w publicznych zakładach opieki zdrowotnej z uwzględnieniem poszczególnych dziedzin medycznych wskazuje, iż najwyższym nasyceniem charakteryzują się: choroby wewnętrzne (9.675), psychiatria (7.395), chirurgia ogólna (5.468),

rehabilitacja medyczna (7.136), pediatria (4.612), położnictwo i ginekologia (4.572), kardiologia (4.396), ortopedia i traumatologia narządu ruchu (4.112).

Nieco odmiennie wygląda sytuacja w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej gdzie poza rehabilitacją medyczną (9.371), ortopedią i traumatologią narządu ruchu (4.168) wysoki wskaźnik nasycenia wykazuje balneologia i medycyna fizykalna (5.089) [4].

Najniższą wartość wskaźnika liczby łóżek przeliczanych na 10 000 mieszkańców wykazały w publicznych ZOZ: medycyna sądowa, medycyna pracy, neuropatologia, medycyna rodzinna i audiologia i foniatria. Natomiast w niepublicznych ZOZ brak nasycenia występuje na: Transfuzjologii klinicznej, Transplantologii klinicznej, toksykologii klinicznej, chirurgii stomatologicznej i chirurgii klatki piersiowej (Tab. 1) [4].

Tabela I. Nasycenie łóżek w kraju z uwzględnieniem dziedzin medycznych (liczba łóżek w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców) w 2010 r.

Table I. Hospital bed utilization in Poland with consideration of medical disciplines (number of beds per 10,000 inhabitants) in 2010

Таблиця I. Насыщение коек в стране с учетом областей медицины (количество коек на 10 000 жителей) в 2010 году

Таблиця I. Насичення ліжок в країні з урахуванням галузей медицини (кількість ліжок на 10 000 жителів) в 2010 році

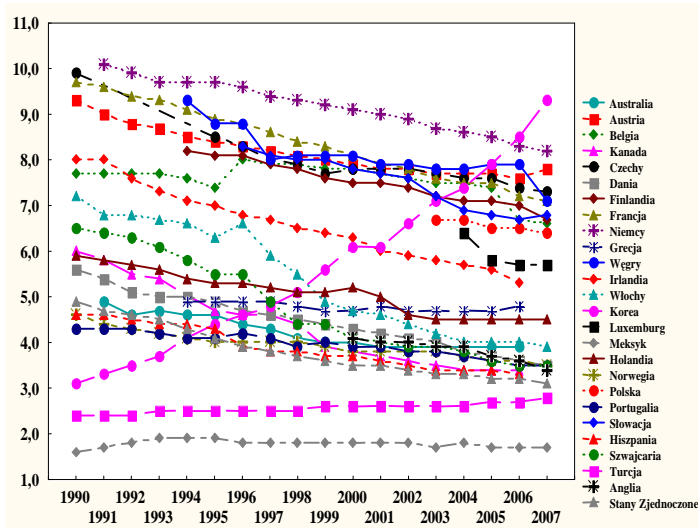
Lp.	Dziedzina medyczna	Publiczne ZOZ	Niepubliczne ZOZ
1	Alergologia	1.205	0.650
2	Anestezjologia i intensywna terapia	1.477	0.150
3	Angiologia	0.590	1.215
4	Audiologia i foniatria	0.221	0.067
5	Balneologia i medycyna fizykalna	1.065	5.089
6	Chirurgia dziecięca	1.036	0.102
7	Chirurgia klatki piersiowej	0.646	0.019
8	Chirurgia naczyniowa	1.410	0.202
9	Chirurgia ogólna	5.468	1.084
10	Chirurgia onkologiczna	2.182	0.176
11	Chirurgia plastyczna	0.704	0.108
12	Chirurgia stomatologiczna	0.106	0.006
13	Chirurgia szczękowo-twarzowa	0.481	0.049
14	Choroby płuc	3.716	2.823
15	Choroby wewnętrzne	9.675	3.811
16	Choroby zakaźne	1.579	0.131
17	Dermatologia i wenerologia	0.754	0.616
18	Diabetologia	2.043	2.228
19	Diagnostyka laboratoryjna	0.247	0.622
20	Endokrynologia	2.100	2.117
21	Gastroenterologia	2.189	1.463
22	Geriatrya	1.955	1.854
23	Ginekologia onkologiczna	0.863	0.276
24	Hematologia	0.985	0.500
25	Hipertensjologia	1.220	0.368

