

Paweł BIAŁYNICKI-BIRULA

Wpływ globalnego kryzysu finansowego na wydatki zdrowotne w krajach rozwiniętych

Artykuł przygotowany w ramach projektu badawczego finansowanego przez NCN pt. „Zastosowanie interaktywnych metod rządzenia w kształtowaniu polityki społecznej” nr UMO-2011/03/B/HS5/00899.

Światowy kryzys finansowy z lat 2008—2010, określane mianem globalnego, dotkliwie dotknął gospodarkę krajów rozwiniętych. Wywołane nim spadki dochodu, wysokie deficyty oraz zadłużenie wymusiły na wielu państwach podejmowanie działań na rzecz poszukiwania oszczędności i zmiany struktury społeczno-gospodarczej. Artykuł dotyczy konsekwencji dekonjunkury dla sektora opieki zdrowotnej w tych krajach. Celem opracowania jest zbadanie zasadniczych tendencji w zakresie kształtowania się wydatków zdrowotnych w okresie kryzysu, a w szczególności uwarunkowań skali i tempa ich ewentualnej redukcji w sytuacji wysokiej presji ze strony finansów publicznych. W kolejności omówiono zagadnienia dotyczące kształtowania się podstawowych parametrów ekonomicznych, a następnie wielkości i tendencje w poszczególnych kategoriach wydatków zdrowotnych. Przedstawiono uwarunkowania tworzonych w skali międzynarodowej nowych instrumentów polityki zdrowotnej wiążących się z implementacją programów ratunkowych w krajach dotkniętych kryzysem.

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA W KRAJACH ROZWIĘTYCH

Wydatki zdrowotne w latach 2007—2012 w krajach OECD wynosiły przeciętnie ok. 10,0% PKB (tabl. 1). Mimo podejmowanych już od końca lat 70. ub. wieku licznych działań reformatorskich, nakierowanych m.in. na powstrzymanie wzrostu wydatków, przez długi czas następowała systematyczna ich ekspansja. W ostatnich 30 latach udział wydatków zdrowotnych w PKB w państwach OECD zwiększył się przeciętnie z poziomu 6,6% PKB w 1980 r. do 9,4% w 2010 r.¹. Ewenement stanowią Stany Zjednoczone, gdzie w okresie 1980—2010 doszło niemal do podwojenia udziału tych wydatków w PKB (od 9,0% do 17,0% PKB). Tym samym, o ile w krajach OECD blisko co 10 jednostka dochodu jest przeciętnie przeznaczana na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, to w Stanach Zjednoczonych niemalże co 5².

¹ Dane dotyczą krajów OECD według składu członkowskiego na koniec 2013 r.

² WHO szacuje udział wydatków zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych w 2012 r. w wysokości 17,9% PKB. Skalę finansowania ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych uzmysławia fakt, że równocześnie w okresie ostatnich kilku dekad nastąpił tam znaczący wzrost PKB. Przykładowo, w Stanach Zjednoczonych w okresie 1980—2010 realny wzrost PKB wyniósł 130,0%.

**TABL. 1. CAŁKOWITE I PUBLICZNE WYDATKI ZDROWOTNE W RELACJI DO PKB
W KRAJACH ROZWINIĘTYCH W%**

K r a j e Wydatki na zdrowie: a — całkowite b — publiczne	1980	1990	2000	2005	2010	2012
--	------	------	------	------	------	------

Udział wydatków na zdrowie w PKB

UE-15	a	6,8	7,2	8,1	9,3	10,1	9,9
	b	5,5	5,5	6,1	7,1	7,7	7,6
Stany Zjednoczone	a	9,0	12,2	13,6	15,8	17,0	16,9
	b	3,7	4,8	5,9	7,0	8,1	8,0
OECD	a	6,6	6,9	7,9	8,9	9,4	9,2
	b	4,9	5,0	5,6	6,3	6,8	6,6

Udział publicznych wydatków na zdrowie w wydatkach całkowitych

UE-15	80,9	76,4	75,3	76,3	76,5	77,2
Stany Zjednoczone	41,1	39,3	43,4	44,3	47,5	47,6
OECD	74,2	72,5	70,9	70,9	72,3	71,9

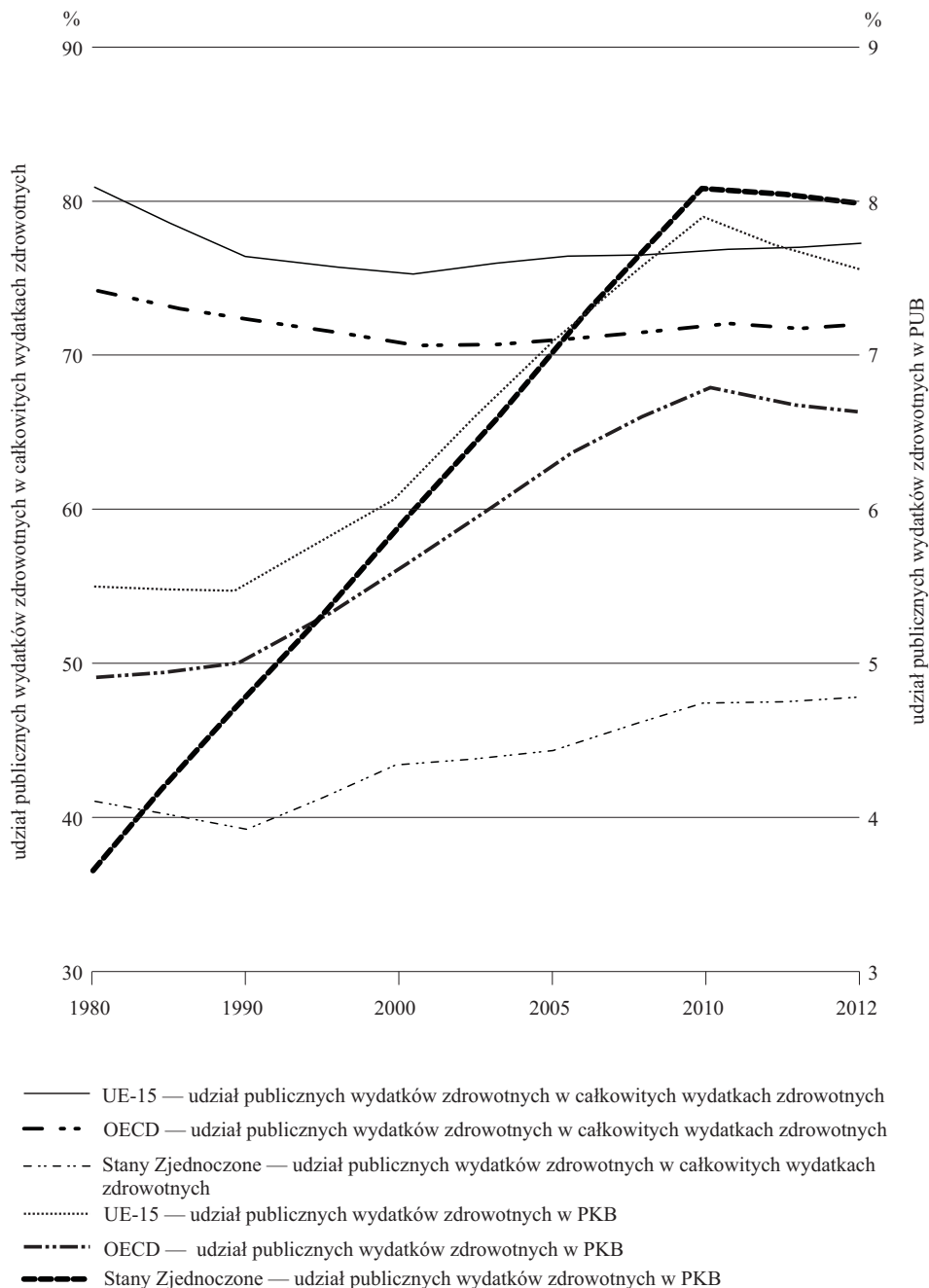
Źródło: OECD Health Statistics 2014.

