

# Analiza porównawcza systemów ochrony zdrowia w Polsce i Japonii na podstawie subiektywnych opinii pacjentów

## Comparison analysis of the health care systems in Poland and Japan based on subjective patients' opinions

MAGDALENA MIŃKO<sup>1/</sup>, MACIEJ MIŃKO<sup>2/</sup>, DOROTA SIWCZYŃSKA<sup>3/</sup>, URSZULA RELIGIONI<sup>4/</sup>, ARATA HIBI<sup>5/</sup>, BOLESŁAW SAMOLIŃSKI<sup>6/</sup>, TOSHIYUKI OJIMA<sup>5/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>2/</sup> Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

<sup>3/</sup> Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

<sup>4/</sup> Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>5/</sup> Department of Community Health and Preventive Medicine, Hamamatsu University School of Medicine, Japan

<sup>6/</sup> Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Wstęp.** System zdrowotny w Japonii wg rankingu Top 9 Health Care Systems in the World, 2011 i raportu WHO 2000 uznawany jest za najlepszy na świecie. Jednocześnie badania pokazują, że polski system zdrowotny potrzebuje gruntownych reform.

**Cel badań.** Analiza porównawcza funkcjonowania polskiego oraz japońskiego systemu zdrowotnego na podstawie subiektywnych opinii pacjentów.

**Materiały i metody.** Badaniem zostało objętych 872 respondentów z obu krajów. Główną metodą był sondaż diagnostyczny, techniką badań – ankietowanie. Ponadto zastosowano metody: statystyczne oraz badania dokumentów.

**Wyniki.** Wyniki potwierdziły postawioną hipotezę, Japończycy są bardziej niż Polacy usatysfakcjonowani z funkcjonowania systemu zdrowotnego.

**Wnioski.** Polski system ochrony zdrowia potrzebuje reform w zakresie decentralizacji płatnika, wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, usprawnienia funkcjonowania POZ, co powinno doprowadzić do poprawy dostępności i jakości świadczeń medycznych.

**Słowa kluczowe:** system zdrowotny, Polska, Japonia, opieka medyczna

**Introduction.** Healthcare system in Japan is considered the best in the world by the rating of the Top 9 Health Care Systems in the World 2011 and the Report of WHO 2000. At the same time studies show that the Polish healthcare system needs a fundamental reform.

**Aim.** To analyze the functioning of Polish and Japanese health care systems based on patients' subjective opinions.

**Materials & Methods.** The research has covered 872 respondents from both countries. The main research method was a diagnostic survey, the research technique – a questionnaire, together with additional methods of statistical analysis and research of documents.

**Results.** The results confirmed the hypothesis; the Japanese are more satisfied with the functioning of their healthcare system than the respondents in Poland.

**Conclusions.** The Polish healthcare system needs reform to decentralize the payer, to introduce additional health insurance, to improve the functioning of the primary health care, which should lead to improved access and quality of medical services.

**Key words:** healthcare system, Poland, Japan, medical care

© Hygeia Public Health 2014, 49(2): 336-342

www.h-ph.pl

Nadesłano: 11.05.2014

Zakwalifikowano do druku: 10.06.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr Magdalena Mińko

Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Oczki 3, 02-007 Warszawa

tel. 22 629 02 43, fax 22 621 52 56, e-mail: mminko@onet.eu

## Wstęp

System opieki zdrowotnej w Japonii jest jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się na świecie. Obecnie obserwuje się stały wzrost średniej długości życia Japończyków i od wielu lat jest ona najwyższa na

świecie [1]. Nawet w obliczu problemów związanych ze starzejącym się społeczeństwem japońska opieka zdrowotna zajmuje pierwsze miejsce pod względem nasycenia zaawansowanymi technologiami medycznymi [2]. Wydatki na opiekę zdrowotną w Japonii

