

Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych – porównanie międzynarodowe

Marlena Piekut

Politechnika Warszawska, Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych
e-mail: mpiekut@op.pl

DOI: 10.12846/j.em.2014.01.04

Streszczenie

W artykule przedstawiono zmiany w poziomie i strukturze wydatków w gospodarstwach domowych na zdrowie w krajach europejskich w latach 1995-2011. Źródłem informacji wykorzystywanych w badaniu były bazy danych GUS-u i Eurostatu. Największe wydatki na zdrowie w Polsce odnotowano w gospodarstwach emerytów i gospodarstwach domowych o najwyższych dochodach. Najmniejsze wydatki zauważono w gospodarstwach domowych o najniższych dochodach i wielodzietne wydatki na zdrowie. W gospodarstwach domowych znajdujących się w Grecji, Irlandii, Belgii, Niemczech i Finlandii zaobserwowano wyższe wydatki na zdrowie, niż w gospodarstwach domowych w krajach byłego bloku wschodniego (Estonia, Czechy, Łotwa, Węgry, Polska i Słowacja).

Słowa kluczowe

gospodarstwo domowe, wydatki na zdrowie, struktura wydatków, trendy w ochronie zdrowia, analiza skupień, Unia Europejska, Polska

Wstęp

Jedną z potrzeb, pojawiającą się w ramach funkcjonowania gospodarstwa domowego, jest ochrona zdrowia. W artykule przedstawiono badanie zróżnicowania poziomu i struktury wydatków na zdrowie w europejskich gospodarstwach domowych ze szczególnym zwróceniem uwagi na gospodarstwa domowe zlokalizowane w Polsce. Istnieje pogląd, że zdrowie populacji jest determinowane głównie przez czynniki pozamedyczne. Przyjmuje się, 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, zdrowy rozwój w dzieciństwie. Stwierdzono także zależność między zdrowiem a wzrostem gospodarczym (Ryć i Skrzypaczek, 2011). Wyższy poziom rozwoju gospodarczego kraju zapewnia większą ilość środków trafiających do systemu ochrony zdrowia, umożliwia wszechstronną i lepszą opiekę medyczną, gwarantuje wyższą jakość żywienia, a nawet lepszy stan środowiska naturalnego, co ma wpływ na stan zdrowia społeczeństwa. Należy także pamiętać, że lepszy stan zdrowia to lepszy kapitał ludzki. Ważną kwestią jest zapewnienie przez państwo godziwej ochrony zdrowia obywateli. Inwestowanie w ochronę zdrowia jest traktowane jako inwestowanie w rozwój cywilizacyjny i kapitał ludzki (Frączkiewicz-Wronka, 2009).

1. Przegląd piśmiennictwa

Sektor ochrony zdrowia można rozpatrywać w aspekcie wydatków na ochronę zdrowia ze źródeł publicznych i prywatnych. Wskazuje się, że kryzys gospodarczy spowodował podjęcie działań dyscyplinujących wydatki publiczne w wielu krajach, w tym także wydatki na ochronę zdrowia (Ryć i Skrzypaczek, 2013). Ograniczenia te mogą mieć wpływ na kondycję sektora ochrony zdrowia poszczególnych krajów, na sytuację ludzi chorych, beneficjentów służby zdrowia, na finanse publiczne i na dochody do dyspozycji w gospodarstwach domowych. Ciekawą analizę podejmuje Mruk (2013), który skupia uwagę na zachowaniach profesjonalnych konsumentów i pacjentów jako kierunku racjonalizowania wydatków na ochronę zdrowia. Według autora profilaktyka osobista, programy zdrowotne w przedsiębiorstwach to przykłady działań dla zwiększania efektywności wydatków. Zachowania konsumentów mogą wpływać na kształtowanie się nowych wzorców zachowań w społeczeństwie. Mruk podkreśla również znaczenie osiągnięć ekonomii behawioralnej oraz sposoby wsparcia dla pacjenta ze strony podmiotów medycznych.

Inną grupą analiz podejmowaną w obszarze wydatków na zdrowie są badania dotyczące wydatków gospodarstw domowych. Problem ten podejmuje Zalega (2013), który zauważa, że w okresie kryzysu blisko 2/5 badanych musiało wprowadzić ograniczenia wydatków na ochronę zdrowia. Największe ograniczenia tych wydatków zostały poczynione w gospodarstwach domowych z osobami starszymi, legitymującymi się wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym, o najniższych dochodach.

Istotną kwestią podejmowaną w badaniach ankietowych na poziomie międzynarodowym jest monitorowanie stanu zdrowia ludności różnych krajów. Kwestie związane ze zdrowiem Europejczyków podejmuje Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia oraz Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (*Zdrowie...*, 2012). Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS) jest realizowane zgodnie z zaleceniami Eurostatu, dotyczącymi zakresu tematycznego i zastosowanych narzędzi badawczych. Zakres badania obejmuje moduły dotyczące stanu zdrowia, korzystania z opieki medycznej i uwarunkowań zdrowotnych. W Polsce badanie wdrożono w 2009 roku. Prowadzone każdego roku Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (EU-SILC) dostarcza informacji dotyczących między innymi oceny stanu zdrowia. Organizacja i metodologia badania są regulowane rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1177/2003 w zakresie statystyki dochodów i warunków życia ludności. Badanie EU-SILC w Unii Europejskiej wdrażano w latach 2004 – 2007, a w Polsce jest prowadzone od 2005 roku.

Badanie EHIS dostarcza informacji o osobach chorujących na przewlekłe choroby. Monitorowana jest w nim zachorowalność na takie choroby, jak: wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca, depresja, astma, choroby płuc, zaliczane do grupy chorób cywilizacyjnych i społecznych. Choroby cywilizacyjne to zespół różnorodnych dolegliwości, których powstawanie i występowanie związane jest z szybkim rozwojem cywilizacyjnym, a choroby społeczne są to choroby szeroko rozpowszechnione, o charakterze przewlekłym, występujące z dużą częstością oraz powodujące znaczne straty społeczne wskutek przedwczesnych zgonów, inwalidztwa, absencji chorobowej i kosztów leczenia (*Zdrowie...*, 2012).

