

PRACE NAUKOWE  
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 293  
RESEARCH PAPERS  
of Wrocław University of Economics No. 293

# **Jakość życia a zrównoważony rozwój**

Redaktorzy naukowi  
**Zofia Rusnak**  
**Beata Zmyślona**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Aleksandra Śliwka

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

[www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl), [www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com),

The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com),

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

[http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się

na stronie internetowej Wydawnictwa

[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie

wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Wrocław 2013

**ISSN 1899-3192**

**ISBN 978-83-7695-306-9**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

## Spis treści

|  |     |
|--|-----|
| <b>Wstęp</b> .....   | 7   |
| <b>Łukasz Baka:</b> Pracoholizm i zaangażowanie w pracy jako wyznaczniki dobrostanu psychicznego pracowników .....   | 9   |
| <b>Agnieszka Borowska:</b> Jakość życia mieszkańców obszarów wiejskich w Polsce w latach 1995-2011 .....   | 27  |
| <b>Iwona Cieślak:</b> Jakość układu komunikacji pieszej w przestrzeni zurbanizowanej.....  | 45  |
| <b>Beata Detyna, Jerzy Detyna, Anna Kajewska-Dudek:</b> Wypalenie zawodowe jako następstwo stresu w pracy zawodowej pracowników medycznych .....                           | 57  |
| <b>Agnieszka Żarczyńska-Dobiesz, Jolanta Grzebieluch:</b> Zjawisko mobbingu jako jedna z przyczyn zaburzenia równowagi pracownika w środowisku pracy .....                 | 74  |
| <b>Marzena Hajduk-Stelmachowicz:</b> Motywy wdrażania Systemu Zarządzania Środowiskowego w kontekście budowania potencjału ekoinnowacyjnego .....                          | 85  |
| <b>Tomasz Holecki, Michał Skrzypek, Karolina Wójcik:</b> Sytuacja materialna osób po transplantacji serca .....  | 98  |
| <b>Alina Jędrzejczak:</b> Nierówności dochodowe i ubóstwo wśród rodzin wielodzietnych w Polsce .....   | 108 |
| <b>Jan Kazak:</b> Wskaźniki przestrzenne nie zrównoważonej zabudowy podmiejskiej okolic Wrocławia .....  | 122 |
| <b>Monika Mularska-Kucharek, Justyna Wiktorowicz:</b> Ocena subiektywnej jakości życia osób w wieku 50+ w świetle badań mieszkańców Łodzi .....                            | 135 |
| <b>Agnieszka Siedlecka:</b> Obiektywna jakość życia jako kategoria rozwoju zrównoważonego na przykładzie gmin województwa lubelskiego.....                                 | 149 |
| <b>Szymon Szewrański, Jan Kazak, Józef Sasik:</b> Procesy suburbanizacyjne i ich skutki środowiskowe w strefie niekontrolowanego rozprzestrzeniania się dużego miasta..... | 170 |
| <b>Ewa Tracz:</b> Motywowanie „slow” w organizacji zorientowanej na zrównoważony rozwój i odpowiedzialność społeczną.....  | 180 |
| <b>Beata Warczewska:</b> Wybrane aspekty jakości życia w opinii mieszkańców Parku Krajobrazowego „Dolina Baryczy”.....   | 195 |
| <b>Jadwiga Zaród:</b> Badanie zrównoważonego rozwoju gospodarstwa rolnego za pomocą dynamicznego, wielokryterialnego modelu optymalizacyjnego.....                         | 205 |

