

# W stronę dobrobytu zdrowotnego

POMIAR ASPEKTÓW STANU ZDROWIA W POLSCE NA TLE  
WYBRANYCH KRAJÓW EUROPEJSKICH



## AUTORZY

### **dr Adam Czerniak**

główny ekonomista, dyrektor ds. badań  
Polityka Insight

### **dr n. med. Michał Kuzemczak**

analityk ds. zdrowotnych  
Polityka Insight

## REDAKCJA

### **Marcin Bąba**

## PROJEKT GRAFICZNY

### **Karolina Tomaszewska**

Warszawa, kwiecień 2023 r.



Partnerem raportu jest Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.  
Wszystkie prawa zastrzeżone.

**POLITYKA  
INSIGHT**

POLITYKA INSIGHT to źródło wiedzy o polskiej i europejskiej polityce oraz gospodarce dla liderów biznesu, decydentów politycznych i dyplomatów. Od 10 lat dostarcza swoim odbiorcom serwisy analityczne dostępne w abonamentach, przygotowuje raporty i prezentacje na zlecenie polskich i międzynarodowych instytucji oraz organizuje debaty i konferencje. Analityków i analityczki Polityki Insight można usłyszeć w regularnie publikowanych autorskich seriach podcastowych, m.in. Nasłuchu i Energii do zmiany.

[www.politykainsight.pl](http://www.politykainsight.pl)

# Spis treści

<b>1. WPROWADZENIE</b>	<b>4</b>
<b>2. POJĘCIE DOBROBYTU I ZNACZENIE JEGO WYMIARU ZDROWOTNEGO</b>	<b>5</b>
<b>3. WSKAŹNIK DOBROBYTU ZDROWOTNEGO</b>	<b>8</b>
Analizowane aspekty dobrobytu zdrowotnego	8
Dobrobyt zdrowotny w Polsce na tle wybranych krajów europejskich	9
<b>4. PODSUMOWANIE</b>	<b>14</b>
<b>5. ANEKS. METODA OBLICZANIA WSKAŹNIKA DOBROBYTU ZDROWOTNEGO</b>	<b>15</b>
Źródła danych	15
Metoda standaryzacji danych	16
Metoda obliczania wskaźnika	16

# Wprowadzenie

W potocznym rozumieniu dobrobyt kojarzony jest zwykle z charakterystykami ekonomicznymi – dochodem, majątkiem czy dostępnością towarów i usług. W nauce dobrobyt ma szersze konotacje, wychodzące daleko poza to, co jesteśmy w stanie zmierzyć poziomem PKB czy wysokością wynagrodzeń. Na dobrobyt społeczny składa się zarówno poziom rozwoju gospodarczego, jak też edukacja dzieci i dorosłych, dostępność infrastruktury transportowej, czystość powietrza, ziemi i wody czy – co najważniejsze – stan zdrowia mieszkańców. I to właśnie ten ostatni wymiar dobrobytu, w jego wszystkich aspektach, jest przedmiotem niniejszego opracowania.

W pierwszej części tekstu opisujemy pojęcia dobrobytu zdrowotnego wraz z czynnikami go kształtującymi oraz znaczeniem, jaki ten wymiar ma dla rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju. W drugiej części przedstawiamy kompozytowy wskaźnik dobrobytu zdrowotnego, opracowany specjalnie na potrzeby niniejszego badania. Składa się on z trzech subindeksów syntetyzujących mierniki stanu zdrowia obywateli, efektywności systemu ochrony zdrowia oraz zaawansowania technologicznego. Wskaźnik policzyliśmy dla siedmiu krajów Unii Europejskiej – Polski, Bułgarii, Czech, Danii, Holandii, Niemiec i Szwecji.

# Pojęcie dobrobytu i znaczenie jego wymiaru zdrowotnego

Definicja dobrobytu oraz sposób jego pomiaru są od lat przedmiotem dyskusji naukowej toczącej się między ekonomistami, socjologami, psychologami, a nawet lekarzami i politykami, mimo to nie stworzono jednej powszechnie obowiązującej definicji. Na płaszczyźnie ekonomicznej pomiar dobrobytu sprowadza się zwykle do korzystania z tzw. miar wartościowych, zwykle opracowywanych w ramach systemu rachunków narodowych. Najczęściej wykorzystywany jest miernik produktu krajowego brutto (PKB), który pokazuje wartość towarów i usług wytworzonych na terenie danego kraju w badanym okresie. Wykorzystywaną czasem alternatywą jest miernik dochodu narodowego, który bada wynagrodzenia czynników produkcji, czyli pracowników i właścicieli firm, będących obywatelami danego kraju.

Miary wartościowe mają szereg zalet, wśród których wymienia się szybkość obliczenia oraz łatwość porównania w czasie i między obszarami geograficznymi. Jednak w niewielkim stopniu mierzą one faktyczną jakość życia obywateli czy nawet typowy poziom dochodu lub majątku. Mierniki te nie biorą bowiem pod uwagę występujących na danym terenie nierówności społecznych oraz nie uwzględniają pozafinansowych miar dobrobytu. Co więcej, mierniki te nie różnicują również dostępnych towarów i usług ze względu na ich jakość czy znaczenie dla dobrobytu. Jak argumentują socjolodzy, produkcja i sprzedaż wyrobów tytoniowych ma z perspektywy dochodu narodowego takie samo znaczenie jak świadczenie usług rehabilitacyjnych o tej samej wartości, a ma dużo większe znaczenie niż świeże powietrze, dostęp do lasu czy możliwość wykąpania się w czystym jeziorze. Te dobra naturalne mogą nawet negatywnie wpływać na PKB, ponieważ obniżają możliwość wykorzystania dostępnych zasobów na cele produkcyjne. Dlatego też badacze zaobserwowali, że nie istnieje dodatnia korelacja pomiędzy poziomem rozwoju gospodarczego a poczuciem szczęścia w społeczeństwie. Czasem jest nawet odwrotnie, najszcześniejsze społeczeństwa zamieszkują kraje o relatywnie niskim poziomie rozwoju – w badaniu OECD *How's Life?* najlepiej swój dobrostan w 2020 r. oceniali mieszkańcy Kolumbii.