Lp.	Dziedzina medyczna	Publiczne ZOZ	Niepubliczne ZOZ
26	Kardiochirurgia	0.384	0.045
27	Kardiologia	4.396	3.200
28	Kardiologia dziecięca	0.381	0.070
29	Medycyna paliatywna	1.061	0.964
30	Medycyna pracy	0.050	0.009
31	Medycyna ratunkowa	0.409	0.058
32	Medycyna rodzinna	0.109	0.149
33	Medycyna sportowa	0.044	0.241
34	Nefrologia	1.117	0.557
35	Neonatologia	1.716	0.213
36	Neurochirurgia	0.903	0.119
37	Neurologia	3.717	2.956
38	Neurologia dziecięca	0.518	0.071
39	Neuropatologia	0.189	0.046
40	Okulistyka	1.066	0.387
41	Onkologia i hematologia dziecięca	0.301	0.030
42	Onkologia kliniczna	3.275	0.350
43	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	4.112	4.168
44	Otorynolaryngologia	1.564	1.067
45	Otorynolaryngologia dziecięca	0.510	0.138
46	Pediatrya	4.612	0.725
47	Położnictwo i ginekologia	4.572	1.312
48	Psychiatria	7.395	1.592
49	Psychiatria dzieci i młodzieży	0.345	0.096
50	Radiologia i diagnostyka obrazowa	1.015	0.098
51	Radioterapia onkologiczna	0.937	0.011
52	Rehabilitacja medyczna	7.136	9.371
53	Reumatologia	1.796	3.820
54	Toksykologia kliniczna	0.664	0.062
55	Transfuzjologia kliniczna	0.814	0.000
56	Transplantologia kliniczna	0.732	0.000
57	Urologia	1.744	1.503
58	Urologia dziecięca	0.388	0.182
59	Zdrowie publiczne	0.918	0.700

Źródło: <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/> na dzień 2010-04-16

W szpitalnictwie na świecie mimo coraz większej liczby szpitali prywatnych zorientowanych na zysk, wiodąca rola mimo wszystko przypada szpitalom publicznym. Są one znacznie większe niż szpitale prywatne i posiadają w swym zakresie znacznie szerszy wachlarz usług medycznych. Współistnienie szpitali prywatnych uzupełnia jednak działalność placówek publicznych. Z reguły publiczne szpitale mają też znacznie więcej funduszy na funkcjonowanie. Mimo to, występują problemy w zarządzaniu (zadłużenie), problemy z niedoborem kadry medycznej, a jakość świadczonych usług jest dużo niższa. Jednym ze wskaźników mówiącym o jakości świadczonych usług medycznych jest liczba łóżek szpitalnych przypadająca na określoną grupę populacji danego kraju.

Dane OECD u z lat 1990 – 2007 dotyczą między innymi bazy szpitalnej w większości krajów europejskich. W analizowanym okresie czasu można zaobserwować wyraźny spadek liczby łóżek szpitalnych w analizowanych krajach. Wyjątkiem są Turcja oraz Korea gdzie zanotowano ich wzrost. W Korei wzrost łóżek szpitalnych w okresie siedemnastu lat wzrosła dwukrotnie. W Turcji ich liczba wzrosła już znacznie mniej, tylko o 16,7%. Obserwowana tendencja spadkowa liczby łóżek szpitalnych dotyczyła większości krajów europejskich. Największy spadek od 1990 do 2007 roku zanotowano w Szwajcarii (49%), Włoszech (46%) i Francji (37%). W 1990 roku w Szwajcarii na 6,5 łóżek szpitalnych przypadało tysiąc osób, natomiast w roku 2007 ich liczba spadła do poziomu 3,3 łóżka. We Włoszech i Francji wskaźnik ten obniżył się o odpowiednio: 3,3 oraz 2,6%. W 2007 roku najwyższą liczbę łóżek na 1 000 mieszkańców spośród krajów europejskich posiadały; Niemcy (8,2), Austria (7,8), Czechy (7,3), Węgry (7,1), Słowacja (6,8). Natomiast najniższy wskaźnik liczby łóżek w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców wykazały: Turcja (2,8), Hiszpania (3,3), Szwajcaria (3,5) i Anglia (3,4). W Polsce w 2007 roku ten wskaźnik w porównaniu z innymi krajami europejskimi kształtował się na średnim poziomie (6,4) [5].



