

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH

HEALTH CARE EXPENDITURES IN HOUSEHOLDS

Marlena Piekut¹, Krystyna Gutkowska²

¹ Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych, Politechnika Warszawska, Filia w Płocku

² Katedra Organizacji i Ekonomiki Konsumpcji, Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Jedną z podstawowych potrzeb pojawiającą się w ramach funkcjonowania gospodarstw domowego jest ochrona zdrowia.

Cel. Celem badania jest prześledzenie poziomu i struktury wydatków na zdrowie ponoszonych w polskich gospodarstwach domowych.

Materiał i metody. Źródłem informacji wykorzystywanych w badaniu były systematyczne analizy badania budżetów gospodarstw domowych GUS i bazy danych Eurostatu. W badaniu zastosowano analizę korelacji kanonicznej.

Wyniki i wnioski. Najważniejszymi czynnikami wpływającymi na wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych są: wiek członków gospodarstwa domowego, rodzinny dochód do dyspozycji i poziom wykształcenia głowy rodziny. Najwyższe wydatki na zdrowie zaobserwowano w gospodarstwach domowych emerytów oraz w gospodarstwach domowych z największymi dochodami rozporządzalnymi na osobę.

Słowa kluczowe: gospodarstwo domowe, wydatki na zdrowie, determinanty wydatków, analiza korelacji kanonicznej, Polska.

ABSTRACT

Introduction. Health is a basic need in households.

Aim. The paper presents the changes in the level and structure of expenditure of households in health in Polish households.

Material and methods. The source of information used in this study was the systematic analyses of household budget survey by the Central Statistical Office and database Eurostat. The study uses the canonical correlation analysis.

Results and conclusions. According to the analysis the most important factors influencing these kind of expenditure are the following variables: the age of household members, the family disposable income and educational level of the family head. In Poland in households of retired and households with the highest income were the highest expenditure on health.

Keywords: household, health expenditure, determinants of expenditure, canonical correlation analysis, Poland.

36

Wstęp

Jednym z czynników warunkujących poczucie bezpieczeństwa społeczeństwa jest sytuacja zdrowotna, której instytucjonalna ochrona uległa istotnym zmianom – najpierw wraz z przekształceniem polskiej gospodarki w kierunku systemu rynkowego, a potem wraz z wprowadzeniem reformy ochrony zdrowia, którą reguluje *Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*¹. Weszła ona w życie 1 stycznia 1999 roku. Głównym założeniem reformy była diametralna zmiana dotychczasowego finansowania systemu opieki zdrowotnej opartego na środkach budżetowych; ograniczono tym samym rolę administracji państwowej w organizowaniu ochrony zdrowia oraz finansowaniu bazy lecznictwa. Założenia i idee reformy same w sobie były jak najbardziej słuszne, ale w odbiorze społecznym skutków reformy nie było euforii, a wręcz przeciwnie – dominowały słowa krytyki, co potwierdzają

choćby wyniki z badań CBOS². Spośród czterech reform wprowadzonych w końcu XX wieku (systemu emerytalnego, ochrony zdrowia, administracyjno-rządowej oraz szkolnictwa) najbardziej krytycznie oceniona została reforma opieki zdrowotnej [1].

Dlatego też w pierwszej dekadzie XXI wieku kontynuowano zmiany w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. I tak wprowadzono nowoczesne i bardziej efektywne metody zarządzania sektorem zdrowotnym, m.in. metody informacyjno-informatyczne (powstanie rejestrów, komputeryzacja), mikrofinansowe (finansowanie świadczeń na podstawie koncepcji jednorodnych grup pacjentów), analityczne (m.in. metody oceny technologii medycznej), alokacyjne (kryteria podziału środków i dostępu). Wprowadzono też mechanizm „duszenia kosztów” w sektorze

¹ Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.

² Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” przeprowadzono w dniach 5–8 stycznia 2001 roku na 1069-osobowej reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłych mieszkańców Polski.

zdrowotnym, co oznaczało zmniejszenie nakładów na refundację leków oraz ograniczenie zadłużenia się zakładów opieki zdrowotnej [2]. Przeprowadzanym zmianom nadało wzniosłe hasło: „dla dobra pacjenta”.

Mimo licznych reform polski system ochrony zdrowia w dalszym ciągu jest krytykowany, a według *Euro Health Consumer Index 2013* [3], oceniającego przyjazność systemu ochrony zdrowia, Polska zajęła 32. miejsce na 35 ocenianych państw. Za Polską znalazły się Łotwa, Rumunia i Serbia. W raporcie zaznacza się, że Polska pomimo wzrostu gospodarczego nie jest w stanie utrzymać wystarczająco wysokiego poziomu opieki zdrowotnej.

