

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 346

Finanse publiczne

Redaktorzy naukowi

Jerzy Sokołowski

Michał Sosnowski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2014

Redakcja wydawnicza: Barbara Majewska
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: K. Halina Kocur
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2014

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-477-6

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:
EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	9
Agnieszka Deresz, Marian Podstawka: Tendencje zmian dochodów budżetu państwa w latach 2000-2012	11
Joanna Działo: Ewolucja ilościowych reguł fiskalnych w Unii Europejskiej w okresie kryzysu gospodarczego	25
Romana Głowicka-Wołoszyn, Feliks Wysocki: Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne samodzielności finansowej gmin województwa wielkopolskiego	34
Mateusz Halka: Poprawa efektywności zamówień publicznych a sektor MSP	45
Tomasz Holeccki, Magdalena Syrkiewicz-Światała, Karolina Sobczyk, Katarzyna Lar, Michał Wróblewski: Współpraca samorządu terytorialnego z podmiotami ekonomii społecznej w obszarze ochrony zdrowia	53
Małgorzata M. Hybka: Transfery i finansowe instrumenty hybrydowe – komponenty agresywnej strategii podatkowej?.....	62
Agnieszka Jachowicz: Project realization in local self-government units after accession to the European Union	73
Aleksandra Jurkowska: Czynniki determinujące wycenę kontraktów CDS wystawianych na dług rządowy na świecie i w Polsce	81
Dorota Kawiorska: Kryzys zadłużenia jako stymulator reform w systemach ochrony zdrowia państw członkowskich Unii Europejskiej.....	92
Elwira Leśna-Wierszołowicz: Rozwój rynku pracowniczych programów emerytalnych w Polsce	103
Danuta Mierzwa, Magdalena Matkowska: Transmisja negatywnych zjawisk kryzysu finansowego na gospodarkę Polski.....	113
Danuta Miłaszewicz: Dążenie do stabilności fiskalnej na przykładzie polskiej gospodarki	124
Magdalena Miszczuk: Makroekonomiczne uwarunkowania sytuacji finansowej gmin.....	133
Katarzyna Owsiak: Problem efektywności wydatków jednostek samorządu terytorialnego.....	142
Monika Pasternak-Malicka: Sytuacja na rynku pracy młodych osób i jej wpływ na podejmowanie pracy nielegalnej.....	151
Paweł Piątkowski: Wybrane konsekwencje kryzysu zadłużeniowego w Unii Europejskiej w obszarze długu publicznego.....	166

Elwira Pindyk: Podatek od nieruchomości jako źródło dochodów a rozwój gminy	181
Wojciech Piontek: Opłata za gospodarowanie odpadami komunalnymi. Zagadnienia teoretyczne i prawne	192
Adriana Politaj: Wpływ pomocy publicznej na sytuację na rynku pracy w krajach Unii Europejskiej	204
Halina Rechul: Część oświatowa subwencji ogólnej jako podstawowe źródło finansowania wydatków na oświatę jednostek samorządu terytorialnego w Polsce	215
Magdalena Rękas: Tax instruments as an element of pro-family policy in France and in Poland	224
Alicja Sekuła: Analiza dochodów z udziału we wpływach z podatku dochodowego od osób fizycznych w gminach województwa pomorskiego	235
Przemysław Siudak: Rola specjalnych stref ekonomicznych w przyciąganiu bezpośrednich inwestycji zagranicznych na teren Polski	246
Michał Sosnowski: Sprawność fiskalna podatków pośrednich	257
Joanna Spychała: Zadłużenie publiczne i wzrost gospodarczy w unii gospodarczej i walutowej w latach 2006-2013	270
Marcin Spychała: Zmiany w strukturze pomocy publicznej udzielanej przedsiębiorstwom po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej	279
Edyta Sygut: Podatki i opłaty lokalne jako źródła dochodów gmin na przykładzie województwa śląskiego	289
Maciej Szczepkowski: Zasadność opodatkowania majątku	299
Tomasz Śmietanka: Budżet gmin Grójec, Koźienice, Szydłowiec w latach 2003-2012 jako instrument równoważenia rozwoju lokalnego	312
Radosław Witczak: Ocena nieprawidłowości w zastosowaniu metod szacowania podstawy opodatkowania dochodu w świetle orzeczeń NSA w 2013 r.	327
Iwona Wojciechowska-Toruńska: Fiscal discipline in a Muslim country – a case of Turkey	337
Dorota Wyszowska, Marzanna Poniatowicz: Wpływ systemu wyrównywania dochodów na możliwości inwestycyjne gmin w Polsce	347
Adam Wyszowski: Preferencje podatkowe jako funkcja obciążeń podatkowych	359
Jolanta Zawora: Sytuacja dochodowa samorządów gminnych w Polsce	368
Arkadiusz Żabiński: Znaczenie ulg podatkowych w procesie zwiększania wydatków badawczo-rozwojowych przedsiębiorstw	377

Summaries

Agnieszka Deresz, Marian Podstawka: Changes in the government budget revenues in 2000-2012	24
---	----

