

# Czy planowana ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa uzdrowi system ochrony zdrowia w Polsce?

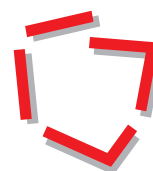
Bernadeta Skóbel  
Katarzyna Sekuła

Tytuł Analizy nie jest przypadkowy. System ochrony zdrowia w Polsce boryka się z ogromnymi problemami związanymi z niedostatecznym finansowaniem, brakami kadrowymi ale również brakiem stabilności w sferze prawno-organizacyjnej. Projekt przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia dotyka tylko jednego elementu systemu – szpitali i to w bardzo wąskim wymiarze – bo tylko w wymiarze zarządczym.

Tymczasem, jeżeli w dobrej kondycji finansowej jest relatywnie niewielka grupa podmiotów a nakłady na zdrowie w Polsce odbiegają od wydatków jakie na ochronę zdrowia ponoszą inne państwa europejskie – to pytanie postawione w tytule Analizy jest pierwszym, które powinni sobie stawiać parlamentarzyści, którzy ostatecznie zdecydują o tym, czy proponowane regulacje uchwalić.



Warto wiedzieć więcej  
Analizy samorządowe



ZWIĄZEK  
POWIATÓW  
POLSKICH

ISSN 2657-8638

Pod koniec 2021 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Jak wskazano w art. 5 projektu ustawy celem tego aktu prawnego ma być poprawa efektywności działalności oraz sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu szpitalnego, wsparcie rozwoju, optymalizacja działalności, dostosowanie działalności podmiotu do regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzenie lub ulepszenie procesowego modelu zarządzania podmiotem szpitalnym, a w razie potrzeby naprawa działalności podmiotu szpitalnego oraz restrukturyzacja jego zadłużenia.

W projekcie przewidziano utworzenie nowej instytucji, tj. Agencji Rozwoju Szpitalnictwa. Do minimum ograniczono rolę Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nie licząc pakietu zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie nowego otwarcia dla sieci szpitali, w projekcie trudno doszukać się rozwiązań, które odnosiłyby się do zasad finansowania systemu i które przede wszystkim pozwoliłyby na trwałe poprawić sytuację finansową szpitali. Ponadto w uzasadnieniu oraz w ocenie skutków regulacji niemal zupełnie pomija się kwestie związane z finansowaniem zdrowia w Polsce. Jedyną wzmiankę na ten temat można znaleźć we fragmencie odnoszącym się do poziomu finansowania ochrony zdrowia na tle innych państw Unii Europejskiej.

Do projekt ustawy wpłynęło przeszło 2000 uwag z różnych środowisk, w zdecydowanej większości krytycznie odnoszących się do proponowanej „reformy”.

W projekcie przewiduje się wprowadzenie czterech kategorii zaszeregowania szpitali

- 1) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A;
- 2) kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek;
- 3) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe;
- 4) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.

Kategoryzacja następuje poprzez wykorzystanie następujących wskaźników:

- 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru:

$$= \frac{\text{Wynik z działalności operacyjnej} \times 100\%}{\text{Przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne}}$$

- 2) wskaźnik płynności szybkiej obliczany z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku według wzoru:

$$= \frac{\text{Aktywa obrotowe} - \text{należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy} - \text{krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)} - \text{zapasy}}{\text{Zobowiązania krótkoterminowe} - \text{zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy} + \text{rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe}}$$

- 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru:

$$= \frac{\text{Zobowiązania wymagalne} \times 100\%}{\text{Przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe}}$$

- 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem obliczany z dokładnością do jednego miejsca po przecinku według wzoru:

$$= \frac{(\text{Zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} - \text{fundusze specjalne}) \times 100\%}{\text{Przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe}}$$

- Do **kategorii A** kwalifikuje się podmiot szpitalny, który spełnia łącznie następujące warunki:
- 1) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0%;
  - 2) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00;
  - 3) wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2%;
  - 4) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.

Do **kategorii B** kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie kwalifikuje się do kategorii A, C albo D.

Do **kategorii C** kwalifikuje się podmiot szpitalny, który nie został zakwalifikowany do kategorii D, oraz:

- 1) spełnia łącznie następujące warunki:
  - a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -2,0%,
  - b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70 lub
- 2) w przypadku którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.

Do **kategorii D** kwalifikuje się podmiot szpitalny:

- 1) spełniający łącznie następujące warunki:
  - a) wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%,
  - b) wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35,
  - c) wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50% lub
- 2) w przypadku, którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15%.

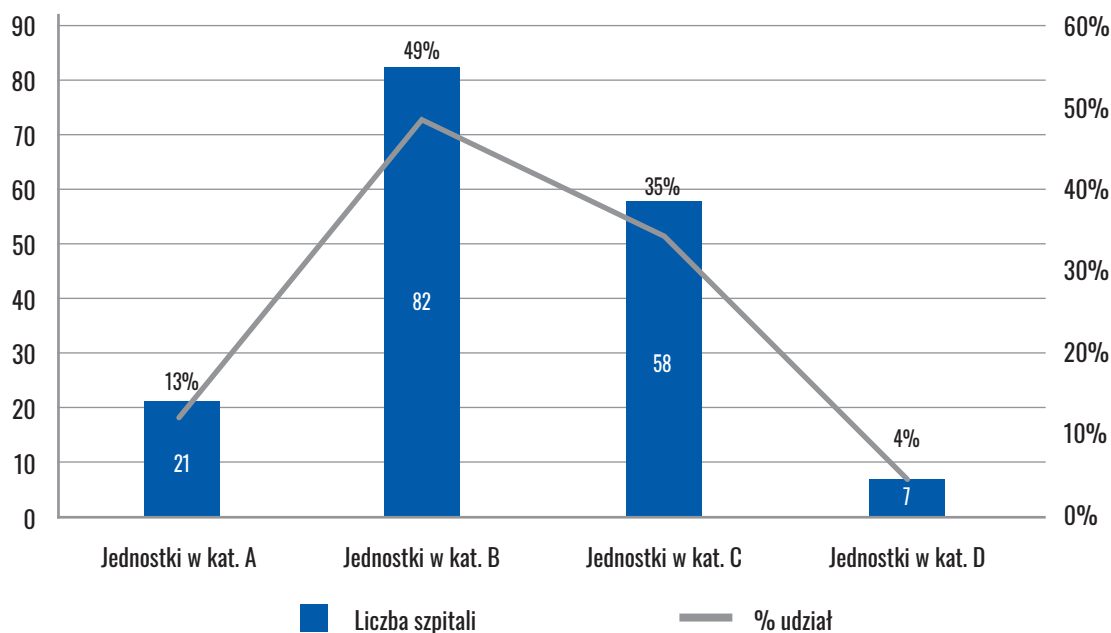
Innymi słowy przyporządkowanie do kategorii A wskazuje na w miarę stabilną sytuację finansową, zaszerogowanie do kategorii B może wskazywać na brak stabilnej sytuacji ekonomiczno-finansowej, przyporządkowanie do kategorii C i D wskazuje na poważne problemy, które mogą wpływać na zdolność do realizacji bieżących działań.

Zgodnie z art. 140 projektu ustawy pierwsza ocena i przyznanie kategorii, ma nastąpić w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 r. Z oczywistych względów danych ekonomiczno-finansowych za 2022 r. nie ma. Dla potrzeb niniejszej analizy przeprowadzono symulowaną kategoryzację podmiotów szpitalnych będących SP ZOZ-ami oraz spółkami prawa handlowego zależnymi od jednostek samorządu terytorialnego szczebla powiatowego w rozumieniu art. 6 ustawy o działalności leczniczej, bazując na danych za 2020 r. Przy analizie wykorzystano dane ze sprawozdań MZ-03 przekazanych przez szpitale do Związku Powiatów Polskich w 2021 r. oraz ze sprawozdań finansowych, o ile dane tam zawarte pozwoliły na wyliczenie wszystkich wskaźników, o których mowa w projekcie. Należy zaznaczyć, że dane ze sprawozdań MZ-03 mogą różnić się od ostatecznych danych zawartych w zatwierdzonych sprawozdaniach finansowych, z uwagi na przesunięcie w 2020 r. terminu na zatwierdzenie sprawozdania finansowego. Niemniej jednak zgromadzone dane pozwalają na wyciągnięcie wniosków dotyczących projektowanych regulacji.