Powszechnie wyrażane niezadowolenie z funkcjonującego w naszym kraju systemu opieki zdrowotnej jest konsekwencją niezaspokojonych podstawowych potrzeb, tym bardziej dotkliwie odczuwanych, że ochrona zdrowia znajduje się na jednym z pierwszych miejsc w hierarchii wartości uznawanej wśród Polaków [4–7]. Z dużą krytyką wśród pacjentów spotyka się dostępność badań diagnostycznych i lekarzy specjalistów [7]. Pocięszający jest niemniej jednak fakt, że mimo ciągłego narzekania na system ochrony zdrowia spada systematycznie odsetek negatywnych ocen stopnia zaspokajania potrzeb zdrowotnych: z 41% w 2000 r. do 26% w 2011 r. [8].

Fakt ten może być powodowany wieloma czynnikami, a wśród nich ważne miejsce zajmują czynniki pozamedyczne, przyjmuje się bowiem pogląd, że ważnymi determinantami zdrowia ludności są dochody w gospodarstwach domowych, status społeczny, wsparcie społeczne, edukacja, warunki pracy, środowisko fizyczne (naturalne i stworzone przez człowieka), czynniki genetyczne, biologiczne, osobiste działanie dla zdrowia czy zdrowy rozwój w dzieciństwie. Sekwencja tych czynników bezsprzecznie implikuje poczucie dobrostanu społecznego, którego istotnym elementem jest zdrowie. Podkreślić też trzeba immanentny związek między stanem zdrowia a jakością kapitału ludzkiego, odzwierciedlanego w tym, że lepsza jakość kapitału ludzkiego jest konsekwencją lepszego stanu zdrowia. Tym samym inwestowanie w ochronę zdrowia to inwestowanie w rozwój cywilizacyjny i społeczny [9].

Zarówno złożoność czynników pozamedycznych determinujących stan zdrowia, jak również wieloaspektowość rozumienia pojęcia kapitału ludzkiego skłaniają do przypuszczenia, że realne wydatki na ochronę zdrowia cechują się dużym różnicowaniem, tak jak poczucie stanu zdrowia jest zjawiskiem społecznie różnicowanym. Do takiego poglądu skłaniają wcześniejsze badania oraz wyniki analiz indywidualnych danych z badań *Diagnoza społeczna*, z których wynika, że sytuacja zdrowotna Polaków

i ich opinie o zreformowanej służbie zdrowia, obszar opieki zdrowotnej w naszym kraju stanowią jedną z bardziej nerwalgicznych kwestii społecznych, a kłopoty z wykupieniem leków, ograniczenia w korzystaniu z usług medycznych to problemy dotyczące znaczącej części społeczeństwa, a ich nasilenie obserwuje się przede wszystkim wśród gospodarstw domowych wieloosobowych, utrzymujących się przede wszystkim ze źródeł niezarobkowych, emerytów i rencistów oraz reprezentujących kategorię gospodarstw najbiedniejszych [10].

Dlatego też wydaje się interesującym przedsięwzięciem dokonanie analizy aktualnych kryteriów różnicowania oceny stanu zdrowia i możliwości korzystania z usług będących warunkiem poczucia bezpieczeństwa w obszarze ochrony zdrowia. Pierwszym krokiem takiej diagnozy jest przesłedzenie różnicowania poziomu wydatków na zdrowie ponoszonych z budżetów gospodarstw domowych, co jest też celem niniejszego opracowania.

W świetle tak sformułowanego celu wyłoniono trzy zagadnienia.

1. Jak przedstawia się poziom wydatków na zdrowie oraz ich struktura w wydatkach ogółem w polskich gospodarstwach domowych w latach 1995–2012?
2. Jakie cechy gospodarstw domowych determinują wydatki na zdrowie?
3. Jak przedstawia się poziom poszczególnych kategorii wydatków na zdrowie w zależności od różnych typów gospodarstw domowych?

W literaturze przedmiotu wiele analiz dotyczy publicznych wydatków na ochronę zdrowia, brakuje zaś badań dotyczących wydatków prywatnych. Niniejsza praca odnosi się do wydatków na ochronę zdrowia ponoszonych w gospodarstwach domowych.

Metodologia badawcza

Analizą objęto indywidualne dane z badania *Budżetów gospodarstw domowych* pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego za 2011 r., obejmujące 37 375 gospodarstw domowych oraz dane Eurostat.

W strukturze wydatków na zdrowie wyróżnia się trzy kategorie:

- artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny (artykuły medyczne, urządzenia i sprzęt terapeutyczny, naprawa urządzeń i sprzętu terapeutycznego);
- usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej (usługi stomatologiczne, laboratoriów medycznych i pracowni rentgenowskich, usługi medyczne pomocnicze, pozostałe usługi związane ze zdrowiem);
- usługi szpitalne i sanatoryjne.

