

# PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

# RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 450

**Polityka ekonomiczna**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2016

Redakcja wydawnicza: Anna Grzybowska, Aleksandra Śliwka

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Barbara Cibis

Łamanie: Adam Dębski

Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania  
znajdują się na stronach internetowych Wydawnictwa  
[www.pracenaukowe.ue.wroc.pl](http://www.pracenaukowe.ue.wroc.pl)  
[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska  
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2016

**ISSN 1899-3192**  
**e-ISSN 2392-0041**

**ISBN 978-83-7695-617-6**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:  
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław  
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: [econbook@ue.wroc.pl](mailto:econbook@ue.wroc.pl)  
[www.ksiegarnia.ue.wroc.pl](http://www.ksiegarnia.ue.wroc.pl)

Druk i oprawa: TOTEM

## Spis treści

|   |     |
|---|-----|
| <b>Wstęp</b> .....  | 11  |
| <b>Lyubov Andrushko:</b> Prognozowanie pozyskania drewna w Polsce na podstawie danych GUS / Roundwood production forecasting in Poland, on the basis of the data of the central statistical office.....   | 13  |
| <b>Tomasz Bernat:</b> Przedsiębiorczość i oczekiwania większych zarobków a ryzyko podjęcia działalności / Entrepreneurship and higher earnings expectations vs. risk of business set up.....  | 25  |
| <b>Beata Bieńkowska:</b> Spółdzielnie socjalne – szanse i bariery rozwoju przedsiębiorczości społecznej w Polsce / Social cooperatives – opportunities and threats for social entrepreneurship development in Poland.....   | 35  |
| <b>Wioletta Bieńkowska-Gołasa:</b> Produkcja i wykorzystanie energii elektrycznej na Mazowszu z uwzględnieniem OZE / Production and use of electricity in Mazowsze with the consideration of renewable energy sources.....  | 46  |
| <b>Agnieszka Biernat-Jarka:</b> Dzierżawa jako sposób zwiększenia powierzchni gospodarstw rolnych w województwie mazowieckim / Leasing as a method of farms' area increase in Mazowsze Voivodeship.....   | 56  |
| <b>Krystyna Bobińska:</b> Miejsce kraju w rankingach wieloczynnikowych jako podstawa do identyfikacji nieuruchomionych rezerw rozwoju gospodarczego / The place of the country in the multifactoral ratings as a basis for identification of the hidden reserves for economic growth..... | 68  |
| <b>Malgorzata Bogusz, Sabina Ostrowska:</b> Wybrane problemy polityki społecznej i zdrowotnej wobec osób starszych na poziomie lokalnym – sztuka partycypacji / Chosen problems of social and health policy for seniors at local level – the capability of participation.....             | 82  |
| <b>Przemysław Borkowski:</b> Problemy prowadzenia rachunku kosztów i korzyści w inwestycjach infrastrukturalnych / Challenges in optimising cost-benefit analysis in infrastructure projects.....   | 91  |
| <b>Barbara Chmielewska:</b> Dysproporcje w jakości życia ludności wiejskiej i miejskiej a polityka ich zmniejszania / Disparities in quality of life of rural and urban population vs. policy of its reduction.....   | 103 |
| <b>Kazimierz Cyran:</b> Postrzeganie marek własnych produktów żywnościowych a perspektywy ich rozwoju / The perception of private labels of food products vs. the prospects for their development.....  | 114 |
| <b>Sławomir Dybka:</b> Skuteczność promocji w Internecie – perspektywa klienta / Effectiveness of the Internet promotion – customer perspective.....  | 125 |
| <b>Malgorzata Gasz:</b> Priorytety rozwoju innowacyjności polskiej gospodarki / Priorities of Polish economy innovation development.....  | 138 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Aleksandra Gąsior:</b> Poziom rozwoju transportu jako determinanta procesu restrukturyzacji dużych przedsiębiorstw / The level of transport as a determinant of the process of large enterprises restructuring .....   | 150 |
| <b>Edyta Gąsiorowska-Mącznik:</b> Przedsiębiorczość w strategiach gmin województwa świętokrzyskiego / Entrepreneurship in strategies of municipalities of Świętokrzyskie Voivodeship .....  | 161 |
| <b>Jarosław Górecki, Jadwiga Bizon-Górecka:</b> Analiza zachowania inwestorów w odniesieniu do kryterium ceny za roboty budowlane / Behavior of investors and price for construction works.....   | 172 |
| <b>Artur Grabowski:</b> Wolność prowadzenia działalności gospodarczej w obszarze sportu profesjonalnego / Freedom of business activity in the area of professional sport.....   | 182 |
| <b>Sylwia Guzdek:</b> Kooperacja jako główna forma współpracy przedsiębiorstw w międzynarodowych sieciach biznesowych / Cooperation as the main form of cooperation in international networks of business .....   | 191 |
| <b>Marcin Halicki:</b> The Foster-Hart measure as a tool for determining the set of risky portfolios that do not expose the investor to the bankruptcy / Miara Fostera-Harta jako narzędzie do wyznaczania zbioru ryzykownych portfeli, które nie narażają inwestora na bankructwo.....         | 205 |
| <b>Mateusz Halka:</b> Wykonawcy robót budowlanych na rynku zamówień publicznych a ich kondycja ekonomiczno-finansowa / Construction contractors on the public procurement market vs. their economic and financial standing .....  | 217 |
| <b>Tomasz Holecki, Magdalena Syrkiewicz-Świtła, Agnieszka Bubel, Karolina Sobczyk:</b> Finansowe konsekwencje realizacji dyrektywy transgranicznej w ochronie zdrowia / Financial consequences of the implementation of the cross-border healthcare directive .....                             | 229 |
| <b>Żaklina Jabłońska:</b> Marketing relacji i CSR jako narzędzia budowania przewagi konkurencyjnej przez franchyzodawców branży gastronomicznej w Polsce / Relationship marketing and CSR as tools for building of competitive advantage by franchisors of foodservice industry in Poland ..... | 241 |
| <b>Sławomir Jankiewicz:</b> Wpływ bezpieczeństwa energetycznego na rozwój gospodarczy w Polsce / The impact of energy security to the economic development in Poland .....  | 251 |
| <b>Emilia Jankowska:</b> Zróżnicowanie infrastruktury transportowej w kontekście polityki Unii Europejskiej / The diversity of transport infrastructure in the context of the EU policy .....   | 260 |
| <b>Bożena Karwat-Woźniak, Paweł Chmieliński:</b> Przemiany w strukturze agrarnej polskiego rolnictwa i wpływ wybranych instrumentów WPR na te procesy / Changes in the agrarian structure of Polish agriculture and the impact of selected CAP measures on these processes .....                | 272 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Ewa Koloszyż:</b> Światowy rynek mleka – wybrane zagadnienia / World dairy market – selected issues .....   | 287 |
| <b>Agnieszka Komor:</b> Wybrane uwarunkowania strukturalne decyzji lokalizacyjnych małych i średnich przedsiębiorstw / Chosen structural conditions of localization decisions concerning small and midium enterprises.....   | 298 |
| <b>Aleksandra Koźlak, Barbara Pawłowska:</b> Współczesne wyzwania europejskiej polityki transportowej / Current challenges of European transport policy .....  | 311 |
| <b>Hanna Kruk, Anetta Waśniewska:</b> Parki krajobrazowe i narodowe jako element rozwoju zrównoważonego na przykładzie gmin województwa wielkopolskiego / National and landscape parks as part of sustainable development. Case study: Wielkopolska Voivodeship communes ..... | 323 |
| <b>Anna Krzysztofek:</b> Dyrektywa 2014/95/UE oraz wynikające z niej zmiany / Directive 2014/95/EU, and changes resulting from it .....  | 334 |
| <b>Władysława Łuczka:</b> Ekologiczna gospodarka żywnościowa w województwie wielkopolskim w okresie integracji z Unią Europejską / Ecological food economy in Wielkopolska Voivodeship in the time of accession into the European Union .....                                  | 347 |
| <b>Aleksandra Majda:</b> The analysis of succession strategy, success determinants in Polish family business – case study / Analiza determinant sukcesu strategii sukcesyjnej w polskich przedsiębiorstwach rodzinnych – studium przypadku.....                                | 357 |
| <b>Janusz Majewski:</b> Problem wyceny zapyłania jako usługi środowiskowej / The problem of the valuation of pollination as environment service .....  | 369 |
| <b>Arkadiusz Malkowski:</b> Ruch graniczny jako czynnik rozwoju regionu przygranicznego na przykładzie pogranicza zachodniego Polski / Border traffic as a factor in the development of border regions on the example of the borderland of Western Poland.....                 | 378 |
| <b>Grażyna Michalczyk, Agnieszka Zalewska-Bochenko:</b> Platforma e-PUAP jako przykład elektronicznej usługi administracji publicznej dla ludności / e-PUAP as an example of electronic services of public administration for the citizens .....                               | 390 |
| <b>Danuta Mierzwa, Małgorzata Krotowska:</b> Czynniki ekonomiczno-społeczne integracji poziomej rolników – raport z badań / Economic and social factors of horizontal integration of farmers – study report .....  | 399 |
| <b>Karolina Olejniczak:</b> Czynniki rozwoju obszarów funkcjonalnych w świetle badań empirycznych / Factors of functional areas development in the light of empirical research .....   | 410 |
| <b>Dorota Pasińska:</b> Polski rynek drobiu po wstąpieniu do Unii Europejskiej / Polish poultry market after the accession to European Union .....   | 421 |
| <b>Ewa Polak, Waldemar Polak:</b> Wskaźniki dotyczące zdrowia i opieki zdrowotnej jako mierniki jakości życia w Polsce na tle wybranych państw /   |     |

