

Zadłużenie publicznych szpitali w Polsce w latach 2005–2014. nierozwiązany problem zobowiązań wymagalnych

Christoph Sowada

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Christoph Sowada, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, tel. 12 433 28 11, sowadach@poczta.onet.pl

■ Abstract

Debts of Polish public hospitals in 2005–2014. The unsolved problem of overdue liabilities

Running up debts of public hospitals (independent health care units) constitutes an immanent feature of the Polish health care sector. Even though the introduction of the Public Assistance and Restructuring of Public Health Care Units Act of 15 April 2005 contributed to a reduction of overdue debts from 6.2 billion zloty in the middle of 2005 to about 2.1 billion zloty at the end of September 2014, they still remain quite high. Among units with the highest debts are the biggest and most important for the system central institutes and university hospitals. One can also observe regional variation of debts size. The most indebted are the facilities located in the mazowieckie voivodship though the public financing of hospitals in this region is the highest in the country. Therefore simple increasing of public financing seems not to be the right solution. The most important factors that contribute to the financial imbalance of public hospitals in Poland are rooted in the area of law regulations and health sector governance.

Key words: hospital debts, hospital financing by NHF, overdue liabilities

Słowa kluczowe: finansowanie szpitali przez NFZ, zadłużenie szpitali, zobowiązania wymagalne

■ Wprowadzenie

Nierównowaga finansowa, a w konsekwencji zadłużanie się publicznych podmiotów leczniczych towarzyszy polskiej ochronie zdrowia niezmiennie od 25 lat, czyli od rozpoczęcia kompleksowej transformacji systemu politycznego, ekonomicznego i społecznego w naszym kraju. Władze publiczne próbowały oczywiście w różny sposób ograniczać skalę i tempo zadłużania się w szczególności szpitali i rozwiązać problem tzw. zobowiązań wymagalnych, tj. nieregulowanych na czas zobowiązań wobec wierzycieli, zarówno prywatnych (pracownicy, dostawcy różnych dóbr i usług), jak i publicznych (np. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych). Kolejne akcje oddłużeniowe kosztujące polskich podatników miliardy złotych (ok. 1 mld zł budżet państwa przeznaczył na spłacenie długów publicznych szpitali w latach 1994–1995,

prawie 8,5 mld zł wydano na ten cel w 1998 r.) przynosiły jednak co najwyżej krótkotrwałe skutki w postaci obniżenia pułapu zadłużenia. Nic nie zmieniały one natomiast w mechanizmach powstawania zobowiązań. Dlatego też często już kilka miesięcy po kolejnym oddłużeniu poziom zobowiązań gwałtownie rósł, a kilkanaście miesięcy później osiągał swoją pierwotną wielkość lub nawet ją przekraczał.

Do drastycznego zaostrzenia się sytuacji doszło w latach 2003–2005. W połowie 2005 r. długi wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), wśród których dominowały szpitale publiczne¹, przekroczyły kwotę 6,2 mld zł [1], co odpowiadało wówczas 42% całkowitych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na opiekę szpitalną w Polsce. Za jedną z najważniejszych, choć niewątpliwie nie jedyną przyczynę tego gwałtownego przyrostu długów, uzna-

no wprowadzoną w grudniu 2000 r. ustawę o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o ZOZ, zwaną potocznie „ustawą 203”, która nakazała szpitalom publicznym dokonać wysokiego wzrostu wynagrodzeń, nie zabezpieczyła jednak na ten cel żadnych środków. W okolicznościach zagrażających egzystencji dziesiątek, jeśli nie setek publicznych szpitali, rząd techniczny premiera Marka Belki, wspierany głównie przez koalicję SLD–UP, podjął kolejną próbę rozwiązania problemu zadłużania się publicznych szpitali, tym razem jednak zmieniając dotychczasowy wzorzec działania. W miejsce w zasadzie bezwarunkowego oddłużenia poszczególnych jednostek przyjęta 15 kwietnia 2005 r. ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej uzależniła udzielenie pomocy zadłużonym placówkom od spełnienia przez nie określonych warunków, w szczególności od przedstawienia spójnego planu restrukturyzacji. Nie były to wprawdzie wymagania nadmiernie wygórowane, niemniej jednak zainicjowały one zmianę sposobu myślenia polityków, organów założycielskich i zarządzających szpitalami publicznymi, jeśli chodzi o rolę państwa w rozwiązywaniu problemu zadłużenia publicznych świadczeniodawców.

Kontynuowany przez kolejne rządy program restrukturyzacyjny przyniósł wyraźny mierzalny wynik w postaci redukcji skali zobowiązań wymagalnych. Już pod koniec 2005 r. ich kwota spadła do niecałych 5 mld zł (z 6,24 mld w połowie roku). W ciągu kolejnych dwóch lat doszło do ich dalszego spadku do poziomu 2,7 mld zł. Także atmosfera debaty toczonej wokół problemu zadłużenia publicznych świadczeniodawców się zmieniła. Temat zadłużenia nie tylko przestał dominować w doniesieniach medialnych, ale zmienił się również sposób relacjonowania. Obecnie podejmowany jest on głównie przez czasopisma branżowe („Rynek Zdrowia”, „Puls Medycyny” czy „Menedżer Zdrowia”). Szersza publiczność konfrontowana jest z nim już tylko wtedy, kiedy problemy finansowe dotyczą najbardziej znane instytucje, jak miało to miejsce np. dwa lata temu w przypadku Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzylesiu czy też Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Mass media wyraźnie utraciły zainteresowanie permanentnym wcześniej nagłaśnianiem w sposób sensacyjny tematu, podobnie zresztą jak opozycja polityczna. Nie oznacza to jednak, że problem zadłużenia szpitali, w szczególności funkcjonujących w formule szpitali publicznych, został ostatecznie rozwiązany.

Celem prezentowanego opracowania zawierającego wielowymiarową analizę zmian w poziomie i strukturze zobowiązań publicznych szpitali, do jakich doszło w ostatniej dekadzie, jest dokonanie oceny sytuacji w zakresie rozwiązywania problemu zadłużenia, a następnie wskazanie na najważniejsze zaniechane do tej pory lub podjęte na niewystarczającą skalę działania konieczne, według autora, do osiągnięcia ostatecznego sukcesu w postaci całkowitej likwidacji problemu zobowiązań wymagalnych polskich publicznych szpitali. Do zobowiązań wymagalnych zalicza się wszelkie bezsporne

zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika już minął, a które nie zostały uznane za przedawnione lub nie zostały umorzone. Od takich zobowiązań wierzyciel może naliczać odsetki karne. Zobowiązania całkowite oznaczają wszystkie zobowiązania jednostki, niezależnie od terminu ich wymagalności, tytułu zobowiązania czy też statusu wierzyciela. Tak zdefiniowane zobowiązania całkowite tożsame są z ekonomiczną definicją zadłużenia.

Przedstawiona analiza opiera się na publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynikach ankiet uzyskanych z urzędów wojewódzkich, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Obrony Narodowej, uczelni wyższych i nadzorowanych przez siebie szpitali, a także danych pochodzących ze sprawozdań Rb-Z zebranych przez Ministerstwo Finansów dotyczących zobowiązań całkowitych, jak i zobowiązań wymagalnych w latach 2004–2013. Tam, gdzie było to możliwe i uzasadnione, podano również informacje dotyczące pierwszych kwartałów 2014 r. Poddane analizie dane pochodzą z ogólnie dostępnych publikacji. Zasadniczą część analizy dotyczy zobowiązań wymagalnych, gdyż niespłacanie długów w ustalonych terminach stanowi ciężkie naruszenie dyscypliny finansowej, które w normalnych warunkach rynkowych może być podstawą do żądania ogłoszenia upadłości dłużnika. Natomiast samo istnienie zobowiązań nie stanowi problemu ekonomicznego i jest czymś absolutnie normalnym w prowadzeniu każdej działalności gospodarczej. Oczywiście, prowadząc działalność gospodarczą, należy bacznie obserwować również rozwój zobowiązań niewymagalnych, jednak ich bezrefleksyjne utożsamianie z zagrożeniem dla egzystencji szpitali, z jakim można się spotkać np. w doniesieniach opublikowanych w „Menedżerze Zdrowia” z marca 2014 r., pozbawione jest wszelakiego merytorycznego uzasadnienia.

