Kształtowanie się popytu gospodarstw domowych emerytów i rencistów na usługi związane ze zdrowiem w latach 1993–2015

Franciszka Król*

Streszczenie: *Cel* – Artykuł poświęcono zbadaniu, jak na przełomie lat 1993–2015 kształtował się popyt gospodarstw domowych emerytów i rencistów na usługi związane ze zdrowiem.

Metodologia badania – Metodyka badań przedstawionych w artykule obejmuje studia literatury, analizę danych zastanych zaczerpniętych z danych Głównego Urzędu Statystycznego oraz wnioskowanie statystyczne i logiczne.

Wynik – Emeryci i renciści jako znacząca grupa konsumentów usług zdrowotnych.

Słowa kluczowe: gospodarstwa domowe emerytów i rencistów, popyt na usługi związane ze zdrowiem, budżety gospodarstw domowych, wydatki gospodarstw domowych

Wprowadzenie

Badania CBOS (Centrum Badania Opinii Społecznej) z 2013 roku wykazały, że wśród najbardziej cenionych wartości przez Polaków zdrowie zajmuje drugie miejsce, tuż za szczęściem rodzinnym. Aż 74% badanych uznało „zachowanie dobrego zdrowia” jako najwyższą wartość („szczęście w życiu rodzinnym” wybrało 84%, czyli niewiele więcej). Co ciekawe, badania przeprowadzone w 2013 roku przez Główny Urząd Statystyczny wykazały, że 67% badanych Polaków oceniło swoje zdrowie pozytywnie, natomiast 8,6% jako złe lub bardzo złe. Nic więc dziwnego, że sytuacja zdrowotna należy do fundamentalnych czynników warunkujących poczucie bezpieczeństwa społecznego oraz jakość życia. Wiadomym jest, że zdrowie staje się dla nas tym ważniejsze, im jesteśmy starsi. Według badań GUS pod nazwą „Zdrowie i ochrona Zdrowia w 2015 roku”, ludzie najbardziej potrzebują profesjonalnej pomocy zaraz po urodzeniu. Każdy kolejny rok życia zmniejsza ryzyko hospitalizacji, aż do wieku 24 lat. Kolejne lata przynoszą stopniowe pogarszanie się zdrowia, aż do 50. roku życia. Wtedy to udział mężczyzn w liczbie hospitalizacji na 10 tys. mieszkańców zaczyna przewyższać udział kobiet. Z tej prostej analizy polskiego społeczeństwa wynika, że jedną z bardziej znaczących grup konsumentów usług związanych z ochroną zdrowia jest ta

* mgr Franciszka Król, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Katedra Rachunku Kosztów, Rachunkowości Zarządczej i Controllingu, e-mail: franciszka.krol@ue.wroc.pl.

obejmująca emerytów i rencistów. Wynika to z faktu, że jej liczebność po 1989 roku wciąż utrzymywała się powyżej 30% ogółu gospodarstw domowych w Polsce. Równomierne powiększanie się tej grupy spowodowane jest przede wszystkim starzeniem się społeczeństwa polskiego i niskim współczynnikiem urodzeń – w 2015 roku przyrost naturalny na 1000 osób wyniósł $-0,4\%$ (dane GUS na 2015 rok).

1. Krótka historia zmian w służbie zdrowia

Powstałe w 1945 roku w Polsce Ministerstwo Zdrowia oparte zostało na praktykach przedwojennych, jednak po kilku latach, w 1950 roku, ochrona zdrowia została przeorganizowana na wzór sowieckiego modelu. Polegał on przede wszystkim na założeniu, że świadczenia opieki zdrowotnej miały być bezpłatne dla wszystkich pracowników sektora państwowego, w zakładach pracy oraz w przychodniach rejonowych. System ten, zwany modelem Siemaszki, stanowił fundamentalną część struktury administracji państwowej i był finansowany z budżetu państwa. W założeniu miał być dostępny równo dla wszystkich obywateli. Praktyka pokazała, że uprzywilejowana partyjna elita miała dostęp do „lepszego medycyny”. Reszta społeczeństwa korzystała z ogólnodostępnej służby zdrowia. Z kolei grupa właścicieli prywatnych gospodarstw rolnych oraz ich rodziny w ogóle nie miała dostępu do bezpłatnej publicznej ochrony zdrowia aż do 1972 roku. W okresie PRL-u dokonano istotnych zmian w organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. W 1972 roku utworzono tak zwane Zespoły Opieki Zdrowotnej.