W rezultacie w ramach badań z zakresu ekonomii dobrobytu, podjęto szereg prób stworzenia innych mierników, uwzględniających takie elementy jak wpływ na środowisko naturalne, poziom edukacji, poziom szczęścia, stopień demokratyzacji społeczeństw czy poziom stanu zdrowia. Jednym z nich jest HPI (*Happy Planet Index*) opracowany przez *The New Economics Foundation*, który bierze pod uwagę subiektywną satysfakcję z życia, jego długość oraz wpływ na środowisko naturalne. HPI osiąga wartość od 0 do 100 i w większym stopniu zdeterminowany jest poziomem zdrowia i subiektywnym poczuciem szczęścia, aniżeli statusem materialnym. Innym, powszechnie stosowanym miernikiem dobrobytu jest HDI (*Human Development Index*), który uwzględnia nie tylko aspekt ekonomiczny dobrobytu, ale też jego aspekt edukacyjny oraz zdrowotny. Te trzy wymiary oceniane są na podstawie takich zmiennych jak oczekiwana długość życia, średnia liczba lat edukacji oraz dochód narodowy per capita liczony według parytetu nabywczego.

Jeszcze inne aspekty dobrobytu biorą pod uwagę osoby przygotowujące wskaźnik LCI (*Living Conditions Index*). Uwzględnia on m.in. warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych, ich dietę, mobilność, aktywność kulturalną i sportową, a także stan środowiska naturalnego i dostęp do opieki zdrowotnej. W ostatnich latach stworzono wiele wskaźników uwzględniających aspekty ekologiczne, w tym wpływ aktywności gospodarczej na środowisko naturalne. Zalicza się do nich indeks GDDP (*Green Gross Domestic Product*) czy ISEW (*Index of Sustainable*

*Economic Welfare*). Powyższy, pobieżny przegląd dostępnych mierników pokazuje, że dobrobyt zależy od szeregu mierzalnych i niemierzalnych czynników, z których najważniejsze są aspekty ekonomiczne, edukacyjne, środowiskowe oraz aspekty zdrowotne, kluczowe z perspektywy niniejszego opracowania.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie definiowane jest jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Oznacza to, że WHO rozszerza rozumienie zdrowia poza brak choroby czy niepełnosprawności, akcentując mocno zdolność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego. Jest to spójne z przywoływanymi powyżej miernikami dobrobytu, które aspekt zdrowotny wiążą zwykle ze średnią oczekiwaną długością trwania życia w momencie urodzenia, średnią długością lat życia w zdrowiu czy po prostu z subiektywnym poczuciem szczęścia, które w największym stopniu zależy właśnie od dobrostanu psychicznego i fizycznego człowieka.

Powyższa definicja jest spójna z naszym postrzeganiem pojęcia dobrobytu zdrowotnego, czyli pełnego dobrostanu fizycznego i psychicznego społeczeństwa. Tak rozumiany dobrobyt jest według nas zależny nie tylko od bieżącej kondycji zdrowotnej obywateli, którą można zmierzyć zapadalnością na choroby, wskaźnikami śmiertelności czy długością życia, ale także od dostępności efektywnej i powszechnej opieki zdrowotnej, która umożliwi prowadzenie stałej profilaktyki oraz zapewni szybkie i skuteczne interwencje medyczne, skracające czas trwania choroby, wydłużające życie oraz poprawiające jego jakość. Ocena tego ostatniego elementu, wykraczająca poza proste pomiary długości życia na poziomie populacyjnym, jest od lat uwzględniana w naukach o zdrowiu, czego odzwierciedleniem jest szeroko stosowany parametr, jakim jest długość życia skorygowana o jakość – QALY (*Quality Adjusted Life Years*). Z tej perspektywy, nadrzędnym celem działań, na które składają się prewencja, nowoczesna farmakoterapia oraz szeroko pojęta medycyna naprawcza, powinno być wydłużenie życia w pełnym zdrowiu. Według Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) na Uniwersytecie Waszyngtońskim, wiodącego ośrodka analizującego globalne wskaźniki umieralności i chorobowości, prawo do długiego życia w pełnym zdrowiu powinni mieć wszyscy ludzie, niezależnie od szerokości geograficznej.

Ponadto, jak pokazały doświadczenia pandemii COVID-19, dobrobyt zdrowotny zależy nie tylko od aktualnej dostępności opieki zdrowotnej, zwłaszcza w jej wymiarze farmakologicznym, ale także od jej elastyczności w sytuacjach kryzysowych, np. nagłego wzrostu liczby zachorowań czy pojawienia się nowych chorób. Elastyczność i możliwość szybkiej odpowiedzi na niespodziewane wyzwania zależy od rozwoju technologii medycznych oraz dostępności w lokalnej gospodarce firm, które są w stanie dostarczyć dodatkowej wiedzy, wyprodukować nowy lek lub doposażyć istniejące placówki w aparaturę niezbędną do prowadzenia leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego. Z perspektywy doświadczeń pandemicznych, na szczególne podkreślenie zasługuje rola przemysłu farmaceutycznego, reagującego na nowe wyzwania. W trakcie pandemii COVID-19, dzięki mobilizacji środowisk naukowych wspólnie z innowacyjnym przemysłem farmaceutycznym, udało się w bezprecedensowo krótkim czasie opracować szczepionki na COVID-19. Zatem innowacyjny przemysł farmaceutyczny, w połączeniu z innymi elementami (np. zwiększeniem liczby lekarzy kształconych na wybranych specjalizacjach, rozszerzeniem kształcenia ustawicznego wśród pracowników ochrony zdrowia oraz zapewnieniem dostępu do nowoczesnego sprzętu medycznego), może długookresowo zapewnić dobrobyt zdrowotny społeczeństwa – sprzyjać życiu w zdrowiu i poczuciu bezpieczeństwa medycznego nawet w okresach pandemii.

