

CZY MODEL SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA MA WPŁYW NA ROZWÓJ SPOŁECZNO-GOSPODARCZY WYBRANYCH KRAJÓW EUROPEJSKICH?

Streszczenie: Poziom rozwoju społeczno-gospodarczego danego kraju kwalifikuje go do jednej z grup krajów wysoko, średnio lub nisko rozwiniętych. Na rozwój społeczno-gospodarczy ma wpływ wiele czynników. Jednym z nich jest stan zdrowia społeczeństwa, który nieodzownie wiąże się z organizacją ochrony zdrowia w danym kraju. Warto więc zastanowić się, czy i w jaki sposób model systemu ochrony zdrowia oddziałuje na rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju? Celem artykułu jest sprawdzenie, czy model systemu ochrony zdrowia ma wpływ na rozwój społeczno-gospodarczy wybranych krajów europejskich? Osiągnięcie tego umożliwiła analiza wskaźnika HDI oraz wybranych wskaźników umieralności. Dane dotyczące wskaźnika HDI pochodzą z opracowania Agendy do spraw Rozwoju ONZ, natomiast dane dotyczące umieralności pochodzą z opracowań Eurostatu.

Słowa kluczowe: rozwój społeczno-gospodarczy, model systemu ochrony zdrowia, organizacja ochrony zdrowia

DOES MODEL OF THE HEALTH PROTECTION SYSTEM HAS AN IMPACT ON THE SOCIO-ECONOMIC DEVELOPMENT OF SELECTED EUROPEAN COUNTRIES?

Summary: The level of socio-economic development of a country qualifies it to one of the groups of high, medium or low-developed countries. Socio-economic development is influenced by many factors. One of them is the state of health of the society, which necessarily relates to the health organization in a given country. It is worthwhile to consider whether and how does the model of health care system affect the socio-economic development of a given country? The purpose of the article is to check whether the health care system model influences the socio-economic development of selected European countries. Achieving this has enabled analysis of the HDI index and selected mortality rates. The HDI data are derived from the UN Development Program, while mortality data are derived from Eurostat studies.

Key words: socio-economic development, health care system model, organization of health care system

Wprowadzenie

Zgodnie z definicją *Słownika PWN* rozwój oznacza proces przechodzenia do stanów lub form bardziej złożonych lub pod pewnym względem doskonalszych¹. Można więc wnioskować, iż rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju to jego rozkwit zarówno w zakresie społeczeństwa, demografii, wiedzy, edukacji, jak i na poziomie gospodarczym oraz bogactwa, zasobności obywateli, przyrostu kapitału. Powszechnie wiadomo, że są kraje uważane za wysoko rozwinięte w równej mierze społecznie, jak i gospodarczo oraz średnio i nisko rozwinięte. Zaszeregowanie danego państwa do kategorii kraju wysoko lub nisko rozwiniętego opiera się na analizie wielu złożonych wskaźników. Od 1993 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych posługuje się wskaźnikiem HDI do określenia poziomu społeczno-gospodarczego danego kraju. Uwzględnia się w nim kwestie ekonomiczne (PKB na mieszkańca) i społeczne (liczba lat edukacji, przewidywana długość życia). Jednym z aspektów warunkujących nasz indywidualny rozwój jest nasze zdrowie. Tylko w poczuciu pełnego zdrowia jesteśmy w stanie działać, poszerzać nasze plany, intensyfikować pracę. Z perspektywy makro opieka zdrowotna jest trudną, skomplikowaną i jednocześnie delikatną dziedziną funkcjonowania państwa. Mówiąc o ochronie zdrowia, należy rozpocząć od określenia modelu systemu ochrony zdrowia obowiązującego w danym kraju. Warunkuje on: organizację ochrony zdrowia, ramy legislacyjne, rolę i znaczenie poszczególnych elementów systemu. Warto zastanowić się, czy model systemu ochrony zdrowia, obowiązujący w danym kraju, oddziałuje na jego rozwój społeczno-gospodarczy?

Celem artykułu jest sprawdzenie, czy model systemu ochrony zdrowia ma wpływ na rozwój społeczno-gospodarczy wybranych krajów europejskich.

