

*Zofia Skrzypczak, Ewa Rogoś**

Nakłady na ochronę zdrowia a kondycja zdrowotna społeczeństw w krajach Unii Europejskiej

Pojawienie się nowych produktów terapeutycznych i środków technicznych w medycynie zapewniło bardziej efektywne leczenie znanych chorób i stworzyło możliwość walki z chorobami dotychczas uznawanymi za bardzo trudne lub niemożliwe do leczenia, ale równocześnie spowodowało konieczność ponoszenia znacznie większych nakładów na ochronę zdrowia.

W prezentowanym opracowaniu przedstawiono tendencje w kształtowaniu się nakładów na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej i dokonano oceny kondycji zdrowotnej ich społeczeństw.

Wśród krajów Unii Europejskiej wyodrębniono trzy grupy:

- I – kraje starej Unii Europejskiej (15 krajów, tzw. UE-15),
- II – nowe kraje UE, przyjęte 1 maja 2004 roku (10 krajów),
- III – najnowsze kraje UE, przyjęte 1 stycznia 2007 roku (Bułgaria i Rumunia).

Różnią się one poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego, czego odzwierciedleniem jest m.in. różnica w wielkości produktu krajowego brutto przypadającego na jednego mieszkańca (tabela 1.) i nakładów *per capita* przeznaczanych na opiekę zdrowotną (tabela 2.).

Wyraźnie widoczna jest różnica w poziomie rozwoju gospodarczego, mierzonego wysokością produktu krajowego brutto przypadającego na jednego mieszkańca między starymi a nowymi krajami UE.

* Dr **Zofia Skrzypczak**, lek. med. **Ewa Rogoś** – Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.

Tabela 1. Produkt krajowy brutto na jednego mieszkańca (PKB *per capita*) w 2005 roku w krajach Unii Europejskiej (w USD, wg PPP)

	Kraj	PKB <i>per capita</i>
I – stara Unia Europejska (UE-15)	Luksemburg	66 821
	Irlandia	40 003
	Dania	34 718
	Austria	32 962
	Belgia	31 549
	Finlandia	30 818
	Holandia	30 363
	Wielka Brytania	30 309
	Niemcy	30 150
	Szwecja	29 537
	Włochy	29 414
	Francja	29 203
	Hiszpania	24 803
	Grecja	21 529
	Portugalia	19 949
II – nowe kraje UE przyjęte 1.05.2004 roku	Słowenia	21 695
	Cypr	20 669
	Malta	20 015
	Węgry	16 627
	Czechy	19 475
	Estonia	16 461
	Słowacja	16 110
	Litwa	14 198
	Polska	13 275
	Łotwa	12 886
III – najnowsze kraje UE przyjęte 1.01.2007 roku	Bulgaria	9 205
	Rumunia	8 258

Źródło: http://www.wikipedia.org/wiki/List_of_European_countries_by_GDP_per_capita

W krajach UE-15 PKB *per capita* w roku 2005 wahał się w przedziale 20 000 – 70 000 USD, w przyjętych do UE 1 maja 2004 roku plasował się w przedziale: 12 500 – 22 000 USD, a w przyjętych 1 stycznia 2007 roku (Bułgarii i Rumunii) nie osiągnął nawet poziomu 10 000 USD.

1. Nakłady na ochronę zdrowia

W krajach Unii Europejskiej funkcjonują różne modele organizacji i finansowania służby zdrowia. W niniejszym opracowaniu nie przedstawiamy szczegółów rozwiązań systemowych, a poziom finansowania ochrony zdrowia w poszczególnych krajach został zaprezentowany przez pryzmat trzech wskaźników odzwierciedlających:

- 1) wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca (*per capita*), wyrażone w USD, według parytetu siły nabywczej (PPP),
- 2) wydatki na ochronę zdrowia przedstawione jako procent produktu krajowego brutto (PKB),
- 3) udział wydatków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia (%).

W tabeli 2. przedstawiono wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w krajach Unii Europejskiej w latach 1995–2003 wyrażone w jednolitej walucie (USD), według parytetu siły nabywczej. Kraje uszeregowano według poziomu PKB w przeliczeniu na jednego mieszkańca (przedstawionego w tabeli 1.).

Tabela 2. Wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w krajach Unii Europejskiej w latach 1995–2003 (w USD, wg PPP)

Lata \ Kraje	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I – UE-15									
Luksemburg	2138	2194	2206	2363	2767	2963	3169	3712	3680
Irlandia	1320	1312	1518	1569	1624	1800	2097	2322	2496
Dania	1882	2009	2106	2247	2297	2381	2556	2654	2762
Austria	1831	1936	1869	1965	2051	2170	2162	2240	2306
Belgia	1900	1981	2011	2006	2108	2282	2420	2616	2828
Finlandia	1415	1487	1549	1529	1641	1716	1857	2012	2108
Holandia	1787	1816	1955	2038	2124	2270	2517	2777	2987
Wielka Brytania	1315	1422	1482	1530	1700	1840	2044	2231	2389
Niemcy	2264	2341	2466	2520	2566	2674	2772	2912	3001
Szwecja	1622	1714	1767	1746	2119	2273	2404	2596	2704
Włochy	1486	1566	1685	1776	1859	2044	2150	2262	2266
Francja	1970	1985	2032	2094	2306	2469	2616	2762	2902
Hiszpania	1168	1222	1278	1366	1459	1529	1618	1735	1853
Grecja	1131	1176	1220	1301	1469	1628	1767	1847	1997
Portugalia	1146	1210	1359	1344	1424	1595	1688	1754	1791

II – nowe kraje UE									
Słowenia	1135	1163	1249	1282	1211	1421	1571	1616	1669
Cypr	987	1106	1217	1242	905	1000	934	1101	1143
Malta	720	740	739	758	1163	1209	1380	1421	1436
Czechy	902	917	930	944	920	962	1065	1186	1302
Węgry	678	672	696	754	819	857	975	1115	1269
Estonia	531	481	483	487	524	531	540	589	682
Słowacja	596	695	608	641	577	597	641	716	777
Litwa	277	314	374	423	501	557	591	660	754
Polska	420	469	461	543	564	587	646	732	745
Łotwa	310	317	352	394	464	477	549	611	678
III – najnowsze kraje UE									
Bułgaria	241	191	204	192	342	381	476	561	573
Rumunia	176	299	257	215	368	386	429	491	540

Źródło: The World Health Report 2002 (lata 1995–1998), <http://www.who.int>
The World Health Report 2006 (lata 1999–2003), <http://www.who.int>

Zdecydowanie najwyższe wydatki na ochronę zdrowia *per capita* ponoszono w Luksemburgu, kraju o najwyższym poziomie PKB *per capita* spośród krajów Unii Europejskiej. Wzrosły one z 2138 USD w roku 1995 do 3680 USD w 2003.

Na drugim miejscu uplasowały się Niemcy (dziewiąte pod względem poziomu PKB *per capita* w roku 2005), gdzie wydatki na ochronę zdrowia *per capita* wzrosły w latach 1995 – 2003 z 2264 do 3001 USD.

Najniższe wydatki na ochronę zdrowia *per capita* wśród krajów starej Unii Europejskiej poniesiono w:

- Grecji (wzrost z 1131 USD w 1995 roku do 1997 USD w 2003),
- Hiszpanii (wzrost z 1168 USD w 1995 roku do 1853 USD w 2003),
- Portugalii (wzrost z 1146 USD w 1995 roku do 1791 USD w 2003).

W nowych krajach Unii Europejskiej najwyższe wydatki na ochronę zdrowia *per capita* poniesiono na Słowenii; w latach 1995 – 2003 nastąpił ich wzrost z 1135 USD do 1669 USD. Na Malcie odnotowano w analizowanym okresie prawie 100-procentowy wzrost: z 720 USD *per capita* do 1436 USD.

Poziom 1000 USD *per capita* w 2003 roku przekroczony został także w Czechach, na Węgrzech (prawie 100-procentowy wzrost w porównaniu z rokiem 1995) i na Cyprze.

Wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w wysokości ok. 750 USD poniesiono w 2003 roku na Słowacji, Litwie (prawie 3-krotny wzrost w porównaniu z 1995 rokiem) i w Polsce (wzrost o ok. 75%). Wydatki *per capita* poniżej 700 USD poniesiono w 2003 roku na Łotwie (ale nastąpił ponad 100-procentowy wzrost w porównaniu z rokiem 1995) i w Estonii (wzrost 30-procentowy).