Tak postrzegany dobrobyt zdrowotny jest kluczowy dla stabilnego i inkluzywnego rozwoju społeczno-gospodarczego państwa. We współczesnych gospodarkach wydajność pracy zależy bowiem nie tylko od stosowanej technologii czy dostępności kapitału rzeczowego, ale

również od samych pracowników – ich motywacji, zdrowia i kreatywności. Kondycja psychofizyczna pracowników jest natomiast w dużym stopniu pochodną ich dobrostanu zdrowotnego. W rezultacie w skali makroekonomicznej nakłady na poprawę dobrostanu zdrowotnego można traktować jak typowe inwestycje – powiększenie parku maszynowego fabryki czy remont przestrzeni handlowej sklepu. I tak samo jak nakłady na środki trwałe, można inwestycje w zdrowie postrzegać w kategorii oczekiwanej stopy zwrotu czy wzrostu mocy wytwórczych. Zwalczanie chorób oraz zmniejszanie ryzyka niepełnosprawności przekłada się bowiem na obniżenie kosztów bezpośrednich związanych z leczeniem określonych jednostek chorobowych oraz na obniżenie kosztów pośrednich związanych z większą absencją chorobową, niepełnosprawnością, niezdolnością do ciężkiej pracy i szybkim przechodzeniem na emeryturę.

Ponadto, jak pokazują badania, poprawa dobrobytu zdrowotnego sprzyja też budowaniu dobrobytu ekonomicznego w długim terminie. Większa liczba dni pracy, niższe wydatki prywatne na leczenie czy ogólne lepsze samopoczucie przekłada się na zwiększoną skłonność do oszczędzania i podejmowanie inwestycji o długim horyzoncie zwrotu. Co ważne, dobrobyt zdrowotny i dobrobyt ekonomiczny działają na zasadzie sprzężenia zwrotnego dodatniego. Im bogatsze społeczeństwo, tym obywatele mają więcej środków na usługi medyczne, profilaktyczne, dietetyczne czy sportowe, a im wyższe są wydatki na te cele, tym wyższa jest elastyczność i efektywność opieki zdrowotnej, co z kolei poprawia stan zdrowia i poprawia wydajność pracy, podnosząc dochody i oszczędności w gospodarce. Dużą rolę w tym procesie odgrywa państwo, które poprzez wysokie nakłady na publiczną i prywatną ochronę zdrowia, w tym finansowanie programów profilaktycznych czy dostępu do innowacyjnych terapii, może zwiększać dobrobyt zdrowotny oraz budować odporność całego systemu na obciążenia związane z wybuchami pandemii czy starzeniem się społeczeństwa.

# Wskaźnik dobrobytu zdrowotnego

## Analizowane aspekty dobrobytu zdrowotnego

Optymalny miernik dobrobytu zdrowotnego powinien kompleksowo opisywać trzy aspekty wpływające na dobrostan psychiczny i fizyczny obywateli – stan zdrowia obywateli, efektywność ochrony zdrowia oraz dostęp do technologii zdrowotnych – oraz być łatwo policzalny, interpretowalny i porównywalny w ujęciu czasowym i przestrzennym. Należy zdawać sobie sprawę, że kompleksowość, heterogeniczność i wielowymiarowość systemu opieki zdrowotnej oraz samego stanu zdrowia obywateli powoduje, że skonstruowanie miernika spełniającego równocześnie wszystkie te warunki jest praktycznie niemożliwe. Część dostępnych mierników dobrobytu zdrowotnego jest bowiem specyficzna dla pojedynczego kraju i ze względów czysto technicznych nie może być wykorzystana do analizy porównawczej tegoż dobrobytu między poszczególnymi krajami (np. liczba zakontraktowanych przez państwo operacji). Porównywalność innych mierników jest natomiast zaburzona przez czynniki instytucjonalne – regulacje, przepisy i definicje, które sprawiają, że w każdym kraju pod tym samym pojęciem mogą być rozumiane inne zjawiska, co ma przełożenie na wartość statystyk (np. liczba lat życia w zdrowiu). Dlatego do stworzenia wskaźnika dobrobytu zdrowotnego należy wziąć pod uwagę mierniki uniwersalne, proste w interpretacji i opracowane według tej samej metodyki, co z oczywistych względów powoduje, że otrzymany wskaźnik nie uwzględnia całej złożoności dobrobytu zdrowotnego w danym kraju.

Mając na uwadze powyższe zastrzeżenia, do obliczenia wskaźnika zdrowotnego wykorzystaliśmy dziewięć mierników pobranych z ogólnodostępnych baz statystycznych (głównie Eurostatu i WHO), które zapewniają porównywalność czasową i geograficzną publikowanych zmiennych. Mierniki te przekształciliśmy w trzy wystandaryzowane subindeksy, które składają się na finalny, kompozytowy wskaźnik dobrobytu zdrowotnego. Szczegółowe metody zbierania i przekształcania danych opisaliśmy w aneksie metodycznym.

**Subindeks stanu zdrowia społeczeństwa** ma mierzyć dobrostan fizyczny obywateli na różnych etapach życia, w tym także ryzyka zgonu z tytułu zachorowania na jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób cywilizacyjnych. Składają się na niego trzy mierniki: oczekiwana długość życia w zdrowiu w momencie urodzenia, śmiertelność niemowląt na tysiąc urodzeń żywych, a także łączne prawdopodobieństwo zgonu między 30 a 70 rokiem życia w wyniku choroby układu krążenia, cukrzycy, choroby nowotworowej lub przewlekłej choroby układu oddechowego.