|   |     |
|---|-----|
| Indices referring to health care as the measure of life quality in Poland in comparison to selected countries.....  | 433 |
| <b>Adriana Politaj:</b> Zakłady aktywności zawodowej oraz zakłady pracy chronionej jako pracodawcy osób niepełnosprawnych w Polsce / Vocational development centres and sheltered workshops as employers of handicapped persons in Poland .....   | 446 |
| <b>Iwona Pomianek:</b> Klasyfikacja gmin miejsko-wiejskich w Polsce według poziomu rozwoju społeczno-ekonomicznego / Classification of semi-urban communes in Poland by the level of socio-economic development ....  | 458 |
| <b>Zdzisław W. Puślecki:</b> Current re-shaping of international business / Obecne zmiany kształtu biznesu międzynarodowego .....   | 471 |
| <b>Magdalena Ratalewska:</b> Rozwój sektora kreatywnego gier komputerowych w Polsce / The development of the creative industries sector of computer games in Poland.....  | 491 |
| <b>Jarosław Ropęga:</b> Czynniki niepowodzeń gospodarczych małych przedsiębiorstw w aspekcie nowego paradygmatu cywilizacyjnego / Failure factors of small enterprises in the context of new paradigm of civilization ...   | 501 |
| <b>Robert Rusielik:</b> Wykorzystanie alternatywnych indeksów produktywności do pomiaru efektywności rolnictwa w Polsce / Alternative productivity indexes for measuring agricultural efficiency in Poland.....   | 514 |
| <b>Izabela Serocka:</b> Znaczenie czynników lokalizacji przedsiębiorstw a aktywność władz lokalnych gmin województwa warmińsko-mazurskiego / The importance of business location factors vs. the activity of Warmia and Mazury Voivodeship local authorities.....   | 524 |
| <b>Katarzyna Smędzik-Ambroży, Joanna Strońska-Ziemiann:</b> Rozwój lokalny na obszarach wiejskich o zróżnicowanym rolnictwie (przypadek podregionu pilskiego na tle sytuacji w Wielkopolsce) / Local development in rural areas with diversified agriculture (the case of pilski subregion on the background of the situation in Wielkopolska)..... | 538 |
| <b>Karolina Sobczyk, Tomasz Holecki, Joanna Woźniak-Holecka, Michał Wróblewski:</b> Wykorzystanie środków publicznych w walce z wykluczeniem cyfrowym na poziomie samorządowym / Public funds use against digital exclusion at the level of self-government .....   | 550 |
| <b>Michał Świtłyk:</b> Efektywność techniczna gospodarstw mlecznych w Polsce w latach 2009-2011 / Technical efficiency of dairy farms in Poland in 2009-2011.....   | 561 |
| <b>Dariusz Tłoczyński:</b> Konkurencja pomiędzy przewoźnikami Ryanair i Wizz Air jako element rozwoju polskiego rynku usług transportu lotniczego / Competition between Ryanair and Wizz Air as an element of development of Polish air transport market .....  | 570 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Weronika Toszewska-Czerniej:</b> Productivity of service delivery process as a factor affecting the level of differentiation / Produktywność procesu usługowego jako czynnik kształtujący poziom zróżnicowania .....                  | 584 |
| <b>Roman Tylżanowski:</b> Stymulatory procesów transferu technologii w przedsiębiorstwach przemysłowych wysokiej techniki w Polsce / Stimulators of technology transfer processes in high-tech manufacturing sector in Poland .....      | 594 |
| <b>Małgorzata Wachowska:</b> Czas pozyskiwania cudzych idei przez przemysł. Doświadczenia Polski / Adoption time of others' ideas by industry. Experience of Poland .....  | 606 |
| <b>Agnieszka Werenowska:</b> Kierunki zmian na rynku niskokosztowych linii lotniczych / Directions of changes in the market of low-cost airlines.....  | 616 |
| <b>Barbara Wieliczko:</b> Wspólna Polityka Rolna a zarządzanie ryzykiem w rolnictwie / Common agricultural policy vs. risk management in agriculture .....   | 626 |
| <b>Artur Wilczyński:</b> Progi rentowności w gospodarstwach mlecznych w latach 2013-2020 / Break-even point analysis for dairy farms in 2013-2020 .....  | 633 |
| <b>Jarosław Wołkonowski:</b> Handel zagraniczny Litwy w latach 2012-2015 a sankcje gospodarcze przeciw Rosji / Lithuanian foreign trade in the years 2012-2015 vs. economic sanctions against Russia .....                               | 644 |
| <b>Arkadiusz Zalewski:</b> Uwarunkowania regionalnego zróżnicowania poziomu nawożenia mineralnego w Polsce / Determinants of regional differences of level of mineral fertilization in Poland.....                                       | 658 |
| <b>Anna Zielińska-Chmielewska, Mirosław Walawski:</b> The use of futures rapeseed contracts exemplified by a trading company in Poland / Zastosowanie kontraktów <i>futures</i> na rzepak przez przedsiębiorstwa handlowe w Polsce ..... | 669 |

## Wstęp

Z wielką przyjemnością oddajemy w Państwa ręce publikację pt. *Polityka ekonomiczna*, wydaną w ramach Prac Naukowych Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Opracowanie składa się z 58 artykułów (w tym 5 w języku angielskim), w których Autorzy prezentują wyniki badań dotyczących zagadnień związanych z funkcjonowaniem współczesnych systemów gospodarczych w zakresie polityki gospodarczej. Tematyka podjęta w artykułach jest stosunkowo szeroka – mieści się w czterech obszarach problemowych. Pierwszy przedstawia rozważania związane z polityką innowacyjną, wolnością prowadzenia działalności gospodarczej oraz formami współpracy przedsiębiorstw. Drugi obszar dotyczy polityki transportowej, w tym infrastruktury i konkurencji. Trzeci obejmuje opracowania z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej państwa – na poziomie zarówno krajowym, jak i lokalnym. Czwartą grupę stanowią artykuły dotyczące rolnictwa, w tym szczególnie wspólnej polityki rolnej i przemian w strukturze agrarnej.

Publikacja przeznaczona jest dla pracowników naukowych szkół wyższych, specjalistów zajmujących się w praktyce problematyką ekonomiczną, studentów studiów ekonomicznych oraz słuchaczy studiów podyplomowych i doktoranckich.