Rozważania na temat sprawowania opieki zdrowotnej nad starzejącym się społeczeństwem Europy, z chorobami przewlekłymi jako głównym obciążeniem, podejmuje Rudawska (2013).

Zalewska (2013) wskazuje, że w wielu wymiarach poprawiają się wskaźniki zdrowia publicznego mieszkańców Unii Europejskiej. Zmniejsza się dystans między oczekiwaną długością życia kobiet i mężczyzn, maleje śmiertelność z powodu chorób przewlekłych i samobójstw, nie zwiększa się wskaźnik narażenia społeczeństwa na zanieczyszczenie powietrza, maleje deklarowana uciążliwość z powodu hałasu. Zaznacza się jednak, że te korzystne tendencje może osłabić długotrwała recesja. Problemem zaspokojenia potrzeb w gospodarstwach domowych w okresie spowolnienia gospodarczego zajmuje się też Czech (2012).

2. Zakres i metodologia badawcza

Analizą objęto dane statystyczne pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego oraz dane Eurostatu. Obiektem zainteresowania było 30 krajów europejskich oraz Unia Europejska jako całość – 27 krajów. Do utworzenia grup państw, a tym samym do zobrazowania podobieństw i różnic w wydatkach na zdrowie w wybranych krajach zastosowano analizę Warda oraz metodę k-średnich.

Metoda Warda to hierarchiczna metoda grupowania, niewymagająca wcześniejszego podania liczby skupień. Na początku procedury zakłada się, że każda jednostka (obiekt) stanowi osobne skupienie, następnie krokowo łączy się w grupy obiekty najbardziej do siebie podobne, aż do uzyskania jednego skupienia zawierającego wszystkie obserwacje. Analiza skupień metodą Warda uważana jest za efektywną, ponieważ zapewnia homogeniczność obiektów wewnątrz skupień, a jednocześnie ich heterogeniczność między skupieniami (Ward, 1963).

Istotną kwestią przy wykorzystaniu analizy skupień jest wybór liczby grup. Wyboru takiego dokonano na podstawie wykresu odległości wiązania względem etapów wiązania. Wyraźnie zauważalny skokowy wzrost poziomu krzywej z reguły wskazuje na optymalny wybór. Wskazuje się też, iż optymalną liczbę skupień otrzymuje się odcinając ramiona dendrogramu w miejscu, gdzie zaczynają się robić dłuższe, czyli tam, gdzie odległości między skupieniami robią się istotnie większe.

Klasteryzacja metodą k-średnich (MacQueen, 1967) należy do deglomeracyjnych metod hierarchicznych analizy skupień. Polega na określeniu liczby grup i centroidów oraz przyporządkowaniu każdego obiektu do grupy, której centroid jest mu najbliższy. Polega na takim podziale obiektów pomiędzy skupieniami, aby uzyskać jak najbardziej podobne obiekty wewnątrz danego skupienia ze względu na badane cechy. Jeśli dwa obiekty są względnie podobne, są umieszczane w tej samej grupie, i są uaktualniane kryteria podobieństwa uwzględniając nowy zbiór elementów w grupie. Algorytm k-średnich jest stosunkowo prosty i szybki. Wadą jest jednak potrzeba określenia liczby klastrów, na jaką ma być podzielony zbiór wejściowy. W niniejszym badaniu problem ten rozwiązano przeprowadzając najpierw analizę Warda, na podstawie której określano liczbę skupień.

W klasyfikacji krajów wykorzystano dwie zmienne określające poziom wydatków na zdrowie w euro na mieszkańca i udział tych wydatków w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych w latach 1995-2011. Zmienne użyte do tworzenia modelu wyrażone były w różnych jednostkach (euro, %), dlatego dokonano ich standaryzacji, celem ujednoczenia charakteru zmiennych.

Analizę statystyczną dokonano z wykorzystaniem programów Statistica 10 i Excel.

3. Wydatki na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (*Budżety...*, 2012) w latach 2000-2011 przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie przypadające na 1 osobę wzrosły o blisko 90%, z poziomu prawie 27 zł w 2000 roku do ponad 50 zł w 2011 roku.

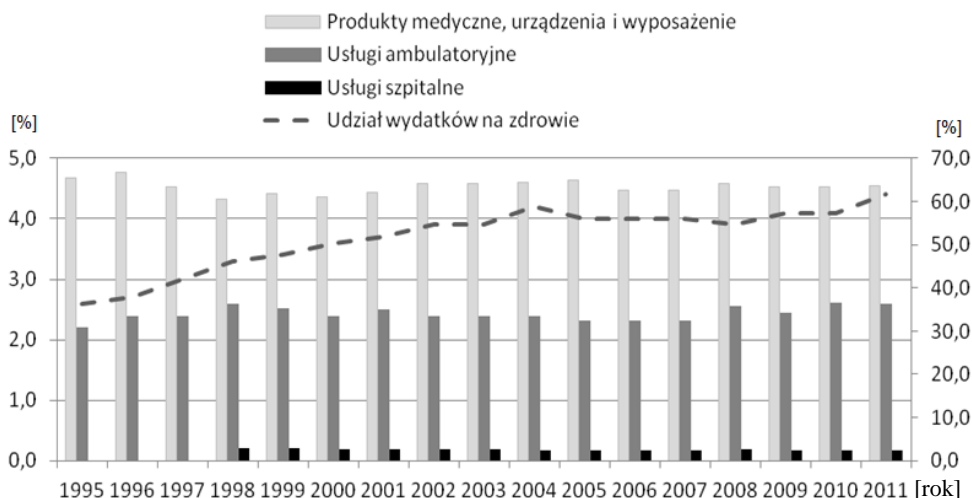
Udział wydatków na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych w 1995 roku stanowił 2,6%, a w 2011 roku - 4,4%. Zauważono, że tempo wzrostu udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych było najwyższe w okresie 1995-2000, czyli z roku na rok wzrastało o 6,7%. W kolejnych latach (2001-2006) dynamika wzrostu udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem ulegała spowolnieniu, z roku na rok udział wydatków wzrastał o 1,8%. W latach 2007-2011 średnie tempo wzrostu udziału wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem wynosiło 1,9%.

