

Wpływ prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na charakterystykę systemu zdrowia w wybranych krajach OECD

Paweł Prędkiewicz*

Streszczenie: *Cel* – Zbadanie wpływu metody finansowania systemu zdrowia poprzez prywatne ubezpieczenia na wybrane elementy systemu (zasoby, efekty).

Metodologia badania – Europejskie państwa należące do OECD podzielono na dwie grupy – krajów korzystających w znacznym stopniu z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (grupa A) oraz resztę (grupa B). Następnie, wykorzystując testy statystyczne określono na ile różnice pomiędzy grupami są istotne. Badano zarówno zasoby systemu zdrowia (finansowe – całkowite wydatki na zdrowie w ujęciu bezwzględnym i względnym, ludzkie – liczba lekarzy na 1000 mieszkańców oraz rzeczowe – liczba łóżek przypadająca na 1000 mieszkańców), jak i stopień realizacji wybranych celów systemu (oczekiwaną długość trwania życia, przeciętny stan zdrowia, postrzeganą jakość systemu).

Wynik – Kraje z grupy przeznaczają większą część dochodu na system zdrowia, nie wykazując przy tym znaczących różnic w zasobach technicznych i ludzkich. Stopień realizacji podstawowego celu systemu zdrowia – poziomu zdrowotności populacji jest również na podobnym poziomie i nie ma statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą A i B. Również w przypadku postrzeganej jakości systemu zdrowia (bez uwzględniania efektów zdrowotnych) nie ma statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami. Wyraźne różnice pojawiają się przy analizie dostępności do świadczeń – kraje z grupy A mają zdecydowanie niższe bariery dla pacjentów.

Oryginalność/wartość – Praca stanowi nowe spojrzenie na wpływ metody finansowania na efektywność systemu zdrowia, uwzględniając prywatne ubezpieczenia zarówno o charakterze podstawowym, substytucyjnym, komplementarnym i suplementarnym.

Słowa kluczowe: prywatne, ubezpieczenia, zdrowotne, system zdrowia

Wprowadzenie

Systemy zdrowotne różnych krajów stoją przed nowymi wyzwaniami związanymi ze zmianami uwarunkowań. Do najważniejszych należą: starzejąca się populacja, rozwój technologiczny oraz rosnące koszty opieki zdrowotnej, co było asumptem do zmiany priorytetów systemu zdrowotnego – przesunięcia punktu ciężkości systemu zdrowotnego z chorób zakaźnych do schorzeń przewlekłych oraz chronicznych. W połączeniu z postępowaniem w nauce i medycynie oraz wzrostem świadomości społeczeństwa w zakresie opieki zdrowotnej,

* dr Paweł Prędkiewicz, Katedra Finansów, Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, ul. Komandorska 118–120, 53-345 Wrocław, pawel.predkiewicz@ue.wroc.pl.

skutkiem jest rosnący popyt na świadczenia zdrowotne, co ma swoje odzwierciedlenie w większych wydatkach w tym zakresie.

Ekstensywne zwiększanie nakładów na sektor medyczny napotyka naturalne bariery. W ostatnich dziesięcioleciach w krajach rozwiniętych można zaobserwować permanentną potrzebę reform systemu opieki zdrowotnej. Potrzeba ta wynika z braku satysfakcji z ogólnego poziomu efektywności, marnotrawstwa zasobów oraz niespełnienia oczekiwań pacjentów. Konieczne okazuje się zwiększanie efektywności gospodarowania zasobami pozostawionymi do dyspozycji sektorowi opieki zdrowotnej (Jacobs, Smith, Street).

Państwo, zamiast bezpośredniego administracyjnego ingerowania w funkcjonowanie systemu zdrowia, może oddziaływać pośrednio poprzez uwarunkowania finansowe systemu. Jednym z narzędzi wpływu na efektywność systemu może być wdrażanie nowych metod finansowania, takich jak prywatne ubezpieczenia. W ostatnich latach wzrasta rola prywatnych ubezpieczeń jako źródła finansowania opieki zdrowotnej na świecie, a w Polsce od wielu lat pojawiają się wypowiedzi polityków i osób związanych z zdrowiem publicznym, że należy wprowadzić prywatne ubezpieczenia jako narzędzie finansowania opieki zdrowotnej, w celu poprawienia funkcjonowania krajowego systemu zdrowia¹.