– podobnie jak w innych krajach – stale rosną i według danych WHO z 2010 r. wynoszą obecnie około 8% PKB [3]. Jednak w rezultacie koszty ponoszone na opiekę medyczną w Japonii są niższe niż w wielu krajach wysoko rozwiniętych. Średnia wydatków na ochronę zdrowia krajów OECD wynosi 9,5% PKB, dla Polski w 2011 r. – 7%. Niższe wydatki to tylko jeden z czynników gorszego funkcjonowania polskiej opieki zdrowotnej w porównaniu z krajami OECD, a przede wszystkim z Japonią. Według Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI – *Euro Health Consumer Index*), ogłoszonego w Parlamencie Europejskim w Brukseli 15 maja 2012 r., sytuacja polskiej opieki zdrowotnej nadal się pogarsza [4]. Coraz dłuższe listy oczekujących na kosztowne zabiegi chirurgiczne, coraz większy odsetek nierefundowanych świadczeń medycznych, brak poprawy, a nawet pogorszenie dostępu do nowych rodzajów leków, czy wciąż niestety często występujące zakażenia szpitalne to tylko niektóre z obszarów powodujących gorszą sytuację polskiej ochrony zdrowia, a przez to spadający poziom satysfakcji pacjentów z korzystania z opieki zdrowotnej w Polsce [5].

### Cel badań

Wychodząc naprzeciw potrzebom reformy polskiej służby zdrowia przygotowano zostało niniejsze badanie, które ma na celu opisanie podstawowych elementów polskiego oraz japońskiego systemu ochrony zdrowia, jak również ocenę satysfakcji pacjentów z funkcjonowania systemów w obu krajach. Na podstawie niniejszej analizy zostały wyciągnięte wnioski dotyczące możliwości zastosowania rozwiązań istniejącym w sprawnie funkcjonującym systemie japońskim w polskiej rzeczywistości. Na początku naukowych rozważań należy podkreślić istotny wpływ makroczynników, czyli uwarunkowań systemowych, prawnych czy społeczno-kulturowych na funkcjonowanie opieki zdrowotnej oraz satysfakcję pacjentów w obu krajach. Problematyka ta oraz wyniki badań satysfakcji pacjentów będą szerzej omówione i przeanalizowane w niniejszej pracy.

Celem głównym badania jest ocena jakości funkcjonowania systemów zdrowotnych w Polsce i Japonii na podstawie subiektywnych opinii pacjentów.

### Metodologia badania

Niniejsza publikacja powstała na podstawie wyników uzyskanych w procesie realizacji projektu badawczego „Polska i Japonia – ocena organizacji i funkcjonowania systemów zdrowotnych na podstawie subiektywnych opinii pacjentów”. Projekt realizowany był w roku akademickim 2012/2013 w ramach Mini Grantu Studenckiego na Wydziale Nauki o Zdrowiu na Warszawskim Uniwersytecie

Medycznym. W ramach niniejszego projektu badawczego nawiązana została współpraca z *Hamamatsu University School of Medicine* w Hamamatsu, Japonia oraz Uniwersytetem Medycznym w Lublinie. Dzięki owocnej, trójstronnej współpracy naukowej w stosunkowo krótkim czasie było możliwe przeprowadzenie prestiżowego badania na tak dużą skalę.

Badaniem objętych zostało łącznie 872 respondentów z Polski i Japonii. Materiałem zastosowanym w badaniu był autorski, anonimowy kwestionariusz ankiety. Główną zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, natomiast techniką badań naukowych jest ankietowanie. Finalnie badanie zostało zrealizowane w języku polskim oraz japońskim, należy jednak zaznaczyć, iż ‘roboczym językiem’ badania był język angielski, w którym to nawiązana została współpraca zagraniczna, prowadzone były liczne konsultacje na arenie międzynarodowej oraz publikowana była część wyników prowadzonego projektu badawczego. W drugim etapie badania zastosowano metodę badania dokumentów, a w trzecim przeprowadzone zostały analizy statystyczne ukazujące wyniki i istotność użytych testów statystycznych. W analizie statystycznej wykorzystano weryfikację hipotez statystycznych opartą o test  $\chi^2$  Pearsona. Za istotne statystycznie różnice we wszystkich przeprowadzonych testach uznano te, dla których poziom istotności  $p=0,05$ .

