

Justyna Kujawska

Porównanie funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w europejskich krajach OECD

Problemy Zarządzania 13/2 (2), 112-128

2015

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.

Porównanie funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w europejskich krajach OECD

Nadesłany: 19.03.15 | Zaakceptowany do druku: 25.06.15

Justyna Kujawska*

W artykule przedstawiono analizę porównawczą systemów opieki zdrowotnej w europejskich krajach OECD. Na podstawie literatury przedstawiono ogólną charakterystykę systemów Beveridge'a i Bismarcka. Zwrócono uwagę na potrzebę analiz i ocen systemów opieki zdrowotnej ze względu na czynniki finansowe, jak również uwarunkowania technologiczne i demograficzne. Analiza ma charakter jakościowy. Wszystkie kraje zostały podzielone na trzy grupy. Charakterystyki krajów po transformacji w latach 90. zostały odniesione do grup krajów mających system Beveridge'a lub Bismarcka. W analizie uwzględniono podstawowe, najczęściej wykorzystywane, parametry charakteryzujące wydatki, zasoby i rezultaty systemów opieki zdrowotnej. Analiza potwierdziła, że system Bismarcka jest bardziej kosztochłonny. Mimo że kraje po transformacji przyjęły system Bismarcka, stanowią odrębną grupę, wyraźnie odmienną od pozostałych krajów. Kraje te są w środku drogi do zbudowania sprawnych systemów opieki zdrowotnej, które mogłyby być porównywalne z systemami w krajach o stabilnej i ugruntowanej sytuacji ekonomicznej.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, modele Bismarcka i Beveridge'a, wydatki i rezultaty zdrowotne, analiza porównawcza.

Comparison of Health Care Systems in European Countries of OECD

Submitted: 19.03.15 | Accepted: 25.06.15

The article presents a comparative analysis of health care systems in European countries of the OECD. Based on the literature, the general characteristics of Beveridge and Bismarck systems are presented. Moreover, analyzes and assessments of health systems due to financial factors, as well as technological and demographic considerations were made. The article presents a comparative analysis of health care systems in European countries of the OECD. Based on the literature, the general characteristics of Beveridge and Bismarck systems are presented. Moreover, analyzes and assessments of health systems due to financial factors, as well as technological and demographic considerations were made. The analysis is qualitative in nature. All countries were divided into three groups. The characteristics of the transition countries in the 90s were referred to the group of countries with the system Beveridge or Bismarck. The analysis includes basic, the most commonly used parameters characterizing the expenses, resources, and results of health systems. The analysis confirmed that the Bismarck system is more costly. Despite the fact that the transition countries adopted a system of Bismarck, they are still a separate group, clearly different from the other countries. These countries are in the middle of the road to build the efficient health care systems that could be comparable with systems in countries with stable and well-established economic situation.

Keywords: health care, Bismarck and Beveridge models, health expenditure and outcomes, comparison analysis.

JEL: I13, I18, O57

* **Justyna Kujawska** – dr, Wydział Zarządzania i Ekonomii, Politechnika Gdańska.

1. Wprowadzenie

Celem tego artykułu jest przeprowadzenie analizy funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w europejskich krajach należących do OECD, ze szczególnym uwzględnieniem krajów po transformacji, która miała miejsce w latach 90. Sprawne działanie systemów opieki zdrowotnej stanowi przedmiot zainteresowania zarówno polityków, jak i całego społeczeństwa. Rozwój technologii medycznych, a także wprowadzanie nowych generacji leków, powodują, że istnieją obecnie możliwości efektywnego leczenia przypadków, które jeszcze do niedawna były poza zasięgiem możliwości lekarzy. Drugi problem, związany z funkcjonowaniem systemów opieki zdrowotnej, to obserwowane praktycznie we wszystkich krajach rozwiniętych, starzenie się społeczeństwa i związane z tym nowe wyzwania. Te uwarunkowania powodują, że utrzymanie krajowych systemów usług zdrowotnych generuje coraz wyższe koszty. We wszystkich krajach OECD obserwuje się stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia, jednakże często w opinii społecznej działanie instytucji ochrony zdrowia nie zawsze jest oceniane pozytywnie. Pacjenci oczekują usług wysokiej jakości, a przede wszystkim ich dostępności, która w wielu krajach jest mocno problematyczna, o czym świadczy m.in. długi czas oczekiwania na usługi niewymagające natychmiastowej interwencji. Skuteczne działanie systemów opieki zdrowotnej jest więc głównie uzależnione od dostępnych środków finansowych, jak również od sposobu administrowania tymi środkami. Rosnące wysiłki krajów bogatych i rozwijających się, mające na celu poprawę jakości i dostępu do usług zdrowotnych, wymagają obiektywnej i dokładnej oceny funkcjonowania ich systemów (González i in., 2010, s. 337). W literaturze przedmiotu jest wiele przykładów analiz zawierających oceny systemów zdrowotnych, przedstawiających zarówno rankingi, jak i rekomendacje dla krajów o mniejszej efektywności, co do działań, jakie powinny zostać podjęte, aby te systemy usprawnić (np. Anell i Willis, 2000, s. 770–778; Hadad i in., 2013, s. 253–265; Hollingsworth, 2012, s. 1–5; Retzlaff-Roberts, 2004, s. 55–72). Rosnące koszty opieki zdrowotnej stanowią duże i często zwiększające się obciążenie budżetów w większości krajów. Coraz częściej od decydentów wymaga się, aby zwiększyli efektywność poprzez obniżenie wydatków, jednakże przy utrzymaniu stałego poziomu jakości i dostępu do usług (Anell i Willis, 2000, s. 770).

2. Ogólna charakterystyka systemów ochrony zdrowia

Każdy z krajów opracował własny mechanizm zarządzania opieką zdrowotną, jednakże podobne cele i wspólne wydarzenia historyczne spowodowały, że systemy te mają wiele cech wspólnych. Z reguły bazują na mieszanych źródłach finansowania, ale większość funduszy w sposób bezpośredni lub pośredni jest kontrolowana przez państwo. Tylko niewielka część finansowania pochodzi z bezpośrednich opłat za usługi (*fee-for-services*) (Jakubowski i Busse, 1998, s. 17).

