

Rozdział 18

Tomasz Skica, Katarzyna Miszczyńska

KONDYCJA FINANSOWA SZPITALI SAMORZĄDOWYCH: PERSPEKTYWA PANDEMICZNA

Wstęp

Szpitaly stanowią największą grupę podmiotów leczniczych w Polsce. Nie jest ona jednak homogeniczna⁵⁷⁵. Szpitale odróżnia zarówno status (publiczne i prywatne), jak i struktura właścicielska (założycielska), cele finansowe (orientacja lub brak nastawienia na zysk), a także wielkość oraz profil (ogólne i specjalistyczne)⁵⁷⁶. Kluczowe miejsce w systemie zajmują szpitale publiczne. Ich liczebność znacząco przewyższa liczbę szpitali niepublicznych, a przy tym absorbują one większość środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w kraju.

Kryterium struktury własnościowej oraz organu założycielskiego pozwala wprowadzić klasyfikację szpitali na powiatowo-gminne, marszałkowskie, ministerialne i uniwersyteckie⁵⁷⁷. Ich działalność podlega finansowaniu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), a także jednostek administracji publicznej (w tym m.in. Ministerstwa Zdrowia w stosunku do procedur wysokospecjalistycznych⁵⁷⁸), jednostek samorządu terytorialnego (JST)⁵⁷⁹ w odniesieniu do programów zdrowotnych oraz Unii Europejskiej (UE)⁵⁸⁰. Zróżnicowanie źródeł finansowania stanowi pochodną rodzaju szpitala⁵⁸¹ i wiążącego się z tym charakteru

⁵⁷⁵ T. Skica, T. Wołowicz: *Change of the organisational and legal form of independent public healthcare centres (SPZOZ) and consequences for financing healthcare entity activities*. Finansowy Kwartalnik Internetowy e-Finanse 2013, vol. 9(2), s. 75–91.

⁵⁷⁶ Zob. K. Miszczyńska, E. Antczak: *Uwarunkowania zadłużenia szpitali w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2020.

⁵⁷⁷ Ibidem, s. 23.

⁵⁷⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U. 2022, poz. 2313, tekst jednolity).

⁵⁷⁹ NIK: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa 2019, KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, s. 49 i nast.

⁵⁸⁰ K. Dubas-Jakobczyk, A. Kozieł: *European Union Structural Funds as the Source of Financing Health Care Infrastructure Investments in Poland—A Longitudinal Analysis*. *Frontiers in Public Health* 2022, vol. 10, s. 1–7.

⁵⁸¹ J. Chluska: *Nowe wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych—szpitalach*. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej Zarządzanie* 2016, nr 23 s. 69–78.

organu założycielskiego. Status tego organu wpływa nie tylko na strukturę finansowania szpitala. Jego oddziaływanie jest znacznie szersze. Badania dowodzą związków pomiędzy organem założycielskim a efektywnością finansową szpitala⁵⁸², jego rentownością⁵⁸³ i płynnością finansową⁵⁸⁴, a finalnie także zadłużeniem⁵⁸⁵.

Istotną rolę w dyskusji na temat szpitali publicznych w Polsce odgrywają powołane wyżej JST, będące organami założycielskimi dla szpitali powiatowo-gminnych oraz szpitali marszałkowskich. Rola samorządów jako organów założycielskich szpitali wiąże się z szeregiem konsekwencji, tak dla samych JST, jak i powołanych przez nie podmiotów leczniczych. Jedną z nich dotyczy kwestii partycypacji finansowej samorządów w długach szpitali, dla których są one organem założycielskim. Problem ten pozostaje niezmiennie aktualny pomimo wyroku Trybunału Konstytucyjnego (TK) z dnia 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K4/17)⁵⁸⁶, uchylającego art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej⁵⁸⁷, który zobowiązywał samorządy (jako organy założycielskie) do pokrycia straty finansowej netto szpitala za zakończony rok obrotowy. Wyrok TK ma bowiem charakter zakresowy. Niekonstytucyjność powołanego przepisu dotyczy straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów prawa powszechnie obowiązującego, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla SPZOZ⁵⁸⁸.

