Michał Aliński
http://orcid.org/0000-0002-6592-5448
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
malins@sgh.waw.pl
DOI: 10.35765/HP.2799

Horyzonty Polityki
2025, Vol. 16, N° 57

Katastrofalne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów europejskich – istota i skutki społeczno-ekonomiczne

Streszczenie

CEL NAUKOWY: Celem artykułu jest przedstawienie zjawiska katastrofalnych wydatków na ochronę zdrowia, które stanowią coraz poważniejsze wyzwanie społeczne, ekonomiczne, a także polityczne. Zjawisko to ma charakter wielowymiarowy – wynika z niedostatecznego finansowania systemu, ograniczonej dostępności świadczeń publicznych oraz czynników społeczno-behawioralnych. Przedstawiono skalę problemu w Polsce na tle innych krajów europejskich oraz międzynarodowych doświadczeń w zakresie identyfikacji przyczyn wzrostu prywatnych wydatków związanych z ochroną zdrowia.

PROBLEM I METODY BADAWCZE: W opracowaniu zastosowano zintegrowane podejście badawcze, łączące analizę deskryptywną, komparatywną i opisową. Analiza deskryptywna pozwoliła na przedstawienie danych liczbowych dotyczących struktury i dynamiki prywatnych wydatków zdrowotnych w Polsce. Analiza komparatywna umożliwiła porównanie wyników z danymi z innych krajów europejskich, natomiast analiza opisowa pozwoliła zinterpretować zjawisko w kontekście jego społecznych i ekonomicznych konsekwencji.

PROCES WYWODU: Rozważania zaprezentowane w artykule koncentrują się na możliwościach wykorzystania międzynarodowych doświadczeń w zakresie polityki zdrowotnej oraz sposobach ograniczania skali prywatnych wydatków na ochronę zdrowia. Dokonano porównań skali wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, które mogą prowadzić do katastrofalnych wydatków w budżetach gospodarstw domowych. Wnioski i rekomendacje opracowano metodą

Sugerowane cytowanie: Aliński, M. (2025). Katastrofalne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów europejskich – istota i skutki społeczno-ekonomiczne. *Horyzonty Polityki*, *16*(57), 247–267. DOI: 10.35765/HP.2799.

dedukcji, opierając się na dorobku teorii zdrowia publicznego, obowiązujących regulacjach prawnych oraz identyfikacji zachowań społecznych.

WYNIKI ANALIZY NAUKOWEJ: Analiza wskazuje, że rosnące obciążenie gospodarstw domowych wydatkami zdrowotnymi prowadzi do niekorzystnego zjawiska wydatków katastrofalnych i pogłębiania nierówności społecznych, zwiększenia ryzyka ubóstwa oraz w konsekwencji dalszego ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych. Problem ten ma wymiar nie tylko ekonomiczny, ale także społeczny i zdrowotny.

WNIOSKI, INNOWACJE, REKOMENDACJE: Katastrofalne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce stają się istotnym kryterium oceny skuteczności polityki zdrowotnej. Wnioski z analizy sugerują potrzebę wdrożenia rozwiązań opartych na doświadczeniach międzynarodowych. Kluczowe jest jednak nie tylko zwiększanie nakładów finansowych, lecz przede wszystkim poprawa efektywności wykorzystania dostępnych środków oraz wzmocnienie mechanizmów ochrony finansowej gospodarstw domowych.

Słowa kluczowe:
ochrona zdrowia, świadczenia medyczne, wydatki z własnej kieszeni, wydatki katastrofalne na ochronę zdrowia

Abstract

CATASTROPHIC HEALTHCARE EXPENDITURES IN POLAND COMPARED TO OTHER EUROPEAN COUNTRIES – ESSENCE AND SOCIOECONOMIC EFFECTS

RESEARCH OBJECTIVE: The aim of this article is to present the phenomenon of catastrophic health care expenditures, which pose an increasingly serious social, economic, and political challenge. This phenomenon is multidimensional in nature, resulting from insufficient funding of the system, limited availability of public services, and socio-behavioral factors. The article presents the scale of the problem in Poland compared to other European countries and international experiences in identifying the causes of the increase in private healthcare expenditure.

THE RESEARCH PROBLEM AND METHODS: The study uses an integrated research approach, combining descriptive, comparative, and narrative analysis. Descriptive analysis allowed for the presentation of numerical data on the structure and dynamics of private healthcare expenditure in Poland. Comparative analysis enabled the comparison of results with data from other European countries, while descriptive analysis allowed for the interpretation of the phenomenon in the context of its social and economic consequences.

THE PROCESS OF ARGUMENTATION: The considerations presented in the article focus on the possibilities of utilizing international experience in health policy and ways of limiting the scale of private healthcare expenditure. Comparisons were made of the scale of private healthcare expenditure, which can lead to catastrophic expenditure in household budgets. Conclusions and recommendations were developed using deduction, based on public health theory, applicable legal regulations, and the identification of social behaviors.

RESEARCH RESULTS: The analysis indicates that the growing burden of healthcare expenditure on households leads to the adverse phenomenon of catastrophic expenditure and deepens social inequalities, increases the risk of poverty and, as a consequence, further restricts access to healthcare services. This problem has not only economic but also social and health dimensions.

CONCLUSIONS, INNOVATIONS, AND RECOMMENDATIONS: Catastrophic healthcare expenditures in Poland are becoming an important criterion for assessing the effectiveness of health policy. The conclusions of the analysis suggest the need to implement solutions based on international experience. However, it is not only crucial to increase financial outlays, but above all to improve the efficiency of the use of available funds and to strengthen the mechanisms for the financial protection of households.

Keywords:
health care, medical services, out-of-pocket expenditures, catastrophic health care expenditures

WPROWADZENIE

Ochrona zdrowia jest ważnym elementem życia i funkcjonowania każdego społeczeństwa. Jak sama nazwa wskazuje, powszechny dostęp do opieki zdrowotnej ma na celu zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych dla wszystkich bez względu na ich status materialny, pozycję społeczną, lokalizację czy poziom uzyskiwanych dochodów, stan posiadanych aktywów czy stan zdrowia. Działania zmierzające do osiągnięcia tego celu powinny być realizowane przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego osób, jak i bezpieczeństwa finansowego gospodarstw domowych w zakresie ochrony zdrowia i ograniczania ryzyka finansowego związanego z koniecznością ponoszenia dodatkowych, prywatnych wydatków na zdrowie.

