

Marek Biernacki
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
marek.biernacki@ue.wroc.pl

Dylematy zdrowotne Polaków

Artykuł nadesłany: 25 maja 2017 r.; artykuł zaakceptowany: 15 grudnia 2017 r.

JEL Classification: I12, I15

Keywords: state of health, health care, healthy lifestyle

Abstract

Health dilemmas of Poles

Good health ensures comfort, so it is a good thing that directly affects the well-being and quality of life of the people and society as a whole, and gives you the opportunity to work, which is a direct factor of the both individual and society permanent welfare. The aim of the article is to identify the “health dilemmas” existing in Poland from the point of view of the citizen (person) and state authority. In support of these theses, the results of questionnaires on important factors of life of Poles (Social Diagnosis, CBOS), data describing the state of health, factors influencing the health of Poles (GUS, WHO) and public healthcare expenditures in international comparison were analyzed.

Wstęp

Stan zdrowia można traktować zarówno jako dobro kapitałowe, które ma wpływ na dochody gospodarstwa domowego, czyli na dobrobyt ekonomiczny, jak i jako dobro konsumpcyjne, które bezpośrednio wpływa na dobrostan osoby. Stan zdrowia między innymi wpływa na następujące obszary życia (Leigh, Jencks, Smee-
ding 2009):

— znalezienie i utrzymanie dobrze płatnej pracy — absencja w pracy spowodowana chorobą pracownika lub członka rodziny zwiększa dla pracodawcy koszt zatrudnienia i tym samym nie zwiększa prawdopodobieństwa podwyżki pensji czy pewności zatrudnienia;

— efekt edukacyjny — choroba dzieci hamuje ich rozwój poprzez nieobecności w szkole czy trudności z koncentracją;

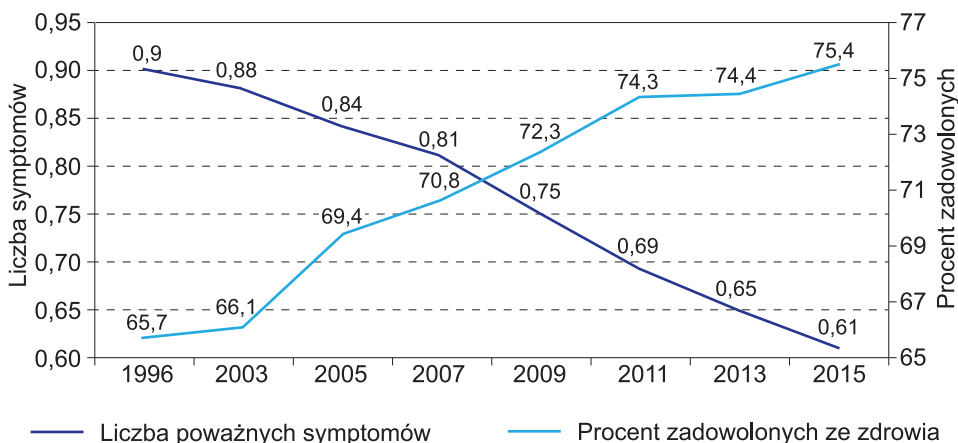
— zadowolenie z życia rodzinnego — zdrowe osoby chętniej zawierają związki małżeńskie i rzadziej się rozwodzą;

— wydatki na leczenie zmniejszają dochody gospodarstw domowych i tym samym pogarszają się relatywnie ich sytuacje dochodowe (Ulman 2011).

Za społeczny stan zdrowia odpowiedzialna jest ochrona zdrowia — system zdrowotny, którego podstawowym celem według WHO (2000) jest „promowanie, przywracanie lub utrzymanie zdrowia”. Według Narodowego Programu Zdrowia za lata 1996–2005 w Polsce na stan zdrowia ludności wpływają w 45–50% styl życia, w 20% czynniki środowiskowe, także w 20% czynniki genetyczne i w około 10–15% organizacja i skuteczność systemu ochrony zdrowia. Styl życia wiąże się z wyborami dietetycznymi i aktywnością fizyczną. Za zły stan zdrowia Polaków, który wyraża się między innymi jedną z niższych w Europie oczekiwaną długością życia, nie można zatem obwiniać samego systemu ochrony zdrowia.