Na świecie istnieją różne modele systemów opieki zdrowotnej, które globalnie wpływają na strukturę, sposób dostarczania i sposób płatności za opiekę zdrowotną. W krajach Unii Europejskiej wyróżnia się trzy dominujące systemy finansowania opieki zdrowotnej (Jakubowski i Busse, 1998, s. 18). Pierwszym z nich jest finansowanie ze środków publicznych z podatków ogólnych (często określane jako model Beveridge'a). Drugim jest finansowanie publiczne bazujące na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (model Bismarcka). Trzeci jest związany z finansowaniem ze środków prywatnych i opiera się głównie na dobrowolnym ubezpieczeniu. W przypadku krajów UE obejmuje on jedynie niewielką część obywateli z całości populacji. Dwa pierwsze podstawowe systemy są najbardziej rozpowszechnione, jednakże programy zbudowane na ich podstawie różnią się, co wynika z czynników specyficznych dla poszczególnych krajów. Odmienne oczekiwania społeczne, obyczaje, kultura, historia, potrzeby i możliwości finansowe – to wszystko wpływa na sposób zorganizowania systemów opieki zdrowotnej (Fincham, 2011, s. 24).

National Health Service (NHS) to pierwszy system opieki zdrowotnej w krajach zachodnich oferujący bezpłatną opiekę medyczną dla całej populacji. Był to ponadto pierwszy kompleksowy system, który został wprowadzony w 1948 roku, i nie opierał się na zasadach ubezpieczeniowych, ale na świadczeniu usług opieki medycznej dostępnych dla każdego (Fincham, 2011, s. 24).

Drugi, powszechnie funkcjonujący, model Bismarcka określający strukturę, zasady finansowania i świadczenia opieki zdrowotnej, bazuje na „kasach chorych” (*sickness funds*), które są wspólnie finansowane przez pracodawców i pracowników z odpisów od wynagrodzeń. Model Bismarcka reprezentuje to, co jest dostępne dla społeczeństwa za pośrednictwem ubezpieczenia zdrowotnego (Fincham, 2011, s. 29).

Trzeci model bazuje na bezpośrednich płatnościach przez pacjenta (*out-of-pocket*) i jest dominujący w USA dla 45–47 mln nieubezpieczonych obywateli. W roku 2010 w USA zaczęto wdrażać pakiet ustaw reformujących opiekę zdrowotną (*Patient Protection i Affordable Care Act – PPACA*), który ma zapewnić objęcie ubezpieczeniem Amerykanów, obecnie niemających ubezpieczenia zdrowotnego (Fincham, 2011, s. 24, 30).

Udział pacjentów w kosztach w różnym stopniu wspiera publiczne finansowanie opieki zdrowotnej we wszystkich krajach. Najczęściej dotyczy to dopłat do leków przepisywanych na recepty, bazując na stawce ryczałtowej lub udziale procentowym od ceny lekarstwa (Jakubowski i Busse, 1998, s. 18). W niektórych państwach (np. Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Włochy, Irlandia, Portugalia), stosuje się również system współpłatności za specjalistyczną opiekę lekarską, natomiast znacznie rzadziej dopłaty dotyczą usług świadczonych przez lekarzy ogólnych (np. Austria, Belgia, Francja). Współpłacenie za opiekę szpitalną jest stosowane w Austrii, Belgii, Niemczech, Francji, Luksemburgu, Portugalii i Szwecji. W większości

państw członkowskich UE obserwuje się dążenia, aby chronić od udziału w kosztach grupy o niskich dochodach i inne grupy ludności znajdujące się w niekorzystnej sytuacji (Jakubowski i Busse, 1998, s. 19).

Opinie dotyczące reformy finansowania ochrony zdrowia są często przedstawiane jako wybór między ogólnym opodatkowaniem (model Beveridge'a) i społecznymi ubezpieczeniami zdrowotnymi (model Bismarcka) (Kutzin i in., 2009, s. 549). Jest to istotne dla krajów transformujących swoją gospodarkę¹.

Tak więc systemy opieki zdrowotnej dzielone są na dwie podstawowe kategorie, w zależności od tego, czy finansowane są z ogólnego opodatkowania, czy składek celowych, ale te różnice w finansowaniu są również skorelowane z różnicami w sposobie ich zorganizowania. Wiele aspektów obu kategorii systemów zbadano i opisano, ale brakuje odpowiedzi na pytanie, który system jest najlepszy i który powinien być preferowany. Każdy z nich ma swoje wady i zalety, ale można zadać też pytania, czy różnice między nimi mają charakter systematyczny, czy jest różnica w wydatkach na ochronę zdrowia i czy efekty ich funkcjonowania są oceniane pozytywnie (Van der Zee i in., 2007).

2.1. Charakterystyka badanej próby i parametry uwzględnione w ocenie

Analiza obejmuje 24 kraje podzielone na trzy grupy (tabela 1). Podstawowa grupa będąca przedmiotem zainteresowania to kraje, które w latach 90. przeszły transformację ekonomiczną i przyjęły system finansowania opieki zdrowotnej Bismarcka. Kolejne dwie grupy, stanowiące odniesienie do porównań, to pozostałe kraje, w których jest wykorzystywany system Beveridge'a lub Bismarcka. Analiza dotyczy lat 1990–2010 (w przypadku dostępności danych również roku 2011). W czterech krajach nastąpiła zmiana z systemu Bismarcka na Beveridge'a: Grecja w roku 1983, Włochy w roku 1978, Portugalia w roku 1979 i Hiszpania w roku 1986, czyli przed początkiem badanego okresu, w związku z czym ta zmiana nie jest uwzględniona w analizie. Wykorzystano dane pochodzące z bazy danych OECD Health Data.