Badania międzynarodowe wskazują, że wiele osób – z różnych względów – nie ma dostępu do usług medycznych, których potrzebują, lub są one osiągalne dla nich w ograniczonym zakresie. Jedną z głównych przyczyn takiej sytuacji są zbyt wysokie koszty dostarczania świadczeń zdrowotnych (drogi sprzęt, wysoko wykwalifikowany personel, specjalistyczne zabiegi itd.). Zagadnienie związane z rosnącymi kosztami utrzymania opieki zdrowotnej zostały opisane między innymi w wynikach badań (Nojszewska, 2012; Tambor i in., 2011; Balabanova i in., 2012; Law i in., 2013; Zare & Anderson, 2013). Jednak coraz większa potrzeba, a nawet konieczność korzystania z usług medycznych przez społeczeństwo, jak było to podczas apogeum pandemii COVID-19, wymaga zwrócenia większej uwagi nie tylko na skalę wydatków związanych z ochroną zdrowia, ale także na źródła finansowania kosztów, jakie generuje ten obszar odpowiedzialności państwa.

Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie zjawiska katastrofalnych wydatków na ochronę zdrowia, które stanowią coraz poważniejsze wyzwanie społeczne, ekonomiczne, a także polityczne. Zjawisko to jest słabo rozpoznane w Polsce, pomimo że jest bardzo istotne i ma wielowymiarowy charakter, gdyż wynika z niedostatecznego finansowania systemu ochrony zdrowia, ograniczonej dostępności świadczeń finansowych ze źródeł publicznych oraz wielu czynników społeczno-behawioralnych.

Na tym tle pojawia się pytanie dotyczące roli i znaczenia płatności ze środków prywatnych (z własnych budżetów gospodarstw domowych), jakich dokonują pacjenci w sytuacji pojawienia się konieczności pokrycia części lub całości kosztów związanych z ochroną zdrowia. Zjawisko to określane jest jako tzw. płatność z własnej kieszeni (*out-of-pocket* – w skrócie OOP). Wielu autorów (np. Tanahashi, 1978; Levesque i in., 2013; Peters i in., 2008) prowadziło badania w zakresie opracowania propozycji oceny poziomu pokrycia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w oparciu o trzy filary, tzw. 3 razy A: *availability*, *accessibility*, i *acceptability*, czyli dostępności usług i produktów medycznych, przystępności oraz akceptowalności. Kategoria dostępności obejmuje głównie analizę możliwości dotarcia do obiektów infrastruktury ochrony zdrowia (przychodnie, szpitale) oraz dostępności leków (głównie pod względem poziomu ich ceny); przystępność uwzględnia przede wszystkim koszty związane

z opłatami dla użytkowników usług i produktów medycznych oraz transport, zaś akceptowalność obejmuje szeroki zakres cech społeczno-demograficznych i innych cech zdefiniowanych po stronie popytu na usługi i produkty medyczne. Te trzy wymiary stanowią podstawę do identyfikacji poziomu dostępności oraz skali i zakresu korzystania z usług i produktów medycznych przez społeczeństwa na poziomie krajowym, jak również identyfikacji występujących barier w tym zakresie, w tym poszukiwania optymalnego poziomu katastrofalnych wydatków na ochronę zdrowia. W przygotowanym opracowaniu wykorzystano zintegrowane podejście badawcze, łącząc metodę badawczą z zakresu analizy deskryptywnej, komparatywnej i opisowej, aby zaprezentować istotę i konsekwencje występowania katastrofalnych wydatków na zdrowie. Na tle danych i doświadczeń z innych krajów zaprezentowano skalę zjawiska w Polsce. Treść artykułu skupia się na analizie skali problemu w Polsce na tle innych krajów europejskich oraz międzynarodowych doświadczeń w zakresie identyfikacji przyczyn i konsekwencji wzrostu prywatnych wydatków związanych z ochroną zdrowia.

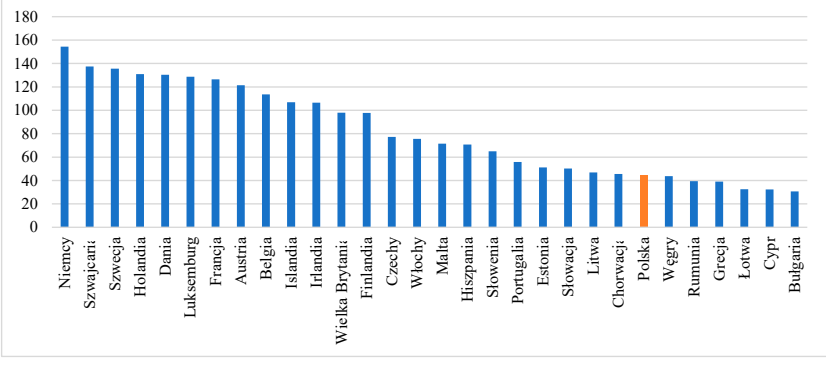
MODELE I STRUKTURA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Finansowanie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych aspektów prowadzonej polityki zdrowotnej. Zagadnienie to zyskuje na znaczeniu, ponieważ systematycznie wzrastają wydatki, jakie są ponoszone w ramach realizacji usług publicznych związanych z ochroną zdrowia (usługi zdrowotne). Jednak, aby zapewnić prawo do ochrony zdrowia i dostępność usług medycznych w ramach obowiązującego w danym kraju systemu ochrony zdrowia, instytucje publiczne muszą opracować odpowiedni plan funkcjonowania, określić ramy polityki zdrowotnej i przeznaczać odpowiednie zasoby środków finansowych na utrzymanie tego sektora gospodarki narodowej. W ujęciu rocznym nakłady na ochronę zdrowia w Polsce wahają się w przedziale około 5–7% PKB i należą do średnich w ujęciu międzynarodowym.