## Summaries

|  |     |
|--|-----|
| <b>Łukasz Baka:</b> Workaholism and work engagement as predictors of job well-being .....  | 26  |
| <b>Agnieszka Borowska:</b> Standard of living of inhabitants of rural areas in Poland in the period 1995-2011 .....  | 44  |
| <b>Iwona Cieślak:</b> Development of pedestrian communication in urban space and its quality .....   | 56  |
| <b>Beata Detyna, Jerzy Detyna, Anna Kajewska-Dudek:</b> Burnout as a consequence of stress at work among medical staff .....   | 73  |
| <b>Agnieszka Żarczyńska-Dobiesz, Jolanta Grzebieluch:</b> Mobbing as an unbalancing factor affecting employees in work environment.....  | 84  |
| <b>Marzena Hajduk-Stelmachowicz:</b> Motives of implementation of Environmental Management System in the context of creating eco-innovative potential .....                    | 97  |
| <b>Tomasz Holecki, Michał Skrzypek, Karolina Wójcik:</b> Financial situation of people after heart transplantation .....   | 107 |
| <b>Alina Jędrzejczak:</b> Income inequality and poverty in Poland by family type   | 121 |
| <b>Jan Kazak:</b> Spatial indicators of unsustainable suburban development in Wrocław surrounding.....   | 134 |
| <b>Monika Mularska-Kucharek, Justyna Wiktorowicz:</b> Subjective assessment of quality of life of people aged 50+ in the light of research among the inhabitants of Łódź ..... | 148 |
| <b>Agnieszka Siedlecka:</b> Objective quality of life as a sustainable development category of communities of Lublin Voivodeship.....  | 169 |
| <b>Szymon Szewrański, Jan Kazak, Józef Sasik:</b> Suburbanisation processes and their environmental effects in a zone of uncontrolled spread of a large city .....             | 179 |
| <b>Ewa Tracz:</b> “Slow” motivation in sustainable development and corporate social responsibility oriented organization .....   | 194 |
| <b>Beata Warczewska:</b> Selected aspects of life quality according to the inhabitants of the “Barycz Valley” .....  | 204 |
| <b>Jadwiga Zaród:</b> Research on balanced development of a farm using a dynamic, multicriterial, optimization model.....  | 216 |

**Tomasz HOLECKI, Michał SKRZYPEK, Karolina WÓJCIK**

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

---

## **SYTUACJA MATERIALNA OSÓB PO TRANSPLANTACJI SERCA**

---

**Streszczenie:** W Polsce żyje około tysiąca osób z przeszczepionym sercem; w 2010 r. dokonano 79 przeszczepów tego narządu. Przebyty zabieg niejednokrotnie wiąże się z pogorszeniem sytuacji ekonomicznej rodziny biorcy. Głównym celem pracy jest ocena sytuacji materialnej osób, które przebyły zabieg transplantacji serca. Celem szczegółowym zaś – oszacowanie odsetka osób aktywnych zawodowo i pobierających świadczenia rentowe, emerytalne i inne. Dane uzyskano z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, którą zrealizowano w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze. Respondentami byli pacjenci zgłaszający się na badania kontrolne do Poradni Transplantacyjnej. Otrzymane wyniki zestawiono z kosztami procedur transplantacyjnych ponoszonych przez publicznego płatnika oraz danymi GUS.

**Słowa kluczowe:** transplantacja serca, koszt procedury medycznej, status socjoekonomiczny, ekonomika zdrowia.

### **1. Wstęp**

Ekonomika ochrony zdrowia coraz wnikliwiej przenika i opisuje ośrodki kosztów, o znaczeniu zarówno systemowym, związanym z wybranym modelem organizacyjno-funkcjonalnym państwa, jak i strukturalnym, opartym na podziale zadań pomiędzy poszczególne poziomy świadczenia usług zdrowotnych (m.in. podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoria, lecnictwo zamknięte). Precyzyjnej analizie poddaje się również przepływy finansowe w poszczególnych jednostkach, ściśle kontrolując koszty pracy, zamówienia, magazynowanie i zużycie farmaceutyków, np. receptariusze szpitalne, systemy zarządzania aptecznego oraz ich efektywność z wykorzystaniem analiz farmakoekonomicznych.

Środki finansowe na ochronę zdrowia, wydawane zgodnie z rygiorem zarządzania finansami publicznymi, umożliwiają administracji publicznej, analitykom rynku oraz naukowcom relatywnie łatwo gromadzić i przetwarzać dane dotyczące poszczególnych jednostek chorobowych klasyfikowanych zgodnie z kodami zdarzeń medycznych (ICD-10) lub procedur medycznych (ICD-9). Wiedza w tym zakresie jest jednak niewystarczająca ze względu na wycinkowość i brak komplementarności informacji, która w przypadku kosztów choroby jest trudno mierzalna lub wręcz

całkowicie pomijana przez branżowe rejestry. Możliwe jest, co prawda, obliczenie kosztów związanych z wyselekcjonowaną jednostką chorobową, sumując wszystkie poniesione koszty medyczne, ewentualnie obciążenia finansowe przypisane do publicznego płatnika, w szczególności Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetu państwa czy budżetów jednostek samorządowych, w postaci opłat lub refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem.

