

*dr Anna Hnatyszyn-Dzikowska*¹

Katedra Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

*dr hab. Zofia Wyszowska, prof. UMK*²

Katedra Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy

Konwergencja wydatków na opiekę zdrowotną w państwach Unii Europejskiej – zarys problematyki

WPROWADZENIE

W ostatnich dekadach wskazuje się na dynamiczny wzrost wydatków na opiekę zdrowotną (WOZ) w państwach Unii Europejskiej (UE). Przyczyn tego stanu rzeczy można wskazać wiele, a wiążą się one przede wszystkim z przemianami demograficznymi, społecznymi oraz rozwojem nowoczesnych, zaawansowanych technologii medycznych [Breyer i in., 2010, s. 674–690; Pammoli i in., 2012, s. 623–634]. Obserwuje się również istotne różnice między państwami UE. Biorąc pod uwagę wydatki na zdrowie *per capita* w 2012 r. w Holandii wynosiły one 5099 \$, a w Estonii 3,5-krotnie mniej – 1447 \$. Z drugiej strony obserwuje się zróżnicowaną dynamikę wzrostu WOZ między państwami. W państwach o relatywnie niższym poziomie wydatków, średnia roczna dynamika wzrostu jest na poziomie około 8%, podczas gdy w państwach bogatszych nie przekracza 0,5% [Lau, Fung, 2013, s. 3]. W kontekście istniejących napięć fiskalnych problem ten ma kluczowe znaczenie dla decydentów i realizatorów polityki zdrowotnej, gdyż wydatki na opiekę zdrowotną są ściśle związane z obciążeniem finansów publicznych państwa. Fakt ten determinuje potrzebę pogłębionych badań dynamiki i kierunków WOZ w poszczególnych państwach, analiz porównawczych między krajami i prób identyfikacji czynników sprzyjających konwergencji wydatków między państwami.

¹ Adres korespondencyjny: ul. Sandomierska 16, 85-830 Bydgoszcz, tel. +48 600 30 19 44, e-mail: a.hnatyszyn@cm.umk.pl.

² Adres korespondencyjny: ul. Sandomierska 16, 85-830 Bydgoszcz, e-mail: zofiawyszowska@cps.pl.

Niniejszy artykuł stanowi przegląd literatury i na tej podstawie próbę określenia stopnia konwergencji wydatków na opiekę zdrowotną w państwach Unii Europejskiej. Badania konwergencji WOZ są uzasadnione, gdyż „dostarczają informacji na temat stopnia i zmiany podobieństwa krajów w przypadku asygnowania środków na opiekę zdrowotną” [Strzelecka 2011, s. 214]. W pierwszej części artykułu przedstawiono pojęcie konwergencji oraz jej istotę w świetle badań systemów opieki zdrowotnej, następnie dokonano przeglądu literatury na temat konwergencji WOZ w UE. W tym celu uwzględniono piśmiennictwo indeksowane w bazach: EBSCO, Medline, SpringerLink w okresie od stycznia 1970 r. do września 2014 r., biorąc pod uwagę następujące słowa kluczowe: wydatki na opiekę zdrowotną, konwergencja, dywergencja, zbieżność, Unia Europejska. Przegląd opierał się głównie na publikacjach anglojęzycznych oraz w języku polskim. Nie zastosowywano w nim kryteriów wyłączenia. Zidentyfikowano 10 publikacji odpowiadających określonej zakresowi prowadzonych analiz. Dokonana analiza pozwoliła na wyciągnięcie wniosków, co do dalszych tendencji rozwojowych w kształtowaniu się zarówno publicznych, jak i prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną w państwach UE.

POJĘCIE KONWERGENCJI

Zgodnie z teorią konwergencji gospodarczej, poziom rozwoju gospodarczego krajów mniej rozwiniętych powinien zbliżać się do poziomu bardziej rozwiniętych gospodarczo państw – przy założeniu istnienia tych samych uwarunkowań (np. zasobowych). Konwergencja społeczno-gospodarcza jest omawiana głównie w kontekście dwóch głównych teorii wzrostu gospodarczego: neoklasycznej i endogenicznej. W literaturze klasycznej teorii wzrostu wykorzystywane są dwie koncepcje konwergencji: σ -konwergencja i β -konwergencja [Sala-i-Martin, 1996].