Ryc. 2. Średnia liczba łóżek szpitalnych w wybranych krajach w latach 1990-2007 (w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców)

Fig. 2. Index of the total number of hospital beds according to regions (per 10,000 inhabitants)

Рис. 2. Коэффициент общего числа больничных коек с учетом воеводств (на 10 000 жителей)

Мал. 2. Коефіцієнт загальної кількості лікарняних ліжок з урахуванням воеводств (на 10 000 жителів)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2009-Version: November 09 (<http://www.ecosante.org>)

Analiza danych za rok 2007 dotyczących liczby łóżek krótkoterminowych w krajach OECD wykazała, iż najwyższą liczbę tych łóżek w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców posiadały: Korea (7,1), Austria (6,1), Niemcy (5,7), Słowacja (4,9) i Polska (4,6) (Tab. 2). W 2007 najniższy wskaźnik łóżek opieki krótkoterminowej w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców miały: Meksyk (1,0), Anglia (2,6), Turcja (2,7), Dania i Norwegia (2,9). Obserwuje się stałą tendencję spadkową liczby łóżek krótkoterminowych, poza nielicznymi wyjątkami, gdzie wartość wskaźnika wzrasta sukcesywnie (tj. Korea, Turcja). Również w Polsce spada systematycznie wartość w/w wskaźnika (z 6,3 w roku 1990 do 4,6 w roku 2007 (Tab.2) [5].

Tabela II. Wskaźnik łóżek opieki krótkoterminowej w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w latach 1990-2007

Table II. Index of short-stay hospital beds per 1,000 inhabitants during the period 1990-2007

Таблица 2. Коэффициент краткосрочных больничных коек на 1 000 жителей в 1990-2007 гг.

Таблиця 2. Коефіцієнт короткострокових лікарняних ліжок на 1 000 жителів у 1990-2007 рр.

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2007
Australia	<i>b.d.</i>	4,2	4,1	3,9	3,7	3,6	3,5	3,6	3,5	<i>b.d.</i>
Austria	7,5	7,0	6,8	6,7	6,5	6,3	6,2	6,2	6,1	6,1
Belgia	5,2	5,2	5,1	5,0	4,9	4,7	4,6	4,5	4,3	4,3
Kanada	4,0	3,8	<i>b.d.</i>	3,8	3,6	3,2	3,1	2,9	2,7	<i>b.d.</i>
Czechy	8,1	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	6,6	6,1	5,7	5,7	5,4	5,3	5,2
Dania	4,1	3,8	3,7	3,8	3,6	3,5	3,4	3,1	3,0	2,9
Finlandia	4,3	4,6	4,2	4,2	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	3,7
Francja	5,2	5,0	4,7	4,5	4,3	4,1	3,9	3,8	3,7	3,6
Niemcy	<i>b.d.</i>	7,3	7,0	6,7	6,5	6,4	6,1	5,9	5,7	5,7
Grecja	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	3,9	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8	3,9	<i>b.d.</i>
Węgry	7,1	6,9	7,1	6,4	5,9	5,8	5,5	5,5	5,5	4,1
Irlandia	3,2	3,1	3,0	3,0	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7
Włochy	6,2	5,9	5,7	5,6	4,9	4,1	3,7	3,4	3,3	3,1
Korea	2,7	3,0	3,5	4,0	4,4	5,2	5,7	6,4	6,8	7,1
Luxemburg	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	5,1	4,5	4,4
Meksyk	1,0	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Holandia	4,3	4,2	3,9	3,7	3,7	3,5	3,2	3,1	3,0	3,0
Norwegia	3,8	3,5	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9
Polska	6,3	6,2	5,9	5,8	5,6	5,2	4,7	4,8	4,7	4,6
Portugalia	3,4	3,5	3,4	3,4	3,2	3,2	3,1	3,1	2,9	2,8
Słowacja	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	6,3	6,0	5,8	5,5	4,9	4,9	4,9
Hiszpania	3,6	3,6	3,5	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	<i>b.d.</i>
Szwajcaria	6,5	6,3	5,8	5,5	4,4	4,1	3,9	3,8	3,5	3,5
Turcja	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,1	2,4	2,5	2,7
Anglia	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	<i>b.d.</i>	3,0	3,0	3,0	2,8	2,6
Stany Zjednoczone	3,7	3,8	3,5	3,3	3,1	2,9	2,9	2,8	2,7	<i>b.d.</i>

b.d. – brak danych

Źródło: OECD Health Data 2009-Version: November 09 (<http://www.ecosante.org>)

