

Kazimierz Ryć, Zofia Skrzypczak

Ochrona zdrowia w warunkach turbulencji w gospodarce światowej

Problemy Zarządzania 11/1 (2), 9-23

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Ochrona zdrowia w warunkach turbulencji w gospodarce światowej

Nadesłany: 30.06.12 | Zaakceptowany do druku: 20.09.12

Kazimierz Ryc*
Zofia Skrzypczak**

Światowy kryzys gospodarczy wywarł również wpływ na stan finansów systemów ochrony zdrowia, mierzony poziomem i dynamiką zmian wydatków na zdrowie *per capita*, ich relacją do PKB i strukturą finansowania. Autorzy wykazali, że charakterystycznym zjawiskiem jest opóźnienie reakcji finansów systemów ochrony zdrowia na pogorszenie koniunktury gospodarczej krajów europejskich.

Opracowanie zaś kończą rozważania przewidywanych scenariuszy finansowania opieki medycznej w przyszłości.

Słowa kluczowe: finansowanie ochrony zdrowia, kryzys gospodarczy.

Health care financing in turbulent global economy

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.

Keywords: health care financing, economic crisis.

JEL: I15

* **Kazimierz Ryc** – prof. zw. dr hab., Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

** **Zofia Skrzypczak** – doc., dr, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.

Kryzys finansowy, który rozpoczął się w Stanach Zjednoczonych w latach 2007–2008, a następnie – jako kryzys gospodarczy – objął bezpośrednio lub pośrednio cały świat, przerwał kilkudziesięcioletnią fazę dynamicznego wzrostu gospodarki światowej, w tempie ok. 4% rocznie. Zgasił zarazem optymizm wielu ekonomistów głównego nurtu, co do możliwości dalszego bezkryzysowego rozwoju. Napięcia w gospodarce światowej, wynikające z nierównowagi finansowej, najbardziej widoczne w stosunkach handlowych oraz relacjach kapitałowych między Stanami Zjednoczonymi i Chinami, które istotnie przyczyniły się do kryzysu finansowego utrzymują się w dalszym ciągu.

Działania zaradcze podjęte przez rządy i banki centralne krajów dotkniętych kryzysem, a więc: ratowanie banków przed bankructwem, 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 publiczne. Wprawdzie udało się uniknąć katastrofy gospodarczej, na podobną jak w latach trzydziestych XX wieku skalę, lecz procesy destabilizujące gospodarkę światową nie ustają. Z występowaniem silnych turbulencji gospodarczych nadal trzeba się liczyć. Będą one miały także wpływ na kondycję sektora ochrony zdrowia poszczególnych krajów, na sytuację ludzi chorych, beneficjentów służby zdrowia, na finanse publiczne i na dochody dyspozycyjne gospodarstw domowych.

Konsekwencje wahań koniunktury i turbulencji gospodarczych dla sektora ochrony zdrowia rozpatrujemy w aspekcie wydatków na ochronę zdrowia ze źródeł publicznych i prywatnych oraz wpływu tych wydatków na popyt agregatowy w gospodarce. Uwzględniamy dane statystyczne z krajów OECD, głównie europejskich, oraz pewne hipotetyczne scenariusze dalszych losów finansowania ochrony zdrowia zarówno co do rozmiarów, jak i sposobów. Niestety dostępne obecnie dane statystyczne obejmują pierwszą fazę kryzysu, ale pozwalają już jednak na pewne konstatacje.

1. Stan wydatków na ochronę zdrowia

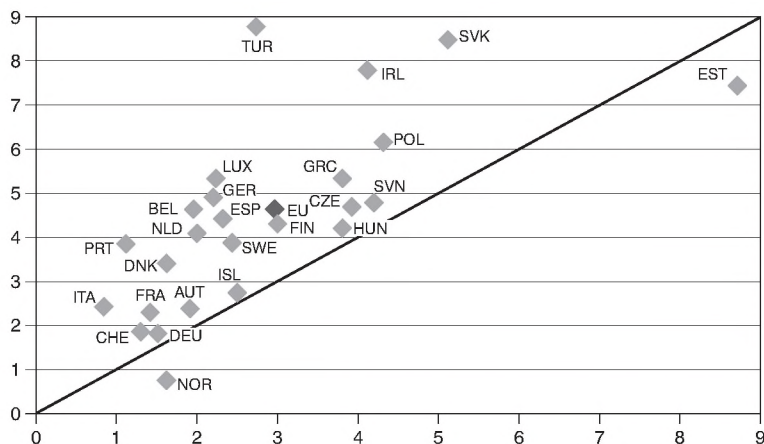
Jak należało się spodziewać, obecny kryzys gospodarczy przerwał długookresową tendencję wzrostu wydatków na ochronę zdrowia *per capita* w tempie wyprzedzającym tempo wzrostu PKB na 1 mieszkańca (rys. 1). Choć zawsze występowały różnice tempa wzrostu między krajami, to jednak w latach 1998–2008 można było obserwować taką samą tendencję zarówno w krajach zamożniejszych (Luksemburg, Holandia czy Niemcy), jak i w zaawansowanych w rozwoju (Hiszpania, Portugalia, Czechy czy Polska). Spośród europejskich krajów członkowskich OECD, jedynie w Norwegii i Estonii średnioroczna stopa wzrostu wydatków na zdrowie była w analizowanym okresie niższa od średniorocznej stopy wzrostu PKB (OECD, 2010).

