



Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i innych państwach członkowskich Unii Europejskiej – analiza porównawcza w latach 2014–2023

Izabela Bera

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

izabela.bera@edu.uekat.pl, ORCID: 0009-0004-4326-4249

Streszczenie: Celem artykułu jest porównanie poziomów finansowania ochrony zdrowia w Polsce i innych państwach członkowskich Unii Europejskiej. W realizacji tego celu zastosowano tematyczny przegląd krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu, analizę w aspekcie ekonomicznym aktów prawnych, w szczególności dotyczących opieki zdrowotnej, analizę porównawczą oraz proste narzędzia statystyki opisowej. Badania przeprowadzono na próbie 27 państw członkowskich Unii Europejskiej. Analizą objęto dane statystyczne dotyczące finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych w latach 2014–2023. W oparciu o wyniki badań dokonano identyfikacji poziomu wydatków poszczególnych krajów przeznaczanych na cele zdrowotne. Wskazano zależność pomiędzy wielkością nakładów finansowych a stanem zdrowia społeczeństw unijnych mierzonym długością życia. Zidentyfikowano pozycje Polski na tle pozostałych państw Unii Europejskiej w analizowanym zakresie. Przeprowadzone badania pozwoliły na uzyskanie odpowiedzi na postawione pytanie badawcze dotyczące tego, czy wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce znacząco różnią się od analogicznych wydatków w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej. W szczególności rozważono, czy poziom nakładów w Polsce istotnie odbiega od średniej unijnej oraz czy wyższe wydatki publiczne przekładają się na korzystniejsze efekty zdrowotne.

Słowa kluczowe: systemy finansowania ochrony zdrowia, wydatki publiczne, ochrona zdrowia.

Kod JEL: H51, I13, I18.

1. Wstęp

Systemy finansowania ochrony zdrowia stanowią jeden z kluczowych elementów polityki publicznej realizowanej przez państwa członkowskie Unii Europejskiej. Jako ważny składnik budżetu publicznego każdego kraju nakłady ponoszone na ochronę zdrowia mają znaczący wpływ na stan zdrowia społeczeństw, zapewnienie obywatelom dostępności do usług medycznych, a w konsekwencji podniesienie jakości ich życia. W dobie rosnących potrzeb ludności oraz globalnych wyzwań wpływających na sektor zdrowotny stabilne i efektywne finansowanie ochrony zdrowia nabiera szczególnego znaczenia. Zróżnicowanie rozwojowe wśród krajów należących do Unii Europejskiej stanowi istotny czynnik skłaniający do przeprowadzenia analizy poziomu i struktury wydatków publicznych przeznaczanych na cele zdrowotne.

Celem niniejszego artykułu jest porównanie poziomów finansowania ochrony zdrowia w Polsce i innych państwach członkowskich Unii Europejskiej. Podjęto próbę odpowiedzi na postawione pytanie badawcze: czy wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce znacząco różnią się od analogicznych wydatków w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej? W szczególności rozważono, czy poziom nakładów w Polsce istotnie odbiega od średniej unijnej oraz czy wyższe wydatki publiczne przekładają się na korzystniejsze efekty zdrowotne.

W artykule wykorzystano krajową i zagraniczną literaturę przedmiotu, wybrane akty prawne, a także informacje znajdujące się na stronach internetowych. Publikowane przez Eurostat dane stanowiły z kolei podstawę do dokonania w części empirycznej analizy porównawczej z wykorzystaniem prostych narzędzi statystyki opisowej.

Artykuł składa się z kilku części – wstępu, przeglądu literatury, metodyki, wyników badań, dyskusji oraz wniosków. Przegląd literatury przedstawia współczesne systemy finansowania ochrony zdrowia. W części tej scharakteryzowano systemy ochrony zdrowia funkcjonujące w państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz omówiono źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. Dalsza część objęta badaniami dane statystyczne za okres 10 lat (2014–2023), skupiając się na 27 krajach należących do Wspólnoty Europejskiej i ponoszonych przez nie nakładach na opiekę zdrowotną. Stanowiły one podstawę dokonania analizy struktury i poziomu wydatków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia, co umożliwiło zestawienie sytuacji zdrowotnej poszczególnych państw, zidentyfikowanie miejsca Polski na tle innych krajów unijnych oraz sformułowanie oceny systemów finansowania zdrowia w ujęciu porównawczym.

W artykule przyjęto stan prawny zgodny z przepisami obowiązującymi na dzień 1 stycznia 2025 roku.

2. Finansowanie opieki zdrowotnej w państwach członkowskich Unii Europejskiej – przegląd literatury

2.1. Współczesne modele finansowania ochrony zdrowia

Bardzo ważną wartością dla człowieka jest zdrowie, a wydatki z nim związane przyczyniają się do rozwoju gospodarczego oraz zwiększenia dobrobytu społeczeństwa. Rozważania naukowe dotyczące pojęcia zdrowia pojawiły się już w starożytności, ewoluowały one z biegiem lat, dzięki czemu powstała powszechnie stosowana dziś definicja zdrowia przyjęta w preambule Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (Kozłowska, Marzec, Kalinowski, Bojakowska, 2016, s. 579). Zgodnie z jej treścią zdrowie jest uznawane za stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności. W literaturze przedmiotu wskazuje się na trudność w sformułowaniu jednej, uniwersalnej definicji z uwagi na szerokie znaczenie omawianego pojęcia, jednakże wspomniana definicja jest uznawana za postępową, skupiającą uwagę na potencjale rozwoju jednostki, który przekłada się na rozwój gospodarki państwa.

Jednym z fundamentalnych elementów składowych gospodarki, jak podkreśla Jadwiga Kaczmarska-Krawczak (2023, s. 85), jest system ochrony zdrowia, którego rezultatem funkcjonowania powinna być poprawa stanu zdrowia populacji. Pogląd podziela Andrzej Wojtczak (2024, s. 63), wskazując, że głównym celem tegoż systemu są działania zmierzające do umocnienia zdrowia ludzkiego. Można zatem wywnioskować, że system ten ma znaczący wpływ na prawidłowe funkcjonowanie państwa, a stabilność ekonomiczna sektora zdrowia stanowi podstawę zapewnienia ogólnej pomyślności narodu (Abdugapparovna, Abdurazzaqovich, 2024, s. 75).

We współczesnym świecie omawiany system jest poddawany wpływom różnych wyzwań, wśród których można wyróżnić m.in. problem starzejącego się społeczeństwa, postęp technologiczny i wzrost kosztów związany z nowoczesnymi technologiami medycznymi, a także nieustannie zmieniające się potrzeby pacjentów (Xia, 2024, s. 901). Należy zatem stale monitorować wszelkie zmiany wpływające na dziedzinę opieki zdrowotnej oraz dynamicznie się do nich dostosowywać. System ochrony zdrowia powinien być zatem efektywny i skuteczny w obliczu niespodziewanych wyzwań. Jako przykład można wskazać wybuch globalnej pandemii COVID-19 na początku 2020 roku. Spowodowała ona trudność w zaspokojeniu nierzadko podstawowych potrzeb człowieka, co prowadziło do po-

wstania wielu problemów na gruncie zdrowia społecznego. Destabilizacja omawianego systemu, m.in. na skutek gwałtownego wzrostu zachorowań, doprowadziła do trudności w realizacji jego nadrzędnego celu, jakim jest poprawa zdrowia ludności, gdyż dostęp do otrzymania pomocy medycznej był znacznie ograniczony (Janiszewska, Klima, 2023, s. 144). Pandemia ujawniła, jakie słabości posiadały funkcjonujące systemy opieki zdrowotnej, dzięki czemu możliwe było eliminowanie ich na skutek wprowadzania różnorodnych zmian (Chat, Wojtyra, 2023, s. 85–92). Ponadto wydarzenie to pozwoliło zauważyć, jak istotną rolę odgrywa współpraca placówek, instytucji i organów decyzyjnych oraz wszelkich innych elementów systemu, aby zapewnić jego sprawność (Tylus, Grzebieluch, 2024, s. 7), ponieważ zgodnie z treścią publikowaną przez Światową Organizację Zdrowia wszelkie procesy, struktury i instytucje, które zajmują się nadzorowaniem i zarządzaniem owego systemu, mają za zadanie przede wszystkim poprawę kondycji zdrowotnej społeczeństwa danego kraju (World Health Organization, 2024).

Działania systemu powinny się koncentrować na spełnianiu jego podstawowych funkcji, wśród których można wyróżnić w szczególności: organizację, zarządzanie, udzielanie świadczeń i finansowanie (Klich, 2007, s. 16). Wszelkie aktywności podejmowane w ramach realizacji przytoczonych funkcji zmierzają do poprawy stanu zdrowia obywateli państw, a także kładą nacisk na zmniejszanie nierówności w zakresie dostępu do ochrony zdrowia, ponieważ cel ten powinien być realizowany przede wszystkim w sposób sprawiedliwy (Rogowska, 2019, s. 216). Prawidłowo działający system opieki zdrowotnej jest podstawą dobrobytu społecznego i dobrego zdrowia obywateli, którzy mają zapewniony dostęp do pomocy i usług medycznych koniecznych dla poprawy komfortu ich życia. Wymagania pacjentów w tym zakresie dynamicznie się zmieniają, a system powinien stale się dostosowywać do indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowotnych przy jednoczesnym zachowaniu wysokiej jakości świadczonych usług dla wszystkich obywateli. Spełnianie wskazanych funkcji staje się gwarantem prawidłowego działania systemu ochrony zdrowia (Bróż, Podolak, 2023, s. 19), którego skuteczność zależy w dużej mierze od sposobów jego finansowania.

Nadrzędnym zadaniem systemu ochrony zdrowia jest wspomniane zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej, co nieodłącznie wiąże się z jej finansowaniem obejmującym odpowiednią mobilizację dochodów, łączenie funduszy, a także pozyskiwanie usług zdrowotnych (Dincă, Antohi, Andronic, Szeles, Baba, 2023, s. 7). Na skutek występowania różnic kulturowych oraz odmiennych możliwości ekonomicznych poszczególnych krajów niemożliwe stało się utworzenie uniwersalnego modelu opieki zdrowotnej. Ze względu na ekonomiczne i społeczne uwa-

runkowania rozwoju gospodarki państw, a także na przyjmowaną politykę zdrowotną istnieją indywidualne modele, które są przez nie realizowane (Wielicka, 2014, s. 492–493). Wśród dwóch głównych możliwości finansowania ochrony zdrowia, które znajdują swe odzwierciedlenie w praktykowanych przez określone państwa modelach, wyróżnia się budżetowe oraz ubezpieczeniowe, co podkreśla Jarosław Reszczyński (2021, s. 16). W literaturze przedmiotu, z uwagi na odmiennie normy kulturowe, tła historyczne oraz organizacje polityczne biorące udział w życiu publicznym poszczególnych krajów, wyszczególnia się jednak cztery tradycyjne modele finansowania ochrony zdrowia, do których zalicza się: model Bismarcka, model Beveridge’a, model Siemaszki oraz model rezydualny (Lenio, 2018a, s. 119–140).

Pierwsze z omawianych rozwiązań modelowych w zakresie zdrowia, a zarazem historycznie najstarsze, to model Bismarcka, który powstał w 1883 roku. Jest on zaliczany do modeli o charakterze ubezpieczeniowym z uwagi na fakt, że podmioty są obejmowane obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym i uiszczają z tego tytułu składki stanowiące główne źródło jego finansowania. Dla tego modelu podkreśla się znaczenie wystąpienia nieoczekiwanych zdarzeń losowych, w wyniku których podmioty mogą doświadczyć negatywnych skutków, a jego głównym celem jest ochrona przed nimi. Jest to możliwe dzięki działaniu instytucji ubezpieczeniowych, inaczej zwanych kasami chorych, które mają prawnie przyznaną autonomię, a ich działanie jest nadzorowane przez organy władzy publicznej. Ich głównym zadaniem jest zawieranie umów ze świadczeniobiorcami, którzy wybierają ubezpieczycieli na zasadzie dobrowolności w zamian za realizację świadczeń zdrowotnych (Lenio, 2018a, s. 120–122). Do cech charakterystycznych tego modelu można zaliczyć obowiązkową odpłatność w formie składki zdrowotnej obciążającej w pewnym zakresie koszt pracy i stanowiącej daninę publiczną (Reszczyński, 2021, s. 17). Uiszczenie składki przez każdego członka kas, zarówno pracodawców, jak i pracowników, jest zatem obligatoryjne i pozwala na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Omawiany model, zwany także systemem niemieckim z uwagi na jego pochodzenie, opiera się na zasadzie solidarnego finansowania, co wynika wprost z przepisów Księgi Piątej Kodeksu Socjalnego, powszechnie znanej jako SGB V, a dokładnie z § 3 ust. 1. Należy jednak zaznaczyć, że mimo realizacji wskazanej zasady członkowie kas finansują ustawowe ubezpieczenie zdrowotne w odmiennym stopniu z uwagi na ich zdolność płatniczą (Lenio, 2018b, s. 68). Jak wskazuje Iwona Borkowska (2018, s. 30), znaczenie ma wysokość dochodów pracowników. Osiągający wyższe dochody posiadają możliwość przystąpienia do systemu obowiązkowych ubezpieczeń, jest to dla nich

jednak dobrowolne działanie, ponieważ z powodzeniem mogą zawierać umowy z ubezpieczycielami prywatnymi. W przeciwieństwie do nich dla osób o niższym poziomie dochodów system ten jest obligatoryjny. Dzięki powszechnemu charakterowi tego modelu państwa ze zgromadzonych środków publicznych zapewniają minimalny poziom dostępności świadczeń zdrowotnych dla obywateli. Sposób finansowania, jakim jest model Bismarcka, pozwala na efektywne funkcjonowanie systemów zdrowotnych w poszczególnych państwach, ponieważ dzięki ochronie zdrowia obywateli, a co się z tym wiąże zapewnienia ich gotowości do podjęcia pracy, utrzymywana jest stabilność w sektorze zdrowotnym i gospodarce. Model ten okazał się wzorcem dla wielu państw i jest on obecnie podstawą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia m.in. w Niemczech, Belgii, Holandii, Austrii, Szwajcarii oraz Francji (Łuniewska, 2014, s. 69).

Modelowe ujęcie sektora zdrowia pozwala na wyodrębnienie kolejnego sposobu finansowania, a jest nim model Beveridge’a, określany zamiennie modelem Narodowej Służby Zdrowia (Kittipittayakorn, 2025, s. 3). Jako kolebkę jego powstania uznaje się Wielką Brytanię, gdzie został wprowadzony w 1946 roku (Lenio, 2018a, s. 127) i jest on odpowiedzią na zidentyfikowaną potrzebę zapewnienia wszystkim obywatelom, bez względu na ich status majątkowy i społeczny, równego dostępu do opieki, co pozwala zniwelować dysproporcje między nimi (Reszczyński, 2021, s. 18). System ten cechuje się zatem równością, powszechnością oraz jednolitością, która przejawia się w zarządzaniu ochroną zdrowia przez jeden spójny system administracyjny. Model ten podkreśla dominującą rolę państwa, gdyż finansowanie służby zdrowia jest dokonywane ze środków budżetowych pochodzących z podatków lokalnych i centralnych (Bromber i in., 2020, s. 50–54). Dlatego też jest on zaliczany do modeli o charakterze budżetowym. Jak wskazuje Paweł Lenio (2018c, s. 51–59), budżet centralny jest głównym, ale nie jedynym źródłem finansowania ochrony zdrowia. Przykładem kraju, w którym obowiązuje ten model, jest Wielka Brytania, a jako kolejne źródła finansowania w nim funkcjonujące można wyróżnić system ubezpieczenia społecznego, na rzecz którego są uiszczane składki, a także opłaty, które pobiera się w celu realizacji niektórych rodzajów świadczeń i usług medycznych – pokrywają one jednak mniejszą część wydatków. Należy podkreślić, że mimo wystąpienia składek ubezpieczeniowych nie można utożsamiać tego modelu z wcześniej opisywanym o charakterze ubezpieczeniowym z uwagi na fakt, że nie ma obowiązku opłacania składki z tytułu ubezpieczenia społecznego, ponadto jedynie część osiągniętych w ten sposób wpływów jest przeznaczana na działania państwa w zakresie opieki zdrowotnej. Model ten, jak zostało już wskazane, pochodzi z Wielkiej Brytanii,

a obecnie zastosowanie znalazł także w innych krajach, wśród których można wyróżnić Włochy, Irlandię, Danię, Finlandię oraz Szwecję.