**Subindeks efektywności systemu ochrony zdrowia** odzwierciedla możliwości zaspokojenia potrzeb medycznych obywateli oraz subiektywną ocenę, czy te potrzeby są zaspokajane. Wydolność systemu zdrowia zależy przede wszystkim od dwóch czynników – dostępności personelu medycznego oraz dostępności szpitali i sprzętu – dlatego do pomiaru efektywności systemu ochrony zdrowia bierzemy pod uwagę liczbę lekarzy oraz liczbę łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców. Trzecim z uwzględnionych mierników jest odsetek osób twierdzących, że nie otrzymali potrzebnej opieki medycznej ze względu na jej zbyt wysoki koszt, zbyt dużą odległość do miejsca świadczenia usługi lub zbyt długi czas oczekiwania na samą usługę.

**Subindeks technologii zdrowotnych** pokazuje dostępność nowoczesnych, tj. zgodnych z aktualną wiedzą medyczną (EBM, Evidence-Based Medicine), terapii. Dostęp ten zależy przede wszystkim od otoczenia prawno-administracyjnego, które pozwala pacjentom w jak najkrótszym czasie skorzystać z dobrodziejstw innowacyjnej farmakoterapii. Szybkemu dostępowi do nowoczesnych i skutecznych terapii sprzyja również rozwój firm działających w zakresie

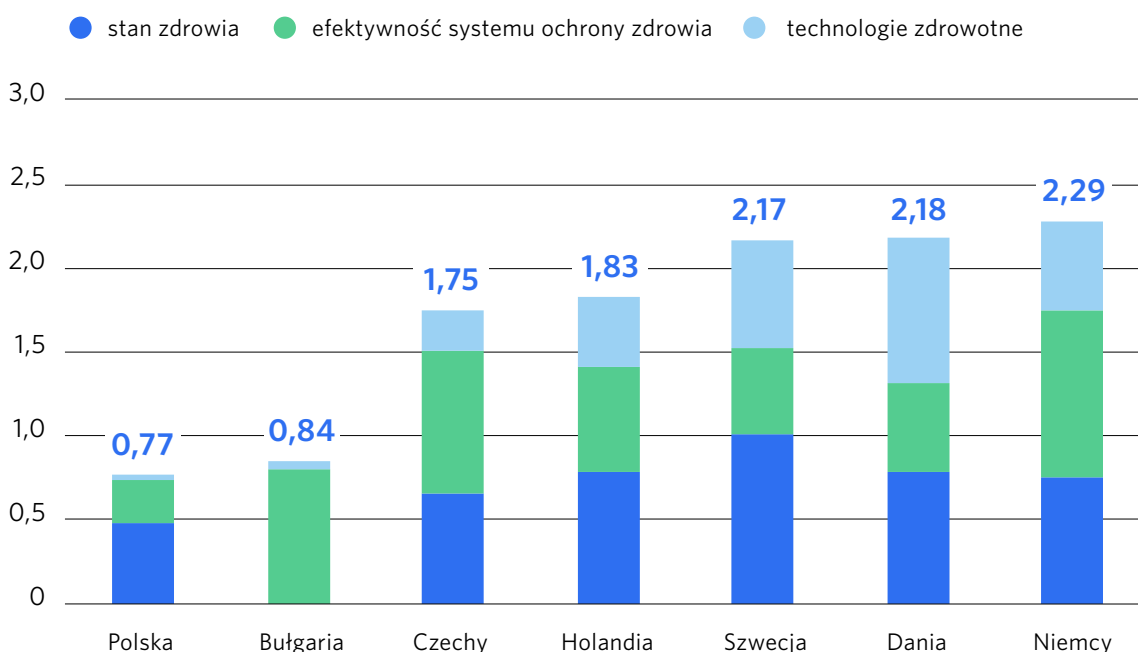


ochrony zdrowia, a także sprawność systemu zapewniającego ochronę praw własności intelektualnej przedsiębiorstw. Wszystkie te elementy są bowiem niezbędne do zapewnienia dobrostanu zdrowotnego w sytuacjach kryzysowych – wybuchu ogniska nowej choroby czy nagłego wzrostu zapotrzebowania na produkty farmakologiczne. Jak pokazują doświadczenia COVID-19 kraje o rozwiniętej branży farmaceutycznej miały przewagę w wyścigu o zapewnienie szczepionek swoim obywatelom nad krajami będącymi biorcami technologii medycznych i patentów. Mając powyższe na uwadze, na omawiany subindeks składają się następujące mierniki: średnia liczba dni między dopuszczeniem leku do użytku w Unii Europejskiej a dodaniem leku na listę leków refundowanych w danym kraju; wydatki publiczne na badania i rozwój w sektorze zdrowotnym oraz liczba inżynierów biomedycznych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.

## Dobrobyt zdrowotny w Polsce na tle wybranych krajów europejskich

Do oceny dobrobytu zdrowotnego w Polsce za pomocą tak skonstruowanego wskaźnika niezbędne jest znalezienie odpowiednich punktów odniesienia. W przypadku badań porównawczych najlepszymi odnośnikami są inne kraje należące do tego samego regionu kulturowego i ekonomicznego, ale o różnym poziomie zamożności i – z definicji – odmiennych systemach opieki zdrowotnej. Dlatego do oceny dobrobytu zdrowotnego w Polsce wybraliśmy dwa kraje z regionu Europy Środkowej i Wschodniej (Czechy i Bułgarię), a także cztery kraje starej Unii Europejskiej, reprezentujące różne modele zabezpieczenia zdrowotnego (Niemcy z największymi wydatkami na ochronę zdrowia<sup>1</sup>; Danię, która po przeprowadzonych reformach charakteryzuje się „odchudzonym” i scentralizowanym sektorem szpitalnym; Szwecję z najzdrowszym społeczeństwem i Holandię z silną opieką przedszpitalną i konkurującymi ubezpieczycielami). Obliczenia przeprowadziliśmy na podstawie średniej wartości z lat 2017-2020. Wykorzystanie wartości średnich miało na celu zmniejszenie wpływu jednorazowych zaburzeń w danych, zwłaszcza w okresie pandemii, a także uniknięcie problemów wynikających z braków danych.