### Analiza wybranych aspektów systemów zdrowotnych w Polsce i Japonii

W Polsce fundamentem dla systemu opieki zdrowotnej są zasady zawarte w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., zgodnie z którymi „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, a także do równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W polskim systemie zdrowotnym płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), który zarządza środkami finansowymi wnoszonymi przez ubezpieczonych oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Ubezpieczony opłaca okresowo składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości procentowo określonej przez ustawę ubezpieczeniową. Każdy ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowę z NFZ. Bezpłatne świadczenia zdrowotne w Polsce udzielane są przez placówki zarówno państwowe, jak i prywatne, ale tylko te które podpisały kontrakt z NFZ [6].

Obecnie w Polsce można wyróżnić następujące źródła finansowania ochrony zdrowia:

- obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne;
- budżet państwa;
- środki własne pacjenta;
- finansowanie „quasi-ubezpieczeniowe”, oparte o pakiety świadczeń zdrowotnych [7].

Dominujący udział w polskim systemie finansowania opieki zdrowotnej ma obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Wszystkie podstawowe kwestie dotyczące ubezpieczonego, składek na ubezpieczenie i ubezpieczyciela określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku Japonii wyraźne zmiany systemu ubezpieczeń zdrowotnych zostały wprowadzone w 1961 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Dobrobytu, czyniąc ubezpieczenia powszechnymi i obowiązkowymi. Na mocy kolejnych rozwiązań ustawowych wprowadzanych latach 70. XX w. ustanowiono minimalne emerytury dla ogółu ludności, bezpłatna opieka zdrowotna dla osób powyżej 70. roku życia oraz indeksacja świadczeń przysługujących dla wszystkich ubezpieczonych. Do dalszego rozwoju ubezpieczeń medycznych w Japonii przyczyniły się zmiany, które weszły w latach 1982-1988, kiedy to nałożono obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego na wszystkie osoby zatrudnione, nawet w małych zakładach pracy zatrudniających jednego pracownika. Dzięki wprowadzonym na przestrzeni wielu lat zmianom Japonia zapewnia powszechny dostęp do opieki medycznej wszystkim mieszkańcom. Ubezpieczenia zdrowotne w Japonii można sklasyfikować na trzy główne kategorie: ubezpieczenie na bazie zatrudnienia, ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie dla osób starszych. Programy te są finansowane głównie przez rząd, pracodawców i indywidualne płatności, a usługi są świadczone głównie przez prywatne szpitale i kliniki.

System opieki zdrowotnej w Japonii jest finansowany zarówno przez płatników publicznych i prywatnych. Główne źródła finansowania opieki zdrowotnej w Japonii obejmują:

- fundusz gromadzony z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego;
- subwencje rządowe z podatków;
- subwencje władz lokalnych;
- bezpośredni udział pacjentów w kosztach [8].

Opłaty wnoszone przez rząd są znormalizowane w całym kraju dzięki funkcjonowaniu Tabeli Opłat Medycznych (*Medical Fee Table*) na leki oraz przez Narodowy Cennik Ubezpieczeń Medycznych (*National Health Insurance Price List*) [9].

## Wyniki

Mieszkańcy Polski i Japonii nie oceniają jednakowo łatwości uzyskania porady lekarskiej (w ramach praktyki lekarza rodzinnego) w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Wynik testu jest istotny. Japończycy częściej wskazują, że w ramach obowiązkowego ubezpiecze-

nia zdrowotnego łatwo jest uzyskać poradę lekarza pierwszego kontaktu (tab. I).

Zadowolenie z opieki medycznej finansowanej z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie jest jednakowo oceniane przez mieszkańców Polski i Japonii.

Wartość testu  $\chi^2$  jest istotna, istnieje zależność, choć jest ona niezbyt silna. Polacy rzadziej wykazują, iż są zadowoleni z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niż Japończycy (tab. II).

Ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego nie jest jednakowa w Polsce i Japonii.

Wartość testu jest istotna oraz istnieje bardzo silna zależność pomiędzy oceną jakości świadczeń udzielanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, a krajem zamieszkania respondenta.

