

Kazimierz Ryc
Zofia Skrzypczak

Uniwersytet Warszawski

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA PODCZAS ŚWIATOWEGO KRYZYSU GOSPODARCZEGO

Wprowadzenie

Kryzys gospodarczy, zapoczątkowany w Stanach Zjednoczonych w latach 2007-2008, objął swoim zasięgiem prawie wszystkie kraje i przerwał kilkudziesięcioletnią fazę dynamicznego wzrostu gospodarki światowej. Działania zaradcze podjęte przez rządy i banki centralne krajów dotkniętych kryzysem, a więc: ratowanie przed bankructwem banków, walka z bezrobociem i powstrzymanie gwałtownego spadku PKB, pogłębiły deficyt budżetowy i zwiększyły dług publiczny. Spowodowało to kryzys finansów publicznych wielu krajów i w konsekwencji wymusiło podjęcie działań dyscyplinujących wydatki; miały one także wpływ na kondycję sektora ochrony zdrowia.

Konsekwencje kryzysu gospodarczego dla sektora ochrony zdrowia rozpatrzono prowadząc analizę poziomu i tempa zmian wydatków na ochronę zdrowia, ich relacji do PKB oraz struktury finansowania. Wykorzystano dane statystyczne dotyczące krajów europejskich, zaczerpnięte z bazy OECD, podejmując się próby budowy hipotetycznych scenariuszy przedstawiających dalsze losy finansowania systemów ochrony zdrowia.

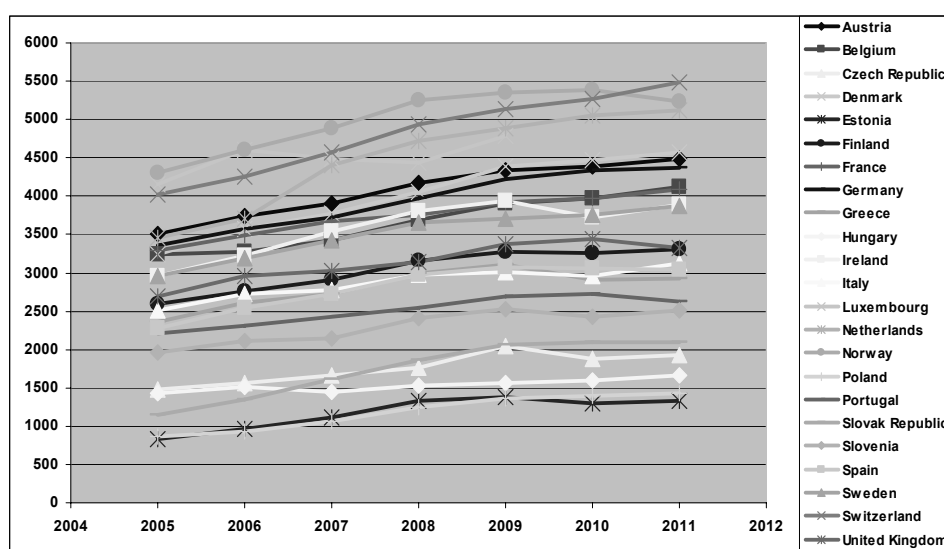
1. Poziom i tempo zmian wydatków na ochronę zdrowia

Kryzys gospodarczy przerwał długookresową tendencję wzrostu wydatków na ochronę zdrowia per capita w tempie wyprzedzającym tempo wzrostu PKB na 1 mieszkańca. Choć zawsze występowały różnice tempa wzrostu między krajami, to jednak obserwacje z lat 1998-2008 pokazują, iż tendencja ta występowała zarówno w krajach wysoko rozwiniętych, jak Luksemburg, Holandia czy Niemcy i w krajach mniej zaawansowanych w rozwoju, jak Hiszpania, Portugalia, Czechy czy Polska. Spośród krajów europejskich wyjątek stanowiła jedynie

Norwegia i Estonia, w których średnioroczna stopa wzrostu wydatków na zdrowie była niższa niż średnioroczna stopa wzrostu PKB¹.

