

Gdzie naprawdę uderzył kryzys w 2009 r.

Szary scenariusz

Od roku świat zмага się z kryzysem finansowym. Jakie były jego skutki dla systemów ochrony zdrowia na świecie? Czy spełniły się najczarniejsze proroctwa, czy też systemom udało się wyjść obronną ręką?



VALERO

Kryzys spowodował wiele zmian na międzynarodowych rynkach, nie tylko finansowych. Początkowo problemy dotyczyły systemów bankowych, a wynikały z niewłaściwie udzielanych kredytów hipotecznych. Później rozszerzyły się prawie na wszystkie dziedziny gospodarki, powodując obniżenie wpływów przedsiębiorstw, a co za tym idzie, wynagrodzeń pracowników, redukcję zatrudnienia, aż do bankructw i upadku części z nich. Wiele firm nadal ma trudności finansowe, szczególnie z pozyskaniem funduszy na inwestycje, część odnotowała znaczne straty, które trudno będzie nadrobić w najbliższym okresie, zaś papiery wartościowe okazały się dość niepewną inwestycją dla dużej grupy inwestorów.

Oszczędzą zdrowie

Początkowo wydawało się, że kryzys nie musi mieć znaczącego wpływu na kondycję finansową opieki medycznej, a problemy mogą być mniejsze niż w innych działach gospodarki, szczególnie dzięki wykorzystaniu nadwyżek finansowych z poprzednich okresów. Niestety, jak zwykle medycyna, a także jej finansowanie, nie są do końca przewidywalne, zaś kryzys był wyjątkowo poważny. Okazało się, że zapotrzebowanie na świadczenia medyczne nadal jest ogromne, a nawet wzrosło w niektórych dziedzinach. Pojawiają się także dodatkowe aspekty natury etycznej. Trudno jest ograniczać usługi medyczne w wypadku poważnie chorych z powodu braku funduszy i przełożyć na kolejny rok. W tych sytuacjach życie pacjentów zależy od jak najszybszego rozpoczęcia właściwej terapii, a zbyt późne jej przeprowadzenie może spowodować nieodwracalne skutki.

Problemy te oczywiście dotyczą nie tylko naszego kraju. W podobnej sytuacji jest wiele państw. Rządy starają się dokonać zmian w systemie ochrony zdrowia, wspomóc placówki opieki medycznej lub dofinansować instytucje ubezpieczeniowe.

Według opublikowanych danych, wskaźniki ekonomiczne z powodu kryzysu w naszym kraju obniżyły się mniej niż w innych państwach Unii Europejskiej. Nie przekłada się to jednak korzystnie na poziom finansowania ochrony zdrowia w Polsce, który był i – niestety – pozostaje na znacznie niższym poziomie w porównaniu z większością krajów Europy.

Globalny problem

Jak istotny jest to problem, pokazuje jego skala i zasięg, zaś powagę potwierdza to, iż wiele instytucji międzynarodowych, w tym Światowa Organizacja Zdrowia, poświęciło temu zagadnieniu wiele uwagi. Na początku tego roku powstał raport *The Financial Crisis and Global Health*. Podkreślono w nim, że niektóre kraje są w szczególnie trudnej sytuacji, co może niekorzystnie się odbić na stanie zdrowia ich obywateli.

Dotyczy to nie tylko państw rozwijających się, ale także najbogatszych, gdzie w wyniku spadku dochodów gospodarstw domowych wyraźnie zmniejszyła się wielkość funduszy przeznaczonych na usługi opłacane przez pacjentów lub wymagające współfinansowania. Część z nich została przełożona na późniejszy okres, z innych zrezygnowano. W tych wypadkach względy medyczne miały mniejsze znaczenie niż ich koszt. Szczególnie niekorzystnie odbijało się to na grupach o średnich i niższych dochodach, zaś w wypadku najbogatszych wpływ ten nie był tak istotny.

Pojawiły się obawy, że na dłuższą metę będzie miało to negatywne skutki dla funkcjonowania sektora ochrony zdrowia, spowoduje także występowanie cięższych powikłań i oporności na wiele leków stosowanych w np. chorobach zakaźnych.

Kolejnym niekorzystnym efektem jest deprecjacja walut powodująca wzrost kosztów importowanych le-

„ Mimo kryzysu w kilku państwach odnotowano wzrost budżetu w ochronie zdrowia ”

ków i sprzętu medycznego, zaś trudności w pozyskaniu kredytów bankowych ograniczają finansowanie badań naukowych i prac nad tworzeniem innowacyjnych leków, co zwalnia postęp medycyny i daje mniejsze szanse poważnie chorym.

