

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE
Wydawnictwo SAN ISSN 1733-2486
Tom XIII – Zeszyt 9 – 2012 – ss. 13–26

Marcin Kautsch
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Zmiany zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej

Streszczenie: Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej ulegało w ostatnich latach istotnym zmianom. Zobowiązania wymagalne były zastępowane przez niewymagalne. Poziom zobowiązań ogółem utrzymywał się przez dłuższy okres na podobnym poziomie, jednak w ostatnim czasie zaczyna wzrastać. Powyższe może być przypisane czynnikom zewnętrznym oraz wewnętrznym. Autor, wśród tych ostatnich, wskazuje na niską jakość zarządzania zakładami. Zmiana sposobu zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, zmiana sposobów zakupu usług oraz restrukturyzacja zasobów przyczynić się mogą do zmniejszenia zadłużenia.

Changes in debt levels of public health care units

Summary: The level of debt borne by public health care units has changed significantly in recent years. Payable liabilities were replaced by non-payable ones. Total liabilities have stabilised for a period of time, however, recently, they have begun to rise, which can be attributed both to external and to internal factors. Within the latter group, the author focuses on poor quality of institutional management and argues that changes in the way health care units are managed, changes in service procurement procedures and a restructuring of resources may contribute to debt reduction.

Wprowadzenie

Dyskusje na temat zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (sp zoz), zwłaszcza szpitali, mają charakter przede wszystkim polityczny, brak jest rzetelnej analizy mechanizmów i przyczyn jego powstawania. Wymienianie przyczyn zadłużenia ograniczają się do stwierdzenia, mówiącego o wysokich kosztach, czy niedostatecznych przychodach. Brak dyskusji o merytorycznych rozwiązaniach na poziomie systemu ochrony zdrowia sprawia że, de facto, niestosowane są narzędzia, które mogłyby zmniejszyć poziom zadłużenia. Zadłużenie staje się trwałym elementem nie tylko polskiego systemu opieki zdrowotnej. Podobne

zjawiska występują w innych krajach, w których zakłady opieki zdrowotnej / płatnicy od lat generują deficyt. Zadłużenie szpitali w Polsce rosło gwałtownie na początku poprzedniej dekady. Następnie przez kilka lat – choć nie w sposób znaczący – doszło do obniżenia wielkości zobowiązań publicznych szpitali, które jednak ostatnio powtórnie wzrasta.

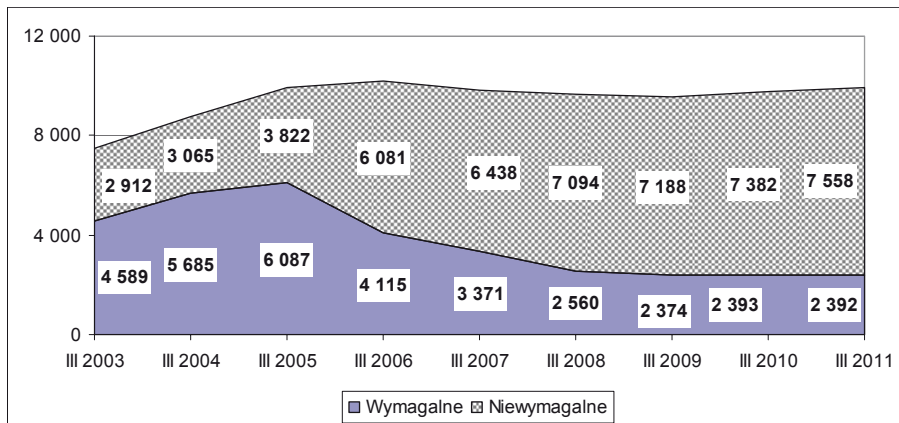
Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wielkości zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w ostatnich latach, próba pokazania czynników, które sprawiały, że jego poziom tak istotnie zmieniał się, a także wskazanie działań, które mogłyby doprowadzić do obniżenia wielkości zadłużenia zoz-ów, czy też spadku tempa jego narastania.

Skala zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej

Zadłużenie zoz-ów jest zmienne i zależy od kilku czynników. W powszechnej opinii publiczny płatnik nie płacąc za wszystkie wykonane usługi, przyczynia się do tego, że zakłady popadają w zadłużenie. Podobnie uznaje się, że zdarzające się od czasu do czasu akcje „gaszenia pożarów”, czyli spłata (części) zobowiązań przez państwo, powoduje spadek zadłużenia.

Zmianę zadłużenia zakładów w latach 2003–2011 przedstawiono na rysunku poniżej.