Porównywanie systemów ochrony zdrowia napotyka problem dostępności danych, stąd w tym artykule do doboru zmiennych wykorzystano doświadczenia badaczy zajmujących się tą tematyką. Do porównań międzynarodowych systemów opieki zdrowotnej najczęściej używane są wydatki na opiekę zdrowotną, mierzone jako udział produktu krajowego brutto (PKB) lub per capita (przeliczone na USD PPP). Pomimo istotnych krytyk tej metody, względnie mało alternatywnych sposobów zostało wykorzystane w praktyce. Porównania oparte na miarach rzeczywistych, takich jak zasoby ludzkie, koszty leków i sprzętu medycznego oraz całkowitych wydatków mogą być bardziej użyteczne niż konwencjonalne porównania samych wydatków i mogą prowadzić do istotnych spostrzeżeń dotyczących usprawniania zarządzania systemami opieki zdrowotnej. Porównania tego typu są często używane

do wspierania argumentów, że dostępne zasoby nie są alokowane w sposób efektywny. Podkreśla się, że wydatki na opiekę zdrowotną muszą być interpretowane z dużą ostrożnością. Na przykład zmiany wydatków, jako udział w PKB mogą wynikać zarówno ze zmiany samego PKB, jak i zmiany wydatków na opiekę zdrowotną. Stały udział PKB na opiekę zdrowotną w czasie nie oznacza zatem stałych wydatków, ale raczej wskazuje, że zmiany wydatków na ochronę zdrowia były proporcjonalne do zmian PKB (Anell i Willis, 2000, s. 770). Na początku lat 90. OECD zaczęła uwzględniać miary rzeczywistych zasobów opieki zdrowotnej obok danych dotyczących wydatków. Dotyczą one liczby łóżek szpitalnych, lekarzy i farmaceutów na 1000 mieszkańców, dostępnych jednostek rezonansu magnetycznego (MRI), skanerów tomografii komputerowej (CT) i pracowników szpitala na łóżko (Anell i Willis, 2000, s. 771).

Model Beveridge'a	Model Bismarcka	Model Bismarcka – kraje po transformacji
Dania	Austria	Czechy
Finlandia	Belgia	Estonia
Grecja – od 1983	Francja	Polska
Hiszpania – od 1986	Holandia	Słowacja
Irlandia	Luksemburg	Słowenia
Islandia	Niemcy	Węgry
Norwegia	Szwajcaria	
Portugalia – od 1979		
Szwecja		
Wielka Brytania		
Włochy – od 1978		

Tabela 1. Podział badanych krajów na grupy. Źródło: opracowanie na podstawie: J. Van der Zee i M.W. Kroneman (2007). *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. *BMC Health Services Research*, 7, 94, doi: 10.1186/1472-6963-7-94; E. Jakubowski i R. Busse (1998). *Health care systems in the EU. A comparative study, Working Paper, SACO 101 EN*. *Luxemburg: European Parliament, Directorate General for Research*, s. 17–19.

Podobny problem z doбором parametrów dotyczy rezultatów (*outcomes*) opieki zdrowotnej. Najczęściej wykorzystywane jest podejście stosowania pośrednich wskaźników, które z założenia w podstawowy sposób określają stan zdrowia ludności. Rezultaty systemu opieki zdrowotnej mogą być zdefiniowane jako te zmiany w stanie zdrowia populacji, które mogą być przypisane do wydatków na ochronę zdrowia. Są to oczekiwana długość życia, umieralność niemowląt, nierówność w dostępie do usług, częstość występowania niektórych chorób itp. Mimo że mogą wystąpić pewne kontrowersje co do odpowiedniości niektórych z tych zmiennych, jako istotnych rezultatów

funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej, większość analiz na poziomie systemów wykorzystuje oczekiwaną długość życia oraz śmiertelności niemowląt do oszacowania rezultatów systemów zdrowotnych. Można jednak mieć zastrzeżenia co do tego, że śmiertelność niemowląt będąca w krajach słabo rozwiniętych dramatycznym problemem, nie jest już istotnym problemem w najbardziej rozwiniętych krajach Europy (González i in., 2010, s. 338). Podkreśla się, że średnia oczekiwana długość życia jest silną miarą, szeroko stosowaną w badaniach efektywności systemów ochrony zdrowia. Uwzględnia się jednak również inne determinanty mające głęboki wpływ na zdrowie ludzkie, takie jak: genetyka i zachowania pacjenta, dostępność usług medycznych i czynniki środowiskowo-społeczne (Hadad i in., 2013, s. 255; Nojszewska, 2011, s. 19).

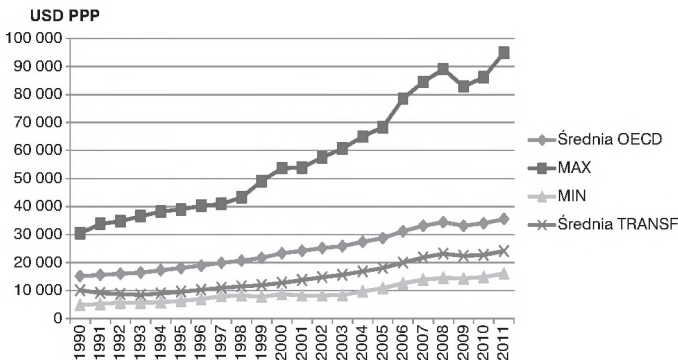
Środowisko społeczne jest ściśle związane ze stylem życia, postawami i zachowaniami ludności. Medycy eksperci już dawno zrozumieli związek pomiędzy stanem zdrowia osób i ich stylem życia i zachowaniami. Styl życia wiąże się z wyborami dietetycznymi i aktywnością fizyczną, podczas gdy zachowania odnoszą się do behawioralnych wyborów, które negatywnie wpływają na zdrowie, w tym używanie tytoniu, alkoholu i narkotyków. Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC) dokonało przeglądu głównych przyczyn przedwczesnej śmierci w Stanach Zjednoczonych i stwierdziło, że 50% jest bezpośrednio związane z indywidualnym stylem życia i zachowaniami. Stan zdrowia ludności w danym kraju zależy również od dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Postęp w opiece zdrowotnej i rozbudowa dostępu do opieki zdrowotnej spowodowały wzrost jakości i liczby lat życia w zdrowiu dla ludności w krajach OECD (Retzlaff-Roberts, 2004, s. 60). Wskaźnik potencjalnie utraconych lat życia (*Potential Years of Life Lost* – PYLL) pośrednio odwzorowuje te czynniki związane ze stylem życia i zachowaniami społeczeństwa. Przedwczesna umieralność mierzona jest w kategoriach potencjalnej utraty lat życia przed osiągnięciem wieku 70 lat i dotyczy zgonów wśród młodszych grup wiekowych ludności. Wartości PYLL w dużym stopniu są pod wpływem śmiertelności niemowląt oraz zgonów z powodu chorób i urazów dotyczących dzieci i młodych dorosłych: śmierć w wieku pięciu lat reprezentuje wartość 65 PYLL, a dla kogoś w wieku 60 lat tylko 10. Na przedwczesną umieralność może wpływać wiele innych czynników, takich jak wpływ postępu technologii medycznej, zwłaszcza w odniesieniu do śmiertelności niemowląt i zgonów spowodowanych przez choroby serca (OECD, 2011, s. 26). Wartość wskaźnika PYLL odwzorowuje standaryzowaną liczbę lat na 100 000 mieszkańców.

