



Ewa Mazur-Wierzbicka

Uniwersytet Szczeciński
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania
Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim
ewa.mazur-wierzbicka@wp.pl

**ZDROWIE PUBLICZNE JAKO ELEMENT
ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU
– ANALIZA KOMPARATYWNA.
POLSKA NA TLE UNII EUROPEJSKIEJ**

Streszczenie: Strategia Unii Europejskiej na rzecz zrównoważonego rozwoju wytycza kierunki długoterminowej wizji zrównoważonego rozwoju, w której takie elementy, jak rozwój gospodarczy, spójność społeczna oraz ochrona środowiska współfunkcjonują i wzajemnie się uzupełniają. Istotne miejsce w strategii zajmuje problematyka zdrowia publicznego. Celem artykułu jest ocena faktycznych postępów w dążeniu do zrównoważonego rozwoju w dziedzinie zdrowia publicznego Unii Europejskiej, a także Polski na przestrzeni kilku ostatnich lat.

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, zrównoważony rozwój, Unia Europejska, Polska.

Wprowadzenie

W pierwszej zasadzie Deklaracji z Rio de Janeiro w sprawie środowiska i rozwoju z 1992 r. czytamy, iż: „Istoty ludzkie są w centrum zainteresowania w procesie zrównoważonego rozwoju. Mają prawo do zdrowego i twórczego życia w harmonii z przyrodą”. Wskazuje to jednoznacznie na rangę, jaką nadaje się problematyce zdrowia w koncepcji zrównoważonego rozwoju.

W czasach, gdy idea zrównoważonego rozwoju stanowi podstawę nowego paradygmatu rozwojowego (także Unii Europejskiej), polegającego na stworzeniu modelu społeczno-gospodarczego, opartego na postępie zapewniającym lepszą jakość życia, przy jednoczesnej dbałości o stan środowiska naturalnego,

istotne wydaje się poddanie rozważaniom problematyki zdrowia publicznego w kontekście zrównoważonego rozwoju.

Wobec powyższego celem artykułu jest ocena faktycznych postępów w dążeniu do zrównoważonego rozwoju w dziedzinie zdrowia publicznego Unii Europejskiej, a także Polski na przestrzeni kilku ostatnich lat. Realizacji celu pracy podporządkowany został jej układ.

1. Problematyka zdrowia publicznego jako elementu zrównoważonego rozwoju w dokumentach Unii Europejskiej

Obserwowany od połowy XX w. szybki rozwój społeczno-gospodarczy, pomimo że stwarza możliwości powszechnego dostępu ludzi do ochrony zdrowia, opieki zdrowotnej, środków prozdrowotnych paradoksalnie prowadzi do wielu zagrożeń dla zdrowia ludzkiego. Zaliczyć do nich można m.in. zwiększenie ruchu drogowego, wzrost zanieczyszczenia powietrza, wód, gleb, emisję gazów cieplarnianych, wykorzystywanie toksycznych chemikaliów. Skutki współczesnych zagrożeń dla zdrowia mogą być widoczne dopiero po upływie jakiegoś czasu (miesiące, lata). Dotyczy to np. uwalnianych dziś chemicznych substancji rakotwórczych, spożywania modyfikowanych produktów, chemizacji rolnictwa, żywności. Niewątpliwie będzie miało to swoje odzwierciedlenie w jakości życia obecnego i przyszłych pokoleń. Zagrożeniem dla zdrowia ludzkiego są także występujące nierówności społeczne czy ekonomiczne (np. nierówności w dochodach, bezrobocie, izolacja społeczna). Mogą one istotnie ograniczyć możliwości ochrony zdrowia, prowadzenia właściwej profilaktyki prozdrowotnej. Widoczny jest zatem ścisły związek, jaki występuje pomiędzy zdrowiem a innymi elementami zrównoważonego rozwoju.

Powyższe zależności mają swoje odzwierciedlenie w strategicznych dokumentach UE. Za podstawowy w kontekście zrównoważonego rozwoju uznać należy Odnowioną Strategię Zrównoważonego Rozwoju z 2006 r. (OSZR UE).

Zgodnie z OSZR UE zrównoważony rozwój oznacza, że „potrzeby obecnego pokolenia należy zaspokajać bez uszczerbku dla możliwości zaspokajania potrzeb przez przyszłe pokolenia. Idea ta (...) Ma zapewnić pokoleniom obecnym i przyszłym stały wzrost jakości życia i dobrobytu na Ziemi. Dlatego łączy się z propagowaniem dynamicznej gospodarki przy pełnym zatrudnieniu obywateli i wysokim poziomie ich wykształcenia, ochrony zdrowia, spójności społecznej i terytorialnej oraz ochrony środowiska – w świecie, w którym panuje pokój, bezpieczeństwo i poszanowanie różnorodności kulturowej” [Odnowiona Strategia UE, 2006]. W dokumencie przyjęto siedem kluczowych wyzwań w obszarze

polityki gospodarczej, społecznej i środowiskowej. Jednym z nich jest zdrowie publiczne. Za główny cel tego wyzwania uznano: „Promować zdrowie publiczne na równych warunkach oraz poprawiać ochronę przed zagrożeniami dla zdrowia” [Odnowiona Strategia UE, 2006].

