

**PRACE NAUKOWE**

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

**RESEARCH PAPERS**

of Wrocław University of Economics

**266**

# Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,  
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,  
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

[www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl), [www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com),

The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com),

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

[http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się  
na stronie internetowej Wydawnictwa

[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie  
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2012

**ISSN 1899-3192**

**ISBN 978-83-7695-278-9**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

# Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

---

## Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

---

<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska</b> , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
<b>Ewelina Nojszewska</b> , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce .....	23
<b>Henryk Kromolowski</b> , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia .....	38
<b>Paulina Pieprzyk</b> , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia .....	46
<b>Maria Węgrzyn</b> , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska) .....	58

---

## Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

---

<b>Beata Zaleska</b> , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej .....	75
<b>Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska</b> , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
<b>Ewa Książek</b> , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia .....	99
<b>Dorota Korenik</b> , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
<b>Izabela Witczak</b> , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie .....	121
<b>Agnieszka Bem</b> , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie .....	143

---

### **Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania**

---

<b>Monika Truszkowska-Kurstak</b> , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
<b>Mariola Dwornikowska-Dąbrowska</b> , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny .....	181
<b>Paulina Ucieklak-Jeż</b> , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia .....	194
<b>Dariusz Kotarski</b> , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych .....	209

---

### **Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej**

---

<b>Joanna Jończyk</b> , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej .....	221
<b>Beata Buchelt</b> , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne .....	229
<b>Danuta Kunecka</b> , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi .....	246

## **Summaries**

<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska</b> , Ownership changes in healthcare system – historical background .....	22
<b>Ewelina Nojszewska</b> , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
<b>Henryk Kromolowski</b> , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection .....	45
<b>Paulina Pieprzyk</b> , Local government in healthcare system – threads and opportunities .....	57
<b>Maria Węgrzyn</b> , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
<b>Beata Zaleska</b> , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
<b>Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska</b> , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems? .....	98
<b>Ewa Książek</b> , Public-Private Partnership in healthcare sector .....	108

---

<b>Dorota Korenik</b> , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector .....	120
<b>Izabela Witczak</b> , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
<b>Agnieszka Bem</b> , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
<b>Monika Truszkowska-Kurstak</b> , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity .....	180
<b>Mariola Dwornikowska-Dąbrowska</b> , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system .....	193
<b>Paulina Ucieklak-Jeż</b> , Factors affecting functioning of health care system ...	208
<b>Dariusz Kotarski</b> , Improvement of service quality management in sanatoriums .....	218
<b>Joanna Jończyk</b> , Human resources as a critical component of health care change .....	228
<b>Beata Buchelt</b> , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities .....	245
<b>Danuta Kunecka</b> , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

**Paulina Ucieklak-Jeż**

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

---

## CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

---

**Streszczenie:** Metodologicznym celem pracy jest prezentacja ogólnego miernika jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, skoncentrowana na wybranych zagadnieniach jakości, porównujących nakłady (finansowanie) i efekty (zdrowotność społeczeństwa) w modelach systemów zdrowotnych. Celem empirycznym jest ilościowa analiza niektórych aspektów systemu ochrony zdrowia w Polsce za pomocą wybranych mierników zdrowotności i finansowania ochrony zdrowia.

**Słowa kluczowe:** funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, finansowanie ochrony zdrowia, przeciętne trwanie życia w dobrym zdrowiu.

### 1. Wstęp

Dziś w naszym kraju, podobnie jak w wielu innych, obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Ponieważ koszty ochrony zdrowia (w przeliczeniu na jedną osobę) rosną zazwyczaj wraz z wiekiem, proces ten powoduje nieunikniony wzrost nakładów finansowych na ochronę zdrowia, spotęgowany dodatkowo powstawaniem nowych (często kosztownych) metod leczenia. Z tego powodu zachodzi potrzeba oceny rezultatów działania istniejącego systemu ochrony zdrowia – oceny, czy ponoszone wysokie nakłady finansowe znajdują odzwierciedlenie w osiągniętych wynikach.

Celem działania systemu ochrony zdrowia jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Dlatego też ów cel należy oceniać przede wszystkim z punktu widzenia poziomu zdrowotności danego społeczeństwa, który mierzony jest m.in. przeciętnym dalszym trwaniem życia w dobrym zdrowiu. Z drugiej strony system ochrony zdrowia oceniać można pod względem dostępności do różnych usług medycznych oraz sposobu traktowania pacjentów przez odpowiedni personel, przede wszystkim przez lekarzy i pielęgniarki, co nosi nazwę wrażliwości systemu, a także z uwagi na sprawiedliwość ponoszenia kosztów ochrony zdrowia przez różne grupy społeczne.

Ogólny miernik jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia został zaproponowany przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia [WHO 2000; Ucieklak-

-Jeż 2006]. Opiera się on na jego trzech podstawowych charakterystykach: finansowaniu (F), zdrowotności społeczeństwa (ZD), wrażliwości systemu (WR). Do osiągnięcia celu, który dla każdego systemu ochrony zdrowia stanowi zapewnienie jak najlepszej opieki zdrowotnej jak największej części społeczeństwa przy wykorzystaniu ograniczonych środków finansowych, niezbędna jest konkurencyjność. Konkurencyjność może odbywać się na podstawie licznych cech oferty rynkowej, takich np. jak jakość.

Metodologicznym celem pracy jest prezentacja ogólnego miernika jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, skoncentrowana na wybranych zagadnieniach jakości, porównujących nakłady (finansowanie) i efekty (zdrowotność społeczeństwa) w modelach systemów zdrowotnych. Celem empirycznym natomiast jest analiza niektórych aspektów systemu ochrony zdrowia w Polsce za pomocą wybranych mierników zdrowotności i finansowania ochrony zdrowia.

## 2. Finansowanie opieki zdrowotnej

Na świecie można wyróżnić podstawowe modele systemów opieki zdrowotnej: ubezpieczeniowy (powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, opartych na finansowaniu lub zakupie świadczeń zdrowotnych), zaopatrzeniowy (narodowej służby zdrowia, w którym państwo lub samorząd dostarcza świadczenia rzeczowe), Siemaszki, rezydualny (prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych). Tabela 1. prezentuje cechy wymienionych modeli finansowania opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej.

