

## **Wydatki gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną**

---

Od wielu lat obserwujemy w Polsce utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów oraz długi czas oczekiwania na realizację usług medycznych i to zarówno w opiece stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej. Sytuacja ta spowodowana jest niedofinansowaniem systemu ochrony zdrowia i nie zawsze racjonalnym wykorzystaniem przyznanych pieniędzy. Na systematycznie wzrastające potrzeby finansowe systemu ochrony zdrowia ma wpływ wiele czynników. Do najistotniejszych zalicza się zmiany demograficzno-epidemiologiczne polskiego społeczeństwa, w tym zwiększenie średniej długości trwania życia, a także konieczność inwestowania w aparaturę i sprzęt medyczny nowych generacji, zapewniające wysokospecjalistyczne badania. Monopolistyczna pozycja największego płatnika systemu ochrony zdrowia, jakim jest NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), zmusza świadczeniodawców do zawierania często nieopłacalnych kontraktów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zjawisko to powoduje coraz częstsze sięganie przez pacjentów po usługi medyczne wykonywane przez prywatny sektor ochrony zdrowia.

### *PODSTAWOWE INFORMACJE O GOSPODARSTWACH DOMOWYCH*

W literaturze przedmiotu istnieje kilkanaście definicji gospodarstw domowych. Stopień ich różnicowania jest jednak niewielki i ogranicza się do semantyki oraz szczegółowości. Gospodarstwo domowe to najstarszy<sup>1</sup>, fundamentalny podmiot gospodarowania w zakresie oszczędzania, zaciągania zobowiązań, wydatkowania, zarabkowania, wytwarzania dóbr i usług<sup>2</sup>. Terminem tym określamy również jednostkę gospodarczą powołaną i utrzymywaną w celu zaspokajania różnych sfer konsumpcji, potrzeb indywidualnych i wspólnych jej członków<sup>3</sup>. Ważną cechą każdego gospodarstwa domowego jest jego swoistość i różnicowanie demograficzne, społeczne i zawodowe, podejmowanie decyzji finansowych na podstawie odrębnego budżetu, posiadanie oddzielnej własności materialnej (nieruchomości i wyposażenia). Także podejmowane decyzje są zależne od indywidualnych preferencji oraz standardów życia.

---

<sup>1</sup> Rozważania na temat gospodarstw domowych sięgają już starożytności. Za pierwsze dzieło zajmujące się tą tematyką uznano rozprawę Ksenofonta z Aten (432–353 p.n.e.) pt. *Oikonomikos*. W powszechnym przekładzie nazwę tę tłumaczy się jako *Księga o gospodarstwie*. Autor w formie dialogu z Sokratesem, swoim nauczycielem, prowadzi dyskusję na temat cech wzorowego gospodarstwa domowego oraz problemów wynikających z jego prowadzenia.

<sup>2</sup> Definicja podana za T. Zalegą (2007), s. 5–84.

<sup>3</sup> D. Kopycińska (2006), s. 29 i 50.

## ***Funkcje realizowane przez gospodarstwa domowe***

Podstawowym celem działania każdego gospodarstwa domowego jest spełnianie potrzeb domowników. Na decyzje o randze tych potrzeb, selekcję i kolejność ich zaspokajania wpływa w znacznej mierze uzyskany dochód do dyspozycji, wkład pracy poszczególnych osób, posiadane zasoby materialne oraz oszczędności. Są one realizowane w dwóch zakresach:

- **społecznym** — poprzez m.in. kreowanie pożądanych postaw moralnych, kulturowych, zapobieganie zachowaniom patologicznym czy też sprawowanie opieki nad członkami jej wymagającymi (osoby starsze, schorowane, niepełnosprawne, dzieci);
- **ekonomicznym** — gdzie funkcja decyzji odnosi się do redystrybucji aktywów pomiędzy członków gospodarstwa domowego, natomiast funkcja cyrkulacji — do zlecenia usług. Na rolę wytwórczo-zaopatrzeniową<sup>4</sup> składają się trzy rodzaje działalności: produkcja dóbr i usług we własnym zakresie, nabywanie ich na rynku towarów w celu obróbki i przetworzenia lub uzyskanie w inny sposób, np. z tytułu ubezpieczeń społecznych (zalicza się tu także usługi medyczne). Funkcja konsumpcyjna wyznaczana jest przez użytkowanie, wykorzystanie zdobytych zasobów, które służą rozwojowi fizycznemu (opieka socjalna, warunki bytowe) lub psychicznemu (edukacja, kultura, rozwój osobowości).