Tabela I. Odpowiedzi na pytanie: Proszę określić czy w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego łatwo jest uzyskać poradę u lekarza pierwszego kontaktu (tabela krzyżowa częstości)

Table I. Answers to question: Please specify whether it is easy to get a consult at the primary care physician with obligatory health insurance

Proszę określić, czy w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego łatwo jest uzyskać poradę u lekarza pierwszego kontaktu		Polska	Japonia	Ogółem
Tak	Liczba	296	344	640
	% kraju	69,81%	76,79%	
Nie	Liczba	108	68	176
	% kraju	25,47%	15,18%	
Nie wiem	Liczba	20	36	56
	% kraju	4,72%	8,04%	
Ogółem	Liczba	424	448	872
	% kraju	100%	100%	100%

Wynik testu  $\chi^2$  jest istotny (istotność  $p < 0,05$ )

$\chi^2(5) = 16,61437$ ;  $p = 0,00025$

Źródło: opracowanie własne

Tabela II. Odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z opieki medycznej finansowanej z obowiązkowego ubezpieczenia? (tabela krzyżowa częstości)

Table II. Answers to question: Are you satisfied with medical health care financed from obligatory insurance?

Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z opieki medycznej finansowanej z obowiązkowego ubezpieczenia?		Polska	Japonia	Ogółem
Tak	Liczba	120	240	360
	% kraju	28,30%	53,57%	
Nie	Liczba	260	164	424
	% kraju	61,32%	36,61%	
Nie wiem	Liczba	44	44	88
	% kraju	10,38%	9,82%	
Ogółem	Liczba	424	448	872
	% kraju	100%	100%	100%

Wynik testu  $\chi^2$  jest istotny (istotność  $p < 0,05$ )

$\chi^2(5) = 61,12160$ ;  $p = 0,000$

Źródło: opracowanie własne

Japończycy w przeciwieństwie do Polaków, częściej oceniają jakość świadczeń jako wysoka lub bardzo wysoka (tab. III).

Częstość pobytu w szpitalu różni się w zależności od kraju, z którego pochodzi respondent.

Wynik testu jest istotny, jednak zależność pomiędzy częstością pobytu w szpitalu w ciągu ostatniego roku a krajem nie jest silna. Ogólnie, mieszkańcy Polski częściej przebywają w szpitalu niż mieszkańcy w Japonii (tab. IV).

Ocena funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej różni się w zależności od kraju zamieszkania respondenta.

Tabela III. Odpowiedzi na pytanie: Proszę określić jaka jest jakość świadczeń w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (tabela krzyżowa częstości)

Table III. Answers to question: Please describe the quality of health care within obligatory insurance

Proszę określić czy w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego jakość świadczeń jest		Polska	Japonia	Ogółem
Bardzo wysoka	Liczba	8	128	136
	% kraju	1,89%	28,57%	
Wysoka	Liczba	52	212	264
	% kraju	12,26%	47,23%	
Średnia	Liczba	244	84	328
	% kraju	57,55%	18,75%	
Niska	Liczba	72	12	84
	% kraju	16,98%	2,68%	
Bardzo niska	Liczba	16	0	16
	% kraju	3,77%	0,00%	
Trudno powiedzieć	Liczba	32	12	44
	% kraju	7,55%	2,68%	
Ogółem	Liczba	424	448	872
	% kraju	100%	100%	100%

Wynik testu  $\chi^2$  jest istotny (istotność  $p < 0,05$ )

$\chi^2(5) = 348,4523$ ;  $p = 0,000$

Źródło: opracowanie własne

Tabela IV. Odpowiedzi na pytanie: Ile razy w ostatnim roku była/był Pani/Pan pacjentką/em szpitala? (tabela krzyżowa częstości)

Table IV. Answers to question: how many times last year were you a patient in a hospital?