O ile w okresie 2005–2009 w zdecydowanej większości europejskich krajów OECD wydatki na ochronę zdrowia *per capita* (wyrażone w USD, wg PPP)

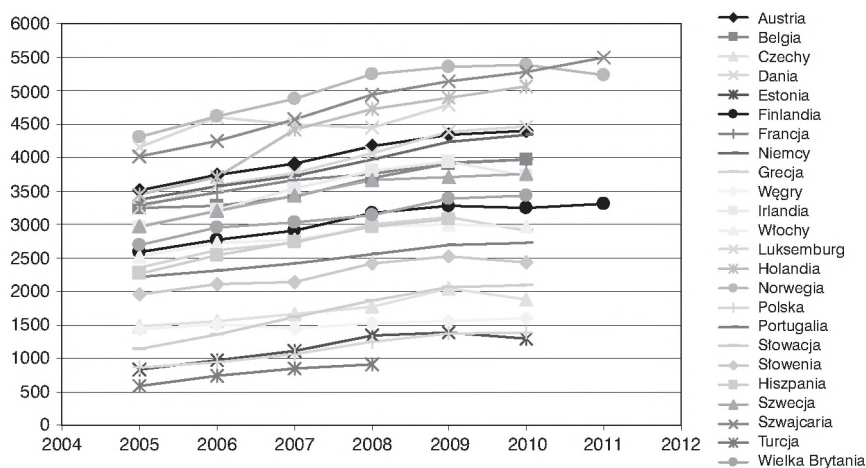
systematycznie rosły, to w latach 2009–2010 widać już ogólną tendencję przyhamowania tempa ich wzrostu (rys. 2). Warto zwrócić uwagę, że w 2010 roku w niektórych krajach zaznaczył się nawet spadek wydatków na zdrowie – stwierdzenie to dotyczy Grecji, Irlandii, Czech, Estonii, Finlandii, Włoch i Słowenii.

Jeszcze w 2009 roku wydatki na ochronę zdrowia, liczone jako procent PKB, wzrosły we wszystkich krajach w stosunku do 2008 roku – 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 i działań podtrzymujących popyt agregatowy wobec załamania gospodarczego. Ochrona zdrowia stała się więc niezamierzonym i pozornym „beneficjentem” kryzysu. Lecz już w roku 2010 relacja wydatków na ochronę zdrowia do PKB prawie we wszystkich europejskich krajach OECD (także w Polsce) była niższa niż w roku 2009 – w przypadku niektórych krajów były to znaczne spadki, np. w Irlandii i Estonii o 0,7 punktu procentowego.

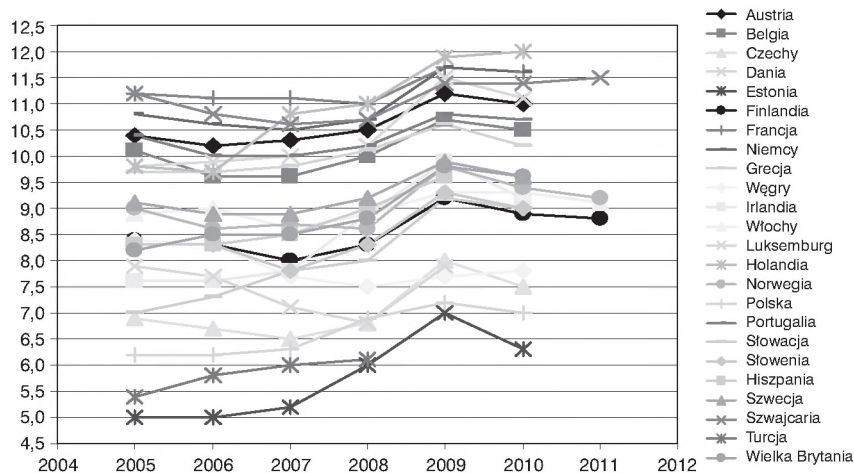
Pomimo wzrostu wydatków na zdrowie, średnioroczna stopa ich wzrostu spadała już – w przypadku części analizowanych krajów – począwszy od lat 2007–2008. Różnice w zmniejszaniu się rocznych przyrostów wydatków na ochronę zdrowia między krajami były bardzo duże (rys. 4). W kolejnych latach odnotowano dalszy, wyraźny spadek stopy wzrostu wydatków. Natomiast w latach 2009–2010 w kilku krajach odnotowano tendencję spadkową poziomu wydatków na zdrowie.



Rys. 1. Średnioroczna stopa wzrostu wydatków na zdrowie per capita i PKB na 1 mieszkańca w latach 1998–2008. Źródło: OECD. (2011). *Health at a Glance: Europe 2010*, wykres 4.2.2, s. 107. Pozyskano z: www.oecd.org.

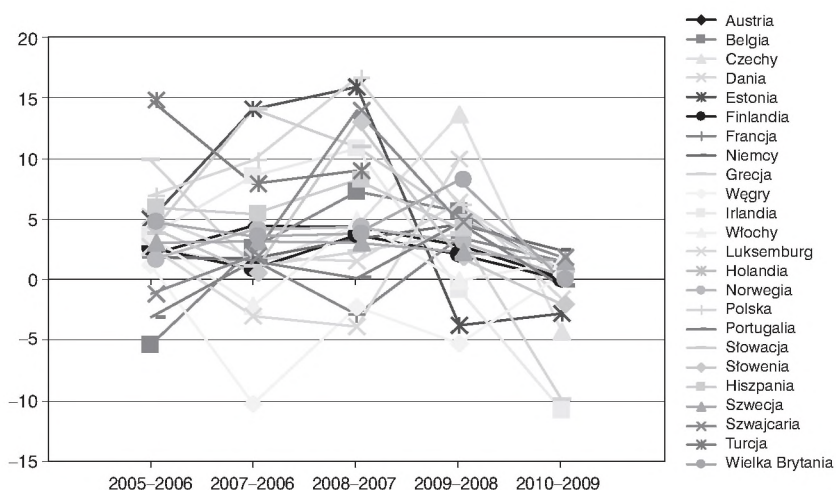


Rys. 2. Wydatki na ochronę zdrowia per capita (w USD, wg PPP). Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD. (2012). OECD Health Data 2012. Pozyskano z: www.oecd.org.



