

dr Anna Hnatyszyn-Dzikowska

Zakład Ekonomiki Zdrowia

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Systemy opieki zdrowotnej UE wobec kryzysu finansów publicznych

WSTĘP

W dobie kryzysu finansowego i podejmowanych działań restrukturyzacyjnych w sektorze finansów publicznych można wskazać dwa główne wyzwania, przed jakimi stoją systemy opieki zdrowotnej. Po pierwsze, systemy opieki zdrowotnej wymagają przewidywalnych źródeł dochodów, które umożliwiają zaplanowanie inwestycji, określenie budżetu na zakup towarów i usług. Nagłe i arbitralne cięcia publicznych źródeł dochodów mogą utrudnić utrzymanie niezbędnego poziomu opieki zdrowotnej. Po drugie, cięcia publicznych wydatków na zdrowie występują zazwyczaj w momencie, gdy systemy opieki zdrowotnej mogą wymagać większego zaangażowania zasobów w wyniku negatywnych dla zdrowia publicznego skutków bezrobocia [Mladovsky i in., 2012, s. IX]. W tym kontekście w 2009 r. przyjęto rezolucję Światowej Organizacji Zdrowia, w której wzywa się państwa członkowskie do deklaracji, że mimo kryzysu gospodarczego nie zaprzestaną kontynuowania działań w celu ochrony i promowania powszechnego dostępu do usług zdrowotnych [WHO Regional Office for Europe, 2009]. Rezolucja ta opiera się na stworzonej w 2008 r. Karcie z Tallina „*Health Systems and Wealth*”, która jest wyrazem dążenia do poprawy funkcjonowania systemów i ich wzmocnienia [WHO Regional Office for Europe, 2008]. W 2012 r. dokonano analizy podejmowanych działań, wskazując na zróżnicowane podejście poszczególnych państw [Mladovsky i in., 2012]. Celem artykułu jest prezentacja najważniejszych działań podejmowanych przez wybrane państwa Unii Europejskiej w kontekście zmiany poziomu wydatków publicznych, co może oddziaływać na: zmiany bezpośredniego zaangażowania finansowego państwa, inicjatywy ukierunkowane na jakość i dostępność do opieki zdrowotnej w ramach finansowania publicznego oraz publiczne koszty w ramach opieki zdrowotnej.

WPLYW SPOWOLNIENIA GOSPODARCZEGO NA ZDROWIE

Dotychczasowe badania wskazują, że skutki dla zdrowia w następstwie recesji mogą być zróżnicowane, w zależności od przyczyn kryzysu, jak i podej-

mowanych działań. Badania na temat zdrowia w czasie Wielkiego Kryzysu w Stanach Zjednoczonych w latach 1929–1937 wykazały, że podczas gdy liczba samobójstw wzrosła, to ogólna śmiertelność spadła z powodu spadku chorób zakaźnych i liczby ofiar wypadków w ruchu drogowym [Fishback i in., 2007]. Recesja po rozpadzie Związku Radzieckiego na początku lat 90. XX w. miała katastrofalne skutki dla zdrowia ludności w regionie. Przede wszystkim istotnie wzrósł współczynnik śmiertelności. Przyczyn upatruje się w szybkim tempie przemian, w tym w masowej prywatyzacji i braku bezpieczeństwa socjalnego. W wielu państwach post-komunistycznych współczynnik trwania życia powrócił na poziom sprzed transformacji dopiero po 20 latach [Stuckler i in., 2009]. Ze względu na opóźnienia danych, wciąż trudno wskazać wpływ obecnego kryzysu na wskaźniki zdrowotne.