Dylemat zdrowotny w Polsce z punktu widzenia obywatela

W 2011 roku w ramach *Diagnozy społecznej* zapytano Polaków o podanie trzech czynników, które wpływają na ich szczęście. Dla ponad 64% Polaków zdrowie było jednym z najważniejszych czynników odpowiadających za szczęśliwe życie. Następnie wskazywano na udane małżeństwo (53,4%), dzieci (47,6%), pracę (30,7%), pieniądze (28,2%), Boga lub opatrność (13,3%).



Rysunek 1. Zadowolenie ze stanu zdrowia i liczby objawów chorobowych

Źródło: *Diagnoza społeczna 2015*.

W latach 2003–2015 Rada Monitoringu Społecznego przeprowadziła ankietowanie Polaków, w którym respondenci oceniali swój stan zadowolenia z wybranych aspektów życia. Rysunek 1 przedstawia średnią liczbę objawów chorobowych (w ciągu roku) oraz odsetek zadowolonych ze zdrowia w latach 1996–2015. Wzrost zadowolenia ze stanu zdrowia w tym okresie o 10 punktów procentowych w znacznej mierze spowodowany był zmniejszeniem liczby objawów chorobowych w ciągu roku. Współczynnik korelacji Spearmana pomiędzy zadowoleniem ze stanu zdrowia a liczbą objawów chorobowych w ciągu roku wyniósł $-0,42$. Wyniki te są zgodne z rezultatami badań „Stan zdrowia ludności Polski” z 2004 i 2009 roku przeprowadzonymi w ramach „Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia”, według których w tym czasie nastąpił wzrost o prawie 5 punktów procentowych (z 61,0% do 65,7%) liczby osób, według których ich stan zdrowia jest dobry lub bardzo dobry (GUS 2011).

Z drugiej strony, pomimo wiedzy, że od stylu życia w znaczącym stopniu zależy stan zdrowia osoby, przeciętny Polak prowadzi „niezdrowy” styl życia i tym samym pogarsza swój obecny i przyszły stan zdrowia (o którym twierdzi, że jest dla niego ważny), co w konsekwencji obniży także w niedalekiej przyszłości jego przyszły dobrostan. W tabelach 1 i 2 podane zostały wielkości czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia Polaków oraz częstość czynników ryzyka śmierci w rozbięciu na mężczyzn i kobiet. Dane te pokazują, że stan zdrowia przeciętnego Polaka, spowodowany w dużej mierze „złym” stylem życia, nie jest lub w najbliższej przyszłości nie będzie dobry. Według badań krajowych (Zdrowie i ochrona zdrowia 2015) w grupie osób między 15. a 19. rokiem życia szeroko rozumiany sport uprawiała prawie co druga osoba. Wśród dwudziestolatków sport uprawiała tylko co trzecia osoba, a wśród trzydziestolatków — co czwarta. Wśród osób dojrzałych ten sposób spędzania wolnego czasu deklarowała niespełna co ósma osoba w wieku 50–69 lat. Sprawność fizyczna młodzieży, mierzona międzynarodowymi testami, uległa w ostatnim dziesięcioleciu znacznemu pogorszeniu. Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. 72,9% zbadanych osób w Polsce zakwalifikowano do prowadzących siedzący tryb życia, podczas gdy na przykład w Finlandii do tej grupy zaliczono jedynie co dziesiątą osobę (CINDI, WHO). Według *Diagnozy społecznej* żadnej aktywności fizycznej w 2013 roku nie uprawiało 60,8%, a w roku 2015 — 61,3% Polaków (*Diagnoza społeczna* 2015).