Opisane modele są dominujące wśród państw Unii Europejskiej i stanowią dla nich w różnym stopniu podstawę do funkcjonowania sektorów ochrony zdrowia (Bromber i in., 2020, s. 54). Nie ulega wątpliwości, że modele Beveridge’a oraz Bismarcka w swych pierwotnych formach są odmienne od siebie w różnych aspektach, a na uwagę w tej kwestii zasługuje także zagadnienie dostępności. Opieka zdrowotna gwarantowana przez rząd w modelu Beveridge’a może się wiązać z charakterystycznym sposobem jej zapewnienia, ponieważ występuje tutaj proces znany jako „rationing”, czyli racjonowanie. Dostęp do opieki dla wszystkich obywateli jest równy, jednakże może się to wiązać z tworzeniem długich list oczekujących na określone usługi, co prowadzi do wydłużenia czasu ich realizacji. Oczekiwanie na otrzymanie pomocy, z uwagi na scentralizowany charakter działań w tym zakresie, jest określane jako poważna wada tego modelu, szczególnie ze względu na stale zwiększające się zapotrzebowanie na usługi oferowane w ramach opieki zdrowotnej w wyniku wystąpienia m.in. zjawiska określanego jako starzenie się społeczeństwa (Alqarafi i in., 2024, s. 4102). Odmienny sposób cechuje model Bismarcka, ponieważ ze względu na jego charakterystykę, czyli współfinansowanie opieki zdrowotnej przez pracodawców i pracowników, dostęp jest nierówny. Owa nierówność wynika z faktu, że nie wszystkich obywateli stać na potrącanie z wynagrodzeń składki, a co za tym idzie mają ograniczony dostęp do świadczonych usług. Model ten, pomimo wspomnianej wady, charakteryzuje się większą dostępnością niż uprzednio wskazany model Beveridge’a. Dzięki zorientowaniu na konsumenta czas oczekiwania na otrzymanie opieki jest znacznie krótszy, a jakość usług jest nierzadko wyższa (Bergerot, Wang, Serpentine, Borgese, Kim, 2023, s. 538).

Obok przedstawionych dwóch modeli ochrony zdrowia warto wspomnieć o modelu Siemaszki. Jest on określany jako socjalistyczny model narodowego systemu ochrony zdrowia i funkcjonował w krajach Europy Środkowo-Wschodniej do końca lat 80. XX wieku (Lenio, 2018a, s. 135). Stanowił on specyficzną odmianę modelu budżetowego, gdyż – podobnie jak w modelu brytyjskim – zgodnie z założeniami to państwo odpowiadało za zdrowie obywateli. Należy jednak podkreślić, że w omawianym modelu państwo miało w tym zakresie posiadać wyłączne prawo do zarządzania sektorem zdrowotnym, a zagwarantowanie pełnego dostępu do usług odbywało się bez ingerencji społeczeństwa (Bromber i in., 2020, s. 53). Wynika z tego, iż finansowanie opierało się na jednym źródle, którym był budżet państwa, a ludność posiadała bezpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Jak podkreśla Jarosław Reszczyński (2021, s. 16), dzięki takiemu podejściu zgromadzone środki powinny być wystarczające, a co za tym idzie znalezienie dodatkowych źródeł dochodów nie było wymagane. Należy także zaznaczyć, iż nie tylko finansowanie, ale również organizacja ochrony zdrowia w ramach tego systemu były całkowicie zależne od państwa. Zarówno funkcjonowanie wszelkich placówek zdrowotnych, zatrudnienie pracowników, jak i kontrola ich działalności odbywały się poprzez nadzór państwowy. Pogląd ten podziela także Paweł Lenio (2018a, s. 136), wskazując na scentralizowaną organizację, zapewnienie obywatelom całkowicie bezpłatnego dostępu do świadczeń, finansowanie pochodzące z budżetu państwa i jego centralne planowanie oraz na to, że podmioty państwowe świadczyły opiekę zdrowotną. Wymienione cechy charakterystyczne pozwalają na wysunięcie wniosków, że model Siemaszki był zorientowany na pacjenta, gdyż całkowity brak kosztów przez nich ponoszonych przy równoczesnym otrzymaniu opieki prezentuje go w sposób pozytywny. Należy w tym miejscu jednak zaznaczyć, iż takie podejście wiązało się z problemem określanym jako niedofinansowanie sektora zdrowotnego powstałe na skutek niedostosowania poziomu wydatków do realnego zapotrzebowania jednostek, co było przyczyną niższej jakości świadczonych usług, a także problemu z dostępnością do nich. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że w wyniku pojawienia się wskazanych wad oraz braku realizacji jego głównych założeń, które okazały się mieć charakter wyłącznie polityczny, model ten nie był wystarczająco efektywny, co w konsekwencji doprowadziło do rezygnacji z niego i zastępowania go innymi rozwiązaniami (Rogoś, Skrzypczak, 2006, s. 57–59).

Kolejny model ochrony zdrowia, mający znaczenie współcześnie, to model rezydualny, inaczej zwany rynkowym, funkcjonujący obecnie w szczególności w Stanach Zjednoczonych. Jest on całkowitym przeciwieństwem omawianych wcześniej modeli, ponieważ państwo nie odgrywa w nim kluczowej roli (Tumiałán, 2019, s. 156). Na pierwszy plan wysuwa się znaczenie jednostki, która sama przeznaczająca środki pieniężne na ochronę zdrowia (Bromber i in., 2020, s. 52). Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana przez podmioty samodzielnie, przez pracodawcę lub inne organizacje, a jej wysokość zależy od wielu czynników, wśród których można wyróżnić m.in. sytuację zdrowotną jednostki czy też jej wiek (Lenio, 2018a, s. 138). Z uwagi na to można wskazać, że sektor prywatny ma dominujące znaczenie w funkcjonowaniu tego systemu ochrony zdrowia, ponieważ oferuje on w ramach działań określonych instytucji dobrowolne ubezpieczenia stanowiące przedmiot swobodnego wyboru przez obywateli, co jest ogromną zaletą tego systemu. Należy podkreślić, że na atrakcyjność tego modelu ma wpływ rów-

niez szybkość w otrzymaniu pomocy, ponieważ kolejki do specjalistów są znacznie krótsze niż ma to miejsce w innych modelach ochrony zdrowia, a ponadto jakość świadczonych usług jest najczęściej wysoka. Wiąże się to jednak z dużymi kosztami, które jednostka musi ponieść na rzecz zapewnienia sobie godnej opieki zdrowotnej, co stanowi problem dla osób znajdujących się w niekorzystnej sytuacji zawodowej i majątkowej, gdyż są one narażone na ograniczenia w dostępie do pomocy medycznej. Jednostki będące w takiej sytuacji mogą jednak liczyć na pomoc, ponieważ pomimo ograniczenia odpowiedzialności państwo ma także swój udział w tym zakresie poprzez finansowanie świadczeń dla osób mających szczególne problemy z samodzielnym zapewnieniem sobie dostępu do nich (Stasiak, Stasiak, 2023, s. 103).

Głównym celem każdego systemu opieki zdrowotnej jest zapewnienie powszechnego zasięgu realizowanych w tym zakresie usług. Wszystkie z omawianych modeli posiadają nie tylko zalety, ale także wady, które mają wpływ na świadczenie ochrony zdrowia w sposób sprawiedliwy, niedrogi oraz dostępny dla wszystkich obywateli (Ali, Mahmood, Ibrahim, 2020, s. 14). Z uwagi na ten fakt analiza i zrozumienie sposobów ich funkcjonowania pozwala na wdrożenie w krajach reform prowadzących do powstania hybrydowych systemów, dzięki czemu stają się one bardziej efektywne w obliczu obecnych uwarunkowań społeczno-gospodarczych. Przedstawione modele finansowania ochrony zdrowia najczęściej nie istnieją współcześnie w swoich pierwotnych formach, a większość z nich została zaadaptowana do unikatowych wyzwań populacji w danym kraju, łącząc elementy kilku z nich i tworząc przy tym modele mieszane (Kittipittayakorn, 2024, s. 16). W konsekwencji klasyczny podział staje się obecnie głównie konstruktem teoretycznym, a ewolucja systemów do tych o hybrydowym charakterze stanowi odpowiedź na rosnącą presję demograficzną, stale zwiększające się koszty technologii medycznych, a także ograniczenia budżetowe przy równoczesnym wzroście oczekiwań społecznych. W celu usystematyzowania wiedzy na temat omawianych modeli finansowania ochrony zdrowia ich kluczowe cechy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Porównanie wybranych modeli finansowania ochrony zdrowia w państwach członkowskich Unii Europejskiej

Kryterium	Model Bismarcka	Model Beveridge'a	Model hybrydowy
1	2	3	4
Główne źródło finansowania	Składki na ubezpieczenie zdrowotne	Podatki ogólne lub inne dochody państwa	Składki zdrowotne wspierane przez budżet państwa
Organizacja systemu	Instytucje ubezpieczeniowe	System publiczny zarządzany przez państwo	System mieszany – publiczne instytucje i prywatne usługi

cd. tabeli 1

1	2	3	4
Rola państwa	Regulacyjna i nadzorcza	Dominująca i finansująca	Regulacyjna i współfinansująca
Rola sektora prywatnego	Uzupełniająca	Ograniczona	Zróżnicowana – rosnąca rola dodatkowych ubezpieczeń
Dostęp do świadczeń zdrowotnych	Uzależniony od ubezpieczenia	Powszechny, bezpośredni dostęp	Powszechny, częściowo powiązany z ubezpieczeniem
Przykłady krajów	Niemcy, Belgia, Francja	Wielka Brytania, Dania, Szwecja	Polska, Włochy, Holandia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

2.2. Systemy ochrony zdrowia w Unii Europejskiej

W procesie integracji europejskiej powstała wspólnota 27 państw członkowskich, które współpracują ze sobą w celu realizacji wspólnych założeń. Współpraca między nimi opiera się na stałej, wzajemnej pomocy w dążeniu do poprawy życia ludności, przy równoczesnym zachowaniu ich suwerenności. Ta organizacja międzynarodowa podejmuje działania dotyczące różnych obszarów, wśród których na uwagę zasługuje zdrowie publiczne będące jednym z jej głównych priorytetów (Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej, 2020, s. 7–37).

Kraje należące do Unii Europejskiej w realizacji swych działań podnoszą znaczenie wspólnych wartości będących wyznacznikiem ich sposobu postępowania w danym obszarze. W kwestii ochrony zdrowia można wyróżnić powszechność, dostęp do opieki cechującej się wysoką jakością świadczonych usług, a także sprawiedliwość i solidarność. Ich działania, zgodne z założeniami, powinny zmierzać do zwiększenia spójności między państwami w tym zakresie, należy jednak podkreślić, że mimo kluczowej roli, jaką odgrywa zdrowie publiczne w rozwoju gospodarki, nie został stworzony jednolity unijny system ochrony zdrowia (Stankiewicz, 2016, s. 24). Pogląd ten potwierdza Marian Sygit (2023, s. 482), twierdząc, że Unia Europejska nie posiada wyłącznych kompetencji w zakresie ochrony zdrowia. Oznacza to, że owe kompetencje do organizacji opieki zdrowotnej należą do państw członkowskich, które mają realny wpływ na działanie krajowych systemów ochrony zdrowia, ponieważ zajmują się one bezpośrednio konkretyzacją sposobów świadczenia usług zdrowotnych. Unii Europejskiej jest natomiast przypisywana działalność pomocnicza w osiągnięciu założonych celów, w ramach której uzupełnia ona krajowe strategie dotyczące ochrony zdrowotnej obywateli. Powołując się na opinie, którą przedstawiły Anna Janiszewska i Ewa Klima

(2023, s. 139), należy zaznaczyć, że ramy prawne i wspomniane zasady działania na rzecz ochrony zdrowia zostały określone w artykule 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, z którego jasno wynika, iż zapewniany jest wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego przy urzeczywistnianiu polityk i działań Wspólnoty Europejskiej. Głównym celem działań Unii w tym obszarze jest zatem znacząca poprawa oraz ochrona zdrowia obywateli, zwiększanie wydajności krajowych systemów ochrony zdrowia, wspieranie modernizacji infrastruktury, a także usprawnianie reakcji na zagrożenia epidemiologiczne (Rada Unii Europejskiej i Rada Europejska, 2025).

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na brak jednolitości w przyjmowanych przez państwa członkowskie systemach ochrony zdrowia. Następuje to na skutek różnych wyzwań i problemów, które dotyczą danego kraju. Wybór owych systemów jest uwarunkowany nie tylko tłem historycznym i wieloletnimi doświadczeniami każdego państwa, ale także jego zamożnością oraz różnicami kulturowymi i gospodarczymi. Wszystkie elementy mają wpływ na to, jakie są źródła finansowania systemów, a co za tym idzie na wysokość przeznaczanych na ten cel wydatków, co nieodłącznie wiąże się z jakością świadczonych usług (Stankiewicz, 2016, s. 24).

Istnieje kilka systemów ochrony zdrowia, które mają współcześnie zastosowanie w państwach członkowskich UE. Różnią się one przede wszystkim sposobem finansowania, dlatego, ogólnie rzecz ujmując, można je podzielić na te oparte na podatkach ogólnych lub ubezpieczeniach (Paszowska, 2006, s. 4). Jednakże są także państwa, które, aby lepiej dostosować się do panujących warunków, łączą wskazane modele, tworząc systemy mieszane. Takie rozwiązanie cechuje się elastycznością w wyborze najkorzystniejszych elementów z każdego z nich, będących najbardziej adekwatnymi w odniesieniu do krajowych uwarunkowań, wiąże się to jednak nierzadko z problemami w zakresie szczegółowego dookreślenia sposobów ich finansowania i metod zarządzania nimi (Instytut RP, 2024).

Systemy ochrony zdrowia należą do grupy elementów, które tworzą gospodarkę państw. Ich głównym zadaniem jest natomiast opieka zdrowotna i promocja zdrowia, co jest możliwe dzięki całokształtowi podejmowanych działań na rzecz zdrowia obywateli. Realizacja tego w praktyce powinna prowadzić do poprawy stanu zdrowia populacji, co świadczy o efektywności funkcjonującego na danym obszarze systemu. Owa efektywność może być definiowana w różnorodny sposób, ale na potrzeby niniejszego artykułu można przyjąć, że jest to relacja osiągniętych wyników do ponoszonych nakładów oraz do oczekiwanych rezultatów w tym zakresie (Pyszka, 2015, s. 13–16). W związku z szerokim zakresem przed-

miotowym wymienia się różne kryteria służące do oceny funkcjonowania systemów zdrowotnych. Zalicza się do nich m.in.: dostępność usług medycznych, jakość i skuteczność świadczonej opieki zdrowotnej, produktywność systemu, jego dynamikę, a także efektywność kosztową (Kaczmarek-Krawczyk, 2023, s. 85). Analiza wspomaga identyfikację mocnych stron, a także problemów, z którymi mierzą się systemy ochrony zdrowia, dzięki czemu są podejmowane działania celem poprawy ich funkcjonowania.