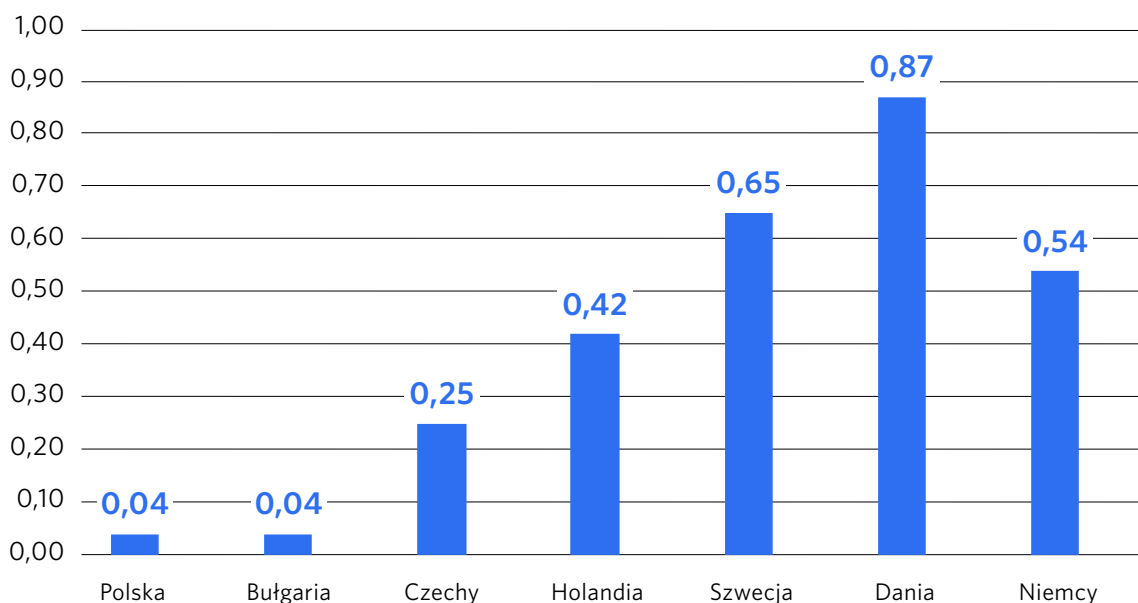
### WYKRES 1. WSKAŹNIK DOBROBYTU ZDROWOTNEGO



1. Według najnowszego raportu OECD i Komisji Europejskiej Health at a Glance: Europe 2022 w 2020 r. nakłady na ochronę zdrowia per capita wyniosły w Niemczech 4 831 euro, wobec 4 302 euro w Holandii, 4 008 w Szwecji i 3 964 euro w Danii. Dla porównania w krajach regionu Europy Środkowej i Wschodniej były dużo niższe od unijnej średniej (3 159 euro per capita) i wyniosły 1478 euro w Bułgarii czy 1 591 euro w Polsce.

Z wskaźnikiem dobrostanu zdrowotnego równym 0,77 pkt. (na 3 pkt. możliwe do zdobycia) Polska znalazła się na ostatnim miejscu wśród wybranych krajów. Uplasowała się tuż za Bułgarią (0,84 pkt.) i daleko za sąsiednimi Czechami (1,75 pkt.). Najlepiej wypadły natomiast Niemcy (2,28 pkt.), które wyprzedziły Danię (2,18 pkt.) i Szwecję (2,17 pkt.). W środku stawki znalazła się Holandia z wynikiem 1,83 pkt.

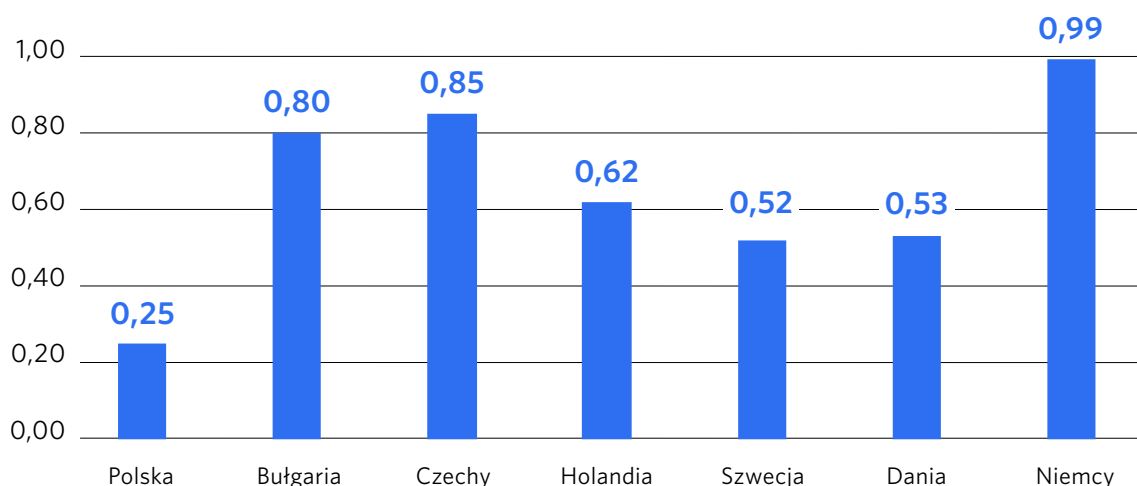
## WYKRES 2. TECHNOLOGIE ZDROWOTNE



Za słabym wynikiem Polski stoi przede wszystkim bardzo niska wartość subindeksu technologii zdrowotnych, w którym Polska otrzymała jedynie 0,04 pkt. na 1 pkt. możliwy do zdobycia. Wpłynął na to głównie najdłuższy wśród wszystkich badanych krajów czas oczekiwania na uwzględnienie produktu na liście leków refundowanych. W porównaniu do obywateli innych krajów europejskich, polski pacjent zmuszony jest czekać znacznie dłużej na dostęp do refundowanych terapii o udokumentowanej skuteczności, nierzadko wydłużającej życie. W Polsce to 844 dni, czyli ponad 2 lata i 3 miesiące od momentu dopuszczenia leku do użytku na terytorium UE. Dla porównania u lidera zestawienia, czyli w Niemczech, na zapisanie na listę refundacyjną czeka się jedynie 133 dni, a średnia w Unii Europejskiej to nieco mniej niż półtora roku (511 dni).