Ile razy w ostatnim roku była/był Pani/Pan pacjentką/em szpitala?		Polska	Japonia	Ogółem
3 razy	Liczba	12	0	12
	% kraju	2,83%	0,00%	
2 razy	Liczba	12	0	12
	% kraju	2,83%	0,00%	
1 raz	Liczba	48	32	80
	% kraju	11,32%	7,14%	
Wcale	Liczba	352	416	96
	% kraju	83,02%	92,86%	
Ogółem	Liczba	424	448	872
	% kraju	100%	100%	100%

Wynik testu  $\chi^2$  jest istotny (istotność  $p < 0,05$ )

$\chi^2(5) = 31,89695$ ;  $p = 0,000$

Źródło: opracowanie własne

Wartość testu  $\chi^2$  jest istotna, istnieje także zależność pomiędzy oceną funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a krajem zamieszkiwania respondenta. Polacy SOZ oceniają najczęściej jako średni lub zły. Japończycy mają lepszą opinię o własnym systemie zdrowotnym (tab. V).

Tabela V. Odpowiedzi na pytanie: Jak Pani/Pana zdaniem funkcjonuje system opieki zdrowotnej w Polsce/Japonii? (tabela krzyżowa częstości)

Table V. Answers to question: What is your opinion on the functioning of health care system in Poland/Japan?

Jak Pani/Pana zdaniem funkcjonuje system opieki zdrowotnej w Polsce/Japonii?		Polska	Japonia	Ogółem
Bardzo dobrze	Liczba	0	16	16
	% kraju	0,00%	3,57%	
Dobrze	Liczba	12	144	156
	% kraju	2,83%	32,14%	
Średnio	Liczba	264	168	432
	% kraju	62,26%	37,50%	
Źle	Liczba	108	64	172
	% kraju	25,47%	14,29%	
Bardzo źle	Liczba	40	40	80
	% kraju	9,43%	8,93%	
Trudno powiedzieć	Liczba	0	16	16
	% kraju	0,00%	3,57%	
Ogółem	Liczba	424	448	872
	% kraju	100%	100%	100%

Wynik testu  $\chi^2$  jest istotny (istotność  $p < 0,05$ )

$\chi^2(5) = 175,7540$ ;  $p = 0,000$

Źródło: opracowanie własne

## Dyskusja

W wyniku badania stwierdzono, że Japończycy znacznie lepiej niż Polacy oceniają dostępność do świadczeń medycznych. Można wnioskować, że spowodowane jest to świetnie prosperującą siecią Centrów Zdrowia Publicznego oraz Samorządowych Centrów Zdrowia, które zapewniają kompleksową opiekę zdrowotną. Podobne wnioski wyciągają K. Tataro i E. Okamoto, w swoim raporcie *Japan Health system review* z 2009 r. podając, że Centra Zdrowia Publicznego oraz Samorządowe Centra Zdrowia powstały, aby zapewnić pacjentom pomoc i wsparcie medyczne już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej [2]. Odgórnie planowane, regulowane oraz wzajemnie powiązane publiczne instytucje zapewniają pacjentom szeroki dostęp do różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Działalność centrów dotyczy psychiatrii, profilaktyki HIV/AIDS, gruźlicy i innych chorób objętych programem leczenia subsydiowanego. W 1994 r. dokonano istotnego rozszerzenia kompetencji centrów na mocy ustawy o zdrowiu publicznym w celu dostosowania kompetencji i funkcji samorządowych centrów zdrowia do potrzeb społeczności lokalnych, w tym włączając do zakresu świadczeń geriatriczną, na którą wciąż rośnie zapotrzebowanie.

Istnienie sześciu rodzajów publicznych ubezpieczeń zdrowotnych powoduje, że wszyscy Japończycy objęci są najlepiej dopasowanym do społeczeństwa rodzajem ubezpieczenia zdrowotnego. Dzięki temu pacjenci mogą liczyć na lepszą dostępność usług o wyższym poziomie jakości w ramach opłacanych składek zdrowotnych. Potwierdzają to także wyniki niniejszego badania, przedstawiające fakt, iż Japończycy dwukrotnie lepiej niż Polacy oceniają finansowanie opieki medycznej w swoim kraju. Funkcjonowanie w Polsce jedynie monopolistycznego płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, z jednej strony stwarza równą dostępność do ubezpieczenia zdrowotnego, z drugiej jednak powoduje, że ubezpieczenie to nie jest dopasowane do profilu obywateli. Podobne wnioski wysunięte zostały w raporcie przygotowanym przez Ernst&Young w ramach programu Sprawne Państwo „Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia” [10]. Autorzy niniejszego raportu również rekomendują wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, zawieranie umów o kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych z innymi płatnikami niż NFZ, a także stosowna regulacje tych możliwości.