## ***Aktywność zawodowa i źródło dochodów w gospodarstwach domowych***

Według Europejskiego Systemu Rachunków Narodowych (ESA)<sup>5</sup>, gospodarstwa domowe dzielą się na dwie kategorie — osoby uczestniczące na rynku wyłącznie jako konsumenci lub jako producenci. Pracodawcy prowadzący działalność gospodarczą na własny rachunek otrzymują z tego tytułu nadwyżkę operacyjną brutto, natomiast osoby fizyczne — świadczenia z pomocy społecznej, z tytułu własności, emerytury, renty czy dochodu z pracy najemnej.

Najdokładniejszymi zbiorami dostarczającymi danych na temat struktury ludności, jej rozkładów według różnych kryteriów i cech są narodowe spisy powszechne. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 (NSP 2011)<sup>6</sup> — zgodnie z definicją ludności faktycznej — w Polsce 31 marca 2011 r. mieszkało 38,5 mln osób, czyli o 0,8% więcej w stosunku do wyników bieżącego bilansu ludności za 2010 r. (bilans opracowano na podstawie danych pochodzących z poprzedniego spisu ludności w 2002 r. oraz

<sup>4</sup> Jędrzejewski i in. (2008), s. 29.

<sup>5</sup> ESA — to wewnętrznie uporządkowany międzynarodowy zbiór rachunków makroekonomicznych, analiz i tablic, opracowany zgodnie ze zharmonizowanym standardem metodologicznym. Pełni on rolę koordynacyjną, umożliwiającą zachowanie spójności danych statystycznych opisujących gospodarkę (regionalną, krajową lub grup krajów).

<sup>6</sup> NSP 2011 był pierwszym badaniem masowym od kiedy Rzeczpospolita Polska stała się państwem członkowskim Unii Europejskiej. Spis powszechny dostarcza najbardziej szczegółowych informacji o liczbie ludności, jej terytorialnym rozmieszczeniu, strukturze demograficzno-społecznej i zawodowej, a także o społeczno-ekonomicznej charakterystyce gospodarstw domowych i rodzin oraz o ich zasobach i warunkach mieszkaniowych na wszystkich szczeblach podziału terytorialnego kraju: ogólnokrajowym, regionalnym i lokalnym.

ruchu naturalnego i migracji, jakie miały miejsce w latach 2003—2010). W porównaniu z wynikami spisu z 2002 r. ludność Polski w 2011 r. zwiększyła się o blisko 271 tys. osób (0,71%), przy czym przyrost ten dotyczył kobiet, natomiast liczba mężczyzn zmniejszyła się. Z kolei liczba ludności faktycznie zamieszkałej w miastach zmniejszyła się i wyniosła ok. 23169 tys., co stanowiło ok. 60,2% ogółu ludności w Polsce (w 2002 r. udział ten wynosił 61,8%). Zwiększyła się natomiast liczba ludności wiejskiej do ok. 15332 tys. osób, co stanowiło 39,8% (w 2002 r. — 38,2%). Zmiany te były spowodowane w dużej mierze migracjami z dużych ośrodków miejskich na obrzeża miast, należące już do terenów administracyjnie wyodrębnianych jako obszary wiejskie<sup>7</sup>.

### ***Ludność według miejsca zamieszkania i klas wielkości miast***

GUS wyróżnia sześć kategorii podziału według miejsca zamieszkania: wsie oraz miasta poniżej 20 tys. mieszkańców, 20—100 tys., 100—200 tys., 200—500 tys. oraz powyżej 500 tys. mieszkańców. Udział ludności według kategorii miejsca zamieszkania ilustruje wyk. 1.

---

<sup>7</sup> Wyniki... (2012), s. 5.

W 2008 r. 40,1% ludności żyło na wsi. W ostatnich latach zauważa się trend wzrostowy liczby osób zamieszkujących na wsi, co nie jest związane z powrotami mieszkańców miast na wieś, ale ze zmianą miejsca zamieszkania z miasta na wieś, nieopodal dużych miast. Jednocześnie gospodarstwa wiejskie są większe niż miejskie. Częściej na wsi spotykamy też domy wielorodzinne tworzone przez co najmniej dwa, a nawet trzy pokolenia pracujące i mieszkające wspólnie.

