

Obciążenie gospodarki chorobami przewlekłymi – problem nie tylko ochrony zdrowia

Iga Rudawska, prof. dr hab., Zakład Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania, Uniwersytet Szczeciński

Słowa kluczowe: choroby przewlekłe, rozwój gospodarczy, ochrona zdrowia
Klasyfikacja JEL: I15

Wstęp

Patrząc na rozwój gospodarczy współczesnego świata, nie sposób pominąć roli kapitału ludzkiego w jego tworzeniu. Jedną z jego determinant jest zdrowie. Jeśli zatem, za WHO, przyjmiemy, że zdrowie to nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności, ale także stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego [za: Karski, 1996, s. 7], to relacja między zdrowiem a rozwojem gospodarczym rysuje się bardzo szeroko. Zdrowie staje się w tym kontekście dobrem ekonomicznym, którego posiadanie stwarza możliwości rozwoju zarówno dla danej jednostki, jak i dla ich zbiorowości — społeczeństwa. Istotnym ograniczeniem tego rozwoju jest choroba, szczególnie typu przewlekłego, która uniemożliwia w części bądź w całości aktywność człowieka na rynku pracy. Celem niniejszego artykułu jest dyskusja na temat skali i kierunków obciążenia chorobami chronicznymi gospodarki. Autorka omawia skalę występowania chorób przewlekłych, pokazuje związek między rozwojem gospodarczym a zdrowiem, by następnie przejść do kategorii bezpośrednich, pośrednich i niewymiernych kosztów chorób. Artykuł ma charakter przeglądowy, a dla zobrazowania omawianych tendencji posłużono się międzynarodowymi danymi statystycznymi.

Choroby przewlekłe — narastający problem

Wiek XX w krajach regionu europejskiego WHO to czas dominacji chorób niezakaźnych, w tym z silną przewagą chorób cywilizacyjnych jako przyczyn zachorowalności i śmiertelności populacji. Odpowiadają one za około 80% przyczyn zgonów w krajach rozwiniętych gospodarczo zarówno Europy Zachodniej, jak i rozwijających się krajów Europy Środkowo-Wschodniej [*The World Health Report*, 2004]. Dla porównania: w skali globalnej (całego świata) choroby niezakaźne są przyczyną 60% zgonów, w tym 32% z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego i cukrzycy, 13% — z powodu chorób nowotworowych i 7% — z tytułu chronicznych chorób układu oddechowego [Abegunde,

2007, s. 1929]. Szacunki WHO do roku 2015 wskazują na dalszy wzrost udziału chorób niezakaźnych — do rzędu 77% — jako przyczyn zgonów ogółem [*Preventing Chronic Diseases*, 2005]. Tendencja ta jest szczególnie widoczna w krajach rozwiniętych i bogatych, które na tle krajów ubogich cechuje zdecydowana dominacja chorób niezakaźnych jako przyczyn zgonów. Jak szacują eksperci Banku Światowego ten niekorzystny trend utrzyma się, głównie za sprawą powszechnego występowania czynników ryzyka chorób przewlekłych, lokowanych w osobniczym stylu życia [Suhreke et al., 2006, s. 11]. Są to głównie nie zrównoważona dieta i brak aktywności fizycznej, prowadzące do nadwagi lub otyłości i nadciśnienia tętniczego, oraz konsumpcja destrukcyjna (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, narkomania), sprzyjająca rozwojowi chorób układu krążenia i nowotworom.

Wśród chorób niezakaźnych przeważają choroby przewlekłe (chroniczne), których cechami wspólnymi są: długi czas trwania (powyżej dwóch miesięcy), charakterystyczny przebieg (na ogół łagodniejszy niż w stanach ostrych, lecz przeplatany okresami ciszy i nawrotów) oraz specyficzne skutki medyczne (zwykle nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagające stałego leczenia). Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia definiuje chorobę przewlekłą jako