Tabela 1. Częstość występowania czynników wpływających na stan zdrowia Polaków

	Nadwaga	Otyłość	Pijący alkohol codziennie	Pałacy tytoń codziennie
2004	33,0%	12,6%	74,9%	26,3%
2009	36,4%	15,9%	73,9%	23,8%
2014	36,6%	16,7%	72,2%	22,7%

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2016.

Spożycie soli w Polsce, obliczane na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, 2–3-krotnie przekracza poziom zalecany przez WHO (poniżej 5 g na osobę/dzień), przy czym może być ono faktycznie jeszcze wyższe ze względu na to, że badania budżetów nie uwzględniają spożycia w sektorze żywienia zbiorowego (gastronomia, stołówki szkolne i pracownicze itp.). Spożycie soli w nadmiarze powoduje podwyższone ciśnienie krwi, które stanowi główny czynnik ryzyka zgonów w regionie europejskim. Niestety pod względem spożycia owoców (50 kg rocznie/mieszkańca) zajmujemy ostatnie miejsce w Europie, gdzie średnie spożycie owoców rocznie wynosi 100 kg na osobę. Problem jest ważny, ponieważ główną przyczyną przedwczesnych zgonów (poniżej 65. roku życia) w Polsce są choroby układu krążenia: choroby serca i naczyń krwionośnych, które stanowią około 45% zgonów.

Tabela 2. Częstość występowania wybranych czynników ryzyka śmierci w Polsce

	Kobiety	Mężczyźni
Palenie tytoniu	23,8%	39,8%
Nadciśnienie tętnicze	32,5%	41,7%
Cholesterol > 5,0	58,3%	59,8%
Otyłość BMI > 30,0	22,2%	21,0%
Cukrzyca	6,2%	7,0%
Mała aktywność fizyczna	55,6%	49,3%

Źródło: Pająk *et al.* 2005.

Ważnym czynnikiem złego stanu zdrowia i samopoczucia coraz większej liczby Polaków jest stresogenny styl życia. Między rokiem 1997 a 2009 liczba zaburzeń psychicznych w leczeniu ambulatoryjnym wzrosła o 87% i w 2009 roku wyniosła 3638 na 100 tys. mieszkańców, a współczynnik zapadalności na choroby psychiczne w tym okresie wzrósł o 90% (Szyborski 2010).

Ten zdrowotny dylemat Polki i Polaka można scharakteryzować słowami Owidiusza: „widzę to, co lepsze, ale podążam za tym, co gorsze” (Owidiusz, *Metamorfosi*, VII).

Dylemat „stanu zdrowia” w Polsce z punktu widzenia państwa

W 2015 roku statystyczny Polak żył 73,6 lat, a Polka 81,6 lat, czyli odpowiednio o 7 i 10 lat dłużej niż pół wieku temu. Jednak w porównaniu z krajami Europy jesteśmy na dalekim 20. miejscu z 27 krajów: Szwajcarzy — 83,3; Włosi — 83,2; Hiszpanie — 83,3; średnia EU-28 — 80,9 (Eurostat 2014). Różnica w oczekiwanej długości życia w Polsce według płci należy do najwyższych w krajach UE. Tabela 3 przedstawia stan zdrowia przeciętnego Polaka mierzony wskaźnikiem HLY,

czyli liczbą lat przeżytych w zdrowiu od urodzenia. Dla statystycznego Polaka oczekiwana długość życia rośnie, ale niestety liczba lat w dobrym zdrowiu maleje. Te dane implikują, że w niedalekiej przyszłości w Polsce będzie coraz więcej chorych, którym trzeba będzie stworzyć dobre warunki leczenia.

Tabela 3. Wartości HLY opisujące stan zdrowia Polaków

	2002	2005	2007	2009	2011	2012	2014
HLY mężczyźni	62,5	61,0	57,4	58,1	59,1	59,2	57,6
HLY kobiety	68,9	66,6	61,3	62,1	63,3	62,9	61,5

Źródło: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (dostęp: 1.05.2017).