### *PORADY UDZIELONE W RAMACH PRAKTYK LEKARSKICH I ZOZ*

ZOZ<sup>8</sup> ze względu na rodzaj i funkcję usług dzielą się na świadczące opiekę stacjonarną oraz ambulatoryjną. Do podmiotów opieki ambulatoryjnej zaliczamy: zakłady opieki zdrowotnej, praktyki: lekarskie, lekarzy dentystów, pielęgniarskie, położnicze, a także innych zawodów medycznych, które udzielają pomocy pacjentom niewymagającym hospitalizacji, usługi medyczne świadczone w warunkach ambulatoryjnych oraz w warunkach domowych czy też w miejscu wezwania. Szczególne znaczenie odgrywają tu warunki sanitarno-epidemiologiczne, które musi spełnić jednostka, aby rozpocząć działalność<sup>9</sup>. Art. 2 ustawy o ZOZ<sup>10</sup> mówi, że do zakładów tego typu zalicza się przychodnie, lecznice, poradnie, ośrodki zdrowia<sup>11</sup>, pogotowie ratunkowe/jednostki systemu ratownictwa medycznego, laboratoria diagnostyczne, pracownie ortodontyczne i protetyczne, jednostki publicznej służby krwi i inne podmioty zgodne z odrębnymi przepisami.

Do 1999 r. statystyka publiczna nie zbierała odrębnie informacji o praktykach lekarskich i stomatologicznych (od 2004 r. praktykach lekarzy dentystów)<sup>12</sup>. W latach 1999 i 2000 dane dotyczące praktyk lekarskich i lekarzy stomatologów

---

<sup>8</sup> Zgodnie z art. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zakładem jest *wyodrębniony organizacyjnie zespół ludzi i środków majątkowych utworzony i utrzymany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia*. Jednostka może być odrębnym podmiotem, stanowić integralną lub podległą część innego ZOZ czy tworzyć zespół. Statutowym celem funkcjonowania ZOZ jest dostarczanie świadczeń zdrowotnych, w tym wdrażanie działań profilaktycznych i zapobiegawczych (ustawa z 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).

<sup>9</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 24 listopada 2006 r. Nr 213, poz. 1568, z późn. zm.).

<sup>10</sup> Ustawa z 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).

<sup>11</sup> W tym także ambulatoria jednostek wojskowych, służby więziennej, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

<sup>12</sup> Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza obejmowała zawód lekarza i lekarza stomatologa w jednym akcie prawnym. W 2004 r. przepisy ustawy ujęły postanowienia dotyczące m.in. lekarzy dentystów umieszczone w dyrektywie 78/686/EWG z 25 lipca 1978 r. dotyczącej wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji osób wykonujących zawód lekarza dentysty łącznie ze środkami mającymi na celu ułatwienie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług.

były pokazywane razem zgodnie z ustawą z 1996 r. o zawodzie lekarza. W 2000 r., drugim roku działania kas chorych, praktyk lekarskich było łącznie 4211<sup>13</sup>.

Niepokojącym zjawiskiem jest systematycznie zmniejszająca się od 2005 r. liczba praktyk lekarskich działających na podstawie środków publicznych z NFZ, jako następcy prawnego kas chorych. Z kolei od 2001 r. rośnie liczba praktyk stomatologicznych działających również na podstawie środków publicznych z NFZ (wykr. 2).

Porady w lecznictwie ambulatoryjnym obejmują m.in. świadczenia medyczne udzielane przez lekarzy w ramach opieki podstawowej, jak i specjalistycznej opieki medycznej.

Wykres 3 pokazuje informacje na temat liczby porad ambulatoryjnych oraz liczby ZOZ w latach 1999—2010. Rok 1999 był pierwszym rokiem działania systemu ubezpieczeń zdrowotnych, w którym głównym członkiem były kasy chorych.

System opieki zdrowotnej (przede wszystkim opieki ambulatoryjnej) ulegał systematycznie prywatyzacji. Ogółem w 1999 r. udzielono 233 mln porad, rok później było ich prawie o milion więcej. W 2010 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 280 mln<sup>14</sup> porad. W 2010 r. liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz praktyk lekarzy dentystów wyniosła 31 mln. Przeważały porady udzielone w ZOZ (93% wszystkich porad). Zmalała nato-

<sup>13</sup> *Podstawowe...* (2001), s. 4.

<sup>14</sup> W liczbie porad ambulatoryjnych mogą znaleźć się również porady z zakresu medycyny pracy, jeżeli ZOZ i praktyki lekarskie świadczyły również takie usługi.

miast liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich i praktyk lekarzy dentystów o 6%, przy czym na wsi o 8%, w mieście o 5%<sup>15</sup>.

Porady w trybie świadczeń gwarantowanych zapewniane są pacjentom zarówno przez lekarza pierwszego kontaktu (często zamiennie nazywanego lekarzem rodzinnym), jak i przez specjalistów (m.in. stomatologów, ginekologów, okulistów, psychiatrów, chirurgów, onkologów czy dermatologów). Od 1999 r., z chwilą wejścia w życie ustawy o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych oraz zgodnie z ustawą z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, porady są udzielane na podstawie wydanego skierowania (lub nie wymagają takiego dokumentu w określonych przypadkach)<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> *Podstawowe...* (2012), s. 101.