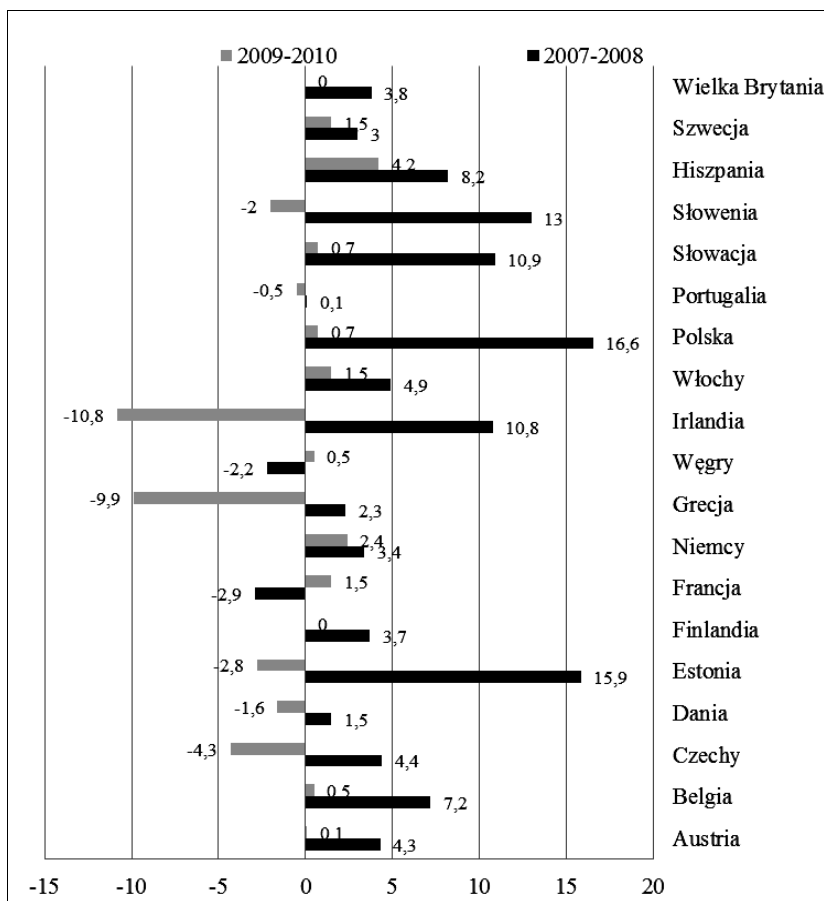
Analiza literatury wskazuje, że można wyróżnić zarówno negatywny, jak i pozytywny wpływ oddziaływania kryzysu gospodarczego na zdrowie. W tym kontekście można znaleźć nurt badań, który sugeruje, że w krajach wysoko rozwiniętych śmiertelność ma tendencję do zmniejszania się, gdy gospodarka zwalnia, a wzrasta, kiedy gospodarka przyspiesza [Ruhm, 2000, 2003, 2008; Gredtham i Ruhm, 2006]. Badacze często, wbrew intuicji, sugerują, że recesja może mieć pozytywny wpływ na zdrowie – ponieważ zwiększa się ilość czasu wolnego, co pozwala ludziom angażować się w działania prozdrowotne, takie jak ćwiczenia fizyczne lub obniżyć spożycie alkoholu i żywności. Z kolei inne badania wskazują, że dekonjunktura gospodarcza stwarza wyraźne zagrożenia dla zdrowia z powodu samobójstw i większej śmiertelności z powodu alkoholizmu [Stuckler, 2010; Shurcke, 2011]. Recesja, zwłaszcza taka, której towarzyszy wzrost bezrobocia jest szkodliwa dla zdrowia publicznego [Kaplan, 2012]. Biorąc pod uwagę kryzys finansów publicznych, który szczególnie dotyka państwa Unii Europejskiej, należy przede wszystkim przyjrzeć się skutkom działań restrykcyjnej polityki fiskalnej na systemy opieki zdrowotnej.

ZMIANA POZIOMU WYDATKÓW NA ZDROWIE

Reakcja na kryzys w państwach UE wskazuje, że jest ona odmienna w różnych systemach opieki zdrowotnej i zależna od stopnia, w jakim kryzys gospodarczy dotknął poszczególne państwa. W wyniku kryzysu niektóre państwa zareagowały silnymi reformami, inne zaś planowane reformy spowolniły lub porzuciły. W wyniku szoku ekonomicznego zdecydowano o utrzymaniu, zmniejszeniu lub zwiększeniu obecnego poziomu wydatków na zdrowie. Przy każdej z tych opcji dokonano również realokacji środków w ramach systemu opieki zdrowotnej w celu zwiększenia wydajności.