Rosnące koszty świadczenia usług opieki zdrowotnej w połączeniu z zaniżoną wyceną świadczeń przez NFZ oraz nie zawsze poprawnie prowadzoną gospodarką finansową skutkują istotnym zadłużeniem szpitali publicznych. Według danych za rok 2021 zadłużenie SPZOZ wyniosło 17 734,6 mln zł, podczas gdy w tym samym okresie w roku 2019 stanowiło ono 14 609,1 mln zł⁵⁸⁹ (por. rysunek 18.1). Istotną część tego zadłużenia (według Najwyższej Izby Kontroli [NIK] jest to nawet 75%⁵⁹⁰) obciąża budżety samorządów.

⁵⁸² B. Krzeczewski: *Wpływ organu założycielskiego na efektywność finansową szpitali w województwie łódzkim*. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2014, t. 802, s. 1–13.

⁵⁸³ K. Prędkiewicz, P. Prędkiewicz: *Zarządzanie kapitałem obrotowym szpitali samorządowych w Polsce*. Zarządzanie i Finanse 2013, t. 2(2), s. 311–323.

⁵⁸⁴ Zob. B. Krzeczewski: *Finanse szpitali w Polsce. Strategie płynności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2020.

⁵⁸⁵ K. Miszczyńska: *Efektywność funkcjonowania szpitali publicznych w Łodzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2019, s. 188.

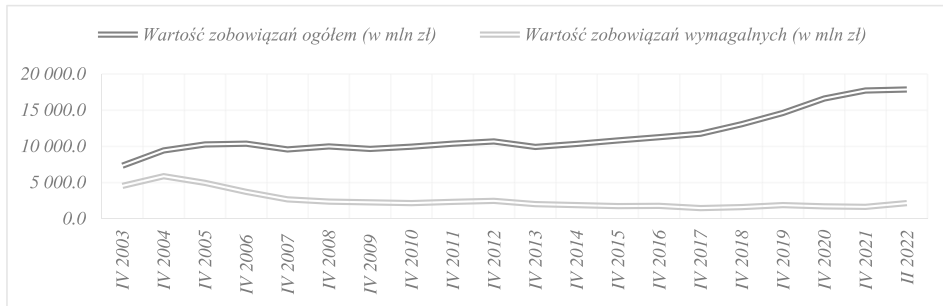
⁵⁸⁶ Dz.U. 2019, poz. 2331.

⁵⁸⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., o działalności leczniczej (Dz.U. 2022, poz. 633 tekst jednolity).

⁵⁸⁸ *RIO o pokrywaniu przez JST długów samorządowych szpitali po wyroku TK*, <https://samorząd.pap.pl/kategoria/prawo/rio-o-pokrywaniu-przez-jst-dlugow-samorzadowych-szpitali-po-wyroku-tk> (dostęp: 28.01.2023).

⁵⁸⁹ Ministerstwo Finansów: *Zobowiązania ogółem i wymagalne SPZOZ II kw. 2022*, Warszawa 2022. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spzoz> (dostęp: 28.01.2023).

⁵⁹⁰ NIK: *Zarządzanie długiem publicznym i płynnością jednostek sektora finansów publicznych*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, 2020. KBF.430.004.2020, Nr ewid. 48/2020/P/19/013/KBFs. 64.



Rysunek 18.1. Wartość zobowiązań ogółem oraz zobowiązań wymagalnych SPZOZ (w mln zł)

Źródło: opracowanie własne: Ministerstwo Finansów: *Zobowiązania ogółem i wymagalne SPZOZ II kw. 2022*. Warszawa: 2022. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spozoz> (dostęp: 27.01.2023)

