

# ZRÓŻNICOWANIE PUBLICZNYCH WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA W KRAJACH CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ

Julia Frączek \*



<https://doi.org/10.18778/2391-6478.2.38.04>

## DIVERSIFICATION OF PUBLIC EXPENDITURE ON HEALTH CARE IN THE MEMBER STATES OF THE EUROPEAN UNION

### Abstract

**The purpose of the article/hypothesis:** The aim of the article is to analyze the level of public (government) expenditure on health care in individual European Union countries. The research is exploratory, therefore no research hypothesis has been formulated.

**Methodology:** A comparative analysis of the level of public expenditure on health care in individual European Union countries was carried out. The analysis was based on the following measures from Eurostat databases: health care expenditure as the value of EUR per capita in 2011–2020 and health care expenditure as % of GDP in 2011–2020.

**Results of the research:** There are in individual countries of the European Union - which can be considered culturally and economically similar - significant differences in the level of public expenditure on health care. In the vast majority of European Union countries, an increase in expenditure on health care has been observed, but also these changes are very diverse in individual countries. This means that the distance between some countries (e.g. Poland), where changes are slower, and other European Union countries, is widening. When creating a ranking of European Union countries in terms of expenditure on health care, one can notice relatively stable positions of countries over the years 2011–2020, with the highest positions occupied by the countries of Western Europe, and the lower ones - by the countries of Central and Eastern Europe. The conducted analysis allows to conclude that Poland's position against the background of other European Union countries in terms of public expenditure on health care is weak. This applies not only to the comparison with the developed countries of Western Europe, but also to the comparison with the majority of Central and Eastern European countries.

**Keywords:** health, public health expenditure per capita, public health expenditure as % of GDP, EU Member States.

**JEL Class:** H51.

\* Studenckie Koło Naukowe – Koło Epidemiologiczne przy Katedrze i Zakładzie Epidemiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, e-mail: [s82577@365.sum.edu.pl](mailto:s82577@365.sum.edu.pl).

## WSTĘP

Zdrowie jest definiowane jako stan pełnego fizycznego, psychicznego i duchowego dobrostanu, który umożliwia utrzymanie organizmu i podejmowanie działań zapobiegawczych w celu zmniejszenia możliwości rozwoju różnych chorób (Reszczyński, 2021: 5–38). Zdrowie określane jest także jako naturalna sprawność funkcjonalna i metaboliczna organizmu w zakresie przystosowania się do zmian fizycznych i psychicznych, na które organizm jest narażony. Zatem „*Zdrowie – to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności*” – co jest zgodne z definicją zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (Sartorius, 2006; Topór-Mądry i in., 2002: 9; www1).

Dobry stan zdrowia pomaga człowiekowi w sprawnym wykonywaniu codziennych czynności (McCartney i in., 2019). Znaczenie zdrowia dla jednostki jest niekwestionowane: poprawia długowieczność (w zdrowiu), zapobiega chorobom, umożliwia produktywnie życie, a także w wymiarze ekonomicznym – przynosi korzyści finansowe (Scott, 2021; Lawrence, 2014).

Na przestrzeni wielu lat definicja i znaczenie zdrowia przechodziły ewolucję. Zasadniczo zdrowie definiowano jako stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności. W ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do „*prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego*” (wykazując związku pomiędzy zdrowiem a produktywnością i obecnością w pracy), a także wymiar duchowy (Fouad i in., 2017; Chuengsatiansup, 2003). Na przestrzeni lat również znaczenie zdrowia poszerzyło swój obszar. Do połowy lat 80. ubiegłego wieku zagadnienie zdrowia odnosiło się głównie do jednostek i było pomijane w makroekonomicznych teoriach wzrostu gospodarczego. Zakładano, że zdrowie ma marginalne znaczenie z punktu widzenia rozwoju gospodarczego. W połowie lat 80. ubiegłego stulecia rozwinęły się koncepcje, według których wzrost gospodarczy zależy przede wszystkim od dwóch czynników: innowacji oraz kapitału ludzkiego. Zdrowie, z kolei – jako ważny czynnik determinujący jakość kapitału ludzkiego, uznane zostało za istotny czynnik oddziałujący na wzrost gospodarczy (Białynicki-Birula, 2007: 5–21). Znaczenie zdrowia zarówno dla jednostki, jak i dla społeczeństwa, a w konsekwencji także dla gospodarek poszczególnych krajów jest zatem niekwestionowane.

Warto w tym momencie zaznaczyć, że zgodnie z Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) to rządy poszczególnych krajów ponoszą odpowiedzialność za zdrowie swoich narodów. Odpowiedzialność tę można spełnić jedynie poprzez zapewnienie odpowiednich środków zdrowotnych i socjalnych (www2). Środki te z zasady mają zapewnić powszechny

dostęp do usług zdrowotnych (i informacji). Jest to postrzegane jako podstawowe prawo człowieka i prawo to ma charakter uniwersalny.

Zadanie zapewnienia opieki zdrowotnej ludności poszczególnych krajów przejmują systemy opieki zdrowotnej. W teorii występuje bardzo wiele modeli organizacji i finansowania opieki zdrowotnej: modele oparte o zasadę pomocy publicznej, modele oparte o system ubezpieczeń społecznych, modele Narodowej Służby Zdrowia, modele oparte o ubezpieczenia prywatne (Białynicki-Birula, 2007: 5–21), czy też modele hybrydowe. W krajach Unii Europejskiej powszechnie obowiązującym modelem opieki zdrowotnej jest model budżetowy, nazywany także modelem Narodowej Służby Zdrowia (National Health Service). Niezależnie od przyjętego modelu, każdy kraj ma swoją własną/odrębną ścieżkę realizowania opieki zdrowotnej. W oparciu o potrzeby swoich obywateli i dostępne zasoby, rządy poszczególnych krajów decydują, jakie wydatki na opiekę zdrowotną należy pokryć. W konsekwencji sytuacja w zakresie ochrony zdrowia obywateli poszczególnych krajów Unii Europejskiej może być zróżnicowana.