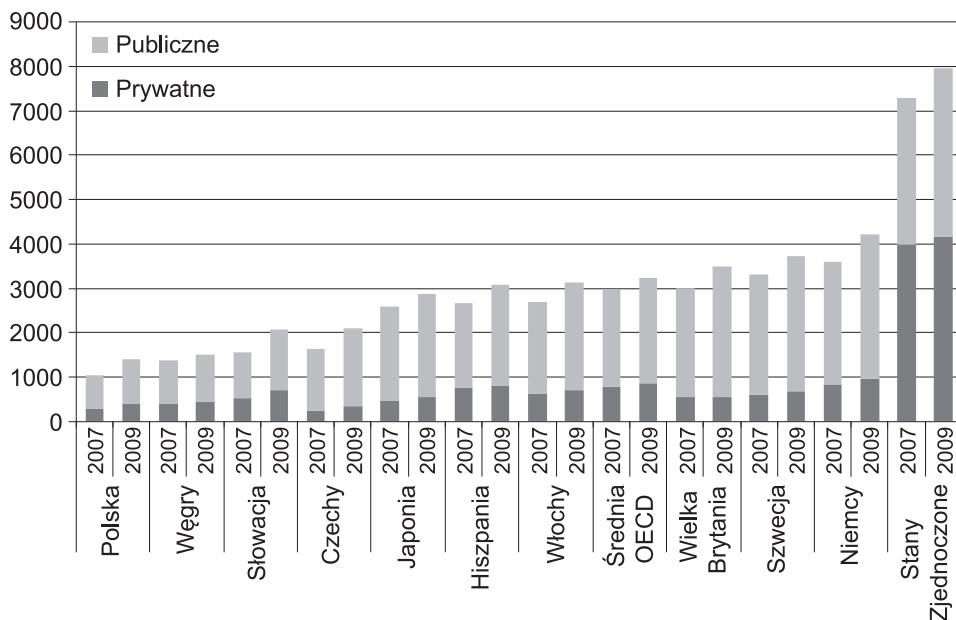
Polska stoi obecnie przed poważnym problemem — z jednej strony musi znacząco zmniejszyć dług publiczny, a z drugiej — poprawić wydajność oraz jakość usług społecznych, w szczególności usług zdrowotnych. Trzy czwarte Polaków (74%) jest niezadowolonych z tego, jak w naszym kraju funkcjonuje opieka zdrowotna, w tym ponad jedną trzecią (35%) stanowią zdecydowanie niezadowoleni. Jedynie 21% respondentów wyraża zadowolenie w tym względzie, przy czym tylko dwóch na stu (2%) jest bardzo zadowolonych (CBOS 2016). Większość Polaków korzysta z usług prywatnych i z usług objętych ubezpieczeniem (por. tabela 4), co jest konsekwencją znacząco długich czasów oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty i leczenie specjalistyczne — średnio 3 miesiące (Watch Health Care 2014). Duża część naszych obywateli (około 40%) korzysta wyłącznie z usług medycznych objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. W dużej mierze wynika to z faktu, że 26% gospodarstw domowych (około 10 mln osób) żyje poniżej poziomu ubóstwa subiektywnego — tym bardziej nie stać ich na korzystanie z prywatnego systemu opieki zdrowotnej (Eurostat 2012).

Tabela 4. Korzystający z usług zdrowotnych prywatnych i objętych ubezpieczeniem

Korzystanie z usług zdrowotnych	2002	2004	2005	2009	2010	2016
Niekorzystający	19%	18%	16%	13%	15%	16%
Wyłącznie z usług objętych ubezpieczeniem	46%	49%	47%	36%	38%	37%
Z usług prywatnych i ubezpieczenia	28%	28%	30%	44%	39%	40%
Wyłącznie z usług prywatnych	7%	5%	7%	7%	8%	7%

Źródło: komunikat CBOS BS/24/2010, BS/112/2016.