Joanna Działo: Evolution of numerical fiscal rules in the European Union in the period of economic crisis.....	33
Romana Głowicka-Woloszyn, Feliks Wysocki: Socio-economic background of financial self-sufficiency of Greater Poland communes	44
Mateusz Halka: Improving the efficiency of public procurement and SME sector.....	52
Tomasz Holeccki, Magdalena Syrkiewicz-Światała, Karolina Sobczyk, Katarzyna Lar, Michał Wróblewski: Cooperation of local government with social economy entities in the area of healthcare	61
Malgorzata M. Hybka: Hybrid transfers and financial instruments – aggressive tax strategy components?	72
Agnieszka Jachowicz: Realizacja projektów inwestycyjnych przez jednostki samorządu terytorialnego po akcesji do Unii Europejskiej	80
Aleksandra Jurkowska: The determinants of the sovereign CDS pricing on the global market and in Poland	91
Dorota Kawiorska: The financial crisis as a stimulator of reforms in the health systems of Member States of the European Union	102
Elwira Leśna-Wierszolicz: The development of employee pension programs market in Poland	112
Danuta Mierzwa, Magdalena Matkowska: Transmission of negative phenomena of financial crisis on the Polish economy.....	123
Danuta Miłaszewicz: Pursuing fiscal sustainability on the example of the Polish economy.....	132
Magdalena Miszczuk: Macroeconomic conditions of the financial situation of local governments.....	141
Katarzyna Owsiak: Problem of the effectiveness of expenditure of local governments.....	150
Monika Pasternak-Malicka: The impact of the labor market on young people and their willingness to take up illegal employment.....	165
Paweł Piątkowski: Selected consequences of debt crisis in the European Union in the area of public debt	180
Elwira Pindyk: Property tax as a source of income vs. municipality development	191
Wojciech Piontek: The fee for municipal waste management. Theoretical and legal issues	203
Adriana Politaj: State aid for employment vs. a situation on the labour market in the European Union	214
Halina Rechul: The educational component of the general subsidy as the main source of financial funding that local government units have for educational expenditures	223
Magdalena Rekas: Instrumenty podatkowe jako element polityki rodzinnej we Francji i Polsce.....	234

Alicja Sekuła: Analysis of revenue from shares in the personal income tax in the municipalities of Pomeranian Voivodeship.....	245
Przemysław Siudak: The role of special economic zones in attracting direct foreign investments to Poland	256
Michał Sosnowski: Fiscal efficiency of indirect taxes	269
Joanna Spychała: Public debt and economic growth in the Economic and Monetary Union in the period 2006-2013	278
Marcin Spychała: Changes in the structure of state aid after Poland's accession to the European Union	288
Edyta Sygut: Local taxes and fees as a source of revenue of communes on the example of the Silesian Voivodeship	298
Maciej Szczepkowski: Legitimacy of property taxation	311
Tomasz Śmietanka: The budget of Koźienice, Grojec, Szydłowiec communes in the years 2003-2012 as an instrument of sustainable development on the local level.....	326
Radosław Witczak: Evaluation of the incorrectness of estimating of tax base in income taxes in the verdicts of Supreme Administrative Court in 2013	336
Iwona Wojciechowska-Toruńska: Dyscyplina fiskalna w kraju muzułmańskim – przykład Turcji	346
Dorota Wyszowska, Marianna Poniawicz: System of revenue equalization and investment possibilities of communities in Poland	358
Adam Wyszowski: Tax expenditures as a function of burdens of taxation... ..	367
Jolanta Zawora: The income situation of local governments in Poland.....	376
Arkadiusz Żabiński: The importance of tax concessions in the process of increasing the research-development expenditure-in enterprises	389

Dorota Kawiorska

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Dorota.kawiorska@uek.krakow.pl

KRYZYS ZADŁUŻENIA JAKO STYMULATOR REFORM W SYSTEMACH OCHRONY ZDROWIA PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ

Streszczenie: Celem artykułu jest wykazanie, że zmieniające się uwarunkowania ekonomiczne, a zwłaszcza trwający od 2008 roku kryzys finansowy i będący jego następstwem kryzys zadłużenia, stanowiły bezpośredni bodziec do podejmowania przez państwa członkowskie UE przedsięwzięć reformatorskich w sektorze ochrony zdrowia. Choć cechą wspólną tych przedsięwzięć było dążenie do pogodzenia moralnego imperatywu utrzymania zasady solidaryzmu oraz społecznego charakteru świadczeń zdrowotnych z fiskalnym imperatywem ograniczenia wydatków publicznych i kontroli kosztów, to w praktyce dla większości państw członkowskich fiskalny imperatyw stał się celem nadrzędnym wobec innych celów systemu ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: kryzys zadłużenia, reformy systemów ochrony zdrowia, Unia Europejska.