<sup>16</sup> Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Świadczenia ambulatoryjne specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to nie jest wymagane do świadczeń: ginekologa i położnika; dentysty; dermatologa; wenerologa; onkologa; okulisty; psychiatry; dla osób chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV; inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów; cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych; uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych — w zakresie leczenia odwykowego; dla uprawnionych żołnierzy lub pracowników w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania. Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez poradnie i przychodnie specjalistyczne, będące zakładami opieki zdrowotnej lub przez specjalistyczne praktyki lekarskie.

## *WYDATKI ZWIĄZANE Z OPIEKĄ AMBULATORYJNĄ*

Zmiana organizacji ochrony zdrowia oraz metodologii badań statystycznych spowodowały ograniczenia w uzyskaniu szczegółowych danych. W latach 1994—2010 oszacowane średnie wydatki gospodarstw domowych na opiekę ambulatoryjną wykazały tendencję wzrostową (wykr. 4).

W 1998 r. wynosiły one 26,35 zł na osobę miesięcznie, a 12 lat później zwiększyły się do 48,45 zł (wzrost o 83,9%).

Dane dotyczące przeciętnych miesięcznych wydatków na opiekę ambulatoryjną przypadających na osobę w gospodarstwie domowym w latach 1998—2010 według rodzajów usług przedstawia tabl. 1. Największą wartość w tym okresie osiągnęły wydatki na leki, które wzrosły z 12,58 zł do 33,73 zł na mieszkańca (czyli o 168,12%) oraz rehabilitację z 0,24 zł do 0,54 zł na mieszkańca (wzrost o 125%).

W przypadku stomatologii wpływ na wzrost wydatków miała postępująca prywatyzacja leczenia stomatologicznego, przede wszystkim po 1999 r. Gospodarstwa domowe korzystające z porad zapłaciły za nie najwięcej w 2010 r.

Największe tempo wzrostu wykazały wydatki na leki. Prawdopodobną przyczyną tego faktu może być systematyczny wzrost cen leków recepturowych

i OTC<sup>17</sup>, jak również skuteczne generowanie przez firmy farmaceutyczne popytu gospodarstw domowych na leki i artykuły medyczne<sup>18</sup>. Wydatki na świadczenia rehabilitacyjne wzrosły najbardziej w 2010 r. o 0,24 zł w stosunku do poprzedniego badania w 2006 r. Wydatki na badania medyczne (badania laboratoryjne oraz diagnostyka obrazowa) systematycznie spadały, aż do poziomu 0,57 zł w 2006 r., aby wzrosnąć o 0,30 zł w 2010 r. (w stosunku do 1998 r. wzrost o 98,86%).

**TABL. 1. DYNAMIKA PRZECIĘTNYCH MIESIĘCZNYCH WYDATKÓW NA OPIEKĘ AMBULATORYJNĄ PRZYPADAJĄCYCH NA OSOBĘ W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WEDŁUG RODZAJÓW OPIEKI (1998=100)**

| Wyszczególnienie                          | 2003   | 2006   | 2010   |
|-------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Wizyty lekarskie .....                    | 89,56  | 108,62 | 142,56 |
| Wizyty stomatologiczne <sup>a</sup> ..... | 111,03 | 121,87 | 141,31 |
| Rehabilitacja .....                       | 129,17 | 116,67 | 225,00 |
| Badania medyczne .....                    | 65,91  | 64,77  | 98,86  |
| Pozostałe .....                           | 109,80 | .      | .      |
| Leki .....                                | 189,59 | 228,30 | 268,12 |

<sup>a</sup> Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r. w art. 1 określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z publikacji *Ochrona...* (1999, 2000, 2004, 2007, 2011).

Preferencje konsumpcyjne gospodarstw domowych są uzależnione od różnorodnych, przenikających się wzajemnie uwarunkowań, odnoszących się do wszystkich sfer życia i gospodarowania. Podstawowy podział uwzględnia determinanty zewnętrzne niezależne od woli człowieka, np. klimat, warunki środowiska naturalnego oraz wewnętrzne będące konsekwencją codziennych decyzji, m.in. rodzaju wykonywanej pracy, skłonności do inwestycji lub oszczędzania czy stylu życia. W artykule wzięto pod uwagę podział na determinanty:

- ekonomiczne — głównie dochody gospodarstw domowych,
- pozaekonomiczne — demograficzne, społeczno-zawodowe, związane ze stanem zdrowia, kulturowo-psychologiczne itp.