W krajach przyjętych do UE 1 stycznia 2007 roku odnotowano najniższy poziom wydatków na ochronę zdrowia *per capita*: w Bułgarii wzrosły one z 241 USD w 1995 roku do 573 USD w 2003, w Rumunii – ze 176 USD w 1995 roku do 540 USD w 2003.

Wydatki na ochronę zdrowia *per capita* były zatem w krajach Unii Europejskiej poważnie zróżnicowane, co jest efektem różnic w poziomie rozwoju gospodarczego mierzonego wielkością produktu krajowego brutto przypadającego na jednego mieszkańca.

Wspólną prawidłowością dla krajów Unii Europejskiej był systematyczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia *per capita* (aczkolwiek przebiegający w różnym tempie). Wydatki na ochronę zdrowia rosły zazwyczaj w szybszym tempie niż wzrost gospodarczy mierzony za pomocą PKB – efektem był wzrost ich relacji w stosunku do produktu krajowego brutto.

W tabeli 3. przedstawiono relację wydatków na ochronę zdrowia do produktu krajowego brutto. To podstawowy wskaźnik wykorzystywany w międzynarodowych porównaniach nakładów na opiekę zdrowotną. Kraje uszeregowano według wyrażonego w procentach poziomu relacji wydatków na ochronę zdrowia do PKB.

Tabela 3. Wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB w krajach Unii Europejskiej w latach 1995–2003 (%)

Lata \ Kraje	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I – UE-15									
Niemcy	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1
Francja	9,6	9,6	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7	10,1
Grecja	8,9	8,9	8,7	8,7	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9
Holandia	8,4	8,3	8,2	8,1	8,4	8,3	8,7	9,3	9,8
Portugalia	8,3	8,5	8,6	8,3	8,7	9,2	9,4	9,3	9,6
Szwecja	8,1	8,4	8,1	7,9	8,4	8,4	8,8	9,2	9,4
Belgia	8,7	8,8	8,5	8,5	8,5	8,5	8,7	8,9	9,4

Dania	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8	9,0
Włochy	7,4	7,5	7,7	7,7	7,7	8,1	8,2	8,4	8,4
Wielka Brytania	7,0	7,0	6,8	6,8	7,2	7,3	7,5	7,7	8,0
Hiszpania	7,7	7,7	7,6	7,6	7,5	7,4	7,5	7,6	7,7
Austria	8,6	8,7	8,0	8,0	7,6	7,5	7,4	7,5	7,5
Finlandia	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6	6,9	7,2	7,4
Irlandia	7,3	7,0	6,9	6,8	6,2	6,2	6,8	7,0	7,3
Luksemburg	6,4	6,4	5,9	5,8	6,2	6,0	6,3	7,1	6,8
II – nowe kraje UE									
Malta	8,3	8,4	8,6	8,4	7,0	8,0	8,0	9,1	9,3
Słowenia	9,1	8,8	8,9	8,7	7,7	8,6	9,0	8,9	8,8
Węgry	7,5	7,2	7,0	6,9	7,4	7,1	7,4	7,8	8,4
Czechy	7,3	7,1	7,1	7,1	6,6	6,6	6,9	7,2	7,5
Litwa	5,2	5,5	5,9	6,3	6,3	6,5	6,3	6,5	6,6
Polska	6,0	6,4	6,1	6,4	5,9	5,7	6,0	6,6	6,5
Cypr	7,0	7,7	8,2	7,9	5,7	5,8	5,9	6,1	6,4
Łotwa	6,5	6,3	6,2	6,6	6,4	6,0	6,2	6,3	6,4
Słowacja	7,0	7,5	6,1	5,9	5,8	5,5	5,6	5,7	5,9
Estonia	8,6	7,2	6,3	6,0	6,0	5,5	5,1	5,0	5,3
III – najnowsze kraje UE									
Bulgaria	4,4	3,8	4,3	4,0	6,0	6,2	7,2	7,9	7,5
Rumunia	2,8	4,5	4,0	3,5	5,4	5,4	5,5	5,9	6,1

Źródło: The World Health Report 2002 (lata 1995–1998), <http://www.who.int>
The World Health Report 2006 (lata 1999–2003), <http://www.who.int>

Najwyższą relacją wydatków na ochronę zdrowia do PKB wśród krajów Unii Europejskiej charakteryzowały się Niemcy (w całym analizowanym okresie – powyżej 10%) i Francja (w 2003 roku przekroczonego poziom 10%).

W krajach starej Unii Europejskiej (UE-15) relacja wydatków na zdrowie do PKB w granicach 9,0 – 9,9% w 2003 roku występowała w: Grecji, Holandii, Portugalii, Szwecji, Belgii i Danii (wzrost w analizowanym okresie w granicach: 0,7 – 1,4%).

W Austrii (jedynej tego rodzaju przypadek wśród krajów UE) relacja wydatków na ochronę zdrowia do PKB zmniejszyła się w analizowanym okresie z 8,6% do 7,5%, w Finlandii i Irlandii – stabilizowała się na poziomie ok. 7,5%.

Najniższa relacja wydatków na zdrowie do PKB spośród państw starej UE charakteryzowała Luksemburg – kraj o najwyższym pozio-

mie PKB *per capita*; wahała się od 6,4% w roku 1995 do 5,8 – 5,9% w latach 1997–1998 i od 7,1% w 2002 do 6,8% w 2003.

Spośród nowej dziesiątki unijnych krajów najwyższy wskaźnik opisujący relację wydatków na zdrowie do PKB miały Malta (w analizowanym okresie nastąpił wzrost z 8,3% do 9,3%) oraz Słowenia (spadek z 9,1% do 8,8%).

Polska – z 6,5% – uplasowała się wraz z Litwą, Cyprzem i Łotwą w grupie krajów o wskaźniku przekraczającym w 2003 roku 6%.

Najniższa relacja w 2003 roku i tendencja spadkowa wskaźnika w latach 1995–2003 cechowała Słowację (spadek z 7,0% do 5,9%) i Estonię (spadek z 8,6% do 5,3%).

W krajach przyjętych do UE 1.01.2007 roku charakterystyczny był w latach 1995–2003 szybki wzrost relacji między wydatkami na ochronę zdrowia a PKB. W Bułgarii nastąpił wzrost z ok. 4% w latach 1995–1998 do 7,5% w roku 2003, a w Rumunii z 2,8% w roku 1995 do ok. 6% w latach 2002–2003.

Wspólną cechą charakteryzującą większość krajów Unii Europejskiej była tendencja wzrostowa relacji wydatków na ochronę zdrowia do PKB. Wynikała z szybszego tempa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia niż produktu krajowego brutto.

Środki na finansowanie ochrony zdrowia w każdym kraju pochodzą – niezależnie od rozwiązań instytucjonalnych i realizowanych systemów opieki zdrowotnej – z dwóch źródeł: publicznego i prywatnego.

Wydatki prywatne gospodarstw domowych na ochronę zdrowia są ponoszone przez mieszkańców danego kraju w formie bezpośrednich zakupów leków, świadczeń zdrowotnych w prywatnym bądź publicznym sektorze zdrowotnym, w postaci opłat i dopłat do świadczeń otrzymywanych w ramach publicznego sektora zdrowotnego, w formie wykupu komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego. Do prywatnych zaliczamy także wydatki przedsiębiorstw na zakładową służbę zdrowia, na dodatkowe (ponadobowiązkowe) ubezpieczenia zdrowotne pracowników oraz na wykupywanie dla nich przez firmy abonentów w prywatnych placówkach służby zdrowia.¹

W tabeli 4. przedstawiono udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej w latach 1995–2003.

¹ Ustalenie poziomu wydatków prywatnych w większości krajów następuje po ważnych trudności, mimo jednoznaczności metodologicznej. Są najczęściej niedoszacowane, np. z reguły nie obejmują szarej strefy.

Tym razem analizowane kraje uszeregowano według rosnącego udziału wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem.

