

Funkcjonowanie Jednolitego Rynku Europejskiego w ochronie zdrowia i wskaźniki zdrowia publicznego

Unified European Market in health care and public health indicators

MARLENA PIEKUT

Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych, Filia Politechniki Warszawskiej w Płocku

Wprowadzenie i cel badań. Założeniem Państw-Członków UE jest doskonalenie sektora zdrowia i radzenia sobie z pojawiającymi się problemami. Zapewnienie obywatelom wysokich standardów ochrony zdrowia to jeden z priorytetów UE. Jak zatem wygląda funkcjonowanie Jednolitego Rynku Europejskiego w obszarze ochrony zdrowia i jak przedstawiają się wskaźniki zdrowia publicznego w poszczególnych krajach członkowskich Wspólnoty?

Materiały i metoda. W opracowaniu wykorzystano dane publikowane przez Komisję Europejską oraz bazę danych Eurostat. Do analizy krajów pod względem wskaźników zdrowotnych wykorzystano analizę skupień.

Wyniki i wnioski. Przeprowadzona analiza wskazała na korzyści płynące z przynależności do struktury UE. Analiza krajów pod względem wskaźników opisujących stan zdrowia mieszkańców UE wskazuje, że społeczeństwa Europy Środkowo-Wschodniej cechują się relatywnie krótszym życiem w zdrowiu oraz gorzej oceniają swoje zdrowie. Najdłuższe pozostają w zdrowiu oraz najlepiej oceniają swoje zdrowie mieszkańcy Europy Południowej oraz Szwajcarzy, Szwedzi i Irlandczycy. Fundusze europejskie stanowią ważne wsparcie dla sektora ochrony zdrowia w Polsce. W krajach z relatywnie korzystniejszą sytuacją ekonomiczną obserwuje się dłuższe życie w zdrowiu oraz lepszą samoocenę stanu zdrowia mieszkańców tych krajów.

Słowa kluczowe: długość życia w zdrowiu, samoocena zdrowia, fundusze europejskie, UE, Polska, uwarunkowania Jednolitego Rynku Europejskiego

Introduction & Aim. One of the priorities of the EU is to ensure high standard of health care for its citizens. The purpose of this article is to show the functioning of the Unified European Market in the area of health care and to present the public health indicators in the EU.

Materials & Method. The study used the data published by the European Commission and the Eurostat database. The cluster analysis was used to group countries.

Results & Conclusions. The analysis pointed to the benefits of being the EU member: The societies of the Central and Eastern Europe are characterized by shorter life in health and self-assess their health as worse. The best indicators were manifested by the societies of Southern Europe and the Swiss, Swedish and Irish. European funds represent an important support to the health sector in Poland. The countries with a relatively more favorable economic situation reveal a longer life in good health and a better health self-assessment of the society.

Key words: life expectancy in good health, health self-assessment, European funds, EU, Poland, Unified European Market

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 793-798

www.h-ph.pl

Nadesłano: 03.11.2014

Zakwalifikowano do druku: 07.12.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr inż. Marlena Piekut
Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych
Politechnika Warszawska
ul. Łukasiewicza 17, 09-400 Płock
e-mail: mpiekut@op.pl

Wstęp

Państwa Unii Europejskiej (UE) zapewniają swoim obywatelom wysokie standardy ochrony zdrowia. Standardy te w poszczególnych krajach są jednak zróżnicowane, a przyczyną tego są względy organizacyjne i ekonomiczne. Założeniem jednak we wszystkich państwach członkowskich jest doskonalenie sektora i radzenia sobie z pojawiającymi się problemami. Zmiany demograficzne, postęp technologiczny i ograniczone możliwości wzrostu nakładów finansowych na zdrowie wymusza na systemach ochrony zdrowia poszukiwania większej efektywności.

Cel badania

Celem opracowania jest przedstawienie zasad działania Jednolitego Rynku Europejskiego w obszarze ochrony zdrowia w UE oraz analiza wskaźników opisujących stan zdrowia mieszkańców UE.