Rys. 3. Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB. Źródło: jak rys. 2.

W tab. 1 przedstawiono średnioroczną stopę wzrostu wydatków ogólnych na zdrowie i wydatków finansowanych ze źródeł publicznych w latach 2000–2009 oraz roczną stopę dla lat 2009–2010 i 2010–2011.



Rys. 4. Średnioroczna stopa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia (%). Źródło: jak rys. 2.

Kraje	Wydatki ogółem (%)			Wydatki publiczne (%)		
	2000-2009	2009-2010	2011-2010	2000-2009	2009-2010	2011-2010
Austria	4,4	1,1		4,6	0,5	
Belgia	4,6	3,0	0,7	4,7	3,1	-0,2
Czechy	6,2	-4,1		5,4	-4,3	
Dania	3,6	-1,7		3,8	-1,6	
Estonia	6,9	-7,3		6,6	-2,8	
Finlandia	4,3	0,9	1,5	4,9	0,0	1,9
Francja	2,7	1,3		2,4	1,5	
Grecja	6,1	-6,5		6,4	-9,9	
Hiszpania	5,6	0,0		5,9		
Holandia	6,0	2,5				
Irlandia	8,4	-7,6		7,9	-10,8	
Luksemburg	3,4	0,0		3,2		
Niemcy	2,0	2,6		1,6	2,4	
Norwegia	3,7	-0,8	2,4	4,0	0,3	2,6
Polska	7,0	0,6		7,3	0,7	
Portugalia	2,3	0,6		2,2	-0,5	
Słowacja	10,9	2,6		7,2	0,7	
Słowenia	4,2	-1,6		4,1	-2,0	

cd. tab. 1

Kraje	Wydatki ogółem (%)			Wydatki publiczne (%)		
	2000–2009	2009–2010	2011–2010	2000–2009	2009–2010	2011–2010
Szwecja	3,9	2,0		3,4	1,5	
Szwajcaria	2,9	2,4	2,9	4,8	1,9	
Turcja	7,1			9,1		
Węgry	2,9	2,0		2,1	0,5	
Wielka Brytania	5,4	0,2		6,1	0,0	
Włochy	1,9	1,5	-1,3	3,0	1,5	-2,0
OECD	4,7	0,0		4,8	-0,5	

Tab. 1. Średnioroczna stopa wzrostu wydatków na zdrowie ogółem i wydatków publicznych w latach 2000–2009, 2009–2010 i 2011–2010. Źródło: jak rys. 2.

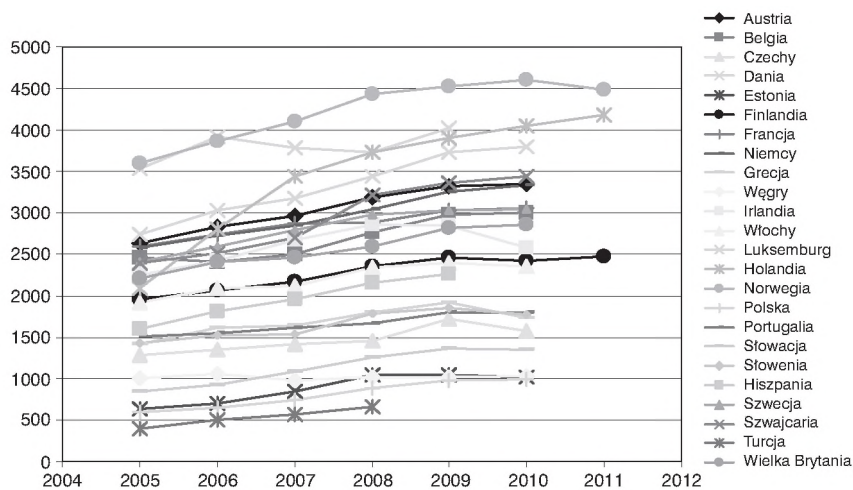
Nie mamy jeszcze wystarczająco pewnych danych o zmianie – w dobie kryzysu – struktury finansowania wydatków na zdrowie, nawet w przekroju dwóch głównych źródeł finansowania, tj. wydatków publicznych i prywatnych. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w krajach najbardziej zamożnych w zasadzie nie obniżyły się lub obniżyły minimalnie w badanej fazie kryzysu (tj. w roku 2010), z wyjątkiem Irlandii, a także mniej zamożnej Grecji. Kraje nowe w Unii Europejskiej: Czechy, Słowenia – odnotowały znaczący spadek, natomiast Estonia, Słowacja w przybliżeniu zachowały wydatki publiczne na wcześniej osiągniętym poziomie.

W krajach zamożnych, jeśli zwiększone zostały wydatki publiczne, musiał więc nastąpić spadek wydatków prywatnych przy jednoczesnym zmniejszeniu wydatków ogółem. Jest to prawdopodobnie rezultat zmniejszenia dochodów dyspozycyjnych gospodarstw domowych.

