

ANALIZA ILOŚCIOWA WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA W 2002 ROKU W POLSCE

Agata Binderman, Jolanta Binderman, Hanna Dudek
Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

Streszczenie. W Polsce w latach 1993–2002 nastąpił stały wzrost udziału środków prywatnych w finansowaniu opieki zdrowotnej. Sytuacja ta spowodowała poważne obciążenie budżetów gospodarstw domowych. Udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem wzrósł z 3,2% w 1993 r. do 4,5% w 2002 r. Przeprowadzona w tej pracy analiza budżetów polskich gospodarstw domowych wykazała dodatnią zależność pomiędzy wydatkami na zdrowie a dochodami tych gospodarstw. Wydatki na zdrowie oraz ich struktura były zróżnicowane w poszczególnych grupach społeczno-ekonomicznych. We wszystkich jednak grupach wydatki na zdrowie były rosnącą funkcją dochodów rozporządzalnych. Systemy opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej są finansowane z budżetu, poprzez ogólny system podatków lub za pośrednictwem składki do funduszu ubezpieczenia zdrowotnego.

Słowa kluczowe: analiza ilościowa, system opieki zdrowotnej, wydatki na ochronę zdrowia

WSTĘP

Celem artykułu jest ocena zmian w finansowaniu i w proporcjach prywatnych i publicznych wydatków na zdrowie w Polsce w 2002 r. Analiza została przeprowadzona przez budowę i weryfikację jednorównaniowych liniowych oraz nieliniowych modeli ekonometrycznych. Badania miały na celu wykazanie zależności między wydatkami w gospodarstwach domowych na zdrowie a dochodami rozporządzalnymi, wydatkami ogółem oraz przynależnością do grupy społeczno-ekonomicznej. W pracy tej przeanalizowano również powiązanie wydatków prywatnych na ochronę zdrowia z wydatkami

Adres do korespondencji – Corresponding author: Hanna Dudek, Katedra Ekonometrii i Informatyki, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, ul. Nowoursynowska 159, 02-787 Warszawa, tel. (022) 593 41 21, e-mail: hdudek@mors.sggw.waw.pl
Agata Binderman, Jolanta Binderman, Katedra Ekonometrii i Informatyki, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, ul. Nowoursynowska 159, 02-787 Warszawa, tel. (022) 593 41 21, e-mail: abinderman@mors.sggw.waw.pl

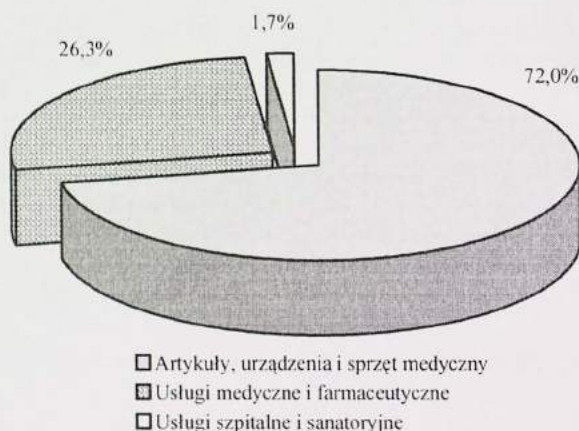
publicznymi oraz zaprezentowano wydatki państwa na ten cel w wybranych krajach Unii Europejskiej.

Materiałem w niniejszym opracowaniu były dane statystyki publicznej GUS oraz dane OECD. Dane GUS wykorzystano do estymacji parametrów modeli ekonometrycznych.

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH

W 2002 r. wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia obejmowały wydatki na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych, urządzeń i sprzętu medycznego, usług medycznych i medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne.

Strukturę wydatków wszystkich badanych przez GUS gospodarstw domowych ogółem na zdrowie w 2002 r. prezentuje wykres 1.



Wykres 1. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych ogółem

Graph 1. Structure of health expenditures in all households

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS.