Rys. 1. Zadłużenie sp zoz-ów w III kwartale w latach 2003–2011.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia a, d].

Analiza powyższych danych wskazuje na dwie tendencje. Pierwszą z nich jest wzrost wartości zobowiązań ogółem do roku 2006. Po tym okresie wartość ta podlegała niewielkim fluktuacjom ulegając nieznacznemu zmniejszeniu. Drugą – wyraźny wzrost (do II kw. 2005), a następnie jeszcze

wyraźniejsze zmniejszanie się zobowiązań wymagalnych przy wzroście niewymagalnych. Oznacza to, że zoz-y szukały innych niż wpadanie w długie sposobów finansowania: kredytów, by miast spłacać karne odsetki, płacić niższe raty kredytowe. Ww. nieznacznym, ale widocznym spadkiem poziomu zobowiązań ogółem to efekt tego, że przyrost zobowiązań niewymagalnych był mniejszy niż spadek zobowiązań wymagalnych, co należy traktować jako optymistyczny sygnał. Najniższy poziom zobowiązań ogółem jednostki osiągnęły pod koniec 2009 roku, a zobowiązań wymagalnych – pod koniec 2010. Potem nastąpił wzrost obu wartości.

Zobowiązania wymagalne

W związku z wysokimi kosztami obsługi jaką generują, najistotniejszym problemem (przynajmniej w krótszej perspektywie) są zobowiązania wymagalne.

W tabeli poniżej zestawiono województwa (oraz resorty) z wielkością zobowiązań wymagalnych przypadających na nie¹.

Tab. 1. Zobowiązania wymagalne sp zoz-ów 2004, 2009-2011 (III kwartał) [mln zł].

	2004	2009	2010	2011	Zmiana procentowa		
					2004/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011
Dolnośląskie	1128,6	233,5	148,5	154,5	-79%	-36%	4%
Kujawsko-Pomorskie	258,6	137,5	143,6	186,3	-47%	4%	30%
Lubelskie	337,1	163,5	167,4	168,8	-51%	2%	1%
Lubuskie	439	42,3	30,7	40,4	-90%	-27%	32%
Łódzkie	612,8	216,5	155,9	154,5	-65%	-28%	-1%
Małopolskie	279,2	135,3	143,7	164,2	-52%	6%	14%
Mazowieckie	624,2	426,7	497,4	513,9	-32%	17%	3%
Opolskie	87,5	8,3	10,1	14,5	-91%	22%	44%
Podkarpackie	101,2	67,4	87,3	110,5	-33%	30%	27%
Podlaskie	156,2	63,5	69	74,9	-59%	9%	9%
Pomorskie	461	173,1	99,2	98,7	-62%	-43%	-1%
Śląskie	466,4	272,8	267,4	355,3	-42%	-2%	33%
Świętokrzyskie	238,4	75,7	80,9	79,1	-68%	7%	-2%
Warmińsko-Mazurskie	115,6	39,4	42,4	34,4	-66%	8%	-19%
Wielkopolskie	137,5	83,4	121,3	155,9	-39%	45%	29%

¹ Ze względów na ograniczenia objętości tekstu pominięto lata 2005-2008

Zachodniopomorskie	178,9	28	27,1	24,6	-84%	-3%	-9%
MON	119,3	20,9	20	31,9	-82%	-4%	60%
MSWiA	130,7	75,9	27,9	29,9	-42%	-63%	7%
RAZEM	5872,2	2263,7	2139,8	2392,3	-61%	-5%	12%

Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia b].

Analiza przeprowadzona dla ww. okresu pokazuje kilka zjawisk. Zakłady były (i są) zadłużone w różnym stopniu. W roku 2004 najbardziej zadłużone były te z woj. dolnośląskiego, które obecnie spadło na piąte miejsce, w tym mało chlubnym rankingu. Początkowo najbardziej widoczne spadki zadłużenia dotyczyły zachodniej Polski oraz woj. opolskiego i pomorskiego. W ww. okresie, spadki zadłużenia były wręcz spektakularne. Relatywnie niski spadek nastąpił w woj. mazowieckim, podkarpackim oraz wielkopolskim.