Przedstawione rozważania wskazują na to, jakie znaczenie odgrywa Unia Europejska w kształtowaniu polityki zdrowotnej przez państwa członkowskie. Ma ona w tej materii wpływ, mimo iż nie posiada wyłącznych kompetencji w zakresie sposobu finansowania i świadczenia usług zdrowotnych oraz ogólnie pojmowanej organizacji systemów ochrony zdrowia. Władze krajowe, podejmujące decyzje w tym zakresie, uwzględniają problemy, z którymi mierzy się dane państwo w celu wdrożenia optymalnego systemu ochrony zdrowia dostosowanego do jego potrzeb.

2.3. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce

Ochrona zdrowia obywateli należy do jednego z podstawowych zadań publicznych realizowanych przez państwo i wymaga znacznych nakładów finansowych w celu jej kompleksowego zapewnienia. Wielkość przeznaczonych środków, sposób ich pozyskiwania, uwarunkowania gospodarcze oraz wiele innych czynników ma wpływ na to, jaki system ochrony zdrowia w największym stopniu realizuje politykę zdrowotną określoną w danym kraju (Świeboda, 2023, s. 87).

Z dotychczasowych rozważań wynika, iż systemy ochrony zdrowia ulegają przekształceniom umożliwiającym ich dostosowanie do wymagań określanych przez aparaty państwowe. W Polsce również można zaobserwować taki proces, gdyż na przestrzeni lat obowiązujący system podlegał reformom, które były odpowiedzią na stale zmieniające się różne czynniki. Początkowo występował model Siemaszki charakteryzujący się całkowitą odpowiedzialnością państwa za finansowanie opieki z jego budżetu, jednakże wejście w 1999 roku Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym spowodowało jego przemianę (Urbaniak, 2019, s. 75). Tego samego zdania jest Ewelina Rabiej (2017, s. 125–127), która podkreśla, że wydarzenie to wprowadziło obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne dla wszystkich obywateli, co sprawiło, iż dotychczasowy charakter modelu ochrony zdrowia zmienił się na ubezpieczeniowy. Dalsza reforma systemu kształtowała się dzięki wejściu w życie kolejnego aktu prawnego – Ustawy z 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym

Funduszu Zdrowia (2003). Została ona jednak uznana przez Trybunał Konstytucyjny, w wyroku z 7 stycznia 2004 roku, sygn. akt K 14/03, za niekonstytucyjną, czego konsekwencją było uchwalenie przez Sejm kolejnej Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (2004). Wprowadziła ona nowe rozwiązania w tym obszarze, regulując szerszy zakres niż uprzednie akty. Była już wielokrotnie nowelizowana, jednakże z uwzględnieniem zmian stale obowiązuje w Polsce, określając w swej treści szczegółowe zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (Pietraszewska-Macheta, Sidorko, Urban, Kowalska-Mańkowska, Świerczek, 2023, s. 41). Jest ona obecnie jednym z najważniejszych aktów normujących te kwestie, na skutek którego model ubezpieczeniowy ewoluował do modelu mieszanego, w którym finansowanie ma charakter ubezpieczeniowo-budżetowy (Bromber i in., 2020, s. 14).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej określa, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia (Konstytucja RP, 1997, art. 68). Oznacza to, iż świadczenia zapewniane przez państwo w równym stopniu powinny być dostępne dla obywateli, bez względu na ich sytuację życiową oraz materialną. Ponadto artykuł ten jasno wskazuje, że szczegółowe warunki i zakres udzielania świadczeń, jak również sposób gromadzenia i wydatkowania środków publicznych, zgodnie z art. 216 ustawy zasadniczej, określa ustawa. Podstawy prawne obowiązującego w Polsce systemu znajdują się przede wszystkim w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej u.s.o.z.), ale także w innych aktach prawnych w zakresie ochrony zdrowia (Bromber i in., 2020, s. 13–14).

Krajowy system ochrony zdrowia obejmuje swym zakresem podmiotowym różnych uczestników, dzieląc ich na:

- organizatora systemu (parlament, rząd, jednostki samorządu terytorialnego),
- płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia, budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego),
- świadczeniodawcę,
- świadczeniobiorcę (Bromber i in., 2020, s. 15).

Można wśród nich wyróżnić tych o charakterze czynnym oraz biernym. Do pierwszej grupy należą podmioty w różnym stopniu korzystające z publiczno-prawnych źródeł finansowania omawianego systemu, co zależy od ich kompetencji i sprawowanych funkcji. Zalicza się do nich m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty wykonujące działalność leczniczą określane inaczej mianem świadczeniodawców, organy administracji rządowej oraz jednostki samorządu terytorialnego (Lenio, 2018a, s. 141). Do podmiotów biernych, zgodnie z art. 2 ust. 1 u.s.o.z. szczegółowo określającym katalog osób upoważnionych do korzystania ze świadczeń

w zakresie opieki zdrowotnej, zalicza się natomiast świadczeniobiorców, a są nimi głównie osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym (Pietraszewska-Macheta i in., 2023, s. 53–54).

System opieki zdrowotnej powinien mieć odpowiednio dostosowany sposób finansowania, aby można było mówić o jego prawidłowym funkcjonowaniu. W przypadku polskiego modelu ochrony zdrowia wyróżnia się kilka źródeł, z których pochodzą środki przeznaczone na wydatki w tym zakresie, a ich zasadniczy podział obejmuje źródła publiczne i prywatne (Opolski, Zuber, 2021, s. 53).

Opublikowane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego Obwieszczenia w sprawie Narodowych Rachunków Zdrowia za lata 2018–2022 ujmują wydatki przeznaczane na ochronę zdrowia i zapewniają porównywalność zgromadzonych danych. Pozwala to na przeanalizowanie ponoszonych w Polsce nakładów na zdrowie. Analizując tabelę 2, na przestrzeni lat można zaobserwować stały wzrost wydatków przeznaczonych na cele zdrowotne. Dominującą rolę w finansowaniu omawianego sektora odgrywają wydatki publiczne, niemniej jednak fundusze prywatne stanowią istotne uzupełnienie systemu ochrony zdrowia.

Tabela 2. Wydatki na finansowanie ochrony zdrowia w Polsce w latach 2018–2022

Rok	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia ogółem (w mln zł)	Wydatki publiczne (w mln zł)	Wydatki prywatne (w mln zł)
2022	196 205,1	144 639,4	51 565,7
2021	169 418,4	122 767,2	46 651,3
2020	151 873,5	109 752,7	42 120,8
2019	147 838,5	106 113,9	41 724,6
2018	134 244,4	95 977,1	38 267,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny (2020–2024).

Według Moniki Urbaniak (2019, s. 76–78) główną jednostką sektora finansów publicznych, która jest odpowiedzialna za organizację i finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zarządzający funkcjonowaniem systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres jego działania określa szczegółowo art. 97 u.ś.o.z., a jako główne zadanie uznaje się zapewnienie osobom ubezpieczonym możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, co zostało potwierdzone w rozważaniach Kamili Garbarczyk (2021, s. 58) o tym, iż NFZ finansuje m.in. podstawową opiekę zdrowotną w Polsce. Świadczenia te, zgodnie z art. 132 ust. 1 u.ś.o.z., są udzielane na podstawie zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a omawianą jednostką organizacyjną umowy, mającej charakter umowy wzajemnej, odpłatnej i dwustronnie zobowiązującej (Pietraszewska-

-Macheta i in., 2023, s. 1031–1033). Budżet umożliwiający realizację powyższych umów pochodzi z przychodów NFZ z tytułu pobieranych od obywateli składek na ubezpieczenie zdrowotne za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Aby ustalić wysokość składki zdrowotnej, należy uwzględnić przede wszystkim jej stawkę i podstawę wymiaru, gdyż to, ile jest osób pracujących w skali kraju, jaka jest wielkość otrzymywanych przez nich wynagrodzeń oraz do jakiej kategorii ubezpieczeniowej należy dana osoba, warunkuje kwotę, względem której zostanie naliczona danina (Pietraszewska-Macheta i in., 2023, s. 768). W myśl art. 79 u.s.o.z. owa stawka wynosi 9% podstawy jej wymiaru i jest ona miesięczna i niepodzielna. Składka ta pozwala na realizację ogólnych zadań państwa w zakresie ochrony zdrowia (Moś, 2022, s. 183) i ma kluczowy wpływ na wysokość budżetu NFZ. Jako główna forma pozyskiwania środków wskazuje ona na dominację w Polsce modelu o charakterze ubezpieczeniowym.

Zważywszy na to, iż obowiązuje system mieszany, jako kolejne źródła finansowania świadczeń zdrowotnych można wskazać środki pochodzące z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego, które są corocznie uchwalane i stanowią podstawę działania publicznej służby zdrowia (Feret, 2020, s. 16). Wydatki jednostek samorządu terytorialnego należy rozpatrywać ze względu na ich rodzaje, wśród których wyróżnia się: możliwość tworzenia i prowadzenia podmiotów leczniczych, co wiąże się z wydatkami w razie zaistnienia ustawowo wymienionych przesłanek, a zalicza się do nich m.in. powstanie straty netto, jak również przekształcenia zakładu; wydatki na finansowanie działalności realizowanej przez podmioty lecznicze w prawnej formie dotacji lub na podstawie umowy na realizację ustawowo wskazanych zadań podejmowanych w ramach wypełniania celów polityki zdrowotnej (Lenio, 2018a, s. 333–388). Do wydatków finansowanych z budżetu państwa należą, podobnie jak w przypadku jednostek samorządu terytorialnego, te związane z tworzeniem i prowadzeniem podmiotów leczniczych, a także przeznaczone na finansowanie ratownictwa medycznego oraz świadczeń zdrowotnych (Urbaniak, 2019, s. 92). Takie sposoby finansowania potwierdzają funkcjonowanie modelu o mieszanym charakterze, gdyż biorąc pod uwagę wydatki dokonywane z budżetów, nie można go jednoznacznie określić jako ubezpieczeniowego.

Nawiązując do danych przedstawionych w tabeli 2, można stwierdzić, że wydatki prywatne stanowią mniejszość w skali ogółu, jednakże ich istnienie pozwala na zapewnienie skuteczniejszego poziomu otrzymywanej opieki zdrowotnej. Źródła prywatne to przede wszystkim bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych,

pracodawców, prywatnych firm ubezpieczeniowych, a także innych podmiotów, które nie należą do sektora finansów publicznych (Opolski, Zuber, 2021, s. 53). Istotną część tej grupy stanowią grupowe ubezpieczenia zdrowotne, których finansowanie lub współfinansowanie należy do kompetencji pracodawców. Jest to ich dobrowolna inicjatywa, stanowiąca element wynagradzania pracowników, która dzięki zapewnieniu dostępu do prywatnych usług zdrowotnych, bez konieczności długiego oczekiwania w kolejce, staje się atrakcyjnym benefitem. Wśród tych wydatków można także wyróżnić system ubezpieczeń prywatnych charakteryzujący się szerszym zakresem oferowanych świadczeń oraz większą dostępnością, co sprawia, że w obliczu ograniczonego pokrycia zapotrzebowania pacjentów przez system ubezpieczeń powszechnych forma ta zyskuje popularność wśród obywateli (Urbaniak, 2019, s. 85–95). Na uwagę w omawianej grupie zasługują także płatności typu out-of-pocket, określane inaczej jako bezpośrednie, ze względu na to, iż pacjenci samodzielnie ponoszą nakłady finansowe, aby zniwelować problem ograniczonej dostępności do publicznych usług zdrowotnych, a wśród nich można wymienić m.in.: dopłaty do leków, opłaty za wizyty prywatne, a także płatną diagnostykę medyczną (Owczarczyk, Adamiak, 2023, s. 30). Wydatki te stanowią uzupełnienie wydatków publicznych, dzięki którym wzrasta efektywność sektora zdrowotnego.

Ostatnim ze źródeł, o których należy wspomnieć, są środki europejskie. Stanowią one jedyne zagraniczne nakłady finansujące ochronę zdrowia nie tylko w Polsce, ale także w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej. Nie gwarantują stabilności finansowej kraju, ale są realizowane w celu wsparcia działania państwa poprzez różnorodne programy. W przypadku Polski można wymienić regionalne programy operacyjne przeznaczone dla określonych województw, aby każdy rejon mógł otrzymać wsparcie finansowe na jego rozwój, oraz ogólnopolskie programy operacyjne (Lenio, 2018a, s. 423–428). Obecnie najważniejszymi z nich są: Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) oraz Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko (FEnIKS), które zostały opracowane w ramach perspektywy finansowej na lata 2021–2027. Uwzględniają one w swych założeniach wiele działań obejmujących także wsparcie systemu ochrony zdrowia (Ministerstwo Zdrowia, 2025). Fundusze te pozwalają na rozwój sektora ochrony zdrowia, co przekłada się na jego unowocześnienie i wydajność.

Reasumując przeprowadzone rozważania, należy podkreślić, iż źródła finansowania systemu ochrony zdrowia odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu jego skuteczności. Wydatki w Polsce przeznaczane na ten cel stopniowo wzrastają, co

wskazuje na chęć dążenia do osiągnięcia standardów wyznaczanych przez bardziej rozwinięte państwa Unii Europejskiej. Zbliżenie się do średniego poziomu unijnego pozwoliłoby bowiem na coraz wyższą jakość świadczonych względem obywateli usług zdrowotnych, jednakże ograniczony wzrost nakładów finansowych uwydatnia trudność w osiągnięciu owych standardów.

3. Metodyka

Celem podjętych badań, które zaprezentowano w niniejszym artykule naukowym, jest analiza oraz ocena poziomu, struktury oraz dynamiki wydatków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia w Polsce i innych państwach członkowskich Unii Europejskiej. Zakres przedmiotowy badań obejmuje poziom wydatków przeznaczonych na opiekę zdrowotną w krajach członkowskich Unii Europejskiej (w % PKB oraz per capita), strukturę owych wydatków według klasyfikacji COFOG oraz dynamikę ich zmian, a także wybrane wskaźniki efektów zdrowotnych. Analizą objęto wszystkie 27 państw należących do Wspólnoty Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem Polski, by przedstawić i dokonać porównania określonych danych dotyczących ochrony zdrowia we wskazanych krajach. Ze względu na dostępność danych statystycznych okres badawczy dotyczy lat 2014–2023, co pozwoli na zidentyfikowanie zmian w sektorze ochrony zdrowia w długoterminowym okresie i analizę długookresowych trendów. Zakres terytorialny przeprowadzonych badań obejmuje ogół krajów będących członkami Unii Europejskiej, które zostały uwzględnione w analizie.