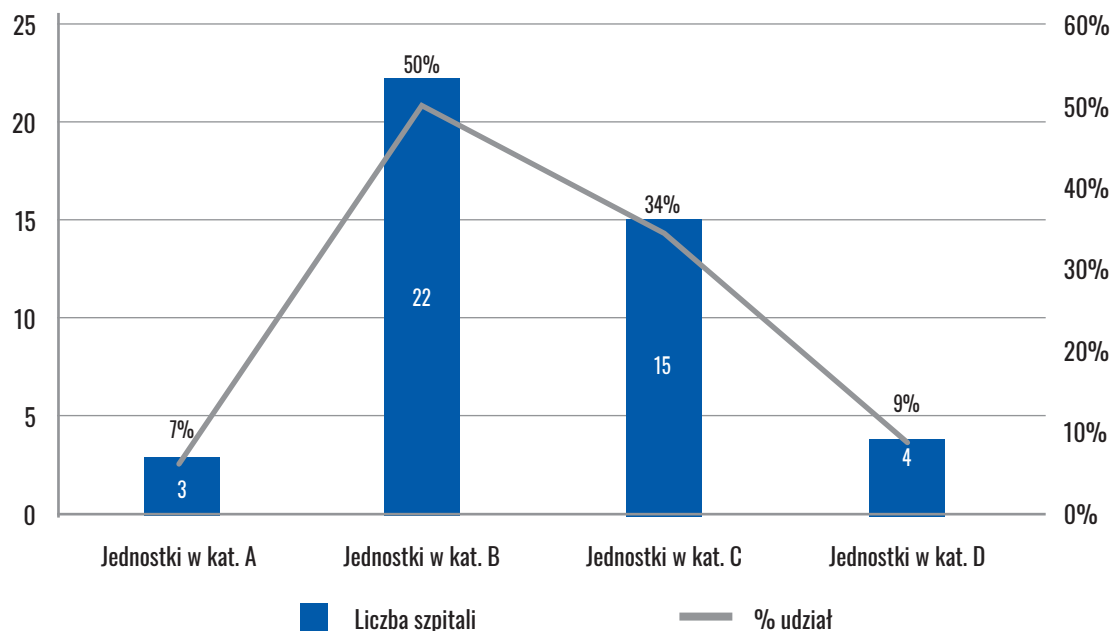
W analizie wzięto pod uwagę dane ze 168 SP ZOZ i 44 szpitalnych spółek prawa handlowego. Łącznie 212 podmiotów.



Wykres 1. Liczba SP ZOZ-ów przyporządkowanych do danej kategorii oraz procentowy udział poszczególnych kategorii w całości próbki



Wykres 2. Liczba szpitali funkcjonujących jako spółki z o.o., przyporządkowanych do danej kategorii oraz procentowy udział poszczególnych kategorii w całości próbki



Z prezentowanych wykresów można wyciągnąć dwa wnioski. Po pierwsze zmiana formy prawnej funkcjonowania szpitali poprzez przekształcenie w spółki prawa handlowego w dłuższej perspektywie czasowej nie przyniosła rezultatów w postaci poprawy wyników finansowych. W ujęciu procentowym więcej szpitalnych spółek prawa handlowego (43%) mieści się w kategoriach C i D niż samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (39%). Drugi wniosek jaki nasuwa się jest taki, że spośród 212 analizowanych podmiotów, tylko 24 (11%) kwalifikują się do kategorii A, a pozostałe nie mogą wykazać się stabilną sytuacją finansową. Pozwala to z kolei

postawić pytanie czy projekt ustawy, który w niewielkim zakresie odnosi się do zmiany systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej rzeczywiście stanowi odpowiedź na zidentyfikowany problem prawny.

**Wydaje się, że nie do obronienia jest teza, że w prawidłowo funkcjonującym systemie finansowania opieki zdrowotnej naturalnym jest, że przeważająca liczba podmiotów szpitalnych działających na szczeblu lokalnym nie ma stabilnej sytuacji finansowej. Trudno takie zjawisko tłumaczyć nieudolnością osób zarządzających, czy brakiem odpowiedniego nadzoru nad podmiotami leczniczymi.**

Warto dodać, że z danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że sytuacja szpitali powiatowych nie jest odosobniona. W przypadku Instytutów Badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia prowadzących szpitale, biorąc pod uwagę dane za 2020 r. połowa będzie kwalifikowała się do kategorii C i D. Tylko dwa instytuty tj. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie oraz Instytut Kardiologii w Warszawie kwalifikują się do kategorii A, co jednak nie dziwi biorąc pod uwagę profil działania obu wymienionych podmiotów.

Warto szerzej przyglądnąć się proponowanym w projekcie ustawy wskaźnikom.

**Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej** w przypadku szpitali powiatowych wypada relatywnie dobrze. Blisko połowa podmiotów ma wskaźnik powyżej 0,0%.

Wskaźnik rentowności działalności operacyjnej mierzy relację między zyskiem (stratą) na całej działalności operacyjnej a sprzedażą (wartościowo). Określa on jaka część przychodów operacyjnych przeznaczona jest na pokrycie kosztów sprzedanych produktów, towarów i materiałów (czyli kosztów operacyjnych).

Pożądana wartość tego wskaźnika to wynik dodatni, ponieważ tylko wtedy przychody uzyskane ze sprzedaży przewyższają koszty ich osiągnięcia.

Im wyższa wartość wskaźnika tym lepsza sytuacja danego przedsiębiorstwa, ponieważ oznacza to, że z każdej złotówki przychodu wypracowuje się coraz większy zysk (koszty podstawowej działalności operacyjnej pochłaniają mniejszą część przychodów z tej działalności).

**Tabela 1. Rozkład wskaźnika rentowności działalności operacyjnej i struktura badanych szpitali z uwzględnieniem ich formy organizacyjno-prawnej**

Typ podmiotu szpitalnego	>0,0%	≤0,0% – ≥-2,0%	<-2,0%-≥-5,0%	<-5,0%
SP ZOZ	84	22	33	29
Spółki prawa handlowego	18	6	5	15

Kolejnym ciekawym wskaźnikiem, któremu warto bliżej się przyglądnąć jest **wskaźnik płynności szybkiej**. Jest to wskaźnik, który pokazuje w jakim stopniu jednostka jest w stanie pokrywać swoje zobowiązania krótkoterminowe z posiadanych aktywów obrotowych. Przyjmuje się, że wskaźnik płynności szybkiej na poziomie między 1,00 a 0,70 stanowi niepokojące zjawisko bowiem podmiot nie posiada należności krótkoterminowych oraz środków pieniężnych ani innych krótkoterminowych aktywów finansowych pozwalających na pokrycie swoich zobowiązań krótkoterminowych a biorąc pod uwagę specyfikę działania podmiotów leczniczych zagrożenia tego nie da się wyeliminować prowadząc odpowiednią politykę gospodarowania zapasami. Nawet projektodawca w uzasadnieniu do projektu ustawy wskazał, że cyt.: „Ciężko (...) uznać, że posiadane przez podmioty szpitalne zapasy, w tym materiały medyczne i leki, stanowią najbardziej płynne aktywa mogące służyć spłacie zobowiązań”. Spadek wskaźnika poniżej 0,70 uznaje się za utratę płynności.



Odnosząc powyższe do sytuacji powiatowych podmiotów szpitalnych, zaledwie 36 analizowanych SP ZOZ-ów i spółek prawa handlowego posiada wskaźnik płynności szybkiej powyżej 1,00, a dla aż 138 (65%) wskaźnik ten wynosi mniej niż 0,70 w tym dla 33 mniej niż 0,35.

**Tabela 2. Rozkład wskaźnika płynności szybkiej i struktura badanych szpitali z uwzględnieniem ich formy organizacyjno-prawnej**

Typ podmiotu szpitalnego	>1,00	≤1,00-≥0,70	<0,70-≥0,35	<0,35
SP ZOZ	30	27	83	28
Spółki prawa handlowego	6	11	22	5

**Wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem** obrazuje poziom zobowiązań wymagalnych (czyli bezspornych, których termin płatności minął, ale nie są przedawnione ani umorzone) i możliwość ich pokrycia z uzyskiwanych przychodów. Z analizowanych podmiotów w przeszło połowie wskaźnik jest równy lub wyższy od 0,2%. SP ZOZ są jednostkami sektora finansów publicznych, w których w ogóle zobowiązania wymagalne nie powinny się pojawiać.