W Polsce, według danych Głównego Urzędu Statystycznego, wydatki publiczne na ochronę zdrowia stanowiły średnio 6,1% PKB

w latach 2012–2019. W latach 2020–2021 osiągnęły poziom odpowiednio: 6,5% i 6,6% (GUS, 2022). Zgodnie z zapowiedziami dotyczącymi wprowadzenia tarczy antykryzysowej „Ustawa 6.0" wydatki publiczne na ochronę zdrowia powinny do roku 2024 osiągnąć stały poziom finansowania – 6% PKB, a na mocy „Ustawy 7.0" powinny wzrosnąć do 7% PKB w roku 2027. Planowane wartości nakładów na ochronę zdrowia w roku 2021 osiągnęły poziom 120,5 mld zł, czyli znacznie więcej niż prognozowane wcześniej wydatki NFZ na zdrowie. Bazując na danych makroekonomicznych, opublikowanych przez Ministerstwo Finansów, dotyczących wzrostu gospodarczego w 2022 r., kwota ta osiągnie poziom 125,9 mld zł, zaś w 2023 r. do 139,4 mld zł (Prawo.pl, 2020).

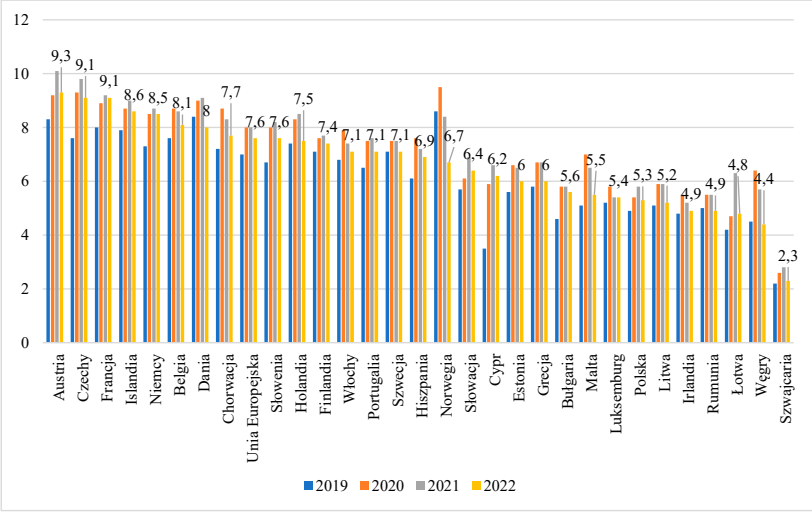
Wykres 1. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia według parytetu siły nabywczej (PPS) (średnia UE = 100)



Źródło: Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej (CALPE) (2024). *Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia*, *9*, maj 2024. http://calpe.pl/monitor/wp-content/uploads/2024/05/Monitor-OZ-2024-nr-9.pdf

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia wartość globalnych wydatków na zdrowie w 2022 roku osiągnęła rekordowy poziom 9 bln USD, co stanowiło blisko 11% światowego PKB (WHO, 2024). Polska jest zaliczana do grupy krajów o średnich poziomach (*upper-middle*) wydatków na ochronę zdrowia. Według danych Eurostat przeciętne wydatki publiczne na ochronę zdrowia w krajach UE wzrosły w 2020 w stosunku do roku 2019 o 1 p.p. Polska na ten cel wydawała stosunkowo mało, bo zaledwie 5,4% PKB (Eurostat, 2020).

Wykres 2. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w krajach europejskich jako % PKB w latach 2019–2022



Źródło: General government expenditure by function (COFOG). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/8df11907-86e8-4f5b-a62e-a7d09828e303?lang=en

Zidentyfikowano silną zależność, jaka występuje pomiędzy dochodami publicznymi i zamożnością społeczeństwa a wydatkami prywatnymi na zdrowie. Te kraje europejskie, które charakteryzują się wysokimi dochodami, zazwyczaj wydają najwięcej środków publicznych na zdrowie. Szwajcaria z wydatkami na poziomie 5241 EUR na osobę była liderem w Europie, a na kolejnych miejscach znalazły się Norwegia (4505 EUR) oraz Niemcy, Austria, Szwecja i Holandii. Na drugim końcu listy znalazły się takie kraje jak: Rumunia, Łotwa, Bułgaria i Chorwacja. Są to kraje o najniższych wydatkach na zdrowie w UE, wynoszących zaledwie około połowy średniej UE. Oznacza to, że w przeliczeniu na jednego mieszkańca (i po skorygowaniu o różnicę w poziomie cen) istnieje trzykrotna różnica w wydatkach na zdrowie między krajami o wysokich dochodach w Europie Zachodniej i Północnej a niektórymi krajami o niskich wydatkach w Europie Środkowej i Wschodniej. Według danych OECD Polska należy do grupy krajów o najniższych nakładach (w euro według siły nabywczej PPP na ochronę zdrowia w UE). Jest to kwota 1511 EUR na osobę na rok.

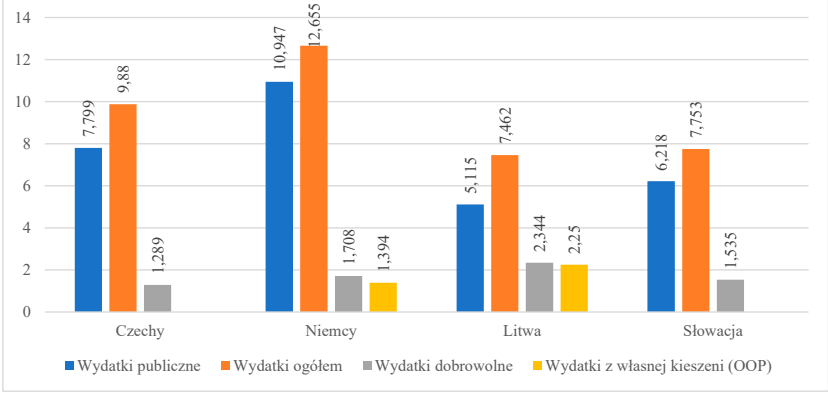
Stosunkowo niski poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach europejskich zmusza obywateli tych państw do poszukiwania innych, prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia. Zazwyczaj są to środki finansowe pochodzące z ubezpieczeń prywatnych lub z własnych budżetów gospodarstw domowych (określanych jako wydatki z własnej kieszeni na ochronę zdrowia (*out-of-pocket)*. Analiza danych statystycznych wskazuje na coraz większy udział wydatków z własnej kieszeni na ochronę zdrowia jako elementu zaspokajania potrzeb gospodarstw domowych w dostępie do usług i produktów z zakresu ochrony zdrowia. Rozpowszechnianie takiego zjawiska powoduje, że spada poziom bezpieczeństwa w zakresie ochrony zdrowia i osoby chore lub potrzebujące pomocy medycznej, chcąc skorzystać z porady lekarza lub wykupić leki, w coraz większym zakresie ograniczają inne wydatki gospodarstwa domowego po to, aby sfinansować te związane z ochroną zdrowia. Jeżeli taka sytuacja ma charakter sporadyczny, to nie wywołuje ona problemu o charakterze makroekonomicznym. Natomiast długoterminowe i znaczące pod względem skali zjawiska utrzymywanie się wysokich wydatków prywatnych gospodarstw domowych na ochronę zdrowia powoduje spadek poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, co przekłada się na wiele innych negatywnych zjawisk społecznych (np. trwałe ubóstwo, spadek produktywności, wzrost wydatków socjalnych itd.).