Metodyka badań została podporządkowana realizacji celu oraz próbie uzyskania odpowiedzi na następujące pytanie badawcze: czy wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce znacząco różnią się od analogicznych wydatków w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej? Główna metoda badawcza, która została wykorzystana w artykule, to metoda ilościowa polegająca na zebraniu określonych wtórnych danych liczbowych. Na tej podstawie dokonano analizy porównawczej dotyczącej ustalenia, jak Polska wypada na tle innych państw należących do Unii Europejskiej. W opracowaniu materiału empirycznego zastosowano proste metody statystyki opisowej. Badania przeprowadzono na podstawie danych statystycznych, które zostały opublikowane przez urząd statystyczny Unii Europejskiej – Eurostat (Główny Urząd Statystyczny, 2025). W wyniku ich zestawienia zostały dokonane analizy w zakresie badanych zmiennych, takie jak struktura wydatków publicznych zgodnie z klasyfikacją COFOG w poszczególnych krajach członkowskich za lata wskazane w zakresie czasowym. Ponadto dzięki

analizie statystycznej, a konkretnie wykorzystaniu wzoru na dynamikę zmian, możliwa stała się ocena tempa zwiększania wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. Obserwacje zostały zaprezentowane głównie w postaci wykresów liniowych i kolumnowych, a badania pogłębiono poprzez wizualizację analizowanych danych w przestrzeni geograficznej za pomocą map tematycznych oraz analizę tego, czy wydatki przeznaczone na sektor zdrowotny wpływają na inne wskaźniki. Badania zrealizowano z wykorzystaniem narzędzi Excel oraz Power BI.

4. Analiza systemów finansowania ochrony zdrowia w Polsce i innych państwach członkowskich Unii Europejskiej – wyniki badań

4.1. Analiza struktury wydatków publicznych

Wydatki publiczne poszczególnych krajów należących do Wspólnoty Europejskiej można uznać za jeden z podstawowych wskaźników, który umożliwi poznanie priorytetów w realizacji przez nie różnorodnych zadań publicznych oraz poziomu zaangażowania tych państw w finansowanie ochrony zdrowia.

Poziom wydatków publicznych ogółem, ponoszonych przez kraje Unii Europejskiej w latach 2014–2023, przedstawiono w załączniku A jako ich relację do PKB. Dane te ukazały, że udział tych wydatków we wszystkich państwach w 2014 roku ukształtował się na poziomie 49,2% PKB, a w latach 2015–2019 odnotowano coroczny spadek tego wskaźnika. Odwrócenie trendu spadkowego nastąpiło w 2020 roku, kiedy to wydatki publiczne – najprawdopodobniej pod wpływem pandemii COVID-19 – wzrosły do poziomu 52,9% PKB. Porównanie tego przełomowego roku w zakresie wydatkowanych środków na cele publiczne z poprzednim, czyli 2019, pozwala na zaobserwowanie, iż wzrost ten został odnotowany w przypadku wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej. Wśród nich najwyższy poziom ogółu wydatków w relacji do PKB w 2020 roku odnotowano dla Francji – 61,7%, a następnie kolejno dla Grecji, Belgii, Austrii oraz Włoch, natomiast najniższy i znacznie odbiegający od reszty państw dla Irlandii – 26,7%. Polska w roku zauważalnego wzrostu omawianego wskaźnika odnotowała go na poziomie 47,7% PKB, ponadto należy zauważyć, że w każdym z omawianych lat wartości wskazane w załączniku dla tego kraju znajdują się poniżej średniej wskazanej dla ogółu członków Wspólnoty. W latach 2021–2023 w państwach członkowskich obserwuje się różne tendencje udziałów omawianych wydatków, w przy-

padku niektórych państw wskaźnik ten wzrasta, dla większości jednak ponownie spada, co potwierdzają analizowane dane w zbiorczym ujęciu, gdyż biorąc pod uwagę średnią unijną, zauważalny jest w tym okresie stopniowy spadek poziomu wydatków w skali Unii Europejskiej.

Wydatki ponoszone na sektor zdrowotny mają wpływ na dostępność usług medycznych, jak również ich efektywność i jakość. Właściwą metodą do pokazania różnic w kształtowaniu się wydatków publicznych w poszczególnych państwach członkowskich Unii Europejskiej jest analiza porównawcza dokonana na podstawie danych statystycznych opublikowanych przez Eurostat. Badanie zostało przeprowadzone na podstawie klasyfikacji funkcji rządu, inaczej zwanej COFOG, dzielącej wydatki budżetowe na 10 najważniejszych kategorii, do których zaliczono: działalność ogólnopaństwową; obronę narodową; bezpieczeństwo i porządek publiczny; sprawy gospodarcze; ochronę środowiska; gospodarkę mieszkaniową i komunalną; zdrowie; rekreację, kulturę i religię; edukację oraz ochronę socjalną (Komisja Europejska, Eurostat, 2019, s. 36–37). Ta klasyfikacja, o charakterze funkcjonalnym (Postuła, Kawarska, 2020, s. 119), pozwala na porównanie, jak kraje Unii Europejskiej działają w ramach własnych polityk publicznych i stanowi ona standard w prezentacji struktury ich wydatków w tym zakresie (Sabat, 2023, s. 73–74).

Załącznik B ukazuje strukturę wydatków publicznych według funkcji COFOG przeznaczonych w 2014 roku na sektor publiczny. Analogiczne dane dla 2023 roku zostały z kolei uwzględnione w załączniku C. Analizując średnią wysokość ponoszonych wydatków w relacji do PKB, w 2014 roku wśród państw europejskich można zauważyć, że największe z nich były przeznaczone na następujące funkcje: ochronę socjalną – 19,8%, zdrowie – 7,1% oraz usługi publiczne o charakterze ogólnym – 6,8%; z kolei najniższe na gospodarkę mieszkaniową i komunalną – 0,6%, ochronę środowiska – 0,8% oraz obronność – 1,1%. Dla porównania w 2023 roku największe wydatki ponownie zaobserwowano dla ochrony socjalnej – 19,2% oraz zdrowia, w przypadku którego odnotowano wzrost do poziomu 7,3%. Należy jednakże podkreślić, że w stosunku do wszystkich funkcji odnotowano zarówno zmiany spadkowe, jak i wzrostowe w poziomie wydatkowanych środków. Zwiększenie nastąpiło dla takich funkcji, jak: zdrowie, sprawy gospodarcze, obrona narodowa, a także gospodarka mieszkaniowa i komunalna, dla pozostałych natomiast odnotowano zmniejszenie, co może świadczyć o redefinicji priorytetów w poziomie wydatków publicznych. W odniesieniu do poszczególnych krajów zauważalne jest, iż poziom ich wydatków na określone funkcje jest zróżnicowany. W dalszej części badań uwaga zostanie skierowana na sektor zdrowotny.

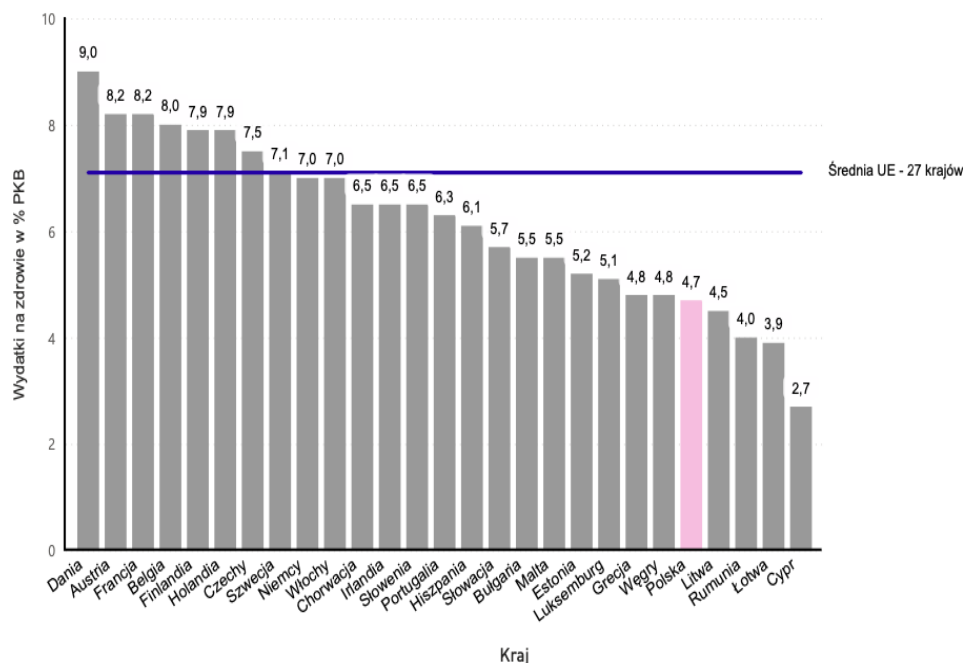
4.2. Analiza poziomu wydatków publicznych na ochronę zdrowia

Wydatki publiczne przeznaczane na ochronę zdrowia służą jako wskaźnik, dzięki któremu możliwe jest dokonanie oceny, w jakim stopniu poszczególne państwa są zaangażowane w finansowanie tego sektora, gdyż to, jaką dany kraj prowadzi politykę społeczno-gospodarczą, warunkuje sposoby finansowania oraz wysokość nakładów ponoszonych na ten cel. Wielkość omawianych wydatków, a także tempo oraz dynamika ich zmian są w dużej mierze determinowane przez PKB, który, jako miara będąca wyznacznikiem ekonomicznej kondycji kraju, ukazuje, jak przebiega jego rozwój gospodarczy. Biorąc pod uwagę te rozważania, na rysunkach 1 oraz 2 szczegółowej analizie poddano wszystkie państwa należące obecnie do Unii Europejskiej, a także udział ich wydatków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia w relacji do PKB.

Rysunek 1 dotyczy pierwszego omawianego roku, czyli 2014. Na uwagę zasługuje ukazana na nim pozioma granatowa linia obrazująca średni poziom wydatków na zdrowie wśród badanych krajów wynoszący 7,1% PKB. Spośród wszystkich państw członkowskich w przypadku 7 z nich poziom wydatkowanych środków finansowych, które zostały asygnowane na ochronę zdrowia, przewyższył średni poziom odnotowany dla 27 państw Unii Europejskiej. W czołówce znalazły się takie kraje, jak: Dania, Austria oraz Francja, natomiast w tym samym czasie najniższy udział wydatków w stosunku do PKB, którego wielkość znacznie odbiega od pozostałych, odnotowano dla Cypru. W Danii system opieki zdrowotnej jest finansowany z podatków, co oznacza, iż obowiązuje w tym kraju model Beveridge'a. Kolejne państwa o wysokim udziale wydatków, czyli Austria i Francja, charakteryzują się natomiast istnieniem obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych wskazujących na model Bismarcka, na Cyprze z kolei funkcjonuje mieszany system ochrony zdrowia łączący system prywatny z publicznym. Polska, w której ochrona zdrowia opiera się na systemie ubezpieczeniowym, zajęła w tym roku piąte miejsce od końca i zgodnie z danymi kraj ten przeznaczył na omawiany sektor publiczny jedynie 4,7% PKB, znajdując się tym samym poniżej średniej unijnej z jednym z niższych wyników.

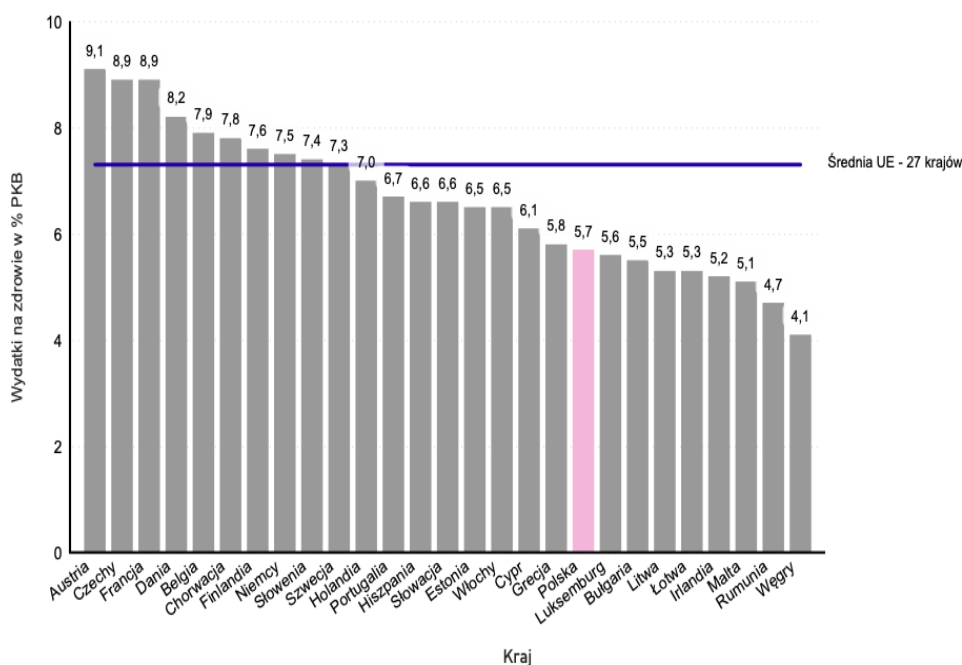
Dane za 2023 rok, czyli najpóźniejszy z analizowanych okresów, przedstawiono w analogiczny sposób na rysunku 2. Zaobserwowano wzrost średniej unijnej o 0,2 p.p. oraz różnice pomiędzy poszczególnymi krajami w zakresie wydatkowanych środków, nierzadko o tendencji wzrostowej. Najwyższe wskaźniki świadczące o relatywnie wysokim stopniu finansowania ochrony zdrowotnej z funduszy publicznych, podobnie jak w 2014 roku, odnotowano dla dwóch z wymie-

nionych już krajów. W 2023 roku największy udział był bowiem w Austrii, Czechach i Francji, odpowiednio 9,1%, 8,9%, 8,9%, a ostatnie miejsce zajęły Węgry z poziomem 4,1% PKB. W czołówce znalazły się w tym roku kraje z funkcjonującymi ubezpieczeniowymi modelami ochrony zdrowia, a system opieki zdrowotnej na Węgrzech, zajmujących najniższą pozycję, opiera się również na modelu Bismarcka z elementami finansowania z podatków. Porównując polskie wydatki w tym zakresie, w 2014 oraz 2023 roku zauważalna jest poprawa, gdyż nastąpił wzrost o 1 p.p. skutkujący „przesunięciem” na 9. pozycję od końca. Należy jednak podkreślić, że wskazany udział wydatków w Polsce niezmiennie znajduje się poniżej średniej unijnej i mimo zauważalnego, lecz stopniowego zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia nadal widoczne są różnice w stosunku do krajów bardziej rozwiniętych.



Rysunek 1. Udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB w krajach UE w 2014 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (2014–2023).

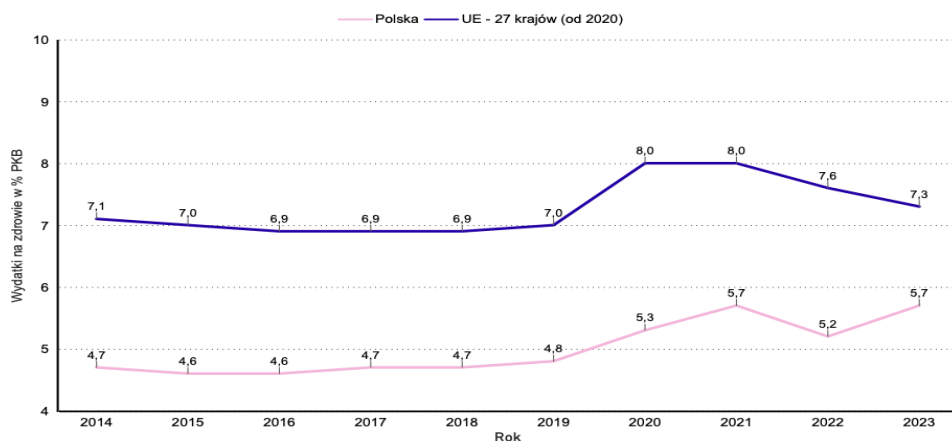


Rysunek 2. Udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB w krajach UE w 2023 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (2014–2023).

