

Konstruktywni

Zdrowi – Aktywni – Konstruktywni

Warszawa, wrzesień 2015 r.

Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się pt.

Konstruktywni. Zdrowi – Aktywni – Konstruktywni

Patronat honorowy:

Minister Pracy i Polityki Społecznej, Władysław Kosiniak-Kamysz

Autorzy:

dr n. hum. Filip Raciborski

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Raport badawczy wsparty przez Abbvie Polska Sp. z o. o.

© Copyright by Fundacja na rzecz Zdrowego Starzenia się
Warszawa, 2015

Fundacja na rzecz Zdrowego Starzenia się

Ul. Pory78, 02-757 Warszawa

tel.: +48 22 327 61 39

fax.: +48 22 327 61 30

e-mail: biuro@zdrowestarzenie.org

<http://www.zdrowestarzenie.org>

SPIS TREŚCI

1. Wstęp.....	3
2. Streszczenie raportu i rekomendacje	5
2.1. Streszczenie	5
2.2. Rekomendacje	8
3. Opis projektu <i>Konstruktywni</i>	11
3.1. Historia	11
3.2. Cele projektu	12
3.3. Opis działań realizowanych w ramach projektu <i>Konstruktywni</i>	13
3.3.1. Baza wiedzy (raporty eksperckie).....	13
a) Aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu: doświadczenia europejskie i wnioski dla Polski	13
b) Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby – epidemiologia –	
uwarunkowania ekonomiczne	15
c) Przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie — ocena kosztów pośrednich	
w Polsce.....	16
d) Społeczno-ekonomiczne skutki niepełnosprawności i niepełnej sprawności na przykładzie	
przewlekłych chorób zapalnych na tle autoagresywnym (IMID)	18
e) Obraz chorób reumatycznych i łuszczycy w dyskursie potocznym i prasowym.....	20
3.3.2. Projekt <i>Schorzenia przewlekłe a rynek pracy – badanie możliwości i propozycje działań</i>	
<i>mających na celu utrzymanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych ruchowo</i>	22
4. Diagnoza sytuacji – starzenie się populacji a rynek pracy.....	24
4.1. Zmiany demograficzne – starzenie się populacji.....	24
4.2. Prognozy demograficzne dla Polski a rynek pracy	25
4.3. Zagrożenia dla rozwoju gospodarczego z powodu zmian demograficznych	28
4.4. Problem niepełnosprawności i niepełnej sprawności – niewykorzystany potencjał	29
5. Choroby przewlekłe (na przykładzie MSD oraz IMIDs) jako przyczyna niezdolności do pracy .	32
5.1. Zaburzenia i schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) oraz choroby zapalne	
mediowane immunologicznie (IMIDs)	32
5.2. Reumatoidalne zapalenie stawów	34
5.3. Łuszczyca oraz łuszczycowe zapalenie stawów	36
5.4. Choroba Leśniowskiego-Crohna.....	37
6. Podsumowanie – ograniczanie wpływu wybranych chorób przewlekłych (MSD, IMIDs) na	
rynek pracy	38
6.1. Skuteczność wczesnej interwencji na przykładzie doświadczeń hiszpańskich.....	38
6.2. Inwestycja w zdrowie – czy to się opłaca?	40
Bibliografia.....	42

1. Wstęp

W ciągu ostatnich kilkunastu lat w Polsce dokonał się istotny postęp zarówno pod względem cywilizacyjnym, jak i gospodarczym. Zmiany dotyczą również samego społeczeństwa. Z jednej strony istotnie wydłużyło się przeciętne trwanie życia, a także zwiększył poziom zamożności społeczeństwa. Z drugiej zaś narasta problem chorób przewlekłych, które stają się coraz większym wyzwaniem zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, jak i zabezpieczenia społecznego. Ostatnio również problem starzenia się populacji skupia coraz więcej uwagi. Przez wiele lat Polska wyróżniała się na tle Europy (szczególnie Zachodniej) stosunkowo niską średnią wieku i niewielkim odsetkiem ludności powyżej 65. roku życia. Niestety, ta korzystna sytuacja uległa znacznemu pogorszeniu, a dalsze prognozy nie napawają optymizmem. Obserwowane od wielu lat niskie współczynniki dzietności nie zapewniają zastępowalności pokoleń, a istotne wydłużenie przeciętnego trwania życia sprawiło, że udział osób starszych w populacji stale rośnie. Zjawisko to prowadzi do zachwiania proporcji między osobami w wieku produkcyjnym oraz w wieku poprodukcyjnym, co ma fundamentalne znaczenie tak dla przyszłego funkcjonowania systemu emerytalnego, jak i całej gospodarki w Polsce. Obecnie na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada 29 osób w wieku poprodukcyjnym¹. W perspektywie najbliższych pięćdziesięciu lat te proporcje się zrównają². Problem ten stanowi nie tylko wyzwanie dla systemu emerytalnego, lecz także dla całego państwa i gospodarki.

Polskie państwo podjęło w ostatnich latach działania mające na celu poprawę sytuacji. Należy wymienić tu między innymi podnoszenie wieku emerytalnego. Zakłada się, że w dłuższej perspektywie zmniejszy to wpływ zachodzących zmian demograficznych na rynek pracy oraz system zabezpieczenia społecznego. Jednakże zmiany te nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, jeśli znaczna część pracowników będzie opuszczać rynek pracy na długo przed osiągnięciem wieku emerytalnego³ z powodu złego stanu zdrowia. Dlatego też konieczne jest ponadsektorowe spojrzenie na problem starzejącej się populacji i transformacji zachodzących na rynku pracy.

Analiza obecnej sytuacji oraz jej prognozy legły u podstaw projektu *Konstruktywni. Zdrowi – Aktywni – Konstruktywni* (dalej określanego mianem *Konstruktywni*). *Konstruktywni* to nie tyle projekt, ile szeroko rozumiana idea, wokół której koncentrują się instytucje publiczne, środowiska akademickie, organizacje pozarządowe, a także niezależni eksperci. Celem tego przedsięwzięcia jest przede wszystkim przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oraz zawodowemu osób dotkniętych chorobami

¹ Źródło: https://mojepanstwo.pl/dane/bdl_wskazniki/298,wskaznik-obciazenia-demograficznego [dostęp: 5.05.2015].

² Co wynika z prognoz dotyczących wskaźnika efektywnego obciążenia ekonomicznego przedstawionych przez Komisję Europejską.

³ Według danych ZUS średni wiek osób przechodzących na emeryturę w 2014 r. wyniósł 61 lat w przypadku mężczyzn i 59,8 w przypadku kobiet.

przewlekłymi, a w szczególności tym o podłożu zapalnym, uwarunkowanymi immunologicznie (IMIDs – *immune-mediated inflammatory diseases*). IMIDs to bardzo szeroka kategoria dotycząca osoby w każdym wieku. Wliczamy tu zarówno choroby, które w ciągu paru lat powodują daleko posuniętą niepełnosprawność (np. reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów), jak i takie, które pogarszają jakość życia i uniemożliwiają normalne funkcjonowanie (np. choroba Leśniowskiego-Crohna). W przypadku osób dorosłych choroby te obniżają efektywność w pracy, a w zaawansowanej postaci prowadzą do opuszczenia rynku pracy. Z kolei dzieci dotknięte IMIDs, po osiągnięciu pełnoletności mają bardzo ograniczone perspektywy zawodowe i trudności ze znalezieniem zatrudnienia. Jednakże wczesne zdiagnozowanie choroby oraz odpowiednie leczenie i rehabilitacja mogą istotnie zmniejszyć następstwa zdrowotne oraz opóźnić moment niepełnosprawności. Dla chorych oznacza to możliwość utrzymania pracy (lub jej uzyskania) oraz zachowanie standardu i jakości życia. Zdolność do pracy ma istotne znaczenie zarówno z punktu widzenia samych chorych, jak i ekonomiki zdrowia, gospodarki, życia rodzinnego i społecznego – jednym słowem wielu sfer, co czyni ten problem ponadsektorowym. Dlatego wskazane jest, by w jego rozwiązanie zaangażować resort zdrowia, ale jednocześnie resorty pracy, turystyki i sportu, gospodarki czy nauki. Spore znaczenie ma w tym przypadku również innowacyjność, rozumiana nie tylko jako nowe technologie, lecz także programy społeczne, reorganizacja systemu zabezpieczenia zdrowotnego, socjalnego, a przede wszystkim rehabilitacji i zaangażowania pracodawców w budowanie miejsc pracy przyjaznych osobom dotkniętym IMIDs bądź innymi schorzeniami przewlekłymi, wpływającymi na niepełnosprawność fizyczną, umysłową czy psychiczną.

Przykład chorób z grupy IMIDs jednoznacznie wskazuje, że nakłady ponoszone na wczesną diagnostykę, opiekę zdrowotną i rehabilitację nie powinny być taktowane jedynie jako koszt, ale i inwestycja – inwestycja, która przynosi zysk!

Niniejszy raport stanowi podsumowanie dwóch lat pracy nad projektem *Konstruktywni*. W ramach tego przedsięwzięcia przygotowano wiele ekspertyz, z których każda stanowi odrębną całość. Sumę owych raportów stanowi znacznej objętości dokument. Choć wart jest przeczytania w całości, jednak dla przybliżenia i ułatwienia dostępu do zawartych w nim zasadniczych treści sporządzono to właśnie podsumowanie. Mamy nadzieję, że wypracowane w ramach projektu propozycje przyczynią się do stworzenia nowych rozwiązań systemowych, które doprowadzą do zmniejszenia wykluczenia społecznego oraz zawodowego osób dotkniętych chorobami przewlekłymi. Działania te powinny przełożyć się na zapewnienie większej stabilności rynku pracy, a co za tym idzie – warunków do długofalowego i zrównoważonego rozwoju gospodarczego.

2. Streszczenie raportu i rekomendacje

2.1. Streszczenie

Zespół ekspertów zorganizowany wokół projektu *Konstruktywni. Zdrowi – Aktywni – Konstruktywni*, mając na względzie poniższe fakty:

- Polska jest krajem, gdzie gwałtownie zachodzi proces starzenia się populacji. Dotychczas Polska należała do grupy krajów europejskich z najniższą średnią wieku mieszkańców (obecnie 38,6 lat). Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że za mniej niż czterdzieści lat średnia wieku w naszym kraju będzie należała do jednej z najwyższych w Europie (52 lata)⁴.
- Prognozowane zmiany demograficzne stanowią poważne wyzwanie między innymi dla rynku pracy oraz finansów publicznych. Komisja Europejska przewiduje, że efektywny współczynnik obciążenia demograficznego dla Polski ponadtrzykrotnie się zwiększy w przeciągu pięćdziesięciu lat. Na jedną osobę pracującą będzie przypadał jeden emeryt. Co więcej, Polska będzie drugim (po Rumunii) krajem z najwyższym efektywnym współczynnikiem obciążenia demograficznego w Unii Europejskiej⁵. Bez podjęcia działań i stosowanych reform dojdzie do załamania systemu zabezpieczeń społecznych i negatywnych następstw gospodarczych (załamanie wzrostu gospodarczego).
- Zachodzące w strukturze społeczeństwa zmiany wymuszają potrzebę aktywnej polityki państwa w zakresie ograniczania negatywnych następstw procesu starzenia się populacji. Dzięki staraniom zarówno środowisk politycznych, jak i organizacji pozarządowych, w ciągu ostatnich paru lat udało się odrobić znaczą część zaległości w tej sferze. Do największych sukcesów należy zaliczyć przyjęcie przez Radę Ministrów Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (24 grudnia 2013) oraz powołanie Komisji Polityki Senioralnej w Sejmie RP (9 maja 2014). Od 1 stycznia 2013 r. rozpoczęto również stopniowe wprowadzanie reformy wieku emerytalnego, polegającej na przesunięciu progu do 67. roku życia oraz zrównanie go dla kobiet i mężczyzn. Mimo wielu sukcesów konieczne jest dalsze zintensyfikowanie działań mających na celu tworzenie nowych rozwiązań, przeciwdziałających negatywnym następstwom procesu starzenia się populacji.

⁴ M. Waligórska, Z. Kostrzewa, M. Potyra, L. Rutkowska, *Population Projection 2014–2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.

⁵ *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060)*, European Union 2012.

- W Polsce żyje 13,6 mln osób biernych zawodowo w wieku 15 lat i więcej. Aż 44% tej grupy (5,9 mln) jest w wieku produkcyjnym i potencjalnie mogłoby zasilić rynek pracy⁶. Co czwarta osoba w wieku produkcyjnym jest bierna zawodowo z powodu choroby lub niepełnosprawności. Część z nich nie musiałaby opuścić rynku pracy, jeśli podjęto by skuteczne działania profilaktyczne.
- Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy: styl życia (ok. 50% „udziału”), środowisko fizyczne (naturalne oraz stworzone przez człowieka) i społeczne życia, pracy, nauki (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%) oraz działania systemu opieki zdrowotnej (ok. 10%). Do ważnych przesłanek zachowania zdrowia należą również warunki społeczno-ekonomiczne; największymi zagrożeniami są natomiast ubóstwo i niski poziom wykształcenia. Niepełnosprawność sprzyja pogorszeniu sytuacji materialnej oraz ogranicza perspektywy zawodowe oraz możliwość rozwoju.
- Z przeprowadzonych w ramach projektu *Konstruktywni* badań i analiz wynika, że koszty bezpośrednio związane z chorobami przewlekłymi, a w szczególności należącymi do grupy IMIDs (przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie) stanowią jedynie niewielką część kosztów całkowitych choroby. Największy segment stanowią koszty pośrednie, związane między innymi z utratą produktywności. Z uwagi na fakt, że nie ma dostępnych twardych danych na temat kosztów pośrednich, a metodologie ich liczenia budzą kontrowersje, powszechną praktyką jest pomijanie tych kosztów przy tworzeniu polityki państwa. Jest to poważne ograniczenie, gdyż w ten sposób decyzje strategiczne podejmowane są jedynie na podstawie wiedzy fragmentarycznej. Uwzględnienie kosztów pośrednich nie tylko pozwoliłoby ocenić wpływ podejmowanych decyzji na całą gospodarkę narodową, lecz także sprzytałoby przełamaniu polityki silosowej państwa poprzez ujawnienie transferów zasobów między poszczególnymi sektorami. Istotne jest również spojrzenie na koszty innych instytucji publicznych, a również samego społeczeństwa. Obecnie nie są znane wydatki ponoszone przez pracodawców czy też samych chorych (niepełnosprawnych) z tytułu chorób przewlekłych.
- Doświadczenia europejskie (np. badanie przeprowadzone w Madrycie przez Absolo i wsp.) jednoznacznie pokazują, że inwestycja w zdrowie osób pracujących przynosi szybki i znaczący zwrot, mierzony np. redukcją absencji chorobowej. We wspomnianym badaniu w grupie osób pracujących, cierpiących na choroby narządu ruchu, dzięki wczesnej interwencji udało się zredukować średni czas przebywania na zwolnieniu lekarskim z 41 do 26 dni, czyli o ponad

⁶ H. Strzelecka, I. Biały, A. Cacko, M. Cacko, et al., *Labour Force Survey in Poland*, Central Statistical Office in Poland, Warsaw 2014.

jedną trzecią. Dodatkowo o blisko połowę ograniczono liczbę długoterminowych zasiłków chorobowych. Analiza ekonomiczna pokazała, że każdy zainwestowany wówczas dolar zwrócił się jedenastokrotnie. Koszt redukcji absencji chorobowej o jeden dzień wyniósł zaledwie 6 dolarów⁷. Z tego względu podobne rozwiązania są obecnie wdrażane w Wielkiej Brytanii, Włoszech, Niemczech, Portugalii i na Litwie.