W badaniu czynników determinujących wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych zastosowano analizę korelacji kanonicznej. Warunkiem jej przeprowadzenia było dokonanie konwersji cech jakościowych na zmienne zero-jedynkowe (0–1). Założono, że zostaną omówione istotne ($p \leq 0,05$) pierwiastki kanoniczne (zespół zmiennych pierwotnych skorelowanych ze sobą i zhierarchizowanych według wkładów w nową zmienną). Do interpretacji pierwiastków kanonicznych zastosowano:

- ładunki czynnikowe – proste korelacje między zmiennymi kanonicznymi a zmiennymi w każdym zbiorze;
- wagi kanoniczne – umożliwiają zrozumienie, jaki jest swoisty wkład każdej zmiennej w każdym zbiorze do danej sumy ważonej. Im jest większa ich wartość, tym jest większy ujemny lub dodatni wkład danej zmiennej do sumy [11].

W pracy pojawia się też pojęcie stosunku korelacyjnego. Stosunki korelacyjne są miarami niemianowanymi i przyjmują wartości od 0 do 1. Ich wartość jest równa 0, gdy cechy są nieskorelowane, równe 1, gdy między zmiennymi zachodzi zależność funkcyjna. Im jest wyższa wartość stosunku korelacyjnego, tym jest silniejsza zależność korelacyjna.

Analizę statystyczną dokonano z wykorzystaniem programów Statistica 10 i Excel.

Poziom i struktura wydatków na zdrowie

Według danych z *Budżetów gospodarstw domowych* [12] w latach 2000–2012 przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie przypadające na osobę wzrosły blisko dwukrotnie, z poziomu prawie 27 zł w 2000 r. do ponad 53 zł w 2012 r. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych w 1995 r. stanowił 2,6%, w 2000 r. – 3,6%, a w 2012 r. – 4,6%. Tempo zmian udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych w analizowanym okresie było dodatnie, najwyższe w latach 1995–2000, tj. z roku na rok udział wydatków na zdrowie wzrastał o 6,7%. W kolejnym okresie (2001–2006) dynamika zmian udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem ulegała spowolnieniu w związku z faktem, że z roku na rok udział wydatków wzrastał o 1,8%. W latach 2007–2012 średnioroczne tempo wzrostu udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem wyniosło 2,4%.

Dodatnia dynamika zmian wydatków na zdrowie w ciągu ostatnich lat wiąże się z powszechnie znanymi przyczynami, takimi jak m.in.: starzenie się społeczeństw, wzrost dochodów w gospodarstwach domowych, coraz droższe leki, nowe technologie medyczne itd. [13].

W latach 1995–2012 dominującą kategorią wydatków na zdrowie stanowiły wydatki na artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i wyposażenie medyczne. Na grupę tę przeznaczano od około 61% do prawie 67% wydatków ogółem na zdrowie. W 2012 r. zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych pochłaniał ponad 65% wydatków ogółem na zdrowie. Wydatki na usługi ambulatoryjne stanowiły około jednej trzeciej wydatków ogółem na zdrowie. Natomiast wydatki na usługi szpitalne i sanatoryjne stanowiły najmniejszy udział, tj. około 2–3%, w wydatkach na zdrowie ogółem w gospodarstwach domowych, w 2012 r. – 2,2% [14].

Niski odsetek wydatków na usługi szpitalne wiąże się z faktem, że zdecydowana większość członków gospodarstw domowych korzysta z placówek służby zdrowia opłacanych przez NFZ (według raportu *Diagnoza społeczna* z 2011 r. – 91%). Choć wskazuje się, że równocześnie prawie połowa korzystających z usług opłacanych przez NFZ korzysta także z usług medycznych świadczonych przez placówki prywatne. Udział gospodarstw domowych inwestujących w ochronę zdrowia z własnego budżetu w okresie 2007–2012 uległ zwiększeniu o około 4,4 pkt. proc. [15]. Główną przyczyną wzrostu zainteresowania prywatnymi świadczeniami jest krótszy czas oczekiwania na umawianą wizytę. Pacjenci wskazują też inne zalety prywatnych wizyt, takie jak: dogodniejsze godziny przyjęć, większe kompetencje lekarzy oraz przekonanie, że w czasie tzw. wizyt prywatnych lekarze bardziej się starają [8].

Największy udział wydatków na artykuły medyczo-farmaceutyczne, w tym m.in. na leki, wynika z faktu, że stanowią one tzw. wydatki konieczne, związane z zaspokojeniem jednej z najważniejszych wartości człowieka i rodziny, a mianowicie ochrony zdrowia, co czyni z tych artykułów dobro podstawowe w gospodarstwach domowych. Natomiast usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej, a także usługi szpitalne finansowane z własnej kieszeni można traktować jako dobra wyższego rzędu. Zatem można przypuszczać, że wysokie udziały wydatków na artykuły medyczo-farmaceutyczne w Polsce ponoszone są kosztem wydatków na usługi lecznicze i opiekę długoterminową, jednak stwierdzenie to wymaga głębszych analiz i może być dla wielu kontrowersyjne. Zaznacza się, że w innych krajach, jak na przykład w Danii, Luksemburgu czy Grecji, wydatki na artykuły medyczo-farmaceutyczne są zdecydowanie mniejsze niż w Polsce [16].

