

**Aldona Frączkiewicz-Wronka,
Konrad Laska**

**Wybrane charakterystyki oceny
działania europejskich systemów
ochrony zdrowia – perspektywa
pacjenta**

Problemy Zarządzania 11/1 (2), 72-92

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Wybrane charakterystyki oceny działania europejskich systemów ochrony zdrowia – perspektywa pacjenta

Nadesłany: 28.07.12 | Zaakceptowany do druku: 19.11.12

Aldona Frączkiewicz-Wronka*
Konrad Laska**

Starzenie się społeczeństwa, postęp technologii medycznych, a także rosnące oczekiwania społeczeństwa w zakresie jakości i dostępności dostarczanych usług zdrowotnych to tylko jedne z wielu wyzwań, przed którymi stoją współczesne systemy ochrony zdrowia. W analizach krajowych systemów zdrowotnych jedną z kluczowych kategorii badań jest ocena zdolności systemu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. Najczęściej tego typu analizy dokonuje się, przytaczając szereg informacji obrazujących ekonomiczne i zdrowotne rezultaty podejmowanych działań. Autorzy niniejszej pracy pokusili się o dokonanie analizy efektywności działania systemów poprzez omówienie ocen dokonywanych przez pacjentów i konsumentów w krajach Europy, uzyskanych przy zastosowaniu podobnej metodyki w latach 2007, 2009, 2012 przez Health Consumer Powerhouse. Analizie poddano ocenę rezultatów systemów ochrony zdrowia w państwach, które w indeksie EHCI osiągały najwyższe oceny. W zakończeniu autorzy podjęli dyskusję nad tym, który z modeli ochrony zdrowia ma większą akceptację i przyzwolenie społeczne w działaniu.

Słowa kluczowe: systemy ochrony zdrowia, efektywność, pacjent.

Selected characteristics of the performance evaluation of European health care systems – the perspective of patient

Submitted: 28.07.12 | Accepted: 19.11.12

An aging population, progress in medical technology and rising public expectations of provided health services is just one of many challenges facing today's health care systems. One of the key factors of research in the analyzed national health systems is the ability to effectively achieve its objectives. The Authors of this thesis, tempted to analyze the efficiency of system's operations by discussing the assessments made by patients and consumers in European countries obtained using a similar methodology in the years 2007, 2009, 2012. The study was conducted by the research institute Health Consumer Powerhouse (HCP). Analysis covered the results of subjective evaluation of selected areas of health care system's activity. Furthermore we characterized the expenditures and spending on health in these countries, which in EHCI were rewarded with the highest score. In conclusion, the authors have conducted the discussion which classic health care models seem to have a greater social acceptance and acquiescence for the action.

Keywords: health care systems, effectiveness, patient.

JEL: I11

* **Aldona Frączkiewicz-Wronka** – dr hab., prof. UE, Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych, Wydział Ekonomii, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach.

** **Konrad Laska** – doktorant, Wydział Organizacji i Zarządzania, Politechnika Śląska w Katowicach.

Wstęp

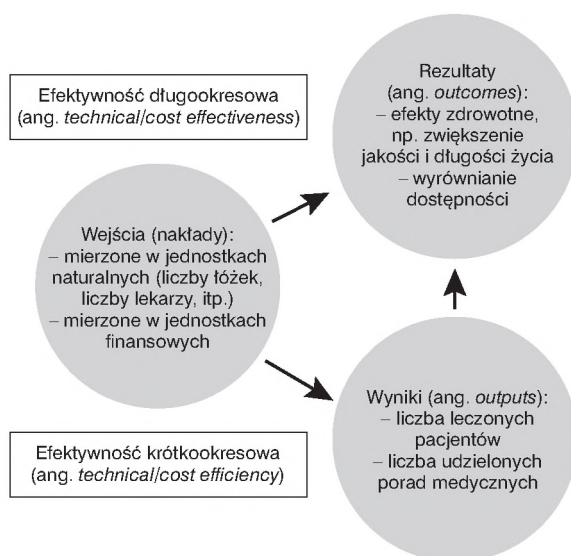
Pojawienie się globalnej gospodarki, postępu w technice, wzmożonego popytu społeczeństw i konieczności zaspokajania większej ilości potrzeb w strumieniu środków publicznych doprowadziło do powstania nowych wyzwań dla organizacji publicznych. Co więcej szerząca się chęć do bardziej badawczego spojrzenia na organizacje i łatwiejszy dostęp do zglobalizowanego systemu informacji zwiększyły krytyczne zainteresowanie mediów w identyfikowaniu nieudolności państw w realizowaniu polityk publicznych. Zmiana paradygmatu działania sektora publicznego – od hierarchii w kierunku rynku – która coraz mocniej zaznacza się w funkcjonowaniu państwa jako podmiotu kluczowego dla utrzymywania ładu społecznego, oznacza konieczność implementowania proefektywnościowego podejścia do zarządzania w sektorze publicznym przy równoczesnym uważnym wsłuchiowaniu się w społeczny głos krytyki tak, aby zaproponowane zmiany nie naruszyły delikatnego status quo między obywatelem a władzą. Takie podejście skutkuje koniecznością śledzenia bieżących wyników działania oraz ekstrapolacji trendów, a w odniesieniu do zdiagnozowanego stanu rzeczy umiejętności tworzenia strategii zarówno długo-, jak i krótkookresowych.

Jednym ze szczególnie ważnych obszarów życia społecznego jest ochrona zdrowia, której instytucjonalnym wyrazem jest zorganizowany przez podmiot państwowy system ochrony zdrowia.

Nie podejmując w niniejszej pracy szerszej dyskusji ekonomicznej oceny konsekwencji działań w sektorze zdrowia w sensie teorii ekonomii dobrobytu (Getzen, 2000; Stiglitz, 2004; Lubicz, 2010, s. 289–298; Suchecka, 2010), zauważmy jedynie, że celem analizy efektywności w sektorze zdrowia jest zwykle porównanie wyników działania systemów zdrowotnych, a niekiedy także ułatwienie podjęcia systemowych decyzji alokacyjnych (np. ocena technologii medycznej pod kątem finansowania ze środków publicznych). W każdej sytuacji wynik oceny efektywności zależy od tego, z jakiej perspektywy prowadzi się analizę nakładów i efektów (pacjent, społeczeństwo, usługodawca, płatnik, system finansów publicznych kraju), a także od tego czy i w jaki sposób określa się efektywność dynamiczną, uwzględniającą czynnik czasu (np. efekty zdrowotne dla przyszłych pokoleń).