DOI: 10.15611/pn.2014.346.09

1. Wstęp

Istniejące w państwach członkowskich Unii Europejskiej (UE) systemy ochrony zdrowia są rezultatem przyjętej i prowadzonej przez te państwa polityki zdrowotnej, rozumianej jako ogół działań i środków służących ochronie i poprawie zdrowia ludzkiego¹. Słusznie przyjmuje się, że polityka zdrowotna „przesądza o celach i charakterze tego systemu, o sprawności i kosztach jego funkcjonowania, o jego efektywności” [Holly, Lwiński 2004, s. 7]. Zmieniające się uwarunkowania ekonomiczne, a zwłaszcza trwający od 2008 roku kryzys finansowy i będący jego następstwem kryzys zadłużenia, sprawiły, że dylemat, jak i gdzie alokować coraz bardziej ograniczone środki publiczne oraz co zrobić, aby finansowane w ramach tych środ-

¹ Szerzej na temat wartości i zasad postępowania wspólnych dla unijnych systemów ochrony zdrowia zob. [Council Conclusion 22.06.2006].

ków usługi były bardziej efektywne, stał się nie lada wyzwaniem dla decydentów w większości państw UE, zarówno w tych, w których świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane ze środków gromadzonych w ramach systemu podatkowego, jak i tych, w których świadczenia te pokrywane są ze środków generowanych przez rynek pracy w ramach systemu ubezpieczeń społecznych².

Celem pracy jest wykazanie, iż kryzys finansowy, a w konsekwencji ujawniony przez niego kryzys zadłużenia, stymulował działania reformatorskie podejmowane przez państwa członkowskie w sektorze ochrony zdrowia. Zgodnie z tak przyjętym celem pracy przedstawiona zostanie, po pierwsze, analiza porównawcza wielkości i tempa wzrostu wydatków państw członkowskich UE na ochronę zdrowia w latach 2000-2010³ w kontekście kryzysu zadłużenia występującego w tych państwach w 2010 roku, po drugie, skala i zakres podejmowanych przez państwa członkowskie reform w sektorze ochrony zdrowia. Przyjęty w analizie okres badawczy wynika z dostępności danych dotyczących wydatków na ochronę zdrowia, klasyfikowanych wg Systemu Rachunków Zdrowia⁴ i ujętych w bazach danych Eurostatu, OECD i WHO. Analiza działań reformatorskich podejmowanych przez państwa członkowskie w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzona została w oparciu o materiały źródłowe, m.in. Narodowe Programy Reform udostępniane w ramach procedury Europejskiego Semestru.

2. Analiza wydatków na ochronę zdrowia w państwach członkowskich UE w kontekście kryzysu zadłużenia

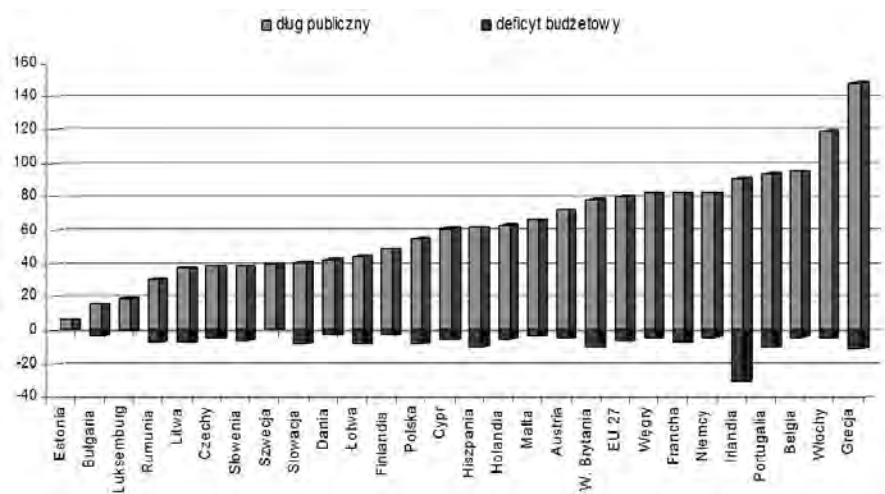
Kryzys finansowy i będący jego następstwem kryzys gospodarczy doprowadziły do gwałtownego pogorszenia się wskaźników fiskalnych we wszystkich państwach UE. W 2010 roku w większości państw członkowskich deficyt budżetowy (w 23 krajach) oraz dług publiczny (w 15 krajach) przekraczały limity wyznaczone w ramach fiskalnych kryteriów z Maastricht, odpowiednio -3% i 60% PKB (rys. 1). Wśród państw członkowskich, w których powyższe kryteria zostały przekroczone, są kraje z deficytem budżetowym przekroczonym ponad trzykrotnie (Wielka Brytania -10,1%, Grecja -10,8%, Portugalia -9,9%, oraz Hiszpania -9,6%) oraz kraje, w których ponad dwukrotnie został przekroczony dług publiczny (Grecja 148,3% i Włochy 119,3%). Najwyższy deficyt budżetowy odnotowano w Irlandii (-30,6%), natomiast najniższy w Luksemburgu (-0,8%). Równowagę, a nawet nieznaczną nadwyżkę budżetową osiągnęły Szwecja i Estonia (0,2%). Średnio dla UE-27 deficyt budżetowy szacowany był na poziomie -6,5% PKB, natomiast dług publiczny na poziomie 80% PKB. Konsekwencją kryzysu zadłużenia występującego w większo-

² Szerzej na temat europejskich systemów ochrony zdrowia i ich typologii zob. [Włodarczyk 1996, s. 315; OECD, 2004, s. 22].

³ Dla Grecji, Luksemburga i Łotwy dane dostępne za okres 2000-2009.