W kolejnych punktach zostaną omówione najpierw zmiany w poziomie zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zmiany, do jakich doszło w rozkładzie regionalnych zobowiązań wymagalnych i rozkładzie względem organu założycielskiego. W punkcie trzecim zostaną zestawione informacje dotyczące zmian w poziomie zadłużenia wymagalnego szpitali w podziale na województwa ze zmianami w poziomie finansowania opieki szpitalnej przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ. Porównanie to służy sprawdzeniu, czy pomiędzy tymi kategoriami istnieje jakaś jednoznaczna korelacja. Artykuł kończy się ogólniejszymi przemyśleniami autora na temat przyczyn tego, że po raz kolejny nie udało się ostatecznie rozwiązać problemu zobowiązań wymagalnych, ale udało się jednak w dość dużym stopniu zobowiązania te zredukować.

1. Skala zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Problem zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, choć na różną skalę, towarzyszy systemowi ochrony zdrowia w Polsce niezmiennie od 25 lat. Jego ostrość zmieniała się jednak w czasie. Po niemal całkowitym oddłużeniu szpitali publicznych w toku zmian systemu finansowania opieki zdrowotnej z budżetowego

Rok	Zobowiązania całkowite w mln zł	Zobowiązania wymagalne w mln zł	Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach całkowitych w %
2003	7 327,7	4 543,7	62,01
2004	9 450,1	5 872,3	62,14
30.06.2005	9 646,2	6 239,6	64,68
31.12.2005	10 273,6	4 933,6	48,02
2006	10 348,7	3 723,6	35,98
2007	9 563,3	2 666,2	27,88
2008	9 979,7	2 559,7	25,65
2009	9 627,6	2 241,8	23,29
2010	9 963,1	2 140,0	21,48
2011	10 038,7	2 366,4	23,57
2012	10 661,4	2 474,0	23,21
2013	9 922,0	2 015,5	20,31
III kw. 2014	10 238,3	2 119,4	20,70

Tabela I. Zobowiązania całkowite i wymagalne spzoz w latach 2003–2014 (w mln zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1].

na ubezpieczeniowy w 1998 r. przeterminowane długi znów szybko zaczęły rosnąć, osiągając na koniec 2003 r. poziom 4,5 mld zł [szczegółowo 2, 3]. W ciągu kolejnych osiemnastu miesięcy nastąpił dalszy ich wzrost o 37% do 6,24 mld zł (**Tabela I**). Jednocześnie zobowiązania całkowite spzoz wzrosły do poziomu 9,6 mld zł. W połowie 2005 r. zobowiązania wymagalne stanowiły prawie 64% zobowiązań całkowitych. Wraz z wprowadzeniem w życie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji finansowej sytuacja zaczęła się jednak stopniowo poprawiać. Wprawdzie zobowiązania całkowite nadal rosły do końca 2006 r., ale zobowiązania wymagalne zaczęły szybko maleć. W ciągu drugiego półrocza 2005 r. ich kwota spadła o 1,3 mld zł, a w ciągu kolejnych dwóch lat o dalsze 2,2 mld zł. Na koniec 2007 r. zadłużenie wymagalne wynosiło niecałe 2,7 mld zł. Do redukcji zobowiązań wymagalnych przyczyniło się z jednej strony przekształcenie ich części w zobowiązania niewymagalne (tzw. rolowanie długu²), na co spzoz mogły uzyskać stosowną pożyczkę skarbu państwa, z drugiej zaś umorzenie niektórych zobowiązań publiczno-prawnych i cywilnoprawnych. Część udzielonych pożyczek skarbu państwa (około 1,3 mld zł) później została umorzona szpitalom, które udowodniły w raportach postępy na drodze swojej restrukturyzacji [4].

Jednak wraz z upływem czasu redukcja zadłużenia wytraciła swój impet. W okresie 2008–2012 zobowiązania wymagalne wahały się w przedziale 2,1–2,6 mld zł, całkowite zaś 9,6–10,6 mld zł. Po raz kolejny nie udało się zatem ostatecznie rozwiązać problemu niespłacanych w terminie długów. W przeciwieństwie jednak do wcześniejszych prób wdrożenie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji finansowej zaowocowało trwałą, jak dotychczas, redukcją poziomu zadłużenia wymagalnego. Także dane za 2013 i pierwsze kwartały 2014 r. skłaniają do sformułowania takiej ostrożnie pozytywnej opinii.

W ciągu ostatnich siedmiu analizowanych kwartałów zobowiązania wymagalne spzoz spadły o 14% do poziomu 2,1 mld zł, a ich udział w zobowiązaniach całkowitych zmalał do ok. 20% (z ponad 64% w połowie 2005 r.). Jeszcze korzystniej kształtują się wskaźniki zadłużenia w ujęciu realnym. W cenach stałych z 2003 r. zobowiązania wymagalne na koniec 2013 r. wyniosły nieco ponad 1,5 mld zł, a całkowite niecałe 7,6 mld zł (**Tabela II**)³.

Rok	Zobowiązania całkowite w mln zł	Zobowiązania wymagalne w mln zł
2003	7327,7	4543,7
2004	9264,8	5757,2
2005	9816,9	4714,3
2006	9761,8	3512,4
2007	8835,4	2463,3
2008	8916,9	2287,1
2009	8335,6	1940,9
2010	8382,9	1800,6
2011	8082,8	1905,3
2012	8318,0	1930,2
2013	7596,8	1543,2
I kw. 2014*	7598,4	1538,7

* Przy założeniu braku zmiany wskaźnika cen w stosunku do 31.12.2013 r.

Tabela II. Zobowiązania całkowite i wymagalne spzoz w latach 2003–2013 w cenach stałych z 2003 r. (w mln zł).

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z Tabeli I oraz wskaźników inflacji podawanych przez Główny Urząd Statystyczny.

Rok	Zobowiązania całkowite jako procent wydatków NFZ na opiekę szpitalną	Zobowiązania wymagalne jako procent wydatków NFZ na opiekę szpitalną
2004	71,0	44,1
2005	70,8	34,0
2006	66,0	23,7
2007	51,4	14,3
2008	42,5	10,9
2009	37,5	8,7
2010	37,0	8,0
2011	36,4	8,6
2012	36,2	8,4
2013	32,5	6,6

Tabela III. Zobowiązania spzoz w latach 2004–2013 a wydatki NFZ na leczenie szpitalne.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1] oraz NFZ [5–14].

Także zestawienie kwot zadłużenia spzoz z nakładami NFZ na leczenie szpitalne skłania do sformułowania pozytywnej oceny. O ile w 2004 r. kwota zobowiązań całkowitych spzoz stanowiła 71% całkowitych wydatków NFZ na opiekę szpitalną, zobowiązania wymagalne zaś ponad 44%, to w 2013 r. wskaźniki te zmalały odpowiednio do 32,5 oraz 6,6% (Tabela III).

Przedstawione wskaźniki wyraźnie pokazują znaczną poprawę sytuacji. Bardzo realne w 2005 r. zagrożenie całkowitego załamania się systemu lecznictwa szpitalnego w Polsce zostało zażegnane. W ciągu ostatnich lat doszło jednak do budzących uzasadniony niepokój zmian w rozkładzie zadłużenia względem organów założycielskich spzoz oraz w rozkładzie terytorialnym. Zmiany te wskazują na rosnącą koncentrację problemu zadłużenia w kilku kluczowych dla funkcjonowania całego systemu miejscach (szczegółowo w punkcie 2). Ponadto dokonując analizy zadłużenia spzoz, powinniśmy uwzględnić zmianę w liczbie tychże, do której doszło w ostatnich 10 latach. Analizowane dane dotyczą wyłącznie publicznych świadczeniodawców, przede wszystkim szpitali, prowadzonych w formule spzoz. W oficjalnych dokumentach, także w publikacjach Głównego Urzędu Statystycznego, tylko spzoz opisywane są jako szpitale publiczne. Spółki prawa handlowego, w które przekształcono część spzoz, traktowane są już jako szpitale niepubliczne, nawet jeśli jedynym ich udziałowcem, lub udziałowcem większościowym, pozostają organa władzy publicznej, np. samorząd wojewódzki lub powiatowy. Choć z ekonomicznego punktu widzenia taki szpital dalej pozostaje szpitalem publicznym, jego zadłużenie znika ze statystyki⁴.

