

## Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce.

### 1. WPROWADZENIE

W ramach ochrony zdrowia zaspokajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa jest nadrzędnym celem polityki społecznej.

Traktowanie ochrony zdrowia jako działalności gospodarczej sprawia, że można ją analizować zarówno od strony podażowej (zdolności usługowych), jak i od strony użytkownika (konsumenta), czyli od strony popytowej (zapotrzebowania). Działalność w tej sferze, poprzez analogię do działalności typowo ekonomicznej, może podlegać stale powtarzającym się, wzajemnie powiązanym fazom:



Relacje te świadczą, iż zdolność usługowa omawianego sektora («produkcja») umożliwia realizację potrzeb zdrowotnych («konsumpcję»).

W tej części sfery niematerialnej, w ograniczonym zakresie, funkcjonują mechanizmy rynkowe. Jest to przede wszystkim związane z systemem organizacyjnym ochrony zdrowia oraz rolą państwa w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa określane jest mianem konsumpcji medycznej. Konsumpcja ta może być realizowana za pośrednictwem zespołu różnorodnych dóbr i usług świadczonych przez wyspecjalizowane placówki służby zdrowia wchodzące tym samym w zakres funkcjonowania sfery usług niematerialnych. Zatem ludność zgłaszająca potrzeby zdrowotne występuje jako konsument produktu społecznego. W warunkach polskich konsumpcja medyczna finansowana jest całkowicie lub częściowo przez konsumentów z ich dochodów osobistych, a częściowo z funduszy społecznych. Wynika stąd wniosek, że w badaniu tej kategorii niezbędne jest oddzielne rozpatrywanie dóbr i usług częściowo lub całkowicie finansowanych przez budżet państwa.

### 2. WYDATKI BUDŻETU PAŃSTWA NA OCHRONĘ ZDROWIA W LATACH 1993 - 1997

Ochrona zdrowia, jako sfera niematerialna, w znacznym stopniu była finansowana przez budżet państwa. W dotychczasowej polityce finansowania działalności ochrony zdrowia stosowano finansowanie planowanych zadań. W nowym proponowanym programie reform w ochronie zdrowia przyjmuje się jako nadrzędną zasadę finansowanie za wykonanie konkretnych zadań. Wprowadzenie tej zasady miałoby na celu automatyczne dostosowanie działań do aktualnych potrzeb zgłaszanych przez poszczególne grupy ludności, a tym samym pozwalałoby na prowadzenie polityki

zdrowotnej w sposób bardziej elastyczny. Jest to bardzo istotne, bowiem wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia nie stanowią jednolitej kategorii.

Wydatki na ochronę zdrowia, stosunkowo małe w porównaniu z wymaganiami, są bardzo silnie powiązane z poziomem dochodu narodowego. Jego wzrost zawsze powoduje wzrost wydatków na ochronę zdrowia, aczkolwiek nie zawsze w takim samym stopniu. <sup>(1)</sup>

W badaniach przeprowadzonych przez profesor J. Suchecką wynika, że dochód narodowy jest jedną z podstawowych zmiennych wpływających na kształtowanie się realnych wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia. Relacja tej wielkości i ogólnej liczby ludności w sposób syntetyczny wyraża proporcjonalność rozwoju systemu ochrony zdrowia i ogólnego poziomu ekonomicznego kraju. <sup>(2)</sup>

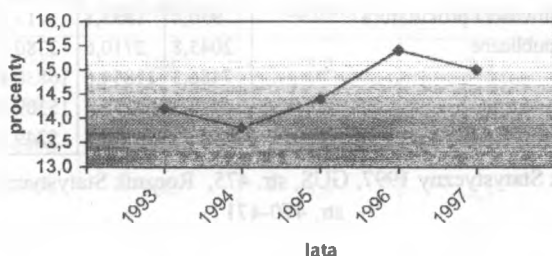
Tablica 1 oraz wykres 1 pokazują kształtowanie się wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia w Polsce w ostatnim pięcioleciu.

**Tablica 1** Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia (ceny bieżące w mln zł) i ich udział (w procentach) w budżecie państwa w latach 1993 - 1997.

Lata	Wydatki całkowite budżetu państwa na ochronę zdrowia	Udział ochrony zdrowia W budżecie państwa
1993	50242,8	14,2
1994	68865,0	13,8
1995	91169,7	14,4
1996	108841,7	15,4
1997	125674,9	15,0

Źródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997, GUS, str. 343,  
Rocznik Statystyczny 1998, GUS, str. 471

**Wykres 1** Udział procentowy wydatków z budżetu państwa na ochronę zdrowia w wydatkach budżetowych w latach 1993 - 1997



<sup>(1)</sup> J. Cullis, P. West, (1979), «The Economics of Health», Martin Roberts, Oxford.