### **Determinanty ekonomiczne**

Wskaźnikiem odzwierciedlającym sytuację materialną rodzin jest dochód rodziny. Od jego poziomu zależy wielkość i struktura wydatków gospodarstw domowych, m.in. na opiekę zdrowotną. Zgodnie z teorią dochodu absolutnego J. M. Keynesa, zwiększenie konsumpcji zależy od wzrostu dochodu, ale jej dynamika nigdy nie przekracza przyrostu dochodu<sup>19</sup>. GUS w klasyfikacjach wy-

<sup>17</sup> OTC (*Over the counter drugs*) leki dostępne bez recepty, które można kupić np. na stacji benzynowej lub w sklepie.

<sup>18</sup> Cylwik, Warzybok (2008), s. 19—27.

<sup>19</sup> Olbrych (2009), s. 117—125.



datków na opiekę stacjonarną i ambulatoryjną posługuje się pojęciem dochodu rozporządzalnego<sup>20</sup>. Jego wielkość uwarunkowana jest uzyskiwanymi przychodami z różnych źródeł (posiadanego majątku, ubezpieczeń, aktywności zawodowej, świadczeń pomocy socjalnej). Wartości dochodów nominalnych sklasyfikowano w pięciu grupach kwintylowych. Pierwsza grupa opisuje gospodarstwa najuboższe, piąta — najbardziej zamożne. W 2010 r. granicę dochodów rozporządzalnych na osobę według grup kwintylowych wyznaczały dochody: I — do 644,88 zł; II — w przedziale 645,00—898,57 zł; III — w przedziale 899,00—1182,61 zł; IV — w przedziale 1182,65—1600,64 zł; V — przekraczające 1601,67 zł. Wykres 5 pokazuje wielkość wydatków na opiekę ambulatoryjną w zależności od dochodu gospodarstwa domowego.

Na jego podstawie zauważamy, że wydatki rosły proporcjonalnie wraz ze wzrostem grupy kwintylowej. W badanym okresie wystąpiła czterokrotna przewaga jednostek najbogatszych w stosunku do najuboższych (od 79,28 zł do 23,08 zł). W grupach o niskich dochodach realnych fundusz do swobodnej decyzji jego wydatkowania jest bardzo ograniczony. W zestawieniu niskich przychodów gospodarstw domowych z relatywnie wysokimi kosztami mogą mieć miejsce trudności w dostępie do świadczeń medycznych.

---

<sup>20</sup> Dochód rozporządzalny to łączne środki finansowe pomniejszone o podatki bezpośrednie — według Begg (2003), s. 34.

## **Determinanty pozaekonomiczne**

**1. Czynniki demograficzne** (liczba: członków gospodarstwa domowego, dzieci do lat 14, emerytów i rencistów; miejsce zamieszkania).

Wśród uwarunkowań pozaekonomicznych największą grupę stanowią czynniki demograficzne. Wydatki na opiekę zdrowotną przedstawiono w rozróżnieniu na liczbę dzieci do lat 14, liczbę emerytów i rencistów, wielkość gospodarstwa domowego, a także miejsce zamieszkania. W latach 1999—2010 obserwowano tendencję wzrostową wysokości przeciętnych rocznych kosztów przeznaczonych na tę część sektora zdrowia. Wykres 6 zawiera podział wydatków na opiekę ambulatoryjną według liczby członków wchodzących w skład gospodarstwa domowego.

Wartość wydatków jest odwrotnie proporcjonalna do liczby domowników. Największe wydatki na opiekę ambulatoryjną ponosiły gospodarstwa jednoosobowe (w 2010 r. — 97,91 zł), a najmniejsze — gospodarstwa składające się z co najmniej sześciu osób (24,67 zł). Jest to związane z wielkością kapitału do swobodnej decyzji. Gospodarstwa jednoosobowe z reguły tworzą osoby młode, odkładające założenie rodziny na czas ustabilizowania sytuacji zawodowej, skupiając uwagę na gromadzeniu kapitału (w tym również zdrowotnego) albo osoby starsze powyżej 65. roku życia, z niskimi dochodami. Wykres 7 ilustruje przeciętne wydatki przypadające na osobę w gospodarstwie domowym w latach 1994—2010 według liczby posiadanych dzieci do lat 14.

W okresie branym pod uwagę wysokość wydatków na świadczenia ambulatoryjne wzrosła we wszystkich kategoriach. Koszty w tym przypadku kształtowała odwrotna korelacja z ilością posiadanych dzieci. Gospodarstwa, w których nie było dzieci do lat 14, wydawały na ochronę zdrowia 3 razy więcej. Wynikało to z preferencji w wykonywaniu częstszych badań profilaktycznych i diagnostycznych lub korzystaniu z usług oferowanych przez zakłady niepubliczne czy praktyki lekarskie/dentystyczne (w 2006 r. wydały one 53,17 zł, a już w 2010 r. kwota ta wyniosła 62,75 zł).