Określenie dokładnej liczby funkcjonujących w Polsce szpitali, w tym szpitali w formule spzoz, wbrew pozorom nie jest zadaniem łatwym [szczegółowo 15]. Główny Urząd Statystyczny zaprzestał publikowania

informacji pozwalającej na oszacowanie liczby szpitali publicznych prowadzonych jako spzoz, a to one, jak wspomniano wyżej, są odpowiedzialne prawie za całość zobowiązań wymagalnych w Polsce. O ile w publikacji *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* [16] w tabeli „Szpitale ogólne według organu tworzącego w 2011 r.” podano jeszcze osobno liczbę szpitali publicznych (czyli spzoz) i niepublicznych, to w analogicznym dokumencie za 2012 r. [17] odnajdziemy już tylko dane dotyczące całkowitej liczby szpitali ogólnych stacjonarnych i liczbę szpitali utworzonych przez ministerstwa lub centralne organy administracji rządowej i utworzonych przez uczelnie medyczne, co uniemożliwia zorientowanie się co do liczby samorządowych szpitali prowadzonych jako spzoz. Dane z wcześniejszych lat i informacje podane w innych oficjalnych dokumentach, w szczególności w dokumencie Ministerstwa Zdrowia na temat restrukturyzacji i przekształceń prowadzonych w związku z realizacją tzw. planu B (stanowiącego potoczną nazwę dla przekształceń prowadzonych na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 r.), zgodnie z którym do 31 grudnia 2013 r. można było składać wnioski o pomoc publiczną na przekształcenie spzoz w podmiot prawa handlowego [18], umożliwiają jednak dokonanie pewnego szacunku. W 2004 r. funkcjonowały w Polsce 643 publiczne szpitale ogólne [19]. W ciągu kolejnych siedmiu lat ubyło ich ponad 100, przy czym część tego spadku była spowodowana łączeniem kilku jednostek utworzonych przez ten sam organ założycielski w większe struktury, część spzoz została zaś przekształcona w spółki prawa handlowego [szczegółowo 20]. Tym samym na koniec 2011 r. funkcjonowało w Polsce 540 szpitali – spzoz, z czego 440 tworzyły jednostki samorządu terytorialnego.

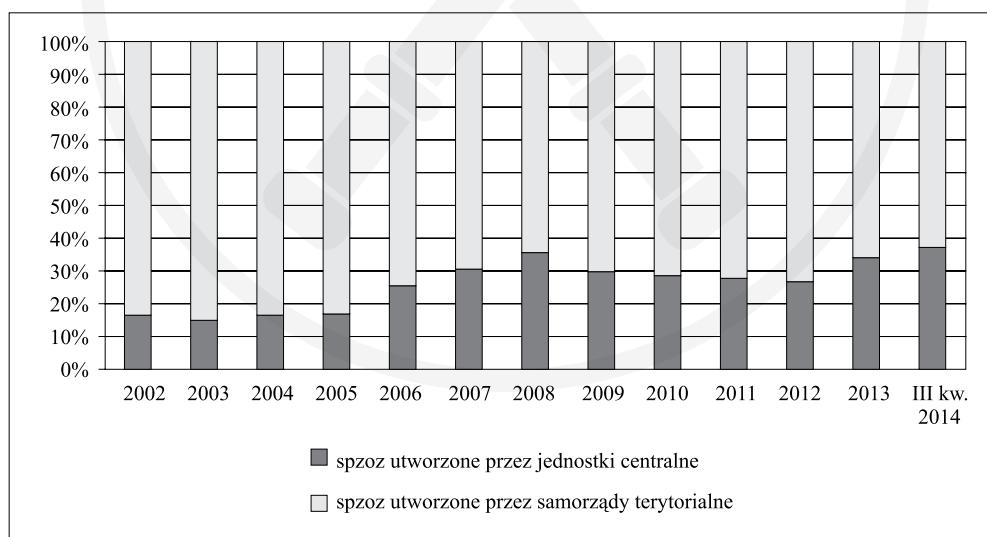
Od 2011 r. przekształcanie w podmioty prawa handlowego wspierane było, jak wspomniano, przez rząd w ramach planu B. Z planu tego skorzystało wprawdzie niewiele szpitali, niemniej jednak w latach 2011–2013 34 szpitale zostały przekształcone (jeden w 2011, trzynaście w 2012 i dwadzieścia w 2013 r. [18]), co kosztowało w sumie skarb państwa około 270 mln zł. Zakładając, że w latach 2012 i 2013 nie zlikwidowano, poza przekształconymi w spółki, żadnego szpitala prowadzonego w formule spzoz⁵, na koniec 2012 r. powinno ich działać 527, na koniec 2013 r. zaś 507. Skoro tak, to przypisując wszystkie zobowiązania wymagalne spzoz szpitalom funkcjonującym w tej formule prawnej, na jeden szpital przypadłoby średnio 9,1 mln długu wymagalnego w 2004 r., 4,7 mln zł w 2012 r. i niecałe 4 mln zł w 2013 r. W analizowanym okresie doszło zatem nie tylko do obniżenia sumy zobowiązań wymagalnych, ale również do dużej redukcji zadłużenia w przeliczeniu na jeden szpital publiczny, w samym tylko 2013 r. o prawie 15%.

2. Zmiany w podziale zobowiązań wymagalnych względem organu założycielskiego oraz w podziale na województwa

Nie wszędzie wysiłki na rzecz ograniczenia zobowiązań wymagalnych przyniosły taki sam pozytywny skutek. Z publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia [21] danych pochodzących ze sprawozdań Rb-Z jednoznacznie wynika, że lepsze rezultaty osiągnęła grupa szpоз utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, głównie szpitale wojewódzkie i powiatowe. Wprawdzie ciągle jeszcze na nie przypada większość długów wymagalnych⁶, a niektóre z nich nadal wykazują bardzo wysokie zadłużenie⁷, ale ich udział w całkowitych zobowiązaniach wymagalnych szpоз zmalał z nieco ponad 83% na koniec 2005 do 62,8% na koniec pierwszego kwartału 2014 r. (**Rysunek 1**). Odpowiednio wzrósł udział szpitali utworzonych przez jednostki centralne, na które przypada obecnie prawie jedna trzecia wszystkich nieregulowanych w terminie długów. Chociaż i one obniżyły swoje długi w stosunku do 2004 r. o około 155 mln zł (z 924 mln do 639,7 mln zł na koniec trzeciego kwartału 2014 r.), spadek ten wypada jednak relatywnie słabo w porównaniu z osiągniętym przez samorządowe szpоз (spadek o prawie 70%, tj. ok. 2,7 mld zł). Zatem obecnie to nie potężne zadłużenie niektórych szpitali podległych organom samorządu terytorialnego zajmuje opinię publiczną, jak miało to miejsce np. w przypadku szpitala wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim, który sam jeden w 2005 r. wykazywał zobowiązania całkowite w wysokości 220 mln zł, z czego ponad 190 mln stanowiły zobowiązania wymagalne, czy też szpitala wojewódzkiego w Legnicy, który na początku 2006 r. wykazał zadłużenie w wysokości prawie 200 mln zł, lecz zadłużenie szpitali centralnych, np. podlegających Ministerstwu Zdrowia Centrum Zdrowia Matki Polki,

Centrum Zdrowia Dziecka i Centrum Onkologii im. Marii Curie-Skłodowskiej. Tylko te trzy jednostki wykazały w sumie na koniec 2013 r. zobowiązania całkowite w wysokości prawie 600 mln zł, z czego prawie połowę stanowiły zobowiązania wymagalne.