Jedną z najprostszych metod szacowania konwergencji społeczno-gospodarczej jest obliczenie σ -konwergencji na podstawie odchylenia standardowego. Dzięki tej metodzie możliwe jest zbadanie, w jakim stopniu dyspersja między poziomem dochodu narodowego (lub innych wskaźników) została zmieniona, lub w jaki sposób różnice wskaźników wewnątrz grupy krajów zmieniają się w stosunku do średniej. Współczynnik redukcji wariancji (odchylenie standardowe/średnia arytmetyczna) wskaźników wskazuje na zmniejszenie różnicy, czyli obecność σ -konwergencji.

Koncepcja β -konwergencji opiera się na założeniu, iż słabiej rozwinięte gospodarki zazwyczaj rozwijają się dynamiczniej niż bogate. Związane jest to z tzw. efektem „doganiania”. Pojęcie β -konwergencji dotyczy zależności między średnią stopą wzrostu dochodu *per capita* a początkowym poziomem dochodu. W literaturze wyróżnia się bezwzględną (bezwarunkową) i warunkową β -kon-

wergencję. Konwergencja bezwzględna zakłada, że gospodarki upodabniają się do siebie niezależnie od warunków początkowych. Konwergencja warunkowa oznacza natomiast, że upodabniają się do siebie gospodarki o podobnych parametrach strukturalnych.

W wyniku sporów nad zasadnością stosowania σ - lub β -konwergencji, pojawiła się trzecia koncepcja tzw. γ -konwergencja. Bierze ona pod uwagę w analizach szeregów czasowych zmieniającą się pozycję rankingową badanych gospodarek, co determinuje większą precyzyjność interpretacji wyników [szerzej: Kusideł, 2013, s. 65–71].

KONWERCENCJA SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Restrykcyjne warunki wymagane w procesie konwergencji gospodarczej, takie jak: (1) wspólna technologia; (2) konkurencja doskonała i otwartość na handel, a w przypadku konwergencji bezwarunkowej: (3) podobne preferencje, polityka i potencjał wzrostu gospodarczego, oznaczają, iż badania empiryczne obejmujące różne państwa są kontrowersyjne. Niemniej, zainteresowanie naukowe procesami konwergencji w gospodarce dynamicznie rozwinęło się w latach 80. i 90. XX w. W tym czasie opracowywano przede wszystkim ekonometryczne metody badania konwergencji różnych obszarów społeczno-gospodarczych. Zauważono, iż harmonizacja polityki, dyfuzja technologii, a także otwarcie rynków krajowych na konkurencję, która ma tendencję do wyrównywania cen, determinuje procesy konwergencji w różnych krajach UE [Sachs, Warner, 1995]. Ponadto, w UE proces konwergencji jest dodatkowo promowany i przyspieszany poprzez przesunięcia budżetowe (np. realizowane z funduszy strukturalnych w ramach kolejnych perspektyw finansowych), które mają na celu zmniejszenie różnic w dochodach i niwelowanie nierówności społecznych między państwami członkowskimi.

W przypadku systemów opieki zdrowotnej, których kształtowanie w poszczególnych państwach UE zdeterminowane jest zróżnicowanymi uwarunkowaniami demograficznymi, historycznymi, politycznymi i gospodarczymi, proces konwergencji wydaje się być mocno skomplikowany. Możliwość zastosowania na szczeblu unijnym obligatoryjnych instrumentów prawnych dla realizacji homogenicznego europejskiego systemu opieki zdrowotnej jest mocno ograniczona również przez obowiązującą zasadę subsydiarności i konieczność respektowania suwerenności państw członkowskich w tej dziedzinie. W tym świetle wskazuje się na narzędzia miękkiej koordynacji, w tym przede wszystkim otwartą metodę koordynacji (*Open Method of Coordination* – OMC), której potencjalna możliwość zastosowania w opiece zdrowotnej została już potwierdzona w literaturze przedmiotu [Jankowiak, 2010, s. 6].