**Tabela 3. Rozkład wskaźnika zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem i struktura badanych szpitali z uwzględnieniem ich formy organizacyjno-prawnej**

Typ podmiotu szpitalnego	<0,2%	≥0,2% – ≤5%	>5,0% – ≤15%	>15%
SP ZOZ	82	60	22	4
Spółki prawa handlowego	20	14	9	1

Porównanie posiadanych **zobowiązań ogółem do przychodów ogółem** pozwala określić jaka część rocznych przychodów potrzebna byłaby do uregulowania całości zobowiązań posiadanych przez podmiot szpitalny. W przypadku 60% podmiotów wskaźnik ten jest na bezpiecznym poziomie poniżej 30,0%. W przypadku 33 analizowanych podmiotów wskaźnik ten wynosi powyżej 50,0%.

**Tabela 4. Rozkład wskaźnika zobowiązań ogółem do przychodów ogółem i struktura badanych szpitali z uwzględnieniem ich formy organizacyjno-prawnej**

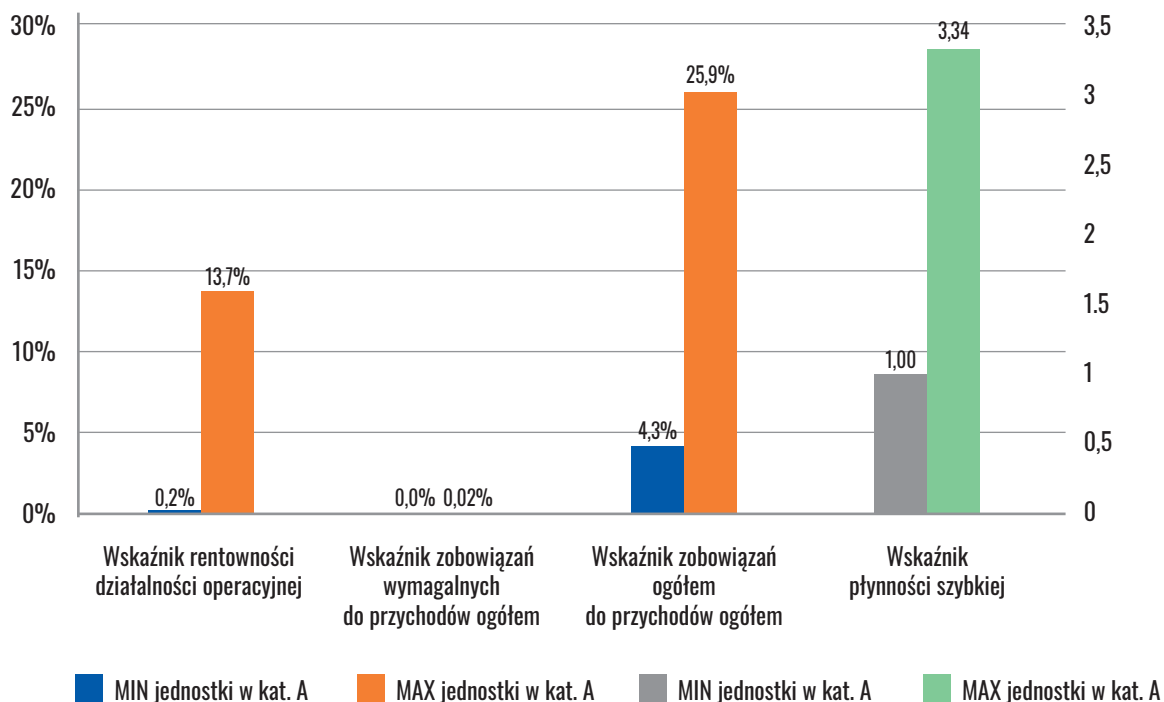
Typ podmiotu szpitalnego	<30%	≥30% – ≤50%	>50%
SP ZOZ	97	43	28
Spółki prawa handlowego	32	7	5

W obrębie podmiotów szpitalnych zakwalifikowanych do poszczególnych kategorii sytuacja nie jest jednolita, jeżeli chodzi o wartości poszczególnych wskaźników.

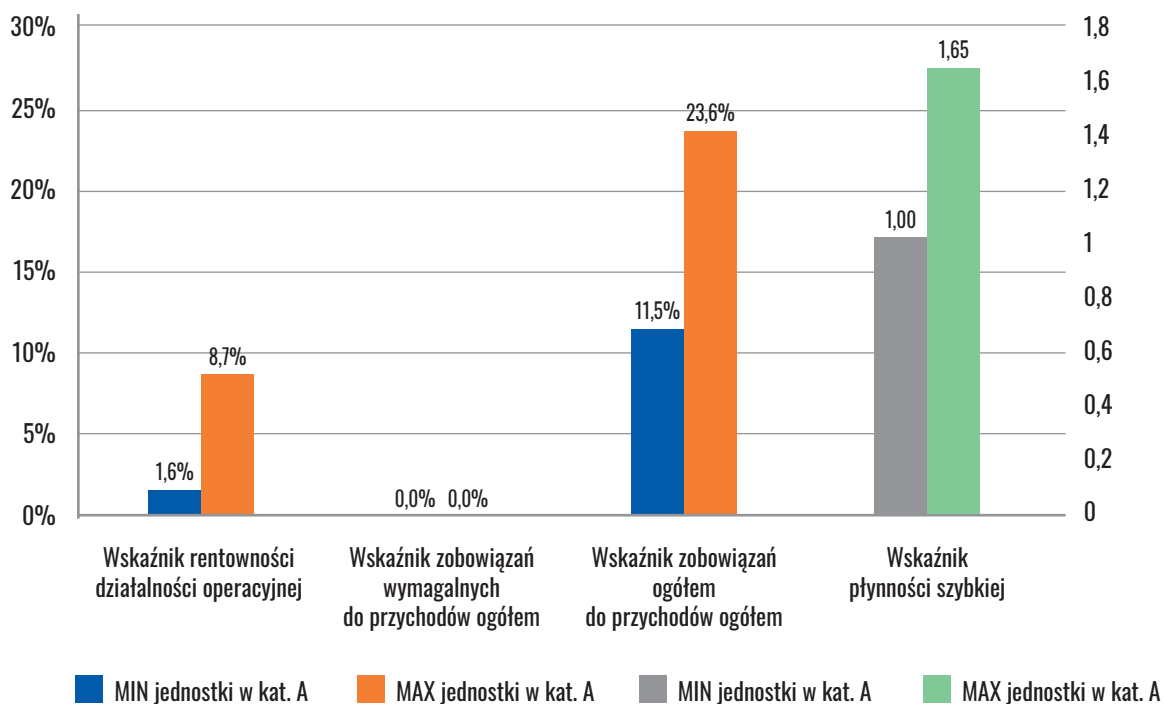
Obrazują to poniższe wykresy.