Celem artykułu jest ocena, na bazie doświadczeń międzynarodowych, wpływu finansowania opieki zdrowotnej przez prywatne ubezpieczenia na wybrane elementy systemu zdrowia. Założono, że prywatne ubezpieczenia wpływają istotnie na następujące cechy charakterystyczne systemu zdrowia, mierzące efektywność systemu:

- ilość zasobów generowanych w systemie,
- stopień realizacji celów systemu zdrowia.
- Jako cele systemu zdrowia przyjęto rozwiązania Światowej Organizacji Zdrowia:
- polepszanie stanu zdrowia populacji,
- odpowiadanie oczekiwaniom obywateli,
- zapewnianie finansowej ochrony przed wydatkami związanymi z chorobą.

Efektywność systemów zdrowotnych jako obszar badawczy powstała drugiej połowie XX wieku (Loeb 2004; McIntyre 2001), jednak jej rola znacznie wzrosła po opublikowaniu Raportu Światowej Organizacji Zdrowia w roku 2000 – „Systemy zdrowia: Poprawiając efektywność” (WHO 2000). Raport wywołał sporo dyskusji na temat możliwości praktycznego pomiaru efektywności systemu zdrowia i ściągnął krytykę zarzucającą błędy w metodyce WHO, ale stanowił jedną z pierwszych kompleksowych prac dotyczących tego obszaru nauki. Raport z roku 2000 był inspiracją do wielu późniejszych prac związanych z badaniami efektywności systemu zdrowia (Joumard 2010). W artykule przyjęto model systemu zdrowotnego zaproponowany przez Andersona (Smedby, Andersen 2010).

¹ Np. „Gazeta Prawna”, *6 mld zł ma trafić do szpitali dzięki polisom zdrowotnym*, http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/315541,6_mld_zl_ma_trafic_do_szpitali_dzieki_polisom_zdrowotnym.html publikacja: 5.05.2009 (10.09.2013); A. Stec, *Na służbie zdrowia da się zarobić*, „Gazeta Wyborcza”, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,2921911.html>, publikacja: 19.09.2005 (10.09.2013).

1. Przedmiot badań i metody badawcze

Badaniem objęto europejskie państwa należące do OECD. Zastosowane ograniczenie przedmiotu badań było spowodowane chęcią otrzymania zbioru krajów o zbliżonym lub wyższym od Polski poziomie rozwoju gospodarczego, o podobnym otoczeniu społeczno-kulturowym. Kolejnym argumentem na takie kryterium przyjęcia danego państwa do zbioru badanych jest ujednolicona metodologia stosowana podczas zbierania danych statystycznych oraz określania granic systemu zdrowia, używana przez OECD. Dodatkowym argumentem jest liczba danych statystycznych dla krajów zrzeszonych w OECD – *OECD Health Data*. W rozprawie nie analizowano efektów wynikających z oczywistego przesunięcia czasowego pomiędzy pojawieniem się bodźców (takich jak np. zwiększone nakłady na opiekę zdrowotną) a pojawieniem się skutków (większa liczba świadczeń zdrowotnych, zmniejszona śmiertelność). Oszacowanie *a priori* wartości opóźnienia jest złożonym problemem, natomiast potrafi wprowadzić znaczne błędy do kalkulowanych wskaźników. W niektórych badaniach wykazano, że wprowadzanie opóźnień w zmiennych nie zmienia znacząco wyników badań (Or 2001). Większość danych pochodzi z 2008 roku ze względu na braki danych w bazach w latach następnych, wynikające z opóźnień w ich przekazywaniu przez instytucje krajowe.

Z badania wykluczono kraje azjatyckie i pochodzące z Ameryki, ze względu na odmienne uwarunkowania społeczne oraz kulturowe. Badanie uwzględniające te kraje wiązałoby się z mniejszą wartością aplikacyjną dla Polski. Dodatkowo USA, poprzez zdecydowanie większe niż reszta świata wydatki na opiekę zdrowotną na 1 mieszkańca, mogłyby w istotny sposób wpłynąć i zniekształcić, jako obserwacja nietypowa, wyniki badań ilościowych. Z podobnego powodu z badanej grupy usunięto Luksemburg, który jest najbogatszym krajem w przeliczeniu na jedną osobę (85 tys. USD PPP) i przez to zdecydowanie odstającym od reszty członków OECD – kolejne kraje: Norwegia i Szwajcaria charakteryzują się dochodem na mieszkańca w wysokości 55 i 45 tys. USD PPP².