Artykuły składające się na niniejszy zbiór były recenzowane przez samodzielnych pracowników naukowych uniwersytetów, w większości kierowników katedr polityki ekonomicznej. W tym miejscu chcielibyśmy serdecznie podziękować za wnikliwe i rzetelne recenzje, często inspirujące do dalszych badań. Oddając powyższą publikację do rąk naszych Czytelników, wyrażamy nadzieję, że ze względu na jej wszechstronny charakter spotka się ona z zainteresowaniem i przyczyni do rozpoczęcia inspirujących dyskusji naukowych.

*Jerzy Sokołowski, Grażyna Węgrzyn*



**Ewa Polak, Waldemar Polak**

Uniwersytet Gdański

e-mail: polakewa@wp.pl

---

## **WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE ZDROWIA I OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO MIERNIKI JAKOŚCI ŻYCIA W POLSCE NA TLE WYBRANYCH PAŃSTW**

---

## **INDICES REFERRING TO HEALTH CARE AS THE MEASURE OF LIFE QUALITY IN POLAND IN COMPARISON TO SELECTED COUNTRIES**

---

DOI: 10.15611/pn.2016.450.38

**Streszczenie:** Celem podjętych badań jest analiza jakości życia w Polsce na tle wybranych państw. Jakość życia jest pojęciem nieostrym i charakteryzują ją setki czynników. W prezentowanym opracowaniu jako kryterium oceny jakości życia wybrano parametry związane ze średnią długością życia, zdrowiem i polityką zdrowotną państwa. Długość życia jest jednym z najprostszych i jednocześnie najlepszych wskaźników charakteryzujących jakość życia. Zmiana dobrostanu społecznego i ekonomicznego znajduje natychmiast odbicie w kondycji zdrowotnej i długości życia ludzi. Oprócz długości życia w ogóle oraz w zdrowiu w analizie wykorzystano następujące informacje: liczbę lekarzy, pielęgniarek i łóżek szpitalnych na określoną populację, wyposażenie w nowoczesny sprzęt diagnostyczny i leczniczy, wydatki państwa na opiekę zdrowotną, czas oczekiwania na badania diagnostyczne i procedury lecznicze, dostęp do innowacyjnych leków i nowoczesnej aparatury medycznej. W przeprowadzonej analizie porównawczej Polska wypada niekorzystnie na tle innych krajów europejskich oraz OECD. Świadczenia medyczne znajdują się na o wiele niższym poziomie, aniżeli wynikałoby to z poziomu rozwoju gospodarczego Polski. W ostatniej części artykułu przedstawiono propozycje działań na rzecz poprawy sytuacji polskiego pacjenta.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, długość życia, dobrostan społeczny, wydatki na zdrowie, dostępność świadczeń zdrowotnych, nierówności zdrowotne.

**Summary:** The research aims at the analysis of life quality in Poland in comparison to other selected countries. Life quality is an abstract term, characterised by hundreds of factors. The criteria pertaining to the assessment of life quality are of measurable and unmeasurable, objective and subjective, relative and absolute, profitable and financial, material and spiritual, economic, social and political character. In the presented study the parameters referring to the average life expectancy, health and health care policy of the state have been selected as a criterion of the assessment of life quality. Life expectancy is one of the simplest and best indices characterising life quality. Any changes of social and economic welfare are immediately reflected in health condition and lifespan of people. Apart from life expectancy

and health in general, the analysis has been also based on the following information: the number of doctors, nurses and hospital beds for a particular population, modern diagnostic appliances and medical treatment procedures, accessibility of innovative medicines and technically advanced medical equipment. The presented comparative analysis allows to state that the situation in Poland is worse than in other European and OECD countries. Medical services are offered at a much lower level than the level of economic development in Poland would suggest. The last section of the article presents some suggestions referring to the activities which could improve the situation of Polish patients.

**Keywords:** life quality, life expectancy, social welfare, health expenses, accessibility of medical services, disparities referring to health care service.

## 1. Wstęp

Zagadnieniem, które coraz częściej zwraca uwagę teoretyków i praktyków gospodarczych, jest jakość życia społeczeństwa. Wynika to m.in. ze spostrzeżenia, że wzrost gospodarczy mierzony przyrostem produkcji dóbr materialnych i usług nie zawsze przekłada się na lepsze życie poszczególnych jednostek. Pojęcie jakości życia wynika w dużym stopniu z poziomu życia, dobrobytu społecznego i ekonomicznego. Jakość życia charakteryzują: warunki bytowe i sytuacja dochodowa, stan zaspokojenia potrzeb materialnych i duchowych, podstawowych i wyższych, poczucie satysfakcji życiowej, więzi społeczne, możliwość osiągnięcia celów i realizacji zamierzeń, stopień mobilności społecznej, możliwości dokonywania wyborów życiowych oraz poczucie bezpieczeństwa.

Celem podjętych badań jest analiza jakości życia w Polsce na tle wybranych państw. W prezentowanym opracowaniu jako kryterium oceny jakości życia wybrano parametry związane ze średnią długością życia, zdrowiem i polityką zdrowotną państwa

## 2. Długość życia

Spośród setek wskaźników charakteryzujących jakość życia obywateli jednym z najlepszych i jednocześnie najprostszych parametrów wydaje się średnia długość życia oraz inne parametry dotyczące życia i zdrowia. W dalszej części pracy skupiono się więc nad analizą wskaźników z tym związanych, charakteryzujących sytuację w Polsce i w innych wybranych krajach. Długość życia i zdrowotność społeczeństwa zależy od czynników zależnych i niezależnych od człowieka: genetycznych, środowiskowych, klimatycznych, czystości środowiska naturalnego, sytuacji politycznej, poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego, sytuacji na rynku pracy, sytuacji dochodowej, statusu społecznego, polityki społecznej państwa, sposobu finansowania służby zdrowia, czynników kulturowych, stylu życia i odżywiania, sytuacji

