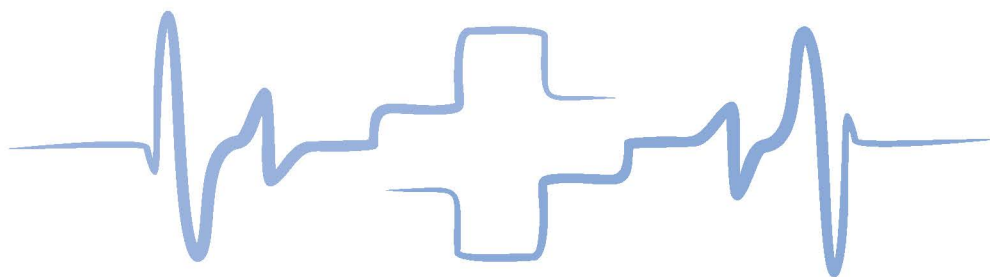


Finanse

Finanse szpitali w Polsce

Strategie płynności

Bartłomiej Krzeczewski



Finanse szpitali w Polsce

Strategie płynności



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Finanse

Finanse szpitali w Polsce

Strategie płynności

Bartłomiej Krzeczewski

Bartłomiej Krzeczewski – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Katedra Finansów Korporacji, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 39

RECENZENT

Artur Paździor

REDAKTOR INICJUJĄCY

Beata Koźniewska

REDAKCJA

Monika Wolska-Bryl

SKŁAD I ŁAMANIE

Monika Wolska-Bryl

KOREKTA TECHNICZNA

Anna Sońta

PROJEKT OKŁADKI

Agencja Reklamowa efectoro

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © <https://stock.adobe.com/pl/>

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ

Autor uzyskał środki finansowe na przygotowanie rozprawy doktorskiej z Narodowego Centrum Nauki w ramach finansowania stypendium doktorskiego na podstawie decyzji numer DEC-2016/20/T/HS4/00411.

© Copyright by Bartłomiej Krzeczewski, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.09604.19.0.M

Ark. druk. 14,125

ISBN 978-83-8220-155-0

e-ISBN 978-83-8220-156-7

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział 1	
Funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia (w latach 2005–2014)	13
1.1. Różne modele finansowania ochrony zdrowia	13
1.2. Podstawowe rodzaje świadczeń zdrowotnych i wysokość ich finansowania	15
1.3. Reformy polskiego systemu ochrony zdrowia i szpitalnictwa	23
1.4. Model finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia – charakterystyka finansowa i próba klasyfikacji	33
1.4.1. Charakterystyka finansowa systemu ochrony zdrowia w Polsce	33
1.4.2. Próba klasyfikacji systemu ochrony zdrowia w Polsce	40
1.5. Podsumowanie	42
Rozdział 2	
Specyfika i problemy działalności polskich szpitali	45
2.1. Szpital w kontekście działalności przedsiębiorstwa	45
2.2. Charakterystyka sektora polskich szpitali	55
2.3. Sprawozdawczość oraz polityka finansowa w polskich szpitalach	62
2.4. Sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych w szpitalu	66
2.5. Specyfika i problematyka zarządzania szpitalem	73
2.6. Podsumowanie	77
Rozdział 3	
Znaczenie i istota płynności finansowej w zarządzaniu finansami szpitala	79
3.1. Sposoby ujmowania płynności finansowej	80
3.2. Sposoby pomiaru płynności finansowej	84
3.3. Kapitał obrotowy netto jako przedmiot zarządzania płynnością finansową	92
3.4. Podstawowe strategie zarządzania płynnością finansową	94
3.5. Zależność pomiędzy płynnością finansową a rentownością	98
3.6. Płynność finansowa w świetle badań w sektorze szpitali	108
3.7. Podsumowanie	116

Rozdział 4

Określenie strategii płynności finansowej oraz wpływu płynności finansowej na rentowność polskich szpitali w latach 2005–2014 119

4.1. Opis przedmiotu badania i wykorzystanych danych oraz metod	119
4.1.1. Przedmiot badania i opis próby	119
4.1.2. Opis metod	123
4.1.2.1. Metody statystyczne	123
4.1.2.2. Metody ekonometryczne	125
4.2. Ocena ogólnej sytuacji finansowej analizowanych szpitali	126
4.2.1. Charakterystyka sytuacji finansowej szpitali podzielonych na podstawie kryterium płynności finansowej	126
4.2.1.1. Ocena rentowności	127
4.2.1.2. Ocena zadłużenia	130
4.2.1.3. Ocena płynności finansowej	132
4.2.1.4. Ocena sprawności działania	138
4.2.2. Charakterystyka sytuacji finansowej szpitali podzielonych na podstawie kryterium rentowności	141
4.2.2.1. Ocena rentowności	142
4.2.2.2. Ocena zadłużenia	144
4.2.2.3. Ocena płynności finansowej	147
4.2.2.4. Ocena sprawności działania	150
4.3. Określenie strategii płynności finansowej w badanych szpitalach	154
4.3.1. Strategia kapitału obrotowego netto	154
4.3.2. Strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko	158
4.3.2.1. Strategia aktywów obrotowych	159
4.3.2.2. Strategia finansowania aktywów obrotowych	167
4.3.2.3. Strategia majątkowo-finansowa	176
4.3.2.4. Całkowita strategia płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko	180
4.4. Analiza korelacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością w badanych szpitalach	184
4.5. Ocena wpływu płynności finansowej na rentowność w badanych szpitalach – modelowanie ekonometryczne	187
4.6. Podsumowanie	192
Zakończenie	195
Bibliografia	205
Spis rysunków	219
Spis tabel	221
Spis wykresów	225