Postępująca koncentracja zadłużenia w największych i najbardziej prestiżowych placówkach medycznych musi budzić niepokój, podobnie jak zauważone zmiany w rozkładzie regionalnym, które niektórzy komentatorzy wiążą z rosnącym długiem szpitali centralnych i uniwersyteckich [np. 22]. Regionalni politycy wykorzystują zaś tego typu sugestie do wywierania nacisku na NFZ w kierunku dalszego przesunięcia środków np. na korzyść Mazowsza. Tymczasem dane publikowane przez Ministerstwo Zdrowia nie dają podstaw do stwierdzenia jednoznacznej korelacji pomiędzy regionalną koncentracją zobowiązań wymagalnych szpоз i umieszczeniem w regionach szpitali centralnych i uniwersyteckich. Największe sukcesy w redukcji swoich zobowiązań wymagalnych osiągnęły województwa lubuskie, pomorskie i dolnośląskie, a przecieź we Wrocławiu i Gdańsku funkcjonują duże szpitale kliniczne. W województwie lubuskim problem zobowiązań wymagalnych w zasadzie został rozwiązany wraz z przekształceniem wspomnianego już wyżej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie w Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o. w październiku 2013 r. Proces likwidacji długów w tym regionie rozpoczął się jednak już wcześniej. W jego wyniku zobowiązania wymagalne tutejszych szpоз zmalały z 440 mln zł na koniec 2004 r.⁸ do 85,1 mln na koniec 2012 r. Na koniec 2013 r. wyniosły one już tylko 3,1 mln zł (**Tabela IV**). Także w przypadku szpitali w województwie pomorskim zasadnicza część likwidacji długu wymagalnego nastąpiła do końca 2012 r. (spadek z 461 mln w 2004 r. do 111 mln zł). W kolejnym roku długi spadły do poziomu 23,6 mln zł, głównie wskutek przekształcenia aż siedmiu jednostek podległych



Rysunek 1. Struktura zobowiązań wymagalnych szpоз względem organu założycielskiego.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [21].

Województwo	Zobowiązania wymagalne w mln zł		Zmiana: spadek (-) wzrost (+) w mln zł	Zmiana: spadek (-) wzrost (+) w %	Udział w całkowitych zobowiązaniach wymagalnych w %	
	2004	2013			2004	2013
Dolnośląskie	1128,6	134,1	-994,5	-88,1	19,2	6,7
Kujawsko-pomorskie	258,6	126,3	-132,3	-51,2	4,4	6,3
Lubelskie	337,1	136,9	-200,2	-59,4	5,7	6,8
Lubuskie	439,0	3,1	-435,9	-99,3	7,5	0,2
Łódzkie	612,8	101,1	-511,7	-83,5	10,4	5,0
Małopolskie	279,2	167,3	-111,9	-40,1	4,8	8,3
Mazowieckie	624,2	533,9	-90,3	-14,5	10,6	26,5
Opolskie	87,5	11,7	-75,8	-86,6	1,5	0,6
Podkarpackie	101,2	116,9	+15,7	+15,5	1,7	5,8
Podlaskie	156,2	29,6	-126,6	-81,1	2,7	1,5
Pomorskie	461,0	23,6	-437,4	-94,9	7,9	1,2
Śląskie	466,4	275,3	-191,1	-41,0	7,9	13,7
Świętokrzyskie	238,4	57,1	-181,3	-76,0	4,1	2,8
Warmińsko-mazurskie	115,6	13,4	-102,2	-88,4	2,0	0,7
Wielkopolskie	137,5	147,2	+9,7	+7,1	2,3	7,3
Zachodniopomorskie	178,9	30,3	-148,6	-83,1	3,0	1,5
MON i MSWiA	250,0	107,8	-142,2	-56,9	4,3	5,3
Razem	5872,3	2015,5	-3856,8	-65,7	100,0	100,0

Tabela IV. Podział terytorialny zobowiązań wymagalnych szpоз w latach 2004–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1].

samorządowi wojewódzkiemu w spółki prawa handlowego. W pierwszych miesiącach 2014 r. udało się je zredukować o kolejne 16 mln zł. Do największej w kwotach absolutnych redukcji zobowiązań wymagalnych doszło jednak w województwie dolnośląskim. W 2004 r. szpоз z tego województwa wykazały dług wymagalny w wysokości ponad 1,1 mld zł. Co piąta złotówka długu wymagalnego przypadała wówczas na Dolny Śląsk. Na koniec 2013 r. zobowiązania wymagalne zmalały do nieco ponad 134 mln zł, były zatem o miliard złotych (90%) niższe niż dziewięć lat wcześniej. W przeciwieństwie do województw pomorskiego i lubuskiego szpitale dolnośląskie nie korzystały w znaczącym stopniu z pomocy publicznej oferowanej w ramach tzw. planu B. Redukcja długu następowała tu stopniowo, głównie do 2011 r.

Na przeciwnym krańcu odnajdujemy województwa wielkopolskie i podkarpackie, w których poziom zobowiązań wymagalnych na koniec 2013 r. jest nawet wyższy niż w krytycznym 2004 r. odpowiednio o 9,7 mln zł (7%) i 15,7 mln (15,5%). Ale niepokój wzbudza również rozwój sytuacji w województwie mazowieckim. Wprawdzie szpitale mazowieckie zmniejszyły swoje zadłużenie wymagalne z 624 mln zł w 2004 r. do niecałych 534 mln w 2013 r., ten relatywnie niewielki spadek o 14,5% w porównaniu ze zmianami, do jakich doszło w większości pozostałych województw, spowodował, że udział Mazowsza w zobowiązaniach wymagalnych polskich szpоз wzrósł z 10,6 do 26,5%. A zatem co czwarta złotówka

przeterminowanego długu przypada na Mazowsze, choć województwo to zamieszkuje tylko 14% ludności Polski. Mniejsza od przeciętnej dla kraju redukcja długów wymagalnych spowodowała również spadek w rankingu zadłużenia województw małopolskiego, śląskiego i kujawsko-pomorskiego. Ich udziały w całkowitej kwocie zobowiązań wymagalnych wzrosły w latach 2004–2013 odpowiednio z 4,8 do 8,3%, 7,9 do 13,7% oraz z 4,4 do 6,3%.

Dane liczbowe zebrane w Tabeli IV pokazują, do jakich zmian doszło w rozkładzie regionalnych zobowiązań wymagalnych szpоз, nie pozwalają jednak ocenić różnic w rzeczywistej skali problemu w poszczególnych województwach. Te różnią się bowiem znacząco liczbą ludności, a co za tym idzie – także liczbą jednostek szpitalnych, które potencjalnie mogą generować długi. Dlatego w Tabeli V dokonano obliczenia zadłużenia wymagalnego szpоз przypadającego średnio na jednego mieszkańca każdego województwa. Wprawdzie także ten wskaźnik nie jest doskonały – nie we wszystkich województwach znajdują się kliniki uniwersyteckie (nie ma ich w województwach opolskim, świętokrzyskim, lubuskim i podkarpackim) oraz instytuty centralne – jednak pozwala on na pewne przybliżenie. Także w przypadku wskaźnika zadłużenia wymagalnego w przeliczeniu na mieszkańców województwa województwo lubuskie wypada najlepiej. Z najwyższego w 2004 r. zadłużenia szpоз przypadającego średnio na mieszkańca w wyso-

Województwo	2004	2013
Dolnośląskie	389,9	46,1
Kujawsko-pomorskie	125,1	60,4
Lubelskie	154,3	63,5
Lubuskie	435,4	3,0
Łódzkie	236,8	40,2
Małopolskie	85,7	49,8
Mazowieckie	121,4	100,4
Opolskie	83,3	11,6
Podkarpackie	48,3	54,9
Podlaskie	129,8	24,8
Pomorskie	210,3	10,4
Śląskie	99,2	59,9
Świętokrzyskie	185,2	45,0
Warmińsko-mazurskie	81,0	9,3
Wielkopolskie	40,9	42,5
Zachodniopomorskie	105,4	17,6
Polska	153,9	52,4

Tabela V. Zobowiązania wymagalne spoz w przeliczeniu na mieszkańca województwa (w zł).