Japończycy ponad dwukrotnie lepiej niż Polacy oceniają warunki leczenia gwarantowane w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, a także znacznie częściej wskazują, że jakość świadczeń medycznych w Japonii jest wysoka, a nawet bardzo wysoka. Jest to spowodowane ponad 2,5-krotnie wyższymi nakładami na ochronę zdrowia niż w Polsce. Jak podaje M. Kolwitz w publikacji „Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwość zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej” (2010 r.), obecnie jednym z najistotniejszych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia jest niski poziom finansowania, który ujemnie wpływa nie tylko na dostępność do świadczeń medycznych, ale także, a może przede wszystkim na jakość tych świadczeń oraz warunki leczenia [11]. Podniesienie nakładów na ochronę zdrowia na pewno poprawiłoby dostępność i jakość świadczonych w Polsce usług medycznych.

Mieszkańcy Japonii w ciągu ostatniego roku rzadziej niż mieszkańcy Polski przebywali w szpitalu oraz korzystali ze specjalistycznej wizyty lekarskiej, co może świadczyć o sprawnym i efektywnym funkcjonowaniu Centrów Zdrowia Publicznego oraz Samorządowych Centrów Zdrowia. Można powiedzieć, że instytucje te stanowią odpowiednik polskiego POZ-u. Do głównych zadań podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce należą: rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa lokalnego, wykrywanie czynników zagrożenia zdrowia, zapobieganie chorobom oraz wczesne wykrywanie odchyłań w stanie zdrowia, ich rozpoznawanie i leczenie, rehabilitacja i opieka,

a także promocja zdrowia. Jak pokazują jednak wyniki badań, polski POZ nie do końca spełnia określoną rolę. Bagatelizowana często profilaktyka i promocja zdrowia, czy nieefektywne wczesne wykrywanie chorób powodują, iż Polacy częściej niż Japończycy korzystają z wizyt u lekarza specjalisty, a także częściej przebywają w szpitalu. Otrzymane wyniki korespondują z wynikami sondażu przeprowadzonego przez CBOS w grudniu 2005 r. z udziałem ogólnopolskiej reprezentacyjnej próby, które pokazują, że jedynie 25% Polaków zadowolonych jest z opieki zdrowotnej na tym poziomie. Jednocześnie badania dot. satysfakcji z podstawowej opieki zdrowotnej na świecie pokazują, że nie tylko Japończycy, ale także Grecy, Norwegowie czy Amerykanie lepiej niż Polacy oceniają stan POZ w swoich krajach.

Jak pokazują wyniki badań, Japończycy znacznie częściej niż Polacy dobrze oceniają funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w swoim kraju. Można wnioskować, że jest to wynikiem kompleksowych rozwiązań zastosowanych w ochronie zdrowia w Japonii, a także mądrej polityki zdrowotnej zapewniającej dobry dostęp do wysokiej jakości usług medycznych dla całego społeczeństwa. Zasadniczą koncepcją określającą miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia oraz jego politykę zdrowotną jest *stewardship*. Pojęcie to pojawiło się w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2000 r. i oznacza odpowiedzialność państwa za ochronę zdrowia obywateli. Władze państwowe są więc podmiotem, któremu powierzono realizację celu zdrowotnego. Efekty realizacji tego celu najczęściej oceniane są pod kątem satysfakcji pacjentów z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także z dostępności i jakości świadczonych usług zdrowotnych. Z badań niestety wynika, iż polski system zdrowotny nie funkcjonuje najlepiej oraz potrzebuje reform, które poprawiłyby jego faktyczny stan, a także satysfakcję najważniejszego podmiotu – pacjentów.