PRYWATNE WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIE

Prywatne wydatki na ochronę zdrowie są ogromnym obciążeniem zarówno dla budżetów publicznych, jak i osób prywatnych. W Europie występują duże różnice w poziomie i wzroście wydatków na zdrowie (OECD, 2020). Zazwyczaj zależą one od modelu systemu przyjętego w danym kraju. Przykładowo w Szwecji opłaty własne za usługi z zakresu ochrony zdrowia określone są do przyjętego pułapu kwotowego. Z kolei w Wielkiej Brytanii wydatki z własnej kieszeni są częścią systemu finansowania ochrony zdrowia. Według raportu OECD z 2018 r. wydatki z własnej kieszeni na zdrowie stanowiły średnio 19,4% całkowitych wydatków na zdrowie w krajach Unii Europejskiej w 2016 r. Wydatki z własnej kieszeni

wahały się od 6,4% w Danii do 32,8% w Bułgarii. W Wielkiej Brytanii wydatki z własnej kieszeni stanowiły 10,4% całkowitych wydatków na zdrowie. Niemniej jednak w niektórych krajach wydatki z własnej kieszeni na zdrowie są wyższe niż średnia europejska. W Belgii, Holandii i we Włoszech wydatki z własnej kieszeni stanowiły odpowiednio 21,6%, 22,3% i 23,2% wszystkich wydatków na zdrowie w 2016 r. Okazuje się, że wydatki z własnej kieszeni są często uzupełnieniem wydatków na zdrowie publiczne, a nie ich substytutem. Jednak w większości krajów na świecie system finansowania ochrony zdrowia ze względu na ograniczone zasoby środków publicznych wręcz wymusza konieczność ponoszenia wydatków związanych z nabywaniem świadczeń zdrowotnych z własnych, prywatnych budżetów gospodarstw domowych. Dla porównania można dokonać odniesienia do płatności prywatnych w takich krajach jak Czechy, Niemcy Litwa i Łotwa. Tylko na Litwie wartości wydatków dobrowolnych i OOP jest wyższa i ich udział kształtuje się na poziomie ok 2,3% PKB. Warto zwrócić uwagę, że Czesi są liderem w niskich płatnościach z własnej kieszeni za ochronę zdrowia.

Wykres 3. Udział wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach UE jako % PKB w 2022 r.

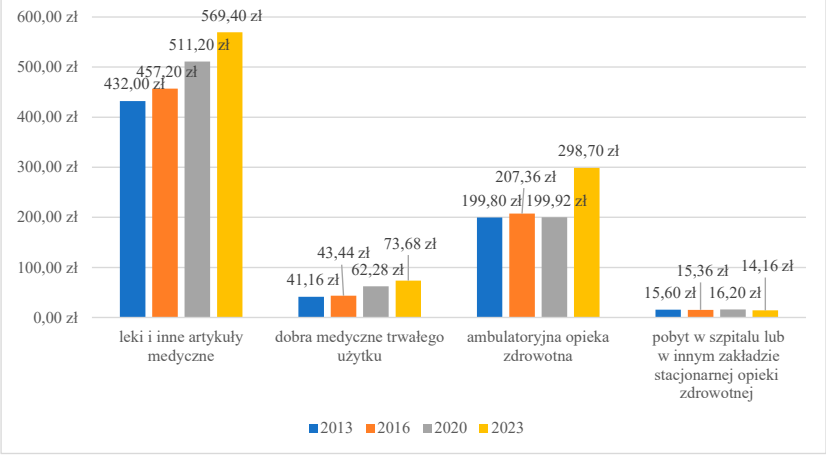


Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych OECD (https://data-explorer.oecd.org).

Warto jednak zaznaczyć, że prywatne wydatki na ochronę zdrowia nie są równomiernie rozłożone w ujęciu europejskim, a także na

całym obszarze kraju (np. wieś-miasto), jak również istnieją różnice między wydatkami gospodarstw domowych na zdrowie a wydatkami państwa na ochronę zdrowia. Wiele osób nie może sobie pozwolić na zapłacenie za swoje leczenie z prywatnych pieniędzy, szczególnie wtedy, gdy są to wydatki na leczenia specjalistyczne lub leczenie przy wykorzystaniu drogich, nierefundowanych leków. W takich sytuacjach wydatki prywatne na zdrowie mogą okazać się istotnym problemem dla utrzymania odpowiedniego poziomu zdrowia, a pośrednio także standardu życia.

Wykres 4. Poziom i struktura wydatków z własnej kieszeni w gospodarstwach domowych na ochronę zdrowia (*out-of-pocket*) w Polsce w latach 2013, 2016, 2020 i 2023 (średnio na gospodarstwo domowe w zł w ujęciu rocznym)



Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji GUS (2013, 2016, 2020, 2022).