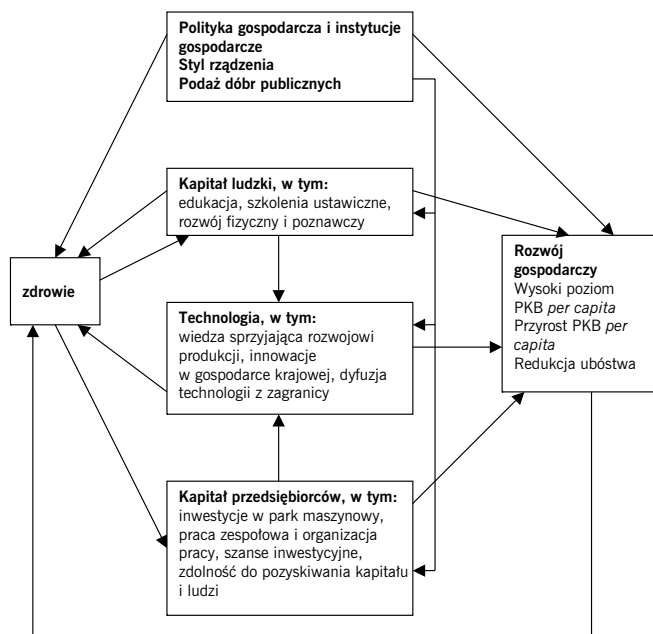
wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki [Shontz, 1972, s. 300].

Grupa chorób przewlekłych jest wewnętrznie zróżnicowana i obejmuje dolegliwości atakujące wszelkie układy organizmu ludzkiego, w tym: układu oddechowego (np. astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc), układu krwionośnego (np. nadciśnienie tętnicze, miażdżycy), układu moczowego (np. nerczyca), systemu wydzielania wewnętrznego (np. cukrzyca, niedoczynność tarczycy), układu nerwowego (np. choroba Alzheimera, padaczka), układu kostno-stawowego i tkanki łącznej (reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporoza) oraz psychikę ludzką (jednobiegunowe zaburzenia depresyjne, schizofrenia). Szczególnym typem chorób przewlekłych są nowotwory, w tym o charakterze złośliwym.

Zdrowie i choroby chroniczne a rozwój gospodarczy

Zdrowie jest istotnym elementem kształtującym kapitał ludzki, a ten ma wpływ na produktywność jednostki, a zatem na wzrost gospodarczy. Zależności te były obiektem rozważań noblistów T. Schulza i G. Beckera, a ich dorobek jest dziś powszechnie wykorzystywany do badań nad rozwojem gospodarczym i konkurencyjnością gospodarek. Wyrazem tego jest uznanie zdrowia, obok edukacji, za jeden z 12 filarów konkurencyjności [Schwab, 2010, s. 13], a inwe-

stycji w zdrowie ludzkie za jeden z celów prowadzących do wzrostu w nowym milenium (*Millennium Development Goals*), uzgodnionych przez rządzących za Szczytem Tysiąclecia w 2000 roku [IMF, 2000]. Co więcej, zdrowie wraz z edukacją traktowane jest, na równi z infrastrukturą, instytucjami oraz otoczeniem makroekonomicznym, jako fundamentalny zasób gospodarki narodowej. Dowodem tego jest istotne miejsce wskaźników zdrowotnych opisujących kadrę pracowniczą w konstrukcji Globalnego Indeksu Konkurencyjności (*Global Competitiveness Index*) [Schwab, 2000, s. 71 i nast.]. Tak pojmowane zdrowie jest determinantą nie tylko kapitału ludzkiego, ale i kapitału korporacyjnego rozumianego jako zdolność organizacji do kreowania i realizowania inwestycji, pracy zespołowej i wykorzystywania pojawiających się szans rynkowych (rys. 1.), gdzie zmiennymi egzogenicznymi są polityka gospodarcza, instytucje gospodarcze, styl rządzenia i podaż dóbr publicznych. Z drugiej strony zachodzi sprzężenie zwrotne: zdrowie determinuje wzrost gospodarczy, ale i poziom rozwoju gospodarczego (opisywany wzrostem gospodarczym) wpływa na kondycję zdrowotną społeczeństw przez oddziaływanie na dostępność i jakość opieki zdrowotnej, dostępność i jakość żywienia oraz sposoby spędzania czasu wolnego [por. Domański, 1993, s. 31 i nast.].



Rys. 1.

Zdrowie i jego wpływ na wzrost gospodarczy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Sachs, 2001, s. 26].