Po 1989 roku zmiany systemu ochrony zdrowia przebiegały synchronicznie z intensywnym procesem przejścia Polski od gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej. Powstał scentralizowany model budżetowy. Opierał się on na decyzjach organów państwowych, które dzieliły pieniądze podatników, w tym między innymi na ochronę zdrowia. W 1997 roku uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Miała ona za zadanie zreformowanie systemu ochrony zdrowia nie tylko pod względem finansowania, ale też i zarządzania. Na mocy tej ustawy dotychczasowy budżetowy system opieki zdrowotnej zastąpiono systemem ubezpieczeniowo-budżetowym. Powołano łącznie 17 kas chorych (po jednej na każde województwo oraz osobną kasę branżową dla służb mundurowych), które stanowiły publiczne instytucje ubezpieczeniowe. Mimo dobrych założeń, bardzo szybko, bo zaledwie trzech latach funkcjonowania, pojawiło się rozwarstwienie między poszczególnymi województwami w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Naruszało to zasadę równości w dostępie do tych świadczeń, jaką zapewniała konstytucja. Na mocy ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, kasy chorych zastąpiono centralną instytucją ubezpieczeniową – NFZ. Wprowadzono też jednolite procedury kontraktowania i przydzielania świadczeń, aby nie dopuścić do powstawania regionalnych różnic w dostępie do świadczeń.

Mimo tak licznych reform, polski system ochrony zdrowia wciąż podlega niesłusznej ostrej krytyce, zaś wszelkie próby zmian są niedoceniane. Według Euro Health Consumer Index (2013), który ocenia „przyjazność” systemu ochrony zdrowia, Polska znalazła się na zaledwie na 31. miejscu na 35 ocenianych państwach (za nią znalazły się tylko Albania, Bułgaria, Czarnogóra i Rumunia). Tak słaba ocena wynikała głównie z niezadowolenia wynikającego z zakazu aborcji (która, według autora, powinna być dostępna i legalna, ale najlepiej niewykonywana) oraz zupełnie ze zdrowiem niezwiązanego czynnika nazwanego *killing free press* (w dosłownym tłumaczeniu – „zabicia wolnych mediów”). Jednak ocena oparta na takich założeniach oraz wizerunek, jaki stworzyła ona o naszym kraju poza jego granicami, jest skandaliczna. Takie czynniki, jak bezpośredni dostęp do specjalistów, przeżywalność zawałów, przeżywalność noworodków, czyli czynniki, które plasują Polskę powyżej niektórych wysoce rozwiniętych krajów Europy, nie wydały się autorowi dostatecznie ważne. Interpretacja autora, podycona aktualnymi trendami i jego prywatną opinią, sprawiają, że badania takie tracą na wartości.

2. Podział gospodarstw domowych w Polsce w latach 1993–2015

Jednym z podstawowych sposobów podziału gospodarstw domowych na grupy, oprócz liczby jej mieszkańców, jest skorzystanie z kryteriów społeczno-ekonomicznych ludności, a więc uwzględniając wyłączne lub główne źródła ich utrzymania. Klasyfikacja tą metodą wygląda następująco:

1. Gospodarstwa pracowników osiągające dochód z pracy najemnej. W tym przypadku –niezależnie od rodzaju umowy zawartej z pracodawcą – umowy o pracę na czas nieokreślony lub określony, mianowanie, powołanie, praca sezonowa, praca dorywcza, umowa o wykonanie pracy nakładczej, umowa-zlecenie i inne.
2. Gospodarstwa rolników, których dochód pochodzi z użytkowania gospodarstwa indywidualnego w rolnictwie.
3. Gospodarstwa osób pracujących na własny rachunek, z dochodem z prowadzenia działalności gospodarczej. Uwzględnia się w tym wynajem nieruchomości związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą czy wykonywanie wolnego zawodu.
4. Gospodarstwa emerytów, których głównym źródłem dochodu jest pobierana emerytura.
5. Gospodarstwa rencistów utrzymujących się z renty.