Kontynuując analizę, na rysunku 3 zaprezentowano udział publicznych wydatków na ochronę zdrowia (jako % PKB) w Polsce na tle średniej dla krajów Unii Europejskiej. Analizie poddano okres dziesięciu lat, w czasie którego zauważalny jest stopniowy wzrost tych udziałów. W najwcześniejszym z omawianych lat w Polsce udział odnotowano na poziomie 4,7% PKB, natomiast średnia dla krajów UE-27 wynosiła 7,1%, z kolei dla 2023 roku były to odpowiednio wartości: 5,7%, 7,3%. Badanie wykazało, że na przestrzeni analizowanych lat Polska corocznie wykazuje zauważalną różnicę w poziomie finansowania sektora zdrowotnego względem średniej dla ogółu państw unijnych. W latach 2015–2019 dla Polski zaobserwowano stopniową tendencję wzrostową w poziomie wydatków, jednakże jest ona na dosyć niskim poziomie, ponieważ zazwyczaj różnica ta wynosi zaledwie 0,1 p.p. Rok 2020 jest uznawany w związku z tym za przełomowy, gdyż zarówno dla Polski, jak i w przypadku średniej unijnej odnotowano skokowy wzrost wydatków względem lat poprzednich. Dla krajów UE-27 była to wartość 8%, która utrzymywała się na stałym poziomie w roku kolejnym, a od 2021 roku zauważalna jest tendencja spadkowa. Natomiast polskie wydatki w stosunku do 2019 roku wzrastały kolejno o 0,5 i 0,4 p.p. i w 2021 roku osiągnęły wskaźnik

5,7%. Rok kolejny ukazał spadek ponoszonych wydatków na cele zdrowotne, jednakże w ostatnim z omawianych lat wróciły one do poziomu z 2021 roku, przyjmując najwyższą wśród odnotowanych dla tego państwa we wskazanym okresie wartości – 5,7% PKB.



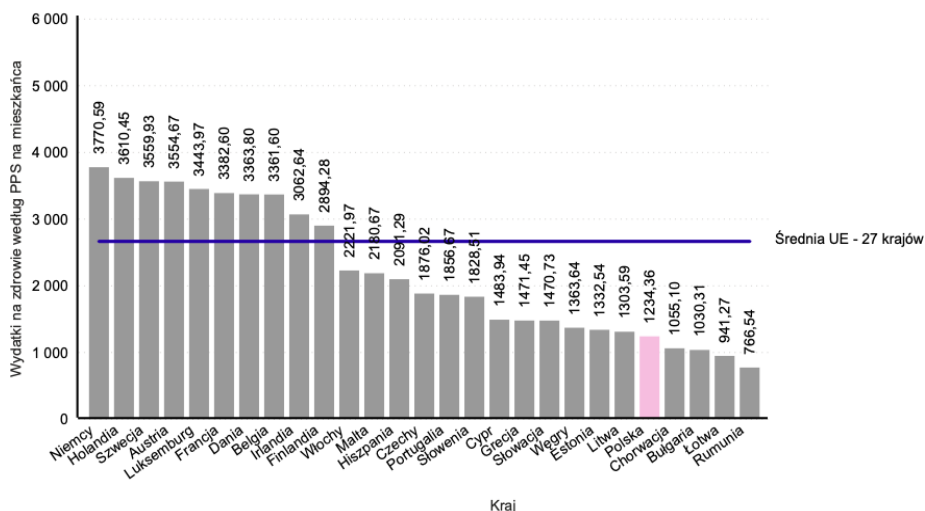
Rysunek 3. Udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB w latach 2014–2023

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (2014–2023).

Aby dokładnie określić pozycję Polski na tle pozostałych krajów UE, analizę publicznych nakładów na zdrowie (w relacji do PKB) rozszerzono o badanie wieloletnich zmian w całkowitych wydatkach wyrażonych w standardzie siły nabywczej (PPS) na mieszkańca. Na rysunku 4 przedstawiono, iż poziom wydatków na osobę w 2014 roku wahał się od 766,54 euro (Rumunia) do 3770,59 euro (Niemcy). Wartości powyżej średniej unijnej odnotowano w tym roku łącznie w dziesięciu państwach – w grupie tej zabrakło jednak Polski. Na tle sąsiadów kraj ten charakteryzuje się jednymi z najniższych wydatków na omawiany sektor – wyniosły one 1234,36 euro. W porównaniu z liderem grupy różnica ta wynosi aż 2536,23 euro.

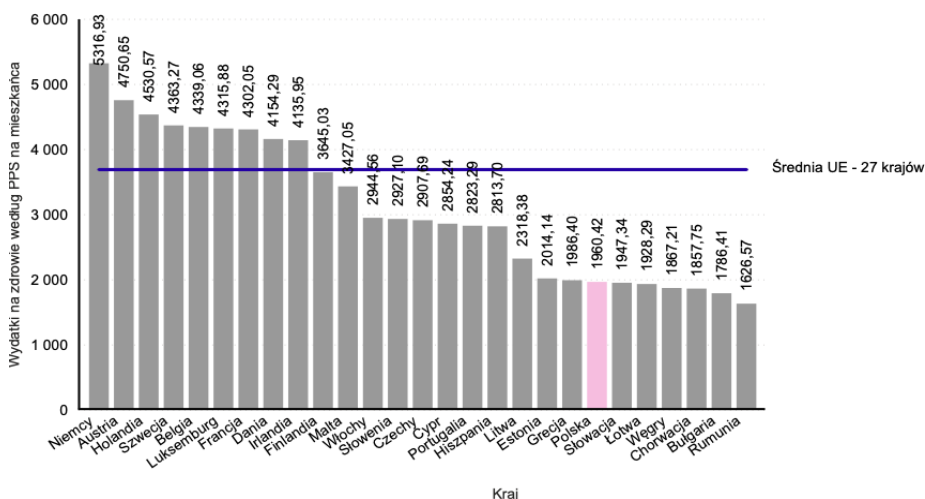
Na przestrzeni 9 lat zaobserwowano, że kraje odnotowały wzrost omawianego wskaźnika, a rysunek 5, z uwagi na dostępność danych, prezentuje szczegóły w odniesieniu do 2022 roku. Najwyższy poziom wydatków odnotowano w Niemczech, Austrii oraz Holandii, natomiast na ostatniej pozycji niezmiennie znajdowała się Rumunia. Dla Polski również nastąpiło zwiększenie tej wartości do 1960,42 euro, która w porównaniu z 2014 rokiem wzrosła o 726,06 euro. Aby uzyskać szerszy obraz sytuacji, warto zauważyć, że w analizowanych latach różnica dla Niemiec wyniosła 1546,34 euro. Oznacza to, że u lidera grupy nastąpił

ponad dwukrotny wzrost wskaźnika w porównaniu z Polską. Co istotne, Polska w dalszym ciągu znajduje się poniżej średniej dla 27 państw członkowskich i pomimo poprawy w wielkości swych wydatków nadal znacząco odbiega od członków Wspólnoty Europejskiej z bardziej rozwiniętymi systemami ochrony zdrowia.



Rysunek 4. Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w euro na mieszkańca według PPS w krajach UE w 2014 roku

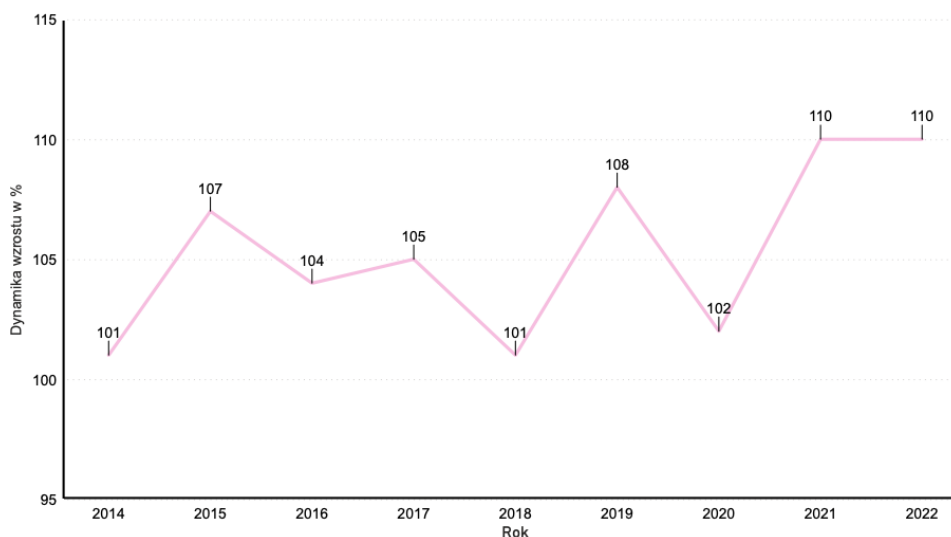
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (2014–2022).



Rysunek 5. Całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w euro na mieszkańca według PPS w krajach UE w 2022 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (2014–2022).

W badaniu posłużono się także łańcuchowym wskaźnikiem dynamiki, który umożliwił ocenę tempa, w jakim następuje rozwój systemu ochrony zdrowia względem całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną, liczonych według standardu siły nabywczej (PPS) przypadającego na jednego mieszkańca. Na podstawie wzoru dokonano obliczeń dynamiki rok do roku na przestrzeni lat 2014–2022, gdyż za 2023 rok nie zostały jeszcze udostępnione statystyki w tym zakresie. Z danych przedstawionych na rysunku 6 wynika, że w przypadku Polski występowała zmienna dynamika wydatków w badanych latach. Przez wiele lat odnotowywano procentowy wzrost tych wartości, przy czym wyraźne przyspieszenie dynamiki zaobserwowano w 2020 roku wraz z wybuchem pandemii COVID-19, ponieważ w reakcji na nagłą sytuację nastąpiło zwiększenie środków wydatkowanych na ochronę zdrowia. Zmiana ta w porównaniu do 2018 roku wyniosła +7 p.p., lecz już w roku następnym wskaźnik ten spadł. Nie trwało to jednak długo i w 2021 roku ponownie zauważono gwałtowny wzrost dynamiki wynoszący +8 p.p. Analiza wykazała, że w Polsce następuje stopniowe zwiększenie w poziomie wydatków na cele zdrowotne, jednakże zaobserwowane wahania dla tempa wzrostu wskazują na to, iż wzrost ten nie jest stały, a widoczne odchylenia są konsekwencją nagłych odpowiedzi na bieżące sytuacje zachodzące w sektorze zdrowotnym.



Rysunek 6. Dynamika wzrostu całkowitych wydatków na zdrowie według PPS w Polsce w latach 2014–2022

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (2014–2022).

4.3. Analiza sytuacji zdrowotnej państw członkowskich Unii Europejskiej w latach 2014 i 2023

Ogólny stan zdrowia społeczeństw UE oceniono na podstawie wskaźnika oczekiwanej długości życia w chwili narodzin. Wykorzystanie dostępnych w tym zakresie danych pozwala na zidentyfikowanie poziomu rozwoju systemów zdrowotnych realizowanych przez poszczególne państwa członkowskie Unii Europejskiej.

Załącznik D zawiera informacje dotyczące oczekiwanego przez ogół ludności trwania życia w momencie narodzin. W 2014 roku średnie trwanie życia wśród 27 państw unijnych wyniosło 80,8 lat, a w 2023 roku zaobserwowano wzrost tego wskaźnika o 0,6 roku, do poziomu 81,4 lat. W związku z tym badany 10-letni okres charakteryzuje się stosunkowo niskim poziomem dynamiki.

Celem dokładniejszej prezentacji omawianych danych w odniesieniu do poszczególnych państw stworzono w programie Power BI dwie wizualizacje jako mapy, osobno dla 2014 i 2023 roku. Zgodnie z legendą zastosowano dla obu z nich 4 zakresy dotyczące ukazanych w latach wartości oczekiwanego trwania życia. Przedziały te na mapie przyjmują różne odcienie koloru fioletowego, najjaśniejszy z nich charakteryzuje najniższy zakres, a każdy kolejny jest ciemniejszy. Przedziały te prezentują się następująco:

- $\geq 74-77$,
- $\geq 77-80$,
- $\geq 80-83$,
- $\geq 83-86$.

Załącznik E szczegółowej analizie poddaje sytuację zdrowotną ze względu na wskaźnik trwania życia dla 2014 roku. Zgodnie z mapą najdłuższe oczekiwane trwanie życia w momencie narodzin zostało odnotowane dla Hiszpanii oraz Włoch, dla których wskaźnik ten wyniósł powyżej 83 lat. Zdecydowana większość spośród krajów Europy Środkowej i Wschodniej charakteryzowała się niższym oczekiwanym trwaniem życia, które mieściło się w dwóch najniższych przedziałach. Różnica ta mogła wynikać z niższych nakładów przeznaczanych na systemy ochrony zdrowia oraz gorszej sytuacji zdrowotnej w tych państwach.

Analogicznie mapa dla 2023 roku została zobrazowana za pomocą załącznika F. Wstępna analiza wskazuje zauważalną poprawę w kilku krajach, które przesunęły się do wyższego przedziału. Zwiększyła się liczba państw, w których czas trwania życia przekroczył 83 lata, co może świadczyć o rozwoju sektora zdrowotnego przekładającego się na poprawę stanu zdrowia obywateli i ich dłuższe życie. Pomimo iż dla większości krajów nastąpiło podwyższenie się tego wskaźnika, to

jednak dynamika zmian nie była na tyle duża, by zakwalifikowały się do kolejnych przedziałów. Podobnie jak w 2014 roku, widoczna jest dysproporcja między członkami unijnym z Europy Środkowo-Wschodniej a krajami zachodnioeuropejskimi, które w większości zostały przyporządkowane do wyższych zakresów.

Polska znalazła się w grupie państw o niższym wskaźniku trwania życia. W 2014 roku wyniósł on 77,8 lat, co uplasowało ją w drugim najniższym przedziale, tj. ≥ 77 –80. Wśród sąsiadów wynik ten może być uznawany za umiarkowany, ale znacznie odbiegający od państw Europy Zachodniej. W 2023 roku oczekiwana długość życia wyniosła 78,4 lat (o 0,6 więcej niż w 2014 roku). Pomimo poprawy Polska w dalszym ciągu znajduje się w tym samym przedziale i mimo tendencji wzrostowej zmiana na przestrzeni 10 lat jest relatywnie niewielka. Nastąpiło bowiem przesunięcie w kierunku górnej granicy zakresu, jednakże postęp ten nie pozwolił na przekroczenie progu 80 lat, pokazując tym samym, że Polska niezmiennie znajduje się poniżej średniej unijnej.