Badania skupiły się na porównywaniu efektywności realizacji celów systemu zdrowia w krajach wykorzystujących w znacznym stopniu prywatne ubezpieczenia oraz krajach, w których stopień wykorzystania tego instrumentu jest na niewielkim poziomie. Badania polegają w zdecydowanie większej części na porównywaniu efektów w skali całego systemu zdrowotnego. Analiza subpopulacji, objętej prywatnym ubezpieczeniem i porównywanie jej do subpopulacji nie objętej prywatnym ubezpieczeniem, w ramach jednego, krajowego systemu zdrowia ma w niniejszym badaniu mniejsze znaczenie. Wynika to z dwóch głównych powodów:

- podsystem prywatnych ubezpieczeń oddziałuje z systemem publicznym i może przez to stanowić korzystny wkład w ogólny system zdrowia, np. dzięki skierowaniu dodatkowych środków lub zwiększenie efektywności technicznej, lub też wywoływać

² Dane z OECD Stat za rok 2008.

problemy np. poprzez „spijanie śmietanki” i pogarszanie portfela publicznego, zawyżanie cen świadczeń,

- dostępność danych o stanie zdrowia populacji i innych elementach systemu zdrowia.

O ile można w sposób stosunkowo prosty zebrać dane dotyczące poszczególnych elementów systemu zdrowia wielu krajów, o tyle jest to praktycznie niemożliwe w przypadku analizy subpopulacji. Jeżeli dane będą dostępne dla wybranych krajów (np. opracowania niemieckie zawierają dużą liczbę danych odnośnie efektywności opieki zdrowotnej w kasach publicznych i prywatnych), to możliwość wykorzystania ich do porównań międzynarodowych jest wątpliwa, ponieważ ujednoczenie metodyki będzie w praktyce niemożliwe.

Z wymienionych powodów autor skupił się na próbie uchwycenia wpływu prywatnych ubezpieczeń na całokształt systemu zdrowia, a nie na porównywaniu stanu zdrowia osób ubezpieczonych prywatnie i przez podmioty publiczne.

Ze względu na konieczność porównywania wskaźników efektywności systemu zdrowia w krajach wykorzystujących prywatne ubezpieczenia w różnym stopniu, badaną grupę podzielono na dwie podgrupy według kryterium istotności prywatnych ubezpieczeń w finansowaniu opieki zdrowotnej. W ramach badania przyjęto, że konstrukcja, w której prywatni ubezpieczyciele uczestniczą w powszechnym systemie zdrowotnym należy do prywatnych ubezpieczeń. Dlatego też systemy państw takich, jak: Holandia, Słowacja i Szwajcaria są traktowane jako rozwiązania prywatne. Do grupy krajów z istotnym znaczeniem prywatnych ubezpieczeń zaliczono automatycznie wymienione wcześniej państwa. Resztę podmiotów poddano analizie skupień, opartej na metodzie *k*-średnich (*k-means*) w celu dychotomicznego podziału badanych państw na grupę wykorzystującą w znacznym stopniu prywatne ubezpieczenia zdrowotne (grupa A) oraz te, w których nie odgrywają one istotnej roli (grupa B). Do podziału badanej próby na grupę A oraz B użyto metodę *k*-średnich, oraz standaryzację zmiennych. Następnie zaaplikowano metody statystyczne do określania różnic w cechach charakterystycznych systemów zdrowia pomiędzy państwami z grupy A i B oraz stwierdzenia ich istotności statystycznej. W badaniu wykorzystano podstawowe metody analizy danych statystycznych: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, współczynnik korelacji. Kolejnym krokiem było przeprowadzanie testów istotności dla różnicy średnich w dwóch populacjach, wykorzystując test o rozkładzie *t*-Studenta.