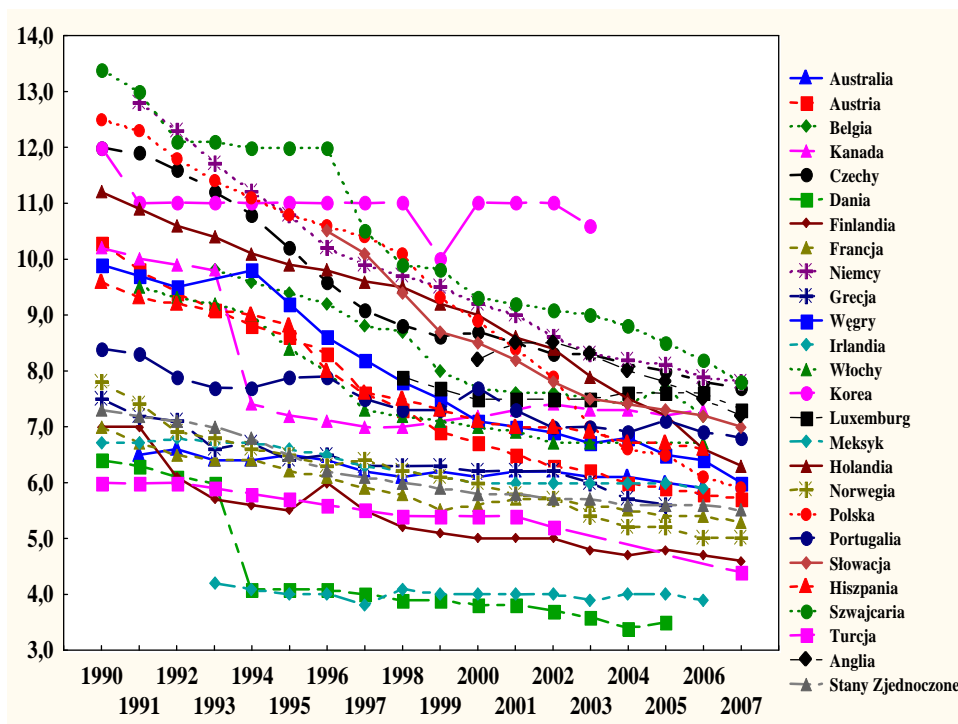
W związku z szybkim postępem technologicznym oraz rosnącymi wymaganiami odnośnie jakości świadczeń zdrowotnych zmniejsza się również średnia długość hospitalizacji. Krótszy pobyt pacjenta w szpitalu pozwala na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów, przyjmowanie większej liczby pacjentów i zmniejszanie wydatków ponoszonych w związku z ich wydłużonym pobytem. Krótki pobyt uzupełniony o miary jakościowe (tj. procent powtórnych przyjęć) i zasobowe (tj. wskaźnik wykorzystania łóżek) pozwala wnioskować o efektywności działania szpitala. Jednocześnie, co warto zaznaczyć, krótsze hospitalizacje zwykle oznaczają bardziej zintensyfikowane świadczenia zdrowotne, co w rezultacie w przeliczeniu na dzień pobytu okazują się one bardzo kosztowne. Z tego względu skracanie czasu hospitalizacji ściśle zależne jest od możliwości absorpcji nowych technologii medycznych (np. zwiększenie liczby świadczeń wykonywanych w trybie jednego dnia), a ta zdolność jest wypadkową tak poziomu wiedzy i kwalifikacji kadry medycznej oraz możliwości finansowych systemu.

Wskaźnik średniego czasu pobytu w placówkach opieki krótkoterminowej w krajach OECD w latach 1990-2007 ilustruje Rycina 4. Zauważalna jest tendencja ogólnoswiatowa do skracania czasu pobytu w szpitalu do niezbędnego minimum. W Polsce średni czas pobytu na przestrzeni analizowanych 18 lat obniżył się z 12,5 do 5,9 dnia. W 2007 roku wskaźnik na podobnym poziomie miały: Austria (5,7), Francja (5,3), Islandia (5,4), Holandia (6,3). Najdłuższym okresem pobytu w placówkach opieki krótkoterminowej charakteryzowały się: Japonia - 19,0 (2007r.), Niemcy - 7,9 (2006r.), Szwajcaria - 7,8 (2007r.), Czechy - 7,8 (2006r.) i Anglia - 7,5 (2007r.) [5].

Wydajne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia warunkuje z jednej strony poprawę stanu zdrowia oraz wydłużanie się trwania życia i podnoszenie jego jakości, a z drugiej strony wpływa na wzrost liczby osób w wieku podeszłym. Starzenie się populacji w Europie będzie więc stanowić w najbliższych latach ogromne wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej w większości krajów Unii Europejskiej. Głównym problemem będzie konieczność zapewnienia zwłaszcza grupie osób w podeszłym wieku odpowiednich świadczeń zdrowotnych oraz rozszerzonej opieki pielęgnacyjnej. Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE” także podkreśla, że należy liczyć się ze wzrostem wydatków na ten cel równoległe ze wzrostem liczby osób w starszym wieku [6].