Wstęp

Niniejsza monografia została przygotowana w oparciu o rozprawę doktorską pt. „Strategie zarządzania płynnością finansową szpitali w Polsce”, napisaną pod kierunkiem promotora dra hab. Radosława Pastusiaka, prof. UŁ oraz promotora pomocniczego dr Magdaleny Jasiniak w Katedrze Finansów Korporacji Uniwersytetu Łódzkiego.

Autor uzyskał środki finansowe na przygotowanie rozprawy doktorskiej z Narodowego Centrum Nauki w ramach finansowania stypendium doktorskiego na podstawie decyzji numer DEC-2016/20/T/HS4/00411.

Przemiany sektora usług zdrowotnych w Polsce, rozpoczęte w 1990 r., doprowadziły do wielu przemian w obszarze jego organizacji, zasad działania, pokrywania kosztów świadczeń. Podstawowe deklarowane cele realizowanych zmian sprowadzają się do utrzymania wysokiego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego, podnoszenia poziomu świadczonych usług, zapewnienia pełnej dostępności do świadczeń medycznych. Dotychczasowe efekty nie spełniają oczekiwań zarówno społeczeństwa, jak i świadczeniodawców. Wprowadzenie zasad rynkowych do tego sektora ujawniło szereg istotnych problemów, których wyeliminowanie jest niezmiernie trudne i wymaga wielu zmian.

Polski system zabezpieczenia zdrowotnego jest postrzegany jako jeden z najgorszych w Europie. Świadczyć o tym mogą niskie notowania Polski w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI) przygotowywanym przez Health Consumer Powerhouse (HCP) (zawsze w ostatniej 10 krajów europejskich – często na jednym z ostatnich miejsc). W rankingu tym oceniane są systemy ochrony zdrowia w krajach członkowskich Unii Europejskiej na podstawie takich kryteriów, jak m.in.: przestrzeganie praw pacjenta, czas oczekiwania na świadczenia medyczne, śmiertelność niemowląt, przeżywalność w przypadku chorób nowotworowych, zakres świadczeń gwarantowanych, działania profilaktyczne, dostępność do nowych leków. Do kluczowych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia należą przede wszystkim: dostępność do świadczeń zdrowotnych (szczególnie specjalistycznych), długi czas oczekiwania na zabiegi i operacje medyczne

czy polityka lekowa (Health Consumer Powerhouse, 2008, 2009, 2012–2017). Stąd wdrażanych jest wiele zmian mających na celu poprawę sytuacji w tym zakresie. Zmiany wprowadzane na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat były ukierunkowane na różne formy urynkowania systemu. Obecnie jednak następuje odejście od tej tendencji.

Szczególnie istotny w polskim systemie ochrony zdrowia jest sektor szpitalny. Absorbuje on największą część środków publicznych dedykowanych na finansowanie całego systemu. Jednocześnie w prasie i innych mediach pojawiają się wciąż doniesienia o trudnej sytuacji finansowej tego sektora i narastającym zadłużeniu szpitali. Niewiele pomogły tu wprowadzane w latach 2005 i 2009 programy oddłużeniowe – tzw. ustawa restrukturyzacyjna (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2005 r. ...) oraz Plan B (Uchwała Nr 58 /2009...). Problemy związane z obsługą zadłużenia mogą prowadzić do istotnych problemów finansowych. Szczególnie trudna sytuacja powstaje zwłaszcza w kontekście zadłużenia krótkoterminowego, kiedy dany podmiot nie ma środków na regulowanie swoich bieżących zobowiązań względem kontrahentów. O ile w przypadku zadłużenia długoterminowego są to zwykle wyspecjalizowane instytucje sektora finansowego, które często posiadają odpowiednie rozeznanie w ocenie ryzyka finansowego i często są przygotowane na ewentualne trudności finansowe dłużnika, o tyle w przypadku zadłużenia krótkoterminowego, kontrahenci, będący często dostawcami dłużnika, mogą nie posiadać takiego rozeznania. Tym samym problemy w zakresie płynności finansowej dłużnika, jakim jest szpital, mogą w bezpośredni sposób zagrozić funkcjonowaniu jego podstawowych kontrahentów. Dlatego proces zarządzania płynnością finansową wydaje się tu szczególnie ważny.