Promowanie zdrowia stanowi także ważny element strategii Europa 2020. Problematyka obszaru zdrowia publicznego ma swoje odzwierciedlenie w jej inicjatywach (tab. 1).

Tabela 1. Uwzględnienie wyzwania zrównoważonego rozwoju „zdrowie publiczne” w strategii Europa 2020 i jej inicjatywach

Priorytet	Inicjatywa	Opis działań w ramach kluczowego wyzwania „zdrowie publiczne”	Odsetek celów operacyjnych kluczowego wyzwania „zdrowie publiczne” wymienionych w inicjatywie przewodniej strategii
Inteligentny wzrost	Innowacyjna Unia	Opracowanie innowacyjnych sposobów promowania aktywnego i zdrowego starzenia się	między 25% a 75%
	Europejska agenda cyfrowa	Wykorzystanie informacji i technologii komunikacyjnych do poprawy jakości opieki, zmniejszenia kosztów medycznych oraz wspierania funkcjonowania osób chorych i niepełnosprawnych	między 25% a 75%
Wzrost sprzyjający społecznemu włączeniu	Program na rzecz nowych kwalifikacji i zatrudnienia	Podkreślenie znaczenia zdrowia psychicznego siły roboczej dla gospodarki	mniej niż 25%
	Europejski program walki z ubóstwem	Wzmocnienie promocji zdrowia i profilaktyki, zmniejszenie nierówności społecznych	między 25% a 75%

Źródło: [Europa 2020, 2010; Pisano et al., 2011].

Realizację celów strategii Europa 2020 w zakresie zdrowia publicznego wspomagają konkretne programy, projekty. Jednym z nich jest projekt pt. *Europejskie partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu* [Taking forward the Strategic..., 2012], którego celem jest zwiększenie o dwa lata do 2020 r. średniej liczby lat przeżytych przez Europejczyków w dobrym zdrowiu. Realizacja założonego celu opiera się na trzech fundamentach. Są to:

- poprawa zdrowia i jakości życia (ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych),
- zapewnienie stabilności i efektywności systemów opieki zdrowotnej oraz społecznej w perspektywie długoterminowej,

- zwiększenie konkurencyjności przemysłu UE za pośrednictwem rozwoju przedsiębiorstw i zdobywania nowych rynków.

Istotną rolę wspierającą realizację strategii Europa 2020 odgrywa także strategia UE dotycząca ochrony zdrowia „Razem na rzecz zdrowia” [Together for Health..., 2007], której głównymi celami są: promowanie zdrowia w starzejącej się Europie, ochrona obywateli przed zagrożeniami dla zdrowia oraz wspieranie systemów zdrowotnych i nowych technologii temu służących. Jej filarami są cztery zasady:

- wspólne wartości zdrowotne,
- zdrowie jako największe dobro,
- obecność problematyki zdrowia we wszystkich obszarach polityki,
- wzmocnienie stanowiska UE na świecie w kwestiach ochrony zdrowia [Together for Health..., 2007].

Strategia ta uzupełnia krajowe strategie ochrony zdrowia zgodnie z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej [2012].

Z kolei w dokumencie „Inwestowanie w zdrowie” [Investing in health..., 2013] wskazano potrzebę wprowadzania inteligentnych inwestycji w dziedzinie zdrowia. Ma dotyczyć to bardziej przemyślanych, niekoniecznie większych nakładów na zrównoważone systemy opieki zdrowotnej, inwestowania w zdrowie społeczeństwa, szczególnie za pośrednictwem programów promujących zdrowie, inwestowanie w ubezpieczenia zdrowotne jako sposób na zmniejszenie nierówności i walkę z wykluczeniem społecznym. Tak postawione cele są spójne z filarami strategii Europa 2020.

2. Zdrowie publiczne – analiza komparatywna

Ważnym aspektem stanu zdrowia publicznego w kontekście zrównoważonego rozwoju jest bieżące prowadzenie monitoringu tego zjawiska i aspektów życia społeczno-gospodarczego bezpośrednio z nim powiązanych.