Analiza danych wskazuje, że państwa UE (z wyjątkiem Węgier i Francji) obniżyły tempo przyrostu publicznych wydatków na zdrowie. Finansowanie usług zdrowotnych oraz towarów jest dzielone między sektor publiczny i pry-

watny. Prywatne wydatki mają jednakże charakter uzupełniający, często skoncentrowane są na zabiegach, które nie są uznane za niezbędne do ratowania życia ludzkiego (stomatologia, chirurgia plastyczna itp.) i na (niektórych) produktach farmaceutycznych [European Commission, 2010, s. 44].



Rysunek 1. Roczna stopa wzrostu publicznych wydatków na zdrowie w latach 2007–2008 i 2009–2010

Źródło: [OECD Health Data, 2012].

Do narzędzi, które mogły stać się przyczyną wskazanych zmian, można zaliczyć:

- poziom składek na publiczne finansowanie opieki zdrowotnej (wielkość budżetu przeznaczanego na zdrowie, wysokość składek na ubezpieczenia społeczne, współpłacenie pacjentów za usługi zdrowotne, rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych);

- zakres publicznej opieki zdrowotnej (ustawowy pakiet świadczeń, kolejki, uprawnieni do świadczeń);
- koszty opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych (ceny towarów i usług medycznych, pensje pracowników, płatności dla dostawców).

Wykorzystanie powyższych narzędzi należy rozpatrywać w świetle ich potencjalnego wpływu na cele systemu opieki zdrowotnej. Arbitralne cięcia wydatków publicznych na ochronę zdrowia, w odpowiedzi na szok ekonomiczny, mogą zagrozić efektywności systemowej – poprzez zmniejszenie sprawliwego dostępu do opieki i obniżenie jakości świadczonej opieki zdrowotnej. To z kolei może zmniejszyć efektywność przez zmniejszenie skutków zdrowotnych podejmowanych interwencji oraz wzrost kosztów w systemie. Publiczne działania polityczne powinny różnić się w zależności od wstrząsu. Obecny kryzys został wywołany przez połączenie łatwego dostępu do kredytów, wysokiego ryzyka inwestycyjnego i złożonych instrumentów finansowych. Kryzys był szczególnie odczuwalny w krajach o wysokim poziomie długu i deficytu budżetowego, które napotkały trudności pożyczkowe w celu utrzymania dotychczasowego poziomu wydatków publicznych. Kraje UE – przede wszystkim Grecja, Portugalia, Irlandia – stanęły przed reformami sektora publicznego (w tym zdrowia), które stały się warunkiem otrzymania pakietu ratującego narodowe gospodarki. Wskazuje się, że utraciły one tym samym autonomię w niektórych dziedzinach polityki publicznej. Warto bliżej przyjrzeć się poszczególnym działaniom analizowanych państw w obszarze poziomu i zakresu zaangażowania państwa, zmiany jakości i dostępności usług opieki zdrowotnej, zmiany publicznych kosztów w systemie opieki zdrowotnej.

ZMIANA POZIOMU I ZAKRESU ZAANGAŻOWANIA FINANSOWEGO PAŃSTWA

Zmiany w poziomie i zakresie zaangażowania finansowego państwa podejmowane są w analizowanych państwach poprzez takie działania, jak zmiany w budżecie na ochronę zdrowia, inicjatywy w ramach polityki fiskalnej, działania w ramach obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, czy wprowadzanie opłat za korzystanie z opieki zdrowotnej.

Analiza treści zawartych w tabeli 1 wskazuje, że do najaktywniejszych państw należą Węgry. Z kolei najczęściej inicjatywy podejmowano w obszarze budżetu na ochronę zdrowia (przede wszystkim zmniejszanie budżetu, jako wynik konsolidacji i restrukturyzacji finansów publicznych państw członkowskich) oraz działania w zakresie opłat za korzystanie z opieki (działania przede wszystkim skupione na rozszerzaniu grup objętych zwrotem poniesionych opłat za leczenie czy zakup leków – co wynika ze spadających zarobków i poszerzania się grup społecznych zagrożonych ubóstwem, ale także są to działania obejmujące

jące wzrost udziału pacjentów we współpłaceniu za usługi zdrowotne, np. w Czechach, czy wprowadzenie opłat za niektóre rodzaje usług np. IVF w Danii).