Kompleksową odpowiedź na problemy polskich szpitali i systemu ochrony zdrowia miała stanowić wprowadzona w 2011 r. ustawa o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ...). Ustawa ta miała usprawnić funkcjonowanie jednostek szpitalnych, w pewnym stopniu opierając się na założeniu, iż szpital należy traktować jako przedsiębiorstwo medyczne¹ ukierunkowane – obok swojej podstawowej misji w postaci udzielania świadczeń zdrowotnych – również na generowanie zysku, a przynajmniej nieprzynoszenie strat finansowych. W 2016 r., wprowadzając tzw. sieć szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia – PSZ), ustawodawca jednak wycofał się z postrzegania szpitala jako przedsiębiorstwa, jak również części zapisów ustawy o działalności leczniczej.

Mając powyższe na uwadze, trudno jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy szpitale powinny być postrzegane jako przedsiębiorstwa, czy też nie. Ważna dla udzielenia odpowiedzi na to pytanie może być ocena cech, które posiadają klasyczne przedsiębiorstwa oraz tych, które posiadają szpitale. Ponadto istotna może

1 Art. 2.1, ust. 9 ogłoszonej wersji ustawy definiował szpital jako „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne”, Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ..., tekst ogłoszony, art. 2, pkt. 1, ust. 9.

tu być również ocena, czy w sektorze szpitali występują analogiczne zależności w zakresie zarządzania finansowego, jak wśród innych przedsiębiorstw.

Głównym celem zrealizowanej pracy jest ocena stosowanych przez szpitale strategii zarządzania płynnością finansową i ich wpływu na rentowność. Strategie te można podzielić na agresywne, konserwatywne i umiarkowane. Strategie agresywne ukierunkowane są na maksymalizowanie rentowności, co odbywa się kosztem obniżonego poziomu płynności finansowej. Strategie konserwatywne wskazują na podejście przeciwstawne – w ich przypadku maksymalizowany jest poziom bezpieczeństwa finansowego, czyli płynności finansowej, kosztem uzyskiwanej rentowności. Strategie umiarkowane stanowią natomiast swoisty kompromis pomiędzy strategiami agresywnymi i konserwatywnymi. Takie założenie dotyczące konstrukcji strategii ma wynikać z negatywnej zależności, jaka ma zachodzić w relacji pomiędzy płynnością finansową i rentownością wśród przedsiębiorstw. Ze względu jednak na to, że nie ma pełnej zgody co do tego, że szpitale powinny być postrzegane jako przedsiębiorstwa, należy mieć na uwadze, że w sektorze tym mogą zachodzić nietypowe zależności finansowe.

Pośród celów cząstkowych pracy można wyróżnić:

- 1) Wskazanie miejsca szpitali w polskim systemie ochrony zdrowia oraz ocenę uwarunkowań systemowych, w których funkcjonują;
- 2) Ocenę specyfiki działalności polskich szpitali w kontekście działalności klasycznego przedsiębiorstwa;
- 3) Identyfikację problemów w zakresie zarządzania finansowego w sektorze polskich szpitali;
- 4) Określenie kierunku i siły wpływu płynności finansowej na rentowność wśród polskich szpitali;
- 5) Identyfikację strategii zarządzania płynnością finansową w kontekście uzyskiwanej rentowności;
- 6) Identyfikację czynników finansowych wpływających na rentowność szpitala.

W pracy sformułowano następującą hipotezę główną: stosowane strategie zarządzania płynnością finansową w sposób istotny różnicują poziom rentowności szpitala.

W badaniu sformułowano również następujące hipotezy szczegółowe:

H1: Model szpitalnictwa w Polsce wynika z uwarunkowań społeczno-historycznych.

H2: Polskie szpitale nie mogą być postrzegane jako typowe przedsiębiorstwa funkcjonujące w realiach rynkowych.

H3: Głównym problemem w zakresie zarządzania finansami szpitali w Polsce jest wysoki poziom zobowiązań krótkoterminowych.

H4: Pomiędzy płynnością finansową i rentownością w szpitalu zachodzi istotna pozytywna zależność.

H5: Najbardziej rentowne szpitale stosują konserwatywne strategie zarządzania płynnością finansową w przeciwieństwie do szpitali najmniej rentownych, stosujących strategie agresywne.

H6: Na rentowność szpitala w sposób istotny wpływa płynność finansowa.

Tematyka niniejszej pracy obejmuje swym zakresem przede wszystkim okres 2005–2014. Warto zaznaczyć, iż w tych latach finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia – w tym sektora szpitalnego – odbywało się na relatywnie niezmiennych zasadach. Od 2003 r. za wycenę i finansowanie świadczeń udzielanych ze środków publicznych odpowiedzialny był Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Począwszy od 2015 r., sytuacja ta uległa zmianie i wycena świadczeń została powierzona Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Tak dobrany szereg czasowy omija również okres możliwych turbulencji ekonomicznych w początkowych latach (po roku 2003) funkcjonowania NFZ, a związanych z wprowadzeniem tej nowej, znacznie bardziej scentralizowanej instytucji płatnika trzeciej strony w miejsce funkcjonujących wcześniej kas chorych.

Przygotowana praca składa się z czterech rozdziałów, z czego pierwsze trzy mają charakter teoretyczny. Ostatni rozdział ma natomiast charakter empiryczny, a jego celem była weryfikacja postawionych hipotez.