Przyjmowanym poziomem istotności było $\alpha = 0,05$, natomiast test miał charakter dwustronny – hipotezą statystyczną H_1 było stwierdzenie różnicy wartości średnich pomiędzy grupami, bez określania wyższej wartości średniej w danej grupie.

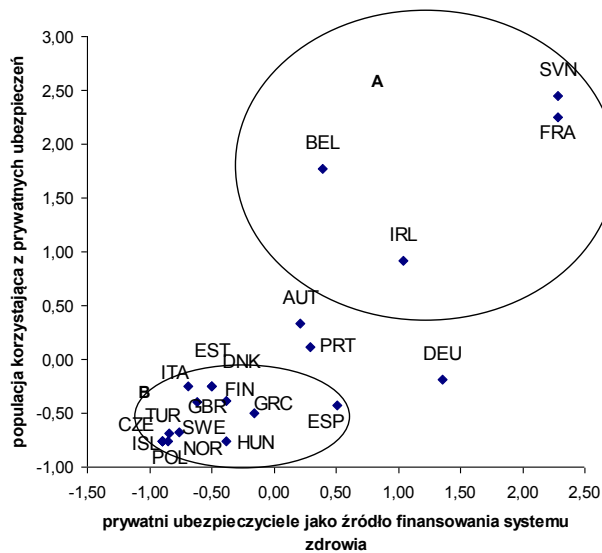
Ponieważ uważa się powszechnie, że znaczna ilość efektów zdrowotnych jest zależna od poziomu rozwoju gospodarczego, podczas badania korelacji pomiędzy wykorzystaniem prywatnych ubezpieczeń a innymi zmiennymi obliczono współczynniki korelacji cząstkowej wyłączającej efekt różnego poziomu PKB na jednego mieszkańca.

Metoda *k*-średnich podzieliła państwa na 3 kategorie:

- kraje, gdzie prywatne ubezpieczenia odgrywają istotną rolę – Belgia, Francja, Irlandia, Słowenia,

- kraje, gdzie prywatne ubezpieczenia odgrywają nieistotną rolę – Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Grecja, Węgry, Islandia, Włochy, Norwegia, Polska, Hiszpania, Szwecja, Turcja, Wielka Brytania,
- grupa krajów, których nie da się jednoznacznie przyporządkować do kategorii A lub B – Austria, Niemcy, Portugalia.

Grupa C to podzbiór, który w zależności od losowych warunków początkowych jest przyporządkowywany do grupy A lub B. Należy nadmienić, że przyporządkowanie to jest grupowe – wymieniona trójka państw razem znajduje się w kategorii A lub B. W ramach kalkulacji nie spotkano się z sytuacją, w której jedno państwo znajduje się np. w kategorii A, a pozostałe w kategorii B (rysunek 1).



Rysunek 1. Podział państw ze względu na rolę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (dane zestandaryzowane)

Źródło: opracowanie własne.

Ponieważ w ramach badań ilościowych zakładany jest podział dychotomiczny państw ze względu na wykorzystanie prywatnych ubezpieczeń, decyzją Autora, kraje niezaklasyfikowane jednoznacznie przez metodę k-średnich do grupy A ani B, zostaną zaklasyfikowane na potrzeby niniejszej pracy do grupy A. Austria i Portugalia to kraje, w których odpowiednio ponad 1/3 i 1/4 populacji korzysta z prywatnych ubezpieczeń, można więc wnioskować o powszechnym charakterze tego instrumentu. Niemcy nie korzystają masowo z możliwości ubezpieczenia się prywatnie, ale korzystanie z prywatnych kas chorych jest tutaj substytutem publicznej służby zdrowia i wiąże się z intensywnym, a nie ekstensywnym

finansowaniem. Niemcy są na trzecim miejscu pod względem udziału finansowania przez prywatnych ubezpieczycieli opieki zdrowotnej (po Francji i Słowenii).

Ostatecznie podział na grupę państw o znacznym i nieznacznym wpływie prywatnych ubezpieczeń prezentuje się w tabeli 1.