- Analizy National Audit Office (NAO) z Wielkiej Brytanii pokazały, że w przypadku chorób narządu ruchu wraz z postępem niepełnosprawności (przy HAQ⁸ > 1) następuje gwałtowny wzrost ryzyka utraty pracy. Co więcej, koszty bezpośrednie leczenia osób z lekką niepełnosprawnością (HAQ 0,5–1) są o połowę niższe niż wówczas, gdy niepełnosprawność się pogłębi i HAQ przekroczy wartość 2⁹. Dzięki wczesnej diagnostyce i włączeniu odpowiedniego leczenia można znacznie opóźnić postęp choroby, a w niektórych przypadkach uzyskać stan remisji. Takie działania nie tylko sprzyjają ograniczeniu całkowitych kosztów choroby, lecz także zmniejszają prawdopodobieństwo utraty zatrudnienia przez chorego. Należy również pamiętać, że niepełnosprawność zarówno ogranicza produktywność osoby, której ona dotyczy, jak i wpływa negatywnie na całą jego rodzinę. Oznacza to, że w Polsce problem ten odnosi się do około 2,1 mln gospodarstw domowych. Dochód na osobę w gospodarstwie z niepełnosprawnymi jest o około 22% niższy, niż w gospodarstwach bez takich osób.
- W Polsce istotne ograniczenie dla prowadzenia skutecznej polityki redukującej negatywny wpływ niecałkowitej sprawności pracowników na rynek pracy stanowi brak koordynacji działań różnych systemów i instytucji w celu zapobiegania niepełnosprawności lub udzielanie pomocy dopiero w momencie jej wystąpienia. Poczynania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) w ramach rehabilitacji leczniczej, której celem jest prewencja przedrentowa, nie są skoordynowane i wzmocnione przez działania w ramach systemu ochrony zdrowia. Instytucje, takie jak np. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), mogą pomagać jedynie osobom z orzeczoną niepełnosprawnością. Oznacza to, że w wielu przypadkach podejmowane działania są spóźnione i krótkoterminowe, a przez to ich skuteczność jest ograniczona. Co więcej, koszty z tego tytułu ponoszone we wszystkich sektorach są wyższe z uwagi na narastający problem niepełnosprawności, który prowadzi do wykluczenia społecznego osób i pogorszenia jakości życia.

⁷ L. Abásolo, et al., A Health System Program To Reduce Work Disability Related to Musculoskeletal Disorders, *Ann Intern Med.* 2005; 143: 404–414.

⁸ The Health Assessment Questionnaire – kwestionariusz umożliwiający określenie długofalowego wpływu choroby przewlekłej na życie pacjenta.

⁹ D. Xu, C. Groom, M. Taylor, *Economic Models of Identification and Treatment of Early Rheumatoid Arthritis*, National Audit Office 2009.

2.2. Rekomendacje

Mając na względzie powyżej przedstawione argumenty, zespół ekspertów projektu *Konstruktywni* rekomenduje:

- Podnoszenie wieku emerytalnego w Polsce ograniczy negatywny wpływ procesu starzenia się populacji na rynek pracy jedynie wówczas, jeśli się uda utrzymać w zdrowiu populację osób w wieku przedemerytalnym. W przeciwnym razie osoby te, zamiast pozostać aktywnymi zawodowo, zostaną zmuszone do przejścia na rentę chorobową. Jest to zadanie trudne z uwagi na problem wielochorobowości, rosnący odsetek osób z otyłością i nadwagą oraz stale wysokie wskaźniki konsumpcji produktów tytoniowych. By utrzymać osoby w piątej i szóstej dekadzie życia w zdrowiu, konieczne jest podjęcie działań wyprzedzających, opartych przede wszystkim na profilaktyce i edukacji. W tym celu należy przełamać jedną z podstawowych barier w rozwoju polityki zdrowego i aktywnego starzenia się, czyli silosowość polityki poszczególnych ministerstw i urzędów. Trzeba dążyć do zacieśniania współpracy w tym obszarze między Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Finansów, Ministerstwem Gospodarki, Ministerstwem Edukacji Narodowej oraz Ministerstwem Sportu i Turystyki. Przykładem takiego potencjalnego działania międzysektorowego byłaby integracja procesu edukacji, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz aktywnego wsparcia w wejściu na rynek pracy, utrzymaniu oraz powrocie do pracy dla osób, które z powodów zdrowotnych są zagrożone długotrwałą absencją czy niepełnosprawnością.
- Należy podjąć instytucjonalne działania wspierające pracodawcę i pracownika w zakresie przeciwdziałania negatywnym następstwom chorób przewlekłych, a w szczególności w zakresie schorzeń mięśniowo-szkieletowych i przewlekłych chorób zapalnych mediowanych immunologicznie. Choroby te postępują szybko (szczególnie na tle zapalnym), skutkując wzrostem niesprawności oraz ograniczeniem produktywności. Poprzez odpowiednio zaplanowaną i zorganizowaną profilaktykę możliwe jest wprowadzenie młodych ludzi na rynek pracy oraz utrzymanie aktywności zawodowej osób już pracujących. Następstwem tych działań będzie również zmniejszenie absencji chorobowej (a także nieefektywnej obecności w pracy). Rozwiązanie to jest korzystne dla wszystkich interesariuszy systemu:

- Największym beneficjentem wspomnianych działań będzie pracownik, który dzięki wcześniejszej interwencji dłużej zachowa zdrowie, co przełoży się na utrzymanie jakości życia i możliwość rozwoju zawodowego. Edukacja oraz doradztwo zawodowe pozwoli młodym ludziom wejść na rynek pracy z przystosowaniem ich możliwości i ograniczeń zawodowych do określonych profili zawodowych. Ograniczone zostaną również negatywne następstwa niepełnosprawności, takie jak np. pogorszenie statusu

społeczno-ekonomicznego. Z kolei działania edukacyjne ułatwią choremu szybsze i lepsze dostosowanie się do zmian spowodowanych chorobą, co ograniczy ich negatywne następstwa i wpłynie pozytywnie na ogólny stan zdrowia.

- Dla pracodawcy wprowadzenie nowych rozwiązań oznacza ograniczenie konieczności rotacji pracowników (a także wydatków z tym związanych), kosztów związanych ze spadkiem produktywności pracowników z chorobami przewlekłymi, czyli przede wszystkim absencji chorobowej i nieefektywnej obecności w pracy. Działania edukacyjne skierowane do pracodawców pozwolą im lepiej zrozumieć problemy pracowników z chorobami przewlekłymi, a także dopasować warunki pracy oraz zadania do ich potrzeb i możliwości, podnosząc w ten sposób efektywność.
 - Dla systemu opieki zdrowotnej utrzymanie pracowników w zdrowiu w pierwszym okresie oznacza większe nakłady na wczesną diagnostykę i szeroko rozumianą rehabilitację, później zaś przełoży się to na mniejsze koszty leczenia zaawansowanej postaci choroby.
 - Dla systemu zabezpieczenia społecznego utrzymanie pracownika na rynku pracy oznacza dłuższy okres składkowy oraz ograniczenie kosztów związanych z absencją chorobową, jak również rentami i zasiłkami. W skali makro postulowane zmiany przyczynią się do zwiększenia PKB i konkurencyjności polskiej gospodarki.
 - Sumaryczny bilans ekonomiczny z punktu widzenia państwa jest znacznie bardziej korzystny, jeżeli pracownik zostanie utrzymany na rynku pracy. Inwestycja w zdrowie jest opłacalna, choć z perspektywy poszczególnych resortów (np. zdrowia) bilans może być ujemny. Dlatego dyskusja na temat wprowadzenia nowych rozwiązań dotyczących ograniczenia wpływu chorób przewlekłych (a w szczególności tych o podłożu zapalnym) na rynek pracy winna mieć charakter ponadsektorowy.
- Postulowane działania winny obejmować:
 - Edukację skierowaną do pracodawców i pracowników, obejmującą zarówno kwestie związane z wpływem choroby na zdolność do pracy, jak i promocję aktywnego i zdrowego trybu życia.
 - Wczesną diagnostykę opartą na nisko kosztowych i powszechnie dostępnych metodach, a także dostęp do efektywnego leczenia, co zmniejszy ryzyko i wydatki związane z powikłaniami.
 - Powszechny dostęp do rehabilitacji już w pierwszym okresie choroby, gdy jest ona najbardziej efektywna i minimalizuje ryzyko utraty zatrudnienia.
 - Ergonomizację stanowiska pracy pod kątem potrzeb osób z ograniczoną sprawnością.

- Efektywną współpracę lekarz–pacjent–pracodawca w celu ograniczenia wpływu choroby oraz utrzymania zdolności pracownika do pracy.
- Doradztwo zawodowe uwzględniające stan zdrowia pracownika oraz prawdopodobny dalszy przebieg choroby.
- Zmianę roli lekarza medycyny pracy na działania wspierające aktywność zawodową pacjenta oraz doradztwo pracodawcom.
- Zwiększenie zachęt do partycypacji w rynku pracy dla osób już chorych lub niepełnosprawnych, polegające na odejściu od modelu kompensującego niższe dochody z zatrudnienia (lub ich brak) w stronę zachęt do wchodzenia oraz pozostania na rynku pracy.

3. Opis projektu *Konstruktywni*

3.1. Historia

Koncepcja projektu *Konstruktywni* zrodziła się na bazie wniosków z raportu *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce* (1). Raport *Zdolni do pracy?* powstał zaś w ramach projektu Fit-for-Work prowadzonego w całej Europie przez The Work Foundation¹⁰. Autorzy wspomnianego opracowania wskazują, że **zrównoważony rozwój Polski będzie możliwy przede wszystkim dzięki pozyskaniu i utrzymaniu wykwalifikowanej siły roboczej. Jedynym z warunków osiągnięcia tego celu jest ograniczenie zjawiska zbyt wczesnego opuszczania rynku pracy ze względu na problemy zdrowotne uniemożliwiające wykonywanie obowiązków zawodowych.** Szacuje się, że niemal 10 procent osób w wieku produkcyjnym w Polsce nie pracuje z powodu całkowitej bądź częściowej niepełnosprawności. Można przypuszczać, że bez podjęcia zdecydowanych działań odsetek ten ulegnie zwiększeniu, co jest związane między innymi ze starzeniem się populacji, a więc również zwiększaniem średniego wieku osób pracujących.

Istotne znaczenie dla podjęcia tematu miały również wnioski i rekomendacje przedstawione w dokumencie *Zdrowe starzenie się: Biała Księga* (2). Dotyczy to przede wszystkim konieczności prowadzenia przez państwo polskie aktywnej polityki, obejmującej edukację prozdrowotną oraz budowanie systemowych rozwiązań sprzyjających kształtowaniu postaw prozdrowotnych już od najmłodszych lat. Polityka ta winna być rozszerzona na zakłady pracy z włączeniem pracodawców, szczególnie w zakresie prewencji i profilaktyki zdrowotnej (2). Autorzy *Białej Księgi* wskazali również na konieczność odejścia od polityki silosowej z uwagi na ponadsektorowy charakter koncepcji zdrowej i aktywnej starości.

Realizacja projektu *Konstruktywni* była możliwa dzięki grantowi, który został ufundowany przez firmę AbbVie. Biorąc pod uwagę problematykę projektu, jego prowadzenie powierzono Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się. Realizację przedsięwzięcia rozpoczęto w listopadzie 2013 r. Zakończenie prac planowane jest na grudzień 2015 r.

W ramach projektu *Konstruktywni* powstała strona internetowa znajdująca się pod adresem www.konstruktywni.org.pl. Osoby zainteresowane mogą na niej znaleźć najnowsze informacje dotyczące projektu, a także zapoznać się ze wcześniej opisaną bazą wiedzy. Wszystkie raporty przygotowane w ramach projektu są tam dostępne w formie elektronicznej.

¹⁰ The Work Foundation została utworzona przez Lancaster University w celu prowadzenia analiz dotyczących pracy oraz jej przyszłości.



Rycina 1. Strona internetowa projektu *Konstruktywni*

3.2. Cele projektu

Głównym celem projektu jest wypracowanie rozwiązań systemowych ukierunkowanych na zapobieganie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy z powodów zdrowotnych oraz sprzyjanie szybszemu powrotowi do pracy. Celem projektu jest również likwidacja barier w pozyskaniu pracy przez osoby nie w pełni sprawne jako istotnego czynnika samorealizacji. Działania podejmowane w jego ramach mają sprzyjać rozwojowi społeczeństwa poprzez tworzenie rozwiązań ukierunkowanych na przywrócenie i utrzymanie zdrowia o wysokiej jakości.

Do celów szczegółowych projektu należy między innymi:

- wykazanie potrzeby oraz możliwości zmniejszenia kosztów pośrednich przewlekłych chorób zapalnych uwarunkowanych immunologicznie (IMIDs), dzięki skutecznemu postępowaniu diagnostycznemu, leczniczemu oraz rehabilitacyjnemu;
- promocja pojęcia „inwestycja w zdrowie społeczeństwa”, w tym również uznanie nakładów na ochronę zdrowia za inwestycję w rozwój kapitału ludzkiego, a nie za koszt obciążający budżet państwa;
- wprowadzenie do debaty publicznej określeń: zdolność do pracy (ang. *workability*), nieefektywna obecność w pracy (ang. *presenteeism*) oraz absencja (ang. *absenteeism*);

- kontynuacja przedsięwzięcia Fit-for-Work (realizowanego w Polsce pod nazwą *Zdolni do pracy?*) oraz badania Move to Work, zgodnie z wytycznymi inicjatywy *Aktywnego i zdrowego starzenia się* (ang. *Active and Healthy Ageing*);
- wprowadzenie nowych rozwiązań optymalizujących wykorzystanie istniejących zasobów ukierunkowanych na zmniejszenie wpływu chorób przewlekłych na rynek pracy.

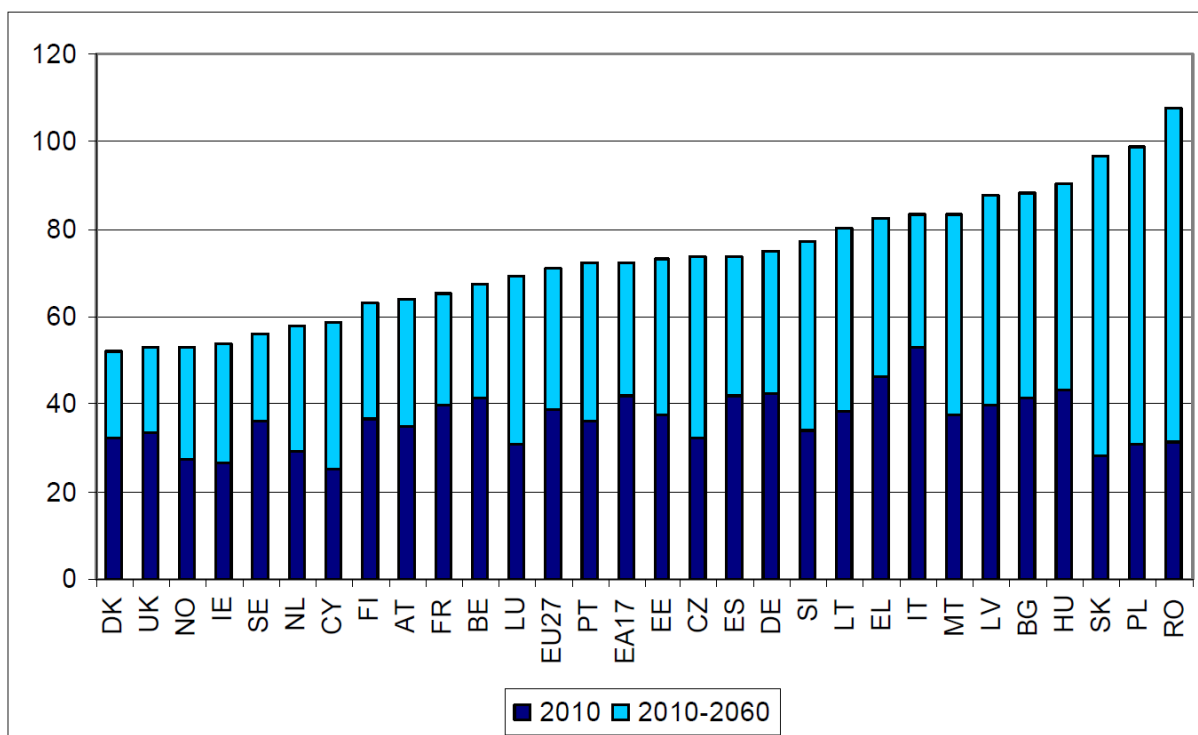
3.3. Opis działań realizowanych w ramach projektu *Konstruktywni*

3.3.1. Baza wiedzy (raporty eksperckie)

Jednym z podstawowych działań przewidzianych w ramach projektu *Konstruktywni* było opracowanie szerokiej bazy wiedzy dotyczącej związku między rynkiem pracy a problemami zdrowotnymi populacji, ze szczególnym uwzględnieniem przewlekłych chorób zapalnych uwarunkowanych immunologicznie (IMIDs). Baza wiedzy powstała na podstawie serii raportów eksperckich dotyczących omawianej problematyki. Celem tego działania było zebranie oraz upowszechnienie wiedzy opartej na wiarygodnych źródłach naukowych. Dodatkowo, poprzez zastosowanie holistycznego podejścia, ukazano ponadsektorowy charakter omawianego zjawiska, znacznie wychodzący zarówno poza zakres polityki zdrowotnej, jak i społecznej państwa.

a) Aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu: doświadczenia europejskie i wnioski dla Polski

Raport *Aktywne starzenie się w dobrym zdrowiu: doświadczenia europejskie i wnioski dla Polski* opracowany został przez demoseUROPA – Centrum Strategii Europejskiej w styczniu 2014 r. Dokument zwraca uwagę między innymi na kwestię wpływu zmian demograficznych na rosnące koszty dla systemu emerytalnego oraz ochrony zdrowia. **Obserwowane w Polsce wydłużenie się spodziewanej długości trwania życia oraz niski poziom dietywności przekładają się na niekorzystne prognozy dotyczące rynku pracy i kwestii zabezpieczenia społecznego.** W okresie najbliższych pięćdziesięciu lat (2010–2060) przewiduje się radykalny wzrost również wskaźnika efektywnego obciążenia demograficznego (ang. *effective economic old-age dependency ratio*), czyli stosunku osób nieaktywnych zawodowo w wieku 65 lat i więcej do populacji osób zatrudnionych w wieku 15–64. W skali Unii Europejskiej ten wskaźnik ma się zwiększyć z 39% w 2010 do 71% w 2060 r. (rycina 2). Prognozy dla Polsce są tu wyjątkowo niekorzystne. **Według przewidywań wskaźnik efektywnego obciążenia demograficznego dla naszego kraju w 2060 r. wyniesie blisko 100% (3).** Innymi słowy, na każdą osobę pracującą (w wieku 15–64 lata) będzie przypadać jedna osoba nieaktywna zawodowo w wieku 65 lat i więcej.