Kolejną determinantą mającą wpływ na wielkość wydatków na ochronę zdrowia jest liczba w gospodarstwie domowym emerytów i rencistów. Dane z lat 2003, 2006 i 2010 pokazuje wyk. 8. Wydatki na osobę w rodzinach z dwiema i więcej osobami będącymi na rencie lub emeryturze były we wszystkich analizowanych latach wyższe aniżeli w gospodarstwach bez emerytów i rencistów. Największa różnica w wydatkach pomiędzy latami 2003 i 2010 wyniosła 15,18 zł (wzrost o 32,90%) i wystąpiła w gospodarstwach domowych z emerytem lub/i rencistą.

W pozostałych dwóch grupach z dwoma i więcej emerytami lub/i rencistami różnica w wydatkach na opiekę ambulatoryjną wyniosła 10,92 zł (wzrost o 19,89%). Gospodarstwa domowe bez emerytów i rencistów odnotowały 10,63 zł (wzrost o 40,28%). Rodziny bez emerytów i rencistów w 2003 r. wydawały o 28,45 zł mniej na opiekę ambulatoryjną w stosunku do rodzin z dwoma i więcej emerytami i rencistami (w 2010 r. różnica była podobna i wyniosła 28,74 zł, czyli 77,36%).



Przeciętne miesięczne wydatki na opiekę ambulatoryjną przypadające na osobę w gospodarstwie domowym w badanych latach były wyższe w mieście. Największe dysproporcje między wydatkami na wsi i w mieście w latach 1998—2010 wyniosły 23,84 zł (78,52%). W tym samym okresie na wsi było to 19,02 zł (94,11%). Wysokość kosztów ponoszonych na opiekę ambulatoryjną rosła wraz z wielkością miejsca zamieszkania.

Największe dysproporcje w wydatkach na opiekę ambulatoryjną pomiędzy mieszkańcami wsi i miast były w 2006 r. (22,21 zł). W 2010 r. różnica ta spadła do 14,97 zł na mieszkańca, największą wartość osiągnęła w miastach powyżej 500 tys. — 76,96 zł (wzrost w stosunku do 2006 r. o 8,56 zł), na wsi wyniosła 39,23 zł i wzrosła w stosunku do 2006 r. o 9,74 zł. W miejscowościach dużych (200—500 tys. mieszkańców) wydatki na opiekę ambulatoryjną wyniosły w 2010 r. 59,11 zł i był to wzrost o 13,71 zł od 2006 r. W miastach średniej wielkości (20—100 tys. mieszkańców) w 2006 r. wydatki te były mniejsze — 40,50 zł, jednak w ciągu 4 lat wzrosły do 46,30 zł (o 5,80 zł). Najniższą wartość (44,09 zł) prywatnych wydatków na ochronę zdrowia — przypadających na osobę w gospodarstwie domowym — odnotowano w miejscowościach o najmniejszej liczbie ludności.

Skorelowanie poziomu kosztów z wielkością miejsca zamieszkania pokazuje nam bardziej rozbudowaną infrastrukturę zakładów opieki ambulatoryjnej (zwłaszcza niepublicznych, specjalistycznych), a zatem większą dostępność usług ambulatoryjnych specjalistycznych.

## **2. Czynniki społeczno-zawodowe** (przynależność do grupy społeczno-ekonomicznej, liczba osób pracujących)<sup>21</sup>.

Spośród uwarunkowań pozaekonomicznych wyróżnia się m.in. determinanty związane z aktywnością społeczną oraz rynkiem pracy. Wpływ tu ma liczba osób pracujących w gospodarstwie domowym oraz przynależność do grupy społeczno-ekonomicznej. Tradycyjnie wyniki badań gospodarstw domowych prowadzonych przez GUS opracowywane są według tzw. grup społeczno-ekonomicznych gospodarstw domowych. Podstawowym kryterium stosowanym przy wyodrębnianiu tych grup jest rodzaj przeważającego źródła utrzymania (gospodarstwa: pracowników, rolników, pracujących na własny rachunek, emerytów, rencistów oraz utrzymujących się z niezarobkowych źródeł). Przeciętne miesięczne wydatki na opiekę ambulatoryjną przypadające na osobę w gospodarstwie domowym według grup społeczno-ekonomicznych podano w tabl. 2.