W artykule podjęto próbę odpowiedzi na następujące pytania:

- Jak funkcjonuje Jednolity Rynek Europejski w zakresie ochrony zdrowia?
- Jakie profity czerpie sektor ochrony z zdrowia w Polsce z członkostwa Państwa w strukturach UE?

- Czy w krajach z wyższym PKB na mieszkańca obserwuje się korzystniejsze wskaźniki zdrowotne?
- W których krajach społeczności najlepiej oceniają swoje zdrowie i najdłużej żyją?

Materiał i metoda badawcza

Materiał badawczy stanowiły dane publikowane na stronach Komisji Europejskiej i innych instytucji europejskich oraz w bazach danych Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat).

Do utworzenia grup państw, a tym samym do zobrazowania podobieństw i różnic pomiędzy krajami, zastosowano analizę Warda. W metodzie tej do oszacowania odległości wykorzystuje się podejście analizy wariancji. Dąży się do minimalizacji sumy kwadratów odchyłek dowolnych dwóch skupień, które mogą zostać uformowane na każdym etapie. Początkowym założeniem jest, iż każdy obiekt stanowi osobne skupienie, następnie krokowo łączy się w grupy obiekty najbardziej do siebie podobne do momentu uzyskania jednego skupienia zawierającego wszystkie obserwacje. Metoda Warda uznana jest za efektywną, gdyż zapewnia homogeniczność obiektów wewnątrz skupień, przy jednoczesnej heterogeniczności między skupieniami [1]. Wskazuje się, że optymalną liczbę skupień otrzymuje się odcinając ramiona dendrogramu tam, gdzie zaczynają się robić dłuższe, czyli tam, gdzie odległości między skupieniami robią się istotnie większe.

Analizę statystyczną dokonano z wykorzystaniem programów Statistica 10 i Excel.

Wyniki

Polityka ochrony zdrowia w UE

Celami unijnej polityki w obszarze zdrowia są: promowanie zdrowego trybu życia, zapobieganie chorobom, dbanie o dobry stan psychiki, ochrona ludności przed poważnymi zagrożeniami dla zdrowia mającymi wymiar międzynarodowy, lepszy dostęp do opieki zdrowotnej, zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa, rozpowszechnianie informacji na temat zdrowia i wspieranie edukacji zdrowotnej, wspieranie dynamicznych systemów opieki zdrowotnej i nowych technologii, ustanawianie wysokich norm jakości i bezpieczeństwa w odniesieniu do narządów i innych substancji pochodzenia ludzkiego, zapewnienie bezpiecznych i skutecznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych wysokiej jakości.

Jednym z pierwszych dokumentów, który spowodował, że ochrona zdrowia stała się przedmiotem wyraźnej kompetencji UE był Traktat z Maastricht. Wcześniej obszarem zainteresowania były jedynie aspekty związane z bezpieczeństwem i higieną w miejscu pracy oraz harmonizacja ochronnych przepisów

w zakresie prawa pracy. W Traktacie założono jednak, że organizacja służby zdrowia i systemu ubezpieczeń zdrowotnych pozostaje w kompetencji państw członkowskich. Główną zasadą jest subsydiarność, ponieważ realizowana polityka ma charakter wyłącznie koordynacyjny [2].

Transgraniczna opieka zdrowotna

Jednym z uwarunkowań Jednolitego Rynku Europejskiego jest transgraniczna opieka zdrowotna uregulowana w „Dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej”. Transgraniczna opieka zdrowotna to opieka zdrowotna świadczona lub przepisana w kraju członkowskim innym niż kraj członkowski ubezpieczenia. Pod pojęciem opieka zdrowotna należy rozumieć usługi zdrowotne świadczone przez pracowników służby zdrowia pacjentom celem oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, razem z przepisywaniem, wydawaniem oraz udostępnianiem wyrobów medycznych i produktów leczniczych. Państwo członkowskie ubezpieczenia to państwo UE właściwe do udzielenia ubezpieczonemu wcześniejszej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim. Wśród celów wspomnianej Dyrektywy wskazuje się ustanowienie zasad ułatwiających dostęp pacjentów do bezpiecznej transgranicznej opieki zdrowotnej, zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez Trybunał Sprawiedliwości poprzez ustanowienie ram prawnych określających korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwach członkowskich niż państwo członkowskie ubezpieczenia, z możliwością zwrotu kosztów tych świadczeń, a także promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, z pełnym poszanowaniem kompetencji państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej.