Podsumowując można stwierdzić, iż postawiona w temacie hipoteza o wzorcowym systemie zdrowotnym w Japonii w zakresie satysfakcji pacjentów, potwierdza się. Jak pokazały wyniki prowadzonych badań, Polacy nie są usatysfakcjonowani z funkcjonowania systemu zdrowotnego w ich kraju, a także nie są zadowoleni z dostępności oraz jakości oferowanych usług medycznych. Jednocześnie mieszkańcy Japonii dużo lepiej oceniają stan, dostępność oraz jakość swojego systemu ochrony zdrowia. Wyniki te korespondują z wynikami otrzymanymi przez innych naukowców. K. Marcinów i D. Olejniczak w pracy „Opinie i oczekiwania pacjentów względem systemu opieki zdrowotnej” (2011 r.) również wyciągają wniosek, iż polskie społeczeństwo nie jest usatysfakcjonowane z funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia [12].

Badania pokazują także, że system ochrony zdrowia w Japonii funkcjonował i pomimo ostatniego kryzysu, z którego Japonia nie zdążyła się jeszcze podnieść, w opinii respondentów nadal funkcjonuje bardzo sprawnie. Nie bez powodu uważany jest za jeden z najlepszych systemów zdrowotnych na świecie. Zarówno w rankingu *Top 9 Health Care Systems in the World*, 2011, jak i według raportu WHO z 2000 r. [3, 9] uplasował się na pierwszym miejscu na świecie. Najlepsze miejsce w rankingu potwierdzają zarówno wyniki niniejszego badania, dotyczącego satysfakcji pacjentów z funkcjonowania systemu, jak również statystyki obrazujące stan zdrowia populacji, według których Japonia zajmuje jedno z czołowych miejsc pod względem długości trwania życia, ma jedną z najdłuższych prognozowanych długości życia w momencie urodzenia, a także jeden z najmniejszych wskaźników śmiertelność niemowląt na świecie (przez pryzmat tego współczynnika najczęściej oceniana jest jakość systemu ochrony zdrowia).

Wyciągnięte z badania wnioski ukazują istotne elementy funkcjonowania systemu zdrowotnego w Japonii, które powodują, iż system ten funkcjonuje sprawnie, indykatory zdrowia są na bardzo dobrym poziomie, a pacjenci czują satysfakcję i zadowolenie z dostępu i jakości świadczonych im usług. Tym samym, można stwierdzić, iż niektóre wzorce są po pierwsze możliwe do zaimplementowania w polskiej rzeczywistości, a po drugie niezbędne do wdrożenia, jeśli oczekiwana jest poprawa funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Przykładami i gotowymi rozwiązaniami do wdrożenia w polskiej rzeczywistości, przynoszącymi jednocześnie wymierne efekty w realiach japońskich są: wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz współpłacenia pacjentów, udoskonalenie funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, czy w końcu dobre regulacje prawne, warunkujące np. sprawne funkcjonowanie urzędu Rzecznika Praw Pacjenta.

Na całokształt poprawy stanu polskiego systemu ochrony zdrowia oprócz kompleksowego wprowadzania reform i mądrej, długofalowej polityki zdrowotnej musi składać się także zmiana mentalności. Według S. Golinowskiej, A. Koziarkiewicz i Ch. Sowady (2004 r.), kroki podejmowane jedynie w sferze regulacji oraz finansów nie zmienią ogromnie pogorszonego postrzegania systemu przez społeczeństwo, jeśli jednocześnie nie ulegnie zmianie nieprzyjazne traktowanie pacjenta oraz zła organizacja placówek zdrowotnych [13]. Autorzy publikacji „Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce – Między racjonalizacją i racjonalizacją” uważają, że organizacyjne niedostatki oraz erozja etyki świadczeniodawców tak

lekarzy, jaki personelu pielęgniarskiego i pomocniczego, prowadzą do powstania wśród pacjentów klimatu bezradności i zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego, co pokazują wyniki niniejszych badań. Dlatego, wtórując rozwiązaniom Japońskim, niezbędne są prace nad wdrożeniem sprawnych logistycznie rozwiązań organizacyjnych, zatrudnianie, edukowanie i motywowanie personelu medycznego życzliwie traktującego pacjentów i ich rodziny. Istotnym elementem jest także upowszechnianie badań satysfakcji pacjentów, którego przykładem jest niniejsza praca dyplomowa oraz egzekwowanie stosowania wniosków z pochodzących z podobnych badań.