W strukturze wydatków na zdrowie wyróżnia się trzy kategorie:

- produkty medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i wyposażenie;
- usługi ambulatoryjne;
- usługi szpitalne.

W okresie 1995-2011 dominującą grupę wydatków na zdrowie stanowiły wydatki na artykuły medyczne, urządzenia i wyposażenie medyczne (rys. 1). Na kategorię tę przeznaczano od około 61% do prawie 67% wydatków ogółem na zdrowie. W 2011 roku artykuły medyczne, urządzenia i sprzęt medyczny pochłonęły blisko 64% wydatków ogółem na zdrowie.

Wydatki na usługi ambulatoryjne stanowiły od około 31% wydatków na zdrowie ogółem w 1995 roku do ponad 36% w 2011 roku. Natomiast wydatki na usługi szpitalne stanowiły najmniejszy odsetek, około 2-3% w wydatkach na zdrowie ogółem w gospodarstwach domowych.



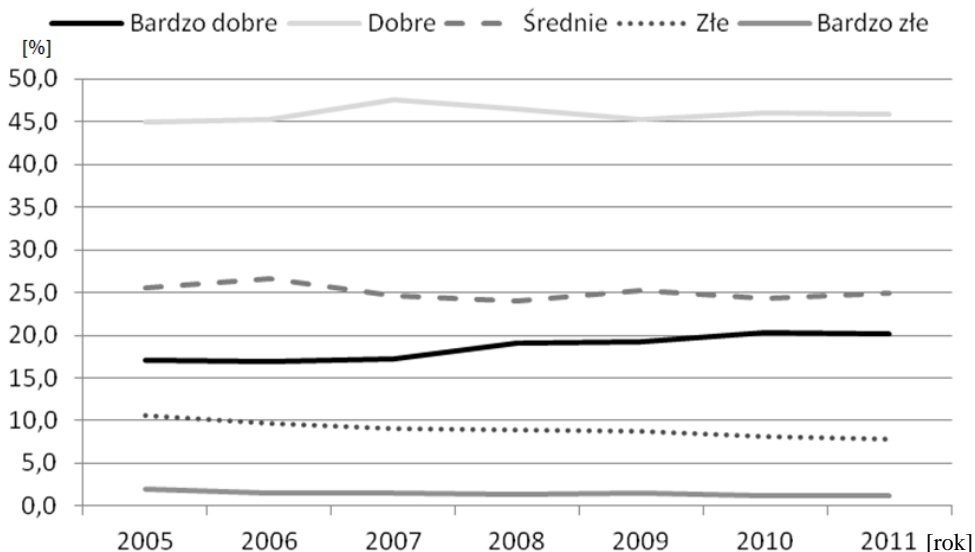
Rys. 1. Udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem oraz struktura wydatków na zdrowie w polskich gospodarstwach domowych w latach 1995-2011

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Final..., 2013).

Z badań wynika (Piekut, 2005), że wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych różni się wiele zmiennych. Według Budżetów Gospodarstw Domowych Głównego Urzędu Statystycznego w zależności od typu gospodarstwa domowego największe wydatki na ochronę zdrowia ponosili emeryci (w 2011 roku miesięcznie ponad 117 zł na osobę), a następnie gospodarstwa domowe z najkorzystniejszą sytuacją materialną (V grupa kwintylowa – miesięcznie 97 zł na osobę) oraz małżeństwa bez dzieci na utrzymaniu (blisko 92 zł na osobę). Na ochronę zdrowia przeznaczano od ponad 80 zł do 88 zł miesięcznie w gospodarstwach domowych pracowników na stanowiskach nierobotniczych, zlokalizowanych w największych miastach (500 i więcej mieszkańców), rencistów oraz pracujących na własny rachunek.

Najmniejsze wydatki na zdrowie odnotowano w gospodarstwach domowych najuboższych (I grupa kwintylowa – miesięcznie blisko 18 zł na osobę) i małżeństw z 3 i większą liczbą dzieci na utrzymaniu (miesięcznie ponad 20 zł na osobę). Miesięcznie od 30 zł do 34 zł na osobę przeznaczano w gospodarstwach domowych zakwalifikowanych do II grupy kwintylowej, w gospodarstwach domowych matek lub ojców samotnie wychowujących dzieci oraz gospodarstwach, w których głowa rodziny posiadała wykształcenie zasadnicze-zawodowe.

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.



Rys. 2. Ocena stanu zdrowia przez Polaków w latach 2005-2011

Źródło: opracowanie własne na podstawie (*Distribution...*, 2013).

Wyniki badań EU-SILC wskazują, że ocena stanu zdrowia dorosłej ludności Polski (w wieku 16 lat i więcej) ulega poprawie (rys. 2). W 2011 roku 34% dorosłych Polaków oceniło swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego, czyli o 4 punkty procentowe mniej niż siedem lat wcześniej. W 2005 roku 17% mieszkańców Polski stwierdziło, że posiada dobry stan zdrowia, podczas gdy w 2011 roku była to ponad 1/5 mieszkańców.