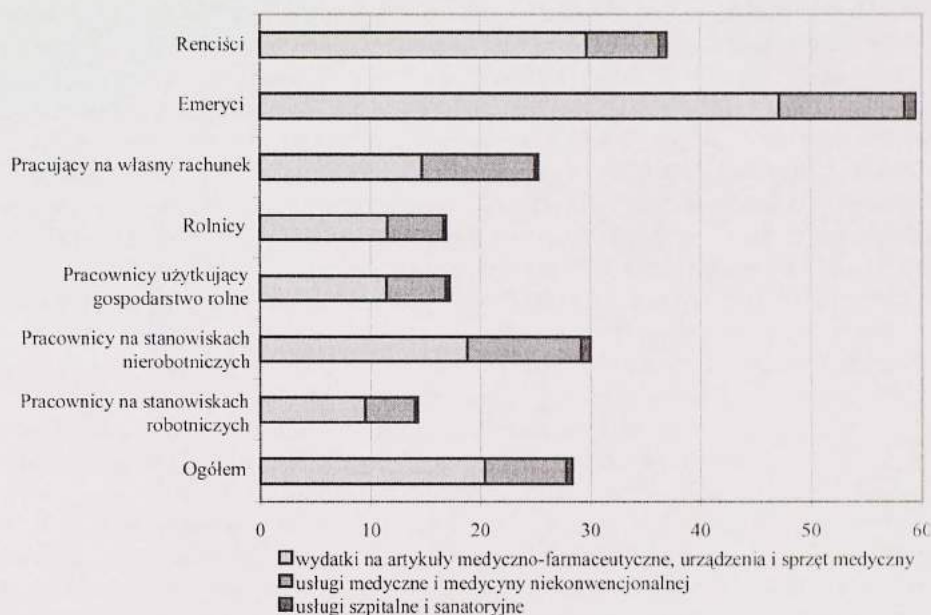
Source: Own calculations based on data of CSO in Warsaw.

Z wykresu 1 wynika, że w 2002 r. największy udział (72%) w wydatkach na ochronę zdrowia miały wydatki na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych, urządzeń i sprzętu medycznego. Pozycja ta obejmuje m.in. leki, zielarskie produkty farmaceutyczne, okulary optyczne, aparaty słuchowe, obuwie ortopedyczne i materiały opatrunkowe. Wydatki na usługi medyczne i medycyny niekonwencjonalnej stanowiły 26,3% wydatków na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych. Do usług tych wliczono m.in. opłaty za porady lekarskie, wykonanie zabiegów chirurgicznych, usługi dentystyczne, analizy laboratoryjne, opiekę nad chorymi. Udział wydatków na usługi szpitalne i sanatoryjne w wydatkach na ochronę zdrowia wyniósł 1,7%.

Wprowadzenie pełnej odpłatności za większość artykułów medycznych i farmaceutycznych, a także częściowej odpłatności za niektóre usługi medyczne, spowodowało znaczne obciążenie dla budżetów gospodarstw domowych. Udział wydatków na ochronę

zdrowia w wydatkach ogółem gospodarstw domowych wynosił 4,5%. Z badań [Baran 2000] wynika, że udział ten wzrastał od początku lat 90. ubiegłego stulecia.

Wydatki na ochronę zdrowia oraz ich struktura były zróżnicowane w poszczególnych grupach społeczno-ekonomicznych ludności (wykres 2).



Wykres 2. Przeciętne miesięczne wydatki na ochronę zdrowia

Graph 2. Average monthly health-care expenditures

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Source: Own calculations based on data of CSO in Warsaw.

Przeciętne miesięczne wydatki na ochronę zdrowia we wszystkich grupach społeczno-ekonomicznych ludności wynosiły 28 zł na osobę. Z informacji przedstawionych na wykresie 2 wynika, że największe wydatki na ochronę zdrowia – niemal 60 zł na osobę – ponoszono w gospodarstwach domowych emerytów. Duże wydatki w tej grupie wynikają ze struktury wiekowej i – co się z tym wiąże – nie najlepszego stanu zdrowia osób starszych. W 2002 r. 59% osób w gospodarstwach domowych emerytów miało ukończony 60. rok życia.

Najmniej – 14 zł na osobę – wydawano na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych pracowników na stanowiskach robotniczych. Niewielkie wydatki na ten cel były raczej związane z niskimi dochodami w tej grupie społeczno-ekonomicznej.

W gospodarstwach domowych emerytów były największe, ze wszystkich grup społeczno-ekonomicznych, wartości poszczególnych składników wydatków na zdrowie, tj.:

- artykuły medyczo-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny,
- usługi medyczne i medycyny niekonwencjonalnej,
- usługi szpitalne i sanatoryjne.