Tabela 4. Udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej w latach 1995–2003 (%)

Lata Kraje	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I – UE-15									
Luksemburg	7,6	7,2	7,6	7,6	10,2	9,7	9,2	8,9	9,2
Wielka Brytania	16,1	17,1	20,1	20,1	19,4	19,1	17,0	16,6	14,3
Szwecja	14,8	15,2	15,7	16,2	14,3	15,1	15,1	14,9	14,8
Dania	17,5	17,6	17,7	18,1	17,8	17,6	17,3	17,1	17,0
Irlandia	27,5	26,7	24,1	23,8	26,3	26,1	24,7	22,5	21,1
Niemcy	23,3	23,2	24,7	25,2	21,5	21,4	21,6	21,4	21,8
Finlandia	24,5	24,2	23,9	23,7	24,7	24,9	24,1	23,7	23,5
Francja	23,9	23,9	23,8	24,0	24,0	24,2	24,1	23,9	23,7
Włochy	27,8	28,2	27,8	28,0	28,0	26,5	24,2	24,6	24,9
Hiszpania	29,1	28,9	28,9	29,5	28,0	28,4	28,8	28,7	28,7
Portugalia	38,3	35,3	35,2	32,5	32,4	30,5	29,4	29,5	30,3
Austria	28,2	29,4	29,1	28,6	32,3	31,9	33,0	32,2	32,4
Belgia	30,4	28,2	29,5	29,4	30,6	30,7	29,2	29,7	32,8
Holandia	29,0	33,8	32,2	32,2	37,3	36,9	37,2	37,5	37,6
Grecja	45,5	44,8	44,8	45,6	46,6	47,4	45,8	48,4	48,7
II – nowe kraje UE									
Czechy	7,3	7,5	8,3	8,1	8,5	8,6	8,6	8,9	10,0
Słowacja	17,9	18,8	8,3	8,4	10,4	10,6	10,7	10,9	11,7
Malta	28,6	30,0	32,1	30,7	24,4	23,5	22,2	20,3	19,9
Estonia	8,6	10,2	11,5	13,7	19,0	22,5	21,4	22,9	22,9
Słowenia	21,9	20,6	20,7	21,3	24,5	22,3	23,1	23,5	23,7
Litwa	13,7	23,1	22,3	23,3	25,1	30,3	27,4	25,1	24,0
Węgry	16,0	18,4	18,7	20,4	27,6	29,3	31,0	29,8	27,6
Polska	27,1	26,6	28,0	34,6	28,9	30,0	28,1	28,8	30,1
Łotwa	34,6	36,9	38,2	38,9	41,0	45,0	48,8	47,9	48,7
Cypr	44,6	48,0	48,7	46,9	57,3	58,4	57,7	55,1	50,9

III – najnowsze kraje UE									
Rumunia	34,0	27,8	37,1	43,1	37,4	34,5	35,4	36,1	37,1
Bułgaria	18,1	19,2	18,9	20,6	34,6	40,8	43,9	43,4	45,5

Źródło: The World Health Report 2002 (lata 1995–1998), <http://www.who.int>
The World Health Report 2006 (lata 1999–2003), <http://www.who.int>

Najniższym udziałem wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia wśród krajów starej Unii Europejskiej charakteryzował się Luksemburg – powyżej 90% wydatków stanowiły w tym kraju w całym analizowanym okresie wydatki publiczne.

W Wielkiej Brytanii, Szwecji i Danii wydatki prywatne stanowiły kilkanaście procent wydatków na ochronę zdrowia i relacja ta była w analizowanym okresie stabilna.

W Irlandii udział wydatków prywatnych zmniejszył się z 27,5% w roku 1995 do 21,1% w 2003 (spadek o ponad 6 punktów procentowych), a w Niemczech – z 23,3% do 21,8%.

W Finlandii, Francji, we Włoszech i w Hiszpanii wydatki prywatne stanowiły ok. 25% wydatków na ochronę zdrowia, w Portugalii udział wydatków prywatnych zmniejszył się z ponad 38% do ok. 30%, a w Austrii i Belgii – wzrósł z ok. 30% w roku 1995 do ponad 32% w 2003. W Holandii zanotowano wzrost udziału wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia z 29% do 37,6% (czyli o prawie 9 punktów procentowych).

Najwyższy udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia charakteryzował Grecję – w latach 1995–2003 odnotowano wzrost z 45,5% do 48,7%.

W nowych krajach Unii Europejskiej najniższy udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia występował w Czechach, chociaż w latach 1995–2003 wzrósł z 7,3% do 10,0%.

Na Słowacji w tym samym okresie udział wydatków prywatnych zmniejszył się z 17,9% do 11,7%, a na Malcie spadł z 28,6% do 19,9%.

W większości nowych krajów UE udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia w analizowanym okresie zwiększył się:

- w Estonii: z 8,6 do 22,9%,
- na Litwie: z 13,7 do 24,0%,
- na Węgrzech: z 16,0 do 27,6%,

- w Polsce: z 27,1 do 30,1%,²
- na Łotwie: z 34,6 do 48,7%,
- na Cyprze: z 44,6 do 50,9%.

W najnowszych krajach UE, przyjętych 1.01.2007 roku, zaobserwowano podobne tendencje zmian udziału wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia:

- w Bułgarii wzrost z ok. 20% w latach 1995–1998 do ponad 45% w roku 2003,
- w Rumunii: stabilizacja na poziomie ponad 30%, z niewielką tendencją wzrostową w latach 2000–2003.

Trudno jednoznacznie stwierdzić, co zdeterminowało udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia. Był on niewątpliwie efektem rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia realizowanych przez dany kraj, ale także konsekwencją uwarunkowań historycznych, względów ideologicznych i możliwości ekonomicznych społeczeństwa.

2. Zasoby ludzkie i rzeczowe w systemie ochrony zdrowia

O dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w danym kraju, jakości świadczonych usług itp. decyduje, poza ilością środków znajdujących się w systemie ochrony zdrowia i efektywnością ich wykorzystania, także wielkość zasobów ludzkich i rzeczowych.

W dalszej części opracowania przedstawimy wielkość zasobów ludzkich, wyrażonych liczbą przedstawicieli personelu medycznego różnych profesji, oraz zasobów rzeczowych, opisanych liczbą łóżek szpitalnych i stanem wyposażenia w nowoczesny sprzęt diagnostyczny.

W tabeli 5. przedstawiono liczbę lekarzy, pielęgniarek, stomatologów i farmaceutów przypadających w 2003 roku na 100 000 mieszkańców w krajach Unii Europejskiej.

² Udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce kształtuje się, naszym zdaniem, na wyższym poziomie niż ten, na który wskazuje cytowany raport WHO.

W publikacji: K.Ryć, Z.Skrzypczak, *Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce. Ile nas kosztuje ochrona zdrowia?*, „Problemy Zarządzania” nr 4/2004, autorzy wykazali, że w latach 1995–2003 udział wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia w Polsce wzrósł z 30 do ponad 44%.

Tabela 5. Pracownicy medyczni w krajach Unii Europejskiej w roku 2003 (na 100 000 mieszkańców)

Kraje	Lekarze	Pielęgniarki	Stomatolodzy	Farmaceuci
I – UE-15				
Austria	338	938	50	50
Belgia	449	583	81	114
Dania	293	1036	83	49
Finlandia	316	1433	128	112
Francja	337	724	68	106
Grecja	438	386	113	82
Hiszpania	330	768	49	87
Holandia	315	1373	48	19
Irlandia	279	1520	56	97
Luksemburg	266	916	71	82
Niemcy	337	972	78	58
Portugalia	342	436	55	95
Szwecja	328	436	55	66
Wielka Brytania	230	1212	101	51
Włochy	420	544	58	115
II – nowe kraje UE				
Cypr (2002)	234	376	82	18
Czechy	351	971	66	55
Estonia	448	850	128	42
Litwa	397	762	69	69
Łotwa	301	527	56	-
Malta	318	583	42	203
Polska	247	490	66	66
Słowacja	318	677	44	52
Słowenia	225	721	60	40
Węgry	333	885	54	52
III – najnowsze kraje UE				
Bułgaria	356	375	82	13
Rumunia	190	389	22	6

Źródło: The World Health Report 2006, <http://www.who.int>

Wśród krajów starej Unii Europejskiej największa liczba lekarzy, przypadających na 100 000 mieszkańców występowała w Belgii (450), Grecji (438) i we Włoszech (420).