⁴ Szerzej na temat metodologii systemu rachunków zdrowia zob. [OECD 2000; OECD 2011].

szości państw członkowskich były działania na rzecz konsolidacji fiskalnej, obejmujące także wydatki publiczne na ochronę zdrowia oraz programy oszczędnościowe, w tym te realizowane w ramach szeroko zakrojonych reform strukturalnych w sektorze ochrony zdrowia⁵.



Rys. 1. Deficyt budżetowy i dług publiczny państw członkowskich UE (% PKB, 2010 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych Eurostatu.

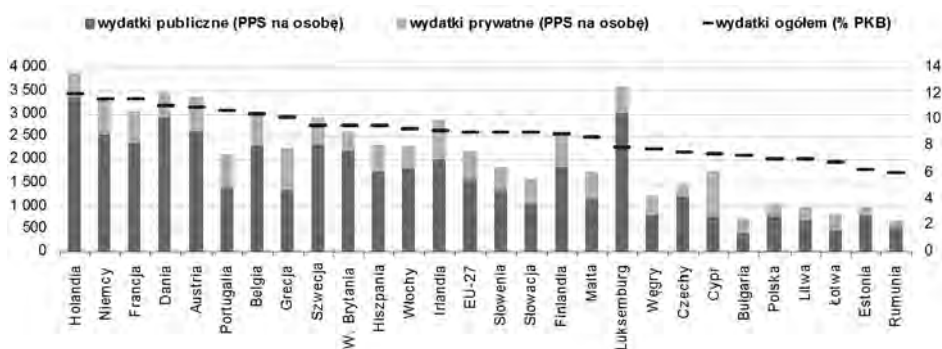
W 2010 roku szacowany udział sektora ochrony zdrowia w PKB, mierzony wielkością wydatków ogółem (łącznie publiczne i prywatne) na ochronę zdrowia w państwach członkowskich, wynosił średnio dla UE-27 prawie 9%, z czego na wydatki publiczne przypadało 6,5% PKB (rys. 2). Z kolei, przyjmując jako miarę wielkości wydatków na ochronę zdrowia ich poziom liczony według parytetu siły nabywczej, wydatki ogółem dla UE-27 wynosiły średnio 2171 euro/na osobę, w tym wydatki publiczne 1576 euro/na osobę. Oznacza to, że wydatki publiczne na ochronę zdrowia w państwach członkowskich (UE-27) stanowiły średnio ponad 2/3 wydatków ogółem.

Porównując wielkości wydatków państw członkowskich na ochronę zdrowia, trudno nie zauważyć ich dużego zróżnicowania⁶. Z jednej strony kraje, takie jak Ho-

⁵ Szerzej na temat konstrukcji i zmian dotyczących wskaźnika długu publicznego w krajach Unii Europejskiej zob. [Marchewka-Bartkowiak 2010].

⁶ Wśród przyczyn tak istotnego zróżnicowania poziomu wydatków na ochronę zdrowia pomiędzy państwami członkowskimi należy wskazać szereg czynników mających wpływ zarówno na popyt na dobra i usługi zdrowotne (m.in. zamożność społeczeństw, wielkość i struktura wiekowa populacji, poziom zdrowotności czy dostęp do świadczeń medycznych), jak i na ich podaż (m.in. rozwiązania systemowe w zakresie organizacji i świadczenia dóbr i usług zdrowotnych, zasoby ludzkie i kapitałowe czy postęp techniczny). Z kolei różnice dotyczące relacji wielkości publicznych i prywatnych wydatków

landia, Dania, Francja i Niemcy, przeznaczały na ochronę zdrowia ok. 11-12% PKB, z drugiej, takie jak Rumunia, Estonia czy Łotwa – nie więcej niż 7% PKB. To zróżnicowanie jest jeszcze bardziej widoczne, jeśli porównamy wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca, mierzone wg parytetu siły nabywczej. Do grupy państw wydających na ochronę zdrowia w 2010 roku najwięcej, tj. średnio ponad 3 tys. euro na osobę, należały: Holandia (3890 euro), Luksemburg (3607 euro), Dania (3439 euro), Austria (3383 euro), Niemcy (3337 euro), Francja (3058 euro) oraz Belgia (3052 euro). Wydatki tych państw w porównaniu z wydatkami np. Estonii (995 euro), Litwy (972 euro), Łotwy (821 euro), Bułgarii (745 euro) czy Rumunii (677 euro) wykazują trzy- lub nawet pięciokrotną różnicę w ich poziomie.



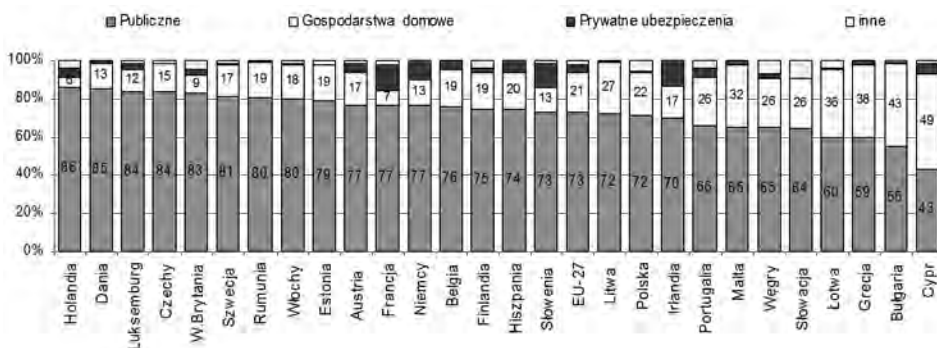
Rys. 2. Wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia w państwach członkowskich UE (w przeliczeniu na osobę, wg parytetu siły nabywczej oraz jako % PKB, 2010 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, OECD i WHO.