Na rys. 1 przedstawiono poziom wydatków na ochronę zdrowia per capita (w USD, wg PPP) dla lat 2005-2011.

O ile w latach 2005-2009 w zdecydowanej większości krajów europejskich wydatki na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca systematycznie rosły (w mniejszym lub większym tempie), to w latach 2009-2011 widać zdecydowanie odmienną tendencję – nastąpiło zahamowanie i w wielu przypadkach spadek poziomu wydatków. W niektórych krajach spadek wydatków na zdrowie wystąpił już w 2010 r. – tak wyglądała sytuacja np. w Grecji, Irlandii, Czechach, Estonii, Finlandii, Włoszech i Słowenii; a w Norwegii i Wielkiej Brytanii spadek nastąpił dopiero w 2011 r.

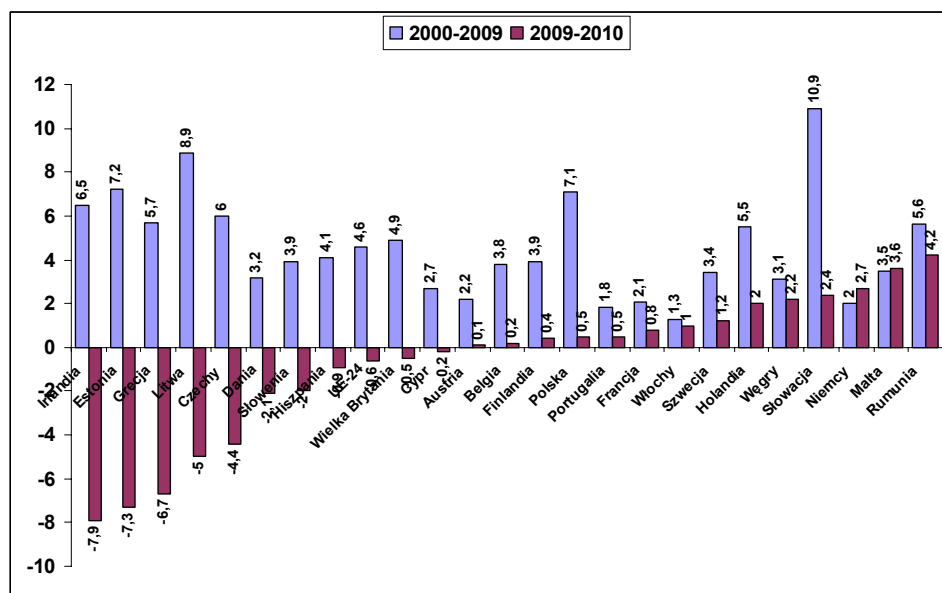


Rys. 1. Wydatki na ochronę zdrowia per capita w latach 2005-2011 (w USD, według PPP)

Źródło: Na podstawie OECD Health Data 2012.

Na rys. 2 przedstawiono zestawienie tempa zmian wydatków na zdrowie w 24 krajach UE i średnią dla UE-24 w latach 2000-2009 i 2009-2010.

¹ Health at a Glance: Europe 2010, OECD Health Data 2010, www.oecd.org.



Rys. 2. Stopa wzrostu wydatków na zdrowie w latach 2000-2009 i 2009-2010

Źródło: Na podstawie: Workshop on Health Economics, Policy Department A: Economic and Scientific Policy, Brussels, 28 November 2012, s. 33, www.europaparl.europa.eu/studies [15.05.2013].

O ile średnioroczna stopa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia dla krajów UE wynosiła w latach 2000-2009 ok. 5%, to w latach 2009-2010 była już minimalnie ujemna (-0,6%).