W krajach mniej zamożnych, zwłaszcza postsocjalistycznych, wydatki prywatne nie wskazują na jednoznaczną tendencję zmian. Dane o wydatkach prywatnych tzw. z kieszeni i wydatkach prywatnych ogółem, którymi dysponujemy nie są niestety miarodajne i jednoznaczne.

Nasze przypuszczenia co do zmian struktury finansowania wydatków na zdrowie potwierdza rys. 6, który dla lat 2000–2010 pokazuje wprawdzie wielkość średnią dla wszystkich krajów OECD (nie tylko europejskich), ale analiza danych pozwala sformułować wnioski odnośnie do pewnych prawidłowości. W ciągu objętych analizą 11 lat można wyodrębnić pewne podokresy o różnych relacjach między tempem wzrostu wydatków publicznych i prywatnych na zdrowie. Najbardziej wyraźne zróżnicowanie dynamiki wzrostu wystąpiło w latach 2003–2004, kiedy stopa wzrostu wydatków prywatnych była zdecydowanie wyższa od stopy wzrostu wydatków publicznych (a tym samym stopa wzrostu wydatków ogółem była wyższa niż wydatków ogółem) oraz w latach 2008–2009, kiedy odnotowano znacznie szybsze tempo wzrostu wydatków

publicznych na zdrowie niż ogółem (co oznacza, iż tempo wzrostu wydatków publicznych znacznie przewyższało tempo wzrostu wydatków prywatnych). Dla roku 2010 nie odnotowano wzrostu wydatków ogółem na zdrowie, przy niewielkim (ok. 0,5%), ale jednak spadku wydatków publicznych.

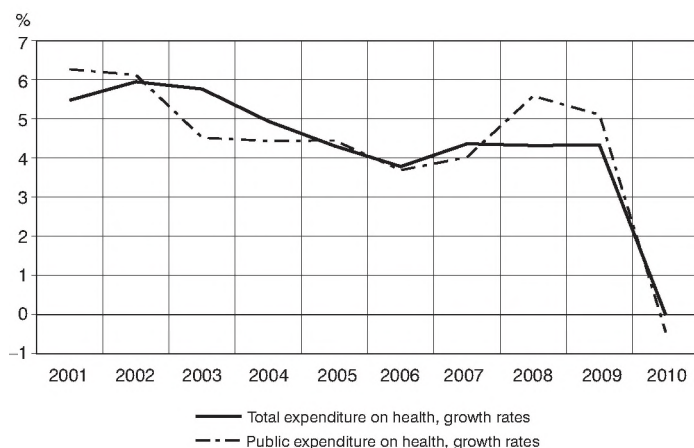


Rys. 5. Poziom wydatków publicznych na zdrowie (w USD, wg PPP). Źródło: jak rys. 2.

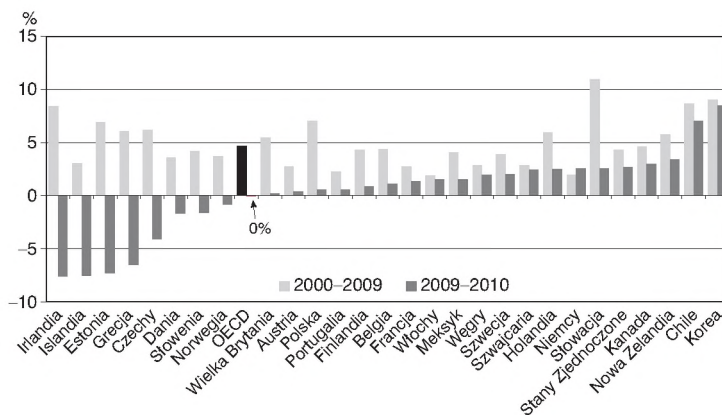
Na rys. 7 przedstawiono zmiany stopy wzrostu wydatków ogółem na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach OECD (nie tylko europejskich) w latach 2009–2010 w stosunku do średniej stopy wzrostu dla lat 2000–2009. Średnioroczna stopa wzrostu dla krajów OECD wynosiła w latach 2000–2009 ok. 5%, ale – jak podano wyżej – w latach 2009–2010 nastąpiła stabilizacja średnich wydatków na zdrowie.

Analiza sytuacji, jaka zaistniała w poszczególnych krajach w roku 2010 (w stosunku do 2009) pozwala stwierdzić, iż:

- w ośmiu krajach europejskich odnotowano ujemną stopę wzrostu wydatków ogółem na zdrowie: Irlandia, Islandia, Estonia, Grecja (spadek wydatków o ponad 5%), Czechy (ok. 4%) oraz Dania, Słowenia i Norwegia (poniżej 2%);
- niewielki (poniżej 1%) wzrost wydatków na zdrowie wystąpił w Austrii, Polsce, Portugalii, Finlandii i Belgii;
- najwyższy wzrost wydatków ogółem na zdrowie odnotowano w pozaeuropejskich krajach członkowskich OECD: Korea Pd. i Chile (powyżej 5%), Nowa Zelandia, Kanada i USA (ponad 2%).



Rys. 6. Roczna stopa wzrostu (średnia dla OECD) wydatków ogółem i wydatków publicznych na zdrowie w latach 2000–2010. Źródło: OECD. (2012). OECD Health Data 2012. Pozyskano z: www.oecd.org.



Rys. 7. Średnioroczna stopa wzrostu wydatków na zdrowie w latach 2000–2009 i 2009–2010. Źródło: jak rys. 6.