Ochrona zdrowia w krajach rozwiniętych stanowi istotną domenę publicznej odpowiedzialności. W 2012 r. w krajach OECD udział finansowania publicznego przeciętnie kształtował się na poziomie 71,9%, co odpowiadało 6,6% PKB. W tym samym czasie w krajach UE-15 środki publiczne stanowiły 77,2% całości wydatków (7,6% PKB). W Stanach Zjednoczonych wydatki publiczne nie przekraczały co prawda 50,0% tego udziału, ale jednocześnie ich udział w PKB kształtował się na poziomie wyższym niż przeciętnie (8,0% PKB).

W okresie ostatnich 30 lat udział środków publicznych w wydatkach zdrowotnych w krajach UE-15 pozostawał na wysokim poziomie, oscylując w przedziale 75,0—80,0%. Zarazem należy odnotować istotne zwiększenie się ich udziału w PKB z 5,5% do 7,6%. W Stanach Zjednoczonych w tym samym okresie udział publicznych wydatków zdrowotnych odniesionych do PKB powiększył się (z 3,7% do 8,0% PKB). Na tym tle skromnie przedstawiają się kraje OECD. W analizowanym okresie publiczne wydatki zdrowotne przeciętnie wzrosły jedynie o 1,7 p.proc. (z 4,9% do 6,6% PKB). Równocześnie nastąpił nieznaczny spadek ich udziału w wydatkach całkowitych (z 74,0% do 72,0%). Zjawisko to należy jednak tłumaczyć nałożeniem się dwóch tendencji, tj. poszerzenia ugrupowania o nowe kraje, z reguły odznaczające się niższym poziomem rozwoju oraz liberalizacji rynku usług zdrowotnych powiązanej z powiększeniem finansowania ze źródeł niepublicznych.

Należy zauważyć, że począwszy od 2010 r. nastąpiło przełamanie długookresowych tendencji wzrostu wydatków zdrowotnych, na co bezpośredni wpływ miał globalny kryzys. W analizowanych krajach udział publicznych wydatków zdrowotnych w PKB był w 2012 r. nieznacznie niższy w stosunku do 2010 r. (wykr. 1).

Wykr. 1. UDZIAŁ WYDATKÓW PUBLICZNYCH W PKB I W CAŁKOWITYCH WYDATKACH ZDROWOTNYCH W KRAJACH ROZWIŃNIĘTYCH



Źródło: opracowanie własne na podstawie *OECD Health Statistics 2014*.

O znaczeniu i zakresie publicznej odpowiedzialności za ochronę zdrowia w krajach rozwiniętych świadczy także fakt, że jest to jedna z najwyższych kategorii wydatkowych tych państw. W krajach OECD przeznaczają się na ten cel blisko 15,0% całości wydatków sektora publicznego, natomiast w Stanach Zjednoczonych ponad 20,0% (tabl. 2). W latach 1990—2012 w grupie badanych krajów można zaobserwować istotny wzrost analizowanego wskaźnika. Był on najwyższy w Stanach Zjednoczonych — o 8,5 p.proc. (z 12,9% do 21,4%), w grupie UE-15 przeciętnie wyniósł 4,2 p.proc. (z ok. 12,0% do nieco ponad 16,1%), natomiast w krajach OECD o 2,5 p.proc. (z 12,0% do 14,5%).

TABL. 2. UDZIAŁ WYDATKÓW ZDROWOTNYCH W CAŁOŚCI WYDATKÓW RZĄDOWYCH W KRAJACH ROZWIŃIĘTYCH W %

Kraje	1990	1995	2000	2005	2010	2011
UE-15	11,9	12,0	13,5	15,1	15,4	16,1
Stany Zjednoczone	12,9	16,5	17,1	19,3	19,9	21,4
OECD	12,0	11,9	13,8	15,5	—	14,5

Źródło: OECD Health Statistics 2014 oraz OECD National Accounts Statistics Database 2014.

Przedstawione dane wskazują, że z uwagi na wysoki wolumen wydatków zdrowotnych oraz znaczący ich udział w publicznych budżetach w sytuacji kryzysu mogą być przedmiotem różnego rodzaju cięć.

EKONOMICZNE KONSEKWENCJE KRYZYSU FINANSOWEGO

Globalny kryzys finansowy można ujmować w kategoriach egzogenicznego szoku ekonomicznego negatywnie oddziałującego na procesy gospodarcze krajów nim objętych³. Obecny rozpoczął się w 2008 r. skutkując gwałtownym spowolnieniem tempa rozwoju i głębokim spadkiem PKB w 2009 r., które przekształciło się w recesję (tabl. 3). Realne tempo zmiany PKB w relacji do roku poprzedniego w pierwszym roku recesji w krajach OECD wyniosło 0,2% PKB, by w kolejnym roku spaść o 3,6%. W następnych latach notowano powolny wzrost gospodarczy. Wskaźnik przeciętnego rocznego tempa wzrostu realnego PKB w okresie 2008—2013 w krajach OECD wyniósł łącznie 0,72% i zaledwie 0,02% w krajach UE-27⁴.

³ Mladovsky (2012), s. 3—17.

⁴ W okresie 1996—2003 w Stanach Zjednoczonych i UE-15 dynamika przeciętnego realnego wzrostu PKB wynosiła 3,4% średniorocznie.

TABL. 3. REALNY WZROST PKB W KRAJACH ROZWINIĘTYCH W %

K r a j e	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Roczne tempo wzrostu PKB						
OECD	0,2	-3,6	3,0	2,0	1,5	1,3
UE-27	0,4	-4,5	2,0	1,7	-0,4	0,1
Stany Zjednoczone	-0,3	-2,8	2,5	1,6	2,3	2,2
Japonia	-1,0	-5,5	4,7	-0,5	1,5	1,5
2007=100						
OECD	100,2	96,6	99,5	101,5	103,0	104,3
UE-27	100,4	95,9	98,8	100,4	100,0	100,1
Stany Zjednoczone	99,7	96,9	99,8	101,4	103,7	106,0
Japonia	99,0	93,6	96,4	95,9	97,3	98,8

Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie *Eurostat Database i OECDLibrary 2014*.