Umożliwią to wskaźniki stanowiące również podstawowe narzędzie monitoringu zrównoważonego rozwoju. W literaturze przedmiotu nie wypracowano jednego, powszechnie obowiązującego systemu wskaźników dla tej koncepcji [Bell, Morse, 1987]. Z uwagi na charakter opracowania przyjęto obowiązujący obecnie zestaw wskaźników zrównoważonego rozwoju UE, nawiązujący bezpośrednio do OSZR UE. Wskaźniki są pogrupowane w dziesięciu obszarach tematycznych (dziedzinach), będących odzwierciedleniem siedmiu kluczowych wyzwań OSZR UE.

Wskaźniki zrównoważonego rozwoju dzielą się na tzw. wiodące, operacyjne i objaśniające. Zestaw wskaźników zrównoważonego rozwoju dziedziny „zdrowie publiczne” dla UE przedstawiono w tab. 2¹.

Tabela 2. Wskaźniki zrównoważonego rozwoju dziedziny „zdrowie publiczne”

Wskaźniki wiodące	Wskaźniki operacyjne/objaśniające
Średnie dalsze trwanie życia i lata przeżyte w zdrowiu	Zdrowie i nierówności związane ze zdrowiem
	<ul style="list-style-type: none"> • Zgony w wyniku przewlekłych chorób • Samobójstwa • Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej wynikające z nierówności w dochodach • Wieloletnie choroby lub problemy zdrowotne
	Czynniki warunkujące stan zdrowia
	<ul style="list-style-type: none"> • Wytwarzanie toksycznych chemikaliów • Narażenie ludności miejskiej na ponadnormatywne oddziaływanie pyłu PM10 • Narażenie ludności miejskiej na powietrze zanieczyszczone ozonem • Niedogodności spowodowane hałasem

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Analizując kształtowanie się wskaźników wiodących w przyjętym okresie badawczym (tab. 3, 4), należy zauważyć², że w UE mamy do czynienia ze zjawiskiem wydłużania się życia ludności.

Tabela 3. Średnia długość życia kobiet w Polsce

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	79,2	79,3	79,7	79,8	80,0	80,1	80,7	81,1	81,1	81,2	81,7
	Mediana										
UE-10	78,6	78,7	79,2	79,4	79,8	80,2	80,8	81,1	81,2	81,3	81,8
UE-28	81,15	81,3	81,9	82,1	82,5	82,7	83,0	83,1	83,1	83,2	83,6
	Maksimum										
UE-10	81,9	81,4	82,2	82,2	83,1	83,6	83,9	83,3	83,4	85,0	84,7
UE-28	83,8	83,8	84,5	84,8	84,8	85,0	85,5	85,7	85,5	86,1	86,2
	Minimum										
UE-10	76,2	76,5	76,3	76,5	77,6	78,0	78,4	78,7	78,7	78,9	79,4
UE-28	75,1	75,4	76,1	76,2	77,0	77,4	77,4	77,8	77,9	78,6	78,0

Nota: Mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-28, 2004-2014 (lata).

Źródło: Na podstawie: [www 1].

¹ Przyjęty horyzont czasowy prowadzonych analiz wyznaczają lata 2004-2014. Ponieważ Polska przystąpiła do UE w 2004 r., rok ten został przyjęty za początek analizowanego okresu. Z uwagi na niekompletność niektórych analizowanych danych, część analiz rozpoczyna po 2004 r. bądź kończy na 2013 r. Przeprowadzone w pracy analizy realizowane były w przekroju (zakres przestrzenny badań): UE-27, UE-28 – ogółu krajów członkowskich UE, UE-10 – krajów, które wraz z Polską z dniem 1 maja 2004 r. stały się członkami UE.

² Z uwagi na wymogi redakcyjne dotyczące objętości artykułu, w artykule przedstawione zostaną jedynie ogólne wnioski z analizy danych zaprezentowanych w zestawieniach tabelarycznych.

Tabela 4. Średnia długość życia mężczyzn w Polsce

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	70,6	70,8	70,9	71,0	71,3	71,5	72,2	72,5	72,6	73,0	73,7
Mediana											
UE-10	70,5	70,5	70,6	70,8	71,1	71,5	72,0	72,4	72,55	73,0	73,5
UE-28	75,7	76,1	76,4	76,5	76,7	77,1	77,4	77,9	77,9	78,1	78,7
Maksimum											
UE-10	77,4	77,3	78,1	77,6	78,2	78,5	79,3	79,3	78,9	80,1	80,9
UE-28	78,4	78,5	78,8	79	79,2	79,4	79,6	79,9	79,9	80,3	80,9
Minimum											
UE-10	65,6	64,9	65,0	64,5	65,9	67,1	67,6	68,1	68,4	68,5	69,1
UE-28	65,6	64,9	65,0	64,5	65,9	67,1	67,6	68,1	68,4	68,5	69,1

Nota: Mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-28, 2004-2014 (lata).