Znacznie trudniej natomiast określić koszty choroby osadzone po stronie pacjenta i jego rodziny, ponieważ są nieewidencjonowane i statystycznie rozproszone, jak np. wydatki na nierefundowane farmaceutyki, transport czy rehabilitację. Wśród wydatków pacjentów znane są jedynie dopłaty do leków na rynku aptecznym. Poza analizą znajdują się obroty niepublicznej służby zdrowia w szerokim tego słowa znaczeniu, wydatki o charakterze nieformalnym, a także koszty związane z chorobą ponoszone pośrednio, jak np. utrata produktywności lub jej części, absencja czy wcześniejsza dezaktywacja zawodowa, a także koszty utraconych możliwości rozumiane jako strata finansowa lub obniżenie równości szans w dostępie do dóbr materialnych<sup>1</sup>.

Postęp dokonany w medycynie ostatnich dziesięcioleci w powiązaniu ze wzrostem gospodarczym<sup>2</sup> pozwala na realizację kapitałochłonnych procedur, w tym zabiegów transplantacji serca. Problematyka przeszczepów serca jest bardzo szeroko opisana w aspekcie medycznym, społecznym czy psychologicznym, natomiast trudno odnaleźć w literaturze opracowania na temat konsekwencji zabiegu transplantacyjnego względem sytuacji finansowej pacjenta i jego rodziny, których doświadczają w kolejnych latach od udanego zabiegu. Jest to kwestia równie ciekawa co przygnębiająca. Społeczeństwo skupia się bowiem na efektach tzw. medycyny naprawczej, solidarnie płacąc za jej niepodważalne sukcesy, zapominając jednak o dalszym konsekwentnym wsparciu pacjentów i ich rodzin zmagających się z obniżoną produktywnością, kosztami rehabilitacji oraz koniecznością stosowania permanentnej farmakoterapii jako pochodnej wcześniejszych transplantologicznych doświadczeń.

Głównym celem opracowania jest zdiagnozowanie sytuacji materialnej osób, które przebyły zabieg transplantacji serca, przy założeniu, że jest ona elementem składowym i zarazem jednym z obiektywnych mierników wskaźnika definiowanego jako jakość życia<sup>3</sup>. Cel szczegółowy stanowi oszacowanie odsetka osób aktywnych zawodowo oraz pobierających świadczenia rentowe, emerytalne i inne.

---

<sup>1</sup> T. Holecki, P. Kotowski, *The Costs of Medical Procedures Paid by the Public Payers in Poland in the Context of Environmental Health*, [w:] Z. Kubasińska (red.), *Public Health in Education*, PSW, Biała Podlaska 2010, s. 318-319.

<sup>2</sup> A. Sowa, *Ochrona zdrowia w wybranych krajach OECD. Trendy wydatków i ocena funkcjonowania systemu*, [w:] E. Balcerowicz (red.), *Stan finansów ochrony zdrowia*, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2008, s. 41-50.

<sup>3</sup> Na użytek artykułu pojęcie „Wskaźnik jakości życia” (*Quality of Life Index*) rozumiany jest zgodnie z metodologią brytyjskiego tygodnika „The Economist” z roku 2005.

## 2. Materiał i metoda

Praca oparta została na autorskim kwestionariuszu ankiety, składającej się z 17 pytań, zrealizowanym w okresie pierwszego półrocza 2010 r. na grupie 61 pacjentów z przeszczepionym sercem. Respondentami były osoby zgłaszające się na badania kontrolne do Poradni Transplantologicznej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Wywiady z respondentami spełniającymi kryteria badania przeprowadzono zgodnie z grafikem pracy przychodni.

Rozkład zmiennych jakościowych przedstawiono za pomocą częstości bezwzględnych i względnych ich poszczególnych kategorii. Różnice w rozkładach częstości zmiennych jakościowych dla prób niepowiązanych oceniono przy użyciu testu  $\chi^2$ . Analizę zgodności w przypadku zmiennych porządkowych dla prób powiązanych prowadzono na podstawie współczynnika  $\kappa$  ważonego<sup>4</sup>, którego wartość zaprezentowano wraz z 95-procentowym przedziałem ufności (95% PU), natomiast do oceny różnic pomiędzy tego typu zmiennymi posłużył test kolejności par Wilcoxa. W przypadku gdy zmienne jakościowe były podzielone na wiele kategorii, przeprowadzono transformację polegającą na połączeniu części kategorii, uzyskując w ten sposób większą liczbę obserwacji w poszczególnych kategoriach.