2.2. Porównanie systemów opieki zdrowotnej

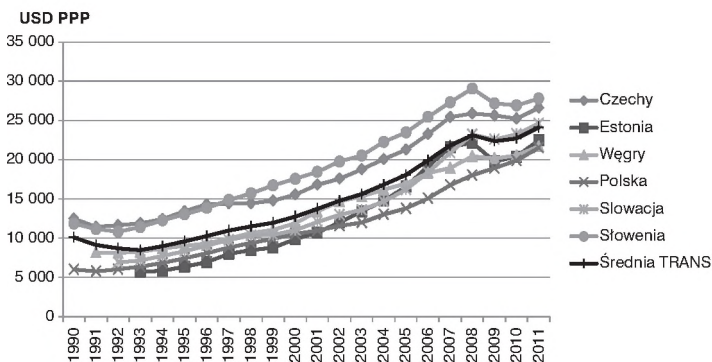
Kraje OECD charakteryzują się dużym zróżnicowaniem zamożności społeczeństw, czego ilustracją jest wartość PKB per capita wyrażona w USD PPP. Na rysunku 1 przedstawiono wartości maksymalne, minimalne i średnie dla wszystkich 34 krajów OECD. Dodatkowo przedstawiono wartość średnią

PKB per capita dla krajów po transformacji (Średnia TRANSF). Natomiast na rysunku 2 przedstawiono PKB per capita dla sześciu badanych krajów po transformacji.

Spośród wszystkich krajów OECD wartość maksymalną utrzymuje Luksemburg, natomiast minimalną kraje takie jak Chile, Meksyk i Turcja. Kraje po transformacji plasują się w rejonie wartości minimalnej, chociaż w badanym okresie obserwuje się wzrost; jego tempo jest porównywalne ze zmianami średniej dla wszystkich krajów OECD. W badanym okresie średnia krajów po transformacji stanowi jedynie od 51 do 68% średniej wartości wszystkich krajów OECD. Wśród krajów po transformacji obserwuje się w badanym okresie duże różnice między najbogatszymi krajami tej grupy, Słowenią i Czechami a Polską, która jest blisko wartości minimalnej, zawartej w przedziale 6000–11 000 USD PPP.



Rysunek 1. PKB per capita, wszystkie kraje OECD (USD PPP). Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 2. PKB per capita, kraje po transformacji (USD PPP). Źródło: opracowanie własne.

Dalsza analiza prowadzona jest dla europejskich krajów OECD. Na kolejnych rysunkach przyjęto zasadę przedstawiania, dla poszczególnych parametrów, wartości średnich dla dwóch pierwszych grup krajów (GRUPA 1 – system Beveridge’a i GRUPA 2 – system Bismarcka) oraz wartości bezwzględnych dla wybranych krajów z trzeciej grupy, krajów po transformacji. Wynika to z dużych braków w szeregach danych dla niektórych parametrów, szczególnie w pierwszej połowie badanego okresu. W przypadku pełnych szeregów danych na rysunkach przedstawiana jest wartość średnia dla całej grupy (GRUPA 3).

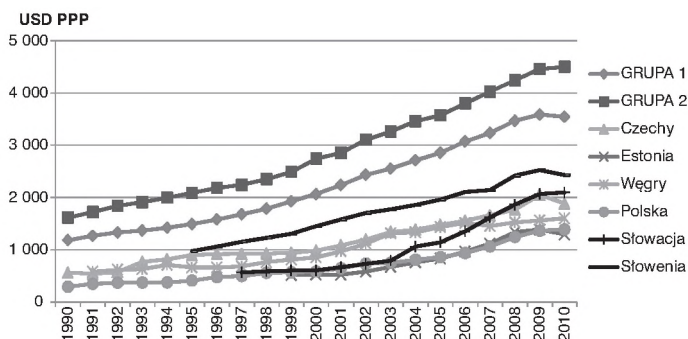
W analizie wykorzystano parametry określające rezultaty opieki zdrowotnej, takie jak wskaźnik śmiertelności niemowląt (IMR), oczekiwana długość życia w chwili urodzenia (LE) dla kobiet i mężczyzn oraz potencjalna liczba lat utraty życia (PYLL) dla kobiet i mężczyzn.

W ramach parametrów charakteryzujących zasoby systemów opieki zdrowotnej uwzględniono: liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców i liczbę łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców oraz średni czas pobytu w szpitalu.

Jako parametry charakteryzujące system finansowania w analizie uwzględniono: całkowite wydatki na system opieki zdrowotnej mierzone jako udział PKB oraz per capita (USD PPP); udział wydatków własnych (out of pocket) jako udział w całkowitych wydatkach na zdrowie i per capita (USD PPP); udział wydatków na leki w całkowitych wydatkach na zdrowie oraz wydatki na leki per capita (USD PPP).

3. Porównanie wydatków

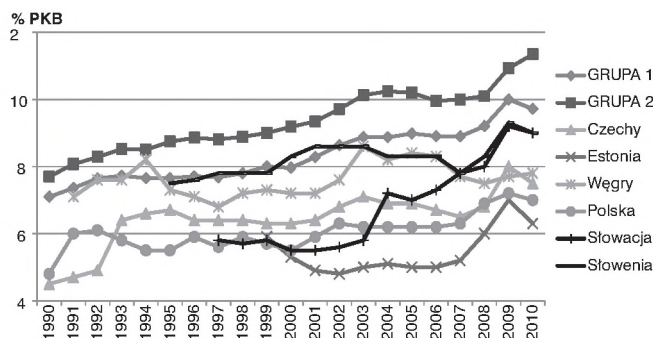
Rysunek 3 przedstawia wydatki na opiekę zdrowotną per capita (USD PPP). Bez względu na grupę krajów obserwuje się w badanym okresie stały wzrost, jednakże dynamika tego wzrostu jest większa dla krajów z grupy 1 i 2. Spośród krajów po transformacji liderem jest Słowenia, która również ma na największy PKB per capita z grupy krajów po transformacji (rysunek 2).