W pierwszym rozdziale scharakteryzowane zostało funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia w latach 2005–2014 – tj. w okresie objętym badaniem. Zostały w nim również zawarte definicje podstawowych pojęć związanych z tematyką ochrony zdrowia. Celem rozdziału było przedstawienie kluczowej roli, jaką mają do spełnienia szpitale w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych podmiotów leczniczych oraz pozostałych instytucji mających wpływ na system ochrony zdrowia w Polsce.

Celem drugiego rozdziału było przedstawienie szpitala na kanwie teorii związanych z działalnością przedsiębiorstwa. Obok tego w rozdziale tym zostały również scharakteryzowane podstawowe metody finansowania świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem działalności szpitalnej oraz podstawowe problemy finansowe, z którymi w analizowanym okresie zmagają się polskie szpitale. Zostały również zaprezentowane podstawowe charakterystyki sprawozdawczości finansowej polskich szpitali oraz specyfika kształtowania poszczególnych pozycji finansowych w działalności szpitala – eksponująca bardzo istotne znaczenie płynności finansowej w szpitalu.

Trzeci rozdział został z kolei poświęcony przede wszystkim płynności finansowej. Opisano w nim problemy związane z oceną płynności finansowej, podstawowe rodzaje strategii zarządzania płynnością finansową, a także został dokonany przegląd dotychczas przeprowadzonych badań w zakresie analiz poświęconych tematyce płynności finansowej. Przegląd ten objął zarówno badania wskazujące na istotne wnioski dotyczące zarządzania płynnością finansową z różnych sektorów gospodarki, jak i ściśle badania przeprowadzone w sektorze szpitalnym.

W ostatnim rozdziale przedstawiono wyniki analiz empirycznych. Badanie zostało przeprowadzone na wyodrębnionych grupach szpitali. W pierwszej części badania, szpitale podzielono na grupy pod względem strategii opierających się na poziomie płynności finansowej mierzonej relacją majątku obrotowego do zobowiązań krótkoterminowych i dokonano charakterystyki finansowej każdej tak wyodrębnionej grupy (tj. szpitali stosujących strategie agresywne, konserwatywne lub umiarkowane). W drugiej części badania, ze względu na silny nurt w literaturze przedmiotu, określający płynność finansową jako istotną determinantę rentowności, podział szpitali został oparty właśnie na kryterium rentowności jako na mierze obrazującej obszar wynikowy szpitala. W badaniu zostały wyodrębnione grupy szpitali najbardziej i najmniej rentownych, co miało na celu identyfikację i wskazanie zarówno pozytywnych, jak negatywnych praktyk stosowanych przez poszczególne grupy w procesie zarządzania finansowego, a w szczególności zarządzania płynnością finansową. Podział ten miał również ułatwić weryfikację części z postawionych w pracy hipotez. W ramach analiz empirycznych wykorzystano szerokie spektrum narzędzi służących do oceny zarządzania płynnością finansową oraz zarządzania finansowego. Wykonana została analiza finansowa obejmująca podstawowe wskaźniki finansowe (rentowności, zadłużenia, płynności finansowej, sprawności działania). Następnie zostały wyznaczone szczegółowe wskaźniki dedykowane ocenie płynności finansowej, które pozwoliły na określenie stosowanych przez analizowane szpitale wybranych strategii zarządzania płynnością finansową – tj. strategii zarządzania kapitałem obrotowym netto oraz strategii płynności finansowej w ujęciu dochód–ryzyko. Dodatkowo dla potwierdzenia uzyskanych wniosków została wykonana także analiza korelacji liniowej Pearsona, jak również został zbudowany model ekonometryczny.

Wykonane analizy i zawarte w pracy rozważania pozwoliły na weryfikację postawionych hipotez badawczych oraz teorii stosowanych na gruncie zarządzania finansami przedsiębiorstwa w sektorze szpitali.

Określenie strategii płynności finansowej stosowanej przez polskie szpitale oraz określenie zależności pomiędzy płynnością finansową i rentownością doprowadziło do uzyskania istotnych wniosków. Pozwalają one na wyznaczenie kierunków doskonalenia w sferze zarządzania płynnością finansową, który powinny obrać szpitale w Polsce. Wnioski płynące z pracy mogą stanowić istotny czynnik w zakresie udzielenia rekomendacji dla polityki finansowej stosowanej przez polskie szpitale.

Rozdział 1

Funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia (w latach 2005–2014)

1.1. Różne modele finansowania ochrony zdrowia

Istnieją różne podziały modeli finansowania systemów ochrony zdrowia na świecie. Każdy jednak typ czy rodzaj finansowania systemu zabezpieczenia zdrowotnego powinien być podporządkowany nadrzędnemu celowi, czyli zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych, zarówno całego społeczeństwa, jak i jego poszczególnych jednostek oraz zagwarantowaniu im dobrego stanu zdrowia (Suchecka, 1998: 19).