Rozkład zmiennych ilościowych oceniono przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Ze względu na rozbieżność z rozkładem normalnym analizowanych zmiennych do porównania rozkładów zmiennych ilościowych użyto testu U Manna-Whitneya – dla dwóch grup, oraz analizę wariancji Kruskala-Wallisa – dla większej liczby grup.

Wszystkie analizy statystyczne przeprowadzono w pakiecie statystycznym SAS wersja 9.2 (SAS Institute Inc., Gary, NC), przy założeniu poziomu statystycznej istotności  $\alpha = 0,05$ .

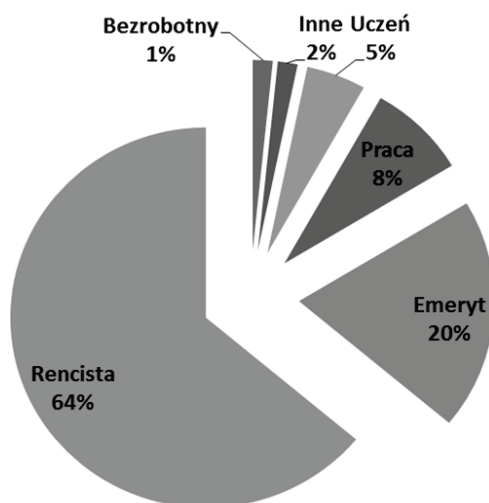
Badaniem objęto 61 osób, w tym 14 kobiet (22,9%) i 47 mężczyzn (77,1%). Były to wszystkie osoby, które spełniały kryterium realizowanego badania, w ciągu 6 następujących po sobie miesięcy od stycznia do czerwca 2010 r. Wiek badanych mieścił się w zakresie 17-68 lat (średni wiek wraz z odchyleniem standardowym:  $49,2 \pm 15,4$  lat; mediana 55 lat, rozstęp międzykwartyłowy: 39-61 lat), przy czym średni wiek kobiet ( $47,8 \pm 11,6$  lat) był zbliżony do średniego wieku mężczyzn ( $49,6 \pm 16,4$  lat), obserwowana różnica dla wieku była statystycznie nieznamienna ( $p = 0,37$ ). Większość badanych (70,5%; 43 spośród 61) zamieszkiwała w miastach, jednocześnie nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic ( $p = 0,21$ ) w liczbie mieszkańców miast i wsi w zależności od płci. Wśród ankietowanych osoby legitymujące się wykształceniem średnim lub wyższym stanowiły mniejszość (41%; 25 spośród 61), przy czym kobiety statystycznie istotnie częściej ( $p = 0,04$ ) posiadały wykształcenie średnie lub wyższe (64,3%; 9 spośród 14) w porównaniu z mężczyznami (34%; 16 spośród 47), natomiast nie odnotowano statystycznie znamiennej

<sup>4</sup> Zob.: J. Cohen, *Weighed kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit*, "Psychological Bulletin" 1968, 70(4), 213-220.

różnicy w wykształceniu mieszkańców miast i wsi ( $p = 0,72$ ). Dwie trzecie badanych pozostawały w związku małżeńskim (67,2%; 41 spośród 61), przy czym nie odnotowano statystycznie istotnych różnic stanu cywilnego w zależności zarówno od płci ( $p = 0,3$ ), jak i miejsca zamieszkania ( $p = 0,51$ ).

### 3. Omówienie wyników

W Polsce żyje około tysiąca osób z przeszczepionym sercem. W 2010 r. w całym kraju dokonano 79 przeszczepów tego narządu, a ok. 200 osób oczekiwało na transplantację<sup>5</sup>. Przebyty zabieg prawie zawsze wiąże się z pogorszeniem sytuacji ekonomicznej rodziny biorecy, ponieważ po zabiegu niewielka liczba osób pozostaje aktywna zawodowo, a nawet wówczas ograniczeniu ulega czas trwania ich pracy. Większość ankietowanych deklarowała brak aktywności zawodowej, wskazując jako źródło utrzymania emeryturę lub rentę inwalidzką. Wśród wszystkich badanych tylko 8% pracowało, a 1% posiadało status osoby bezrobotnej. Szczegóły ilustruje rys. 1.