Niepokoić muszą silne wzrosty poziomu zadłużenia w okresie 2009-2011 odnotowane przez zakłady z niektórych województw (oznaczone w tabeli pogrubioną kursywą) – szczególnie, jeżeli wcześniej to zadłużenie było duże lub jego wzrost był istotny (woj. lubelskie, mazowieckie, śląskie, wielkopolskie, małopolskie). Ostatni rok przyniósł niekorzystną zmianę w stosunkowo dużej liczbie województw. Choć w niektórych przypadkach wzrost zadłużenia jest niewielki lub dotyczy niewielkich wartości (nominalnie), to zmiana trendu jest wyraźna. Niewielkim spadkom w ostatnich analizowanych latach towarzyszyły spektakularne wzrosty zadłużenia (nominalnie / procentowo).

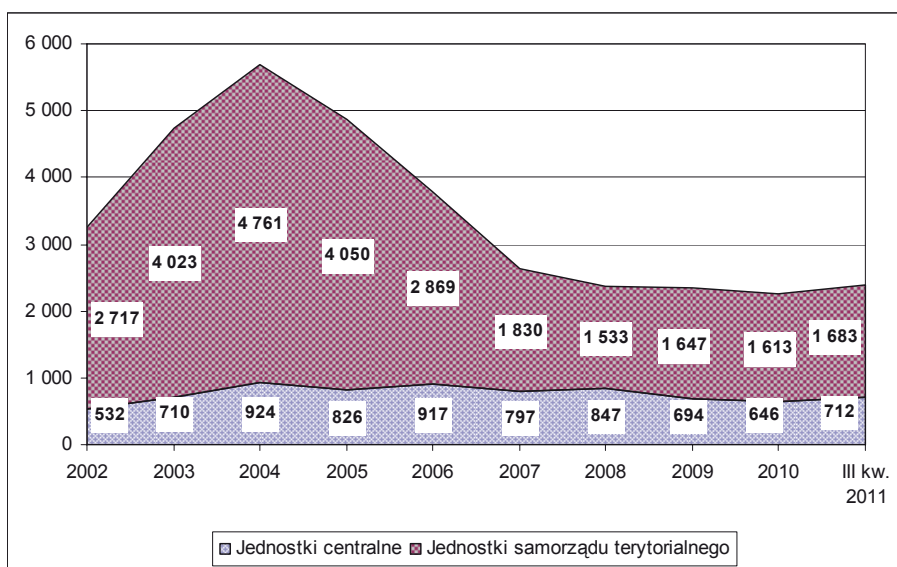
Warto też stwierdzić, że omawiany okres przyniósł istotne zmiany w „mapie zadłużenia”, a największy wpływ nią mają wyniki uzyskiwane przez zakłady woj. dolnośląskiego. Ma ono największy udział w spadku zadłużenia. W roku 2004 zakłady woj. dolnośląskiego odpowiadały niemalże za co 5. złotówkę długu, w roku 2011 już tylko za co 12. I choć największy procentowy spadek zadłużenia odnotowało woj. lubuskie, to w związku wartością długów w obu województwach wyniki dolnośląskiego istotnie wpływają na obraz analizy.

Warto też przeanalizować zadłużenie w zależności od podmiotu, który zakład utworzył. Na rysunku 2 pokazano jak zmieniał się zadłużenie wymagalne zoz-ów utworzonych przez jednostki centralne² oraz jednostki samorządu terytorialnego (JST).

² Z informacji uzyskanych od pracowników Ministerstwa Zdrowia wynika, że w przedstawianym zestawieniu nie ma jednostek MON i MSWiA (są więc uczelnie oraz jednostki MZ), stąd też różnica w wartości zobowiązań w porównaniu z poprzednimi zestawieniami.

W latach 2002-2004³ dynamika wzrostu zobowiązań wymagalnych była niezwykle silna (dla obu kategorii jednostek: 74-75%). Po tym okresie obie grupy zachowują się całkowicie odmiennie. Zakładom podległym JST udało się bardzo istotnie zmniejszać wartość zadłużenia. Zmniejszenie to spadło o 68% do roku 2009. W zakładach utworzonych przez jednostki centralne spadki przeplatały się ze wzrostami. W okresie 2004-2011 zakładom podległym samorządowi terytorialnego udało się zredukować zadłużenie wymagalne o 65%, natomiast tym, podległym jednostkom centralnym o zaledwie 23%.

Rys. 2. Zadłużenie wymagalne sp zoz-ów w latach 2002-2011 (III kw.) w zależności od organu założycielskiego.



Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia c].

Zróznicowanie zadłużenia w zależności od rodzaju jednostki jest także widoczne przy analizie odsetka zadłużonych zakładów. W roku 2006 wskaźnik zadłużenia ogólnego w zakładach samorządowych wynosił 57,17%. Najlepiej radziły sobie zakłady utworzone przez władze wojewódzkie, w ich przypadku wskaźnik ten wyniósł 47,28%, w zakładach utworzonych przez powiaty – 72,04%, natomiast w zakładach utworzonych przez państwowe uczelnie medyczne aż 84,13% (Sobczak i inni., niedatowany, s. 19).