Liczebność wyróżnionych rodzajów polskich gospodarstw domowych, odnotowaną w latach 1993–2015, przedstawiono w tabeli 1. Z wyżej wymienionych pięciu rodzajów gospodarstw domowych wyłonione zostały cztery główne, a więc gospodarstwa: pracowników, rolników, osób pracujących na własny rachunek oraz emerytów i rencistów. Wzór takiego podziału został zaproponowany w Rocznikach Statystycznych wydanych po 1993 roku.

Tabela 1

Liczba gospodarstw domowych w latach 1993–2015

Rok	Ogółem	Gospodarstwa domowe			
		pracowników	rolników	pracujących na rachunek własny	emerytów i rencistów
1993	32 111	14 652	2 579	1 607	10 301
1994	32 085	14 167	2 454	1 696	10 766
1995	32 009	14 067	2 290	1 742	10 857
1996	bd	bd	bd	bd	bd
1997	31 776	13 188	1 691	1 978	10 821
1998	31 756	13 366	1 604	1 997	10 981
1999	31 428	13 072	1 581	1 982	10 956
2000	36 163	14 509	1 710	2 359	13 004
2001	31 847	12 611	1 318	2 058	11 711
2002	32 342	12 449	1 273	2 034	12 160
2003	32 452	12 732	1 241	2 021	12 051
2004	32 214	12 937	1 194	2 050	11 516
2005	bd	bd	bd	bd	bd
2006	37 508	17 506	2 276	2 331	13 320
2007	37 366	18 204	2 120	2 432	12 944
2008	37 358	18 664	2 002	2 478	12 834
2009	37 302	18 240	1 987	2 557	13 111
2010	37 412	18 441	1 909	2 657	12 937
2011	37 375	18 511	1 863	2 584	12 914
2012	37 427	18 261	1 841	2 589	13 141
2013	37 181	17 962	1 842	2 531	13 108
2014	37 215	18 146	1 689	2 488	13 167
2015	37 148	18 336	1 681	2 457	13 118

bd – brak danych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej 1990–2015.

Dla ułatwienia porównania danych, na rysunkach 1 i 2 przedstawione zostały wykresy kołowe z procentowym udziałem wyszczególnionych grup gospodarstw w sumie przebadanych gospodarstwach domowych w Polsce. Rysunek 1 dotyczy roku 1993 (czyli początku badanego okresu) oraz roku 2001, w którym wystąpiły większe zauważalne zmiany.

Na rysunku 2 przedstawiono procentowy udział ilości gospodarstw domowych w sumie gospodarstw domowych w Polsce w roku 2004 (rok przystąpienia Polski do Unii Europejskiej) oraz pod koniec analizowanego okresu – w 2015 roku.

W całym badanym okresie, w latach 1993–2015, najczęściej było gospodarstw domowych pracowników, przez większość czasu ich liczba stanowiła ponad 40% ogółu badanych jednostek. Jedynie w latach 2001–2003 da się zauważyć wyraźny spadek ich liczebności (w 2002 r. ich liczba spadła do 38,49% wszystkich przebadanych gospodarstw w Polsce). Spadek ten był krótkotrwałym zjawiskiem – zaledwie 6 lat później (w 2008 r.) ich odsetek

Rysunek 1. Rozkład przebadanych gospodarstw domowych w latach 1993 i 2001

Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej 1990–2015.

Rysunek 2. Rozkład przebadanych gospodarstw domowych w latach 2004 i 2015

Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej 1990–2015.

podniósł się o ponad 10 punktów procentowych (gospodarstwa domowe pracowników zaczęły stanowić prawie 50% sumy gospodarstw w Polsce i to miejsce zajmują do końca badanego okresu). Drugą co do wielkości grupą jest ta obejmująca emerytów i rencistów. Jej liczebność po 1993 roku wciąż utrzymywała się powyżej 32% ogółu gospodarstw. Ich odsetek rósł równomiernie, z niewielkimi odchyłami, aż w 2015 roku osiągnął poziom ponad 35% sumy gospodarstw domowych w Polsce. Jednostajne powiększanie się tej grupy społecznej spowodowane jest przede wszystkim starzeniem się społeczeństwa polskiego oraz bardzo niskim współczynnikiem urodzeń. Ciekawą zależność można zauważyć w stosunku gospodarstw domowych rolników i osób pracujących na własny rachunek. Podczas gdy odsetek tych pierwszych wciąż malał aż do 2004 roku, gdy osiągnął minimum (3,71% ogółu), liczebność jednostek zamieszkałych przez pracujących na własny rachunek utrzymywała tendencję rosnącą (od 5% na samym początku, do ponad 7% w 2010 r.).