Tabela 1

Podział państw ze względu na wpływ prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na system zdrowia

Państwa o znacznej roli prywatnych ubezpieczeń (Grupa A)	Państwa o nieznacznym wpływie prywatnych ubezpieczeń (Grupa B)
Holandia, Szwajcaria, Słowacja, Belgia, Francja, Irlandia, Słowenia, Austria, Niemcy, Portugalia	Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Grecja, Węgry, Islandia, Włochy, Norwegia, Polska, Hiszpania, Szwecja, Turcja, Wielka Brytania

Źródło: opracowanie własne.

W badaniu nie wdrażano dalszego podziału grupy A ze względu na podstawowe funkcje prywatnych ubezpieczeń (podstawowe, substytucyjne, komplementarne, suplementarne). Te reżimy prywatnych ubezpieczeń najprawdopodobniej mogą się wiązać ze strukturalnymi różnicami w funkcjonowaniu systemu, jednak rozbieżności w grupie A na podgrupach (o liczebności 3–4 obserwacji) uniemożliwiłyby rzetelne wnioskowanie statystyczne.

2. Wyniki

Kraje z grupy A nie różnią się istotnie od pozostałych krajów pod względem zamożności mierzonej PKB na 1 mieszkańca (35,7 i 32,3 tys. USD PPP). Również poziom rocznych wydatków na opiekę zdrowotną (THE) mierzony w wartościach bezwzględnych z perspektywy istotności statystycznej jest identyczny w obu grupach, lecz różnice w tym zakresie są znacznie wyraźniejsze (wynoszą około 20% wartości średnich). Jediną istotną różnicą jest roczny poziom wydatków na zdrowie w ujęciu względnym (mierzonym jako % PKB)

Tabela 2

Podstawowe charakterystyki finansowe systemu zdrowia w grupie badawczej

Grupa A	PKB 2008 (USD PPP/ capita)	THE 2008 (USD PPP/ capita)	THE (% PKB)	Grupa B	PKB 2008 (USD PPP/ capita)	THE 2008 (USD PPP/ capita)	THE (% PKB)
1	2	3	4	5	6	7	8
Austria	39 848,9	4 128,5	10,4	Czechy	25 845,0	1 838,5	7,1
Belgia	36 872,2	3 714,3	10,1	Dania	39 515,5	4 052,3	10,3
Francja	34 304,6	3 809,1	11,1	Estonia	21 794,3	1 330,8	6,1
Holandia	43 018,4	4 240,7	9,9	Finlandia	37 795,2	3 158,3	8,4
Irlandia	42 843,8	3 784,0	8,8	Grecja	30 076,8	2 723,7	9,1
Niemcy	37 175,2	3 963,0	10,7	Hiszpania	33 173,3	2 971,3	9,0

1	2	3	4	5	6	7	8
Portugalia	24 952,9	2 508,2	10,1	Islandia	39 166,4	3 570,9	9,1
Słowacja	23 236,3	1 859,2	8,0	Norwegia	60 632,3	5 229,8	8,6
Słowenia	29 339,9	2 450,9	8,4	Polska	18 062,2	1 264,7	7,0
Szwajcaria	45 893,4	4 929,5	10,7	Szwecja	39 487,7	3 644,1	9,2
				Turcja	14 848,4	902,0	6,1
				Węgry	20 699,9	1 495,5	7,2
				Wielka Brytania	37 352,2	3 280,6	8,8
				Włochy	33 816,5	3 058,7	9,0
Średnia	35 748,6	3 538,7	9,8	Średnia	32 304,7	2 751,5	8,2
Odchylenie standardowe	7 763,7	953,7	1,1	Odchylenie standardowe	11 803,5	1 238,9	1,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD Stat.

Różnica pomiędzy grupami (1,6 pkt proc.) jest statystycznie istotna, przy czym p-wartość jest bardzo mała i wynosi 0,2%. Oznacza, że można z ponad 99% prawdopodobieństwem wnioskować o tym, że kraje wykorzystujące prywatne ubezpieczenia przeznaczają względnie więcej środków na zdrowie.

Następnie zbadano zasoby rzeczowe i ludzkie systemu zdrowia, posługując się wskaźnikami mierzącymi liczbę lekarzy oraz łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców.