Przepisy dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej dają mieszkańcom UE, podlegającym systemowi ubezpieczenia zdrowotnego w jednym kraju członkowskim, możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym kraju, jak i zwrot poniesionych kosztów tych świadczeń. Pacjent otrzymuje zwrot kosztów leczenia, które poniósł w innym państwie członkowskim w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń, do których ubezpieczony jest uprawniony w swoim kraju. W odniesieniu do Polski zwrot kosztów dotyczy świadczeń, które są gwarantowane finansowaniem ze środków publicznych. Koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane w wysokości nieprzekraczającej rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej na terytorium swojego kraju. Natomiast, gdy pełny koszt transgranicznej opieki zdrowotnej

jest większy od poziomu kosztów, jakie byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, państwo członkowskie ubezpieczenia może zdecydować o zwrocie kosztów w pełnej wysokości. Państwo członkowskie ubezpieczenia może zwrócić także inne koszty związane z leczeniem, jak na przykład koszty noclegu i podróży pod warunkiem, że istnieje wystarczająca dokumentacja określająca te koszty.

Każdy kraj UE jest zobowiązany do powołania, co najmniej jednego krajowego punktu do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej. Krajowe punkty kontaktowe udzielają pacjentom informacji o świadczeniodawcach, o uprawnieniach konkretnego świadczeniodawcy do udzielania usług, o ograniczeniach nałożonych na praktykę świadczeniodawców, o normach i wytycznych dotyczących jakości i bezpieczeństwa leczenia, o prawach pacjentów, procedurach reklamacyjnych, o prawach i uprawnieniach pacjentów w odniesieniu do uzyskiwania transgranicznej opieki zdrowotnej, procedurach uzyskiwania dostępu do tych uprawnień i sposobu ich określania, warunkach zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej i inne. W Polsce powyższych informacji pacjentom udziela się w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uznawanie kwalifikacji zawodowych

Na terenie UE obowiązuje zasada swobodnego poruszania się i osiedlania, dlatego też obywatele mogą podejmować decyzje na temat wyboru miejsca do życia i miejsca pracy.

Uwarunkowaniem Jednolitego Rynku Europejskiego jest zasada uznawania kwalifikacji zawodowych uzyskanych w jednym państwie członkowskim przez inne państwo członkowskie. W załączniku V dyrektywy 2005/36/WE wskazane jest, że każde państwo członkowskie Unii Europejskiej uznaje dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji lekarzy uprawniające do podejmowania działalności zawodowej w charakterze lekarza, pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, lekarza dentystry oraz farmaceuty. Dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji muszą być wydane przez właściwe organy w państwach członkowskich i w stosownym przypadku muszą im towarzyszyć świadectwa, czyli w przypadku lekarzy dokumenty wydawane są przez Naczelną Izbę Lekarską, w przypadku pielęgniarek i położnych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych a farmaceutów – Naczelną Izbę Aptekarską.

Fundusze europejskie wspierające ochronę zdrowia

Unia Europejska wspiera sektor zdrowia funduszami europejskimi. W minionej perspektywie finansowej 2007-2013 w Polsce Ministerstwo Zdrowia było

odpowiedzialne za wdrażanie środków europejskich: „Priorytet XII. Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko” (POIiŚ), „Działania 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki” (POKL) oraz środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

W ramach Programu Infrastruktura i Środowisko na realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia przeznaczono środki w wysokości 465,55 mln euro. Środki te zostały wykorzystane na inwestycje mające wpływ na ratowanie życia oraz poprawiające jakość świadczonych usług medycznych w ponadregionalnych placówkach ochrony zdrowia. Dzięki funduszom dofinansowano kilkadziesiąt inwestycji, takich jak budowa/remont lądowisk dla helikopterów, modernizacja oddziałów szpitalnych, zakup nowoczesnej aparatury medycznej [3].