Zależność pomiędzy zdrowiem jednostki a rozwojem gospodarki danego kraju/regionu może być rozpatrywana z perspektywy mikro- i makroekon-

micznej [Hnatyszyn-Dzikowska et al., 2008, s. 5]. W pierwszym przypadku chodzi o wpływ osobniczego zdrowia jednostki w roli pracownika na jej indywidualne predyspozycje do funkcjonowania na rynku pracy. W drugim — o zależność między określonymi czynnikami zdrowotnymi a dynamiką wzrostu produkcji. W obu wymiarach obciążenie chorobami chronicznymi jest istotnym elementem ograniczającym zdolności jednostek i całych populacji do generowania wzrostu gospodarczego. W 2001 roku profesor J.D. Sachs opublikował wyniki badań mówiące o tym, iż wzrost PKB o co najmniej 0,3–0,4 punktów procentowych w skali roku wiąże się z przyrostem oczekiwanej długości życia przy urodzeniu o 10%, przy innych zmiennych równych constans [Sachs, 2001, s. 24]. Jeśli zatem uznamy za J.D. Sachsem, iż status zdrowotny społeczeństwa jest istotną determinantą wzrostu gospodarczego, to wzrost PKB za sprawą wydłużenia oczekiwanej długości życia będzie możliwy tylko w przypadku przeżycia dodatkowych lat w zdrowiu. Specyfika chorób przewlekłych powoduje tymczasem czasowe lub trwałe wyłączenie jednostki z życia zawodowego, skutkując nie tylko wzrostem obciążenia dla finansów publicznych (konieczność wypłaty rent, zasiłków chorobowych, konieczność wysokiej refundacji leków i pokrywania kosztów rehabilitacji), ale i spadkiem indywidualnych dochodów chorego przewlekle na skutek permanentnej lub chwilowej absencji w pracy. Jak wskazuje R. Wierzbą w *Białej Księdze 2004*:

kraje, którym dzisiaj uda się zrównoważyć finanse publiczne, będą mogły łatwiej, w dłuższym okresie czasu, stawić czoło rosnącym wydatkom związanym ze starzeniem się ich społeczeństw. Zmniejszenie długu publicznego umożliwi bowiem ograniczenie wydatków budżetowych na jego obsługę. To zaś pozwoli skierować więcej środków publicznych na finansowanie rent, emerytur i działań z zakresu ochrony zdrowia [Wierzbą, 2004, s. 50–51].

To zatem finanse publicznych krajów Unii Europejskiej będą musiały się zmierzyć z rosnącymi wydatkami na leczenie chorób przewlekłych.

Kategorie kosztów chorób przewlekłych

Studia nad kosztami chorób, w tym przewlekłych, pozwalają określić ekonomiczne skutki danej choroby dla gospodarki zarówno w skali makro, jak i mikro. Po pierwsze służą szacowaniu obciążenia finansów, głównie publicznych, wydatkami na poszczególne choroby. Po drugie — badanie kosztów chorób umożliwia planowanie i ustanawianie priorytetów w dziedzinie zdrowia publicznego. Dla sektora przedsiębiorców badania tego typu oznaczają z kolei oszacowanie źródeł zmniejszonej ich produktywności i kosztów utraconych z tego tytułu korzyści. W sektorze gospodarstw domowych badania kosztów chorób pozwalają natomiast ujawnić źródła obniżenia poziomu jakości życia oraz szacować koszty utraconych zasobów w postaci obniżenia docho-

dów lub ich całkowitej straty czy też konieczności rezygnacji z aktywności życiowych, jak edukacja własna i bliskich (potencjalnych opiekunów).

Obciążenie gospodarki kosztami generowanymi przez choroby chroniczne można sklasyfikować jako koszty bezpośrednie, pośrednie i niemierzalne [Czech, 2004, s. 21]. Wśród kosztów bezpośrednich wyróżnić można:

- koszty medyczne — koszty systemu ochrony zdrowia związane z diagnostyką i terapią schorzeń chronicznych, jak na przykład porady lekarskie, badania diagnostyczne, opieka pielęgniarska, opieka szpitalna, koszty farmakoterapii,
- koszty niemedyczne — inne koszty powstałe bezpośrednio w wyniku leczenia danej choroby, jak koszty transportu oraz koszty opieki sprawowanej przez osoby trzecie.