Z drugiej strony wskazuje się, że rosnąca konsumpcja leków w Polsce powodowana jest wzrostem zjawiska tzw. samoleczenia, obserwuje się wysoki udział wydatków na leki w wydatkach ogółem i wydatkach na ochronę zdrowia [1].

Zmiany w systemie refundacji leków w Polsce wprowadziła *Ustawa z 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* [17]. Na mocy tej ustawy zostało wprowadzone ograniczenie na refundację leków do poziomu 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w planie finansowym NFZ.

Drugą przyczyną relatywnie wysokich prywatnych wydatków ponoszonych przez Polaków na leki jest wzrost zainteresowania samoleczeniem. Według danych CBOS [18] wzrasta z każdym rokiem konsumpcja leków dostępnych bez recepty. Polacy zajmują drugie miejsce w Europie, za Francją, pod względem liczby przypadających opakowań leków spożywanych przez jednego mieszkańca, co może być tłumaczone m.in. przekonaniem znacznej części

społeczeństwa o wpływie chociażby różnych preparatów witaminowych na stan zdrowia.

Czynniki determinujące wydatki na zdrowie

Celem wyodrębnienia czynników wpływających na wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych zastosowano wielowymiarową analizę statystyczną. Z wielu badań wynika [10, 19], że wydatki w gospodarstwach domowych determinuje splot czynników o różnorodnym charakterze.

W rezultacie badania wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z zastosowaniem analizy korelacji kanonicznej wyodrębnione zostały 3 zmienne kanoniczne. W utworzonym modelu uwzględniono 32 zmiennych niezależnych oraz 3 zmienne zależne (**Tabela 1**). Zmienność cech mierzona ogólną wariancją po stronie zmiennych nie-

Tabela 1. Zestawienie wartości wariancji wyodrębnionej i całkowitej redundancji oraz liczby i rodzaju zmiennych niezależnych i zależnych

Wyszczególnienie	Zmienne niezależne	Zmienne zależne
Liczba zmiennych	32	3
Wariancja wyodrębniona	21,8%	100,0%
Całkowita redundancja	2,1%	7,5%
Zmienne	Cechy gospodarstwa domowego	Wydatki na
1	Liczba osób	Artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny
2	Liczba bezrobotnych	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej
3	Liczba dzieci do 26. roku życia	Usługi szpitalne i sanatoryjne
4	Wiek respondenta	
5	Dochód rozporządzalny gospodarstwa na osobę	
7–13	7 zmiennych 0–1 określających typ biologiczny rodziny, tj. gospodarstwa domowe bez dzieci na utrzymaniu, z 1 dzieckiem na utrzymaniu, z 2 dziećmi na utrzymaniu, z 4 i większą liczbą dzieci na utrzymaniu, matek samotnie wychowujących dzieci, ojców samotnie wychowujących dzieci, pozostałe	
14–17	4 zmienne 0–1 określające fazę cyklu rozwoju rodziny, gospodarstwa domowe: osób młodych bez dzieci na utrzymaniu, rodzin z dziećmi w wieku przedszkolnym, rodzin z młodzieżą kształcąca się, osób starszych aktywnych zawodowo, osób starszych nieaktywnych zawodowo	
18–21	4 zmienne określające wykształcenie głowy rodziny, gospodarstwa domowe z wykształceniem głowy rodziny: podstawowym, gimnazjalnym lub niższym, zasadniczym zawodowym, średnim ogólnokształcącym, wyższym	
22–28	7 zmiennych 0–1 określających grupę społeczno ekonomiczną, gospodarstwa domowe: pracowników na stanowiskach robotniczych, pracowników na stanowiskach nierobotniczych, rolników, pracujących na własny rachunek, emerytów, rencistów, utrzymujących się z niezarobkowych źródeł	
29–32	4 zmienne 0–1 określające lokalizację gospodarstwa domowego, gospodarstwa domowe zlokalizowane: w miastach o liczbie mieszkańców powyżej 500 tys., w miastach o liczbie mieszkańców od 200 tys. do 499 tys., w miastach o liczbie mieszkańców poniżej 20 tys., na wsiach	

Źródło: obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z *Budżetów gospodarstw domowych* GUS

zależnych wyniosła 21,8%, a po stronie zmiennych zależnych – 100%. Natomiast całkowita redundancja stanowiła 2,1% po stronie cech niezależnych i 7,5% po stronie cech zależnych.

W ramach analizy korelacji kanonicznej wyłoniono 3 pierwiastki kanoniczne, wszystkie istotne statystycznie ($p < 0,05$). Wartość korelacji dla pierwiastka I wyniosła 0,42, dla pierwiastka II – 0,20, a dla pierwiastka III – 0,06.