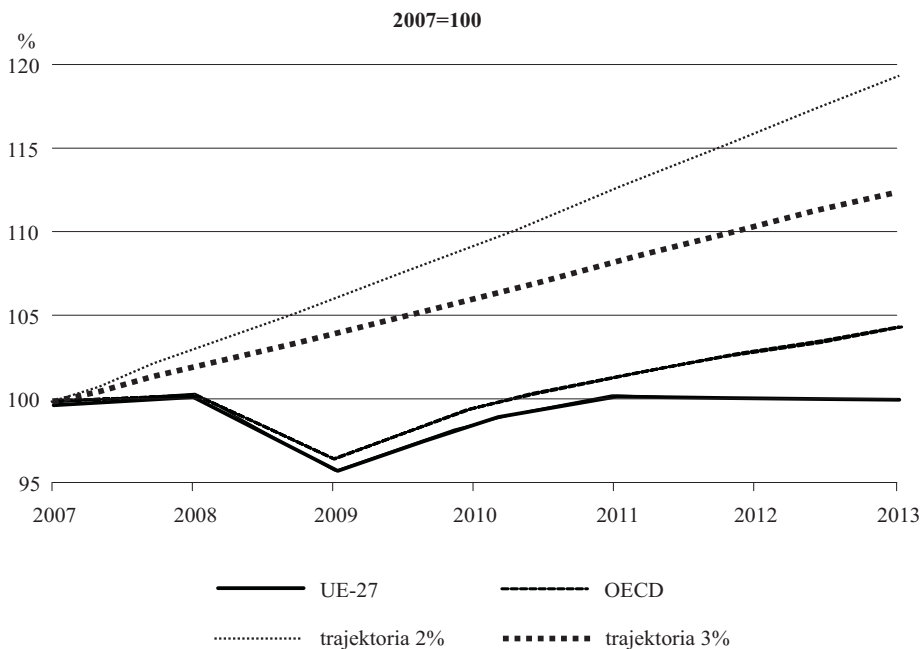
Skalę kryzysu najlepiej można ocenić poprzez odniesienie do osiągniętej w tym okresie wielkości PKB do tendencji sprzed recesji. I tak, na koniec 2013 r. realny wzrost PKB w krajach OECD wyniósł 104,3% poziomu z 2007 r., natomiast w krajach UE-27 — 100,1% (tabl. 3). Tymczasem przy założeniu tempa wzrostu sprzed kryzysu (rzędu 3,0% rocznie), wielkość PKB na koniec 2013 r. powinna wynieść ok. 120,0% poziomu z roku 2007. Utrata potencjalnego dochodu jest jednak znacznie wyższa niż wynikałoby to z prostego porównania rzeczywistego wyniku z hipotetycznym. Jej wielkość w całym okresie recesji odpowiada skumulowanej wielkości ubytku PKB w poszczególnych latach, stanowiącej w przybliżeniu sumę rocznych odchyłeń zrealizowanego dochodu od jego potencjalnie oczekiwanych wartości⁵. Na koniec 2013 r. szacowany w ten sposób łączny ubytek dochodu w krajach OECD wyniósł ok. 60,0%, natomiast w przypadku UE-27 należy liczyć się ze stratą ok. 50,0% PKB. Wielkości te oznaczają, że przeciętny roczny ubytek PKB w okresie od początku kryzysu w krajach rozwiniętych lokuje się w granicach 8,0—10,0% PKB.

Dochód pozostaje w szczególnie bliskiej relacji z deficytem i długiem publicznym (tabl. 4). W badanym okresie wystąpiło istotne pogorszenie charakteryzujących je wskaźników. W krajach OECD deficyt sektora publicznego (instytucji rządowych i samorządowych) wyniósł w 2007 r. 1,3% PKB, w Stanach Zjednoczonych było to 2,9%, a w UE-15 notowano nadwyżkę w wysokości 0,1% PKB. Następnie obserwowano jego szybki wzrost, by w 2009 r. osiągnąć 8,4% PKB w krajach OECD, 12,8% w Stanach Zjednoczonych i 6,7% w UE-15. W kolejnych latach nastąpiła najpierw stabilizacja, po czym postępu-

⁵ Podane wielkości utraconego dochodu oszacowano poprzez zsumowanie rocznych odchyłeń realnego dochodu od hipotetycznej trajektorii 2,0% (UE) i 3,0% (OECD) wzrostu dla właściwego okresu sprzed kryzysu.

jący spadek. Niemniej jednak na koniec 2013 r. deficyt pozostawał na zdecydowanie wyższym poziomie niż przed kryzysem — 4,6% PKB w OECD, 6,4% w Stanach Zjednoczonych oraz 3,7% w UE-15. Przeciętna roczna jego wartość w okresie 2008—2013 wyniosła zatem w krajach OECD 5,4% PKB, w UE-15 — 3,9% i 8,7% w Stanach Zjednoczonych.

Wykr. 2. PORÓWNANIE DYNAMIKI PKB RZECZYWISTEJ Z TRAJEKTORIA



Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat Database.

TABL. 4. KSZTAŁTOWANIE SIĘ DEFICYTU I DŁUGU SEKTORA PUBLICZNEGO W RELACJI DO PKB W KRAJACH ROZWIŃNIĘTYCH W %

Kraje	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Deficyt/nadwyżka długu publicznego							
OECD	-1,3	-3,5	-8,4	-8,0	-6,5	-5,9	-4,6
UE-15	0,1	-1,7	-6,7	-7,1	-4,5	-4,4	-3,7
Stany Zjednoczone	-2,9	-7,2	-12,8	-12,2	-10,7	-9,3	-6,4
Dług sektora publicznego							
OECD	74,3	79,9	91,2	97,5	102,1	107,1	109,5
UE-15	60,4	66,8	79,6	83,3	89,3	96,0	98,9
Stany Zjednoczone	66,3	72,6	85,8	94,6	98,8	102,1	104,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD.Stat 2014.

Bezpośrednim następstwem wysokich deficytów był wzrost długu publicznego. Na koniec 2013 r. zadłużenie sektora publicznego w krajach OECD przeciętnie wyniosło 109,5% PKB, w Stanach Zjednoczonych — 104,3%, a w krajach UE-15 — 98,9% PKB. Tymczasem w 2007 r. kształtowało się ono następująco: 74,3% w krajach OECD, 66,3% w Stanach Zjednoczonych i 60,4% w UE-15. Wielkości te oznaczają przyrost zadłużenia odpowiednio o 35,2 p.proc. w krajach OECD, 38,0 p.proc. w Stanach Zjednoczonych i 38,5 p.proc. w UE-15. W okresie zaledwie kilku kryzysowych lat zadłużenie badanych krajów przeciętnie zwiększyło się o ponad 50,0%. Porównując te dane z oszacowaną wielkością ubytku PKB należy przypuszczać, że kryzys został w znacznej mierze zamortyzowany przez sektor publiczny poprzez wzrost zadłużenia. Niemniej jednak w istotnej części musiał wiązać się z cięciami wydatków publicznych. Ponadto skutkował znacznym zawężeniem pola manewru polityki ekonomicznej, choćby z uwagi na wzrost kosztów obsługi długu.