Ponadto, w ciągu ostatnich dwóch dekad, współwystępowanie socjodemograficznych, gospodarczych i instytucjonalnych zmian zmniejszyło możliwości państw narodowych do realizacji autonomicznej polityki zdrowotnej w UE. Wskazuje się, iż jest to kluczowa determinanta konwergencji w systemach opieki zdrowotnej [Leiter, Engelbert, 2009, s. 2]. Aspekty związane z badaniem zbieżności i rozbieżności systemów opieki zdrowotnej stały się jednak przedmiotem zainteresowania dopiero w ostatnich latach. Wskazuje się na co najmniej trzy obszary zainteresowania tą tematyką w państwach UE [Villaverde i in., 2014, s. 252]. Po pierwsze – badanie związków między dochodami w gospodarce i systemowymi wydatkami na zdrowie – w tym świetle wskazywanie na zbieżność ścieżki konwergencji w tych dwóch obszarach [Wang 2009]. Po drugie – identyfikacja mechanizmów politycznych sprzyjających konwergencji na poziomie zdrowia publicznego [Nixon, 2000, s. 1]. Po trzecie – ocena konwergencji systemów opieki zdrowotnej w świetle transgranicznej mobilności zasobów [Leiter, Theur, 2012, s. 7].

KONWERGENCJA WYDATKÓW NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W UE

Pomimo znacznego zainteresowania procesami konwergencji gospodarek UE [Eckey, Turck, 2006, s. 1], literatura z zakresu konwergencji WOZ jest bardzo uboga. Relatywnie odnotowuje się większe zainteresowanie badaniami z zakresu konwergencji sytuacji zdrowotnej [Clark, 2011]. Niemniej jednak, przedstawiony w tabeli 1 przegląd literatury z zakresu konwergencji WOZ w UE, wskazuje na rosnące zainteresowanie tematyką od początku XXI w. W wyniku dokonanego przeglądu literatury w indeksowanych bazach naukowych EBSCO, Medline, SpringerLink zidentyfikowano 10 publikacji bezpośrednio poświęconych analizie konwergencji WOZ w państwach UE (w tym jedna rozszerzająca zakres badawczy o państwa OECD). Wyniki badań są zróżnicowane, co wynika z przyjętej metodyki (analiz przekrojowych, analiz danych panelowych, analiz szeregów czasowych czy też rozkładu zmiennych) i analizowanych zmiennych (WOZ ogółem, WOZ *per capita*, WOZ jako % PKB, prywatne WOZ, publiczne WOZ). Ze względu na zakres artykułu nie podano charakterystyki poszczególnych metod, jednakże ich wyczerpujące opisy znajdują się w cytowanych pracach.

Pierwsze badania przeprowadzone zostały przez Hitrisa [1997] i nie wykazały one konwergencji WOZ. Twierdził on jednak, że pogłębiająca się konwergencja gospodarcza państw członkowskich UE w konsekwencji doprowadzi do konwergencji WOZ. Wskazały na to już kolejne badania, które przeprowadzone zostały przez Nixona [2000] oraz Hitrisa i Nixona [2001]. Autorzy pozytywnie zweryfikowali hipotezę o występowaniu zarówno β -, jak i σ -konwergencji w obszarze WOZ. Przeprowadzając bardziej szczegółowe badania, Hofmarcher,