Pozytywnym aspektem oceny sytuacji w zakresie ochrony zdrowia w Polsce jest wzrost ogólnych, bieżących wydatków na ochronę zdrowia, z którym mamy do czynienia w latach 2010–2019. Zwraca uwagę jednak fakt, że w tym okresie w największym stopniu (oprócz wydatków z budżetu państwa) wzrosły inne wydatki prywatne, które najczęściej są finansowane z własnej kieszeni. Z danych GUS 2013, 2016, 2020 wynika, że największy udział w strukturze wydatków OOP stanowią koszty związane z zakupem leków i artykułów medycznych. Łącznie wydatki na te elementy stanowią od 68,7% do

72,6% uśrednionych wydatków osób w gospodarstwach domowych na ochronę zdrowia w Polsce. Drugą największą grupą wydatków jest ambulatoryjna opieka zdrowotna, która stanowi od 25,3% do 29,0% nakładów. Osoby prywatne na ten cel przeznaczały od 16,65 zł w 2013 roku do 17,28 zł w 2016 roku.

W okresie COVID-19 odnotowano znaczny wzrost odsetka osób, które zgłaszały niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich lub leczenia. W tym czasie blisko 28% badanych (Eurofound-ETF, 2022) nie mogło skorzystać z opieki medycznej przede wszystkim ze względu na niedobór kadry medycznej w ochronie zdrowia oraz niskich nakładów finansowych ze źródeł publicznych. Taka sytuacja przekładała się na konieczność wydatkowania własnych środków finansowych, których bardzo często osoby najuboższe nie posiadają.

Wydatki prywatne z własnej kieszeni na zdrowie w krajach Unii Europejskiej są bardzo zróżnicowane (Grima i in., 2018). Zazwyczaj zależą one od modelu systemu przyjętego w danym kraju. Przykładowo w Szwecji opłaty własne za usługi z zakresu ochrony zdrowia są do określonego pułapu kwotowego. Z kolei w Wielkiej Brytanii wydatki z własnej kieszeni są częścią systemu finansowania ochrony zdrowia. Według raportu OECD z 2018 r. (OECD, 2018) wydatki z własnej kieszeni na zdrowie stanowiły średnio 19,4% całkowitych wydatków na zdrowie w krajach Unii Europejskiej w 2016 r. Wydatki z własnej kieszeni wahały się od 6,4% w Danii do 32,8% w Bułgarii. W Wielkiej Brytanii wydatki z własnej kieszeni stanowiły 10,4% całkowitych wydatków na zdrowie. Niemniej jednak w niektórych krajach wydatki z własnej kieszeni na zdrowie są wyższe niż średnia europejska. W Belgii, Holandii i we Włoszech wydatki z własnej kieszeni stanowiły odpowiednio 21,6%, 22,3% i 23,2% wszystkich wydatków na zdrowie w 2016 r. Okazuje się, że wydatki z własnej kieszeni są często uzupełnieniem wydatków na zdrowie publiczne, a nie ich substytutem.

KATASTROFALNE WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA

Katastrofalne wydatki zdrowotne definiowane jako płatności dokonywane przez gospodarstwa domowe z własnej kieszeni na świadczenia medyczne związane z ochroną zdrowia (usługi, leki itp.) na

poziomie, który można scharakteryzować następująco: przekraczają one możliwości ekonomiczne gospodarstwa domowego/ przekraczają próg zdolności płatniczej gospodarstwa domowego na ten cel (WHO, 2025).

Kategoria katastrofalnych wydatków na zdrowie została zdefiniowana jako procentowy udział poszczególnych wydatków OOP w wydatkach konsumpcyjnych gospodarstwa domowego, wydatkach nieżywnościowych lub zdolności płatniczej gospodarstwa domowego w minionym roku. Samo zdefiniowanie tej kategorii nie jest istotne, ważne jest natomiast określenie progów wydatków katastrofalnych, które w literaturze przedmiotu są zróżnicowane. Najczęściej stosowane progi to 10% lub 15% całkowitych wydatków konsumpcyjnych gospodarstwa domowego (Brinda i in., 2012; Barros & Bertoldi, 2008). Część z wyników badań wskazuje, że akceptowalny poziom wydatków katastrofalnych można określić na poziomie 25% wydatków nieżywnościowych (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; van Doorslaer i in., 2007). Zwrócić należy także uwagę, że możliwe jest wydatkowanie nawet do 40% wydatków nieżywnościowych na cele związane z ochroną zdrowia, co znacznie ogranicza zdolności płatnicze gospodarstwa domowego (Russell, 1996).

Istnieje kilka metod obliczania katastrofalnych wydatków zdrowotnych, z których każda ma swoje mocne strony i ograniczenia. Najczęściej stosowaną metodą jest podejście tzw. wydatków całkowitych, które definiuje katastrofalne wydatki zdrowotne jako płatności OOP przekraczające pewien procent całkowitych wydatków gospodarstwa domowego. Inną metodą (Marston & Falkingham, 2004) jest podejście oparte na zdolności płatniczej, która definiuje katastrofalne wydatki na zdrowie jako płatności OOP, które przekraczają pewien procent dochodu gospodarstwa domowego.

Kolejną z metod obliczania obciążeń, jakie ponoszą gospodarstwa domowe na zdrowie w ramach kategorii kosztów/nakładów katastrofalnych, jest rekomendacja ONZ. Opierając się na potrzebie realizacji celów zrównoważonego rozwoju (SDGs), katastrofalne wydatki na zdrowie monitoruje się za pomocą metody udziału budżetowego. Koncepcja SDG (United Nations Statistics Division, 2018) definiuje występowanie katastrofalnych wydatków na zdrowie jako odsetek populacji, u którego udział wydatków gospodarstw domowych na zdrowie jest duży w stosunku do całości ponoszonych wydatków lub

posiadanych dochodów (Wagstaff i in., 2018). W tym ujęciu stosuje się zazwyczaj dwa progi: 10% i 25%. Z dostępnych danych wynika, że w 2015 roku około 808 milionów ludzi na świecie doświadczyło katastrofalnych wydatków zdrowotnych, a ponad 97 mln ludzi zostało zepchniętych poniżej granicy ubóstwa z powodu dokonywania wydatków na ochronę zdrowia z własnej kieszeni.

Dane WHO dla Europy wskazują, że w tym regionie świata mamy do czynienia ze zjawiskiem wzrostu wskaźnika wydatków katastrofalnych i w 2019 r. ukształtował się on na poziomie blisko 8%. Dla porównania w ujęciu światowym (globalnym) osiągnął poziom 13,46%.

