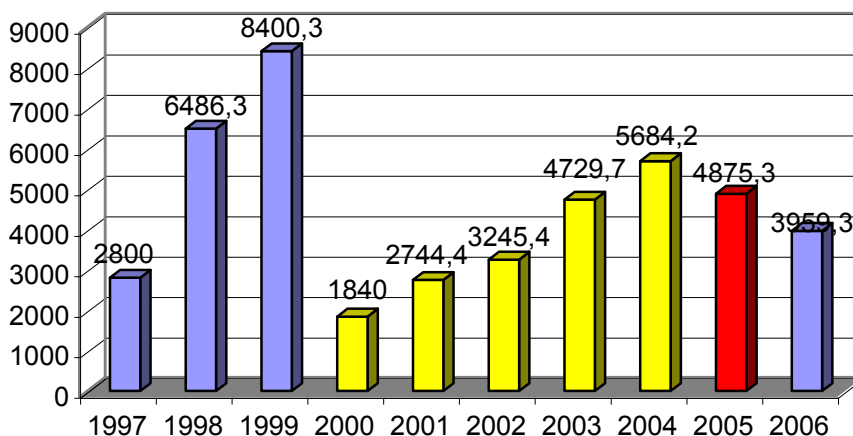


Zadłużenie szpitali – nierozwiązalny problem?

Jesteśmy świadkami kolejnej odsłony w dyskusji na temat zadłużenia służby zdrowia. Ostatnio oliwy do ognia dodał wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 9 stycznia 2007 r. (sygn. akt P 5/05) w którym uznano za niezgodny z Konstytucją przepis na zasadzie którego wiarytelności przysługujące dłużnikom od państwowych jednostek organizacyjnych były dotąd wyłączone spod egzekucji komorniczej w wysokości do 75% (art. 831 § 1 pkt 4 kpc). W konsekwencji komornicy mogą obecnie zajmować wszystkie środki finansowe wpływające na konta szpitalne, a nie jak dotychczas jedynie 25%. Sytuacja jak się wytworzyła oznacza groźbę natychmiastowej utraty płynności przez zadłużone placówki szpitalne. W tym kontekście szczególnie dramatycznie przedstawiają się relacjonowane przez media wydarzenia związane z walką o wstrzymanie egzekucji wiarytelności względem dolnośląskich szpitali.

Powracający problem narastania zadłużenia placówek służby zdrowia musi budzić pytanie o przyczynę i naturę zjawiska. *Prima facie* wydaje się ono niezrozumiałe, skoro systematycznie rosną środki przeznaczane na opiekę zdrowotną w Polsce, należałoby się raczej spodziewać poprawy finansowej kondycji zakładów opieki zdrowotnej. Współdziałanie dwóch czynników: stosunkowo wysokiego tempa wzrostu gospodarczego oraz kroczącego wzrostu podstawy wymiaru składki zdrowotnej w ostatnich latach spowodowało przecież istotny napływ środków finansowych do systemu ochrony zdrowia. Należy wspomnieć, że od w okresie 1999-2006 środki publiczne na finansowanie świadczeń zdrowotnych (pochodzące z budżetu państwa i NFZ) wzrosły z ok. 26 mld zł do kwoty c.a 40 mld zł, co oznacza realny przyrost wydatków zdrowotnych istotnie przekraczający poziom 20%. Ponadto w różnej formie, wielokrotnie dochodziło do udzielania znaczącej pomocy publicznej, bądź w drodze bezpośredniego oddłużania, bądź w sposób bardziej zawaolowany pod hasłem restrukturyzacji zadłużenia (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 78, poz. 684).

**Wymagalne zadłużenie służby zdrowia w mln zł
w latach 1997-2006**



W tym kontekście powstaje oczywiste pytanie dlaczego w ochronie zdrowia systematycznie dochodzi do napięć związanych z zadłużaniem się zakładów opieki zdrowotnej i jak można przeciąć ten swoisty węzeł gordyjski? Wydaje się, że szukając odpowiedzi na pytanie dotyczące interesującego nas problemu należy wskazać na co najmniej kilka grup czynników: brak rzeczywistej restrukturyzacji zasobów służby zdrowia, słabość nadzoru właścicielskiego oraz związane z powyższymi brak koncepcji, czy też politycznej woli dokonania radykalnych rozwiązań systemowych. Pokróćce spróbujemy przyrzeć się bliżej wskazanym uwarunkowaniom.