Aby osiągnąć zamierzony cel, przeprowadzono analizę korelacji między modelem ochrony zdrowia obowiązującym w danym kraju a poziomem jego rozwoju społeczno-gospodarczego. Do analizy tej wykorzystano obejmujące 2014 rok następujące wskaźniki:

- HDI (*Human Development Index*),
- umieralność na choroby układu krążenia,
- umieralność na nowotwory,
- umieralność niemowląt na 100 tys. urodzeń,
- liczba lekarzy na 100 tys. ludności.

Dane dotyczące wskaźnika HDI pochodzą z opracowania Agendy do spraw Rozwoju ONZ, natomiast dane dotyczące umieralności oraz liczby lekarzy pochodzą z opracowań Eurostatu.

¹ <http://sjp.pwn.pl/slowniki/rozw%C3%B3j.html> (data wejścia 29.05.2017).

Rozwój społeczno-gospodarczy

Aby wyjaśnić pojęcie rozwoju społeczno-gospodarczego, należy przede wszystkim zauważyć, iż składa się ono z dwóch części, tj. rozwoju społecznego i rozwoju gospodarczego. Od zrozumienia znaczenia poszczególnych komponentów zależy powodzenie zrozumienia, czym jest rozwój społeczno-gospodarczy.

Rozwój społeczny to wszelkie zmiany, jakim podlega całe społeczeństwo. Jeśli są one korzystne dla ogółu społeczeństwa, można mówić o postępie społecznym, jeśli niekorzystne, o regresie społecznym. Na rozwój społeczny składają się transformacje: świadomości ludzi, warunków życia, stanu demograficznego, konfliktów, itp. O ile w przypadku rozwoju społecznego mówimy o ogóle społeczeństwa, o tyle w przypadku rozwoju gospodarczego zmiany obejmują gospodarkę danego regionu/obszaru. Owe zmiany są zarówno ilościowe (wzrost produkcji, zatrudnienia), jakościowe (zmiana organizacji społeczeństwa), jak i strukturalne (zmiana struktury PKB). Należy zauważyć, iż oba komponenty są od siebie zależne i wpływają na siebie. Można stwierdzić, iż rozwój społeczny zależy od rozwoju gospodarczego i odwrotnie². Rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju zależy od wielu czynników m.in.: potencjału finansowego i rzeczowego, kapitału ludzkiego, zasobów ziemi i środowiska, ale przede wszystkim zależy od połączenia i wykorzystania tych czynników w przestrzeni publicznej. Rozwój jest kojarzony z ideą postępu, czymś pozytywnym. Jednak obecnie zauważa się, iż rozwój społeczno-gospodarczy wywołuje zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Do tych drugich należą m.in.: degradacja środowiska, narastające nierówności między najbogatszymi a najbiedniejszymi, rozwój chorób cywilizacyjnych w krajach wysoko rozwiniętych i to mimo ogromnych osiągnięć współczesnej medycyny.

Jednym z mierników, który opisuje poziom rozwoju społeczno-gospodarczego danego państwa, jest *Human Development Index* (HDI). Opracowany został w 1990 roku przez Mahbuba ul Haqą. Od 1993 roku Agenda do spraw Rozwoju ONZ wykorzystuje go w swoich raportach, porównując poziom rozwoju poszczególnych państw świata. Wskaźnik HDI bada rozwój na trzech płaszczyznach, takich jak: długie i zdrowe życie, wiedza i dostatni standard życia. Analizę opiera na czterech składowych, a mianowicie³:

- oczekiwana długość życia;
- średnia liczba lat edukacji otrzymanej przez mieszkańców w wieku 25 lat i starszych;
- oczekiwana liczba lat edukacji dla dzieci rozpoczynających proces kształcenia;
- dochód narodowy *per capita* w USD, liczony według parytetu nabywczego waluty (PPP \$).

² J.Hausner, A.Karwińska, J.Purchla, *Kultura, a rozwój*, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2013, s. 21.

³ *Human Development Report*, Nowy Jork 2015.