W ramach POKL na realizację projektów związanych z ochroną zdrowia przeznaczono ponad 118,2 mln euro. Środki przeznaczono na doskonalenie kadr medycznych. Realizowane projekty, które umożliwiły podniesienie kwalifikacji pielęgniarek i położnych, ratowników i dyspozytorów medycznych oraz lekarzy wybranych specjalizacji. Realizowano także projekty profilaktyczne, ukierunkowane na powroty do pracy, których celem była poprawa sytuacji zdrowotnej osób cierpiących lub narażonych na choroby związane z warunkami pracy (na przykład nowotwory, choroby narządu głosu, słuchu, skóry, pylice płuc, alergie, choroby układu krążenia, zakaźne/pasożytnicze, układu ruchu, obwodowego układu nerwowego, zagrożenia psychospołeczne). Fundusze umożliwiły także kształcenie kadr, służące podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia.

Istotny element wsparcia ochrony zdrowia stanowiły też środki w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014. Środki te pochodziły od państw darczyńców, tj. Norwegii, Islandii oraz Lichtensteinu. Kraje te udzieliły Polsce bezzwrotną pomoc w ramach której 76 mln euro przeznaczono na rzecz ochrony zdrowia. Pozwoliły one na realizację programów ukierunkowanych na poprawę i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych i ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu. Główny obszar interwencji to realizacja świadczeń z zakresu profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia w celu zwiększenia liczby urodzeń, lepszego dostosowania opieki zdrowotnej do zwiększającej się populacji osób prze-

wlekle chorych i niesamodzielnych, a także starszych, jak również profilaktyka chorób nowotworowych.

Podobną inicjatywę stanowi też Szwajcarsko-Polski Program Współpracy w ramach, którego Szwajcaria przekazała pomoc finansową Polsce. Około 40 mln franków szwajcarskich przeznaczono na obszar tematyczny „ochrona zdrowia”. Środki te umożliwiły wsparcie promocji zdrowego trybu życia (w szczególności zapobieganie nadwadze i otyłości, poprawę zdrowia jamy ustnej u małych dzieci, zapobieganie zakażeniom HCV i przeciwdziałanie uzależnieniom). Ponadto dofinansowanie otrzymały także projekty, które miały podnieść poziom świadczonych usług w domach pomocy społecznej oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych z obszaru kilku województw Polski (świętokrzyskie, lubelskie, podkarpackie, małopolskie).

W perspektywie finansowej 2014-2020 sektor ochrona zdrowia w Polsce wspierany jest między innymi w ramach dwóch krajowych programów operacyjnych: Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 oraz Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, a także przez 16 Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO). Wsparcie dla sektora ochrona zdrowia przewidziane jest również w ramach innych krajowych programów operacyjnych, jednak zakres ich interwencji ma bardziej horyzontalny i tematyczny charakter. Ze środków Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa 2014-2020, w ramach priorytetu skierowanego do e-usług publicznych, jest również możliwość realizacji projektów z zakresu e-zdrowia takich jak upowszechnianie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej oraz telemedycyny. Ze środków RPO wsparcie uzyskują działania komplementarne do podejmowanych z poziomu krajowego.

Działania mające na celu wzmocnienie konkurencyjności polskiej medycyny i efektywności systemu ochrony zdrowia, poprzez stymulowanie i wspieranie działań innowacyjnych w zakresie rozwoju sfery B+R oraz wdrażania innowacji przewidziane jest w Programie Operacyjnym Inteligentny Rozwój 2014-2020. Program zakłada silne ukierunkowanie tematyczne wspieranych projektów na obszary określone, jako tzw. inteligentne specjalizacje.