Rysunek 3. Wydatki na opiekę zdrowotną per capita. Źródło: opracowanie własne.

Polska w tej kategorii ma wynik najgorszy. Warto zwrócić też uwagę, że w badanym okresie kraje mające system Bismarcka przeznaczają na opiekę zdrowotną (od 37% w roku 1990 do 27% w roku 2010) większe nakłady. Jest to potwierdzenie wyników innych badań (Van der Zee i in., 2007), w których stwierdza się, że system Beveridge'a sprzyja ograniczaniu kosztów. Prawidłowości tej nie widać w grupie krajów po transformacji, w których jest stosowany system Bismarcka, jednakże wydatki są niewspółmiernie niskie w porównaniu z pozostałymi krajami, bez względu na wykorzystywany system opieki zdrowotnej. Jest to oczywiście wynikiem zdecydowanie gorszej sytuacji ekonomicznej w tych krajach i jest niezależne od stosowanego systemu.

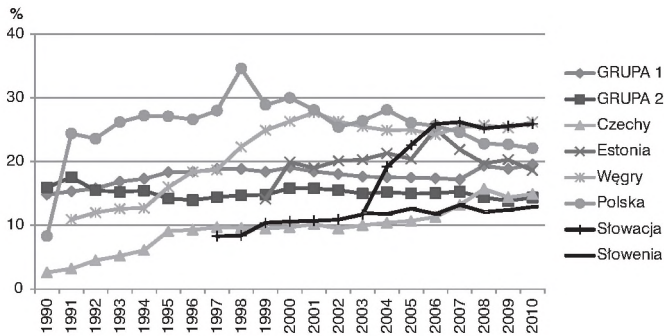
Rysunek 4 przedstawia średnie wydatki na opiekę zdrowotną w dwóch pierwszych grupach oraz wybranych krajach po transformacji, wyrażone jako udział procentowy w PKB. Dla krajów o stabilnych gospodarkach obserwuje się w miarę płynny wzrost (GRUPA 1 i GRUPA 2), natomiast dla krajów po transformacji trudno znaleźć takie prawidłowości. Wyjaśnić tę sytuację może fakt, że kraje po transformacji dopiero budują nową gospodarkę, a pozostałe mają już ugruntowaną przez kilkadziesiąt lat stabilną sytuację gospodarczą.



Rysunek 4. Wydatki na opiekę zdrowotną % PKB. Źródło: opracowanie własne.

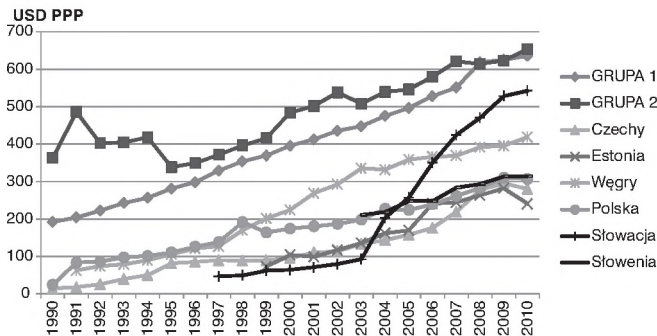
Ważnym problemem z punktu widzenia społeczeństwa jest jego udział we współfinansowaniu opieki zdrowotnej. Rysunek 5 przedstawia udział wydatków prywatnych bezpośrednich (out of pocket) w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną, natomiast rysunek 6 te same wydatki per capita wyrażone w USD PPP.

W badanym okresie udział wydatków out-of-pocket dla krajów z GRUPY 1 jest o kilka punktów procentowych wyższy niż GRUPY 2; zachowuje jednak pewną stabilizację. Dla grupy krajów po transformacji jest zdecydowanie większe rozproszenie. Prawie w całym okresie Polska ma najwyższy udział



Rysunek 5. Wydatki Out-of-pocket – % wydatków na zdrowie. Źródło: opracowanie własne.

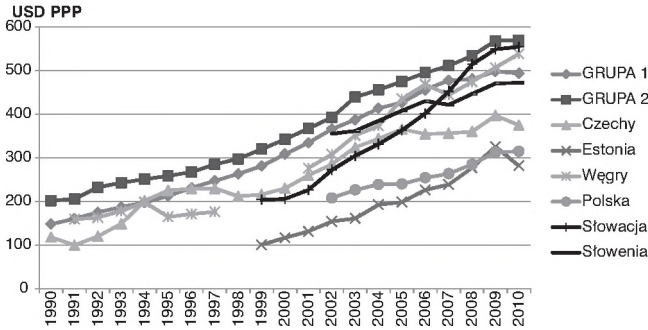
sięgający 30%, podobnie jak Węgry w ostatnich latach badanego okresu. Najniższy udział mają Czechy, Słowacja i Słowenia. Wydatki per capita (rysunek 6) dla krajów z dwóch pierwszych grup mają stałą tendencję rosnącą od 1995 roku. Obserwuje się, że w krajach mających system Bismarcka są one niewiele wyższe, jednak różnica ta zanika w trzech ostatnich latach badanego okresu. W krajach po transformacji największe wartości obserwuje się dla Węgier oraz od roku 2006 dla Słowacji.



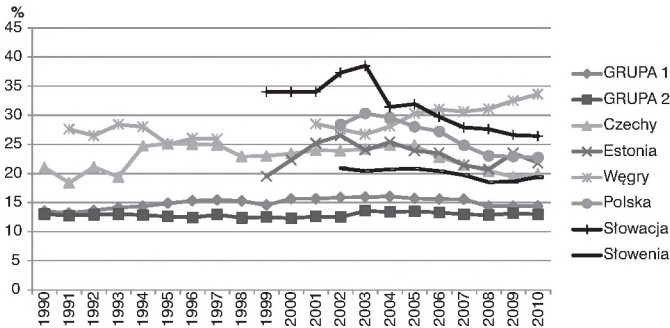
Rysunek 6. Wydatki Out-of-pocket – per capita (USD PPP). Źródło: opracowanie własne.