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1] i danych o liczbie mieszkańców.

kości 435 zł (przy średniej krajowej 154 zł) wskaźnik zmalał do zaledwie 3 zł na koniec 2013 r. (przy średniej krajowej 52,4 zł) (Tabela V). W 2004 r. znacznie wyższe od przeciętnego dla kraju zadłużenie spoz przypadało również na mieszkańców województw dolnośląskiego – prawie 390 zł, łódzkiego – 237 zł, pomorskiego – 210 zł i świętokrzyskiego – 185 zł. W 2013 r. wszystkie te województwa wykazują zadłużenie mniejsze od przeciętnego. W województwie pomorskim wynosi ono nawet mniej niż 10 zł. Podobnie niskie – 11,6 zł na mieszkańca – odnotowuje województwo opolskie, które jednak także w 2004 r. należało do najmniej zadłużonych. Po drugiej stronie skali natomiast odnajdujemy w 2013 r. województwa: mazowieckie – z zadłużeniem rzędu 100 zł, lubelskie – 63,5 zł, kujawsko-pomorskie – 60 zł i śląskie – prawie 60 zł. Z wyjątkiem województwa lubelskiego pozostałe należały w 2004 r. do grupy województw ze wskaźnikiem długu wymagalnego na mieszkańca poniżej średniej krajowej.

Opisane zmiany skłaniają do sformułowania wniosku o tym, że województwa, które w 2004 i 2005 r. znajdowały się w najgorszej sytuacji, znacznie lepiej poradziły sobie z problemem zadłużenia od województw, w których sytuacja wyjściowa była korzystniejsza. Być może wizja finansowej katastrofy i upadku sektora szpitalnego w sposób szczególny zdeterminowała władze lokalne do podjęcia bardzo stanowczych kroków w kierunku redukcji nadmiernego zadłużenia. Warto jednak sprawdzić, czy być może przyczyna większych sukcesów jednych województw i mniejszych innych nie leży w zróżnicowanej polityce NFZ w zakresie finansowania leczenia szpi-

talnego. Gdyby niższe długi jednoznacznie korelowały z wyższymi nakładami, niedostateczne finansowanie leczenia szpitalnego przez NFZ można by uznać za najważniejszy powód występowania różnic regionalnych w zobowiązaniach wymagalnych spoz. Te finansowane są bowiem głównie poprzez kontrakty z NFZ.

3. Rozwój zobowiązań wymagalnych spoz a poziom finansowania opieki szpitalnej przez oddziały wojewódzkie NFZ

Truizmem jest powtarzanie, że środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych w Polsce nie wystarczają do zaspokojenia wszystkich potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Dostępne dane nie pozwalają natomiast na stwierdzenie jednoznacznej korelacji, a tym bardziej związku przyczynowo-skutkowego, pomiędzy zróżnicowanym finansowaniem stacjonarnego leczenia szpitalnego przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ a zadłużeniem wymagalnym spoz zlokalizowanych w różnych województwach (Tabela VI).

W ciągu analizowanych 10 lat NFZ znacząco zwiększył swoje wydatki na stacjonarne leczenie szpitalne, średnio o prawie 130%. W przekroju regionalnym zauważalne są jednak bardzo duże różnice. Najwolniej wzrosły wydatki oddziałów śląskiego, zachodniopomorskiego i mazowieckiego, odpowiednio o 101, 105,8 oraz 111,3%. Po drugiej stronie skali znajdują się oddziały kujawsko-pomorski (wzrost o prawie 171%), opolski (wzrost o 163%) i pomorski (wzrost o prawie

Województwo	Zobowiązania wymagalne spzoz			Wydatki oddziałów wojewódzkich NFZ na leczenie szpitalne		
	2004	2013	zmiana procentowa w latach 2004–2013	2004	2013	zmiana procentowa w latach 2004–2013
Dolnośląskie	1128,6	134,1	-88,1	972,7	2303,7	136,8
Kujawsko-pomorskie	258,6	126,3	-51,2	622,4	1685,4	170,8
Lubelskie	337,1	136,9	-59,4	726,8	1748,8	140,6
Lubuskie	439,0	3,1	-99,3	345,2	797,5	131,0
Łódzkie	612,8	101,1	-83,5	867,8	2081,6	139,9
Małopolskie	279,2	167,3	-40,1	1056,6	2544,5	140,8
Mazowieckie	624,2	533,9	-14,5	2149,1	4540,0	111,3
Opolskie	87,5	11,7	-86,6	290,1	763,6	163,2
Podkarpackie	101,2	116,9	15,5	655,4	1588,5	142,4
Podlaskie	156,2	29,6	-81,1	419,0	955,7	128,1
Pomorskie	461,0	23,6	-94,9	674,9	1727,2	155,9
Śląskie	466,4	275,3	-41,0	1793,8	3605,6	101,0
Świętokrzyskie	238,4	57,1	-76,0	449,9	1075,3	139,0
Warmińsko-mazurskie	115,6	13,4	-88,4	462,7	1093,3	136,3
Wielkopolskie	137,5	147,2	7,1	1150,1	2651,8	130,6
Zachodniopomorskie	178,9	30,3	-83,1	678,5	1396,3	105,8
Polska	5872,3	2015,5	-65,7	13314,9	30558,9	129,5

Tabela VI. Dynamika zobowiązań wymagalnych spzoz i wydatków na leczenie szpitalne według województw (w mln zł).

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1] oraz Narodowego Funduszu Zdrowia [5, 14].

156%). Porównując wzrost wydatków poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ ze zmianami w poziomie zobowiązań wymagalnych spzoz, można zauważyć, że w województwach, w których nastąpił najmniejszy przyrost finansowania opieki szpitalnej, w szczególności w województwach mazowieckim i śląskim, zobowiązania wymagalne spzoz malały wolniej niż przeciętnie w całym kraju (odpowiednio o 14,5 i 41,3% przy średniej krajowej 65,7%). Z kolei bardzo wysokiemu przyrostowi nakładów na leczenie szpitalne w województwach opolskim i pomorskim (odpowiednio o 163 i 156%) towarzyszy ponadprzeciętna redukcja długów wymagalnych spzoz, odpowiednio o 86,6 i 94,9%. Podane przykłady nie pozwalają jednak z kilku powodów na stwierdzenie jednoznacznej zależności pomiędzy wzrostem wydatków NFZ na leczenie szpitalne a spadkiem zadłużenia wymagalnego spzoz. Po pierwsze, w Tabeli VI możemy również odnaleźć województwa, w których nastąpił bardzo wysoki, ponadprzeciętny wzrost nakładów na leczenie szpitalne, a długi wymagalne obniżyły się mniej niż przeciętnie. Przykładem może być województwo kujawsko-pomorskie, gdzie wydatki na leczenie szpitalne wzrosły najbardziej w Polsce – aż o 170%, zobowiązania wymagalne spzoz zaś spadły tylko o połowę. Możemy też znaleźć województwa, w których relatywnie niskiemu wzrostowi nakładów NFZ towarzyszy bardzo duży spadek długów wymagalnych, np. województwo zachodniopomorskie. Po drugie, należy zauważyć, że dynamika

zmian w nakładach oddziałów wojewódzkich NFZ na leczenie szpitalne jest silnie uzależniona od wydatków na ten cel zrealizowanych w roku bazowym, tj. 2004.

Aby zneutralizować wpływ roku bazowego na wyniki analizy, w Tabeli VII dokonano przeliczenia nakładów oddziałów wojewódzkich NFZ na jednego mieszkańca województwa, a następnie porównano je z długami spzoz w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa⁹. Zaproponowane przeliczenie wyraźnie pokazuje, że relatywnie słaba dynamika nakładów mazowieckiego wojewódzkiego oddziału NFZ w dużej części jest skutkiem wysokiego poziomu tychże wydatków w 2004 r. W przeliczeniu na mieszkańca województwa oddział mazowiecki wydał na leczenie szpitalne w 2004 r. 481 zł, o 20% więcej, niż wynosiła wówczas średnia krajowa (348 zł) i o prawie 1/3 więcej niż wydający w tym czasie najmniej na leczenie szpitalne oddział opolski. W 2013 r. mimo słabszego od przeciętnego wzrostu wydatków na leczenie szpitalne oddział mazowiecki nadal przeznaczył na ten cel najwięcej w przeliczeniu na mieszkańca województwa, bo aż 853 zł, przy średniej krajowej 794 zł. Permanentnie wyższe niż przeciętne (i najwyższe w kraju) wydatki na leczenie szpitalne w przeliczeniu na mieszkańca nie chronią jednak, jak widać, Mazowsza przed najwyższymi długami wymagalnymi spzoz. Zgoła odmienną sytuację zastajemy na Opolszczyźnie, gdzie permanentnie niskim wydatkom NFZ towarzyszą jedne z najniższych w kraju zobowiązania wymagalne.