Najmniejsze wartości wyżej wymienionych składników dotyczyły gospodarstw domowych pracowników na stanowiskach robotniczych.

Porównując struktury wydatków na ochronę zdrowia, można stwierdzić, że największy udział wydatków na zakup artykułów medyczo-farmaceutycznych, urządzeń i sprzętu medycznego w wydatkach na zdrowie był w gospodarstwach domowych rencistów (80%), najmniejszy – w gospodarstwach domowych pracujących na własny rachunek (58%). Biorąc pod uwagę usługi medyczne i medycyny konwencjonalnej, zaobserwowano odwrotną kolejność – największe procentowo wydatki były w gospodarstwach osób pracujących na własny rachunek (41%), najmniejsze zaś – w gospodarstwach domowych rencistów (18%). W ubogich bowiem zwykle gospodarstwach domowych rencistów większość wydatków na ochronę zdrowia ponoszono na niezbędne zakupy leków lub artykułów związanych z ochroną zdrowia (np. okularów optycznych, protez, aparatów słuchowych). Mimo że w gospodarstwach tych co najmniej jedna osoba była rencistą, w niewielkim stopniu korzystano z płatnych usług medycznych ze względu na ich wysokie koszty. W gospodarstwach domowych osób pracujących na własny rachunek zwykle można było pozwolić sobie na leczenie w prywatnym sektorze opieki zdrowotnej. W gospodarstwach tych często ponoszono opłaty za m.in. porady lekarskie, usługi dentystryczne, analizy laboratoryjne, zdjęcia rentgenowskie, EKG, USG itp.

Procentowy udział wydatków na usługi szpitalne i sanatoryjne wahał się od 1% w gospodarstwach domowych pracujących na własny rachunek do 2,6% w gospodarstwach domowych pracowników na stanowiskach nierobotniczych.

W celu określenia zależności wydatków na ochronę zdrowia od dochodów wykorzystano dane opublikowane przez GUS, w podziale na dziesięć grup dochodowych [por. GUS 2003, Budżety gospodarstw domowych]. Dane te wykorzystano do estymacji parametrów modeli ekonometrycznych. Do opisu wpływu dochodów na wydatki wykorzystano funkcje Törnquista, wykładniczą z odwrotnością oraz funkcję potęgową i liniową [Kukuła 2004]. Estymacja parametrów modeli przebiegała w dwóch etapach [Borowska 2002]:

1. W pierwszym etapie wyznaczono oceny parametrów modeli zlinearyzowanych, tj. sprowadzonych do postaci liniowej po odpowiednich przekształceniach.
2. Oceny parametrów określone w pierwszym etapie posłużyły za wartości początkowe do estymacji parametrów nieliniową metodą najmniejszych kwadratów.

GUS ograniczył się do publikacji danych o wydatkach i dochodach w grupach dochodowych jedynie dla gospodarstw domowych ogółem, gospodarstw domowych emerytów i rencistów oraz gospodarstw domowych pracowników. Dlatego też oszacowane modele dotyczą jedynie tych grup społeczno-ekonomicznych ludności. Dla każdej grupy gospodarstw domowych dobrano najlepiej dopasowany model ekonometryczny. O wyborze modelu decydowały: współczynnik determinacji, statystyczna istotność parametrów oraz wzrokowa ocena położenia punktów empirycznych względem krzywych. Otrzymano następujące modele:

- Dla gospodarstw domowych ogółem:

$$\hat{y} = \exp\left(4,63 - 806,56 \frac{1}{x}\right), \quad R^2 = 0,976;$$

- Dla gospodarstw domowych emerytów i rencistów:

$$\hat{y} = \exp\left(5,19 - 854,48 \frac{1}{x}\right), \quad R^2 = 0,989;$$

- Dla gospodarstw domowych pracowników:

$$\hat{y} = 0,02x^{1,14}, \quad R^2 = 0,998;$$

gdzie:

y – przeciętne miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na 1 osobę [w zł],

x – przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę [w zł].

R^2 – współczynnik determinacji.

Do oszacowania parametrów wykorzystano pakiet statystyczny Statgraphics. We wszystkich powyższych modelach standardowe błędy szacunku parametrów nie przekraczały 10% wartości bezwzględnych ocen parametrów. W przyjętych modelach współczynniki determinacji wynoszą co najmniej 0,97, zatem ponad 97% zmienności wydatków na ochronę zdrowia zostało wyjaśnione przez dochody. We wszystkich trzech grupach gospodarstw domowych wydatki na zdrowie były rosnącą funkcją dochodów rozporządzalnych.