Wydatki na leki mają zróżnicowany udział w sumarycznych wydatkach na utrzymanie systemu opieki zdrowotnej, co ilustruje rysunek 8. W krajach z GRUPY 1 i GRUPY 2 utrzymują się one na stabilnym poziomie około 14% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. W grupie krajów po transformacji przekraczają natomiast nawet 30%. Może to być wytłumaczone tym, te same leki są stosowane we wszystkich krajach, a ich ceny są stabilne. To duże zróżnicowanie odzworowuje więc bardziej zmiany w sytuacji gospodarczej

krajów po transformacji. Potwierdzają to dane na rysunku 7, przedstawiającym wydatki na leki per capita (USD PPP), gdzie można zaobserwować dla dwóch pierwszych grup podobny rosnący trend zmian, z niewiele wyższymi wartościami dla krajów z systemem Bismarcka. Większość krajów z grupy trzeciej ma wydatki na leki zbliżone do dwóch pierwszych, za wyjątkiem Czech, Polski i Estonii, z zachowaniem zbliżonego trendu.



Rysunek 7. Wydatki na leki per capita (USD PPP). Źródło: opracowanie własne.



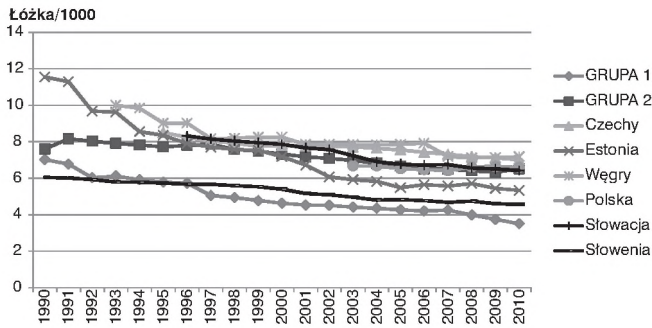
Rysunek 8. Udział leków w wydatkach na zdrowie. Źródło: opracowanie własne.

4. Porównanie zasobów

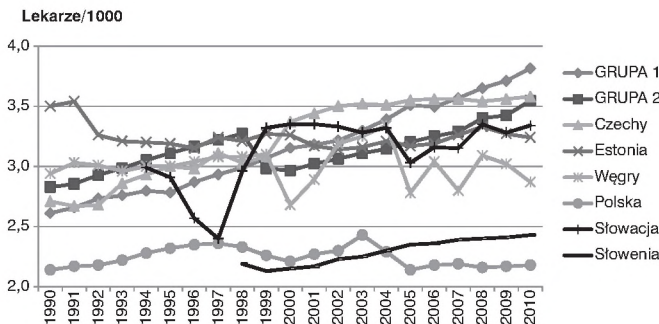
Istotne z punktu widzenia efektywności systemów opieki zdrowotnej są zasoby zaangażowane w proces świadczenia usług zdrowotnych. Dwa podstawowe i najbardziej kosztochłonne zasoby są przedstawione na dwóch kolejnych rysunkach.

Liczba łóżek na 1 000 mieszkańców ma tendencję spadkową we wszystkich grupach badanych krajów. Jest to wynik coraz szerszego stosowania medycyny

dziennej, bez konieczności hospitalizacji. Warto podkreślić, że w pierwszym roku badanego okresu wartość tego parametru jest praktycznie identyczna dla krajów z systemem Beveridge'a i Bismarcka, natomiast w latach kolejnych dynamika spadku liczby łóżek jest zdecydowanie większa dla krajów z systemem Beveridge'a. W końcowych latach badanego okresu w krajach z systemem Beveridge'a jest ponad 40% łóżek mniej niż w systemie Bismarcka. To też jest jeden z powodów, dla których system Bismarcka charakteryzuje się większymi kosztami. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców nie wykazuje już takiej prawidłowości. W grupie krajów z systemem Beveridge'a obserwuje się w badanym okresie stały wzrost od wartości 2,6 do 3,8, podczas gdy w grupie krajów z systemem Bismarcka wartość tego parametru jest bardziej stabilna i mieści się w przedziale 2,8–3,5. Grupa krajów po transformacji charakteryzuje się natomiast bardzo dużym rozproszeniem. Polska i Słowenia wyraźnie odbiegają od pozostałych krajów, a na Węgrzech obserwuje się największe wahania w liczbie lekarzy. Pozostałe kraje w okresie od roku 1998 mają wartości i trend zmian zbliżone do krajów z GRUPY 1 i GRUPY 2.

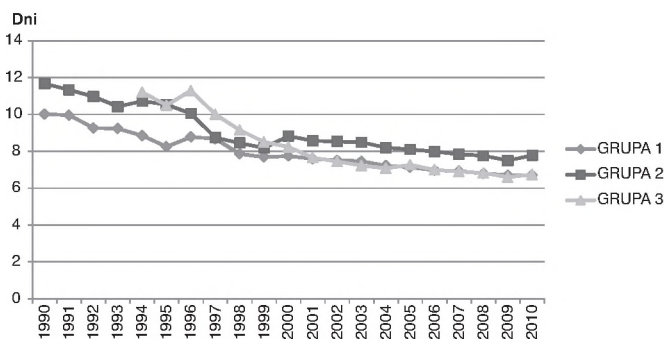


Rysunek 9. Liczba łóżek na 1000 mieszkańców. Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 10. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców. Źródło: opracowanie własne.