Szczegółowa analiza pokazuje, że globalny kryzys w różnym stopniu dotknął kraje OECD (tabl. 5). Z punktu widzenia realnej zmiany PKB w okresie 2007—2013 można je pogrupować na cztery kategorie, tj.:

państwa, które:

- w małym stopniu odczuły kryzys, gdzie poziom realnego PKB w 2013 r. był o co najmniej 10,0% wyższy w stosunku do roku 2007: Chile (25,5%), Izrael (24,8%), Turcja (20,9%), Korea (20,4%), Polska (20,1%), Australia (15,9%), Słowacja (11,1%) i Meksyk (11,0%);
- przezwyciężyły recesję i w 2013 r. wyraźnie przekraczały poziom z 2007 r., a realny PKB począwszy od 2010 r. podlegał stałemu wzrostowi⁶: Nowa Zelandia (8,7%), Kanada (8,2%), Szwajcaria (8,2%), Szwecja (6,1%), Stany Zjednoczone (5,9%), Niemcy (4,2%), Norwegia (3,8%) i Austria (3,2%)

oraz państwa, w których kryzys:

- odznacza się długotrwałym charakterem, a realny PKB bądź nie osiągnął poziomu sprzed kryzysu, bądź przekroczył go nieznacznie: Belgia (2,3%), Francja (0,7%), Czechy (0,6%), Luksemburg (0,4%), Japonia (0,3%), Wielka Brytania (-1,4%) i Holandia (-1,5%);
- ma szczególnie ostry przebieg, gdzie realny PKB jest zdecydowanie poniżej poziomu referencyjnego z 2007 r.: Islandia (-2,5%), Estonia (-3,0%), Węgry (-4,0%), Dania (-4,1%), Finlandia (-4,8%), Hiszpania (-5,9%), Słowenia (-6,5%), Portugalia (-6,7%), Irlandia (-7,6%), Włochy (-8,5%) i Grecja (-24,7%).

W 2013 r. najniższy poziom PKB w relacji do 2007 r. notowano w: Grecji (76,3%), Włoszech (91,5%), Irlandii (92,4%) oraz Portugalii (93,3%). Ubytek dochodu w tych krajach zdecydowanie przewyższał wielkości szacowane dla krajów OECD. Posługując się opisaną metodą szacowania ubytku dochodu w przypadku np. Grecji należy liczyć się z łączną jego utratą rzędu 130,0% PKB (porównując z 2007 r.), podczas gdy we Włoszech było to ok. 100,0%. Wielkości

⁶ Z reguły kryzys w tej grupie miał dość gwałtowny, lecz stosunkowo krótkotrwały przebieg.

te oznaczają, że w Grecji w okresie 2007—2013 przeciętna, potencjalna utrata dochodu wyniosła w granicach 23,0% PKB rocznie (według poziomu z 2007 r.), podczas gdy we Włoszech było to 16,0%.

TABL. 5. DYNAMIKA PKB W OECD W CENACH STAŁYCH (2007=100)

Kraje	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chile	103,2	102,2	108,0	114,2	120,5	125,5
Izrael	105,0	106,0	111,8	116,9	120,7	124,8
Turcja	100,7	95,8	104,6	113,7	116,2	120,9
Korea	102,8	103,6	110,3	114,3	117,0	120,4
Polska	105,1	106,8	111,0	116,0	118,2	120,1
Australia	102,5	104,1	106,5	109,2	113,2	115,9
Słowacja	105,8	100,5	105,0	108,1	110,1	111,1
Meksyk	101,2	96,6	101,6	105,6	109,5	111,0
Nowa Zelandia	99,3	100,0	101,8	103,0	106,0	108,7
Kanada	101,2	98,4	101,8	104,3	106,1	108,2
Szwajcaria	102,2	100,2	103,1	105,0	106,1	108,2
Szwecja	99,2	94,3	100,2	103,2	104,5	106,1
Stany Zjednoczone	99,7	96,9	99,3	101,2	104,0	105,9
Niemcy	100,8	95,7	99,4	102,7	103,7	104,2
Norwegia	100,1	98,4	98,9	100,2	103,1	103,8
Austria	100,9	97,4	99,2	102,1	102,8	103,2
Belgia	101,0	98,2	100,4	102,2	102,1	102,3
Francja	99,8	96,7	98,3	100,3	100,4	100,7
Czechy	102,9	98,4	100,7	102,5	101,6	100,6
Luksemburg	99,3	93,7	96,6	98,5	98,3	100,4
Japonia	99,0	93,5	97,8	97,4	98,8	100,3
Wielka Brytania	99,2	94,1	95,7	96,7	97,0	98,6
Holandia	101,8	98,1	99,5	100,5	99,2	98,5
Islandia	101,2	94,5	90,7	93,1	94,4	97,5
Estonia	95,8	82,3	84,4	92,5	96,2	97,0
Węgry	100,8	94,0	95,0	96,5	94,8	96,0
Dania	99,2	93,6	94,9	95,9	95,6	95,9
Finlandia	100,3	91,7	94,8	97,5	96,5	95,2
Hiszpania	100,9	97,0	96,8	96,9	95,3	94,1
Słowenia	103,4	95,2	96,4	97,1	94,6	93,5
Portugalia	100,0	97,1	99,0	97,7	94,6	93,3
Irlandia	97,8	91,6	90,6	92,5	92,7	92,4
Włochy	98,8	93,4	94,9	95,5	93,2	91,5
Grecja	99,8	96,7	91,9	85,4	79,4	76,3
OECD	100,2	96,7	99,6	101,6	103,1	104,4

U w a g a. W tablicy wyodrębniono (poprzez cieniowanie) 4 grupy krajów ze względu na kształtowanie się PKB w okresie kryzysu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *OECD.Stat 2014*.

WYDATKI ZDROWOTNE W OKRESIE KRYZYSU

Szczegółową analizę wpływu kryzysu na sferę ochrony zdrowia dogodnie jest przeprowadzić z szerszej perspektywy, tj. uwzględniając kształtowanie się wydatków zdrowotnych w dłuższym czasie. Przykładowo biorąc pod uwagę dekadę 2002—2012 można wyróżnić odmienne tendencje w tym zakresie (tabl. 6). Do 2003 r. w krajach OECD następował stopniowy wzrost wydatków zdrowotnych,

zgodnie z długookresowymi tendencjami. W latach 2003—2007 notowano ustabilizowanie się wielkości ich udziału w PKB na poziomie ok. 8,6%. Z kolei w okresie od początku kryzysu (lata 2008 i 2009) miał miejsce skokowy ich wzrost do poziomu 9,6% PKB (o 1,0 p.proc.). Do podobnego zjawiska doszło zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w UE-15. W kolejnych latach obserwowano stabilizację, z zaznaczeniem lekkiej tendencji spadkowej począwszy od 2010 r. (np. 0,2 p.proc. w krajach OECD).

TABL. 6. UDZIAŁ CAŁKOWITYCH WYDATKÓW ZDROWOTNYCH W PKB W KRAJACH ROZWIŃNIĘTYCH W %

Kraje	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
UE-15	8,7	9,1	9,2	9,3	9,3	9,2	9,6	10,4	10,1	10,0	9,9
Stany Zjednoczone	14,8	15,3	15,4	15,4	15,3	15,6	16,1	17,1	17,0	17,0	16,9
OECD	8,4	8,6	8,7	8,7	8,6	8,6	8,9	9,6	9,4	9,2	9,2

Źródło: OECD Health Statistics 2014.