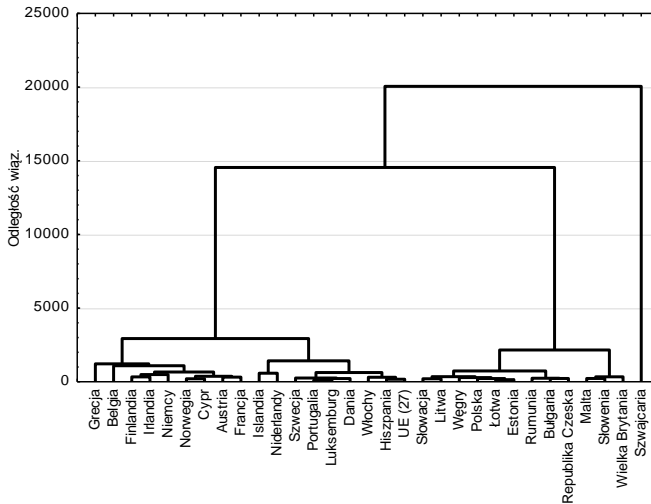
Z badań EHIS wynika natomiast, że wysokie ciśnienie krwi to schorzenie występujące najczęściej we wszystkich krajach. W Polsce na dolegliwość tę uskarżała się 25% respondentów. Około 5% Polaków cierpiało na cukrzycę, 4% na astmę, a 3% na choroby płuc. Występowanie depresji zgłosiło 2% ankietowanych, należy jednak pamiętać, że choroba ta niejednokrotnie traktowana jest jako wstydliva.

4. Wydatki na zdrowie w europejskich gospodarstwach domowych

Współczynnik zmienności obliczony dla poziomu wydatków na zdrowie między poszczególnymi krajami wskazuje, że występuje bardzo duże zróżnicowanie w poziomie wydatków na zdrowie, ale z tendencją do zmniejszania. W 1995 roku współczynnik zmienności wynosił 158%, 2000 roku – 131%, 2006 roku – blisko 110%, a w 2011 roku – 107%. Zauważono także, że od 1995 do 2008 roku dysproporcje pomiędzy krajami z roku na rok systematycznie ulegały zmniejszeniu (w 2008 roku – 104%); w 2009 roku wskaźnik wzrósł do 113%, w kolejnych latach jednak wykazał tendencję spadkową.

Grupowanie krajów ze względu na poziom wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych wybranych krajów przeprowadzono z wykorzystaniem analizy skupień metodami Warda i k-średnich. Obie analizy dały podobne rezultaty.

W wyniku analizy skupień metodą Warda otrzymano 5 grup, które obejmowały od 1 do 9 państw (rys. 3). W metodzie k-średnich też utworzono 5 skupień, z tym że francuskie gospodarstwa domowe zostały zakwalifikowane do skupienia II. W metodzie Warda znalazły się w grupie krajów tworzących skupienie I.



Rys. 3. Skupienia krajów ze względu na poziom wydatków na zdrowie i ich udział w wydatkach ogólnym w gospodarstwach domowych w 2011 według metody Warda

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Final..., 2013).

Do skupienia I zaliczono Grecję, Belgię, Finlandię, Irlandię, Niemcy, Norwegię, Cypr, Austrię i Francję (rys. 3 i 4). Wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na

osobę kształtowały się od 700 euro we Francji do 1000 euro w Belgii. Udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych stanowił od 3% w Norwegii do ponad 6% w Grecji. W skupieniu tym odnotowano, z wyjątkiem jednoelementowego skupienia V, największe wydatki na ochronę zdrowia.

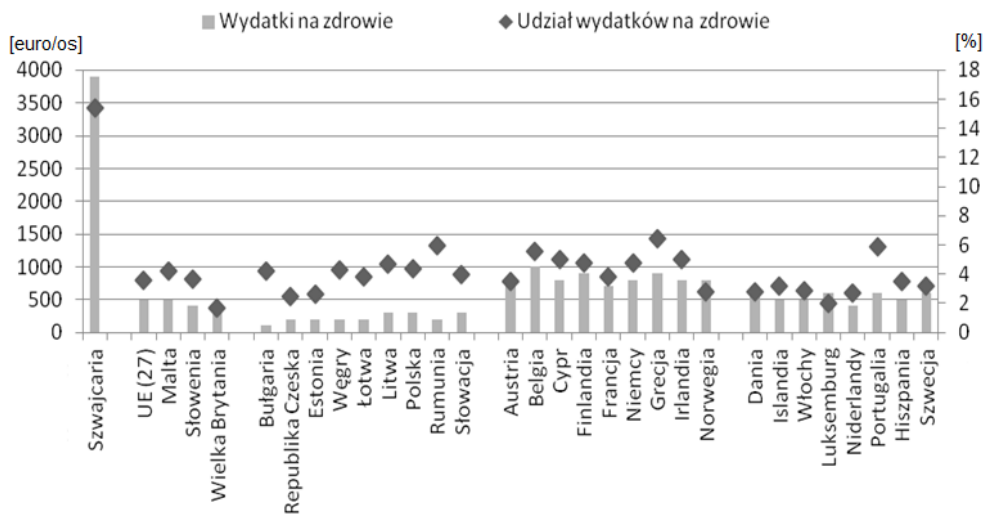
Powyższą analizę warto uzupełnić o badania EHIS, z których wynika, że Belgowie to populacja najczęściej cierpiąca na depresję; co osiemnasty Belg uskarżał się na tę dolegliwość (5,6%), a wśród Greków 2,3%. Natomiast na cukrzycę chorowała relatywnie duża grupa Greków – około 8%, podczas gdy w Belgii odsetek ten był dwa razy niższy. Belgowie to także społeczność relatywnie rzadziej niż pozostali cierpiąca na podwyższone ciśnienie krwi (około 18%). Wykazano, że populacją najrzadziej dotkniętą nadciśnieniem tętniczym byli mieszkańcy Francji, około 15% uskarżało się na to schorzenie, podczas gdy wśród Austriaków – 22%, a wśród Greków - 21% populacji. Francuzi natomiast częściej niż pozostali chorowali na astmę (7% badanej populacji). Na astmę chorowało około 4% dorosłych Greków, Austriaków i tyle samo mieszkańców Belgii. Przewlekłe choroby płuc dotknęły po około 4% mieszkańców Austrii i Francji.