Wykres 3. Najmniejsze i największe wartości poszczególnych wskaźników w SP ZOZ-ach z przyporządkowaną kat. A

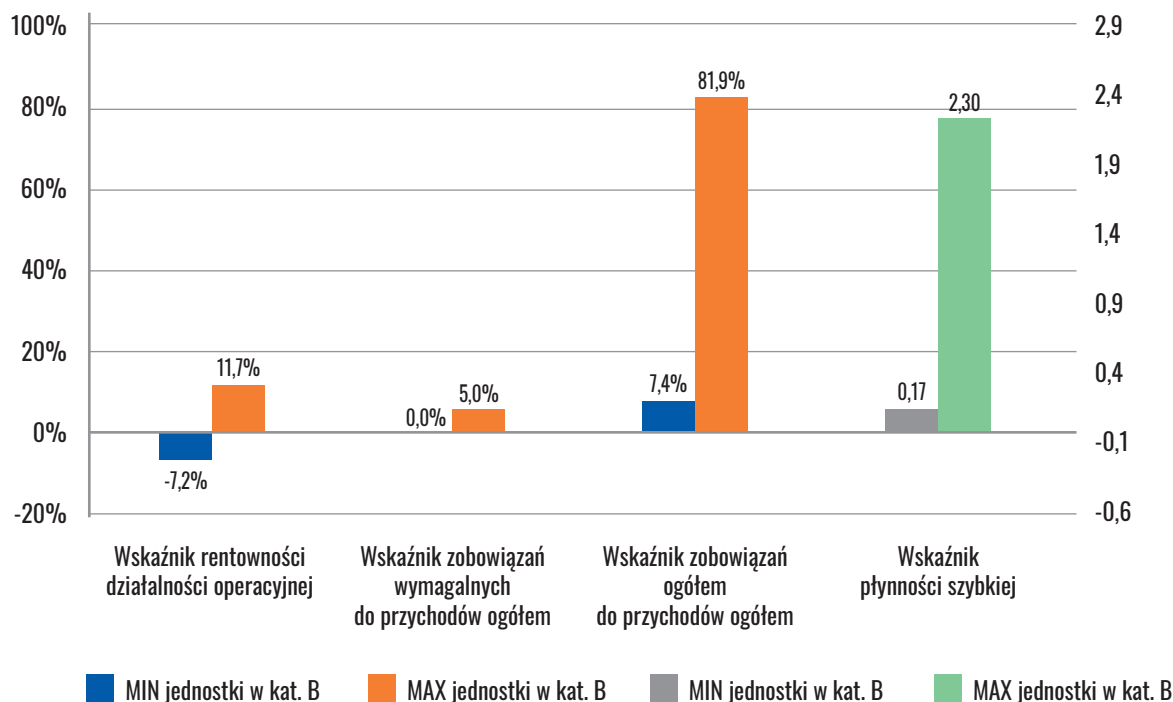


Wykres 4. Najmniejsze i największe wartości poszczególnych wskaźników w szpitalach działających w formie spółek z przyporządkowaną kat. A

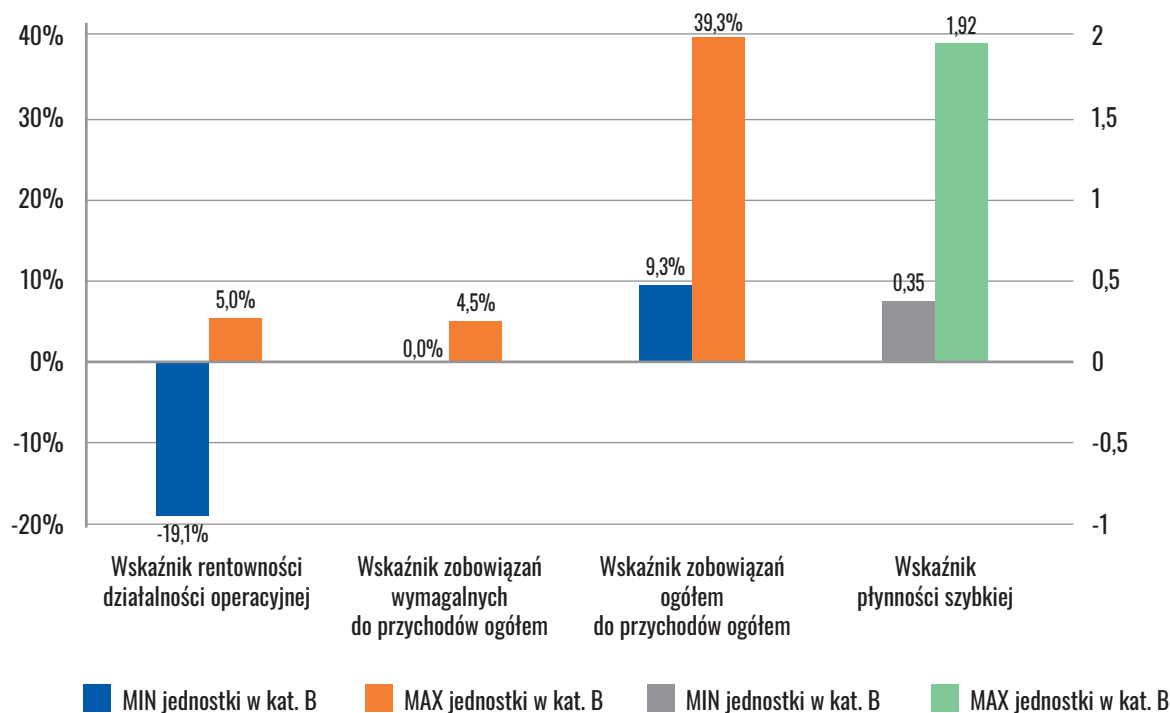




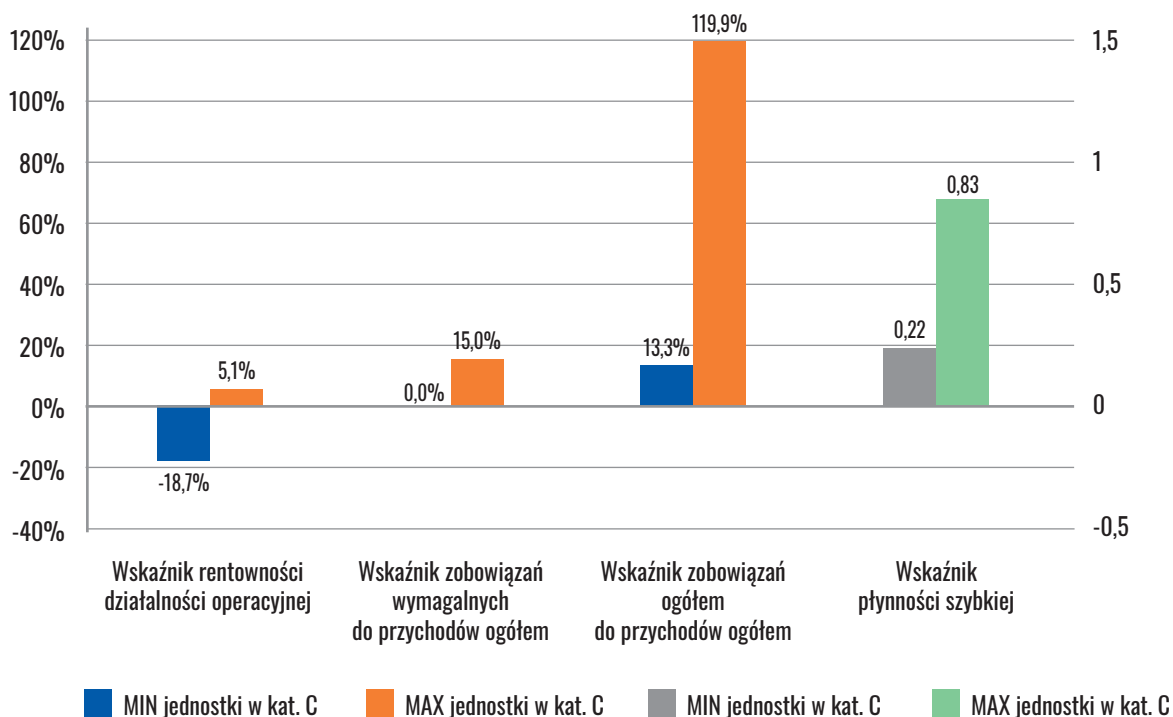
Wykres 5. Najmniejsze i największe wartości poszczególnych wskaźników w SP ZOZ-ach z przyporządkowaną kat. B