W I pierwiastku kanonicznym największe wagi kanoniczne miały:

- po stronie zmiennych niezależnych – dochód rozporządzalny na osobę w gospodarstwie domowym (-0,91);
- po stronie zmiennych zależnych – wydatki na artykuły medyczno-farmaceutyczne oraz urządzenia i sprzęt medyczny (0,96).

Największe ładunki czynnikowe miały:

- po stronie zmiennych niezależnych – gospodarstwa domowe osób starszych nieaktywnych zawodowo (0,77), wiek głowy gospodarstwa domowego (0,74), wielkość gospodarstwa domowego (-0,63), gospodarstwa domowe emerytów (0,65), liczba dzieci na utrzymaniu (-0,55), gospodarstwa domowe pracowników na stanowiskach robotniczych (-0,44) oraz dochód rozporządzalny na osobę (0,42);
- po stronie zmiennych zależnych – wydatki na artykuły medyczno-farmaceutyczne oraz urządzenia i sprzęt medyczny (0,98).

Na podstawie wielkości wag kanonicznych i ładunków czynnikowych dla pierwiastka I można sformułować następujący wniosek. W gospodarstwach domowych osób starszych ponoszone są większe wydatki na zdrowie. Im są większe dochody rozporządzalne na osobę, tym są większe wydatki na osobę na zdrowie. W gospodarstwach domowych wieloosobowych, w rodzinach z dziećmi na utrzymaniu oraz w gospodarstwach domowych pracowników na stanowiskach robotniczych obserwuje się mniejsze wydatki na zdrowie, co potwierdza wcześniejsze analizy [10]. Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że najważniejszym czynnikiem wpływającym na wydatki na zdrowie jest wiek członków gospodarstwa domowego, a w dalszej kolejności dochody rozporządzalne na osobę oraz wielkość gospodarstwa domowego.

W II pierwiastku kanonicznym największe wkłady wniosły:

- po stronie zmiennych niezależnych – dochód rozporządzalny na osobę (-0,91);
- po stronie zmiennych zależnych – wydatki na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej (-0,75), usługi szpitalne i sanatoryjne (-0,60).

Największe ładunki czynnikowe miały:

- wśród zmiennych niezależnych – dochód rozporządzalny na osobę (-0,87), wiek głowy gospodarstwa domowego (0,38), gospodarstwa domowe zlokalizowane w miastach z liczbą mieszkańców powyżej 500 tys. (-0,37);
- wśród zmiennych zależnych – wydatki na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej (-0,76) oraz usługi szpitalne i sanatoryjne (-0,61).

Na podstawie wielkości wag kanonicznych i ładunków czynnikowych dla pierwiastka II sformułowano następujące konstatacje. Im jest większy dochód w gospodarstwie domowym na osobę, tym większe wydatki na członka gospodarstwa domowego na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne. Usługi ambulatoryjne, a także usługi szpitalne i sanatoryjne w większości są finansowane przez NFZ, a zatem te opłacane z własnej kieszeni można traktować jako wydatki na dobra wyższego rzędu, które, jak wynika z licznych badań, w większym zakresie dostępne są dla osób osiągających wyższe dochody.

W II pierwiastku potwierdzono też zależność z I pierwiastka, że w gospodarstwach domowych osób starszych zaobserwowano wyższe wydatki na osobę na artykuły medyczno-farmaceutyczne. Leki stanowią dobro podstawowe, a wraz z wiekiem zwiększa się zachorowalność na choroby przewlekłe, dlatego nie dziwi fakt pojawienia się większych wydatków na artykuły medyczno-farmaceutyczne wśród gospodarstw domowych z osobami starszymi.

Na podstawie analizy wartości wag kanonicznych oraz ładunków czynnikowych dla pierwiastka III można stwierdzić, że większe wydatki na usługi szpitalne i sanatoryjne wiązać można z gospodarstwami domowymi z niższym wykształceniem głowy rodziny (niższe wykształcenie koreluje ze stosunkowo wyższym wiekiem głów gospodarstw domowych) oraz faktem bycia zatrudnionym na stanowisku robotniczym.

Większe wydatki na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej zauważono w gospodarstwach domowych reprezentowanych przez osoby: z wyższym wykształceniem, w młodszym wieku, pracujące na stanowiskach nierobotniczych oraz z gospodarstw zlokalizowanych w miastach o liczbie mieszkańców powyżej 500 tys. mieszkańców.

Jak już wcześniej zaznaczono, usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej niejednokrotnie mogą stanowić dobra wyższego rzędu, a wymienione cechy gospodarstw domowych, w których odnotowano większe wydatki na te dobra, korelują z wyższymi dochodami.

Inne badania potwierdzają, że wydatki na zdrowie wiążą się z poziomem wykształcenia członków rodziny, ich

wiekem, dochodem w gospodarstwie domowym, a także liczbą osób i fazą cyklu rozwoju rodziny oraz reprezentowaniem określonej grupy społeczno-ekonomicznej [20]. Rout [21] wskazuje, że wśród socjoekonomicznych czynników znaczący, pozytywny wpływ na zdrowie mają przede wszystkim dochód i wykształcenie.