Z badań EU-SILC wynika, że Grecy najlepiej ocenili swoje zdrowie – 88% uznało, że posiada dobry lub bardzo dobry stan zdrowia, podobnie Irlandczycy – 87%. Najgorzej z I skupienia ocenili swoje zdrowie Niemcy (72% wskazało na dobry i bardzo dobry stan zdrowia), a następnie Francuzi (75%), Austriacy (76%) i Norwegowie (77%). Należy jednak pamiętać, że dane na temat samooceny stanu zdrowia odnoszą się do subiektywnych odczuć respondentów.

Przewidywana średnia długość życia w zdrowiu dla dzieci urodzonych w 2010 roku w omawianym skupieniu wynosiła od 77 lat w Finlandii do 79 lat na Cyprze.

Skupienie II utworzyły Islandia, Niderlandy, Szwecja, Portugalia, Luksemburg, Dania, Włochy, Hiszpania i Unii Europejskiej (27 krajów), (rys. 3 i 4). Wydatki na zdrowie wynosiły od 400 euro na osobę w Niderlandach do 600 euro na osobę w Danii, Luksemburgu, Portugalii i Szwecji. Wydatki na zdrowie absorbowaly 2-3% wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych, jedynie w Portugalii stanowiły blisko 6%.

Z danych EHIS wynikało, że Hiszpanie, obok Belgów, to jedna z populacji najczęściej cierpiących na depresję, co dziewiętnasty Hiszpan uskarżał się na tę dolegliwość. Relatywnie wysoki odsetek mieszkańców Hiszpanii cierpiało też na cukrzycę – około 6%. Astma to choroba dotykająca ponad 4% mieszkańców Hiszpanii, a wysokie ciśnienie krwi odnotowano u ponad 19%.



Rys. 4. Wydatki na ochronę zdrowia oraz udział wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych w 2011 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Final..., 2013).

Według danych EU-SILC najlepiej ocenili swoje zdrowie Szwedzi, Hiszpanie, Holendrzy i Islandczycy – ponad 80% badanych twierdziło, że posiada dobre lub bardzo dobre zdrowie. Trochę gorszą samoocenę stanu zdrowia odnotowano dla dorosłych Duńczyków, Włochów i Luksemburczyków – 75-77% uznało, że posiada co najmniej dobry stan zdrowia. Najgorzej postrzegali swoje zdrowie mieszkańcy Portugalii – około 59% stwierdziło, że posiada dobre lub bardzo dobre zdrowie.

Oczekiwana długość życia w zdrowiu dla dzieci urodzonych w 2010 roku wynosiła od blisko 77 lat w Portugalii do prawie 80 lat w Islandii.

W skupieniu III znalazły się Słowacja, Litwa, Węgry, Polska, Łotwa, Estonia, Rumunia, Bułgaria i Republika Czeska (rys. 3 i 4). W wymienionych krajach odnotowano najmniejsze wydatki na zdrowie od 100 euro na osobę w Bułgarii do 300 euro na osobę na Litwie, w Polsce i Słowacji. Najniższy udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem gospodarstw domowych odnotowano w Bułgarii i Estonii – odpowiednio 2,5% i 2,6%, a najwyższy w Rumunii – około 6%. W pozostałych krajach wydatki na zdrowie stanowiły 4-5% wydatków ogółem w gospodarstwach domowych.

Dane uzyskane z badania EHIS, dotyczące osób chorujących na choroby przewlekłe wskazały, że najwyższy odsetek osób z chorobą nadciśnieniową odnotowano na Węgrzech, gdzie chorowała częściej niż co trzecia osoba, stosunkowo dużą, 30-

procentową grupę stanowili też mieszkańcy Słowacji. Wysokie ciśnienie krwi było również chorobą więcej niż ¼ Czechów, Łotyszów, Słoweńców, Czechów oraz Polaków. W Estonii mniejszy odsetek ludności uskarżał się na wysokie ciśnienie krwi – 21%. Węgrzy to także osoby najczęściej chorujące na cukrzycę (około 8%), względnie często cierpiący na depresję – około 5%, na astmę (ponad 5%), a także na choroby płuc – ponad 4%. Najrzadziej na cukrzycę chorowali mieszkańcy Łotwy – niewiele ponad 3%, podobnie jak Estończycy (3,5%). Wśród mieszkańców Republiki Czeskiej na astmę cierpiało około 4% populacji, na przewlekłe choroby płuc i depresję – po blisko 3%, na cukrzycę ponad 6% (jeden z wyższych wskaźników). Mieszkańcy Estonii relatywnie rzadziej zgłaszali zachorowalność na astmę – około 2% oraz na choroby płuc – 2%.

Obok niskich wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych III skupienia zauważono najniższą samoocenę stanu zdrowia. W gospodarstwach domowych Litwinów i Łotyszów jedynie 56% twierdziło, że posiada co najmniej dobry stan zdrowia, a co dziesiąta osoba wskazywała, że posiada złe lub bardzo złe zdrowie. Około 66% Polaków stwierdziło przynajmniej dobry stan zdrowia. Najlepiej z analizowanej grupy swoje zdrowie ocenili Bułgarzy i Rumuni – 80% uznało, że posiada bardzo dobre lub dobre zdrowie.

W III skupieniu znalazły się kraje, w których według prognoz odnotowano relatywnie krótkie dalsze trwanie życia, od 68 lat dla dzieci urodzonych w 2010 roku na Litwie do 75 lat dla urodzonych w Republice Czeskiej.