<sup>(2)</sup> J. Suchecka, (1998), «Ekonometria ochrony zdrowia». Absolwent, Łódź.

Analizując prezentowane dane liczbowe można stwierdzić, że udział wydatków z budżetu państwa na ochronę zdrowia w wydatkach budżetowych w rozpatrywanym okresie kształtował się powyżej 14,0%. Jedynie w roku 1994 wydatki na ochronę zdrowia stanowiły mniej niż 14,0% wydatków budżetowych.

Uzupełnieniem przeprowadzonej charakterystyki mogą być prezentowane w tabeli 2 wydatki budżetu państwa według działów.

**Tabela 2 Wydatki budżetu państwa na ochronę zdrowia na tle innych działów (ceny bieżące w mln zł).**

Wyszczególnienie	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Ochrona zdrowia</b>	<b>7132,1</b>	<b>9517,3</b>	<b>13132,6</b>	<b>16742,0</b>	<b>18891,9</b>
Dotacje na finansowanie zadań gospodarczych	1956,5	2208,4	2739,1	2510,8	2695,3
Przemysł	148,8	127,2	148,7	227,3	114,8
Budownictwo	52,7	60,2	72,9	85,4	97,1
Rolnictwo	625,9	1035,7	1455,9	1998,7	2207,9
Leśnictwo	36,0	82,9	105,8	159,2	136,2
Transport	642,7	934,8	1259,4	1888,9	2096,5
Łączność	42,1	38,0	93,6	99,3	128,6
Handel: wewnętrzny	250,7	331,1	326,7	396,1	458,9
Zagraniczny	9,2	23,2	20,4	27,5	35,6
Różne usługi materialne	304,8	375,1	441,5	554,4	661,5
Gospodarka komunalna	644,7	745,0	920,5	1141,2	1460,7
Gospodarka mieszkaniowa oraz niematerialne usługi komunalne	67,0	91,5	117,2	142,6	486,0
Nauka	892,8	1165,9	1437,6	1855,0	2192,6
Oświata i wychowanie	5174,8	7691,4	10309,8	5322,7	6477,1
Szkolnictwo wyższe	1269,6	1626,4	2174,7	3002,4	3752,2
Kultura i sztuka	382,1	515,2	703,6	829,7	1036,7
Opieka społeczna	3285,8	4549,9	8518,9	10779,5	10888,8
Kultura fizyczna i sport	64,1	89,1	122,8	169,5	218,8
Turystyka i wypoczynek	20,4	26,1	39,2	60,8	69,4
Administracja państwowa	1601,0	2310,7	3115,8	3950,0	4927,1
Wymiar sprawiedliwości i prokuratura	930,4	1333,8	1713,1	2345,5	2790,2
Bezpieczeństwo publiczne	2043,8	2710,6	3380,4	4318,3	4901,8
Finanse	7486,3	11854,6	16830,4	17651,3	19328,9
Ubezpieczenia społeczne	10420,7	14273,4	15309,9	17564,6	21229,3
Obrona narodowa	3309,0	4127,5	5249,4	6003,3	7275,0

Źródło: Rocznik Statystyczny 1997, GUS, str. 475, Rocznik Statystyczny 1998, GUS, str. 470-471

Obserwując sytuację ekonomiczną kraju można wysnuć wniosek, że wielkość wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia może wyrażać «ilościowo» wielkość

zapotrzebowania na dobra i świadczenia medyczne. Instytucje działające w ramach rozpatrywanej tutaj sfery usług niematerialnych przyczyniają się do tworzenia produktu narodowego generując tym samym zapotrzebowanie m. in. na materiały czy środki lecznicze. Zaspokajają one potrzeby społeczne, które mają, w pewnej części, formę popytu rynkowego. Można zatem powiedzieć, iż sfera ochrony zdrowia podlega pewnym prawidłowościom ekonomicznym, chociaż w niepełnym zakresie.

## 2. WYDATKI GOSPODARSTW DOMOWYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA W LATACH 1993 - 1997

Konsumpcję medyczną można traktować jako element konsumpcji indywidualnej, który jest ściśle powiązany z polityką społeczno-ekonomiczną państwa. Jako element struktury indywidualnej konsumpcja medyczna podlega tym samym prawidłowościom i zależnościom jak inne grupy dóbr materialnych i usług niematerialnych służące do zaspokajania potrzeb konsumentów. Jest to niezmiernie ważne w kontekście przejścia do gospodarki rynkowej. Potwierdzeniem tego założenia jest finansowanie przez ludność z dochodów osobistych części świadczeń i artykułów medycznych.