Najmniejsza – w Danii (293), Irlandii (279), Luksemburgu (266) i Wielkiej Brytanii (230).

Wśród nowych krajów UE liderem była w 2003 roku Estonia (448 lekarzy na 100 000 mieszkańców), najmniejszą liczbę lekarzy na 100 000 mieszkańców miały Polska (247), Cypr (234) i Słowenia (225).

W krajach przyjętych do UE 1.01.2007 r. wystąpiły następujące prawidłowości: Bułgaria charakteryzowała się liczbą 356, a Rumunia 190 lekarzy na 100 000 mieszkańców.

Największą liczbę pielęgniarek na 100 000 mieszkańców miały: Irlandia (1520), Finlandia (1433), Holandia (1373), Wielka Brytania (1212) i Dania (1036). Najmniejszą – Cypr (376), Grecja (386) oraz Portugalia i Szwecja (436), a także Polska (490). Z krajów przyjętych do UE 1.01.2007 roku Bułgaria dysponowała liczbą 375, a Rumunia – 389 pielęgniarek na 100 000 mieszkańców.

Możemy zatem stwierdzić, że liczba lekarzy i pielęgniarek, przypadających na 100 000 mieszkańców w krajach UE, nie była skorelowana z poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, wydatkami na ochronę zdrowia i ich relacją do PKB. Stanowiła raczej konsekwencję przyjętych w konkretnym kraju rozwiązań systemowych dotyczących opieki zdrowotnej, zakresu kompetencji i obowiązków będących udziałem lekarzy oraz pielęgniarek itp.

Największa liczba stomatologów przypadających na 100 000 mieszkańców występowała w Estonii i Finlandii (128), Grecji (113) i Wielkiej Brytanii (101). Najmniejsza cechowała Hiszpanię (49), Holandię (48), Słowację (44), Maltę (42) i Rumunię (22).

Największą liczbą farmaceutów na 100 000 mieszkańców dysponowały Malta (203), Włochy (115), Belgia (114), Finlandia (112) i Francja (106), najniższą Cypr (18), Holandia (19),³ Bułgaria (13) i Rumunia (6).

W tabeli 6. przedstawiono liczbę łóżek szpitalnych (w latach 1995–2003) przypadających na 100 000 mieszkańców w krajach Unii Europejskiej.

³ W Holandii może to wynikać z ograniczonej administracyjnie liczby aptek oraz dystrybucji większości leków przez lekarzy w ramach ich praktyk.

Tabela 6. Łóżka szpitalne na 100 000 mieszkańców w krajach Unii Europejskiej w latach 1995–2003

Lata \ Kraje	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I – UE-15									
Austria	755	746	737	724	878	699	854	846	836
Belgia	744	734	729	722	716	712	701	692	686
Dania	489	470	460	450	434	425	418	413	398
Finlandia	801	801	789	776	760	753	745	734	724
Francja	890	872	853	871	856	842	819	810	796
Grecja	500	503	500	499	489	488	-	-	-
Hiszpania	395	391	385	381	376	373	363	358	-
Holandia	533	527	525	517	510	505	472	463	-
Irlandia	1015	1010	1024	972	486	914	984	984	1007
Luksemburg	1096	1080	1067	1055	713	657	652	644	-
Niemcy	970	958	938	929	920	912	902	888	874
Portugalia	392	399	394	388	386	382	375	365	-
Szwecja	609	560	522	380	374	359	-	-	-
Wielka Brytania	-	-	433	421	410	405	400	396	397
Włochy	622	650	582	549	487	466	455	445	-
II – nowe kraje UE									
Cypr	452	445	420	413	409	417	404	438	431
Czechy	1135	1107	1125	1114	1104	1093	1096	1107	1137
Estonia	804	758	738	723	717	683	682	606	591
Litwa	1083	1056	983	962	938	923	869	893	866
Łotwa	1099	1025	961	922	885	855	810	773	779
Malta	545	581	566	563	547	544	760	687	750
Polska	769	767	758	744	735	719	718	710	645
Słowacja	-	833	815	805	796	784	767	757	724
Słowenia	574	567	565	559	554	541	517	509	-
Węgry	909	911	826	831	837	839	806	-	-
III – najnowsze kraje UE									
Bułgaria	1034	1044	1024	838	748	739	699	647	627
Rumunia	763	755	737	730	730	743	749	745	655

Źródło: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Prawie we wszystkich krajach Unii Europejskiej widoczna była tendencja spadkowa liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 000 mieszkańców.

Była ona jednak mocno zróżnicowana, np. w Czechach w całym analizowanym okresie ponad 1000 łóżek szpitalnych przypadało na

100 000 mieszkańców, a w Hiszpanii i Portugalii wskaźnik ten nie osiągnął nawet 400.

Wyposażenie podmiotów systemu ochrony zdrowia w nowoczesny sprzęt diagnostyczny, umożliwiający wykonanie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Rezonans magnetyczny i tomograf komputerowy na 1 milion mieszkańców w krajach Unii Europejskiej w latach 1995–2003

Kraje \ Lata	Rezonans magnetyczny					Tomograf komputerowy				
	1995	2000	2001	2002	2003	1995	2000	2001	2002	2003
I – UE-15										
Austria	7,4	10,9	11,6	13,4	13,6	23,9	25,8	26,3	27,2	27,2
Belgia	3,3	6,0	7,0	6,6	6,8	16,7	21,8	23,1	28,8	29,8
Dania	-	5,4	-	8,6	9,1	7,3	11,4	13,2	13,8	14,5
Finlandia	4,3	9,9	11,0	12,5	13,0	11,7	13,5	13,7	13,3	14,0
Francja	2,1	2,6	2,4	2,7	2,8	9,2	9,5	9,0	9,7	8,4
Grecja	1,9	1,9	-	2,3	-	13,5	-	-	17,1	-
Hiszpania	2,7	4,8	5,7	6,2	7,3	8,3	12,0	12,4	12,8	13,0
Holandia	3,9	-	-	-	-	9,0	-	-	-	-
Irlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luksemburg	2,4	2,3	2,3	4,5	11,1	26,6	25,2	24,9	24,7	26,7
Niemcy	2,3	4,9	5,5	6,0	6,2	9,0	12,7	13,3	14,2	14,7
Portugalia	2,8	2,8	-	-	3,9	12,4	12,4	-	-	-
Szwecja	6,8	7,9	-	-	-	13,8	14,2	-	-	-
Wielka Brytania	-	4,7	5,2	4,8	4,4	-	4,5	5,8	7,1	6,7
Włochy	2,6	7,6	8,7	10,5	11,6	12,1	20,8	22,1	23,2	24,1
II – nowe kraje UE										
Czechy	1,0	1,7	1,9	2,2	2,5	6,7	9,6	11,4	12,1	12,6
Polska	-	-	-	0,9	1,0	3,5	4,4	5,2	5,8	6,3
Słowacja	-	-	-	-	2,0	-	-	-	-	8,7
Węgry	1,0	1,8	2,0	2,3	2,6	4,6	5,7	6,0	6,3	6,5

Źródło: OECD Health Data 2006, June 06 (<http://www.oecd.org>).

Przygotowując niniejsze opracowanie, dysponowaliśmy niemal kompletem informacji o wyposażeniu w nowoczesny sprzęt diagnostyczny w latach 1995–2003 krajów starej Unii Europejskiej (wyjątek stanowi Irlandia – całkowity brak danych). Natomiast jeśli chodzi

o nowe kraje UE raport OECD zawierał jedynie dane (i to niekompletne) z Czech, Polski, Słowacji i Węgier.

Generalnie kraje piętnastki dysponowały większymi zasobami nowoczesnego sprzętu diagnostycznego, aczkolwiek państwa charakteryzujące się bardziej zintegrowaną opieką zdrowotną, np. Szwecja, wymagały mniejszej ilości sprzętu aniżeli te, w których funkcjonuje równolegle kilku niewspółpracujących ze sobą świadczeniodawców. Pewne znaczenie miała również gęstość zaludnienia – kraje o dużej gęstości zaludnienia, np. Holandia, potrzebowały mniejszych ilości sprzętu (jeśli precyzyjnie określono rejony obsługiwane przez konkretną aparaturę).