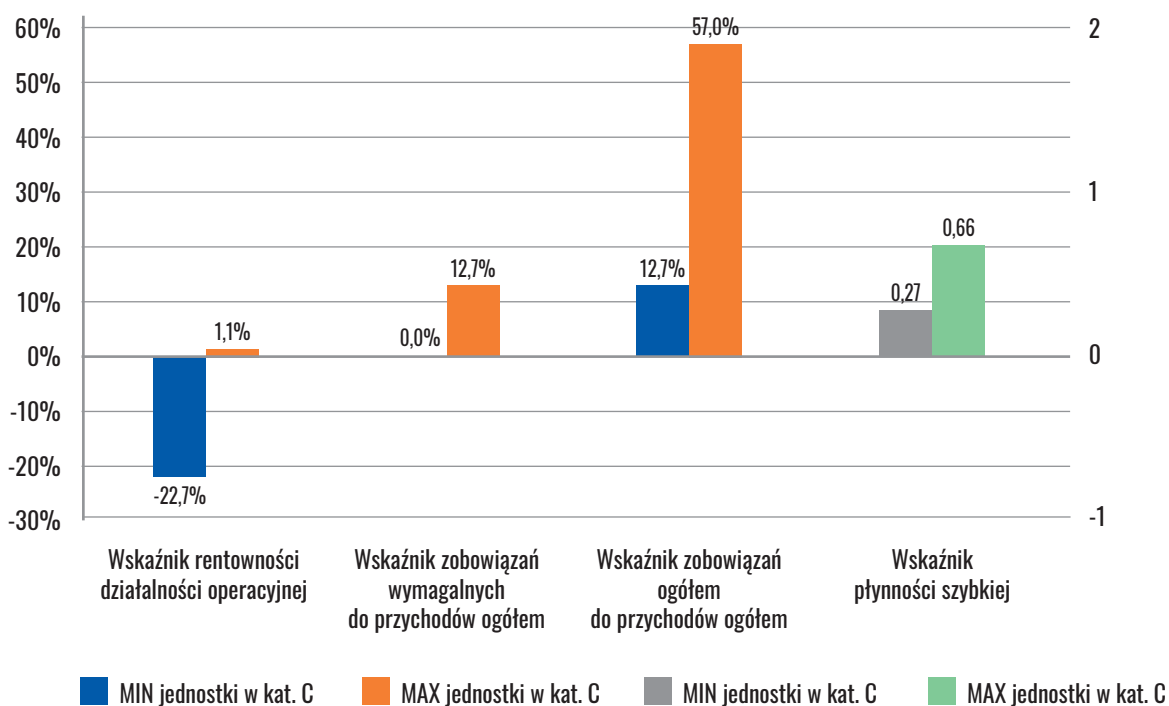
Wykres 6. Najmniejsze i największe wartości poszczególnych wskaźników w szpitalach działających w formie spółek z przyporządkowaną kat. B



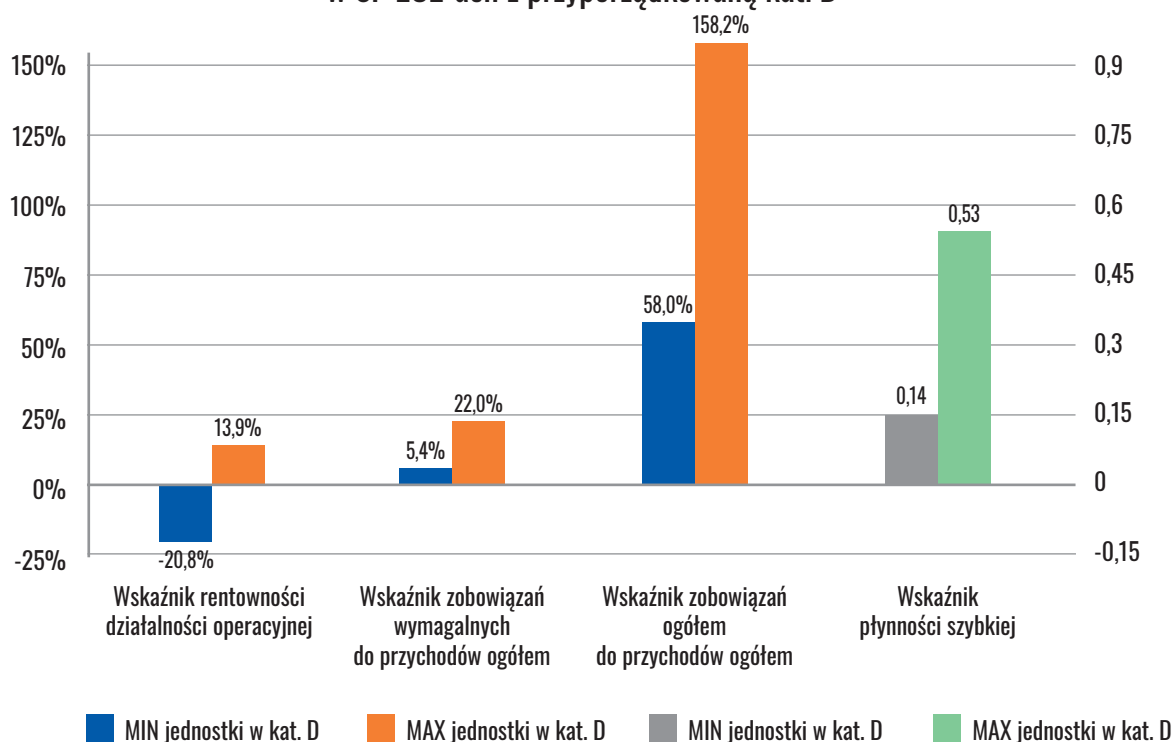
Wykres 7. Najmniejsze i największe wartości poszczególnych wskaźników w SP ZOZ-ach z przyporządkowaną kat. C



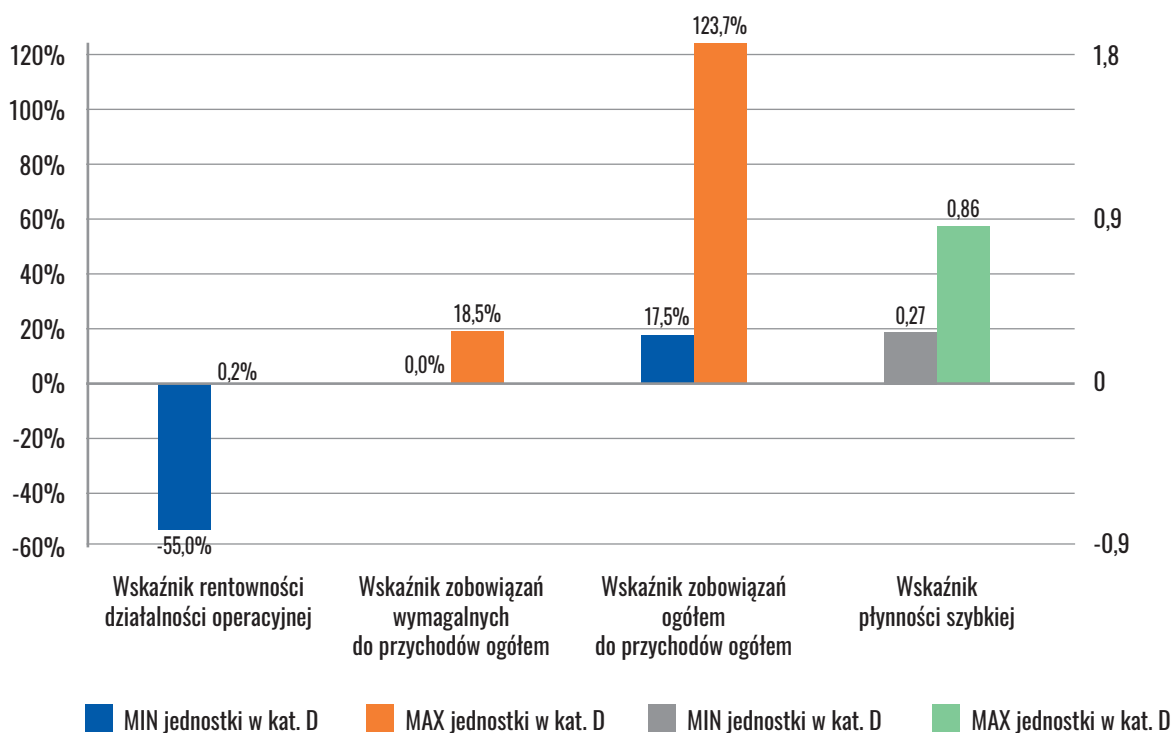
Wykres 8. Najmniejsze i największe wartości poszczególnych wskaźników w szpitalach działających w formie spółek z przyporządkowaną kat. C



Wykres 9. Najmniejsze i największe wartości poszczególnych wskaźników w SP ZOZ-ach z przyporządkowaną kat. D