Wykorzystanie funduszy UE przynosi duże korzyści dla systemu ochrony zdrowia. Umożliwia prowadzenie inwestycji infrastrukturalnych, podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadry medycznej i działań projakościowych. Projekty realizowane ze środków UE wspierają funkcjonowanie placówek medycznych, zapewniają pacjentom lepszą dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych, a także wzmacniają bezpieczeństwo w sytuacjach zagrożenia zdrowia, czy życia.

Wskaźniki ochrony zdrowia w Europie

Przed UE stoi wiele problemów w obszarze ochrony zdrowia. Jednym z wyzwań jest wydłużający się wiek obywateli UE [4], co odbija się na systemach opieki zdrowotnej. Analiza danych dotyczących dalszego trwania życia mieszkańców UE wskazuje, że dla dzieci płci męskiej urodzonych w 2014 r. prognozuje się najdłuższe życie we Włoszech i Szwecji – po 80 lat, a w 2040 r. po ponad 83 lata. W przypadku dziewczynek urodzonych w 2014 r. najdłuższe dalsze trwanie życia prognozowano w Hiszpanii i Francji – ponad 85 lat, podczas gdy w 2040 r. po ponad 88 lat. W Polsce dla dziewczynek urodzonych w 2014 r. prognozuje się dalszą średnią długość życia wynoszącą blisko 81 lat, a w 2040 r. ponad 85 lat. Natomiast dla mężczyzn urodzonych w 2014 r. – 73 lata, a w 2040 r. – 79 lat.

Inną kwestią jest trwanie życia w zdrowiu. Dążeniem UE jest, aby społeczeństwa pozostawały jak najdłużej w dobrym zdrowiu. Promuje się zatem aktywność fizyczną i właściwe odżywianie poprzez wiele programów finansowanych przez budżety krajów członkowskich oraz z funduszy Komisji Europejskiej. Długość życia w zdrowiu na podstawie samooceny zdrowia mieszkańców UE od 2005 do 2012 r. najwięcej wydłużyła się na Łotwie (średnio o 6,3 roku), w Bułgarii (średnio o 5,5, roku) i na Węgrzech (średnio 5,3 roku). Najkrótsze dalsze trwanie życia w zdrowiu na podstawie samooceny stanu zdrowia w 2012 r. prognozowano dla Litwinów, tj. dla kobiet 65,3 lat, a dla mężczyzn 60,3 lat. Natomiast najdłuższe dalsze życie w zdrowiu odnotowano w Szwecji: dla kobiet – 80,2 lat, a dla mężczyzn – 77,1 lat. W Polsce średnia długość życia w zdrowiu wydłużyła się o 4,6 roku. W 2012 r. średnia długość życia Polaków w zdrowiu to 64,3 lata, a Polek – 69,3 lat.

W badaniach publikowanych przez Eurostat dostępne są też dane odnoszące się do samooceny stanu zdrowia mieszkańców Europy. Najlepiej swoje zdrowie w 2013 r. ocenili Grecy, Irlandczycy, Szwajcarzy, Szwedzi i Cypryjczycy – bardzo dobrze lub dobrze swój stan zdrowia oceniło od około 85% do prawie 87% badanych społeczności. Najmniejszy odsetek ludności wskazujący, że posiada dobre i bardzo dobre zdrowie odnotowano na Litwie, Łotwie i w Portugalii – od 56% do 58% ankietowanych. W tym samym czasie bardzo dobrą lub dobrą notę wydało swojemu zdrowiu 2/3 Polaków.

W kolejnym kroku wyodrębniono skupienia krajów o podobnych wskaźnikach opisujących długość życia, długość życia w zdrowiu oraz udział społeczeństw oceniających swoje zdrowie jako bardzo dobre i dobre. Z wykorzystaniem analizy skupień metodą Warda wyodrębniono 5 grup krajów. Dendrogram przecięto na wysokości 20 (ryc. 1).

Do I skupienia zaliczono Litwę, Łotwę, Portugalię, Polskę, Węgry i Estonię. Kraje te utworzyły lewostronną część dendrogramu. Mieszkańcy wymienionych społeczeństw krócej pozostawali w zdrowiu, krócej prognozowano dla nich dalsze trwanie życia i gorzej oceniali swoje zdrowie niż społeczności krajów w prawostronnej części diagramu.

