

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2025.01.02.19>

Marlena PIEKUT

<https://orcid.org/0000-0001-6449-5143>

Politechnika Warszawska

e-mail: marlena.piekut@pw.edu.pl

Zmiany wydatków na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w latach 2004–2023. Wpływ regulacji prawnych i wyzwań gospodarczych

Streszczenie

W artykule analizie poddano wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w latach 2004–2023, uwzględniając wpływ zmian prawnych oraz warunków gospodarczych, w tym pandemii COVID-19. Badanie opiera się na danych statystycznych GUS. Wyniki wskazują na wzrost udziału wydatków na zdrowie w konsumpcji ogółem, co świadczy o zwiększeniu priorytetowości zdrowia w konsumpcji gospodarstw domowych. Jednocześnie obserwuje się spadek udziału wydatków na zdrowie w dochodach rozporządzalnych, co wskazuje na poprawę sytuacji finansowej gospodarstw domowych. Regulacje prawne dotyczące finansowania opieki zdrowotnej odgrywają ważną rolę w rozwiązywaniu problemów związanych z nierównościami w obciążeniach finansowych wydatkami na zdrowie w gospodarstwach domowych, co ma istotne znaczenie dla jakości życia obywateli.

Słowa kluczowe: wydatki na zdrowie, gospodarstwa domowe, Polska, pandemia COVID-19, ochrona zdrowia, polityka zdrowotna.

Wstęp

Wydatki na ochronę zdrowia stanowią istotny element budżetów gospodarstw domowych w Polsce. Zmieniające się warunki prawne oraz systemy wsparcia publicznego i prywatnego odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu tych wydatków. Od 2004 roku w Polsce system ochrony zdrowia ulegał przemianom, w dużej mierze wynikającym z wprowadzanych regulacji prawnych. Kluczowym elementem tych reform było zwiększenie roli Narodowego Funduszu

Zdrowia oraz zmiany w zakresie finansowania leków i usług medycznych. Ustawy, takie jak ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku, ustawa refundacyjna z 2011 roku oraz ustawa o działalności leczniczej z 2011 roku, wprowadziły zmiany w sposobie zarządzania finansami publicznymi i prywatnymi w sektorze ochrony zdrowia.

Celem badania jest ocena zmian wydatków na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w latach 2004–2023 ze szczególnym uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19. Celem badania jest także określenie, w jakim stopniu zmiany prawne przyczyniły się do zmiany prywatnych wydatków na zdrowie w Polsce oraz jakie wyzwania stoją przed systemem ochrony zdrowia w kontekście dalszego dostosowania do potrzeb obywateli.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jakie są poziomy i struktura wydatków na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych?
2. Czy wprowadzane regulacje prawne w zakresie ochrony zdrowia w latach 2004–2023 w znaczący sposób wpłynęły na wydatki na ochronę zdrowia w przeciętnym gospodarstwie domowym w Polsce?
3. Jakie czynniki charakteryzujące gospodarstwo domowe wpływają na poziom wydatków na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych?

Poprzez odpowiedzi na powyższe pytania artykuł ma na celu nie tylko zrozumienie obecnych trendów w wydatkach na ochronę zdrowia, ale także dostarczenie rekomendacji dla polityk zdrowotnych i społecznych, które mogą przyczynić się do poprawy dostępności i efektywności usług zdrowotnych dla gospodarstw domowych.

1. Regulacje prawne kształtujące wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych

Ochrona zdrowia w Polsce jest zarządzana zarówno na poziomie krajowym, jak i na niższych poziomach, co rodzi różnorodne wyzwania związane z równomiernym dostępem do świadczeń zdrowotnych. Główne dokumenty regulujące system ochrony zdrowia w Polsce to ustawa o ochronie zdrowia oraz różne ustawy dotyczące specyficznych obszarów, takich jak ustawy o świadczeniach zdrowotnych, o zawodach medycznych czy o działalności leczniczej. Ministerstwo Zdrowia jest centralnym organem odpowiedzialnym za politykę zdrowotną, regulacje i nadzór nad systemem ochrony zdrowia. W każdym województwie działają Wojewódzkie Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), które odpowiadają za finansowanie i organizację świadczeń zdrowotnych w danym regionie. Powiaty i gminy mają swoje kompetencje w zakresie ochrony zdrowia, w tym organizację lokalnych usług zdrowotnych, profilaktykę zdrowotną oraz działania w obszarze zdrowia publicznego. Także różne organizacje

pozarządowe oraz samorządowe mają swoje miejsce w systemie ochrony zdrowia, uczestnicząc w projektach zdrowotnych, programach profilaktycznych i edukacyjnych.

Wprowadzanie ustaw regulujących działalność medyczną i finansowanie zdrowia wymaga od administracji publicznej skutecznej koordynacji działań na wszystkich poziomach zarządzania. Kluczowe znaczenie mają tu regulacje związane z finansowaniem i refundacją leków oraz dostępnością świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. W Polsce nie istnieje jeden, odrębny akt prawny regulujący bezpośrednio wydatków na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych, ale istnieje kilka regulacji prawnych, które mają pośredni wpływ na te wydatki poprzez regulację systemu ochrony zdrowia oraz zasad finansowania usług zdrowotnych.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ określa zasady finansowania świadczeń zdrowotnych z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz prawo dostępu obywateli do publicznej służby zdrowia. Ustala również, które usługi zdrowotne są finansowane z budżetu państwa, a które są pokrywane przez obywateli z własnych środków. Koszty, których nie pokrywa NFZ (np. za leki, wizyty u specjalistów czy badania prywatne), stają się częścią wydatków gospodarstw domowych.

Ustawa o działalności leczniczej² z kolei określa zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz ich finansowania, w tym współfinansowania niektórych usług zdrowotnych przez pacjentów. Współpłacenie za usługi zdrowotne lub korzystanie z usług prywatnych podmiotów leczniczych może stanowić część wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych.

Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych³ reguluje natomiast zasady refundacji leków przez państwo. O ile część leków jest refundowana w całości lub częściowo, pozostałe koszty ponoszą gospodarstwa domowe. Polityka refundacyjna bezpośrednio wpływa na poziom wydatków na zdrowie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych⁴ określa szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych, które są gwarantowane pacjentom w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Dotyczy to zarówno usług medycznych, jak i procedur diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych, w przypadku gdy pacjenci wybierają świadczenia, które nie są gwarantowane przez NFZ (np. nowoczesne terapie czy wyższy standard usług), muszą je opłacić z własnych środków.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024.0.146).

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2024.0.799).

³ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2011 nr 122, poz. 696).

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023.1427).

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁵ wprowadza elektroniczne systemy informacji medycznej, w tym e-recepty i e-skierowania, co ma na celu usprawnienie dostępu do usług zdrowotnych i obniżenie kosztów administracyjnych. Dzięki e-receptom czy e-skierowaniom pacjenci mogą zmniejszać pośrednie koszty, np. koszty dojazdu do jednostek medycznych celem odbioru recept czy skierowań.

Inne aktywy prawne, takie jak ustawa o świadczeniach rodzinnych⁶, choć nie odnoszą się bezpośrednio do ochrony zdrowia, to regulują pomoc finansową dla rodzin, co może pośrednio wpłynąć na ich zdolność do pokrywania kosztów związanych ze zdrowiem. Podobnie jest w przypadku programów 500+, 800+ oraz innych świadczeń społecznych. Świadczenia te, mimo że nie są bezpośrednio związane z ochroną zdrowia, wpływają na dochody rozporządzalne gospodarstw domowych, z których część może być przeznaczona na wydatki na zdrowie.