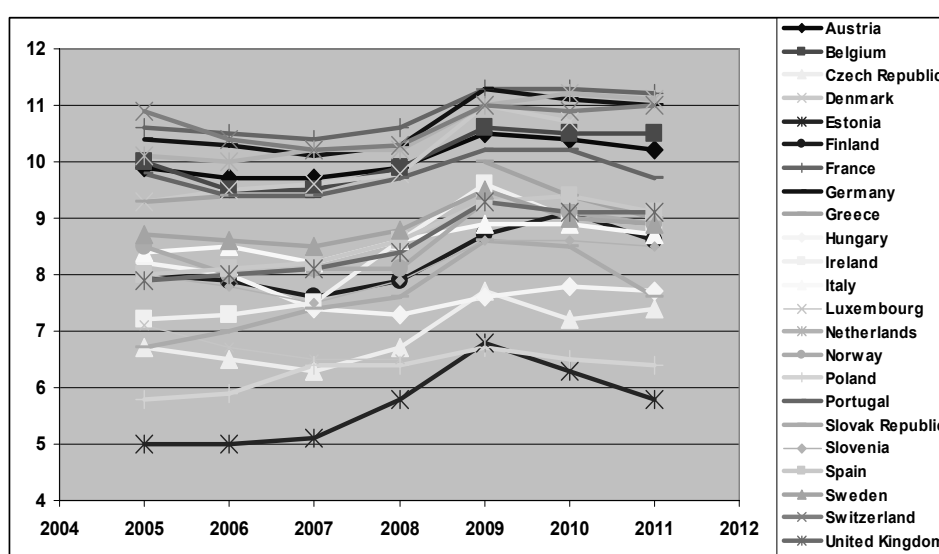
W 2010 r. w stosunku do 2009 r.:

- W 10 krajach UE odnotowano obniżenie wydatków na zdrowie: Irlandia (o prawie 8%), Estonia (o ponad 7%), Grecja (prawie 7%), Litwa (5%), Czechy (ponad 4%), Dania, Słowenia (ok. 2%) oraz Hiszpania (prawie 1%), Wielka Brytania (0,5%) i Cypr (0,2%).
- Niewielki – liczący poniżej 1% – wzrost wydatków na zdrowie wystąpił w Austrii, Belgii, Finlandii, Polsce, Portugalii i Francji; we Włoszech (wzrost o 1%), w Szwecji (ponad 1%), a w Holandii, na Węgrzech, na Słowacji i Niemczech (ponad 2%).
- Najwyższy wzrost wydatków na zdrowie odnotowano na Malcie (3,6%) i w Rumunii (4,2%).

2. Relacja wydatków na ochronę zdrowia do PKB

Wydatki na ochronę zdrowia, liczone jako procent PKB, jeszcze w 2009 r. wzrosły we wszystkich krajach w stosunku do 2008 r. – dla wielu krajów OECD

jeszcze przedkryzysowego (rys. 3). Wynikało to ze spadku poziomu dochodu narodowego w tym roku i z inercji wydatków na zdrowie. Poszczególne kraje zdecydowały się na wzrost deficytu budżetowego, zarówno z powodu realizacji zobowiązań budżetowych przy zmniejszonych wpływach do budżetu, jak też działań podtrzymujących popyt agregatowy wobec załamania gospodarczego. Ochrona zdrowia stała się więc niezamierzonym i pozornym „beneficjentem” kryzysu. Już w 2010 r. relacja wydatków na ochronę zdrowia do PKB prawie we wszystkich europejskich krajach OECD (także w Polsce) była jednak niższa niż w 2009 r. – w przypadku niektórych krajów były to znaczne spadki, np. w Irlandii i Estonii o 0,7 p.p.



Rys. 3. Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB

Źródło: Na podstawie danych OECD, www.oecd.org/stat/Extracts.

Wydatki na ochronę zdrowia, liczone jako procent PKB, wykazywały w latach 2000-2009 tendencję wzrostową; szczególnie widocznym jest wzrost w latach 2007-2009.

Znaczny wzrost tej relacji odnotowany w 2009 r. – już przecież kryzysowym – wynikał często ze spadku lub stagnacji poziomu produktu krajowego brutto w tym roku i z inercji wydatków na zdrowie. Poszczególne kraje zdecydowały się na wzrost deficytu budżetowego zarówno z powodu realizacji zobowiązań budżetowych przy zmniejszonych wpływach do budżetu, jak też działań podtrzymujących popyt agregatowy wobec załamania gospodarczego. W 2010 r. relacja wydatków na ochronę zdrowia do PKB prawie we wszystkich europejskich krajach (nielicznymi wyjątkami były: Finlandia, Węgry, Holandia i Hiszpania)

była niższa niż w 2009 r. – w przypadku niektórych krajów były to znaczne spadki, np. Grecja i Irlandia – po 0,6 p.p, a Czechy, Estonia i Szwecja – po 9,5 p.p.