Na zmniejszenie zadłużenia szpitali nie wpłynął wzrost finansowania świadczeń przez NFZ. Pomimo tego, że od 2014 roku wartość kontraktów znacznie wzrosła, zobowiązania wymagalne nie uległy istotnej redukcji. W relacji do zobowiązań ogółem zaobserwowano z kolei zależność liniową. Zwiększone finansowanie NFZ spowodowało wzrost zobowiązań szpitali (każda dodatkowa złotówka w systemie przekładała się zatem na większe długi⁵⁹¹). Dodając do obrazu finansów szpitali samorządowych skutki pandemii COVID-19 (a więc z jednej strony niewykonane w okresie pandemii procedury⁵⁹², a z drugiej zmiany w ich finansowaniu⁵⁹³), rysujący się obraz sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali publicznych w Polsce nie napawa optymizmem. Mimo swojej wagi, zagadnienie to nie zostało w pełni zbadane. Przeprowadzone studia literaturowe w połączeniu z analizami raportów i opracowań analitycznych nie dostarczają wyczerpujących informacji na temat tego, jak COVID-19 wpłynął na finanse szpitali. Pytanie to pozostaje otwartym. Zważywszy na jego znaczenie, tak dla JST, jak i całego systemu finansów publicznych (SFP), problematyka finansów szpitali samorządowych, w szczególności determinant ich zadłużenia stanowić będzie motyw przewodni niniejszego rozdziału. Jego celem badawczym jest analiza kondycji finansowej szpitali samorządowych w Polsce w latach 2007–2021 z uwzględnieniem aspektu wystąpienia pandemii COVID-19. W ramach niniejszego rozdziału autorzy sformułowali hipotezę, zgodnie z którą pandemia przyczyniła się do pogorszenia kondycji finansowej szpitali samorządowych w Polsce.

⁵⁹¹ J. Kozera, M. Kozera: *Długi nasze i wasze*. Menedżer Zdrowia 2022, t. 1–2, s. 22–28.

⁵⁹² Wartość udzielonych przez szpitale świadczeń w 2020 roku była mniejsza o ok. 21% niż w 2019 roku, a w okresie od stycznia do maja 2021 roku o 23% w porównaniu z analogicznym okresem 2019 roku (zob. NIK: *Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, 2022. KZD.430.006.2021, Nr ewid. 154/2021/P/21/055/KZD, s. 8).

⁵⁹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020, poz. 437 z późn. zm.). Rozporządzenie to było zmieniane 9 razy w 2020 roku oraz 11 razy w 2021 roku. Tekst jednolity został ogłoszony 10 marca 2022 r. (Dz.U. 2022, poz. 787).

1. Organizacja i finansowanie szpitali samorządowych

W konsekwencji reformy systemu opieki zdrowotnej, po 1 stycznia 1999 roku, JST zostały organami założycielskimi większości przychodni ambulatoryjnych, szpitali powiatowych i wojewódzkich⁵⁹⁴. JST pełnią funkcję: 1) organizatora ochrony zdrowia, 2) organu założycielskiego podmiotów świadczących opiekę zdrowotną, 3) publicznego płatnika w systemie zdrowotnym⁵⁹⁵ (jego znaczenie w tej roli jest stosunkowo niewielkie w porównaniu z NFZ czy budżetem państwa). Zdecydowanie najważniejszym zadaniem JST jest realizowanie funkcji organizatora systemu ochrony zdrowia. Niemniej jednak rola organu założycielskiego, jaką JST odgrywają wobec szpitali, które zostały przez nie utworzone lub przejęte w wyniku reformy, stanowi równie ważny aspekt ich działalności⁵⁹⁶.

Zgodnie ze zmienionym art. 6 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej⁵⁹⁷, JST może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: 1) spółki kapitałowej, 2) jednostki budżetowej, 3) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ)⁵⁹⁸. Zważywszy na to, że podmioty lecznicze funkcjonujące w postaci jednostki budżetowej należą do rzadkości⁵⁹⁹, kluczowe miejsce w dyskusji na temat form, w których samorządy organizują opiekę zdrowotną, zajmują SPZOZ-y i spółki kapitałowe. Powołane SPZOZ-y są najczęstszą formą organizacyjną, w której prowadzone są szpitale. Ich działanie opiera się na przepisach ustawy o działalności leczniczej. SPZOZ może pozyskiwać środki finansowe: z odpłatnej działalności leczniczej, z wydzielonej działalności innej niż lecznicza (jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności), z odsetek od lokat, z darowizn, zapisów, spadków i ofiarności publicznej (także pochodzenia zagranicznego), na zadania zlecone (w tym programy zdrowotne), a także na pokrycie straty netto⁶⁰⁰. Powołana odpłatność dotyczy przede wszystkim ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W rezultacie ilość i rodzaj udzielanych świadczeń zależą od kontraktu z NFZ i umów z Ministerstwem Zdrowia (w przypadku procedur wysokospecjalistycznych)⁶⁰¹. SPZOZ pokrywa koszty swojej działalności i reguluje zobowiązania z posiadanych środków oraz uzyskiwanych przychodów. Efektem są powszechne deficyty SPZOZ przekładające się na kumulację ich ujemnych