Podczas pandemii COVID-19 wprowadzono szereg regulacji mających na celu zmniejszenie obciążeń finansowych związanych z opieką zdrowotną⁷. Obejmowały one m.in. refundację szczepień, darmowe testy na COVID-19 oraz zwiększenie dostępności zdalnych konsultacji medycznych, co miało na celu ograniczenie bezpośrednich wydatków na zdrowie.

Podsumowując, przepisy prawa w Polsce, regulujące zarówno publiczną, jak i prywatną opiekę zdrowotną, a także programy wsparcia finansowego, wpływają na wydatki gospodarstw domowych na zdrowie. Koszty te są związane głównie z wydatkami na leki, usługi prywatne oraz usługi, które nie są objęte pełnym finansowaniem publicznym. Warto zwrócić uwagę na rolę administracji publicznej w nadzorowaniu prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Decyzje administracyjne dotyczące alokacji środków finansowych na ochronę zdrowia, jak i kontrola nad realizacją umów z podmiotami świadczącymi usługi medyczne wpływają na ostateczne koszty ponoszone przez gospodarstwa domowe. Na przykład, zwiększenie finansowania na publiczne świadczenia zdrowotne może prowadzić do obniżenia kosztów prywatnych usług medycznych, jednak jedynie pod warunkiem skutecznego zarządzania tymi środkami.

2. Źródła danych i metody badawcze

Materiał badawczy stanowiły dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), tj. indywidualne, niepublikowane dane z badań budżetów gospodarstw domowych w 2004 r. i 2022 r. oraz dane z budżetów gospodarstw domowych zamieszczanych na oficjalnych stronach GUS.

⁵ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2023 poz. 2465).

⁶ Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2023 poz. 390).

⁷ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. 2020 poz. 374).

Przedmiotem badań była analiza wydatków na ochronę zdrowia a podmiotem badanym były gospodarstwa domowe. Analizę danych statystycznych przeprowadzono przy użyciu pakietu Statistica 13.3. Do podsumowania informacji zawartych w budżetach gospodarstw domowych wykorzystano statystyczne miary opisowe takie jak: średnie arytmetyczne, struktury wydatków. Zastosowano też metody statystyczne takie jak: analiza trendu liniowego, analiza korelacji kanonicznej. Analiza trendu liniowego to metoda statystyczna używana do wykrywania ogólnego kierunku (wzrostu, spadku) danych w czasie. Jest to szczególnie przypadkiem analizy regresji, gdzie zakłada się, że zmiany w danych mogą być opisane za pomocą prostej linii. Celem jest znalezienie najlepiej dopasowanej linii, która pokazuje, jak dana zmienna zmienia się w czasie, pozwalając na przewidywanie przyszłych wartości.

Analiza korelacji kanonicznej to metoda statystyczna służąca do badania zależności między dwoma zestawami zmiennych wielowymiarowych. Celem jej jest znalezienie kombinacji liniowych zmiennych z obydwu zestawów, które maksymalizują korelację między tymi kombinacjami. Analiza korelacji kanonicznej pozwala na identyfikację wzorców współzależności między grupami zmiennych, np. między cechami demograficznymi, ekonomicznymi i społecznymi gospodarstw domowych a ich wydatkami na zdrowie w podziale na trzy kategorie tych wydatków.

3. Wyniki badań własnych

3.1. Wydatki na ochronę zdrowia w rachunkach narodowych

Wydatki w gospodarstwach domowych na ochronę zdrowia ulegają ciągłym zmianom w odpowiedzi na rozwój rynku usług medycznych i nowe regulacje prawne. W latach 2004–2022 zaobserwowano zmiany wydatków związanych z opieką zdrowotną w sektorze prywatnym. W Narodowym Rachunku Zdrowia w Polsce wydatki prywatne to koszty, które ponoszą gospodarstwa domowe i inne podmioty prywatne na ochronę zdrowia. Wydatki te obejmują: (a) wydatki gospodarstw domowych – bezpośrednie koszty, które ludzie płacą z własnej kieszeni na opiekę zdrowotną, np.: zakup leków (zarówno tych na receptę, jak i bez recepty), usługi medyczne świadczone prywatnie (np. prywatne wizyty u lekarza, badania diagnostyczne, zabiegi), opłaty za stomatologię, rehabilitację, sprzęt medyczny (np. okulary, aparaty słuchowe); (b) prywatne ubezpieczenia zdrowotne – wydatki związane z zakupem dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, które mogą pokrywać koszty leczenia poza systemem publicznym; (c) wydatki innych podmiotów prywatnych – takie jak organizacje non-profit działające na rzecz zdrowia lub wydatki pracodawców na prywatną opiekę zdrowotną dla swoich pracowników (np. w formie abonamentów medycznych). Wydatki prywatne to te, które nie są pokrywane z publicznych środków, czyli funduszy takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia, lecz z indywidualnych budżetów obywateli lub innych źródeł prywatnych.

Według szacunków wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2022 r. wyniosły 205,6 mld zł, co stanowiło 6,7% PKB, z czego wydatki prywatne stanowiły 1,7% PKB, w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych – 1,2% PKB⁸. Wzrost wydatków na ochronę zdrowia zaobserwowano zarówno w przypadku wydatków publicznych, jak i wydatków prywatnych. Bieżące wydatki na ochronę zdrowia (publiczne i prywatne) zwiększyły się między rokiem 2021 a 2022 o 15,8%, z 169 418,4 mln zł do 196 205,1 mln zł. Bieżące wydatki prywatne między rokiem 2021 a 2022 zwiększyły się o 5,0 mld zł i wyniosły w 2022 r. 51 565,7 mln zł. Na wzrost prywatnych wydatków bieżących na ochronę zdrowia wpływ miało m.in. zwiększenie bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 36 963,4 mln zł, tj. o 3 338,1 mln (9,9%) więcej niż w 2021 r. Relatywnie wysokie zwiększenie bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych w latach 2021–2022, czyli w okresie COVID-19 świadczy o tym, że obywatele coraz częściej musieli sami finansować koszty leczenia, co wynikało z niewystarczającej dostępności publicznej opieki zdrowotnej i rosnących cen usług zdrowotnych.

Porównując z kolei rok 2022 do 2004, to prywatne wydatki bieżące zwiększyły się blisko trzykrotnie (w 2004 r. wynosiły 17 663,2 mln zł)⁹. Z kolei wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych wzrosły blisko 2,3-krotnie (w 2004 r. stanowiły 16 122,8 mln zł). Odnotowano jednocześnie spadek udziału prywatnych wydatków bieżących, w tym bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych w PKB. W 2004 r. prywatne wydatki bieżące na ochronę zdrowia stanowiły 1,9% PKB (spadek w 2022 r. o 0,2 pp), a wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych 1,8% PKB (spadek w 2022 r. o 0,6 pp). Spadek ten może oznaczać, że choć wydatki prywatne wzrosły, gospodarka rozwijała się w takim tempie, że udział tych wydatków w relacji do PKB zmniejszył się.

Na podstawie danych z Eurostatu¹⁰ należy stwierdzić, że udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w Polsce jest jeden z najniższych w Europie. W 2022 r. niższy udział wydatków na ochronę zdrowia niż w Polsce miały Irlandia (6,1% PKB), Rumunia (5,8% PKB), Lichtenstein (5,7% PKB) oraz Luksemburg (5,6% PKB). Z kolei najwyższe odsetki wydatków na ochronę zdrowia w Europie posiadały Niemcy (12,6%PKB), Francja (11,9% PKB), Szwajcaria (11,7%PKB) i Austria (11,2%PKB).