Spada, ale rośnie

Zaznaczono jednak, iż w przeciwieństwie do tego, co działo się podczas poprzedniego kryzysu, w kilku państwach odnotowano wzrost budżetu w ochronie zdrowia. Wynikało to z ogromnej presji społecznej na władze oraz argumentacji, iż inwestycja w zdrowie jest ekonomicznie opłacalna, a dostęp do opieki medycznej jest jednym z praw obywateli i powinien być zapewniony przez odpowiednie instytucje państwowe.

Analizowano wpływ kryzysów na zdrowie mieszkańców w Azji Wschodniej w latach 1997–1998 oraz w Ameryce Łacińskiej w latach 2001–2002. Mimo że obserwowano niekorzystny wzrost niektórych wskaźników medycznych (m.in. śmiertelności dzieci w Indonezji), nie wykazano jednoznacznie, iż były one tylko wynikiem kryzysu. Wpływały na nie różne czynniki, pośród których były również były problemy gospodarcze.

Dość zadziwiające były niektóre wnioski dotyczące pozytywnych skutków kryzysu, które zauważono w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachod-

„ Spada spożycie alkoholu i sprzedaż papierosów, co powoduje zmniejszenie występowania niektórych chorób cywilizacyjnych „

niej. Stwierdzono, że spada spożycie alkoholu i sprzedaż papierosów, co powoduje zmniejszenie występowania niektórych chorób cywilizacyjnych. Obserwacje te jednak były krótkie i nie do końca znaleziono powiązanie tych danych ze stanem zdrowia mieszkańców.

Potwierdzenie znajduje natomiast inny fakt, że w czasie recesji wzrasta liczba zaburzeń psychicznych, w tym depresji i samobójstw, co potwierdzają międzynarodowe statystyki nie tylko w krajach rozwiniętych.

Zwrócono uwagę, że okres dekonstrukcji jest najlepszy do przeprowadzania istotnych reform zarówno organizacyjnych, jak i finansowych oraz może być wykorzystany do poprawy efektywności pracy. W trakcie kryzysu zawsze wzrasta zapotrzebowanie na usługi świadczone przez publiczne zakłady oraz rośnie rola instytucji rządowych.

Systemy w Europie i USA

W wielu krajach europejskich od dłuższego czasu dochodzi do zmian systemów ochrony zdrowia wynikających m.in. ze zmian demograficznych, wzrostu kosztów związanych z nowoczesną diagnostyką i stosowaniem innowacyjnych leków i zwiększeniem zapotrzebowania na świadczenia w chorobach przewlekłych. Systemy potrzebują coraz więcej pieniędzy na finansowanie procedur i usług medycznych.

Nie oznacza to, że w krajach, w których przeznaczają się na ten cel najwięcej, wskaźniki zdrowotne są najwyższe. Przykładem są Stany Zjednoczone, gdzie wydaje się prawie połowę światowych funduszy na ochronę zdrowia, a mimo to efekty, w tym przewidywana długość życia czy dostępność do specjalistycznej opieki, nie są najlepsze. Istotne jest więc, jak wydawane są pieniądze i jaka jest efektywność systemu ochrony zdrowia.

Amerykanie inwestują sporo w nowoczesne terapie, wysokie są w związku z tym koszty procedur, a płace pracowników medycznych stanowią istotną ich część.

Mimo że system jest krytykowany przez dużą część społeczeństwa, szczególnie przez 15 proc. nieubezpieczonych obywateli, nie udało się w latach 90. ubiegłego stulecia dokonać jego zmiany, ponieważ zarzucono nowym koncepcjom, iż ograniczają swobodę wyboru obywateli. Kolejna próba reformy podjęta przez administrację Obamy też budzi obawy. Kryzys zmienił jednak warunki działania, ponieważ spowodował pogorszenie sytuacji materialnej ludzi. Częściej pojawiają się głosy, iż koszty ubezpieczeń zdrowotnych są zbyt wysokie dla pracodawców, co zmniejsza konkurencyj-

ność amerykańskich produktów, były też odpowiedzialne za część bankructw niewielkich firm, które w trudnych warunkach nie mogły poradzić sobie na rynku.