Lameire i in. (1999: 3–9) wskazują na występowanie trzech podstawowych typów modeli finansowania systemów ochrony zdrowia na świecie:

- Model Bismarcka (model ubezpieczeniowy) – opierający się głównie na finansowaniu pochodzącym ze składki ubezpieczeniowej, opłacanej w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, jak również charakteryzujący się występowaniem zarówno świadczeniodawców publicznych, jak i prywatnych.
- Model Beveridge’a (model zaopatrzeniowy lub narodowej służby zdrowia) – opierający się przede wszystkim na wpływach pochodzących z podatków i charakteryzujący się dużą liczbą publicznych świadczeniodawców.
- Model prywatnych ubezpieczeń (model rezydualny) – do niedawna występujący jedynie w Stanach Zjednoczonych i opierający się w przeważającym stopniu na dobrowolnych ubezpieczeniach prywatnych.

Należy tutaj zaznaczyć, iż z historycznego punktu widzenia rozwiązania wprowadzane przez model Beveridge’a nie były nazbyt innowacyjne, a inspiracje dla nich stanowiły rozwiązania radzieckie wypadające pozytywnie na tle słabych punktów i ograniczeń występujących w modelu Bismarcka (Jończyk, 2010: 3–17).

Rozwiązania radzieckie ujęte były w tzw. modelu Siemaszki. Nazywany jest on także modelem systemu scentralizowanego albo modelem radzieckim. Czasami w literaturze przedmiotu bywa ujmowany jako czwarty, osobny model finansowania systemu ochrony zdrowia (Paszowska, 2006: 1–14; Wielicka, 2014: 491–504; Łuniewska, 2014: 67–75). Podstawowe założenia modelu Siemaszki są jednak w znacznej mierze zbieżne z modelem narodowej służby zdrowia i opierają się na odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli.

Poniżej zostało przedstawione porównanie omówionych powyżej modeli finansowania systemów ochrony zdrowia ze względu na cechy związane z finansowaniem, dostępem do świadczeń zdrowotnych, udziału w systemie sektora prywatnego i roli państwa w tabelarycznej formie (tab. 1.1).

Tabela 1.1. Porównanie modeli finansowania systemów ochrony zdrowia

Cecha	Model		
	Ubezpieczeniowy	Zaopatrzeniowy	Rezydualny
Podstawowe źródło finansowania	Składka obowiązkowego ubezpieczenia	Budżet centralny (podatki)	Dobrowolne składki ubezpieczeniowe
Dostęp do świadczeń	Opłacenie składki ubezpieczeniowej	Wolny dostęp dla wszystkich obywateli	Opłacenie składki ubezpieczeniowej
Udział sektora prywatnego	Równowaga pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym	Niewielki udział sektora prywatnego lub brak udziału	Dominacja sektora prywatnego
Rola państwa	Tworzenie ram prawnych, kontrola funkcjonowania kas chorych	Organizacja systemu, dostarczanie świadczeń zdrowotnych, kontrola funkcjonowania	Działania w zakresie zdrowia publicznego, opieka nad obywatelami najuboższymi i najstarszymi

Źródło: Ucieklak-Jeż, Bem (red.), 2014: 20.

Należy tutaj zaznaczyć, iż stosowanie powyżej przytoczonych rodzajów klasyfikacji systemów ochrony zdrowia pod kątem finansowania staje się coraz trudniejsze ze względu na fakt, iż coraz trudniej znaleźć model, który funkcjonowałby w czystej formie jednej z powyższych klasyfikacji. Ma to związek z przenikaniem się pewnych aspektów w zakresie finansowania pomiędzy różnymi rodzajami modeli i ich postępującą hybrydyzacją.

Busoi (2010: 5–7) wskazuje, że obecnie w Unii Europejskiej brak jest modelu, który można by uznać za w pełni upaństwowiony lub też w pełni sprywatyzowany. Modele finansowania ochrony zdrowia cechuje znaczący poziom różnorodności, niemniej jednak inspirację dla wszystkich europejskich modeli stanowiły modele Bimarcka lub Beverdge'a.

Schmid i in. (2010: 455–486) w swoim artykule argumentowali, że trudności w jednoznacznej klasyfikacji systemów ochrony zdrowia poszczególnych państw,

jako jednego określonego modelu, związane są z zacieraniem się granic pomiędzy różnymi rodzajami modeli na skutek wybiórczego przenoszenia rozwiązań stosowanych w jednym modelu do drugiego. Znajduje to przełożenia w coraz większej hybrydyzacji funkcjonujących modeli ochrony zdrowia.

Mając to na uwadze, w literaturze przedmiotu można zauważyć rozszerzanie tej klasycznej klasyfikacji o inne typy modeli finansowania systemów ochrony zdrowia na świecie¹. Trudno jednak wykazać w jednoznaczny sposób, który z przywołanych modeli finansowania ochrony zdrowia daje najlepsze wyniki. Zwykle analizy porównawcze dokonywane są przez pryzmat uzyskiwanych efektów zdrowotnych i ponoszonych kosztów². Jednak wnioski z nich nie są jednoznaczne.