**Tabela 1.** Oczekiwana długość życia w momencie urodzenia w państwach EOG 1980-2013

|                        | Razem       |             |           | Mężczyźni   |             |             | Kobiety     |             |             |
|------------------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                        | 1980        | 2000        | 2013      | 1980        | 2000        | 2013        | 1980        | 2000        | 2013        |
| EU-28 <sup>(1,2)</sup> |             |             | 80,6      |             |             | 77,8        |             |             | 83,3        |
| Belgia <sup>(1)</sup>  | 73,3        | 77,9        | 80,7 (19) | 69,9        | 74,6        | 78,1        | 76,7        | 81,0        | 83,2        |
| Bułgaria               | 71,1        | 71,6        | 74,9 (29) | 68,4        | 68,4        | 71,3        | 73,9        | 75,0        | 78,6        |
| Czechy                 | 70,4        | 75,1        | 78,3 (22) | 66,9        | 71,6        | 75,2        | 74,0        | 78,5        | 81,3        |
| Dania                  | 74,2        | 76,9        | 80,4 (21) | 71,2        | 74,5        | 78,3        | 77,3        | 79,2        | 82,4        |
| Niemcy                 | 73,1        | 78,3        | 80,9 (18) | 69,6        | 75,1        | 78,6        | 76,2        | 81,2        | 83,2        |
| Estonia                | 69,5        | 71,1        | 77,5 (24) | 64,2        | 65,6        | 72,8        | 74,3        | 76,4        | 81,7        |
| Irlandia               |             | 76,6        | 81,1 (14) |             | 74,0        | 79,0        |             | 79,2        | 83,1        |
| Grecja                 | 75,3        | 78,2        | 81,4 (12) | 73,0        | 75,5        | 78,7        | 77,5        | 80,9        | 84,0        |
| <b>Hiszpania</b>       | <b>75,4</b> | <b>79,3</b> | 83,2 (1)  | <b>72,3</b> | <b>75,8</b> | <b>80,2</b> | <b>78,4</b> | <b>82,9</b> | <b>86,1</b> |
| Francja                |             | 79,2        | 82,4 (5)  |             | 75,3        | 79,0        |             | 83,0        | 85,6        |
| Chorwacja              |             |             | 77,8 (23) |             |             | 74,5        |             |             | 81,0        |
| <b>Włochy</b>          |             | <b>79,9</b> | 82,9 (2)  |             | <b>76,9</b> | <b>80,3</b> |             | <b>82,8</b> | <b>85,2</b> |
| <b>Cypr</b>            |             | <b>77,7</b> | 82,5 (3)  |             | <b>75,4</b> | <b>80,1</b> |             | <b>80,1</b> | <b>85,0</b> |
| Łotwa                  |             |             | 74,3 (30) |             |             | 69,3        |             |             | 78,9        |
| Litwa                  | 70,5        | 72,1        | 74,1 (31) | 65,4        | 66,7        | 68,5        | 75,4        | 77,4        | 79,6        |
| Luksemburg             | 72,8        | 78,0        | 81,9 (8)  | 70,0        | 74,6        | 79,8        | 75,6        | 81,3        | 83,9        |
| Węgry <sup>(2)</sup>   | 69,1        | 71,9        | 75,8 (27) | 65,5        | 67,5        | 72,2        | 72,8        | 76,2        | 79,1        |
| Malta <sup>(3)</sup>   | 70,4        | 78,4        | 81,9 (9)  | 68,0        | 76,2        | 79,6        | 72,8        | 80,3        | 84,0        |
| Holandia               |             | 78,2        | 81,4 (11) |             | 75,6        | 79,5        |             | 80,7        | 83,2        |
| Austria                | 72,7        | 78,3        | 81,3 (13) | 69,0        | 75,2        | 78,6        | 76,1        | 81,2        | 83,8        |
| <b>Polska</b>          |             | <b>73,8</b> | 77,1 (25) |             | <b>69,6</b> | <b>73,0</b> |             | <b>78,0</b> | <b>81,2</b> |
| Portugalia             | 71,5        | 76,8        | 80,9 (17) | 67,9        | 73,3        | 77,6        | 74,9        | 80,4        | 84,0        |
| Rumunia                | 69,2        | 71,2        | 75,2 (28) | 66,6        | 67,7        | 71,6        | 71,9        | 74,8        | 78,7        |
| Słowenia               |             | 76,2        | 80,5 (20) |             | 72,2        | 77,2        |             | 79,9        | 83,6        |
| Słowacja               | 70,4        | 73,3        | 76,6 (26) | 66,7        | 69,2        | 72,9        | 74,4        | 77,5        | 80,1        |
| Finlandia              | 73,7        | 77,8        | 81,1 (15) | 69,2        | 74,2        | 78,0        | 78,0        | 81,2        | 84,1        |
| Szwecja                | 75,8        | 79,8        | 82,0 (7)  | 72,8        | 77,4        | 80,2        | 79,0        | 82,0        | 83,8        |
| Wielka Brytania        |             | 78,0        | 81,1 (16) |             | 75,5        | 79,2        |             | 80,3        | 82,9        |
| Islandia               | 76,8        | 79,7        | 82,1 (6)  | 73,5        | 77,8        | 80,5        | 80,4        | 81,6        | 83,7        |
| Lichtenstein           |             | 77,0        | 82,5 (4)  |             | 73,9        | 80,7        |             | 79,9        | 83,9        |
| Norwegia               | 75,8        | 78,8        | 81,8 (10) | 72,4        | 76,0        | 79,8        | 79,3        | 81,5        | 83,8        |

**Pogrubiona czcionka** – kraje zajmujące trzy pierwsze pozycje; *kursywa* – kraje plasujące się na trzech ostatnich miejscach; cyfry w nawiasach – miejsce w rankingu.

Źródło: [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/File:Life\\_expectancy\\_at\\_birth\\_1980%E2%80%932013](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth_1980%E2%80%932013).

mieszaniowej, wykształcenia, spójności i więzi społecznych, poczucia bezpieczeństwa i satysfakcji życiowej.

Jak pokazano w tab. 1, w 1980 r. najkrótszym oczekiwanym trwaniem życia w momencie urodzenia charakteryzowały się: Węgry – 69,1, Rumunia – 69,2 i Es-

tonia – 69,5 roku, najdłuższym natomiast – Islandia – 76,8, Szwecja i Norwegia – 75,8. Polacy znaleźli się na 18 miejscu wśród 20 klasyfikowanych państw i średnio przeżywali 70,2 roku, tzn. żyli o 8,6% krócej od najdłużej żyjących Islandczyków i o 1,6% dłużej od najkrócej żyjących Węgrów.

W 2013 r. w grupie najkrócej żyjących społeczeństw znaleźli się mieszkańcy: Litwy (74,1 roku), Łotwy (74,3 roku) i Bułgarii (74,9 roku), Najdłużej żyli natomiast obywatele: Hiszpanii – 83,2, Włoch 82,9 Cypru i Liechtensteinu – 82,5. Średnia dla UE-28 wyniosła 80,6 roku, a dla Polski – 77,1 roku. Długość życia Polaków stanowi 104% najkrócej żyjących Litwinów i 92,4 najdłużej żyjących Hiszpanów. W odniesieniu do średniej w UE-28 przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce wynosi 95,6%<sup>1</sup>. Tak więc w 2013 r. pod względem dalszego spodziewanego trwania życia w momencie urodzin Polska znalazła się na 21 miejscu wśród 28 państw UE i na 25 miejscu wśród 31 państw EOG. Porównując ze średnią UE-28, należy stwierdzić, że Polacy żyli średnio o 3,5 roku krócej (mężczyźni – o 4,8, kobiety o 2,1 roku).

W latach 1980-2013 najmniejszy wzrost długości życia odnotowano na Litwie – 3,6 roku, i w Bułgarii – 3,8 roku, a największy w przypadku: Malty – 11,5, Portugalii – 9,4 i Luksemburga – 9,1.

W przypadku mężczyzn najmniejszy wzrost długości życia można zauważyć: na Litwie – 3,1 roku, w Bułgarii – 2,3 roku, a największy – w Niemczech – 9 lat i w Belgii – 8,2 roku; wśród kobiet natomiast – w Islandii – 3,3, na Litwie – 4,2, w Estonii – 7,4 oraz w Niemczech – 7 lat. W porównaniu z rokiem 1950 w 2013 r. mężczyźni w Polsce żyli o 16,6, a kobiety o 19,3 roku dłużej. Różnica oczekiwanego dalszego trwania życia pomiędzy latami 2013 i 1980 wyniosła 6,9 roku. W Polsce, tak jak w znacznej części państw świata, obserwuje się nadumieralność mężczyzn. W 2013 r. największa różnica pomiędzy długością życia kobiet i mężczyzn dotyczyła Litwy – 11,4 roku, Łotwy – 9,6 roku, Estonii – 8,9 roku, a najmniejsza – Islandii i Liechtensteinu – 3,2 roku oraz Wielkiej Brytanii i Holandii – 3,7 roku. W Polsce różnica ta wynosiła 7,8 roku, podczas gdy w 1980 – 8,4 roku, a w 1990 – 10 lat. W 2012 r. wieku 18 lat nie dożyło 0,9% mężczyzn i 0,7% kobiet. Wiek pełnej aktywności zawodowej, tj. 45 lat, nie dożywa 5,5% mężczyzn i 2,0% kobiet, natomiast wieku 75 lat – aż 48,8% mężczyzn i 24,7% kobiet. Mężczyzna, który dożyje wieku 75 lat, może liczyć średnio na jeszcze 9,7 roku życia; natomiast kobieta w wieku 75 lat ma szansę jeszcze przeżyć 12,2 roku. W Polsce od 2011 r. tempo wydłużania się życia jest większe u mężczyzn niż u kobiet. Na przykład w 2014 r. dalsze trwanie życia mężczyzn wydłużyło się o 0,7, a kobiet – o 0,5 roku w porównaniu z 2013 r., a prognozuje się, że kolejne roczne wzrosty życia kobiet zmniejszą się do 0,1 roku [Watch Health Care 2015]

<sup>1</sup> Według rankingu CIA natomiast w 2013 roku najdłużej na świecie wśród 223 krajów i terytoriów zależnych żyli mieszkańcy Monako – 89,63 roku i Makau – 84,46 roku; Polska z wynikiem 76,45 roku znalazła się na 77 miejscu. Pod względem tempa wydłużania się życia Polska znalazła się dopiero na 143 pozycji.