Celem dalszych rozważań jest analiza poziomu publicznych (tj. instytucji rządowych i samorządowych) wydatków na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach Unii Europejskiej.

## 1. METODOLOGIA

Aby zrealizować założony cel pracy tj. przeprowadzić analizę poziomu publicznych (tj. instytucji rządowych i samorządowych) wydatków na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach Unii Europejskiej postawiono następujące pytania badawcze:

- 1) Czy poziom publicznych nakładów na ochronę zdrowia jest zróżnicowany w krajach UE?
- 2) Czy występują zmiany w poziomie tych świadczeń na przestrzeni lat?
- 3) Czy poszczególne kraje UE zachowują względnie stałe czy różne pozycje w rankingu oceniającym poziom świadczeń zdrowotnych?
- 4) Jak prezentuje się Polska w zakresie wydatków publicznych na ochronę zdrowia na tle pozostałych krajów UE?

W odniesieniu do pytań badawczych sformułowano dwie hipotezy badawcze:  
H1: Poziom publicznych nakładów na ochronę zdrowia w krajach UE jest zróżnicowany i sytuacja ta jest niezmienna od wielu lat.

H2: Pozycja Polski w zakresie wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest niska na tle pozostałych krajów UE

Realizacja celu i weryfikacja hipotez badawczych składa się z dwóch etapów:

W pierwszym etapie badań zaprezentowane zostaną rodzaje świadczeń zdrowotnych, które zostały zdefiniowane jednoznacznie dla potrzeb gromadzenia danych w Eurostatie. Zgodne rozumienie poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych przez instytucje odpowiedzialne za gromadzenie danych dotyczące tych świadczeń, umożliwi ich porównywanie oraz analizę.

W drugim etapie przeprowadzona zostanie analiza porównawcza poziomu publicznych nakładów na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, na podstawie następujących mierników pochodzących z Eurostatu:

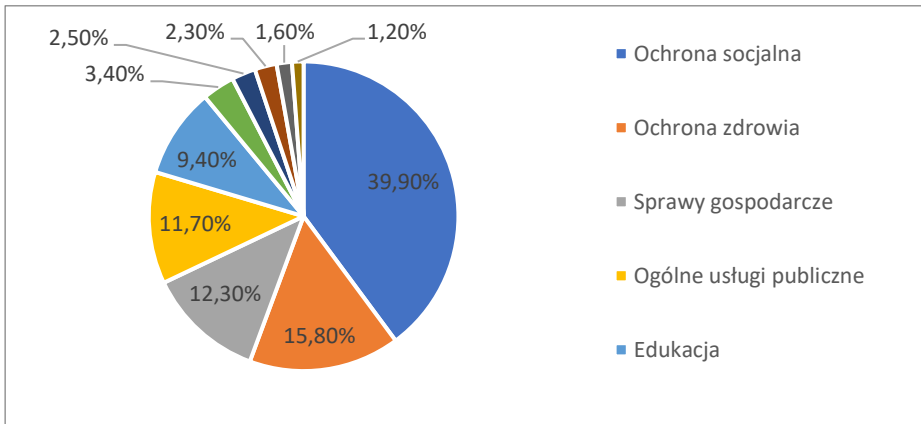
- publiczne wydatki na ochronę zdrowia jako wartość EUR na osobę w latach 2011–2020,
- publiczne wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB w latach 2011–2020.

Dla każdej grupy mierników sporządzony zostanie ranking dla ostatniego roku analizy, tj. 2020 oraz przedstawiona zostanie pozycja danego kraju w poprzednich latach.

## **2. CHARAKTERYSTYKA RODZAJÓW ŚWIADCZEŃ NA OCHRONĘ ZDROWIA (WEDŁUG EUROSTATU)**

Świadczenia opieki zdrowotnej oznaczają wydatki pokrywane ze środków publicznych (tj. instytucji rządowych i samorządowych) i po świadczeniach socjalnych stanowią największą grupę wydatków ze środków publicznych w Unii Europejskiej. Wydatki sektora instytucji rządowych i samorządowych w UE na zdrowie wyniosły w 2021 r. 1 179 mld EUR, co stanowiło 8,1 % Produktu Krajowego Brutto (www3), a jednocześnie 15,8% wszystkich wydatków rządowych i samorządowych.

W Polsce wydatki rządu na ochronę zdrowia znalazły się na 3 miejscu (13,1%), po wydatkach związanych z gospodarką (13,7%) oraz po wydatkach na ochronę socjalną (39,2%).



Wykres 1. Struktura wydatków rządowych i samorządowych w Unii Europejskiej w 2021 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych Eurostat.

Warto zaznaczyć, że świadczenia na ochronę zdrowia są różnie klasyfikowane. Odmienne mogą być także metodologie wyliczania nakładów na ochronę zdrowia w poszczególnych przypadkach, tj. w poszczególnych krajach. Przeprowadzenie analizy porównawczej wymaga wykorzystania danych klasyfikowanych w jednaki sposób. Dlatego w celu przeprowadzenia analizy świadczeń na ochronę zdrowia w krajach UE wykorzystano dane Eurostatu.