⁵⁹⁴ P. Szetela: *Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2015, t. 13(1), s. 55-68.

⁵⁹⁵ M. Schneider i in.: *System Rachunków Zdrowia w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2001.

⁵⁹⁶ K. Miszczyńska: *Efektywność funkcjonowania szpitali...*, op. cit., s. 28.

⁵⁹⁷ Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016, poz. 960).

⁵⁹⁸ Por. art. 6 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

⁵⁹⁹ E. Kosycarz: *Wpływ kondycji finansowej podmiotów leczniczych na stabilność finansową jednostek samorządu terytorialnego*. *Ekonomiczne Problemy Usług* 2015, nr 118, s. 197-210.

⁶⁰⁰ Por. art. 55 ustawy o działalności leczniczej.

⁶⁰¹ Zob. E. Miszczyńska, E. Antczak: *Uwarunkowania zadłużenia szpitali...*, op. cit., s. 42.

wyników finansowych⁶⁰². JST nie może finansować ze swoich środków kosztów zobowiązań bieżących ani kosztów działalności SPZOZ⁶⁰³, może natomiast zdecydować o jego likwidacji lub zmianie formy organizacyjno-prawnej (tj. przekształceniu w spółkę kapitałową). Komerccjalizacja rozumiana jest tutaj w wąskim znaczeniu, jako proces przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową prawa handlowego (tj. przedsiębiorcę) przy zachowaniu dotychczasowej struktury właścicielskiej⁶⁰⁴, celem uniemożliwienia stałego zadłużania się SPZOZ-ów⁶⁰⁵, a w konsekwencji wpadnięcia w spiralę zadłużenia.

Działalność w formie spółki kapitałowej jest traktowana jako jedna z komercyjnych postaci działalności leczniczej, za pośrednictwem której JST realizują zadania własne w zakresie ochrony zdrowia⁶⁰⁶. Powołany, komercyjny charakter działalności jest jednakże ograniczony. Odnosi się bowiem do wyłączenia SPZOZ spod ustawy o gospodarce komunalnej⁶⁰⁷ i poddania ich regulacji Kodeksu spółek handlowych⁶⁰⁸. W przypadku tego rodzaju spółek ustawodawca dopuszcza zbywanie akcji/udziałów poza obręb podmiotów publicznych i ich prywatyzację.

Interesująco przedstawia się rozkład geograficzny form organizacyjnych, w których prowadzone są szpitale (por. rysunek 18.2).

Najmniejsze nasycenie szpitalami w formie spółek kapitałowych w sektorze publicznym ma miejsce na wschodzie (woj. podkarpackie – 0%, podlaskie – 2%, lubelskie – 3%), największe zaś na zachodzie i północy (woj. lubuskie – 21%, pomorskie – 18%, dolnośląskie – 12%, zachodniopomorskie – 10%). Województwa lubuskie i pomorskie mimo niższego niż średnia finansowania z NFZ wykazały istotnie niższy poziom zobowiązań (tak ogółem, jak i wymagalnych) w porównaniu z województwami na wschodzie kraju. W relacji do zobowiązań ogółem na mieszkańca ich poziom w lubelskim był aż 9 razy wyższy niż w lubuskim⁶⁰⁹.