Bardzo słabo Polska wypada również pod względem liczby inżynierów biomedycznych zatrudnionych w sektorze zdrowotnym – jest ich zaledwie pięciu na milion mieszkańców. Tak mało liczne kadry specjalistów mają także Bułgarzy i Czesi. W Szwecji jest ich aż 23 razy więcej. To między innymi efekt niskich wydatków publicznych na badania i rozwój w sektorze zdrowia. W Polsce stanowią one zaledwie 0,02 proc. PKB, czyli 0,3 mld zł rocznie. Niskie nakłady publiczne, połączone z niewielkimi możliwościami finansowania rozwoju branży zdrowotnej przez sektor prywatny i powolnym procesem akceptacji i refundacji leków, powodują, że branża farmaceutyczna jest w Polsce mało elastyczna i nie ma możliwości zapewnienia dobrobytu zdrowotnego w okresach kryzysowych.

### WYKRES 3. EFEKTYWNOŚĆ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA



Równie niskie wyniki Polska uzyskała w subindeksie mierzącym efektywność systemu ochrony zdrowia – 0,25 pkt., czyli jedną czwartą wszystkich możliwych do zdobycia punktów. Druga od końca Szwecja zdobyła ponad dwukrotnie więcej punktów. Nieefektywność polskiej opieki zdrowotnej to przede wszystkim rezultat bardzo niskiej liczby lekarzy – jest ich zaledwie 239 na 100 tys. mieszkańców. W większości pozostałych krajów wskaźnik ten przekracza 400 lekarzy, a jedynie w Holandii jest nieco niższy i wynosi 372 lekarzy. Problem ten dotyczy zresztą całego personelu medycznego dostępnego w polskiej ochronie zdrowia. Liczba pielęgniarek i ratowników medycznych jest również niewystarczająca, a starzenie się społeczeństwa jeszcze ten kryzys pogłębi, ponieważ nieproporcjonalnie dużo personelu medycznego jest w wieku emerytalnym lub przedemerytalnym.

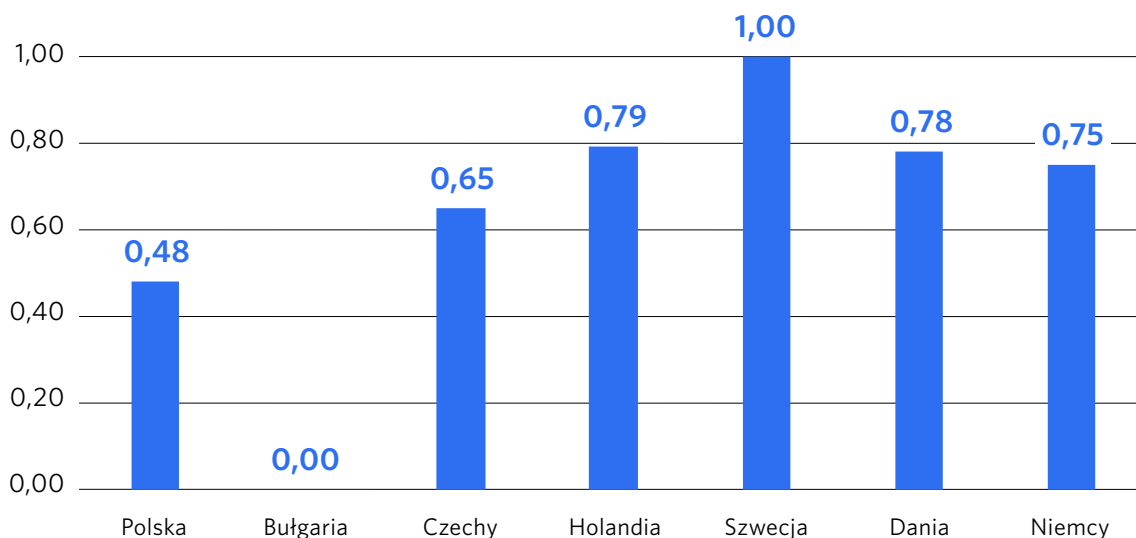
Jedynym nakładem w systemie ochrony zdrowia, pod względem którego Polska wypada stosunkowo dobrze, jest liczba dostępnych łóżek na 100 tys. mieszkańców. W polskich szpitalach jest ich 645, czyli niewiele mniej niż w sąsiednich Czechach (661), ale za to dużo więcej niż w Szwecji (214), Danii (260) czy Holandii (319). Wyraźnie wyższe nakłady rzeczowe ma tylko ochrona zdrowia w Niemczech (797 łóżek na 100 tys. mieszkańców) i Bułgarii (759). Choć należy mieć świadomość, że wysoka liczba łóżek w przeliczeniu na jednego mieszkańca niekoniecznie musi być wykładnikiem dobrze zorganizowanej opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie, może świadczyć o odwróceniu tzw. piramidy świadczeń medycznych, czyli o położeniu zbyt dużego akcentu na drogą opiekę szpitalną, kosztem tańszej, szybszej i angażującej mniej personelu medycznego opieki ambulatoryjnej, która w wielu wypadkach zdrowotnych jest wystarczająca do zapewnienia dostępu do nowoczesnych terapii i tym samym do utrzymania dobrobytu zdrowotnego obywateli.