Należy także podkreślić, że system ochrony zdrowia jest niezwykle trudnym do zarządzania obszarem, jak bowiem podkreśla Nicholas Barr (1993, s. 313) „(...) dobrobyt społeczny podlega maksymalizacji przy równoczesnym dążeniu do efektywności ekonomicznej i słuszności społecznej, przy czym różne grupy społeczne różnie pojmują te pojęcia, co wpływa na dużą niepewność co do skutków podejmowanych decyzji, a fakt, że opieka zdrowotna jest ważna nie oznacza, że nie jest ona towarem w rozumieniu ekonomicznym (...).” Publiczne zasoby przeznaczone na ochronę zdrowia nie są dostępne do realizacji innych celów, jeśli nic nie wydamy jako państwo na ochronę zdrowia, ludzie będą umierać z powodu błahych dolegliwości, a jeśli wydamy

cały dochód narodowy na ochronę zdrowia, nie będzie żywności i ludzie będą umierać z głodu (Johnson-Lans, 2006, s. 3–5). Optymalna wielkość znajduje się pomiędzy tymi ekstremami „(...) w zasadzie tam, gdzie wartość uzyskiwana z ostatniej jednostki opieki zdrowotnej (...) jest równa wartości krańcowej, która zostałaby osiągnięta z alternatywnego zarządzania danymi zasobami (...)” (Barr, 1993, s. 313). Oznacza to, że efektywność systemu ochrony zdrowia uzyskana w działaniu będącym następstwem podejmowanych decyzji musi się odnosić do odrębnych zagadnień. W szczególności do: ogólnych rozmiarów systemu opieki zdrowotnej w relacji do produktu krajowego brutto oraz warunków podejmowania decyzji o alokacji zasobów w relacji do różnych zastosowań w systemie opieki zdrowotnej w celu otrzymania optymalnej wielkości, jakości i kombinacji usług zdrowotnych.



Rys. 1. Od nakładów do efektów: miary efektywności krótko- i długookresowej. Źródło: A. Afonso, L. Schuknecht i V. Tanzi (2005). *Public sector efficiency: An international comparison*. *Public Choice*, 123(3–4), s. 321–347.

Rozumienie zasad sprawiedliwości (słuszności) społecznej w odniesieniu do podejmowanych przez rządzących decyzji (Kemshall, 2002, s. 24–41) w analizowanej literaturze najczęściej sprowadza się do traktowania ich jako równości korzystania z opieki zdrowotnej oraz równości ostatecznego wyniku. Teza odnosząca się do równości korzystania z opieki zdrowotnej głosi, że wszyscy obywatele powinni otrzymywać równą ilość świadczeń zdrowotnych. Problem jednak tkwi w tym, że ludzie mają odmienne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej. Równość ostatecznego wyniku odnosi się do stwierdzenia,

że każdy ma równy stan zdrowia. Znamienne jest zdanie Thomasa Getzena (2000), który stwierdza, że bez względu na to, w jakim stopniu równy stan zdrowia uznaje się za pożądany, to i tak nie można w tym względzie osiągnąć pełnej równości. W związku z tym proponuje sprawiedliwość określać mianem równości szans. Równość szans nie oznacza wprawdzie, że ludzie mogą na pewno otrzymać tyle opieki zdrowotnej, ile pragną (ze względu na niewystarczające zasoby opieki zdrowotnej), oznacza jednak, że każda osoba powinna otrzymać tyle opieki zdrowotnej, co wszyscy pozostali z tym samym stanem zdrowia (bez względu na inne czynniki, np. dochód czy staż pracy). Zatem pojmowanie sprawiedliwości jako równości szans ma tę zaletę, „(...) że dzieli niedostatek w sprawiedliwy sposób (...)” (Barr, 1993, s. 314), a kluczowym problemem podziału staje się osiągnięcie zadanej efektywności przy uwzględnieniu: *prioritytetów* (jaki zakres opieki musi być dostępny dla każdego), *racjonowania* (komu przyznać pierwszeństwo w opiece zdrowotnej), *innowacyjności* (określenia czy wszystko co się wykonuje jest niezbędne) oraz *adekwatności wykorzystania opieki w relacji do potrzeb* (skuteczność i efektywność opieki) (Rydlewska-Liszkowska, 2001, s. 92).

Znalezienie odpowiedzi na podstawowe pytanie, które nasuwa się po przeczytaniu tytułu opracowania, czyli jakimi przesłankami należy się kierować, podejmując decyzje strategiczne w systemie ochrony zdrowia oraz jak osiągnąć sukces, którego miarą dla organizacji publicznej jest poza kryteriami ekonomicznymi również akceptacja pacjentów, jest niezwykle trudne. Rozważając to zagadnienie na poziomie jednostki świadczącej usługi medyczne, będziemy wskazywać na: umiejętności zarządcze, dobry marketing, jakość udzielanych świadczeń, adekwatną do potrzeb i możliwości strukturę klientów i wiele innych. Ale mimo że wymienione czynniki faktycznie decydują o funkcjonowaniu jednostki ochrony zdrowia w mikroskali, prawdziwej odpowiedzi na to pytanie należy szukać na poziomie państwa jako podmiotu kształtującego relacje w systemie, ponieważ kształt, organizacja i funkcjonowanie danego systemu ochrony zdrowia jest konsekwencją przyjętych rozwiązań w obszarze ekonomii oraz realizowanego modelu politycznego. To przyjęta doktryna ekonomiczna, zasady sprawiedliwości społecznej, wykorzystywane techniki typowe dla zarządzania publicznego oraz chęć utrzymania władzy są podstawowym wyznacznikiem celów i charakteru systemu. Decydują one również o sprawności i kosztach funkcjonowania, a w ostatecznym wymiarze o satysfakcji klienta i efektywności systemu. Brak satysfakcji i pożądanych rezultatów powoduje powstawanie alternatywnych – w stosunku do publicznego – systemów zaspokajania potrzeb, opartych na mechanizmach rynkowych zdolnych sprostać wyzwaniom wynikającym ze zmian globalnych oraz będącym następstwem ograniczeń fiskalnych i aksjomatycznego procesu biurokratycznego typowego dla państwa jako podmiotu odpowiedzialnego za tworzenie hierarchii i dostępu do dóbr publicznych. Takie rozwiązanie jest bardzo dobrym sposobem obniżenia parcia na usługi finansowane ze środków publicznych, ale jest to także element często wykorzystywany –

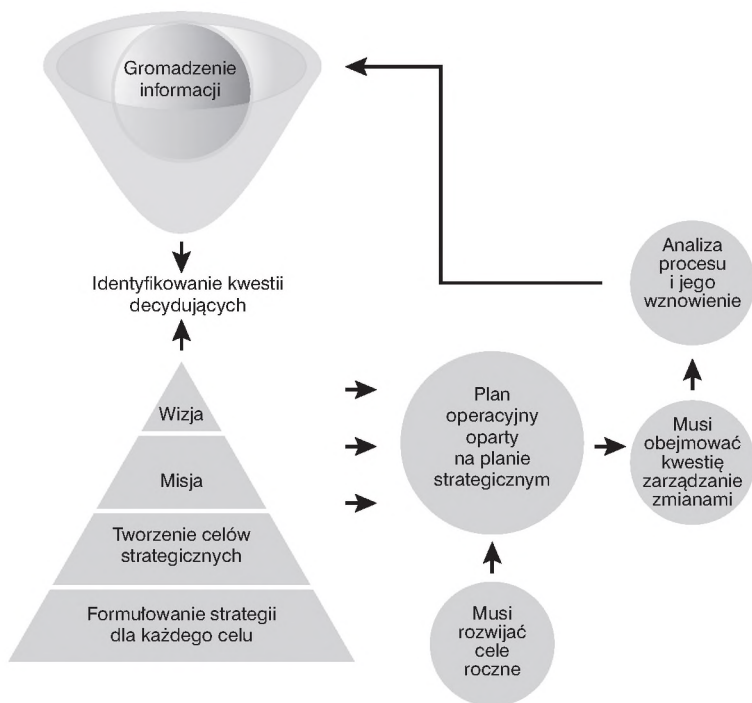
szczególnie przez każdorazową opozycję w stosunku do obozu władzy – argument przemawiający za niesprawnością państwa. Pojawia się „szorstki” dialog między organizacjami z różnych sektorów, którego istota sprowadza się z jednej strony do poszukiwania lepszych sposobów zaspokojenia tych potrzeb społecznych, które przyobiecwał sprawujący władzę układ polityczny na akceptowalnym poziomie, a co za tym idzie zwiększenia własnych szans na reelekcję, z drugiej zaś – poprawy wydajności i jakości dostarczanych usług.