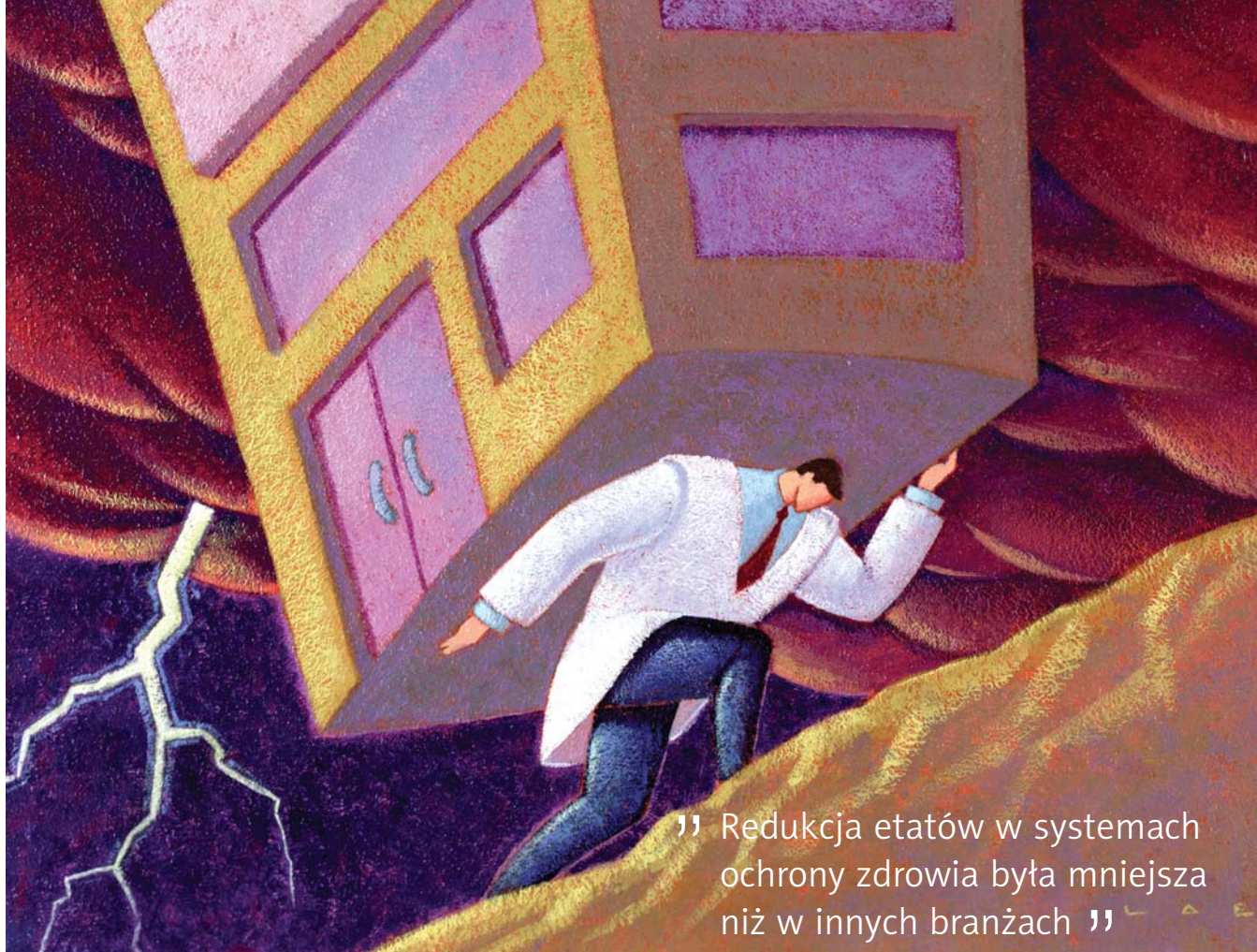
Problemy w USA i Niemczech

Amerykanie planują wprowadzić powszechne ubezpieczenie zdrowotne obejmujące wszystkich obywateli. Nie zdecydowano jednak, który system zostanie wybrany. Dotychczas każdy sam decydował, czy będzie opłacał ubezpieczenie czy nie, wykorzystując zaoszczędzone pieniądze na inny cel i ryzykując, że w razie choroby może utracić znaczną część majątku. Krytycy reformy zwracają jednak uwagę na jej wysokie koszty, zaś firmy ubezpieczeniowe obawiają się utraty ogromnych funduszy, którymi dotychczas dysponowały.

Niemieckie kasy chorych także mają problemy finansowe. Wynikają one z podobnych przyczyn zarówno demograficznych, jak i wzrostu kosztów opieki medycznej. Ich kondycja finansowa jest zróżnicowana w zależności od sytuacji ekonomicznej ubezpieczonych, co powodowało nierówny dostęp do usług medycznych, a kryzys przyspieszył likwidację części z nich. Wiele kas wymagało dotacji budżetowych. Rocznie wydawano na ten cel z budżetu centralnego kilka miliardów euro. Wzrosła ponadto liczba nieubezpieczonych, którzy wymagali różnych form pomocy ze strony państwa. Zdecydowano więc o utworzeniu centralnej instytucji. Jej zadaniem jest sprawowanie nadzoru nad wszystkimi kasami chorych, kontrolowanie wydatków i przydzielanie dotacji. Ma to mobilizować do oszczędności w systemie, wyrównać dostęp do świadczeń medycznych, ogranicza jednak rolę kas chorych, które stanowiły dotychczas podstawę niemieckiego systemu.