**Tabela 1.** Porównanie modeli finansowania opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej

Cecha	Model		
	ubezpieczeniowy Bismarcka	zaopatrzeniowy Beveridge'a	Siemaszki
Główne źródło finansowania	składki obowiązkowego ubezpieczenia	budżet centralny z podatkami	budżet państwa, środki przekazywane na potrzeby zdrowotne nie są realnie powiązane z potrzebami zdrowotnymi
Kryterium dostępu do świadczeń	składka ubezpieczeniowa	wolny dostęp dla wszystkich obywateli	wolny dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej na tych samych zasadach
Udział sektora prywatnego	równowaga między sektorem prywatnym i publicznym	brak lub niewielki udział sektora prywatnego	opieka całkowicie zapewniona przez państwo, ścisła rejonizacja
Rola państwa	tworzenie ram prawnych, kontrola funkcjonowania kas chorych	organizacja systemu, dostarczanie usług, kontrola funkcjonowania	nadzór nad systemem, monopol na zatrudnienie i wynagrodzenie pracowników

Źródło opracowanie własne, na podstawie: [Misiński 2007; Suchecka 2010].

Ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej funkcjonuje m.in. w Austrii, Belgii, Niemczech, we Francji, w Holandii, Luksemburgu. Model ten jest najstarszy i wywodzi się z rozwiązań przyjętych w ustawie o ubezpieczeniu na wypadek choroby, z pakietu ustaw socjalnych zainicjowanych w 1883 r. przez kanclerza Rzeszy Otto von Bismarcka, dlatego też nazwany został modelem bismarckowskim [Misiński 2007]. Jego cechami charakterystycznymi są: istnienie licznych autonomicznych kas chorych, utworzonych ze składek na ubezpieczenie funduszy przeznaczonych na finansowanie określonych świadczeń przysługujących ubezpieczonym; współpłacenie składek w określonej partycypacji przez pracowników i pracodawcę oraz zarządzanie funduszami przez niezależne od administracji państwowej zarządy, kontrolowane także przez reprezentantów ubezpieczeniowych; zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami ochrony zdrowia na realizację świadczeń dla ubezpieczonych; możliwość wyboru ubezpieczyciela (regionalny bądź branżowy) oraz zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych lub finansowanie zrealizowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych; zasada solidaryzmu, polegająca na redystrybucji środków finansowych między zdrowymi a chorymi, mężczyznami a kobietami, ubezpieczonymi bez rodziny a ubezpieczonymi z rodzinami, młodymi a starymi, więcej a mniej zarabiającymi.

Model państwowej opieki zdrowotnej (zaopatrzeniowy) został wprowadzony po II wojnie światowej w Wielkiej Brytanii, gdzie wyłączono z systemu ubezpieczeń społecznych opiekę medyczną, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych. Państwo jest odpowiedzialne za powszechny dostęp do usług zdrowotnych, a realizuje ten obowiązek za pośrednictwem państwowej opieki zdrowotnej. Wyznacznikami opisywanego modelu są następujące cechy: świadczenie usług wszystkim, bez względu na status społeczny; określanie ustawowej wielkości środków finansowych budżetu państwa przeznaczonych na finansowanie opieki zdrowotnej; istnienie gwarancji państwa w zakresie powszechnej dostępności do świadczeń zdrowotnych; państwowa organizacja udzielania świadczeń, czyli publiczne zakłady opieki zdrowotnej; nadzór i kontrola administracji państwowej (rządowej i samorządowej) nad systemem ochrony zdrowia. W tym modelu kontrakty są oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli. Charakterystyczne są również: niewielki zakres działalności sektora prywatnego, niewysoka partycypacja pacjenta w kosztach leczenia, wynagradzanie lekarzy na zasadzie stałej pensji lub kapitału. Zaopatrzeniowy system opieki zdrowotnej funkcjonuje w krajach skandynawskich (Dania, Szwecja, Finlandia), wyspiarskich (Wielka Brytania, Irlandia) oraz w Grecji (od 1983 r.), Hiszpanii (od 1986 r.), Portugalii (od 1979 r.) i we Włoszech (od 1978 r.).

W Polsce, a także w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, do końca lat 80. XX wieku obowiązywał system oparty na modelu Siemaszki. Obecnie w krajach Europy Środkowej i Wschodniej podlega on przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy czy budżetowo-ubezpieczeniowy, dlatego analiza owych systemów będzie w dalszej części artykułu prowadzona oddzielnie.



### 3. Wydatki na ochronę zdrowia w wybranych krajach

Finansowanie ochrony zdrowia we współczesnych państwach jest jednym z najważniejszych aspektów społecznych i ekonomicznych. Porównanie wydatków na ochronę zdrowia państw o różnych systemach zdrowotnych wymaga – ze względu na różny sposób finansowania – zastosowania odpowiednich mierników. Właściwą ocenę stanu finansowania mogą dać porównania międzynarodowe poszczególnych mierników finansowania ochrony zdrowia:

- wydatków na ochronę zdrowia jako % PKB,
- wydatków całkowitych na ochronę zdrowia *per capita* USD PPP,
- wydatków publicznych na ochronę zdrowia w USD na osobę według PPP,
- wydatków bezpośrednio ponoszonych przez pacjenta, typu *out-of-pocket*, USD PPP.

Udział wydatków na zdrowie w PKB to miernik opisujący poziom finansowania ochrony zdrowia. W celu przeanalizowania stopnia zróżnicowania całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną jako odsetka PKB pomiędzy krajami stosującymi ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej a krajami, w których funkcjonuje zaopatrzeniowy system opieki zdrowotnej, określono średnią wartość mierników<sup>1</sup>.

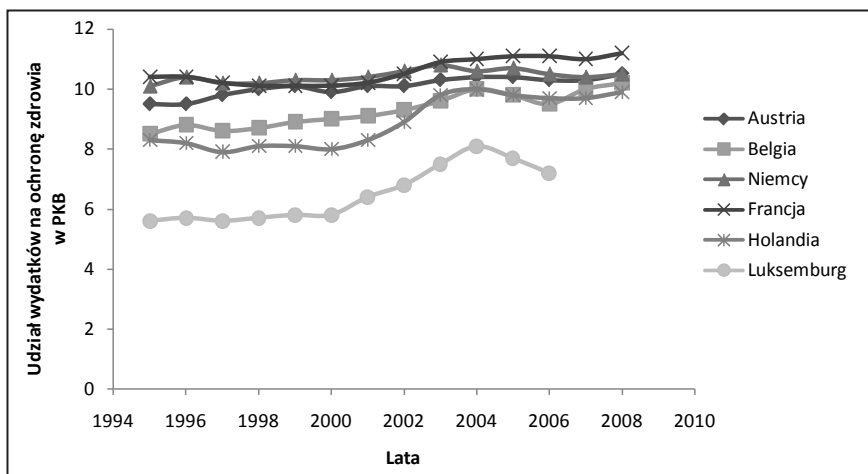
Graficzna prezentacja (rys. 1, 2, 3) wartości pozwala zidentyfikować różnice w wartości badanego miernika pomiędzy krajami stosującymi ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej i krajami, w których funkcjonuje zaopatrzeniowy systemów opieki zdrowotnej, jak również tymi, w których obowiązuje system ulegający dziś przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy. Oszacowanie całkowitych wydatków na zdrowie obejmuje wydatki publiczne i prywatne.