Powszechnie obowiązujące modele zarządzania sektorem publicznym stopniowo odchodzą od tradycyjnego stereotypu organizacji żyjącej własnym wewnętrznym życiem z niewielką dbałością o klienta, w kierunku zorientowanej na pacjentów nowoczesnej struktury, w której przebiegające procesy silnie nastawione są na wykorzystanie strategii wyłaniających się jako konsekwencje analizy rzeczywistości i ekstrapolacji trendów. Zasady przewodnie w jakimkolwiek strategicznym procesie dotyczącym zarządzania – zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym – opierają się przede wszystkim na zrozumieniu, jakie zmiany są wymagane, jak je wprowadzić i utrzymać, a także jak stworzyć ścieżkę postępowania ułatwiającą kontynuowanie tych ulepszeń tak, aby poprowadziły do osiągnięcia sukcesów. Trudnością w stosowaniu reguł i rutyn zarządzania strategicznego w sektorze publicznym jest konieczność uświadomienia sobie, że już dziś musimy stawić czoła wyzwaniom, aby prowadziły do osiągnięcia sukcesu w przyszłości. A to – biorąc pod uwagę logikę procesu politycznego, w którym zmienność sprawowania władzy jest cechą immanentną – nie jest łatwe, ponieważ efekty działań obecnego obozu władzy konsumować może następny, przeciwny do obecnego.

Stawiamy zatem tezę, że jednym z podstawowych narzędzi, umożliwiającym właściwe zarządzanie usługami związanymi z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych, jest prowadzenie stałego audytu rezultatów działania organizacji operujących w tym sektorze oraz śledzenie opinii pacjentów. W niniejszym opracowaniu interesować nas będzie ten drugi punkt widzenia. Najogólniej interesariusze to „... grupy lub jednostki, które mogą wpływać na organizację, lub podlegać jej oddziaływaniu” (Freeman, 1984, s. 21) lub „... grupy lub osoby bezpośrednio, lub pośrednio zainteresowane działalnością organizacji w jej dążeniach do osiągnięcia celów” (Stoner, Freeman i Gilbert, 1997, s. 80). Podstawowe założenia teorii interesariuszy sprowadzają się do następujących stwierdzeń (Jones i Wicks, 1999):

- organizacja znajduje się w sieci relacji z wieloma interesariuszami, którzy wywierają wpływ na jej decyzje i zarazem pozostają pod jej wpływem (Freeman, 1984);
- niezwykle istotna jest natura owych relacji, z uwzględnieniem zarówno procesów, jak i efektów działań dla organizacji i jej interesariuszy;
- interesy wszystkich grup posiadających umocowanie mają istotną wartość (Donaldson i Preston, 1995);
- kluczowym aspektem teoretycznym mającym znaczenie dla praktyki jest określenie warunków podejmowania decyzji menedżerskich w aspekcie wpływu interesariuszy.

Z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia jako całości kluczowym interesariuszem dla państwa jest pacjent/konsument, ponieważ jego niezadowolenie może przerodzić się w negację dla systemu i zasad jego funkcjonowania. Uwzględnienie tej właśnie perspektywy w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia ma zatem krytyczne znaczenie dla trwałości układu władzy. Stąd potrzeba monitorowania ocen jakości funkcjonowania systemów ochrony zdrowia i swoisty benchmarking kierunków podejmowanych reform i osiąganych rezultatów w państwach o podobnych systemach i problemach w tym obszarze zarządzania.



Rys. 2. Źródło: opracowanie na podstawie: J.M. Bryson (2004). *Strategic planning for public and nonprofit organizations*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Przywołany rys. 2 jest krótkim podsumowaniem popularnego modelu zarządzania strategicznego w sektorze publicznym, stosowanego w procesie planowania strategicznego. Daje on możliwość wykorzystania nie tylko modelu planowania, lecz także dynamicznego modelu niezbędnego do oceny sukcesu organizacji sektora publicznego w zakresie zaspokajania potrzeb klienta przy akceptacji dla nowego paradygmatu zarządzania w sektorze publicznym. Zastosowanie tego modelu pomaga zidentyfikować komponenty niezbędne do osiągnięcia sukcesu, a także zdolności organizacji do planowania swojej strategii

zarządzania. Rys. 2 wskazuje, że pierwszym krokiem jest zbieranie informacji, które identyfikują kluczowy „rynek”, a także wewnętrzne trendy organizacyjne mające wpływ na jego strukturę i cele. „Rynek” w kontekstach publicznych sektora odnosi się do wszystkich istotnych interesariuszy (ang. *stakeholders*, graczy, udziałowców). Umiejętność organizacji do zareagowania na pojawiające się wyzwania jest wyrażona w wizji i misji, poprzez opisywanie dla kogo i z kim je podejmują, jakie mają charakterystyczne kompetencje i dlaczego się tym zajmują. Cele strategiczne i konkretne strategie, mające na celu ich osiągnięcie, powinny zostać sformułowane w planie operacyjnym, odnoszącym się także do kwestii zarządzania zmianami. W tym konkretnym przypadku oznacza to, jakie pojawią się opinie pacjentów i jakie decyzje (interwencje) podejmie państwo w celu ich polepszenia i usprawnienia.

1. Modelowe charakterystyki systemów ochrony zdrowia

Budując rekomendacje dla polityki ochrony zdrowia – zgodnie z przedstawionym podejściem – należy pierwotnie skupić się na analizie informacji obrazujących rezultaty działania systemu ochrony zdrowia, a zatem odpowiedzi społeczeństwa na wdrażaną politykę zdrowotną. Ujawniona w niej dysfunkcja jest asumptem ku wprowadzaniu korekt. U podstaw podjęcia rozważań przez autorów niniejszego artykułu stała chęć zderzenia subiektywnych opinii na temat funkcjonowania wybranych aspektów systemów ochrony zdrowia z wydatkami publicznymi na ich funkcjonowanie. Oceny efektywności funkcjonowania sektora ochrony zdrowia dokonujemy – w zależności od potrzeb – na różnych poziomach. Z reguły jest to poziom makroekonomiczny i mikroekonomiczny. W niniejszym artykule koncentrujemy się na rezultatach makroekonomicznych, a zakresem terytorialnym analizy objęte zostaną wybrane kraje europejskie, których systemy ochrony zdrowia bazują na pierwowzorze zaczerpniętym od Bismarcka lub Beveridge’a.