Koszty pośrednie z kolei zmierzają do uchwycenia straty w kapitale ludzkim na skutek przedwczesnego zgonu i niesprawności (koszty utraconej produktywności, koszty pracodawców), jak też obciążeń finansów publicznych transferami dochodowymi w postaci zasiłków chorobowych, rent socjalnych czy kosztów świadczeń rehabilitacyjnych. Koszty te obrazują utraconą na skutek choroby produktywność kadry pracowniczej (absencja w pracy, zmniejszona wydajność podczas pracy). W końcu koszty niemierzalne związane są z psychologicznym i społecznym wymiarem choroby w postaci bólu, cierpienia oraz poczucia zagrożenia, niepewności, frustracji, niespełnienia zawodowego i wykluczenia społecznego. Koszty te zwane są również niewymiernymi ze względu na trudności z ich kwantyfikacją w jednostkach pieniężnych.

Największe trudności z szacowaniem przysparza druga i trzecia kategoria powyżej wymienionych kosztów. Niemniej jednak podejmowane są próby szacowania wszystkich z nich (*cost-of-illness*) [Adeyi et al., 2007; Ruszkowski, Leśniowska, 2010]. Próby szacowania kosztów bezpośrednich i pośrednich mają najczęściej charakter ilościowy. Z kolei szacowanie kosztów niewymiernych ma swoje odzwierciedlenie w ocenie jakości życia. W tym ostatnim przypadku próbowano posługiwać się wskaźnikami typu QALY (*Quality Adjusted Life Years* — lata życia skorygowane jakością)¹, stosowanymi również w ocenie efektywności procedur medycznych. Niemniej jednak metodologia szacowania pośrednich i niewymiernych kosztów choroby pozostaje w ekonomice zdrowia nadal kwestią dyskusyjną.

Bezpośrednie koszty chorób

Występowanie u pacjenta choroby przewlekłej jest podstawową determinantą częstego korzystania z usług przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej. Porady dla pacjentów przewlekle chorych stanowią 80% konsultacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, a 30% hospitalizacji jest konsekwencją zaostrzenia stanu klinicznego w tej grupie pacjentów [Kurpas,

¹ Wskaźnik ten stosowany jest m.in. przez Bank Światowy.

2010, s. 171]. Warto podkreślić fakt, że leczenie stanów nagłych w przebiegu chorób przewlekłych jest droższe niż terapia planowa [Accordini et al., 2010, s. 189].

Koszty bezpośrednie chorób najczęściej odnoszone są do ich udziału w PKB lub też do ich udziału w całkowitych wydatkach na zdrowie. Dla najbardziej rozpowszechnionej grupy chorób przewlekłych, tj. chorób układu krążenia, udział wydatków związanych z ich leczeniem w PKB krajów rozwiniętych waha się od 1 do 3% [Nolte, McKee, 2008, s. 46]. Z kolei średni odsetek wydatków na leczenie tych chorób w wydatkach ogółem dla 25 krajów Unii Europejskiej wynosi 12%, ale jest silnie zróżnicowany w poszczególnych systemach (tab. 1.).

Tabela 1.

Wydatki na leczenie chorób układu sercowo-naczyniowego w krajach Unii Europejskiej

Kraj	Wydatki <i>per capita</i> w Europie	Udział w całkowitych wydatkach na zdrowie (w %)
Niemcy	432	15
Wielka Brytania	368	18
Szwecja	318	12
Holandia	273	11
Luksemburg	255	8
Austria	247	11
Finlandia	235	12
Dania	215	7
Włochy	204	11
Belgia	201	8
Francja	194	8
Grecja	140	11
Irlandia	108	4
Hiszpania	97	7
Portugalia	93	8
Czechy	83	14
Słowenia	80	8
Cypr	67	7
Estonia	55	17
Węgry	52	9
Słowacja	52	18
Polska	46	16
Łotwa	43	16
Litwa	24	11
Malta	22	2
Średnia dla UE-25	230	12

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Petersen et al., 2005].

Dla innych kategorii chorób przewlekłych udział wydatków związanych z ich leczeniem w całkowitych wydatkach na zdrowie jest zróżnicowany i zależy od kraju, w którym dokonywano badania (tab. 2.). Pewną barierą w estymacji tych kosztów jest rozbieżność w klasyfikacji poszczególnych chorób przewlekłych w różnych systemach ochrony zdrowia.

Tabela 2.

