

Wprowadzenie

Szanowne Czytelniczki, Szanowni Czytelnicy!

Przekazujemy Państwu kolejny numer „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” poświęcony tym razem ocenie obciążenia społeczeństw chorobami. O kosztach chorób mówimy w sensie następstw, jakie odczuwa zarówno każdy człowiek z chorobą, jak i jego rodzina czy przyjaciele, a także pracodawcy, rządy, samorządy, całe społeczeństwo. Im bardziej choroba jest dotkliwa (wymagająca intensywnego, długiego leczenia lub powodująca więcej zgonów), im większej części populacji dotyka i im bardziej osłabia jej potencjał (ogólną aktywność i zdolność do pracy), tym bardziej rosną koszty choroby.

Analizy obciążenia chorobami wymagają odpowiedniego rozpoznania epidemiologicznego, ustalenia zarówno kosztów ponoszonych na ich zapobieganie i leczenie, jak i strat społecznych z ich powodu. Analizy te mają zastosowanie w kreowaniu polityki zdrowotnej opartej na dowodach (*Evidence-based Health Policy*), polegającej na podejmowaniu decyzji na podstawie potrzeb i wartości wyznawanych przez dane społeczeństwa. W tworzeniu polityki zdrowotnej proces zaczyna się od ustalenia głównych problemów zdrowotnych populacji, uporządkowania chorób według ciężkości skutków, jakie powodują, wyrażonych i zmierzonych miarami umożliwiającymi uchwycenie różnorodności tych skutków. Tak więc, analizy dostarczają danych o stanie zdrowia zarówno populacji świata, jak i w odniesieniu do różnych krajów, regionów, grup wiekowych oraz płci.

Wyniki analiz obciążenia chorobami są wykorzystywane w procesach rozwoju systemu ochrony zdrowia, do tworzenia priorytetów inwestycyjnych i alokowania ograniczonych zasobów. Aby zapewnić zbudowanie systemu ochrony zdrowia w kraju odpowiednio do prawdziwych wyzwań dla zdrowia populacji, decydenci muszą mieć możliwość porównania konsekwencji różnych chorób: tych, które zabijają ludzi przedwcześnie, z tymi, które powodują niepełnosprawność. Twórcy badania globalnego obciążenia schorzeniami społeczeństw świata (*Global Burden of Disease – GBD*) stworzyli syntetyczną miarę – wskaźnik DALY – Lata Życia Skorygowane Niepełnością (*Disability-Adjusted Life Years*) w celu określenia liczby lat życia utraconych w wyniku zarówno przedwczesnych zgonów, jak i niepełnosprawności. Jedno DALY to utracony jeden rok w dobrym zdrowiu. Decydenci mogą korzystać ze wskaźnika DALY, aby szybko ocenić i porównać skutki spowodowane takimi schorzeniami, jak choroba nowotworowa czy depresja, stosując jedną miarę. Szacując liczbę DALY, uzyskuje się dokładniejszy obraz głównych przyczyn obniżenia poziomu zdrowia populacji. Dzięki wykorzystaniu metodologii badania GBD – narzędzia monitorowania zdrowia publicznego eksperci zaobserwowali, iż w ostatnich 25 latach w większości krajów świata wraz ze spadkiem

umieralności znacznie zwiększyła się niepełnosprawność (lata życia z niepełnosprawnością).

Struktura prezentowanego numeru odzwierciedla główne podejścia i narzędzia pomiaru obciążenia chorobami, które można podzielić na trzy grupy: (i) jednostki niemonetarne, (ii) jednostki monetarne, (iii) inne (w tym bezpośrednie straty dobrobytu u poszczególnych osób na wszystkich etapach cyklu życia, skutki międzypokoleniowe i społeczne).

Do miar niemonetarnych zaliczamy:

- a) wskaźniki epidemiologiczne (związane z umieralnością i zachorowaniami – liczba zgonów, nowych przypadków choroby lub liczba osób z chorobą w danym roku, współczynniki umieralności, zapadalności lub chorobowości);
- b) liczbę utraconych lat życia:
 - bez uwzględnienia jakości życia, z założeniem, że zgony w różnym okresie życia nie są równe. Zgon w młodszym wieku stanowi większe obciążenie niż zgon w wieku późniejszym;
 - z uwzględnieniem redukcji jakości życia w czasie trwania choroby lub poprzedzającym zgon.

Pierwsze dwie pozycje w prezentowanym numerze przedstawiają wyniki obliczeń obciążenia społeczeństwa Polski w jednostkach utraconego czasu. Pierwszy artykuł stosuje dwa wskaźniki: utracone lata z potencjalnego limitu życia (*Potential Years of Life Lost – PYLL*) i utracone lata życia z oczekiwanego dalszego trwania życia (*Period Expected Years of Life Lost – PEYLL*), nie uwzględniając przy tym jakości życia. W drugim artykule analizy przeprowadzono za pomocą syntetycznego wskaźnika lata życia skorygowane niesprawnością (*Disability-Adjusted Life Years – DALY*) – miary obciążenia, zawierającej w swojej konstrukcji niepełnosprawność powodowaną przez chorobę.

Do głównych podejść wyrażających obciążenie chorobami społeczeństw świata w jednostkach monetarnych zaliczamy:

- a) podejście kapitałowe związane z kapitałem ludzkim i rzeczowym (mierzy utracony wzrost gospodarczy – *Value of Lost Output*);
- b) podejście oparte na koncepcji skłonności do płacenia (*Willingness-To-Pay – WTP*) (mierzy obciążenie poprzez wartości statystycznego życia ludzkiego (*Value of Statistical Life – VSL*);
- c) podejście „koszt choroby” (*cost of illness*) (mierzy koszty bezpośrednio i pośrednio choroby).

Dwa z zaprezentowanych artykułów (trzeci i czwarty) przedstawiają wyniki analiz kosztów dwóch z pięciu głównych chorób przewlekłych niezakaźnych: cukrzycy na przykładzie Polski oraz demencji na przykładzie Rumunii. Badania te demonstrowują również różne narzędzia gromadzenia danych o kosztach. Jedno – bazujące na dostępnej informacji o wykorzystaniu zasobów przez

osoby z cukrzycą (dane z NFZ i ZUS), a drugie na wynikach prospektywnego badania kwestionariuszowego przeprowadzonego wśród opiekunów osób z demencją w Bukareszcie. Są to wyjątkowo ważne i ciekawe zagadnienia. We współczesnym świecie choroby przewlekłe niezakaźne (*chronic non-communicable diseases*) są największym obciążeniem dla społeczeństw. Są to: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, cukrzyca, przewlekłe choroby układu oddechowego, choroby psychiczne. Potwierdzają to również inne badania przedstawione w przekazywanym numerze naszych „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia”.

Kompleksowa ocena i pomiar obciążenia chorobami wymagają również uwzględnienia wzajemnego oddzia-

ływania schorzeń oraz ich wpływu na osiągnięcie celów polityki zdrowotnej. Jest to wielkie wyzwanie dla naukowców, praktyków i polityków zdrowia publicznego. Musimy jednak podjąć się tego wyzwania, dalej próbować wyjawic prawdziwe obciążenie każdej z chorób. Bo, tak jak autorzy raportu z najnowszego badania GBD z Instytutu Pomiaru Zdrowia i Ewaluacji (*Institute of Health Metrics and Evaluation – IHME, The University of Washington*) napisali w swoim wstępie do publikacji wyników badania z 2015 roku: „tego, czego nie mierzymy, nie znamy, a tego, czego nie znamy, nie możemy odpowiednio zmieniać”.

Katarzyna Kissimova-Skarbek