Tabela 1. Inicjatywy w ramach zaangażowania finansowego państw członkowskich

Państwo	Budżet na ochronę zdrowia	Polityka fiskalna	Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne	Opłaty za korzystanie z opieki zdrowotnej	Inne
Austria	+				+
Belgia	+			+	
Czechy	+		+	+	
Dania	+			+	
Estonia	+		+	+	
Finlandia				+	+
Francja	+	+		+	
Niemcy					
Grecja	+		+	+	
Węgry	+		+	+	+
Irlandia	+	+		+	
Włochy	+	+		+	
Polska	+				
Portugalia	+				
Słowacja	+		+		
Słowenia	+		+	+	
Hiszpania	+				
Szwecja	+				
Wielka Brytania	+	+		+	

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Mladovsky i in., 2012, s. 38–70].

Działania w zakresie polityki fiskalnej sprowadzają się przede wszystkim do wprowadzania ulg podatkowych za korzystanie z opieki zdrowotnej, stacjonarnych usług zdrowotnych. W Polsce, ze względu na pogarszające się prognozy z rynku pracy, działania dotyczyły przede wszystkim cięć wydatków inwestycyjnych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia.

ZMIANA JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI USŁUG OPIEKI ZDROWOTNEJ

Inicjatywy z zakresu zmiany jakości i dostępności usług opieki zdrowotnej dotyczą zakresu świadczeń, które obejmują publiczne finansowanie, zakres populacji uprawnionej do korzystania z określonego koszyka świadczeń, czas oczekiwania na usługi, a także działania ukierunkowane na zmianę zachowań prozdrowotnych, obejmujących zarówno promocję zdrowia, jak i działania ukierunkowane na zapobieganie. Analiza danych zawartych w tabeli 2 wskazuje, iż

najaktywniejszym obszarem działania państw UE były prace nad koszykiem usług gwarantowanych. Niepokojem napawa fakt niewielka liczba usług ukierunkowanych na działania prozdrowotne, wpływające na zmianę stylu życia, które mogłyby przynieść długookresowe, trwale pozytywne efekty zdrowotne. Programy z zakresu promocji zdrowia intensywnie wspierane były w Belgii i Grecji. Czechy podniosły podatki na papierosy i alkohol. W Polsce żadne działania w analizowanym obszarze nie zostały podjęte.

Tabela. 2. Inicjatywy ukierunkowane na jakość i dostępność usług opieki zdrowotnej

Państwo	Świadczenia (zakres pokrycia)	Pokrycie populacji	Czas oczekiwania	Zmiana zachowań zdrowotnych (promocja zdrowia i zapobieganie)
Austria				
Belgia				+
Czechy	+	+		+
Dania				
Estonia	+		+	
Finlandia				
Francja		+		
Niemcy				
Grecja	+	+		+
Węgry	+			
Irlandia	+	+		
Włochy				
Polska				
Portugalia	+	+		
Słowacja				
Słowenia				
Hiszpania		+	+	
Szwecja				
Wielka Brytania	+		+	

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Mladovsky i in., 2012, s. 71–83].

ZMIANA PUBLICZNYCH KOSZTÓW W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Inicjatywy w zakresie kosztów ponoszonych przez publiczny system opieki zdrowotnej dotyczyły przede wszystkim negocjacji z firmami farmaceutycznymi i medycznymi cen leków i sprzętu. Wiele krajów wprowadziło politykę obniżania cen towarów medycznych – w większości przypadków działania te były częścią trwających już reform. Kryzys dał możliwość podkreślenia znaczenia władzy publicznej jako monopsonu po stronie popytu. W wielu krajach kryzys

gospodarczy stworzył impuls do przyspieszenia trwającego procesu restrukturyzacji sektora szpitalnego poprzez zamykanie nierentownych placówek, fuzje, a także zwrot w kierunku opieki ambulatoryjnej. Podjęto wiele inicjatyw wspierających proces restrukturyzacji opieki podstawowej – zwiększono zakres kompetencji średniego szczebla medycznego, zwiększono nacisk na chirurgię jednego dnia. W wielu państwach przeprowadzono cięcia kosztów administracyjnych szczebla centralnego oraz podjęto niepopularne reformy redukcji i zamrażania wzrostu płac pracowników ochrony zdrowia.