Udział wydatków na leczenie wybranych chorób chronicznych w wydatkach na zdrowie ogółem (w %)

Kategoria choroby	Kraj prowadzenia badania	Udział w całkowitych wydatkach na zdrowie
Choroba wieńcowa serca	Wielka Brytania	11
Schizofrenia	Francja	2,0
	Wielka Brytania	1,7
	Holandia	1,6
	Norwegia	2,0
Depresja	Wielka Brytania	0,9
Choroby związane z otyłością	Francja	2
	Portugalia	3,5
Cukrzyca	Wielka Brytania	2,5
	Norwegia	5,7
	Holandia	9,1
	Niemcy	15,0
Choroby odtytoniowe	Niemcy	5,6

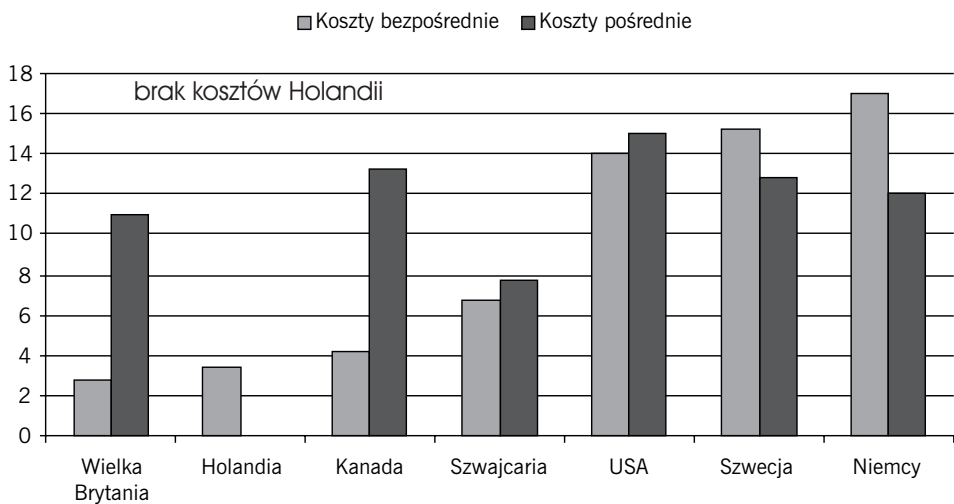
Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Suhrecke et al., 2005, s. 33–39].

Na szczególną uwagę zasługują wysokie koszty związane z leczeniem cukrzycy. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, iż wydatki związane z terapią cukrzycy i jej powikłań są podstawowym składnikiem odpowiedzialnym na rosnącą dynamikę bezpośrednich kosztów medycznych [Hofmarcher et al., 2007, s. 16]. Z kolei globalnie średni roczny koszt leczenia cukrzycy *per capita* został oszacowany na 725 USD wg parytetu siły nabywczej [Lis et al., 2010, s. 129], a udział wydatków związanych z leczeniem tej choroby w wydatkach ogółem w krajach Europy szacowany jest przez Bank Światowy na 2–4% PKB [Adeyi et al., 2007, p. 19].

Koszty pośrednie chorób

Przechodząc do kategorii kosztów pośrednich chorób należy stwierdzić, iż ich pomiar pozwala na oszacowanie konsekwencji bycia chorym w perspektywie zarówno indywidualnej, jak i całej gospodarki. W pierwszym podejściu choroba przewlekła oznacza bowiem dla cierpiącego na nią pacjenta spadek jego produktywności oraz spadek jego aktywności na rynku pracy, co bezpo-

średnio przekłada się na dochody gospodarstw domowych. W drugim podejściu spadek produktywności pracowników skutkuje spadkiem wydajności poszczególnych przedsiębiorstw, a w konsekwencji — całej gospodarki. Przykładowo w Kanadzie oszacowano koszty utraconej produktywności i zarobków z tytułu chorób chronicznych na 60% kosztów całkowitych [Hofmarcher et al., 2007, s. 16]. Koszty pośrednie ponoszone na poszczególne rodzaje chorób przewlekłych szacowane są na, w zależności od typu choroby i stosowanej metodologii, 53% do 92% kosztów całkowitych [Ruszkowski, Leśniowska, 2010]. Skalę obciążenia gospodarek wybranych państw OECD kosztami pośrednimi na przykładzie choroby niedokrwiennej serca prezentuje poniższy wykres.



Wykres 1.

Pośrednie koszty na tle kosztów bezpośrednich leczenia chorób naczyniowo-sercowych w wybranych krajach Europy (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców, w funtach brytyjskich)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Suhrecke et al., 2005, s. 33].