Z danych, jakimi dysponowaliśmy i jakie zaprezentowaliśmy, można wysnuć następujące wnioski, które potwierdzają wcześniej sformułowane ogólne prawidłowości:

- 1) wydatki na ochronę zdrowia rosną, gdy rośnie produkt krajowy brutto (PKB), lecz nie spadają natychmiast, gdy PKB maleje; spadek wydatków na zdrowie następuje z opóźnieniem;

- 2) spadek PKB w okresie kryzysu gospodarczego będzie oznaczał przejściowy wzrost udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB (%), natomiast wraz z ożywieniem w gospodarce – sytuacja odwraca się, wówczas udział wydatków na zdrowie w PKB może maleć;
- 3) wydatki na ochronę zdrowia są – jak należało oczekiwać – dość sztywne, a to oznacza, że działają na gospodarkę antycyklicznie, stabilizująco; nie jest to bynajmniej czynnik o małym znaczeniu – należy pamiętać, że wydatki na zdrowie w krajach zamożnych przekraczają 10% PKB;
- 4) kryzys finansowy, wynikający z nadmiernego zadłużania finansów publicznych, który podnosi koszty obsługi długu publicznego, wymusza oszczędzanie; ofiarą oszczędności pada konsumpcja publiczna, w tym również wydatki na ochronę zdrowia.

Wszystko wskazuje na to, że w najbliższym czasie nie można oczekiwać wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia.

2. Jaka alternatywa?

Można domniemywać, że większość europejskich krajów OECD w budżetach na 2013 rok przyjmować będzie ograniczenie wydatków publicznych, jak też dążenie do większej kontroli i dyscypliny wydatkowania funduszy publicznych, w tym także tych na ochronę zdrowia. Spełnią się więc przewidywania niektórych ekonomistów, iż ochrona zdrowia – obok oświaty publicznej – uciepieć może najbardziej (Kaletsy, 2010).

Zmniejszenie wydatków na konsumpcję publiczną, a więc: ochronę zdrowia, oświatę, kulturę itp. będzie skutkowało ograniczeniem popytu agregatowego w gospodarce, a tym samym przyniesie skutki recesyjne, czy jak to się ostatnio często określa – następstwa deflacyjne. Należałoby oczekiwać, że dla ożywienia koniunktury gospodarczej wystąpią działania rządów na rzecz ożywienia konsumpcji prywatnej i inwestycji. Na inwestycje sektora prywatnego trudno liczyć, jeśli przedsiębiorcy nie będą spodziewać się wzrostu popytu. Zmiana oczekiwań przedsiębiorców nie nastąpi, ponieważ zarówno gospodarstwa domowe, jak i rządy zadłużone w czasie poprzedniej, dobrej koniunktury nastawione są na oszczędzanie i ograniczają wydatki. Sytuacja „patowa” może się utrzymywać, mimo silnego luzowania przez banki centralne polityki pieniężnej i oferty taniego kredytu. W tej sytuacji należy rozpatrzyć możliwość wzrostu konsumpcji prywatnej w miejsce ubytku konsumpcji publicznej. Zastanówmy 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 deflacji. Warunkiem jest stworzenie atrakcyjnej oferty świadczeń medycznych, udostępnionej na zasadach komercyjnych przez sektor ochrony zdrowia.

Wydaje się to pozornie sprzeczne z poprzednimi uwagami o małych możliwościach zwiększenia wydatków na konsumpcję zadłużonych gospo-

darstw domowych. Należy jednak pamiętać, że wierzycielami zadłużonych gospodarstw domowych są w istocie inne gospodarstwa domowe posiadające depozyty w bankach. Atrakcyjna oferta służby zdrowia mogłaby wywołać popyt autonomiczny, niewynikający ze wzrostu dochodów dyspozycyjnych. Jest to jednak mało prawdopodobne z co najmniej dwóch powodów.

Po pierwsze, przygotowanie atrakcyjnej oferty komercyjnych usług medycznych wymaga czasu. Trudniej o taką ofertę w krajach bogatych, o rozbudowanych świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Można tu liczyć tylko na zamianę źródła finansowania z publicznego na prywatne, co nie zwiększy sumy wydatków, tylko zmieni ich strukturę. Większe potencjalne możliwości mogą wystąpić 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 trzydzieści 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 publicznej. Tym bardziej nie należy oczekiwać, że łączne wydatki będą wyższe; a więc, że komercyjne usługi opieki zdrowotnej staną się motorem ożywienia gospodarki.

Spowolnienie gospodarcze po kryzysie może trwać długo. Wzrost gospodarczy może okazać się anemiczny, utrzymując się bowiem czynniki rodzące kolejne turbulencje. Przedłuża się kryzys finansowy, grożący rozpadem strefy euro, rosną zasoby pieniądza wyemitowanego w celu poprawy koniunktury, utrzymując się czynniki powiększające skalę finansyzacji gospodarki światowej i spekulacji finansowych, nazywanych „casino kapitalizmem”.

Pojawiają się groźby kolejnych bankructw w systemach bankowych wielu krajów, co skłania rządy do kosztownych działań ratunkowych. Maleją więc szanse utrzymania deficytów budżetowych na poziomie zakładanym w programach oszczędnościowych. Może to oznaczać dalsze ograniczanie wydatków na konsumpcję publiczną, w tym na ochronę zdrowia. Wzrasta też nacisk rządów na banki centralne na rzecz dalszego „luzowania” polityki pieniężnej.