Według klasyfikacji Eurostatu rządowe wydatki na ochronę zdrowia obejmują następujące kategorie: 1) produkty, urządzenia i sprzęt medyczny, 2) usługi ambulatoryjne, 3) usługi szpitalne, 4) usługi publiczne, 5) usługi badawczo-rozwojowe i 6) pozostałe (nigdzie nie klasyfikowane). Klasyfikacja ta wynika z podziału wydatków rządowych na zdrowie: na usługi świadczone na rzecz osób indywidualnych (kategorie od 1–4) oraz usługi świadczone na zasadzie zbiorowej (kategorie 5 i 6).

Produkty, urządzenia i sprzęt medyczny obejmują leki, protezy, urządzenia i sprzęt medyczny oraz inne produkty związane ze zdrowiem nabywane przez osoby fizyczne lub gospodarstwa domowe. Wydawane są na receptę lub bez, zwykle od aptekarzy, farmaceutów lub dostawców sprzętu medycznego. Te produkty i usługi są przeznaczone do spożycia lub użytku poza placówką lub instytucją opieki zdrowotnej (ochrony zdrowia). Należy jednak zaznaczyć, że produkty tej kategorii dostarczane bezpośrednio pacjentom ambulatoryjnym przez lekarzy, dentystów i pracowników paramedycznych lub pacjentom hospitalizowanym przez szpitale itp. zaliczane są odpowiednio do usług ambulatoryjnych i usług szpitalnych.

Usługi ambulatoryjne obejmują usługi medyczne, dentystyczne i inne (leczenie, zabiegi, badania) świadczone pacjentom ambulatoryjnym przez lekarzy, dentystów, ratowników medycznych i innych pracowników placówek medycznych. Usługi mogą być świadczone w domu, w poradniach indywidualnych lub grupowych, przychodniach lub przychodniach szpitalnych itp. Do grupy tej nie należą usługi medyczne, dentystyczne i paramedyczne świadczone pacjentom szpitalnym przez szpitale itp., które zaliczane są do usług szpitalnych.

Usługi szpitalne związane są z hospitalizacją. Hospitalizację z kolei oznacza, że pacjent przebywa w szpitalu na czas leczenia. Do usług szpitalnych zaliczane są: opieka szpitalna, świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych (leczenie domowe) oraz hospicja dla osób nieuleczalnie chorych. W szczególności do usług szpitalnych zalicza się usługi szpitali ogólnych i specjalistycznych, usługi centrów medycznych, ośrodków położniczych, domów opieki i domów rekonwalescencji, które głównie świadczą usługi stacjonarne, usługi szpitali baz wojskowych (ale nie szpitali polowych), usługi instytucji obsługujących osoby starsze, w których monitorowanie jest niezbędnym elementem i usług ośrodków rehabilitacyjnych zapewniających opiekę zdrowotną i terapię rehabilitacyjną, której celem jest leczenie pacjenta (a nie zapewnienie długoterminowego wsparcia, jak np. w domach spokojnej starości). Usługi szpitalne obejmują leki, protezy, urządzenia i sprzęt medyczny oraz inne produkty związane ze zdrowiem dostarczane pacjentom szpitali. Obejmuje również pozamedyczne wydatki szpitali na administrację, personel niemedyczny, żywność i napoje, zakwaterowanie (w tym zakwaterowanie personelu) itp.

Publiczne usługi zdrowotne obejmują usługi (a także obsługę, wspieranie, inspekcje) w zakresie zdrowia publicznego świadczone przez specjalne zespoły grupom klientów, z których większość jest w dobrym stanie zdrowia, w miejscach pracy, szkołach lub innych placówkach niemedycznych. Należą do nich np. usługi tzw. banków krwi (pobieranie, przetwarzanie, przechowywanie, wysyłka), wykrywanie chorób (np. raka, gruźlicy, itd.), zapobieganie (szczepienia), monitorowanie (żywienie niemowląt, zdrowie dzieci), gromadzenie danych epidemiologicznych, usługi planowania rodziny i wiele innych. Kategoria ta obejmuje także przygotowywanie i rozpowszechnianie informacji w sprawach zdrowia publicznego. Grupa ta nie obejmuje z kolei np. usług laboratoriów analiz medycznych (które zaliczane są do usług ambulatoryjnych), ani też usług laboratoriów zajmujących się ustalaniem przyczyn chorób (te zaliczane są do usług badawczo-rozwojowych).

Usługi badawczo-rozwojowe (w zakresie zdrowia) obejmują administrowanie i obsługę agencji rządowych, które są zaangażowane w badania stosowane i rozwój eksperymentalny związany ze zdrowiem. Wydatki rządowe w tej grupie usług to pożyczki i dotacje na wsparcie tych badań i eksperymentów podejmowa-

nych przez organizacje pozarządowe, np. przez instytuty badawcze i uniwersytety. Do tej kategorii zaliczane są także usługi laboratoriów zajmujących się ustalaniem przyczyn chorób.

Usługi dotyczące zdrowia nie sklasyfikowane wcześniej obejmują przede wszystkim formułowanie, administrowanie, koordynację i monitorowanie ogólnych polityk, planów, programów i budżetów zdrowotnych; przygotowywanie i egzekwowanie aktów prawnych i standardów udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym licencjonowania placówek medycznych oraz personelu medycznego i paramedycznego; tworzenie i rozpowszechnianie ogólnych informacji, dokumentacji technicznej i statystyk dotyczących zdrowia.