3.2. Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach gospodarstw domowych

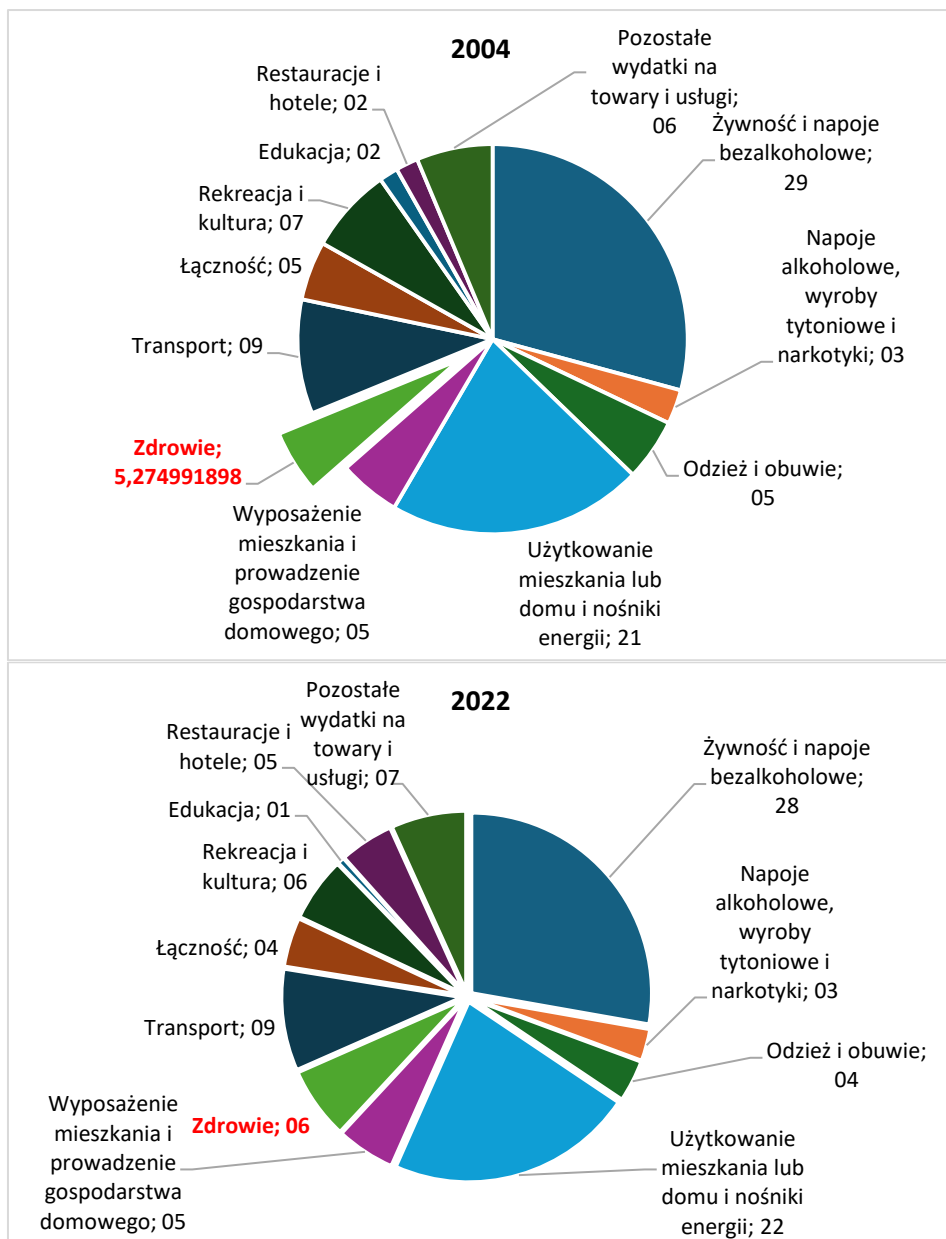
Wydatki na ochronę zdrowia stanowią ważną kategorię wśród wydatków na towary i usługi konsumpcyjne w gospodarstwach domowych. W 2004 r. wydatki te stanowiły szóstą co do wielkości kategorię wydatków z udziałem 5,5% wydat-

⁸ GUS, *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2021–2023*, Warszawa 2024.

⁹ GUS, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r. Informacje i opracowania statystyczne*, Warszawa 2006.

¹⁰ Eurostat, *Total health care expenditure [tps00207__custom_13377766]*, Eurostat database, 2024 [dostęp: 20.10.2024] https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00207__custom_13377766/default/table?lang=en

ków na konsumpcję ogółem, natomiast w 2022 r. zajmowały już piąte miejsce, z udziałem 6,5% wydatków na konsumpcję ogółem (wykres 1).



Wykres 1. Wydatki na ochronę zdrowia w wydatkach na konsumpcję ogółem w latach 2004 i 2022

Źródło: Obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z badania budżetów gospodarstw domowych z lat 2004 i 2022, GUS 2005, 2023.

Analiza historycznych nominalnych i realnych¹¹ wydatków na ochronę zdrowia z budżetów gospodarstw domowych wskazuje na ogólny trend wzrostowy, mimo okresowych wahań. Można wymienić okresy szczególne w wydatkach na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych. W latach 2005–2009 okres wzrostu gospodarczego przed globalnym kryzysem finansowym doprowadził do wzrostu wydatków na zdrowie, tak w ujęciu nominalnym, jak realnym. W latach 2009–2010 doszło do stabilizacji wydatków nominalnych na zdrowie i spadku wydatków realnych na zdrowie w wyniku kryzysu finansowego. Z kolei w latach 2020–2021 pandemia COVID-19 doprowadziła do wzrostu wydatków nominalnych i realnych na zdrowie z powodu zwiększonych potrzeb zdrowotnych (wykres 2). Nie bez znaczenia więc na wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia mają szoki gospodarcze¹².

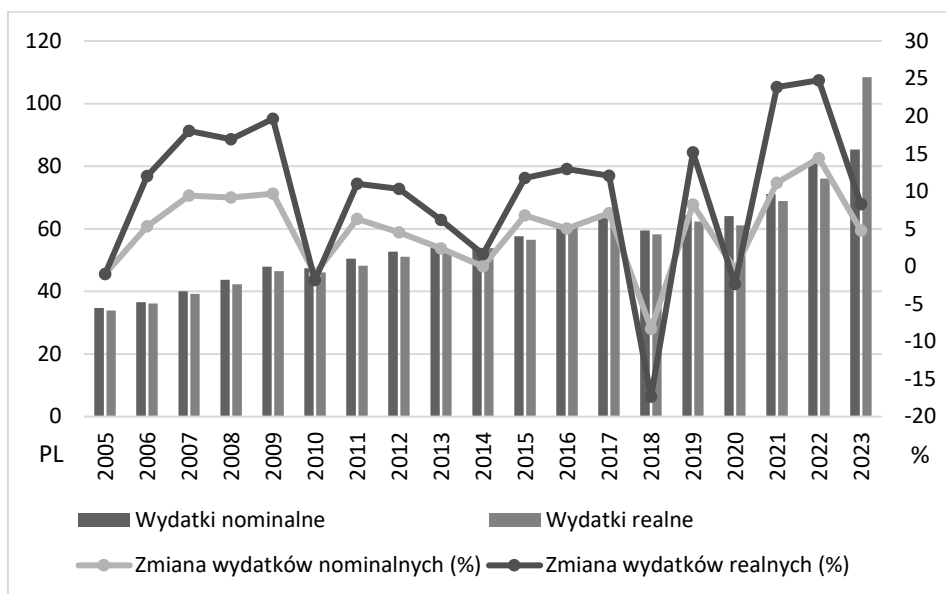
W kontekście wpływu prawa na wydatki gospodarstw domowych na zdrowie można stwierdzić, iż wprowadzenie ustawy refundacyjnej z 2011 roku¹³ mogło wpłynąć na strukturę wydatków na leki, szczególnie dla osób starszych i przewlekłe chorych. Ustawa ta miała na celu poprawę dostępności leków oraz zmniejszenie obciążeń finansowych pacjentów. Śledząc zmiany wydatków na zdrowie w latach 2011–2014, widoczny jest spadek wydatków nominalnych i realnych na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych.