Za każdą ze składowych dane państwo może uzyskać od 0,00 do 0,25 pkt. Maksymalna ocena to 1,00. Kraje są pogrupowane w cztery kategorie, tj. państwa bardzo wysoko rozwinięte, państwa wysoko rozwinięte, państwa średnio rozwinięte oraz państwa słabo rozwinięte. Wskaźnik pozwala nie tylko zakwalifikować dany kraj do jednej z wyżej wymienionych grup, ale także ocenić, jak polityka wewnętrzna kraju (ekonomiczna, społeczna, zdrowotna, edukacyjna) wpływa na jego rozwój. Od początku pierwsze miejsce wymiennie zajmują cztery państwa, tj.: Kanada, Japonia, Islandia i niezmiennie od 2009 roku Norwegia z wynikiem 0,944 w 2014 roku. Polska należy do krajów wysoko rozwiniętych z wynikiem 0,843 w 2014 roku.

Zdrowie i jego determinanty

Zgodnie z definicją podaną przez Światową Organizację Zdrowia, zdrowie to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie jedynie brak choroby czy niepełnosprawności. Powyższa definicja świadczy o całościowym podejściu do: człowieka, jego samopoczucia i funkcjonowania w społeczeństwie. Jednocześnie wskazuje, iż jest to stan indywidualny i dla każdego człowieka może oznaczać coś innego.

W 1973 roku, ówczesny kanadyjski minister zdrowia, M. Lalond wraz ze swoimi współpracownikami stworzył model przedstawiający determinanty, które mają największy wpływ na poczucie zdrowia każdego z nas, nazywane Polami Lalond'a. Wyróżnił on zasadnicze determinanty zdrowia człowieka, takie jak:

- w 55% styl życia (m.in.: dieta, praca, aktywność fizyczna, nałogi);
- w 20% środowisko, w którym żyje człowiek;
- w 15% czynniki biologiczne i genetyczne;
- w 10% organizacja opieki zdrowotnej.

Dzięki całościowemu spojrzeniu na człowieka i jego środowisko Lalond nie tylko stworzył podstawy dzisiejszej promocji zdrowia i polityki zdrowotnej, ale także pokazał, iż zdrowie to specyficzne dobro, za które w głównej mierze każdy z nas odpowiada indywidualnie.

Dobro publiczne to takie dobro, z którego korzystania nie można zrezygnować i jednocześnie korzystanie z niego przez jednego konsumenta nie wyklucza korzystania z tego samego dobra w tym samym czasie przez pozostałych konsumentów⁴. W związku z tym, iż rynek usług zdrowotnych jest bardzo zróżnicowany, nie można jednoznacznie stwierdzić, że zdrowie jest dobrem publicznym. Kryterium zakwalifikowania danej usługi zdrowotnej do części publicznej lub prywatnej jest określenie, czy używanie cen rynkowych do dystrybucji dóbr lub wykluczenia z używania danego dobra bądź usługi jest łatwe i pożądane. Najbardziej racjonalna jest konkluzja, iż w zależności od specyfiki danej usługi rynku zdrowotnego należy ona do dobra publicznego albo prywatnego.

⁴ T. E. Gatten, *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 385, 409.

Definicja systemu ochrony zdrowia oraz identyfikacja modeli jego finansowania

Ochrona zdrowia to działania podejmowane dzięki wykorzystaniu posiadanych środków w celu zapewnienia społeczeństwu dobrego stanu zdrowia. Zadania te są realizowane poprzez system opieki zdrowotnej. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje system ochrony zdrowia jako spójną całość, której liczne, powiązane ze sobą części, wspólnie oddziałując, wpływają pozytywnie na stan zdrowia ludności. Jak wynika z powyższej definicji, jest wiele elementów/ instytucji, które muszą działać ze sobą, aby zapewnić zdrowie całego społeczeństwa. Najważniejsze z nich to:

- instytucje wydające akty prawne dotyczące ochrony zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, płaatnik);
- świadczeniodawcy, tj.: jednostki publiczne i niepubliczne, np.: szpitale, przychodnie, prywatne praktyki;
- świadczeniobiorcy, czyli pacjenci.

Stan zdrowia społeczeństwa to istotna kwestia z racji gospodarki. Zdrowe społeczeństwo to niższy odsetek ludzi bezrobotnych, oraz większe wpływy z podatków przy jednoczesnym zmniejszeniu wydatków na renty i zasiłki. Państwo odpowiada za stworzenie ram legislacyjnych oraz wybór modelu finansowania ochrony zdrowia.

Model to system założeń, pojęć i zależności między nimi, który pozwala w przybliżony sposób opisać jakiś aspekt rzeczywistości.

