

Środki trwałe w publicznej i prywatnej ochronie zdrowia w latach 1999–2018

Marcin Kautsch¹  <https://orcid.org/0000-0002-4520-3560>

Edyta Pięta²  <https://orcid.org/0000-0002-7101-8297>

¹ Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, marcin.kautsch@uj.edu.pl

Abstract

Fixed assets in public and private healthcare in 1999-2018

The presented article deals with the subject of fixed assets in healthcare: their gross value, condition and degree of wear, broken down into the public and private sectors. Above the value grew extremely strongly in the analysed period, particularly impressive in private healthcare. The financing of this growth seems to have the largest share of funds obtained from EU and the EEA Financial Mechanism and the Norwegian Financial Mechanism as well as from public payer funds. The rate of increase of funds in healthcare from other public sources is significantly lower than, for example, the rate of GDP growth, which may indicate the withdrawal of state structures from healthcare financing. The increase in the degree of wear of fixed assets, which took place in the analysed period, may cause some concern.

Key words: financing, fixed assets, healthcare, private sector, public sector

Słowa kluczowe: finansowanie, ochrona zdrowia, sektor prywatny, sektor publiczny, środki trwałe

Wprowadzenie

Wejście w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1999 roku [1] sprawiło, że niepubliczni świadczeniodawcy zostali (na masową skalę) dopuszczeni do kontraktowania z publicznym płatnikiem. Dało to prywatnemu sektorowi większą możliwość rozwoju w związku z regularnym dopływem środków ze źródła publicznego, zmniejszając poziom ryzyka inwestycyjnego. Innym czynnikiem mającym wpływ na omawiane zagadnienia jest to, że Polska, będąca od 2004 roku krajem członkowskim Unii Europejskiej (UE), korzysta z różnego typu unijnych programów pomocowych (w tym także Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego [EOG] i Norweskiego Mechanizmu Finansowego), a tuż przed wyżej wymienionym rokiem korzystała z programów przedakcesyjnych. Z kolei wprowadzenie sieci szpitali ustawą z 2017 roku [2] spowodowało, że strumień środków do niepublicznej szpitalnej ochrony zdrowia został ograniczony. Według różnych źródeł tylko 1 na 8 [3] / 1 na 10 [4] szpitali prywatnych znalazł się w sieci. Ograniczenie to nie dotyczyło jednak opieki nieszpitalnej. Jednocześnie silny wzrost gospodarczy, jaki nastąpił w analizowanym okresie, sprawił, że zakłady niepubliczne mogły korzystać ze środków wydawanych na ochronę zdrowia przez coraz

zamożniejsze społeczeństwo, co dało impuls do tworzenia nowych podmiotów świadczących usługi medyczne. Powyższe dobrze ilustruje wzrost liczby świadczeniodawców w ochronie zdrowia pokazany w tabeli 1.

Tabela 1. Liczba świadczeniodawców usług zdrowotnych w Polsce w latach 1999, 2018

Podmioty lecznicze	1999	2018	Zmiana procentowa
Ogółem, w tym:	8 086	21 386	164%
Publiczne	1 270	1 965	55%
Niepubliczne	6 816	19 421	185%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [5].

Powyższe zestawienie można by uzupełnić o praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów. Wzrostowi liczby podmiotów towarzyszyło zwiększenie zakresu ich działania, obejmującego nie tylko opiekę ambulatoryjną, ale i szpitalną czy zaawansowaną diagnostyczną.

Niniejsza praca stanowi kontynuację wcześniejszych opracowań dotyczących inwestycji w ochronie zdrowia [6, 7]. Podjęto w niej próbę aktualizacji wcześniej

poruszanych wątków, a jej celem jest przedstawienie, jakie zmiany następowały w systemie ochrony zdrowia w odniesieniu do środków trwałych, zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Powyższe zostało pokazane na tle gospodarki ogółem, a także zasileń systemu ochrony zdrowia. W opracowaniu skupiono się na podstawowych wielkościach opisujących zagadnienia będące przedmiotem analizy.