Udział wydatków na ochronę zdrowotną w PKB w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy, jest zdecydowanie większy; średnio ( $\bar{x}_{u1} > \bar{x}_{z1} > \bar{x}_{s1}$ ) wydawały one na ten cel większą część PKB niż kraje, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy, i kraje, w których system podlega obecnie przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy. Widoczne jest duże zróżnicowanie miernika pomiędzy analizowanymi systemami funkcjonowania opieki zdrowotnej. Średnia wartość miernika  $\bar{x}_{u1}$  w latach 1995-2008 wynosiła 9,3%, średnia wartość miernika  $\bar{x}_{z1}$  w tym samym czasie – 8,2%, natomiast miernika  $\bar{x}_{s1}$  – 6,7%. We wszystkich krajach, w którym funkcjonuje system ubezpieczeniowy, wartość miernika jest wyższa od wartości miernika w pozostałych krajach, w któ-

<sup>1</sup>  $\bar{x}_u$  – średnia wartość wskaźnika w poszczególnych latach w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy.

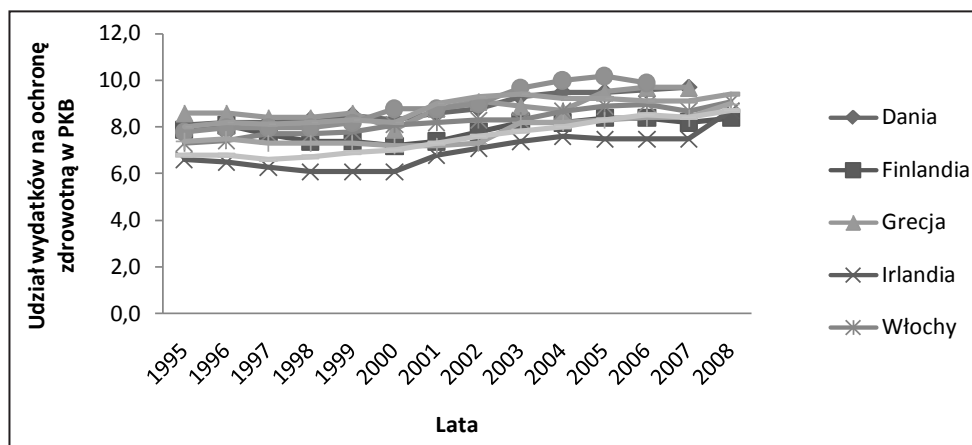
$\bar{x}_z$  – średnia wartość wskaźnika w poszczególnych latach w krajach, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy.

$\bar{x}_s$  – średnia wartość wskaźnika w poszczególnych latach w krajach, w których do końca lat 80. XX wieku obowiązywał system oparty na modelu Siemaszki, a obecnie podlega przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy.



Rys. 1. Udział wydatków na ochronę zdrowotną w PKB w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

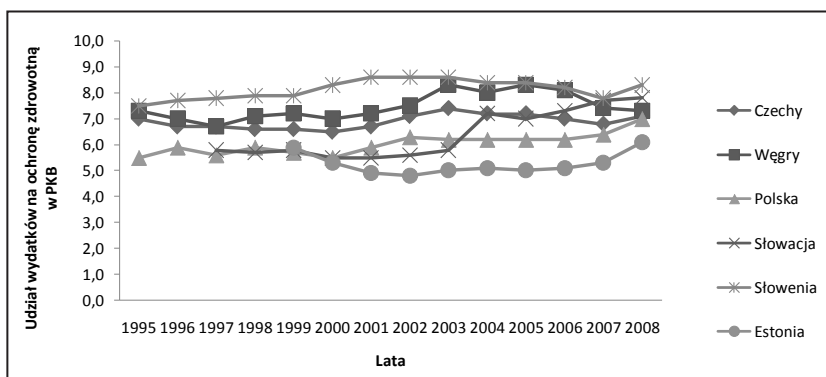


Rys. 2. Udział wydatków na ochronę zdrowotną w PKB w krajach, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

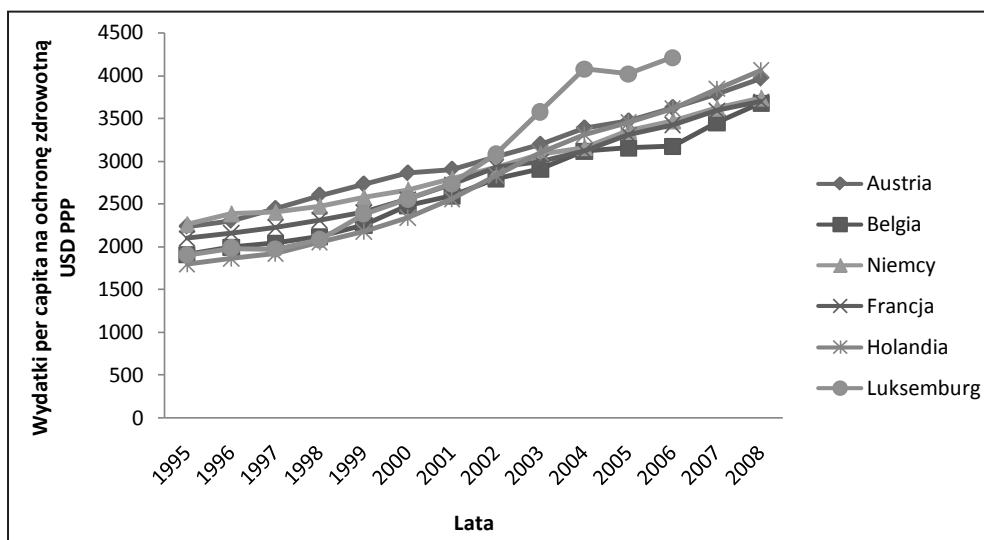
rych istnieje inny system opieki zdrowotnej. W Polsce odsetek PKB przeznaczony na zdrowie należy do najniższych w Europie – w 2008 r. wynosił 7,0%.