Model systemu ochrony zdrowia, obowiązujący w danym kraju, zależy od prowadzonej polityki zdrowotnej. Poniżej przedstawiono cztery klasyczne modele systemów ochrony zdrowia⁵.

1. Model Bismarcka został stworzony w 1883 roku z późniejszymi modyfikacjami. Model funkcjonuje m.in. w: Niemczech, Francji, Polsce, Belgii. Jest oparty na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jego główne założenia to:
 - świadczenia zdrowotne są finansowane przez obowiązkowe składki płacone przez pracodawców i pracowników;
 - funkcjonowanie instytucji gromadzących i wydających fundusze, które zawierają umowy ze świadczeniodawcami (podmiotami udzielającymi usług medycznych) w Polsce składki są przekazywane do ZUS, który następnie przekazuje je do instytucji właściwej, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - pacjent ma prawo swobodnego wyboru świadczeniodawcy, spośród tych, którzy podpisali stosowne umowy;
 - koszty leczenia mogą być pokrywane w pełni lub częściowo (np. leki);

⁵ A. Wasiak, P. Szelaąg, *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007-2011*, „Finanse i Prawo Finansowe. Journal of Finance and Financial Law”, 2015, II(2), s. 69-70.

- nadzór nad systemem sprawuje państwo, tworząc precyzyjne ramy prawne dla jego funkcjonowania (w Polsce- Ministerstwo Zdrowia).

2. Model Beveridge'a

Kolebką tego modelu jest Wielka Brytania. Jest to model narodowej służby zdrowia opierający się na powszechnym ubezpieczeniu społecznym. Obecnie funkcjonuje m.in. w: Hiszpanii, Portugalii, Wielkiej Brytanii. Główne założenia tego modelu to:

- równy, bezpłatny dostęp do usług zdrowotnych dla wszystkich obywateli, bez względu na status społeczny czy materialny;
- źródłem finansowania ochrony zdrowia jest budżet państwa (wpływy z podatków) wysokość środków przekazanych na opiekę zdrowotną jest ustalana rokrocznie przez rząd i jest uzależniona od dochodu budżetu państwa;
- decyzje dotyczące finansowania ochrony zdrowia są podejmowane na szczeblu centralnym.

3. Model Siemaszki (model scentralizowanej opieki zdrowotnej)

Jest on oparty na podobnych założeniach co Model Beveridge'a. Obowiązywał w krajach o ustroju socjalistycznym. Główne założenia to:

- finansowanie z budżetu państwa;
- zapewnienie bezpłatnej opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli;
- brak sektora prywatnego.

4. Model rynkowy (cechujący system funkcjonujący w USA)

Główne założenia modelu rynkowego to:

- przewaga prywatnego sektora ochrony zdrowia nad publicznym;
- brak obowiązkowego, powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, każdy odpowiada indywidualnie za swój stan zdrowia;
- finansowanie usług ze środków publicznych jest możliwe tylko dla wybranych grup np.: dzieci, osób w trudnej sytuacji materialnej, kobiet w ciąży;
- duża konkurencja w gałęzi ubezpieczeń zdrowotnych, a także między podmiotami udzielającymi świadczeń.