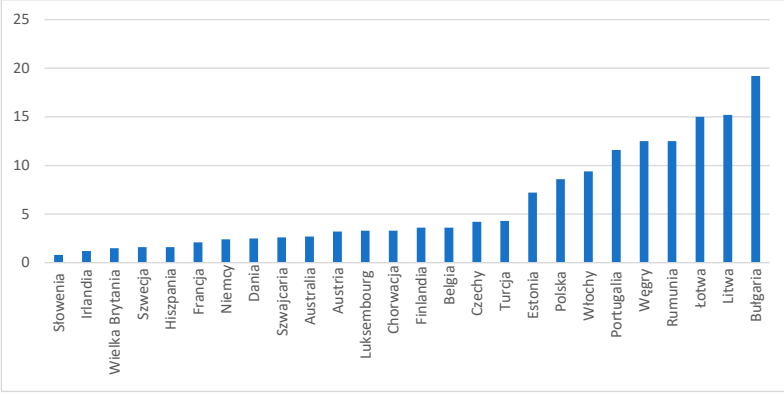
Tabela 1. Wskaźniki udziału całkowitej populacji, w której wydatki gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną przekraczają 10% i 25% całkowitych wydatków lub dochodów gospodarstw domowych

Rok	**Wydatki gospodarstw domowych na opiekę zdrowotne przekraczają 10% całkowitych wydatków lub dochodów gospodarstw domowych**		**Wydatki gospodarstw domowych na opiekę zdrowotne przekraczają 25% całkowitych wydatków lub dochodów gospodarstw domowych**	
	Odsetek populacji (%)	**Całkowita populacja (mln)**	**Odsetek populacji (%)**	**Całkowita populacja (mln)**
2000	12,66	200,07	2,79	44,08
2005	12,99	222,02	2,97	50,79
2010	6,16	55,13	0,96	8,55
2015	7,13	65,22	1,13	10,33
2017	7,47	68,93	1,24	11,48
2019	7,94	73,68	1,30	12,04

Źródło: opracowanie własne na podstawie https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG38WHOREGv?lang=en.

Dostępne dane statystyczne wskazują, że dla ok. 9% gospodarstw domowych w Polsce wydatki bezpośrednie związane z ochroną zdrowia są na poziomie katastrofalnym, co oznacza, że przewyższają 40% ich możliwości finansowych i mogą ograniczać zaspokojenie innych podstawowych potrzeb związanych z egzystencją.

Wykres 5. Udział gospodarstw domowych z katastrofalnym poziomem wydatków na ochronę zdrowia w %



Źródło: *Health at a Glance 2023*. OECD Indicators, Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/7a7afb35-en

Wśród kwartyla gospodarstw najuboższych aż 30% gospodarstw domowych ma wydatki katastrofalne na zdrowie i w przeważającej mierze są to wydatki na leki. Leki apteczne stanowią główną przyczynę katastrofalnych wydatków na opiekę zdrowotną. W porównaniu z wieloma innymi krajami Europy polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się niskim poziomem ochrony finansowej i wysokimi płatnościami za leki apteczne w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych. Publiczne wydatki na leki, osiągające 36% całkowitych wydatków, stanowią drugi najniższy wynik w UE po Bułgarii (OECD, 2021). Polska należy do grupy państw, gdzie zakup leków OTC jest szczególnie popularny i rozpowszechniony. Jak podaje M. Tambor i M. Pavlova, leki apteczne odpowiadają za większość wydatków w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych i są główną przyczyną katastrofalnych wydatków na opiekę zdrowotną. Skala stosowania leków wydawanych bez recepty (nominalnie leków wydawanych wyłącznie na receptę, które są kupowane bez recepty) jest bardzo duża: stanowią one ponad 75% wszystkich wydatków na leki w ramach świadczeń zdrowotnych nierefundowanych. W 2023 r. aż 47% badanych odpowiedziało, że przynajmniej raz kupiło suplement diety w e-sklepie i/lub na platformie handlowej, zaś 44% udzieliło takiej odpowiedzi w przypadku dermokosmetyków. W opinii NIK leki bez recepty są zbyt łatwo dostępne.

W sytuacji, gdy gospodarstwa domowe muszą ponosić wysokie koszty OOP na opiekę zdrowotną, mogą być zmuszone do podejmowania trudnych kompromisów między zdrowiem a innymi potrzebami, takimi jak zakup żywności, mieszkanie czy edukacja. Może to prowadzić do negatywnych skutków zdrowotnych, w tym opóźnień w poszukiwaniu opieki, nieodpowiedniego leczenia i pogorszenia się stanów przewlekłych. W skrajnych przypadkach katastrofalne wydatki na zdrowie mogą nawet doprowadzić do ruiny finansowej, w której gospodarstwa domowe są zmuszone do sprzedaży aktywów lub zaciągnięcia długu, aby zapłacić za opiekę zdrowotną. Poprawa bezpieczeństwa finansowego w zakresie ochrony zdrowia powinna opierać się na strategii zminimalizowania zakresu, w jakim gospodarstwa domowe ponoszą katastrofalne wydatki i są narażone na popadnięcie w ubóstwo z powodu wysokich wydatków na leczenie i ochronę zdrowia.

Nadmierne dokonywanie płatności przez gospodarstwa domowe na ochronę zdrowia OOP traktować należy przede wszystkim jako efekt nieodpowiedniej polityki zdrowotnej w kraju, złego funkcjonowania publicznych systemów ubezpieczeń zdrowotnych, niskich nakładów publicznych oraz wielu innych czynników społeczno-demograficznych, kulturowych, a przede wszystkim zachowań behawioralnych, które ograniczają, a nawet utrudniają ludziom dostęp do opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy pojawią się takie potrzeby (Su i in., 2006). Identyfikacja czynników oraz barier w dostępie do opieki zdrowotnej jest kluczowa, aby nie tylko usprawnić działanie systemów zdrowotnych, ale przede wszystkim ochronić gospodarstwa domowe przed znacznym spadkiem dochodów, a nawet ubóstwem (Levesque i in., 2013). Zmniejszenie częstości występowania i skali zjawiska katastrofalnych wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia jest jednym z kluczowych celów dążenia globalnej, regionalnej i krajowej polityki zdrowotnej przyjętej przez ONZ w ramach rozwoju człowieka.