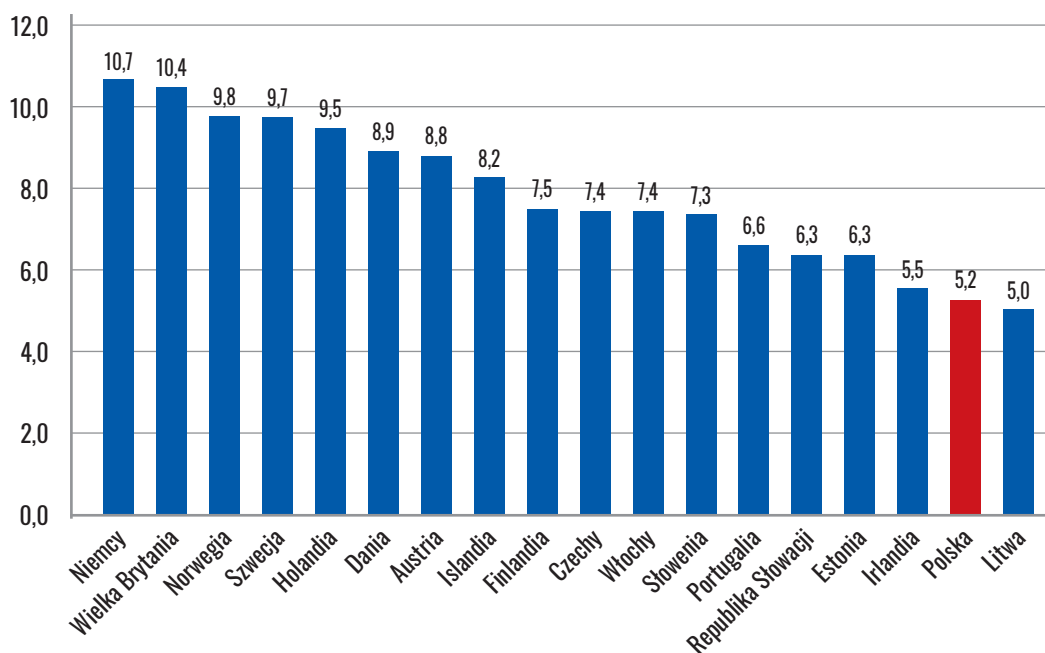
Wykres 10. Najmniejsze i największe wartości poszczególnych wskaźników w szpitalach działających w formie spółek z przyporządkowaną kat. D



# Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce na tle innych europejskich państw OECD

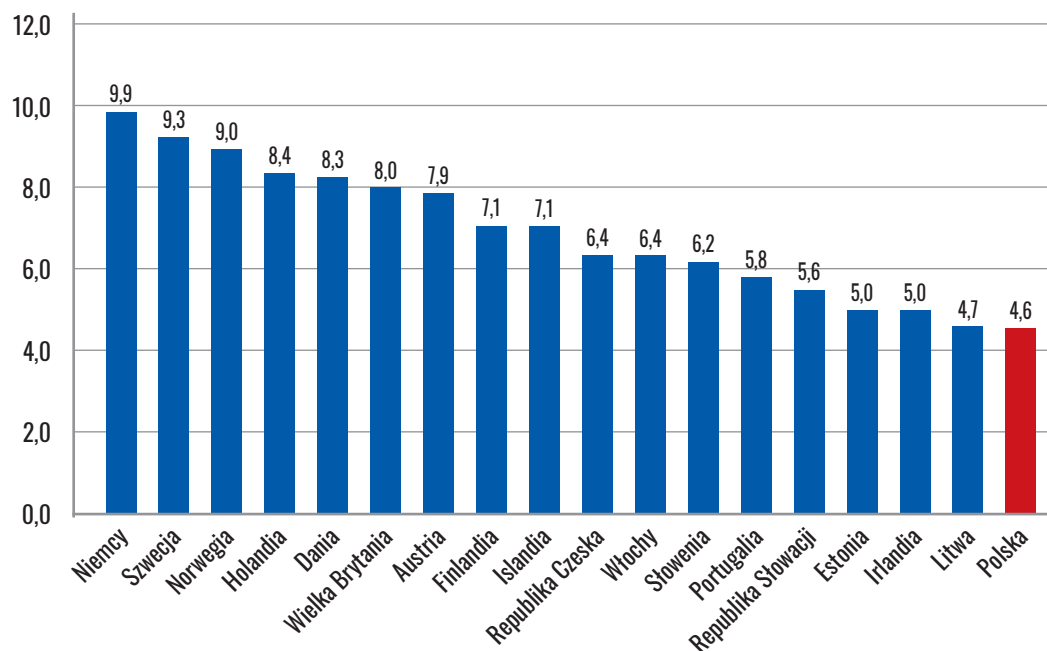
W uzasadnieniu do projektu ustawy niemal pomija się kwestie związane z poziomem finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Tymczasem, bazując na wstępnych danych za 2020 r. zgromadzonych i opublikowanych przez OECD, obserwujemy, że jeżeli chodzi o poziom finansowania ochrony zdrowia w Polsce na tle innych europejskich państw – członków OECD, nasz kraj nadal jest w ogonie Europy. W analizie poniżej wykorzystano dane opublikowane na stronie internetowej <https://stats.oecd.org/> wg stanu na dzień 8 lutego 2022 r. a dotyczące wszystkich europejskich krajów OECD, dla których dane na ten dzień były dostępne.

Wykres 11. Udział wydatków na ochronę zdrowia do PKB w 2020 r.



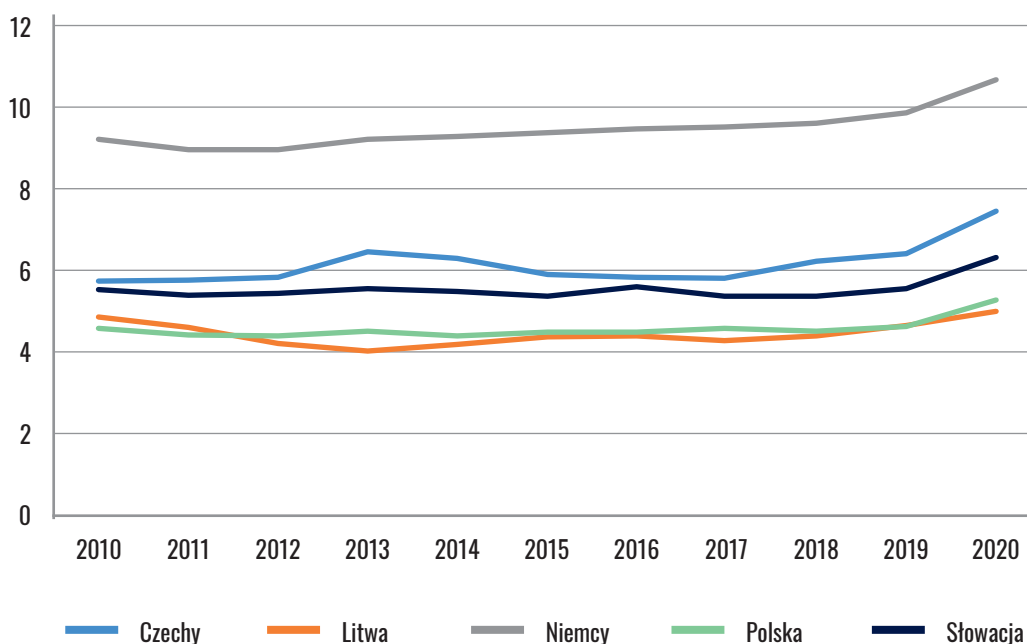
Porównując te dane do roku 2019, obserwujemy, że owszem nastąpił wzrost wydatków na ochronę zdrowia, niemniej jednak wzrost ten jest zauważalny w całej Europie i w dużej mierze wynika z konieczności zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia spowodowaną sytuacją epidemiczną. Obrazuje to poniższy wykres.

Wykres 12. Udział wydatków na ochronę zdrowia do PKB w 2019 r.