3. Kondycja zdrowotna społeczeństw Unii Europejskiej

Po przedstawieniu zasobów finansowych oraz zasobów ludzkich i rzeczowych ulokowanych w systemie ochrony zdrowia postaramy się ustalić, czy różnice, jakie obserwujemy między krajami starej Unii Europejskiej a nowymi jej członkami, znalazły odzwierciedlenie we wskaźnikach opisujących kondycję zdrowotną społeczeństw.

Prezentację zaczynamy od wskaźnika najbardziej powszechnego. Jest nim oczekiwane trwanie życia osoby urodzonej w 2004 roku.

Tabela 8. Oczekiwane trwanie życia osoby urodzonej w 2004 roku w krajach członkowskich Unii Europejskiej

Kraj	Oczekiwane trwanie życia w latach	
	Mężczyźni	Kobiety
I – UE-15		
Austria	76,4	82,1
Belgia	75,9	81,7
Dania	75,2	79,9
Finlandia	75,3	82,3
Francja	76,7	83,8
Grecja	76,6	81,4
Hiszpania	77,2	83,8
Holandia	76,4	82,1
Irlandia	75,8	80,7
Luksemburg	75,0	81,0
Niemcy	75,7	81,4
Portugalia	74,2	80,5
Szwecja	78,4	82,7

Wielka Brytania	76,2	80,7
Włochy	76,8	82,5
II – nowe kraje UE		
Cypr	77,0	81,4
Czechy	72,6	79,0
Estonia	66,0	76,9
Litwa	66,4	77,8
Łotwa	65,5	77,2
Malta	76,7	80,7
Polska	70,0	79,2
Słowacja	70,3	77,8
Słowenia	72,6	80,4
Węgry	68,6	76,9
III – najnowsze kraje UE		
Bułgaria*	68,9	75,6
Rumunia*	67,5	74,8

Źródło: Key figures on Europe, Eurostat, 2006 edition.

* Dane dla Bułgarii i Rumunii pochodzą z 2002 r.

Można zauważyć, że dla większości nowych członków UE wskaźniki dotyczące przewidywanej długości życia przedstawiały się niekorzystnie na tle starej Unii. Najmniejsze różnice dotyczyły Cypru, natomiast najgorsza sytuacja występowała w państwach nadbałtyckich, na Węgrzech oraz w najnowszych krajach członkowskich – Bułgarii i Rumunii. W czterech krajach dziesiątki oraz w obu najnowszych państwach członkowskich przewidywana długość życia dla mężczyzn była niższa niż 70 lat, podczas gdy w państwach piętnastki jedynie Portugalia miała przewidywaną długość życia dla mężczyzn poniżej 75 lat.

W przypadku kobiet różnice w oczekiwanej długości życia między starą Unią i jej nowymi członkami były mniejsze, choć też zauważalne. W starej Unii jedynie Dania miała oczekiwaną długość życia dla kobiet poniżej 80 lat. W krajach nowej dziesiątki, jak również w Bułgarii i Rumunii, sytuacja była odmienna – tylko w trzech z nich (Cypr, Malta i Słowenia) kobiety mogłyby oczekiwać długości życia przekraczającej 80 lat.

Nie tylko długość życia stanowi przedmiot zainteresowania i cel działań służby zdrowia. Nie mniej ważnym parametrem jest średnia przewidywana liczba lat życia w zdrowiu. Za życie w zdrowiu uważamy życie, gdy nie występują choroby, które uniemożliwiałyby normalne funkcjonowanie człowieka, a zatem samodzielne poruszanie

się, podejmowanie pracy zawodowej itd. Obecność schorzenia podającego się leczeniu, choć wymagającego codziennej farmakoterapii (na przykład nadciśnienia tętniczego) nie kwalifikuje jednostki jako osoby, która utraciła zdrowie.

Tabela 9. Oczekiwana liczba lat życia w zdrowiu dla osoby urodzonej w 2002 roku w krajach członkowskich Unii Europejskiej

Kraj	Oczekiwana liczba lat życia w zdrowiu	
	Mężczyźni	Kobiety
I – UE-15		
Austria	69,0	74,0
Belgia	69,0	73,0
Dania	69,0	71,0
Finlandia	69,0	74,0
Francja	69,0	75,0
Grecja	69,0	73,0
Hiszpania	70,0	75,0
Holandia	70,0	73,0
Irlandia	68,0	72,0
Luksemburg	69,0	74,0
Niemcy	70,0	74,0
Portugalia	67,0	72,0
Szwecja	72,0	75,0
Wielka Brytania	69,0	72,0
Włochy	71,0	75,0
II – nowe kraje UE		
Cypr	67,0	69,0
Czechy	66,0	71,0
Estonia	59,0	69,0
Litwa	59,0	68,0
Łotwa	58,0	68,0
Malta	70,0	72,0
Polska	63,0	69,0
Słowacja	63,0	69,0
Słowenia	67,0	72,0
Węgry	62,0	68,0
III – najnowsze kraje UE		
Bułgaria	63,0	67,0
Rumunia	61,0	65,0

Źródło: World Health Statistics, 2005.

Należy mieć świadomość, że określenie liczby lat życia w zdrowiu jest wynikiem szacunków, nie można jej dokładnie zmierzyć. Posługujemy się jednak tym parametrem powszechnie, używając go jako jednego ze wskaźników oceny kondycji zdrowotnej społeczeństwa.

Z tabeli 9. wynika, że między starymi członkami Unii Europejskiej a nowymi, włączając w to kraje, które dołączyły w 2007 roku, obserwowano istotne różnice w zakresie przewidywanego okresu zachowania zdrowia.

W każdym z analizowanych krajów przewidywany czas życia w zdrowiu był wyższy dla kobiet niż dla mężczyzn. Jednak aż w 9 z 12 nowych państw UE liczba lat życia w zdrowiu dla kobiet była niższa niż 70, a najgorszy wskaźnik – 65 lat – odnotowano w Rumunii. Trzeba zauważyć, że w każdym z dawnych państw członkowskich UE liczba lat życia w zdrowiu dla kobiet przekraczała 70.

W populacji mężczyzn różnice były bardziej uderzające. W trzech państwach, które dołączyły do UE w 2004 roku (Litwa, Łotwa i Estonia), szacowana liczba lat życia w zdrowiu dla mężczyzn była niższa od 60. Tymczasem dla żadnego z krajów piętnastki nie szacowano tego parametru na poziomie niższym niż 60 lat. Najkrótszy przewidywany okres życia w zdrowiu oszacowano dla Portugalii – 67 lat. Dwa nowe kraje członkowskie (Cypr i Słowenia) osiągnęły poziom tego parametru równy najniższej wielkości dla krajów starej UE, a tylko jeden kraj – Malte – cechuje liczba lat życia w zdrowiu u mężczyzn wyższa niż najkrótsza w piętnastce.

Ważnymi parametrami, wykorzystywanymi zarówno w ocenie jakości kondycji zdrowotnej społeczeństw, jak i jakości świadczonej opieki zdrowotnej, są dane dotyczące umieralności niemowląt oraz matek.

Tabela 10. Śmiertelność noworodków (na 1000 żywych urodzeń) oraz śmiertelność okołoporodowa matek (na 100 000 porodów) w krajach członkowskich Unii Europejskiej (dane za rok 2000)

Kraj	Zgony noworodków na 1000 żywych urodzeń	Zgony matek na 100 000 porodów
I – UE-15		
Austria	3	5
Belgia	3	10
Dania	4	7
Finlandia	2	5
Francja	3	17

Grecja	4	10
Hiszpania	3	5
Holandia	4	16
Irlandia	4	4
Luksemburg	4	28
Niemcy	3	9
Portugalia	3	8
Szwecja	2	8
Wielka Brytania	4	11
Włochy	3	5
II – nowe kraje UE		
Cypr	4	47
Czechy	2	9
Estonia	6	38
Litwa	5	19
Łotwa	7	61
Malta	5	-
Polska	6	10
Słowacja	5	10
Słowenia	4	17
Węgry	6	11
III – najnowsze kraje UE		
Bułgaria	8	32
Rumunia	9	58

Źródło: World Health Statistics, Health Status Indicators, WHO 2005.