Tabela 3. Inicjatywy wpływające na publiczne koszty w systemie opieki zdrowotnej

Państwo	Ceny wyrobów medycznych	Pensje i motywacja pracowników ochrony zdrowia	Płatności na rzecz dostawców	Zmiany w priorytetach dostępu do opieki zdrowotnej	Koszty ogólne (restrukturyzacja Ministerstwa Zdrowia)	Infrastruktura dostawcy i inwestycje kapitałowe
Austria	+		+			
Belgia	+					
Czechy	+	+	+		+	+
Dania	+	+	+			+
Estonia	+		+			
Finlandia			+			+
Francja	+	+				+
Niemcy						
Grecja	+	+	+	+	+	+
Węgry	+	+	+		+	
Irlandia	+	+	+		+	+
Włochy			+			
Polska	+					+
Portugalia	+	+	+	+	+	+
Słowacja	+				+	
Słowenia	+	+	+		+	+
Hiszpania	+	+	+	+	+	+
Szwecja		+				
Wielka Brytania		+		+	+	+

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Mladovsky i in., 2012, s. 84–118].

Badania wskazują, że kraje wykorzystały szerokie spectrum narzędzi politycznych. Wykorzystano kryzys do zwiększenia efektywności systemu, jednakże niewiele działań zostało ukierunkowanych na poprawę zdrowia publicznego. Reakcja na kryzys w państwach UE była różna w poszczególnych systemach opieki zdrowotnej. Państwa, szczególnie borykające się z wysokim zadłużeniem, intensywnie wykorzystały kryzys do zwiększenia efektywności. W tym kontekście należy zaakcentować, że zasady zapewnienia stabilności finansowej w obli-

czu kryzysu finansów publicznych oraz podejmowane działania restrukturyzacyjne powinny być zgodne z podstawowymi celami systemu opieki zdrowotnej. Podstawowym celem polityki zdrowotnej w każdym czasie, a szczególnie w okresie kryzysu gospodarczego, jest utrzymanie dostępu do podstawowych usług dla ludności, zwłaszcza dla biedniejszych ludzi i regularne korzystanie z opieki zdrowotnej. Zmiana zakresu usług zawartych w pakiecie świadczeń (ustawowy zakres pokrycia) może być cennym narzędziem do ustalania priorytetów w systemie opieki zdrowotnej, w szczególności w przypadku, gdy zmiany są oparte na dowodach naukowych i mają na celu promowanie wykorzystania wysokiej jakości i skuteczności.

PODSUMOWANIE

Kryzys miał negatywne konsekwencje dla niektórych krajów w Europie, w szczególności dla tych z wysokim poziomem długu i deficytu. Wywołał on różne reakcje władz publicznych w sektorze ochrony zdrowia. Przede wszystkim, część rządów była w stanie wykorzystać kryzys finansowy jako dźwignię, w celu wzmocnienia pozycji negocjacyjnej z innymi interesariuszami systemu opieki zdrowotnej, w szczególności w sektorze farmaceutycznym. Kilka krajów w odpowiedzi na kryzys finansowy zgłosiło cięcia w budżecie krajowym zdrowia. Cięcia były częściowo spowodowane wzrostem bezrobocia, które ograniczyło przychody ze składek na ubezpieczenia społeczne. Niektóre kraje zmniejszyły pensje pracowników służby zdrowia, zamroziły je lub zmniejszyły ich tempo wzrostu. W wielu krajach kryzys gospodarczy stworzył impuls przyspieszający proces restrukturyzacji szpitali. Niewątpliwie w podjęciu decyzji, które narzędzia powinny być użyte, decydenci rozważali wpływ proponowanych reform na osiągnięcie zakładanych celów systemów ochrony zdrowia. Kryzys finansowy uzmysłowił wszystkim potrzebę racjonalizacji kosztów w systemach opieki zdrowotnej. Państwa członkowskie poddawane są presji zachowania odpowiednich proporcji pomiędzy zapewnieniem powszechnego dostępu do usług zdrowotnych wysokiej jakości i przestrzeganiem ograniczeń budżetowych. W tym kontekście wspieranie działań państw członkowskich na rzecz poprawy stabilności ich systemów opieki zdrowotnej ma zasadnicze znaczenie dla zagwarantowania ich zdolności do zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom teraz i w przyszłości.