Rycina 2. Wskaźnik efektywnego obciążenia demograficznego w Europie w 2010 i 2060

Źródło: *Ageing Report 2012*, s. 31, Komisja Europejska 2012 r.

Starzenie się populacji istotnie wpływa również na system opieki zdrowotnej. W 1990 r. wydatki na zdrowie w Unii Europejskiej (liczone dla 27 krajów) wyniosły 5,9% produktu krajowego brutto (PKB). W 2010 r. było to już 7,2% PKB. Przewiduje się, że do 2060 r. wydatki na służbę zdrowia mogą wzrosnąć do poziomu 8,5% PKB, chociaż według niektórych scenariuszy udział ten wyniesie aż 9,9%. W Polsce wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2010 r. wyniosły 4,9% PKB, a więc istotnie poniżej średniej europejskiej. Według prognoz przedstawionych w dokumencie *Ageing Report* przez Komisję Europejską spodziewany wzrost wydatków publicznych w Polsce na ochronę zdrowia (w punktach procentowych PKB) w perspektywie 2010–2060 będzie jednym z najwyższych w Europie i wyniesie od 1 do 3,9 pp. PKB (3). Konieczne staje się więc takie podejście do planowanych wydatków na zdrowie, które optymalizowałoby korzyści z tej inwestycji. Przykładem tego rodzaju „opłacalnych” działań jest zapobiegania trwałej niepełnosprawności, będącej następstwem chorób przewlekłych.

Autorzy raportu na podstawie przedstawionych informacji wskazują na konieczność podjęcia odpowiednich działań politycznych. Mowa tu między innymi o promocji późniejszego przechodzenia na emeryturę oraz wzroście faktycznego wieku odchodzenia z rynku pracy. Według danych ZUS w 2014 r. średni wiek kobiet przechodzących na emeryturę wyniósł 59,8, a mężczyzn 61 lat (4). To jedne z najniższych wartości w Europie. Dla porównania: obecnie w Szwecji faktyczny wiek odchodzenia z rynku pracy to około 64 lata. Wskazane jest wycofywanie się w Polsce z systemów wcześniejszych

emerytur oraz dbanie o perspektywy zatrudnienia osób starszych. **Jednak zmiany te nie przyniosą oczekiwanych rezultatów, jeśli osoby w wieku aktywności zawodowej nie będą zdolne (z powodów zdrowotnych) pozostać przez dłuższy czas na rynku pracy.** Dlatego konieczna jest szeroka implementacja koncepcji zdrowego i aktywnego starzenia się (ang. *Healthy and Active Ageing*) w sferę polityki (przełamując dotychczasowe silosowe/sektorowe podejście) oraz na różnych poziomach i szczeblach władzy. Szczególna rola w tym procesie przypada władzy centralnej. Winna być ona zarówno promotorem nowej filozofii polityki zdrowotnej, jak i organizatorem nowego – zintegrowanego – sposobu zarządzania służbą zdrowia, polityką społeczną i rynkiem pracy.

b) Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby – epidemiologia – uwarunkowania ekonomiczne

Raport *Przewlekłe choroby zapalne – naturalna historia choroby – epidemiologia – uwarunkowania ekonomiczne* został opracowany przez zespół Dane-i-analazy w 2014 roku. Głównym jego celem było przedstawienie epidemiologii wybranych jednostek chorobowych należących do grupy IMIDs na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z lat 2008–2010 oraz porównanie ich z danymi pochodzącymi z literatury światowej. Analizą objęto reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK), młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS), łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), łuszczycę plackowatą, chorobę Leśniowskiego-Crohna (ChLC) oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Doniesienia naukowe wskazują, że rozpowszechnienie chorób IMIDs w populacji jest zróżnicowane w zależności od ich rodzaju oraz rozmaitych czynników, takich jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania itp. Mimo istniejących ograniczeń dane NFZ stanowią cenne źródło informacji o liczbie pacjentów widocznych w systemie ochrony zdrowia, a także pośrednio o epidemiologii chorób zapalnych o podłożu immunologicznym (IMIDs). Uzyskane w trakcie analiz dane zostały przedstawione w tabeli 1.

Na podstawie przeprowadzonych analiz zaobserwowano, że epidemiologia przewlekłych chorób zapalnych o podłożu immunologicznym w Polsce (określona na podstawie danych NFZ) kształtuje się na podobnym poziomie jak w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej (dane z badań epidemiologicznych). Łuszczycyca i RZS to najbardziej rozpowszechnione w Polsce przewlekłe choroby zapalne spośród omawianych w raporcie. Odsetek leczonych na łuszczycę w populacji Polski szacowany jest na 0,34% (ok. 140 tys. osób), podczas gdy najniższe wskaźniki chorobowości podawane w literaturze wskazują na 0,6% populacji chorującej na tę chorobę. Koszty bezpośrednio z nią związane określone są na około 30 mln zł rocznie, podczas gdy wszystkie usługi medyczne dostarczone tej populacji (wynikające między innymi z chorób współistniejących) kosztują budżet NFZ ponad 500 mln zł rocznie (2010).

Tabela 1. Porównanie chorobowości na świecie z danymi o liczbie leczonych w Polsce w roku 2010

Schorzenie	Chorobowość na świecie (%)	Chorobowość w próbie NFZ (%)	Szacowana liczba chorych w Polsce
Łuszczyca	0,6–4,8	0,34	131 258
Reumatoidalne zapalenie stawów	0,5–1,0	0,42	162 300
Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów	0,01–0,02	0,06	7 311
Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa	0,15–1,4	0,06	24 020
Łuszczycowe zapalenie stawów	0,02–0,2	0,01	3 938
Choroba Leśniowskiego-Crohna	0,04–0,05	0,03	12 863
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	0,01–0,1	0,12	44 431

Źródło: Dane i analizy na podstawie danych NFZ.

Odsetek leczonych z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów szacowany jest na 0,42% populacji (ok. 162 tys. osób), podczas gdy wskaźniki chorobowości z danych literaturowych rozciągają się od 0,5% do 1% populacji innych krajów. Koszty bezpośrednio związane z leczeniem RZS to ponad 200 mln zł rocznie, a ogół kosztów generowanych przez pacjentów z tym schorzeniem wynosi 1,2 mld zł w skali roku.

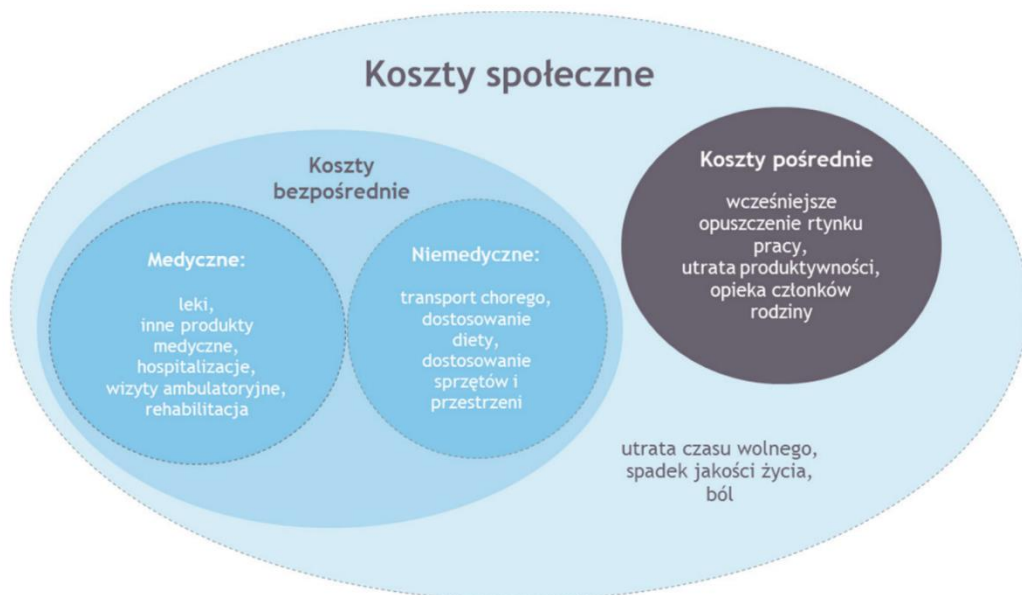
Z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna leczonych jest ok. 0,03% populacji, czyli szacunkowo ok. 13 tys. osób. Wartości te są bardzo zgodne z danymi o chorobowości z populacji poszczególnych krajów (0,04–0,05%). Wydatki na jej leczenie szacuje się na 25 mln zł rocznie, podczas gdy wszystkie usługi medyczne finansowane przez NFZ wynoszą ok. 140 mln zł.

Analiza wydatków ponoszonych przez NFZ na leczenie wskazuje między innymi, iż w przypadku chorób zapalnych mediowanych immunologicznie (IMIDs) w każdym kolejnym roku choroby (na trzy obserwowane lata) odnotowuje się istotny, gdyż aż 20-, 30-procentowy wzrost kosztów leczenia, co jest związane z postępem choroby.

c) Przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie — ocena kosztów pośrednich w Polsce

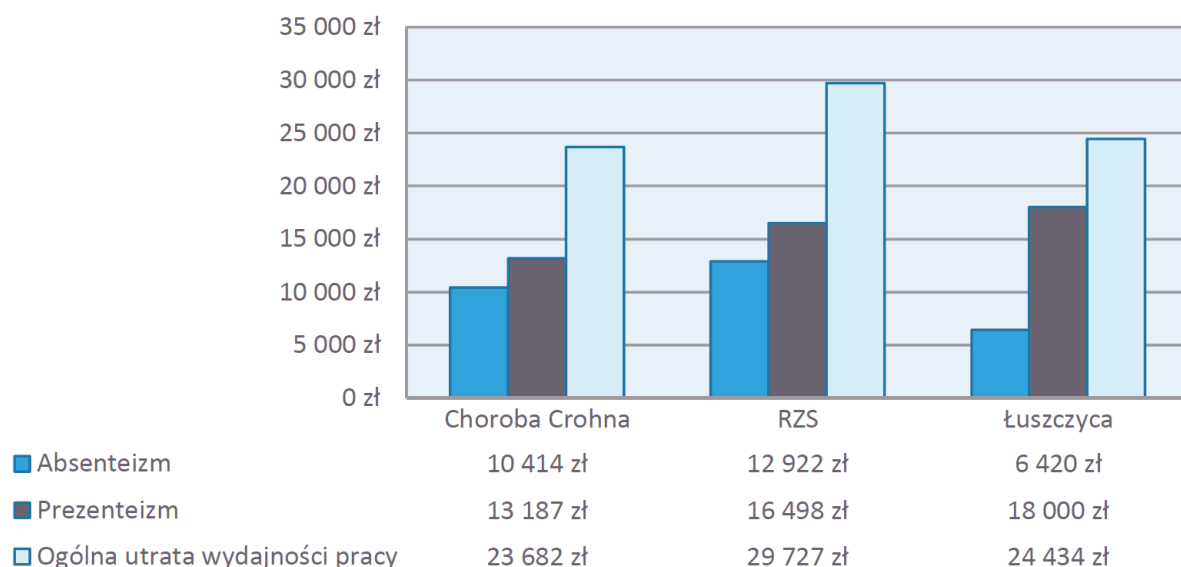
Raport *Przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie — ocena kosztów pośrednich w Polsce* został opracowany przez Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC). Przedstawia problematykę kosztów pośrednich ponoszonych w związku z ograniczoną zdolnością do pracy osób cierpiących na IMIDs. Analiza została oparta na wynikach badania *Move to Work — Wydajni w pracy* (M2W), które stanowiło kontynuację podejścia zaprezentowanego w międzynarodowym projekcie *Zdolni do pracy? (Fit for Work)*. Autorzy

skoncentrowali uwagę na trzech wybranych chorobach należących do grupy IMIDs: reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS), łuszczycy oraz chorobie Leśniowskiego-Crohna (ChLC). Choroby te mają charakter przewlekły i występują często wśród osób w wieku produkcyjnym. Prowadzą do znacznej utraty wydajności pracy oraz ograniczają możliwość rozwoju zawodowego. RZS w zaawansowanej postaci wiąże się z niepełnosprawnością oraz koniecznością opuszczenia rynku pracy.



Rycina 3. Podział kosztów występujących w analizach wpływu choroby na społeczeństwo

Źródło: Raport *Przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie – ocena kosztów pośrednich w Polsce*, CEESTAHC 2014.



Rycina 4. Roczny koszt pośredni związany z absenteizmem, prezenteizmem i ogólną utratą wydajności pracy (na osobę)

Źródło: Raport *Przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie – ocena kosztów pośrednich w Polsce*, CEESTAHC 2014.

Roczne koszty pośrednie wynikające z absenteizmu (nieobecność w pracy) oraz prezenteizmu (nieefektywna obecność w pracy) w przeliczeniu na jednego chorego¹¹ zostały przedstawione na rycinie 4. **Biorąc to pod uwagę oraz na podstawie danych epidemiologicznych, a także informacji na temat poziomu zatrudnienia w analizowanych grupach oszacowano, że łączne roczne koszty utraty wydajności z powodu ChLC, RZS i łuszczycy wynoszą odpowiednio: 0,08 mld zł, 1,56 mld zł oraz 7,92 mld zł.**

Autorzy opracowania wykonali także alternatywną analizę kosztów, z wykorzystaniem danych z portalu statystycznego ZUS, mającą na celu zaprezentowanie kosztu pośredniego ponoszonego przez społeczeństwo z powodu długoterminowej nieobecności na rynku pracy. **Łączne koszty absencji chorobowej oraz rent z tytułu niezdolności do pracy w ChLC, RZS i łuszczycy wyniosły odpowiednio 43,2 mln zł, 413,4 mln zł oraz 76,8 mln zł.**

Wyniki badania Move to Work wskazują także na kierunki profilaktyki, które różne instytucje winny podejmować. RZS jest chorobą najszybciej obciążającą pacjenta i prowadzącą do niepełnosprawności. Główne działania powinny być skierowane więc na wczesną diagnostykę, skuteczne leczenie oraz dostosowanie warunków pracy. W przypadku łuszczycy istotne znaczenie mają szczególnie warunki w miejscu pracy, gdyż choroba ta bardzo intensywnie wpływa na efektywność zawodową pracownika.