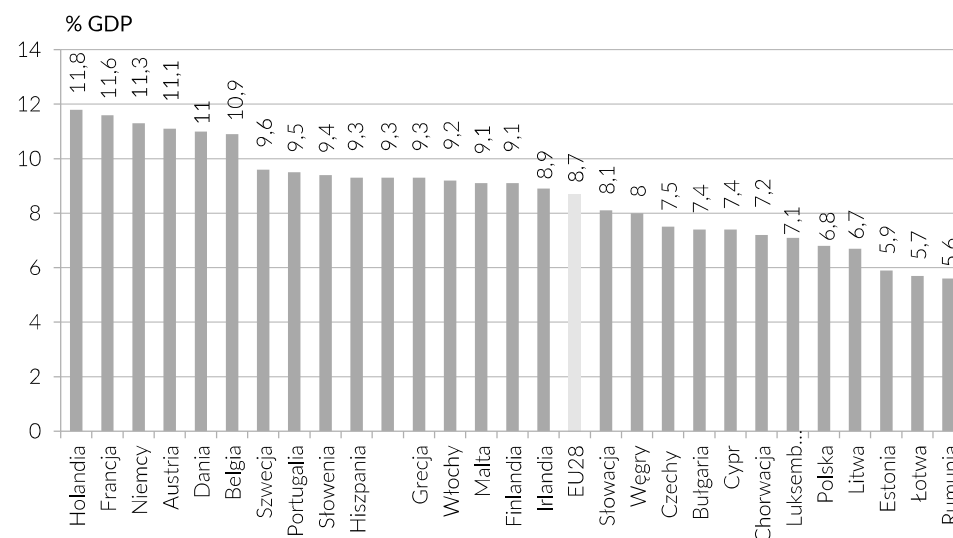
Na podstawie analizy założeń modeli można stwierdzić, iż podstawową różnicą między nimi jest to, kto odgrywa rolę głównego płatnika. W modelu rynkowym są to prywatne firmy ubezpieczeniowe, przy czym sama przynależność do takiego ubezpieczenia jest dobrowolna. W modelu Bismarcka obywatele podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu, a płatnik jest publiczny. W modelu Beveridge'a nie występuje ubezpieczenie, a finansowanie ochrony zdrowia odbywa się bezpośrednio z budżetu państwa. Obecnie trudno jest wskazać, że w danym kraju obowiązuje konkretny model, bowiem najczęściej są to połączenia i modyfikacje klasycznych modeli.

Wydatki na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej

Udział wydatków na ochronę zdrowia w produkcie krajowym brutto w 2012 roku

Poziom wydatków danego kraju na ochronę zdrowia zależy od wielu czynników, takich jak: model systemu obowiązującego w danym kraju, wysokość podatków, procent ludzi pracujących, ogólna zamożność społeczeństwa. Unia Europejska ma niejednorodną strukturę pod względem poziomu rozwoju gospodarczego, stąd też występują znaczące różnice w wysokości wydatków na ochronę zdrowia u poszczególnych jej członków.

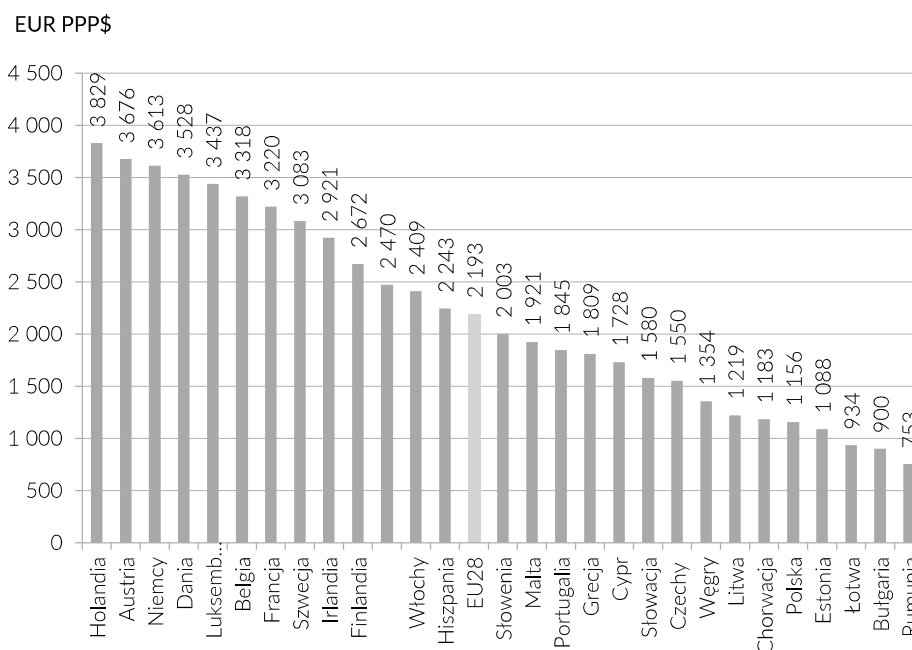
Rysunek 1.
Wydatki na ochronę zdrowia (bieżące i kapitałowe) w państwach UE-28 w 2012 roku
(jako % PKB)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Health at glance: Europe*, OECD 2014, s. 37.