Analizując strukturę finansowania ochrony zdrowia w 2010 roku w państwach członkowskich, z wyjątkiem Cypru, widzimy, że dobra i usługi zdrowotne finansowane były w przeważającej części ze źródeł publicznych (tj. ubezpieczeń społecznych lub podatków), przy czym w niektórych państwach wydatki publiczne stanowiły co najmniej 80% wydatków ogółem (Holandia 86%, Dania 85%, Luksemburg i Czechy 84%, Wielka Brytania 83%, Szwecja 81%, Rumunia i Włochy 80%), podczas gdy w innych ich udział nie przekraczał poziomu 60% wydatków ogółem (Grecja 59%, Bułgaria 55%, Cypr 43%). W ramach prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia największy udział miały wydatki gospodarstw domowych, stanowiące średnio 21% dla UE-27. Wielkość wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia jest często wykorzystywana jako wskaźnik finansowych obciążeń budżetów gospodarstw domowych, a tym samym jako jedna z miar dostępu do

na ochronę zdrowia oraz ich struktury wynikają z przyjętych w danym kraju rozwiązań systemowych w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych, a także specyficznych dla danego kraju mechanizmów płatności za te dobra i usługi.

świadczeń zdrowotnych. Z rysunku 3 wynika, że w 2010 roku z tytułu wydatków na ochronę zdrowia najbardziej obciążone były gospodarstwa domowe na Cyprze (49%), w Bułgarii (43%), w Grecji (38%) i na Łotwie (36%), natomiast najmniej w Holandii (5,6%) i we Francji (7,2%).



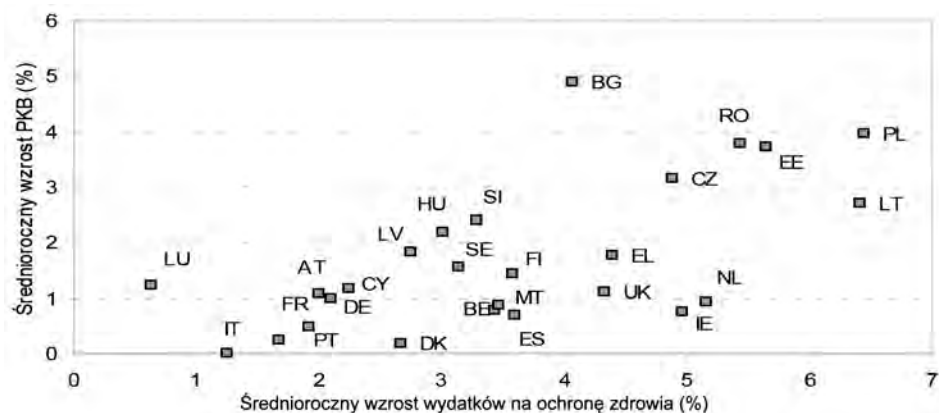
Rys. 3. Struktura wydatków na ochronę zdrowia wg podstawowych źródeł ich finansowania w państwach członkowskich UE (2010 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, OECD i WHO.

Poza gospodarstwami domowymi ochrona zdrowia finansowana była również w ramach systemów prywatnych ubezpieczeń, niemniej ich udział w większości państw członkowskich był stosunkowo niewielki i wynosił, z wyjątkiem Słowenii (13,6%) i Francji (14,2%), kilka procent. Natomiast wydatki ponoszone przez pozostałych płatników świadczeń zdrowotnych, takich jak organizacje non profit, przedsiębiorstwa czy podmioty zagraniczne, nie przekraczały łącznie kilku procent wydatków ogółem.

W latach 2000-2010 tempo wzrostu realnych wydatków na ochronę zdrowia przekraczało ponad dwukrotnie tempo wzrostu PKB. Z rysunku 4 wynika, że przeciętny, roczny wzrost realnych wydatków na ochronę zdrowia na osobę w państwach członkowskich UE szacowany był na ok. 3,8%, podczas gdy PKB wzrastał przeciętnie w tempie 1,8% rocznie. Największe różnice pomiędzy tempem wzrostu wydatków na ochronę zdrowia a tempem wzrostu PKB występowały w takich krajach, jak: Dania (odpowiednio 2,7% i 0,2%), Irlandia (5% i 0,7%) czy Holandia (5,2% i 0,9%). Z kolei najmniejsze różnice, przy równoczesnym wysokim tempie wzrostu wydatków na ochronę zdrowia i PKB, odnotowano m.in. w Polsce (odpowiednio 6,4% i 4%), Rumunii (5,3% i 3,8%) i Estonii (5,6% i 3,7%). Jedynie w kilku krajach (Bułgaria, Islandia, Luksemburg) przeciętny wzrost wydatków na ochronę zdrowia był niższy od tempu wzrostu PKB.