W latach 2005–2023 zaobserwowano w gospodarstwach domowych większy wzrost dochodów rozporządzalnych (nominalnie 3-krotny, realnie 3,2-krotnie) niż wydatków na zdrowie (nominalnie i realnie 2,3-krotny). Zarówno wzrost dochodów rozporządzalnych, jak i wydatków na ochronę zdrowia były istotne statystycznie (analiza trendu liniowego). Tak więc w polskich gospodarstwach domowych dochody rozporządzalne rosły szybciej niż wydatki na zdrowie, co się objawiło zmniejszającym się udziałem wydatków na zdrowie w dochodzie rozporządzalnym (wykres 3). Zmniejszenie udziału wydatków na ochronę zdrowia w dochodzie rozporządzalnym sugeruje poprawę sytuacji finansowej gospodarstw domowych, które mogły przeznaczać więcej na inne kategorie wydatków, jak też poprawę efektywności opieki zdrowotnej. Jest to zapewne wynikiem wprowadzenia nowych technologii medycznych, reform w systemie ochrony zdrowia oraz lepszej dostępności publicznych usług zdrowotnych. Dzięki zmniejszeniu się udziału wydatków na ochronę zdrowia w dochodzie rozporządzalnym, gospodarstwa domowe mogą przesuwac swoje wydatki na inne kategorie, takie jak edukacja, mieszkanie, czy rekreacja.

¹¹ Wydatki nominalne to wartości bez uwzględnienia inflacji, natomiast wydatki realne uwzględniają inflację, pokazując rzeczywistą siłę nabywczą. Różnica między wydatkami nominalnymi a realnymi wskazuje na wpływ inflacji. Im większa różnica, tym większy wpływ inflacji na poziom wydatków.

¹² Qiu, Y., Zhang, F., *Impact of health shocks on household consumption structure*, „Frontiers in Public Health” 2024, 12, 1431833.

¹³ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 poz. 826).



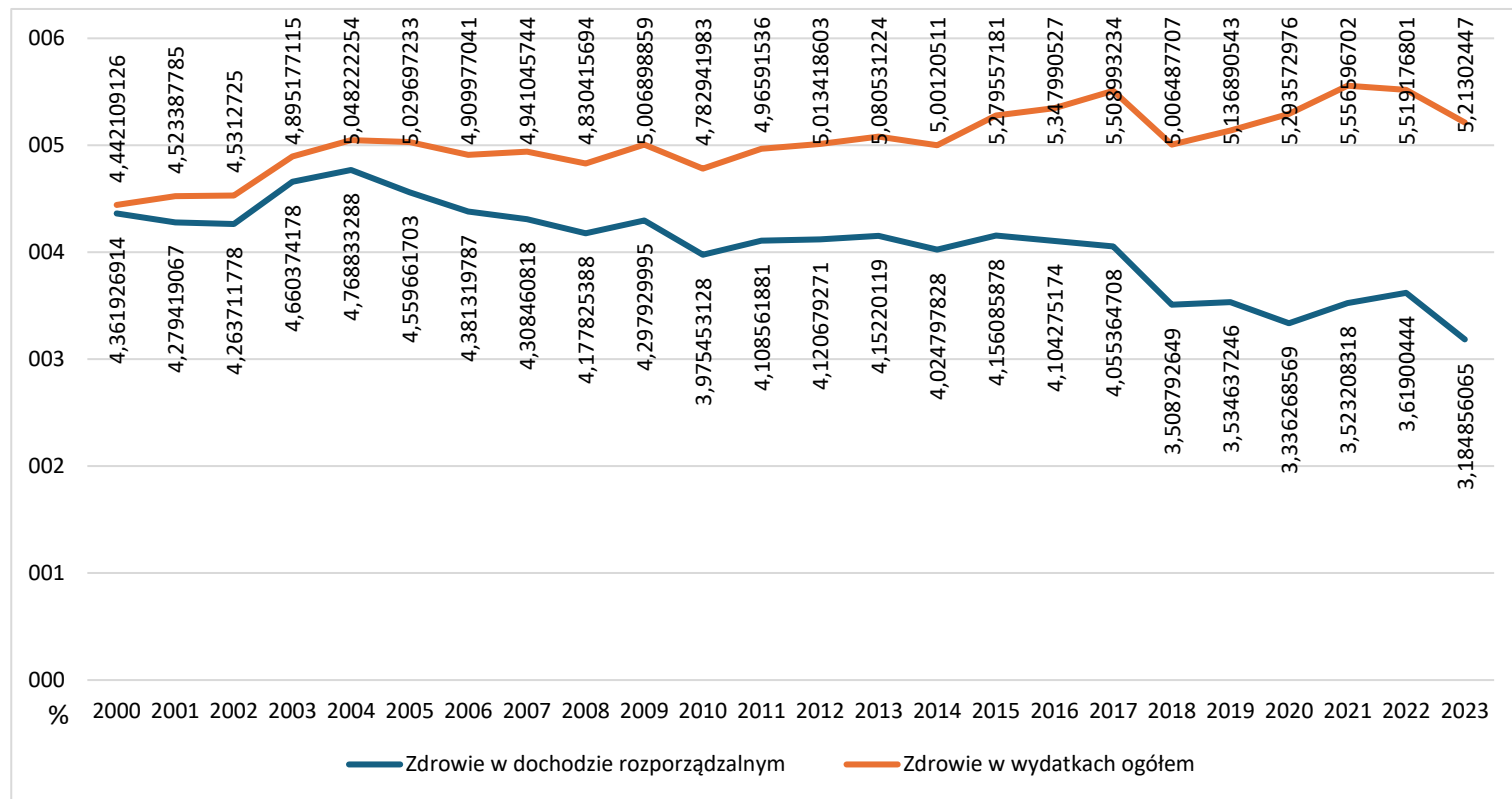
Wykres 2. Poziom i zmiany wydatków nominalnych i realnych na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych w latach 2005–2023

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z badania budżetów gospodarstw domowych z lat 2004–2023, GUS 2005–2024.

Z kolei dane obrazujące wydatki na ochronę zdrowia w wydatkach na konsumpcję ogółem w tym samym okresie wskazały na zwiększający się ich udział w konsumpcji (wykres 3). Można stwierdzić, iż doszło do zwiększania priorytetowości wydatków na ochronę zdrowia. Gospodarstwa domowe przeznaczają coraz większą część swoich wydatków konsumpcyjnych na zdrowie, a jest to wynikiem m.in. większej świadomości zdrowotnej, starzejącego się społeczeństwa, większego dostępu do nowych technologii medycznych.