Skupienie IV objęło Maltę, Słowenię i Wielką Brytanię (rys. 3 i 4). W gospodarstwach domowych wymienionych krajów statystyczny mieszkaniec przeznaczal na zdrowie 300-500 euro. Udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych stanowił między 2% w Wielkiej Brytanii a ponad 4% na Malcie. Według EHIS Maltańczycy w najmniejszym stopniu uskarżali się na choroby płuc – 1,2%.

Statystycznie 75% mieszkańców EU-27 krajów w badaniu EU-SILC stwierdziło, że posiada dobry lub bardzo dobry stan zdrowia. W analizowanym skupieniu najlepiej swój stan zdrowia ocenili Brytyjczycy – 82% uznało, że posiada dobre lub bardzo dobre zdrowie. Wśród mieszkańców Malty 79% oceniło swoje zdrowie na poziomie co najmniej dobrym a wśród mieszkańców Słowenii – 68%.

Skupienie V było jednoelementowe i obejmowało Szwajcarię (rys. 3 i 4). W szwajcarskich gospodarstwach domowych odnotowano największe wydatki na zdrowie – 3900 euro na mieszkańca, przy czym pochłaniały one dużą część budżetu domowego – w 2009 roku – 15,4% wydatków ogółem.

Według danych EU-SILC Szwajcarzy, obok Greków i Irlandczyków najlepiej ocenili swój stan zdrowia. W 2011 roku blisko 85% dorosłych mieszkańców Szwajcarii stwierdziło, że posiada dobry lub bardzo dobry stan zdrowia.

Oczekiwana średnia długość życia w zdrowiu dla dzieci urodzonych w Szwajcarii w 2010 roku wyniosła ponad 80 lat. Jest to najwyższa prognoza wśród analizowanych krajów.

5. Dyskusja wyników

Z badań własnych wynika, że udział wydatków na zdrowie w wydatkach ogółem w polskich gospodarstwach domowych wykazywał tendencję wzrostową. Największą część wydatków na zdrowie stanowiły wydatki na produkty medyczne oraz urządzenia i wyposażenie medyczne użytkowane w gospodarstwie domowym. Z raportu *Diagnoza Społeczna 2011* (Czapiński i Panek, 2011) wynikało, że zdecydowana większość członków gospodarstw domowych korzystała z placówek służby zdrowia opłacanych przez NFZ (91%). Spostrzeżono, że prawie połowa z nich korzystała także z usług medycznych świadczonych przez placówki prywatne. Udział gospodarstw domowych inwestujących w ochronę zdrowia z własnego budżetu w okresie 2007-2011 uległ zwiększeniu o około 4,4 punkty procentowe. Wskazuje się (Rulkiewicz, 2012; Pacian i in., 2012), że procesy demograficzne i stopniowy wzrost zamożności społeczeństw spowoduje zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu prywatnej opieki zdrowotnej.

Na wydatki w gospodarstwach domowych wpływają cechy gospodarstw domowych. Z przeprowadzonej analizy oraz innych badań (Piekut, 2008) wynikało, że w miarę wzrostu liczby osób w gospodarstwie domowym zmniejszały się wydatki na zdrowie w przeliczeniu na osobę. Zauważono także (Cieciela, 2002), 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.

W raporcie *Diagnoza Społeczna 2011* wskazano, że z powodów finansowych część gospodarstw domowych była zmuszona rezygnować z różnych usług zdrowotnych. Najczęściej rezygnowano z leczenia zębów – ponad 17% gospodarstw domowych, a z zakupu leków rezygnowało około 18% gospodarstw domowych. Najwięcej rezygnacji dotyczyło gospodarstw rencistów, utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, rodzin niepełnych oraz najuboższych. Częściej ze świadczeń medycz-

nych rezygnowano w gospodarstwach domowych wiejskich niż miejskich. Najbardziej z różnych usług zdrowotnych rezygnowano w gospodarstwach domowych utrzymujących się z pracy na własny rachunek.

W Polsce zwiększa się udział osób bardzo dobrze oceniających swój stan zdrowia. W badaniu Centrum Badań Opinii Społecznej (Boguszewski, 2012) przeprowadzonym w 2012 roku blisko $\frac{3}{5}$ dorosłych Polaków (57%) określiło stan swojego zdrowia jako co najmniej dobry, w tym co szósty (16%) był nim bardzo usatysfakcjonowany. Niezadowolenie wyraziło 13% badanych, a prawie jedna trzecia (30%) oceniła swoje zdrowie jako takie sobie.

Zauważono, że kobiety gorzej oceniały swoje zdrowie niż mężczyźni. Zjawisko to zaobserwowano także w innych krajach europejskich. W Polsce stosunkowo niskie oceny własnego zdrowia (poniżej oceny dobrej) zadeklarowało prawie 45% dorosłych Polek, a wśród mężczyzn 39% (o ponad 6 punktów procentowych mniej).

W raporcie *Diagnoza Społeczna 2011* zaznaczono, że mimo ciągłego narzekania na system ochrony zdrowia systematycznie spada odsetek negatywnych ocen w stopniu zaspokajania potrzeb zdrowotnych (41% w 2000 roku, 26% w 2011 roku).

W gospodarstwach domowych z krajów o mniejszych wydatkach na zdrowie zaobserwowano niższą samoocenę stanu zdrowia, a także krótszą przewidywaną długość życia. Badania wskazują (Ryc i Skrzypaczek, 2012), że istnieje pewien poziom produktu krajowego brutto, przy osiągnięciu którego następuje względna stabilizacja przewidywanej długości życia. W krajach, w których PKB per capita wynosiło powyżej 25 tysięcy USD przewidywana długość życia dla mężczyzn zawierała się w przedziale 77-79 lat, a dla kobiet 83-85 lat. Dla niższych poziomów PKB charakterystyczna była niższa i malejąca – wraz ze spadkiem PKB – przewidywana długość życia.