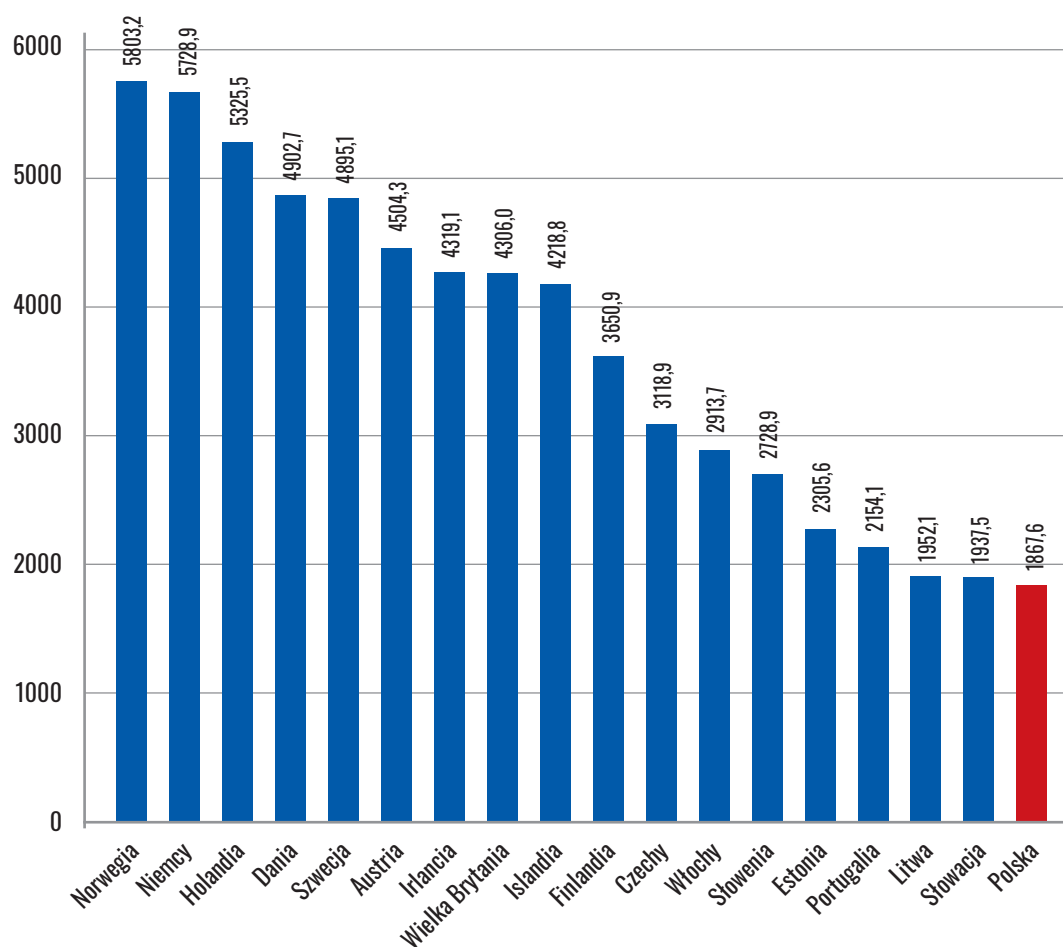
W 2020 r. widać dalsze zwiększenie różnicy w nakładach na ochronę zdrowia w Państwach OECD graniczących z Polską. Jedynym wyjątkiem jest Litwa, gdzie w ostatniej dekadzie można zaobserwować podobną tendencję jak w przypadku Polski. Obrazuje to poniższy wykres.

Wykres 13. Udział wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do PKB w Polsce i krajach sąsiadujących na przestrzeni lat 2010-2020



Bardzo istotnym wskaźnikiem, jest wskaźnik pokazujący nakłady na ochronę zdrowia z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza. Spośród analizowanych Państw Polska w 2020 r. zajęła ostatnie miejsce.

Wykres 14. Nakłady *per capita* z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza w 2020 r. (w \$)



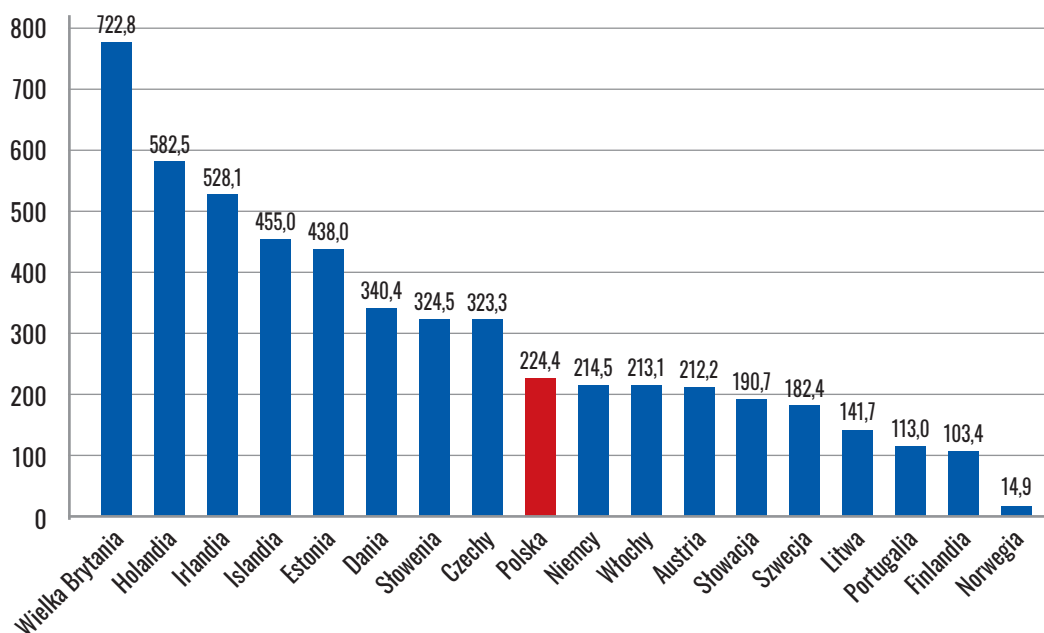
Szerzej zjawisko to na przestrzeni 2010-2020 obrazuje poniższa tabela.

**Tabela 5. Nakłady *per capita* z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza w latach 2010-2020 (w \$)**

Kraj \ Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Austria	3180,8	3242,1	3426,5	3527,9	3595,7	3661,1	3842,7	3934,3	4149,6	4292,1	4504,3
Czechy	1669,1	1712,8	1750,6	2047,2	2120,6	2096,2	2189,6	2358,8	2635,8	2795,6	3118,9
Dania	3492,6	3486,5	3623,8	3754,5	3819,0	3934,1	4079,7	4271,2	4459,6	4562,2	4902,7
Estonia	1041,2	1076,5	1161,4	1237,0	1326,0	1412,3	1534,5	1620,4	1743,6	1867,6	2305,6
Finlandia	2643,2	2792,7	2960,3	3066,0	3086,1	3071,8	3128,0	3221,3	3369,6	3547,5	3650,9
Niemcy	3683,5	3795,4	3937,6	4151,4	4338,2	4458,2	4781,4	5037,3	5313,8	5514,4	5728,9
Islandia	2608,1	2650,2	2716,5	2806,6	2897,4	3016,9	3205,0	3389,4	3609,4	3763,8	4218,8
Irlandia	3087,4	3017,8	3127,3	3035,4	2979,9	3093,1	3299,2	3417,9	3630,4	3791,0	4319,1
Włochy	2436,7	2386,0	2330,6	2305,3	2290,5	2299,3	2435,9	2489,4	2600,8	2700,6	2913,7
Litwa	984,2	1054,1	1055,6	1101,5	1203,7	1287,1	1397,0	1475,5	1622,1	1810,4	1952,1
Holandia	3732,5	3775,5	3926,9	3995,6	4000,9	4009,7	4137,2	4291,7	4547,3	4743,0	5325,5
Norwegia	4047,3	4191,8	4415,4	4664,3	4867,8	4897,3	5041,0	5306,7	5602,2	5788,2	5803,2
<b>Polska</b>	<b>1020,8</b>	<b>1060,7</b>	<b>1105,7</b>	<b>1180,5</b>	<b>1192,1</b>	<b>1268,6</b>	<b>1358,1</b>	<b>1429,2</b>	<b>1517,7</b>	<b>1643,2</b>	<b>1867,6</b>
Portugalia	1718,3	1586,5	1484,8	1561,2	1568,2	1626,9	1735,9	1779,6	1930,4	2041,1	2154,1
Słowacja	1446,9	1457,0	1513,7	1598,2	1612,7	1641,5	1639,0	1578,4	1642,3	1746,7	1937,5
Słowenia	1703,7	1745,0	1749,3	1781,0	1777,2	1852,1	1991,5	2045,1	2228,9	2404,4	2728,9
Szwecja	2831,7	3767,5	3941,0	3975,8	4088,4	4201,5	4320,6	4421,2	4626,3	4712,7	4895,1
Wielka Brytania	2770,1	2810,6	2895,2	2928,1	3002,8	3041,2	3174,7	3230,6	3366,7	3533,2	4306,0
Mediana	2625,7	2721,5	2805,8	2867,4	2938,7	3029,0	3151,4	3226,0	3368,1	3540,4	3934,9
Średnia	2449,9	2533,8	2617,9	2706,5	2764,8	2826,1	2960,6	3072,1	3255,4	3403,2	3701,8