### 3. ANALIZA PORÓWNAWCZA POZIOMU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POSZCZEGÓLNYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ W LATACH 2011–2020

Wyniki analizy poziomu świadczeń przeznaczonych na ochronę zdrowia w krajach UE w latach 2011–2020 pozwolą na określenie stopnia zróżnicowania poziomu tych świadczeń i zaobserwowanie pozycji poszczególnych krajów należących do UE w tym obszarze. Dotyczy to zarówno wartości świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca (per capita), jak i wartości świadczeń jako % PKB (Produkt Krajowy Brutto).

Tabela 1. Wartość nakładów publicznych na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca (EUR per capita) w krajach UE w latach 2011–2020

Kraj/rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Austria	2 652,41	2 742,44	2 788,19	2 857,40	2 935,36	3 008,39	3 108,62	3 268,44	3 441,25	3 528,34
Belgia	2 792,77	2 878,02	2 918,49	2 998,06	2 821,12	2 798,72	2 865,72	2 969,63	3 108,25	3 305,85
Bulgaria	233,32	240,81	255,02	293,62	293,05	321,36	348,11	388,38	426,16	485,78
Chorwacja	731,28	761,13	708,49	697,02	750,35	782,80	839,20	898,93	960,81	978,33
Cypr	834,73	794,41	770,09	676,96	715,50	764,19	774,37	836,11	1 166,54	1 469,56
Czechy	935,54	928,40	894,67	891,28	931,98	991,02	1 066,50	1 186,16	1 301,56	1 482,76
Dania	3 123,17	3 188,21	3 172,63	3 210,83	3 252,60	3 292,50	3 354,34	3 406,61	3 424,15	3 690,21
Estonia	542,69	566,90	591,46	658,58	713,10	806,22	850,63	944,31	992,48	1 041,38
Finlandia	2 615,41	2 727,74	2 786,17	2 810,54	2 849,28	2 794,99	2 777,72	2 830,64	2 937,87	3 031,12
Francja	2 795,74	2 856,27	2 904,46	2 950,98	3 004,51	3 063,09	3 118,16	3 173,64	3 238,20	3 387,65
Grecja	1 151,68	1 044,23	891,81	768,50	832,97	883,38	851,77	855,25	911,45	953,56
Hiszpania	1 583,21	1 474,51	1 423,91	1 447,94	1 540,35	1 482,64	1 541,37	1 597,00	1 713,47	1 892,52
Holandia	3 979,08	4 035,22	4 011,74	4 023,54	3 793,05	3 865,40	3 996,02	4 182,08	4 392,36	4 698,22

<b>Irlandia</b>	3 159,53	3 186,59	3 076,48	3 077,96	3 187,12	3 310,02	3 453,13	3 651,83	3 824,07	4 401,84
<b>Litwa</b>	467,00	466,50	482,24	509,36	568,19	619,24	674,57	763,30	858,95	1 020,54
<b>Luksemburg</b>	4 584,50	4 772,34	5 033,61	5 063,41	4 957,40	4 905,70	5 160,11	5 420,07	5 655,34	6 299,62
<b>Łotwa</b>	335,09	356,25	386,44	409,14	443,31	476,21	513,00	621,71	720,05	808,11
<b>Malta</b>	965,10	1 018,79	1 093,68	1 167,10	1 207,70	1 288,38	1 338,33	1 362,43	1 461,37	1 523,85
<b>Niemcy</b>	3 104,33	3 220,02	3 393,82	3 528,66	3 657,42	3 788,99	3 941,73	4 092,97	4 312,41	4 516,47
<b>Polska</b>	422,02	422,50	456,96	465,45	507,77	537,18	550,88	553,63	709,12	775,54
<b>Portugalia</b>	1 013,41	998,49	1 008,67	1 011,70	1 041,42	1 090,61	1 143,03	1 205,42	1 284,04	1 370,42
<b>Rumunia</b>	264,62	268,56	281,84	292,89	306,26	336,94	377,02	447,22	514,85	563,91
<b>Słowacja</b>	690,01	716,67	751,92	779,55	806,09	867,74	872,99	943,70	977,69	1 001,63
<b>Słowenia</b>	1 366,19	1 377,95	1 314,92	1 320,45	1 421,84	1 488,84	1 574,38	1 615,80	1 719,67	1 932,25
<b>Szwecja</b>	3 057,25	3 273,98	3 400,05	3 369,45	3 441,01	3 519,28	3 520,74	3 454,80	3 477,57	3 836,66
<b>Węgry</b>	551,94	499,01	504,19	517,15	563,87	596,52	638,73	673,96	694,12	793,68
<b>Włochy</b>	1 853,08	1 818,30	1 781,64	1 792,29	1 798,99	1 818,81	1 846,17	1 891,87	1 937,36	2 065,50

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych Eurostat.

Dane zaprezentowane w tabeli nr 1 wykazują bardzo duże zróżnicowanie w zakresie wydatków publicznych na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach UE. Różnice są nawet kilkunastokrotne. W 2020 r. wysokość świadczenia przeznaczonego na ochronę zdrowia obywatela Luksemburga (6 299,62 EUR na mieszkańca) była prawie 13 razy wyższa niż wartość takiego świadczenia wypłaconego w Bułgarii (485,78 EUR na mieszkańca). Warto także zauważyć, że chociaż we wszystkich krajach UE (z wyjątkiem Grecji) w badanym okresie 2011–2020 wysokość świadczenia przeznaczonego na ochronę zdrowia obywatela wzrosła – to wzrost ten jest także bardzo zróżnicowany.