Wyniki analizy przeprowadzonej przez autorów opracowania wskazują również, iż koszty społeczne choroby stanowią istotne obciążenie do społeczeństwa. Co więcej, dotychczas koszty te nie były brane pod uwagę przy formułowaniu strategii działania instytucji publicznych. Jest to sytuacja wyjątkowo niekorzystna, szczególnie gdy weźmie się pod uwagę fakt, iż Polska weszła w okres szybkiego starzenia się populacji, co będzie miało istotne przełożenie na starzenie się siły roboczej. **Z tego względu konieczne jest podjęcie skutecznych działań idących w kierunku utrzymania jak najdłuższej na rynku pracy populacji w wieku produkcyjnym, w tym również stale rosnącej grupy osób z chorobami przewlekłymi.**

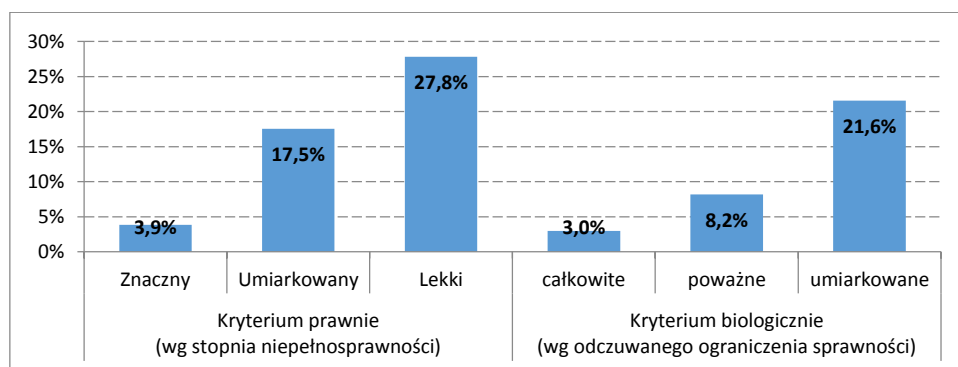
d) Społeczno-ekonomiczne skutki niepełnosprawności i niepełnej sprawności na przykładzie przewlekłych chorób zapalnych na tle autoagresywnym (IMID)

Raport *Społeczno-ekonomiczne skutki niepełnosprawności i niepełnej sprawności na przykładzie przewlekłych chorób zapalnych na tle autoagresywnym (IMID)* został przygotowany przez firmę Verbis na przełomie 2014 i 2015 roku. Jedną z kluczowych kwestii poruszonych w opracowaniu był problem wielości dostępnych i stosowanych definicji niepełnosprawności. Najczęściej w literaturze naukowej kwestia ta prezentowana jest w ujęciu prawnym lub biologicznym. **Z danych Głównego Urzędu**

¹¹ Wykorzystano metodę liczenia kosztów pośrednich na podstawie produktu krajowego brutto (PKB).

Statystycznego (GUS) wynika, że definicję niepełnosprawności prawnej spełnia w Polsce 3,1 mln osób, a biologicznej 4,2 mln. Należy jednak zauważyć, że problem ten winien być rozpatrywany nie tylko w perspektywie pojedynczej osoby, lecz także rodziny i całego gospodarstwa domowego. W przypadku niepełnosprawności dziecka częstą sytuacją jest rezygnacja z pracy zawodowej jego matki. Według szacunków GUS liczba gospodarstw domowych z osobą niepełnosprawną sięga 2,7 mln (22,1% ogółu). Oznacza to, że osób dotkniętych problemem niepełnosprawności pośrednio lub bezpośrednio jest w Polsce około 7,8 mln, choć dane te mogą być niedoszacowane.

Niepełnosprawność ma wpływ na wiele aspektów ludzkiego życia, w tym również na pracę zawodową. W ogólnej populacji osób w wieku produkcyjnym udział zatrudnionych wynosi około 59%, podczas gdy w populacji osób niepełnosprawnych (tj. spełniających kryterium prawne lub biologiczne) w tym wieku spada on do 16% (20% wśród mężczyzn i 13% wśród kobiet). Aktywność osób niepełnosprawnych na rynku pracy jest silnie zróżnicowana w zależności od stopnia utraty sprawności. Szczegółowo przedstawia to rycina 5.



Rycina 5. Udział pracujących w zależności od stopnia utraty sprawności

Źródło: GUS.

Autorzy raportu zwracają uwagę również na problem zachodzących zmian demograficznych, które istotnie wpłyną na rynek pracy. Zgodnie z prognozą GUS liczba osób w wieku 18–64 lata między 2010 a 2020 rokiem ma spaść z 24,6 mln do 22,5mln, a więc o ponad 2 mln. By skompensować wpływ tego ubytku na gospodarkę, konieczne jest istotne zwiększenie wskaźnika zatrudnienia w grupie osób w wieku produkcyjnym. Tego rodzaju działania przewidziane są w dokumentach strategicznych. Między innymi Strategia Rozwoju Kraju 2020 zakłada wzrost wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20–64 z 64,6% w 2010 r. do poziomu 71% w 2020 roku (5). Nie będzie to możliwe, jeśli nie zostaną podjęte działania na rzecz wzrostu poziomu zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

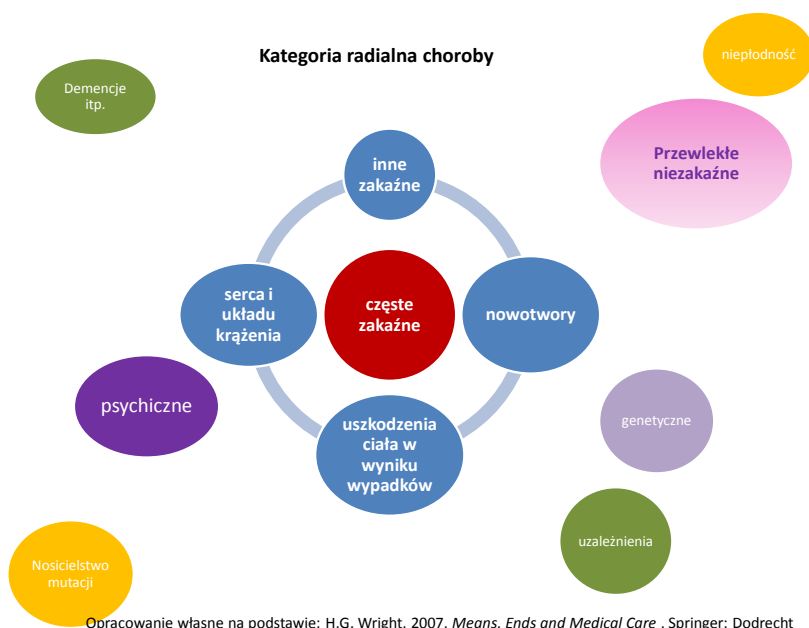
Na podstawie zebranych informacji autorzy raportu przedstawili wiele postulatów dotyczących koniecznych zmian w systemie zarządzania problemem niepełnosprawności w Polsce. Dotyczą one

między innymi **zwiększenia zachęt dla osób niepełnosprawnych do partycypacji w rynku pracy. Aby to osiągnąć, należy odejść od modelu kompensującego niższe dochody z zatrudnienia lub ich brak w stronę zachęt do wchodzenia na rynek pracy.** Tak się nie stanie, o ile równocześnie nie zajdą zmiany w systemie opieki zdrowotnej. **Należy uwzględnić cel, jakim jest zdolność powrotu na rynek pracy, jako jedno z kryteriów doboru narzędzi interwencji. Dodatkowo konieczne jest zintegrowanie procesu leczenia z rehabilitacją oraz aktywnym wsparciem w powrocie do pracy (lub jej utrzymaniu) osób długotrwale chorych oraz niepełnosprawnych.**

e) *Obraz chorób reumatycznych i łuszczycy w dyskursie potocznym i prasowym*

Raport *Obraz chorób reumatycznych i łuszczycy w dyskursie potocznym i prasowym* został opracowany przez grupę ekspertów pod kierunkiem Marii Libury. Poruszane są w nim między innymi kwestie związku między treściami prezentowanymi w środkach masowego przekazu a postawą społeczeństwa i jednostek wobec zdrowia i choroby.

Odbiór społeczny danej jednostki chorobowej czy schorzenia w znacznej mierze uzależniony jest od tego, do jakiej kategorii zostanie ono zakwalifikowane przez media oraz społeczeństwo. **Choroby reumatyczne, jak i łuszczycy, stanowią przykład przewlekłych chorób niezakaźnych.** Z analiz struktury pojęciowej wynika, że tego rodzaju schorzenia stanowią peryferyjne elementy potocznej kategorii CHOROBA (rycina 6). Centralne miejsce zajmują częste choroby zakaźne, np. przebiegająca z gorączką niepowikłana grypa. Im bardziej przebieg choroby odbiega od tego scenariusza, tym mniej groźnie i pilnie jawi się jako zagrożenie dla zdrowia.



Rycina 6. Społeczny obraz choroby

Źródło: opracowanie M. Libury na podstawie: H.G. Wright, *Means, End and Medical Case*, Springer, Dordrecht 2007.

Większość chorób przewlekłych rozwija się w sposób istotnie odmienny od wzorca właściwego dla groźnych chorób zakaźnych o gwałtownym przebiegu. Zapewne stanowi to jedną z przyczyn ich lekceważenia. W tym przypadku działanie podejmowane jest dopiero wówczas, gdy objawy stają się na tyle poważne, że choroba zbliża się do wspomnianego wzorca. Peryferyjność społecznego obrazu niezakaźnych chorób przewlekłych może również stanowić jedną z przyczyn ich niskiej atrakcyjności dla mediów. Nawet w takim kanale komunikacji, jakim jest internet są one słabo reprezentowane. Ugruntowuje to przekonanie o względnej „nieszkodliwości” tych chorób. Istotny problem stanowi również ich potoczny obraz, który jest rozmyty i niepełny – nie wiadomo, co je powoduje i na czym polegają. Istnieje także istotna rozbieżność między obrazem medialnym tych chorób a aktualną wiedzą medyczną.

Spółeczne postrzeganie przewlekłych chorób niezakaźnych jako niezbyt poważnych dolegliwości zdrowotnych nie motywuje także do podejmowania jakichkolwiek działań profilaktycznych. Dotyczy to również ograniczania negatywnych następstw. Na przykład temat rehabilitacji w chorobach reumatycznych jest poruszany jedynie marginalnie. Sytuację pogarsza jeszcze fakt, że zaskakująco dużo wzmianek przywołuje terapie medycyny alternatywnej lub ludowej jako skuteczne metody leczenia. Wśród „sposobów na reumatyzm” pojawiających się na łamach prasowych wymienić można zioła, jad pszczeli czy pierzynę z gęsiego puchu. **Świadczy to o trwałości stereotypu tych chorób, sięgającego jeszcze XIX wieku.**

W przekazach medialnych dotyczących chorób reumatycznych oraz łuszczycy perspektywa zdrowia publicznego oraz ekonomii prezentowana jest w sposób marginalny bądź wcale. Podobny problem dotyczy zagadnienia wpływu badanych chorób na zdolność do pracy. Choć problem niepełnosprawności porusza 25% artykułów dotyczących chorób reumatycznych, a 20% problem bólu przewlekłego, jedynie 5% wspomnianych tekstów wspomina o wynikających z tego trudnościach zawodowych. Podobnie wśród artykułów poświęconych łuszczycy – zaledwie 1 na 21 podejmuje kwestię zdolności do pracy. **Brakuje również informacji na temat skuteczność terapii w powstrzymaniu postępu choroby oraz roli rehabilitacji w procesie leczenia. Tymczasem takie informacje mogłyby być odpowiednikiem działań profilaktycznych znanych ze scenariusza chorób zakaźnych i mogłyby przyczynić się do zmiany zachowań chorych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).**

3.3.2. Projekt *Schorzenia przewlekłe a rynek pracy – badanie możliwości i propozycje działań mających na celu utrzymanie zatrudnienia osób niepełnosprawnych ruchowo*

W ramach projektu *Konstruktywni* Fundacja na rzecz Zdrowego Starzenia się nawiązała w 2014 roku współpracę z Instytutem Rozwoju Służb Społecznych (IRSS), aby razem znaleźć nowe rozwiązania ograniczające wpływ chorób przewlekłych o podłożu immunologicznym na rynek pracy. Przedmiotem współpracy stało się również wspieranie osób niepełnosprawnych w utrzymaniu zatrudnienia. W ten sposób narodziła się koncepcja programu profilaktycznego, skierowanego do osób zagrożonych niepełnosprawnością ze strony narządu ruchu. Ogólnym celem było zmniejszenie ryzyka utraty pracy z tego powodu. Według danych Parlamentu Europejskiego dolegliwości ze strony narządu ruchu dotyczą od 30 do 40% populacji, a więc problem ten ma charakter powszechny.

IRSS we współpracy z Fundacją przygotował wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), który został pozytywnie zaopiniowany. Projekt zakłada opracowanie nowego rozwiązania wspierającego rehabilitację zawodową osób niepełnosprawnych w celu utrzymania ich zdolności do pracy oraz ocenę jego skuteczności. Proponowane rozwiązanie będzie oparte na systemie informatycznym, zawierającym moduły badania przesiewowego, edukacyjno-rehabilitacyjny oraz monitorujący. Zadaniem modułu przesiewowego (screeningowego) będzie ocena stanu zdrowia pracownika oraz jego głównych dolegliwości. Na tej podstawie zostanie ustalone, czy w przypadku danej osoby korzystanie z systemu jest możliwe i zalecane, czy też konieczna jest zewnętrzna pomoc medyczna. Moduł edukacyjno-rehabilitacyjny między innymi będzie zawierać prezentacje ćwiczeń usprawniających oraz zalecenia dotyczące poprawy ergonomii miejsca pracy; wszystko to w formie e-learningu. Zestaw ćwiczeń zostanie zindywidualizowany dla każdego pracownika na podstawie informacji z modułu screeningowego, a więc dostosowany do konkretnych potrzeb. Pozwoli to między innymi na zwiększenie skuteczności całego systemu. Ponadto pracownik za pośrednictwem modułu edukacyjnego otrzyma dostęp do informacji dotyczących profilaktyki zdrowotnej oraz ogólne porady odnoszące się do zdrowego trybu życia. Ostatni z planowanych modułów (moduł monitorujący) ma za zadanie ocenę sposobu korzystania z systemu przez użytkownika oraz ocenę poziomu jego satysfakcji z proponowanych rozwiązań. Szczególna uwaga zostanie poświęcona także kwestii stosowania się do zaleceń prezentowanych przez moduł edukacyjno-rehabilitacyjny.

Skuteczność rozwiązania będzie oceniona za pomocą badania z udziałem grupy poddanej interwencji oraz kontrolnej (bez interwencji). Przed rozpoczęciem badania zostanie dokonany pomiar wstępny, oceniający między innymi poziom sprawności oraz dysfunkcji spowodowanych chorobą u pracowników biorących udział w projekcie. Do tego celu będą wykorzystane między innymi narzędzia

kwestionariuszowe (w tym Health Assessment Questionnaire – HAQ). Każda osoba biorąca udział w badaniu przejdzie również ocenę dokonaną przez zespół fizjoterapeutów. Po upływie 6-miesięcznego okresu obserwacji nastąpi drugi pomiar zawierający te same elementy co pierwszy. Na podstawie porównania wyników między grupą poddaną interwencji i kontrolną będzie możliwe określenie skuteczności proponowanego rozwiązania.