Powyzsze wnioski potwierdzają opinie Polek i Polaków – 3,4 proc. z nich wskazuje, że nie mogło otrzymać niezbędnej opieki medycznej. Dla porównania w Niemczech i Holandii odsetek ten jest marginalny i wynosi 0,2 proc. Co ciekawe, odsetek mieszkańców Polski deklarujących brak dostępu do usług medycznych spadł po wybuchu pandemii o połowę – do 1,9 proc. w 2020 r. z 4,2 proc. w 2019 r. To prawdopodobnie efekt uruchomienia teleporad, które ułatwiły kontakt z lekarzem specjalistą. W świetle dokumentu „Raport o zdrowiu Polaków. Diagnoza po pandemii COVID-19. Skutki, wyzwania i rekomendacje” w 2020 r., a więc w pierwszym roku pandemii, ponad jedna trzecia porad w podstawowej opiece zdrowotnej (56,8 mln tego typu świadczeń medycznych) udzielona została zdalnie. Jednakże wysoki wzrost śmiertelności na choroby prawdopodobnie niezwiązane ze skutkami COVID-19 wskazuje, że poszerzenie

dostępu do opieki zdrowotnej wcale nie oznaczało poprawy jej efektywności. Teleporady w wielu przypadkach okazywały się bowiem niewystarczające.

Biorąc pod uwagę bardzo słabe wyniki Polski w powyższych dwóch wymiarach dobrobytu zdrowotnego pozytywnym zaskoczeniem jest stosunkowo wysoki wynik kraju w subindeksie stanu zdrowia. Polska otrzymała bowiem 0,48 pkt., czyli blisko połowę wszystkich możliwych do zdobycia, co uplasowało ją za Czechami (0,65 pkt.) i daleko przed najbardziej schorowanym społeczeństwem bułgarskim (0 pkt.).

#### WYKRES 4. STAN ZDROWIA



Najlepiej Polska wypadła pod względem śmiertelności niemowląt – wskaźnik zgonów na tysiąc żywych urodzeń wyniósł 3,8. To wynik jedynie nieznacznie gorszy niż w Holandii (3,7), Danii (3,5) czy Niemczech (3,4). Odzwierciedla on bardzo dobrą na tle innych specjalizacji jakość opieki prenatalnej, ginekologicznej, położniczej, neonatologicznej i pediatrycznej. W przypadku pozostałych miar stanu zdrowia Polska plasowała się nieco poniżej Czech i dużo powyżej Bułgarii, pozostając jednocześnie daleko w tyle za krajami starej Unii Europejskiej. Najzdrowsze jest społeczeństwo szwedzkie. Szwedzi i Szwedki zajęli pierwsze miejsce we wszystkich uwzględnianych przez nas miernikach, co dało im maksymalną możliwą do uzyskania w tym subindeksie punktację. Dla porównania w Szwecji oczekiwana długość życia w zdrowiu w momencie narodzin wynosi 71,9 lat, podczas gdy w Polsce jest o ponad 3 lata krótsza i wynosi 68,7. Podobnie prawdopodobieństwo śmierci między 30 a 70 rokiem życia na jedną z wymienionych we wskaźniku chorób (choroba układu krążenia, nowotwór, przewlekła choroba układu oddechowego) w Szwecji wynosi zaledwie 8,38 proc. W Polsce jest ponad dwukrotnie wyższe i wynosi prawie 17 proc.

Powyższe wyniki wskazują, że Polska ma duże pole do poprawy dobrobytu zdrowotnego obywateli praktycznie we wszystkich jego wymiarach. Nie da się bowiem osiągnąć znaczącej poprawy stanu zdrowia Polek i Polaków bez zwiększenia dostępnego personelu medycznego, a także bez inwestycji w cały system ochrony zdrowia, zwłaszcza w opiekę ambulatoryjną oraz działania profilaktyczne. Niezbędne są także zmiany o charakterze instytucjonalnym, w tym przyspieszenie procesu refundacji nowych leków, szczególnie tych o udokumentowanej skuteczności w chorobach stanowiących największe wyzwanie dla zdrowia publicznego. Z kolei tworzenie nowych leków przez krajowe firmy farmaceutyczne nie będzie możliwe bez wprowadzenia instrumentów ułatwiających prowadzenie działalności badawczo-rozwojowej

w szeroko pojętym sektorze biomedycznym, finansowanej zarówno przez kapitał prywatny, jak i przez środki z budżetu państwa. Przykładem wsparcia instytucjonalnego, które uznać należy za krok w dobrym kierunku, jest powołanie w 2019 r. Agencji Badań Medycznych (ABM) – instytucji odpowiedzialnej za wspieranie innowacji w biomedycynie. Jest jednak jeszcze zbyt wcześnie, by ocenić, na ile wsparcie sektora biomedycznego przez ABM przełoży się na zwiększenie dostępu pacjentów do innowacyjnych i skutecznych terapii, a co za tym idzie na poprawę ich dobrobytu zdrowotnego.

# Podsumowanie

Różnice w poziomach wskaźnika dobrobytu zdrowotnego między krajami stanowią istotną przesłankę do zmian w zakresie polityki zdrowotnej w Polsce. Szczególnie ważne jest ukierunkowanie działań na elementy, w przypadku których różnice w stosunku do innych krajów europejskich są największe, czyli wsparcie rozwoju technologii zdrowotnych i poprawienie efektywności całego systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Dzięki temu możliwe będzie zmniejszenie dystansu, jaki dzieli Polskę od naszych bliższych i dalszych sąsiadów.

W naszej ocenie do poprawy efektywności opieki zdrowotnej konieczne będzie przede wszystkim zwiększenie liczby lekarzy pracujących w systemie ochrony zdrowia. W tym kontekście należy pochwalić znaczny wzrost liczby studentów medycyny, którzy za kilka lat zasilić mają polską służbę zdrowia. Jednak ze względu na czas niezbędny do wykształcenia lekarza specjalisty, efekty tych działań będziemy mogli zobaczyć za co najmniej 10-12 lat, o ile wykształceni w Polsce lekarze nie zdecydują się na pracę zagranicą. Dlatego do poprawy efektywności opieki zdrowotnej niezbędne jest również prowadzenie aktywnej polityki migracyjnej, w tym przyciągnięcie lekarzy specjalistów, ratowników i pielęgniarek wykształconych w innych krajach.