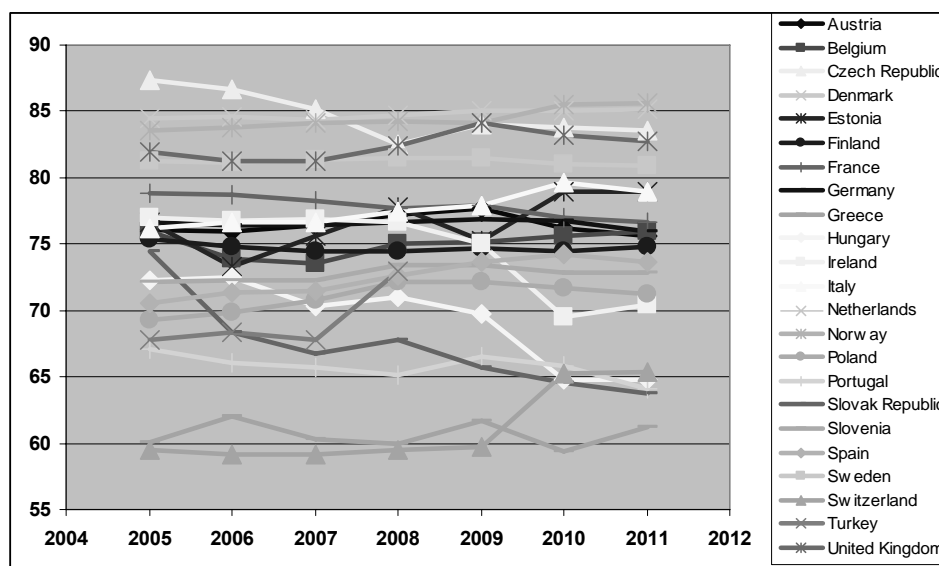
Tendencja spadkowa w wielu krajach utrzymała się i w 2011 r.: na Słowacji – 0,9 p.p., a w Estonii, Finlandii, Portugalii – po 0,5 p.p.

3. Finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych

W każdym kraju, niezależnie od jego poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego i realizowanego modelu systemu ochrony zdrowia, wydatki na zdrowie są finansowane z dwóch źródeł: publicznego i prywatnego². W krajach europejskich – członkach OECD – dominuje finansowanie publiczne, aczkolwiek różnice w przypadku poszczególnych krajów są znaczące (rys. 4).

Rozpiętość udziału wydatków publicznych w wydatkach na ochronę zdrowia europejskich krajów OECD została w latach 2005-2011 w zasadzie zachowana – mieści się on w granicach 60%-85%.

Krajami o najniższym udziale finansowania publicznego w analizowanym okresie była Grecja (ok. 60%) i Szwajcaria (ale w latach kryzysu gospodarczego (2010-2011) nastąpił wzrost udziału finansowania publicznego z 59,5% do 65,4%, czyli o 5 p.p).



Rys. 4. Udział finansowania publicznego w wydatkach na zdrowie (%)

Źródło: Na podstawie OECD Health Data 2012.

² K. Ryć, Z. Skrzypczak, *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w krajach europejskich* [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo WZ UW, Warszawa 2010.

Największy spadek udziału finansowania publicznego odnotowano w latach 2005-2011: na Słowacji – z 74,4% do 63,8%, na Węgrzech – z 72,3% do 64,8%, w Irlandii – z 77% do 70,4%, w Czechach – z 87,3% do 83,5%.