Sposób zaspokajania potrzeb medycznych – w zakresie modelu organizacyjnego, dostępności i sposobów dostarczania usług zdrowotnych dla społeczeństwa – jest zindywidualizowany na poziomie poszczególnych krajów, co oznacza, że mogą one być w różnym zakresie realizowane przez podmioty publiczne lub prywatne, a także – mogą być w różnym zakresie finansowane ze środków publicznych lub prywatnych. Jak pisze C.W. Włodarczyk i S. Poździuch (2001, s. 82–83), w jednym z najczęściej stosowanych rozróżnień – odwołując się do trzech wielkich tradycji budowania systemów, czyli niemieckiej, brytyjskiej i amerykańskiej – wprowadza się trzy zasadnicze modele systemów: Bismarcka, Beveridge’a i rynkowy. Ten ostatni, ponieważ nie występuje w Europie, nie zostanie poddany dalszej analizie. Syntetyczna charakterystyka tych systemów została przedstawiona w tab. 1.

Funkcjonujące w państwach Unii Europejskiej systemy ochrony zdrowia generalnie dzielimy na zaopatrzeniowe (systemy typu Beveridge’a) i ubezpieczeniowe działające w paradygmacie ubezpieczenia społecznego

(systemy typu Bismarcka). System Beveridge'a (Busse, on-line) jest finansowany z podatków i nie przewiduje zróżnicowania świadczeń, obejmuje całą populację, finansowanie i świadczenie opieki zdrowotnej realizowane jest w ramach jednego systemu organizacyjnego, pakiet świadczeń obejmuje świadczenia związane z zapobieganiem, diagnozowaniem i leczeniem dla całej populacji i jest wolny od opłat. W ramach istniejących rozwiązań istnieje możliwość wykupienia dodatkowego prywatnego ubezpieczenia, które zazwyczaj umożliwia szybszy i łatwiejszy dostęp do usług zdrowotnych. Może to jednak prowadzić do stworzenia dwóch klas społecznych i różnic w jakości między usługami w szpitalach prywatnych i publicznych (por. Dziubińska-Michalewicz, 1993, s. 51). Zagrożeniem dla stabilności systemu o charakterze zaopatrzeniowym są dwie zasadnicze kwestie: Ministerstwo Zdrowia skazane jest na walkę z innymi obszarami polityki (np. edukacji, gospodarki) ze względu na przydzielaną część podatku, a zmiany demograficzne prowadzą do wzrostu obciążenia dochodów z podatków zarówno w zakresie ilościowym (wzrost liczby osób starszych), jak i jakościowych (droższe usługi i technologie wykorzystywane w opiece zdrowotnej).

Model	Uprawnienia	Finanse	Kontrola	Status
Beveridge'a	uniwersalne	podatki	publiczna	świadczenia społeczne
Bismarcka	uniwersalne	społeczne ubezpieczenie	mieszana	uprawnienia społeczne
Rynek modyfikowany	częściowe	prywatne ubezpieczenie	indywidualna	ryzyko ubezpieczeniowe

Tab. 1. Syntetyczna charakterystyka systemów ochrony zdrowia. Źródło: A. Wall (red.). (1996). *Health Care Systems In Liberal Democracies*. London, New York: Routledge, za: C.W. Włodarczyk i S. Poździech (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 82–83.

Drugi, z typowych dla krajów europejskich, system Bismarcka oparty jest na obowiązkowych i powszechnych ubezpieczeniach, których celem jest ochrona ludzi (pracowników) przed nieprzewidywalnym zdarzeniem (chorobą) i wynikającą z niego utratą bezpieczeństwa materialnego rodziny (Busse, on-line). Do cech charakterystycznych tego modelu można zaliczyć: powołanie ustawowych instytucji ubezpieczeniowych – kas chorych, utworzenie ze składek na ubezpieczenie funduszy przeznaczonych na finansowanie określonych świadczeń przysługujących ubezpieczonym, współpłacenie składek w określonej proporcji przez pracownika i pracodawcę, zarządzanie funduszami przez niezależne od administracji państwowej zarządy, kontrolowane także przez reprezentantów ubezpieczonych, zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami ochrony zdrowia na realizację świadczeń dla ubezpieczonych, szeroka możliwość wyboru ubezpieczyciela (regionalny bądź branżowy), zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych lub finansowanie zrealizowanych świadczeń na rzecz

ubezpieczonych (Golinowska, 2001, s. 92–104). Charakterystyczne dla modelu Bismarcka jest również uczestnictwo w decydowaniu o finansowaniu świadczeń zdrowotnych szerszego gremium, obejmującego zarówno przedstawicieli medycznych organizacji zawodowych, samorządów lokalnych, jak i pracodawców. Ubezpieczenie pokrywa zazwyczaj wydatki na świadczenia zdrowotne, a w niektórych wypadkach zwrot utraconych zarobków. Zagrożeniem dla stabilności systemu są trzy zasadnicze kwestie, a mianowicie: (1) w konsekwencji zmian demograficznych system przestaje być efektywny ze względu na rosnącą liczbę emerytów, którzy nie płacą składek do systemu; (2) cięcia finansowe w firmach będące w dużej mierze rezultatem obecnego kryzysu gospodarczego, przyczyniają się do podnoszenia stopy bezrobocia, zatem zmniejsza się liczba pracowników, którzy wpłacają składki, (3) rozwiązania, takie jak zwiększanie wysokości składek nie są sensowne, ponieważ firmy nie mogą sobie pozwolić na wzrost kosztów pracy (Busse, on-line).

Oba przedstawione rozwiązania zaspokojenia potrzeb zdrowotnych nie istnieją w krajach Europy w czystej postaci, a ich liczne mutacje oznaczają próby dopasowania modelu do specyfiki narodowej, która jest pochodną wielu czynników między innymi: dochodów ludności, doktryny ekonomicznej, doktryny politycznej, uwarunkowań historycznych i światopoglądowych.

2. Próba oceny rezultatów działania systemów – perspektywa pacjenta/konsumenta

Z perspektywy pacjentów (rozumianych jako konsumenci), dowartościowywanej w niniejszej publikacji, szczególnie ciekawym źródłem informacji na temat oceny działania systemów ochrony zdrowia jest Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia (EHCI). Ranking EHCI publikowany jest od 2005 roku przez instytut badawczy Health Consumer Powerhouse (HCP) z siedzibą w Szwecji.