W kontekście inflacji, wzrost nominalnych wydatków na zdrowie może być częścią ogólnego wzrostu kosztów życia. Jednak, jeśli wzrost dochodów rozporządzalnych jest wystarczająco duży, aby zmniejszyć udział wydatków na zdrowie w tych dochodach, wskazuje to na realny wzrost siły nabywczej gospodarstw domowych.

Podsumowując, przedstawione dane sugerują, że zdrowie staje się coraz ważniejszym elementem budżetów gospodarstw domowych, ale wzrost dochodów pozwala na zmniejszenie względnego obciążenia wydatków na zdrowie. To wskazuje na poprawę ogólnej sytuacji finansowej gospodarstw domowych oraz na ich rosnącą troskę o zdrowie i jakość życia.



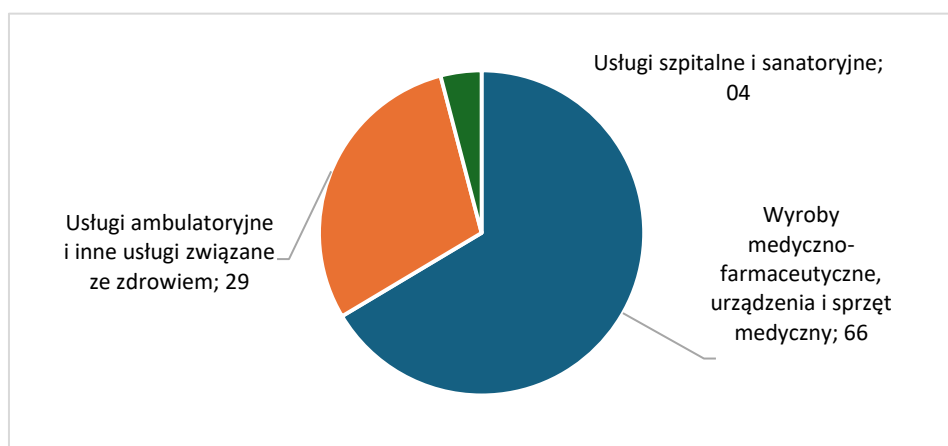
Wykres 3. Udział wydatków na zdrowie w dochodzie rozporządzalnym i wydatkach w polskich gospodarstwach domowych w latach 2004–2023

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z badania budżetów gospodarstw domowych z lat 2004–2023, GUS 2005–2024.

Wydatki na ochronę zdrowia obejmują trzy kategorie wydatków, w tym jedną z nich są wyroby medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, w skład których wchodzi leki, surowice, szczepionki, zielarskie produkty farmaceutyczne, zioła, tran, urządzenia i sprzęt terapeutyczny (np. okulary optyczne, protezy kończyn, protezy zębowe, obuwie ortopedyczne) oraz pozostałe wyroby medyczne, (np. materiały chirurgiczne i opatrunkowe, aparaty słuchowe, termometry, smoczki), pozostałe. W 2022 r. średnio miesięcznie na osobę w gospodarstwie domowym przeznaczano 85 zł na ochronę zdrowia, z czego największą część, bo $\frac{2}{3}$ wydatków, pochłaniały wyroby medyczno-farmaceutyczne i sprzęt medyczny (wykres 4).

Drugim składnikiem wydatków na ochronę zdrowia są usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem – opłaty za: porady lekarskie, wykonanie zabiegów chirurgicznych, zdjęć rentgenowskich, EKG, USG, echogramów, usługi dentystyczne i protezowni dentystycznych, analizy laboratoryjne, robienie zastrzyków, wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych, opiekę nad chorymi, usługi pogotowia ratunkowego, medycyna niekonwencjonalna, pozostałe.

Trzecia składowa wydatków na ochronę zdrowia to wydatki na usługi szpitalne i sanatoryjne, czyli opłaty za usługi świadczone osobom przebywającym w szpitalu: opłaty administracyjne związane z leczeniem szpitalnym, zakwaterowanie, wyżywienie osób przebywających w szpitalu, porady lekarskie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, badań medycznych, zdjęć rentgenowskich, zabiegi pielęgnacyjne, usługi dentystyczne, optyczne, kręgarskie, opłaty związane z leczeniem sanatoryjnym, w zakładach rehabilitacyjnych, pozostałe. W 2022 r. około 30% wydatków kierowano na usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem, a nieco ponad 4% na usługi szpitalne i sanatoryjne.



Wykres 4. Struktura wydatków na ochronę zdrowia w 2022 r.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z badania budżetów gospodarstw domowych z 2022 r., GUS 2023.

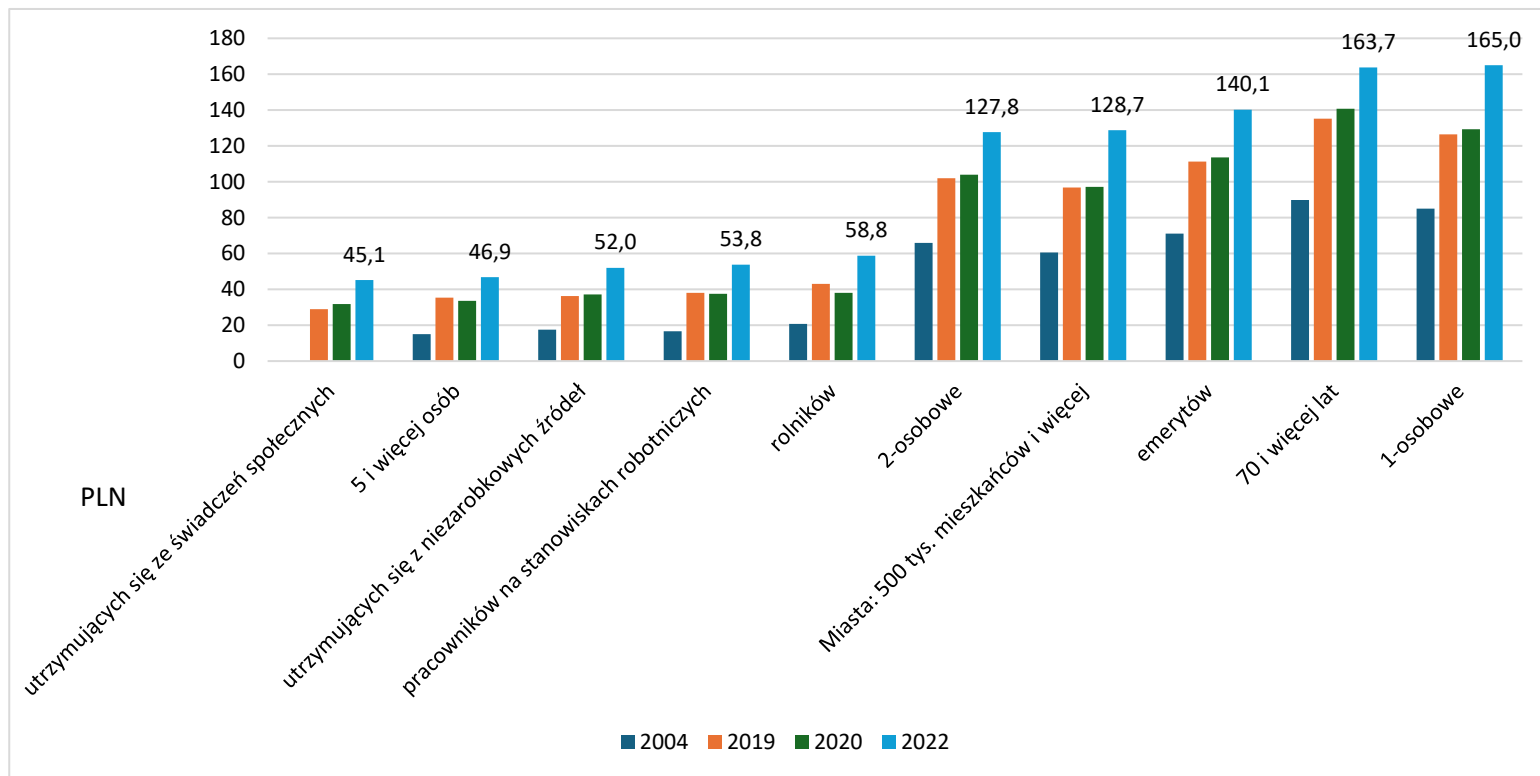
3.3. Wydatki na zdrowie według cech gospodarstw domowych