³ Różnica między danymi zawartymi na wykresach 1 i 2 wynikają z różnic miernikach czasu, jaki zastosowano: III kwartał vs. pełne lata.

Zobowiązania ogółem

W tabeli 2 zamieszczono dane dotyczące zobowiązań ogółem. Zmiany jego wielkości w poszczególnych województwach są zbliżone do tych, jakie zaobserwowano w przypadku zobowiązań wymagalnych (pogrubioną kursywą wyróżniono te, w których nastąpił wzrost wartości zobowiązań ogółem). W dwóch pierwszych analizowanych okresach (2004-2010) nastąpił wzrost zobowiązań ogółem, a w ostatnim – pozostały one na tym samym poziomie.

Ponownie liderem spadku wartości zobowiązań ogółem są województwa „ściany zachodniej”, wzrastają natomiast zobowiązania „ściany wschodniej”. Na szczególną uwagę zasługują województwa mazowieckie i śląskie, w obu przypadkach wartości zobowiązań ogółem znacząco przekroczyły miliard złotych.

Tab. 2. Zobowiązania ogółem sp zoz-ów 2004, 2009-2011 (III kwartał) [mln zł].

	2004	2009	2010	2011	Zmiana procentowa		
					2004 / 2009	2009 / 2010	2010 / 2011
Dolnośląskie	1421,5	904,2	831,1	795,9	-36%	-8%	-4%
Kujawsko-Pomorskie	427,7	428,3	503,1	551,9	0%	17%	10%
Lubelskie	532,1	699,1	766,2	761,8	31%	10%	-1%
Lubuskie	535,8	458,8	387,7	379,4	-14%	-15%	-2%
Łódzkie	877,4	770,1	674,3	640,2	-12%	-12%	-5%
Małopolskie	606,6	666,7	692,7	689,3	10%	4%	0%
Mazowieckie	1037,4	1505,6	1637,6	1475,1	45%	9%	-10%
Opolskie	169,2	116,9	114,1	117,5	-31%	-2%	3%
Podkarpackie	301,3	374,3	432,3	485,6	24%	15%	12%
Podlaskie	269,3	292,4	331,2	359,2	9%	13%	8%
Pomorskie	688,2	709,5	668,1	704,9	3%	-6%	6%
Śląskie	947	1087	1200,2	1258,7	15%	10%	5%
Świętokrzyskie	366,8	286	327,4	332,2	-22%	14%	1%
Warmińsko-Mazurskie	226	187,7	182	177,7	-17%	-3%	-2%
Wielkopolskie	333,6	514,3	562,9	558,5	54%	9%	-1%
Zachodniopomorskie	302,8	244,1	264,5	268,8	-19%	8%	2%
MON	201,3	152,6	177	187,9	-24%	16%	6%
MSWiA	206	230,3	210,8	205,4	12%	-8%	-3%
RAZEM	9450	9627,9	9963,2	9950	2%	3%	0%

Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia b].

Zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej w stosunku do obsługiwanej populacji i wielkości zakładów

Województwa różnią się liczbą ludności i liczbą łóżek, więc zadłużenie należy odnieść do ww. wartości. W tabeli 3 pokazano wartość zobowiązań zoz-ów w przeliczeniu na liczbę ludności / łóżek w województwie⁴.

Pogrubioną czcionką zaznaczono te województwa, w których wartość zobowiązań jest o co najmniej 25% wyższa od średniej.

Najmniejsze zobowiązania (wymagalne, ogółem) w przeliczeniu na liczbę ludności, jak i łóżek mają woj.: opolskie, zachodniopomorskie, i warmińsko-mazurskie. Największe zobowiązania na liczbę ludności mają woj. mazowieckie, kujawsko-pomorskie i śląskie, a na liczbę łóżek: lubuskie i pomorskie.

Tab. 3. Zadłużenie sp zoz-ów na dzień 30.09.2011 w przeliczeniu na liczbę ludności oraz liczbę łóżek (przybliżenie) [zł].