Kolejnym istotnym miernikiem charakteryzującym finansowanie systemów zdrowotnych są wydatki całkowite *per capita* na ochronę zdrowia. W celu zapewnienia porównywalności pomiędzy krajami wydatki wyrażone są w dolarach amerykań-



Rys. 3. Udział wydatków na ochronę zdrowotną w PKB w krajach, w których do końca lat 80. XX wieku obowiązywał system oparty na modelu Siemaszki, obecnie podlegający przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

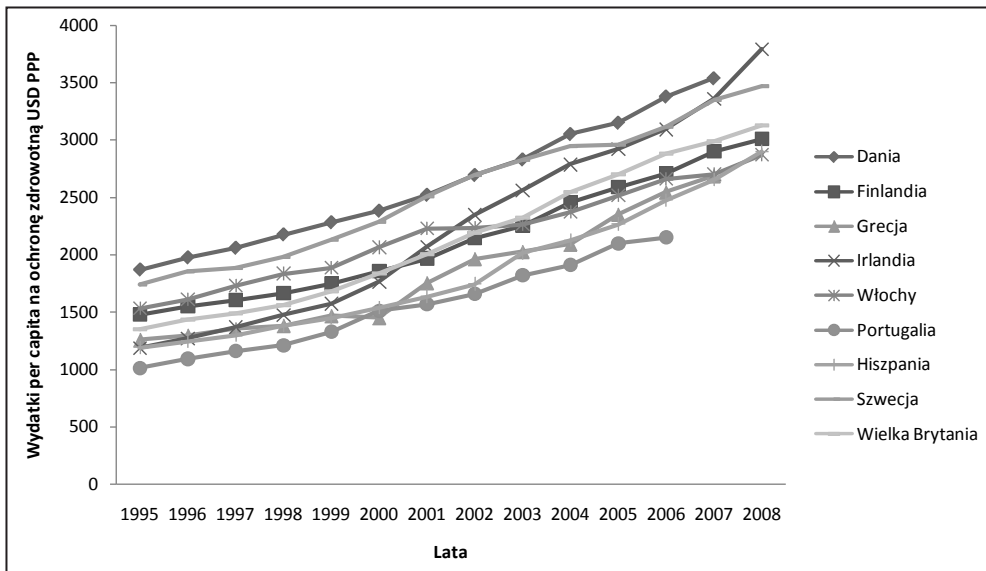


Rys. 4. Wydatki całkowite na ochronę zdrowia *per capita* USD PPP w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

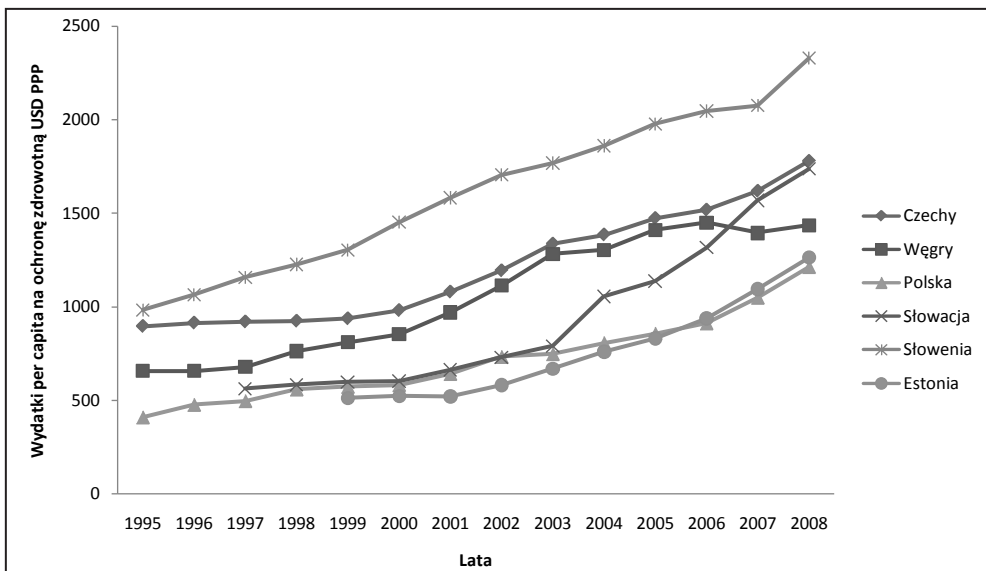
kańskich według parytetu siły nabywczej. Graficzna prezentacja (rys. 4, 5, 6) wartości pozwala zidentyfikować różnice w wartości wydatków *per capita* na ochronę zdrowotną USD PPP pomiędzy krajami.

Wydatki całkowite na ochronę zdrowia *per capita* USD PPP w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy, są średnio zdecydowanie większe ( $\bar{x}_u >$



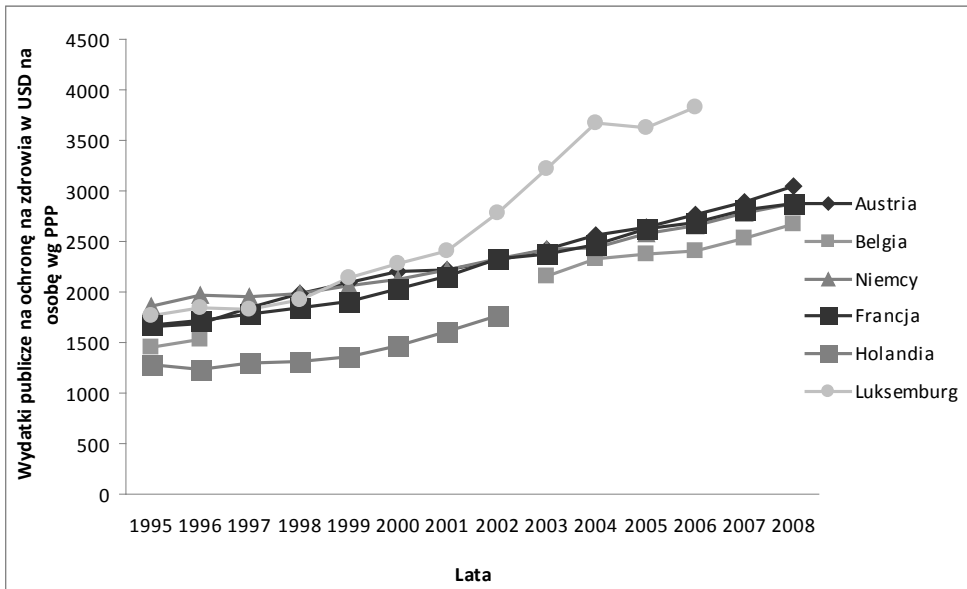
Rys. 5. Wydatki całkowite na ochronę zdrowia *per capita* USD PPP w krajach, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].