Wydatki na zdrowie różnicują zmienne opisujące cechy gospodarstw domowych¹⁴. Najniższe wydatki na ochronę zdrowia były ponoszone w gospodarstwach domowych osób utrzymujących się ze świadczeń społecznych lub z niezarobkowych źródeł w gospodarstwach domowych wieloosobowych oraz wśród osób pracujących na stanowiskach robotniczych i wśród rolników. Z kolei najwyższe kwoty wydatków na ochronę zdrowia przeznaczano w gospodarstwach domowych jedno- i dwuosobowych, osób starszych oraz w gospodarstwach domowych zlokalizowanych w największych miastach (wykres 5).

Obserwując zmiany wydatków na ochronę zdrowia w różnych typach gospodarstw domowych w latach 2004–2022, można stwierdzić, iż w gospodarstwach domowych z najniższymi wydatkami na ochronę zdrowia odnotowano nieco większy wzrost wydatków (około lub ponad trzykrotnie) niż w gospodarstwach domowych z najwyższymi wydatkami (około dwukrotnie) (wykres 6). Jest to wynikiem niższych wartości początkowych, co oznacza, że procentowo wzrost był większy, mimo że nominalnie wydatki w gospodarstwach z najwyższymi wydatkami wzrosły bardziej niż w tych z najniższymi. Na przykład, nominalny wzrost wydatków na ochronę zdrowia między rokiem 2004 a 2022 w gospodarstwach domowych zlokalizowanych w miastach z liczbą mieszkańców 500 tys. i więcej wyniósł 68 zł, podczas gdy w gospodarstwach rolników 38 zł (podobnie w gospodarstwach zlokalizowanych na wsi – 39 zł). W tym samym okresie w gospodarstwach domowych jednoosobowych wzrost wydatków na zdrowie wyniósł ponad 79 zł, a w gospodarstwach domowych 5 i więcej osobowych – 30 zł.

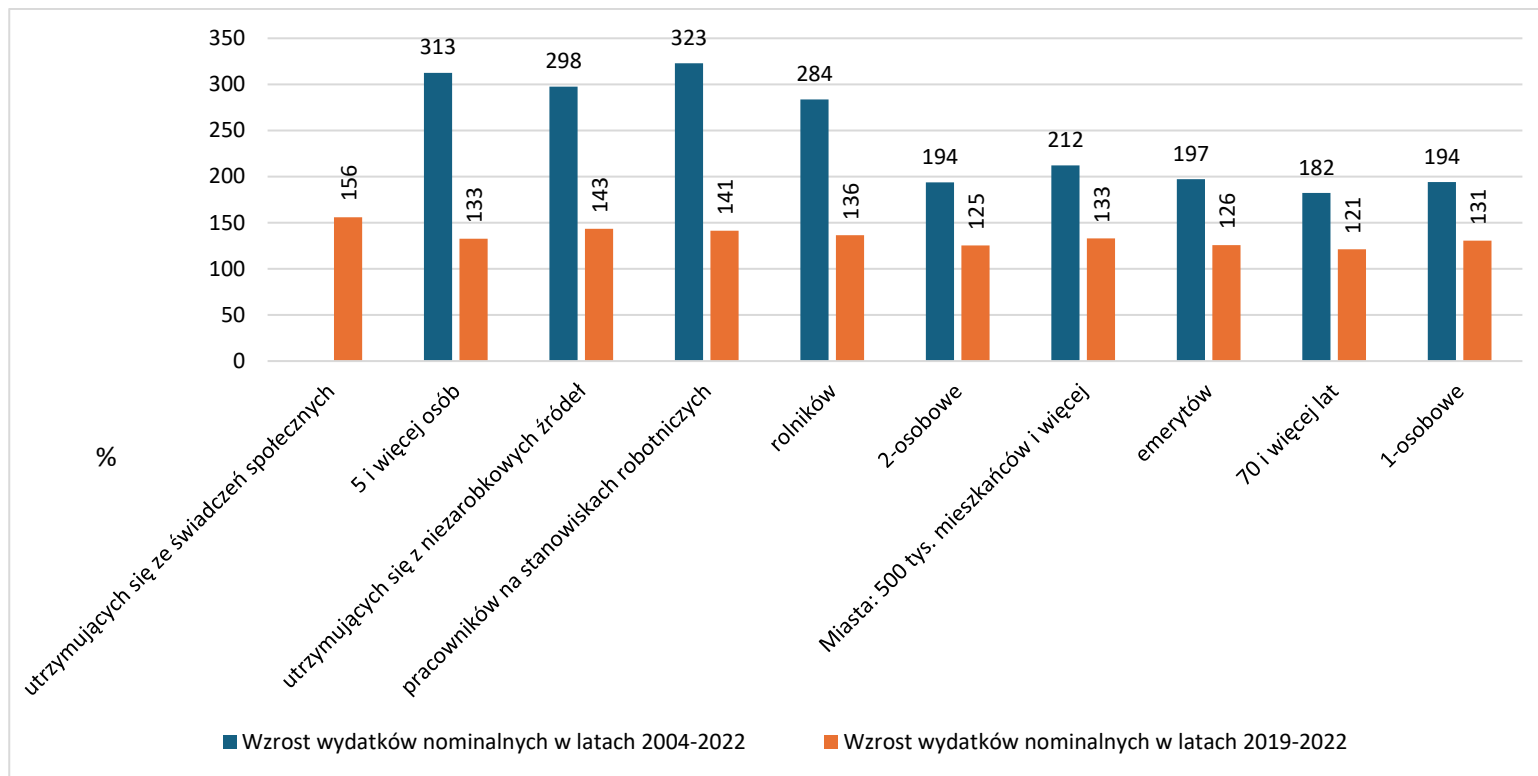
Miejsce lokalizacji gospodarstwa domowego stanowi ważną determinantę poziomu wydatków na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych. Poziom wydatków w wielkomiejskich gospodarstwach domowych w 2022 r. był zdecydowanie większy niż w wsiach, tj. 129 zł na osobę w porównaniu do około 66 zł na osobę. Różnice dotyczyły też struktury wydatków w wielkomiejskich i wiejskich gospodarstwach domowych. W dużych miastach (43,7% wydatków ogółem na ochronę zdrowia) zdecydowanie większe udziały wydatków były przeznaczane na usługi ambulatoryjne i leczenia szpitalnego oraz sanatoryjnego niż na wsiach (30% wydatków ogółem na ochronę zdrowia).

¹⁴ M. Piekut, *Gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie – charakterystyka i wzorzec konsumpcji*, „Wiadomości Statystyczne. The Polish Statistician” 2023, t. 68, nr 8, s. 15–33.