Zauważono też, że dochodzi do zmniejszania różnic w wydatkach na ochronę zdrowia pomiędzy krajami europejskimi, choć w okresie kryzysu finansowo-gospodarczego doszło do przejściowego pogłębienia różnic w wydatkach w gospodarstwach domowych. Zjawisko to zaobserwowano też w innych badaniach (Kiryluk i Ejdyś, 2011; Piekut, 2013).

Warto wspomnieć o trendach pojawiających się wśród konsumentów w zakresie ochrony zdrowia. Wcześniej wspomniano, że będzie wzrastało zapotrzebowanie na prywatne usługi medyczne. Trendem cywilizacyjnym jest turystyka zdrowotna, pojęcie stosunkowo nowe, choć zjawisko znane jest już od dawna. Turystyka zdrowotna obejmuje wyjazd na dobę lub dłużej poza miejsce zamieszkania w celu regeneracji zdrowia psychicznego, fizycznego, poddania się zabiegom, operacjom, korekcji urody w klinikach dokonujących przyjęcia pacjentów (Łęcka, 2003). Turystyka zdrowotna obejmuje turystykę uzdrowiskową, turystykę medyczną i turystykę

Spa&Wellnes. Wzrost świadomości społecznej na temat zdrowia oraz zmiany stylu życia wpływają na zainteresowanie tą formą. Według prognoz w najbliższym czasie wyjazdy turystyczne, których celem będzie korzystanie z szerokiego zakresu usług turystyczno-medycznych, będą wzrastały (Lubowicki-Vikuk, 2012).

Berg (2008) wymienia czynniki, jakie będą miały wpływ na dalszy rozwój turystyki medycznej. Są to:

- niższe ceny dodatkowo zwiększające motywacje do wyjazdów;
- reformy systemów opieki zdrowotnej przewidujące dopłaty za wykonanie określonych usług poza granicami kraju;
- słabo rozwinięta opieka medyczna w niektórych krajach;
- dążenia wielu krajów do zmiany profilu turysty odwiedzającego ich kraj z tak zwanego taniego turysty na turystę o „wyższej jakości”, zostawiającego więcej pieniędzy;
- możliwość polepszenia rentowności i obłożenia szpitali państw przyjmujących turystów;
- długie kolejki oczekujących na zabiegi chirurgiczne.

Innym obserwowanym trendem jest wirtualizacja konsumpcji. Badania przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny (*Wykorzystanie...*, 2012) wskazują, że około 39% respondentów umawiało się na wizyty lekarskie przez Internet, a około 4% zamawiało produkty związane ze zdrowiem (suplementy diety – 2,4%, leki 1,8%, inne – 1,8%). Wraz ze wzrostem wykształcenia respondentów wzrastało też wykorzystanie Internetu. Lekarstwa poprzez Internet zamawiało blisko 13% respondentów z wyższym wykształceniem, podczas gdy z wykształceniem zasadniczym zawodowym około 3%. Osoby z większych miast częściej niż pozostali wykorzystywali Internet do zamawiania produktów związanych ze zdrowiem (około 3% mieszkańców wsi i około 8% mieszkańców miast powyżej 100 tys. mieszkańców). Internet stanowi narzędzie do wyszukiwania informacji dotyczących zdrowia. W 2012 roku około ¼ ankietowanych poszukiwała w Internecie informacji o chorobach i ich symptomach, blisko 18% badanych poszukiwało informacji o zdrowym stylu życia, 14% respondentów sprawdzało godziny przyjęć lekarzy, a ponad 7% było zainteresowanych alternatywnymi sposobami leczenia.

Podsumowanie

W artykule zaprezentowano poziom i strukturę wydatków w europejskich gospodarstwach domowych, zwłaszcza w odniesieniu do Polski, klasyfikację krajów ze względu na wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych oraz informacje

o nadchodzących zmianach w zachowaniach dotyczących zdrowia w gospodarstwach domowych. Jest to niezwykle ważny aspekt, ponieważ możliwości zapewnienia właściwej ochrony zdrowia członkom społeczeństwa, wystarczające dochody w gospodarstwach domowych zapewniające zaspokojenie potrzeb związanych z ochroną zdrowia członków gospodarstw domowych warunkują właściwą jakość kapitału ludzkiego.

Podsumowując analizę dotyczącą poziomu wydatków na zdrowie i ich udziału w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych można stwierdzić, że:

- Polska znajduje się w grupie krajów z relatywnie niskimi wydatkami na zdrowie przy względnie wysokim ich udziale w wydatkach ogółem w gospodarstwach domowych; największe wydatki na zdrowie ponoszone są w gospodarstwach domowych emerytów oraz z wyższych grup dochodowych. Najmniejsze wydatki na zdrowie oraz największy udział rezygnacji ze świadczeń zdrowotnych odnotowano w gospodarstwach domowych najuboższych, rodzinach niepełnych oraz zlokalizowanych na wsiach. Wprowadzenie większej partycypacji gospodarstw domowych w pokrywaniu kosztów leczenia może być szczególnie niebezpieczne dla gospodarstw domowych wielodzietnych i rodzin niepełnych borykających się z trudnościami finansowymi, które rezygnują z wielu usług medycznych ze względów materialnych.
- Największe wydatki na ochronę zdrowia ponosili mieszkańcy Grecji, Irlandii, Belgii, Niemiec i Finlandii. W badaniach EHIS dowiedziono także, że w krajach tych odnotowano najwyższy poziom zadowolenia z posiadanego stanu zdrowia i relatywnie długie dalsze trwanie życia.
- Najmniejsze wydatki na ochronę zdrowia ponosili mieszkańcy Estonii, Republiki Czeskiej, Łotwy, Węgier, Polski i Słowacji. Według danych EHIS w gospodarstwach tych odnotowano także najniższy poziom zadowolenia ze stanu zdrowia i najkrótszą oczekiwaną długość życia. Można więc stwierdzić, że położenie geopolityczne oraz czas pozostawania członkiem Unii Europejskiej ma pewien wpływ na podział krajów. Jednakże powyższy wniosek należałoby potwierdzić szerszymi badaniami.