Zakup artykułów medycznych i usług częściowo lub całkowicie płatnych realizuje się na rynku poprzez wydatki.

Częściowa odpłatność za leki i środki medyczne, zmieniające się na przestrzeni lat warunki funkcjonowania sfery ochrony zdrowia, zmiany w systemie ubezpieczeń społecznych w różny sposób wpływa na kształtowanie się udziałów tej kategorii wydatków w całkowitej konsumpcji dóbr materialnych i usług niematerialnych z dochodów osobistych ludności.

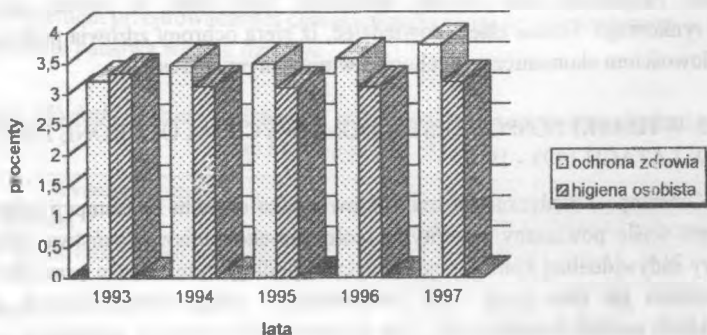
Tabela 3 zawiera dane informujące o kształtowaniu się udziałów konsumpcji medycznej finansowanej z dochodów osobistych ludności w konsumpcji indywidualnej w latach 1993 - 1997.

**Tabela 3** *Udział konsumpcji medycznej w konsumpcji indywidualnej ludności w latach 1993 - 1997 (w procentach).*

Lata	Konsumpcja indywidualna	Ochrona zdrowia	Higiena osobista
1993	100	3,2	3,3
1994	100	3,5	3,1
1995	100	3,5	3,1
1996	100	3,6	3,1
1997	100	3,8	3,2

Źródło: Rocznik Statystyczny 1994 – 1998, GUS

**Wykres 2** *Udział procentowy wydatków na ochronę zdrowia i higienę osobistą w wydatkach całkowitych w latach 1993 - 1997*



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z tabeli 1.

Na podstawie informacji zawartych w tabeli 3 i wykresu 2 można wysnuć wniosek, że udziały konsumpcji medycznej w konsumpcji całkowitej finansowanej z dochodów osobistych ludności systematycznie wzrastały. Ich przeciętne tempo wzrostu wynosiło 104,4%

Z konsumpcją medyczną związane są również wydatki na higienę osobistą, których udział kształtował się na poziomie 3,1%. W ostatnim roku badania notuje się wzrost wydatków na higienę zdrowia. Jest to prawdopodobnie spowodowane wzrastającym poziomem świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Średnie tempo zmian wykazywało jednak tendencję spadkową i wynosiło 99,2%.

**Tabela 4** *Udział przeciętnych miesięcznych wydatków w gospodarstwach domowych w wydatkach ogółem na towary i usługi konsumpcyjne latach 1993 - 1997 (w procentach).*

lata	Towary i usługi konsumpcyjne	Ochrona zdrowia	Higiena osobista
1993	100	3,3	3,4
1994	100	3,6	3,3
1995	100	3,6	3,2
1996	100	3,7	3,2
1997	100	4,0	3,3

Źródło: Obliczenia własne w oparciu o Rocznik Statystyczny 1994 - 1998.

Opierając się na danych zawartych w tabeli 4 można stwierdzić, że wydatki na ochronę zdrowia w latach 1993 – 1997 stanowiły w wydatkach gospodarstw domowych na towary i usługi konsumpcyjne stale rosnącą wielkość, w przeciwieństwie do wydatków na higienę osobistą. Wyniki te potwierdzają analizę przeprowadzoną na podstawie tabeli 3.

Wewnętrzna struktura konsumpcji medycznej może być charakteryzowana przez podział na trzy grupy wydatków: 1. wydatki na artykuły medyczno - farmaceutyczne, 2. wydatki na pozostałe artykuły związane z ochroną zdrowia, 3. wydatki na usługi ochrony zdrowia.

W tabelach 5 i 6 zamieszczono dane pokazujące udziały tych podgrup w wydatkach całkowitych na produkty i usługi ochrony zdrowia.