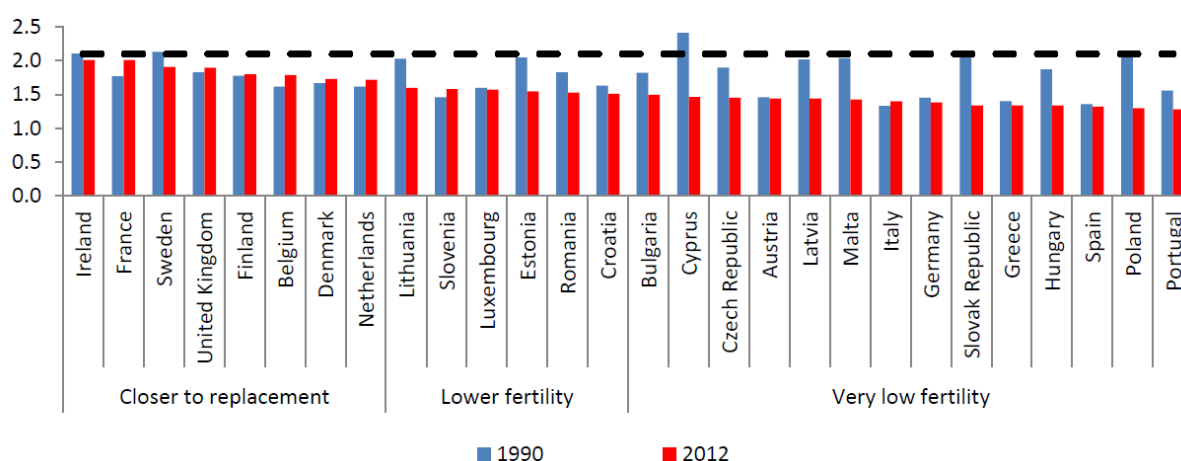
W realizację projektu zaangażowana jest interdyscyplinarna grupa ekspertów związanych z projektem *Konstruktywni*. W jej skład wchodzi zarówno lekarze, fizjoterapeuci, jak i specjaliści zdrowia publicznego oraz przedstawiciele nauk humanistycznych. Proponowane rozwiązanie ma nie tylko cechować się wysoką skutecznością, lecz także wygodą obsługi oraz zorientowaniem na konkretne potrzeby osób niepełnosprawnych. Zgodnie z założeniami musi być również tanie i łatwe w implementacji. Ma to kluczowe znaczenie dla jego upowszechniania, a co za tym idzie – realnego wpływu na obecną sytuację osób niepełnosprawnych. Zakończenie projektu planowane jest na pierwszy kwartał 2017 roku.

4. Diagnoza sytuacji – starzenie się populacji a rynek pracy

4.1. Zmiany demograficzne – starzenie się populacji

Starzenie się populacji to forma przemiany demograficznej typowej dla państw wysoko rozwiniętych. Głównym jego przejawem jest wzrost udziału osób starszych, któremu towarzyszy zwiększanie spodziewanej długości życia. Dodatkowo obserwowany jest spadek dzietności, w którego następstwie nie dochodzi do pełnej zastępowalności pokoleń. W konsekwencji zmienia ulega struktura wieku całej populacji. Zmniejsza się udział ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, a zwiększa w wieku poprodukcyjnym. **Z jednej strony starzenie się populacji stanowi dowód na triumf w kategoriach medycznego, społecznego i gospodarczego postępu (6). Z drugiej strony to poważne wyzwanie dla całego państwa w wymiarze polityki gospodarczej, społecznej oraz zdrowotnej.**

Według najnowszych prognoz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) przeciętne trwanie życia do 2050 r. wydłuży się w stosunku do chwili obecnej o 9 lat dla mężczyzn (do poziomu 82,1) i 6 lat dla kobiet (do poziomu 87,5). Oznacza to również zmniejszenie dysproporcji między płciami. **Polska na tle innych krajów Europy cechuje się dzisiaj relatywnie młodą populacją. Mediana wieku w naszym kraju w 2013 roku wynosiła 39,1 roku (37,4 dla mężczyzn i 40,9 dla kobiet). Porównując, dla całej Unii Europejskiej według danych Eurostatu (2012 r.) jest to 41,9 roku. Jednakże sytuacja Polski do 2050 r. ulegnie drastycznej zmianie. Prognozowana mediana wieku wyniesie wówczas 52,5, a więc o 13,4 roku więcej niż w chwili obecnej. Do 2035 r., a więc w perspektywie najbliższych dwudziestu lat, należy spodziewać się wzrostu mediany wieku do poziomu 48,6 roku (46,7 dla mężczyzn, 50,4 dla kobiet) (7).**



Rycina 7. Współczynnik dzietności w Europie w 1990 i 2012 r.

Źródło: Raport *What's Next in Aging Europe: AGING - aging with growth in Central Europe and the Baltics*, World Bank 2015.

Problem starzenia się populacji w Polsce nie wynika jedynie z wydłużaniem się przeciętnej długości trwania życia. Istotne znaczenie ma tu wyraźny spadek dzietności. **Według danych Banku Światowego**

w Polsce w 2012 r. współczynnik dzietności wyniósł około 1,3 (8). To jeden z najniższych wyników w Europie, świadczący o głębokim kryzysie polityki państwa polskiego w tym obszarze. Należy dodać, że aby zapewnić zastępowalność pokoleń współczynnik dzietności powinien wynosić co najmniej 2,1.

Na tempo starzenia się populacji – poza wydłużeniem się trwania ludzkiego życia oraz poziomem dzietności – wpływa także zjawisko migracji. W przypadku Polski, z uwagi na odpływ osób w wieku mobilnym i długoterminowy charakter migracji, przyspiesza to tempo niekorzystnych zmian w strukturze ludności.

4.2. Prognozy demograficzne dla Polski a rynek pracy

Starzenie się populacji ma istotny wpływ na różne aspekty funkcjonowania państwa. Dotyczy to również gospodarki, a w szczególności rynku pracy. Zmianie ulega między innymi udział osób w wieku produkcyjnym¹² (rycina 8). **W chwili obecnej w Polsce jest około 24,4 mln osób w wieku produkcyjnym, licząc na podstawie założeń nowego systemu emerytalnego¹³, co stanowi 64% populacji naszego kraju. Z aktualnych prognoz GUS wynika, że do roku 2050 liczba ludzi w wieku produkcyjnym zmniejszy się do poziomu 19 mln¹⁴, a więc o 5,4 mln (7). Gdyby nie zmiany w systemie emerytalnym, ubytek ten byłby jeszcze większy i wyniósł ponad 7,4 mln osób.** W tym samym czasie prognozowane jest również zmniejszenie ogólnej liczby ludności Polski z 38,4 mln obecnie do 33,9 mln w 2050 r. (czyli o około 4,5 mln). Należy zauważyć, że spadek liczby ludności w tym okresie będzie mniejszy niż spadek liczby osób w wieku produkcyjnym. Przekłada się to na bardzo niekorzystne zmiany w strukturze ludności według ekonomicznych grup wieku. **Jak już wspomniano, osoby w wieku produkcyjnym to obecnie 64% polskiej populacji. Przewiduje się, że w 2050 r. udział ten wyniesie 56%. Gdyby obowiązywał poprzedni system emerytalny, to odsetek ten stanowiłby zaledwie 49% (rycina 8).**

Dotychczas przedstawione informacje opisywały populację w wieku produkcyjnym. Należy jednak zauważyć, że nie wszystkie osoby z tej grupy są aktywne zawodowo, co ma istotne znaczenie dla rynku pracy. **Według danych GUS w 2014 r. w Polsce było około 17,5¹⁵ mln osób aktywnych zawodowo, co stanowi 56,5% populacji w wieku 15 lat i więcej. Z tej grupy 16,1 mln stanowiły osoby pracujące. Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku produkcyjnym¹⁶ (18–59/64 lata) wyniósł w III kwartale 2014 r.**

¹² Dotychczas wiek produkcyjny był definiowany jako osoby w wieku 18–59 lat w przypadku kobiet i 18–64 w przypadku mężczyzn.

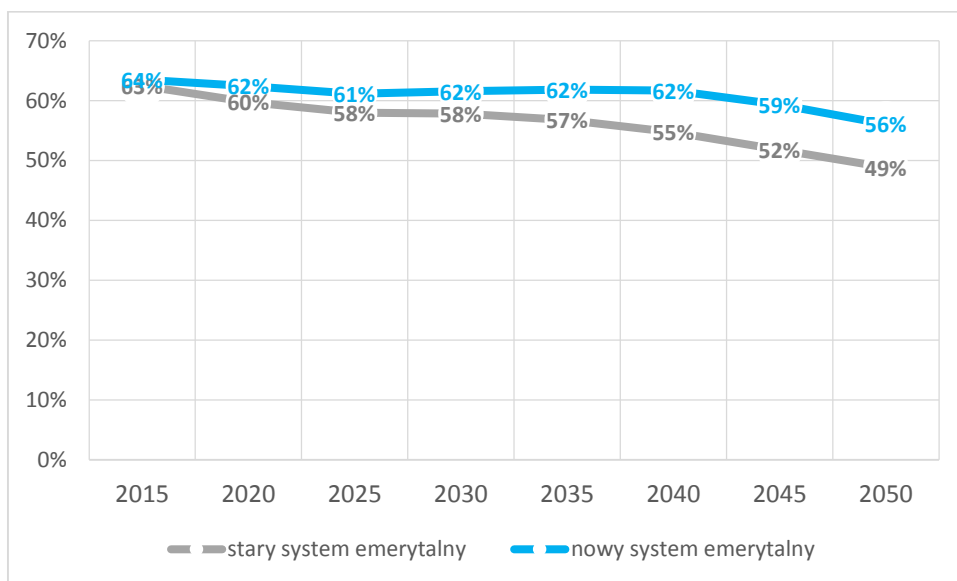
¹³ Licząc na podstawie starego systemu emerytalnego – w 2015 r. w Polsce jest 24 mln osób w wieku produkcyjnym.

¹⁴ Licząc na podstawie starego systemu emerytalnego – w 2050 r. będzie w Polsce 16,6 mln osób w wieku produkcyjnym.

¹⁵ Na podstawie danych z trzech kwartałów 2014 r.

¹⁶ Liczony jako procentowy udział pracujących w wieku produkcyjnym do ogółu osób w tej grupie wieku.

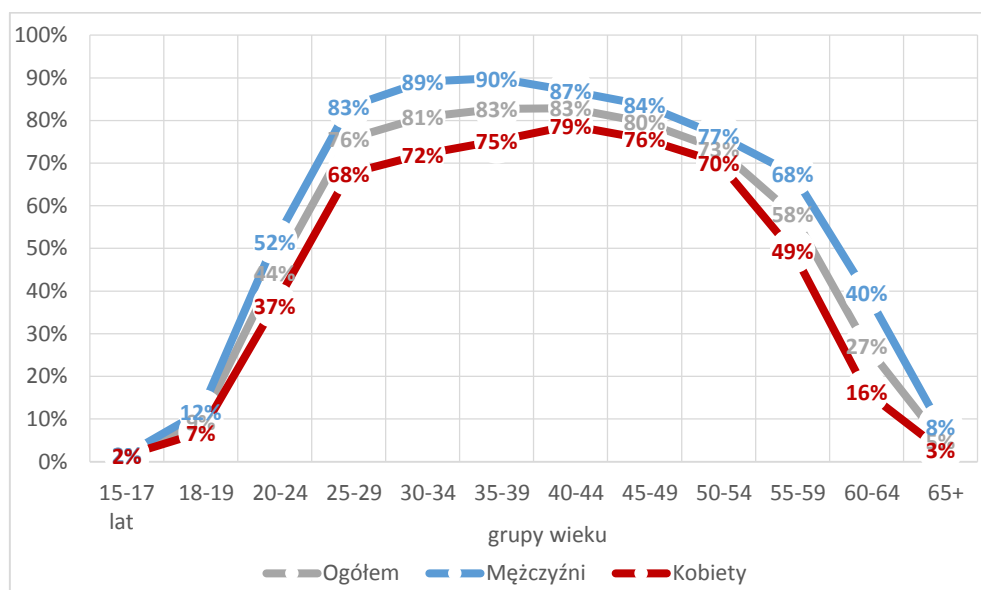
68,4%. W grupie mężczyzn było to 72,7%, a kobiet 63,6%. Różnica między płciami pod względem poziomu zatrudnienia jest jeszcze większa, jeśli analizuje się ją dla całej grupy w wieku 15 lat i więcej. Wówczas dla mężczyzn w III kw. 2014 r. wskaźnik wynosi 60,3%, a dla kobiet 44,1% (9).



Rycina 8. Udział osób w wieku produkcyjnym w polskiej populacji według starego i nowego systemu emerytalnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

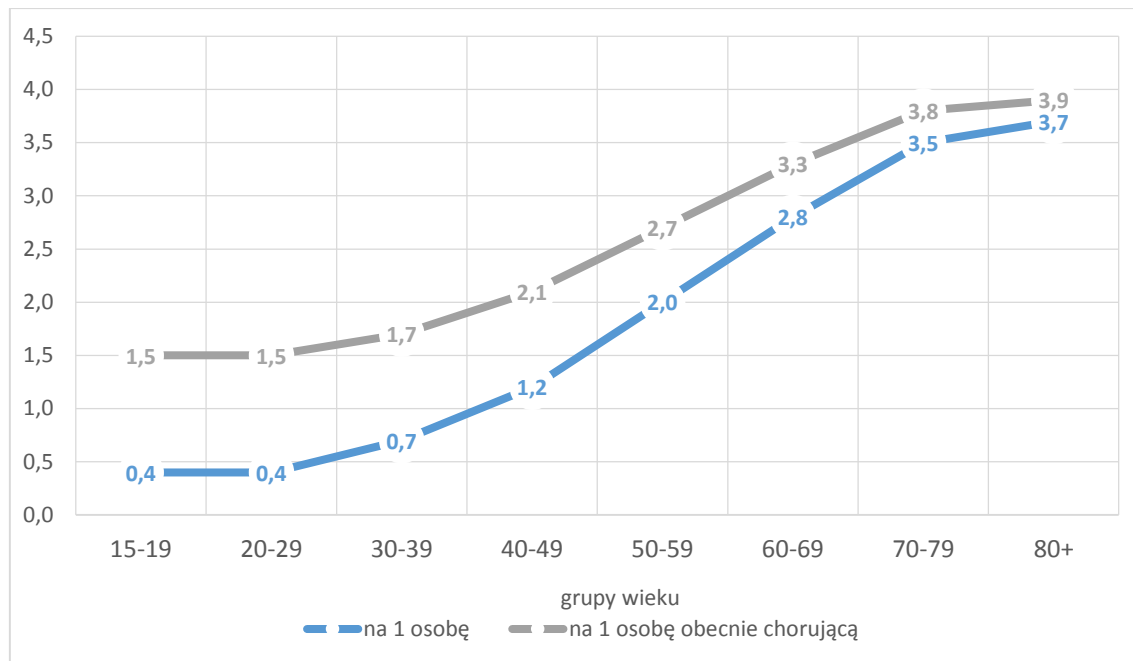
Dane dla Polski dotyczące zatrudnienia należy rozpatrywać w odniesieniu do innych krajów Unii Europejskiej. Średni wskaźnik zatrudnienia dla grupy 20–64 lata w 2013 r. dla 28 krajów UE wyniósł 62,6%, a dla Polski 57,6%. Różnica jest jeszcze wyższa dla grupy w wieku 55–64 lata. W UE poziom zatrudnienia wynosi tu 43,3%, a w Polsce 31%, a więc istotnie mniej (9).



Rycina 9. Wskaźnik zatrudnienia w grupach wieku w III kw. 2014 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Jednym z kluczowych czynników wpływających na zdolność do pracy, a tym samym wskaźniki zatrudnienia, jest stan zdrowia. Wraz z wiekiem rośnie częstość występowania chorób przewlekłych. Sytuację pogarsza współwystępowanie wielu chorób u jednej osoby (ang. *comorbidity*), zwane również wielochorobowością. Zjawisko to jest silnie powiązane z wiekiem (rycina 10).