Wbrew pozorom (na co mogłoby wskazywać literalne porównanie danych) nie tylko forma organizacyjna jest czynnikiem decydującym o wyższym zadłużeniu szpitali zlokalizowanych na wschodzie kraju. Jest to efekt funkcjonujących

⁶⁰² J. Chluska: *Wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w świetle nowych uregulowań prawnych*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu 251, 2012, s. 96–104.

⁶⁰³ Por. art. 52 ustawy o działalności leczniczej.

⁶⁰⁴ P. Horosz (red.): *Skomerccjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 19–23.

⁶⁰⁵ T.A. Karkowski: *Świadczenia szpitalne w powiązaniu z procesami zaopatrzenia medycznego i niemedycznego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 34.

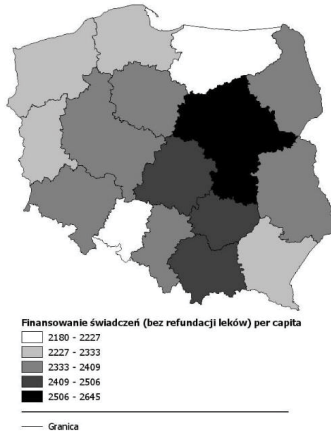
⁶⁰⁶ M. Wielgolaski, Z. Orzeł: *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Praktyczny poradnik dla świadczeniodawców*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 6.

⁶⁰⁷ Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz.U. 2021, poz. 679, tekst jednolity).

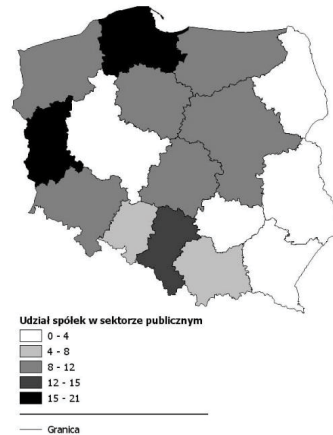
⁶⁰⁸ Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz.U. 2022, poz. 1467 tekst jednolity).

⁶⁰⁹ J. Kozera, M. Kozera: *Długi nasze i wasze...*, op. cit.

Panel A



Panel B



Rysunek 18.2. Finansowanie świadczeń zdrowotnych (bez refundacji leków) na mieszkańca według województw (Panel A). Udział szpitali w formie spółek w sektorze publicznym (Panel B) w 2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie baz danych Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz J. Kozera, M. Kozera: *Długi nasze i wasze. Menedżer Zdrowia 2022*, t. 1–2, s. 22–28

regulacji (narzucających pewne schematy działania), braku zainteresowania tworzeniem programów restrukturyzacyjnych przez same szpitale oraz rolowania przez nie zadłużenia⁶¹⁰.

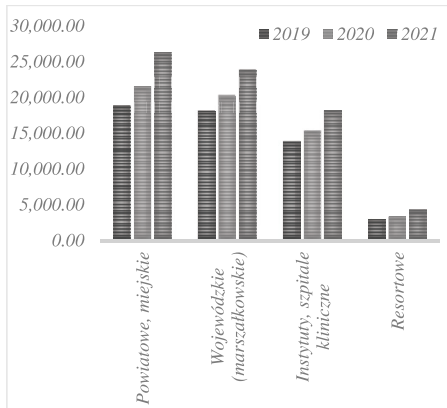
2. Sytuacja finansowa szpitali

Analiza przedziału czasowego obejmującego lata 2019–2021 (włącznie) pozwala na ocenę sytuacji finansowej szpitali w Polsce z nieco szerszej perspektywy. W objętym badaniem okresie największe przychody generowały szpitale powiatowe, miejskie, a najmniejsze szpitale resortowe (por. rysunek. 18.3, Panel A).