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Dziewczęta urodzone w UE-28 w 2014 r. mogą żyć średnio ponad 5 lat dłużej niż chłopcy urodzeni w tym samym roku. Średnia długość życia kobiet w Polsce w badanym okresie była zbliżona do wartości median dla analizowanego wskaźnika dla UE-10, zaś poniżej wartości median dla UE-28. Analogiczną tendencję można zaobserwować w przypadku odpowiedniego wskaźnika dla mężczyzn. Mimo tego liczba lat przeżytych w zdrowiu w 2014 r. w porównaniu do 2005 r. zmniejszyła się tak dla Polek, jak i dla Polaków. Było to wbrew ogólnej tendencji kształtowania się wartości tych wskaźników dla grupy krajów UE-10. Dla grupy krajów UE-28 można przyjąć, że liczba lat przeżytych w zdrowiu tak dla kobiet, jak i mężczyzn nie uległa zmianom (tab. 5, 6). W przypadku Polski wyższe z roku na rok wartości wskaźnika „średnia długość życia” przy jednoczesnym spadku wartości wskaźnika „lata przeżyte w zdrowiu” oznaczają, że Polacy zwykle nie spędzają „dodatkowych” lat w dobrym zdrowiu, ale są w pewnym stopniu dotknięci niepełnosprawnością albo chorobą. W grupie krajów UE-28 w badanym okresie nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w liczbie lat przeżytych w zdrowiu, natomiast średnia długość życia kobiet znacznie przewyższała średnią długość życia mężczyzn, co oznacza, że kobiety mogą średnio spędzić większą część swojego życia z jakimś stopniem niepełnosprawności lub chorobą.

Tabela 5. Lata kobiet przeżyte w zdrowiu w Polsce

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>
Polska	66,9	62,9	61,5	63	62,5	62,3	63,3	62,8	62,7	62,7
Mediana										
UE-10	57,4	58,55	59,8	60,25	61,35	60,45	60,05	61,05	60,85	61,25
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	62,3	63,05	62,8	62,9	62,1	62,3	61,85	62,6	62,2	62

cd. tabeli 5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Maksimum										
UE-10	70,4	69,5	71,1	72,1	71	71,3	70,7	72,2	72,7	74,3
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	70,4	71,9	73,9	72,1	71	71,3	70,7	72,2	72,7	74,3
Minimum										
UE-10	52,4	52,5	54,8	52,5	52,6	52	52,3	53,1	54,2	54,6
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	52,4	52,5	54,8	52,5	52,6	52	52,3	53,1	54,2	54,6

Nota: Mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-27, UE-28, 2005-2014.

* Z uwagi na brak kompletnych danych za 2004 r. za początek analizy przyjęto 2005 r.

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Tabela 6. Lata mężczyzn przeżyte w zdrowiu – Polska

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	61,2	58,4	57,6	58,6	58,3	58,5	59,1	59,1	59,2	59,8
Mediana										
UE-10	55,8	56,1	56,6	56,7	57,75	56,85	57,3	57,85	58,35	58,35
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	61,2	62	62,3	62,1	61,7	61,3	61,85	62,1	61,8	61,15
Maksimum										
UE-10	68,6	68,3	69,2	68,8	69,4	70,1	69,9	71,5	71,6	72,3
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	68,6	68,3	69,2	69,4	70,7	70,1	69,9	71,5	71,6	73,6
Minimum										
UE-10	48,3	49,6	49,8	51,6	52,4	52,4	52,1	53,1	51,7	51,5
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	48,3	49,6	49,8	51,6	52,4	52,4	52,1	53,1	51,7	51,5

Nota: Mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-27, UE-28, 2005-2014.

* Z uwagi na brak kompletnych danych za 2004 r. za początek analizy przyjęto 2005 r.

Źródło: Na podstawie: [www 1].

W 2013 r. choroby przewlekłe stanowiły prawie 60% wszystkich przedwczesnych zgonów i występowały częściej u mężczyzn niż u kobiet. W analizowanym okresie dla grupy krajów UE-28 obserwowany był spadek wartości współczynnika umieralności z powodu chorób przewlekłych. Pomimo tego stosunek liczby zgonów, wynikających z chorób przewlekłych, do całkowitej liczby zgonów nie uległ zmianie. Wydaje się zatem, że spadek współczynników umieralności z powodu chorób przewlekłych można tłumaczyć ogólnie niższą śmiertelnością. Zaznaczyć należy, że wartość tego wskaźnika różniła się znacząco pomiędzy krajami członkowskimi. Wśród krajów poniżej średniej UE (129,9 przedwczesnych zgonów na 100 tys. osób) różnice w liczbie przedwczesnych zgonów były znacznie mniejsze niż wśród krajów powyżej średniej UE [www 1].

Najczęstszymi przewlekłymi chorobami powodującymi przedwczesną śmierć zarówno kobiet, jak i mężczyzn w UE były choroby sercowo-naczyniowe i nowotwory [www 1].