Między nowymi krajami Unii Europejskiej zachodziły duże różnice, zwłaszcza w zakresie śmiertelności matek. Stwierdzenie to dotyczy nawet państw sąsiadujących – śmiertelność matek na Litwie była dwukrotnie niższa niż w Estonii i ponad trzykrotnie niższa niż na Łotwie. W zakresie zgonów noworodków różnice były stosunkowo niewielkie. We wszystkich państwach, z wyjątkiem Rumunii i Bułgarii, liczba zgonów noworodków nie przekraczała 7 na 1000 urodzeń.

W krajach starej Unii Europejskiej można zauważyć niższą niż u nowych członków śmiertelność noworodków – w żadnym z państw piętnastki nie przekraczała ona 4 zgonów na 1000 urodzeń. Śmiertelność matek wykazywała jednak duże zróżnicowanie. Wydaje się, że na ten parametr duży wpływ miały rozwiązania systemowe – organizacja opieki nad rodzącą i ciężarną.

Dobrym obszarem porównań międzynarodowych jest onkologia, gdyż tu zachorowania i zgony podlegają dość dokładnej rejestracji.

Tabela 11. Odsetek przeżyć chorych z chorobą nowotworową i poziom nakładów na leczenie nowotworów złośliwych w krajach Unii Europejskiej w latach 2002–2003

Kraj	Odsetek przeżyć rocznych (%)	Odsetek przeżyć pięcioletnich (%)	Nakłady na leczenie nowotworów złośliwych na jedną osobę w euro/rok
I – UE-15			
Austria	80	61	114
Belgia	78	58	142
Dania	72	52	139
Finlandia	79	59	113
Francja	81	61	119
Grecja	68	49	101
Hiszpania	74	56	92
Holandia	78	58	94
Irlandia	73	54	118
Luksemburg	78	59	b.d.
Niemcy	76	58	150
Portugalia	74	53	90
Szwecja	81	62	140
Wielka Brytania	67	48	182
Włochy	74	55	114
II – nowe kraje UE			
Cypr	-	-	-
Czechy	65	47	68
Estonia	64	43	-
Litwa	70	50	-
Łotwa	69	49	-
Malta	73	54	-
Polska	63	42	34
Słowacja	67	45	-
Słowenia	70	49	-
Węgry	64	42	56
III – najnowsze kraje UE			
Bułgaria	65	44	-
Rumunia	66	45	-

Źródło: Raport Karolinska Institute, Sztokholm 2005.

Przytoczone dane pozwalają stwierdzić, że w krajach piętnastki najniższy wskaźnik przeżyć, zarówno rocznych, jak i pięcioletnich,

miała Wielka Brytania (odpowiednio 67% i 48%), najwyższymi charakteryzowały się Szwecja i Austria.

Wyniki leczenia nie są bezpośrednio związane z wysokością nakładów na nie, np. Wielka Brytania, mająca spośród krajów UE-15 najniższy wskaźnik przeżyć, asygnowała na leczenie nowotworów złośliwych najwyższe kwoty w przeliczeniu na jednego mieszkańca – 182 euro rocznie.

Sumy przeznaczane na leczenie onkologiczne w nowych krajach członkowskich UE, choć stanowią znaczną część budżetu na ochronę zdrowia, nie wszędzie podlegają ścisłej rejestracji. W tych krajach, z których uzyskano szczegółowe dane, widać, że nakłady na leczenie onkologiczne były znacznie niższe niż w krajach starej Unii. W żadnym nie przekraczały 70 euro rocznie na mieszkańca, zdecydowanie krótsze były też w nich okresy przeżycia.

W krajach UE-15 roczne odsetki przeżycia chorych na nowotwory złośliwe wahały się w granicach 67 – 81%, w państwach nowo przyjętych wskaźnik 63 – 70%. Odsetek przeżyć pięcioletnich w krajach starej UE wynosił od 48 do 62%, podczas gdy dla nowych członków – od 42 do 50%.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych pozostaje w ścisłym związku z zapadalnością i wynikami leczenia. W tabeli 12. przedstawiono zestawienie danych dotyczących umieralności z powodu nowotworów złośliwych w krajach Unii Europejskiej.

Tabela 12. Umieralność w przebiegu nowotworów złośliwych w Unii Europejskiej (rok 2002, w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców)

Kraj	Liczba zgonów	
	Mężczyźni	Kobiety
I – UE-15		
Austria	227,0	134,2
Belgia	288,3	149,3
Dania	253,1	197,3
Finlandia	192,8	117,9
Francja	270,0	124,3
Grecja	221,4	114,8
Hiszpania	252,6	110,8
Holandia	250,5	157,1
Irlandia	236,3	157,6
Luksemburg	226,1	132,8
Niemcy	228,8	140,1

Portugalia	223,5	115,8
Szwecja	185,3	140,5
Wielka Brytania	222,0	159,2
Włochy	239,6	129,1
II – nowe kraje UE		
Cypr	b.d.	b.d.
Czechy	321,5	174,0
Estonia	303,3	144,1
Litwa	290,4	140,9
Łotwa	289,8	138,6
Malta	217,2	122,6
Polska	305,6	156,8
Słowacja	328,8	154,6
Słowenia	294,9	147,5
Węgry	370,6	188,5
III – najnowsze kraje UE		
Bułgaria	202,1	116,9
Rumunia	229,2	127,3

Źródło: Public Health – causes of death, Eurostat 2006.

Analiza danych pozwala stwierdzić, że umieralność na nowotwory złośliwe była we wszystkich krajach w 2002 roku znacząco wyższa u mężczyzn niż u kobiet.

Kraje starej UE rejestrowały niższą umieralność z powodu nowotworów złośliwych. U mężczyzn najwyższe wskaźniki śmiertelności odnotowano w Belgii i Francji.

Kraje dziesiątki miały znacznie wyższe wskaźniki umieralności z powodu nowotworów (wyjątek stanowiła jedynie Malta, ze wskaźnikiem umieralności niższym niż średnia dla starej UE).

Różnica w umieralności kobiet na nowotwory między średnią dla UE-15 i nowej Unii (UE-25) była przeszło dwukrotnie mniejsza niż w populacji męskiej.

Najwyższa umieralność wśród mężczyzn w danym kraju nie szła w parze z umieralnością wśród kobiet, która najwyższa była w Danii i przekraczała umieralność w dowolnym kraju unijnym, włączając w to członków, którzy dołączyli w 2004 roku. Pośród nowych państw unijnych Malta znów charakteryzowała się najniższą umieralnością na nowotwory złośliwe. Europa Środkowa (Węgry, Czechy, Polska, Słowacja) odnotowała wysoką liczbę zgonów kobiet w przebiegu nowotworów, choć porównywalną z krajami zachodniej Europy.

Najnowszy członkowie Unii odnotowywali stosunkowo niską umieralność na nowotwory złośliwe, ale wobec krótszej niż przeciętna długości trwania życia można mieć wątpliwości co do precyzji wykrywalności chorób nowotworowych.

W większości krajów to nie nowotwory złośliwe, lecz choroby układu krążenia stanowiły główną przyczynę zgonów i zarazem najistotniejszy problem stojący przed służbą ochrony zdrowia.