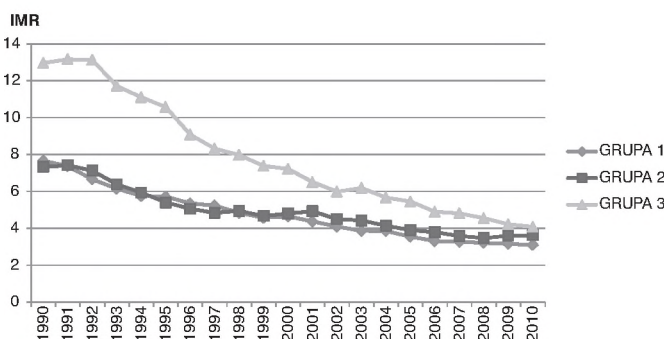
Ostatni parametr, charakteryzujący poziom wykorzystania zasobów, średnia długość pobytu pacjenta w szpitalu, przedstawiony jest na rysunku 11. Dla wszystkich grup krajów obserwuje się tendencję spadkową i w tym przypadku grupa krajów po transformacji nie odbiega od pozostałych.



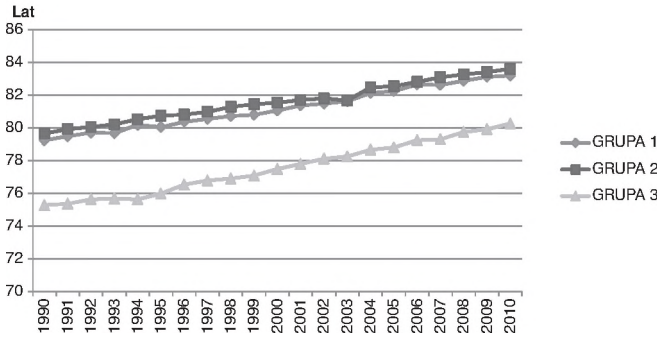
Rysunek 11. Średnia liczba dni hospitalizacji. Źródło: opracowanie własne.

5. Porównanie rezultatów

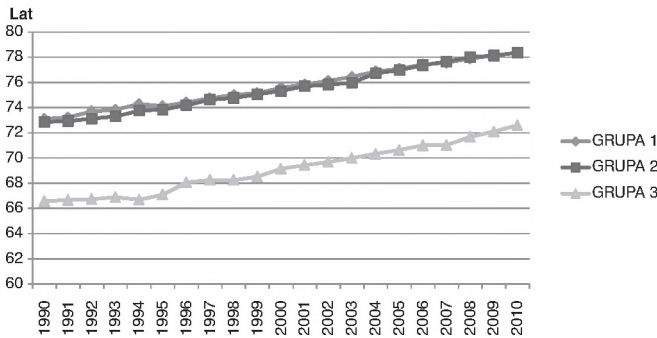
Rysunek 12 przedstawia wskaźnik śmiertelności niemowląt (IMR). Dla krajów z dwóch pierwszych grup nie obserwuje się istotnej różnicy, a wskaźnik ten stale zmniejsza swoją wartość. Natomiast dla krajów z grupy 3 obserwuje się, że spada on dynamicznie i pod koniec badanego okresu osiąga wartości zbliżone do pozostałych krajów. Zmiany w systemie opieki zdrowotnej oraz inne zmiany wynikające z przeprowadzonej transformacji w tych krajach wpłynęły bardzo pozytywnie.



Rysunek 12. Wskaźnik IMR. Źródło: opracowanie własne.



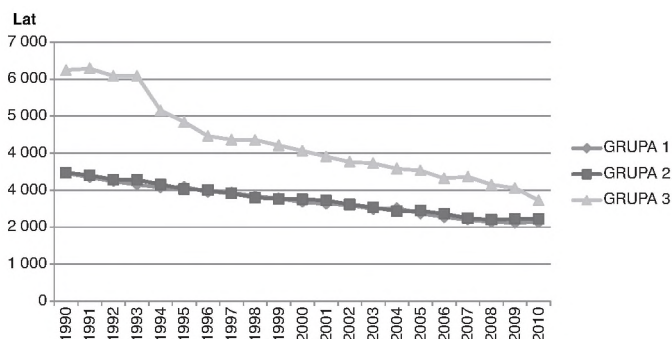
Rysunek 13. Oczekiwana długość życia – kobiety. Źródło: opracowanie własne.



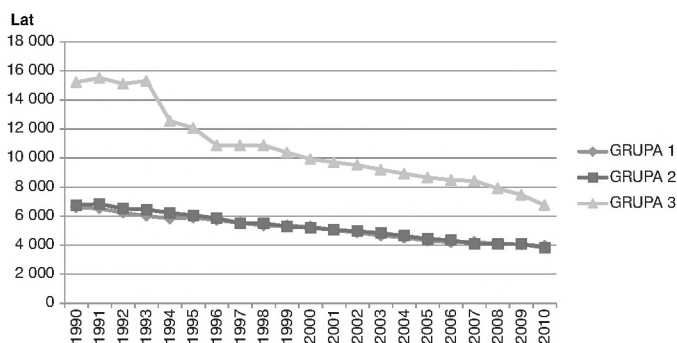
Rysunek 14. Oczekiwana długość życia – mężczyźni. Źródło: opracowanie własne.

Innym podstawowym parametrem charakteryzującym rezultaty systemów opieki zdrowotnej jest oczekiwana długość życia w chwili urodzenia (LE) przedstawiona dla kobiet i mężczyzn na rysunkach 13 i 14. Wartość tego parametru jest praktycznie niezależna od systemu w krajach grupy 1 i 2. Natomiast grupa krajów po transformacji wykazuje wartości około 3–4 lata niższe dla kobiet i około 6 lat dla mężczyzn. Trend zmian dla wszystkich krajów jest zbliżony. Oczekiwana długość życia nie jest zależna od sposobu zorganizowania systemu ochrony zdrowia, a w przypadku grupy krajów po transformacji jest raczej odwzorowaniem opóźnień cywilizacyjnych.

Podobna sytuacja występuje dla wskaźnika PYLL – potencjalnej liczby lat utraconego życia, co ilustrują rysunki 15 i 16. Dla krajów z grupy 1 i 2 nie ma praktycznie różnicy i obserwuje się powolny spadek wartości tego parametru. Dla grupy krajów po transformacji wartość ta spada natomiast bardziej dynamicznie, co bez wątpienia jest zjawiskiem pozytywnym i efektem zmian wprowadzonych w tych krajach.



Rysunek 15. Wskaźnik PYLL – kobiety. Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 16. Wskaźnik PYLL – mężczyźni. Źródło: opracowanie własne.