	Liczba ludności (tys.)	Liczba łóżek	Zobowiązania w przeliczeniu na:			
			Liczbę ludności		Liczbę łóżek	
			Wymagalne	Ogółem	Wymagalne	Ogółem
Dolnośląskie	2 907	15 875	53	221	9 732	40 403
Kujawsko-Pomorskie	2 069	9 445	90	177	19 725	38 708
Lubelskie	2 199	12 973	77	270	13 012	45 710
Lubuskie	1 009	4 951	40	336	8 160	68 471
Łódzkie	2 613	11 421	59	186	13 528	42 527
Małopolskie	3 232	14 421	51	162	11 386	36 412
Mazowieckie	5 124	21 773	100	188	23 603	44 146
Opolskie	1 065	5 221	14	97	2 777	19 728
Podkarpackie	2 104	10 602	53	178	10 423	35 380
Podlaskie	1 209	7 080	62	235	10 579	40 155
Pomorskie	2 180	9 375	45	278	10 528	64 661
Śląskie	4 743	24 682	75	190	14 395	36 602
Świętokrzyskie	1 297	6 474	61	195	12 218	39 095
Warmińsko-Mazurskie	1 428	6 589	24	100	5 221	21 748
Wielkopolskie	3 352	16 062	47	120	9 706	25 065
Zachodniopomorskie	1 698	9 697	14	144	2 537	25 183
ŚREDNIO	-	-	54	192	11 096	39 000

Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia b, CSIOZ, niedatowane].

⁴ Nie uwzględniono zadłużenia jednostek podległych MON i MSWiA.

Finansowanie usług szpitalnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia a zobowiązania zakładów

Zadłużenie powstaje w związku z niemożnością zrównoważenia kosztów z przychodami. W związku z brakiem dostępu do wiarygodnych danych nt. kosztów działania szpitali, dalsza analiza musi zostać ograniczona do części przychodowej.

W tabeli 4 przedstawiono dane nt. ponoszonych przez NFZ kosztów lecznictwa szpitalnego, które stanowi podstawę przychodów szpitala, choć nie jest jednak ich jedynym źródłem. Poniższe zestawienie należy więc traktować z pewną ostrożnością. Widać jednak, że znaczącemu wzrostowi środków przeznaczanych na leczenie szpitalne nie towarzyszył spadek zobowiązań ogółem.

Tab. 4 Koszty lecznictwa szpitalnego a koszty świadczeń zdrowotnych ogółem ponoszone przez NFZ a zobowiązania sp zoz-ów– 2004-2011 [mln zł].

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Zmiana procentowa
Koszty lecznictwa szpitalnego	13 148	14 526	15 782	18 958	23 802	25 775	27 064	27 482	109%
Zmiana w stos. do roku poprzedniego	-	10%	9%	20%	26%	8%	5%	2%	-
Zobowiązania wymagalne	5 872	4 934	3 724	2 666	2 339	2 264	2 140	2 392	-59%
Zmiana w stos. do roku poprzedniego		-16%	-25%	-28%	-12%	-3%	-5%	12%	
Zobowiązania ogółem	9 450	10 274	10 384	9 563	9 921	9 364	9 961	9 950	5%
Zmiana w stos. do roku poprzedniego		9%	1%	-8%	4%	-6%	6%	0%	

Źródło: opr. własne na podstawie: [Ministerstwo Zdrowia a, d, Narodowy Fundusz Zdrowia 2006a, 2006b, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011a, 2011b]. *Zobowiązania 2011 na III kwartał*

Dyskusja

Dane przedstawione powyżej wskazują na silne zróżnicowanie zarówno wielkości zobowiązań wymagalnych, jak i ogółem. Zróżnicowanie to dotyczy

zakładów w poszczególnych województwach (resortach) oraz skali zmian, jakie występowały w omawianych kwestiach w analizowanych latach.

Uwarunkowania zewnętrzne: niskie finansowanie, niekorzystna sytuacja demograficzna, działania konkurencji itp., są czynnikami, których znaczenia dla powstawania długów nie da się przecenić. W roku 2003 przychody ze sprzedaży produktów wynosiły w 94% całości przychodów szpitali (GUS, niedatowany), a szpitalnictwo finansowane jest w 98% ze środków publicznych (Komorowski, Hebda 2009, s. 6). Choć od opublikowania danych GUS minęło sporo czasu, to struktura finansowania szpitali nie uległa większym zmianom (Kautsch 2008b). Jednak szukanie przyczyn zadłużenia wyłącznie w uwarunkowaniach zewnętrznych stanowi wymówkę dla niewprowadzania zmian niezbędnych do poprawy sytuacji jednostki. Niektóre tłumaczenia dotyczące powstawania długów pokazują stopień naiwności autorów, czego przykładem może być wyjaśnienie Ministerstwa Zdrowia, wg którego przyczyną zadłużenia było „niebilansowanie przychodów z kosztami” i „zintensyfikowanie postępowań egzekucyjnych w drodze zajęć wierzytelności” (Ministerstwo Zdrowia 2004, s. 17). Trudno się nie zgodzić z tą diagnozą, trudno też się nią zadowolić.