Tabela 13. Umieralność w przebiegu chorób układu krążenia w państwach Unii Europejskiej (dane za 2002 rok, w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców)

Kraj	Mężczyźni			Kobiety		
	Zgony ogółem	Choroba niedokrwienna serca	Udar mózgowy	Zgony ogółem	Choroba niedokrwienna serca	Udar mózgowy
I – UE-15						
Austria	353,3	175,6	70,6	242,8	99,3	57,0
Belgia	309,4	120,6	66,1	196,1	52,5	54,4
Dania	321,6	154,9	67,7	195,2	79,5	53,8
Finlandia	360,9	234,0	67,0	209,2	115,4	57,0
Francja	219,1	73,0	46,6	128,3	30,0	33,6
Grecja	358,2	122,0	110,0	280,3	53,7	110,0
Hiszpania	236,9	93,5	61,7	159,2	40,1	50,2
Holandia	283,1	109,2	59,8	173,1	50,5	50,4
Irlandia	349,4	199,9	59,8	211,3	100,5	50,6
Luksemburg	313,5	112,1	78,8	199,7	50,9	65,8
Niemcy	348,7	165,8	61,7	236,5	89,5	49,9
Portugalia	309,6	88,2	137,7	222,9	44,1	109,6
Szwecja	318,6	170,6	61,4	193,9	82,1	51,2
Wielka Brytania	313,9	190,9	60,6	194,1	90,4	57,3
Włochy	274,0	102,5	67,6	179,3	49,8	53,1
II – nowe kraje UE						
Cypr	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Czechy	560,3	242,4	144,7	379,4	133,8	119,5
Estonia	753,3	459,6	174,5	434,6	240,4	137,5
Litwa	702,4	459,2	137,1	416,4	249,4	111,9
Łotwa	814,1	436,3	251,0	462,1	207,4	189,4
Malta	334,0	203,6	71,0	247,4	125,2	64,7
Polska	526,1	180,7	112,8	330,9	85,3	87,4
Słowacja	678,0	370,7	107,9	448,2	232,8	74,3
Słowenia	373,4	130,4	98,9	235,4	62,1	68,6
Węgry	638,6	292,7	168,8	408,1	171,3	112,8

III – najnowsze kraje UE						
Bulgaria	873,4	253,7	230,8	601,8	150,4	173,8
Rumunia	739,9	269,3	230,0	494,7	156,3	172,3

Źródło: Public Health – causes of death, Eurostat 2006.

Dane dotyczące chorób układu krążenia były zbieżne z danymi dotyczącymi nowotworów. W tym wypadku również umieralność mężczyzn znacznie przewyższała umieralność kobiet. Wśród państw starej UE najniższą umieralność mężczyzn z powodu chorób krążeniowych odnotowano we Francji, choć była i tak wyższa niż średnia europejska dla kobiet.

Kraje nowo przyjęte do UE charakteryzowała znacznie wyższa umieralność z powodu chorób krążenia, choć Malta znów przedstawiała się niezwykle korzystnie na tle dziesiątki nowych członków. Średnia zgonów mężczyzn na Malcie: 334 na 100 000 mieszkańców – plasowała ją przed Finlandią, Grecją, Austrią, Irlandią i Niemcami. Ale już drugi w kolejności kraj dziesiątki – Słowenia – odnotował umieralność mężczyzn większą aniżeli którekolwiek z wyżej wymienionych państw. Kraje nadbałtyckie, państwa Europy Środkowej oraz Bułgaria i Rumunia miały bardzo wysoki wskaźnik zgonów mężczyzn z powodu chorób krążenia.

W populacji kobiet sytuacja przedstawiała się bardziej korzystnie. We wszystkich państwach umieralność kobiet na choroby układu krążenia była niższa niż mężczyzn. Jednak – przeciwnie niż w przypadku nowotworów złośliwych – można zauważyć, że kraje o wysokiej liczbie zgonów mężczyzn odnotowały też wysoką liczbę zgonów kobiet z przyczyn krążeniowych. W Grecji umieralność kobiet wywołana chorobami serca i naczyń przewyższała umieralność mężczyzn we Włoszech czy Francji. Nowe kraje UE – z wyjątkiem Słowenii i Malty – osiągały o wiele gorsze wskaźniki niż stare. Najtrudniejsza sytuacja panuje w krajach przyjętych w 2007 roku, gdzie wskaźniki umieralności dla kobiet są o wiele bardziej niekorzystne niż we wszystkich pozostałych 25 państwach.

Umieralność spowodowana chorobami serca i naczyń była o wiele bardziej zróżnicowana w poszczególnych krajach niż umieralność w przebiegu nowotworów złośliwych.

Można to tłumaczyć nie tylko lepszą dostępnością i jakością opieki medycznej w starej Unii, lecz również planowanymi, długofalowymi działaniami prewencyjnymi i edukacyjnymi podejmowanymi w poszczególnych krajach, a adresowanymi do całych społeczeństw,

w tym: kampanii antynikotynowej, identyfikacji osób zagrożonych (np. przesiewowe badania lipidowe). Choroby układu krążenia łatwiej poddają się prewencji niż nowotwory złośliwe, stąd spójność wyników w krajach kładących nacisk na zapobieganie im.

Naszą ocenę kondycji zdrowotnej społeczeństw krajów Unii Europejskiej uzupełniamy analizą kolejnej jednostki chorobowej – gruźlicy. Ze względu na jej długotrwałość, konieczność poszukiwania pomocy lekarskiej oraz powszechny obowiązek rejestracji, gruźlica traktowana jest jako modelowy miernik efektywności opieki zdrowotnej.

Zapadalność na gruźlicę określa liczbę nowych przypadków choroby na 100 000 mieszkańców. Gruźlica atakuje praktycznie na każdej szerokości geograficznej, jednakże częstość jej występowania jest bardzo zróżnicowana. Niski status ekonomiczny rodziny, mała powierzchnia mieszkaniowa, alkoholizm, palenie tytoniu znacznie zwiększają zapadalność na tę chorobę. Znamienne, że częściej gruźlica atakuje imigrantów, dlatego zwalczając ją, tym grupom należy poświęcać więcej uwagi.

Spśród analizowanych krajów największą zapadalność odnotowano w Rumunii. Jest to jedyny kraj unijny, gdzie liczba nowych przypadków przekraczała 100 na 100 000 mieszkańców. Sytuacja epidemiologiczna przedstawiała się niekorzystnie również w państwach nadbałtyckich, choć zapadalność była tam ponad dwukrotnie niższa niż w Rumunii. Kolejne miejsca na tej liście zajęły: Portugalia, Bułgaria, Polska, Węgry i Hiszpania. Z danych zawartych w tabeli 14. wynika, że przypadki gruźlicy były o wiele częstsze w krajach, które zostały przyjęte do Unii Europejskiej w 2004 i 2007 roku, choć na Półwyspie Iberyjskim wskaźniki odbiegały niekorzystnie od średniej dla krajów „Piętnastki”.

Dynamika zapadalności określa procentową zmianę zachorowań w stosunku do roku poprzedniego. Zarówno stara, jak i nowa Unia odnotowały sukcesy na polu walki z gruźlicą, czego odzwierciedleniem była malejąca dynamika zachorowań. Największy, bo przeszło dziesięcioprocentowy spadek dynamiki zachorowań zanotowano na Cyprze, w Słowacji i w Słowenii. Wśród nowych członków UE najwolniejszy spadek zachorowalności zarejestrowano w Polsce (-5,2%). Wielka Brytania i Rumunia stanowiły wyjątek w tym względzie – były jedynymi krajami z tendencją wzrostową zachorowań (odpowiednio 0,2 i 0,3%). W Wielkiej Brytanii można to częściowo wytłumaczyć nasilonymi migracjami ludności, zwłaszcza z krajów, gdzie gruźlica występuje znacznie częściej.

Tabela 14. Podstawowe dane dotyczące epidemiologii gruźlicy w krajach Unii Europejskiej w roku 2004

Kraj	Zapadalność (liczba nowych przypadków na rok/ 100 000 mieszkańców)	Dynamika zapadalności (%/rok)	Chorobowość (liczba przypadków na rok/ 100 000 mieszkańców)	Umieralność (liczba zgonów w roku / 100 000 mieszkańców)	Odsetek osób HIV(+) wśród chorych na gruźlicę w populacji 15 - 49 lat
I - UE-15					
Austria	14	-2,6	11	1,4	6,9
Belgia	13	-3,0	10	1,4	5,7
Dania	7,7	-4,9	6,2	0,8	5,6
Finlandia	8,7	-5,2	7,0	0,9	1,8
Francja	12	-6,0	9,8	1,3	11,0
Grecja	19	-3,5	17	2,4	4,6
Hiszpania	25	-6,7	20	2,6	15,0
Holandia	8,2	-3,1	6,3	0,8	6,7
Irlandia	11	-5,4	9,3	1,2	3,5
Luksemburg	12	-4,9	9,4	1,2	5,5
Niemcy	8,2	-8,2	6,3	0,8	3,1
Portugalia	42	-3,9	35	4,6	11,0
Szwecja	4,3	-4,3	3,4	0,4	2,5
Wielka Brytania	12	0,2	9,2	1,2	3,1
Włochy	7,1	-4,9	5,6	0,8	13,0

II – nowe kraje UE								
Cypr	3,9	-14,3	4,3	0,4	1,4			
Czechy	11	-8,6	11	1,2	2,0			
Estonia	46	-9,8	49	6,8	6,6			
Litwa	63	-7,9	67	8,5	0,5			
Łotwa	68	-8,0	71	9,9	3,9			
Malta	5,7	-4,9	4,6	0,6	4,4			
Polska	29	-5,2	32	3,8	0,6			
Słowacja	19	-13,5	23	3,1	0,1			
Słowenia	15	-13,7	17	2,0	0,2			
Węgry	26	-9,1	30	3,5	0,3			
III – najnowsze kraje UE								
Bulgaria	36	-8,4	36	3,9	0,0			
Rumunia	146	0,3	188	20,0	0,1			

Źródło: World Health Statistics, WHO 2005.