## Wnioski

1. Stworzenie dobrze prosperującej sieci placówek medycznych poprzez mapowanie potrzeb zdrowotnych poprawiłoby dostępność do świadczeń medycznych w Polsce.
2. Jak pokazuje przykład Japonii, decentralizacja płatnika oraz wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, a przez to lepsze dopasowanie systemu ubezpieczeń do profilu poszczególnych obywateli, może poprawić stan finansowania polskiej ochrony zdrowia.
3. Sprawdzonym w Japonii rozwiązaniem, umożliwiającym poprawę kondycji również polskiej ochrony zdrowia, a przez to także dostępności do świadczeń medycznych w Polsce, jest wprowadzenie partycypacji pacjentów w kosztach usług zdrowotnych.
4. Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia w Polsce spowodowałoby poprawę warunków leczenia oraz jakości świadczeń medycznych, gwarantowanych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Nadanie większej rangi urzędowi Rzecznika Praw Pacjenta w Polsce spowodowałoby, że prawa pacjentów byłyby lepiej respektowane, a sami pacjenci czuliby się bezpieczniej.
6. Usprawnienie funkcjonowania Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Polsce, wzorem świetnie prosperującej sieci Centrów Zdrowia Publicznego oraz Samorządowych Centrów Zdrowia w Japonii, zmniejszyłoby zapotrzebowanie Polaków na częste wizyty w szpitalu oraz nadmierne korzystanie ze specjalistycznych porad lekarskich.
7. Kompleksowe rozwiązania, mądra długofalowa polityka zdrowotna oraz zmiana mentalności personelu ochrony zdrowia jest kluczem do usprawnienia systemów ochrony zdrowia zarówno w Polsce, jak i w Japonii.

**Piśmiennictwo / References**

1. Tataro K, Okamoto E. Japan: Health system review. *Health Syst Transit* 2009, 11(5): 1-164.
2. Fukawa T. Outline of the present health insurance system. [in] *Public health insurance in Japan*, T. Fukawa (ed). World Bank Institute, Washington 2002.
3. Top 9 Health Care Systems in the World. <http://www.medicalbillingandcoding.org/blog/top-9-health-care-systems-in-the-world/> (10.06.2014).
4. Health Consumer Powerhouse. Analiza raportu dot. Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia. [http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/HCP%20A4\\_i\\_1.pdf](http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/HCP%20A4_i_1.pdf) (10.06.2014).
5. Derczyński W. Polacy, Czesi, Słowacy i Węgrzy o opiece zdrowotnej w swoich krajach: komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2006.
6. Siwińska V, Brożniak J, Iłżecka J, Jarosz MJ, Orzeł Z. Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich. *Zdr Publ* 2008, 118(3): 358-367.
7. Golinowska S, Koziarkiewicz A, Sowada Ch. Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2004.
8. Ikegami N, Campbell JC. Japan's health care system: containing costs and attempting reform. *Health Aff* 2004, 23(3): 26-36.
9. The World health report 2000: health systems: improving performance. [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf) (10.05.2014).
10. Ocena możliwości poprawy polskiego system ochrony zdrowia, file:///C:/Users/Magda%20M/Downloads/ey-ocena-mozliwosci-poprawy-systemu-ochrony-zdrowia-08092011.pdf (10.05.2014).
11. Kolwitz M. Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej. *Ann Acad Med Stetin* 2010, 56(3): 131-143.
12. Marcinów K, Olejniczak D. Opinie i oczekiwania pacjentów względem systemu opieki zdrowotnej. *Med Rodz* 2011, 4: 99-104.
13. Golinowska S, Koziarkiewicz A, Sowada S. Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem a racjonalizacją. [http://www.case-research.eu/upload/publikacja\\_plik/3758301\\_goli1.pdf](http://www.case-research.eu/upload/publikacja_plik/3758301_goli1.pdf) (10.05.2014).