Województwo	Zobowiązania wymagalne w przeliczeniu na mieszkańca				Wydatki NFZ na leczenie szpitalne w przeliczeniu na mieszkańca			
	2004		2013		2004		2013	
	zł	Kolejność od naj- większych	zł	Kolejność od naj- większych	zł	Kolejność od naj- większych	zł	Kolejność od naj- większych
Dolnośląskie	389,9	2	46,1	7	336,1	7	791,7	8
Kujawsko-pomorskie	125,1	8	60,4	3	301,0	15	805,4	6
Lubelskie	154,3	6	63,5	2	332,7	9	811,1	5
Lubuskie	435,4	1	3,0	16	342,4	5	780,7	10
Łódzkie	236,8	3	40,2	10	335,3	8	828,3	3
Małopolskie	85,7	12	49,8	6	324,2	11	757,2	14
Mazowieckie	121,4	9	100,4	1	418,1	1	853,9	1
Opolskie	83,3	13	11,6	13	276,1	16	760,2	13
Podkarpackie	48,3	15	54,9	5	312,6	10	746,0	16
Podlaskie	129,8	7	24,8	11	348,2	13	799,8	7
Pomorskie	210,3	4	10,4	14	307,8	14	764,3	12
Śląskie	99,2	11	59,9	4	381,7	3	783,9	9
Świętokrzyskie	185,2	5	45,0	8	349,5	4	847,9	2
Warmińsko-mazurskie	81,0	14	9,3	15	324,1	12	755,6	15
Wielkopolskie	40,9	16	42,5	9	341,8	6	764,9	11
Zachodniopomorskie	105,4	10	17,6	12	399,8	2	812,3	4
Polska	153,9		52,4		348,9		793,8	

Tabela VII. Zobowiązania wymagalne spzoz i wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie szpitalne w przeliczeniu na mieszkańca.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1], Narodowego Funduszu Zdrowia [5, 14] oraz Głównego Urzędu Statystycznego [23].

Jeszcze inny rozwój sytuacji obserwujemy w województwie łódzkim, które pod względem nakładów na leczenie szpitalne przesunęło się z pozycji ósmej na trzecią, pod względem zaś wysokości długu przypadającego średnio na jednego mieszkańca spadło z bardzo niekorzystnego trzeciego na dziesiąte miejsce. Także te przykłady wskazują na brak jakiegokolwiek jednoznacznej zależności pomiędzy wysokością nakładów NFZ na leczenie szpitalne w poszczególnych województwach a wysokością długów wymagalnych spzoz¹⁰, aczkolwiek przedstawiona analiza nie uwzględnia ewentualnych przepływów finansowych między oddziałami wojewódzkimi wynikających z międzywojewódzkiej migracji chorych¹¹.

Dyskusja i wnioski

Z przeprowadzonej analizy danych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że udało się znacząco zredukować poziom zadłużenia wymagalnego. Jego nominalna wartość zmalała w pierwszym kwartale 2014 do nieco ponad 2 mld zł, w porównaniu z 6,24 mld w połowie 2005 r. W cenach stałych redukcja ta wypada jeszcze lepiej. Zmalał wskaźnik zadłużenia spzoz liczony jako procent wydatków NFZ na opiekę szpitalną. Doszło również do znaczącej redukcji długu wymagalnego publicznych podmiotów przypadającego na jednego miesz-

kańca kraju. Jednak po raz kolejny nie udało się całkowicie rozwiązać problemu niespłaconych w ustalonych terminach zobowiązań. W dwóch województwach – podkarpackim i wielkopolskim – doszło nawet do wzrostu zobowiązań wymagalnych spzoz w stosunku do 2004 r. W kilku innych, przede wszystkim w województwie mazowieckim, redukcja długu wymagalnego wypada słabo, mimo ogromnego wzrostu wydatków NFZ na finansowanie świadczeń szpitalnych. Poza tym znacznie gorzej z rozwiązaniem problemu długu wymagalnego dają sobie radę spzoz utworzone przez jednostki centralne i uczelnie medyczne. Ich długi obniżyły się w analizowanym okresie jedynie o około 20%, podczas gdy długi wymagalne spzoz utworzonych przez samorządy terytorialne spadły o 70%. Gorsza sytuacja w spzoz niesamorządowych musi budzić niepokój, wszak chodzi tutaj o szpitale oferujące pomoc w najbardziej skomplikowanych przypadkach medycznych.

Nieprowadzenie w odniesieniu do całkowitej likwidacji długów wymagalnych nie może jednak dziwić. Ani ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji finansowej, ani też późniejsze zmiany w systemie ochrony zdrowia nie zlikwidowały wszystkich głównych przyczyn nierównowagi finansowej w systemie oraz powstawania takich długów. Te tkwią bowiem głęboko w sferze regulacji oraz zarządzania sektorem (*sectoral governance*).

Za najważniejsze eksperci, zapytani w 2007 r. w ramach badania zleconego przez Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia, uznali: nieadekwatność składki, niesprecyzowanie koszyka świadczeń gwarantowanych, brak sieci placówek zdrowotnych oraz status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który, jak powszechnie wiadomo, ogranicza odpowiedzialność świadczeniodawcy za ponoszone wydatki i powstające długi [szczegółowo 24]. Za ważne, ale nie najważniejsze, uznano deficyty w zakresie zarządzania placówkami: niewłaściwe gospodarowanie zasobami pracy i chybioną politykę wynagrodzeń w zakładach pracy, niestosowanie zarządczej klasyfikacji kosztów, niewłaściwe gospodarowanie zasobami materialnymi i realizacją inwestycji. Wśród przyczyn wskazanych jako przeciętnie ważne wymieniono politykę kontraktowania świadczeń przez NFZ, narzucającego z jednej strony limity finansowanych świadczeń, z drugiej strony godzącego się często na niejasnych warunkach na sfinansowanie tzw. nadwykonań. Za przyczyny najmniej istotne uznano brak wystarczającej informacji o ubezpieczonych, ograniczenia w ścisłości składek, zachowania świadczeniobiorców dążących do nadmiernego korzystania z usług i nieformalne dopłaty pacjentów do świadczeń.

Niestety, większości z wymienionych wyżej przyczyn powstawania nierównowagi finansowej i długów nie udało się w ostatniej dekadzie usunąć, mimo ogromnego wzrostu nakładów finansowych na leczenie szpitalne oraz uchwalenia w latach 2010–2011 ustaw zmieniających niektóre warunki funkcjonowania sektora zdrowotnego. Chociaż w ostatnim przedziale czasu tempo wzrostu wydatków NFZ na leczenie szpitalne nieco osłabło, nie możemy nie zauważyć, że wydatki te w badanym okresie wzrosły nominalnie o prawie 130%, realnie zaś o ponad 75%, niestety często na niekorzyść efektywniejszej kosztowo opieki ambulatoryjnej. Być może problemem jest niewłaściwa alokacja tychże środków wewnątrz sektora szpitalnego. Jednak prosta jej zmiana na korzyść placówek utworzonych przez jednostki centralne administracji rządowej i klinik uniwersyteckich lub też na korzyść tych województw, gdzie problem zadłużenia wymagalnego rysuje się najostrej, nie rozwiąże problemu, jeśli jednocześnie nie stworzy się warunków sprzyjających, ale i wymuszających efektywne funkcjonowanie sektora. Obecnie system ochrony zdrowia, w szczególności sektor szpitalny, nie działa efektywnie, a spora część zasobów finansowych, materialnych i ludzkich jest marnotrawiona. Nadal brakuje określenia sieci niezbędnych do zapewnienia funkcjonowania opieki stacjonarnej szpitali, co powoduje, że w wielu placówkach wskaźnik wykorzystania łóżek sięga ledwie 60–75%. Inwestycje szpitalne zaś, nie tylko te współfinansowane przez fundusze europejskie, często są pozbawione racjonalnych ekonomicznych i zdrowotnych przesłanek, co zresztą zaniepokoiło instytucje unijne¹².