Jednym z głównych czynników powodujących katastrofalne wydatki na zdrowie w Europie, w tym także w Polsce, są wysokie koszty usług opieki zdrowotnej, m.in. leków, opieki szpitalnej i specjalistycznych procedur. Koszty te mogą być szczególnie obciążające dla gospodarstw domowych o przewlekłych lub złożonych potrzebach zdrowotnych, które mogą wymagać częstego lub długotrwałego

dostępu do opieki. Ponadto mechanizmy podziału kosztów, takie jak dopłaty i potrącenia, mogą również przyczyniać się do katastrofalnych wydatków na zdrowie, zwłaszcza w przypadku gospodarstw domowych o niskich dochodach lub tych, które często korzystają z opieki zdrowotnej. Z jednej strony, płatności OOP mogą działać jako bariera finansowa dla opieki, ponieważ osoby lub gospodarstwa domowe mogą być niechętne do poszukiwania lub kontynuowania leczenia, jeśli nie stać ich na pokrycie kosztów. Może to prowadzić do opóźnień w opiece, nieodpowiedniego leczenia i pogorszenia stanu zdrowotnego społeczeństwa. Z drugiej strony, płatności OOP mogą również przyczynić się do stabilności systemów opieki zdrowotnej, poprawy efektywności jego funkcjonowania oraz stosowania coraz lepszych rozwiązań organizacyjnych, jak również nowoczesnych metod leczenia i prewencji w ochronie zdrowia. Wydatki z własnych kieszeni pacjentów mogą także pomóc w zrównoważeniu kosztów świadczenia opieki i zachęcić osoby fizyczne do bardziej efektywnego korzystania z usług. Ważny jest jednak fakt, aby skala płatności OOP nie przekraczała wartości krytycznych, gdyż wtedy mamy do czynienia ze wzrostem negatywnych zjawisk społecznych, ubożeniem gospodarstw domowych i w efekcie pogarszaniem się ogólnego stanu zdrowotnego społeczeństwa.

Katastrofalne wydatki na opiekę zdrowotną mogą mieć poważne konsekwencje dla ogólnego stanu zdrowia i dobrobytu jednostek i poziomu rozwoju społeczności. W sytuacji, gdy gospodarstwa domowe muszą ponosić wysokie koszty OOP na opiekę zdrowotną, mogą być zmuszone do podejmowania trudnych kompromisów między zdrowiem a innymi potrzebami, takimi jak żywność, mieszkanie i edukacja. W skrajnych przypadkach katastrofalne wydatki na zdrowie mogą nawet doprowadzić do ruiny finansowej, w której gospodarstwa domowe są zmuszone do sprzedaży aktywów lub zaciągnięcia długu, aby zapłacić za opiekę zdrowotną. Poprawa bezpieczeństwa finansowego w zakresie ochrony zdrowia powinna opierać się na strategii zminimalizowania zakresu, w jakim gospodarstwa domowe ponoszą katastrofalne wydatki i są narażone na popadnięcie w ubóstwo z powodu wysokich sum przeznaczanych na na leczenie i ochronę zdrowia.

PODSUMOWANIE

Reasumując, można stwierdzić, że pomimo wysiłków podejmowanych przez rządy wielu krajów na świecie dążących do zapewnienia powszechnego dostępu do ochrony zdrowia występują dysfunkcje, które przekładają się przede wszystkim na efektywność zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej. Główną przyczyną tego zjawiska są niskie nakłady finansowe na ochronę zdrowia ze źródeł publicznych. Brak odpowiedniego poziomu środków finansowych w jednostkach opieki zdrowotnej wpływa na pogorszenie efektywności ich funkcjonowania. Aby przeciwdziałać temu zjawisku w wielu krajach na świecie, w tym także w Polsce, występuje kategoria płatności prywatnych z własnej kieszeni.

Przegląd literatury przedmiotu i analiza danych statystycznych wskazują, że rozwiązania prawno-organizacyjne dotyczące finansowania systemu ochrony zdrowia wprowadzone w wielu krajach na świecie przewidują możliwości stosowania odpłatności z własnej kieszeni przez pacjentów. W Polsce występuje stosunkowo wysoki wskaźnik udziału płatności prywatnych za świadczenia medyczne (ok. 20% nakładów na ochronę zdrowia), co jest zjawiskiem typowym dla krajów o niskich dochodach *per capita* i niskim poziomie nominalnej wartości PKB.

Wysoki udział wydatków z własnej kieszeni ma pozytywne i negatywne aspekty. Z jednej strony obciąża budżety gospodarstw domowych dodatkowymi wydatkami i może wpływać na ubożenie społeczeństwa, a przede wszystkim jest przejawem dysfunkcji systemu ochrony zdrowia w państwie. Jednak z drugiej strony występowanie wydatków z własnej kieszeni może wpływać na zrównoważenie kosztów świadczenia opieki oraz optymalizować funkcjonowanie jednostek opieki zdrowotnej i zachęcać osoby fizyczne do bardziej efektywnego korzystania z usług.

Istotnym elementem oceny wydatków z własnej kieszeni OOP jest ocena poziomu wydatków katastrofalnych. Analiza tego zjawiska wymaga wyboru odpowiedniej metody szacowania wartości wydatków na ochronę zdrowia w odniesieniu do dochodów. Określenie poziomu katastrofalnych wydatków na ochronę zdrowia jest niezmiernie istotne, gdyż ich przekroczenie może negatywnie wpływać nie tylko na stan zdrowia pacjentów, ale także stanowić hamulec

rozwoju społeczno-gospodarczego państwa i społeczeństwa poprzez szerzenie się ubóstwa. Katastrofalne wydatki na zdrowie pozostają w wielu krajach istotnym problemem. Oprócz negatywnych konsekwencji dla gospodarstw domowych, takich jak trudności finansowe i ubóstwo, katastrofalne wydatki na zdrowie mogą mieć również szersze konsekwencje dla stabilności i sprawiedliwości systemów opieki zdrowotnej.