Korzystając z dwóch wielowymiarowych metod statystycznych uzyskano podział krajów Unii Europejskiej ze względu na wydatki na zdrowie. Wykorzystanie różnych metod statystycznych dało podziały na grupy, które nie do końca się pokrywały, co upoważnia do wyciągnięcia następujących wniosków. Wykorzystując metody należące do grupy analizy skupień należy ostrożnie podchodzić do wyników. Metody statystyczne są pomocne w badaniach, jednak powinny być poparte wiedzą

eksperta w danej dziedzinie. Wykorzystane metody (Warda, k-średnich) dają możliwość szybkiej analizy danych i wyciągnięcia ciekawych wniosków. Zasadne jest stosowanie więcej niż jednej metody statystycznej w celu pełnego wykorzystania informacji zawartych w danych oraz bardziej kompleksowej analizy.

Literatura

1. Berg W. (2008), *Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus*, Oldenbourg, Monachium
2. Boguszewski R. (2012), *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*, Komunikat z badań, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa
3. *Budżety Gospodarstw Domowych w 2011 r.* (2012), GUS, Warszawa
4. Ciecieląg J. (2002), *Oszacowanie skal ekwiwalentnych*, *Ekonomia* 7, s. 123-133
5. Czapiński J., Panek T. (red.), (2011), *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa
6. Czech A. (2012), *Metodologiczne aspekty badań konsumpcji w ujęciu bezpośrednim*, *Ekonomia i Zarządzanie* 4, s. 7- 17
7. *Distribution of population aged 18 and over by health status, age group and sex* (2012), <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> [27.07.2013]
8. *Final consumption expenditure of households by consumption*, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/> [22.07.2013]
9. Frączkiewicz-Wronka A. (2009), *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer Polska
10. Kiryluk H., Ejdyś J. (2011), *Rozwój turystyki w Polsce i województwie podlaskim w latach kryzysu*, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu* 225, s. 336-350
11. Łęcka I. (2003), *Nowe (?) trendy w turystyce zdrowotnej*, *Prace i Studia Geograficzne* XXXII, s. 174-175
12. Lubowicki –Vikuk A. (2012), *Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce*, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne Problemy Usług* 86, s. 553-568
13. MacQueen J. (1967), *Some methods for classification and analysis of multivariate observations*, *Proceedings of the fifth Berkeley symposium on mathematical statistics and probability* 1, pp. 281-297
14. Mruk H. (2013), *Zachowania pacjentów a wydatki na ochronę zdrowia*, *Problemy Zarządzania* 11 (1), s. 160-173

15. Pacian J., Pacian A., Daniluk-Jaromoniuk A. (2012), *Dyskryminacja bezpośrednia i pośrednia jako problem prawny i społeczny*, Roczniki Nauk Prawnych 22 (3), s. 79-92
16. Piekut M. (2005), *Zróżnicowanie wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych z dziećmi na utrzymaniu*, Wiadomości Statystyczne 9, s. 31-38
17. Piekut M. (2008), *Polskie gospodarstwa domowe – dochody, wydatki i wyposażenie w dobra trwałego użytkowania*, Wydawnictwo Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Warszawa
18. Piekut M. (2013), *Wydatki na zagospodarowywanie czasu wolnego w gospodarstwach domowych*, Ekonomia i Zarządzanie 3, s. 64-81
19. Rudawska I. (2013), *Trendy epidemiologiczno-demograficzne jako wyzwanie dla europejskich systemów ochrony zdrowia*, Problemy Zarządzania 11 (1), s. 34-52
20. Rulkiewicz A., *Perspektywy rozwoju prywatnych usług medycznych – trendy 2012*, http://www.infozdrowie.org/attachments/finanse2012/2012%2002%20perspektywy%20rozwoju_mk.pdf [22.07.2013]
21. Ryć K., Skrzypaczek Z. (2011), *Wskaźniki epidemiologiczne i ich ekonomiczne determinanty w krajach Unii Europejskiej*, w: Ryć K., Skrzypaczek Z. (red.), *Ochrona zdrowia na świecie*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa
22. Ryć K., Skrzypaczek Z. (2012), *Przewidywana długość życia jako podstawowy miernik efektywności systemu ochrony zdrowia*, Problemy Zarządzania 9 (3), s. 27-41
23. Ryć K., Skrzypaczek Z. (2013), *Ochrona zdrowia w warunkach turbulencji w gospodarce światowej*, Problemy Zarządzania 11 (1), s. 9-23
24. Ward J. H. (1963), *Hierarchical grouping to optimize an objective function*, Journal of the American Statistical Association 58, s. 236-244
25. *Wykorzystanie technologii informacyjno-(tele)komunikacyjnych w przedsiębiorstwach i gospodarstwach domowych w 2012 r.* (2012), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa
26. Zalega T. (2013), *Wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w okresie kryzysu*, Problemy Zarządzania 11 (1), s. 174-192
27. Zalewska M. (2013), *Analiza wybranych wskaźników zdrowia publicznego w świetle strategii zrównoważonego rozwoju w krajach UE*, Problemy Zarządzania 11 (1), s. 53-71
28. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* (2012), Główny Urząd Statystyczny, Warszawa

Household health expenditure - international comparison

Abstract

The paper presents the changes in the level and the structure of expenditure of households on health in European countries in 1995-2011. The source of information for this study was the household budget survey by the Central Statistical Office and Eurostat data. In Poland, the households of the retired and the households with the highest income displayed the highest expenditure on health. Expenditure on health were the lowest in the households with the lower income and with many children. Households in Greece, Ireland, Belgium, Germany and Finland are characterized by higher health compared to the households of the Eastern Bloc countries (Estonia, Czech Republic, Latvia, Hungary, Poland and Slovakia).

Keywords

household, health expenditure, structure of expenditure, trends in health care, cluster analysis, EU, Poland