Długość życia zależy też od miejsca zamieszkania, np. w 2012 r. średnia długość trwania życia mężczyzn w województwie łódzkim wynosiła 70,6 roku, a w województwie podkarpackim – 74,3 roku. Najdłużej żyje się w największych miastach, a najkrócej w miejscowościach do 5 tys. mieszkańców. Długość życia zależy w dużym stopniu od poziomu wykształcenia. W Polsce mężczyźni z dyplomem wyższej uczelni żyją średnio o 14 lat dłużej niż ci, którzy ukończyli jedynie szkołę podstawową [WHO 2012]. Z tym związany jest też poziom zamożności, np. w dzielnicy Warszawy Wilanowie mężczyźni żyją średnio o 12,7 roku dłużej niż mieszkańcy sąsiadującej z nim, ale biedniejszej i słabiej wykształconej Pragi Północ. [Raport o warunkach życia mieszkańców Warszawy 2014]

### 3. Kondycja zdrowotna społeczeństwa

O jakości życia świadczy nie tylko długość życia, ale i kondycja zdrowotna społeczeństwa. Według badań Eurostatu przeciętny Europejczyk przeżyje w zdrowiu 61,8 roku, a Europejka – 62,2 roku (Polak – 59,1 roku, Polka – 63,3 roku), zob. tab. 2.

Europejskim liderem, jeśli chodzi o długość zdrowego życia mężczyzn, jest Szwecja. Przeciętny Szwed może cieszyć się aż 71,1 roku życia bez zdrowotnych ograniczeń. Na drugim miejscu znajduje się Malta (70,3 roku), a na trzecim i czwartym – Norwegia i Islandia (69,9 roku). Z kolei najmniej lat zdrowego życia mają przed sobą mieszkańcy Słowacji (52,1 roku). Kolejne pozycje zajmują Łotwa (53,7 roku) oraz Słowenia (54 roku). W przypadku kobiet najdłuższym życiem w zdrowiu mogą poszczycić się mieszkanki Malty (70,7 roku) i Szwecji (70,2 roku) oraz Norwegii (70 lat). Na drugim biegunie znajduje się Słowacja (52,7 roku), Słowenia (53,8 roku) oraz Łotwa (56,7 roku). Na uwagę i pogłębioną analizę zasługują przyczyny relatywnie dobrego zdrowia Bułgarów (zwłaszcza kobiet) i Greków w porównaniu ze słabą kondycją zdrowotną Słowaków, Niemców, Finów oraz Słoweńców. Potwierdza to hipotezę, iż zdrowie nie tylko zależy od poziomu dobrobytu i polityki państwa, ale też od czynników genetycznych i środowiskowych oraz sposobu odżywiania się i stylu życia.

W Polsce średnia długość życia w zdrowiu dla mężczyzn wynosi 59,1 roku, a dla kobiet 63,3 roku. To odpowiednio 81,4% i 78% oczekiwanej długości życia. Według tego kryterium w 2013 r. Polacy znaleźli się na 22 pozycji, a Polki – na 15 wśród 31 krajów EOG. Różnice długości życia w zdrowiu są o wiele większe niż różnice długości życia w ogóle. W przypadku mężczyzn różnica między długością życia w zdrowiu mieszkańców Słowacji (52,1 roku) i Szwecji (71,1 roku) wynosi aż 19 lat. W przypadku kobiet różnica między Słowacją (52,1 roku zdrowego życia) a Malcią (70,7 roku) sięga 18,4 roku. Dowodzi to, jak wielką przepaść pod względem jakości życia występuje w poszczególnych krajach UE.

**Tabela 2.** Długość życia w zdrowiu w chwili urodzenia według płci w EOG 2011 r.

| Kraj            | Kod       | Długość życia w zdrowiu w chwili urodzenia w latach |                  | Długość życia w zdrowiu jako odsetek oczekiwanej długości życia w chwili urodzenia (w proc.) |             |
|-----------------|-----------|---|------------------|--|-------------|
|                 |           | mężczyźni   | kobiety          | mężczyźni  | kobiety     |
| EU-27           | EU-27     | 61,8  | 62,2             | 79,8   | 74,8        |
| Belgia          | BE        | 63,3 (14)   | 63,5 (14)        | 81,4   | 76,3        |
| Bułgaria        | BG        | 62,1 (18)   | 65,9 (8)         | 87,8   | 84,7        |
| Czechy          | CZ        | 62,2 (17)   | 63,6 (13)        | 83,1   | 78,5        |
| Dania           | DK        | 63,6 (12)   | 59,4 (21)        | 81,7   | 72,6        |
| Niemcy          | DE        | 57,9 (23)   | 58,7 (25)        | 73,9   | 70,5        |
| Estonia         | EE        | 54,2 (28)   | 57,9 (27)        | 76,1   | 71,3        |
| Irlandia        | IE        | 65,7 (8)  | 66,8 (7)         | 83,9   | 80,7        |
| Grecja          | EL        | 66,4 (5)  | 66,9 (6)         | 84,5   | 80,5        |
| Hiszpania       | ES        | 65,3 (9)  | 65,8 (9)         | 82,3   | 77,0        |
| Francja         | FR        | 62,7 (15)   | 63,6 (12)        | 79,6   | 74,2        |
| Włochy          | IT        | 63,4 ((13)  | 62,7 (16)        | 79,2   | 73,5        |
| Cypr            | CY        | 62,4 ((16)  | 61,4 (19)        | 78,7   | 73,9        |
| Łotwa           | LV        | 53,7 (30)   | 56,7 (29)        | 78,3   | 71,9        |
| Litwa           | LT        | 57,1 (27)   | 62,1 (17)        | 83,8   | 78,3        |
| Luksemburg      | LU        | 65,8 (7)  | 67,1 (5)         | 83,8   | 80,3        |
| Węgry           | HU        | 57,6 (25)   | 59,1 (22)        | 80,9   | 75,1        |
| <b>Malta</b>    | <b>MT</b> | <b>70,3 (2)</b>                                     | <b>70,7 (1)</b>  | <b>89,4</b>  | <b>85,2</b> |
| Holandia        | NL        | 64,0 (11)   | 59,0 (23)        | 80,6   | 71,0        |
| Austria         | AT        | 59,8 (21)   | 60,4 (20)        | 76,3   | 71,9        |
| <b>Polska</b>   | <b>PL</b> | <b>59,1 (22)</b>                                    | <b>63,3 (15)</b> | <b>81,4</b>  | <b>78,0</b> |
| Portugalia      | PT        | 60,7 (19)   | 58,7 (24)        | 78,3   | 69,8        |
| Rumunia         | RO        | 57,5 (26)   | 57,1 (28)        | 81,0   | 73,0        |
| Słowenia        | SI        | 54,0 (29)   | 53,8 (30)        | 70,3   | 64,5        |
| Słowacja        | SK        | 52,1 (31)   | 52,3 (31)        | 72,1   | 65,6        |
| Finlandia       | FI        | 57,7 (24)   | 58,3 (26)        | 74,6   | 69,6        |
| <b>Szwecja</b>  | <b>SE</b> | <b>71,1 (1)</b>                                     | <b>70,2 (2)</b>  | <b>88,9</b>  | <b>83,8</b> |
| Wielka Brytania | UK        | 65,2 (10)   | 65,2 (10)        | 82,5   | 78,5        |
| Islandia        | IS        | 69,1 (4)  | 67,7 (4)         | 85,7   | 80,5        |
| <b>Norwegia</b> | <b>NO</b> | <b>69,9 (3)</b>                                     | <b>70,0 (3)</b>  | <b>88,4</b>  | <b>83,7</b> |
| Lichtenstein    | LN        | 66,3 (6)  | 64,7 (11)        | 82,4   | 76,1        |
| Chorwacja       | HR        | 59,8 (20)   | 61,7 (18)        | 81,4   | 77,2        |

**Pogrubiona czcionka** – kraje zajmujące trzy pierwsze pozycje; *kursywa* – kraje plasujące się na trzech ostatnich miejscach; cyfry w nawiasach – miejsce w rankingu.

Źródło: <http://forsal.pl/artykuly/725534,eurostat-dlugosc-zycia-w-zdrowiu-wydatki-na-opieke-medyczna.html%E2%80%9332013>.