Oszacowane parametry modeli ekonometrycznych umożliwiają wyznaczenie dochodowych elastyczności wydatków na zdrowie. Elastyczności te wyznaczono ze wzorów [Borkowski 2003]:

- dla funkcji wykładniczej z odwrotnością $\hat{y} = \exp\left(a + b \frac{1}{x}\right)$: $E(x) = \frac{-b}{x}$;
- dla funkcji potęgowej $\hat{y} = ax^b$: $E(x) = b$.

Współczynniki dochodowej elastyczności wydatków na zdrowie obliczone na podstawie oszacowanych parametrów funkcji wykładniczej z odwrotnością, przy różnym poziomie dochodów, przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Współczynniki dochodowej elastyczności wydatków na zdrowie obliczone na podstawie funkcji wykładniczej z odwrotnością

Table 1. Income flexibility factor of health expenditures, calculated based on exponential function with inverse

Grupy dochodowe [zł]	Elastyczności w gospodarstwach domowych ogółem	Elastyczności w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów
do 200,00	7,79	6,64
200,01–300	3,17	3,36
300,01–400,00	2,30	2,42
400,01–550,00	1,70	1,79
550,01–700,00	1,30	1,37
700,01–850,00	1,05	1,11
850,01–1100,00	0,84	0,89
1100,01–1300,00	0,68	0,72
1300,01–1700,00	0,55	0,58
powyżej 1700,00	0,31	0,37

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Source: Own calculations based on data of CSO in Warsaw.

W miarę wzrostu przeciętnych miesięcznych dochodów rozporządzalnych elastyczność dochodowa wydatków na zdrowie zmniejszała się dość znacznie. Elastyczności dochodowe wskazują, że dla gospodarstw domowych o przeciętnym i niższym od przeciętnego dochodzie rozporządzalnym wydatki na ochronę zdrowia były wydatkami na dobro luksusowe. W gospodarstwach domowych ogółem bowiem przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny w przeliczeniu na osobę wynosił 664,21 zł, a w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów 699,02 zł. Dopiero począwszy od siódmej grupy dochodowej, elastyczności dochodowe wydatków na ochronę zdrowia były mniejsze od 1.

W gospodarstwach domowych pracowników przeciętna elastyczność dochodowa wydatków na zdrowie wyniosła 1,14, zatem jednoprocenowy wzrost dochodów rozporządzalnych powodował zwiększenie wydatków na zdrowie przeciętnie o 1,14%.

Ludność Polski była w 2002 r. zróżnicowana nie tylko pod względem poziomu dochodów, ale także dostępności do instytucji opieki zdrowotnej. Niektórzy pracodawcy finansowali bezpośrednio usługi medyczne dla swoich pracowników. Wydatki te nie zostały ujęte ani w statystyce wydatków gospodarstw domowych, ani w wydatkach publicznych. Wchodziły one w skład kosztów produkcji i usług wytwarzanych w przedsiębiorstwach (czy innych instytucjach) finansujących opiekę medyczną swym pracownikom [Baran 2000].

WYDATKI PUBLICZNE NA OCHRONĘ ZDROWIA W POLSCE

Do wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2002 r. zaliczano wydatki budżetu państwa i budżetów jednostek samorządowych (po wyeliminowaniu przepływu środków z budżetu państwa do jednostek samorządowych oraz pomiędzy tymi jednostkami) oraz wydatki ponoszone na ten cel przez kasy chorych.

Po wprowadzeniu reformy zdrowia w 1999 r. funkcje szczebla centralnego zostały rozdzielone. Jeśli chodzi o funkcję zasilania w środki, to rozdział można uznać za najbardziej jednoznaczny [Golinowska 2002]. Większość środków zaczęło wpływać do systemu dzięki podatkowi celowemu nazwanemu składką, dystrybuowanemu przez kasy chorych, które powołano w 1999 r. jako nowe instytucje płatnicze. Inny rozdział funkcji szczebla centralnego polegał na przekazaniu części zadań planistyczno-programistycznych trzem grupom samorządów terytorialnych: wojewódzkim, powiatowym i gminnym. W wyniku równocześnie realizowanej reformy samorządowej to właśnie samorzady stały się właścicielem mienia publicznego odpowiedzialnym za zaopatrzenie ludności w usługi zdrowotne. Formalnie to one przejęły największą część zadań ze szczebla centralnego. Jednocześnie jednak środki realizacji tych zadań znalazły się poza ich zasięgiem. Kasy chorych wykreowane zostały bowiem na niezależne instytucje płatnicze, do których głos samorządów docierał w sposób pośredni (przez uczestnictwo przedstawicieli samorządów w radach kas). Ponadto, zadania samorządów nie były precyzyjnie określone [Golinowska 2002]:

- do zadań własnych gmin należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym m.in. sprawy ochrony zdrowia,
- do zakresu działań samorządu powiatu należą zadania publiczne o charakterze ponadgminnym, w tym promocja i ochrona zdrowia,

- samorząd województwa wykonuje zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia jako zadania własne w zakresie zadań publicznych o charakterze wojewódzkim.

Na szczeblu centralnym pozostało Ministerstwo Zdrowia jako organ formułujący ogólne plany zdrowotne, bez instrumentów do realizacji tych planów. Jednocześnie ministerstwo nie przyjęło żadnych kompetencji koordynacyjnych wobec instytucji, którym przekazano funkcje właścicielskie i płatnicze.

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w 2002 r. wynosiły 34 118,346 mln zł, co stanowiło 4,42% PKB. Główny ciężar finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych w 2002 r. spoczywał na kasach chorych. Ich udział w finansowaniu opieki zdrowotnej wynosił 87,8% ogółu wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Wydatki kas chorych na świadczenia dla ubezpieczonych przeznaczone były głównie na leczenie szpitalne, refundację wydatków na leki oraz podstawową opiekę zdrowotną. Pieniądze z budżetu państwa rozdysponowano głównie na funkcjonowanie szpitali, wysokospecjalistyczne procedury medyczne, składki na ubezpieczenia zdrowotne, a także świadczenia dla osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym, inspekcję sanitarną, zadania związane z realizacją programów polityki zdrowotnej państwa oraz staże i specjalizacje medyczne. W budżetach jednostek samorządu terytorialnego (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa) środki na ochronę zdrowia zostały rozdysponowane w następujący sposób [GUS 2003, Warunki życia ludności; GUS 2003, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia]:

- w gminach – głównie na przeciwdziałanie alkoholizmowi, lecnictwo ambulatoryjne oraz szpitale;
- w powiatach – na szpitale oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym;
- w miastach na prawach powiatu – na przeciwdziałanie alkoholizmowi, na szpitale, lecnictwo ambulatoryjne oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym;
- w województwach – na szpitale, staże i specjalizacje medyczne oraz medycynę pracy.

Wprowadzone w 1999 r. reformy zasadniczo zmieniły strukturę dochodów i wydatków sektora finansów publicznych – zmniejszyły się wydatki budżetu państwa, zwiększyły wydatki samorządów oraz pojawił się nowy dysponent środków publicznych – kasy chorych. Znaczna część dochodów w budżetach powiatów i województw pochodziła z subwencji i dotacji celowych. Zmiana systemu finansowania z budżetowego na ubezpieczeniowy uzależniła wielkość środków publicznych uzyskiwanych przez zakłady opieki zdrowotnej przede wszystkim od rozmiarów, struktury i jakości usług świadczonych w danej jednostce.

Trzeba pamiętać również o transferach wewnątrz systemu finansów publicznych. Z budżetu państwa i budżetów samorządowych finansowano część składek na ubezpieczenie zdrowotne, a wydatki budżetu państwa obejmują dotacje i subwencje, które stanowią dochód budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Niski udział dochodów własnych samorządu powiatu i województwa praktycznie uniemożliwiał prowadzenie własnej polityki inwestycyjnej, co skutkowało m.in. znaczną skalą zadłużenia jednostek ochrony zdrowia.

WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W WYBRANYCH KRAJACH EUROPEJSKICH

Każdy z krajów Unii Europejskiej rozwijał swój własny system zarządzania opieką zdrowotną, niemniej jednak można wyodrębnić pewne cechy wspólne ze względu na podobne cele i podobne uwarunkowania historyczne. Systemy ochrony zdrowia opierają się na mieszanych źródłach finansowania, ale większość środków przeznaczonych na ten cel jest kontrolowana przez państwo w sposób bezpośredni lub pośredni. Jedynie niewielka część pieniędzy wpływa do systemu w postaci bezpośrednich opłat za usługi medyczne. Systemy opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej są finansowane z budżetu, poprzez ogólny system podatków lub za pośrednictwem składki do funduszy ubezpieczenia zdrowotnego.

W krajach UE w 2002 r. można było wyróżnić trzy zasadnicze modele finansowania. Pierwszy z nich to system budżetowy będący częścią finansów publicznych pochodzących z opodatkowania (Finlandia, Grecja, Irlandia, Włochy, Szwecja, Hiszpania, Wielka Brytania, Dania, Portugalia). Drugi z nich to także fragment finansów publicznych, ale wyodrębniony w postaci funduszy finansowanych ze składek obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (Austria, Belgia, Francja, Niemcy, Luksemburg). Trzeci – to finanse prywatne pochodzące z ubezpieczenia dobrowolnego, które pokrywają tylko niewielką część ogółu środków, ale stanowią istotne uzupełnienie środków zasilających ochronę zdrowia (Holandia).

Udział pacjentów w finansowaniu kosztów opieki zdrowotnej kształtował się na różnym poziomie w zależności od kraju, lecz wspólnym celem była kontrola kosztów i zwiększanie świadomości pacjentów dotyczącej realnych kosztów ochrony zdrowia.

Kraje UE stosowały w 2002 r. różne metody kształtowania struktury kosztów. Najczęściej występowała współpłatność pacjentów za leki przepisywane na receptę albo w postaci opłaty ryczałtowej, albo jako procent od ceny przepisano leku. Współpłatność za przepisane leki występowała we wszystkich krajach UE. W niektórych krajach (m.in. Austria, Belgia, Dania, Włochy) stosowano również współpłatność za usługi specjalistyczne, przy czym współpłatność za świadczenia lekarzy ogólnych była rzadziej spotykana. Płatność za usługi dentystyczne na poziomie 100% występowała w większości krajów UE.

Ubezpieczenie dodatkowe było kolejną formą kształtowania struktury kosztów, na podstawie którego osoba ubezpieczona musiała opłacać w ustalonej proporcji wszystkie rodzaje dostarczanych świadczeń. Ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne (dodatkowe) były administrowane przez fundusze – autonomiczne organizacje, które zbierały składki w wysokości uzależnionej od poziomu dochodów i finansowały z nich świadczenia albo w czasie ich udzielania, albo w formie refundacji. Większość systemów opartych na podatkowych źródłach finansowania działała w narodowych systemach zdrowia, gdzie świadczenia były opłacane przez centralne instytucje publiczne. Nie oznaczało to jednak konieczności przepływu środków z budżetu centralnego do świadczeniodawców, których właścicielem jest rząd i gdzie pracownicy są zatrudniani na etatach i wynagradzani w formie pensji. Tylko w Grecji i Portugalii wśród lekarzy zatrudnionych w opiece ambulatoryjnej dominowały formy zatrudnienia etatowego [Hibner 2003].

Poziom wydatków na ochronę zdrowia był silnie zdeterminowany poziomem produktu krajowego brutto (PKB), przypadającego na mieszkańca danego kraju. W tabeli 2 zestawiono dane dotyczące krajów Unii Europejskiej oraz krajów kandydujących w 2002 r. do tej organizacji, należących do OECD.

Tabela 2. Wydatki na ochronę zdrowia w wybranych krajach europejskich należących do OECD w 2002 r.

Table 2. Health expenditures in some european countries OECD members, in 2002

Kraje	Całkowite wydatki [USD na osobę]	Całkowite wydatki [% PKB]	Wydatki publiczne [% PKB]
Austria	2200	7,7	5,4
Belgia	2515	9,1	6,5
Czechy	1118	7,4	6,8
Dania	2580	8,8	7,3
Finlandia	1943	7,3	5,5
Francja	2736	9,7	7,4
Grecja	1814	9,5	5,0
Hiszpania	1646	7,6	5,4
Holandia	2643	9,1	brak danych
Irlandia	2367	7,3	5,5
Luksemburg	3065	6,2	5,3
Niemcy	2817	10,9	8,6
Polska	654	6,1	4,4
Portugalia	1702	9,3	6,5
Słowacja	698	5,7	5,1
Szwecja	2517	9,2	7,9
Węgry	1079	7,8	5,5
Wielka Brytania	2160	7,7	6,4
Włochy	2166	8,5	6,4

Źródło: Dane OECD.