Zgodnie z danymi Eurostatu, w 2012 roku najwyższy procent wskaźnika wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB miała Holandia (ponad 11,8%), na drugim miejscu znalazła się Francja (11,6%), na trzecim Niemcy (11,3%). Polska ze wskaźnikiem na poziomie 6,8% uplasowała się w grupie państw o najniższych wydatkach na ochronę zdrowia w relacji do PKB. Niższe wielkości przedmiotowego wskaźnika odnotowano tylko w Rumunii, na Łotwie, w Estonii oraz na Litwie. Istotną kwestią jest to, że Polska wypadła najsłabiej spośród krajów o podobnym poziomie gospodarczym. Czechy, Słowacja i Węgry wydają relatywnie więcej na ochronę zdrowia.

Rysunek 2.
Wydatki na ochronę zdrowia (publiczne i prywatne) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w państwach UE-28 w 2012 roku, według parytetu siły nabywczej EUR (PPP\$)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Health at glance: Europe*, op. cit., s. 37.

Zgodnie z danymi Eurostatu, w 2012 roku największe wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca miała Holandia 3 829 EUR/mieszkańca. Na drugim miejscu uplasowała się Austria 3 676 EUR/mieszkańca, a na trzecim Niemcy 3 613 EUR/mieszkańca. Mimo że w Holandii wydatki na ochronę zdrowia są najwyższe w Unii Europejskiej, to udział wydatków prywatnych we wszystkich wydatkach w przeliczeniu na 1 mieszkańca był najwyższy na Cyprze (około 50% całości). W Polsce wysokość wydatków na ochronę zdrowia wynosiła 1 156 EUR/mieszkańca. Polska znalazła się w grupie o najniższym poziomie wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca, jednocześnie kraje o podobnym poziomie rozwoju gospodarczego wydają relatywnie więcej, przykładowo Czechy 1 560 EUR/mieszkańca, Słowacja 1 580 EUR/mieszkańca.

Ochrona zdrowia na tle *Strategii na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu Europa 2020*

W dokumencie *Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu* z 2010 roku, potocznie nazywanym *Strategią Europa 2020*, zostały wskazane trzy główne priorytety dla Unii Europejskiej,

które powinna ona osiągnąć do 2020 roku, a mianowicie: rozwój inteligentny, zrównoważony i sprzyjający włączeniu społecznemu. W odniesieniu do ochrony zdrowia Polska musi opracować rozwiązania, które:

- zwiększą innowacyjność (zwiększenie środków na: badania naukowe, produkcję sprzętu i aparatury medycznej, eksperymenty medyczne, tworzenie nowych ośrodków badawczych, kształcenie kadry);
- będą wspierać działania służące rozwojowi konkurencji na rynku zdrowia (np. zintensyfikowanie udziału i znaczenia prywatnych ubezpieczeń społecznych w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce);
- spowodują zmniejszenie emigracji kadry medycznej do pozostałych krajów Unii Europejskiej (zapewnienie miejsc pracy, godnych warunków zatrudnienia)⁶.

Powyższe działania będą wymagały rozwiązań systemowych i odpowiednich nakładów finansowych, jednak w dłuższej perspektywie pozwolą na zapewnienie: wysokiego poziomu udzielanych świadczeń, rozwoju konkurencyjności rynku usług zdrowotnych w stosunku do pozostałych krajów Unii Europejskiej oraz odpowiedniego poziomu ich finansowania.

Wyniki

W tabeli 1. przedstawiono analizę danych pochodzących z Eurostatu oraz Agendy do spraw Rozwoju ONZ.

Tabela 1.

Wartość wskaźnika HDI oraz jego komponentów w odniesieniu do wybranych krajów europejskich oraz obowiązujących w nich modeli systemów zdrowotnych w 2014 roku

Model systemu	Kraj	HDI (miejsce w rankingu w 2014 roku), w tym:	Przewidywana długość życia w chwili urodzenia	Oczekiwana liczba lat edukacji dla dzieci w chwili rozpoczęcia	PKB per capita w USD, liczony według PPP
Model Bismarcka (ubezpieczeń zdrowotnych)	Polska	0,843 (36)	77,40	15,50	23 177,00
	Niemcy	0,916 (6)	80,90	16,50	45 435,00
	Belgia	0,890 (21)	80,80	16,30	41 187,00
Model Beveridge'a (budżetowy)	Wielka Brytania	0,907 (14)	80,70	16,20	39 267,00
	Hiszpania	0,876 (26)	82,60	17,30	32 045,00
	Portugalia	0,830 (43)	80,90	16,30	25 757,00
	Norwegia	0,944 (1)	81,60	17,50	64 992,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Human Development Report*, Nowy Jork 2015, s. 208.