Chorobowość określa liczbę aktualnie istniejących przypadków w danej populacji w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. Jeśli chorobowość gruźlicy jest niższa aniżeli zachorowalność, świadczy to pośrednio o skuteczności leczenia. Na gruźlicę choruje się zazwyczaj krócej niż rok, a liczba niepowodzeń i wznów jest stosunkowo niewielka. Na chorobowość ma również wpływ dynamika zachorowań: rosnąca – zwiększa wskaźnik chorobowości, a malejąca – zmniejsza.

Wśród nowych państw członkowskich Maltę i Cypr cechowała bardzo niska chorobowość w odniesieniu do gruźlicy, niższa aniżeli w większości krajów piętnastki. Na przeciwnym krańcu – z wysoką chorobowością - plasowała się Rumunia, a następnie państwa nadbałtyckie, jak również Bułgaria, Polska, Słowacja i Węgry. W krajach starej Unii występowały znacznie niższe wartości tego wskaźnika, wyjątek stanowiły Portugalia i Hiszpania.

Umieralność przedstawia liczbę zgonów w roku z powodu danej jednostki chorobowej w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. Parametr ten, wyrażający skuteczność leczenia, był bardzo zróżnicowany w obu grupach analizowanych krajów. Stara Unia, poza Portugalią, odnotowała wskaźnik zgonów w ciągu roku z powodu gruźlicy poniżej 3 na 100 000 mieszkańców. Tymczasem aż 8 z 12 nowych członków wykazywało umieralność z powodu gruźlicy przekraczającą poziom 3 na 100 000 mieszkańców, przy czym znów Rumunia odnotowała najgorszy wynik (20 zgonów rocznie na 100 000 mieszkańców).

Warto zauważyć, że na skuteczność leczenia w przypadku gruźlicy wpływ mają nie tyle zastosowane leki, ile stopień zaawansowania choroby w momencie rozpoznania oraz organizacja leczenia (kontrola przyjmowania leków przez pacjenta, niezwykle istotna w przypadku alkoholików i osób chorych psychicznie). Sukcesy w walce z gruźlicą zawdzięcza się głównie spójnym rozwiązaniom systemowym.

Trzeba zwrócić uwagę na często przytaczany w porównaniach międzynarodowych wskaźnik – odsetek osób HIV(+) wśród chorych na gruźlicę. Im wyższy jest ten parametr, tym trudniej zwalczać gruźlicę w danej populacji, ponieważ osoby HIV(+) trudniej poddają się skutecznemu leczeniu z uwagi na upośledzoną odporność. Wskaźnik ten uważany jest za predyktor dynamiki zachorowań. W krajach starej Unii wskaźnik ten był znacząco wyższy niż w nowych państwach członkowskich. Najwyższe jego wartości odnotowano na południu Europy – wśród państw Półwyspu Iberyjskiego oraz we Włoszech i Francji.

4. Podsumowanie

Analiza zebranego materiału pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. **Zachodzi wyraźna zależność między wysokością nakładów na ochronę zdrowia a wskaźnikami dotyczącymi zdrowotności społeczeństw.** Kraje UE-15, przeznaczające na ochronę zdrowia większe kwoty aniżeli nowi członkowie, odnotowały znaczące sukcesy w leczeniu większości chorób. Szczególnie wyraźnie widać było to zjawisko w odniesieniu do nowotworów złośliwych. Portugalia, Hiszpania i Grecja, kraje o najniższych nakładach na opiekę zdrowotną w unijnej piętnastce, miały znacznie gorsze wyniki leczenia nowotworów i gruźlicy.
2. **Umieralność noworodków oraz śmiertelność okołoporodowa matek były niższe w krajach piętnastki niżeli w krajach dziesiątki oraz Bułgarii i Rumunii, chociaż związek nakładów finansowych z poziomem tych parametrów był niewątpliwie luźniejszy niż w przypadku nowotworów czy gruźlicy.** Wydaje się, że większe znaczenie ma w tym przypadku edukacja społeczeństwa oraz organizacja opieki zdrowotnej – tworzenie ośrodków referencyjnych, objęcie opieką wszystkich ciężarnych i rodzących itp.
3. **Kraje o wyższym nasyceniu nowoczesnym sprzętem diagnostycznym, takim jak tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny, miały lepsze wyniki leczenia nowotworów złośliwych.**
4. **Zarówno w starej Unii, jak i nowych krajach członkowskich głównymi przyczynami zgonów były choroby układu krążenia i nowotwory złośliwe.** Umieralność z obu tych przyczyn była niższa w krajach UE-15, przy czym większy dystans dzieli piętnastkę od nowych członków UE w zakresie zwalczania chorób krążenia. Wynikało to nie tylko z jakości systemu ochrony zdrowia, lecz także z długofalowych działań edukacyjno-prewencyjnych.
5. **Nie zaobserwowano korelacji między ilością kadry medycznej a wskaźnikami kondycji zdrowotnej społeczeństwa.** Wydaje się, że większą rolę odgrywa schemat organizacyjny opieki zdrowotnej niż liczba lekarzy czy pielęgniarek przypadających na 100 000 mieszkańców.
6. **Trudno jednoznacznie wypowiedzieć się na temat zależności między nakładami na zdrowie a średnią długością życia.** Występuje różnica między starą Unią a nowymi krajami UE na niekorzyść tych drugich, co pośrednio może świadczyć o wpływie wysokości

nakładów na przeciętne trwanie życia, ale na ten parametr ma wpływ również szereg innych czynników. Można jednak zauważyć zależność między średnią długością życia w zdrowiu a nakładami na opiekę zdrowotną. Na przykład Portugalia, asygnująca najniższe kwoty na zdrowie spośród krajów starej UE, miała również najkrótszy średni okres życia w zdrowiu dla mężczyzn. Jeszcze wyraźniej zależność ta jest widoczna w nowych państwach UE. Kraje nadbałtyckie, przeznaczające na zdrowie poniżej 1000 USD na obywatela rocznie, jak również Bułgaria i Rumunia, odnotowały najkrótsze okresy przeżycia w zdrowiu, przy czym pierwsza grupa państw cechowała się gorszymi parametrami dla płci męskiej, a najnowsi członkowie Unii – dla żeńskiej.

Bibliografia

1. *Key figures on Europe*, Eurostat 2006 (<http://www.eurostat.org>)
2. *OECD Health Data 2006*, June 06 (<http://www.oecd.org>)
3. *Public Health – causes of death*, Eurostat 2002 (<http://www.eurostat.org>)
4. *Raport Karolinska Institute*, Sztokholm 2005
5. K.Ryć, Z.Skrzypczak, *Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce. Ile nas kosztuje ochrona zdrowia?*, „Problemy Zarządzania” nr 4/2005
6. *The World Health Report 2002* (<http://www.who.int>)
7. *The World Health Report 2006* (<http://www.who.int>)
8. *World Health Statistics*, WHO 2005 (<http://www.who.int>)
9. <http://www.eurostat.ec.europa.eu>
10. <http://www.wikipedia.org>

Abstract

Healthcare outlays and societies' health condition in the European Union

The publication presents current trends in healthcare budgeting in the European Union and their impact on societies' health status. The following parameters have been compared: healthcare expenditure *per capita*, (in USD, PPP), healthcare expenditure as % of GDP and individual

expenses on health (% of total outlays). Presented data demonstrate strong correlation between healthcare expenditure and societies' health status, measured by: life expectancy, healthy life expectancy (HALE), infant and maternal mortality, morbidity and mortality in cardiovascular diseases and malignant neoplasms as well as epidemiology of tuberculosis.