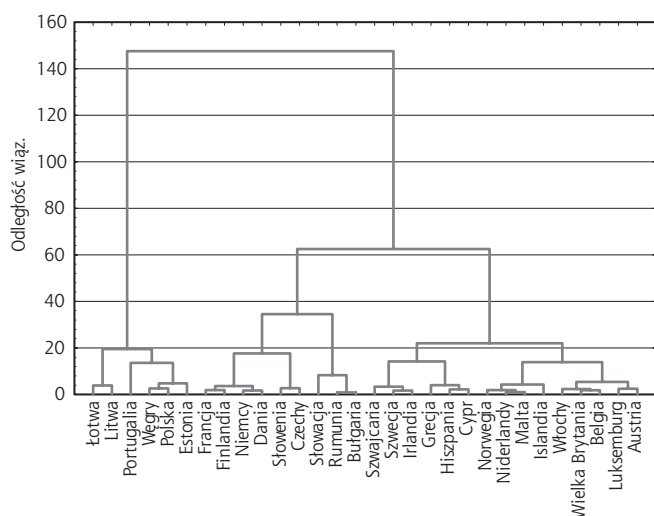
W prawostronnej części drzewa klasyfikacyjnego znalazły się cztery skupienia. Skupienie II obejmowało Francję, Finlandię, Niemcy i Danię oraz Słowenię i Czechy. W skupieniu III znalazły się Słowacja, Rumunia, Bułgaria. Do IV skupienia zaliczono Szwajcarię, Szwecję, Irlandię, Grecję, Hiszpanię oraz

Cypr. V skupienie utworzyły Norwegia, Niderlandy, Malta, Islandia, Włochy, Wielka Brytania, Belgia, Luksemburg i Austria. Najwyższe wskaźniki świadczące o najdłuższym życiu w zdrowiu oraz najlepszej samoocenie stanu zdrowia odnotowano w skupieniu IV. Najniższy poziom omawianych wskaźników wśród krajów znajdujących się w prawostronnej części drzewa zauważono w skupieniu III, wśród krajów Europy Środkowo-Wschodniej, które jako jedne z ostatnich przystąpiły do Wspólnoty Europejskiej (ryc. 2).

W badaniach zauważa się też [8] zależność między zdrowiem a wzrostem gospodarczym. Wyższy poziom rozwoju gospodarczego kraju ma wpływ na większą ilość środków trafiających do systemu ochrony zdrowia, umożliwia wszechstronniejszą i lepszą opiekę medyczną, gwarantuje wyższą jakość żywienia, a także korzystniejsze środowisko naturalne, co ma wpływ na stan zdrowia społeczeństwa.