Rohrling i Riedel [2004] uważają jednak, iż do czasu rozszerzenia UE w 1995 r. i 2004 r. brak wystarczających dowodów na konwergencję WOZ *per capita*. Jednakże wraz z kolejnymi rozszerzeniami luka dochodowa między państwami UE zaczęła się domykać, co dynamizuje proces konwergencji WOZ. Również, Kerem i in. [2008] poprzez badanie β -, σ - i γ -konwergencji twierdzą, iż integracja gospodarcza nie prowadzi do automatycznej homogenizacji WOZ i polityki zdrowotnej na obszarze UE. Niemniej obserwowany jest proces „doganiania” w państwach o niższym poziomie rozwoju. Do podobnych wniosków przychyliła się również A. Strzelecka [2011, s. 2014], akcentując jednak, że stosowane metody pomiaru β -, i σ -konwergencji mają charakter informacyjny. Badania przeprowadzone w kolejnych latach zaczęły potwierdzać występowanie konwergencji w obszarze WOZ [Panopolou, Pantelidis, 2012]. Montanari i Nelson [2013] dokonali badania spójności w różnych wymiarach opieki zdrowotnej (WOZ jako jeden z wymiarów) w różnych krajach UE. Państwa charakteryzujące się stabilnością gospodarczą nie wykazują zbieżności w jakimkolwiek wymiarze systemu opieki zdrowotnej (w tym WOZ) oprócz rosnącego udziału finansowania prywatnego. Lau i Fung [2013] wskazali na występowanie konwergencji WOZ, argumentując zarazem, że istniejące otoczenie instytucjonalne uniemożliwia pogłębianie procesu konwergencji WOZ. Ostatnie badania Villaverde i in. [2014] potwierdzają, że poziomy WOZ wykazują tendencję do spadku stopnia zróżnicowania, ograniczoną wszakże do państw UE-15. Zbieżność wartości wydatków może być przy tym wynikiem konwergencji systemów ochrony zdrowia na podłożu otwartej koordynacji.

Tabela 1. Konwergencja wydatków na opiekę zdrowotną w UE – przegląd badań

Autorzy, (rok publikacji)	Lata objęte badaniem	Region UE	Rezultaty
1	2	3	4
Hitiris T. (1997)	1960–1991	UE-12	Brak konwergencji WOZ.
Nixon J. (2000)	1960–1995	UE-15	Silne występowanie β - i σ -konwergencji w obszarze WOZ.
Hitiris T., Nixon J. (2001)	1960–1992	UE-24	Silne występowanie β -konwergencji w obszarze WOZ.
Hofmarcher M.M., Rohrling G., Riedel M. (2004)	1980–2001	UE-22	Występuje dynamiczny wzrost WOZ wśród państw słabiej rozwiniętych, jednak proces integracji nie prowadzi jednoznacznie do konwergencji WOZ.

1	2	3	4
Kerem K., Püss T., Viies M., Maldre R. (2008)	1992–2004	UE-27	Integracja nie prowadzi do konwergencji WOZ.
Strzelecka A. (2011)	1990–2008	UE-15	Rozszerzenie UE nie powoduje automatycznej homogenizacji WOZ.
Panopolou E., Pantelidis T. (2012)	1972–2006	UE-11 (17OECD)	Występuje konwergencja WOZ <i>per capita</i> , jednak nie prowadzi ona do zbieżności wyników zdrowotnych.
Montanari I., Nelson K. (2013)	1980–2006	UE-19	Występuje konwergencja w obszarze prywatnych WOZ.
Lau M., Fung K. (2013)	1975–2008	UE-14	Istniejące otoczenie instytucjonalne uniemożliwia pogłębianie procesu konwergencji WOZ.
Villaverde J., Maza A., Hierro M. (2014)	1995–2010	UE-27	Zmniejszenie dysproporcji jest bardzo słabe, a zatem trwałość jest główną cechą charakteryzującą dystrybucję WOZ w badanych państwach.

Źródło: opracowanie własne.

WNIOSKI

Przedstawiony przegląd literatury dotyczącej konwergencji WOZ wydaje się sugerować, iż w państwach UE następuje proces zbieżności w systemie finansowania opieki zdrowotnej. Procesy ujednocniania są istotne z perspektywy mobilności na rynku pracy ponad granicami i możliwościami przekraczania granic w celu nabycia usług opieki zdrowotnej. Faktem jest, iż dynamika i siła konwergencji zależy od przyjętego do badania zakresu czasowego i przestrzennego, przyjętych definicji konwergencji oraz zastosowanej metodologii ekonometrycznej.