W analizowanym okresie udział wydatków zdrowotnych w PKB pozostawał więc względnie stabilny, w przeciwieństwie do samego dochodu. Z kolei wzrost ich udziału w PKB w okresie istotnego spadku dochodu świadczy o sztywnym charakterze omawianej kategorii wydatków. Odzwierciedla zarazem dążenie do zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych na stabilnym poziomie, niezależnie od dekonjunktury. Niemniej jednak należy zauważyć, że w omawianym okresie doszło do zahamowania długookresowej tendencji w zakresie wzrostu wydatków zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę zasadniczo odmienną sytuację gospodarczą krajów w trakcie kryzysu, bliższej analizie poddano jego wpływ na kondycję (finansowanie) konkretnych systemów zdrowotnych. W tabl. 7 i 8 przedstawiono dane dotyczące kształtowania się udziału całkowitych oraz publicznych wydatków na ochronę zdrowia w PKB. Z uwagi na znaczne wahania PKB w okresie 2007—2012, wielkości charakteryzujące udział wydatków zdrowotnych w poszczególnych latach odniesiono do PKB z roku 2007⁷. Dalsze rozważania skoncentrowano na dwóch wyodrębnionych grupach krajów znajdujących się na przeciwstawnych biegunach, jeśli chodzi o skutki kryzysu (tabl. 5). Zestawienie obejmuje kraje, które w małym stopniu odczuły skutki dekonjunktury (grupa pierwsza) oraz kraje silnie dotknięte przez kryzys, charakteryzujące się głębokimi i długotrwałymi spadkami dochodu (grupa czwarta).

Jeśli chodzi o pierwszą kategorię krajów (które w małym stopniu odczuły kryzys), to w okresie po 2007 r. w zasadzie obserwowano wzrost udziału wydatków zdrowotnych w PKB, zarówno całkowitych jak i publicznych. Przykładowo, w Chile całkowite wydatki zdrowotne w 2012 r. wyniosły 7,3%, a publiczne — 3,6% PKB, co jest równoważne odpowiednio udziałom 8,8% i 4,3% PKB z 2007 r. Wydatki zdrowotne na koniec okresu były wyższe o 2,3 p.proc.

⁷ Wylimitowano w ten sposób wpływ wahań PKB, co umożliwiło porównywanie wielkości udziałów wydatków zdrowotnych w dochodzie w przekroju całego analizowanego okresu.

i 1,5 p.proc. w stosunku do roku 2007. Z kolei w Polsce w tym samym czasie tak obliczony udział całkowitych wydatków zdrowotnych wzrósł z 6,3% do 8,0% PKB i w przypadku wydatków publicznych z 4,5% do 5,6% PKB. Podobne relacje można zaobserwować w pozostałych krajach.

W analizowanej grupie w 2012 r. udział wydatków zdrowotnych w PKB był w stosunku do PKB w roku 2007 przeciętnie wyższy o 1,5 p.proc., jeśli chodzi o wydatki całkowite i 1,1 p.proc. publiczne. Wydaje się, że wzrost wydatków zdrowotnych następował w tej grupie zgodnie z długookresowymi prawidłowościami, a kryzys nie wpłynął negatywnie na ich poziom. Zwraca uwagę fakt, że w Chile i Meksyku publiczne wydatki zdrowotne wzrosły wyraźnie w większym stopniu niż całkowite, co może sugerować, że w okresie dekonjunkury miało miejsce zahamowanie ekspansji prywatnej konsumpcji usług zdrowotnych przy utrzymaniu tempa wzrostu wydatków publicznych.

**TABL. 7. UDZIAŁ WYDATKÓW ZDROWOTNYCH W PKB W KRAJACH OECD
O ŁAGODNYM PRZEBIEGU KRYZYSU w %**

Kraje		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Wydatki na zdrowie:							
<i>a</i> — całkowite							
<i>b</i> — publiczne							
Udział wydatków w PKB							
Chile	<i>a</i>	6,5	7,0	7,6	7,1	7,2	7,3
	<i>b</i>	2,8	3,1	3,7	3,5	3,5	3,6
Izrael	<i>a</i>	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3	7,3
	<i>b</i>	4,4	4,4	4,5	4,5	4,4	4,4
Turcja	<i>a</i>	6,0	6,1	6,1	5,6	5,3	5,4
	<i>b</i>	4,1	4,4	4,9	4,4	4,2	4,1
Korea	<i>a</i>	6,4	6,6	7,2	7,3	7,4	7,6
	<i>b</i>	3,5	3,6	4,1	4,2	4,1	4,2
Polska	<i>a</i>	6,3	6,9	7,2	7,0	6,9	6,8
	<i>b</i>	4,5	4,9	5,2	5,0	4,8	4,7
Australia	<i>a</i>	8,5	8,7	9,0	8,9	9,1	.
	<i>b</i>	5,8	5,9	6,2	6,1	6,2	.
Słowacja	<i>a</i>	7,8	8,0	9,2	8,5	8,0	8,1
	<i>b</i>	5,2	5,4	6,0	5,8	5,6	5,7
Meksyk	<i>a</i>	5,8	6,0	6,5	6,3	5,9	6,2
	<i>b</i>	2,6	2,7	3,0	3,0	2,9	3,1
Udział wydatków w przeliczeniu na poziom PKB z roku 2007							
Chile	<i>a</i>	x	7,2	7,8	7,7	8,2	8,8
	<i>b</i>	x	3,2	3,8	3,8	4,0	4,3
Izrael	<i>a</i>	x	7,7	7,7	8,2	8,5	8,8
	<i>b</i>	x	4,6	4,8	5,0	5,1	5,3
Turcja	<i>a</i>	x	6,1	5,8	5,9	6,0	6,3
	<i>b</i>	x	4,4	4,7	4,6	4,8	4,8
Korea	<i>a</i>	x	6,8	7,5	8,1	8,5	8,9
	<i>b</i>	x	3,7	4,2	4,6	4,7	4,9
Polska	<i>a</i>	x	7,3	7,7	7,8	8,0	8,0
	<i>b</i>	x	5,1	5,6	5,6	5,6	5,6
Australia	<i>a</i>	x	8,9	9,4	9,5	9,9	.
	<i>b</i>	x	6,0	6,5	6,5	6,8	.
Słowacja	<i>a</i>	x	8,5	9,2	8,9	8,6	8,9
	<i>b</i>	x	5,7	6,0	6,1	6,1	6,3
Meksyk	<i>a</i>	x	6,1	6,3	6,4	6,2	6,8
	<i>b</i>	x	2,7	2,9	3,0	3,1	3,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie *OECD Health Statistics 2014*.

Druga kategoria krajów (silnie dotknięte przez kryzys) jest wyraźnie zróżnicowana, jeśli chodzi o kształtowanie się wielkości wydatków zdrowotnych i ich udział w PKB w okresie kryzysu (tabl. 8). W istocie można w jej ramach wyróżnić dwie zdecydowanie odmienne podgrupy. W Estonii, Słowenii, Finlandii, Hiszpanii i Danii w okresie dekonjunktury udział wydatków zdrowotnych obu kategorii w PKB przeciętnie wzrósł. Wielkości udziałów na koniec okresu odniesione do roku 2007 oznaczają średni wzrost o 0,7 p.proc. PKB w przypadku wydatków całkowitych i 0,6 p.proc. wydatków publicznych⁸.