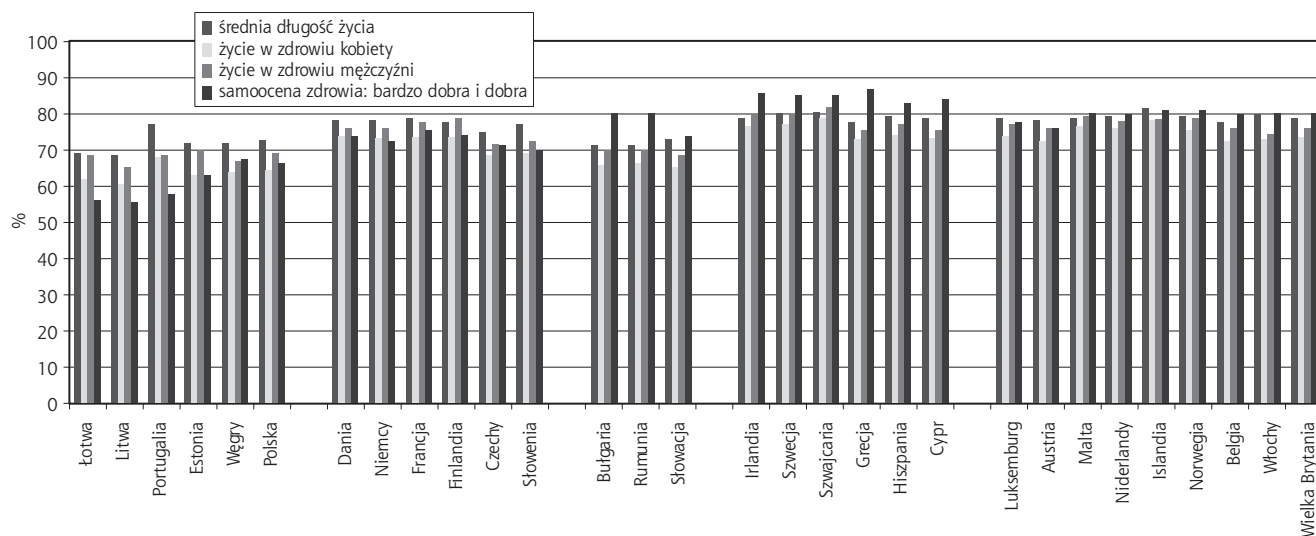
W krajach, które zakwalifikowały się do skupień II, IV i V obserwuje się większe PKB na mieszkańca [9] niż w krajach ze skupień I i III, gdzie odnotowano też mniej korzystne wskaźniki odnośnie długości życia w zdrowiu oraz samoocenie zdrowia. Analiza ta potwierdza więc, że kraje o relatywnie korzystniejszej sytuacji ekonomicznej odznaczają się też zdrowszymi społecznościami. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej obserwuje się najniższe PKB na mieszkańca i relatywnie gorsze wyniki, jeśli chodzi o średnią długość życia, długość życia w zdrowiu oraz społeczności te gorzej oceniają swoje zdrowie (ryc. 3).

Nierówności w zdrowiu publicznym między różnymi krajami UE obrazują też badania Zalewskiej [10].



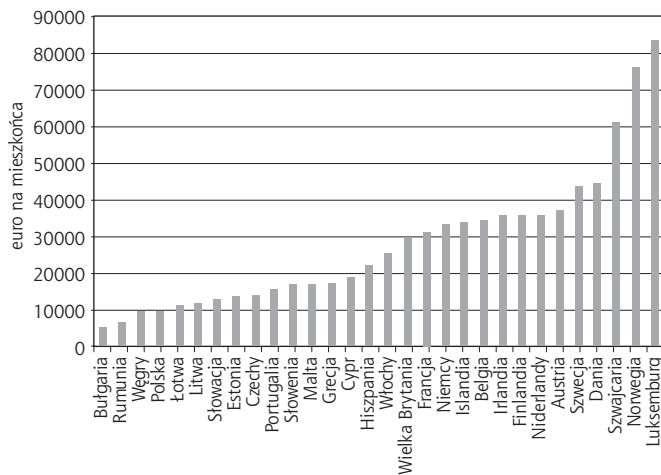
Ryc. 1. Diagram drzewa obrazujący skupienia państw ze względu na wybrane wskaźniki w 2012 r. Źródło: obliczenia własne na podstawie danych [5-7]

Fig. 1. Tree diagram presenting country clusters by selected indicators in 2012. Source: own estimation based on data [5-7]



Ryc. 2. Skupienia krajów ze względu na podobny poziom wskaźników odnoszących się do sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych [5-7]

Fig. 2. Country clusters by similar level of indicators regarding health state of society. Source: own estimation based on data [5-7]



Ryc. 3. Poziom PKB na mieszkańca wśród krajów europejskich w 2013 r., w euro. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych [9]

Fig. 3. GDP level per 1 citizen in European countries in 2013 in euro. Source: own estimation based on data [9]

Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzona analiza pozwoliła na udzielenie odpowiedzi na postawione pytania:

Jak funkcjonuje Jednolity Rynek Europejski w zakresie ochrony zdrowia?