Uzyskane wyniki badań potwierdziły również, że wśród krajów UE wydatki na opiekę zdrowotną nadal zasadniczo odbiegają od siebie. Wynika to przede wszystkim ze zróżnicowanych poziomów dochodów *per capita* oraz czynników

demograficznych. Obie te zmienne nie są pod bezpośrednią kontrolą rządów państw członkowskich, dlatego zbieżność systemów opieki zdrowotnej może nastąpić tylko w dłuższej perspektywie, w warunkach harmonijnego i zrównoważonego wzrostu gospodarczego. Tymczasem głównym zadaniem szczebla ponadnarodowego jest wspieranie wysiłków państw członkowskich na rzecz koordynacji krajowych polityk zdrowotnych oraz, w razie potrzeby, do podjęcia wspólnych działań w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się w całej UE problemów zdrowotnych.

BIBLIOGRAFIA

- Breyer F., Costa-Font J., Felder S., 2010, *Ageing, health and health care*, "Oxford Review of Economic Policy", No. 26(4), <http://dx.doi.org/10.1093/oxrep/grq032>.
- Clark R., 2011, *World health inequality: Convergence, divergence, and development*, "Social Science and Medicine", No. 72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.008>.
- Eckey H.F., Turck M., 2006, *Convergence of EU Regions. A Literature Report*, Institut für Volkswirtschaftslehren No. 80.
- Hitiris T., 1997, *Health care expenditure and integration in the countries of the European Union*, "Applied Economics", No. 29, <http://dx.doi.org/10.1080/000368497327335>.
- Hitiris T., Nixon J., 2001, *Convergence on health care expenditure in the EU countries*, "Applied Economics Letters", No. 8, <http://dx.doi.org/10.1080/135048501750103890>.
- Hofmarcher M.M., Rohrling G., Riedel M., 2004, *Health expenditure in the EU: Convergence by enlargement?*, Health System Watch, No. I.
- Jankowiak M., 2010, *Konwergencja ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej*, „Polityka Społeczna”, No. 7.
- Kerem K., Püss T., Viies M., Maldre R., 2008, *Health And Convergence Of Health Care Expenditure In EU*, "International Business and Economics Research Journal", No. 7(3).
- Kusideł E., 2013, *Konwergencja gospodarcza w Polsce i jej znaczenie dla osiągnięcia celów polityki spójności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Leiter A.M., Engelbert T., 2009, *The Convergence of Health Care Financing Structures: Empirical Evidence from OECD-Countries*, Working Paper, Austrian Center for Labor Economics, August.
- Montanari I., Nelson K., 2013, *Social Services Decline and System Convergence: How Does Health Care Fare?*, "Journal of European Social Policy", No. 23(1).
- Lau M., Fung K., 2013, *Convergence in Health Care Expenditure of 14 EU Countries: New Evidence from Non-linear Panel Unit Root Test*, MPRA Paper, No. 52871.
- Leiter A.M., Theurl E., 2012, *The convergence of health care financing structures: empirical evidence from OECD-countries*, "European Journal of Health Economics", No. 13, <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-010-0265-z>.
- Nixon J., 2000, *Convergence of health care spending and health outcomes in the European Union, 1960–95*, Centre for Health Economics, Discussion Paper: The University of York, No. 183.