Rycina 10. Średnia liczba schorzeń przewlekłych na 1 osobę w wieku 15 lat i więcej (2009 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Z danych GUS wynika, że 55% osób w wieku 15 lat i więcej ma choroby lub dolegliwości przewlekłe. Statystycznie na 1 osobę przypada 1,5 schorzenia przewlekłego (1,2 wśród mężczyzn, 1,7 wśród kobiet). W grupie obecnie chorujących jest to już 2,7 (2,4 wśród mężczyzn, 2,8 wśród kobiet). Zgodnie z tym co zostało zasygnalizowane wcześniej, liczba schorzeń przewlekłych przypadających na osobę zwiększa się wraz z wiekiem. W grupie 15–19 lat to 0,4 (1,5 wśród obecnie chorujących), a 80 lat i więcej 3,7 (3,9 wśród obecnie chorujących) (10). Wysokie wskaźniki współwystępowania chorób w wieku podeszłym są zgodne z przewidywaniami. Uwagę zwraca częste współwystępowanie chorób i dolegliwości przewlekłych w szóstej i siódmej dekadzie życia, czyli wśród osób, które winny być jeszcze aktywne zawodowo. **Statystycznie na każdą osobę w wieku 50–59 lat przypadają dwie choroby lub schorzenia przewlekłe. W grupie 60–69 lat, jest to już 2,8 (10). Należy zauważyć, że postęp choroby, nasilanie się objawów oraz ogólnie pogarszanie stanu zdrowia będą sprzyjały wychodzeniu z rynku pracy. Z tego względu niezwykle ważnym elementem polityki na rzecz zwiększania wskaźników zatrudnienia w Polsce winno być dążenie do rozpoznawania chorób przewlekłych w ich wczesnym stadium oraz poprawa dostępności skutecznego leczenia.** Takie działanie zmniejszy wpływ schorzeń

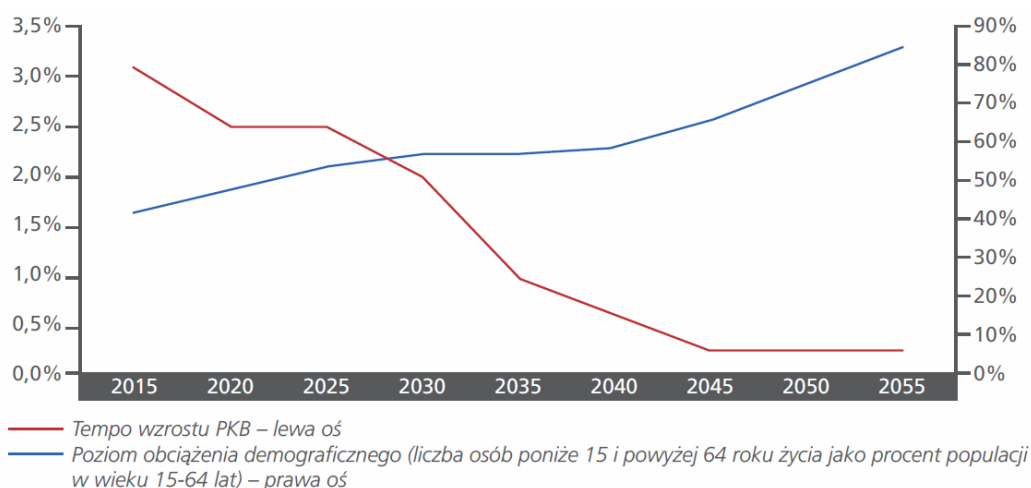
przewlekłych na stan zdrowia, a tym samym na zdolność do pracy. Co więcej, wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie zmniejsza ryzyko wystąpienia wielu chorób współistniejących.

4.3. Zagrożenia dla rozwoju gospodarczego z powodu zmian demograficznych

Wpływ procesu starzenia się populacji na gospodarkę odbywa się zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni. Zjawisko ma charakter wielowymiarowy i dotyczy między innymi kwestii zabezpieczeń społecznych (emerytury, ochrona zdrowia, świadczenia opiekuńcze), rynku pracy, a także konsumpcji dóbr i usług.

Kluczowe znaczenie dla sytuacji ekonomicznej państwa ma tempo wzrostu produktu krajowego brutto (PKB). Według prognoz Komisji Europejskiej, w następstwie kryzysu demograficznego obniży się tempo wzrostu gospodarczego (rycina 10). W 2010 r. PKB Polski zwiększyło się o 4,3%. Jednakże szacuje się, że w 2030 będzie to 1,5%, a w 2050 zaledwie 0,5% (3). Oznacza to, że Polska nie będzie w stanie zniwelować dystansu w stosunku do najbardziej rozwiniętych krajów Unii Europejskiej. Przy stałym wzroście PKB na poziomie 2% Polska nadgoniłaby kraje „starej Unii” (UE-15) w 2132 r., natomiast wzrost 5-procentowy umożliwiłby osiągnięcie tego celu już w 2028 roku (11).

Zwiększanie wieku emerytalnego i działania mające na celu utrzymanie na rynku pracy osób starszych nie będą w stanie w pełni zniwelować następstw procesu starzenia się ludności. Przyczyną tego stanu rzeczy jest prognozowany spadek całkowitej liczby ludności w Polsce oraz problem niepełnosprawności nasilający się wraz z wiekiem (11). Z tego względu niezwykle istotne są wszelkie działania mające na celu wydłużenie liczby lat przeżytych w zdrowiu, a tym samym zachowanie zdolności do pracy.



Rycina 11: Prognoza tempa wzrostu PKB Polski oraz zmiany wskaźnika obciążenia demograficznego

Źródło: *Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek, 2011.*

Aby ograniczyć negatywny wpływ procesu starzenia się populacji na gospodarkę, najczęściej wymienia się działania mające na celu wydłużenie okresu pracy (podniesienie wieku emerytalnego), zwiększenie

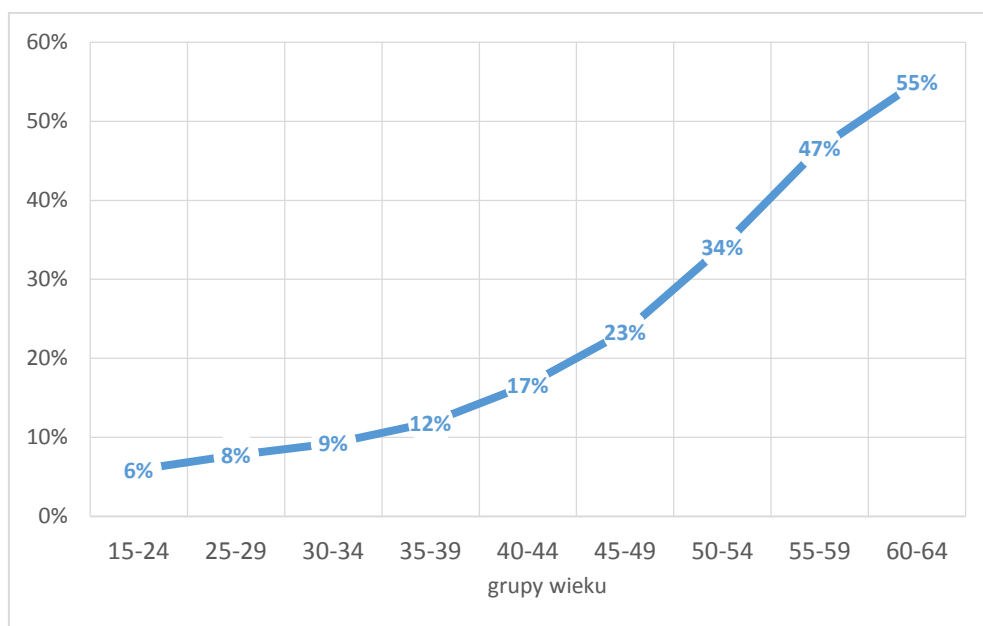
wskaźnika zatrudnia osób w wieku produkcyjnym oraz podniesienie efektywności i wydajności pracy. W ten sposób możliwe jest istotne złagodzenie następstw zmian demograficznych, jednak wymaga to kompleksowego podejścia, uwzględniającego wszystkie wymienione aspekty jednocześnie. Stosowane wybiórczo nie przyniosą oczekiwanych rezultatów. **Należy zauważyć, że osiągnięcie wspomnianych celów nie będzie możliwe również bez inwestycji w zdrowie – w tym przede wszystkim w profilaktykę, edukację prozdrowotną, wczesną diagnostykę i dostęp do skutecznego leczenia oraz rehabilitacji. Mimo iż w pierwszym okresie wiąże się to z dodatkowymi nakładami, jednak w ujęciu długofalowym taka strategia jest opłacalna zarówno z punktu widzenia państwa, jak i jednostki (obywatela).**

4.4. Problem niepełnosprawności i niepełnej sprawności – niewykorzystany potencjał

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego pochodzących z Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) wynika, że w 2011 r. w Polsce było 3,4 mln osób niepełnosprawnych (spełniających kryterium prawne) w wieku 15 lat i więcej, co stanowi 10,7% populacji w tym przedziale wieku. Wśród osób niepełnosprawnych współczynnik aktywności zawodowej wynosił 17,2%. Porównując – dla ogółu populacji w tym przedziale wieku było to 56%. **Aktywność na rynku pracy osób niepełnosprawnych jest silnie zróżnicowana między innymi ze względu na stopień niepełnosprawności czy poziom wykształcenia. W tej grupie wśród osób z wyższym wykształceniem współczynnik aktywności zawodowej wynosi 34,7%, a wskaźnik zatrudnienia 30,7%. Porównując – w najgorzej wykształconej grupie było to odpowiednio 7,3% i 6,3% (12).**

Wcześniej przedstawione wyniki dotyczyły grupy osób z orzeczoną niepełnosprawnością. GUS przeprowadził również badanie z uwzględnieniem szerszej definicji, obejmującej osoby w wieku 15–64 lata, które odczuwały długotrwałe dolegliwości zdrowotne lub choroby bądź trudności w wykonywaniu podstawowych czynności. Według szacunków w Polsce takich osób jest 5,7 mln¹⁷. Czynnikiem wpływającym w istotny sposób na częstość występowania wspomnianych dolegliwości jest wiek (rycina 12).

¹⁷ W tej grupie niepełnosprawni ujęciu prawnym stanowili jedynie 38%.

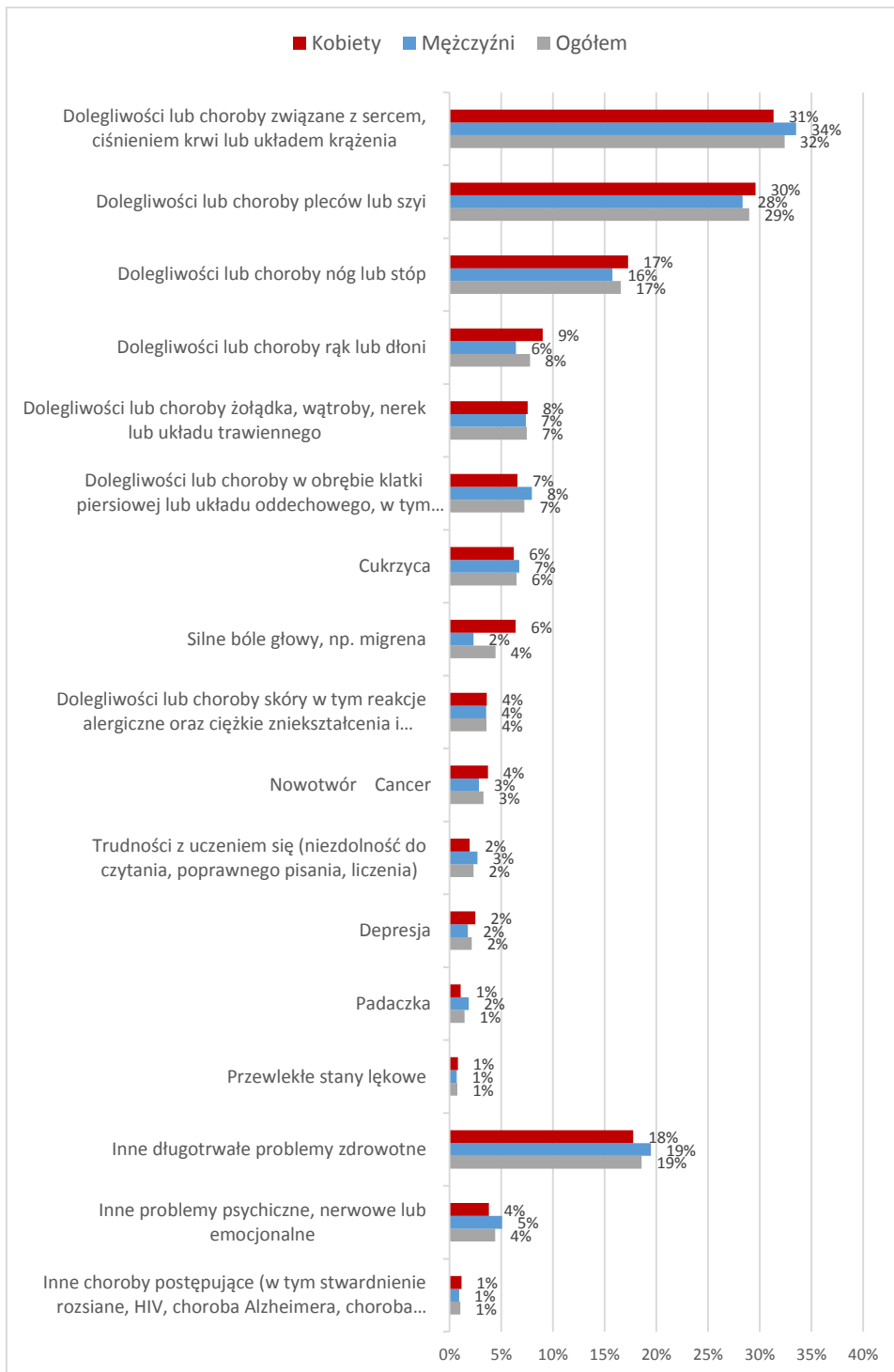


Rycina 12. Odsetek osób, które odczuwają długotrwałe dolegliwości zdrowotne lub choroby albo trudności w wykonywaniu podstawowych czynności w poszczególnych grupach wieku

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W grupie osób cierpiących na długotrwałe dolegliwości zdrowotne lub choroby najczęściej spotykane odnotowano problemy związane z układem krążenia (32%). Niewiele mniejszy odsetek badanych deklaruwał dolegliwości pleców lub szyi, w tym również o podłożu zapalnym (29%). W całej populacji takich osób było ponad 1,6 mln. Następne pod względem częstości występowania okazały się dolegliwości lub choroby nóg i stóp (17%) oraz rąk i dłoni (8%) (12). Dotyczy to również chorób zapalnych, takich jak np. reumatoidalne zapalenie stawów. Gdyby zsumować dane dotyczące ogólnie chorób i dolegliwości narządu ruchu, byłaby to najczęściej występujące problemy zdrowotne. Szczegółowe informacje przedstawia rycina 13.