Wśród czynników zewnętrznych powodujących zadłużenie zakładów zazwyczaj nie wymienia się niezwykle istotnego. Jest nim mechanizm płacenia za usługi medyczne. Przyjmowane kolejno przez publicznego płatnika mechanizmy (poza podstawową opieką zdrowotną) są jedną z odmian opłaty za usługę (*fee for service*), która może być różnie definiowana, ale sprowadza się do tego, że świadczeniodawcy opłaca się produkować jak najwięcej usług. Sam wzrost składki na ubezpieczenie zdrowotne nie rozwiąże więc problemu, bo powyższe mechanizmy motywacyjne będą działać dalej. Trzeba zmienić sposób kupowania świadczeń, a nie podnosić ceny, albo wartość kontraktów, bo stosowany mechanizm płatności powoduje często nieuzasadnione zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia szpitalne. Skłania to polityków do utrzymywania dużej liczby szpitali, które nie byłyby potrzebne, gdyby publiczny płatnik był skłonny do zmiany sposobu kupowania usług, a dużo większą rolę przypisałby szeroko pojętej opiece nie-szpitalnej.

Prócz uwarunkowań zewnętrznych, trudno jest przecenić znaczenie wewnętrznego mechanizmu zadłużania. Podobne zakłady osiągają bowiem bardzo różne wyniki finansowe (Kautsch, 2008a, 2008b), w wielu przypadkach można mówić o krańcowej wręcz niegospodarności. Część zakładów

osiąga słabe wyniki w związku z działaniem ww. czynników zewnętrznych, jest jednak wiele takich, które, np. nie dokonały restrukturyzacji zasobów. Do tego w zakładach tych – przez złą organizację pracy, albo by udowodnić, iż ich oddział/szpital ma duże obłożenie – czas pobytu pacjenta jest zbyt długi, co także wywołuje wrażenie dużego popytu na usługi takiej jednostki. Powyższe wypycha zakład w pętlę zadłużenia. Potwierdzają to doświadczenia autora z przywoływanych powyżej badań – niskiej jakości zarządzania w części zakładów towarzyszyły złe wyniki finansowe. Jednocześnie poprawie jakości zarządzania często towarzyszyła poprawa wyniku finansowego i zmniejszenie poziomu zadłużenia.

Do podobnych wniosków doszli eksperci Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową (IBnGR). W świetle prowadzonych przez nich badań zadłużenie zakładów jest wynikiem złego zarządzania i braku dyscypliny finansowej (Malinowska-Misiąg i in. 2008 s. 119), a nie wielkości czy specjalności szpitala.

Przywoływane badania autora oraz dane z raportów Ministerstwa Zdrowia wskazują na to, że niezwykle istotny wpływ na poziom zadłużenia ma polityka organu założycielskiego. Jego aktywność, wsparcie udzielane zakładowi postaci działań zmierzających do poprawy zarządzania i poprawy wyniku finansowego są w istocie czynnikami, które przyczyniają się do lepszych wyników zakładów.

Czynnikiem, wpływającym na zadłużenie są też umiejętności i osobowość osoby zarządzającej placówką. Placówki zarządzane przez liderów mających wizję, umiejących skupić wokół siebie zespół ludzi, nie bojących się wdrażać innowacyjnych rozwiązań uzyskały znacznie lepsze rezultaty – w odniesieniu do jakości zarządzania i efektywności funkcjonowania (Kautsch i in. 2001, s. 16).

Przytaczane wyniki analizy prowadzonej przez Sobczak i współpracowników wskazują, że najniższy odsetek zadłużonych zakładów występował w jednostkach wojewódzkich. Są to zakłady (zwykle) większe niż szpitale powiatowe, a mniejsze niż uniwersyteckie, co stoi w pewnej sprzeczności z wynikami uzyskanymi przez ekspertów IBnGR, którzy nie upatrywali w wielkości zakładu czynnika, który przyczyniałby się do zadłużenia placówki.