⁶ *Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, Bruksela 2010, s. 24

Jak wynika z tabeli 1., zarówno w modelu ubezpieczeniowym, jak i budżetowym znalazły się kraje bardzo wysoko i wysoko rozwinięte. W modelu ubezpieczeniowym najniższe miejsce w rankingu wśród wybranych krajów zajęła Polska (miejsce 36.) z wynikiem 0,843, podczas gdy w modelu budżetowym najniższe miejsce zajęła Portugalia (miejsce 43.) z wynikiem 0,830. Jednocześnie najwyższe miejsce zajęły odpowiednio w modelu ubezpieczeniowym Niemcy (miejsce 6.) z wynikiem 0,916, a w modelu budżetowym Norwegia (miejsce 1.) z wynikiem 0,944. Pod względem przewidywanej długości życia w modelu ubezpieczeniowym najdłuższą miały Niemcy (80,9 lat), podobnie w modelu budżetowym Portugalia, również 80,9 lat. Oczekiwana liczba lat edukacji od momentu jej rozpoczęcia w modelu ubezpieczeniowym wahała się wśród analizowanych krajów między 15,5-16,5 lat, a w modelu budżetowym 16,2-17,5 lat. Produkt krajowy brutto na osobę, według parytetu siły nabywczej, w modelu ubezpieczeniowym najniższy wyniósł 23 177,00 USD, a najwyższy 45 434,00 USD, natomiast w modelu budżetowym najniższa wartość wyniosła 25 757,00 USD, a najwyższa 64 992,00 USD. Jednocześnie warto podkreślić, iż wartość ta dotyczyła Norwegii.

Tabela 2.
Wartość wybranych wskaźników umieralności oraz liczby lekarzy na 100 tys. ludności w odniesieniu do wybranych krajów europejskich oraz obowiązujących w nich modeli systemów zdrowotnych w 2014 roku

Model systemu	Kraj	Umieralność na choroby układu krążenia	Umieralność na nowotwory	Umieralność noworodków na 100 tys. urodzeń żywych	Liczba lekarzy na 100 tys. ludności
Model Bismarcka (ubezpieczeń zdrowotnych)	Polska	635,34	308,43	4,20	230,68
	Niemcy	433,08	264,32	3,20	410,82
	Belgia	301,20	272,83	3,40	296,96
Model Beveridge'a (budżetowy)	Wielka Brytania	276,40	286,25	3,90	279,42
	Hiszpania	253,07	247,37	2,80	380,08
	Portugalia	304,77	247,51	2,90	bd*
	Norwegia	288,50	259,46	2,40	442,92

*bd. – brak danych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (data wejścia 16.03.2017).

Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli 2., wskaźniki umieralności na choroby układu krążenia były nieznacznie wyższe w krajach, w których obowiązywał model ubezpieczeniowy. Wahały się między 301,20 w Belgii a 635,34 w Polsce. Jednocześnie w modelu budżetowym wśród wybranych krajów wartości te

wahały się między 253,07 w Hiszpanii a 304,77 w Portugalii. Umieralność na nowotwory była na względnie jednolitym poziomie we wszystkich badanych krajach. Wśród krajów, w których obowiązywał model ubezpieczeniowy, wartości te wynosiły 264,32 w Belgii, 272,83 w Niemczech oraz 308,43 w Polsce. W modelu budżetowym wartości wynosiły odpowiednio: 247,37 w Hiszpanii, 247,51 w Portugalii, 259,46 w Norwegii oraz 286,25 w Wielkiej Brytanii. Umieralność noworodków na 100 tys. urodzeń, czyli wskaźnik przez wielu uważany za odzwierciedlenie wydajności i poprawności działania systemu ochrony zdrowia w danym kraju, wśród krajów, w których obowiązywał model ubezpieczeniowy, wahał się między 3,2 w Niemczech a 4,2 w Polsce. Natomiast wśród krajów o modelu budżetowym wskaźnik ten wahał się między 2,4 w Norwegii a 3,9 w Wielkiej Brytanii. Ostatnim analizowanym wskaźnikiem była liczba lekarzy na 100 tys. ludności. W modelu ubezpieczeniowym wartości te wahały się między 230,68 w Polsce, a 410,82 w Niemczech. Jednocześnie w modelu budżetowym wśród wybranych krajów wartości te wahały się między 279,42 w Wielkiej Brytanii a 442,92 w Norwegii