W sferze realnej gospodarki również zachodzą niekorzystne procesy, sprzyjające przyszłym zakłóceniom. Rozwój sektora przemysłowego, zwłaszcza produkcji dóbr konsumpcyjnych trwałego i półtrwałego użytku będzie

w krajach OECD hamowany przez silną konkurencję krajów o nadal taniej sile roboczej. Dotyczy to także części pracochłonnych usług, które przenieszone są do krajów słabiej rozwiniętych, o niższych kosztach pracy – wykorzystuje się w tym celu rozwój telekomunikacji, jej niskie koszty i wysoka niezawodność. Z kolei, postęp techniczny w krajach wysoko zaawansowanych w rozwoju tworzy technologie pracooszczędne. Wzrostowi gospodarstwu w tych krajach nie będzie sprzyjał także wzrost kosztów pozyskiwania energii i innych surowców, w coraz większym stopniu zawłaszczanych przez szybko rozwijające się kraje Azji i Ameryki Łacińskiej. W rezultacie wzrost gospodarczy taki jak obecnie, może pozostać w przyszłości anemiczny i pracooszczędny. Szansa na zmniejszenie bezrobocia i osiągnięcie możliwie pełnego zatrudnienia nie pojawi się nawet wraz z pewnym przyspieszeniem tempa wzrostu gospodarczego. Na napięcia społeczne, które rodzi finansyzacja gospodarki i „casino kapitalizm”, nałożą się także napięcia wynikające z wysokiego bezrobocia i braku perspektyw, zwłaszcza ludzi młodych. Sektor prywatny może nie być zdolny do stworzenia wystarczającej ilości miejsc pracy. Nie pomogą tu zachęty rządów, ulgi podatkowe i tani kredyt wobec niedostatecznego popytu. Jeśli więc praca dla każdego, który chce ją podjąć stanie się trudna do zdobycia, to niezbędne będzie dokonanie głębokich zmian strukturalnych w gospodarce. Tradycyjny sposób interwencji państwa, roboty publiczne nie sprawdzą się – nawet ze względu na pracooszczędną technologię tych robót i ich doraźny charakter. Warunki możliwie pełnego zatrudnienia musi stworzyć państwo. Może tego dokonać, tworząc miejsca pracy w sektorze usług niekomercyjnych, którymi nie jest zainteresowany sektor prywatny. Wśród tego typu usług ważne miejsce zajmuje ochrona zdrowia. Wynika to zarówno z aktualnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jak i z przyszłych potrzeb starzejących się społeczeństw krajów europejskich. Oznacza to, że nastąpi przesunięcie w strukturze spożycia ogółem, powstrzymanie nieracjonalnie wysokiego tempa wzrostu spożycia dóbr na rzecz usług. Takiego przesunięcia nie sposób oczekiwać od mechanizmów rynkowych. Potrzebna jest tu mądra polityka sektorowa państwa. Można więc oczekiwać powrotu – w nowym wydaniu – „państwa dobrobytu” czy „państwa opiekuńczego” bądź „społecznej gospodarki rynkowej”. Powrót ten znajduje analogię nie tyle w „ruchu wahadła”, ile „spiralnych schodów” wiodących jednak w górę. Naturalnie trzeba pamiętać i o tym, że „nic dwa razy się nie zdarza”. Będzie to zapewne inne państwo, mniej scentralizowane, bardziej samorządowe – tak sądzi F. Fukuyama (1996). Istnieje pewna szansa, że nastąpi kolejna zmiana polityki socjalnej państwa.

3. Fazy zmian

Sprawy zabezpieczenia socjalnego, w tym również opieki zdrowotnej zmieniały się w historii systemu kapitalistycznego. Troska o zdrowie była w XIX wieku sprawą prywatną. Chory mógł co najwyżej liczyć na pomoc

dobroczynną osób prywatnych czy wspólnot religijnych. Reformy Ottona von Bismarcka zapoczątkowały – z końcem tego wieku – działania państwa na rzecz zabezpieczenia zdrowotnego. Działania podejmowane w innych krajach uprzemysłowionych – zwłaszcza po kryzysie lat 1929–1932 – poszły także w tym kierunku. Systemowe rozwiązania problemu powszechnego zabezpieczenia zdrowia gwarantował – przynajmniej na piśmie – model nazwany nazwiskiem autora, ministra zdrowia w Związku Radzieckim. System Siemaszki nie znalazł naśladowców przed II wojną światową w żadnym kraju kapitalistycznym.

Próby i praktyki państwowej ingerencji na rzecz ochrony zdrowia od czasu reformy Bismarcka do II wojny światowej można uważać za drugą fazę działań na rzecz bezpieczeństwa socjalnego. Potrzeba takich działań wystąpiła ze szczególną siłą w czasie wielkiego kryzysu. Po kryzysie zarówno rządy, jak i przede wszystkim opinia publiczna w krajach demokratycznych były zgodne co do potrzeby finansowania wydatków na zdrowie ze środków publicznych, z budżetów czy funduszy tworzonych przez ubezpieczenia obowiązkowe pracujących, jak też rozwiązań mieszanych. Nie wykształciły się w tym czasie trwałe rozwiązania systemowe. Istotne zmiany wystąpiły dopiero po II wojnie światowej.

Po II wojnie światowej idea powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego znalazła w ciągu trzech dziesięcioleci powojennych odzwierciedlenie w ideologii, jak też praktyce państwa opiekuńczego czy państwa dobrobytu. Były to też „złote” lata systemu kapitalistycznego 1945–1975. Gospodarkę kapitalistyczną tego okresu charakteryzowało wysokie tempo wzrostu gospodarczego, brak wymuszonego bezrobocia, ustąpienie cyklicznego rozwoju (tak dotkliwego w poprzednich dziesięcioleciach) i inflacja, sprowadzona do poziomu pełzającej. Następował też szybki wzrost wynagrodzeń realnych, przy stosunkowo małym zróżnicowaniu dochodów pracowników szeregowych i kadr kierowniczych. Utrwalało się bezpieczeństwo pracy i bezpieczeństwo socjalne, które stały się osiągnięciami tego „złotego” trzydziestolecia. Beneficjentem tej fazy rozwoju kapitalizmu była niewątpliwie ochrona zdrowia. Wydatki na zdrowie wzrastały dynamicznie i były w zdecydowanej większości finansowane ze środków publicznych.