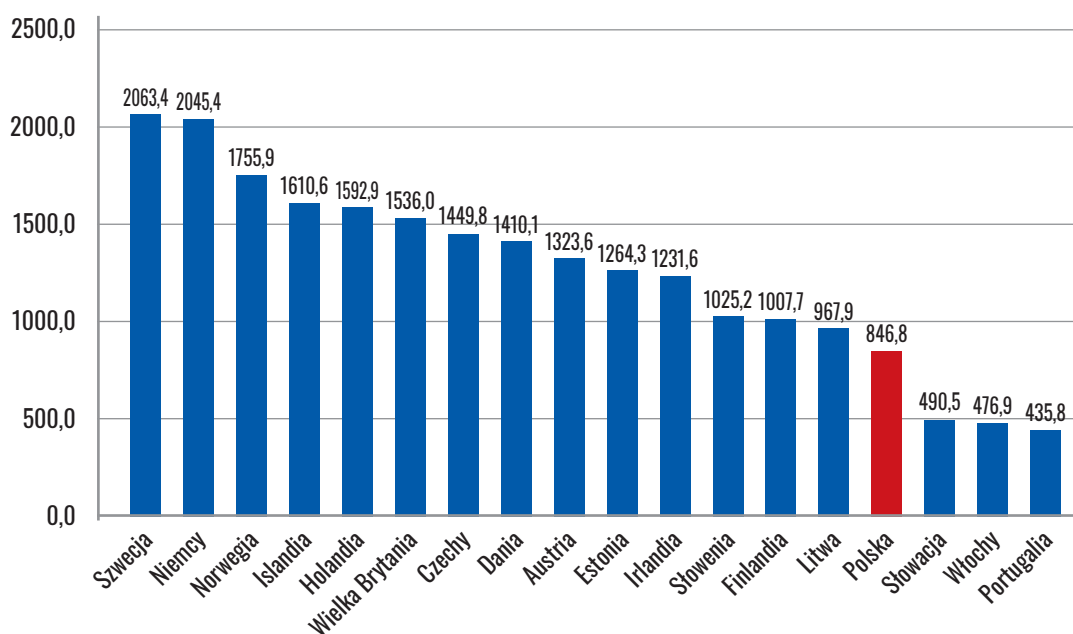
Należy przy tym zaznaczyć, że widoczny jest pewien wzrost nakładów na ochronę zdrowia w Polsce, niemniej jednak jest on niewystarczający aby dogonić kraje wysoko rozwinięte. Przykładem jest Norwegia, gdzie nakłady *per capita*, z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza wzrosły w 2020 r. zaledwie o 14\$, jednak w 2020 r. wynosiły one 5803\$ w stosunku do 1868\$ w Polsce. Oznacza to, że przy utrzymaniu takiego tempa Polska potrzebowałaby kolejnych 17 lat żeby dojść do miejsca, w którym obecnie jest Norwegia. Jeszcze ciekawszy jest przykład Danii. Państwo to było kilkakrotnie pokazywane jako przykład, gdzie w udany sposób przeprowadzono reformę szpitalnictwa. W 2020 r. nakłady na zdrowie *per capita* z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza wyniosły 4903\$ a w stosunku do 2019 r. wzrosły o 340\$. Obrazuje to poniższy wykres.

Wykres 15. Różnica nakładów *per capita* z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza pomiędzy 2020 a 2019 rokiem (w \$)



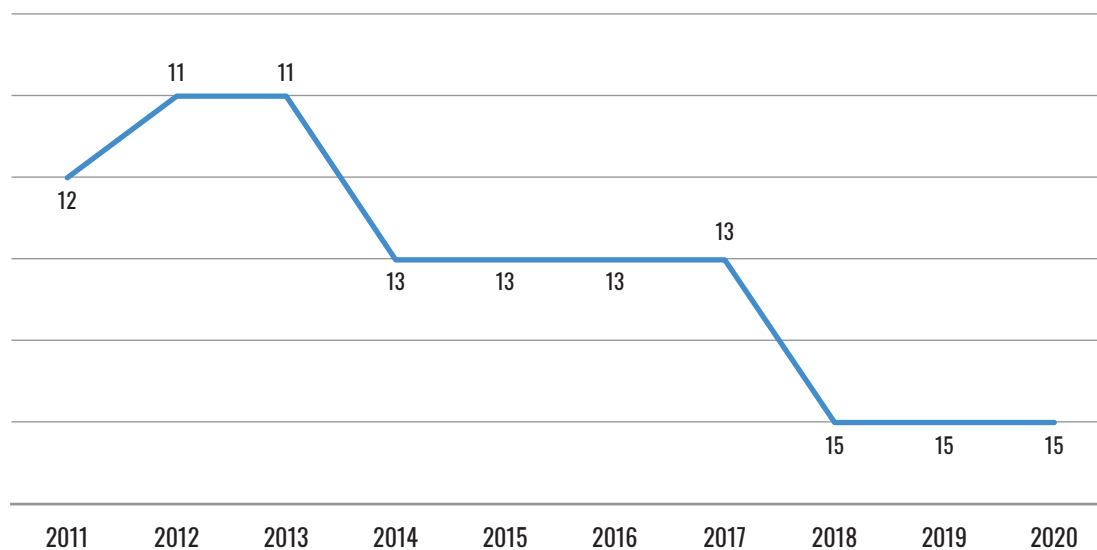
Spoglądając z perspektywy długookresowej obserwujemy, że w niemal wszystkich krajach nakłady *per capita* z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza na ochronę zdrowia rosną szybciej niż w Polsce.

Wykres 16. Różnica nakładów *per capita* z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza pomiędzy 2020 a 2010 rokiem (w \$)





Wykres 17. Miejsce Polski w rankingu zwiększenia udziału nakładów *per capita* z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza, w latach 2011-2020 w porównaniu do 2010 r.



Powyższy wykres przedstawia różnicę nakładów *per capita* z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza między latami 2011-2020, a 2010 rokiem. Na tej podstawie został zrobiony ranking analizowanych państw.

Można zaobserwować, że Polska coraz bardziej oddala się od czołówki i zajmuje coraz gorszą pozycję „w tym wyścigu” (spadła z 11 miejsca, jakie zajmowała w 2012 i 2013 roku na 15 w 2020 r.). Wyprzedziły nas m.in. nasz sąsiad – Czechy, które awansowały z 12 na 7 pozycję, Irlandia, Słowenia oraz Wielka Brytania.



# Spis treści

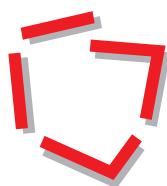
1. Wprowadzenie . . . . .	2
2. Kategoryzacja szpitali . . . . .	3
3. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce na tle innych europejskich państw OECD . . .	12



Copyright by  
Związek Powiatów Polskich



Warto wiedzieć więcej  
**Analizy samorządowe**



ZWIĄZEK  
POWIATÓW  
POLSKICH

**ISSN 2657-8638**

Wydawca:  
Związek Powiatów Polskich  
Pałac Kultury i Nauki (27 piętro, pokój 2704)  
00-901 Warszawa, Plac Defilad 1  
[www.zpp.pl](http://www.zpp.pl)  
tel. +48 22 656 63 34  
fax +48 22 656 63 33