Nowe prognozy demograficzne dla UE do 2060 roku nie różnią się jednak zasadniczo pod względem struktury populacji i potwierdzają, że niskie wskaźniki urodzeń, rosnąca oczekiwana długość życia oraz utrzymujący się napływ imigrantów doprowadzą prawdopodobnie do praktycznie takiej samej ogólnej liczby ludności, z tym że znacznie starszej, oznacza to, że na każdą osobę w wieku powyżej 65 lat będą przypadały już nie cztery, lecz tylko dwie osoby w wieku produkcyjnym. Do największego spadku tego wskaźnika dojdzie

najprawdopodobniej w okresie 2015-2035, kiedy to na emeryturę będą przechodziły osoby z roczników charakteryzujących się wysoką liczbą narodzin [7].



Ryc. 4. Wskaźnik średniego czasu pobytu w wybranych krajach w latach 1990-2007 (wg definicji OECD, iloraz łącznej liczby dni pobytu: od daty przyjęcia do zakładu opieki stacjonarnej krótkoterminowej do liczby pacjentów wypisanych i zmarłych w danym roku)

Fig. 4. Index of average duration of hospitalization in selected countries during the period 1990-2007 (total number of hospitalization days ratio: since admission to inpatient health care facility vs. number of patients discharged or deceased in an individual year)

Рис. 4. Коэффициент средней продолжительности пребывания в больнице в отдельных странах в 1990-2007 гг. (отношение общего числа дней пребывания: от даты приема в стационар медико-санитарной помощи до числа пациентов, выписанных и умерших в данном году)

Мал. 4. Коефіцієнт середньої тривалості перебування в лікарні в окремих країнах у 1990-2007 рр. (відношення загальної кількості днів перебування: від дати прийому в стаціонар медико-санітарної допомоги до кількості пацієнтів, виписаних та померлих в даному році)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2009-Version: November 09 (<http://www.ecosante.org>)

Prognozuje się, iż w Polsce współczynnik obciążenia ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z ok. 19% w 2010 roku do ok. 27% w roku 2020, aż do poziomu 56% w 2050 roku.

Wówczas wynik ten będzie gorszy od unijnej średniej prognozowanej na 50% dla państw UE 27. Zgodnie z opracowaniem Wspólnot Europejskich z 2008 roku w porównaniu z rokiem 2004, do roku 2050 całkowita liczba osób w wieku późnej starości (powyżej 80 roku życia) wzrośnie o 174% [8].

W konsekwencji starzenia się społeczeństwa wzrośnie zapotrzebowanie na powiązane z wiekiem i finansowane ze środków publicznych świadczenia i usługi. Zakłada się zatem, że wpływ starzenia się społeczeństwa na budżet będzie znaczny w niemal wszystkich państwach członkowskich i stanie się zauważalny już w ciągu kolejnej dekady. Przy założeniu kontynuacji dotychczasowej polityki oczekuje się ogólnie wzrostu wydatków publicznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa o średnio $4\frac{3}{4}$ punktu procentowego PKB do roku 2060 w UE i o ponad 5 punktów procentowych w strefie euro. W przypadku krajów UE-25 przewidywany wzrost jest – w porównaniu z poprzednimi prognozami zawartymi w sprawozdaniu na temat starzenia się społeczeństwa z 2006 r. – nieco wyższy, o około pół punktu procentowego PKB dla całego okresu objętego prognozą. Ogólnie rzecz biorąc, między państwami członkowskimi istnieją znaczne różnice pod względem wpływu starzenia się społeczeństwa na finanse publiczne. Prawdopodobnie bardzo znaczny wzrost wydatków publicznych będzie w dziewięciu państwach członkowskich UE (Luksemburg, Grecja, Słowenia, Cypr, Malta, Niderlandy, Rumunia, Hiszpania oraz Irlandia. W przypadku drugiej grupy krajów (t.j. Belgia, Finlandia, Republika Czeska, Litwa, Słowacja, Zjednoczone Królestwo, Niemcy i Węgry) koszty związane ze starzeniem się społeczeństwa będą wprawdzie niższe, ale w dalszym ciągu znaczne. Natomiast dużo mniejszy wzrost nastąpi w Bułgarii, Szwecji, Portugalii, Austrii, Francji, Danii, Estonii, Polsce oraz we Włoszech i na Łotwie. W większości tych krajów wprowadzono w życie gruntowne reformy systemu emerytalnego, w niektórych przypadkach obejmujące również częściowe przejście na prywatne systemy emerytalne (Bułgaria, Estonia, Łotwa, Polska i Szwecja) [9].