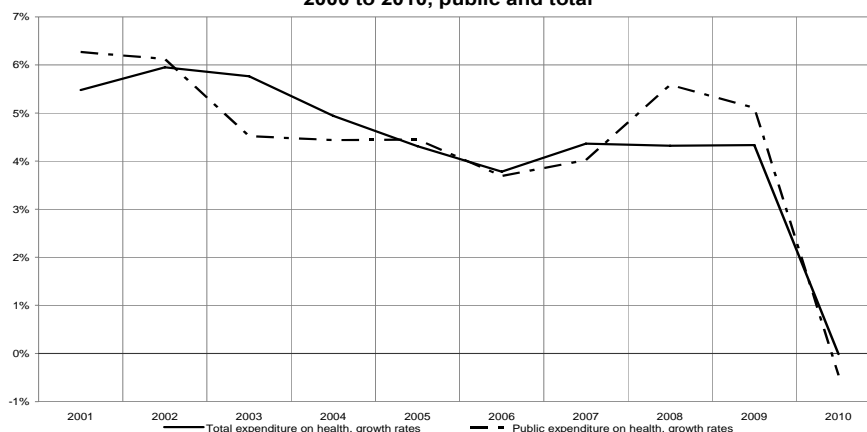
W krajach znajdujących się na wyższym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczym charakterystycznym dla analizowanego okresu był niewielki wzrost udziału finansowania publicznego bądź jego stabilizacja (wyjątek stanowiła Francja – spadek z 78,8% do 76,7% oraz Portugalia – spadek z 67,1% do 64,1%).

W latach kryzysu gospodarczego (dysponujemy kompletnymi danymi jedynie dla lat 2009-2011) udział publicznych wydatków na ochronę zdrowia w krajach najbardziej zamożnych w zasadzie nie obniżył się lub obniżył w niewielkim stopniu (wyjątek stanowiła Irlandia, w której udział finansowania publicznego zmniejszył się z 75% do 70,4%). Spośród gorzej rozwiniętych krajów postsocjalistycznych znaczną obniżkę udziału wydatków publicznych odnotowano na Węgrzech – z 69,7% do 64,8%, znacznie mniejszą na Słowacji – z 65,7% do 63,8%.

Tendencja wzrostowa udziału wydatków publicznych na zdrowie była w latach 2009-2011 zjawiskiem dosyć wyjątkowym; wystąpiła ona we wspomnianej już Szwajcarii (wzrost z 59,7% do 65,4%), Estonii (wzrost z 75,3% do 78,9%) oraz w Belgii, Włoszech i Norwegii (wzrost o ok. 1 p.p.).

Na rys. 5 zestawiono, dla okresu 2000-2010, średnią stopę wzrostu – dla wszystkich krajów OECD, nie tylko europejskich – wydatków ogółem oraz wydatków publicznych na zdrowie. Dla 11 lat objętych analizą można zaobserwować pewne prawidłowości i wyodrębnić podokresy, o różnych relacjach między tempem wzrostu wydatków publicznych i wydatków ogółem na zdrowie.

Figure 1. Average OECD health expenditure growth rates in real terms, 2000 to 2010, public and total



Rys. 5. Roczna stopa wzrostu (średnia dla OECD) wydatków ogółem i wydatków publicznych na zdrowie w latach 2000-2010

Źródło: OECD Health Data 2012 – Growth in health spending grinds to a halt, www.oecd.org.

Najbardziej wyraźne zróżnicowanie dynamiki wzrostu wydatków na zdrowie wystąpiło w latach 2003-2004, kiedy stopa wzrostu wydatków ogółem była zdecydowanie wyższa od stopy wzrostu wydatków publicznych oraz w latach 2008-2009, kiedy odnotowano znacznie szybsze tempo wzrostu wydatków publicznych na zdrowie niż wydatków ogółem (co oznacza, iż tempo wzrostu wydatków publicznych znacznie przewyższało tempo wzrostu wydatków prywatnych). Dla 2010 r. odnotowano stabilizację wydatków ogółem na zdrowie, przy niewielkim (liczącym ok. 0,5%), ale jednak spadku wydatków publicznych.

4. Jaka alternatywa?

Można domniemywać, że większość krajów europejskich w budżetach na 2013 r. przyjęła i na dalsze lata będzie przyjmować ograniczenie wydatków publicznych, jak też będzie kontynuowane dążenie do większej kontroli i dyscypliny wydatkowania funduszy publicznych, w tym także tych na ochronę zdrowia. Spełnią się więc przepowiednie niektórych ekonomistów, iż ochrona zdrowia – obok oświaty publicznej – może ucierpieć najbardziej na kryzysie³.