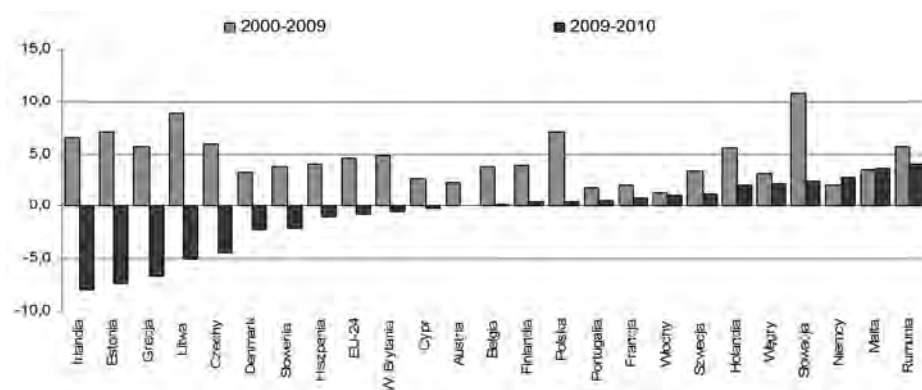
Począwszy od 2010 roku, widoczne jest stopniowe odwracanie tendencji stałego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, charakterystycznej dla lat wcześniejszych.



Rys. 4. Przeciętny, roczny wzrost realnych wydatków na ochronę zdrowia i PKB w państwach członkowskich UE w latach 2000-2010 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, OECD i WHO.

Spadki wydatków na ten cel w pierwszej kolejności odnotowano w tych krajach, które najbardziej odczuły skutki kryzysu ekonomicznego (np. Estonia, Irlandia, Grecja, Litwa), natomiast obniżenie tempa wzrostu realnych wydatków na ochronę zdrowia w latach 2009-2010 obserwowane jest, choć w różnym stopniu, w większości krajów UE w (rys. 5).



Rys. 5. Przeciętny, roczny wzrost realnych wydatków na ochronę zdrowia w państwach członkowskich UE w latach 2000-2009 oraz 2009-2010 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, OECD i WHO.

Powodem tej sytuacji był nie tylko kryzys finansowy, ale także będący jego następstwem kryzys gospodarczy. Charakterystyczne w tej sytuacji spadek globalne-

go popytu, obniżenie wielkości produkcji oraz wzrost bezrobocia spowodowały, że wielkość dostępnych dla sektora ochrony zdrowia zasobów finansowych, zarówno publicznych, jak i prywatnych, uległa zmniejszeniu. Było to rezultatem nie tylko obniżonej aktywności ekonomicznej, niższych dochodów budżetów, ale także wprowadzanych w państwach członkowskich oszczędności, wynikających z konieczności ograniczania nadmiernych deficytów budżetowych i rosnącego zadłużenia publicznego. Odpowiedzią państw członkowskich na zaistniały kryzys zadłużenia i jego skutki były podejmowane przez nie działania reformatorskie w ich systemach ochrony zdrowia.

3. Reformy systemów ochrony zdrowia w warunkach kryzysu zadłużenia

Dla większości krajów EU polityka zdrowotna prowadzona w warunkach kryzysu zadłużenia oznaczała z jednej strony wzmoczoną kontrolę lub konieczność ograniczenia wydatków publicznych, a z drugiej potrzebę zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych wraz z utrzymaniem ich odpowiedniej jakości. Służące temu zróżnicowane, zarówno co do skali, jak i zakresu, działania państw członkowskich koordynowane były przez instytucje UE. W odpowiedzi na kryzys finansowy Unia podjęła szereg dodatkowych działań odnoszących się do szeroko rozumianego zarządzania gospodarczego, które w sposób bezpośredni lub pośredni wpływały na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia w państwach członkowskich. Pośród nich są działania o charakterze krótkookresowym, ukierunkowane na ustabilizowanie sytuacji gospodarczej i pomoc państwom najbardziej dotkniętym skutkami kryzysu⁷, jak i te o charakterze długookresowym, służące wzmocnieniu procesu monitorowania i koordynacji polityk gospodarczych państw członkowskich⁸.

Przegląd materiałów źródłowych⁹ pozwala na wskazanie trzech głównych kierunków przedsięwzięć reformatorskich w państwach członkowskich służących: wzmocnieniu kontroli kosztów świadczeń zdrowotnych (pkt 3.1), wprowadzeniu zmian o charakterze strukturalnym w systemach ochrony zdrowia (pkt 3.2) oraz poprawie dostępu do świadczeń zdrowotnych i wzmocnieniu pozycji pacjenta w systemie (pkt 3.3).

⁷ Przykładem są ekonomiczne programy dostosowawcze dla Grecji, Irlandii, Portugalii i Cypru. Ich przedmiotem są rygorystyczne programy oszczędnościowo-naprawcze odnoszące się do różnych obszarów działalności społeczno-ekonomicznej, w tym sektora ochrony zdrowia. Zob. szerzej http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/index_en.htm (27.02.2014).

⁸ Przykładem jest procedura Europejskiego Semestru, która służy wzmocnieniu dyscypliny finansów publicznych w państwach członkowskich oraz wsparciu krajowych przedsięwzięć objętych celami strategii Europa 2020.