Wprawdzie w ostatnich latach polscy politycy oszczędzili systemowi ochrony zdrowia tak ekstremalnie kosztownych błędów legislacyjnych, jak wspomniana już „ustawa 203”, ale nadal obciążają szpitale mniejszymi lub większymi, często niepotrzebnymi dodatkowymi

kosztami, nie dbając o zapewnienie im odpowiednich środków finansowych. Wystarczy wymienić w tym miejscu obowiązek posiadania ładowisk dla śmigłowców ratunkowych jako warunku utrzymania szpitalnych oddziałów ratunkowych czy też nakaz wykupienia ubezpieczenia na wypadek błędów medycznych, w sytuacji kiedy ubezpieczenia takie oferuje tylko jeden wykorzystujący swoją monopolistyczną pozycję ubezpieczyciel. Problemem jest również ciągła zmienność prawa ustanawiającego standardy techniczne, jakie musi spełnić świadczeniodawca, jeśli chce się ubiegać o kontrakt z NFZ. Nie rozwiązano kwestii związanych z ustalaniem limitów na kontraktowane świadczenia i finansowaniem nadwykonań. Choć NFZ w ostatnich latach ograniczył finansowanie nadwykonań, głównie ze względu na ograniczenia finansowe wywołane spowolnieniem gospodarczym i mniejszym tempem wzrostu przychodów składkowych, szpitale nadal mogą mieć nadzieję, że zapłaci za część zrealizowanych ponad zakontraktowaną liczbę świadczeń. Aby otrzymać zapłatę za nadwykonania, należy je wpięć zrealizować, a zatem trzeba ponieść określone koszty. Jeśli się później okaże, że NFZ nie zapłaci, pojawia się strata zwiększająca zadłużenie.

Kolejny nierozwiązany problem to utrzymywanie się nieadekwatnych w wielu przypadkach wycen stawek jednorodnych grup pacjentów (JGP), decydujących o wysokości środków finansowych, jakie szpitale otrzymują za leczenie poszczególnych pacjentów. Problem ten dotyczy szczególnie szpitali najwyższego stopnia referencyjnego, w tym klinik uniwersyteckich i najbardziej zadłużonych centralnych instytutów badawczych prowadzących działalność medyczną, odpowiedzialnych za leczenie najbardziej skomplikowanych, a przez to również najkosztowniejszych przypadków medycznych. Także kontrolerzy NIK w swoich wnioskach z kontroli przeprowadzonej w 2011 r. w kilku centralnych instytutach badawczych podkreślają negatywny wpływ niewystarczającej względem kompleksowości problemów medycznych dywersyfikacji stawek JGP na sytuację finansową badanych jednostek [25]. W tym miejscu należy jednak podkreślić, że problemy z nieadekwatną wyceną stawek nie mogą stanowić głównej przyczyny zadłużania się niektórych szpitali. Wszak wśród szpitali klinicznych odnajdujemy również takie, które regulują w terminie wszystkie swoje zobowiązania.

Istotne kroki poczyniono natomiast w sprawie likwidacji formy prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, która w wyjątkowy sposób ze względu na ogromne deficyty w odniesieniu do ponoszenia odpowiedzialności finansowej sprzyja nieefektywnemu zarządzaniu jednostkami i generowaniu przez nie nadmiernych długów. Ustawa o działalności leczniczej z 2011 r. zawiera wiele zapisów motywujących do przekształcenia spzoz w spółki prawa handlowego, ale również zmieniających zasady pokrywania strat w samych spzoz. O ile do jej wprowadzenia w życie odpowiedzialność finansowa organów założycielskich spzoz za straty i długi podległych szpitali pojawiała się właściwie dopiero w momencie ewentualnej likwidacji jednostki, co oczywiście powstrzymywało organy założycielskie od

podejmowania takich decyzji, obecnie odpowiedzialność jest natychmiastowa. Organ założycielski zobowiązany jest do pokrycia straty finansowej w ciągu trzech miesięcy od wykazania jej w bilansie szpitala. W innym przypadku jednostka powinna zostać zlikwidowana albo też przekształcona w spółkę. I chociaż ostateczną odpowiedzialność finansową w przypadku szpitali publicznych (zarówno spoz, jak i spółek) nadal ponosi podatnik, to jednak szczególnie w przypadku szpitali utworzonych przez samorządy terytorialne nie należy lekceważyć konsekwencji politycznych, które mogą motywować samorządowców do podejmowania bardziej zdecydowanych kroków w kierunku wyegzekwowania efektywnego zarządzania w podległych im placówkach. Niestety czynnik ten raczej nie zadziała w przypadku instytucji centralnych typu Centrum Zdrowia Dziecka, Centrum Zdrowia Matki Polki i szpitali uniwersyteckich. Wniosek taki wypływa także ze wspomnianego już dokumentu pokontrolnego NIK. Kontrolerzy NIK wskazują na problemy zarządcze i organizacyjne w badanych instytucjach i uznają wielkość oraz złożoność jednostek przy ograniczonej bieżącej informacji zarządczej za jedną z głównych przyczyn trudności w podejmowaniu racjonalnych działań. Bez przeprowadzenia szczegółowych analiz oraz posiadania skutecznych narzędzi kontroli ekonomicznie poprawne prowadzenie jednostek nie jest możliwe. Racjonalnemu zarządzaniu instytucjami nie sprzyja również brak świadomości pracowników o konieczności i nieuchronności zmian organizacyjnych, często także blokada niezbędnych posunięć ze strony związków zawodowych. Sprzeciw ten jest sformułowany nie tylko wobec posunięć mających na celu przeprowadzenie chociażby restrukturyzacji zatrudnienia, co z punktu widzenia związkowców można uznać za uzasadnione, nawet jeśli traci na tym instytucja. Brak zgody dotyczy również przeznaczenia określonych środków na zbudowanie systemów informatycznych czy też wdrożenie systemu oceny pracowników [25]. Nacisk polityczny wymuszający dokonanie zasadniczych zmian jest natomiast niewielki, jeśli w ogóle istnieje. Trudno sobie przecież wyobrazić sytuację, w której ponoszący odpowiedzialność za system opieki zdrowotnej politycy wyrażą zgodę na bankructwo i zamknięcie któregoś z najważniejszych w Polsce szpitali. Ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje wprawdzie wyjątków w stosunku do szpitali klinicznych, a zatem również one w przypadku wykazywania strat finansowych na koniec roku bilansowego powinny zostać przekształcone w spółki prawa handlowego. Jeśli ich organy założycielskie nie pokryją strat z własnych funduszy, to nie sposób sobie wyobrazić przy panującej w Polsce atmosferze politycznej i głębokiej nieufności społeczeństwa wobec wszystkiego, co kojarzy się z prywatyzacją szpitali, że do takiej komercjalizacji dojdzie na szerszą skalę, nawet jeśli zmiana formuły prawnej w spółkę w żadnym wypadku nie oznacza prywatyzacji klinik. Ponadto ustawodawca zadbał o to, by szpitale nie musiały być szybko komercjalizowane, pozwalając zaliczyć poręczenia i wpłaty na fundusz założycielski do pozostałych przychodów operacyjnych jednostek.

Pozytywnie należy ocenić sytuację w zakresie kształcenia kadr zarządczych dla zakładów opieki zdrowotnej. Większość dyrektorów szpitali ukończyła studia podyplomowe i/lub studia MBA. Wiele szpitali zarządzanych jest w międzyczasie przez ekonomistów lub prawników, a nie przez lekarzy. Wprawdzie wykonywanie zawodu lekarza nie oznacza, że nie można dobrze zarządzać szpitalem, jednak niewątpliwie prowadzenie szpitala przez lekarza musi generować u niego wewnętrzny konflikt etyczny. Lekarz powinien przede wszystkim dbać o interes powierzonego mu pacjenta, dyrektor szpitala musi natomiast dbać o interes całej jednostki, także o jej wypłacalność. Ponadto nie można lekceważyć skutków czasami opacznie rozumianego solidaryzmu zawodowego lekarzy nie tylko w kwestii oceny ewentualnych błędów medycznych. Niemniej jednak także w zakresie zarządzania samymi szpitalami publicznymi nie wszystko się udało. W wielu szpitalach publicznych wynagrodzenia personelu pochłaniają prawie cały budżet, niewiele lub nic nie pozostaje np. na inwestycje. Jest zatem jeszcze wiele do zrobienia. I chociaż obrany kierunek jest właściwy, konieczne jest przyspieszenie działań prowadzących ostatecznie nie tylko do likwidacji problemu zobowiązań wymagalnych, ale co ważniejsze, do poprawy efektywności funkcjonowania szpitali i ograniczenia marnotrawstwa zasobów z korzyścią dla samych podmiotów, dla pacjentów i całego społeczeństwa.