LITERATURA

- Economou A., Nikolau A. Theodossiou I., 2008, *Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union*, "Journal of Economic Studies", No. 35.
- Economou M., 2011, *Increased suicidality amid economic crisis in Greece*, "Lancet", No. 378.

- European Commission, 2010, *European economy. Joint report on health systems*, Brussels, European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, "Occasional Papers" 74; http://europa.eu/epc/pdf/joint_healthcare_report_en.pdf (dostęp 10.07.2012).
- Fishback P., Haines M., Kantor S., 2007, *Births, deaths and New Deal relief during the Great Depression*, "Review of Economics and Statistics", No. 89.
- Gerdtham U.G., Ruhm C.J., 2006, *Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD*, "Economic and Human Biology", No. 4.
- Kaplan G.A., 2012, *Economic crisis: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health – a tale for three countries*, "Social Science and Medicine", No. 74.
- Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., McKee M., 2012, *Health Policy responses to the financial crisis in Europe*, Policy Summary 5, World Health Organization, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf (dostęp 10.07.2012).
- Ruhm C.J., 2000, *Are recessions good for your health?*, "Quarterly Journal of Economics", No. 115.
- Ruhm C.J., 2003, *Good times make you sick*, "Journal of Health Economics", No. 22.
- Ruhm C.J., 2008, *A healthy economy can break your heart*, "Demography", No. 44.
- Stuckler D., 2011b, *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data*, "Lancet", No. 378.
- Stuckler D, Basu S., McKee M., 2010, *Budget crises, health and social welfare programmes*, "British Medical Journal", No. 340.
- Stuckler D., King L., McKee M., 2009, *Mass privatization and the post-communist mortality crisis: a cross national analysis*, "Lancet", No. 373.
- Suhrcke M. i in., 2011, *The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence*, "PLoS One", No. 6.
- WHO Regional Office for Europe, 2008, *The Tallin Charter: health systems for health and wealth*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe, 2009, *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region – overview of the situation in the WHO European Region*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Streszczenie

Literatura przedmiotu wskazuje, że globalny kryzys finansowy może mieć dualny wpływ na system opieki zdrowotnej. Po pierwsze, może znacząco ujemnie wpływać na dostępność do zasobów systemowych. Po drugie, odnotowuje się pozytywny wpływ na popyt na usługi zdrowotne. Niewątpliwie pozytywne efekty podejmowanych działań są ściśle uzależnione od spójności podejmowanych decyzji w sektorze publicznym zgodnych z celami reformy gospodarczej i celami systemów opieki zdrowotnej. Celem artykułu jest analiza podejmowanych działań w sektorze finansów publicznych w opiece zdrowotnej w obszarze: zmiany poziomu i zakresu zaangażowania finansowego państwa, zmiany jakości i dostępności usług opieki zdrowotnej oraz zmiany publicznych kosztów w systemie opieki zdrowotnej.

EU Healthcare Systems and Public Finance Crisis

Summary

Literature indicates that the global financial crisis may result in dual effect on the health care system. First, it can significantly impact on the availability of system resources. Secondly, it appears to be a positive influence on the demand for health services. Undoubtedly, the positive results of the measures taken are strictly dependent on the consistency of decisions making in the public sector in line with the aims and objectives of the economic reform of health care systems. The purpose of this article is to analyze the action taken in the public finances in health care in the area of: changes of the level and scope of the state's financial commitment, changes in the quality and accessibility of health care services, and changes in the cost of public health care system.