Problemy zdrowotne przekładają się bezpośrednio na zdolność do pracy oraz na szanse jej znalezienia czy też utrzymania. W zależności od rodzaju dolegliwości oraz stopnia niepełnosprawności w danej grupie poziom zatrudnienia jest silnie zróżnicowany. **Według danych z BAEL wśród osób, które mają problemy zdrowotne związane z układem krążenia, w 2011 r. pracowało 37,1%. Jeżeli dolegliwości dotyczyły pleców lub szyi, to odsetek ten wynosił 45,8%. W przypadku chorób rąk lub dłoni pracowało 39,8%, a nóg lub stóp – 36,6%. W całej populacji osób w wieku 15–64 lat (bez rozróżnienia na stan zdrowia) odsetek pracujących w 2011 r. wynosił 60%, a więc istotnie więcej.**



Rycina 13. Problemy zdrowotne deklarowane przez osoby cierpiące na długotrwałe dolegliwości zdrowotne lub choroby w grupie 15–64 lata

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

5. Choroby przewlekłe (na przykładzie MSD oraz IMIDs) jako przyczyna niezdolności do pracy

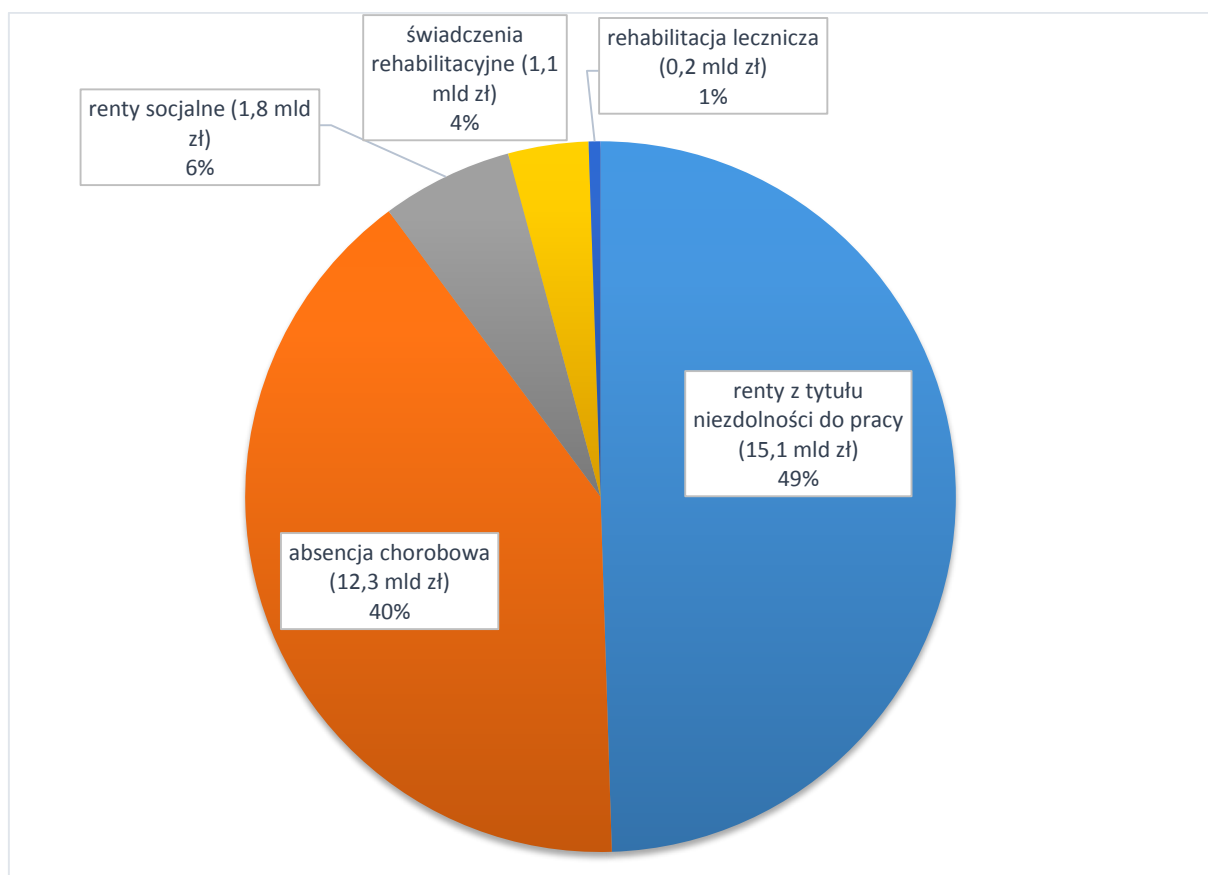
5.1. Zaburzenia i schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) oraz choroby zapalne mediowane immunologicznie (IMIDs)

Zaburzenia i schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego (ang. *musculoskeletal disorders* – w skrócie MSD) stanowią bardzo szeroką kategorię obejmującą ponad 200 jednostek chorobowych. Są one powszechne i dotyczą 30–40% europejskiej populacji¹⁸. Prowadzą do różnego rodzaju ograniczeń sprawności, bólu oraz przyczyniają się do zmniejszenia zdolności do pracy. Część z nich powoduje niepełnosprawność i jest przyczyną wychodzenia osób z rynku pracy. Do grupy schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego możemy zaliczyć również niektóre z chorób zapalnych o podłożu autoimmunologicznym (IMIDs). **Termin choroby zapalne mediowane immunologicznie (ang. *immune-mediated inflammatory diseases*, w skrócie IMIDs), podobnie jak w przypadku MSD, dotyczy szerokiej grupy schorzeń o bardzo różnych objawach, cechujących się podobnym sposobem rozwoju. Nieprawidłowe działanie układu odpornościowego prowadzi do powstania przewlekłego stanu zapalnego. Dolegliwości z grupy IMIDs powodują uszkodzenia narządowe i są związane z podwyższoną zachorowalnością oraz śmiertelnością.** Wywołują je nie do końca poznane czynniki zewnętrzne, ale istotne znaczenie ma tu uwarunkowanie genetyczne. Choroby z tej grupy są nieuleczalne i wymagają dożywotniego leczenia w celu łagodzenia objawów i hamowania ich rozwoju.

W 2013 r. schorzenia układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej odpowiadały za ponad 29,2 mln dni absencji chorobowej w Polsce, co stanowiło 13,7% łącznej liczby dni nieobecności w pracy z powodu choroby. Była to czwarta najczęstsza przyczyna absencji po ciąży, urazach oraz chorobach układu oddechowego¹⁹ (13). Koszty dni opuszczonych w pracy ponoszą bezpośrednio zarówno pracodawcy, jak i system ubezpieczeń społecznych. **W roku 2012 wydatki poniesione z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wyniosły łącznie blisko 30,5 mld zł** (14). Szczegółową strukturę wydatków na ten cel przedstawia rycina 14.

¹⁸ Oświadczenie Parlamentu Europejskiego w sprawie chorób reumatycznych, 2009/C 285 E/11.

¹⁹ Najczęstsze przyczyny absencji chorobowej to: ciąża, poród i połóg (18,1%); urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (14,7%) oraz choroby układu oddechowego (13,8%).



Rycina 14. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w 2012 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS.

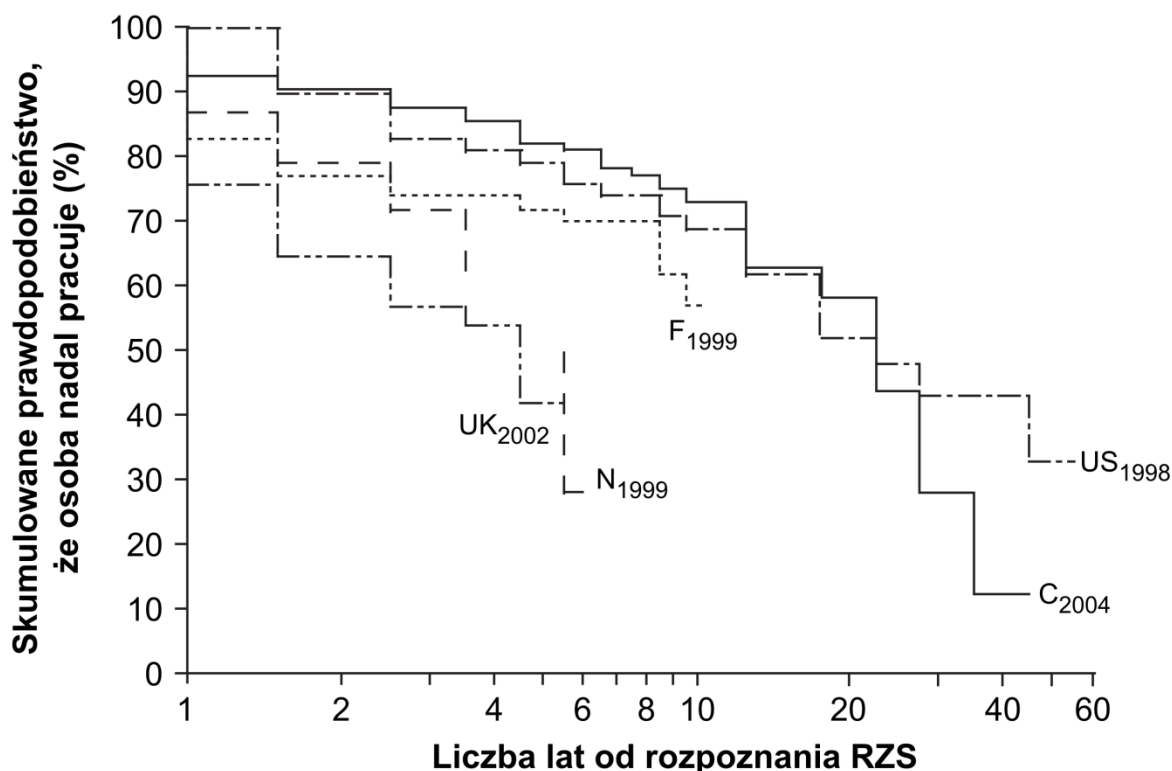
Z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy wyniosły w 2012 prawie 15,1 mld zł, z czego 13% (1,96 mld) stanowiły koszty związane z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Dla porównania – w przypadku nowotworów był to 1 mld zł. Wydatki z tytułu absencji chorobowej finansowanej z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i funduszy zakładów pracy w 2012 r. wyniosły łącznie prawie 12,3 mld zł. Z tej kwoty 12,7% (1,56 mld) było związane z chorobami układu kostno-stawowego (14).

Wydatki ponoszone przez ZUS z tytułu chorób zapalnych mediowanych immunologicznie nie są bezpośrednio dostępne. Wynika to z faktu, że jednostki chorobowe należące do grupy IMIDs według klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych), która jest powszechnie wykorzystywana do sprawozdawczości na potrzeby między innymi statystyki publicznej, przypisane są do różnych kategorii opisujących choroby poszczególnych układów i narządów człowieka. **Z szacunków przeprowadzonych przez CEESTAHC na potrzeby projektu *Konstruktywni* wynika, że ZUS rokrocznie przeznaczają około 421 mln zł na świadczenia dla osób niezdolnych do pracy z powodu IMIDs, co stanowi 1,47% ogółu jego wydatków na świadczenia z tego tytułu (15).**

5.2. Reumatoidalne zapalenie stawów

Przykładem jednostki chorobowej, którą można zaliczyć do grupy schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorób zapalnych o podłożu autoimmunologicznym (IMIDs) jest między innymi reumatoidalne zapalenie stawów (RZS – ang. *rheumatoid arthritis*). To przewlekła układowa choroba tkanki łącznej, charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem symetrycznych stawów, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych. Etiologia RZS nie została do końca poznana, ale prawdopodobnie czynnik genetyczny odpowiada za około 50–60% ryzyka zachorowania (16). Szacuje się, że na RZS choruje ok. 100–250 tys. osób w Polsce, czyli 0,2–0,7% całej populacji. Badania dowodzą, iż więcej kobiet niż mężczyzn zapada na tę dolegliwość. Najczęściej pierwsze objawy pojawiają się między 40. a 50. rokiem życia. RZS atakuje przede wszystkim błonę maziową stawów obwodowych, prowadząc do zmniejszenia ruchomości stawów, w konsekwencji do niepełnosprawności ruchowej, a w dalszej perspektywie do inwalidztwa. W przebiegu tej choroby może również dojść do uszkodzenia narządów wewnętrznych (nerek, serca, płuc), zmian patologicznych w narządzie wzroku. Choroby współistniejące mają istotny wpływ na znaczny wzrost ryzyka przedwczesnego zgonu.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że wraz z postępem choroby coraz bardziej wpływa na zdolność do pracy (rycina 14). Koszty z tego tytułu ponosi zarówno pracownik, jak i pracodawca. **Analiza wydatków ZUS wskazuje, że w przypadku jednostek chorobowych bardzo silnie oddziałujących na zdolność chorego do pracy, takich jak RZS (ale również ŁZS czy ZZSK), dominują świadczenia skierowane do osób trwale niezdolnych do pracy w swoim zawodzie. Wydatki na renty z tego tytułu stanowią między 80 a 90% wszystkich wydatków Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ponoszonych na te choroby. Co więcej, kwota wydawana na renty jest od 5 do 11-krotnie wyższa niż kwota wydatków z tytułu absencji (15).**



Rycina 14. Analiza przeżycia wykonana dla niezdolności do pracy w przypadku RZS na podstawie badań prowadzonych w: Kanadzie (C), Finlandii (F), Holandii (N), Wielkiej Brytanii (UK) oraz Stanach Zjednoczonych (US)

Źródło: F. Raciborski, M. Władysiuk, M. Bebrysz, B. Samoliński B., Utrata produktywności w następstwie chorób reumatycznych – absencja i prezenteizm. *Reumatologia* 2013; 51(5): 355–362.

Z badania *Move to Work — Wydajni w pracy (M2W)* wynika, że w grupie osób w wieku produkcyjnym z RZS w ostatnim tygodniu poprzedzającym badanie pracowało zaledwie 41,9% (57% było aktywnych zawodowo). Dla porównania – według danych GUS dla całej populacji ten wskaźnik jest półtora razy wyższy i wynosił w 2012 r. 64,5% (17). Co więcej, w grupie osób w wieku produkcyjnym z RZS aż 32% otrzymywało rentę z tytułu niezdolności do pracy. Natomiast z renty socjalnej korzystało 2%, a emerytury 8%. Stopa bezrobocia w badanej grupie wyniosła 8%.

W badaniu *Move to Work* analizowano również kwestie związane z wpływem choroby na zdolność do wykonywania pracy. W tym celu wykorzystano kwestionariusz WPAI (Work Productivity and Activity Impairment), który pozwala na pomiar absenteizmu i prezenteizmu związanego ze stanem zdrowia. Ogólną utratę wydajności pracy w przypadku RZS oszacowano na 43%. Współczynnik absenteizmu wyniósł 18%, a prezenteizmu 27%, co oznacza, że większy wpływ na utratę produktywności w przypadku RZS ma nieefektywna obecność w pracy wynikająca z choroby, niż absencja chorobowa.

5.3. Łuszczyca oraz łuszczycowe zapalenie stawów

Do grupy IMIDs zaliczamy również inne jednostki chorobowe niezwiązane bezpośrednio z narządem ruchu, ale oddziałujące w istotny sposób na zdolność do pracy. Za przykład mogą posłużyć łuszczyca oraz Choroba Leśniowskiego-Crohna, które również zostały uwzględnione w *Move to Work*. Dane ze wspomnianego badania potwierdziły wpływ tych jednostek chorobowych na zdolność do pracy w warunkach polskich.

Łuszczyca (ang. *psoriasis*) jest niezakaźną przewlekłą chorobą zapalną skóry występującą według różnych szacunków u 1,5–2,5% populacji. U trzech czwartych pacjentów choroba rozpoznawana jest w wieku poniżej 40 lat, natomiast jedna czwarta to pacjenci poniżej 20. roku życia. Łuszczyca objawia się nadmierną produkcją naskórka, która wywołuje powstawanie blaszkowatych lub plackowatych zmian i zgrubień. Rzadko kiedy choroba obejmuje całą powierzchnię ciała. W niektórych sytuacjach w następstwie choroby dochodzi do upośledzenia zdolności organizmu do regulowania temperatury. Zakłóceniu ulegają również funkcje ochronne skóry. U dwóch trzecich pacjentów dolegliwość przyjmuje łagodną postać, co oznacza, że chorobą zajęte jest nie więcej niż 3% ciała. Postać ciężka może występować u ok. 8% pacjentów, u których zajmuje ponad 10% powierzchni ciała. U pozostałych osób rozwija się postać umiarkowana. Wśród czynników sprzyjających wystąpieniu łuszczycy najczęściej wymienia się czynniki genetyczne, infekcje, stres, dietę, palenie papierosów czy alkohol.

Łuszczyca zwiększa ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, chorób metabolicznych, nowotworów, chorób psychiatrycznych. Pacjenci zarówno z łagodną, jak i ciężką postacią choroby narażeni są na zwiększone ryzyko zawału serca. Wśród nich występuje również wyższa zapadalność na nowotwory skóry, a także na chorobę Hodgkina, raka płuc, piersi, okrężnicy i prostaty.

U 5–30% chorych z łuszczycą rozwija się łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS), czyli przewlekła choroba zapalna stawów. W niektórych przypadkach (10–15%) dolegliwości stawowe pojawiają się wiele lat wcześniej niż zmiany skórne. ŁZS przyczynia się do zniekształcenia stawów, głównie rąk i nóg oraz powoduje takie dolegliwości, jak: zmiany okołostawowe, zapalenie przyczepów więzadeł, ścięgien, torebek stawowych. Badania dowodzą, że wśród osób z łuszczycowym zapaleniem stawów obserwuje się zwiększone ryzyko zgonu – chorujący na ŁZS umierają wcześniej.