1.2. Podstawowe rodzaje świadczeń zdrowotnych i wysokość ich finansowania

Dokonując rozważań dotyczących świadczeń zdrowotnych, trzeba podkreślić, że różne rodzaje świadczeń zdrowotnych mogą być finansowane na różne sposoby. Rozważania warto rozpocząć od odpowiedzi na pytanie, czym jest świadczenie zdrowotne.

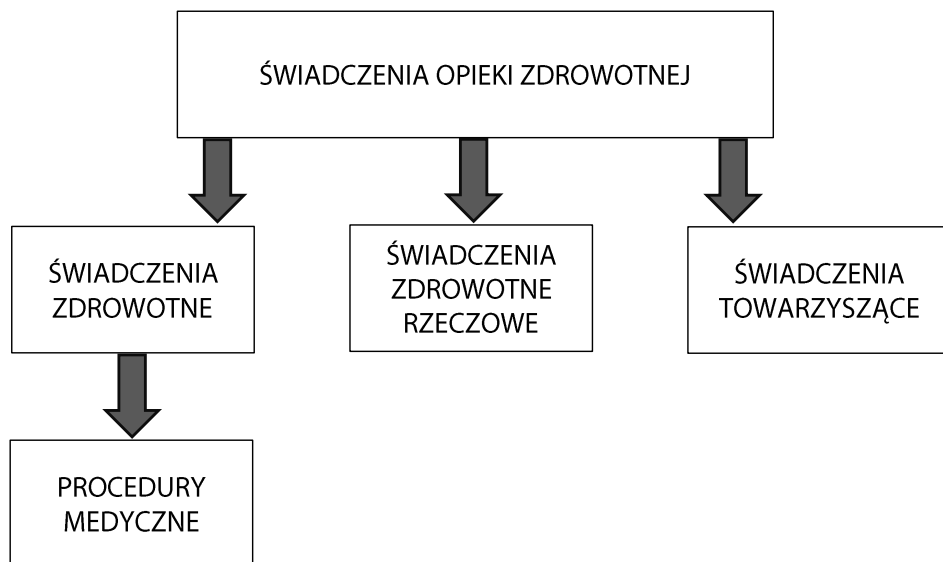
Zarówno ustawa o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. ..., art. 2, ust. 1, pkt. 10), jak i ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 5, ust. 40) definiuje świadczenia zdrowotne jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Ponadto druga ze wspomnianych ustaw akcentuje jeszcze fakt, iż do świadczeń zdrowotnych zaliczane są działania służące profilaktyce zdrowotnej.

Wszelkie działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia (czyli świadczenia zdrowotne) opierają się na procedurach medycznych. Te z kolei definiowane są jako „postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych”

1 Przykłady innych klasyfikacji modeli finansowania ochrony zdrowia można odnaleźć w pracach: Böhm i in., 2013: 258–269; Rice, Smith, 2001: 81–113; Freeman, Frisna, 2010: 163–178; Janik, Paździor, 2017: 137–147; Suchecka, 1998: 16–17 czy Busoi, 2010: 5–7.

2 Por. Van der Zee, Kroneman, 2007: 94; Tenbelsel i in., 2012: 29–36.

(Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ..., art. 5, ust. 42). Uproszczony schemat dotyczący umiejscowienia świadczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia został zaprezentowany na rysunku 1.1.



Rysunek 1.1. Schemat świadczeń opieki zdrowotnej w polskim systemie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. ...

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez różne grupy świadczeniodawców, pośród których umiejscowione są również szpitale, stanowiące szczególnie przedmiot zainteresowania niniejszej pracy.

Szpitalne mogą mieć charakter zarówno jednostek publicznych, jak i niepublicznych, co jest jeszcze szerzej opisane w dalszej części pracy. Co więcej, szpitale, obok świadczeń o charakterze stacjonarnym, mogą być również odpowiedzialne za część świadczeń realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanych w przychodniach przyszpitalnych.

Poniżej zaprezentowana zostanie charakterystyka podstawowych rodzajów świadczeń zdrowotnych dostępnych dla pacjentów w polskim systemie ochrony zdrowia, finansowanych ze środków publicznych. W tabelach 1.2 i 1.3 przedstawiono szczegółowe rozkłady liczby i wartości umów dedykowanych poszczególnym rodzajom świadczeń zdrowotnych w Polsce zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ze względu na temat niniejszej pracy szczególnie warto zwrócić uwagę na dane dotyczące lecznictwa szpitalnego.