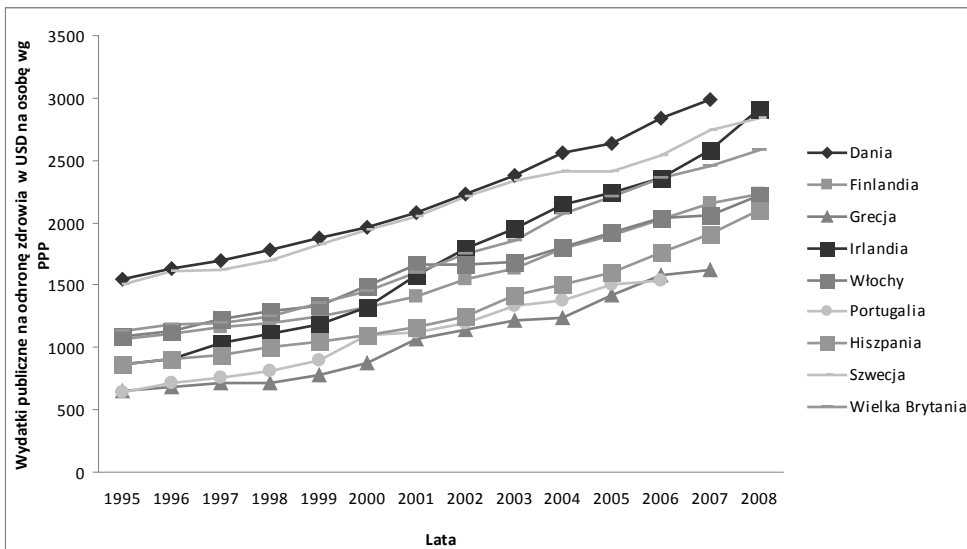
Rys. 6. Wydatki całkowite na ochronę zdrowia *per capita* USD PPP, w krajach, w których funkcjonuje system ulegający przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].



Rys. 7. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w USD na osobę według PPP w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].



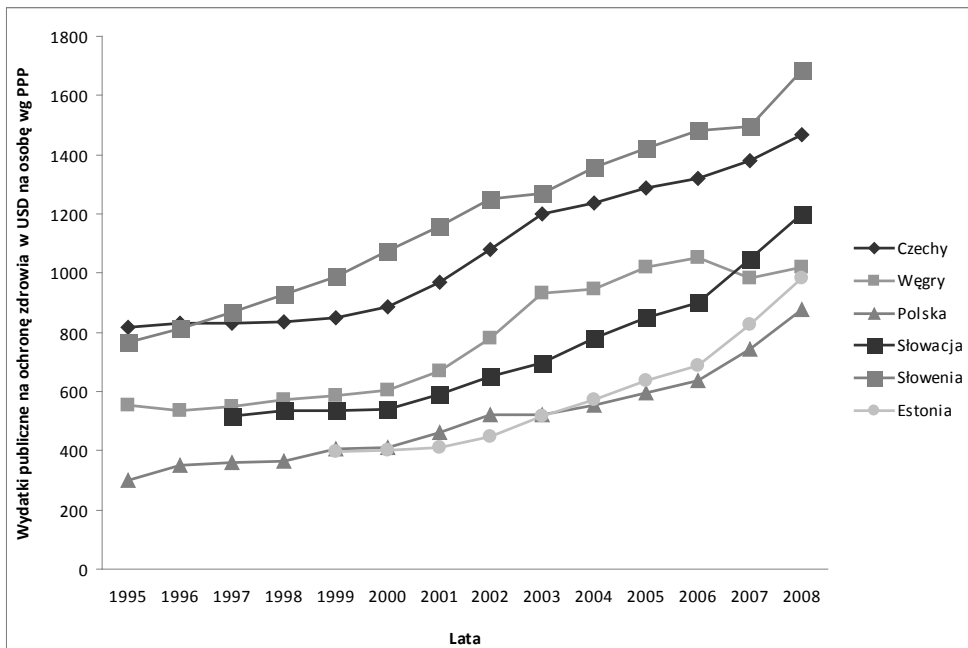
Rys. 8. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w USD na osobę według PPP w krajach, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy (ceny bieżące)

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

$\overline{x_{z2}} > \overline{x_{s2}}$ ). Średnia wartość miernika  $\overline{x_{u2}}$  w latach 1995-2008 wynosiła 2858 USD, średnia wartość miernika  $\overline{x_{z2}}$  w tych samych latach – 2122 USD, natomiast miernika  $\overline{x_{s2}}$  – 1052 USD. We wszystkich krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy, wartość miernika jest wyższa od wartości miernika w pozostałych krajach, w których istnieje inny system opieki zdrowotnej. W Polsce wydatki całkowite na ochronę zdrowia *per capita* USD PPP należą do najniższych w Europie – w 2008 r. wynosiły 1213 USD.

Istotnym miernikiem finansowym są również wydatki publiczne na ochronę zdrowia w USD na osobę według PPP.

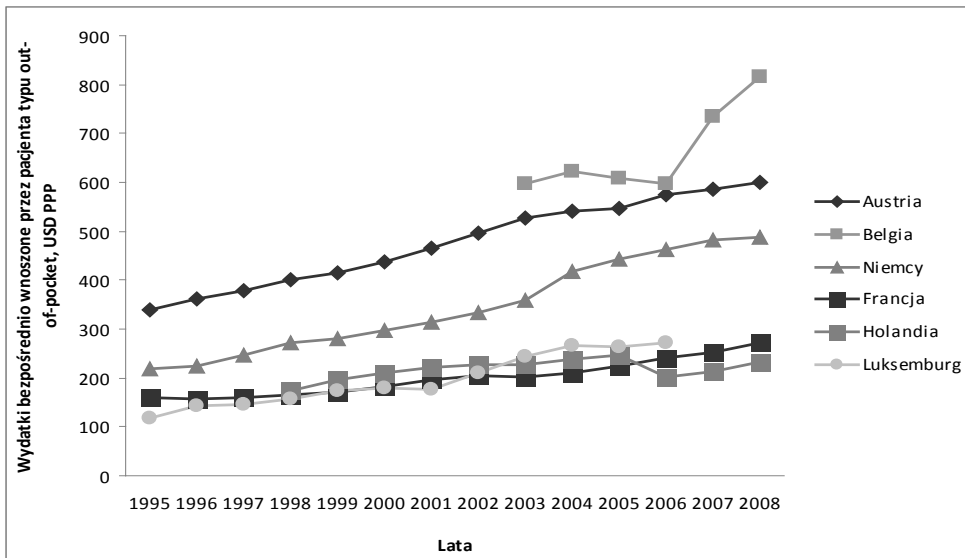
Poniższa graficzna prezentacja (rys. 7, 8, 9) wartości wydatków publicznych na ochronę zdrowia w USD na osobę według PPP pozwala zidentyfikować różnice w wartości badanego miernika pomiędzy poszczególnymi krajami.