5. Dyskusja

Problematyka wydatków publicznych na ochronę zdrowia jest przedmiotem różnych publikacji. Mając na uwadze, że dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej jest jedną z fundamentalnych potrzeb obywateli państw, a wystarczające nakłady przeznaczane na sektor zdrowotny skutkują zapewnieniem dostępności oraz wysokiej jakości usług, to dużą rolę odgrywa poziom asygnowanych publicznych środków finansowych. Wielkość wydatków przeznaczonych na sektor zdrowotny przekłada się bowiem na stopień wydolności systemu zdrowotnego w każdym państwie (Strzelecka, 2023, s. 153). Z kolei Rabiej podkreśla, że poprawa stanu zdrowia ludności nie jest przede wszystkim efektem wybranego modelu ochrony zdrowia, lecz kluczowe jest zapewnienie przez państwo odpowiedniej wielkości środków finansowych przeznaczanych na ten cel (Rabiej, 2017, s. 138–139). Wydatki na ochronę zdrowia oraz zależności, jakie w tym zakresie obserwuje się między Polską a innymi państwami będącymi członkami Unii Europejskiej, poddawano analizom, których wyniki omówiono w kilku artykułach.

Smołkowska dokonała w swym artykule porównania międzynarodowego w zakresie kosztów ponoszonych przez kraje Unii Europejskiej. Autorka wskazała, że struktura wydatków ze względu na funkcje rządowe była w 2014 roku podobna dla wszystkich członków Wspólnoty Europejskiej, a oprócz wysokiego udziału wydatków na ochronę socjalną we wszystkich państwach dużą rolę odegrało także finansowanie opieki zdrowotnej. Analizą objęła również zagadnienia

dotyczące udziału wydatków na zdrowie w relacji do PKB w latach 2004–2014, które dla Polski uznała za niskie na tle reszty państw objętych badaniami oraz zinterpretowała dokonaną analizę jako potwierdzenie faktu, że polski system ochrony zdrowia charakteryzuje się niedofinansowaniem, gdyż istnieje korelacja pomiędzy poziomem rozwoju danego kraju a wysokością wydatków przeznaczanych na dany cel (Smołkowska, 2016, s. 127–149). Korespondują z tym wyniki badań przedstawione w niniejszym artykule, ponieważ analiza wydatków na ochronę zdrowotną po 2014 roku również wykazała rozbieżności pomiędzy poziomem nakładów Polski w stosunku do innych państw europejskich.

Kwestie zdrowotnych wydatków publicznych podniosła w swych badaniach również Strzelecka, która przeprowadziła je w odniesieniu do lat 2013–2020. Analiza wykazała, że Polska na tle innych krajów nie wypada najlepiej, gdyż nie traktuje priorytetowo ochrony zdrowia, co przełożyło się na niskie tempo wzrostu ponoszonych nakładów. W efekcie dla Polski nie następuje wystarczająco szybka poprawa różnych wskaźników zdrowotnych, a ze względu na fakt, iż finansowanie opieki zdrowotnej pochodzi głównie ze źródeł publicznych, to nie zauważa się znaczącego polepszenia sprawności funkcjonowania systemu zdrowotnego (Strzelecka, 2023, s. 146–157).

W badaniach przeprowadzonych przez Guziejewską zinterpretowano analizę udziału wydatków publicznych w odniesieniu do okresu przed pandemią COVID-19 i po niej. Rok 2020 jest uznawany na tej podstawie za przełomowy, gdyż odnotowano w tym czasie znaczący wzrost wydatków publicznych w porównaniu z latami poprzednimi. Na skutek niespodziewanego kryzysu zostały przeorganizowane priorytety polityki wydatkowej państw, przez co zwiększenie poziomu wydatków zaobserwowano dla sektora zdrowotnego. Największe znaczenie dla Polski w tym roku oraz w latach następnych miało kilka czynników wpływających na przyszłą politykę kształtowania wydatków zdrowotnych, wśród których wymienia się: konsekwencje epidemii, dług zdrowotny oraz problem starzejącego się społeczeństwa (Guziejewska, 2023, s. 147–157). Państwa członkowskie na przestrzeni lat pokazały, że potrafią reagować na zachodzące niespodziewane okoliczności, niestety okres wybuchu koronawirusa uwypuklił różnice w prędkości, w jakiej się dostosowują do owych zmian (Orłowska, Pawłowska, Rösler, 2021, s. 68–69). To historyczne wydarzenie ukazało także stopień nierówności między członkami unijnymi, wykazując tym samym znaczącą rolę sektora zdrowotnego. Wśród funkcji, ze względu na klasyfikacje COFOG, wzrost udziału wydatków publicznych odnotowano bowiem w tym okresie m.in. dla zdrowia, co wiązało się z przeciwdziałaniem zaistniałej sytuacji nadzwyczajnej (Franek, 2022, s. 60–63).

Dla oceny funkcjonowania systemów ochrony zdrowia kluczowe znaczenie ma wskaźnik dotyczący oczekiwanego trwania życia, na który oddziałują różne czynniki. Wśród nich wymienia się dostępność, jakość świadczonych usług zdrowotnych, a także wielkość świadczeń, które mogą skutkować jego wydłużeniem warunkującym rozwój gospodarczy kraju (Bojar, 2015, s.19). Przeprowadzone badanie i wizualizacja danych na mapach wskazały na wzrostowy trend tego wskaźnika. W Polsce nastąpiła również pozytywna zmiana, ale dla porównywalnych lat średnie trwanie życia pozostało niższe niż dla większości państw europejskich, wskazując na umiarkowaną poprawę stanu zdrowia ludności tego państwa. Podobne wnioski zaobserwowano w dokonanej analizie tego wskaźnika dla lat 1990–2018, gdyż, jak z niej wynika, przeciętne trwanie życia sukcesywnie wzrastało zarówno dla Polski, jak i krajów Unii Europejskiej (Jóźwik, 2020, s. 149–150). Odmienne przesłanie płynie natomiast z analizy długości życia w Polsce w 2020 roku, dokonane badanie uwypukliło bowiem wpływ sytuacji pandemicznej, w wyniku której po raz pierwszy od dawna odnotowano znaczący spadek trwania życia, gdyż wzrost publicznych nakładów nie był wprost proporcjonalny do zaistniałych potrzeb populacji (Kuropka, Rossa, Wróblewska, Wojtyniak, Śleszyński, 2021, s. 11–26).

Zgodnie z raportami publikowanymi przez OECD Polska zarówno w zakresie wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia, jak i średnie trwanie życia od lat utrzymuje się poniżej średniej unijnej. Znaczną część wydatków na zdrowie stanowią wydatki publiczne, ale biorąc pod uwagę łączne nakłady przeznaczane na ochronę zdrowia w Polsce, to w porównaniu z innymi krajami pozostają one cały czas na niskim poziomie (OECD, 2024, s. 22). Potwierdzają to wyniki badań prezentowane w niniejszym opracowaniu, z których jasno wynika, że na przestrzeni 10 lat następował stopniowy wzrost różnych wskaźników dotyczących sektora zdrowotnego, jednakże Polska ani razu nie zbliżyła się do liderów spośród państw należących do Unii Europejskiej. Ze względu na dynamikę zmian uznaje się, że całkowite wydatki w Polsce przeznaczone na zdrowie stale rosną, jednakże w niewystarczająco szybkim tempie, by równać się z innymi krajami europejskimi (Infarma, 2020, s. 3).

We wszystkich omówionych badaniach podkreśla się, że Polska nie dorównuje średniemu poziomowi unijnemu, a jeśli chodzi konkretnie o nakłady na ochronę zdrowia, to uznaje się, że nie są one traktowane priorytetowo. W konsekwencji od wielu lat kraj ten znajduje się w dolnej części rankingu państw europejskich pod względem analizowanych wydatków (Związek Powiatów Polskich, 2021, s. 4).

Podsumowując, wnioski wynikające z przytoczonych publikacji są zbieżne z wynikami badań, które zostały zaprezentowane w niniejszym artykule. Przeprowadzona analiza koresponduje zatem z rezultatami innych badań przedstawianych w literaturze przedmiotu.

6. Wnioski

System ochrony zdrowia, będący jednym z podstawowych elementów polityki społecznej każdego państwa, z uwagi na stopień rozwinięcia ma bezpośredni wpływ na poziom zdrowia społeczeństwa państw unijnych, jakość życia ludności, a także równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Realizacja tych założeń jest jednak bezpośrednio powiązana z odpowiednim poziomem wydatkowanych środków finansowych na ten cel.

Model ochrony zdrowia warunkuje sposób finansowania opieki zdrowotnej, jednakże nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na poziom wydatków publicznych czy też stan zdrowia społeczeństw unijnych. Z badań wynika, że zarówno państwa z systemem ubezpieczeniowym, jak i podatkowym mogą osiągać dobre wyniki w tych obszarach. Kluczowe są zatem nie tylko finansowe aspekty dotyczące sektora zdrowotnego, ale także inne elementy, np. efektywny sposób zarządzania owym sektorem, odpowiednie dostosowanie się państw do uwarunkowań społecznych oraz gospodarczych, styl życia obywateli i dostępność do świadczeń medycznych. Ze względu na różnice w wymienionych czynnikach kraje o podobnych modelach finansowania ochrony zdrowia osiągają nierzadko odmienne rezultaty, co wskazuje na to, iż historycznie ukształtowany w danym kraju model nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że będzie on osiągał wysokie wyniki zdrowotne.

Badania własne wykazują, że w przypadku państw Unii Europejskiej istnieją różnice w poziomie rozwoju systemów ochrony zdrowia oraz tempie zmian w tym obszarze. Przeprowadzone analizy wykazały, iż Polska cały czas charakteryzuje się relatywnie mniejszym poziomem wydatków publicznych na ochronę zdrowia w relacji do PKB w porównaniu z innymi krajami. Według standardu siły nabywczej (PPS) odnotowano również mniejszą wielkość wydatków na mieszkańca niż poziom średniej unijnej, co może skutkować gorszą dostępnością i jakością usług zdrowotnych.

W odniesieniu do dynamiki zmian, zarówno dla udziału wydatków publicznych wyrażonych w PKB, jak i całkowitych wydatków zdrowotnych przeznaczanych na mieszkańca, zaobserwowano w Unii dodatni trend w tempie wzrostu na-

kładów na zdrowie. Polska w analizowanym dziesięcioletnim okresie również odnotowała przyrosty, jednakże nie były one wystarczające, by zniwelować różnice pomiędzy bardziej rozwiniętymi krajami. Znaczący wzrost nastąpił w okresie pandemii koronawirusa, w trakcie którego przez wszystkie państwa zostały zwiększone nakłady w odpowiedzi na zaistniałą sytuację kryzysową. Tempo wzrostu zaczęło jednak po tym czasie spowalniać, dlatego zmianę tę uznaje się za incydentalną, a nie wynikającą z założonej strategicznej koncepcji wzmacniania sektora zdrowotnego.

Jak zostało to podniesione, istnieje ścisła zbieżność między wielkością wydatkowanych środków finansowych a wskaźnikami zdrowotnymi. Dlatego też w wyniku obserwacji uzyskano potwierdzenie, że państwa, które przeznaczają większe nakłady na ochronę zdrowia, odnotowują lepsze wyniki dotyczące stanu zdrowia społeczeństwa, w tym dłuższego oczekiwanego trwania życia. Polska, na tle innych państw europejskich, nie osiągnęła wystarczająco dużego poziomu wzrostu, by na przestrzeni dekady znaleźć się w wyższym przedziale wiekowym. Pomimo poprawy nadal znajduje się ona poniżej unijnej średniej, co w konsekwencji prowadzi do wniosku, iż nie nastąpiła w tym kraju istotna poprawa stanu zdrowotnego populacji.

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce na przestrzeni lat stale się zwiększa, ale tempo tych zmian jest zbyt wolne, by równać się ze standardami unijnymi. Na przestrzeni lat 2014–2023 nie został znacząco zmniejszony dystans w poziomie ochrony zdrowia względem bardziej rozwiniętych krajów. Wzrost w poziomie wydatków publicznych w ostatnich latach niewątpliwie stał się konsekwencją bieżących problemów i kryzysów, które doprowadziły do konieczności podjęcia nagłych i nieprzewidzianych wcześniej decyzji. Niestety to również nie zniwelowało różnic między Rzeczpospolitą Polską a innymi członkami Wspólnoty Europejskiej.

Na podstawie przeprowadzonych badań może zostać udzielona twierdząca odpowiedź na zadane pytanie badawcze. Wydatki publiczne przekazywane na ochronę zdrowia w Polsce znacząco różnią się od analogicznych wydatków w innych państwach członkowskich należących do Unii Europejskiej. Niedobór środków finansowych wpływa na pogłębienie nierówności w obszarze zdrowia i wskazuje na istnienie problemu, jakim są różnice zdrowotne pomiędzy państwami. By zniwelować je i poprawić jakość ochrony zdrowia, konieczne jest dalsze zwiększenie inwestycji państwa w sektor zdrowotny, które powinny mieć charakter stabilny oraz długofalowy. Takie działanie będzie prowadzić od usprawnienia funkcjonowania tego systemu, zmniejszy dystans względem średniej unijnej oraz przyczyni się do poprawy zdrowia obywateli państwa polskiego.

Niniejszy artykuł podejmuje aktualną tematykę, wnosząc cenny wkład w dyskusję o finansowaniu ochrony zdrowia. Uzyskane wnioski nie wyczerpują jednak zagadnienia, a wartość naukowa może zostać pogłębiona poprzez próbę wskazania przyczynowości zaobserwowanych zjawisk. Stanowi to zatem solidny fundament i potencjalny kierunek dalszych badań w tym zakresie.

Załączniki

Załącznik A. Całkowite wydatki publiczne w relacji do PKB w krajach UE w latach 2014–2023 (w %)

Lata	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kraje	W % PKB									
UE – 27 krajów (od 2020)	49,2	48,3	47,5	47,0	46,7	46,6	52,9	51,1	49,2	49,0
Belgia	55,4	53,9	53,4	52,3	52,5	51,8	58,5	54,9	52,3	53,3
Bułgaria	43,2	40,4	34,8	34,8	37,0	36,4	41,3	41,5	41,3	38,8
Czechy	42,3	41,7	39,4	38,5	40,1	40,4	46,3	45,0	43,0	43,9
Dania	55,1	54,4	52,4	50,6	50,8	49,8	53,3	49,4	44,9	46,8
Niemcy	44,5	44,5	44,7	44,6	44,7	45,6	51,1	50,7	49,0	48,4
Estonia	37,6	39,3	38,9	38,9	38,8	39,1	44,7	42,1	40,0	43,7
Irlandia	36,5	28,0	27,5	25,3	24,8	23,9	26,7	23,5	20,6	22,7
Grecja	51,5	54,8	50,3	48,6	48,6	47,7	59,3	56,7	52,8	49,5
Hiszpania	45,0	43,7	42,1	41,0	41,5	42,0	51,4	49,5	46,4	45,4
Francja	58,4	57,6	57,4	57,7	56,4	55,3	61,7	59,5	58,4	56,9
Chorwacja	48,7	47,5	45,9	44,3	45,1	46,3	53,7	48,1	45,0	46,8
Włochy	50,7	50,2	49,0	48,8	48,3	48,4	56,8	56,0	54,9	54,0
Cypr	52,1	43,1	39,6	38,5	44,3	40,3	45,9	42,7	38,1	42,0
Łotwa	40,4	40,0	38,8	39,6	40,7	39,7	44,3	46,5	44,2	43,7
Litwa	35,0	35,2	34,5	33,4	33,8	34,6	42,3	37,3	36,3	37,4
Luksemburg	40,6	40,4	40,0	41,3	42,3	43,1	47,0	42,4	44,3	47,0
Węgry	50,0	50,4	46,7	46,6	45,9	45,8	51,0	48,1	48,7	49,2
Malta	39,6	37,8	35,5	32,7	34,5	34,9	42,1	39,5	37,7	36,7
Holandia	46,7	45,3	43,9	42,8	42,4	42,1	47,8	45,9	43,2	43,2
Austria	52,4	51,2	50,6	49,8	49,2	49,1	57,3	56,0	53,1	52,7
Polska	42,7	41,5	41,1	41,1	41,0	41,4	47,7	43,6	43,2	46,9
Portugalia	51,7	48,3	44,9	45,5	43,3	42,5	49,1	47,3	43,9	42,3
Rumunia	35,5	35,9	34,8	33,6	34,3	36,1	41,5	39,8	40,7	40,6
Słowenia	50,6	49,5	46,9	44,6	44,1	43,8	51,8	49,9	47,7	46,5
Słowacja	42,0	44,1	40,9	39,8	39,7	40,6	44,5	44,9	43,0	48,0
Finlandia	57,6	55,7	55,1	52,8	52,7	52,6	56,5	55,1	49,2	49,0
Szwecja	51,8	50,3	50,4	50,2	50,7	49,7	53,0	50,0	52,3	53,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (b.r.-a).