Udział wydatków na ochronę zdrowia w Polsce *per capita* jest niski wśród rozwiniętych i rozwijających się krajów. Jest on prawie dwa razy mniejszy niż w Republice Czeskiej, trzy razy mniejszy niż w Niemczech i ponad cztery razy mniejszy niż w USA. Wśród krajów byłego Bloku Wschodniego niższe wydatki na ochronę zdrowia *per capita* są w Federacji Rosyjskiej, Bułgarii i Rumunii (por. rysunek 2).



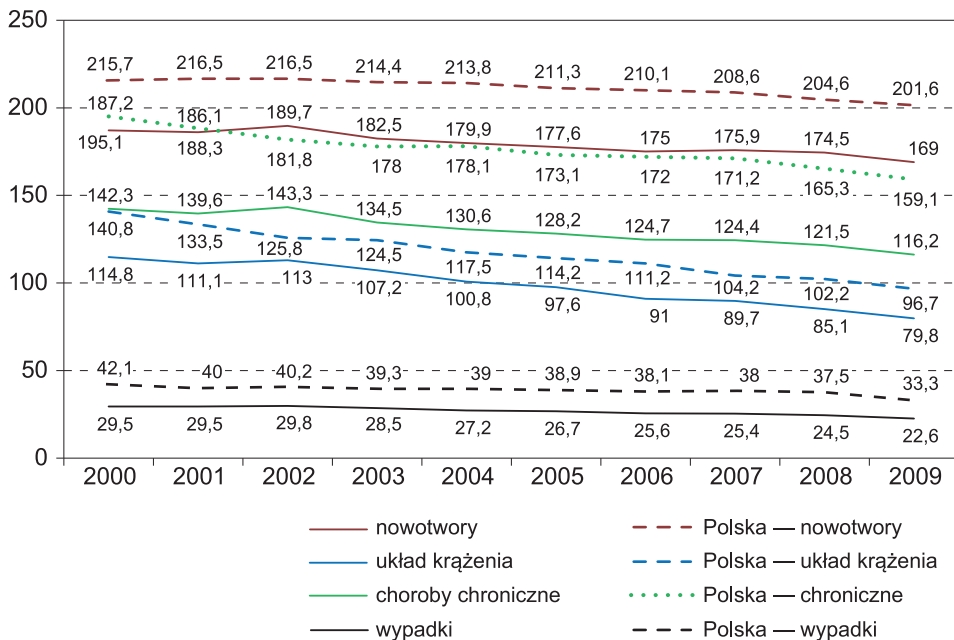
Rysunek 2. Wydatki na ochronę zdrowia w rozbiściu na publiczne i niepubliczne *per capita* w PSN \$ (2007 i 2009)

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD.

Relatywnie niskie nakłady na ochronę zdrowia w Polsce (rysunek 2) implikują mniejszą od średniej UE-27 skuteczność leczenia, którą wyraża wyższa przedwczesna śmiertelność, co pokazuje rysunek 3.

Według Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia w 2009 roku Polska uzyskała 565 punktów na 1000 możliwych, co dało jej 26. miejsce na 33 badane kraje (27 krajów UE oraz 6 krajów europejskich spoza UE). W 2012 roku Polska otrzymała 577 punktów na 1000 możliwych, przy czym w rankingu spadła o jedno miejsce — na 27. pozycję. W 2014 roku zajęła 31. miejsce, uzyskując zaledwie 511 punktów i pomimo utraty 10 punktów utrzymując pozycję z 2012 roku. W 2016 roku uzyskaliśmy 568 punktów i zajęliśmy 30. miejsce (na 35 krajów). Według wyników tych analiz sytuacja polskiej ochrony zdrowia nie jest dobra i dla „uzdrowienia” systemu opieki medycznej potrzebne są jego reformy.