**Rys. 1.** Aktywność zawodowa respondentów

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

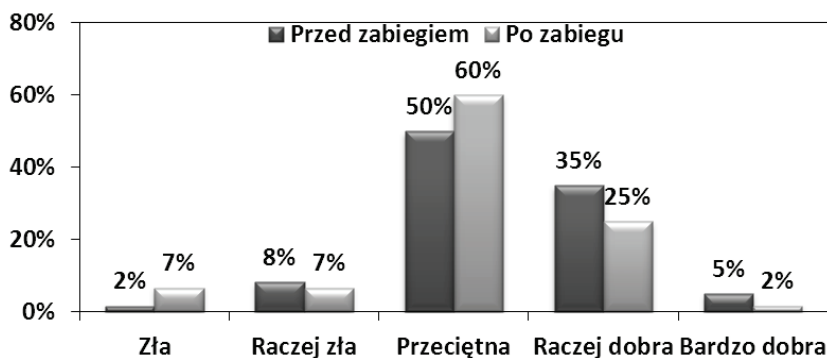
Ocena opinii badanych dotycząca sytuacji ekonomicznej przed transplantacją i po transplantacji serca wskazuje, że zabieg, jakiemu zostali poddani, istotnie wpłynął na ich sytuację ekonomiczną ( $p = 0,01$ ). Analiza zgodności udzielonych odpowiedzi dodatkowo potwierdza zaobserwowaną zależność (współczynnik  $\kappa = 0,57$ ; 95% PU: 0,38 – 0,75).

<sup>5</sup> [www.poltransplant.org.pl/statystyka](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka).



Kwoty najniższej emerytury i renty wynosiły w analizowanym okresie 706 zł miesięcznie w przypadku emerytury, renty rodzinnej i renty dla osób całkowicie niezdolnych do pracy oraz 543 zł miesięcznie dla renty przyznanej osobom częściowo niezdolnym do pracy, gdy przeciętna pensja w sektorze przedsiębiorstw (bez najmniejszych firm, sfery budżetowej oraz sektora finansowego) wyniosła 3033 zł, a minimalne miesięczne wynagrodzenie 1317 zł<sup>6</sup>. Uwidacznia to niezwykle trudną sytuację finansową pacjentów i ich rodzin w sytuacji ciągłego obciążenia zdrowotnego. Ponadto niemal połowa ankietowanych (48,3%; 29 spośród 60), zapytanych bezpośrednio o ewentualną zmianę swojej sytuacji materialnej po zabiegu, stwierdziła, że pozostała ona bez zmian, co oznacza, że również przed zabiegiem dochody tych osób lokowały się na średnim lub niskim poziomie. Kolejne 42% respondentów (41,7%; 25 spośród 60) zadeklarowało pogorszenie swojej sytuacji finansowej, a jedynie 10% oceniło, że ich sytuacja materialna uległa poprawie (6 spośród 60). Obserwowane różnice w ocenie zmiany dochodów po zabiegu pomiędzy kobietami a mężczyznami nie osiągnęły poziomu statystycznej znamienności ( $p = 0,39$ ). Podobnie istotnych statystycznie różnic nie odnotowano w zależności od miejsca zamieszkania ( $p = 0,41$ ), wykształcenia ( $p = 0,09$ ), stanu cywilnego ( $p = 0,13$ ), a także dochodu ( $p = 0,1$ ). Tak więc respondenci praktycznie we wszystkich grupach wskazywali odczuwalne pogorszenie sytuacji materialnej, co graficznie przedstawia rys. 2.

Jednym z elementów badania było ustalenie, czy w wyniku przebytego zabiegu doszło do pogorszenia sytuacji mieszkaniowej w sensie właścicielskim. Istniało bowiem hipotetyczne zagrożenie obniżenia standardów, a nawet utraty trwałego ma-