Załącznik B. Struktura wydatków publicznych według funkcji COFOG
w relacji do PKB w krajach UE w 2014 roku (w %)

Rodzaj usługi	Wydatki ogółem	Usługi publiczne o charakterze ogólnym	Obrona narodowa	Bezpieczeństwo i porządek publiczny	Sprawy gospodarcze	Ochrona środowiska	Gospodarka mieszkaniowa i komunalna	Zdrowie	Rekreacja, kultura i religia	Edukacja	Ochrona socjalna
UE – 27 krajów (od 2020)	49,0	6,8	1,1	1,7	5,0	0,8	0,6	7,1	1,2	4,9	19,8
Belgia	55,4	8,5	0,9	1,8	7,3	1,4	0,4	8,0	1,3	6,3	19,7
Bułgaria	43,2	3,9	1,3	2,8	8,5	0,7	1,6	5,5	1,5	4,1	13,3
Czechy	42,3	5,3	0,7	1,7	6,3	1,1	0,8	7,5	1,3	4,3	13,3
Dania	55,1	7,1	1,1	1,0	3,7	0,4	0,2	9,0	1,8	7,1	23,7
Niemcy	44,5	6,2	0,9	1,5	4,4	0,6	0,4	7,0	1,0	4,2	18,4
Estonia	37,6	3,8	1,8	1,9	4,9	0,7	0,5	5,2	2,0	5,4	11,3
Irlandia	36,5	5,8	0,4	1,3	3,0	0,6	0,7	6,5	0,7	4,4	13,1
Grecja	51,5	10,1	2,7	2,1	4,3	1,5	0,3	4,8	0,8	4,3	20,5
Hiszpania	45,0	7,1	0,9	2,0	4,5	0,9	0,5	6,1	1,1	4,1	17,8
Francja	57,1	6,6	1,7	1,6	5,4	1,0	1,2	8,2	1,5	5,5	24,5
Chorwacja	48,7	6,9	1,2	2,2	6,8	0,9	1,8	6,5	2,0	5,2	15,2
Włochy	50,7	8,9	1,2	1,9	4,5	0,9	0,5	7,0	0,6	4,1	21,0
Cypr	52,1	9,1	1,6	1,8	11,4	0,8	2,2	2,7	0,9	5,6	16,2
Łotwa	40,4	5,1	0,9	2,1	6,8	0,7	1,1	3,9	1,7	6,1	11,8
Litwa	35,0	4,8	1,0	1,7	3,6	0,6	0,3	4,5	0,9	5,1	12,6
Luksemburg	40,6	4,7	0,3	1,0	5,0	0,8	0,6	5,1	1,1	4,6	17,5
Węgry	50,0	9,8	0,6	1,9	8,5	1,2	0,9	4,8	2,0	5,2	15,3
Malta	39,6	6,5	0,7	1,2	5,2	1,4	0,4	5,5	1,1	4,9	12,6
Holandia	46,7	5,2	1,1	1,8	4,8	1,4	0,5	7,9	1,2	5,3	17,4
Austria	52,4	6,9	0,6	1,3	7,0	0,4	0,4	8,2	1,3	5,0	21,4
Polska	42,7	5,1	1,5	2,2	5,3	0,6	0,7	4,7	1,2	5,3	16,0
Portugalia	51,7	9,1	1,1	1,9	7,0	0,6	0,5	6,3	0,9	5,3	19,1
Rumunia	35,5	4,7	0,7	2,1	6,4	0,8	1,3	4,0	1,1	3,0	11,4
Słowenia	50,6	7,3	0,9	1,7	5,7	1,0	0,9	6,5	1,6	6,0	18,9
Słowacja	42,0	5,3	1,7	2,1	6,1	0,7	0,5	5,7	0,9	4,1	14,8
Finlandia	57,6	8,4	1,4	1,3	4,9	0,3	0,4	7,9	1,4	6,4	25,3
Szwecja	51,8	6,0	1,3	1,3	4,9	0,5	0,6	7,1	1,5	7,3	21,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (b.r.-b).

Załącznik C. Struktura wydatków publicznych według funkcji COFOG
w relacji do PKB w krajach UE w 2023 roku (w %)

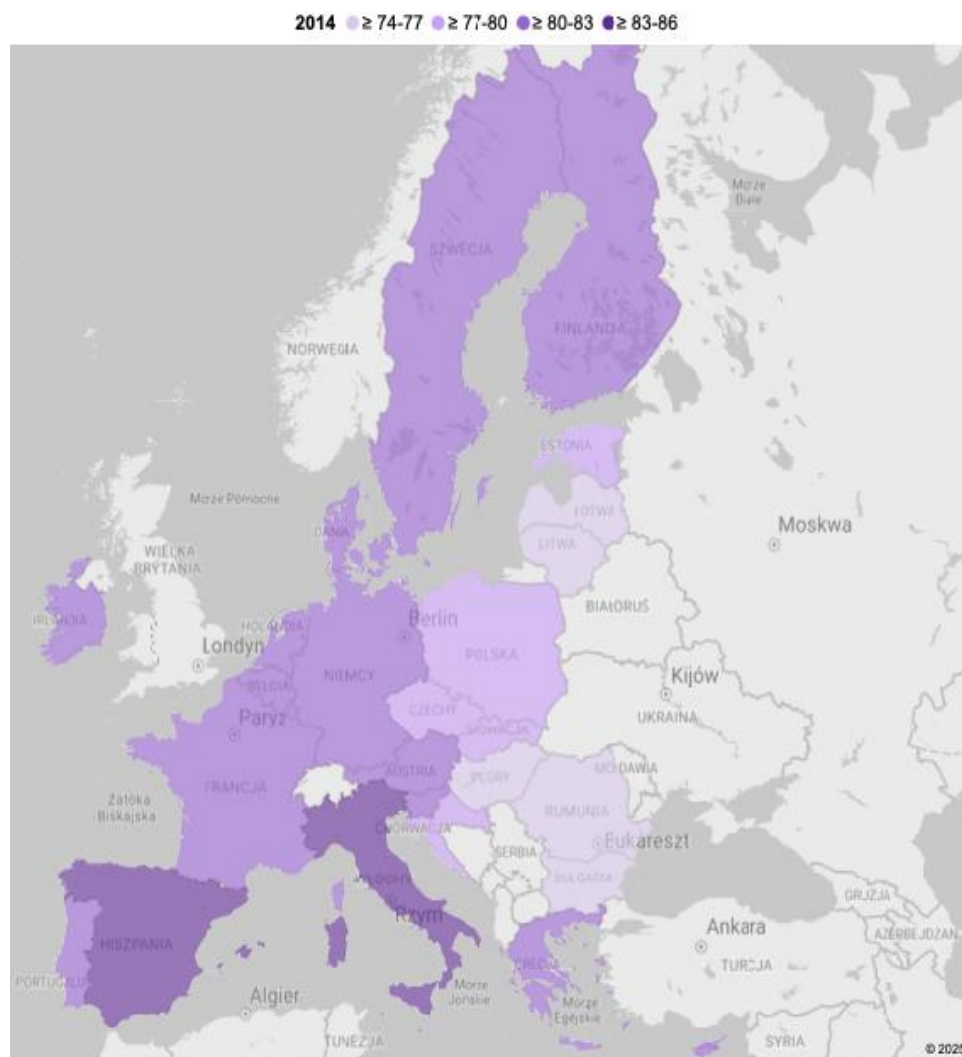
Rodzaj usługi	Wydatki ogółem	Usługi publiczne o charakterze ogólnym	Obrona narodowa	Bezpieczeństwo i porządek publiczny	Sprawy gospodarcze	Ochrona środowiska	Gospodarka mieszkaniowa i komunalna	Zdrowie	Rekreacja, kultura i religia	Edukacja	Ochrona socjalna
UE – 27 krajów (od 2020)	49,0	5,9	1,3	1,7	5,8	0,8	1,2	7,3	1,2	4,7	19,2
Belgia	53,3	6,8	0,9	1,7	6,8	1,2	0,4	7,9	1,2	6,3	20,1
Bułgaria	38,8	3,2	1,5	2,6	5,7	0,7	1,0	5,5	0,8	4,1	13,8
Czechy	43,9	4,6	1,2	1,8	6,4	0,8	0,9	8,9	1,3	4,5	13,5
Dania	46,8	5,8	1,8	0,9	2,9	0,4	0,2	8,2	1,5	5,5	19,5
Niemcy	48,4	6,1	1,1	1,6	5,8	0,6	0,5	7,5	1,0	4,5	19,7
Estonia	43,3	4,2	2,7	1,9	4,9	0,7	0,5	6,5	2,0	6,3	13,5
Irlandia	22,7	2,2	0,2	0,8	2,0	0,4	0,6	5,2	0,5	2,8	8,1
Grecja	49,5	8,2	2,2	1,9	5,9	1,5	0,4	5,8	1,1	4,0	18,5
Hiszpania	45,4	5,7	0,9	1,8	5,0	1,0	0,5	6,6	1,2	4,2	18,5
Francja	57,0	6,2	1,8	1,7	6,3	1,0	1,3	8,9	1,5	5,0	23,4
Chorwacja	46,6	4,8	1,3	2,2	7,8	0,8	1,6	7,8	2,0	5,3	13,0
Włochy	53,7	7,4	1,2	1,7	5,8	0,9	4,3	6,5	0,8	3,9	21,1
Cypr	41,9	5,7	1,9	1,7	3,0	0,7	1,9	6,1	0,6	5,2	15,1
Łotwa	43,7	3,9	3,1	2,6	6,4	0,5	0,9	5,3	1,3	6,1	13,5
Litwa	37,4	3,4	2,5	1,2	3,3	0,5	0,7	5,3	1,2	5,1	14,0
Luksemburg	47,9	5,6	0,6	1,4	6,3	1,1	0,6	5,6	1,3	5,1	20,2
Węgry	49,5	10,3	1,9	1,7	9,2	0,6	1,6	4,1	2,6	5,3	12,3
Malta	36,6	4,9	0,4	1,4	7,3	1,2	0,8	5,1	1,5	4,1	9,7
Holandia	43,2	3,6	1,3	1,8	5,1	1,5	0,6	7,0	1,1	4,9	16,2
Austria	52,7	5,7	0,6	1,4	7,4	0,6	0,4	9,1	1,2	4,9	21,4
Polska	47,0	4,9	2,1	2,3	7,5	0,7	0,7	5,7	1,3	5,0	16,9
Portugalia	42,3	5,8	0,8	1,6	4,4	0,8	0,5	6,7	0,9	4,3	16,6
Rumunia	40,3	5,4	1,7	2,7	6,5	0,7	1,5	4,7	1,0	3,3	12,8
Słowenia	46,5	4,6	1,2	1,6	6,3	0,9	0,5	7,4	1,5	5,4	17,0
Słowacja	48,5	5,5	1,2	2,4	7,5	0,9	0,5	6,6	1,1	5,0	17,6
Finlandia	56,0	6,6	1,4	1,2	4,6	0,2	0,5	7,6	1,7	6,3	25,7
Szwecja	49,4	5,2	1,8	1,4	5,0	0,6	0,8	7,3	1,4	7,2	18,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (b.r.-c).

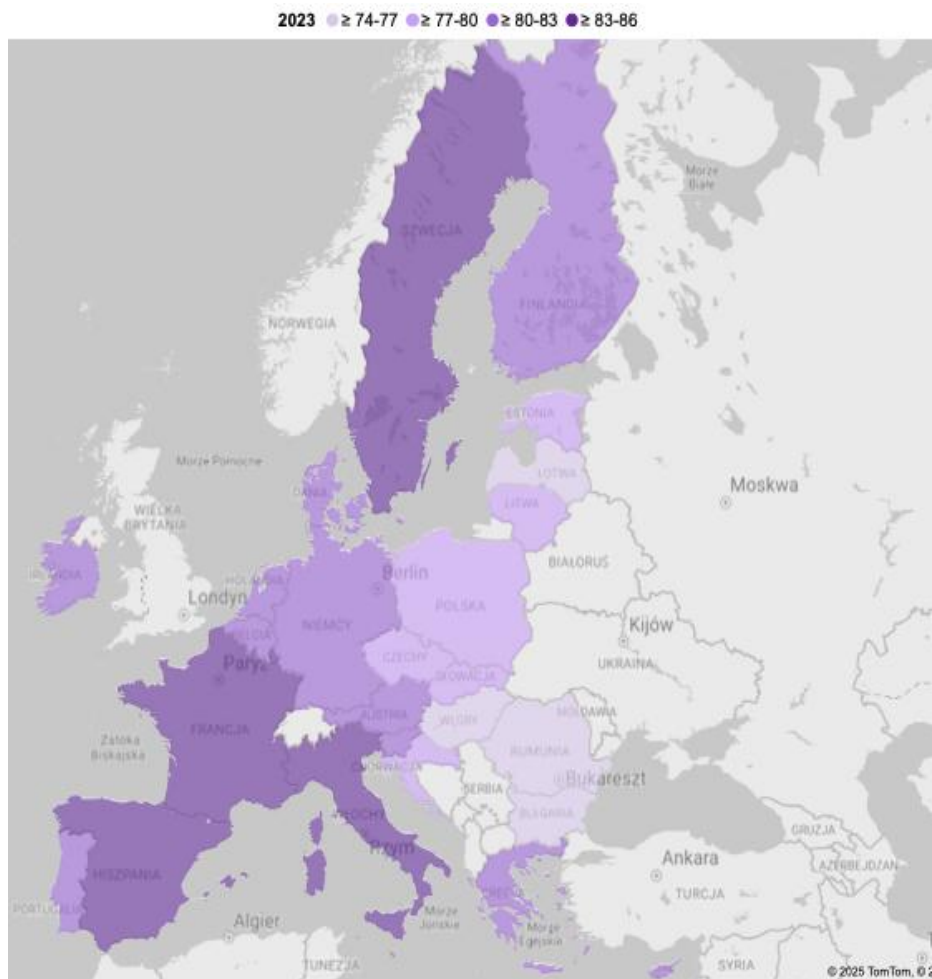
Załącznik D. Oczekiwane trwanie życia wśród ogółu społeczeństwa
w momencie urodzenia w krajach UE w latach 2014 i 2023

Kraje	Oczekiwana długość życia w latach w momencie urodzenia	
	2014	2023
UE – 27 krajów (od 2020)	49,2	48,3
Belgia	55,4	53,9
Bułgaria	43,2	40,4
Czechy	42,3	41,7
Dania	55,1	54,4
Niemcy	44,5	44,5
Estonia	37,6	39,3
Irlandia	36,5	28,0
Grecja	51,5	54,8
Hiszpania	45,0	43,7
Francja	58,4	57,6
Chorwacja	48,7	47,5
Włochy	50,7	50,2
Cypr	52,1	43,1
Łotwa	40,4	40,0
Litwa	35,0	35,2
Luksemburg	40,6	40,4
Węgry	50,0	50,4
Malta	39,6	37,8
Holandia	46,7	45,3
Austria	52,4	51,2
Polska	42,7	41,5
Portugalia	51,7	48,3
Rumunia	35,5	35,9
Słowenia	50,6	49,5
Słowacja	42,0	44,1
Finlandia	57,6	55,7
Szwecja	51,8	50,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (b.r.-d).