Kolejnym istotnym aspektem rozpatrywanym w kontekście zdrowia publicznego są niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej wynikające z nierówności w dochodach. Z danych zebranych w tab. 7 wynika, że w latach 2005-2009 odsetek ludności w UE twierdzącej, iż nie stać jej na opiekę medyczną, zmniejszył się, w 2009 r. zaczął rosnąć i w 2013 r. osiągał poziom 2,4%, który utrzymał się w 2014 r. Tendencja taka była charakterystyczna także dla Polski. Widoczna jest zbieżność w czasie tej zmiany z kryzysem gospodarczym i jego konsekwencjami ekonomicznymi. Ograniczenia ekonomiczne wpłynęły na zmniejszenie dostępu do opieki medycznej. Dane zebrane w tab. 7 wskazują na duże zróżnicowanie w obszarze niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, wynikające z nierówności w dochodach między poszczególnymi krajami w obrębie UE-28. Uwarunkowane jest to zróżnicowanym poziomem: rozwoju społeczno-gospodarczego poszczególnych krajów, wysokości dochodów, stopnia zamożności ich obywateli.

Tabela 7. Niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej wynikające z nierówności w dochodach w Polsce

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	6,8	5,6	3,9	2,6	2,7	3,2	3,4	3,5	3,6	3,1
Mediana										
UE-10	2,9	2,4	1,6	1,3	1	1	0,95	0,95	0,8	0,9
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	1,3	1,35	1,2	0,9	0,8	0,95	0,95	0,95	0,8	0,9
Średnia										
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	3,7	2,9	2,6	2,1	1,9	2	2,3	2,2	2,4	2,4
Maksimum										
UE-10	16,2	11,7	8,1	6,8	8,0	13,4	14,5	10,5	12	10,5
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	16,2	16,4	15,4	11,6	8,0	13,4	14,5	10,5	12	10,5
Minimum										
UE-10	0,2	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0,1
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	0,1	0	0	0	0,1	0	0	0	0	0,1

Nota: Średnia, mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-27, UE-28, 2005-2014 (%).

* Z uwagi na brak kompletnych danych za 2004 r. za początek analizy przyjęto 2005 r.

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Zgodnie z danymi zawartymi w tab. 8 odsetek osób cierpiących z powodu wieloletnich chorób lub problemów zdrowotnych w 2014 r. w stosunku do 2005 r. zwiększył się. Przybierał na sile od 2008 r. Dla Polski nie widać wyraźnej tendencji wzrostowej, chociaż porównując 2014 r. z 2005 r., zaobserwowano wzrost o 1,9 p.p. Największy odsetek osób cierpiących z powodu wieloletnich chorób lub problemów zdrowotnych w Polsce odnotowano w 2012 r. Wartości analizowanego wskaźnika dla Polski w badanym okresie były wyższe od wartości median dla UE-27, UE-28, a także za wyjątkiem lat 2006 i 2010 od wartości median dla UE-10.

Tabela 8. Odsetek osób cierpiących z powodu wieloletnich chorób lub problemów zdrowotnych w Polsce

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	32,0	32,4	32,0	30,9	32,6	33,5	34,0	34,4	34,0	33,9
Mediana										
UE-10	30,5	32,9	31,8	30,2	30,2	33,7	33,3	33,4	32,4	32,3
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	30,3	31,4	28,7	29,7	30,2	31,7	32,5	31,5	31,5	32,1
Średnia										
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	30,6	30,9	30,5	30,8	31,1	31,2	31,7	31,4	32,4	32,5
Maksimum										
UE-10	40,0	38,5	40,2	39,3	40,0	42,5	44,7	43,6	44,3	45,8
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	43,0	43,1	41,7	40,5	42,6	43,7	45,1	46,7	47,3	45,9
Minimum										
UE-10	20,1	20,3	24,9	24,7	27,6	28,0	28,8	29,5	29,4	28,1
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	20,0	20,2	20,1	19,1	19,5	19,1	18,1	18,6	19,0	18,9

Nota: Średnia, mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-27, UE-28, 2005-2014 (%).

* Z uwagi na brak kompletnych danych za 2004 r. za początek analizy przyjęto 2005 r.

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Analiza danych (tab. 9) pokazuje, że odsetek osób, u których występowały długotrwałe problemy zdrowotne dla UE-27, UE-28 był najwyższy wśród osób o najniższych dochodach. Wraz ze wzrostem dochodów (wyższy kwintyl) odsetek tych osób malał. W przypadku Polski średnio najwięcej osób cierpiących z powodu wieloletnich chorób lub problemów zdrowotnych przynależało do drugiego kwintylu dochodów. Od roku 2009 r., począwszy od drugiego kwintylu dochodów po piąty, wartość analizowanego wskaźnika dla Polski malała.