Turbulencje w gospodarce światowej na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku przerwały tę fazę rozwoju. Niestety formuła artykułu nie pozostawia miejsca na szczegółowe omówienie przyczyn załamania się dynamicznego wzrostu, dlatego wymienione zostaną przyczyny egzogeniczne i endogeniczne. Przyczyny egzogeniczne – to wojny na Bliskim i Dalekim Wschodzie. Wojna w Wietnamie osłabiła gospodarkę amerykańską, a co za tym idzie dolara, przyczyniając się do rozpadu Systemu Bretton Woods. Wojny i napięcia na Bliskim Wschodzie oraz osłabienie dolara przyczyniły się z kolei do radykalizacji organizacji producentów ropy naftowej – kartelu OPEC – i do zwielokrotnienia ceny ropy naftowej. W rezultacie szoku wywołanego rozpadem systemu monetarnego oraz znaczącego wzrostu

cen ropy naftowej – dominującego surowca energetycznego – „wybuchła” inflacja, połączona z wysokim bezrobociem. U kresu „złotej” fazy rozwoju kapitalizmu legł podwójny szok: monetarny i realny, choć nie zabrakło w niej napięć wewnętrznych – endogenicznych, które ujawniły się z dużą siłą. Do czynników endogenicznych należałoby zaliczyć napięcia wywołane niezrównoważonym wzrostem gospodarczym w latach sześćdziesiątych XX wieku, a dokładniej wzrostem potęgi gospodarczej Republiki Federalnej Niemiec i Japonii – co rozsadzało od wewnątrz system stałych kursów walut i zmieniło stan międzynarodowego podziału pracy. Jedno jest ważne – zarówno państwo opiekuńcze, jak i państwo dobrobytu, kierujące się fordowską zasadą równomiernego wzrostu dobrobytu nie upadły pod własnym ciężarem, jak to usiłują wykazać ideolodzy neoliberalizmu. Nie były one natomiast w stanie sprostać wyzwaniom powstałym w wyniku turbulencji w gospodarce światowej – podobnie jak obecnie państwo liberalne w warunkach kryzysu.

Ideologia neoliberalna w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku dawała nadzieję na wyjście ze stagflacji, w którą popadła nieprzygotowana na tak głębokie turbulencje gospodarka Zachodu.

Liberalizacja, deregulacja, integracja gospodarcza dały rzeczywiście nowe przyspieszenie. Thatcherizm w Wielkiej Brytanii, reaganomika w Stanach Zjednoczonych stały się lekcją nowej polityki gospodarczej. Przyspieszenie, wraz ze zniesieniem ograniczeń w przepływie kapitałów i globalizacji, przywróciło wzrost gospodarczy nie tylko w krajach OECD, lecz także w Azji, Ameryce Południowej, a ostatnio w Afryce.

Jednak to neoliberalne trzydziestolecie (1975–2005) spowodowało niezwykle silną stratyfikację dochodową, osłabienie, a w niektórych krajach wręcz zatrzymanie, wzrostu płac realnych pracowników szeregowych, a nawet „klasy średniej” i przechwycenie rosnącego dochodu narodowego przez niewielki odsetek obywateli. W tym trzydziestoleciu zrodziła się finansyzacja i powstał „casino kapitalizm”. Kryzys wywołany przez napięcia powstałe pod koniec tej fazy prowadzi do rozmontowania resztek państwa opiekuńczego, systemu świadczeń społecznych i ograniczenia konsumpcji publicznej, w tym także w zakresie ochrony zdrowia.

Mówiąc o fazie neoliberalnej, nie myślimy o zasadniczo zmienionej polityce socjalnej w stosunku do trzydziestolecia 1945–1975. Ideologia liberalna dominująca w tej fazie dosyć istotnie mijała się z praktyką gospodarczą i polityczną. Bardziej konsekwentne w tym względzie były działania premier Wielkiej Brytanii – Margaret Thatcher. W innych krajach nie było tak radykalnego odstępstwa od państwa opiekuńczego. Na fali dość pomyślnej koniunktury państwo opiekuńcze zamieniło się w państwo, które nazwiemy „przyjazne” dla wszystkich. Państwo „przyjazne” to takie państwo, którego rząd wysoko ceni inwestycje w dług publiczny. Dzięki tym inwestycjom można poprawić los biednych, z jednoczesnym pożytkiem dla bogatych. Można więc finansować również opiekę zdrowotną dla mniej zamożnych, których wzrost dochodów zatrzymał się, a jednocześnie warstwie zamożnych, któ-

rej zarobki szybko rosną dawać możliwość dobrej, obciążonej niewielkim ryzykiem, inwestycji w obligacje rządowe.

Rządy krajów w gospodarce liberalnej, w warunkach pogłębiającej się integracji z gospodarką światową i globalizacji zakładały, jak nazwał to T.L. Friedman „złoty kaftan bezpieczeństwa” (za: Rodrik, 2011). Działania były wprawdzie oportunistyczne, lecz politycznie atrakcyjne, przydatne do zdobycia władzy i jej utrzymania. Rozmontowanie systemu państwa opiekuńczego, któremu zresztą w wielu krajach można słusznie zarzucić rozrzutność i nadopiekuńczość zostało wymuszone dopiero przez kryzys.