Z kolei we Włoszech, na Węgrzech, w Portugalii, na Islandii, w Irlandii i Grecji dominowały zasadniczo odmienne tendencje. Z wyjątkiem Portugalii, gdzie udział całkowitych wydatków zdrowotnych w PKB był bez zmian, w pozostałych krajach nastąpił spadek w co najmniej jednej z kategorii wydatków zdrowotnych. W 2012 r. udział wydatków w PKB odniesionych do poziomu roku 2007 był odpowiednio niższy o 0,43 p.proc. w przypadku wydatków całkowitych i 0,47 p.proc. publicznych. Po wyeliminowaniu wpływu Grecji, istotnie odbiegającej *in minus*, wielkości te przedstawiają się następująco –0,04 p.proc. dla całkowitych wydatków zdrowotnych i –0,36 p.proc. publicznych. Znamienne jest to, że spadki wydatków zdrowotnych zapoczątkowane zostały dopiero w 2010 r., z tendencją do pogłębienia tempa spadku w kolejnych latach.

TABL. 8. UDZIAŁ WYDATKÓW ZDROWOTNYCH W PKB W KRAJACH OECD SILNIE DOTKNIĘTYCH KRYZYSEM W %

Kraje Wydatki na zdrowie: a — całkowite b — publiczne	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Udział wydatków w PKB						
Islandia	a	9,1	9,1	9,6	9,3	9,0
	b	7,5	7,5	7,9	7,5	7,3
Estonia	a	5,2	6,1	6,9	6,3	5,8
	b	3,9	4,7	5,2	5,0	4,6
Węgry	a	7,7	7,5	7,7	8,1	8,0
	b	5,2	5,0	5,1	5,2	5,0
Dania	a	10,0	10,2	11,5	11,1	10,9
	b	8,4	8,6	9,8	9,4	9,3
Finlandia	a	8,0	8,3	9,2	9,0	8,9
	b	6,0	6,2	6,9	6,7	6,8
Hiszpania	a	8,5	8,9	9,6	9,6	9,4
	b	6,1	6,5	7,2	7,2	6,9
Słowenia	a	8,0	8,5	9,4	9,1	9,1
	b	5,8	6,3	6,9	6,7	6,7
Portugalia	a	10,0	10,2	10,8	10,8	10,2
	b	6,7	6,7	7,2	7,1	6,7
Irlandia	a	7,9	9,0	9,9	9,2	8,7
	b	6,0	6,8	7,2	6,4	5,9
Włochy	a	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2
	b	6,7	7,0	7,4	7,4	7,1
Grecja	a	9,8	10,1	10,2	9,5	9,8
	b	5,9	6,1	7,0	6,3	6,2

⁸ Oznacza to, że wydatki zdrowotne z 2012 r. odniesione do osiągniętego w 2007 r. poziomu dochodu stanowiłyby odpowiednio o 0,7 i 0,6 p.proc. większy udział w PKB w roku bazowym.

**TABL. 8. UDZIAŁ WYDATKÓW ZDROWOTNYCH W PKB W KRAJACH OECD
SILNIE DOTKNIĘTYCH KRYZYSEM W % (dok.)**

K r a j e		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Wydatki na zdrowie:							
a — całkowite							
b — publiczne							

Udział wydatków w stosunku do PKB z roku 2007

Islandia	a	x	9,2	9,1	8,4	8,4	8,5
	b	x	7,6	7,5	6,8	6,8	6,9
Estonia	a	x	5,8	5,7	5,3	5,4	5,7
	b	x	4,5	4,3	4,2	4,3	4,4
Węgry	a	x	7,6	7,2	7,7	7,7	7,6
	b	x	5,0	4,8	4,9	4,9	4,7
Dania	a	x	10,1	10,8	10,5	10,5	10,5
	b	x	8,5	9,2	8,9	8,9	9,0
Finlandia	a	x	8,3	8,4	8,5	8,7	8,8
	b	x	6,2	6,3	6,4	6,5	6,6
Hiszpania	a	x	9,0	9,3	9,3	9,1	.
	b	x	6,6	7,0	7,0	6,7	.
Słowenia	a	x	8,8	8,9	8,8	8,8	8,9
	b	x	6,5	6,6	6,5	6,5	6,3
Portugalia	a	x	10,2	10,5	10,7	10,0	.
	b	x	6,7	7,0	7,0	6,5	.
Irlandia	a	x	8,8	9,1	8,3	8,0	8,3
	b	x	6,7	6,6	5,8	5,5	5,6
Włochy	a	x	8,8	8,8	8,9	8,8	8,6
	b	x	6,9	6,9	7,0	6,8	6,6
Grecja	a	x	10,1	9,9	8,7	8,4	7,4
	b	x	6,1	6,8	5,8	5,6	4,9

Ź r ó d ł o: opracowanie własne na podstawie *OECD Health Statistics 2014*.

Największy spadek dotyczył Grecji, gdzie w 2012 r. całkowite wydatki stanowiły 9,3% PKB, co odpowiadało 7,4% PKB w 2007 r., podczas gdy wtedy stanowiły 9,8% PKB. Z kolei środki publiczne w 2012 r. wyniosły 6,2% PKB (4,9% PKB z 2007 r.), przy 5,9% PKB osiągniętych w 2007 r. Tym samym w okresie 2007—2012 udział analizowanych wielkości spadł o 2,4 p.proc. PKB w przypadku wydatków całkowitych i 1,0 p.proc. publicznych⁹. Wynika z tego, że kryzys skutkował w Grecji dwojakiego rodzaju procesami — spadkiem wydatków publicznych (zasadniczo zgodnie z tempem spadku PKB) oraz jeszcze większym ograniczeniem wydatków prywatnych. W konsekwencji wzrósł udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach zdrowotnych z niskiego poziomu 60,3% w 2007 r. do 67,1% w 2012 r.

Redukcje całkowitych wydatków zdrowotnych w pozostałych krajach, aczkolwiek nie tak spektakularne, jak w Grecji, miały również miejsce w Islandii (0,6 p.proc. PKB) i na Węgrzech (0,1 p.proc.). Jeśli chodzi o wydatki publiczne, to w 2013 r. w stosunku do 2007 r. były niższe w Islandii (o 0,6 p.proc. PKB), na Węgrzech (0,5 p.proc.), w Irlandii (0,4 p.proc.), Portugalii (0,2 p.proc.)¹⁰

⁹ Liczby te oznaczają, że poziom finansowania ochrony zdrowia w Grecji w samym tylko 2012 r. był w stosunku do 2007 r. o ok. 25,0% niższy, jeśli chodzi o wydatki całkowite i 20,0% w przypadku publicznych.

¹⁰ Dostępne dane dla Portugalii dotyczą 2011 r.

i Włoszech (0,1 p.proc.). Zwraca uwagę fakt, że tendencje spadkowe w zakresie wydatków zdrowotnych z reguły pojawiały się z pewnym opóźnieniem, w drugim lub trzecim roku kryzysu. Należy domniemywać, że będą one trwać poza analizowanym okresem 2007—2012.