Na podstawie analizy *Move to Work* może określić, iż w przypadku łuszczycy aktywnych zawodowo pozostaje około 71% osób w wieku produkcyjnym. Wskaźnik zatrudnienia wśród badanych wyniósł 57%. Z przeprowadzonych eksploracji wynika, iż 8% chorych z łuszczycą otrzymywało rentę z tytułu niezdolności do pracy, 6% emeryturę, a 2% rentę socjalną. Stopa bezrobocia w badanej grupie wyniosła 13%.

Na podstawie kwestionariusza WPAI na 35% oszacowaną ogólną utratę wydajności pracy w łuszczycy. Należy jednak zwrócić uwagę na relatywnie niski współczynnik absenteizmu (9%) i bardzo wysoki prezenteizmu (28%), który okazał się wyższy nawet niż w przypadku RZS (27%).

5.4. Choroba Leśniowskiego-Crohna

Choroba Leśniowskiego-Crohna (ChLC – ang. Crohn Disease) to nawracający stan zapalny jelit. Może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego, ale najczęściej obejmuje końcowy odcinek jelita cienkiego lub na początek jelita grubego. Według szacunków chorobowość w Europie wynosi 0,020–0,151%. W polskim rejestrze pacjentów z ChLC znajduje się około 5800 przypadków.

Objawy choroby zależą od jej umiejscowienia, stopnia zaawansowania oraz rozległości zmian. W przypadku jelita grubego najczęstszym objawem jest powstawanie owrzodzeń, ropni i przetok okołodobytowych. Często występuje również niedrożność jelita, będąca następstwem jego zwężenia. W przypadku 80% pacjentów przynajmniej raz na 10–20 lat choroby konieczna jest interwencja chirurgiczna. Wraz z upływem czasu i nasileniem się objawów następuje spadek masy ciała.

Z danych uzyskanych z badania *Move to Work* wynika, iż wśród osób w wieku produkcyjnym z chorobą Leśniowskiego-Crohna 69% było aktywnych zawodowo, a 56% aktualnie pracowało. Rentę z tytułu niezdolności do pracy otrzymywało 14%, rentę socjalną zaś 4%. Pobieranie świadczeń emerytalnych zadeklarowało 2% badanych. Wśród osób z ChLC bez pracy pozostawało 12%.

Na podstawie kwestionariusz WPAI na 36% oszacowano ogólną utratę wydajności pracy, a więc nieznacznie więcej niż w przypadku łuszczycy. Współczynnik absenteizmu w tym przypadku wyniósł 16% i była to wartość zbliżona do uzyskanej w przypadku RZS (18%). Natomiast współczynnik prezenteizmu osiągnął wartość 24% i był najniższy spośród trzech analizowanych jednostek chorobowych.

6. Podsumowanie – ograniczanie wpływu wybranych chorób przewlekłych (MSD, IMIDs) na rynek pracy

Dotychczas przedstawiono wpływ chorób zapalnych o podłożu immunologicznym (IMIDs) oraz chorób układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) na rynek pracy. Wpływ ten ma charakter wielowymiarowy i obecny jest zarówno na poziomie pracownika (zwiększona absencja, obniżona wydajność pracy), przedsiębiorstwa (dodatkowe koszty, niższa efektywność działania), jak i państwa (większe wydatki na świadczenia, mniejsze wpływy). W obliczu przedstawionych informacji, kluczowym staje się pytanie o możliwość podjęcia działań mających na celu obniżenie skali i negatywnych następstw omawianego zjawiska. Cennych danych w tym zakresie mogą dostarczyć doświadczenia innych krajów. Poniżej zostały przedstawione wyniki badania przeprowadzonego w Madrycie, które może stanowić inspirację dla działań w tym zakresie.

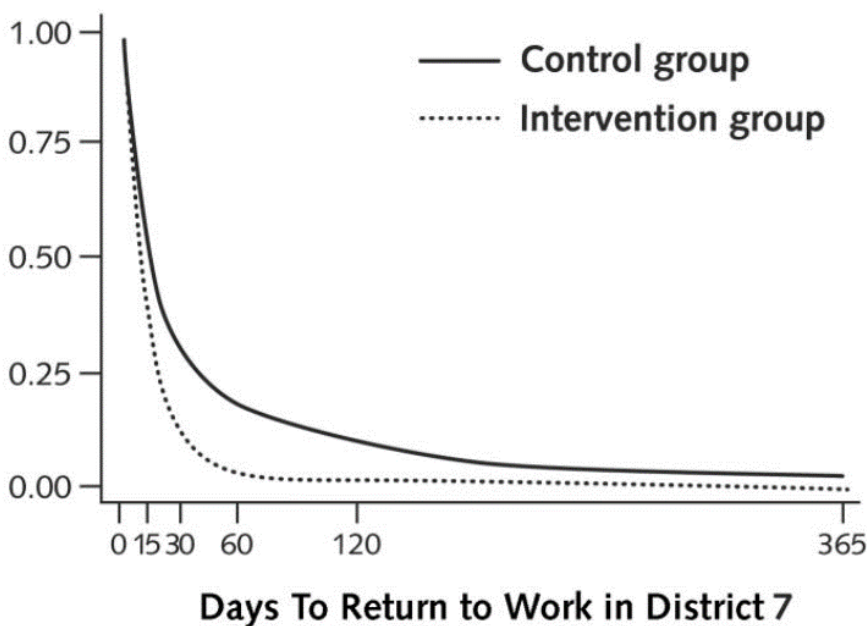
6.1. Skuteczność wczesnej interwencji na przykładzie doświadczeń hiszpańskich

Jednym z najważniejszych europejskich eksperymentów dotyczących efektywności wczesnej interwencji było badanie przeprowadzone pod koniec lat 90. XX wieku przez zespół Absolo. Objęło ono swoim zasięgiem 3 z 11 departamentów zdrowotnych Madrytu, zamieszkanym łącznie przez ponad 1,4 mln mieszkańców (w tym 508 tys. aktywnych zawodowo). Bezpośrednim jego celem była ocena kosztów efektywności populacyjnego programu zdrowotnego ukierunkowanego na choroby narządu ruchu. Zgodnie z założeniami projektu pacjenci, którzy zgłaszali się do lekarza z dolegliwościami układu mięśniowo-szkieletowego uniemożliwiającymi im w danym momencie pracę, dzieleni byli losowo na dwie grupy: kontrolną oraz poddaną interwencji. **Grupa kontrolna otrzymała standardowe postępowanie, a więc pomoc ze strony podstawowej opieki zdrowotnej. W razie konieczności chorych kierowano do specjalisty. Grupa poddana interwencji od samego początku była prowadzona przez reumatologów. Interwencja obejmowała: edukację, postępowanie kliniczne zgodne z protokołem oraz czynności administracyjne.**

W grupie poddanej interwencji w trakcie pierwszej 45-minutowej wizyty pacjentowi stawiano diagnozę. Otrzymywał również instrukcję dalszego postępowania, zalecenia jak właściwie przyjmować leki oraz wskazania dotyczące możliwości powrotu do pracy przed osiągnięciem remisji. Chory nigdy nie był zmuszany do powrotu do pracy. Instruowano go w zakresie ćwiczeń rozciągających, ergonomicznej opieki oraz optymalnej aktywności fizycznej. Wizyty kontrolne odbywały się do momentu, aż osoba była w stanie powrócić do pracy, chyba że uznano ten cel za niemożliwy do osiągnięcia.

Na potrzeby programu stworzono 3-etapowy protokół postępowania z pacjentem. Etap pierwszy obejmował podstawowe postępowanie terapeutyczne oraz edukację. Jeżeli nie przynosiło to oczekiwanych rezultatów, rozpoczynano kolejny etap. Zakładał on – oprócz kontynuowania leczenia – również włączenie rehabilitacji oraz pogłębionej diagnostyki. Jeżeli dalej nie uzyskiwano oczekiwanych efektów, rozpoczynano etap trzeci. Tutaj dalej pogłębiano diagnostykę i w zależności od konieczności – kierowano pacjenta na zabieg chirurgiczny lub inną specjalistyczną terapię. W przypadku zdiagnozowania poważniejszych dolegliwości lub gdy zastosowane leczenie nie przynosiło oczekiwanych rezultatów, wprowadzano dodatkowe procedury.

łącznie efektywnie w programie wzięło udział 13,1 tys. osób (3% populacji osób pracujących), z czego 5,3 tys. należało do grupy poddanej interwencji, a 7,8 tys. stanowiło grupę kontrolną. Podczas trwania programu (2 lata) wśród badanych osób stwierdzono ponad 16,3 tys. przypadków czasowej niezdolności do pracy. **W grupie kontrolnej średni okres przebywania na zwolnieniu wyniósł 41 dni, a w grupie poddanej interwencji 26 dni (rycina 15). Oznacza to redukcję o 15 dni względem grupy kontrolnej, czyli o blisko 37%. Zmniejszeniu uległ też odsetek osób, które otrzymały długoterminowe zasiłki związane z niepełnosprawnością. W grupie kontrolnej było to 1,3%, a w grupie poddanej interwencji 0,7%.**



Rycina 15. Wpływ wczesnej interwencji na czas trwania absencji chorobowej w jednej z dzielnic Madrytu

Źródło: L. Abásolo, et al. A Health System Program To Reduce Work Disability Related to Musculoskeletal Disorders. *Ann Intern Med.* 2005; 143: 404–414.

Analiza koszt–efektywność pokazała wysoką opłacalność opisanych powyżej działań. W grupie poddanej interwencji zaobserwowano zarówno mniejsze koszty bezpośrednie, jak i koszty pośrednie

związane z chorobą. **Każdy zainwestowany w program dolar zwrócił się 11-krotnie. Średni koszt redukcji o jeden dzień absencji chorobowej wyniósł zaledwie 6 dolarów. Autorzy badania szacują, że łączne korzyści wynikające z realizacji programu, mierzone na podstawie analizy kosztów bezpośrednich i pośrednich sięgnęły ponad 5 mln dolarów (18).** Należy zwrócić szczególną uwagę, że opisane działania były relatywnie proste i oparte na powszechnie dostępnych rozwiązaniach, a więc istnieje możliwość implementacji podobnych posunięć również w innych krajach, w tym również w Polsce.

6.2. Inwestycja w zdrowie – czy to się opłaca?

Analiza przeprowadzona w ramach projektu *Konstruktywni* udowodniła trzy zasadnicze kwestie:

- **Po pierwsze, zachodzące przemiany demograficzne coraz silniej wpływają na rynek pracy w Polsce. Co więcej, tempo tych zmian w najbliższych latach istotnie się zwiększy.** Następstwem tego zjawiska będzie spadek liczby osób w wieku produkcyjnym (a w szczególności w wieku mobilnym), przy jednoczesnym wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym. **Doprowadzi to do przeciążenia systemu zabezpieczeń społecznych oraz systemu opieki zdrowotnej, a w szerszej perspektywie do zastopowania wzrostu gospodarczego.**
- **Po drugie, wraz z postępującym starzeniem się populacji nastąpi wzrost częstości występowania chorób przewlekłych, w tym również tych wpływających bezpośrednio na zdolność do pracy.** Przełoży się to na dalsze pogłębienie kryzysu rynku pracy spowodowanego wzrostem liczby osób biernych zawodowo.
- **Po trzecie, w Polsce nie wypracowano skutecznych mechanizmów mających na celu ograniczenie wpływu chorób przewlekłych na rynek pracy. Mowa tu przede wszystkim o profilaktyce, wczesnej diagnostyce oraz dostępie do skutecznego leczenia i rehabilitacji.**

Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że wraz z postępem choroby rośnie ryzyko niepełnosprawności, a co za tym idzie – zdolności do pracy. **Osoba, która opuści rynek pracy z powodu choroby przewlekłej ma znikome szanse, by na niego powrócić.** Dlatego jednym z celów winno być jak najdłuższe **utrzymanie aktywności zawodowej tych osób.** Takie działanie będzie opłacalne zarówno z punktu widzenia państwa, jak i – przede wszystkim – samych przewlekle chorych. **Praca korzystnie wpływa na sytuację materialną oraz wymusza określoną aktywność społeczną i fizyczną. Ważne jednak, by praca była dobrana adekwatnie do możliwości chorego, gdyż w innym wypadku może przyczynić się do pogorszenia jego stanu zdrowia.**

Dzisiaj w polskiej polityce dominuje silosowe podejście do rozwiązywania kluczowych problemów. Oznacza to, że wszelkie inwestycje rozpatruje się w ujęciu sektorowym. Nakłady oraz potencjalne korzyści rozważane są jedynie z perspektywy danej instytucji, bez uwzględnienia interesu ogółu. Co więcej, przy podejmowaniu decyzji uwzględnia się tylko koszty bezpośrednie, pomijając całkowicie koszty pośrednie. Wynika to częściowo z faktu, iż koszty pośrednie są trudne do oszacowania. Przy takim podejściu wszelkie inwestycje w zdrowie wydają się nieuzasadnione. Jest to podejście błędne i niebezpieczne z punktu widzenia długofalowego interesu państwa oraz obywateli. **Na podstawie danych uzyskanych w projekcie *Konstruktywni* można jednoznacznie stwierdzić, iż koszty pośrednie często wielokrotnie przewyższają koszty bezpośrednie. Pomijanie ich w analizach koszt–efektywność prowadzi do podejmowania suboptymalnych decyzji, które nie uwzględniają interesu kluczowych interesariuszy.**

Wspomniane powyżej kwestie mają fundamentalne znaczenie dla rozważań dotyczących opłacalności inwestycji w zdrowie. Przełamanie polityki silosowej państwa oraz uwzględnienie w analizach kosztów pośrednich to warunek konieczny dla stworzenia skutecznej strategii przeciwdziałania negatywnym następstwom gospodarczym procesowi starzenia się populacji.

Bibliografia

1. **K. Zheltoukhova, S. Bevan, A. Reich (2011).** *Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce.* Londyn: The Work Foundation.
2. **B. Samoliński, F. Raciborski F (2013).** *Zdrowe starzenie się – Biała Księga.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
3. **Komisja Europejska (2012).** *Ageing Report 2012: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060).* European Union: European Commission.
4. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2015).** *Emerytury i renty przyznane w 2014 r.* Warszawa: ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych.
5. **Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (2012).** *Strategia Rozwoju Kraju 2020.* Warszawa: MRR, Departament Koordynacji Polityki Strukturalnej.
6. **United Nations Economic Commission for Europe (2009).** *Mainstreaming Ageing. UNECE Policy Brief on Ageing; 1.*
7. **Główny Urząd Statystyczny (2014).** *Prognoza ludności na lata 2014–2050.* Warszawa: GUS.
8. **World Bank (2015).** *What's Next in Aging Europe: AG!NG : Aging with growth in Central Europe and the Baltics.*
9. **Główny Urząd Statystyczny (2014).** *Aktywność ekonomiczna ludności Polski – III kwartał 2014.* Warszawa: GUS.
10. **Główny Urząd Statystyczny (2011).** *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Warszawa: GUS.
11. **P. Gembicki (2011).** *Konsekwencje zmian demograficznych dla polskiej gospodarki i budżetu państwa. W: Raport. Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek.* Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Amerykańska Izba Handlowa w Polsce.
12. **Główny Urząd Statystyczny (2012).** *Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w 2011 r.* Warszawa: GUS.
13. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2014).** *Absencja chorobowa w 2013 roku.* Warszawa: ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych.
14. **Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2014).** *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2012 r.* Warszawa: ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych.
15. **M. Władysiuk, M. Bebrysz, M. Fedyna, J. Rutkowski, M. Hałdaś (2014).** *Przewlekłe choroby zapalne mediowane immunologicznie — ocena kosztów pośrednich w Polsce.* Kraków: Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care.
16. **B. Kwiatkowska, F. Raciborski, M. Maślińska, et al. (2014).** *Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji o rekomendacje zmian.* Warszawa: Instytut Reumatologii.
17. **Główny Urząd Statystyczny (2014).** *Aktywność ekonomiczna ludności Polski w latach 2010–2012.* Warszawa: GUS.
18. **L. Abásolo, M. Blanco, J. Bachiller, et al. (2005).** *A Health System Program To Reduce Work Disability Related to Musculoskeletal Disorders. Ann Intern Med.; 143: 404–414.*