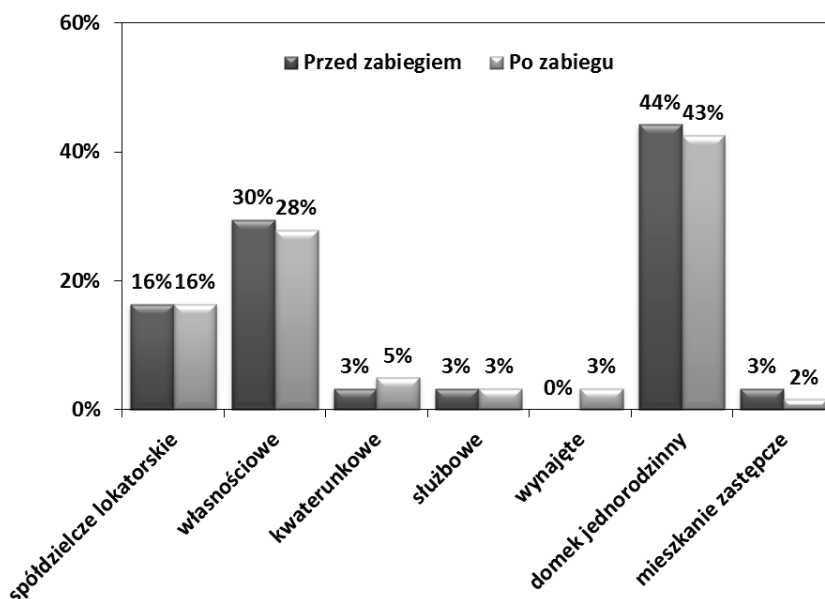


**Rys. 2.** Samoocena sytuacji ekonomicznej pacjenta oraz jego rodziny przed zabiegiem i po zabiegu transplantacji serca

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

<sup>6</sup> Komunikat Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 15 lutego 2010 r. w sprawie kwoty najniższej emerytury i renty, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent wydany na podstawie art. 94 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (DzU 2009, nr 153, poz. 1227).

jątku w postaci tytułu prawnego do nieruchomości jako pochodnej wysokich osobistych kosztów związanych z chorobą. Deklarowane odpowiedzi, zobrazowane na rys. 3, pokazują jednak brak zmian w tym obszarze. Współczynnik  $\kappa = 0,9$ ; 95% PU: 0,81 – 0,99, potwierdza brak statystycznie istotnej różnicy między typem zajmowanego lokum przed zabiegiem i po zabiegu ( $p = 0,84$ ). Biorąc jednak pod uwagę niskie dochody ankietowanych osób, można założyć, że pogorszeniu ulegnie stopień zużycia, odnawialności czy amortyzacji wyposażenia domostw, co nie zostało jednak w badaniu wystarczająco silnie zweryfikowane.

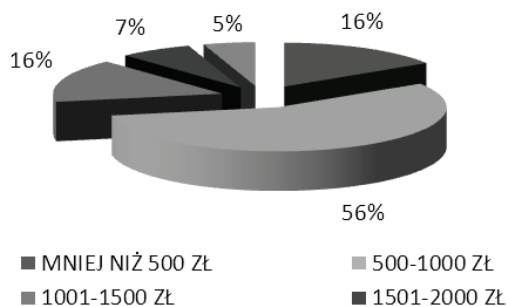


Rys. 3. Typ zajmowanego lokum przed zabiegiem i po zabiegu

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Związki sytuacji socjoekonomicznej ze stanem zdrowia są wprost proporcjonalne i nasilają się szczególnie w obszarze skrajności, jakimi są bogactwo i ubóstwo. Wśród ankietowanych pacjentów po transplantacji serca nie stwierdzono ani jednej osoby, która mogłaby zakwalifikować się do środowiska uznanego w polskich realiach za zamożne. Jedynie 5% respondentów wskazywało miesięczne dochody powyżej 2000 zł, natomiast 16% badanej populacji deklarowało miesięczne dochody na jedną osobę w gospodarstwie domowym poniżej 500 zł. Szczegóły obrazuje rys. 4.

Porównując zgromadzone informacje z pojęciami stosowanymi w polityce społecznej oraz danymi statystycznymi z omawianego okresu, można zaobserwować, jak blisko niebezpiecznej granicy ubóstwa, wyznaczonej przez wskaźniki finansowe, znajdują się pacjenci po transplantacji serca wraz ze swoimi rodzinami. Pierwszą