Metodyka

Ze względu na charakter opracowania oparto się w nim na analizie danych publikowanych przede wszystkim przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), uwzględniono także artykuły i raporty oraz materiały internetowe dotyczące omawianego zagadnienia. Zostały one zidentyfikowane przy użyciu wyszukiwarki Google w oparciu o kombinację haseł „środki trwałe/inwestycje / majątek trwałe” + „ochrona zdrowia”. Materiały poddano analizie pod kątem ich przydatności.

W badanym obszarze GUS publikuje zestawienia zbiorczo dla ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Przeanalizowawszy liczbę łóżek w szpitalach / miejsc w stacjonarnych placówkach pomocy społecznej, można szacować, że środki na ochronę zdrowia stanowią około 74% przytaczanych kwot [8]. Nasycenie technologiami medycznymi powoduje jednak, że ochrona zdrowia jest dużo bardziej kosztowna niż opieka społeczna. Powyższy wskaźnik należałoby więc skorygować do poziomu około 80% w przypadku sektora publicznego i 100% prywatnego. W związku ze wspomnianymi proporcjami i charakterem opracowania oraz dla uproszczenia języka poniżej posłużono się terminem „ochrona zdrowia”¹.

Tło

Prócz wspomnianych we wstępie źródeł finansowania działalności medycznej do rozwoju sektora przyczyniają się też środki asygnowane przez organy właścicielskie. W tabeli 2 pokazano, jak w latach 1999, 2018 zmieniły się wydatki bieżące na ochronę zdrowia w odniesieniu do głównych źródeł finansowania.

Tabela 2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg głównych źródeł w Polsce w latach 1999, 2018 na tle PKB w mld zł

Wyszczególnienie	1999	2018	Dynamika 1999–2018	
			Łącznie	Średnio
PKB	615,1	2 116,4	244%	13%
Wydatki publicznego płatnika	23,56	81,09	244%	13%
Budżet państwa	6,31	10,48	66%	3%
JST	2,04	3,84	88%	5%
Wydatki gospodarstw domowych	10,9	27,7	154%	8%
Wydatki na zdrowie RAZEM	42,81	123,11	188%	10%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [9, 10, 11].

Niemożliwość podania dokładnych danych sprawiła, że w tabeli 2 nie uwzględniono środków pochodzących z programów unijnych. Dostępne dane mówią o tym, że tylko na programy dotyczące ochrony zdrowia w latach 2004–2020 pozyskano 6,95 mld zł [12]. Założono równy rozdział tych środków na wskazane powyżej lata, co daje rocznie około 0,4 mld zł, w większości przeznaczone na inwestycje. Do powyższego należałoby również doliczyć środki, jakie były pozyskiwane z innych programów, np. transportu, energetyki, ochrony środowiska itp., a także te, jakie pozyskano z Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Portale opisujące wyżej wymienione programy [13, 14] podają ogólne wartości wsparcia, bez podziału na kategorie. W latach 2004–2021 ma to być łączna kwota 1946,1 mld euro. Można więc starać się oszacować, że po wejściu Polski do UE ochrona zdrowia otrzymywała dodatkowo około 0,5–0,7 mld zł rocznie, choć są to dość zgrubne szacunki. Potwierdzenie znaczenia wyżej wymienionych funduszy (szczególnie funduszy strukturalnych) w ochronie zdrowia można znaleźć w literaturze przedmiotu [15, 16].

Dane zawarte w tabeli 2 wskazują, że budżet publicznego płatnika w najwyższym stopniu finansuje ochronę zdrowia. Powiązanie wysokości składki zdrowotnej z wysokością wynagrodzenia sprawiło, że wzrost ilości środków ze składek był na poziomie wzrostu produktu krajowego brutto (PKB). Drugim największym źródłem środków są gospodarstwa domowe (pod względem wielkości nakładów i tempa zwiększania), choć skala tego wzrostu jest wyraźnie mniejsza. Natomiast instytucje państwowe i samorządowe ewidentnie w bardzo skromnym stopniu zwiększały swoje zaangażowanie w sektor ochrony zdrowia. (Dane dla europejskich krajów OECD wskazują, że w omawianym okresie średni wzrost wydatków na zdrowie zwiększył się o około 20%, podczas, kiedy w Polsce o około 16% [19].) Działo się to zapewne właśnie z powodu napływu środków ze wspomnianych transferów zagranicznych. Wszystko to sprawiło, że możliwy do precyzyjnego określenia wzrost ilości środków w ochronie zdrowia jest poniżej wartości wskaźnika wzrostu PKB. Jak pokażą jednak dane przedstawione poniżej, wspomniane środki z transferów zagranicznych istotnie wpływają na wartości środków trwałych w ochronie zdrowia.