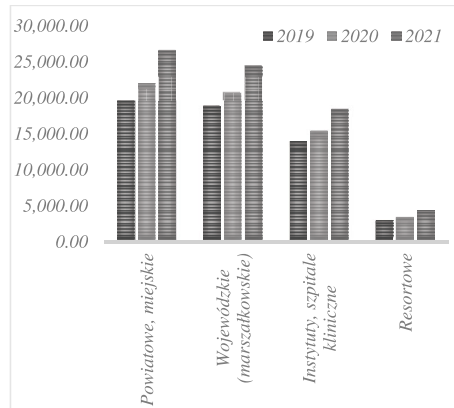
Szpitale wojewódzkie ustępowały tylko szpitalom powiatowym. Każdy z typów szpitali wykazywał z roku na rok wzrost przychodów, a pandemia nie zaburzyła tego trendu. Największy wzrost przychodów (tj. 27,67%) w latach 2020–2021 odnotowały szpitale resortowe. Natomiast w szpitalach wojewódzkich wzrost ten wyniósł 17,94% i był najniższym wśród wszystkich typów szpitali. W latach 2019–2021 największą dynamikę przychodów odnotowały szpitale resortowe (tj. 49,26%), najmniejszą zaś instytuty i szpitale kliniczne (tj. 30,58%). Rosnącym przychodom towarzyszył wzrost kosztów (por. rysunek 18.3, Panel B). Podobnie jak w przypadku przychodów największy ich wzrost odnotowano w szpitalach resortowych. Co istotne koszty rosły wolniej od przychodów. W latach 2019–2020

⁶¹⁰ M. Kautsch (red.): *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 62.

Panel A. Przychody szpitali



Panel B. Koszty szpitali



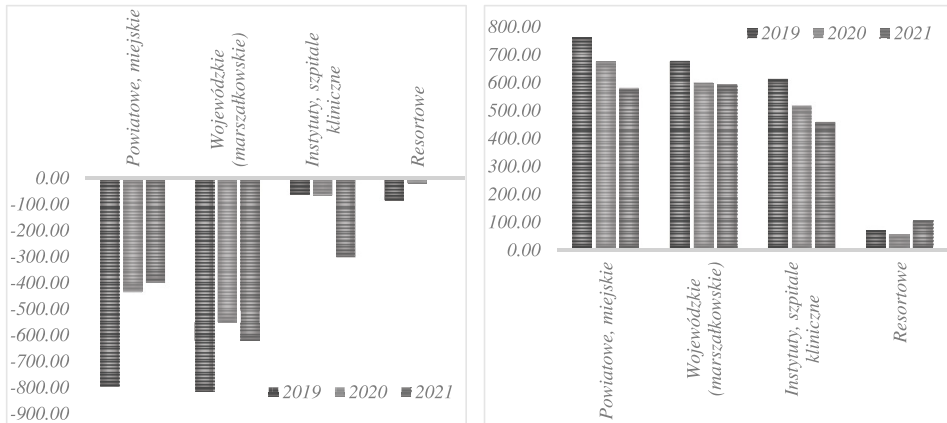
Rysunek 18.3. Przychody i koszty wg typów szpitali w latach 2019–2021 (w mln zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie, NFZ (2022). *Sytuacja finansowa wybranych szpitali według kategorii w latach 2019–2021*, Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.

dynamika kosztów stanowiła 14,18%, a porównując lata 2020 i 2021, wyniosła 27,08%. Jedynie w przypadku instytutów i szpitali klinicznych dynamika kosztów przewyższyła dynamikę przychodów. W latach 2020–2021 wyniosła ona 19,86% (po stronie kosztów) wobec 18,40% (po stronie przychodów). W okresie 2019–2021 koszty wzrosły o 32,16%, a przychody o 30,58%.

Porównanie przychodów z kosztami szpitali pozwala odnieść się do wyników finansowych (por. rysunek 18.4, Panel A). Jedyną cechą łączącą szpitale należące do wszystkich kategorii jest ujemny wynik finansowy. Największą poprawę (tj. redukcję strat finansowych) w badanym okresie odnotowały szpitale resortowe. Ich strata w latach 2019–2020 zmniejszyła się o 78,49%, a następnie o kolejne 82,56% w okresie 2020–2021. Swoje straty pomniejszyły także szpitale powiatowe, miejskie. W ich przypadku strata zmniejszyła się odpowiednio o 45,58% (2019–2020) oraz 8,03% (2020–2021). W przypadku szpitali wojewódzkich, poprawa wyniku finansowego miała charakter krótkotrwały. O ile w latach 2019–2020 strata zmniejszyła się o 32,54%, to w latach 2020–2021 na powrót wzrosła o 12,89%. Jednak zdecydowanie największe pogorszenie sytuacji finansowej odnotowano w przypadku instytutów i szpitali klinicznych. W latach 2019–2020 szpitale te raportowały jedynie niewielkie pogorszenie wyniku (tj. wzrost strat rzędu 4,09%), natomiast w roku 2021 w relacji do 2020 strata wzrosła blisko 4-krotnie i wyniosła 300,75 mln zł. Pomimo tak istotnego wzrostu nadal ustępowała ona stratom szpitali powiatowych, miejskich (397,74 mln zł) oraz szpitali wojewódzkich (621,41 mln zł).