Rys. 4. Dochody na jednego członka gospodarstwa domowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

kwęstią jest wstydlive i stygmatyzujące zarazem pojęcie biedy, kategorii społeczno-ekonomicznej odnoszącej się do braku dostatecznych środków materialnych dla zaspokojenia potrzeb jednostki, w szczególności w zakresie jedzenia, schronienia, ubrania, transportu oraz podstawowych potrzeb kulturalnych i społecznych. Ubóstwo absolutne, definiowane na podstawie koszyka dóbr niezbędnych do podtrzymania funkcji życiowych człowieka i sprawności psychofizycznej, uwzględnia jedynie te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a konsumpcja niższa od tego poziomu prowadzi do biologicznego wyniszczenia i zagrożenia życia. Bez wątplenia należy do nich zaliczyć koszty związane z działaniami leczniczymi podejmowanymi w związku z chorobą i stałą rehabilitacją. W roku 2010 granicę finansową w tym zakresie dla jednoosobowego gospodarstwa domowego ustalono na poziomie 665 zł miesięcznie. Drugim pojęciem jest ubóstwo względne, posiadające zmienną wartość, która odnosi się do przeciętnego poziomu życia w danym kraju, mierzonego na ogół wysokością średnich dochodów, których poszczególne osoby z obiektywnych przyczyn, spowodowanych np. ciężką niewydolnością organizmu, nie są w stanie samodzielnie uzyskać. Dolna granica dochodów wyznaczona dla analizowanego okresu wynosiła 1715 zł. Trzecim terminem jest ubóstwo ustawowe, delimitowane kwotą dochodów, która zgodnie z obowiązującym prawem umożliwia ubieganie się o przyznanie świadczenia pieniężnego ze środków publicznych, która została wyznaczona, w czasie, którego dotyczyło badanie, na poziomie 477 zł dla jednej osoby, a na osobę w rodzinie – 351 zł<sup>7</sup>.

Tym samym pozostające w dyspozycji pacjentów i ich rodzin środki finansowe bliższe są markerom biedy niż nowoczesnej ochrony zdrowia opartej na kompleksowości, rozumianej jako pełne zintegrowanie działań promujących zdrowie, prewen-

<sup>7</sup> Ubóstwo w Polsce w 2010 r. (na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych), Departament Badań Społecznych i Warunków Życia GUS s. 2; Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r., (DzU nr 64, poz. 593 ze zm.).

cyjnych, leczniczych, rehabilitacyjnych i terminalnych oraz ciągłości opieki, definiowanej poprzez systematyczne kontynuowanie niezbędnych działań we wszystkich fazach życia i okresach rozwoju.

#### 4. Podsumowanie

Koszt transplantacji serca w polskim systemie ochrony zdrowia w całości finansowany jest przez budżet państwa i w uproszczeniu obejmuje przygotowanie pacjenta do przeszczepu od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, pobranie narządu ze zwłok, odpowiednie przechowywanie lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy, sprowadzenie narządu, wykonanie przeszczepu oraz leczenie pacjenta do 30 dni od dnia, w którym wykonano operację, a także archiwizację danych<sup>8</sup>. Koszty leczenia przed zabiegiem, jak i koszty późniejszego leczenia immunosupresyjnego oraz monitorowania pacjenta leżą po stronie NFZ<sup>9</sup>. Leczenie to jest drogie, ponieważ wysoki jest koszt leków i preparatów biologicznych koniecznych do utrzymania prawidłowej funkcji przeszczepu. Dla przykładu jeden z najczęściej wykorzystywanych środków leczniczych kosztuje bez refundacji ponad 1100 zł, w najwyższej dawce bez refundacji, a niewiele ponad 3 zł z dopłatą instytucjonalną<sup>10</sup>. Stąd najistotniejszą kwestią, z punktu widzenia pacjenta jest umieszczenie niezbędnych farmaceutyków na liście leków refundowanych, bowiem tylko wówczas koszty terapii farmakologicznej przejmuje NFZ<sup>11</sup>.

Poniesione nakłady, związane z transplantacją, są trudne do precyzyjnego ustalenia, ponieważ lokują się wewnątrz budżetu na wszelkie działania medyczne określone jako świadczenia wysokospecjalistyczne. Jednak zgodnie z raportem Ministerstwa Zdrowia za wykonanie budżetu w 2010 r. można przyjąć, że realizacja świadczeń wysokospecjalistycznych wykonanych przez zakłady opieki zdrowotnej w ramach realizacji umów zawartych z Ministrem Zdrowia, a dotycząca przeszczepu serca, w ujęciu wartościowym wyniosła 10 mln 611 tys. zł, co w przeliczeniu na jedną transplantację serca daje kwotę ok. 134 tys. zł<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. (DzU nr 140, poz. 910) ze zmianami (DzU 1999 r. nr 106, poz. 1914; DzU 2000 r. nr 100, poz. 1083) w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych finansowanych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń.