Inne kraje europejskie także w różny sposób próbują radzić sobie w czasie kryzysu. Część z nich ogłosiła rewizję budżetów w związku z mniejszymi dochodami. Niektóre dokonują transferu funduszy z budżetu centralnego do systemu ochrony zdrowia, np. w Szwecji. Włosi natomiast przeznaczyli dodatkowe pieniądze na opiekę medyczną tylko w wybranych regionach kraju, szczególnie dotkniętych kryzysem. W Austrii deficyt w systemie ubezpieczeniowym był pokrywany przez subsydia. Część krajów zdecydowała się na rozszerzenie programów ubezpieczeniowych, np. w Gruzji dodatkowo objął on 200 tys. obywateli żyjących poniżej minimum socjalnego. W Słowenii i Serbii objęto ubezpieczeniem również mieszkańców w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej. Rządy niektórych krajów wpłynęły na obniżenie opłat w wypadku przyjęć w stanach nagłego zagrożenia życia.

Część państw planowała zmianę wysokości podatku VAT na farmaceutyki i sprzęt medyczny, np. na Węgrzech rozważano jego wzrost. W Chorwacji i na Łotwie planowano zwiększyć udział pacjentów w kosz-



„ Redukcja etatów w systemach ochrony zdrowia była mniejsza niż w innych branżach „

tach leków. W Czarnogórze podjęto decyzję o ograniczeniu wysokości składki przeznaczonej na opiekę medyczną, w wyniku reformy systemu obniżono ją z 12 proc. do 10,5 proc.

Działania w poszczególnych krajach były zróżnicowane, ponieważ warunki funkcjonowania systemu w nich były inne. We wszystkich jednak dążono do zapewnienia optymalnego poziomu ochrony zdrowia przy możliwych do zaakceptowania wydatkach.

Należy także zwrócić uwagę na to, że w ochronie zdrowia w Europie zatrudnionych jest 10 proc. wszystkich pracujących, zaś w wyniku kryzysu utrata stanowisk pracy w nim była mniejsza niż w innych dziedzinach gospodarki. Wydaje się więc on być bardziej stabilny dla pracowników na tle innych sektorów.

Kryzys w Afryce

W tym regionie kwestie zdrowotne zawsze stanowiły poważny problem. Wiele biednych krajów tego kontynentu ma trudności z finansowaniem ochrony zdrowia, która dodatkowo pokrywana jest dzięki funduszom zewnętrznym, jak np. walka z AIDS, malarią i gruźlicą.

Według WHO, w 2006 r. w krajach subsaharyjskich Afryki udział funduszy rządowych stanowił 46 proc. wydatków na opiekę medyczną, prywatny sektor pokrywał 54 proc., a fundusze zewnętrzne stanowiły około 17 proc. (w sumie jest 117 proc.). Niestety, większość pieniędzy pochłaniają wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia, stanowiące nawet do 60 proc. kosztów. Niewiele więc pozostaje na zakup sprzętu medycznego, farmaceutyków czy zabiegi.

Z powodu kryzysu sytuacja tych krajów jeszcze się pogorszyła. Spadły dochody związane z turystyką ze sprzedaży ropy naftowej, zaś waluty afrykańskie straciły na wartości, co doprowadziło do wzrostu cen leków importowanych i zmniejszyło ich dostępność. Pogorszyła się ponadto możliwość korzystania z podstawowej opieki medycznej.

Wiele krajów Afryki nadal liczy na pomoc w przemianach własnych systemów opieki medycznej, w tym wsparcia finansowego w pewnych dziedzinach medycyny i zakupie leków.

Problem w przyszłości

Kryzysy pojawiają się cyklicznie i mają mniejszy bądź większy wpływ na finansowanie ochrony zdrowia. Problem ten dotyczy większości krajów, które muszą sobie radzić z takimi trudnościami, zapewniając obywatelom odpowiednią opiekę medyczną. Ważne jest przygotowanie się na taką sytuację przez tworzenie rezerw finansowych i odpowiednich przepisów ułatwiających pracę w szczególnych warunkach. System ochrony zdrowia powinien dostosowywać się do potrzeb, a kryzys powinien w jak najmniejszym stopniu dotyczyć bezpośrednio pacjenta. Należy się skupić na szukaniu oszczędności w ograniczaniu kosztów administracyjnych. Trzeba mieć nadzieję, iż następne trudności gospodarcze w mniejszym stopniu odbiją się na procedurach i usługach medycznych w naszym kraju.

Biorąc pod uwagę większość krajów, i to nie tylko europejskich, najważniejszym problemem pozostaje niski odsetek wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w porównaniu z PKB.

Anna Tyszka