Nie bez znaczenia w analizie kondycji finansowej szpitali pozostaje kwestia zobowiązań wymagalnych (por. rysunek 18.4, Panel B). W latach 2019–2021 w szpitalach powiatowych, podobnie jak w szpitalach wojewódzkich, instytutach i szpitalach klinicznych zobowiązania wymagalne spadły. Ich redukcja wahała się od 12,25% w przypadku szpitali wojewódzkich do 25,04% w instytutach i szpita-

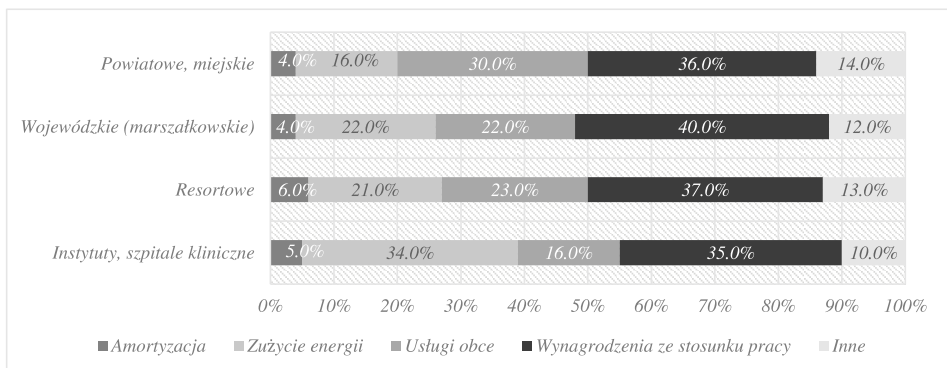


Rysunek 18.4. Wynik finansowy i zobowiązania wymagalne wg typów szpitali 2019–2021 (w mln zł)

Źródło: opracowanie własne na podstawie, NFZ (2022). *Sytuacja finansowa wybranych szpitali według kategorii w latach 2019–2021*, Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia

lach klinicznych. W szpitalach resortowych sytuacja wyglądała odmiennie. Pomimo pierwotnego spadku zobowiązań wymagalnych w latach 2019–2020 o 20,92%, w okresie 2020–2021 odnotowano ponownie ich wzrost, tym razem o 89,07%. Łączna wartość zobowiązań, których termin płatności już minął, wzrosła w tych placówkach z 70,32 mln zł (w 2019) do 105,14 mln zł (w 2021).

Największe różnice w strukturze kosztów operacyjnych pomiędzy badanymi typami szpitali widoczne są w odniesieniu do zużycia energii, usług obcych oraz wynagrodzeń (por. rysunek 18.5). Największe koszty zużycia energii cechują instytuty i szpitale kliniczne, natomiast najmniejsze szpitale powiatowe. Diametralnie odwrótnie przedstawia się kategoria kosztów związanych z usługami obcymi, w której dominacją zaznaczają się szpitale powiatowe. Istotna jest przy tym skala tego rozdzwiewku. Szpitale powiatowe przeznaczają w strukturze kosztów dwu-



Rysunek 18.5. Udział wybranych pozycji kosztów operacyjnych w 2021 roku według typu szpitala

Źródło: opracowanie własne na podstawie, NFZ (2022). *Sytuacja finansowa wybranych szpitali według kategorii w latach 2019–2021*, Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia

krotnie więcej środków na usługi obce niż instytuty, te zaś wydatkują dwukrotnie więcej na zużywaną energię. Najwyższy udział wydatków na wynagrodzenia cechuje z kolei szpitale wojewódzkie. Różnice w tej kategorii nie są jednak tak spektakularne i wahają się w przedziale od 3,00 punktów proc. (w przypadku szpitali resortowych) do 5,00 punktów proc. (w relacji do instytutów i szpitali klinicznych).