W przyszłości systemy opieki zdrowotnej w krajach UE będą musiały prawdopodobnie stawić czoła poważnym wyzwaniom. Zgodnie z przewidywaniami publiczne wydatki na opiekę zdrowotną w UE wzrosną do roku 2060 o $1\frac{1}{2}$ punktu procentowego PKB. Starzenie się społeczeństwa będzie również wymagało zwiększenia wydatków publicznych na opiekę długookresową (Tab. 2). Przy założeniu kontynuacji dotychczasowej polityki wydatki te wzrosną o $1\frac{1}{4}$ % PKB do roku 2060 ze względu na fakt, że grupa osób w bardzo podeszłym wieku (powyżej 80 lat) będzie w przyszłości najszybciej zwiększającą się częścią populacji. Jednak nie tylko czynniki demograficzne będą odgrywać przy tym rolę. W chwili obecnej opieka nad starszymi osobami jest w dużym stopniu zapewniana przez członków rodziny i bliskich.

W takiej sytuacji właściwa polityka zdrowotna państwa powinna polegać na rozwijaniu równoległe z obszarem leczenia i diagnozowania, obszaru rehabilitacji i opieki długoterminowej. Aktualnie system ochrony zdrowia

w Polsce koncentruje się głównie na diagnozowaniu i leczeniu.

Tabela II. Wydatki publiczne związane ze starzeniem się społeczeństwa, 2007-2060, zmiana w punktach procentowych PKB

Table II. Index of short-stay hospital beds per 1,000 inhabitants during the period 1990-2007

Таблица II. Коэффициент краткосрочных больничных коек на 1 000 жителей в 1990-2007 гг.

Таблиця II. Коефіцієнт короткострокових лікарняних ліжок на 1 000 жителів у 1990-2007 рр.

	Opieka zdrowotna		Opieka długookresowa	
	Wys.	Zmiana	Wys.	Zmiana
	2007	2007 2060	2007	2007 2060
BE	7.6	1.2	1.5	1.4
BG	4.7	0.7	0.2	0.2
CZ	6.2	2.2	0.2	0.4
DK	5.9	1.0	1.7	1.5
DE	7.4	1.8	0.9	1.4
EE	4.9	1.2	0.1	0.1
IE	5.8	1.8	0.8	1.3
GR	5.0	1.4	1.4	2.2
ES	5.5	1.6	0.5	0.9
FR	8.1	1.2	1.4	0.8
IT	5.9	1.1	1.7	1.3
CY	2.7	0.6	0.0	0.0
LV	3.5	0.6	0.4	0.5
LT	4.5	1.1	0.5	0.6
LU	5.8	1.2	1.4	2.0
HU	5.8	1.3	0.3	0.4
MT	4.7	3.3	1.0	1.6
NL	4.8	1.0	3.4	4.7
AT	6.5	1.5	1.3	1.2
PL	4.0	1.0	0.4	0.7
PT	7.2	1.9	0.1	0.1
RO	3.5	1.4	0.0	0.0
SI	6.6	1.9	1.1	1.8
SK	5.0	2.3	0.2	0.4
FI	5.5	1.0	1.8	2.6
SE	7.2	0.8	3.5	2.3
UK	7.5	1.9	0.8	0.5
EA	6.7	1.4	1.3	1.4
EU27	6.7	1.5	1.2	1.1

Źródło: "2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for EU-27 Member States (2008-2060)", European Economy (2009 Ageing Communication: a renewed strategy for tackling Europe's demographic challenge IP/09/656 Brussels, 29 April 2009)

PODSUMOWANIE

Starzenie się społeczeństw, szybkie przemiany kulturowe i coraz większy odsetek świadomych, wymagających podopiecznych, a także postęp technologiczny, nowe leki i środki medyczne itp. to wspólne problemy,

stanowiące wyzwania dla wszystkich europejskich systemów opieki zdrowotnej. W całej Europie postępuje proces sukcesywnego starzenia demograficznego. Jest to niezaprzeczalny sukces, towarzyszą mu jednak trudne do rozwiązania problemy natury psychologicznej, społecznej i medycznej. Polska pod względem demograficznym wkroczyła w obszar ok. zerowego przyrostu naturalnego. Generalnie mamy tendencję malejącą liczby urodzeń, przy rosnącej tendencji zgonów. Ma to oczywiście swoje konsekwencje dla oświaty, sfery produkcyjnej, opieki społecznej i opieki zdrowotnej. Podeszły wiek to jeden z najważniejszych czynników determinujących skalę potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w zakresie zarówno stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej opieki medycznej, w tym długookresowych świadczeń rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych oraz z zakresu pomocy społecznej. W wielu wysoko rozwiniętych krajach ludność powyżej 65 roku życia, choć stanowi ok. 12-20% ogółu ludności, wykorzystuje ponad 50% udzielanych świadczeń medycznych.