Z kolei poprawa w obszarze technologicznym wymaga przede wszystkim wzrostu wydatków na B+R w sektorze biomedycznym oraz łatwiejszego dostępu pacjentów do innowacyjnych terapii. Można to osiągnąć poprzez przyspieszenie procesu refundacji leków o udokumentowanej skuteczności i poprzez zapewnienie do nich szerokiego dostępu dla obywateli. To ostatnie można osiągnąć dbając o ustawiczne kształcenie lekarzy w zakresie nowoczesnych terapii medycznych oraz przekierowując większy strumień środków na finansowanie innowacyjnych terapii, szczególnie przełomowych z punktu widzenia życia pacjenta.

# Aneks. Metoda obliczania wskaźnika dobrobytu zdrowotnego

## Źródła danych

Zmienne wykorzystane w badaniu to średnie za lata 2017-2020 z wszystkich dostępnych za ten okres danych dla Polski, Bułgarii, Czech, Danii, Niemiec, Szwecji i Holandii. Większość danych pochodzi z bazy Eurostatu, co zapewnia maksymalną porównywalność otrzymanych wskaźników między badanymi krajami. Pozostałe dane pochodzą z baz danych WHO oraz EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations).

Poniższa tabela przedstawia szczegółowe informacje na temat wykorzystanych zmiennych wraz ze źródłami danych.

PEŁNA NAZWA ZMIENNEJ	ŹRÓDŁO DANYCH	TYP ZMIENNEJ
ZMIENNE SKŁADAJĄCE SIĘ NA SUBINDEKS STANU ZDROWIA SPOŁECZEŃSTWA		
Długość życia w zdrowiu w momencie urodzenia (HALE)	WHO	Stymulanta
Śmiertelność niemowląt na 1000 urodzeń żywych	Eurostat	Destymulanta
Prawdopodobieństwo zgonu w wieku 30-70 lat w wyniku choroby układu krążenia, nowotworu, cukrzycy, lub przewlekłej choroby układu oddechowego	WHO	Destymulanta
ZMIENNE SKŁADAJĄCE SIĘ NA SUBINDEKS EFEKTYWNOŚCI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA		
Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców	Eurostat	Stymulanta
Liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. mieszkańców	Eurostat	Stymulanta
Odsetek osób twierdzących, że ich potrzeby w zakresie ochrony zostały niespełnione z przyczyn niezależnych od nich, tj. niedostępności świadczeń z przyczyn finansowych (za drogo), geograficznych (za daleko) lub czasowych (za długi czas oczekiwania na dostęp)	Eurostat	Destymulanta
ZMIENNE SKŁADAJĄCE SIĘ NA SUBINDEKS TECHNOLOGII ZDROWOTNYCH		
Średnia liczba dni od dopuszczenia leku do użytku (ang. marketing authorization) do dodania leku na listę leków refundowanych	EFPIA	Stymulanta
Wydatki budżetowe rządu na badania i rozwój w sektorze zdrowotnym wyrażone jako część PKB	Eurostat	Stymulanta
Inżynierzy biomedyczni na 10 tys. mieszkańców	WHO	Stymulanta

## Metoda standaryzacji danych

Każda zmienna została przeskalowana w taki sposób, aby można było równocześnie porównywać ze sobą wszystkie mierniki i wszystkie analizowane kraje. W przypadku stymulanty, czyli zmiennej, której wyższa wartość obrazuje wyższy poziom dobrobytu zdrowotnego, kraj o najwyższej wartości otrzymywał 1 pkt., a kraj o najniższej wartości otrzymywał 0 pkt. Pozostałe kraje otrzymywały między 0 a 1 pkt. Wartość ta była równa proporcji między wartością zmiennej w danym kraju, a najwyższą wartością danej zmiennej w próbie. Przykładowo, dla długości życia w zdrowiu Szwecja z najwyższą wartością zmiennej (71,9 lat) otrzymała 1 pkt., Bułgaria z najniższą wartością zmiennej (66,3 lata) otrzymała 0 pkt., a Polska z wartością zmiennej 68,7 lat otrzymała 0,43 pkt.

Analogiczną metodę zastosowano w przypadku destymulant, czyli zmiennych w przypadku których wyższe wartości oznaczają niższy dobrobyt zdrowotny kraju. W ich przypadku kraj z najwyższą wartością otrzymywał 0 pkt., a kraj z najniższą wartością zmiennej otrzymywał 1 pkt. Pozostałe kraje otrzymywały między 0 a 1 pkt. Wartość ta była równa proporcji między wartością zmiennej w danym kraju, a najwyższą wartością danej zmiennej w próbie. Przykładowo, dla śmiertelności niemowląt Szwecja z najniższą wartością zmiennej (2,23 na 1000 urodzeń żywych) otrzymała 1 pkt., Bułgaria z najwyższą wartością zmiennej (5,77 na 1000 urodzeń żywych) otrzymała 0 pkt., a Polska z wartością zmiennej równą 3,80 śmierci niemowląt na 1000 urodzeń żywych otrzymała 0,56 pkt.

## Metoda obliczania wskaźnika

Wskaźnik dobrobytu zdrowotnego jest sumą wartości przyjmowanych przez trzy subindeksy: stanu zdrowia społeczeństwa, efektywności systemu ochrony zdrowia oraz technologii zdrowotnych. Każdy z tych subindeksów jest z kolei średnią arytmetyczną wystandaryzowanych wartości trzech zmiennych obrazujących dobrobyt zdrowotny w danym wymiarze (por. tabela powyżej). W rezultacie wskaźnik dobrobytu zdrowotnego może przyjmować wartości od 0 do 3 pkt., gdzie 0 pkt. oznacza, że dany kraj miał najgorsze wyniki we wszystkich analizowanych obszarach, a 3 pkt. oznacza, że dany kraj miał najlepsze wyniki we wszystkich analizowanych obszarach. Im wyższa wartość wskaźnika, tym wyższy dobrobyt zdrowotny społeczeństwa danego kraju.