Zmniejszenie wydatków na konsumpcję publiczną, a więc m.in. ochronę zdrowia będzie skutkowało ograniczeniem popytu agregatowego w gospodarce, a tym samym przyniesie skutki recesyjne. Warto zastanowić się więc nad tym, czy jest szansa wykorzystania wzrostu wydatków gospodarstw domowych na zdrowie? Czy można wyrównać – najlepiej z nawiązką – ubytek wydatków publicznych na ten cel? Tylko wtedy wzrost agregatowego popytu ułatwi przeciwdziałanie recesji. Jednym z warunków jest stworzenie atrakcyjnej oferty świadczeń medycznych, udostępnionej na zasadach komercyjnych przez sektor ochrony zdrowia.

Wydaje się to pozornie sprzeczne z opinią o małych możliwościach zwiększenia wydatków na konsumpcję zadłużonych gospodarstw domowych. Należy jednak pamiętać o tym, że wierzycielami zadłużonych gospodarstw domowych są w istocie inne gospodarstwa domowe, posiadające depozyty w bankach lub/i inne aktywa. Atrakcyjna oferta placówek ochrony zdrowia mogłaby wywołać popyt autonomiczny, niewynikający ze wzrostu dochodów dyspozycyjnych.

Jest to jednak mało prawdopodobne przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, przygotowanie atrakcyjnej oferty komercyjnych usług medycznych wymaga czasu. Trudniej o taką ekstra ofertę w krajach bogatych, o rozbudowanych świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Można liczyć tylko na zamianę źródła finansowania z publicznego na prywatne, co nie

³ A. Kaletsky, *Kapitalizm 4.0: The Birth of a New Economy In the Aftermath of Crisis*, Philadelphia 2010.

zwiększy sumy wydatków, tylko zmieni ich strukturę. Większe potencjalne możliwości mogą być w uboższych krajach postsocjalistycznych, gdzie oferta usług i produktów służących zdrowiu, finansowanych ze środków publicznych jest skromniejsza, lecz i w tym wypadku stworzenie ofert komercyjnych wymaga czasu. Po drugie, przez ostatnie 30 lat rozwoju gospodarki kapitalistycznej w wielu krajach OECD nastąpiło silne pogłębienie zróżnicowania dochodów; stosunkowo mało ze wzrostu produktu krajowego uzyskały (przejęły) grupy zawodowe pracowników wykonawczych oraz cała – ogólnie ujmując – klasa średnia. Ta część społeczeństwa jest też bardziej zadłużona. Ona przecież korzystała z koszyka świadczeń podstawowych, a w wypadku jego uszczuplenia ma mniejsze szanse wyrównania ubytku świadczeń ich komercyjnym zakupem.

Z tych też powodów nie należy oczekiwać, że ubytek popytu agregatowego wywołany ograniczeniem finansów publicznych, wydawanych na ochronę zdrowia, zostanie wyrównany wzrostem wydatków prywatnych, a wzrost konsumpcji prywatnej wypełni lukę po spadku konsumpcji publicznej⁴.