Typy gospodarstw domowych a wydatki na zdrowie

Analiza wydatków na zdrowie z wykorzystaniem korelacji kanonicznej wskazała, że najważniejszymi czynnikami wpływającym na wielkość wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych są: wiek członków rodziny, ich dochody oraz wykształcenie. W kolejnym etapie dokonano więc analizy wydatków na zdrowie w zależności od różnych typów gospodarstw domowych.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono m.in., że wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych z głowami rodziny w wieku 70 lat i więcej były ponad dwukrotnie wyższe niż dla ogółu gospodarstw domowych w odniesieniu do artykułów medyczno-farmaceutycznych oraz ponad czterokrotnie wyższe dla usług szpitalnych i sanatoryjnych (**Tabela 2**). W gospodarstwach domowych reprezentowanych przez głowy rodziny w wieku poniżej 30. roku życia średnie miesięczne wydatki na zdrowie wynosiły około 46 zł, podczas gdy w gospodarstwach domowych osób w wieku 60–70 lat – około 84 zł, a powyżej 70 lat – 129 zł.

Z badań wynika [22], że wraz z wiekiem wzrasta udział osób, które ze względów finansowych są zmuszone ograniczyć wydatki na ochronę zdrowia. I tak w badaniu *Diagnoza społeczna* przeprowadzonym w 2000 r. [23], jak i w 2011 r. [16] emeryci i renciści stanowili jedną z grup, w której istniała konieczność rezygnacji ze względów finansowych z wielu świadczeń w zakresie ochrony zdrowia. W gospodarstwach domowych emerytów i rencistów

najbardziej odczuwalne braki w zakresie ochrony zdrowia spowodowane były z jednej strony pogarszającym się wraz z wiekiem stanem zdrowia, z drugiej strony mniej korzystną sytuacją finansową tych gospodarstw.

W polskich gospodarstwach domowych, wzorem krajów zachodnich, zaobserwowano też zaciąganie pożyczek lub kredytów na cele konsumpcyjne. Badania własne Dąbrowskiej i wsp. [24] wykazały, że zaciąganie zobowiązań finansowych na ratowanie życia i leczenie dotyczyło przede wszystkim rencistów, osób z gospodarstw 3-osobowych oraz z gospodarstw domowych bez dzieci na utrzymaniu (po ich usamodzielnieniu się). Renciści i samotne osoby starsze stanowiły też grupy, które w najwyższym odsetku (po jednej trzeciej badanych) oszczędzały z bieżących dochodów na potrzeby związane z ochroną zdrowia.

Poziom dochodów przypadających na członka gospodarstwa domowego jest kluczowym wskaźnikiem kształtowania konsumpcji. Dochód partycypuje łącznie z innymi determinantami w wyznaczaniu kwot przeznaczanych na zaspokajanie potrzeb konsumpcyjnych. Dochody w gospodarstwie domowym określają standard życia, możliwości zaspokajania potrzeb i poziom konsumpcji, a w konsekwencji – wieloaspektowo rozumianą jakość życia [22].

Wydatki na zdrowie wzrastały w miarę wzrostu poziomu zamożności w gospodarstwach domowych, a udział wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych najuboższych był niższy niż w pozostałych. Im gospodarstwo domowe znajdowało się w korzystniejszej sytuacji materialnej, tym większe były wydatki na zdrowie (**Tabela 3**). Średnie miesięczne wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych z I grupy dochodowej wynosiły około 31 zł na osobę, a z III grupy dochodowej – 101 zł na osobę.

Analizy wydatków na zdrowie w 2000 r. też wskazywały, że poziom uzyskiwanych dochodów istotnie statystycznie różnicował wydatki na ochronę zdrowia. Osoby gorzej sytuowane znacznie częściej były zmuszone rezy-

Tabela 2. Poziom wydatków na produkty i usługi medyczne w polskich gospodarstwach domowych ze względu na wiek głowy gospodarstwa domowego w 2011 r.

Wiek głowy gospodarstwa domowego	Artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	Usługi szpitalne i sanatoryjne
Ogółem	44,13	18,97	1,57
Mniej niż 30 lat	22,43	22,56	0,71
30–39 lat	23,40	18,75	0,90
40–49 lat	22,90	16,07	0,94
50–59 lat	34,98	17,97	1,52
60–70 lat	62,76	18,97	2,16
70 i więcej lat	103,68	22,48	3,12
Współczynnik korelacji	0,320	0,006	0,027

Źródło: obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z *Budżetów gospodarstw domowych* GUS

Tabela 3. Poziom wydatków na produkty i usługi medyczne w polskich gospodarstwach domowych ze względu na grupę dochodową gospodarstwa domowego w 2011 r.