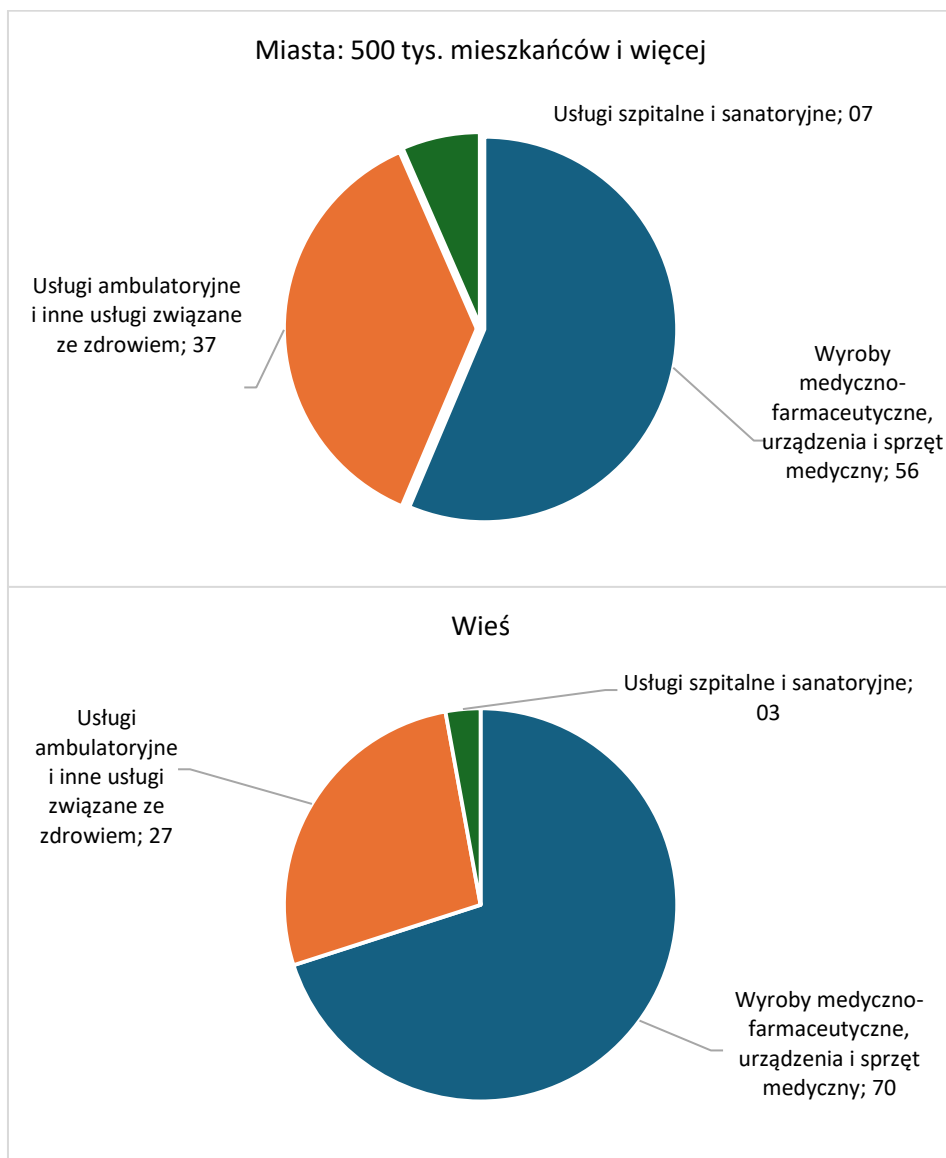
Wykres 5. Poziom wydatków na zdrowie według typów gospodarstw domowych w 2022 r.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z badania budżetów gospodarstw domowych z lat 2004, 2019, 2020 i 2022, GUS 2005, 2020, 2021 i 2023.



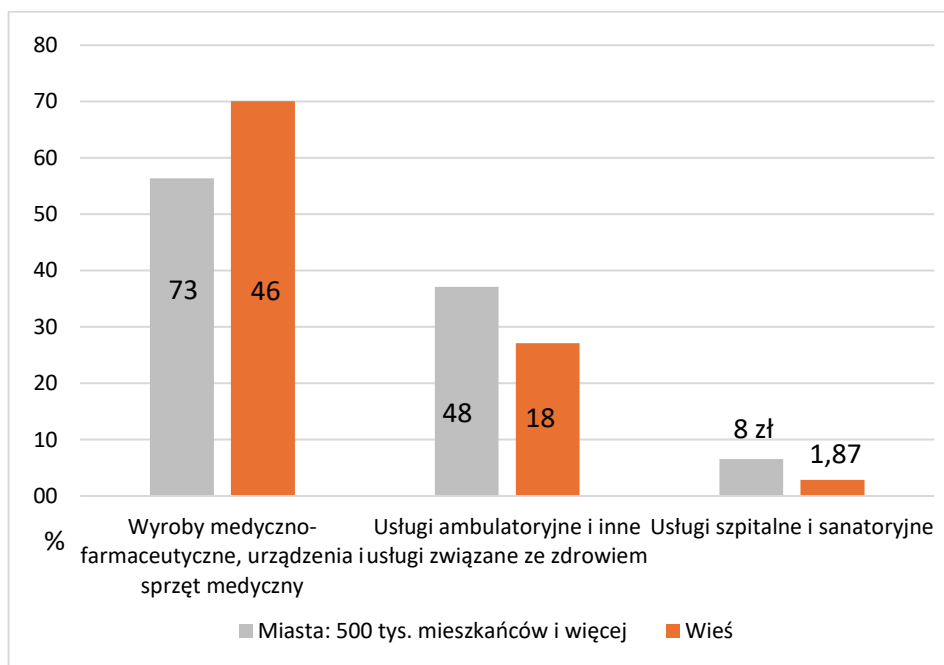
Wykres 6. Zmiany (w %) wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych w latach 2004–2022 i 2019–2022

Źródło: Obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z badania budżetów gospodarstw domowych z lat 2004, 2019 i 2022, GUS 2005, 2020 i 2023.



Wykres 7. Struktury wydatków (w %) w wielkomiejskich i wiejskich gospodarstwach domowych w 2022 r.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z badania budżetów gospodarstw domowych z 2022 r., GUS 2023.



Wykres 8. Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych zlokalizowanych w dużych miastach i na wsi w 2022 r.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie indywidualnych danych z badania budżetów gospodarstw domowych z 2022 r., GUS 2023.

W celu zbadania zależności między kategoriami wydatków na zdrowie a zmiennymi socjodemograficznymi i ekonomicznymi charakteryzującymi gospodarstwo domowe wykorzystano analizę korelacji kanonicznej. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że wyższe wydatki w gospodarstwach domowych na wyroby medyczne-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny występowały wśród emerytów, osób starszych (wiek reprezentanta), z wyższym dochodem rozporządzalnym na 1 osobę, w gospodarstwach z osobami z niepełnosprawnością, w gospodarstwach prowadzonych przez osoby z wyższym wykształceniem oraz wśród osób w stanie wdowieństwa. Z kolei wyższe wydatki w gospodarstwach na usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem cechowały gospodarstwa domowe zlokalizowane w miastach z liczbą mieszkańców 500 tys. i więcej, gospodarstwa osób z wyższym wykształceniem i z większymi dochodami rozporządzalnymi na 1 osobę. Natomiast wyższe wydatki na usługi szpitalne i sanatoryjne zanotowano w gospodarstwach z miast obejmujących 500 tys. mieszkańców i więcej. Tak więc wydatki na ochronę zdrowia determinowane są przede wszystkim przez takie cechy gospodarstwa domowego, jak wiek członków gospodarstwa domowego, poziom ich wykształcenia oraz miejsce lokalizacji gospodarstwa domowego.