W niniejszej publikacji wykorzystujemy dane przedstawione w edycji z lat 2007, 2009 i 2012, w których poddano ocenie odpowiednio 29, 33 oraz 34 państwa Europy. Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia stanowi próbę zmierzenia oraz stworzenia rankingu efektywności świadczenia usług zdrowotnych z perspektywy konsumenta – w literaturze przedmiotu używa się również pojęcia „przyjazności dla pacjenta”. Jest rzeczą oczywistą, że uzyskane wyniki obarczone są błędami związanymi z jakością uzyskanych informacji, ze względu na brak paneuropejskich, jednorodnych procedur gromadzenia danych. Celem omawianego badania jest przypisanie wybranej (ograniczonej) liczbie wskaźników, odnoszących się do określonej liczby obszarów, oceny wartości punktowych, a następnie przygotowanie rankingu. Połączenie wybranych obszarów oceny z adekwatnymi wskaźnikami może być traktowane jako sprawozdanie ze sposobu świadczenia usług zdrowotnych w poszczególnych systemach opieki zdrowotnej, a zatem jest oceną efektywności podejmowanych w sektorze ochrony działań (Björnberg, Cebolla Garrofé i Lindblad, 2009, s. 16).

Kraj	1. Prawa pacjenta i informacja		2. Czas oczekiwania		3. Wyniki leczenia		4. Środki farmaceutyczne			5. „Hojność” publicznej służby zdrowia (2007)/zakres i zasięg usług (2009)/zakres i zasięg usług (2012)			6. e-Zdrowie		Suma punktów			Miejsce			
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	
Albania	-	117	-	187	217	95	113	-	50	33	-	64	70	29	-	542	535	-	30	29	
Austria	17	149	14	173	217	13	190	188	9	125	81	9	107	111	50	806	795	737	1	4	11
Belgia	16	130	117	187	233	9	155	213	6	88	81	8	136	140	38	701	732	783	10	11	5
Bulgaria	13	84	88	120	133	5	95	138	4	50	33	5	57	64	42	445	448	456	28	33	33
Chorwacja	-	117	146	-	120	133	-	143	200	-	100	48	-	93	128	-	627	655	-	22	17
Cypr	15	110	112	13	160	183	8	155	188	7	75	57	6	100	88	629	637	627	13	19	20
Czechy	16	84	107	10	133	183	9	190	225	5	100	62	9	121	117	612	667	694	15	17	15
Dania	25	175	175	9	120	167	10	202	250	10	138	90	7	121	140	712	819	822	9	2	2
Estonia	20	130	141	7	120	167	9	143	175	9	100	48	9	100	123	633	638	653	12	18	18
Finlandia	22	143	131	8	93	133	12	226	250	7	88	86	11	121	152	719	721	752	8	12	10
Francja	20	143	136	13	173	167	11	202	238	8	113	86	11	114	140	786	778	766	3	7	8
Macedonia	-	110	112	-	160	183	-	107	113	-	63	38	-	86	82	-	576	527	-	24	30
Niemcy	15	123	117	14	187	200	11	214	200	9	125	76	10	100	111	767	787	704	5	6	14

cd. tab. 2

Kraj	1. Prawa pacjenta i informacja		2. Czas oczekiwania			3. Wyniki leczenia			4. Środki farmaceutyczne			5. „Hojność” publicznej służby zdrowia (2007)/zakres i zasięg usług (2009)/prewencja, zakres i zasięg usług (2012)			6. e-Zdrowie			Suma punktów			Miejsce		
	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012		
Grecja	14	84	88	9	147	200	8	190	175	7	75	67	7	79	88	25	561	600	617	22	23	22	
Węgry	14	136	122	8	147	167	5	119	138	5	100	52	11	86	99	46	513	633	577	24	20	27	
Islandia	-	143	146	-	173	183	-	226	263	-	100	62	-	114	146	54	-	811	799	-	3	3	
Irlandia	16	110	107	6	120	150	10	202	238	10	113	86	7	114	134	42	592	701	714	16	13	13	
Włochy	15	110	131	7	120	133	10	214	213	7	100	52	8	93	93	33	580	671	623	18	15	21	
Łotwa	11	91	107	7	120	117	6	131	138	4	63	43	7	79	88	29	435	512	491	29	31	31	
Litwa	16	136	131	8	120	183	7	131	138	4	50	33	6	71	99	38	496	546	585	26	29	26	
Luksemburg	15	136	112	11	173	233	12	202	250	8	75	62	7	136	134	38	687	760	791	11	9	4	
Malta	14	97	88	10	120	183	8	131	163	5	88	48	8	100	128	29	568	565	609	20	26	26	
Holandia	22	162	170	10	147	200	13	238	263	10	138	76	10	129	163	63	794	875	872	2	1	1	
Norwegia	20	136	160	11	107	83	12	226	300	8	100	67	7	121	146	50	724	740	756	7	10	9	
Polska	12	117	126	7	107	117	5	131	188	5	88	48	8	86	99	38	447	565	577	27	26	27	

Portugalia	16	110	126	7	80	117	9	131	163	8	100	67	7	107	117	46	570	574	589	19	25	25
Rumunia	14	91	88	9	120	167	5	107	100	6	75	48	8	71	88	25	508	489	489	25	32	32
Serbia	-	-	102	-	-	117	-	-	113	-	-	38	-	-	82	-	-	-	451	-	-	34
Słowacja	13	104	122	11	133	200	6	95	188	6	113	67	6	86	99	29	532	560	675	23	28	16
Słowenia	15	149	112	8	120	133	10	155	213	6	100	81	6	107	99	38	564	668	638	21	16	19
Hiszpania	15	84	102	7	93	100	10	179	213	10	125	71	9	107	117	42	624	630	603	14	21	24
Szwecja	18	117	141	6	93	100	15	250	300	10	113	76	11	136	158	54	740	762	775	6	8	6
Szwajcaria	16	136	126	14	187	233	12	214	213	10	113	86	7	93	111	46	770	788	769	4	5	7
Wielka Brytania	19	123	160	7	80	133	9	179	200	8	125	81	6	121	146	54	581	682	721	17	14	12

Tab. 2. Sumaryczna ocena analizowanych państw według kategorii w latach 2007-2012. Źródło: opracowano na podstawie: A. Björnberg, B. Cebolla Garrofé i S. Lindblad (2007). *Euro Health Consumer Index 2007. Health Consumer Powerhouse AB*, s. 28; Idem (2009). *Euro Health Consumer Index 2009. Health Consumer Powerhouse AB*, s. 25; Idem (2012). *Health Consumer Powerhouse 2012. Health Consumer Powerhouse AB*, s. 16.

Liczba badanych obiektów (państw) nie była jedyną zmienną, którą na przestrzeni lat zmieniano, ulepszano dokładność, umniejszając natomiast analitycznym możliwościom porównawczym badań z poszczególnych okresów. Również kategorie podlegające ocenie, ich desygnaty oraz wysokość oceny punktowej różniły się w latach 2007/09/12. Tab. 3 przedstawia kategorie oceniane w poszczególnych badaniach.