Rosnąca udział wszystkich grup o zwiększonych potrzebach zdrowotnych w strukturze demograficznej współczesnych społeczeństw przyczynia się do systematycznego wzrostu skali występowania chorób przewlekłych oraz powoduje konieczność zapewnienia medycznej opieki terminalnej, niekiedy długofalowej, wymagającej znacznych nakładów sił i środków, zapewnienia komfortu umierania bez nadmiernych cierpień, przy często pełnej, opartej na istniejącym poziomie wiedzy, świadomości nieuleczalności [10].

Sytuacja w zakresie bazy szpitalnej w naszym kraju obecnie nie odbiega znacząco od tendencji w całej Europie. W okresie dziesięciu lat liczba łóżek szpitalnych zmniejszała się sukcesywnie – od 766,3 w 1996 roku do 647,5 w 2006 roku, co daje odsetek 15,40% czyli 118,8 łóżek szpitalnych mniej na 100 tys. osób. Na tle innych krajów europejskich Polska nie wypadła najgorzej, jednak biorąc pod uwagę prognozowaną sytuację demograficzną naszego kraju, zmniejszająca się ciągle liczba łóżek szpitalnych może okazać się w przyszłości dużym problemem społecznym. Większy procentowo udział w całej populacji grupy osób w podeszłym wieku i potencjalnie większa liczba chorych, będzie powodowała konieczność zwiększania nie tylko liczby lekarzy, ale także ponownie liczby łóżek w szpitalach.

Ograniczanie ogólnej liczby łóżek szpitalnych może budzić kontrowersje zwłaszcza w sytuacji kiedy większość demografów wysyła wyraźny sygnał o starzeniu się większości społeczeństw Europy. Przyjmuje się jednak tłumaczenie tego stanu nowocześniejszą technologią, efektywniejszym leczeniem pacjentów, podwyższeniem świadczonych usług i ograniczaniem kosztów w służbie zdrowia. Nasuwa się pytanie czy przypadkiem w polskim systemie ochrony zdrowia ten ostatni czynnik – niższe koszty, nie jest najistotniejszy. Problemem jest także niewłaściwa struktura łóżek szpitalnych. Na przykładzie naszego kraju można zauważyć, że liczba łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych nie odpowiada rzeczywistym potrzebom. O ile na oddziałach pediatrycznych, ginekologicznych, czy położniczych nie występują większe problemy z dostępnością miejsc, to np. baza łóżkowa oddziałów

kardiologicznych, chorób wewnętrznych czy onkologicznych, jest zdecydowanie niewystarczająca.

Z problemem nadmiernej ilości łóżek o charakterze krótkoterminowym wiąże się więc ich niewłaściwa struktura. Brak jest również wyważenia zasobów pomiędzy opiekę długo i krótkoterminową. Występuje nadmiar łóżek o charakterze krótkoterminowym przy brakach zasobowych w zakresie alternatywnych form opieki i leczenia, tj. oddziałów i szpitali dziennych, oddziałów i stacjonarnych jednostek opieki długoterminowej, oddziałów i zakładów opieki paliatywnej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych a także długoterminowej opieki domowej.

Zakłada się, że popyt na opiekę długoterminową będzie wzrastał. Zaspokojenie tego popytu będzie wymagało zmiany profilu niektórych zakładów opieki zdrowotnej. Polska jest jednym z nielicznych krajów europejskich, w którym w tych samych szpitalach i oddziałach leczy się pacjentów zarówno wymagających intensywnej opieki medycznej jak i tych wymagających opieki długoterminowej, paliatywnej. Prace nad unowocześnianiem polskiego systemu ochrony zdrowia muszą również uwzględnić tą problematykę.

L. Kapka-Skrzypczak, I. Woźnica, S. Ćwikła, M. Skrzypczak, J. Diateczyk,
L. Wdowiak

HOSPITAL BASE IN POLAND AND WORLDWIDE

SUMMARY

The primary objective of the study was the presentation of hospital base in Poland on the background of other countries within the period of the last years. A constantly decreasing number of hospital beds in Poland and in other countries, in the situation of the ageing of the population which will need medical care may become the cause of serious problems. The decrease in the number of hospital beds is not only due to financial problems, but also the necessity to adjust medical services to the standards in effect, e.g. the European Union standards. Data by the OECD indicate that during the period 1990-2007 a clear decrease was observed in the total number of hospital beds in the countries analyzed (except for Korea and Turkey). The analysis of short-stay hospital beds in these countries showed that in 2007 the greatest number of beds among European countries was possessed by Austria, Germany, Slovakia and Poland. The report also presents hospital bed utilization in Poland, with consideration of individual medical disciplines. Poland occupies a relatively good position on the background of other European countries; however, taking into consideration the prognosticated demographic situation, a constantly decreasing number of hospital beds, especially with an insufficient number of long-term care beds, may become a serious problem for the system of health care in the future.