Należy jednak brać pod uwagę zespół warunków, które będą miały wpływ na kondycję systemu ochrony zdrowia. Dotychczas w krajach europejskich priorytet miały oszczędności budżetowe. Wydaje się, że następuje stopniowa zmiana priorytetów i głównym kierunkiem działania rządów będzie walka z bezrobociem, zwłaszcza z bezrobociem ludzi młodych. Ekspansywna polityka pieniężna, zarówno Europejskiego Banku Centralnego, jak i Banku Anglii nie przyczyniła się do ożywienia inwestycji prywatnych ani kredytu konsumpcyjnego. Wzrost podaży pieniądza grozi natomiast powstaniem baniek spekulacyjnych, zwłaszcza na rynkach kapitałowych. Rodzi się potrzeba wykorzystania nagromadzonych kapitałów na rzecz odwrócenia dezindustrializacji krajów rozwiniętego Zachodu, powrotu polityki przemysłowej. Wspieranie sektorów wytwórczych może przyczynić się do odtworzenia miejsc pracy, nie tylko w przemyśle. Aktywna polityka przemysłowa w przeszłości takich krajów, jak Japonia czy Korea Południowa oraz wywołany tą polityką szybki wzrost wydajności pracy i wzrost eksportu sprzyjały finansowaniu rozwoju sektora usług publicznych, w tym ochrony zdrowia. Na podobny efekt może też liczyć ochrona zdrowia w Chinach. Niestety, trudno oczekiwać podobnej skali sukcesu nowej polityki przemysłowej w Europie w obecnych warunkach ekonomicznych i układach politycznych, a także w świetle dominującej ideologii. Potrzeba jednak tworzenia nowych miejsc pracy jest nieubłagana.

Z drugiej strony, będzie narastać zapotrzebowanie na coraz większe nakłady finansowe na rzecz ochrony zdrowia, choćby z dwóch powodów:

⁴ K. Ryc, Z. Skrzypczak, *Ochrona zdrowia w warunkach turbulencji w gospodarce światowej*, „Problemy Zarządzania” 2013, nr 1, t. 2.

- starzenia się społeczeństw rozwiniętego Zachodu,
- tworzenia nowych, skutecznych, ale też drogich technologii medycznych.

W tych warunkach wzrost wydatków na zdrowie będzie w dalszym ciągu wyprzedzał wzrost PKB, nawet w sytuacji spowolnienia tempa wzrostu gospodarczego.

Nowa polityka przemysłowa lub – szerzej – sektorowa może więc objąć również sektor ochrony zdrowia oraz opieki socjalnej nad dziećmi i ludźmi starymi. Mogą również powstawać w tym sektorze nowe miejsca pracy z pożytkiem dla społeczeństwa, lecz – niestety – jednocześnie z większym obciążeniem finansów publicznych. Praca dla bezrobotnych oraz zdrowie społeczeństwa mogą więc być wyżej cenione od utrzymania zrównoważonego budżetu, przynajmniej w fazie wychodzenia z kryzysu. Jest to scenariusz niezbyt optymistyczny, lecz – naszym zdaniem – możliwy czy prawdopodobny.

W spełnieniu takiego scenariusza może przeszkodzić dominująca ideologia Konsensusu Waszyngtońskiego, promującego hasła: liberalizować, prywatyzować, wprowadzać dyscyplinujące działania rynku – również w ochronie zdrowia. Doświadczenia innych krajów wskazują, że w przypadku dużych potrzeb i skromnych środków – w przypadku „dzielenia biedy” – lepiej się sprawdza państwo niż rynek. Przypominają o tym państwowe systemy dystrybucji w czasach trudnych, także w krajach liberalnych.

Literatura

Health at a Glance: Europe 2010, www.oecd.org.

Kaletsy A., *Kapitalizm 4.0: The Birth of a New Economy In the Aftermath of Crisis*, Philadelphia 2010.

OECD Health Data 2012, www.oecd.org.

Ryć K., Skrzypczak Z., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w krajach europejskich* [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo WZ UW, Warszawa 2010.

Ryć K., Skrzypczak Z., *Ochrona zdrowia w warunkach turbulencji w gospodarce światowej*, „Problemy Zarządzania” 2013, nr 1, t. 2.

Workshop on Health Economics, Policy Department A: Economic and Scientific Policy, Brussels, 28 November 2012, www.europaparl.europa.eu/studies.

www.europaparl.europa.eu/studies

www.oecd.org

HEALTHCARE EXPENSES DURING WORLD ECONOMIC CRISIS

Summary

World economic crisis strongly affected healthcare outlays in terms of both their level and dynamics, measured by health care expenses per capita and relation of health care expenditure to GDP. Moreover, it had a significant impact on the structure of health care outlays.

The authors demonstrated that in Europe changes in health care financing being the result of a slump in the economy, were observed with a delay.

In addition, the authors developed several possible future scenarios of health care financing, which are presented in the last part of the publication.