Można się zastanowić, co lepiej charakteryzuje jakość życia – długość życia czy długość życia w zdrowiu – i co w większym stopniu jest uwarunkowane czynnikami zewnętrznymi.

#### 4. Publiczne wydatki na opiekę zdrowotną

W 2011 r. w EOG najwięcej środków finansowych na cele zdrowotne przeznaczano w Danii i Francji, a najmniej – w Estonii, Polsce i na Węgrzech oraz w Turcji. Z budżetu państwa relatywnie najwięcej wydawały na zdrowie Holandia, Dania i Francja, a najmniej Estonia, Polska i Węgry. Największy udział wydatków publicznych w wydatkach na zdrowie występował w Holandii, Danii i Norwegii, a najmniejszy – w Liechtensteinie, na Węgrzech i w Portugalii. Polska przeznaczala na opiekę zdrowotną 6,9 PKB, z czego wydatki publiczne stanowiły 4,8,% PKB, a udział wydatków publicznych w wydatkach na zdrowie wynosił 70,3%<sup>2</sup>.

**Tabela 3.** Publiczne wydatki na zdrowie 2011 r.

| Kraj            | Całkowite wydatki na zdrowie jako % PKB | Wydatki publiczne na zdrowie jako % PKB | Wydatki publiczne jako % wydatków na zdrowie |
|-----------------|---|---|--|
| <i>Estonia</i>  | 5,9                                     | 4,7 (24)                                | 79,3 (9)                                     |
| <i>Polska</i>   | 6,9                                     | 4,8 (23)                                | 70,3 (19)                                    |
| <i>Węgry</i>    | 7,9                                     | 5,1 (22)                                | 65,0 (23)                                    |
| Słowacja        | 7,9                                     | 5,6 (21)                                | 70,9 (18)                                    |
| Luksemburg      | 6,6                                     | 5,6 (20)                                | 84,0 (5)                                     |
| Grecja          | 9,1                                     | 5,9 (19)                                | 65,1 (21)                                    |
| Irlandia        | 8,9                                     | 6,0 (18)                                | 67,0 (20)                                    |
| Czechy          | 7,5                                     | 6,3 (17)                                | 84,2 (4)                                     |
| Słowenia        | 8,9                                     | 6,5 (16)                                | 73,7 (16)                                    |
| Portugalia      | 10,2                                    | 6,7 (15)                                | 65,0 (22)                                    |
| Hiszpania       | 9,3                                     | 6,8 (14)                                | 73,0 (17)                                    |
| Finlandia       | 9,0                                     | 6,8 (13)                                | 75,4 (15)                                    |
| Liechtenstein   | 11,0                                    | 7,1 (12)                                | 64,9 (24)                                    |
| Włochy          | 9,2                                     | 7,2 (11)                                | 77,8 (10)                                    |
| Islandia        | 9,0                                     | 7,3 (10)                                | 80,4 (8)                                     |
| Szwecja         | 9,5                                     | 7,7 (9)                                 | 81,6 (7)                                     |
| Wielka Brytania | 9,4                                     | 7,8 (8)                                 | 82,8 (6)                                     |
| <b>Norwegia</b> | 9,3                                     | 7,9 (7)                                 | 84,9 (3)                                     |
| Belgia          | 10,5                                    | 8,0 (6)                                 | 75,9 (14)                                    |
| Austria         | 10,8                                    | 8,2 (5)                                 | 76,2 (13)                                    |
| Niemcy          | 11,3                                    | 8,5 (4)                                 | 76,5 (12)                                    |
| <b>Francja</b>  | 11,6                                    | 8,7 (3)                                 | 76,8 (11)                                    |
| <b>Dania</b>    | 10,9                                    | 9,3 (2)                                 | 85,3 (2)                                     |
| <b>Holandia</b> | 11,9                                    | 10,2 (1)                                | 85,6 (1)                                     |

**Pogrubiona czcionka** – kraje zajmujące trzy pierwsze pozycje; *kursywa* – kraje plasujące się na trzech ostatnich miejscach; cyfry w nawiasach – miejsce w rankingu.

Źródło: <http://forsal.pl/artykuly/796771,wydatki-na-sluzbe-zdrowia-w-panstwach-oecd-wykres-dnia.html>.

<sup>2</sup> Wartości średniej dla krajów OECD wynosiły odpowiednio: 9,3%, 6,7% i 72,2%, a wartości skrajne to: 1) całkowite wydatki na zdrowie jako % PKB: USA – 17,7%, Estonia – 5,9%; 2) wydatki publiczne na zdrowie jako % PKB: Holandia – 10,2%, Meksyk – 2,9% 3. Wydatki publiczne jako % wydatków na zdrowie: Holandia – 85,6%, Chile – 46,9%



W 2011 r. rządy poszczególnych państw Unii Europejskiej przeznaczały na opiekę zdrowotną *per capita* od: Norwegia – 7555 dol., Dania – 5507 dol., do: Czechy – 1292 dol., Słowacja – 996 dol., Węgry – 722 dol., Polska – 640 dol. [Health at a Glance: Europe – 2012]. Tak więc polski obywatel mógł liczyć na 12 razy mniejszą kwotę od państwa niż Norweg i 2 razy mniejszą kwotę niż Czech. Jednocześnie w latach 1995-2011 wydatki na zdrowie w Polsce powiększyły się około 3,5 razy.<sup>3</sup>

## 5. Dostępność świadczeń zdrowotnych

W 2011 r. liczba lekarzy na 1000 ludności w krajach EOG kształtowała się: od 6,1 – Grecja, 4,8 – Austria, do 2,2 – Polska i 2,4 Rumunia oraz Słowacja. Polska z wynikiem 2,2 znalazła się na ostatnim miejscu wśród 31 krajów EOG. Liczba lekarzy dentyistów w Polsce na 1000 ludności wynosiła 0,3, co plasowało Polskę na ostatnim miejscu wśród krajów EOG. Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w krajach EOG kształtowała się od 16,6 w Szwajcarii do 3,3 w Grecji i Bułgarii, a Polska, gdzie przypadało 5,2 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, znajdowała się w EOG na trzecim miejscu od końca [GUS 2014].

O dostępności świadczeń zdrowotnych świadczy też ilość wysoko specjalistycznej aparatury diagnostycznej w poszczególnych krajach oraz liczba wykonanych zabiegów i procedur leczniczych. W tabeli 4 przedstawiono sytuację pod tym względem w wybranych krajach.

Pod względem liczby aparatów PET na 1 mln mieszkańców w UE Polska – razem z Węgrami – znalazła się na ostatnim miejscu (0,4). Podobnie sytuacja wygląda w większości pozostałych uwzględnionych w tab. 4 wskaźników. Oprócz małej liczby urządzeń PET, TK i MRI Polskę charakteryzuje niskie ich wykorzystanie. Na przykład w 2012 r. liczba badań przypadających na jeden aparat PET w Czechach wynosiła 4226,5, a w Polsce 579 [HCP, Wyniki leczenia w rankingu EHCJ, 2015]. Operacje robotem chirurgicznym da Vinci w wielu krajach stały się standardem: w USA pracuje ich 1344, w Niemczech – 50, w Rumunii i Czechach – po 9, a w Polsce jest tylko 1 tego typu nowoczesne urządzenie [<http://www.rynekzdrowia.pl/uslugimedyczne>].

<sup>3</sup> W tym samym 2011 r. roku w krajach OECD wydatki *per capita* na opiekę zdrowotną, ale według PPP, rozkładały się następująco: USA – 8508, Norwegia – 5700, Szwajcaria – 5600, Holandia – 5099, Austria – 4546, Kanada – 4500, Niemcy – 4495, Dania – 4400, Luksemburg – 4200, Francja – 4118, Belgia – 4061, Szwecja – 3925, Australia – 3800, Irlandia 3700, Wielka Brytania – 3405, Finlandia – 3374, Islandia – 3300, Japonia – 3213, Nowa Zelandia – 3200, Hiszpania – 3072, Włochy – 3012, Portugalia – 2619, Słowenia – 2400, Grecja – 2361, Korea Płd. i Izrael – 2200, Czechy, Słowacja i Węgry – 1700, Chile – 1500, Polska – 1452, Estonia – 1300, Meksyk – 1000, Turcja – 900 dol. [GUS 2014]. Spośród państw europejskich OECD tylko w Estonii odnotowano niższe wydatki na służbę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W porównaniu z Norwegią i Szwajcarią wydatki Polski według PPP są cztery razy mniejsze.