W ciągu 12 lat wystąpiła tendencja wzrostowa wydatków we wszystkich grupach społeczno-ekonomicznych (średnio czterokrotnie). Największe wydatki ponosili w 2010 r. emeryci (80,54 zł) oraz renciści (67,82 zł), najmniejsze miały osoby pracujące na stanowiskach robotniczych oraz rolnicy (odpowiednio 30,47 zł i 32,62 zł). Sytuacja taka może być związana m.in. z problemem dostępności lekarzy specjalistów czy lekarzy dentyków. Ale zarówno rolnicy (w większości),

<sup>21</sup> Na podstawie publikacji *Dochody...* (2009 ), s. 116.

jak i robotnicy mają niskie dochody, a zatem ograniczone wydatki na niepubliczny system opieki zdrowotnej oraz leki. W przypadku robotników może to być spowodowane wykupieniem przez pracodawców ubezpieczeń abonamentowych, obejmujących m.in. pakiet na świadczenia zdrowotne<sup>22</sup>. Wydatki na opiekę ambulatoryjną osób pracujących na stanowiskach robotniczych wzrosły najmniej (o 32,3%) w analizowanym okresie. U rolników odnotowano wzrost wydatków w badanym okresie o 69,3% (z 19,27 zł w 1998 r. do 32,62 zł w 2010 r.), ale największy wzrost wydatków wystąpił w gospodarstwach pracowników pracujących na stanowiskach nierobotniczych o 155,8% (z 19,79 zł w 1998 r. do 50,63 zł w 2010 r.).

**TABL. 2. PRZECIĘTNE MIESIĘCZNE WYDATKI NA OPIEKĘ AMBULATORYJNĄ PRZYPADAJĄCE NA OSOBĘ W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WEDŁUG GRUP SPOŁECZNO-EKONOMICZNYCH W ZŁ**

| Wyszczególnienie                                | 1998  | 1999  | 2003  | 2006  | 2010  |
|-------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Pracujący na stanowiskach robotniczych          | 23,03 | 24,90 | 29,25 | 23,91 | 30,47 |
| Pracujący na stanowiskach nierobotniczych ..... | 19,79 | 17,91 | 23,81 | 42,81 | 50,63 |
| Rolnicy .....                                   | 19,27 | 17,00 | 26,28 | 25,66 | 32,62 |
| Pracujący na rachunek własny .....              | 26,10 | 33,30 | 34,75 | 46,40 | 52,50 |
| Emeryci .....                                   | 43,77 | 52,66 | 69,72 | 69,88 | 80,54 |
| Renciści .....                                  | 31,74 | 36,97 | 49,63 | 49,72 | 67,82 |
| Utrzymujący się ze źródeł niezarobkowych .....  | 16,37 | 15,44 | 22,82 | .     | .     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji *Ochrona...* (1999, 2000, 2004, 2007, 2011); *Zdrowie w rodzinie...* (1995).

Kolejną determinantą jest liczba osób pracujących w gospodarstwie domowym. Dane na ten temat zebrano tylko za lata 2003 i 2006. Analizując informacje można dostrzec, że występowanie osoby aktywnej zawodowo pozwala obniżać koszty opieki ambulatoryjnej. Przyczyną tego zjawiska jest możliwość zapewnienia, dzięki otrzymywanej płacy, podstawowych warunków egzystencjalnych niezbędnych do podtrzymywania dobrego samopoczucia fizycznego, społecznego i psychicznego.

**3. Czynniki związane ze stanem zdrowia** (występowanie osób niepełnosprawnych, poważnych problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych).

Za pomocą terminu „choroby przewlekłe” określamy wszelkie dysfunkcje organizmu, jeśli trwają nieprzerwanie przez co najmniej 90 dni. Skutkami takich zaburzeń stanu homeostazy może być trwałe upośledzenie fizjologicznych funkcji narządów lub całych układów. Choroby przewlekłe zawsze prowadzą do obniżenia jakości życia pacjentów i ich rodzin. Przeciętne miesięczne wydatki na opiekę ambulatoryjną przypadające na osobę w gospodarstwie według wystę-

<sup>22</sup> Witek (2007), s. 23—56.

powania chorób przewlekłych od 1998 r. systematycznie rosły. W 2010 r. osiągnęły one ok. 60,76 zł przy stwierdzeniu występowania dolegliwości oraz 32,42 zł w przypadku osoby zdrowej.

Kolejną cechą są „poważne problemy zdrowotne”. O ile nie są leczone, mogą doprowadzić do ciężkiego uszczerbku zdrowia, a nawet śmierci. Kwota ogólnych wydatków gospodarstw domowych wzrosła od 1999 r. do 2006 r. z 36,40 zł do 61,45 zł przy zdiagnozowaniu poważnych problemów zdrowotnych.