Abstrahując od metodologii liczenia pośrednich kosztów chorób, które różnią się między poszczególnymi państwami, powyższy wykres wskazuje na wagę problemu. Oto bowiem koszty pośrednie, które pozostawały często w cieniu wszelkich analiz, okazują się niekiedy nawet przewyższać (przypadek USA, Kanady i Wielkiej Brytanii) koszty bezpośrednie chorób przewlekłych (tu: niedokrwiennej choroby serca).

Niemierzalne koszty chorób

Niemniej ważne, choć trudne do uchwycenia, są niewymierne koszty chorób przewlekłych, związane głównie z odczuwanym dyskomfortem psychicz-

nym i społecznym, wynikającym z cierpienia i ograniczonej sprawności pacjentów. Choroba przewlekła ogranicza wolność i swobodę jednostki w pełnieniu jej funkcji społecznych i zawodowych, determinując zatem satysfakcję i radość z życia. Liczne badania empiryczne, w tym także polskie, pokazują, iż zadowolenie z własnego zdrowia wpływa na subiektywną jakość życia [Czapiński, Panek, 2011, s. 179 i nast.]. Z kolei brak zdrowia (niesprawność) determinuje poczucie dyskryminacji społecznej, co również ujawniło badanie „Diagnoza Społeczna 2011”.

Znaczenie obciążenia chorobami przewlekłymi dla gospodarki

Dobrym predyktorem skali obciążenia chorobami przewlekłymi jest wskaźnik DALY (*Disability Adjusted Life Years*) obrazujący sumę potencjalnych lat życia utraconych nie tylko z powodu przedwczesnej śmiertelności, ale i produktywnych lat życia utraconych z powodu niesprawności. Według raportu WHO dla regionu Europy największymi przyczynami obciążenia chorobowego w przeliczeniu na DALY są choroby przewlekłe niezakaźne (76,7% wszystkich zachorowań) — tabela 3.

Tabela 3.

Obciążenie z powodu chorób przewlekłych w Europie

Rodzaj choroby	Obciążenie chorobą (DALY, w tysiącach)	% wszystkich przypadków
Choroby sercowo-naczyniowe	34 760	22,9
Choroby neuropsychiatryczne	28 932	19,1
Nowotwory	17 369	11,5
Choroby układu pokarmowego	6945	4,6
Choroby układu oddechowego	5910	3,9
Choroby narządu zmysłu	8429	5,6
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	5435	3,6
Cukrzyca	2660	1,8
Choroby jamy ustnej	896	0,6
Przewlekłe choroby niezakaźne (suma)	116 097	76,6

Źródło: [The European Health Report, 2009] za [Gierzyński, 2012, s. 96].

Choroby chroniczne nie są problem wyłącznie osób starszych. Dotykają one również osób w wielu produkcyjnym, powodując istotne, negatywne konsekwencje dla gospodarki. Według wskaźnika DALY choroby przewlekłe odpowiedzialne są za 68–84% (w zależności od poziomu dochodowego kraju)

utraconych lat życia w segmencie osób poniżej 60 roku życia, a więc w grupie ludzi czynnych zawodowo (tab. 4.).

Tabela 4.

Rozkład przyczyn utraconych lat życia (DALY) w segmencie osób poniżej 60 roku życia (według klasyfikacji dochodowej krajów Banku Światowego)

Wyszczególnienie	Kraje o niskich dochodach	Kraje o dochodach nieco poniżej średniej	Kraje o dochodach nieco powyżej średniej	Kraje o wysokich dochodach
Choroby zakaźne, choroby wrodzone, choroby z niedożywienia	98%	97%	96%	81%
Choroby chroniczne	84%	78%	82%	68%
Wypadki i urazy	98%	96%	97%	91%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Mathers et al., 2003].