Tabela 1.2. Liczba umów zawartych przez NFZ (w szt.) na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych w latach 2005–2014

Rodzaj świadczenia	Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Podstawowa opieka zdrowotna		11 726	12 046	14 265	11 709	18 706	16 759	13 717	10 779	11 255	10 427
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		6 700	7 175	7 595	10 773	8 591	8 512	9 285	8 317	7 934	7 497
Lecznictwo szpitalne		1 366	1 653	1 766	2 178	2 127	1 893	2 188	2 783	2 044	2 157
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		1 291	1 347	1 329	1 792	1 429	1 456	1 504	1 512	1 558	1 500
Rehabilitacja lecznicza		2 148	2 272	2 620	3 098	2 659	2 564	2 737	2 743	2 867	4 089
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze ^(a)		1 052	1 302	1 419	1 836	1 122	1 890	1 668	1 866	1 866	2 486
Opieka paliatywna i hospicyjna		–	–	–	–	433	393	442	463	463	745
Leczenie stomatologiczne		8 835	8 897	9 599	9 424	8 823	9 055	8 360	8 415	8 415	13 347
Leczenie uzdrowiskowe		145	145	137	134	136	137	154	150	150	166
Ratownictwo medyczne ^(b)		341	354	342	388	295	296	247	232	232	224
Pomoc doraźna i transport sanitarny		–	–	–	–	31	32	32	32	32	54
Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez NFZ		3 488	2 802	2 728	524	509	716	802	738	738	1 057
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie		356	337	357	484	439	414	458	476	476	466
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze		–	–	3 351	3 134	3 165	3 106	3 115	3 286	3 286	4 467
RAZEM		37 448	38 330	45 508	45 474	48 465	47 223	44 709	41 792	41 316	48 682

^(a) wraz z opieką paliatywną i hospicyjną – w okresie 2005–2008^(b) wraz z pomocą doraźną i transportem sanitarnym – w okresie 2005–2008**Źródło:** opracowanie własne na podstawie: Sprawozdania z działalności NFZ za lata 2005–2015.

W powyższym zestawieniu widać, iż w badanym okresie nastąpił wzrost ogólnej liczby umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych z poziomu ok. 37,5 tys. w roku 2005 do przeszło 48,6 tys. zawartych umów w roku 2014. Oznacza to ogólny przyrost liczby świadczeniodawców, którzy mają podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze świadczeń publicznych. Niemniej jednak widoczna jest fluktuacja liczby wartości umów, co może wskazywać na to, iż polityka NFZ opiera się na elastycznym dostosowywaniu liczby świadczeniodawców do bieżących potrzeb i co z tym jest związane na brak zapewnienia długoletniej stałości finansowania świadczeniodawcy – przynajmniej w przypadku pewnej liczby świadczeniodawców, co jest zresztą zgodne z ideą wspomnianego wcześniej konkursu ofert.

Liczba umów NFZ z podmiotami z zakresu lecznictwa szpitalnego, stanowiącego szczególnie przedmiot zainteresowania w niniejszej monografii, wzrastała sukcesywnie w latach 2005–2008. Natomiast, począwszy od 2009 r. wzrost zawieranej liczby umów wyhamował i osiągał poziom ok. 2 tys. umów rocznie. Pewien wyjątek stanowił tu rok 2012, kiedy to liczba zawartych umów w zakresie lecznictwa szpitalnego sięgnęła 2800 umów, będąc jednocześnie najwyższą wartością w całym analizowanym okresie 2005–2014. Wyhamowanie i ustabilizowanie się liczby umów w zakresie lecznictwa szpitalnego należy oceniać pozytywnie. Może to oznaczać, że płatnik zbudował pewną stałą bazę sprawdzonych świadczeniodawców, którym powierza udzielanie świadczeń szpitalnych.

Omawiane zmiany i trendy w zakresie liczby umów zawieranych ze świadczeniodawcami nie muszą jednoznacznie świadczyć o zwiększającym lub zmniejszającym się zapotrzebowaniu na określone świadczenia zdrowotne, lecz o pewnym dynamicznym dostosowywaniu się przez NFZ do bieżącej sytuacji i próbie wyłonienia w ramach organizowanych konkursów ofert i rokowań najlepszych świadczeniodawców. Nieco lepszy obraz w zakresie sytuacji finansowej polskiego systemu ochrony zdrowia mogą przedstawiać wartości zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów w zakresie poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Wartość umów zawartych przez NFZ w analizowanym okresie ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych została przedstawiona w tabeli 1.3.

Dokonując analizy przedstawionych danych, widać wyraźnie, iż w ujęciu globalnym następował stopniowy wzrost wydatków na ochronę zdrowia w każdym roku w całym analizowanym okresie, tj. w latach 2005–2014. W przypadku każdego z przedstawionych rodzajów świadczeń zdrowotnych w okresie 2005–2014 zauważalny jest wzrost wydatków. W przypadku wielu rodzajów świadczeń zaobserwować można było niemalże ciągły wzrost wydatkowania – podobnie jak miało to miejsce w ujęciu globalnym, a w przypadku niektórych świadczeń występowały pewne fluktuacje w tym zakresie.