Trzydziestolecie 1975–2005, a właściwie 1977–2012 można uznać za piątą fazę zmian polityki socjalnej, w tym polityki ochrony zdrowia – fazę neoliberalną. Zdobyta socjalne z poprzedniej fazy zostały w większości utrzymane ze względów pragmatycznych, choć krytykowane przez ideologów; przegrywają one jednak, gdy rachunek rozrzutnym rządów wystawiły rynki. Faza piąta dobiega końca w wyniku napięć i globalnego kryzysu, do którego doprowadziły te napięcia. Tym razem nie było żadnego zewnętrznego szoku. Wcześniej wspomniano, że nie będzie łatwo – w obecnym kryzysie – kontynuować wzrost gospodarczy na tych samych zasadach, jak przed kryzysem, a tym samym prowadzić neoliberalną politykę socjalną.

Pytanie jest następujące: jakie są szanse następnej fazy?, czy rzeczywiście polityka gospodarcza zmieni się na kształt kolejnej fali: liberalna – socjalna – neoliberalna – neosocjalna itd.? Takie następujące przemienne po sobie fale nie są niczym nowym w kapitalizmie, dotyczą zarówno gospodarki, jak i polityki (Skidelsky-Keynes, 2010). Myślmy tu naturalnie o ogólnych zasadach i przewodniej ideologii.

Narodowe systemy ochrony zdrowia w poszczególnych krajach bardzo się od siebie różnią. Różnice dotyczą konkretnych rozwiązań prawno-organizacyjnych i instytucjonalnych. Wspólne, a zarazem wyróżniające politykę w zakresie ochrony zdrowia są relacje: świadczeniodawca usług zdrowotnych – świadczeniobiorca – płatnik. Chodzi w istocie o jakość i dostępność usług zdrowotnych dla poszczególnych warstw społecznych, na które wpływ ma polityka państwa.

Coraz większa część społeczeństwa widzi potrzebę odstąpienia od polityki zgodnej z neoliberalną doktryną. Nie oznacza to bynajmniej odstąpienia od zasad gospodarki rynkowej i przerwania procesów globalizacji. Chodzi raczej o lepszą regulację rynku, zamiast totalnej deregulacji oraz o ograniczenie ekscesów wynikających z finansyzacji. Rzecz tkwi w liberalizmie prospołecznym, bardziej socjalnym, takim jak widzieli go twórcy ekonomii liberalnej A. Smith czy później J.S. Mill.

Czy jest szansa na liberalizm prospołeczny? Na razie w środowiskach opiniotwórczych dominuje niechęć do tego typu zmian. Przykładowo program nowego prezydenta Francji – *François Hollande’a* środki masowego przekazu przyjmują z niedowierzaniem, a nawet z drwiną. Dążenie do zmian będzie się jednak nasilać i to nie tylko za sprawą ruchu oburzo-

nych, alterglobalistów, ekologów itp. Również politykom może zacząć wadzić „złoty kaftan bezpieczeństwa”. W warunkach globalizacji i finansyzacji, ubrane w ten „kaftan” rządy nie muszą podejmować trudnych wyborów, a tym samym brać odpowiedzialności za gospodarkę. Gospodarka rozrasta się, a polityka kurczy. Działania sprawcze i odpowiedzialność przejmują tzw. rynki. „Złoty kaftan bezpieczeństwa” to zarazem gospodarka globalna, która daje podatnikom możliwość ucieczki przed pazernym rządem, a więc nie daje możliwości podniesienia podatków najbogatszym, ale za to zmusza do ograniczania świadczeń społecznych. Podatki obciążają tych, którzy nie mogą się uchronić przed fiskusem. Podatek dochodowy zastępują podatki pośrednie, obciążające silniej klasę średnią, a zwłaszcza ludzi ubogich. Rządy są karane za rozrzutność, ale też zmieniane przez decyzje rynków. Rośnie zróżnicowanie dochodowe i majątkowe zasilające finansyzację gospodarki i „casino kapitalizm” w coraz większe środki finansowe, zwiększające spekulację, niepowodujące jednak wzrostu inwestycji dających pracę i wzrost produktu krajowego. Szansą więc owej piątej, nowej fali jest bunt klasy politycznej, jeśli „złoty kaftan” zacznie odczuwać ona jako ciasny gorset.

Bibliografia

- Boulhol, H., Golinowska, S., Sicari, P. i Sowa, A. (2012). *Improving the Health-Care System in Poland*. OECD Economics Department Working Papers, No. 957. Paris: OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd-en>.
- Fukuyama, F. (1996). *Koniec historii*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Harvey, D. (2008). *Neoliberalizm. Historia katastrofy*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Książka i Prasa.
- Kaletsky, A. (2010). *Capitalism 4.0: The Birth of a New Economy In the Aftermath of Crisis*. Philadelphia: PublicAffairs.
- OECD. (2011). *Health at a Glance: Europe 2010*. Pozyskano z: www.oecd.org.
- OECD. (2012). *OECD Health Data 2012*. Pozyskano z: www.oecd.org.
- Rodrik, D. (2011). *Jedna ekonomia, wiele recept*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Ryć, K. i Skrzypczak Z. (2010). Finansowanie systemu ochrony zdrowia w krajach europejskich. W: K. Ryć i Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sposoby finansowania*. Warszawa: Wydawnictwo Wydziału Zarządzania UW.
- Skidelsky, R. (2010). *Keynes. Powrót mistrza*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.