Szacunki WHO wskazują, że w krajach regionu Europy suma utraconych lat życia z powodu chorób przewlekłych obrazowanych wskaźnikiem DALY (przy założeniu interwencji medycznych) jest rzędu ponad 150 tysięcy (dane za 2005 rok) [Lis et al., 2010, s. 131]. Analogiczne dane w skali globalnej przytacza The Oxford Health Alliance, oceniając skalę utraconych lat życia z tytułu omawianych schorzeń na 411 milionów (dane za 2010 rok), a prognozy mówią natomiast o wzroście do 413 mln w 2015 i do ponad 445 mln w 2020 roku [Sachs, 2001, s. 106]. Jeśli założymy, że jedna jednostka DALY jest wyceniana na poziomie średniego rocznego dochodu *per capita* (przy ostrożnych szacunkach uwzględniamy średni dochód *per capita* dla krajów o niskich dochodach szacowany według Banku Światowego na 563 USD w 2015 roku), to potencjalne straty z powodu przedwczesnej umieralności wyniosą w 2015 roku ponad 232 bilionów dolarów (w skali globalnej) [Sachs, 2001, s. 103]. Sugerowane podejście do szacowania pośrednich kosztów choroby opiera się na obliczeniu potencjalnej straty w przyszłych dochodach, spowodowanej utratą produktywności pracowników obciążonych chorobami, tu: przewlekłymi. Metoda kapitału ludzkiego przy użyciu rynkowej stawki płac nadaje zatem czasowi wolnemu od choroby wartość pieniężną.

Podsumowanie

Cywilizacyjny (społeczny) charakter chorób przewlekłych w istotny sposób determinuje funkcjonowanie społeczeństwa i gospodarek Unii Europejskiej. Największe koszty całkowite dla społeczeństwa UE przypisywane są chorobom neuropsychiatrycznym (tab. 5.). Szacuje się przy tym, iż wzrost kosztów całkowitych chorób cywilizacyjnych w UE kształtuje się na poziomie 16–27% rocznie [Beraldo, et al., 2009, s. 946–956].

Tabela 5.**Koszty całkowite chorób cywilizacyjnych w Unii Europejskiej i w Polsce**

Typ choroby	Koszty całkowite w mln EUR/rok	mln PLN/rok
Choroby neuropsychiatryczne	798	b.d.
Choroby szkieletowo-mięśniowo-reumatyczne	240	4,5 (tylko RZS*)
Choroby serca i naczyń	192	b.d.
Alkoholizm	125	22–35
Otyłość	150	3
Nikotynizm	130	23
Nowotwory	108	5
Choroby układu oddechowego	102	b.d.
Cukrzyca	40	6

* RZS — reumatoidalne zapalenie stawów

Źródło: [The European Health Report, 2009] za [Gierzyński, 2012, s. 97–98].

Powyższe doniesienia pozwalają stwierdzić, iż nawet przy ostrożnym podchodzeniu do uzyskiwanych wyników i prognozowanych zmian, skala obciążenia gospodarek poszczególnych państw Europy kosztami bezpośrednimi i pośrednimi chorób chronicznych jest znacząca. Racjonalizacja tych kosztów jest obiektem zainteresowania systemów ochrony zdrowia poszczególnych państw członkowskich. O ile jednak kontrola nad kosztami bezpośrednimi jest silnie uzależniona od regulacji i bodźców systemowych, to opanowanie eskalacji kosztów pośrednich wymaga sprzężonych wysiłków ze strony różnych sektorów gospodarki, zdrowia publicznego oraz zmian w osobniczym stylu życia poszczególnych jednostek. Bez świadomej współpracy pacjentów w roli pracowników nie wydaje się bowiem możliwe egzogeniczne opanowanie szkodliwego wpływu czynników ryzyka, w postaci zachowań samodestrukcyjnych (jak palenie tytoniu, nadmierna konsumpcja alkoholu czy brak aktywności ruchowej).

Bibliografia

- Abegunde D.O. et al., 2007, *The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries*, „Lancet” 370(9603), s. 1929–1938.
- Accordini S., Bugiani M., Arossa W. et. al., 2006, *Poor control increases the economic cost of asthma: a multicentre population-based study*, „International Archives of Allergy and Immunology” No. 141, s. 189.
- Adeyi O., Smith O., Robles S., 2007, *Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases*, Washington DC, World Bank, s. 62.
- Beraldo S., Montolio D., Turati G., 2009, *Healthy, educated and wealthy: a primer on the impact of public and private welfare expenditures on economic growth*, „Journal of Socio-Economics” vol. 38 (6), s. 946–956.
- Czapiński T., Panek T. (red.), 2011, *Diagnoza Społeczna 2011, Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa, Rada Monitoringu Społecznego, s. 179 i nast.