**Rys. 9.** Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w USD na osobę według PPP w krajach, w których funkcjonuje system ulegający przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy (ceny bieżące)

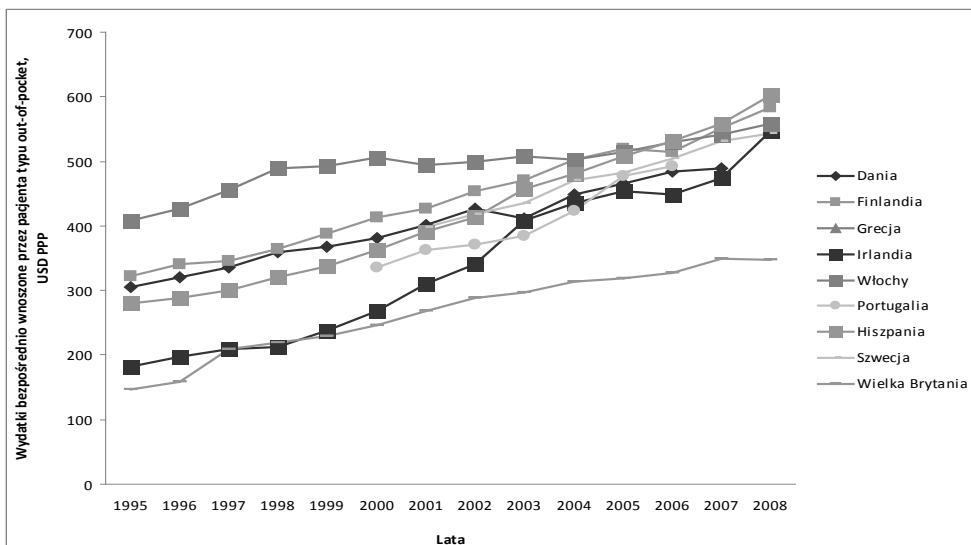
Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w USD na osobę według PPP w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy, są średnio większe ( $\overline{x_{u3}} > \overline{x_{z3}} > \overline{x_{s3}}$ ). Średnia wartość miernika  $\overline{x_{u3}}$  w latach 1995-2008 wynosiła 2176 USD na osobę, średnia wartość miernika  $\overline{x_{z3}}$  w tym samym okresie – 2159 USD, natomiast mierni-



Rys. 10. Wydatki bezpośrednio ponoszone przez pacjenta, typu *out-of-pocket*, USD PPP w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

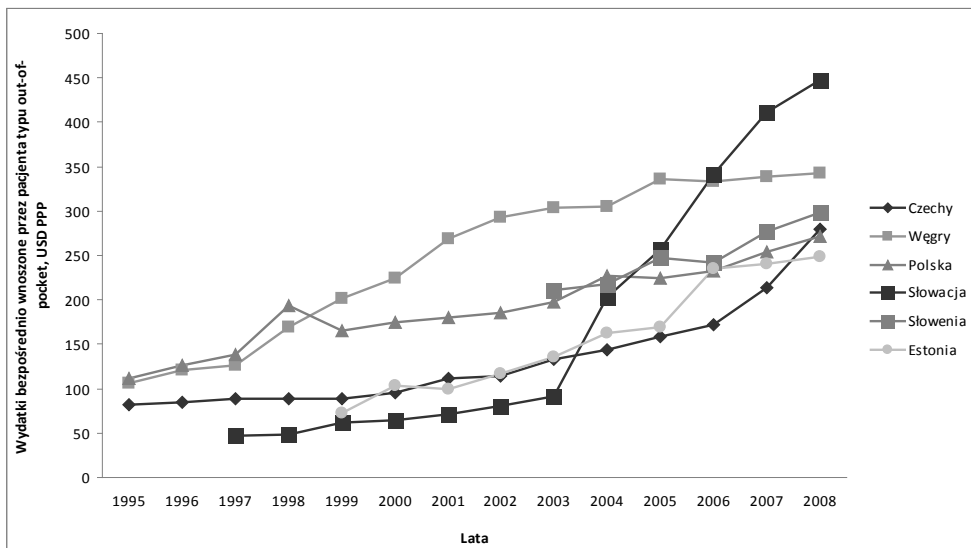


Rys. 11. Wydatki bezpośrednio ponoszone przez pacjenta, typu *out-of-pocket*, USD PPP, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

ka  $\bar{x}_{s,3} - 810$  USD. We wszystkich krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy, wartość miernika jest wyższa od wartości wskaźnika w pozostałych krajach o innych systemach opieki zdrowotnej. W Polsce wydatki publiczne na ochronę zdrowia w USD na osobę według PPP należą do najniższych w Europie – w 2008 r. wynosiły 876 USD.

Ostatnim analizowanym wskaźnikiem finansowym jest udział wydatków bezpośrednio ponoszonych przez pacjenta, typu *out-of-pocket*, USD PPP. Zestawienie graficzne (rys. 10, 11, 12) wartości wydatków bezpośrednio ponoszonych przez pacjenta, typu *out-of-pocket*, USD PPP, pozwala określić różnice w wartości badanego miernika pomiędzy krajami.



**Rys. 12.** Wydatki bezpośrednio ponoszone przez pacjenta, typu *out-of-pocket*, USD PPP w krajach, w których funkcjonuje system ulegający przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

Wydatki bezpośrednio ponoszone przez pacjenta, typu *out-of-pocket*, USD PPP w krajach, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy, są większe. Średnia wartość wskaźnika  $\bar{x}_{u,4}$  w latach 1995-2008 wynosiła 350 USD, średnia wartość wskaźnika  $\bar{x}_{z,4}$  w tym samym czasie – 405 USD, a wskaźnika  $\bar{x}_{s,4}$  – 193 USD. W Polsce wydatki bezpośrednio ponoszone przez pacjenta, typu *out-of-pocket*, USD PPP wynosiły w 2008 r. 876 USD.