<sup>9</sup> A. Włodarczyk, *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z upoważnienia ministra na interpelację nr 201, z dnia 9.01.2008 r., w sprawie zwiększenia ilości ośrodków dokonujących w Polsce transplantacji serca*, za: [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).

<sup>10</sup> Ł. Kowalski, *Leczenie potransplantacyjne*, za: [www.uwagankerki.pl](http://www.uwagankerki.pl).

<sup>11</sup> S. Zygmunt, E. Strzesak, *Przykład wpływu przepisów prawa na koszty leczenia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, 89(4): 547, s. 547-553

<sup>12</sup> Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa w zakresie ochrony zdrowia za 2010 rok, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011, s. 102-103.

Zestawienie społecznej determinacji związanej ze stosowaniem wyskoscjelistycznych, ale równocześnie drogiej procedur medycznych, z brakiem zainteresowania sytuacją socjalną pacjenta po zabiegu generuje niezrozumiały dysonans. Należy zaakcentować, że nie oznacza to braku profesjonalizmu ośrodków transplantologicznych w kraju, które z wielkim zaangażowaniem realizują wyznaczone cele, wśród których znajduje się również monitoring losów byłych pacjentów, czy samopomocowych grup wsparcia, ale ogólnokrajowej polityki państwa, szczególnie w zakresie działań z instrumentarium polityki społecznej.

## Literatura

- Cohen J., *Weighed kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit*, "Psychological Bulletin" 1968, no. 70(4), s. 213-220.
- Holecki T., Kotowski P., *The Costs of Medical Procedures Paid by the Public Payers in Poland in the Context of Environmental Health*, [w:] Z. Kubasińska (red.), *Public Health in Education*, PSW, Biała Podlaska 2010.
- Komunikat Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 15 lutego 2010 r. w sprawie kwoty najniższej emerytury i renty, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent wydany na podstawie art. 94 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (DzU 2009, nr 153, poz. 1227).
- Kowalski Ł., *Leczenie potransplantacyjne*, artykuł elektroniczny, [www.uwaganerki.pl](http://www.uwaganerki.pl).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. (DzU nr 140 poz. 910) ze zmianami (DzU 1999, nr 106, poz. 1914; DzU 2000 nr 100, poz. 1083) w sprawie wykazu wyskoscjelistycznych procedur medycznych finansowanych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń.
- Sowa A., *Ochrona zdrowia w wybranych krajach OECD. Trendy wydatków i ocena funkcjonowania systemu*, [w:] E. Balcerowicz, (red.) *Stan finansów ochrony zdrowia*, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2008.
- Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa w zakresie ochrony zdrowia za 2010 rok, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2011.
- Ubóstwo w Polsce w 2010 r. (na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych), Departament Badań Społecznych i Warunków Życia GUS.
- Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. (DzU nr 64, poz. 593 ze zm.).
- Włodarczyk A., *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z upoważnienia ministra na interpelację nr 201, z dnia 9.01.2008r., w sprawie zwiększenia ilości ośrodków dokonujących w Polsce transplantacji serca*.
- [www.poltransplant.org.pl](http://www.poltransplant.org.pl).
- [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).
- Zygmunt S., Strzesak E., *Przykład wpływu przepisów prawa na koszty leczenia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, no. 89(4), s. 547.

## **FINANCIAL SITUATION OF PEOPLE AFTER HEART TRANSPLANTATION**

**Summary:** About one thousand people in Poland live with a transplanted heart. In 2010, 79 heart transplants were made. This kind of operation often influences patient's economic situation which usually gets worse. Material status has a great impact on people's health that is why we should focus on this part of their lives. The main goal of the study is to analyze economic situation of the people who have had their hearts transplanted. The detailed aim is to evaluate the proportion of working people and those ones who were superannuated. Information was collected in the Silesian Centre of Heart Diseases in Zabrze. People who took part in the poll are the patients of the Transplantation Dispensary who filled in the authorial polls consisting of 17 questions.

**Keywords:** heart transplantation, cost of medical procedures, socio-economic status, health economics.