- Pammolli F., Riccaboni M., Magazzini L., 2012, *The sustainability of European health care systems: Beyond income and aging*. "European Journal of Health Economics", No. 13, <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-011-0337-8>.
- Panopolou E., Pantelidis T., 2012, *Convergence in per capita health expenditures and health outcomes in the OECD countries*, "Applied Economics", No. 44(30), <http://dx.doi.org/10.1080/00036846.2011.583222>.
- Sachs J.D. Warner A., 1995, *Economic reform and the process of global integration*, Brookings Papers on Economic Activity, No. 1.
- Sala-i-Martin X., 1996, *The Classical Approach to Convergence Analysis*, "Economic Journal", No. 106, <http://dx.doi.org/10.2307/2235375>.
- Strzelecka A., 2011, *Konwergencja wydatków na opiekę zdrowotną w wybranych krajach w latach 1990–2008*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici”, z. 403.
- Villaverde J., Maza A., Hierro M., 2014, *Health expenditure disparities in the European Union and underlying factors: a distribution dynamics approach*, "International Journal of Health Care Finance Economy", No. 14, <http://dx.doi.org/10.1007/s10754-014-9147-8>.
- Wang Z., 2009, *The convergence of health care expenditure in the United States*, "Health Economics", No. 18, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x>.

Streszczenie

Niniejszy artykuł stanowi przegląd literatury i na tej podstawie próbę określenia stopnia konwergencji wydatków na opiekę zdrowotną w państwach Unii Europejskiej. W przypadku systemów opieki zdrowotnej, których kształtowanie w poszczególnych państwach Unii Europejskiej zdeterminowane jest zróżnicowanymi uwarunkowaniami demograficznymi, historycznymi, politycznymi i gospodarczymi, proces konwergencji wydaje się być mocno skomplikowany. Niemniej, na przestrzeni czasowej lat 1970–2014, zidentyfikowano 10 publikacji odpowiadających określonej zakresowi prowadzonych analiz. Dokonana analiza pozwoliła na wyciągnięcie wniosków, co do dalszych tendencji rozwojowych w kształtowaniu się zarówno publicznych, jak i prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną w państwach Unii Europejskiej. Przedstawiony przegląd literatury dotyczącej konwergencji wydatków na opiekę zdrowotną wydaje się sugerować, iż w państwach Unii Europejskiej następuje proces zbieżności w systemie finansowania opieki zdrowotnej. Faktem jest, iż dynamika i siła konwergencji zależy od przyjętego do badania zakresu czasowego i przestrzennego, przyjętych definicji konwergencji oraz zastosowanej metodologii ekonometrycznej. Badania potwierdzają jednak, że poziomy wydatków na opiekę zdrowotną wykazują tendencję do spadku stopnia zróżnicowania (szczególnie w państwach o wyższym poziomie dochodu). Zbieżność wartości wydatków może być przy tym wynikiem konwergencji systemów ochrony zdrowia na podłożu otwartej koordynacji. Możliwość zastosowania przez szczybel ponadnarodowy innych instrumentów wspierających dynamikę ujednolicania systemów opieki zdrowotnej jest mocno ograniczony – ze względu na poszanowanie suwerenności poszczególnych państw i obowiązującą zasadę subsydiarności.

Słowa kluczowe: wydatki na opiekę zdrowotną, konwergencja, Unia Europejska

The Diversity of Health Care Expenditure in the European Union – the Identification of the Key Factors

Summary

This article is a review of the literature and an attempt to determine the degree of convergence of health care expenditure in the European Union. In the case of different European health care systems convergence process seems to be very complicated. The case is that the national health care systems are determined by diverse demographic, historical, political and economic circumstances. However, over the years 1970-2014, 10 publications corresponding to a particular range of analyzes are identified. The analysis allowed to make conclusions about further developments in the formation of both public and private spending on health care in the European Union. An overview of the literature on the convergence of health care expenditure seems to suggest that in the EU convergence process takes place in the system of health care financing. The fact is that the dynamics and strength of convergence depend on the time scope and spatial range adopted to the study as well as accepted definitions of convergence and the econometric methodology used. Research confirms, however, that the levels of spending on health care tend to decrease the degree of differentiation (especially in countries with a higher level of income). The convergence of expenditure may be the result of the convergence of health systems on the ground of open coordination method. The applicability of the supranational level of other instruments supporting dynamic unification of health systems is very limited – because of the respect for national sovereignty and the principle of subsidiarity.

Keywords: health care expenditure, convergence, European Union

JEL: I10, I18, C23