Powyższą sprzeczność można wytłumaczyć różnicą w metodologii prowadzonych badań oraz brakiem wiedzy na temat tego, które ze szpitali były zadłużone. Część jednostek wojewódzkich (np. o wąskiej specjalności) może być mniejsza, niż szpitale powiatowe posiadające tylko podstawowe⁵

⁵ tzn. oddział wewnętrzny, chirurgiczny, ginekologiczno-polożniczy, dziecięcy

oddziały. Autor niniejszej publikacji stawia tezę, że wielkość może (choć nie musi) mieć wpływ na wyniki zakładu. Wynika to stąd, że odpowiednio duży zakład jest w stanie rozbudować strukturę organizacyjną i przydzielić powstałym komórkom zadania, co pozwala także na specjalizację działań administracyjnych. Jednocześnie zakłady największe – tj. szpitale uniwersyteckie, czy utworzone przez organy centralne (co pokazuje przedstawione powyżej dane) – mają dużo gorsze wyniki. Autor przypisuje to panującej w takich jednostkach kulturze organizacyjnej, a także właśnie wielkości, która utrudnia sprawne zarządzanie, choć to ten pierwszy czynnik zdaje się mieć większe znaczenie.

Kolejną kwestią, do której należałoby się odnieść są przyczyny dużych spadków zadłużenia, tj., mechanizmów uzyskiwania istotnej poprawy wyników w relatywnie krótkim czasie. Wyjaśnieniem może być wspomniana zamiana zobowiązań wymagalnych na niewymagalne, co było możliwe po wejściu w życie przepisów ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684). Oferowała ona możliwość przejęcia przez państwo części zobowiązań zoz-ów po spełnieniu pewnych warunków (przede wszystkim opracowaniu planu naprawczego). Zakłady mogły też uzyskać dofinansowanie ze strony organu założycielskiego. Zasobność jednostki samorządowej oraz liczba zakładów, dla których jest ona organem założycielskim determinują skalę pomocy, jaka jest udzielana przez ww. JST. W pozycji uprzywilejowanej są te zakłady, których organem założycielskim jest samorząd województwa z uwagi na większe dochody oraz w związku z rolą, jaką odgrywa ten szczebel samorządu w dzieleniu środków finansowych z Unii Europejskiej. Samorząd ten może faworyzować własne zakłady kosztem innych. Głosy mówiące o takim postępowaniu były artykułowane choćby w trakcie VIII Forum Szpitali Klinicznych, jakie odbyło się 29-30.10.2009 roku w Poznaniu. Dyrektorzy ww. szpitali wskazywali na niską skuteczność swoich starań o środki unijne. Brak jest jednak badań dotyczących jakości wniosków składanych przez różne typy jednostek. Natomiast szpitale kliniczne mają dostęp do środków pozyskiwanych na badania naukowe ich macierzystych uczelni, co stawia je w uprzywilejowanej pozycji wobec innych.

Duża liczba jednostek podległych organom wojewódzkim sprawia, że konieczne staje się tworzenie w strukturach tych organów wydziałów, które zajmują się zbieraniem i analizą danych, a także współtworzeniem polityki zdrowotnej województwa. Te komórki nie są zwykle tworzone

przez powiaty lub za zadania związane z ochroną zdrowia odpowiadają komórki, które wykonują także inne funkcje. Nadzór właścicielski na poziomie powiatu bywa więc w rzeczywistości mocno ograniczony. W przypadku powiatów można mówić o braku stosownych kompetencji do jego sprawowania. Wspomniane powyżej wyższe wskaźniki zadłużenia szpitali powiatowych (w porównaniu z wojewódzkimi) mogą stanowić dowód na prawdziwość tej tezy.

Wnioski i rekomendacje

Jak wskazano w niniejszym artykule, zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej ulegało zmianie w ostatnich latach. Rosło do połowy roku 2005, w późniejszym okresie spadało. Spadek ten dotyczył przede wszystkim zobowiązań wymagalnych, które były zamieniane na niewymagalne. Od roku 2005 udało się zapanować nad rosnącymi uprzednio lawinowo długami szpitali. Jednak w ostatnich latach następuje wzrost zadłużenia zoz-ów części województw. Sytuacja jest tym bardziej niepokojąca, że wzrost ten dotyczył tak dużych województw jak mazowieckie i śląskie. Mając na uwadze obecną sytuację gospodarczą można oczekiwać, że zadłużenie to może narastać.

Zadłużenie zakładów poszczególnych województw (resortów) jest zróżnicowane, jego ocena zależy od przyjętej miary: spadek wartości nominalnej, procentowy, zadłużenie przypadające na populację / liczbę łóżek.