W polskim systemie ochrony zdrowia jest wiele sytuacji konfliktowych. Jedną z nich jest „sprzeczność” między centralizacją zarządzania funduszami a autonomią placówek opieki zdrowotnej (Golinowska 2004). Konflikt został pogłębiony przez nieprecyzyjne wyceny procedur medycznych, które były podstawą zawierania kontraktów. Do tego trzeba dodać, że środki przeznaczone na ochronę zdrowia pomimo reform są niewystarczające. Według niektórych badań (Golinowska 2004), jeżeli jako deflatora użyje się indeksu cen działu ochrony zdrowia, wówczas można stwierdzić, że wydatki na ochronę zdrowia realnie nie wzrastają.



Rysunek 3. Śmiertelność przedwczesna (przed 65. rokiem życia) na 100 tys. osób z uwzględnieniem przyczyny zgonów; porównanie międzynarodowe z UE-27

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

W 2015 roku w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało 2,2 lekarza. Jest to najmniejsza liczba w całej UE, przy czym średnia unijna wynosi 3,3 (Health at Glance: Europe 2015). W Polsce w porównaniu z UE-27 kształcimy około 50% średniej liczby studentów medycyny. Z tego 10% absolwentów medycyny wyjeżdża za granicę. Jesteśmy jednym z niewielu krajów świata, w którym od 2000 roku liczba lekarzy nie wzrosła. Za kilka lat znacząco odczujemy również brak pielęgniarek — według danych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (2010) w 2020 roku ich stan liczebny zmniejszy się o ponad 66 tys. (Biernacki 2013). W dodatku niedobory lekarzy i pielęgniarek w ochronie zdrowia będą w niedalekiej przyszłości problemem nie tylko Polski, ale wszystkich krajów europejskich (Health at Glance: Europe 2014).

Zakończenie

Celem artykułu było wskazanie istniejących w Polsce „dylematów zdrowotnych” z punktu widzenia obywatela (osoby) i władzy państwowej w perspektywie dobrobytu społecznego. Z analizy wynika, że z jednej strony dla przeciętnego Polaka zdrowie jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na jego szczęście, a z dru-

giej strony prowadzimy niezdrowy styl życia, który w 45–50% wpływa na stan naszego zdrowia. Odżywiamy się niezdrowo i prowadzimy siedzący tryb życia. Zły stan zdrowia w niedalekiej przyszłości może implikować złe samopoczucie i przedwczesną śmiertelność. Stąd dylemat, czy obecnie wybrać zdrowy styl życia, który wymaga dyscypliny i poświęcenia czasu, z gwarancją lepszego stanu zdrowia w przyszłości, czy prowadzić dalej niezdrowy (przyjemniejszy) styl życia, który zwiększa prawdopodobieństwo choroby i przedwczesnej śmierci.

Troską państwa powinien być dobry stan zdrowia publicznego, ponieważ gwarantuje on stabilność kapitału ludzkiego, który jest ważnym czynnikiem wzrostu gospodarczego kraju. Udział wydatków na ochronę zdrowia w Polsce *per capita* jest jednym z najniższych wśród rozwiniętych i rozwijających się krajów. Jednym z podstawowych mierników oceniających stan zdrowia populacji jest oczekiwana długość życia oraz liczba lat przeżytych w dobrym zdrowiu (HLY). W porównaniu z państwami Europy jesteśmy daleko poniżej mediany (20. miejsce z 27 krajów). Niestety w naszym kraju śmiertelność przedwczesna (do 65. roku życia) jest znacznie większa od średniej krajów UE. W 2012 roku mieliśmy jeden z najniższych w Europie wskaźników zachorowalności na choroby nowotworowe i największy wskaźnik śmiertelności spowodowany tymi chorobami. Analizy międzynarodowe (WHO, Europejski Konsumentki Indeks Zdrowia) jednoznacznie pokazują, że dla uzdrowienia polskiego systemu ochrony zdrowia potrzebne są jego reformy. Stąd dylemat państwa, czy zwiększyć wydatki państwa na ochronę zdrowia, które w przyszłości zaowocują poprawą stanu zdrowia publicznego, czy też trwać w obecnej sytuacji, utrzymując system, który nie ma szans odpowiedzieć w przyszłości na potrzeby zdrowotne Polaków (starzenie się społeczeństwa i rozwój chorób cywilizacyjnych) przy malejącej liczbie personelu medycznego.