Na podstawie danych z 2020 r. sporządzono ranking krajów w zakresie poziomu wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca.

Tabela 2. Ranking krajów UE w zakresie nakładów publicznych na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca w EUR (EUR per capita) w krajach UE w latach 2011–2020

Kraj/rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Luksemburg</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	<b>1</b>
<b>Holandia</b>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	<b>2</b>
<b>Niemcy</b>	5	4	4	3	3	3	3	3	3	<b>3</b>
<b>Irlandia</b>	3	6	6	6	6	5	5	4	4	<b>4</b>
<b>Szwecja</b>	6	3	3	4	4	4	4	5	5	<b>5</b>



<b>Dania</b>	4	5	5	5	5	6	6	6	6	<b>6</b>
<b>Austria</b>	9	9	9	9	8	8	8	7	7	<b>7</b>
<b>Francja</b>	7	8	8	8	7	7	7	8	8	<b>8</b>
<b>Belgia</b>	8	7	7	7	10	9	9	9	9	<b>9</b>
<b>Finlandia</b>	10	10	10	10	9	10	10	10	10	<b>10</b>
<b>Włochy</b>	11	11	11	11	11	11	11	11	11	<b>11</b>
<b>Słowenia</b>	13	13	13	13	13	12	12	12	12	<b>12</b>
<b>Hiszpania</b>	12	12	12	12	12	13	13	13	13	<b>13</b>
<b>Malta</b>	16	15	14	14	14	14	14	14	14	<b>14</b>
<b>Czechy</b>	17	17	16	16	16	16	16	16	16	<b>15</b>
<b>Cypr</b>	18	18	18	20	20	21	21	21	21	<b>16</b>
<b>Portugalia</b>	15	16	15	15	15	15	15	15	15	<b>17</b>
<b>Estonia</b>	22	21	21	21	21	19	19	17	17	<b>18</b>
<b>Litwa</b>	23	23	23	23	22	22	22	22	22	<b>19</b>
<b>Słowacja</b>	20	20	19	17	18	18	17	18	18	<b>20</b>
<b>Chorwacja</b>	19	19	20	19	19	20	20	19	19	<b>21</b>
<b>Grecja</b>	14	14	17	18	17	17	18	20	20	<b>22</b>
<b>Łotwa</b>	25	25	25	25	25	25	25	24	24	<b>23</b>
<b>Węgry</b>	21	22	22	22	23	23	23	23	23	<b>24</b>
<b>Polska</b>	24	24	24	24	24	24	24	25	25	<b>25</b>
<b>Rumunia</b>	26	26	26	27	26	26	26	26	26	<b>26</b>
<b>Bułgaria</b>	27	27	27	26	27	27	27	27	27	<b>27</b>

\* większa intensywność tła w komórkach tabeli oznacza dalszą pozycję w rankingu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych z tabeli nr 1.

Zawartość danych w tabeli nr 2 informuje o stałych – na przestrzeni ostatnich lat – różnicach w zakresie nakładów publicznych na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach. Większość krajów na przestrzeni lat objętych analizą nie zmieniła swojej pozycji, bądź zmieniła ją nieznacznie. W zdecydowanie lepszej sytuacji w zakresie ochrony zdrowia znajdują się mieszkańcy krajów Europy Zachodniej. W gorszej sytuacji są kraje Europy Środkowo-Wschodniej. Najprawdopodobniej wynika to z faktu wyższego poziomu życia w krajach z pierwszej grupy, co potwierdzają dane dotyczące wysokości PKB na mieszkańca w krajach Unii Europejskiej (www4). Dochód osiągany w skali kraju (PKB) w przeliczeniu na

mieszkańca wraz z indywidualnym tzw. rozporządzalnym dochodem gospodarstwa domowego, determinuje bowiem poziom życia mieszkańców danego kraju (Diacon i Maha, 2015: 1535–1543).

Warto także przeanalizować sytuację w zakresie wartości nakładów na ochronę zdrowia jako % PKB w krajach UE. W tym przypadku dużo zależy od polityki w zakresie rozporządzania środkami publicznymi w danym kraju oraz od modelu systemu ochrony zdrowia.

Tabela 3. Publiczne wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB w krajach UE w latach 2011–2020