Tabela 3

Liczba lekarzy i łóżek szpitalnych w badanej grupie

Grupa A	Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców	Liczba łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców	Grupa B	Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców	Liczba łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców
Austria	4,6	7,7	Czechy	3,5	7,2
Belgia	2,9	6,6	Dania	3,4	3,6
Francja	3,3	6,9	Estonia	3,3	5,7
Holandia	3,7	4,7	Finlandia	2,7	6,5
Irlandia	3,2	4,9	Grecja	6,0	4,8
Niemcy	3,6	8,2	Hiszpania	3,5	3,2
Portugalia	3,7	3,4	Islandia	3,6	5,8
Słowacja	3,0	6,6	Norwegia	4,0	3,5
Słowenia	2,4	4,8	Polska	2,2	6,6
Szwajcaria	3,8	5,2	Szwecja	3,7	2,8
			Turcja	1,5	2,4
			Węgry	3,1	7,1
			Wielka Brytania	2,6	3,4
			Włochy	4,2	3,8
Średnia	3,4	5,9	Średnia	3,4	4,7
Odchylenie standardowe	0,6	1,5	Odchylenie standardowe	1,1	1,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD Stat i OECD (2010): 77, 87 (część danych była niedostępna w bazach OECD i Eurostatu).

Liczba lekarzy przypadająca na 1000 mieszkańców w obu grupach jest praktycznie identyczna – różnica wynosi zaledwie 1% (3,43 do 3,39), potwierdzają to testy istotności różnicy pomiędzy średnimi, które nie pozwalają odrzucić hipotezy H_0 o braku różnic pomiędzy próbkami. W przypadku liczby łóżek szpitalnych różnica jest również nieistotna, ale przy granicy przedziału krytycznego dla testu jednostronnego (p-wartość $\approx 10\%$ dla dwustronnego i 5% dla jednostronnego).

Z badań ilościowych wynika, że kraje z grupy A przeznaczają większą ilość zasobów na potrzeby systemu zdrowia. Prywatne ubezpieczenia ułatwiają wygospodarowanie dodatkowych źródeł finansowania na potrzeby medyczne, większa jest też względna liczba łóżek szpitalnych, natomiast nie ma różnicy w liczbie lekarzy przypadających na mieszkańca.

W ramach badań stopnia realizacji celów systemu zdrowia zanalizowano głównie podstawowy poziom celów, tzn. przeciętny poziom zdrowia populacji oraz nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Istnieje bardzo duża ilość mierników, odnoszących się do różnych aspektów pojęcia „zdrowie”. Jako podstawowe zostały wybrane:

- oczekiwana długość trwania życia (*Life expectancy* – LE),
- deklarowany poziom własnego zdrowia.

Tabela 4

Oczekiwana długość trwania życia noworodka oraz odsetek populacji deklarujący co najmniej dobry poziom zdrowia

Grupa A	LE ₀ (lata)	GOOD_HEALTH (%)	Grupa B	LE ₀ (lata)	GOOD_HEALTH (%)
Austria	80,5	68,7	Czechy	77,3	60,5
Belgia	79,8	73,3	Dania	78,8	73,9
Francja	81,0	68,3	Estonia	73,9	53,4
Holandia	80,3	77,1	Finlandia	79,9	68,0
Irlandia	80,1	83,8	Grecja	80,0	75,5
Niemcy	80,2	63,9	Hiszpania	81,3	72,3
Portugalia	79,3	47,4	Islandia	81,3	80,3
Słowacja	74,8	58,3	Norwegia	80,8	76,0
Słowenia	78,8	58,2	Polska	75,6	56,4
Szwajcaria	82,2	80,7	Szwecja	81,2	77,9
			Turcja	73,6	68,0
			Węgry	73,8	54,1
			Wielka Brytania	79,8	79,5
			Włochy	81,8	62,8
Średnia	79,7	68,0	Średnia	78,5	68,5
Odchylenie standardowe	2,0	11,3	Odchylenie standardowe	3,1	9,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD Stat.

Kraje z grupy A mają wyższą długość trwania życia od państw z grupy B, przy czym różnica ta jest niewielka – około 1 roku i nie jest istotna statystycznie dla poziomu istotności 5% . Również różnice w odsetku populacji deklarujących co najmniej dobry poziom zdrowia

są statystycznie nieistotne. Autor przeprowadził badania oparte na innych miernikach stanu zdrowia populacji: potencjalne utracone lata życia (PYLL), liczba zgonów do uniknięcia (*amenable mortality*), oczekiwana długość trwania życia bez niepełnosprawności (HLY), ale nie można było wykazać statystycznie istotnych różnic.