Tabela 1.3. Wartość umów zawartych przez NFZ na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych w latach 2005–2014 (w tys. zł)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Rodzaj Świadczenia										
Podstawowa opieka zdrowotna	–	3 629 082	–	5 901 384	7 359 377	7 266 721	7 331 748	7 564 974	7 653 832	7 707 818
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 352 496	2 701 165	3 271 675	4 024 479	4 254 576	4 215 071	4 454 781	5 048 620	5 267 197	5 425 339
Lecznictwo szpitalne	14 464 195	15 671 937	18 701 562	23 791 267	23 454 307	26 831 150	27 536 621	29 397 185	30 594 783	31 079 183
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 089 052	1 187 230	1 400 636	1 686 962	1 931 576	1 963 185	2 019 259	2 158 459	2 245 011	2 316 608
Rehabilitacja lecznicza	914 341	1 042 185	1 273 771	1 579 308	1 763 596	1 757 222	1 831 907	1 996 747	2 077 985	2 095 772
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze ^(a)	523 532	587 621	714 121	922 808	775 109	894 957	952 435	1 020 341	1 077 375	1 096 068
Opieka paliatywna i hospicyjna	–	–	–	–	262 710	269 702	295 777	328 015	355 860	371 494
Leczenie stomatologiczne	968 136	1 076 974	1 282 841	1 833 709	1 884 516	1 708 710	1 724 834	1 779 501	1 782 794	1 735 344
Leczenie uzdrowiskowe	356 023	359 237	372 946	498 226	667 553	548 934	570 584	592 423	608 131	603 810
Ratownictwo medyczne ^(b)	933 073	1 015 685	1 178 408	1 490 548	1 722 323	1 726 108	1 758 849	1 824 229	1 834 516	1 838 062
Pomoc doraźna i transport sanitarny	–	–	–	–	33 306	34 902	35 488	42 622	42 938	42 556
Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez NFZ	101 549	137 967	206 667	113 709	135 733	134 397	173 549	179 372	179 528	162 922
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	878 794	963 734	1 104 242	1 168 886	1 286 725	1 388 319	1 462 158	1 564 670	1 663 814	1 728 598
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	459 674	506 110	578 674	597 756	595 750	602 130	627 692	685 040	726 361	815 825
RAZEM	23 040 865	28 878 927	30 085 543	43 609 042	46 127 157	49 341 508	50 775 682	54 182 198	56 110 125	57 019 399

^(a) wraz z opieką paliatywną i hospicyjną – w okresie 2005–2008^(b) wraz z pomocą doraźną i transportem sanitarnym – w okresie 2005–2008**Źródło:** opracowanie własne na podstawie: Sprawozdania z działalności NFZ za lata 2005–2015.

Lecznictwo szpitalne stanowiące główny przedmiot zainteresowania pracy – pomimo tego, iż nie stanowi najliczniejszej grupy w ramach zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych (zob. tab. 1.2) – w każdym roku badanego okresu absorbowowało największą część środków publicznych przeznaczanych przez NFZ na finansowanie polskiego systemu ochrony zdrowia (zob. tab. 1.3). W latach 2005–2014 wydatki NFZ na sektor szpitalny wyniosły przeszło 241,5 mld złotych, podczas gdy na finansowanie wszystkich typów świadczeń zdrowotnych przeznaczono nieco ponad 439,2 mld zł. Na kolejnych miejscach, jeśli chodzi o wysokość wydatkowanych środków przez NFZ na świadczenia zdrowotne, znajdowały się natomiast świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Sytuacja ta pokazuje, jak ważnym obszarem jest sektor szpitalny w przypadku analiz dokonywanych w ramach finansowania systemu ochrony zdrowia. Należy tu jeszcze dodać, iż analizowanie sytuacji szpitali jedynie przez pryzmat świadczeń szpitalnych może stanowić pewne niedoszacowanie, a środki przeznaczone dla szpitali są prawdopodobnie jeszcze większe. Jak zostało to już wcześniej wspomniane, szpitale mogą być odpowiedzialne również za część świadczeń udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – realizowanych w przychodniach przyszpitalnych czy też realizację pewnej części profilaktycznych programów zdrowotnych. Dodatkowo część szpitali może posiłkować się również środkami pochodzącymi ze świadczeń udzielanych na zasadach komercyjnych.

W wartościach bezwzględnych w przypadku lecznictwa szpitalnego, w niemalże całym analizowanym okresie następował stopniowy wzrost wydatków na świadczenia zdrowotne (wyjątek stanowił tu jedynie rok 2009). Warto również przyjrzeć się, jaki procent stanowiły te kwoty w globalnych wydatkach publicznych dystrybuowanych przez NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych. Sytuacja w tym zakresie została przedstawiona w poniższym zestawieniu (zob. wykres 1.1).

Na wykresie 1.1 widać, jak znaczący jest udział finansowania sektora szpitalnego w całym polskim systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Lecznictwo szpitalne stanowi ponad połowę ogólnych wydatków dokonywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na wszystkie rodzaje świadczeń zdrowotnych. Bardzo wysoki udział lecznictwa szpitalnego – stanowiący w całym badanym okresie przeszło 50% – w globalnych wydatkach przeznaczanych na finansowanie świadczeń zdrowotnych wskazuje, jak ważną funkcję pełnią szpitale w polskim systemie ochrony zdrowia. Istotne wydaje się tu również, jak kształtuje się sytuacja finansowa jednostek szpitalnych.

Na wykresie 1.2 zostały przedstawione przychody i koszty szpitali funkcjonujących jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w wybranych latach analizowanego okresu.