Л. Капка-Скшипчак, И. Возница, С. Чвикла, М. Скшипчак, Ю. Дятчик,
Л. Вдовьяк

БОЛЬНИЧНАЯ БАЗА В ПОЛЬШЕ И В МИРЕ

Аннотация

Основной целью данной работы было рассмотрение больничной базы в Польше на протяжении последних лет по сравнению с другими странами. Неуклонно снижающееся число больничных коек в Польше и в других странах в совокупности со стареющим населением, которое в ближайшее время будет нуждаться в медицинской помощи, может быть причиной значительных проблем. Сокращение числа больничных коек связано не только с финансовыми проблемами, но и с необходимостью адаптации к стандартам медицинских услуг в Европейском Союзе. Данные OECD показывают, что на протяжении с 1990 до 2007 года наблюдается отчетливый спад общего числа больничных коек в этих странах (за исключением Кореи и Турции). Анализ количества краткосрочных коек в этих странах показал, что наибольшее число мест в 2007 (на 1 000 жителей) среди европейских стран имели: Австрия, Германия, Словакия и Польша. В работе также представлены данные касательно насыщения больничных коек в стране с учетом некоторых областей медицины. По сравнению с другими европейскими странами, Польша не выглядит плохо, но с учетом прогнозируемых демографических тенденций, постоянно сокращающегося числа больничных коек, особенно при недостаточном количестве коек для долгосрочного ухода, может это оказаться в будущем большой проблемой системы здравоохранения.

Л. Капка-Скшипчак, I. Возніца, С. Чвікла, М. Скшипчак, Ю. Дятчик,
Л. Вдов'як

ЛІКАРНЯНА БАЗА В ПОЛЬЩІ ТА У СВІТІ

Анотація

Основною метою даної роботи був розгляд лікарняної бази в Польщі протягом останніх років у порівнянні з іншими країнами. Кількість лікарняних ліжок в Польщі і в інших країнах неухильно знижується в сукупності зі старіючим населенням, яке найближчим часом буде мати потребу в медичній допомозі, може бути причиною значних проблем. Скорочення числа лікарняних ліжок пов'язано не тільки з фінансовими проблемами, а й з необхідністю адаптації до стандартів медичних послуг в Європейському Союзі. Дані OECD показують, що на протязі з 1990 до 2007 року спостерігається значне зниження загального числа лікарняних ліжок в цих країнах (за винятком Кореї і Туреччини). Аналіз кількості короткострокових ліжок в цих країнах показав, що найбільшу кількість місць в 2007 (на 1 000 жителів) серед європейських країн мали: Австрія, Німеччина, Словаччина і Польща. У роботі також представлені дані щодо насичення лікарняних ліжок в країні з урахуванням деяких галузей медицини. У порівнянні з іншими європейськими країнами, Польща не виглядає погано, але з урахуванням прогнозованих демографічних тенденцій, постійного скорочення числа лікарняних ліжок, особливо при недостатній кількості ліжок для довгострокового догляду, це може бути в майбутньому великою проблемою системи охорони здоров'я.

PIŚMIENNICTWO

1. Dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
2. Dane udostępnione przez Naczelną Izbę Lekarską

3. http://www.emedyk.pl/artukul.php?idartykul_rodzaj=77&idartykul
4. <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/> na dzień 2010-04-16
5. OECD Health Data 2009-Version: November 09 (<http://www.ecosante.org>)
6. Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE (Bruksela, dnia 29.4.2009, KOM(2009) 180 wersja ostateczna
7. Raport demograficzny 2008: realizacja potrzeb społecznych w starzejącym się społeczeństwie” (SEC (2008) 2911).
8. Wróbel P. Nasz siwiejący kontynent. Rynek Zdrowia 09-07-2010, <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Nasz-siwiejacy-kontynent,52281.html>
9. 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for EU-27 Member States (2008-2060)”, European Economy (2009 Ageing Communication: a renewed strategy for tackling Europe’s demographic challenge IP/09/656 Brussels, 29 April 2009)
10. Zdziebło K. Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa *Studia Medyczne* 2008; 9:63-69.

Data otrzymania: 07. 04.2010 r.

Adres Autorów: 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 2, Samodzielna Pracownia Biologii Molekularnej, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.