Skoro to gospodarstwa domowe uznawane są za podstawowy podmiot gospodarczy, a ich finanse stanowią jeden z fundamentalnych elementów kształtowania się polityki

społeczno-gospodarczej państwa, powyższa analiza dowodzi znaczenia, jakie dla polskiej gospodarki mają wydatki gospodarstw domowych emerytów i rencistów.

3. Analiza wydatków gospodarstw domowych na usługi związane z ochroną zdrowia

Podobnie jak przychody, sposób ich wydawania jest zależny od indywidualnych cech charakteryzujących poszczególne grupy społeczno-ekonomiczne. Wydatki gospodarstw domowych obejmują między innymi wydatki na towary i usługi konsumpcyjne. W tabeli 2 przedstawiono dane o przeciętnych miesięcznych wydatkach przypadających w Polsce na osobę w gospodarstwie domowym emerytów i rencistów w latach 1993–2015.

Tabela 2

Przeciętne miesięczne wydatki przypadające na osobę
w gospodarstwie domowym emerytów i rencistów w latach 1993–2015 (zł)

Rok	Wydatki	Rok	Wydatki
1993	189,80	2005	746,05
1994	244,34	2006	800,36
1995	310,78	2007	848,26
1996	388,49	2008	935,31
1997	469,28	2009	1002,98
1998	557,75	2010	1041,46
1999	606,64	2011	1080,14
2000	636,31	2012	1127,28
2001	663,09	2013	1144,22
2002	683,14	2014	1156,86
2003	743,37	2015	1180,53
2004	761,44		

Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej 1990–2015.

Przeciętne miesięczne wydatki przypadające na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów wzrosły z poziomu zaledwie 189,80 zł do 1180,53 zł, czyli o ponad 600%. Jest to imponujący wynik. Przeprowadzona analiza wykazała, że średniookresowe tempo zmian w tym okresie wyniosło średnio 8,99% rocznie, co oznacza że rokrocznie wydatki wzrastały przeciętnie o ponad 8% w stosunku do roku poprzedniego. W tabeli 3 zawarto dane o przeciętnych miesięcznych wydatkach ponoszonych na zdrowie przypadających na 1 osobę w gospodarstwie domowym w Polsce w latach 1993–2015.

Tabela 3

Przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych w Polsce w latach 1993–2015 (zł)

Rok	Wydatki ogółem	Wydatki gospodarstw domowych			
		pracowników	rolników	osób pracujących na własny rachunek	emerytów i rencistów
1993	3,22	4,56	3,86	0,56	3,89
1994	8,05	6,24	4,98	7,86	13,13
1995	10,31	7,75	6,52	10,14	16,81
1996	14,55	10,92	9,11	15,48	22,7
1997	16,97	12,81	10,6	16,21	28,27
1998	21,98	17,28	13,63	20,45	36,55
1999	24,45	18,89	14,71	23,03	41,18
2000	27,16	20,71	16,06	24,12	47,73
2001	27,56	21,37	16,7	23,43	48,73
2002	28,43	20,81	16,88	25,27	50,77
2003	32,29	24,07	18,91	27,28	58,89
2004	34,72	26,11	20,78	29,49	62,51
2005	33,97	24,64	19,75	29,57	61,92
2006	36,35	26,67	20,45	33,39	64,88
2007	40,19	29,7	21,73	38,57	70,74
2008	44,87	33,21	25,3	44,59	76,36
2009	49,07	37,29	28,83	48,5	81,67
2010	48,37	37,22	28,29	47,12	80,84
2011	51,01	39,85	27,59	49,66	86,92
2012	53,27	41,54	30,8	50,29	90,43
2013	55,38	41,87	33,23	51,58	94,85
2014	53,95	41,81	33,44	52,62	94,69
2015	57,61	46,55	33,85	58,04	95,88

Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej 1990–2015.