Tabela 9. Odsetek osób cierpiących z powodu wieloletnich chorób lub problemów zdrowotnych w zależności od poziomu dochodu w Polsce

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Kwintyl pierwszy										
Polska	26,9	27,6	30,3	30,9	35,8	36,0	35,9	35,5	34,1	35,4
Mediana UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	37,2	36,65	36,5	38,1	38,7	36,3	37,6	37,05	38,25	39,05
Kwintyl drugi										
Polska	34,4	35,5	34,0	35,2	36,6	37,2	37,9	38,6	38,1	37,1
Mediana UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	34,4	37,4	36,8	35,8	36	37,35	38,55	37,6	39,35	37,8
Kwintyl trzeci										
Polska	37,5	37,9	34,4	33,8	33,1	35,9	34,4	36,5	35,6	36,2
Mediana UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	30,2	30,55	27,5	29,1	30	32,85	32,4	31,65	32,95	32
Kwintyl czwarty										
Polska	33,8	33,4	33,9	29,1	31,1	31,2	33,8	32,9	33,3	33,2
Mediana UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	26,5	26,3	25	25	25,3	27,15	27,25	26,55	27,2	27
Kwintyl piąty										
Polska	27,5	27,7	27,4	25,3	26,6	27,0	27,9	28,5	28,9	27,8
Mediana UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	20,9	23,25	21,7	21,1	21,5	23	24,7	21,9	23,2	24,5

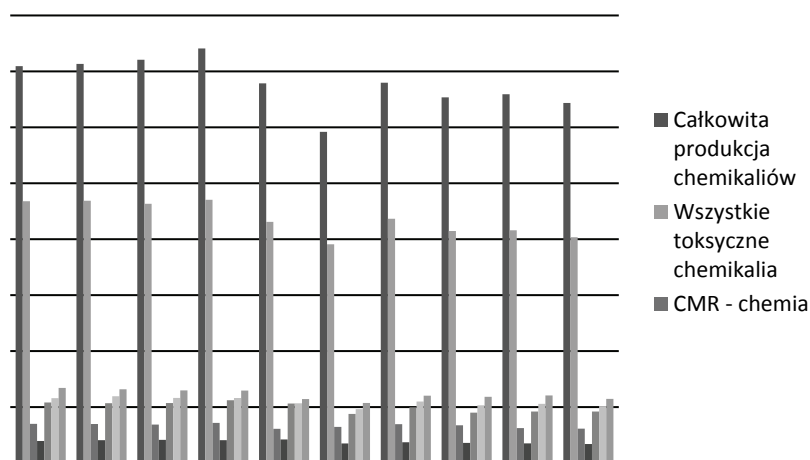
Nota: Średnia, mediana, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-27, UE-28, 2005-2014 (%).

* Z uwagi na brak kompletnych danych za 2004 r. za początek analizy przyjęto 2005 r.

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Oprócz problematyki dotyczącej ogólnie zdrowia, warto zwrócić uwagę także na czynniki warunkujące jego stan.

Jak wynika z danych zawartych na rys. 1, w 2013 r. w stosunku do 2004 r. obserwowany był spadek wielkość produkcji chemikaliów toksycznych. W latach 2004-2007 wytwarzanie toksycznych chemikaliów w UE nieznacznie wzrosło, natomiast w latach 2008-2009 znacznie się zmniejszyło. Dwa lata później, gdy sytuacja na europejskim rynku poprawiła się, produkcja chemikaliów toksycznych zaczęła ponownie wzrastać. Jego przejściowe obniżenie można wytłumaczyć zastoje gospodarczym (mniejszą produkcją przemysłową), do którego doprowadził kryzys gospodarczy.



Rys. 1. Produkcja toksycznych związków chemicznych według klas toksyczności w UE-28, 2004-2013 (mln ton)

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Tabela 10. Narażenie ludności miejskiej na ponadnormatywne oddziaływanie pyłu PM10 w Polsce

Wyszczególnienie	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	29,2	33,3	35,8	36,5	34,8	31,9	33,5
Mediana							
UE-10 (bez Malty)	27,25	26,95	29,1	31,5	28,4	26,3	26,5
UE-28	24,9	25,2	25,45	25,2	22,5	23,4	20,75
Maksimum							
UE-10 (bez Malty)	29,2	33,3	48	36,8	36,4	37,4	33,5
UE-28	54,1	48,4	48	53,1	45,7	41,5	38,6
Minimum							
UE-10 (bez Malty)	11,1	15,9	15,1	12,5	13,7	14,9	16,4
UE-28	11,1	12,2	12,1	11,5	10,9	10,5	12

Nota: Mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-28, 2008-2014 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$).

* Brak danych dla Chorwacji i Malty.

Źródło: Na podstawie: [www 1].