O znaczącym niedostosowaniu zasobów polskiej służby zdrowia do potrzeb mogą chociażby świadczyć stosunkowo proste dane ukazujące polską służbę zdrowia na tle wybranych europejskich krajów OECD (tabela 1). Należy zauważyć, że Polska posiada jeden z najwyższych wskaźników liczby łóżek szpitalnych opieki krótkoterminowej przypadających na 1 tys. mieszkańców (4,8), przy jednoczesnym stosunkowo niskim wskaźniku obłożenia łóżek (75%). Już same te dane wskazują, że osiągnięcie europejskich standardów w tym względzie oznaczać będzie konieczność istotnej redukcji liczby łóżek szpitalnych.

Tabela. 1. Charakterystyka łóżek ostrych w wybranych krajach OECD

Kraj	liczba łóżek ostrych (<i>acute care beds</i>) na 1 tys. mieszkańców	stopień obłożenia (wykorzystania) łóżek ostrych
Francja	3,8	74,9
Irlandia	2,9	85,3
Norwegia	3,1	86,4
Polska	4,8	75,4
Szwecja	2,2	bd
Wielka Brytania	3,6	84,4

źródło: OECD HEALTH DATA 2006

Dodatkowo należy wziąć pod uwagę, że dostosowanie zasobów bazy szpitalnej będzie musiało uwzględniać zmiany struktury leczonych wynikające z zachodzących procesów demograficznych i epidemiologicznych (np. starzenia się społeczeństw, rozwój opieki długoterminowej etc.). W końcu trzeba zauważyć, że na poważnie trzeba podjąć problematykę rozmieszczenia zakładów opieki zdrowotnej. Nie jest bowiem dziełem przypadku, że zadłużenie służby zdrowia wykazuje istotne zróżnicowanie regionalne. Na placówki z sześciu województw przypada ponad 70% całości zadłużenia służby zdrowia (tabela 2). Na samo wspomniane wcześniej województwo dolnośląskie przypada ponad 20% wymagalnego zadłużenia służby zdrowia (sic!).

Tabela. 2. Regionalne zróżnicowanie wymagalnego zadłużenia służby zdrowia na koniec 2005 r., w mln zł

Województwo	kwota	%
Dolnośląskie	1 099,3	22,7
Łódzkie	549,9	11,4
Mazowieckie	540,9	11,2
Pomorskie	511,9	10,6

Lubuskie	419,2	8,7
Śląskie	371,1	7,7
pozostałe	1342,3	27,7
Razem	4834,6	100,0

źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentu „Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej”, Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia Warszawa, 2006 r.

Kolejny problem dotyczy słabości nadzoru właścicielskiego nad placówkami zdrowotnymi, ze strony podmiotów, które utworzyły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jednostki samorządu terytorialnego będące w większości organami założycielskimi nie podejmują działań mających na celu poprawę efektywności gospodarowania. Ze względów ekonomicznych i politycznych starają się zachować możliwie daleko idący dystans do problemu. Nie dopuszczając ani do likwidacji ani przekształceń nierentownych zakładów opieki zdrowotnej, oczekują na kolejne wsparcie nierentownych zakładów ze strony państwa.

Wydaje się, że twórcom reform zdrowotnym zabrakło woli i determinacji przeprowadzenia kompleksowych zmian (modernizacji) sfery wytwarzania świadczeń zdrowotnych. Brak jest prawdziwego podmiotu restrukturyzacji opieki zdrowotnej. Wykreowane instytucje powszechnych ubezpieczeń ramach zdrowotnych (kasy chorych, NFZ), same nie okazały się zdolne do przeprowadzenia restrukturyzacji sfery wytwarzania świadczeń zdrowotnych. Spełniając rolę płatnika, ograniczają się jedynie transferu środków publicznych i do limitowania (i to w sposób mało skuteczny) ich wydatkowania za pomocą metod administracyjnych. Realizowana przez nie filozofia finansowania, na zasadzie dzielenia środków „wszystkim po trochu”, uniemożliwia przecięcia różnego rodzaju patologii, w tym jak dotąd „bezkarnego” zadłużania się zakładów opieki zdrowotnej.

Tym samym dochodzimy do sedna problemu zadłużenia służby zdrowia. Jest nim swoisty oportunizm kolejnych ekip rządzących i liczenie, że problem restrukturyzacji służby zdrowia rozwiąże się sam, poprzez działanie „niewidzialnej ręki rynku”. Jak się okazuje bez wizji kształtu sfery zdrowotnej, popartej aktywną polityką państwa problemów służby zdrowia jak dotąd nie udaje się, i jak należy sądzić nie uda się rozwiązać.