W analizie powyższych danych pomoże rysunek 3, na którym wyszczególniono przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie gospodarstw domowych w poszczególnych latach. Wybrano szandarowe daty dla zmian, jakie nastąpiły w służbie ochrony zdrowia. Jak można wywnioskować z danych, przeciętne wydatki związane z ochroną zdrowia przypadające na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów prawie od samego początku badanego okresu górowały nad średnimi wydatkami innych gospodarstw. W 2015 roku są one ponad 2-krotnie wyższe niż wydatki osób w gospodarstwach domowych pracowników (czyli drugiej co do wielkości badanej grupy) oraz prawie 3-krotnie większe niż w gospodarstwach domowych rolników (najmniejszej z badanych grup).

Rysunek 3. Przeciętne wydatki na zdrowie na osobę w gospodarstwie domowym w wybranych latach (zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Roczników Statystycznych Rzeczypospolitej Polskiej 1990–2015.

Uwagi końcowe

Z przeprowadzonych analiz można wyciągnąć prosty wniosek. Gospodarstwa domowe polskich emerytów i rencistów stanowią najistotniejszą grupę konsumentów usług związanych z ochroną zdrowia. Przeciętny polski emeryt wydaje na swoje zdrowie trzy razy więcej pieniędzy niż przeciętny polski rolnik. Należy tu wspomnieć o roli mechanizmów reklamowych, ślawowych w latach 90. ubiegłego wieku. W tym czasie pojawiły się też nowe rynki, na przykład lekarstw bez recept, medycyny alternatywnej i dietetyki. Można powiedzieć, że stworzono pewne nowe potrzeby, których w żaden sposób nie da się zaspokoić. Człowiek nigdy nie wie, czy i kiedy zachoruje, a zapobieganie potencjalnym chorobom może się wiązać z rosnącymi w nieskończoność wydatkami. Z uwagi na starzejące się społeczeństwo Polski oraz niski wskaźnik urodzeń łatwo przewidzieć, że wydatki na ochronę zdrowia będą wciąż rosły.

Literatura

- Bałtowski, M., Miszewski, M. (2006). *Transformacja gospodarcza w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Berbeka, J. (2000). Wpływ dochodów i cen na zachowania konsumentów. *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 541, 17–29.
- Bywalec, C., Rudnicki, L. (2002). *Konsumpcja*. Warszawa: PWE.
- Cyran, K. (2014). Dochód jako czynnik różnicujący zachowania konsumentów na rynku żywności. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 38, 365–376.
- Dominiak, P. (2005). *Sektor MSP we współczesnej gospodarce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Euro Health Consumer Index (2013). Report. Health Consumer Powerhouse. Pobrano z: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf (17.03.2017).

- Garrit A., van Raaij W. (2003). *Zachowanie konsumenta. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hodoly A. (1971). *Gospodarstwo domowe i jego rola społeczno-ekonomiczna*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Metodologia badania budżetów gospodarstw domowych* (2011). Warszawa: GUS.
- Pałaszewska-Reindl, T., Michna, W. (1986). *Gospodarstwo domowe – ekonomiczna i organizacyjna baza rodziny polskiej*. Warszawa.
- Rudnicki, L. (2000). *Zachowanie konsumentów na rynku*. Warszawa: PWE.
- Światowy, G. (1994). *Zachowania konsumenckie*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego.

SHAPING OF THE DEMAND OF PENSIONERS' HOUSEHOLDS FOR HEALTH SERVICES IN 1993–2015

Abstract: *Purpose* – The article was devoted to exploring how the demand of retirees and pensioners households for health services was growing in the years 1993–2015.

Methodology – The methodology of the research presented in this article includes literature studies, analysis of data taken from the Central Statistical Office data and statistical and logical inference.

Findings – Retirees and pensioners as a significant group of health care consumers in Poland.

Keywords: retirees and pensioners households, demand for health services, household budgets, household expenditures

Cytowanie

- Król, F. (2017). Kształtowanie się popytu gospodarstw domowych emerytów i rencistów na usługi związane ze zdrowiem w latach 1993–2015. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 5 (89/1), 355–363. DOI: 10.18276/frfu.2017.89/1-29.