W 2014 r. w porównaniu do 2008 r., tak dla grupy krajów UE-10, jak i dla UE-28 narażenie ludności miejskiej na ponadnormatywne oddziaływanie pyłu PM10 uległo zmniejszeniu (tab. 10). Z uwagi jednak na znaczne wahania z roku na rok wartości analizowanego wskaźnika, trudno zaobserwować wyraźną tendencję jego kształtowania się zarówno dla wyodrębnionych grup krajów, jak

i Polski. Zaznaczyć jednak należy, że w przypadku Polski w 2014 r. w stosunku do 2008 r. nastąpiło zwiększenie narażenia ludności miejskiej na ponadnormatywne oddziaływanie pyłu PM10, zaś w całym analizowanym okresie wartości analizowanego wskaźnika dla Polski były większe od wartości median dla grup krajów UE-10 i UE-28. Monitorowanie wartości tego wskaźnika jest istotne z uwagi na to, że zbyt duże natężenie pyłu PM10 może prowadzić do powstania lub pogłębienia się licznych chorób, m.in. układu krążenia i płuc, nowotworów, zaburzeń rytmu serca, może również niekorzystnie wpływać na funkcjonowanie centralnego układu nerwowego, układu rozrodczego.

Tabela 11. Narażenie ludności miejskiej na powietrze zanieczyszczone ozonem w Polsce

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	2874,4	3851,4	4666,6	3788,8	3795,9	3203,4	2990	3474,1	3628,3	3062,3	3083,3
Mediana											
UE-10	3032,75	5076	4643,8	4652,1	3877,75	3550,85	3732,35	3791,9	3907,5	3482,35	3270,65
UE-28	3156,5	3843,3	4561	3664,8	3665,6	3302,6	3526,9	3452,9	3366,5	3089,4	2918,35
Maksimum											
UE-10	5530	6017	6461	6687,6	5838	8665,8	5004,9	7199	7107	5527,7	5075,1
UE-28	9141,3	9292,2	9941,8	9327,4	11051,3	10602,8	9634	10137,3	10142	5759,8	7201,1
Minimum											
UE-10	1030	308	1758	1698,5	1354	1259,7	1212,5	1806	1792	2447,9	1765
UE-28	353	308	1211,5	0	175	307	794,6	982,5	1021	573,9	0

Nota: Mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10*, UE-28, 2004-2014 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$ na dzień).

* Brak danych dla Chorwacji, Malty, Cypru.

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Jak wynika z danych zawartych w tab. 11, narażenie na zanieczyszczenie powietrza ozonem na obszarach miejskich w wyodrębnionych grupach krajów, także dla Polski, było dość zmienne. Jest ono determinowane głównie przez warunki pogodowe. Na zróżnicowanie wartości analizowanego wskaźnika w poszczególnych krajach wpływ ma także klimat i roślinność w nich występująca. Średnio kraje południowe charakteryzuje wyższy poziom narażenia ludności miejskiej na zanieczyszczenie powietrza ozonem. Monitoring dawek ozonu jest konieczny, gdyż przekroczenie jego dopuszczalnych norm wywołuje poważne problemy zdrowotne (np. problemy z oddychaniem, astma, spadek odporności, choroby układu oddechowego), szkody w ekosystemach czy uprawach rolnych.

Tabela 12. Odsetek osób narażonych na zbyt duży hałas w Polsce

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Polska	21,4	19,7	19,3	18,7	17,7	16,2	14,5	14,2	14	13,4
Mediana										
UE-10	21,4	19,85	19,1	18,7	18,2	16,5	15,6	14,25	14,45	13,9
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	21,4	19,95	19,9	19,8	19,4	18,35	16,75	16,5	15,9	16,15
Maksimum										
UE-10	32,3	36	36,8	29,7	30,6	29	30,1	29,7	31,2	30,3
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	33,1	36	36,8	31,3	35,1	31,6	30,1	29,7	31,2	30,3
Minimum										
UE-10	19,8	17,1	14,8	12,2	12,7	11	9,9	10,1	10,8	10,5
UE-27 (2005-2009)										
UE-28 (2010-2014)	11,1	12,6	12,7	12	10,4	9,5	9,3	9	9,4	8,9

Nota: Mediany, wielkości maksymalne, minimalne dla UE-10, UE-27, UE-28, 2005-2014 (%).

Źródło: Na podstawie: [www 1].