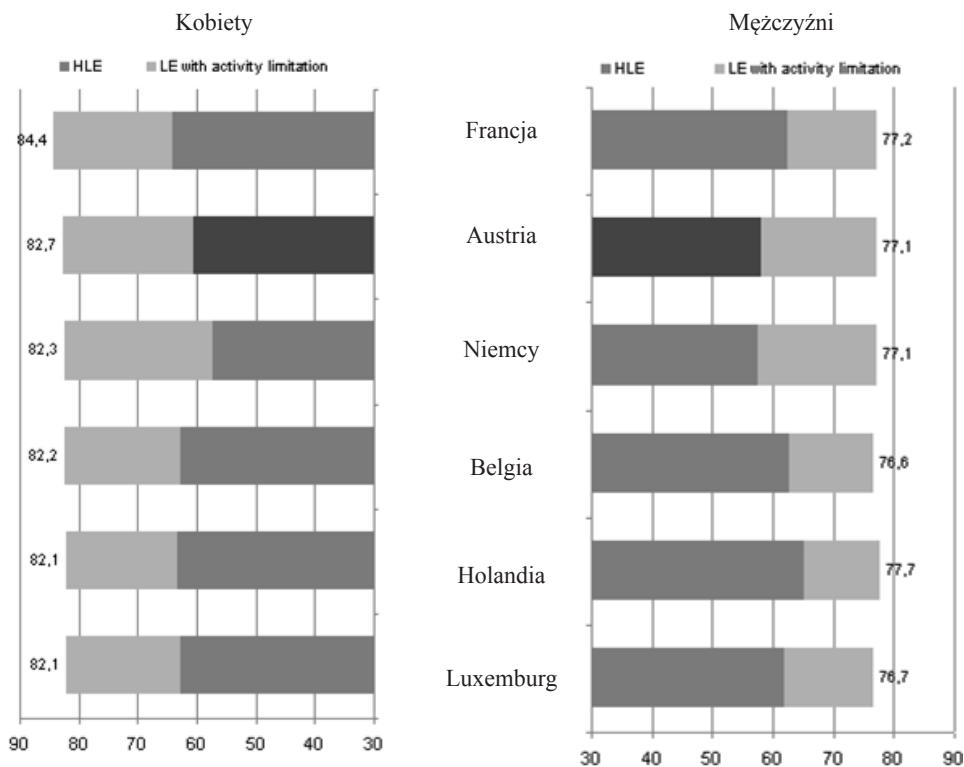


#### 4. Poziom zdrowotności społeczeństwa

Według współczesnych koncepcji istotną rolę w kształtowaniu i ocenie stanu zdrowia odgrywają różne czynniki, które można analizować, wykorzystując ściśle określone i spójne dla krajów UE mierniki zdrowotności. Właściwą ocenę stanu zdrowotności społeczeństwa może dać porównanie międzynarodowe miernika przeciętnej długości życia w dobrym zdrowiu [Ucieklak-Jeż 2010].

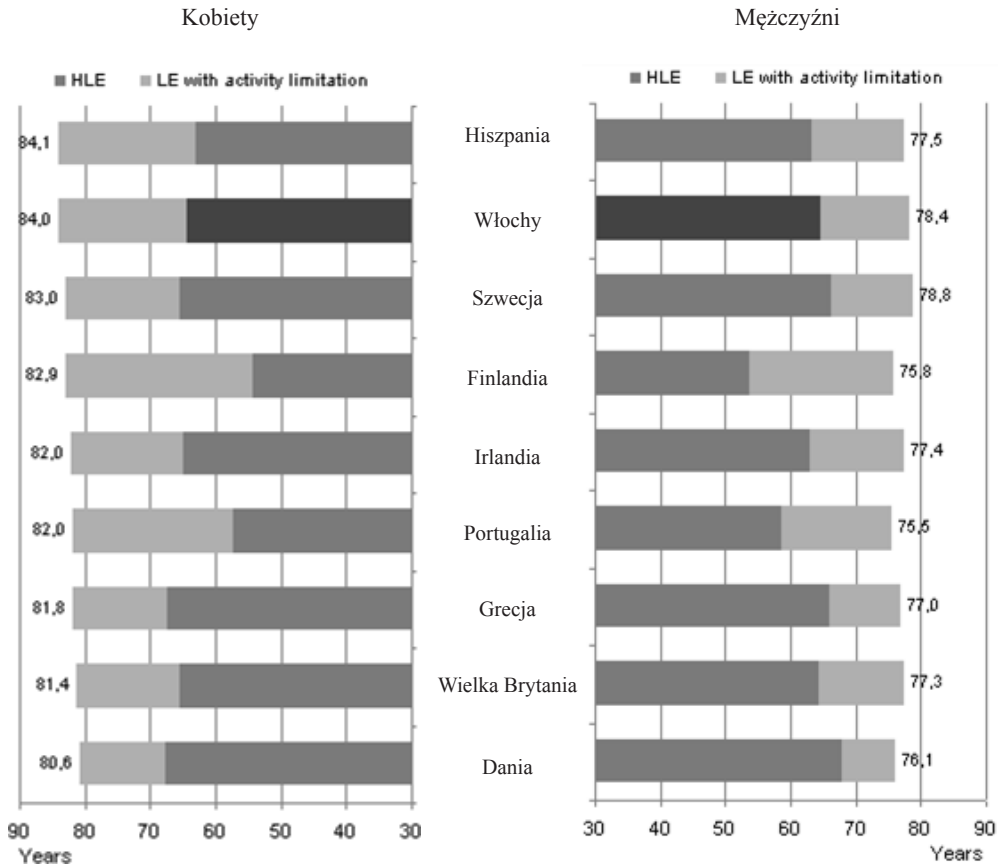
Miernikiem oceniającym stan zdrowia populacji, opartym zarówno na badaniach umieralności, jak i chorobowości populacji, jest przeciętna długość życia w dobrym zdrowiu (Healthy Life Expectancy, HLE). Wyniki badania poziomu stanu zdrowia amerykańskiego społeczeństwa jako jeden z pierwszych opublikował w 1964 r. B.S. Sanders, który oszacował również średnią długość życia w dobrym zdrowiu kobiet i mężczyzn w tej populacji.

Graficzna prezentacja (rys. 13, 14, 15) wartości pozwala wskazać różnice w wartości badanego miernika pomiędzy krajami.