TABL. 9. WYDATKI ZDROWOTNE PER CAPITA W WYBRANYCH KRAJACH OECD

K r a j e Wydatki na zdrowie: a — całkowite b — publiczne	Wielkość wydatków w narodowych jednostkach pieniężnych (ceny stałe z 2005 r.)		
	2007	2012	2007=100
Chile	a 298446,8	388928,9	130,3
	b 128255,7	191309,9	149,2
Izrael	a 7157,6	7922,2	110,7
	b 4284,9	4736,3	110,5
Turcja	a 625,0	604,7	96,8
	b 423,9	464,4	109,5
Korea	a 1261233,6	1685698,0	133,7
	b 689923,8	918467,7	133,7
Polska	a 1853,1	2313,7	124,9
	b 1304,4	1600,7	122,7
Australia	a 4397,9	4797,8 ^a	109,1
	b 2969,0	3280,2 ^a	110,5
Słowacja	a 851,9	978,7	114,9
	b 569,5	682,4	119,8
Meksyk	a 5429,3	5891,2	108,5
	b 2388,0	2983,0	124,9
Islandia	a 332154,7	302993,4	91,2
	b 274073,1	243983,6	89,0
Estonia	a 509,3	566,4	111,2
	b 384,9	445,9	115,8
Węgry	a 174776,1	302993,4	91,2
	b 117552,5	243983,6	89,0
Dania	a 29679,9	30467,6	102,7
	b 25049,0	26128,8	104,3
Finlandia	a 2633,1	2804,8	106,5
	b 1958,5	2103,8	107,4
Hiszpania	a 1838,5	1917,7 ^a	104,3
	b 1321,0	986,4 ^a	106,0
Słowenia	a 1286,4	930,4	108,9
	b 930,4	1001,1	107,6
Portugalia	a 1518,7	1517,2 ^a	99,9
	b 1012,6	986,4 ^a	97,4
Irlandia	a 3225,7	3236,5	100,3
	b 2441,6	2187,0	89,6
Włochy	a 2171,5	2146,4	98,8
	b 1699,3	1659,6	97,7
Grecja	a 1853,3	1399,0	97,7
	b 1118,4	939,4	84,0

^a Dane za 2011 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *OECD Health Statistics 2014*.

Ocena skutków kryzysu w sektorze zdrowotnym nie byłaby pełna bez analizy wydatków całkowitych *per capita* (tabl. 9). Jeśli chodzi o pierwszą kategorię krajów, to w okresie 2007—2013 wydatki te przeciętnie wzrosły o 16,1%, a publiczne — o 22,5%, przy dynamice PKB — 18,7%. Największy wzrost w kategorii wydatków całkowitych notowały: Korea (33,7%), Chile (30,3%) i Polska (24,9%),

natomiast w przypadku publicznych: Chile (49,2%), Korea (33,1%) i Meksyk (24,9%). Z kolei w drugiej kategorii krajów wydatki w ujęciu *per capita* przeciętnie nieznacznie spadły o 0,1% w przypadku całkowitych i o 0,7% w przypadku publicznych, przy 7,0% spadku PKB. Największe jednostkowe spadki finansowania ochrony zdrowia w zakresie całkowitych wydatków *per capita* miały miejsce w Grecji (24,5%), na Islandii (9,8%) i we Włoszech (1,2%). Jeśli chodzi o środki publiczne szczególnie istotne spadki notowały: Grecja (16,0%), Islandia (11,0%), Irlandia (10,4%) oraz Węgry (7,1%)¹¹.

KONSEKWENCJE PROGRAMÓW RATUNKOWYCH DLA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Kryzys finansowy spowodował poważne perturbacje ekonomiczne w większości krajów rozwiniętych. W niektórych przypadkach łączne oddziaływanie wysokiego zadłużenia i deficytu skutkowało dużym spadkiem w międzynarodowych ratingach wiarygodności kredytowej. W konsekwencji nastąpił radykalny wzrost kosztów pożyczania środków finansowych i obsługi długu, grożący utratą płynności i wypłacalności. W reakcji na tę sytuację podjęto w skali międzynarodowej działania mające na celu z jednej strony koordynację pomocy, z drugiej zaś stymulowanie stabilizacji i reform strukturalnych¹².

Specyfikę obecnego kryzysu stanowi duże międzynarodowe zaangażowanie w udzielanie na szeroką skalę pomocy w ramach tzw. programów ratunkowych (*bailout programs*) dla krajów mających kłopoty z płynnością. Programy te są uzgadniane przez władze kraju beneficjenta oraz MFW, Europejski Bank Centralny i Komisję Europejską. Formalną podstawę przygotowania programu ratunkowego stanowią wielostronne porozumienia zawierane w formie tzw. memorandumów (*memorandum of understanding*), wyrażające wolę współpracy w działaniach na rzecz stabilności fiskalnej.

Grecja na przykład podjęła w sektorze zdrowotnym reformy o charakterze rynkowym obejmujące trzy główne kierunki¹³: implementację środków oszczędnościowych, wprowadzenie ograniczeń w dostępie do świadczeń oraz prywatyzację podmiotów zdrowotnych wraz z deregulacją rynku zdrowotnego. Przewidziano drastyczną redukcję publicznych wydatków na ochronę zdrowia z 9,8% w 2010 r. do 6,0% PKB w 2013 r.¹⁴. Mniej radykalne działania podjęto w Portu-

¹¹ Dla porównania przeciętny roczny wzrost wydatków zdrowotnych *per capita* szacowany dla UE-27 wyniósł w okresie 2000—2009 4,6%, by w 2010 r. spaść do poziomu 0,6% (Quaglio i in. (2013), s. 13—19).

¹² W celu koordynacji pomocy powołano — Europejski Mechanizm Stabilizacyjny (*European Stability Mechanism* — ESM) oraz Europejski Mechanizm Stabilizacji Finansowej (*European Financial Stability Facility* — EFSF), mające na celu zachowanie stabilności finansowej w strefie euro i państwach UE.

¹³ Kondilis i in. (2013), s. 973—979.

¹⁴ Należy zarazem odnotować, że realny poziom PKB w 2013 r. miał być o niemal 10 p.proc. niższy niż w 2010 r.

galii, gdzie szczególnie koncentrowano się na racjonalizacji systemu opłat pobieranych od pacjentów. W tej kwestii założono wzrost stawek i przeprofilowanie ich struktury (w celu skłaniania do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej) oraz dokonanie przeglądu zasad i uprawnionych do wyłączeń (Barros, 2012)¹⁵. Ostatecznie przewidziano redukcję wydatków publicznych w wysokości 0,8% PKB, m.in. poprzez zmniejszenie transferów z budżetu na publiczną służbę zdrowia z 17,2% całości wydatków rządowych w 2010 r. do 16,1% w 2012 r.

*
* *

Specyfikacja reform strukturalnych i sposoby weryfikacji ich implementacji przypominają mechanizmy adresowania pomocy dla krajów rozwijających się (Fahy, 2012). Z perspektywy sektorów zdrowotnych programy ratunkowe mogą być postrzegane nie tylko jako forma oddziaływania ekonomicznego, ale wręcz współkształtowania polityki zdrowotnej w krajach dotkniętych kryzysem. Na forum UE sfera opieki zdrowotnej była traktowana dotąd jako kwestia zastrzeżona do wyłącznej kompetencji krajów członkowskich i jedynie w sposób miękki koordynowana przez Wspólnotę (Białynicki-Birula, 2011). Tymczasem poprzez nadzorowanie budżetów narodowych systemy zdrowotne stały się przedmiotem bezpośredniego oddziaływania międzynarodowego. Można sformułować wniosek, że obecny kryzys skutkuje przełamaniem formalnego monopolu państw w kwestiach zdrowotnych poprzez kreację swoistego ekonomicznego instrumentu interwencji.