**Tabela 4.** Dostępność aparatury medycznej oraz procedur diagnostycznych i leczniczych w Europie – EOG (2012 r.)

| Aparatura/procedura lecznicza   | Kraj EOG w najlepszej sytuacji (wskaźnik) | Kraj EOG z drugą lokatą (wskaźnik) | POLSKA wskaźnik (miejsce) na 31 państw EOG | Kraj EOG z przedostatnią lokatą (wskaźnik) | Kraj EOG w najgorszej sytuacji (wskaźnik) |
|---|---|------------------------------------|--|--|---|
| Aparaty PET/1 mln mieszkańców   | Holandia (4,9)                            | Szwajcaria (3,3)                   | 0,4 (29)                                   | Węgry (0,38)                               | Słowacja (0,19)                           |
| TK//1mln mieszkańców  | Islandia (41)                             | Szwajcaria (35)                    | 13,5 (26)                                  | Wielka Brytania (9)                        | Węgry (8)                                 |
| Mammografy/1 mln mieszkańców  | Włochy (33)                               | Szwajcaria (33)                    | 12 (30) przedostatnie                      | Luksemburg (13)                            | Czechy (12)                               |
| Aparaty do radioterapii/1 mln mieszkańców   | Szwajcaria (16,5)                         | Słowacja (12,2)                    | 4,4 (28)                                   | Estonia (3,8)                              | Luksemburg (3,8)                          |
| Badania TK/1000 ludności*   | Estonia (47)                              | Belgia (26)                        | 7 (31) ostatnie                            | Węgry (10)                                 | Holandia (9)                              |
| Badania MRI/1000 mieszkańców*   | Luksemburg (81,1)                         | Islandia, Belgia (80,0)            | 18,0 (30) przedostatnie                    | Polska (18,0)                              | Słowenia (4)                              |
| Zabiegi usunięcia żączy/100 tys. ludności   | Francja (1077,6)                          | Czechy (1045,0)                    | 307,4 (31)                                 | Niemcy (168,4)                             | Rumunia (98,6)                            |
| Zabieg angioplastyki  | Niemcy (350,6)                            | Estonia (210,1)                    | 110,8 (29)                                 | Finlandia (66,5)                           | Chorwacja (45,2)                          |
| Liczba dostępnych innowacyjnych leków onkologicznych w systemie refundacyjnym spośród 30 stosowanych w UE | Holandia (30)                             | Włochy (28)                        | 2 (28) ostatnie                            | Austria (5)                                | Czechy (2)                                |

Liczba w nawiasach – miejsce w rankingu.

Źródło: [EY Polska 2015; GUS 2015b].

W Polsce państwo refunduje 40% kupowanych przez pacjentów leków (trzecie od końca miejsce). Zakres refundacji w EOG wynosi od 84% w Luksemburgu i Wielkiej Brytanii do 22% na Malcie.

Największa przepaść dzieli Polskę od innych od państw wysoko i średnio rozwiniętych w przypadku nowoczesnego leczenia chorób nowotworowych. Według EY Polska, która przygotowała raport na zlecenie Alivii Fundacji Onkologicznej Osób Młodych, wykorzystanie nowoczesnych terapii przeciwnowotworowych w 2011 r. w Polsce, nawet tych refundowanych, było najniższe, a okres wprowadzania nowoczesnych leków na rynek oraz okres wprowadzania ich refundacji był najdłuższy w UE [EY Polska 2015]. W Polsce obowiązują bardzo restrykcyjne kryteria dopuszczenia innowacyjnych leków, co znacznie ogranicza ich stosowanie. Wydatki na onkolo-

gię *per capita* wynosiły od 42 euro w Polsce do 178 euro w Norwegii i 333 euro w USA. Konsekwencją wyżej wymienionych faktów jest m.in. skuteczność terapii antynowotworowych, której jedną z miar jest 5-letnia przeżywalność chorych onkologicznie. Wynosi ona 67% w Luksemburgu, 62% w Szwecji, 60% na Cyprze i we Francji. W Polsce wskaźnik ten wynosi 47%, co daje Polsce 26 miejsce spośród 28 krajów UE [EY Polska 2015].

W Polsce występuje też prawdopodobnie wyższa śmiertelność w przeliczeniu na 100 tys. osób z powodu chorób układu krążenia w porównaniu ze średnią dla UE-28. Jesteśmy też jedynym w EOG krajem, w którym rośnie liczba amputacji kończyn z powodu chorób układu krążenia. [[http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/-/index.php/File:Causes\\_of\\_death\\_%E2%80%9494\\_standardised\\_death\\_rate,\\_2012\\_\(per\\_100\\_000\\_inhabitants\)\\_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/-/index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%9494_standardised_death_rate,_2012_(per_100_000_inhabitants)_YB15.png)].

Zgodnie z ustaleniami pokontrolnymi NIK na temat funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), opublikowanymi w kwietniu 2013 r., w Polsce wydłużeniu uległy kolejki do specjalistów, na specjalistyczne badania diagnostyczne i zabiegi; w wielu województwach brakuje też lekarzy specjalistów [NIK 2013]. Według Barometru istotnym problemem w ochronie zdrowia wciąż pozostaje etapowość leczenia. Zbyt długa ścieżka leczenia może powodować realne zagrożenie dla zdrowia i życia chorego. Pacjent napotyka ograniczenia na każdym etapie: konsultacji specjalistycznej, diagnostyki, przeprowadzenia odpowiednich zabiegów czy operacji oraz wieńczących proces leczenia świadczeń rehabilitacyjnych. Często jest odsyłany od specjalisty do specjalisty. Przeciętny czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w Polsce wynosi obecnie: w okulistyce – 28 miesięcy, w ortopedii – 15 miesięcy (na niektóre zabiegi ortopedyczne czeka się nawet kilkanaście lat), w endokrynologii – 7,7 miesiąca, w angiologii – 7,1 miesiąca, MRI – 7,7 miesiąca [Watch Health Care 2012]. Wprowadzenie szybkiej ścieżki onkologicznej skróciło czas diagnostyki i leczenia nowotworów w przypadku osób, które zachorowały na chorobę nowotworową po jej wprowadzeniu, ale wydłużyło u chorych, u których stwierdzono chorobę nowotworową wcześniej. Na przykład w przypadku raka piersi czas do rozpoczęcia leczenia dla osób z kartą DiLO wynosi 2,5 miesiąca, bez tej karty – 9,8 miesiąca. W przypadku paliatywnej radioterapii raka płuc z kartą DiLO czeka się 5,9 tygodnia, bez karty okres oczekiwania zwiększył się do 6,9 miesiąca.

Niski poziom opieki zdrowotnej w Polsce potwierdzony również został w opublikowanym w 2014 r. przez Health Consumer Powerhouse rankingu Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia (EKIZ/EHCI)<sup>4</sup>. Nasz kraj znalazł się w nim na ostatniej pozycji wśród 31 państw EOG. Uzyskał 511 punktów na 1000 możliwych

<sup>4</sup> Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia to ranking opracowywany na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań, prowadzonych przez prywatną firmę Health Consumer Powerhouse (HCP). W rankingu oceniane są m.in.: przestrzeganie praw pacjenta, czas oczekiwania na świadczenia medyczne, śmiertelność niemowląt, przeżywalność w przypadku chorób nowotworowych, zakres świadczeń gwarantowanych, działania profilaktyczne i dostępność do nowych leków.