Wśród przyczyn zadłużenia można wskazać na czynniki zewnętrzne. Jednak nie sposób nie zauważyć, że ważną rolę odgrywają czynniki wewnętrzne, przede wszystkim – sposób zarządzania zakładem.

Rosnące zapotrzebowane na usługi zdrowotne (podsycane opisanym mechanizmem ich zakupu stosowanym przez publicznego płatnika), coraz nowsze i coraz droższe technologie medyczne oraz rosnące oczekiwania społeczeństwa dotyczące dostępu do usług i ich jakości z pewnością będą wywoływać presję na zakłady, która skutkować może zwiększeniem poziomu ich zadłużenia. Można bowiem zakładać, że coraz większa liczba osób będzie chciała skorzystać z opieki zdrowotnej, co oznacza konieczność opracowania mechanizmów poprawiających efektywność działania nie powodujących narastania zadłużenia. Do osiągnięcia tak zdefiniowanego celu niezbędne jest wprowadzenie co najmniej kilku działań:

- Na poziomie centralnym niezbędna jest zmiana sposobu zakupu usług medycznych i zwiększenie roli opieki poza-szpitalnej jak to ma miejsce

- np. w Holandii, czy Wielkiej Brytanii. Stosowane mechanizmy nie mogą stymulować zwiększonego popytu na usługi.
- Na poziomie organów założycielskich – co dotyczy szczególnie aglomeracji, w których funkcjonuje kilka-kilkanaście jednostek szpitalnych – konieczna jest restrukturyzacja posiadanych zasobów, co zmniejszy nakłady na niepotrzebną infrastrukturę.
 - Same zakłady opieki zdrowotnej powinny poprawić sposób zarządzania.
- Osiągnięcie powyższego (szczególnie dwóch pierwszych postulatów) wymaga jednak zgody politycznej i zapewne nie nastąpi szybko. Można mieć nadzieję, że rosnąca konkurencja oraz przekształcanie szpitali w spółki wymusi zwiększenie odpowiedzialności za szpitale, a tym samym poprawi sposób zarządzania szpitalami. Jednocześnie presja społeczna oraz ograniczone finanse NFZ mogą przyczynić się do tego, że proces ten będzie spowalniany / istotnie ograniczony.

Bibliografia

- CSIOZ, *Organizacja i potencjał opieki zdrowotnej*, <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>, pobrano 2012-01-12.
- GUS, *Wyniki finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2003 r.*, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1172_PLK_WAI.htm, pobrano 2010-04-03.
- Kautsch M., (2008a), *Projekt kompleksowego badania funkcjonowania wybranych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Województwie Śląskim*, opracowanie dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego.
- Kautsch M., (2008b), *Analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zakładach opieki zdrowotnej, których organem założycielskim jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego*, opracowanie dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.
- Kautsch M., Klich J., Styło W., (2001), *Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w reformowanym systemie. Raport z badań*, Ministerstwo Zdrowia, Biblioteka Zdrowia Publicznego Nr 7.
- Komorowski S., Hebda M., (2008), *W oczekiwaniu na inwestora – rynek prywatnych usług medycznych w pierwszej fazie rozwoju*, Forum Biznesu Medycznego MedMarket 2008, Warszawa.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M., (2008), *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia, (2004), *Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia.*, Warszawa, <http://www>.

mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zadluzenie_spoz_25112004.pdf, pobrano 2006-05-03.

Ministerstwo Zdrowia (a), *Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003-2011*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/1_zw_0712011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Ministerstwo Zdrowia (b), *Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa (mln zł)*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/3_zw_0712011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Ministerstwo Zdrowia (c), *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa (mln zł)*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/4_zw_0712011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Ministerstwo Zdrowia (d), *Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003-2011*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/2_zw_0712011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Ministerstwo Zdrowia (e), *Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/tab_zobow_rb_23122011.pdf, pobrano 2012-01-12.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2006a), *Raport NFZ za 2004 r.*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2006b), *Raport NFZ za 2005 r.*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2007), *Raport NFZ za 2006 r.*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2008), *Raport NFZ za 2007 rok*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2009), *SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2008 ROK*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2010), *SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2009 ROK*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2011a), *SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2010 ROK*, Warszawa.

Narodowy Fundusz Zdrowia, (2011b), *Zmiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 r. zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 grudnia 2011 r.*, <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=4741>, dostęp 2012-01-12.

Sobczak, D. Czechowska, M. Dmowski, *Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – analiza wskaźnikowa*, www.csioz.gov.pl/file.php?s=c-D8xNA== (niedatowany), pobrano 2010-04-03.