2007	2009	2012
1) prawa pacjenta i informacja	1) prawa pacjenta i informacja	1) prawa pacjenta i informacja
2) czas oczekiwania	2) e-zdrowie	2) czas oczekiwania
3) wyniki leczenia	3) czas oczekiwania	3) wyniki leczenia
4) „hojność” publicznej służby zdrowia	4) wyniki leczenia	4) prewencja/zakres i zasięg usług
5) środki farmaceutyczne	5) zakres i zasięg usług	5) środki farmaceutyczne
	6) środki farmaceutyczne	

Tab. 3. Kategorie analizy EHCI (lata 2007, 2009 i 2012). Źródło: jak tab. 2.

Jak wskazano w tab. 3, wybrane do oceny przez HCP zakresy, w poszczególnych latach różniły się nieznacznie. Podjęta przez nas próba analizy wymagała wybrania tych kategorii, które wystąpiły w każdym badaniu, a ich desygnaty nie różniły się od siebie znacznie. Zatem do dalszej analizy wybrano:

- prawa pacjenta i informacja,
- czas oczekiwania,
- wyniki leczenia,
- środki farmaceutyczne.

Każda oceniana kategoria ma swój własny zbiór desygnatów, w odniesieniu do których przyznawane są punkty za poszczególne oceniane aspekty działania systemu ochrony zdrowia. I tak, prawa pacjenta i informacja, to obszar, który reprezentuje dziedzinę prawno-informacyjną analizy. Dokładnie sprawdza się czy w ustawodawstwie krajowym jest część przeznaczona na prawa pacjenta, czy w razie nieszczęśliwego przebiegu leczenia pacjent może – bez konieczności wstępowania na drogę sądową – ubiegać się o należną z tytułu błędu rekompensatę pieniężną, czy pacjenci mają wgląd we własne akta choroby itp. Ważną rzeczą, na jaką należy zwrócić uwagę, jest fakt, iż HCP porównując wyniki obecne z otrzymanymi w latach ubiegłych, stwierdza iż w dziedzinie jaką jest „prawa pacjenta i informacja” nastąpiła znacząca poprawa. Kolejną grupę wskaźników reprezentuje hasło „czas oczekiwania”. W tej kategorii badana jest reakcja systemu ochrony zdrowia na zapotrzebowanie na świadczenia (np. czy pacjent może bez problemu odwiedzić lekarza rodzinnego tego samego dnia, kiedy zgłasza taką potrzebę; czy pacjent może udać się do lekarza specjalisty, bez potrzeby wcześniejszej konsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu – lekarzem rodzinnym; czas oczekiwania na

skomplikowane oraz standardowe badania). Kolejną kategorią jest „wynik leczenia”, zapewne najtrudniejszy do porównania, jednak również brany pod uwagę w raporcie EHCI (w tej grupie próbuje się ustalić odsetek pacjentów po przebytych operacjach, skomplikowanych zabiegach oraz po szpitalnym leczeniu całkowicie na wcześniej leczoną jednostkę chorobową). Ostatnią kategorią, wybraną przez nas do analizy są „środki farmaceutyczne”. Celem autorów raportu EHCI była ocena dostępności informacji o lekarstwach dla osób spoza branży medycznej, ich rozpowszechnienie i łatwość znalezienia poszukiwanych przez pacjenta wiadomości. Dodatkowo brane są pod uwagę inne wskaźniki, takie jak dostępność nowych leków na rynku; okres jaki musi upłynąć zanim nowe leki trafią do szpitali itp. (Björnberg, Cebolla Garrofé i Lindblad, 2007, s. 18). Kolejnym aspektem poddanym analizie było wyszukanie drogi, jaką kierują się systemy ochrony zdrowia w omawianych okresach. Jak można zauważyć, kategoria pierwsza, tj. „prawa pacjenta i informacja”, była najwyższej ocenianą w roku 2007. Zmiana nastąpiła w roku 2009, kiedy to największą uwagę systemów ochrony zdrowia, państw biorących udział w analizie, zwróciła kategoria trzecia – wyniki leczenia. Jest to niewątpliwie dobra zmiana w systemie zarządzania, ponieważ największym prawem pacjenta jest pozytywny wynik leczenia.

Najślabiej ocenianą kategorią była grupa „środki farmaceutyczne”. Systemy ochrony zdrowia, z racji ograniczonych zasobów, tak zarządzają dobrami, by najefektywniej je wykorzystać. Pomimo wszelkich problemów, z jakimi borykają się osoby odpowiedzialne za zarządzanie ochroną zdrowia w państwie, widać iż decyzje przez nich podejmowane są słuszne. Kategorie niepotrzebujące zwiększania dostarczanych środków, nie otrzymują ich, gdyż wspierane są sektory tego wymagające. Słuszność podjętych decyzji potwierdza tab. 4, oraz uzyskiwanie z roku na rok przez kategorię trzecią największej liczby punktów.

Jak prezentuje tab. 6, w roku 2007 nieznaczne zwycięstwo i pierwsze miejsce w rankingu zajęła Austria z sumą 806 punktów. Austria ilością zebranych punktów wyprzedziła takie kraje, jak Holandia (794), Francja (786) czy też Szwajcaria z 770 punktami na koncie. Polska w roku 2007 zajęła 27 miejsce z sumą punktów 447. Całkowity wynik punktowy uzyskany przez systemy opieki zdrowotnej w rankingu EHCI z 2009 wyraźnie podkreśla zwycięstwo Holandii, która zdobyła 863 punkty na 1000 możliwych, wyprzedzając o 44 punkty znajdującą się na drugim miejscu z 819 punktami Danię i kolejno Islandię (nowy kraj w rankingu) z 811 punktami oraz Austrię z 795 punktami (zwycięzcę rankingu z 2007 roku). Pierwsze miejsce w rankingu z roku 2012 również zdobyła Holandia z wynikiem 872 na 1000 punktów, wyprzedzając Danię (822 punktów), Islandię (799), Luksemburg (791) i Belgię (783). Polska uzyskała 577 punktów, plasując się na 27 miejscu, co oznacza spadek o jedno miejsce w porównaniu z rokiem 2009. Niemniej jednak, należy zwrócić uwagę, iż każde z omawianych tutaj państw oraz ich systemy opieki zdrowotnej z roku na rok polepszają świadczone pacjentom usługi.

1. Prawa pacjenta i informacja		2. Czas oczekiwania			3. Wyniki leczenia			4. Środki farmaceutyczne			5. „Hojność” publicznej służby zdrowia (2007)/zakres i zasięg usług (2009)/prewencja, zakres i zasięg usług (2012)			6. e-Zdrowie	
		2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2009	2012
474	3987	4192	275	4440	5565	269	5568	6661	211	3169	2130	231	3356	3900	1388

Tab. 4. Najwyższej oceniane kategorie (lata 2007, 2009 i 2012). Źródło: jak tab. 2.

1. Prawa pacjenta i informacja		2. Czas oczekiwania			3. Wyniki leczenia			4. Środki farmaceutyczne			5. „Hojność” publicznej służby zdrowia (2007)/zakres i zasięg usług (2009)/prewencja, zakres i zasięg usług (2012)			6. e-Zdrowie	
		2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2007	2009	2012	2009	2012
474	3987	4192	275	4440	5565	269	5568	6661	211	3169	2130	231	3356	3900	1388

Tab. 5. Najniższej oceniane kategorie (lata 2007, 2009 i 2012). Źródło: jak tab. 2.