Mieszkańcy krajów funkcjonujących w obszarze Jednolitego Rynku Europejskiego mają możliwość uzyskania zwrotu kosztów poniesionych na usługi związane z ochroną zdrowia świadczone przez inny kraj członkowski niż kraj ubezpieczenia. Profesjonaliści medyczni mają też możliwość swobodnego przemieszczania się między krajami członkowskimi celem wykonywania wyuczonego zawodu.

Jakie profity czerpie sektor ochrony z zdrowia w Polsce z członkostwa Państwa w strukturach UE?

Fundusze europejskie dają możliwość prowadzenie inwestycji infrastrukturalnych w sektorze ochrony

zdrowia oraz podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadry medycznej. Środki pozyskane z UE wspierają funkcjonowanie placówek medycznych, zapewniają pacjentom lepszą dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych oraz wzmacniają bezpieczeństwo.

Czy w krajach z wyższym PKB na mieszkańca obserwuje się korzystniejsze wskaźniki zdrowotne?

W krajach „starej UE” obserwuje się wyższy poziom PKB na mieszkańca oraz dłuższy średni wiek mieszkańców tych krajów, dłuższy wiek pozostawiania w zdrowiu w porównaniu do nowych państw członkowskich. Mieszkańcy Europy Środkowo-Wschodniej bardziej pesymistycznie oceniają swój stan zdrowia.

W których krajach społeczności najlepiej oceniają swoje zdrowie i najdłużej żyją?

Generalnie w krajach „starej UE” obserwuje się wyższe wskaźniki odnoszące się do średniej długości życia oraz długości życia w zdrowiu. Mieszkańcy krajów Europy Zachodniej lepiej także oceniają swoje zdrowie. Najkrótszą długość życia, najgorsze samooceny stanu zdrowia odnoszą się do mieszkańców Europy Środkowo-Wschodniej.

W krajach Europy Południowej (Hiszpania, Grecja, Cypr), na Północy Europy (Irlandia, Szwecja) oraz w Szwajcarii odnotowano najwyższe wskaźniki opisujące sytuację zdrowotną społeczeństwa. Należy jednak wziąć pod uwagę, że wskaźniki te opisują jedynie niewielki obszar związany ze zdrowiem. Nie mniej jednak średnia długość życia oraz ogólna samoocena stanu zdrowia to istotne wskaźniki świadczące do zdrowiu społeczeństwa.

Przedstawione dane wskazują na ciągłe istnienie znacznych różnic pomiędzy krajami UE. Porównania międzynarodowe mogą posłużyć do oceny i projektowania lepszej polityki w obszarze ochrony zdrowia, zarówno na szczeblu krajowym, jak i międzynarodowym.

Piśmiennictwo / References

1. Ward JH. Hierarchical grouping to optimize an objective function. *J Am Stat Assoc* 1963, 58(301): 236-244.
2. Witkowska M. Zasady funkcjonowania Unii Europejskiej. WAIp, Warszawa 2008.
3. Fundusze europejskie w ochronie zdrowia. Ministerstwo Zdrowia. <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia> (02.09.2014).
4. Kulik TB, Janiszewska M, Piróg E, Pacian A, Stefanowicz A, Żołnierczuk-Kieliszek D, Pacian J. Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Med Og Nauki Zdr* 2011, 17(2): 90-95.
5. Distribution of population aged 18 and over by health status, age group and sex (source: SILC) [ilc_lvhl01] Eurostat. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (26.08.2014).
6. Healthy life expectancy based on self-perceived health [hlth_silc_17] Eurostat. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (31.08.2014).
7. Life expectancy by age and sex [proj_13nalexp] Eurostat. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (31.08.2014).
8. Ryć K, Skrzypaczek Z. Wskaźniki epidemiologiczne i ich ekonomiczne determinanty w krajach Unii Europejskiej. [w:] *Ochrona zdrowia na świecie*. Ryć K, Skrzypaczek Z (red). Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
9. GDP per capita – annual Data [nama_aux_gph] Eurostat. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (03.09.2014).
10. Zalewska M. Analiza wybranych wskaźników zdrowia publicznego w świetle strategii zrównoważonego rozwoju w krajach UE. *Probl Zarz* 2013, 41(1): 53-71.