Załącznik E. Oczekiwana długość życia w momencie urodzenia w krajach UE w 2014 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (b.r.-d).

Załącznik F. Oczekiwana długość życia w momencie urodzenia w krajach UE w 2023 roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Eurostat (b.r.-d).

Podziękowania: Wyrazy wdzięczności kieruję do prof. dr hab. Teresy Famulskiej za poświęcony czas, cenne wskazówki, życzliwość oraz opiekę merytoryczną podczas seminarium dyplomowego w roku akademickim 2024/2025, w ramach którego powstał niniejszy artykuł.

Izabela Bera – autorka jest absolwentką studiów magisterskich na kierunku Finanse i Rachunkowość na Uniwersytecie Ekonomicznym w Katowicach. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół finansów publicznych, ekonomii zdrowia oraz analizy systemów ochrony zdrowia. Artykuł stanowi rezultat prowadzonych badań i pogłębiania wiedzy w zakresie finansowania opieki zdrowotnej.

Spis literatury

- Abdugapparovna, M. S., Abdurazzaqovich, K. A. (2024). The need to ensure economic security in the health sector. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 2(1), 75–78.
- Ali, R., Mahmood, H. S., Ibrahim, H. (2020). The major merits of healthcare insurance models. A review study. *Karbala Journal of Pharmaceutical Sciences*, 18, 12–20.
- Alqarafi, O. M., Abusaaq, A. M., Alameer, M. H., Al-Zaher, Z. J., AlSafwani, S. S., Saihati, F. H. A., Alqahtani, G. M., Alanazi, F. F. H., Hamyan, A. Hussain Ali Al, Khaiwani, Y. N. H. A. (2024). Comprehensive review of healthcare systems and their evolving structures. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 4101–4111.
- Bergerot, C. D., Wang, A. W.-T., Serpentine, S., Borgese, C., Kim, Y. (2023). Healthcare providers' perceptions about the unmet needs of their patients with cancer across healthcare systems: Results of the International Psycho-Oncology Society survivorship survey. *Supportive Care in Cancer*, 31 (538).
- Bojar, W. (2015). Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce i jego determinanty. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica*, 4(315), 19–27.
- Borkowska, I. (2018). Ocena kondycji publicznej opieki zdrowotnej w Polsce. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 165, 27–48.
- Bromber, P., Hady, J., Lachowska, H., Leśniowska-Gontarz, M., Szaban, D., Ślusarczyk, B. L., Zdanowska, J. (2020). *System ochrony zdrowia w Polsce*. CeDeWu.
- Bróż, O., Podolak, A. (2023). Wybrane elementy prawne wpływające na system ochrony zdrowia. *Ius et Administratio*, 53(4), 16–28.
- Chat, I., Wojtyra, J. (2023). Zmiany w przeobrażeniu systemu zdrowia po pandemii COVID-19. *Zeszyty Naukowe – Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie*, 47(1), 85–92.
- Dincă, M. S., Antohi, V. M., Andronic, M. L., Szeles, M. R., Baba, C. M. (2023). Modeling health financing performance in Europe in the context of macroeconomic uncertainties. *Economies*, 11(12), 1–28.
- Eurostat. (2025). Baza danych statystycznych. Komisja Europejska. Pobrano 27.04.2025 z: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Eurostat. (b.r.-a). *Total general government expenditure*. Pobrano 26 kwietnia 2025 z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00023__custom_16409121/default/table?lang=en
- Eurostat. (b.r.-b). *General government expenditure by function (COFOG)*. Pobrano 26 kwietnia 2025 z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/gov_10a_exp__custom_16468603/default/table?lang=en
- Eurostat. (b.r.-c). *General government expenditure by function (COFOG)*. Pobrano 26 kwietnia 2025 z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/gov_10a_exp__custom_16412140/default/table?lang=en

- Eurostat. (b.r.-d). *Life expectancy by age and sex*. Pobrano 28 kwietnia 2025 z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec__custom_16493009/default/table?lang=en
- Feret, E. (2020). Ustrojowe i finansowe podstawy prawne ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia. *Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu*, 8(1), 9–38.
- Franek, S. (2022). Konsekwencje kryzysu COVID-19 dla finansów jednostek samorządu terytorialnego w krajach UE. *Optimum. Economic Studies*, 3(109), 55–68.
- Garbarczyk, K. (2021). Organizacja i metody finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce i innych wybranych państwach. W: *Rozważania ekonomiczne studentów SGH* (s. 55–80). Oficyna Wydawnicza SGH.
- Główny Urząd Statystyczny. (2024). *Narodowe Rachunki Zdrowia za lata 2018-2022*. Pobrano 27.12.2024 z: <https://stat.gov.pl/wyszukiwarka/?query=tag:narodowy+rachunek+zdrowia>
- Główny Urząd Statystyczny. (2025). *ESS – Europejski System Statystyczny oraz Eurostat*. Pobrano 27.04.2025 z: <https://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/instytucjeorganizacje-miedzynarodowe/ess-europejski-system-statystyczny-oraz-eurostat/>
- Guziejewska, B. (2023). Wydatki publiczne w Polsce na tle wydatków publicznych i ich zmian w krajach Unii Europejskiej – z perspektywy pandemii COVID-19. *Myśl Ekonomiczna i Polityczna*, 78(3), 141–161.
- Infarma, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych. (2020). *Ochrona zdrowia w Polsce – przegląd wybranych danych publicznych styczeń 2020*. Pobrano 30.04.2025 z: <https://www.infarma.pl/raporty/raporty-infarmy/ochrona-zdrowia-w-polsce-przegląd-wybranych-danych-publicznych-styczen-2020/>
- Instytut RP. (2024). *Systemy opieki zdrowotnej w Europie: Porównanie i rekomendacje*. Pobrano 27.12.2024 z: <https://instytutrp.org/2024/07/31/systemy-opieki-zdrowotnej-w-europie-porownanie-i-rekomendacje/>
- Janiszewska, A., Klima, E. (2023). Wybrane aspekty demograficzne pandemii COVID-19 w polskich regionach a reaktywne działania polityki zdrowotnej. *Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna*, 14(63), 123–147.
- Jóźwik, P. (2020). Dynamiczne tablice trwania życia a przeciętna długość życia w Polsce w latach 2008-2018. *Studia Demograficzne*, 2(178), 147–161.
- Kaczmarek-Krawczak, J. (2023). *Innowacje w systemie ochrony zdrowia współfinansowane z funduszy unijnych*. CeDeWu.
- Kittipittayakorn C. (2025). Association between healthcare resources, healthcare systems, and population health in European countries. *BMC Health Services Research*, 25(1), 720.
- Kittipittayakorn, C. (2024). *Enhancing the performance and efficiency of healthcare systems using industrial economic principles and statistical techniques*. Blekinge Institute of Technology.

- Klich, J. (2007). *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce: Niedoceniane interakcje*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Komunikacji Społecznej. (2020). *Unia Europejska: Czym jest i czym się zajmuje*. Urząd Publikacji Unii Europejskiej. Pobrano 15.12.2024 z: <https://data.europa.eu/doi/10.2775/267164>
- Komisja Europejska, Eurostat. (2019). *Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics: classification of the functions of government (COFOG): 2019 edition*. Publications Office. Pobrano 26.04.2025 z: <https://data.europa.eu/doi/10.2785/498446>
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483 ze zm.
- Kozłowska, E., Marzec, A., Kalinowski, P., Bojakowska, U. (2016). Koncepcja zdrowia i jego ochrony w świetle literatury przedmiotu. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(9), 575–585.
- Kuropka, I., Rossa, A., Wróblewska, W., Wojtyniak, B., Śleszyński, P. (2021). *Pandemia i jej skutki zdrowotne i demograficzne. Ekspertyza*. Komitet Nauk Demograficznych PAN.
- Lenio, P. (2018a). *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*. Wolters Kluwer.
- Lenio, P. (2018b). Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Niemczech. *Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu*, 6(1), 53–73.
- Lenio, P. (2018c). Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Wielkiej Brytanii. *Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne*, 23, 49–62.
- Łuniewska, P. (2014). Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Współczesna Gospodarka*, 5(1), 67–75.
- Ministerstwo Zdrowia. (2025). *Fundusze europejskie w ochronie zdrowia*. Portal Gov.pl. Pobrano 2.01.2025 z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/FE-zdrowie>
- Moś, S. P. (2022). Jeszcze składka na ubezpieczenie zdrowotne czy już podatek „zdrowotny”? Uwagi na tle teoretycznoprawnym. *Dyskurs Prawniczy i Administracyjny*, 3, 173–185.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023*. Pobrano 30.04.2025 z: https://www.oecd.org/pl/publications/2023/12/poland-country-health-profile-2023_80434439.html
- Opolski, K., Zuber, M. (2021). Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. W: K. Opolski, M. Zuber, Z. Opolska (red.), *Antynomie systemu ochrony zdrowia* (s. 53–60). Polska Akademia Nauk.
- Orłowska, J., Pawłowska, Z., Rösler, J. (2021). Europejska współpraca i rywalizacja w zakresie polityk zdrowotnych w dobie pandemii COVID-19. W: P. Baranowski, J. Kardaś, A. Pohl (red.), *Unilateralny i multilateralny wymiar polityk zdrowotnych państw w warunkach globalnej pandemii SARS-CoV-2*. Wydawnictwo Naukowe FNCE.

- Owczarczyk, A., Adamiak, K. (2023). Ekonomiczne determinanty dostępności usług zdrowotnych w Polsce. *International Journal of New Economics and Social Sciences*, 8(24), 21–44.
- Paszkowska, M. (2006). Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach UE. *e-Finanse*, 1, 1–15.
- Pietraszewska-Macheta, A., Sidorko, A., Urban, K., Kowalska-Mańkowska, I., Świerczek, L. (2023). *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Postuła, M., Kawarska, A. (2020). Wpływ reguł fiskalnych na strukturę wydatków publicznych w krajach Unii Europejskiej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio H – Oeconomia*, 54(4), 111–124.
- Pyszka, A. (2015). Istota efektywności. Definicje i wymiary. *Studia Ekonomiczne*, 230, 13–25.
- Rabiej, E. (2017). Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce – w drodze do zrównoważonego rozwoju. *Studia BAS*, 4(52), 121–142.
- Rada Unii Europejskiej i Rada Europejska. (2025). *Unijna polityka zdrowotna*. Consilium. Pobrano 2.01.2025 z: <https://www.consilium.europa.eu/pl/policies/eu-health-policy/>
- Reszczyński, J. (2021). U źródeł współczesnych modeli ochrony zdrowia. *Studia Ekonomiczne. Gospodarka, Społeczeństwo, Środowisko*, 1, 5–38.
- Rogoś, E., Skrzypczak, Z. (2006). Odejście od modelu Siemaszki – i co dalej z ochroną zdrowia? Przypadki Rosji, Ukrainy i Łotwy. *Problemy Zarządzania*, 2(12), 47–60.
- Rogowska, K. (2019). Ochrona zdrowia jako strategiczny obszar zarządzania państwa. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 3(59), 212–225.
- Sabat, W. (2023). Konwergencja poziomu i struktury wydatków publicznych w krajach „nowej” Unii Europejskiej w latach 1995–2020. *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, 1, 71–90.
- Smółkowska, U. (2016). Analiza podstawowych kategorii budżetowych w krajach Unii Europejskiej. *Studia BAS*, 47, 127–149.
- Stankiewicz, R. R. (2016). *Krajowe systemy ochrony zdrowia a Unia Europejska: Przykład Polski*. Wolters Kluwer.
- Stasiak, M., Stasiak, J. (2023). Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce w kontekście zmian demograficznych. W: A. Stępnia-Kucharska, M. Kapela (red.), *Współczesne problemy gospodarcze. Zarządzanie i finanse sektora publicznego* (s. 101–111). Kolegium Nauk Ekonomicznych i Społecznych, Politechnika Warszawska.
- Strzelecka, A. (2023). Tendencje zdrowotnych wydatków publicznych – istotnego elementu w procesie decyzyjnym w ochronie zdrowia. Analiza komparatywna. *Management & Quality*, 5(4), 142–161.
- Świeboda, W. (2023). Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce z perspektywy organizacji systemu opieki zdrowotnej. *Przegląd Polsko-Polonijny*, 17, 87–99.

- Sygit, M. (2023). *Zdrowie publiczne*. Wolters Kluwer.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Dz.U. C 202 z 7.6.2016.
- Tumialán, L. M. (2019). Healthcare systems in the United States. W: J. Ratliff, T. Albert, J. Cheng, J. Knightly (eds.), *Quality Spine Care: Healthcare Systems, Quality Reporting, and Risk Adjustment*. Springer.
- Tylus, A., Grzebieluch, J. (2024). Wizerunek zdrowia publicznego po pandemii COVID-19. W: A. Basiak-Rasała, Ł. Rypicz, K. Zatońska, I. Witczak (red.), *Zdrowie publiczne w obliczu kryzysu* (s. 1–14). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Urbaniak, M. (2019). *Organizacyjne i prawne aspekty systemów ochrony zdrowia wybranych państw*. Difin.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz.U. 2003 Nr 45, poz. 391.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135.
- Wielicka, K. (2014). Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie / Politechnika Śląska*, 70, 491–504.
- Wojtczak, A. (2024). *Zdrowie publiczne: Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*. CeDeWu.
- World Health Organization. (2024). *Health systems governance*. Pobrano 15.12.2024 z: <https://www.who.int/health-topics/health-systems-governance>
- Xia, M. (2024). Features of the modern healthcare management system. *Public Administration and Regional Development*, 25, 900–920.
- Związek Powiatów Polskich. (2021). *Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD*. Pobrano 30.04.2025 z: <https://www.zpp.pl/arttykul/2010-naklady-na-ochrone-zdrowia-w-polsce-na-tle-innych-panstw-oecd>

Public expenditure on health care in Poland and other member states of the European Union: A comparative analysis (2014–2023)

Abstract: The aim of this article is to compare the levels of health care financing in Poland and other European Union member states. To achieve this goal, a thematic review of domestic and international literature on the subject was conducted, along with an economic analysis of legal acts, particularly those related to health care, comparative analysis, and the use of basic descriptive statistics tools. The study was carried out on a sample of 27 European Union member states. The analysis covered statistical data on public health care expenditures for the years 2014–2023. Based on the research results, the levels of health care expenditure in individual countries were identified. The article also indicates

the relationship between the amount of financial expenditure and the health status of EU societies, measured by life expectancy. Poland's position compared to other European Union member states was identified. The conducted research allowed for answering the research question regarding whether public health care expenditures in Poland differ significantly from those in other EU member states. In particular, the study examined whether the level of expenditure in Poland significantly deviates from the EU average and whether higher public spending translates into more favourable health outcomes.

Keywords: healthcare financing systems, public expenditure, healthcare.

JEL Classification: H51, I13, I18.