Przypisy

¹ Publikując dane na temat zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia nie wykazuje osobno zadłużenia samych tylko szpitali. Po dokonanej w ostatnim dwudziestolecu prawie całkowitej prywatyzacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz jednostek lecznictwa uzdrowiskowego uzasadnione jest jednak założenie, że zasadniczą część kwot przedstawianych jako zobowiązania spoz odnosi się do szpitali publicznych, które w swoich przychodniach przyszpitalnych oczywiście oferują również usługi opieki ambulatoryjnej.

² Rolowanie długu polega na uregulowaniu zobowiązań wymagalnych z zaciągniętych nowych zobowiązań, z reguły pożyczek i kredytów.

³ Przy deflacionowaniu wykorzystano wskaźniki wzrostu cen towarów i usług w dziale zdrowie wynoszące odpowiednio 1,02 – 2004 r., 1,026 – 2005 r., 1,013 – 2006 r., 1,021 – 2007 r., 1,034 – 2008 r., 1,032 – 2009 r., 1,029 – 2010 r., 1,045 – 2011 r., 1,032 – 2012 r., 1,018 – 2013 r.

⁴ Z niemożliwych do zweryfikowania przez autora informacji pochodzących z prezentacji „iii magellan” (<http://www.infozdrowie.org/attachments/swiadczeniodawca2013/pdf/11-was.pdf>) wynika, że przekształcone w spółki szpitale publiczne nagromadziły w międzyczasie zobowiązania całkowite w wysokości 1,5 mld zł.

⁵ Ustawodawca zabronił jednocześnie tworzenia nowych spoz.

⁶ Większy dług szpitali samorządowych nie powinien dziwić. Zważywszy na fakt, iż szpitale wojewódzkie i powiatowe tworzące trzon grupy spoz otrzymują w sumie ponad ⅓ łózek

szpitalnych i dostarczają absolutną większość świadczeń medycznych opieki stacjonarnej.

⁷ W 2013 r. do najbardziej zadłużonych szpitali w Polsce należały m.in. Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie (ponad 50 mln zł zobowiązań wymagalnych), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie (prawie 35 mln zł długu wymagalnego) i Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (ok. 35 mln zł).

⁸ Tym samym udział najmniejszego województwa w całkowitych zobowiązaniach wymagalnych polskich szpizos osiągał 7,5%, choć województwo lubuskie zamieszkiwało jedynie 2,6% ludności Polski.

⁹ Wprawdzie NFZ jest odpowiedzialny jedynie za finansowanie świadczeń dla osób ubezpieczonych, a grupa ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich nie jest tożsama z mieszkańcami województw, różnice w liczebności obu tych grup są jednak na tyle niewielkie, że nie zmieniają zasadniczo otrzymanych wyników.

¹⁰ Obserwację tę potwierdza również porównanie danych ogólnokrajowych, np. odnoszących się do 2009 r., w którym zanotowano rekordowy wzrost nakładów publicznych NFZ na leczenie stacjonarne o ponad 20%, podczas gdy zobowiązania wymagalne szpizos w tym roku spadły jedynie o niecałe 5%.

¹¹ Zgodnie z obowiązującym prawem oddziały wojewódzkie miejsca zamieszkania ubezpieczonego są zobowiązane do sfinansowania świadczeń mu udzielonych także poza województwem, w którym mieszka. Jeśli zatem mieszkaniec województwa podkarpackiego leczy się w szpitalu w Warszawie, oddział podkarpacki jest zobowiązany do zapłacenia za leczenie oddziałowi mazowieckiemu, a ten rozlicza się ze świadczeniodawcą. W praktyce część tych rozliczeń „dokonywana” jest przez rozwiązywanie, szczególnie pod koniec roku, rezerw utworzonych w planach finansowych w pozycji B2.17 „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych”. Niestety NFZ nie publikuje danych dotyczących finansowych rozliczeń między oddziałami. W prasie pojawiają się zatem co rok doniesienia o wzajemnych długach oddziałów wobec siebie. Te jednak raczej nie wpływają znacząco na kondycję finansową poszczególnych oddziałów i na pewno nie mają wpływu na regionalne zróżnicowanie zadłużenia szpizos. W bilansie NFZ na 2012 r. największe w sumie należności wobec pozostałych oddziałów wojewódzkich w kwocie około 70 mln zł wykazał oddział mazowiecki. Choć kwota ta wydaje się duża, to stanowi ona tylko 1,5% wydatków oddziału mazowieckiego na leczenie szpitalne. A przecież należności te nie wynikają jedynie z korzystania ze świadczeń szpitalnej opieki stacjonarnej, ale także z korzystania z innych usług medycznych przez mieszkańców spoza województwa mazowieckiego.

¹² Nieracjonalność wielu inwestycji współfinansowanych ze środków potwierdza np. kontrola NIK przeprowadzona w dziesięciu podlaskich szpitalach. Jedynie jeden projekt został oceniony pozytywnie [26].

Piśmiennictwo

1. Ministerstwo Zdrowia, *Zadłużenie SPZOZ – Dynamika zobowiązań*, 2014b, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz;> dostęp: 20.09.2014.
2. Sowada C., *Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zeszyty BRE Bank – CASE” 2008, 97: 29–39.
3. Zespół do przygotowania raportu „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2009.
4. Golinowska S., Sowada C., Tambor M., *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2012.
5. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport NFZ za 2004 r.*, Warszawa 2006.
6. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport NFZ za 2005 r.*, Warszawa 2006.
7. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport NFZ za 2006 r.*, Warszawa 2007.
8. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport NFZ za 2007 r.*, Warszawa 2008.
9. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r.*, Warszawa 2009.
10. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r.*, Warszawa 2010.
11. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r.*, Warszawa 2011.
12. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.*, Warszawa 2012.
13. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.*, Warszawa 2013.
14. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2013 r.*, Warszawa 2014.
15. Nyczał K., *Co to znaczy podmiot leczniczy*, „Menedżer Zdrowia” 2014; 1: 54–60.
16. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012.
17. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.
18. Ministerstwo Zdrowia, *Restrukturyzacja i przekształcenia*, 2014, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/restrukturyzacja-i-przekształcenia;> dostęp: 20.09.2014.
19. Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2005.
20. Dubas K., Szetela P., *Procesy komercjalizacji i prywatyzacji w obszarze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce – skala znaczenie zjawiska*, „Przegląd Organizacji” 2013; 12: 39–45.
21. Ministerstwo Zdrowia, *Zadłużenie SPZOZ – Zobowiązania wymagalne (na podstawie sprawozdań RB-Z)*, 2014, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz;> dostęp: 20.09.2014.
22. Markłowska-Dzierżak M., *Już nie spirala, ale korkociąg długów*, „Menedżer Zdrowia” 2014; 3: 16–22.
23. Główny Urząd Statystyczny, *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym*, GUS, Warszawa 2014.
24. Golinowska S., Sowada C., Woźniak M., *Sources of inefficiency and financial deficits in Poland's health care system*, World Health Organization Europe, 2007.
25. Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie wybranych instytucji badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia*, KPZ -4101-05/2011, Nr ewid. 59/2012/P/11/095/

KZD, 2012a, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,4233,vp,5394.pdf>; dostęp: 20.09.2014.

26. Najwyższa Izba Kontroli, *Realizacja przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej projektów dofinansowanych z działania 6.2. Rozwój infrastruktury z zakresu*

opieki zdrowotnej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007–2013, 2012, <http://www.nik.gov.pl/kontrol/wyniki-kontroli-nik/kontrol,12375.html>; dostęp: 20.09.2014.