⁹ Narodowe programy reform państw członkowskich oraz specyficzne dla danego państwa rekomendacje Komisji Europejskiej publikowane w ramach procedury Europejskiego Semestru zob. <http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations> oraz [*Social Europe* 2013].

3.1. Reformy służące wzmocnieniu kontroli kosztów świadczeń zdrowotnych

Inicjatywy zmierzające do wzmocnienia kontroli kosztów świadczeń zdrowotnych przyczynić się miały do zmniejszenia tych kosztów i jednocześnie powstrzymania ich szybkiego tempa wzrostu. Inicjatywy te przyjmowane były przede wszystkim w krajach o trudnej sytuacji ekonomicznej, dla których osiągnięcie wyznaczonych celów budżetowych oznaczało konieczność wprowadzenia ograniczeń w wydatkach publicznych. Przyjęte w realizacji tego celu rozwiązania obejmowały z jednej strony działania polegające na wzmocnieniu kontroli wydatków na leki i inne dobra medyczne, a z drugiej na zwiększeniu obciążeń finansowych po stronie pacjenta.

Na ograniczenie wydatków na leki poprzez wprowadzenie przepisów wymuszających zastępowanie oryginalnych jednostek terapeutycznych tańszymi lekami generycznymi zdecydowały się Austria, Belgia, Czechy, Hiszpania, Grecja, Francja, Węgry, Portugalia, Słowacja i Słowenia. Z kolei decyzje zmierzające do ograniczenia kosztów poprzez wprowadzenie centralizacji systemów zaopatrzenia w leki i dobra medyczne, umożliwiającej negocjowanie niższych stawek z firmami farmaceutycznymi, podjęte zostały w takich krajach, jak: Grecja, Hiszpania, Węgry i Słowacja.

Natomiast zwiększeniu obciążeń finansowych po stronie pacjenta służyły zmiany polegające na wprowadzeniu lub podwyższeniu poziomu współpłacenia pacjentów za świadczenia medyczne i/lub obniżeniu poziomu refundacji wydatków pacjentów, zawiązanych z korzystaniem z tych świadczeń. Zmiany te wprowadziły: Hiszpania, Francja, Holandia, Portugalia, Słowacja.

3.2. Reformy o charakterze strukturalnym

Dla niektórych państw członkowskich konieczność wdrożenia reform o charakterze strukturalnym w sektorze ochrony zdrowia była warunkiem uzyskania antykryzysowych pakietów pomocowych (Grecja, Portugalia, Irlandia, Cypr). Dla innych kryzys zadłużenia stał się niejako okazją do przeprowadzenia niezbędnych reform zapewniających długookresową stabilność finansową systemu i jego efektywność. Przyjęte w realizacji tego celu rozwiązania obejmowały z jednej strony działania ukierunkowane na podniesienie skuteczności zarządzania na poziomie systemu jako całości, a z drugiej zmiany dotyczące dostarczania i finansowania świadczeń z zakresu ochrony zdrowia.

Reformy strukturalne skierowane na poprawę skuteczności zarządzania systemem jako całością, niezależnie od różnych przyczyn uzasadniających ich przeprowadzenie, objęły działania zmierzające do centralizacji form zarządzania i procedur dostarczania świadczeń zdrowotnych. W Grecji dokonano konsolidacji funduszy ubezpieczeń zdrowotnych w ramach jednej instytucji, tj. Państwowej Organizacji Świadczeniodawców Usług Zdrowotnych. Wynikało to m.in. z konieczności realizacji zaleceń programu dostosowawczego. W Belgii, Danii i Szwecji utworzone zosta-

ły centralne instytucje w obszarze ochrony zdrowia w celu usprawnienia konsultacji oraz wymiany dobrych praktyk pomiędzy regionami. W Finlandii zdecydowano się na zmniejszenie liczby lokalnych samorządów, a tym samym stworzenie większych, ekonomicznie stabilniejszych organizacji, zdolnych do dostarczania i finansowania świadczeń socjalnych, w tym tych z zakresu ochrony zdrowia.

Reformy strukturalne odnoszące się do dostarczania i finansowania świadczeń zdrowotnych przeprowadzone zostały w większości państw członkowskich. Obejmowały one zróżnicowane działania, począwszy od reorganizacji funkcjonowania szpitali, polegającej m.in. na wdrażaniu systemów IT, elektronicznych rekordów medycznych, wewnętrznej kontroli i audytu (Litwa, Grecja, Portugalia) czy zawieraniu zewnętrznych kontraktów na zarządzanie szpitalami (Czechy, Portugalia, Bułgaria, Malta), przez zmiany w sposobie rozliczania usług w opiece stacjonarnej (Czechy, Grecja, Słowacja, Cypr), uszczelnienie systemu ubezpieczeń społecznych (Hiszpania), ograniczenie wykluczeń z tytułu zabezpieczenia socjalnego czy zwiększenie podatków na artykuły uznane za szkodliwe dla zdrowia (Francja) aż po działania zmierzające do wprowadzenia narodowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (Cypr), stanowiące *de facto* zmianę o charakterze systemowym.