- Czech M. (red.), 2004, *Farmakoekonomika. Ekonomiczna ocena programów ochrony zdrowia*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, s. 21.
- Domański S.R., 1993, *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, Warszawa, PWN, s. 31 i nast.
- Gierzyński J., 2012, *Wpływ kosztów chorób cywilizacyjnych na politykę zdrowotną w krajach Unii Europejskiej i w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” nr 3, s. 96.
- Hnatyszyn-Dzikowska A., Lyszczarz B., Wyszowska Z., 2008, *Znaczenie zdrowia społeczeństwa dla wzrostu gospodarczego — ujęcie modelowe*, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Toruń, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, s. 5.
- Hofmarcher M., Oxley H., Rusticelli E., 2007, *Improved health system performance through better care coordination*, OECD Health Working Papers, No. 30, Paris, OECD, s. 16.
- IMF, OECD, UN, The World Bank, 2000, *Progress Towards the International Development Goals: 2000 A Better World for All*, Washington, DC, The World Bank.
- Karski J., 1996, *Teoria organizacji i zarządzania w promocji zdrowia*, Warszawa, Wyd. CO i EOZ, s. 7.
- Kurpas D., 2010, *Koszty opieki nad pacjentami chromi przewlekle*, „Przewodnik Lekarza” nr 2, s. 171.
- Lis J., Gierzyński J., Głasek M., 2010, *Koszty chorób a ocena systemów opieki zdrowotnej w Europie*, w: K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, Warszawa, Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, s. 129.
- Mathers C.D., Bernard C., Iburg K.M., Inoue M., Ma Fat D., Shibuya K., Stein C., Tomijima N., 2003, *The Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results*, GPE Discussion Paper No. 54, Geneva, World Health Organization.
- Notle E., McKee M. (wyd.), 2008, *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Glasgow, Open University Press.
- Petersen, S., Peto, V. and Rayner, M., 2005, *European Cardiovascular Disease Statistics*, 2005 edition. London, British Heart Foundation.
- Preventing chronic diseases: a vital investment*, 2005, Geneva, World Health Organization.
- Ruszkowski J., Leśniowska J., 2010, *Rzeczywiste, ekonomiczne koszty choroby w Polsce*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” nr 25, Bydgoszcz, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, s. 244–256.
- Sachs J.D., 2001, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, Report of the Commission on macroeconomics and health, Geneva, WHO, s. 106.
- Schwab K., 2010, *The Global Competitiveness Report 2010–2011*, Geneva, World Economic Forum, s. 13.
- Shontz F.C., 1972, *Ciężkie choroby przewlekle*, w: J.F. Garrett, E.S. Levine (red.), *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*, tłum. Z. Obniski, Warszawa, PZWL, s. 300.
- Suhreke M., McKee M., Sauto Arce R., Tsołova S. and Mortensen J., 2005, *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*, Brussels, European Commission, s. 33–39.
- Suhreke M., Nugent R.A., Stuckler D., Rocco L., 2006, *Chronic disease: an economic perspective*, London, The Oxford Health Alliance, s. 11.
- The European Health Report*, 2009, *Health and health systems*, Geneva, World Health Organization.
- The World Health Report*, 2004, *Changing history*, Geneva, World Health Organization.

Wierzba R., 2004, *Zdrowe finanse publiczne warunkiem rozwoju Unii Europejskiej*, w: *Biała Księga 2004*, Gdańsk-Warszawa, Polskie Forum Strategii Lizbońskiej, s. 50–51.

A b s t r a c t **Chronic Diseases Burden on the Economy—A Problem Reaching Beyond Health Care**

A

Chronic diseases are currently the main cause of both disability and death worldwide. The heterogeneous group of diseases, including among others, cancers, cardiovascular illnesses, chronic respiratory conditions and diabetes, affect people of all ages and social classes. It is estimated that chronic conditions are responsible for 60% of deaths globally [Abegunde et al., 2007]. The burden is predicted to worsen in the years to come. A WHO study projected an increase of global deaths by a further 17% in the period 2005–2015 [WHO, 2005]. The heavy burden of chronic diseases and their multiple effects on productivity and demography plays an important role in the performance of the national economy. The correlation between health and economic growth is therefore one of the most crucial issues worldwide. The aim of this paper is to discuss the scale and trends in the burden of chronic diseases on the economy. The author takes into account direct, indirect and immeasurable costs of chronic illnesses.

Key words: chronic illnesses, economic growth, health care

JEL classification: I15