– o 10 mniej niż przed rokiem, tym samym jest jedynym państwem, w którym prawie wszystkie wskaźniki składające się na EHCI uległy pogorszeniu. Jednym z głównych zarzutów stawianych Polsce jest niebezpiecznie długi czas oczekiwania na leczenie onkologiczne i brak ciągłości leczenia i profilaktyki zdrowotnej. Gorzej od Polski wypadły pod tym względem tylko Litwa i Rumunia. Na pierwszej pozycji uplasowała się Holandia z 898 punktami, na drugiej Szwajcaria (855 pkt), a na trzeciej Norwegia (851 pkt). Wśród krajów, które uzyskały więcej punktów niż Polska, znalazły się również te, które wstąpiły do Unii Europejskiej później niż Polska – Bułgaria (547 pkt) i Chorwacja (640 pkt), a także takie, które do Unii nie należą – Albania (545 pkt) i Macedonia (700 pkt) [www.healthpowerhouse.com]. Wyniki leczenia w Europie Środkowej i Wschodniej, z wyjątkiem Czech i Estonii, wyraźnie odstają od krajów Europy Zachodniej. Widać dodatnią korelację pomiędzy nakładami na służbę zdrowia a dostępnością usług medycznych i efektami leczenia.

## 6. Zakończenie

W 2011 r. pod względem globalnego PKB Polska znajdowała się na 24 miejscu w świecie (m.in. przed Austrią, Norwegią, RPA, Tajlandią i Izraelem), natomiast pod względem PKB per capita (PPP) zajmowała 48 miejsce. Spośród państw UE niższa wartość PKB per capita wystąpiła tylko w Rumunii, Bułgarii, Chorwacji i na Łotwie. Należy w tym miejscu przypomnieć, że pod względem długości życia, według jednych statystyk, Polska znalazła się na 77 miejscu. Jeżeli natomiast chodzi o tempo wydłużania się życia, Polska uplasowała się na 143 miejscu na 194 państwa. Niekorzystne dla Polski są też statystyki dotyczące długości życia w zdrowiu oraz informacje na temat czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Pod względem udziału wydatków publicznych na opiekę zdrowotną w PKB Polska była na 30 miejscu wśród 31 krajów EOG. W 2011 r. na statystycznego Polaka przypadało 640 USD tych wydatków, podczas gdy np. na Norwega – 7555 USD, a na Czecha – 1292 USD. Jak stwierdzono w jednym z raportów OECD, Polacy są lepiej wykształceni, więcej pracują, ale mniej zarabiają i krócej żyją [<http://wyborcza.biz/biznes/1.100896.18034120>. Raport OECD Polacy lepiej wykształceni i więcej pracują. Html#ixzz3yeDTmmYd]. Zestawiając wszystkie te informacje, można skonstatować, że Polska stosuje dumping w zakresie kosztów opieki zdrowotnej w celu ograniczania wydatków budżetowych i cięcia kosztów społecznych oraz przygotowania kraju do prywatyzacji służby zdrowia, zgodnie z zaleceniami MFW i KE. Odgórnie ustalone limity przyjęć pacjentów i terapii leczniczych oraz kary za ich przekroczenie świadczą o tym, że głównym celem funkcjonującego w Polsce systemu opieki zdrowotnej nie jest jego większa skuteczność zdrowotna, ale efektywność ekonomiczna.

Analiza sytuacji zwłaszcza w krajach śródziemnomorskich świadczy o tym, że zdrowie nie tylko zależy od poziomu dobrobytu i polityki państwa, ale też od czynników genetycznych i środowiskowych oraz sposobu odżywiania się i stylu

życia. Jednak wyraźnie widać dodatnią korelację pomiędzy wielkością i zakresem nakładów na służbę zdrowia a dostępnością usług medycznych i efektami leczenia.

UE od ponad 10 lat zaczęła zwracać uwagę na kwestię nierówności zdrowotnych. Zaleca w związku z tym regularne monitorowanie wskaźników tych nierówności w podziale na państwa, regiony i grupy społeczne i informowanie o jego wynikach społeczeństwa. Podkreśla znaczenie profilaktyki zdrowotnej oraz popularyzowania dobrych praktyk, np.: Programu UE – Progress, brytyjskiego Programu Sure Start – wdrażanie zrównoważonego uniwersalizmu, Programu Opere Roma na Węgrzech, niemieckiego Projektu Job Fit Regional [KE 2011]. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych przekłada się na konkretne korzyści ekonomiczne, np. według wyliczeń WHO zmniejszenie nierówności zdrowotnych w krajach UE o 10% skutkowałoby wymiernymi korzyściami w wysokości 141 mld euro [WHO 2012].

## Literatura

- EY Polska, 2015, *Dostępność innowacyjnych leków onkologicznych w Polsce na tle wybranych krajów UE oraz Szwajcarii*, kwiecień.
- GUS, 2014, *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS*.
- GUS, 2015a, *Trwanie życia w 2015 r.*, Warszawa.
- GUS, 2015b, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Warszawa.
- Hady J., Leśniowska M., *Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej*, [http://rf.gov.pl/files/20725\\_5260\\_Joanna\\_Hady\\_Malgorzata\\_Lesniowska\\_Finansowanie\\_polskiego\\_systemu\\_opieki\\_zdrowotnej\\_na\\_tle\\_wybranych\\_krajow\\_Unii\\_Europ.pdf](http://rf.gov.pl/files/20725_5260_Joanna_Hady_Malgorzata_Lesniowska_Finansowanie_polskiego_systemu_opieki_zdrowotnej_na_tle_wybranych_krajow_Unii_Europ.pdf).
- HCP, 2015, *Wyniki leczenia w rankingu EHCJ*.
- Health at a Glance: Europe – 2012, <http://www.trystero.pl/wp-content/uploads/2012/12/OECD-wydatki-per-capita-PPP.png>, <http://finanse.wp.pl/gid,18134802,kat,1033763,title>.
- [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/-index.php/File:Causes\\_of\\_death\\_%E2%80%94standardised\\_death\\_rate,\\_2012\\_\(per\\_100\\_000\\_inhabitants\)\\_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/-index.php/File:Causes_of_death_%E2%80%94standardised_death_rate,_2012_(per_100_000_inhabitants)_YB15.png)
- <http://forsal.pl/artykuly/725534,eurostat-dlugosc-zycia-w-zdrowiu-wydatki-na-opieke-medyczna.html>.
- <http://www.rynekzdrowia.pl/uslugimedyczne>.
- [http://wyborcza.biz/biznes/1.100896.18034120.Raport\\_OECD\\_Polacy\\_lepiej\\_wykształceni\\_i\\_więcej\\_pracują](http://wyborcza.biz/biznes/1.100896.18034120.Raport_OECD_Polacy_lepiej_wykształceni_i_więcej_pracują). Html#ixzz3yeDTmmYd.
- KE, *Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE*, Luksemburg 2011 file://C:/Documents%20and%20Settings/1/Moje%20dokumenty/Downloads/KE3010290PLC%20(1).pdf.
- Krajowy Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia, [https://www.pwc.pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014\\_raport-pwc.pdf](https://www.pwc.pl/publikacje/assets/krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014_raport-pwc.pdf).
- NIK, 2013, Informacja o wynikach kontroli *Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez narodowy fundusz zdrowia*, P/12/142 nr ewid. 176/2012/P12142/LKR, kwiecień.
- Prices and Earnings August 2011, Wealth Management Research, Zurich, Switzerland, Global Head Wealth Management Research: Dr. Andreas Höfert, za: [http://halat.pl/cywilizacja\\_2011.html](http://halat.pl/cywilizacja_2011.html).
- Raport CIA o średniej długości życia*, <https://iberoameryka.wordpress.com/2013/09/17/cia-publikujemy-raport-o-oczekiwanej-dlugosci-zycia/>.

*Raport o warunkach życia mieszkańców Warszawy 2014*, um.warszawa.pl.

Wasiak A., Szelaąg P., 2015, *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce*, Finanse i Prawo Finansowe, nr 2.

Watch Health Care, 2012, Barometr WHC, *Raport nr 12/3/12/2015*, [www.korektorzdrowia.pl/barometr](http://www.korektorzdrowia.pl/barometr).

WHO, 2012, *Spoleczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, [http://www.nierownosci.mz.gov.pl/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/21202/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf](http://www.nierownosci.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0007/21202/Spoleczne-nierownosci-w-zdrowiu-w-Polsce.pdf) (17.02.2016).

WHO, *GLOBOCAN 2012, dane za rok 2012*, <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.