Kraj/rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Austria</b>	7,2	7,3	7,3	7,3	7,4	7,3	7,4	7,5	7,7	8,3
<b>Belgia</b>	8,2	8,3	8,3	8,3	7,6	7,4	7,3	7,4	7,5	8,3
<b>Bulgaria</b>	4,1	4,2	4,4	4,9	4,6	4,7	4,7	4,9	4,8	5,5
<b>Chorwacja</b>	6,9	7,3	6,8	6,7	7,0	6,9	6,9	7,0	7,0	7,9
<b>Cypr</b>	3,6	3,5	3,7	3,3	3,4	3,4	3,3	3,4	4,4	6,0
<b>Czechy</b>	5,9	6,0	5,9	5,9	5,8	5,9	5,8	6,0	6,2	7,4
<b>Dania</b>	7,0	7,0	6,9	6,8	6,8	6,7	6,6	6,5	6,4	6,9
<b>Estonia</b>	4,3	4,2	4,1	4,3	4,5	4,9	4,7	4,8	4,7	5,0
<b>Finlandia</b>	7,1	7,3	7,4	7,4	7,4	7,1	6,8	6,7	6,8	7,0
<b>Francja</b>	8,8	8,9	9,0	9,1	9,1	9,1	9,1	9,0	9,0	9,9
<b>Grecja</b>	6,3	6,1	5,4	4,7	5,1	5,5	5,2	5,1	5,3	6,2
<b>Hiszpania</b>	7,0	6,7	6,5	6,5	6,6	6,2	6,2	6,2	6,5	8,0
<b>Holandia</b>	10,2	10,4	10,2	10,1	9,3	9,3	9,3	9,3	9,4	10,3
<b>Irlandia</b>	8,4	8,3	7,9	7,3	5,7	5,8	5,6	5,4	5,3	5,9
<b>Litwa</b>	4,5	4,2	4,1	4,1	4,4	4,6	4,5	4,7	4,9	5,7
<b>Luksemburg</b>	5,4	5,4	5,6	5,4	5,2	5,1	5,3	5,5	5,6	6,1
<b>Łotwa</b>	3,5	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7	3,7	4,1	4,5	5,1
<b>Malta</b>	5,8	5,8	5,9	5,8	5,4	5,6	5,2	5,1	5,2	6,0
<b>Niemcy</b>	9,3	9,4	9,7	9,8	9,9	10,0	10,0	10,1	10,3	11,0
<b>Polska</b>	4,3	4,2	4,5	4,4	4,5	4,8	4,5	4,2	5,1	5,6
<b>Portugalia</b>	6,1	6,2	6,2	6,1	6,0	6,0	6,0	6,0	6,2	7,0
<b>Rumunia</b>	3,8	3,9	3,9	3,9	3,8	4,0	4,0	4,2	4,4	4,9
<b>Słowacja</b>	5,2	5,3	5,5	5,5	5,5	5,8	5,6	5,7	5,6	5,9
<b>Słowenia</b>	7,6	7,8	7,4	7,2	7,6	7,6	7,6	7,3	7,4	8,6
<b>Szwecja</b>	7,0	7,2	7,4	7,4	7,4	7,5	7,4	7,5	7,5	8,3

<b>Węgry</b>	5,4	4,9	4,9	4,8	4,9	5,0	4,9	4,8	4,6	5,6
<b>Włochy</b>	6,7	6,7	6,7	6,7	6,6	6,5	6,4	6,5	6,4	7,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych Eurostat.

Przedstawione w tabeli nr 3 wartości publicznych wydatków na ochronę zdrowia jako % PKB, są bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach UE. Udział tych wydatków w wytworzonym PKB w okresie 2011–2020 wzrastał (z wyjątkiem 4 krajów: Dania, Finlandia, Grecja – nieznaczny spadek ok. 0,1 p.p. PKB i Irlandia spadek z 8,4% PKB do 5,9% PKB). Tempo tych zmian jest jednak zróżnicowane, co w efekcie wpływa na zmianę pozycji danego kraju w rankingu (tabela nr 4).

Należy także nadmienić, że wartość publicznych wydatków na ochronę zdrowia jako % PKB zależy od przyjętego modelu organizacji ochrony zdrowia, w powiązaniu z realizacją celów politycznych, ekonomicznych i społecznych w danym kraju (a te są różne). Ponadto modele organizacji ochrony zdrowia ulegają przeobrażeniom, w różnym tempie i w różnych kierunkach.

Tabela 4. Ranking krajów UE w zakresie nakładów publicznych na ochronę zdrowia jako % PKB w krajach UE w latach 2011–2020

Kraj/rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Niemcy</b>	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
<b>Holandia</b>	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
<b>Francja</b>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Słowenia</b>	6	6	6	9	5	4	4	7	7	4
<b>Belgia</b>	5	4	4	4	4	6	7	6	5	5
<b>Austria</b>	7	8	9	8	6	7	5	4	4	6
<b>Szwecja</b>	11	10	8	6	8	5	6	5	6	7
<b>Hiszpania</b>	10	12	13	13	11	12	12	12	10	8
<b>Chorwacja</b>	12	7	11	11	9	9	8	8	8	9
<b>Czechy</b>	16	16	15	15	14	14	14	13	13	10
<b>Włochy</b>	13	13	12	12	12	11	11	11	12	11
<b>Portugalia</b>	15	14	14	14	13	13	13	14	14	12
<b>Finlandia</b>	8	9	7	5	7	8	9	9	9	13
<b>Dania</b>	9	11	10	10	10	10	10	10	11	14
<b>Grecja</b>	14	15	19	21	19	18	18	18	18	15
<b>Luksemburg</b>	18	18	17	18	18	19	17	16	15	16

<b>Cypr</b>	26	26	26	27	27	27	27	27	26	17
<b>Malta</b>	17	17	16	16	17	17	19	19	19	18
<b>Irlandia</b>	4	5	5	7	15	15	15	17	17	19
<b>Słowacja</b>	20	19	18	17	16	16	16	15	16	20
<b>Litwa</b>	21	23	24	24	24	24	23	23	21	21
<b>Węgry</b>	19	20	20	20	20	20	20	22	24	22
<b>Polska</b>	23	24	21	22	23	22	24	24	20	23
<b>Bulgaria</b>	24	21	22	19	21	23	21	20	22	24
<b>Lotwa</b>	27	27	27	26	26	26	26	26	25	25
<b>Estonia</b>	22	22	23	23	22	21	22	21	23	26
<b>Rumunia</b>	25	25	25	25	25	25	25	25	27	27

\* większa intensywność tła w komórkach tabeli oznacza dalszą pozycję w rankingu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli nr 3.