Środki trwałe w ochronie zdrowia: wartość brutto, stopień zużycia

Rozwój gospodarczy i będący jego konsekwencją dopływ środków sprawił, że wartość brutto środków trwałych wzrastała, tak w gospodarce ogółem, jak i w ochronie zdrowia (tabela 3).

W analizowanych latach wartość środków trwałych w ochronie zdrowia rosła dynamicznie (łącznie wzrost o 370%, co daje imponujący wynik średnio 18% rocznie) i dynamika ta była znacznie wyższa od tej w gospodarce ogółem (odpowiednio: 199%, 10%). W efekcie, udział wartości brutto środków trwałych w ochronie

Tabela 3. Wartość brutto środków trwałych w latach 1999, 2018 w mld zł

Wyszczególnienie	1999	2018	Dynamika 1999–2018	
			Łącznie	Średnio
Gospodarka ogółem	1 346	4 030	199%	10%
Ochrona zdrowia	22	104	370%	18%
Udział ochrony zdrowia	1,64%	2,58%	57%	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

zdrowia w gospodarce wzrósł z 1,64% do 2,58%. Głównym składnikiem środków trwałych są budynki i budowle. Drugą grupą są maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia, a najmniejszą grupę stanowią środki transportu i pozostałe (tabela 4).

Tabela 4. Wartość brutto środków trwałych w ochronie zdrowia w podziale na składowe w mld zł

Wyszczególnienie	1999	2018	Dynamika 1999–2018	
			Łącznie	Średnio
Ogółem, w tym:	22,14	104,05	370%	18%
Budynki i budowle	12,9	54,48	322%	16%
Maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia	8,57	42,09	391%	20%
Środki transportu i pozostałe	0,67	7,46	1 012%	51%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

Zasobem o największej dynamice wzrostu były środki transportu i pozostałe (wyniosła ona 1012%, co oznaczało 51% rocznie), najmniejszej – budynki i budowle (odpowiednio 322% i 16%). Można to tłumaczyć szybkim zużywaniem się środków transportu oraz relatywnie niskimi nakładami jednostkowymi na ich odtworzenie (w porównaniu z budynkami i budowlami). Nie można jednak wykluczyć, że głównym powodem powyższego wzrostu było to, że właściciele niepublicznych podmiotów nabywali np. samochody jako pojazdy służbowe, korzystając z odliczeń przysługujących firmom, by korzystać z nich także do celów prywatnych. Niższy (niż pozostałe) wzrost wartości środków trwałych budynków i budowli mógł być pochodną tego, że np. w omawianym okresie obłożenie łóżek szpitalnych istotnie zmalało (z 72,2% do 66,1%) [20, 21]. Budowa nowych budynków była więc nieuzasadniona, a do tego – bardzo kosztowna. Dlatego też, zapewne zamiast budowy nowych jednostek, w sektorze publicznym decydowano się na rozległe remonty [22] (czyli na odtworzenie stanu pomieszczeń, bez tworzenia nowych środków trwałych). Do wzrostu wartości środków trwałych w tej składowej majątku przyczyniły się, w największym stopniu, inwestycje w prywatnej ochronie zdrowia (por. tabelę 6). Działając w warunkach konkurencji rynkowej,

świadczeniodawcy musieli przy tym dbać o odnawianie parku maszynowego, co jest szczególnie istotne w tak szybko rozwijającej się dziedzinie jak ochrona zdrowia, a co dało wyższy wzrost wartości tego składnika majątku od średniego w sektorze. Wartość brutto środków trwałych według sektorów własności pokazano w tabeli 5.