Rok	Podkategoria	Najlepszy kraj/kraje	Uzyskany wynik	Wynik maksymalny	Wynik uzyskany przez Polskę	Miejsce Polski w grupie 29 ocenianych państw
2007	1) prawa pacjenta i informacje	Dania	25	X	12	28
	2) czas oczekiwania na leczenie	Belgia	15	X	7	21
	3) wyniki leczenia	Szwecja	15	X	5	25
	4) „hojność” publicznej służby zdrowia	Finlandia, Francja, Węgry, Szwecja	11	X	8	11
	5) środki farmaceutyczne	Dania, Irlandia, Holandia, Słowenia, Szwajcaria	10	X	5	23
2009	1) prawa pacjenta i informacje	Dania	175	175	117	18
	2) e-zdrowie	Portugalia	67	75	38	19
	3) czas oczekiwania na leczenie	Albania, Belgia, Niemcy, Szwajcaria	187	200	107	27
	4) wyniki leczenia	Szwecja	250	250	131	24
	5) zakres i zasięg usług medycznych	Belgia, Luksemburg, Szwecja	137	150	86	24
2012	6) środki farmaceutyczne	Dania, Holandia	138	150	88	21
	1) prawa pacjenta i informacje	Dania	175	175	126	14
	2) czas oczekiwania na leczenie	Szwajcaria, Belgia, Luksemburg	233	250	117	28
	3) wyniki leczenia	Szwecja, Norwegia	300	300	188	19
	4) prewencja/zakres i zasięg usług medycznych	Holandia	163	175	99	21
	5) środki farmaceutyczne	Dania	90	100	48	23

“X” – nie podano w dostępnych artykułach.

Tab. 6. Analiza wyników EHCI według kategorii w latach 2007–2012. Źródło: jak tab. 2.

Dzięki czemu, na przykładzie Polski, zanotowaliśmy 130 punktowy wzrost, co przekłada się na wzrost satysfakcji pacjentów oraz łatwość i dostępność oferowanych przez system zdrowotny usług.

Sumaryczna ocena przygotowana po dokonaniu niezbędnych analiz pokazała, że istnieje grupa państw, które są oceniane z punktu widzenia efektywności systemu bardzo wysoko. Pierwsza dziesiątka najbardziej efektywnych systemów ochrony zdrowia według Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia w latach 2007, 2009 oraz 2012 gromadzi państwa, które różnią się między sobą typem modelu organizacji świadczeń zdrowotnych (tab. 7).

2007			
miejsce	suma punktów	państwo	model
1	806	Austria	Bismarcka
2	794	Holandia	Bismarcka
3	786	Francja	Bismarcka
4	770	Szwajcaria	Bismarcka
5	767	Niemcy	Bismarcka
6	740	Szwecja	Beveridge'a
7	724	Norwegia	Beveridge'a
8	719	Finlandia	Beveridge'a
9	712	Dania	Beveridge'a
10	701	Belgia	Bismarcka
27	447	Polska	Bismarcka
2009			
miejsce	suma punktów	państwo	model
1	875	Holandia	Bismarcka
2	819	Dania	Beveridge'a
3	811	Islandia	Beveridge'a
4	795	Austria	Bismarcka
5	788	Szwajcaria	Bismarcka
6	787	Niemcy	Bismarcka
7	778	Francja	Bismarcka
8	762	Szwecja	Beveridge'a
9	760	Luksemburg	Bismarcka
10	740	Norwegia	Beveridge'a
26	565	Polska	Bismarcka

cd. tab. 7

2012			
miejsce	suma punktów	państwo	model
1	872	Holandia	Bismarcka
2	822	Dania	Beveridge'a
3	799	Islandia	Beveridge'a
4	791	Luksemburg	Bismarcka
5	783	Belgia	Bismarcka
6	775	Szwecja	Beveridge'a
7	769	Szwajcaria	Bismarcka
8	766	Francja	Bismarcka
9	756	Norwegia	Beveridge'a
10	752	Finlandia	Beveridge'a
27	577	Polska	Bismarcka

Tab. 7. Top 10 państw w rankingu EHCI w latach 2007, 2009, 2012. Źródło: jak tab. 2.

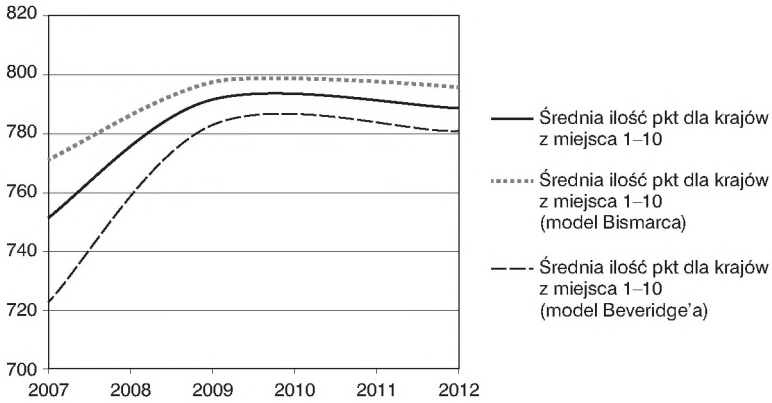
Przedstawione w tab. 7 dane posłużyły do przygotowania uśrednienia osiąganych wartości przez państwa realizujące ochronę zdrowia w modelu ubezpieczeniowym i zaopatrzeniowym (tab. 8).

Uśrednienie	2007	2009	2012
Średnia ilość punktów dla krajów z miejsca 1–10	751,90	791,50	788,5
Średnia ilość punktów dla krajów z miejsca 1–10 (model Bismarcka)	770,67	797,17	796,2
Średnia ilość punktów dla krajów z miejsca 1–10 (model Beveridge'a)	723,75	783,00	780,8
Ilość punktów uzyskanych przez Polskę	447,00	565,00	577,0

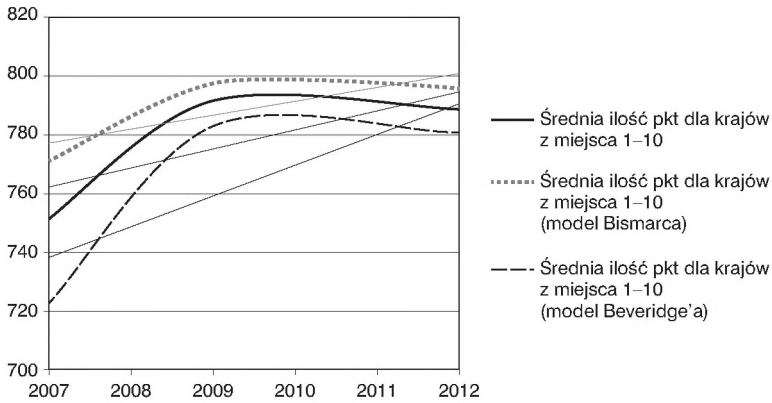
Tab. 8. Średnia wartość uzyskanych punktów państw z Top 10 rankingu EHCI w latach 2007, 2009, 2012. Źródło: jak tab. 2.