Zmiana pozycji w rankingu krajów UE w zakresie nakładów publicznych na ochronę zdrowia jako % PKB (tabela nr 4) jest bardziej dynamiczna niż w przypadku rankingu krajów UE w zakresie nakładów publicznych na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca (tabela nr 2). Na przestrzeni lat 2011–2020 Irlandia zmieniła swoją pozycję z miejsca 4 na miejsce 19 (zmiana stopniowa), podczas gdy Cypr zmienił swoją pozycję z miejsca 26 na 17 (zmiana skokowa). Z kolei kraje tj. Niemcy, Holandia i Francja, które osiągnęły najwyższe pozycje w rankingu, utrzymały swoje wysokie miejsce w całym okresie analizy.

Pomimo faktu, że szeroko pojęte zdrowie publiczne staje się przedmiotem regulacji prawnych i orzecznictwa na poziomie unijnym i wpływa na polityki zdrowotne poszczególnych państw członkowskich, to wciąż zauważalna jest odrębność krajów UE w realizacji polityki zdrowotnej (systemów zdrowotnych/systemów ochrony zdrowia) (Wielicka, 2014: 491–504). Odrębność jest w dużym stopniu konsekwencją chęci utrzymania uprawnień rządzących w poszczególnych krajach do kształtowania tego obszaru polityki społecznej. Jak wiadomo organizacja i finansowanie systemu opieki zdrowotnej pociągają za sobą bardzo poważne konsekwencje dla budżetów poszczególnych państw, ale jednocześnie zakres dostępu do opieki zdrowotnej może wpływać na nastroje społeczne i przekładać się na wyniki wyborów (Stankiewicz, 2016: 23).

Na tle krajów UE pozycja Polski w zakresie nakładów publicznych na ochronę zdrowia jest niska, także w grupie krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Niską pozycję Polski potwierdzają sporządzone rankingi:

- w 2020 r. w kategorii wartość nakładów publicznych na ochronę zdrowia na osobę (w EUR) Polska zajęła 25 miejsce (wcześniej zajmowała 24 miejsce) na 27 krajów UE,
- w 2020 r. w kategorii wartość publicznych wydatków na ochronę zdrowia jako % PKB, Polska zajęła 23 miejsce (wcześniej plasowała się na pozycjach od 21–24) na 27 krajów UE.

Niską i pogarszającą się pozycję Polski na tle innych krajów UE (w tym także innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej) potwierdza dodatkowo fakt, że dystans pomiędzy Polską a zdecydowaną większością krajów UE w zakresie nakładów publicznych na ochronę zdrowia na osobę powiększa się (Skóbel i in., 2021).

Od dawna podstawowym problemem, z którym boryka się publiczna ochrona zdrowia w Polsce jest nieadekwatność środków finansowych do zakresu realizowanych zadań oraz do oczekiwań społeczeństwa wobec publicznego systemu ochrony zdrowia (Skóbel i in., 2021). Toczące się od lat 90. XX wieku (czasu wielkich przemian społeczno-gospodarczych w Polsce) dyskusje i płynące z nich wnioski, sugerujące konieczność gruntownych zmian w opiece zdrowotnej, długo pozostawały poza głównym nurtem działań reformatorskich kolejnych rządów. Tym niemniej, deklaracje dotyczące przeprowadzenia kompleksowych i gruntownych reform w opiece zdrowotnej, kończyły się co najwyżej wyrzykowymi i niepełnymi zmianami istniejącego systemu opieki zdrowotnej.

## **PODSUMOWANIE**

Odnosząc się do sformułowanych pytań badawczych:

- Czy poziom publicznych nakładów na ochronę zdrowia jest zróżnicowany w krajach UE?
- Czy występują zmiany w poziomie tych świadczeń na przestrzeni lat?
- Czy poszczególne kraje UE zachowują względnie stałe czy różne pozycje w rankingu oceniającym poziom świadczeń zdrowotnych?
- Jak prezentuje się Polska w zakresie wydatków publicznych na ochronę zdrowia na tle pozostałych krajów UE?

należy stwierdzić, że w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, które można uznać za podobne kulturowo i gospodarczo, występują znaczne różnice w poziomie publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Analizując te nakłady przez pryzmat publicznych wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca oraz jako % PKB, należy zaznaczyć, że w zdecydowanej większości krajów UE zaobserwowano wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Zmiany te są bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach co powoduje, że powiększa się dystans pomiędzy niektórymi krajami (np. Polską), w których zmiany przebiegają wolniej,

a innymi krajami UE. Tworząc ranking krajów UE pod względem nakładów na ochronę zdrowia można zauważyć, że w latach 2011–2020 poszczególne kraje Unii Europejskiej zajmują względnie stałe pozycje, przy czym najwyższe pozycje zajmują kraje Europy Zachodniej, a te niższe – kraje Europy Środkowo-Wschodniej. Ponadto większe rotacje w zakresie zmiany pozycji danego kraju w rankingu odnotowano w przypadku publicznych nakładów na ochronę zdrowia jako % PKB (w porównaniu z wartością wydatków na ochronę zdrowia na mieszkańca).

Uzyskane wyniki badań potwierdziły postawioną hipotezę badawczą H1: „Poziom publicznych nakładów na ochronę zdrowia w krajach UE jest zróżnicowany i sytuacja ta jest niezmienna od wielu lat”.

Przeprowadzona analiza pozwala także na stwierdzenie, że pozycja Polski na tle pozostałych krajów UE w zakresie publicznych nakładów na ochronę zdrowia jest niska – dotyczy to nie tylko porównania z rozwiniętymi krajami Europy Zachodniej, ale także porównania z krajami Europy Środkowo-Wschodniej. Przedstawione wnioski badań, dotyczące Polski potwierdziły hipotezę badawczą H2: „Pozycja Polski w zakresie wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest niska na tle pozostałych krajów UE”.