Tabela 5. Wartość brutto środków trwałych dla publicznego (PUB) i prywatnego (PRYW) w mld zł

Wyszczególnienie		1999	2018	Dynamika 1999–2018	
				Łącznie	Średnio
Gospodarka ogółem	PRYW	625,4	2 412,00	286%	14%
	PUB	720,6	1 617,70	124%	6%
	Udział sektora prywatnego ogółem	46%	60%	–	–
Ochrona zdrowia	PRYW	1,4	31,5	2 090%	104%
	PUB	20,7	72,5	250%	13%
	Udział sektora prywatnego ogółem	7%	30%	–	–

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

Zmiana wartości brutto środków trwałych w ochronie zdrowia była znaczna: w sektorze publicznym dwukrotnie większa niż w gospodarce ogółem, w prywatnym ponad siedmiokrotna (*sic!*), co można w jakimś stopniu przypisać stosunkowo niskiej wartości powyższych środków w początkowym okresie poddanym analizie. Powyższe sprawiło, że dla omawianego wskaźnika udział sektora prywatnego w gospodarce wzrósł z 46% do 60%, podczas, gdy w ochronie zdrowia – z zaledwie 7% do aż 30%. Stan środków trwałych w ochronie zdrowia zaprezentowano w tabeli 6.

Dane w tabeli 6 wskazują na silne zróżnicowanie między sektorami (publiczny/prywatny) oraz składowymi ich

Tabela 6. Stan środków trwałych w podziale na składowe dla publicznego (PUB) i prywatnego (PRYW) sektora ochrony zdrowia – wartość brutto w mld zł

Wyszczególnienie		1999	2018	Dynamika 1999–2018	
				Łącznie	Średnio
Ogółem, w tym:	PUB	20,7	72,51	250%	13%
	PRYW	1,44	31,53	2 090%	104%
Budynki i budowle	PUB	12,6	41,9	233%	12%
	PRYW	0,3	12,56	4 087%	215%
Maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia	PUB	7,58	28,43	275%	14%
	PRYW	0,99	13,66	1 280%	67%
Środki transportu i pozostałe	PUB	0,52	2,17	317%	17%
	PRYW	0,15	5,29	3 427%	180%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

majątku. Sektor prywatny charakteryzował się ośmiokrotnie większą dynamiką niż sektor publiczny. (W omawianym okresie udział własności prywatnej w pozycji „budynki i budowle” wzrósł z 2,3% w 1999 roku do 25% w 2018 roku, „maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia” – 11% do 32%, a „środki transportu” – z 29% do 75%.) Największe różnice między sektorami nastąpiły w odniesieniu do budynków i budowli (różnica niemal osiemnastokrotna), najmniejsze – do maszyn, urządzeń i narzędzi (niemal pięciokrotna). Powyższe może wynikać z tego, że (jak wspomniano) w omawianym okresie bardzo silnie wzrosła liczba świadczeniodawców prywatnych i musieli oni dysponować siedzibami. Prywatni właściciele wchodzili zatem w posiadanie budynków (kupno, najem) lub budowali nowe. Jednak, zapewne w związku z wysokimi cenami technologii medycznych, nie nabywali oni jeszcze (na masową skalę) tychże drogich technologii. Do świadczenia usług musieli bowiem mieć budynek, ale niekoniecznie wyposażać go w drogie maszyny i urządzenia. Dlatego, choć skala przyrostu wartości maszyn, urządzeń i narzędzi jest i tak imponująca, nie jest tak duża jak w przypadku budynków i budowli. Choć, analizując wielkości nominalne, widać, że obecnie wartość obu omawianych składowych majątku jest na zbliżonym poziomie. Prawie jedenastokrotny wzrost nastąpił w pozycji środki transportu i pozostałe. Jest to jedyna składowa, której wartość w sektorze prywatnym przekracza (ponad dwukrotnie) wartość w sektorze publicznym. Uwiarygadnia to postawioną powyżej tezę mówiącą o inwestowaniu przez prywatnych właścicieli podmiotów leczniczych w środki transportu. Dane dotyczące zużycia środków trwałych zawarto w tabeli 7.