Zakończenie

Obecny kryzys finansowy jest bardzo dotkliwy dla gospodarki krajów rozwiniętych. W przekroju OECD sprowadził realny wzrost gospodarczy do wartości bliskich zero, zarazem skutkując znaczącym spadkiem potencjalnego dochodu. Kryzys znacznie ograniczył pole manewru polityki ekonomicznej, a także sprowadził zagrożenie w zakresie możliwości finansowania tych dziedzin, które w znacznej części zależą od kondycji sektora publicznego. Jednocześnie w różnym stopniu dotknął poszczególne kraje. Do państw o szczególnie ciężkim jego przebiegu należą: Grecja, Islandia, Węgry, Hiszpania, Irlandia, Portugalia i Włochy. W 2013 r. PKB w tych krajach był od kilku aż do ponad 20,0 p.proc. niższy w stosunku do 2007 r. Niechlubnym liderem w tym rankingu jest Grecja, gdzie, zgodnie z przyjętą w pracy metodą, oszacowana łączna utrata dochodu od początku recesji do 2013 r. wyniosła ok. 130,0% PKB (według poziomu z 2007 r.). Odpowiada to przeciętnemu, rocznemu ubytkowi dochodu rządu 1/4 PKB z roku referencyjnego.

¹⁵ Barros (2012), s. 17—22.

Bezpośrednim skutkiem dekonjunkury jest przełamanie długookresowego trendu wzrostu wydatków zdrowotnych cechującego dotąd kraje rozwinięte. Połączony od 2009 r. ich udział w PKB w krajach OECD uległ względnej stabilizacji, z tendencją do łagodnego spadku w kolejnych latach. W większości analizowanych krajów zdołano utrzymać poziom wydatków zdrowotnych w PKB, co świadczy o priorytetowym ich traktowaniu. W wyróżnionej grupie krajów szczególnie dotkniętych kryzysem doszło jednak do ich redukcji, która miała dość niejednorodny charakter. W części państw poziom wydatków zdrowotnych mierzony udziałem w PKB nie uległ zmianie. W istocie oznacza to, że ograniczenie wydatków zdrowotnych następowało zgodnie z tempem spadku dochodu oraz że w dużym stopniu zostało one zamortyzowane poprzez dostosowania cenowe. W pozostałych krajach redukcje wydatków zdrowotnych przewyższały jednak spadki dochodu, co świadczy o przeprowadzeniu radykalnych cięć. Najbardziej niekorzystne tendencje dotyczyły Grecji, gdzie w 2012 r. wydatki zdrowotne były niższe w stosunku do roku referencyjnego, tj. całkowite o 2,4 p.proc. i publiczne o 1,0 p.proc. Dramatyzm sytuacji obrazuje realny spadek wydatków na zdrowie w ujęciu *per capita*. Największe jednostkowe spadki finansowania ochrony zdrowia w zakresie wydatków *per capita* miały miejsce w Grecji (24,5% całkowite i 16,0% publiczne) i na Islandii (odpowiednio 9,8% i 11,0%).

Wielkości te dowodzą, że w wyniku kryzysu doszło w części krajów do bezprecedensowego cięcia wydatków zdrowotnych, w dziedzinie szczególnie wrażliwej z punktu widzenia życia społecznego. Wydaje się, że szczególnie groźne skutki mogą mieć arbitralne redukcje wydatków, grożące zarówno stabilnemu funkcjonowaniu systemu zdrowotnego, jak i powodujące perturbacje w przyszłości poprzez wywołanie długofalowych, negatywnych efektów zdrowotnych (Knetikelenis et al., 2011). Jednak należy zauważyć, że ograniczenia wydatków mogą stanowić bodziec do podejmowania działań na rzecz podnoszenia efektywności sektora zdrowotnego i racjonalizacji kosztów. W konsekwencji skutki redukcji mogą być łagodzone poprzez mikroekonomiczne dostosowania po stronie świadczeniodawców. Kryzys może zatem stanowić okazję do przeprowadzenia głębokiej restrukturyzacji sektora zdrowotnego, w tym podjęcia niepopularnych i długo odkładanych decyzji.

Wydaje się, że z takiego punktu widzenia można oceniać reformy zdrowotne przeprowadzane w Grecji i Portugalii. Wynikają one ze zobowiązań przyjętych i uzgodnionych w ramach międzynarodowej pomocy, tzw. programów ratunkowych. Podejmowane na ich podstawie reformy strukturalne nakierowane są na zwiększenie efektywności sektorów zdrowotnych. O ile deklarowane cele wydają się mieć uzasadnienie, to dyskusyjnie przedstawia się kwestia zakładanej głębokiej redukcji publicznego finansowania opieki zdrowotnej. Choć jest jeszcze za wcześnie na kompleksową ocenę ekonomicznych skutków wymienionych reform, to niewątpliwie doprowadziły one do konkretnego efektu, jakim jest wykreowanie nowego narzędzia wpływu na politykę zdrowotną krajów beneficjentów. Zdaje się on stanowić narzuconą, koordynowaną z zewnątrz formę kształtowania polityki zdrowotnej w krajach dotkniętych kryzysem.

LITERATURA

- Barros P. P. (2012), *Health policy reform in tough times: The case of Portugal*, „Health Policy”, Vol. 106
- Białyński-Birula P. (2011), *Metody nowego zarządzania publicznego w kształtowaniu polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, „Zarządzanie Publiczne”, nr 4 (18)
- Fahy N. (2012), *Who is shaping the future of European health systems?*, BMJ; 344:e1712doi: 10.1136/bmj.e1712
- Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H., Benos A. (2013), *Economic crisis, restrictive policies and the population's health and healthcare: the Greek case*, „Public Health”, Vol. 103 (6)
- Knetikelenis A. et alt. (2011), *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*, „The Lancet”, Vol. 378, Issue 9801
- Mladovsky Ph. et alt. (2012), *Health Policy in the Financial Crisis*, „Eurohealth”, Vol. 18, No. 1
- Quaglio G. et alt. (2013), *Austerity and health in Europe*, „Health Policy”, Vol. 113

SUMMARY

Declines in income, high deficits and debt (caused by the global financial crisis of 2008—2010) forced many countries to take action to contribute to saving and changing socio-economic structure. The study shows the consequences of the downturn for the healthcare sector. The article aims to provide answers to questions concerning the adjustment of health expenditure, in particular the scale and pace of their possible reduction in high-pressure situations on the part of public finances.

The article describes evolution of basic economic parameters, then the figures and trends in the different categories of health spending. Also conditions for rescue programs on an international scale are presented.

РЕЗЮМЕ

Вызванные мировым финансовым кризисом от 2008—2010 гг падение дохода, высокий дефицит и задолженность привели к тому, что во многих государствах были предприняты действия для поиска экономии и изменений социально-экономической структуры. В статье были представлены последствия деконъюнктуры для сектора здравоохранения. Целью статьи является получение ответа на вопрос касающийся приспособления расходов на здравоохранение, а в частности масштаба и темпов возможного их понижения в ситуации оказывания высокого давления государственными финансами.

В статье было представлено формирование основных экономических параметров, а затем размеры и тенденции в различных категориях расходов на здравоохранение. Были охарактеризованы также условия для спасательных программ в международном масштабе.