Przedstawione wyniki badań w zakresie wydatków publicznych na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej stanowią podstawę do dalszych badań i rozważań w tym obszarze np. zbadanie wysokości i zmian w zakresie nakładów publicznych na ochronę zdrowia w powiązaniu z obowiązującym modelem ochrony zdrowia i zachodzącymi w nim zmianami. Pogłębiona analiza tematu mogłaby dotyczyć rozdysponowania nakładów na ochronę zdrowia na poszczególne kategorie wydatków w krajach UE. Warto także uwzględnić w prowadzonych w przyszłości rozważaniach i analizach wpływ działań regulacyjnych Unii Europejskiej, które w coraz większym stopniu wpływają na kształtowanie się polityki zdrowotnej państw członkowskich.

## BIBLIOGRAFIA

- Białynicki-Birula P. (2007), Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia, Biuletyn Ekonomiczny e-GAP nr 3/2007, <https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/3766/Wp%20yw%20zdrowia%20na%20ksza%20towanie.pdf?sequence=1> [Dostęp: 21.01.2023]
- Chuengsatiansup K. (2003), *Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*, Environmental Impact Assessment Review, Vol. 23, Issue 1, s. 3–15.
- Diacon P.E., Maha L.G. (2015), *The Relationship between Income, Consumption and GDP: A Time Series, Cross-Country Analysis*, Procedia Economics and Finance, vol. 23.

- Fouad A.M., Waheed A., Gamal A., Amer S.A., Abdellah R.F., Shebl F.M. (2017), *Effect of Chronic Diseases on Work Productivity: A Propensity Score Analysis*, Journal of Occupational and Environmental Medicine, s. 480–485.
- Lawrence R.J. (2014), *Understanding Environmental Quality Through Quality of Life (QOL) Studies*: in Reference Module in Earth Systems and Environmental Sciences, Elsevier.
- McCartney G., Popham F., McMaster R., Cumbers A. (2019), *Defining health and health inequalities*, Public Health, vol. 172, s. 22–30.
- Reszczyński J. (2021), *U źródeł współczesnych modeli ochrony zdrowia*, Studia ekonomiczne, Gospodarka Społeczeństwo Środowisko, nr 1(7).
- Sartorius N. (2006), *The Meanings of Health and its Promotion*, Croatian Medical Journal, s. 662–664.
- Scott A.J. (2021), *The longevity society*, The Lancet Healthy Longevity, Vol. 2, Issue 12.
- Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk, A. (2002), *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków.
- Wielicka K. (2014), *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie.
- Skóbel B., Kocemba E., Rudka R. (2021), *Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD*, Analizy Samorządowe nr 7, Związek Powiatów Polskich.
- Stankiewicz R. (2016), *Krajowe systemy ochrony zdrowia a Unia Europejska. Przykład Polski*, Wolters Kluwer Polska S.A.
- (www1) <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Dostęp: 26.03.2023]
- (www2) <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Dostęp: 21.01.2023]
- (www3) Government expenditure on health - [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government\\_expenditure\\_on\\_health#Expenditure\\_on\\_.27health.27](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_on_health#Expenditure_on_.27health.27) [Dostęp: 20.02.2023].
- (www4) [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=GDP\\_per\\_capita,\\_consumption\\_per\\_capita\\_and\\_price\\_level\\_indices](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=GDP_per_capita,_consumption_per_capita_and_price_level_indices) [Dostęp: 24.03.2023]

## ZRÓŻNICOWANIE PUBLICZNYCH WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA W KRAJACH CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ

### Streszczenie

**Cel artykułu/hipoteza:** Celem artykułu jest analiza poziomu publicznych (rządowych) nakładów na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach Unii Europejskiej. Badania mają charakter eksploracyjny w związku z czym nie sformułowano hipotezy badawczej.

**Metodyka:** Przeprowadzono analizę porównawczą, poziomu publicznych nakładów na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, na podstawie następujących mierników pochodzących z Eurostatu: publiczne wydatki na ochronę zdrowia jako

wartość EUR na osobę w latach 2011–2020 oraz publiczne wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB w latach 2011–2020.

**Wyniki/Rezultaty badania:** W poszczególnych krajach Unii Europejskiej, które można uznać za podobne kulturowo i gospodarczo, występują znaczne różnice w poziomie publicznych nakładów na ochronę zdrowia. W zdecydowanej większości krajów Unii Europejskiej zaobserwowano wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Zmiany te są bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach co powoduje, że powiększa się dystans pomiędzy niektórymi krajami (np. Polską), w których zmiany przebiegają wolniej, a innymi krajami Unii Europejskiej. Tworząc ranking krajów Unii Europejskiej pod względem nakładów na ochronę zdrowia można zauważyć względnie stałe pozycje krajów na przestrzeni lat 2011-2020. Najwyższe pozycje zajmują kraje Europy Zachodniej, a te niższe kraje Europy Środkowo-Wschodniej. Przeprowadzona analiza pozwala na stwierdzenie, że pozycja Polski na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej w zakresie publicznych nakładów na ochronę zdrowia jest niska – dotyczy to nie tylko porównania Polski z rozwiniętymi krajami Europy Zachodniej, ale także z większością krajów Europy Środkowo-Wschodniej.

**Słowa kluczowe:** zdrowie, publiczne wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca, publiczne wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB, kraje UE.

**JEL Class:** H51.

Zakończenie recenzji/ End of review: 12.05.2023

Przyjęto/Accepted: 20.06.2023

Opublikowano/Published: 27.06.2023