Tabela 7. Stopień zużycia środków trwałych w gospodarce ogółem (GO) i ochronie zdrowia (OZ) w %

Wyszczególnienie		1999	2018	Dynamika 1999–2018
Ogółem, w tym:	GO	47,2	47,3	0,20%
	OZ	44,6	48,5	8,70%
Budynki i budowle	GO	41,6	39,3	-5,50%
	OZ	35,4	28,9	-18,40%
Maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia	GO	58,4	63,5	8,70%
	OZ	57,8	72,7	25,80%
Środki transportu i pozostałe	GO	57,5	54,7	-4,90%
	OZ	54,3	55,3	1,80%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [17, 18].

Zmiany stopnia zużycia środków trwałych ogółem były stosunkowo niewielkie. Widać przy tym, że zużycie to w ochronie zdrowia wzrosło, przekraczając wartość powyższego wskaźnika dla gospodarki ogółem. Innym zmianom uległy składowe majątku. Najmniejsza dotyczyła środków transportu. W ochronie zdrowia minimalnie się one „postarzały” (1,8%), w gospodarce ogółem – „odmłodziły” (4,9%). Co może wydać się zaskakujące, stopień zużycia budynków i budowli w obu przypadkach

spadł, w ochronie zdrowia aż o 18,4% (zapewne efekt ww. remontów). Wskaźnik ten zwiększył się dla maszyn, urządzeń technicznych i narzędzi, i to w sposób zastawiająco wyraźny – w przypadku ochrony zdrowia było to 25,8%. Powyższe może świadczyć o tym, że następuje dekapitalizacja majątku, co potwierdziła Najwyższa Izba Kontroli [23]. Brak dostępu do powyższych danych w podziale na sektor prywatny i publiczny nie daje możliwości przeprowadzenia głębszej analizy, która pozwoliłaby określić, jakie trendy występują w wyżej wymienionych sektorach.

Podsumowanie

Ograniczenia dotyczące wielkości tekstu oraz relatywnie długi okres, którego dotyczy niniejsze opracowanie nie pozwalają na szczegółową analizę, jak kształtowały się omawiane wskaźniki rok po roku – a to mogłoby być interesujące, szczególnie przy uwzględnieniu wpływu kolejnych transzy środków pozyskiwanych ze środków unijnych i grantów EOG/norweskich oraz wpływu ogólnoswiatowego kryzysu z 2008 roku.

Zebrane dane pozwalają natomiast na stwierdzenie, że mimo powszechnych narzekań na wysokość wydatków na ochronę zdrowia wartość środków trwałych w tym sektorze uległa w omawianym okresie niezwykle silnemu wzrostowi. Jest to szczególnie widoczne na tle gospodarki ogółem. Wzrost wartości środków trwałych w sektorze ochrony zdrowia był istotnie wyższy niż w gospodarce ogółem. Co ciekawe, jego dynamika dla publicznej ochrony zdrowia była porównywalna do tej, osiąganą przez prywatny sektor gospodarki. Jeżeli by mierzyć za pomocą omawianej wartości rozwój sektorów, to publiczna ochrona zdrowia (13% rocznie) niewiele ustępowała temu, co odnotowywano w prywatnym sektorze gospodarki (14% rocznie). Wartość środków trwałych w publicznej ochronie zdrowia wzrastała dużo bardziej (ponad dwukrotnie) niż średnio w całej gospodarce publicznej (6%). Mając przy tym na względzie pokazane w tabeli 2 wartości bieżących wydatków publicznych, które (poza środkami publicznego płatnika) wzrastały znacząco mniej niż przyrost PKB, można założyć, że większość tego wzrostu jest efektem korzystania przez ochronę zdrowia ze środków unijnych/EOG/norweskich. Najwyraźniej rząd i samorządy stwierdziły, że środki z zagranicy są wystarczająco wysokie i wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia (poza ww. środkami publicznego składnika) była o w przypadku budżetu państwa o połowę mniejsza (3%, w porównaniu z ww. 6% rocznie), a w przypadku samorządu mniejsza (5%) niż wzrost wartości środków trwałych w gospodarce publicznej.

Natomiast to, co działo się w prywatnej ochronie zdrowia, jest wręcz spektakularne. Sektor prywatny w ochronie zdrowia rozwijał się w tempie prawie 7,5-krotnie szybszym niż średnio sektor prywatny w gospodarce ogółem.