Z analizy uwidaczniających się trendów (rys. 3) wynika, iż w rankingu państw europejskich dominują te kraje, które stosują się do zasad modelu Bismarcka. Średnia ilość punktów uzyskana przez te kraje, jest dużo wyższa niż państw stosujących zasady Beveridge'a. W 2007 roku różnica ta zarysowała się dość wyraźnie, ponieważ na pierwszych pięciu miejscach plasowały się państwa z tej grupy. Niemniej jednak analizując wykres, stwierdzamy iż ogólna wartość punktowa dla poszczególnych okresów rośnie z upływem lat. Świadczy to o tym, iż niezależnie jaki model państwo wybrało, nadal się rozwija i z roku na rok poprawia swoją ocenę względem Health Consumer Powerhouse (średnia dla 2007 r. krajów z Top 10 wynosiła 751,9, natomiast

już w 2009 r. – 791,5, co stanowi skok o 40,4, w 2012 r. odnotowaliśmy spadek do 788,5 – jedynie o 3 punkty). By dodatkowo poprzec powyższy wniosek, przedstawiono rys. 4 (jest to rys. 3 z nałożonymi liniami trendu), gdzie każda z linii wyznacza linię trendu. Jak łatwo zauważyć wszystkie prezentują linię trendu wyżującego (wzrostowego, rosnącego), co oznacza iż z pewnym prawdopodobieństwem w następnych latach wartości będą rosły.



Rys. 3. Średnia wartość uzyskanych punktów państw z Top 10 rankingu EHCI w latach 2007, 2009, 2012. Źródło: jak tab. 2.



Rys. 4. Średnia wartość uzyskanych punktów państw z Top 10 rankingu EHCI w latach 2007, 2009, 2012 wraz z liniami trendu. Źródło: jak tab. 2.

Podsumowanie

Przedstawiona analiza potwierdza, iż w Unii Europejskiej są kraje, których narodowe systemy zdrowia znajdują się na bardzo wysokim poziomie i są pozytywnie oceniane przez ich świadczeniobiorców. Omówione wyniki badań prowadzonych przez HCP nie mają na celu dokonania szczegółowej diagnozy zasobów, jakie w poszczególnych krajach są wykorzystywane na ochronę zdrowia. Mają jednak za zadanie, które wypełniły w pełni, zobrazować narodową i organizacyjną kulturę służby zdrowia postrzeganą oczami pacjentów/klientów. Należy nadmienić, iż to właśnie pacjent, w każdym systemie ochrony zdrowia, powinien znajdować się na pierwszym miejscu. Analiza przeprowadzona przez HCP obejmowała wiele ankiet, o których wypełnienie proszono pacjentów oraz wiele badań, których wyniki były całkowicie niezależne od opinii pacjentów. Budzi to pewne wątpliwości, gdyż dane ze względu na sposób ich zbierania bywały niejednoznaczne, niemniej jednak pozwoliły wyciągnąć wnioski, których skomplikowaną formę jasno staraliśmy się przekazać. Postępujący rozwój w dziedzinie nowoczesnej medycyny oraz rosnąca presja na dostęp i jakość świadczeń sprowadza nas do punktu, w którym zarządzanie ograniczonymi zasobami i ich alokacja są kluczowymi czynnikami do osiągnięcia sukcesu i zaspokojenia narastających potrzeb społeczeństwa, co z punktu widzenia ekonomisty jest czymś zupełnie naturalnym – w jaki sposób ograniczone zasoby rozdzielić jak najefektywniej. Organizacja, jaką jest HCP, bada oraz porównuje rezultaty i jakość zarządzania ochroną zdrowia, wskazuje lidera i poprzez swoisty benchmarking sugeruje powielanie jego zachowań. Wyniki tegorocznego zestawienia EHCI, jak również tych z lat 2007 i 2009, potwierdzają wyższość państw, które stosują model Bismarcka nad tymi, których kluczowe elementy i założenia zaczerpnięto z modelu Beveridge'a. Potwierdza się tym samym rezultat otrzymany przez organizację HCP.

Bibliografia

- Afonso, A., Schuknecht, L. i Tanzi, V. (2005). Public sector efficiency: An international comparison. *Public Choice*, 123(3–4), 321–347.
- Barr, N. (1993). *Ekonomika polityki społecznej*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej.
- Björnberg, A., Cebolla Garrofé, B. i Lindblad, S. (2007). *Euro Health Consumer Index 2007*. Health Consumer Powerhouse AB.
- Björnberg, A., Cebolla Garrofé, B. i Lindblad, S. (2009). *Euro Health Consumer Index 2009*. Health Consumer Powerhouse AB.
- Björnberg, A., Cebolla Garrofé, B. i Lindblad, S. (2012). *Euro Health Consumer Index 2012*. Health Consumer Powerhouse AB.
- Bryson, J.M. (2004). *Strategic planning for public and nonprofit organizations*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Busse, R. *Health care systems in Europe – an impossible overview*. Pozyskano z: www.mig.tuberlin.de/fileadmin/a38331600/2004.lectures/Berlin_2004.01.18.rb_AWS.pdf (06.03.2009).

- Donaldson, T. i Preston, L.E. (1995). The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications. *Academy of Management Review*, 20(1), <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.1995.9503271992>.
- Dziubińska-Michalewicz, M. (1993). System opieki zdrowotnej. Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych. *Studia i Materiały Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych*, 3(376).
- Freeman, R.E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Boston, Ma.: Pitman.
- Getzen, T.E. (2000). *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwa Naukowe PWN.
- Golinowska, S. (2001). Funkcjonowanie systemu ustawowych kas chorych w Niemczech. *Prawo i Medycyna*, 3.
- Johnson-Lans, S. (2006). *A Heath economics. Primer*. Boston: The Addison-Wesley Series in Economics.
- Jones, T.M. i Wicks, A.C. (1999). Convergent Stakeholder Theory. *Academy of Management Review*, 24(2), <http://dx.doi.org/10.2307/259075>.
- Kemshall, H. (2002). *Risk, social policy and welfare*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Lubicz, M. (2010). Efektywność i inne miary konsekwencji działań w sektorze ochrony zdrowia: międzynarodowe analizy porównawcze (wstępne wyniki badań). W: T. Dudycz i G. Osbert-Pociecha (red.), *Efektywność – rozważania nad istotą i pomiarem*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Rydlewska-Liszkowska, I. (2001). Ewaluacja ekonomiczna w procesach decyzyjnych w opiece zdrowotnej. W: A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Narzędzia pracy menedżera*. Katowice: Akademia Ekonomiczna.
- Stiglitz, J.E. (2004). *Ekonomia sektora publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stoner, J., Freeman, R.E. i Gilbert, D.R. (1997). *Kierowanie*. Warszawa: PWE.
- Suchecka, J. (2010). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Wall, A. (red.). (1996). *Heath Care Systems In Liberal Democracies*. London, New York: Routledge, za: C.W. Włodarczyk i S. Poździej (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Włodarczyk, C.W. i Poździej, S. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.