Sposobem mierzenia stopnia realizacji dodatkowych celów systemu zdrowia będzie miernik utworzony na bazie wskaźnika Euro Health Consumer Index 2009 (EHCI 2009) (Björnberg 2009), będącego średnią ważoną ocen systemu zdrowia pod kątem następujących kryteriów:

- praw pacjenta,
- e-zdrowia,
- długości oczekiwania na zabiegi,
- efektów systemu zdrowia,
- zakresu świadczeń w ramach systemu zdrowia,
- poziomu refundacji i innowacyjności stosowanych farmaceutyków.

W celu eliminacji z wskaźnika EHCI 2009 wpływu efektów systemu zdrowotnego, które były przedmiotem analizy, z końcowych wartości indeksu usunięto składnik pochodzący z obszaru czwartego – efektów systemu zdrowia („4. Outcomes”). Wartości skorygowanego wskaźnika dla analizowanej grupy krajów zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5

Skorygowany Euro Health Consumer Index 2009 i bariery w dostępie do świadczeń

Grupa A	Skorygowany EHCI 2009	Bariery w dostępie do świadczeń (% populacji)	Grupa B	Skorygowany EHCI 2009	Bariery w dostępie do świadczeń (% populacji)
Austria	605	0,8	Czechy	477	0,7
Belgia	577	0,5	Dania	617	0,6
Francja	576	1,9	Estonia	495	7,3
Holandia	637	0,2	Finlandia	495	0,8
Irlandia	499	1,8	Grecja	410	5,6
Niemcy	573	2,3	Hiszpania	451	0,3
Portugalia	443	1,1	Islandia	585	1,8
Słowacja	465	1,4	Norwegia	514	1,4
Słowenia	513	0,2	Polska	434	6,3
Szwajcaria	574	1,0	Szwecja	512	2,5
			Turcja	brak	14,5
			Węgry	514	3,4
			Wielka Brytania	503	1,2
			Włochy	457	5,3
Średnia	546,20	1,12	Średnia	497,23	3,69
Odchylenie standardowe	62,90	0,70	Odchylenie standardowe	56,75	3,90

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Björnberg, Garrofé, Lindblad (2009) i OECD Stat.

Istnieje niewielka różnica w jakości systemu zdrowia z punktu widzenia pacjenta pomiędzy grupą A i B (ok. 10%), jednak jest ona nieistotna statystycznie przy progu istotności 5%. Mała p-wartość testu (6,9%) pozwala jednak domniemywać, że istnieje zależność postrzeganej przez klienta jakości od wykorzystania w systemie prywatnych ubezpieczeń. Przy założeniu testu jednostronnego, tj. o większym stopniu realizacji pozamedycznych celów systemu zdrowia z punktu widzenia pacjenta w krajach z grupy A, hipoteza zostałaby uznana za przyjętą. Wskaźnik wykazuje też relatywnie dużą korelację z udziałem populacji korzystającej z prywatnych ubezpieczeń – na poziomie 0,38, a po usunięciu korelacji wynikającej z różnic w wielkości PKB na mieszkańca – na poziomie 0,33. Wartości te jednak nie są statystycznie istotne dla progu istotności 5% (p-wartość 13,4%). Można stwierdzić, że powszechność korzystania z prywatnych ubezpieczeń w sposób co najwyżej umiarkowany przekłada się na postrzeganą jakość i zadowolenie pacjentów z funkcjonowania systemu zdrowia jako całości. Analizując bariery w dostępie do świadczeń można stwierdzić, że w krajach z grupy A pacjenci statystycznie rzadziej niż w krajach z grupy B deklarują, że z powodu braku pieniędzy, kolejek do lekarza lub kosztów transportu muszą zrezygnować z korzystania ze świadczeń zdrowotnych (p-wartość 3%). Najprawdopodobniej wynika to z bardziej elastycznego dopasowania oferty do potrzeb pacjentów w przypadku płatników prywatnych niż publicznych.