6. Podsumowanie

Sprawne systemy opieki zdrowotnej mają dla społeczeństwa kluczowe znaczenie i wpływają w znaczący sposób na jakość życia. Z przeprowadzonej analizy trudno jest dokonać oceny, który z systemów – Beveridge'a czy Bismarcka – jest lepszy. Niektóre parametry potwierdzają, że system Bismarcka jest bardziej kosztochłonny, natomiast większe nakłady nie przekładają się bezpośrednio na rezultaty, takie jak oczekiwana długość życia, śmiertelność niemowląt czy potencjalna utrata lat życia, które bez względu na stosowany system opieki zdrowotnej są zbliżone². Odmierna sytuacja jest obserwowana w krajach po transformacji, co nie wynika z przyjętego przez te kraje systemu Bismarcka, ale tego, że reformy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej nie są jeszcze zakończone. Wydaje się, że podstawowym czynnikiem determinującym jakość systemu opieki zdrowotnej jest ogólna zamożność społeczeństwa. Potwierdza to w wielu wskaźnikach dobra pozycja

Słowenii, która jest liderem w tej grupie krajów pod względem poziomu PKB. Warto podkreślić problem współpłatności za usługi zdrowotne przez pacjentów. Jest to obserwowane we wszystkich krajach, jednakże niepokojąco wysoki udział jest obserwowany w krajach o mniejszym PKB. Ceny usług są wyrównane we wszystkich krajach, lecz istnieje duża dysproporcja dochodów ludności.

Można przytoczyć opinię innych autorów (González i in., 2010, s. 337), którzy stwierdzają, że kraje bogate znajdują się w strefie malejących przychodów funkcji produkcji, co nazwane jest medycyną *flat-of-the-curve*. Odnosi się to do sytuacji, w której wpływ dodatkowej opieki zdrowotnej na stan zdrowia danej osoby lub populacji spada do zera. Może to wynikać z działania malejących przychodów skali. Stąd ważne jest dawanie priorytetu dla pacjentów, którzy mogą zyskać najwięcej z prowadzonej terapii (Flat of the Curve Medicine, 2013). W tych krajach coraz bardziej kosztowne innowacje i usługi mogą zaledwie wpłynąć w niewielki sposób na poprawę ogólnego poziomu stanu zdrowia populacji. Sugeruje się, aby przekierowywać zasoby z medycyny *flat-of-the-curve* do innych programów, które będą promować zdrowe nawyki, mogące lepiej przyczynić się do stanu zdrowia w bogatych krajach. W krajach słabiej rozwiniętych niewielkie inwestycje w opiece zdrowotnej mogą natomiast w znacznie większym stopniu wpływać na takie wskaźniki jak zmniejszenie śmiertelności, wzrost oczekiwanej długości życia i ogólna poprawa warunków życia. Skala tych efektów również jednak krytycznie zależy od sposobu, w jaki są wykorzystywane zasoby.

Dalsze prace, jakie można prowadzić w tym zakresie, będą dotyczyły pomiaru efektywności systemów opieki zdrowotnej, lecz już na podstawie analizy przeprowadzonej w tym artykule widać, że kraje OECD nie tworzą grupy homogenicznej.

Przypisy

- ¹ Przykładem może być Kirgistan, gdzie w roku 1997 wprowadzono obowiązkowy fundusz ubezpieczenia zdrowotnego. Zdaniem autorów stanowi to doskonały przykład, dlaczego niewłaściwe jest redukcje zmian polityki finansowania opieki zdrowotnej do wyboru między modelami Beveridge'a i Bismarcka. Zamiast podzielić system według statusu ubezpieczeniowego ludności, jak zrobiło wiele innych krajów o niskich i średnich dochodach, reformy kirgiskie kierowano w celu posiadania jednolitego systemu dla całej populacji. System ten charakteryzuje się stopniowym rozwojem obowiązkowego funduszu ubezpieczeń zdrowotnych, jako jedynego nabywcy usług zdrowotnych dla całej populacji i ustanowienie wyraźnie zdefiniowanego pakietu świadczeń. Reforma ta wykazała, że różne źródła finansowania mogą być wykorzystane w sposób komplementarny, aby umożliwić utworzenie jednolitego, powszechnie dostępnego systemu (Kutzin i in., 2009, s. 549).
- ² W 1995 roku ukazał się artykuł hiszpańskich badaczy (Elola i in., 1995, s. 1399–1400), w którym wskazano, że przy tym samym wzroście wydatków na ochronę zdrowia wskaźnik śmiertelności niemowląt (IMR) zostanie szybciej obniżony w krajach modelu Beveridge'a niż Bismarcka.

Bibliografia

- Anell, A. i Willis, M. (2000). International comparison of health care systems using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 770–778.
- Elola, J., Daponte, A. i Navarro, V. (1995). Health Indicators and the Organization of Health Care Systems In Western Europe. *American Journal Public Health*, 85(10), 1397–1401, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.85.10.1397>.
- Fincham, J. (2011). *Health Policy and Ethics*. London: Pharmaceutical Press.
- Flat of the Curve Medicine. Definition, <http://www.dictionarcentral.com/definition/flat-of-the-curve-medicine.html> (12.06.2013).
- González, E., Cárcaba, A. i Ventura, J. (2010). Value efficiency analysis of health systems: does public financing play a role? *Journal of Public Health*, 18, 337–350.
- Hadad, S., Hadad, Y. i Simon-Tuval, T. (2013). Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 14(2), 253–265.
- Hollingsworth, B. (2012). Revolution, evolution, or status quo? Guidelines for efficiency measurement in health care. *Journal of Productivity Analysis*, 37, 1–5.
- Jakubowski, E. i Busse, R. (1998). Health care systems in the EU. A comparative study., *Working Paper, SACO 101 EN*. Luxemburg: European Parliament, Directorate General for Research.
- Kutzin, J., Ibraimova, A., Jakab, M., O'Dougherty, S. (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ*, 87, 549–554, <http://dx.doi.org/10.2471/BLT07.049544>.
- Nojszewska, E. (2011). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
- Retzlaff-Roberts, D., Chang, C.F., Rubin, R.M. (2004). Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries. *Health Policy*, 69, 55–72.
- Van der Zee, J. i Kroneman M.W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7, 94, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-7-94>.