Transfery z zagranicy, regularne kontrakty z publicznym płatnikiem oraz środki prywatne sprawiły, że udział środków trwałych ochrony zdrowia w gospodarce ogółem

wzrósł o 57%, sięgając 2,58% w 2018 roku. Warto podkreślenia wydaje się to, że z pomocy funduszy unijnych/EOG/norweskich korzystają głównie beneficjenci publiczni [12], co tylko pokazuje, jak duże inwestycje poczyniono w ochronie zdrowia, opierając się na kapitale prywatnym, lub jak efektywnie wykorzystywane są środki pozyskane przez ten sektor od publicznego płatnika. Dane w tabeli 2 pokazują bowiem, że roczny wzrost wydatków prywatnych na ochronę zdrowia wynosił 8%, wzrost wydatków publicznego płatnika – 13%, a wartość środków trwałych w prywatnej ochronie zdrowia wzrastała w tempie 104%. Sugerowałoby to przekonanie prywatnego sektora, że ochrona zdrowia jest bardzo opłacalną branżą, przynoszącą zyski rekompensujące ponoszone ryzyko. Dzieje się to mimo złożonej w 2009 roku deklaracji Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, że sektor prywatny jest skłonny ponosić wyższe nakłady na infrastrukturę w ochronie zdrowia; inwestorzy jednak niechętnie podejmują takie ryzyko wobec braku stabilnej sytuacji w sektorze oraz narzędzi, którymi można by wspierać te inwestycje w ochronie zdrowia [24]. Być może od czasu tej deklaracji warunki uległy zmianie lub – co wydaje się bardziej prawdopodobne – sektor prywatny nauczył się, jak inwestować mimo ograniczeń wymienionych w wyżej wymienionej deklaracji.

W omawianym okresie stopa inflacji wyniosła 73% [25]. Wskaźnik ten liczony jest dla cen towarów i usług konsumpcyjnych, więc może nie do końca dokładnie oddawać to, jak kształtowały się ceny majątku trwałego, ale daje pewne wyobrażenie na temat spadku wartości pieniądza. Jak widać, wzrost wartości środków trwałych był znacznie wyższy niż inflacja.

Największy udział w wartości środków trwałych w sektorze ochrony zdrowia mają budynki i budowle (prawie 54,5 mld zł), za którymi znajdują się maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia, o większej dynamice wzrostu niż ta pierwsza składowa. Natomiast największą dynamiką charakteryzują się środki transportu (i pozostałe). Wzrost tej ostatniej wartości można tłumaczyć chęcią zakupu samochodu „na firmę”. Powstanie tak dużej liczby podmiotów prywatnych, jak zostało to pokazane w tabeli 1, i możliwość użytkowania auta służbowego do celów prywatnych przez ich właścicieli wydaje się najlogiczniejszym wytłumaczeniem wspomnianej skali wzrostu wartości środków transportu w ochronie zdrowia.

Jak wspomniano, przytoczone dane wskazują jednoznacznie na dużą dynamikę wzrostu wartości środków trwałych w ochronie zdrowia. Jest to spowodowane przez szereg czynników. Można do nich zaliczyć: silny wzrost zamożności obywateli, których coraz wyższe zarobki przekładały się na ilość pieniądza, jaką miał do dyspozycji publiczny płatnik i jaką sami obywatele mogli wydawać na ochronę zdrowia. Nie do przecenienia jest także dopuszczenie na szeroką skalę prywatnych dostawców świadczeń do środków publicznych (Narodowego Funduszu Zdrowia) oraz możliwość wykorzystania funduszy unijnych, Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. To wszystko sprawiało, że w systemie pojawiły się środki, których wcześniej nie było. Niepokojące jest przy

tym to, że państwo sukcesywnie zmniejsza swoją rolę w bieżącym finansowaniu ochrony zdrowia, „przerzucając” odpowiedzialność za inwestycje na wyżej wymienione fundusze i obywateli. Tempo wzrostu wydatków na zdrowie z budżetu państwa było bowiem istotnie niższe niż tempo wzrostu PKB, a także niż wskaźnik inflacji w omawianym okresie. Drugą rysą na tym zdecydowanie pozytywnym obrazie środków trwałych w ochronie zdrowia jest rosący stopień ich zużycia, co każe zadać pytanie, czy jest to efekt chwilowej zadyszki, czy też w sektorze ochrony zdrowia zaczyna się już „zjadanie własnego ogona”? Z pewnością należałoby podjąć bardziej dogłębne badania w tym obszarze, co pozwoliłoby na stwierdzenie, jak jest faktycznie i jakie mogą być konsekwencje tego stanu rzeczy.