Podsumowanie

Otrzymane wyniki pozwoliły sformułować poniższe wnioski. Po pierwsze, zdrowie społeczeństwa jest jednym z czynników warunkujących rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju. Ludzie mający poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pracują, nie korzystają z zaplecza socjalnego proponowanego przez państwo, są chętni do: zakładania własnych przedsiębiorstw, tworzenia nowych miejsc pracy, ale także do zakładania rodzin, posiadania potomstwa, edukacji. Na zdrowie każdego człowieka mają wpływ cztery główne czynniki wskazane przez M. Lalonda, tj.: styl życia (55%), środowisko życia (20%), czynniki biologiczne i chemiczne (15%) oraz organizacja ochrony zdrowia (10%). Ostatni ze wskazanych czynników nieodzownie wiąże się z modelem systemu opieki zdrowotnej obowiązującym w danym kraju.

Po drugie, model systemu ochrony zdrowia, obowiązujący w danym kraju, bezpośrednio nie wpływa na rozwój społeczno-gospodarczy tego kraju. Nie ma przełożenia na ogólną wartość wskaźnika HDI ani jego komponentów. Bez względu na obowiązujący model, również wybrane wskaźniki umieralności plasują się na podobnym poziomie. Nie można wyznaczyć bezpośredniej korelacji między obowiązującym modelem a rozwojem społeczno-gospodarczym wybranych krajów europejskich.

Po trzecie, należy podkreślić, iż model systemu ochrony zdrowia pośrednio oddziałuje na rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju. Nie można mówić o rozwoju społeczno-gospodarczym bez zdrowego społeczeństwa. Tylko takie jest w stanie osiągnąć postęp w równej mierze społeczny, jak i ekonomiczny, tworzyć innowacje, odkrywać, rozwijać się. Biorąc pod uwagę to, iż model wpływa na organizację systemu ochrony zdrowia, a ta ma bezpośrednie przełożenie na stan

zdrowia społeczeństwa, można stwierdzić, że pośrednio wpływa także na rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju.

Rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju to proces jego doskonalenia się na gruncie społecznym i gospodarczym. Jest to proces ciągły, zachodzący jednocześnie we wszystkich dziedzinach życia. Jednym z czynników warunkujących postęp jest zdrowe społeczeństwo. Określone ramy legislacyjne i zasady działania tworzą model systemu ochrony zdrowia w danym kraju. Można wyróżnić cztery podstawowe modele, jednak w praktyce najczęściej są one wymieszane. Analiza wskaźnika HDI oraz wybranych wskaźników umieralności i liczby lekarzy na 100 tys. obywateli pozwoliła sformułować wniosek, iż model systemu ochrony zdrowia ma pośredni wpływ na rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju. Społeczeństwo zdrowe ma większą tendencję do rozmnażania, prowadzi zdrowy tryb życia. To wszystko sprzyja rozwojowi społeczno-gospodarczemu. Takie społeczeństwo żyje dłużej, rozwija przedsiębiorczość, pomnaża kapitał, zapewnia naturalną wymianę pokoleń. Chcąc zapewnić rozwój kraju, należy więc zwrócić uwagę na stan zdrowia społeczeństwa i jego poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Bez zabezpieczenia tego jednego z najważniejszych aspektów życia każdego człowieka, problematyczne staje się motywowanie ludzi do działania i rozwoju.

Literatura

1. Gatzert T.E, *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
2. Hausner J., Karwińska A., Purchla J., *Kultura, a rozwój*, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2013.
3. *Health at glance: Europe*, OECD, 2014.
4. *Human Development Report*, New York 2015.
5. <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (data wejścia 16.03.2017).
6. <http://sjp.pwn.pl/slowniki/rozw%C3%B3j.html> (data wejścia 29.05.2017).
7. *Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, Bruksela 2010.
8. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (tj. Dz. U. z 2017, poz. 1938).
9. Wasiak A., Szelaż P., *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2007-2011*, „Finanse i Prawo Finansowe. Journal of Finance and Financial Law”, 2015, II(2).