Uzyskane wyniki miały także zastosowanie do określenia kierunków zmian w polityce zdrowotnej, społecznej i finansowej, ale przede wszystkim mogą być wykorzystane do poprawy zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wybór metody obliczania katastrofalnych wydatków na zdrowie może mieć istotne implikacje dla projektowania i wdrażania polityki zdrowotnej na poziome krajowym, a także identyfikacji dysproporcji w dostępie do opieki zdrowotnej w poszczególnych grupach dochodowych. W ten sposób możliwe byłoby wdrożenie celów opieki zdrowotnej przyjętej przez ONZ i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego dla grup społecznych o niskich dochodach poprzez zwiększenie wydatków rządowych na ochronę zdrowia i priorytetyzacja tych wydatków.

Bibliografia

Balabanova, D., Roberts, B., Richardson, E., Haerpfer, C., & McKee, M. (2012). Health care reform in the former Soviet Union: beyond the transition. *Health Services Research*, *47*(2), 840–864.

Barros, A.J., & Bertoldi, A.D. (2008). Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the family health program in Brazil. *International Journal of Epidemiology*, *37*(4), 758–765.

Brinda, E.M., Rajkumar, A.P., Enemark, U., Prince, M., & Jacob, K.S. (2012). Nature and determinants of out-of-pocket health expenditure among older people in a rural Indian community. *International Psychogeriatrics*, *24*(10), 1664–7163.

Davis, K., & Schoen, C. (2004). Cutting health care costs in high-income countries: A review of the literature. *Health Affairs*, *23*(3), 10–25.

Dobska, M., & Przybyła, J. (2003). Modele opieki zdrowotnej na świecie a wpływ przeobrażeń demograficznych i ekonomicznych na proces reformowania się systemów. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, *7*(1), 34.

Eurofound-ETF (2022). *Living, working and COVID-19 in the European Union and 10 EU neighboring countries*. Publications Office of the

European Union, Luxembourg, https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/living-working-and-covid-19-european-union--and-10-eu-neighbouring-countries (dostęp: 01.12.2025).

Eurostat (2020). *How much did governments spend on health in 2020?* https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4187653/13722720/COFOG+health+2020+and+2019.jpg (dostęp: 01.12.2025).

Flores, G., Krishnakumar, J., O'Donnell, O., & Van Doorslaer, E. (2008). Coping with health-care costs: Implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Economics*, *17*(12), 1393–1412.

Grima, S., Spiteri, J.V., Jakovljevic, M., Camilleri, C., & Buttigieg, S.C. (2018). High out-of-pocket health spending in countries with a Mediterranean connection. *Frontiers in Public Health*, *6*. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00145

GUS (2013). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.* Warszawa: GUS. https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/2/5/1/zo_ochrona_zdrowia_w_gospodarstwach_domowych_2013.pdf

GUS (2016). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.* Warszawa: GUS. https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/2/6/1/ochrona_zdrowia_w_gospodarstwach_domowych_w_2016_r..pdf

GUS (2020). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.* Warszawa: GUS. https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/2/7/1/ochrona_zdrowia_w_gospodarstwach_domowych_w_2020_r..pdf

GUS (2022). *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2019–2021*. Warszawa: GUS. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/27/2/1/wydatki_na_ochrone_zdrowia_w_latach_2019-2021.pdf

Health at a Glance: Europe (2020). https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2020_en (dostęp: 01.12.2025).

Ifeagwu, S.C., Yang, J.C., Parkes-Ratanshi, R., & Brayne, C. (2021). Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Global Health Research and Policy*, *6*(1), 8. DOI: 10.1186/s41256-021-00190-7

Law, M.R., Daw, J.R., Cheng, L., & Morgan, S.G. (2013). Growth in private payments for health care by Canadian households. *Health Policy*, *110*, 141–146.

Levesque, J.F., Harris, M.F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18.

Marston, C., & Falkingham, J. (2004). Coping with the costs of health care: A review of the literature on the financial implications of catastrophic health spending. *Social Science & Medicine*, *58*(5), 943–957.

Nojszewska E. (Red.) (2012). *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer.

OECD (2018). *Ochrona zdrowia w Europie: Raport OECD*. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264295220-en.pdf.

OECD (2020). *State of Health in the EU Cycle*. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/910674f2-en/index.html?itemId=/content/component/910674f2-en (dostęp: 01.12.2025).

OECD (2021). *Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2021, State of Health in the EU*. Paris: European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b562ffe2-pl.pdf (dostęp: 01.12.2025).

Peters D.H, Garg, A, Bloom, G, Walker, D.G., Brieger, W.R., & Rahman, M.H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1136*(1), 161–171.

Prawo.pl (2020). *6 proc. PKB na zdrowie – finansowanie służby zdrowia*. https://www.prawo.pl/zdrowie/6-proc-pkb-na-zdrowie-finansowanie-sluzby-zdrowia,501370.html (dostęp: 01.12.2025).

Russell, S. (1996). Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health Policy and Planning*, *11*(3), 219–237.

Su, T.T., Kouyate, B., & Flessa, S. (2006). Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: A study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, *84*(1), 7–21.

Tambor, M., & Pavlova, M. (2020). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, *56*(2), 295–303.

United Nations Statistics Division (2018). SDG indicators: Metadata repository. New York: United Nations Statistics Division. https://unstats.un.org/sdgs/metadata/

van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R.P., Somanathan, A., Adhikari, S.R., Garg, C.C. i in. (2007). Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, *16*(11), 1159–1184.

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, *12*(11), 921–934.

Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M.F., Chepynoga, K., Buisman, L.R. i in. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, *6*(2), 169–179.

WHO (2021). *Global expenditure on health: Public spending on the rise?* https://www.who.int/publications/i/item/9789240041219 (dostęp: 01.12.2025).

WHO (2024). *World health statistics 2024*. https://www.who.int/publications/b/74273 (dostęp: 01.12.2025).

WHO (2025). *Indicator Metadata Registry List*. World Health Organization. https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4989 (dostęp: 01.12.2025).

Wojtczak, A. (2009). *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Zare, H., & Anderson G. (2013). Trendy w podziale kosztów między wybranymi krajami o wysokim dochodzie – 2000–2010. *Polityka zdrowotna*, *112*, 35–44.

Copyright and License

This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivs (CC BY- ND 4.0) License
http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/