Z danych zaprezentowanych w tab. 12 wynika, że w analizowanym okresie nastąpił spadek odsetka osób odczuwających w miejscu zamieszkania uciążliwość, wynikające ze zbyt dużego poziomu hałasu tak w wyodrębnionych grupach krajów, jak i Polsce. Zastanawiać się można, czym to było spowodowane. Mogło bowiem wynikać to np. z rzeczywistego zmniejszenia poziomu hałasu, ale także mogło być efektem zmiany subiektywnego postrzegania hałasu przez ludność. Bezsprzecznie narażanie się ludności na przebywanie w miejscach o wysokim natężeniu hałasu staje się jednym z ważniejszych problemów zdrowia publicznego. Hałas może powodować utratę słuchu, zakłócać komunikację, powodować zakłócenia snu, wpływać niekorzystnie na funkcjonowanie układu krążenia, zmniejszać zdolności poznawcze.

Podsumowanie

Zdrowie publiczne stanowi jedno z kluczowych wyzwań zrównoważonego rozwoju. Pomiędzy zdrowiem a innymi elementami zrównoważonego rozwoju występuje ścisła zależność. Zdrowie zależy bowiem od kwestii środowiskowych (związanych ze zmianami klimatu i energii, zrównoważonego transportu, zrównoważonej produkcji i konsumpcji, zarządzania zasobami naturalnymi), ekonomicznych (np. zamożność społeczeństwa, bezrobocie) oraz społecznych (np. czynniki demograficzne, włączenie społeczne). Z tego względu na problematykę zdrowia publicznego zwraca się szczególną uwagę w dokumentach strategicznych Unii Europejskiej oraz poddaje się ją monitoringowi.

Przeprowadzona analiza komparatywna dotycząca zdrowia publicznego wykazała, iż w UE występuje tendencja rosnąca średniej długości życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Potwierdzeniem tego są dane wskazujące na spadek liczby osób umierających z powodu chorób przewlekłych przed osiągnięciem wieku 65 lat. W UE kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, którzy są dotknięci niepełnosprawnością albo chorobą przed dłuższy okres, co nie jest sytuacją korzystną. Zaobserwowano także trend występujących ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej, uwarunkowany nierównościami w dochodach. Pokazuje to, że ograniczenia ekonomiczne zmniejszyły dostęp do opieki medycznej w UE. Ma to odzwierciedlenie m.in. w dużym odsetku ludności UE, która od dawna cierpi na choroby, ma problemy zdrowotne.

Kształtowanie się wskaźników dotyczących czynników warunkujących stan zdrowia publicznego ukazuje także umiarkowanie dobrą sytuację. Odnotować należy spadek wytwarzania toksycznych chemikaliów oraz spadek odsetka osób odczuwających w miejscu zamieszkania uciążliwość wynikającą ze zbyt dużego poziomu hałasu. W przypadku pozostałych czynników, tj. narażenia ludności miejskiej na ponadnormatywne oddziaływanie pyłu PM10, narażenia ludności miejskiej na powietrze zanieczyszczone ozonem, nie odnotowano zauważalnej poprawy. Polska znacząco nie odbiegała od ogólnych tendencji wskazanych powyżej.

Zasadniczo ze względu na przedstawione okoliczności trudno jest ocenić, czy w ciągu ostatnich kilku lat poczyniono faktyczne postępy w dążeniu do zrównoważonego rozwoju w dziedzinie zdrowia publicznego Unii Europejskiej. Z pewnością należy zintensyfikować działania w tym obszarze oraz dążyć do osiągnięcia założonych w strategiach i programach celów z zakresu zdrowia publicznego.

Literatura

- Bell S., Morse S. (1987), *Sustainability Indicators. Measuring the Immeasurable*, Earthscan, London.
- Europa 2020, *Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, Bruksela 2010.
- Investing in health – Commission staff working document*, February 2013, Brussels, 20.02.2013, SWD (2013) 43 final.
- Odnowiona strategia UE dotycząca trwałego rozwoju*, Rada Unii Europejskiej, Bruksela, 26 czerwca 2006 rok, 10917/06.

Pisano U. et al. (2011), *Sustainable Development Governance and Policies in the Light of Major EU Policy Strategies and International Developments*, ESDN Quarterly Report, No. 22, September 2011.

Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, Communication from the Commission to the European Parliament and the Council, Brussels, 29.2.2012, COM(2012) 83 final.

Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, Commission of the European Communities, Brussels, 23.10.2007 COM(2007) 630 final.

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana), Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, 26.10.2012, C 326/122 - C 326/124.

[www 1] <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (dostęp: 25.05.2016).

**PUBLIC HEALTH IN THE CONTEXT OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT,
POLAND COMPARED WITH THE MEMBER STATES.
A COMPARATIVE ANALYSIS**

Summary: Sustainable development is one of the foundations on which the European Union is based. Since more than 20 years, it has been also a primary principle in Poland's social and economic development. It may be measured thanks to a number of indicators. The public health issues are included in the sustainable development concept. It concerns both the social aspects as well as economic ones. The main objective of this paper is to discuss the issues of public health in the context of social sustainable development.

Keywords: public health, sustainable development, European Union, Poland.