Zmiany prawne mogą niwelować nierówności w dostępie do usług zdrowotnych między typami gospodarstw domowych. Mieszkańcy miast mają łatwiejszy dostęp do publicznej opieki zdrowotnej niż mieszkańcy obszarów wiejskich, co wynika z różnic w infrastrukturze medycznej. Osoby z wyższymi dochodami rozporządzalnymi, a także z wyższym poziomem wykształcenia mają – ze względu na statystycznie korzystniejszą sytuację finansową – większy dostęp do korzystania z komercyjnych usług zdrowotnych. Administracja publiczna odgrywa kluczową rolę w monitorowaniu i wdrażaniu mechanizmów, takich jak programy wsparcia finansowego dla mniej uprzywilejowanych obszarów czy grup społecznych, które mają na celu zmniejszenie tych nierówności.

Podsumowanie

Na przestrzeni lat 2004–2023 wydatki na ochronę zdrowia w polskich gospodarstwach domowych przeszły znaczące zmiany, które wynikały zarówno z wprowadzanych regulacji prawnych, jak i zmieniającej się sytuacji gospodarczej. Reforma systemu opieki zdrowotnej, w tym m.in. ustawa refundacyjna oraz regulacje dotyczące działalności leczniczej, miały wpływ na wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych. Wzrost nominalnych i realnych wydatków na zdrowie świadczy o rosnącym znaczeniu tej kategorii w budżetach domowych. Jednocześnie wzrost dochodów rozporządzalnych umożliwił gospodarstwom domowym lepsze zarządzanie wydatkami na zdrowie i inne potrzeby.

Istnieją nierówności w poziomie i strukturze wydatków na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych a głównymi zmiennymi wpływającymi na tę sytuację są: wiek badanych, poziom dochodów i wykształcenia członków gospodarstwa domowego oraz miejsce lokalizacji gospodarstwa domowego.

Pandemia COVID-19 stanowiła istotny punkt zwrotny, który wpłynął na wydatki zdrowotne, ukazując jednocześnie wyzwania związane z dostępem do opieki zdrowotnej i potrzebą dalszego rozwoju systemu. W okresie pandemii doszło do wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych przy zahamowaniu spadku udziału tych wydatków w dochodzie rozporządzalnym. Przeprowadzone badanie potwierdza, że zrozumienie wpływu regulacji prawnych na wydatki zdrowotne jest kluczowe dla tworzenia skutecznych polityk zdrowotnych.

Na podstawie analizy wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w Polsce oraz wpływu regulacji prawnych na te wydatki można sformułować kilka rekomendacji dla polityk zdrowotnych i społecznych. Istotnym krokiem byłoby zwiększenie budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia w celu zapewnienia pełniejszego pokrycia kosztów leczenia i leków. Wyższe wydatki publiczne mogą przyczynić się do zmniejszenia obciążeń finansowych gospodarstw domowych i ograniczenia wzrostu wydatków prywatnych na zdrowie. Należy także konty-

nuować prace nad usprawnieniem systemu refundacji leków oraz usług medycznych, aby ograniczyć koszty, które obciążają gospodarstwa domowe. Szczególnie ważne jest, aby uwzględniać potrzeby osób starszych i przewlekle chorych, które często ponoszą największe wydatki na zdrowie. Również wprowadzenie polityki, która zwiększy dostępność do usług zdrowotnych, szczególnie w obszarach wiejskich i mniej rozwiniętych, może pomóc w zniwelowaniu różnic w wydatkach na zdrowie między mieszkańcami miast a wsi. Należy zainwestować w rozwój infrastruktury medycznej oraz telemedycyny, co może znacząco ułatwić dostęp do świadczeń zdrowotnych. Polityki zdrowotne powinny uwzględniać różnorodność gospodarstw domowych i ich specyficzne potrzeby. Oferowanie wsparcia finansowego dla gospodarstw domowych o niskich dochodach oraz programy wsparcia dla osób starszych mogą przyczynić się do bardziej sprawiedliwego dostępu do usług zdrowotnych.

Zwiększenie inwestycji w programy edukacyjne oraz profilaktykę zdrowotną może przynieść długofalowe korzyści. Podnoszenie świadomości obywateli na temat zdrowego stylu życia, profilaktyki oraz dostępnych usług zdrowotnych wpłynie na zmniejszenie wydatków związanych z chorobami. Inwestycje w nowe technologie medyczne oraz cyfryzację usług zdrowotnych mogą zwiększyć efektywność systemu ochrony zdrowia. Przykładem mogą być aplikacje zdrowotne, które umożliwiają zdalne konsultacje oraz monitorowanie stanu zdrowia pacjentów. Natomiast wprowadzenie systemów monitorowania i oceny wydatków na zdrowie w gospodarstwach domowych oraz wpływu regulacji prawnych na te wydatki pozwoli na bieżące dostosowywanie polityk zdrowotnych do zmieniających się potrzeb społeczeństwa.

Rekomendacje te mają na celu zwiększenie dostępności i efektywności usług zdrowotnych w Polsce, co jest kluczowe dla poprawy jakości życia obywateli. Skoncentrowanie się na tych aspektach może prowadzić do zmniejszenia obciążeń finansowych gospodarstw domowych, a także do polepszenia stanu zdrowia społeczeństwa jako całości.

Bibliografia

- Eurostat, *Total health care expenditure* [tps00207__custom_13377766], Eurostat database, [dostęp: 20.10.2024].
- GUS, *Budżety gospodarstw domowych 2004, ..., 2022*, Warszawa.
- GUS, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r. Informacje i opracowania statystyczne*, Warszawa 2006.
- GUS, *Wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych*, Warszawa 2005–2023 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-w-kwietniu-2024-roku,2,150.html>
- Indywidualne dane z badania budżetów gospodarstw domowych za 2004 r. i 2022 r.*, Warszawa 2005, 2023.

- Piekut, M., *Gospodarstwa domowe z wysokim udziałem wydatków na zdrowie – charakterystyka i wzorzec konsumpcji*, „Wiadomości Statystyczne. The Polish Statistician” 2023, 68, 8.
- Qiu, Y., Zhang, F., *Impact of health shocks on household consumption structure*, „Frontiers in Public Health” 2024, 12, 1431833.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023.1427).
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2011 nr 122, poz. 696).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2024.0.799).
- Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. 2020 poz. 374).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024.0.146).
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 nr 113, poz. 657).
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2003 nr 228, poz. 2255).

Changes in Health Care Expenditures in Polish Households in 2004–2023. The Impact of Legal Regulations and Economic Challenges

Abstract

This article analyzes health care expenditures in Polish households between 2004 and 2023, considering the impact of legal changes and economic conditions, including the COVID-19 pandemic. The study is based on statistical data from the Statistical Office of Poland (GUS). The results indicate an increase in the share of health care expenditures in overall consumption, reflecting a higher prioritization of health in household consumption. At the same time, there has been a decline in the share of health expenditures in disposable income, which suggests an improvement in the financial situation of households. Legal regulations regarding the financing of health care play an important role in addressing issues related to inequalities in the financial burden of health care expenditures across households, which is crucial for the quality of life of citizens.

Keywords: health expenditures, households, Poland, COVID-19 pandemic, health care, health policy.