**Tabela 5** *Struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w latach 1993 - 1996 (w cenach bieżących w zł).*

Lata	Konsumpcja medyczna	Artykuły medyczno – farmaceutyczne	Pozostałe artykuły związane z ochroną zdrowia	Usługi ochrony zdrowia
1993	5,43	2,61	0,20	2,62
1994	7,58	3,68	0,25	3,65
1995	9,64	4,90	0,34	4,41
1996	12,56	6,66	0,46	5,44

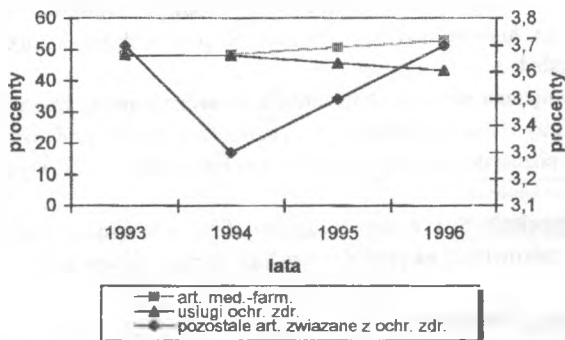
Źródło: Obliczenia własne w oparciu o Rocznik Statystyczny 1994 – 1998.

**Tabela 6** *Struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w latach 1993 - 1996 (w procentach).*

lata	Konsumpcja medyczna	Artykuły medyczno – farmaceutyczne	Pozostałe artykuły związane z ochroną zdrowia	Usługi ochrony zdrowia
1993	100	48,1	3,7	48,2
1994	100	48,5	3,3	48,2
1995	100	50,8	3,5	45,7
1996	100	53,0	3,7	43,3

Źródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997, GUS.

**Wykres 3** *Udział procentowy wydatków na artykuły i usługi medyczne w wydatkach na ochronę zdrowia w latach 1993 - 1996*



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z tabeli 6.

Analizując prezentowane szeregi czasowe należy zauważyć, iż w całym badanym okresie, udział wydatków na artykuły przewyższał udział wydatków na usługi medyczne. Obserwowany wzrost nakładów na wymienione elementy ochrony zdrowia spowodowane jest, prawdopodobnie, nie tyle większą zachorowalnością społeczeństwa, co wprowadzeniem cen rynkowych, a co za tym idzie znacznym wzrostem cen artykułów i usług ochrony zdrowia.

#### 4. ZAKOŃCZENIE I WNIOSKI

Makroekonomiczna teoria finansowania i funkcjonowania sfery zdrowia nie jest jeszcze dobrze rozwinięta i nie dostarcza jednoznacznych rozwiązań. Kształtowanie się podstawowych zmiennych makroekonomicznych pozwala stwierdzić, że systemu zdrowia nie powinno analizować się w oderwaniu od sytuacji gospodarczej kraju.

Mechanizmy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia powinny być rozpatrywane w całym kontekście uwarunkowań społeczno-ekonomicznych państwa. Wszelkie decyzje w polityce zdrowotnej nie powinny być podejmowane w oderwaniu od rzeczywistych potrzeb ludności i możliwości ich zaspokajania.

W warunkach polskich o możliwościach zaspokajania bieżących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa z jednej strony decyduje przede wszystkim wysokość nakładów budżetu państwa, ustalana corocznie przez rząd w zależności od aktualnej sytuacji ekonomicznej państwa oraz kierunków polityki społeczno-ekonomicznej. Z drugiej strony, zabezpieczenie realizacji zdrowotnych społeczeństwa, uzależnione jest od aktualnych zdolności produkcyjnych systemu zdrowia. Nie bez znaczenia pozostaje także kondycja finansowa gospodarstw domowych, ich zachowania konsumpcyjne oraz przypisywane znaczenie zdrowia i jego hierarchia w zaspokajaniu potrzeb.

W przyszłości potencjalna konsumpcja medyczna, będąca elementem struktury konsumpcji indywidualnej i podlegająca tym samym prawidłowościom i zależnościom co inne grupy dóbr i usług niematerialnych, powinna określać wielkość nakładów finansowych państwa na ochronę zdrowia oraz wpływać na koszty związane z realizacją potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Ze względu na to, iż zakup artykułów medycznych i usług częściowo lub całkowicie płatnych wyraża się na rynku w postaci wydatków dlatego też modele opisujące ten rodzaj wydatków mogą być utożsamiane z modelami popytu konsumpcyjnego. Wyniki estymacji tych modeli, a w szczególności oszacowania elastyczności dochodowych i cenowych popytu na poszczególne grupy wydatkowe, mogą dostarczyć dodatkowych informacji na temat kształtowania się potrzeb zdrowotnych.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Cullis J., West P., (1979); *«The Economics of Health»*, Martin Robertson, Oxford;
2. Suchecka J., (1992); «Modelowanie sfery ochrony zdrowia. Problemy i metody.», Acta Universitatis Lodziensis, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź;
3. Suchecka J., (1998); «Ekonometria ochrony zdrowia», Absolwent, Łódź;
4. Rocznik Statystyczny 1994 – 1998, GUS, Warszawa;
5. Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1997, GUS, Warszawa.