3.3. Reformy służące poprawie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz wzmocnieniu ich pozycji w systemie

Działania na rzecz poprawy i sprawiedliwego dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz wzmocnienia roli pacjenta w systemie znajdują swoje odzwierciedlenie w politykach zdrowotnych wielu państw członkowskich. Przykładem podjętych działań na rzecz poprawy i sprawiedliwego dostępu do świadczeń zdrowotnych były: wprowadzone ułatwienia w dostępie i korzystaniu z państwowej pomocy medycznej dla obcokrajowców o nieuregulowanym statusie (Hiszpania), zniesienie obowiązku współpłacenia przez osoby o niskich dochodach (Łotwa, Hiszpania) lub w stosunku do niektórych rodzajów świadczeń (Dania) czy wprowadzenie górnego limitu na rachunki za świadczenia zdrowotne (Belgia, Luksemburg).

Natomiast wzmocnieniu pozycji pacjenta służyły m.in.: wprowadzenie regulacji gwarantujących postawienie diagnozy medycznej w ciągu miesiąca (Dania), możliwość wyboru miejsca korzystania z usług zdrowotnych (Finlandia) czy uzyskania informacji na temat realizowanych przez określone placówki medyczne usług zdrowotnych, ich jakości i rezultatów (Szwecja). Ponadto w wielu państwach podjęto kroki zmierzające do zmniejszenia czasu oczekiwania pacjentów na określone świadczenia przez wyznaczanie górnych limitów oczekiwania (Dania), tworzenie krajowych list oczekujących (Polska, Włochy) czy wprowadzenie finansowych instrumentów motywujących samorzady do sprawnego zarządzania listami oczekujących pacjentów (Szwecja).

4. Zakończenie

Wysoki udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w budżetach państw członkowskich oraz wysokie tempo wzrostu tych wydatków z jednej strony, a z drugiej zachwianie równowagi finansów publicznych sprawiły, że kwestie finansowania ochrony zdrowia stały się przedmiotem szczególnego zainteresowania decydentów zarówno na poziomie krajowym, jak i unijnym. To zainteresowanie skutkowało wdrażaniem reform oraz przedsięwzięć o charakterze naprawczym w sektorach ochrony zdrowia państw członkowskich.

Skala i zakres tych działań oraz motywy ich podjęcia uwarunkowane były i nadal są sytuacją ekonomiczną danego państwa, jak i dostosowane do specyficznych problemów występujących w sektorze ochrony zdrowia tego państwa. Z przeprowadzonej analizy wynika, że kryzys zadłużenia dla jednych państw stał się okazją do weryfikacji istniejących rozwiązań systemowych i w efekcie stworzył klimat do wdrażania przedsięwzięć reformatorskich, podczas gdy dla innych wdrożenie reform w sektorze ochrony zdrowia było warunkiem niezbędnym uzyskania pomocy finansowej. Choć cechą wspólną tych przedsięwzięć było dążenie do pogodzenia moralnego imperatywu utrzymania zasady solidaryzmu oraz społecznego charakteru świadczeń zdrowotnych z fiskalnym imperatywem ograniczenia wydatków i kontroli kosztów, to w praktyce dla większości państw członkowskich fiskalny imperatyw stał się celem nadrzędnym wobec innych celów systemu ochrony zdrowia.

Literatura

- Council Conclusion on Common Values and Principles in European Union Health Systems, DzUrz 2006/C146/01 z 22.06.2006.
- Ekonomiczne programy dostosowawcze: http://ec.europa.eu/economy_finance/assistance_eu_ms/index_en.htm (27.02.2014).
- Holly R., Lwiński A., 2004, *Słowo wstępne o potrzebie racjonalnej polityki zdrowotnej*, Polityka Zdrowotna t. I.
- Making it happen: the European Semester*, European Commission, <http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations> (5.03.2013).
- Marchewka-Bartkowiak K., 2010, *Problem długu publicznego w Unii Europejskiej ze szczególnym uwzględnieniem kryteriów z Maastricht*, Polityka Budżetowa, Studia Bas nr 3(23).
- Social Europe. Current challenges and the way forward, Annual Report of the Social Protection Committee (2012)*, 2013, European Commission, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- OECD, 2000, *A system of Health Accounts*, Paris.
- OECD, 2004, *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD Publishing.
- OECD, 2012, *Health At Glance: Europe 2012*, Paris.
- OECD, Eurostat, WHO, 2011, *A System of Health Accounts*, Paris.
- Włodarczyk W.C., 1996, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź – Kraków – Warszawa.

THE FINANCIAL CRISIS AS A STIMULATOR OF REFORMS IN THE HEALTH SYSTEMS OF MEMBER STATES OF THE EUROPEAN UNION

Summary: The purpose of this article is to show that the changing economic circumstances and, in particular, financial crisis from 2008 and its subsequent debt crisis was the direct impetus for reform measures taken by the Member States of the EU in the health sector. Although a common feature of these activities was striving to reconcile the moral imperative to maintain rules of solidarity, and the social nature of the health benefits with the fiscal imperative of reducing public spendings and cost control, in practice, for the most Member States, fiscal imperative has become a goal to other objectives of the health system.

Keywords: debt crisis, reform of the health systems, the European Union.