Skoro jesteśmy za biedni, aby leczyć, powinniśmy przeciwdziałać. Zgodnie z teorią Marca Lalonde'a (1974), która mówi, że zdrowie jest wynikiem przede wszystkim stylu życia (40–50%), a następnie działań czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem i opieką medyczną, powinniśmy w naszym kraju promować zdrowy styl życia, który wpływa na poprawę stanu zdrowia i tym samym może ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną. Wydaje się, że jest to w tym momencie jedyna droga wyjścia z przedstawionych w artykule dylematów zdrowotnych.

W celu osiągnięcia konkurencyjności, wyższej jakości świadczeń, skrócenia czasu oczekiwania w instytucjach ochrony zdrowia kluczowe jest stworzenie warunków do wprowadzenia dodatkowych płatników prywatnych i ubezpieczeń zdrowotnych.

Bibliografia

- Biernacki M. (2013), *Ocena efektywności instytucji publicznych w sektorach edukacji i ochrony zdrowia*, Wrocław.
- Golinowska S. (2004), *Pożądane kierunki zmian systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa.
- Golinowska S. (red.) (2012), *Zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa.
- Lalonde M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Information Canada*, Ottawa.
- Leigh A., Jencks Ch., Smeeding T. (2009), *Health and Economic Inequality*, Oxford-New York.
- Pająk A. et al. (2005), *Rozpowszechnienie dyslipidemii u mężczyzn i kobiet w wieku 20–74 lat w Polsce. Wyniki badania WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 63, nr 6, suplement 4, <https://ojs.kardiologiapolska.pl/kp/article/view/2739/5913> (dostęp: 1.05.2017).
- Szymborski J. (2010), prezentacja podczas konferencji „Współczesne wyzwania polityki społecznej wobec rodziny”, Wrocław.
- Ulman P. (2011), *Sytuacja ekonomiczna osób niepełnosprawnych i ich gospodarstw domowych w Polsce*, Kraków.

Strony internetowe

- CBOS, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_024_10 (dostęp: 1.05.2017).
- Czapiński J., Panek T., *Raport Diagnoza społeczna*, <http://www.diagnoza.com> (dostęp: 1.05.2017).
- Eurostat, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932014_\(years\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932014_(years)_YB16.png) (dostęp: 1.05.2017).
- Euro Health Consumer Index 2016 — Health Consumer, <https://healthpowerhouse.com/.../euro-health-consumer-index-201...> (dostęp: 1.05.2017).
- Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS), https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf (dostęp: 1.05.2017).
- GUS (2017), *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2016*, Warszawa: <https://stat.gov.pl/.../roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/maly-rocznik-statystyc...> (dostęp: 1.05.2017).
- GUS (2011), *Zdrowie i ochrona zdrowia*, Warszawa, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf (dostęp: 1.05.2017).
- GUS (2015), *Zdrowie i ochrona zdrowia*, Warszawa, <https://stat.gov.pl/.../zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.htm> (dostęp: 1.05.2017).
- Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005, <http://www.lider.szs.pl/download/2015/npz.doc> (dostęp: 1.05.2017).
- OECD iLibrary, *Health at a Glance: Europe 2012*, <https://www.oecd-ilibrary.org/...health/health-at-a-glance-europe-2...> (dostęp: 1.05.2017).
- Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, www.izbapiel.org.pl/attachments/article/1782/Wstepna.ocena.zasobow.kadrowych.pdf (dostęp: 1.05.2017).
- Watch Health Care 2014, www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/raport_3_i_2015.pdf (dostęp: 1.05.2017).
- WHO, *Global Strategy: Overall goal*, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/> (dostęp: 1.05.2017).