Grupa dochodowa	Artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	Usługi szpitalne i sanatoryjne
I	23,28	7,37	0,26
II	47,09	14,15	0,91
III	62,02	35,39	3,54
Współczynnik korelacji	0,138	0,166	0,142

Źródło: obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z *Budżetów gospodarstw domowych* GUS

gnować z wydatków związanych z ochroną zdrowia w porównaniu z osobami lepiej sytuowanymi [7]. Wskazuje się też, że dostęp do leków dla słabszych ekonomicznie grup ludności w Polsce jest ograniczony [2]. W raporcie *Diagnoza społeczna* z 2011 r. [8] wskazano, że z powodów finansowych część gospodarstw domowych była zmuszona rezygnować z różnych usług zdrowotnych. Najczęściej rezygnowano z leczenia zębów – ponad 17% gospodarstw domowych, natomiast z zakupu leków rezygnowało około 18% gospodarstw domowych.

Warto dodać [25], że pojawienie się dochodu nadwyżkowego w gospodarstwach domowych w najmniejszym stopniu potęgowało zwiększanie wydatków na zdrowie. W gospodarstwach domowych w momencie pojawienia się dodatkowego dochodu zwiększano wydatki na żywność oraz wyposażenie mieszkania i transport.

Wydatki na zdrowie w zależności od wykształcenia głowy gospodarstwa domowego kształtowały się następująco. Największe miesięczne wydatki na zdrowie odnotowano w gospodarstwach domowych, w których głowa rodziny legitymowała się wykształceniem wyższym – miesięcznie około 94 zł na osobę, a następnie w gospodarstwach domowych z głową rodziny mającą średnie ogólnokształcące wykształcenie – blisko 70 zł na osobę (**Tabela 4**). Najmniejsze zaś wydatki zauważono w gospodarstwach domowych, w których głowa gospodarstwa

miała wykształcenie zasadnicze zawodowe – miesięcznie nieco ponad 44 zł na osobę. W grupie gospodarstw domowych, w których głowa rodziny legitymowała się gimnazjalnym, podstawowym lub niższym poziomem wykształcenia, odnotowano stosunkowo wysokie udziały wydatków na artykuły medyczno-farmaceutyczne, co może wynikać z faktu, że cechą charakterystyczną tych gospodarstw domowych jest stosunkowo wyższy wiek członków rodziny. W gospodarstwach domowych, w których głowa rodziny reprezentowała wyższe wykształcenie, odnotowano relatywnie większe wydatki na usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej. Wyższy poziom wykształcenia koreluje z większymi dochodami w gospodarstwach domowych, co umożliwia finansowanie usług opieki zdrowotnej z własnej kieszeni. W innych badaniach podkreśla się też, że wyższe wykształcenie sprzyja lepszemu zdrowiu i bardziej prawidłowym zachowaniom zdrowotnym [13].

W badaniu *Diagnoza społeczna* z 2000 r. [8] również wykazano zmienną „wykształcenie” jako istotnie różnicującą wydatki na cele związane z ochroną zdrowia. Wskazywano też, że najmniej różnic dotyczyło rezygnacji z leczenia szpitalnego, tym bardziej że finansowane jest ono z ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta, a nie bezpośrednio z jego kieszeni. Najwięcej różnic dotyczyło rezygnacji z wykupienia leków, gdyż pacjenci często nie dysponowali funduszami do tego niezbędnymi.

Tabela 4. Poziom wydatków na produkty i usługi medyczne w polskich gospodarstwach domowych ze względu na wykształcenie głowy gospodarstwa domowego w 2011 r.

Wykształcenie głowy gospodarstwa domowego	Artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny	Usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej	Usługi szpitalne i sanatoryjne
Gimnazjalne, podstawowe lub niższe	55,80	9,39	0,72
Zasadnicze zawodowe	32,15	11,21	0,95
Średnie ogólnokształcące i policealne	47,26	20,73	1,55
Średnie zawodowe	44,06	20,32	1,53
Wyższe	52,49	37,97	3,40
Stosunek korelacyjny	0,115	0,099	0,032

Źródło: obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z *Budżetów gospodarstw domowych* GUS

Zakończenie

Przedstawiona praca zapoznaje z poziomem, strukturą i determinantami wydatków na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych. Wskazuje na najważniejsze czynniki wpływające na poziom wydatków w gospodarstwach domowych.