Uwagi końcowe

Analizy potwierdziły hipotezę badawczą o możliwości zaabsorbowania większych zasobów finansowych na opiekę zdrowotną dzięki prywatnym ubezpieczeniom. Kraje z grupy A (wykorzystujące w znacznym stopniu prywatne ubezpieczenia do finansowania opieki zdrowotnej) przeznaczają więcej środków finansowych na opiekę zdrowotną w ujęciu relatywnym do całości dochodów w gospodarce (mierzonym jako udział w PKB) niż kraje grupy B (kraje z niewielką bądź marginalną rolą prywatnych ubezpieczeń). Poziom technicznych i ludzkich zasobów systemu zdrowia w obu badanych grupach nie różni się znacząco od siebie.

Na podstawie badań nie można potwierdzić prawdziwości hipotezy badawczej o wyższym poziomie zdrowia i postrzeganiu ogólnej jakości systemu zdrowia w krajach z grupy A. Należy stwierdzić, że w krajach z grupy A mieszkańcy charakteryzują się nieznacznie lepszym poziomem zdrowia oraz pełniejszą realizacją innych potrzeb pacjentów niż w pozostałych krajach. Ewentualne wprowadzenie na większą skalę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do polskiego systemu zdrowia nie zmieni stanu zdrowia Polaków, może natomiast, dzięki lepszemu dopasowaniu oferty do potrzeb pacjentów, zmienić postrzeganie systemu opieki zdrowotnej.

Literatura

- Aczel A.D. (2006), *Statystyka w zarządzaniu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Björnberg A., Garroffé B.C., Lindblad S. (2009), Euro Health Consumer Index 2009 Report, Health Consumer Powerhouse, Sztokholm.
- Gazeta Prawna, 6 mld zł ma trafić „do szpitali dzięki polisom zdrowotnym”, http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/315541,6_mld_zl_ma_trafic_do_szpitali_dzieki_polisom_zdrowotnym, html publikacja: 5.05.2009 (10.09.2012).
- Joumard I., Andre C., Nicq C. (2010), *Health care systems: efficiency and institutions*, Economic Department Working Papers, no. 769, OECD.
- Loeb J.M. (2004), *The current state of performance measurement in health care*, „International Journal for Quality in Health Care”, 4, 16 (Suppl. 1).
- McIntyre D., Rogers L., Heie E.I. (2001), *Overview, history, and objectives of performance measurement*. *Health Care Financing Review*, 2001, no. 22.
- OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing, Paryż, s. 77 i 87.
- Or Z. (2001), *Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries*, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, no. 46, OECD Publishing.
- Rowena J., Smith P., Street A., (2013), *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa.
- Smedby B., Andersen R., *International comparisons of health care systems: Conceptual and methodological developments over half a century*, Socialmedicinsk Tidskrift (smt) – „Journal of Social Medicine”, vol 87, nr 5-6, Sztokholm, s. 441.
- Stec A, *Na służbie zdrowia da się zarobić*, „Gazeta Wyborcza”, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,2921911.html>, publikacja: 19.09.2005 (10.09.2012).
- WHO (2000), *The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance*, Genewa.

IMPACT OF PRIVATE INSURANCE ON HEALTH SYSTEM IN SELECTED OECD COUNTRIES

Abstract: *Purpose* – Analyse of impact of health system financing source (private insurance) on health system resources and outcomes.

Design/Methodology/approach – European OECD countries were divided into two group A – countries with a significant impact of private health insurance and group B – rest. Author used a statistical test to determine if there is a significant differences between the groups in scope of health system resources (expenditures, number of physicians and hospital beds per 1000 inhabitants) and health outcomes (life expectancy, self-reported health status, barriers in access to healthcare).

Findings – Countries in group A spend more their GDP on health but they achieve almost same health system resources level (number of physicians, hospital beds) as B-group countries. There is a small advantage in perceived health system quality and significant lower access-barriers than in group B.

Originality/value – this article is a new look on private health insurance impact on health system resources and outcomes. It takes in consideration all functions of private insurance in health system – primary, substitutive, complementary and supplementary.

Keywords: private health insurance, health system

Cytowanie

- Prędkiewicz P. (2014), *Wpływ prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na charakterystykę systemu zdrowia w wybranych krajach OECD*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 802, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 65, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 583–593; www.wneiz.pl/firfu.