Przypisy

¹ O ile nie zaznaczono inaczej, wartości w niniejszym opracowaniu podawane są w bieżących cenach ewidencyjnych w mld zł, stan na 31.12.2020.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153.
2. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2017 poz. 844.
3. *Przyszłość sektora prywatnego w systemie opieki zdrowotnej* [Rozmowa R. Moksia i M. Błocha], BFF Medfinance, <https://www.medfinance.pl/przyszlosc-sektora-prywatnego-w-systemie-opieki-zdrowotnej> (dostęp: 9.10.2020).
4. Leszczyńska B., *Prywatne szpitale z ograniczonym dostępem do NFZ. Większość z nich może upaść*, Forsal, 01.12.2017, <https://forsal.pl/artykuly/1089111,prywatne-szpitaly-z-ograniczonym-dostepem-do-nfz-wiekszosc-z-nich-moze-upasc.html> (dostęp: 9.10.2020).
5. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> (dostęp: 8.08.2020).
6. Kaczor A., Kautsch M., *Inwestycje w publicznej i prywatnej ochronie zdrowia w latach 1999–2007*, [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne w ochronie zdrowia*, red. R. Lewandowski, R. Walkowiak, Olsztyn: Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, 2009.
7. Kaczor A., Kautsch M., *Rok 2008 – zmiana trendów inwestycyjnych w ochronie zdrowia?*, „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” 2011, nr 39, s. 106–122.
8. Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny 2019*, Warszawa 2019.
9. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2018-roku,1,9.html> (dostęp: 10.05.2020).
10. Ząbek K., Głogowski C., Gierczyński J., *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1999–2003*, „Menedżer Zdrowia” 2003, nr 5, s. 64–65.

11. OECD, *Health Statistics 2020*, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#> (dostęp: 3.10.2020).
12. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, *Mapa Dotacji*, <https://mapadotacji.gov.pl/> (dostęp: 5.10.2020).
13. Mechanizm Finansowy EOG i Norweski Mechanizm Finansowy, <https://www.eog.gov.pl/> (dostęp: 5.10.2020).
14. EEA and Norway Grants, <https://eeagrants.org/countries/poland> (dostęp: 5.10.2020).
15. Mazurek M., *Fundusze strukturalne jako źródło finansowania inwestycji w jednostkach ochrony zdrowia*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, nr 64, s. 577–581.
16. Dubas-Jakóbczyk K., *Rola funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w finansowaniu inwestycji w obszarze ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014, nr 12 (3), 228–238, doi:10.4467/20842627OZ.14.024.3442.
17. Główny Urząd Statystyczny, *Inwestycje i środki trwałe w gospodarce narodowej na rok 1999*, www.stat.gov.pl (dostęp: 10.05.2020).
18. Główny Urząd Statystyczny, *Inwestycje i środki trwałe w gospodarce narodowej na rok 2018*, www.stat.gov.pl (dostęp: 10.05.2020).
19. OECD, *OECD Health Statistics 2021*, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (dostęp: 10.05.2020).
20. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia na rok 1999*, Warszawa 2000.
21. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia na rok 2018*, Warszawa 2019.
22. Kautsch M., Ponikło W., Zientek K., Dela R., *Struktura szpitala*, MP.pl, 17.08.2020, <https://www.mp.pl/kurier/243616> (dostęp: 5.09.2020).
23. Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, Warszawa 2019, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> (dostęp: 5.09.2021).
24. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, *Program Związku*, <https://medycynaprywatna.pl/o-zwiazku-2/program-zwiazku/> (dostęp: 5.09.2021).
25. Główny Urząd Statystyczny, *Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych od 1950 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-/roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/> (dostęp: 7.10.2020).