**Rys. 13.** Przekładni dłuęość życia w dobrym zdrowiu kobiet i mężczyzn w krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy

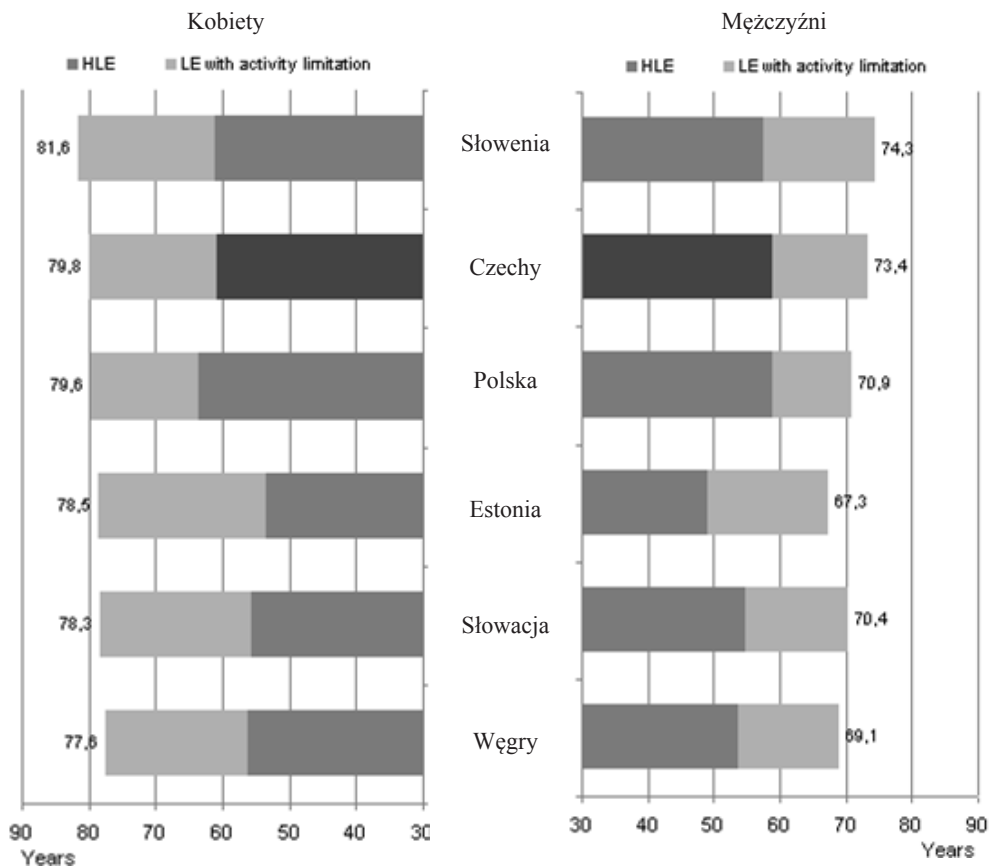
Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].



Rys. 14. Przekiętna dłuęość życia w dobrym zdrowiu kobiet i mężczyzn w krajach, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

Przekiętna dłuęość życia w dobrym zdrowiu kobiet i mężczyzn w krajach, w których funkcjonuje system zaopatrzeniowy, średnio jest najwyższa. Średnia wartość miernika  $\overline{x_{u_5}}$  w latach 2005-2007 wynosiła dla kobiet 61,8 lat, dla mężczyzn 61,3 lat. Średnia wartość miernika  $\overline{x_{z_5}}$  w tym samym okresie wynosiła dla kobiet 63,3 lat, a dla mężczyzn 63,1 lat, natomiast w odniesieniu do miernika  $\overline{x_{s_5}}$  wartości te wynosiły dla kobiet 58,4 lat, dla mężczyzn 55,5 lat. W latach 2005-2007 przekiętna dłuęość życia w dobrym zdrowiu w Polsce wynosiła 63,5 lat dla kobiet i 58,8 dla mężczyzn.



Rys. 15. Przeciętna długość życia w dobrym zdrowiu kobiet i mężczyzn w krajach, w których funkcjonuje system ulegający przekształceniu z modelu scentralizowanej ochrony zdrowia w ubezpieczeniowy

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Health at Glance: Europe 2011].

## 5. Podsumowanie

Ogólny miernik jakości funkcjonowania systemu zdrowia służy do pomiaru poszczególnych składowych. Do oceny zdrowotności wprowadzono mierniki dotyczące różnych czynników, jednak przede wszystkim to wzrost wartości przeciętnej długości życia w dobrym zdrowiu ma istotne konsekwencje dla jakości i konkurencyjności systemów opieki zdrowotnej. Wydatki na opiekę zdrowotną rosną we wszystkich krajach, w których funkcjonuje system ubezpieczeniowy, oraz w tych, w których mamy do czynienia z systemem zaopatrzeniowym, często w szybszym tempie niż wzrost gospodarczy, co spowodowało zwiększenie części PKB przeznaczanej na zdrowie.

Ocena jakości funkcjonowania danego systemu ochrony zdrowia będzie bezpośrednią podstawą do stworzenia wytycznych ukierunkowanych na poprawę jego działania.

## Literatura

- Barr N., *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993.
- Błaszczyszyn B., Rolski T., *Podstawy matematyki ubezpieczeń na życie*, WNT, Warszawa 2004.
- Getzen T., *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Golinowska S., *Wielkość i determinanty wydatków na ochronę zdrowia*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2003, nr 1.
- Health at Glance: Europe 2011*, OECD Health Data 2010, Eurostat Statistics Database.
- Misiński W., *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2007.
- Murray Ch.J.L., Evans D.B. (red.), *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*, WHO, Geneva 2003.
- Murray Ch.J.L., Lauer J., *Overall health system achievement for 191 countries*, "GPE Discussion Paper" 2001, no. 28.
- Pięcińska T.E., *Zarządzanie jakością*, Verlag Dashöser, Warszawa 1999.
- Rutkowska M., *Ekonomiczne aspekty funkcjonowania kas chorych w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2000.
- Suhecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Ucieklak-Jeż P., *Diversification of Mean Healthy Life Expectancy (HLE) and the Factors Affecting it*, [w:] W. Ostasiewicz (red.), *Towards Information – based Welfare Society*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2009.
- Ucieklak-Jeż P., *Ocena jakości funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej na przykładzie wybranej paradii w Częstochowie*, [w:] M. Kulesza, W. Ostasiewicz (red.), *Pragmata Tes Oikonomias*, Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, t. I, Częstochowa 2006.
- Ucieklak-Jeż P., *Ocena średniej długości życia w dobrym zdrowiu w Polsce*, [w:] M. Kulesza, W. Ostasiewicz (red.), *Pragmata Tes Oikonomias*, Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, t. IV, Częstochowa 2010.
- WHO, *The World Health Report 2000*, Statistical Annex, WHO, Geneva 2000.

## FACTORS AFFECTING FUNCTIONING OF HEALTH CARE SYSTEM

**Summary:** The purpose of this methodological paper is presentation of a general measure of the quality of functioning of health care, focused on selected issues of quality, comparing the expenditures (financing) and effects (the general health of the society) in the models of health care systems. The empirical target is a quantitative analysis of certain aspects of the health care system in Poland with the use of selected measures of the general health of the society and financing health care.

**Keywords:** functioning of health care system, financing health care, healthy life expectancy (HLE).