W świetle wyników badań skonstatować można, że:

- wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych wykazują dodatnią dynamikę. Najwięcej pochłaniają wydatki na produkty medyczo-farmaceutyczne. Problemy polskiego społeczeństwa, takie jak bezrobocie i pauperyzacja w wielu kręgach społecznych, powodują, że wydatki na usługi medycyny niekonwencjonalnej oraz prywatne leczenie szpitalne i sanatoryjne mogą ponieść tylko nieliczne grupy społeczne, cechujące się większymi dochodami;
- najważniejszym czynnikiem determinującym poziom wydatków na zdrowie jest wiek głowy rodziny, a następnie dochód w gospodarstwie domowym oraz wykształcenie głowy rodziny. W gospodarstwach domowych osób starszych, nieaktywnych zawodowo zaobserwowano największe wydatki na zdrowie, a w szczególności na artykuły medyczo-farmaceutyczne i urządzenia oraz sprzęt medyczny. Z drugiej strony z badań wynika, że w gospodarstwach osób starszych najczęściej dochodzi ze względów finansowych do rezygnacji z zaspokojenia wielu potrzeb pojawiających się w związku z ochroną zdrowia;
- postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa i niepewność przyszłych emerytur nie rokuje pozytywnie na przyszłość. Konieczne są dalsze reformy systemu ochrony zdrowia, warto byłoby wnikliwiej przyjrzeć się rozwiązaniom w krajach, w których zdecydowanie lepiej oceniana jest działalność systemu ochrony zdrowia zarówno przez pacjentów, jak i w międzynarodowych porównaniach systemów ochrony zdrowia;
- w Polsce z każdym rokiem przybywa osób lepiej wykształconych, a w gospodarstwach domowych z osobami z wyższym wykształceniem obserwuje się bardziej korzystne zachowania zdrowotne, związane w dużej mierze ze stosowaniem bardziej racjonalnego sposobu żywienia, co ma bezpośrednie znaczenie w prewencji wielu chorób dietozależnych. Większa świadomość zdrowotna części społeczeństwa lepiej wykształconego może doprowadzić do większej dbałości o zdrowie. Może to wpłynąć na

wzrost korzystania z usług służby zdrowia i w efekcie na zwiększenie wydatków ponoszonych na zdrowie z budżetów domowych, niezależnie od dochodów.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Cztery reformy w opinii społecznej. Komunikat z badań, 2001 r., <http://www.cbos.com.pl>.
2. Golinowska S (red.). Zarys systemu ochrony zdrowia. WHO 2011.
3. Björnberg A, Euro Health Consumer Index. 2013 Report, Health Consumer Powerhouse. 2013, <http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>.
4. Gutkowska K, Jeżewska-Zychowicz M, Ozimek I, Polskie gospodarstwa domowe w perspektywie integracji z Unią Europejską. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 1999.
5. Piskiewicz L. Poziom i struktura konsumpcji gospodarstw domowych w regionach. W: Kusińska A. Konsumpcja a rozwój społeczno-gospodarczy regionów w Polsce. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2011.
6. Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Warszawa: GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia; 2013.
7. Hipsz N. Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej. Komunikat z badań. BS/47/2010. Warszawa: CBOS; 2012.
8. Czapiński J, Panek T (red.). Diagnoza Społeczna. 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego; 2011.
9. Frączkiewicz-Wronka A. Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2009.
10. Gutkowska K, Laskowski W, Ozimek I. Konsumpcja żywności w polskich gospodarstwach domowych – kryteria zróżnicowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2012.
11. Stanisz A. Korelacja kanoniczna. Medycyna Praktyczna. 2002;6.
12. Budżety gospodarstw domowych w 2011 r. Warszawa: GUS; 2012.
13. Golinowska S. Wielkość i determinanty wydatków na ochronę zdrowia. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2003;1(1):7–15.
14. Final consumption expenditure of households by consumption [nama_co3_c], <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, data wejścia: 22.12.2013.
15. Czapiński J, Panek T (red.). Diagnoza Społeczna. 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Warszaw: Rada Monitoringu Społecznego; 2011. s. 120–130.
16. Krakowińska E. Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej. Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW. 2006;1:37–50.
17. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Dz.U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696, z 2012 r., poz. 95, 742, z 2013 r., poz. 766, 1290.
18. Roguska B, Feliksiak M. Stosowanie leków dostępnych bez recepty. Komunikat z badań. BS/143/2010. Warszawa: CBOS; 2010.

19. Piekut M, Polskie gospodarstwa domowe – dochody, wydatki i wyposażenie w dobra trwałego użytkowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2008.
20. Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153 z późniejszymi zmianami.
21. Rout HS. Gender and Household Health Expenditure in Odisha. *India Journal of Health Management*. 2010;12:445–460.
22. Zalega T. Wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w okresie kryzysu. *Problemy Zarządzania*. 2013;11,1(41):174–192.
23. Czapiński J, Panek T (red.). *Diagnoza społeczna. Wartość i jakość życia Polaków oraz ich doświadczenia z reformami systemowymi po 10 latach transformacji*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP; 2000.
24. Dąbrowska A, Janoś-Kresło M, Słaby T, Witek J. *Niedobory konsumpcji w polskich gospodarstwach domowych*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2013.
25. Ciecieląg J. Oszacowanie skal ekwiwalentnych. *Ekonomia*. 2002;7:123–133.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Marlena Piekut
ul. Łukasiewicza 17, 09-400 Płock
e-mail: mpiekut@op.pl