Source: OECD data.

Jak wynika z danych tabeli 2, wydatki na ochronę zdrowia w Polsce należały do najniższych w grupie wymienionych krajów. W liczbach bezwzględnych był to poziom sytuujący nas na końcowym miejscu wśród krajów UE oraz 4 krajów kandydujących w 2002 r. do UE, należących do OECD. W Polsce całkowite wydatki na ochronę zdrowia w 2002 r. kształtowały się na poziomie 654 USD *per capita* i były najniższe wśród rozważanych państw europejskich. Jednocześnie wydatki te były ponadczterokrotnie niższe niż w Niemczech, ponadtrzykrotnie niższe niż w Wielkiej Brytanii oraz prawie dwukrotnie niższe niż w Czechach.

W 2002 r. udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB w Polsce wynosił 4,4%, a w Niemczech był o prawie 100% większy i wynosił aż 8,6% PKB. W tym samym roku w Czechach udział ten był o ponad 60% większy niż w Polsce. Porównując udział całkowitych wydatków na zdrowie w PKB, można stwierdzić, że niższą wartość od Polski (6,1%) osiągnęła jedynie Słowacja (5,7%).

WNIOSKI

Przeprowadzona analiza budżetów polskich gospodarstw domowych wykazała dodatnią zależność między wydatkami na zdrowie a dochodami. We wszystkich grupach gospodarstw domowych wydatki na zdrowie były rosnącą funkcją dochodów rozporządzalnych. W miarę wzrostu przeciętnych miesięcznych dochodów rozporządzalnych elastyczność dochodowa wydatków na zdrowie zmniejszała się w znacznym stopniu.

Przeciętne miesięczne wydatki prywatne na ochronę zdrowia we wszystkich grupach społeczno-ekonomicznych wynosiły w 2002 r. 28 zł na osobę. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia wyniosły natomiast ponad 34 mld zł, co stanowiło 4,42% PKB.

Wartość PKB w naszym kraju była w 2002 r. w przeliczeniu na 1 mieszkańca kilkakrotnie niższa niż w krajach UE, czemu odpowiadał wielokrotnie niższy poziom wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jedną osobę.

PIŚMIENNICTWO

- Baran A.: Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach dziewięćdziesiątych, Wiadomości Statystyczne nr 10, Warszawa 2000.
- Borkowski B., Dudek H., Szczesny W.: Ekonometria – wybrane zagadnienia, Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Borowska A., Dudek H., Szczesny W.: Dobór postaci analitycznej i metod estymacji modeli zależności wydatków na żywność od dochodów, Wiadomości Statystyczne Nr 7, 2002.
- Budżety gospodarstw domowych, GUS, Departament Statystyki Społecznej, Warszawa 2003.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada C., Włodarczyk C.: Opieka zdrowotna w Polsce po reformie, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002.
- Hibner E.: Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003.
- Kukuła K. (red.): Wprowadzenie do ekonometrii w przykładach i zadaniach, Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w latach 1999–2000, GUS, Informacje i Opracowania Statystyczne, Warszawa 2003.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 1999–2002, GUS, Informacje i Opracowania Statystyczne, Warszawa.
- Warunki życia ludności w 2002 r., GUS, Departament Statystyki Społecznej, Warszawa 2003. www.oecd.org

QUANTITATIVE ANALYSIS OF HEALTH EXPENDITURE IN 2002 IN POLAND

Abstract. Paper presents a quantitative analysis of private and public health expenditures in 2002 in Poland. Between 1993 and 2002 the private financing in the health system was increasing. This process has led to household's budget additional charge. Participation of health expenditures in all expenditures – 3.2% in 1993 grew up to 4.5% in 2002. An analysis carried in the research project demonstrated a positive relationship between

health expenditures and incomes. There were different structures of health expenditures in each social-economical group. Still in all groups was health expenditures progressive function of available income. Health systems in EU countries are budget financed by general tax system or by health fund collection.

Key words: quantitative analysis, health expenditures, health system

Zaakceptowano do druku – Accepted for print: 10.06.2005