## Zakończenie

Niedofinansowanie systemu opieki zdrowotnej pogłębiają zmiany wynikające ze zwiększenia oczekiwanej długości życia (co przyczynia się do wzrostu popytu na świadczenia) czy popularyzowania innowacyjnych, droższych technologii medycznych. W konsekwencji nieuniknione jest poszukiwanie metod pozwalających na wprowadzenie dodatkowych strumieni finansowych. Jedną z nich stanowi zwiększenie wydatków sfery prywatnej<sup>23</sup>. Dokładniejsze poznanie i zrozumienie instrumentów finansowych, m.in. związanych z jakością świadczeń medycznych w opiece ambulatoryjnej czy okresem oczekiwania na wizyty do lekarzy specjalistów, pozwoliłoby na podejmowanie bardziej racjonalnych decyzji związanych z konsumpcją bieżącą gospodarstw domowych. Szybkie tempo wzrostu kosztów opieki zdrowotnej w znacznym stopniu przewyższa rozwój ekonomiczny<sup>24</sup>. Niezbędne zatem staje się przededefiniowanie tradycyjnie rozumianej zasady sprawiedliwości w kontekście dystrybucji środków finansowych.

Większe obciążenie gospodarstw domowych powinno być poprzedzone dokładnymi analizami ekonomiczno-finansowymi. Tempo wzrostu wydatków gospodarstw domowych nie może przekraczać tempa rozwoju gospodarczego kraju. W celu uniknięcia prawdopodobnych konfliktów i napięć społecznych, ewentualne zmiany powinny być wprowadzane w ograniczonym zakresie. Podjęcie zbyt agresywnej polityki mogłoby spowodować nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych<sup>25</sup>.

---

**dr Grażyna Dykowska** — *Warszawski Uniwersytet Medyczny*  
**mgr Joanna Gulan** — *LCS — Loss Control Service Sp. z o.o.*

## LITERATURA

Begg D. (2003), *Makroekonomia*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa  
Cylwik A., Warzybok B. (2008), *Rynek leków w Polsce w latach 2004–2007 — charakterystyka i perspektywy rozwoju*, 97 seminarium BRE-CASE, Warszawa

---

<sup>23</sup> Ryć, Skrzypczak (2005), s. 214 i 215.

<sup>24</sup> Getzen T. E. (2000), s. 8.

<sup>25</sup> Stefańska M., Stefański R. (2007), s. 35–43.

- Dochody i warunki życia ludności Polski* (2009), GUS
- Getzen T. E. (2000), *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa
- Jędrzejewski L., Kubiszewska K., Mazurek-Krasodomska E. (2008), *Gospodarstwa domowe na rynku finansowym*, Monografia Katedry Finansów, Wydawnictwo Katedry Finansów Wydziału Zarządzania i Ekonomii Politechniki Gdańskiej
- Kopycińska D. (2006), *Zachowania rynkowe gospodarstw domowych i przedsiębiorstw w okresie transformacji systemowej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w... r.* (1999, 2000, 2004, 2007, 2011), GUS
- Olbrych B. (2009), *Gospodarstwa domowe w warunkach komercjalizacji usług społecznych: dynamika zmian w strukturze*, Wydawnictwo Instytutu Technologii i Eksploatacji, Radom
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w... r.* (2001, 2011, 2012), GUS
- Ryć K., Skrzypczak Z. (2005), *Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce*, „Problemy zarządzania”, nr 4, Wydział Zarządzania UW, Warszawa
- Stefańska M., Stefański R. (2007), *Wzrost gospodarczy a struktura konsumpcji w wybranych krajach*, Wydawnictwo KIK, Warszawa
- Witek J. (2007), *Funkcjonowanie gospodarstw domowych osób pracujących na własny rachunek — praca, zasoby, konsumpcja*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego
- Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011. Podstawowe informacje o sytuacji demograficzno-społecznej Ludności Polski oraz zasobach mieszkaniowych (2012), GUS
- Zalega T. (2007), *Konsumpcja — podstawy teoretyczne*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.* (2012), GUS
- Zdrowie w rodzinie i wydatki na ochronę zdrowia w 1994 r.* (1995), GUS

## SUMMARY

*The article discusses household spending on outpatient care in the years 1998—2010 based on data from CSO. Household consumer preferences are shown related to economic factors, defined by disposal income, and non-economic. In this group, health and socio-occupational and demographic determinants were the most important. The analysis of expenditure on outpatient health care is shown in the background of the legal and organizational changes in the healthcare system, that had implications for their amount.*

## РЕЗЮМЕ

*В статье были обсуждены расходы домашних хозяйств на амбулаторное здравоохранение в 1998—2010 гг. на основе данных из обследований ЦСУ. Были представлены потребительские предпочтения домашних хозяйств в зависимости от экономических (определяемых чистыми доходами) и внеэкономических факторов. В этой группе главное значение имели условия здоровья, а затем общественно-профессиональные и демографические. Анализ расходов на амбулаторное здравоохранение был представлен на фоне организационных и законодательских изменений в системе здравоохранения, имеющих влияние на их размер.*