Analiza zaprezentowanych danych pozwala na sformułowanie kilku wniosków. Po pierwsze, tempo wzrostu przychodów i kosztów wszystkich typów szpitali w okresie 2020–2021 było wyższe aniżeli w latach 2019–2020. Pandemia odpowiadała więc za wyższą dynamikę obu parametrów, przy czym tempo, w jakim rosły koszty (z omówionym uprzednio wyjątkiem instytutów i szpitali klinicznych), ustępowało dynamice przychodów. W latach 2020–2021 przychody szpitali rosły szybciej. Po drugie, pandemia zahamowała tempo redukcji strat w szpitalach powiatowych i pogłębiła straty w szpitalach wojewódzkich oraz instytutach i szpitalach klinicznych. Pandemia COVID-19 spowolniła także tempo redukcji zobowiązań wymagalnych w szpitalach wojewódzkich oraz instytutach i szpitalach klinicznych, a w szpitalach resortowych doprowadziła do ich znaczącego wzrostu.

Przedstawione dane wskazują, że pandemia nie pozostała neutralna dla szpitali, w tym w szczególności szpitali samorządowych. Jej oddziaływanie nie ograniczało się przy tym jedynie do aspektów finansowych, lecz znajdowało wyraz także (a niekiedy przede wszystkim) w ich działalności operacyjnej. Zagadnieniu temu poświęcona zostanie kolejna część niniejszego opracowania.

3. Analiza statystyczna funkcjonowania szpitali marszałkowskich w Polsce

Z uwagi na argumentację wskazaną we wstępie, w niniejszym opracowaniu analizie poddanych zostało 106 szpitali samorządowych, dla których jednostką założeń były urzędy marszałkowskie. Analizę statystyczną funkcjonowania szpitali samorządowych w Polsce przeprowadzono z perspektywy działalności organizacyjnej i finansowej. Z uwagi na fakt wystąpienia pandemii COVID-19 działanie szpitali rozpatrywane było w dwóch perspektywach: przed pandemią i w jej trakcie. Działalność organizacyjna (por. rysunek 18.6) analizowana była z perspektywy: liczby leczonych, wskaźnika przelotowości (stosunek liczby leczono-chorych do przeciętnej liczby łóżek), wskaźnika wykorzystania łóżka (stosunek liczby osobodni leczenia do przeciętnej liczby łóżek szpitalnych), przeciętnego czasu hospitalizacji (stosunek liczby osobodni do liczby leczonych) i posiadania akredytacji. Natomiast działalność finansowa (por. rysunek 18.7) badana była przy pomocy wskaźników: ogólnego zadłużenia⁶¹¹, płynności bieżącej

⁶¹¹ Stosunek zobowiązań i rezerw na zobowiązania do sumy bilansowej. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania rozumiane są jako suma zobowiązań długoterminowych

(ang. *current ratio*, CR)⁶¹² i płynności szybkiej (ang. *quick ratio*, QR)⁶¹³, zyskowności netto⁶¹⁴, zyskowności z działalności operacyjnej⁶¹⁵ oraz wypłacalności⁶¹⁶.

Przedstawione dane pozwalają zauważyć, że w 2020 roku (tj. w szczycie pandemii) redukcji uległa zarówno liczba leczonych, jak i wskaźnik przelotowości i wykorzystanie łóżka. Jest to w pełni uzasadnione, gdyż dane te dotyczą jedynie leczenia szpitalnego, a nie ogólnej liczby leczonych we wszystkich formach podmiotów służby zdrowia. W szczycie pandemii w szpitalach znajdowali się przede wszystkim chorzy na COVID-19, a przyjęcia do szpitali niezwiązane z pandemią ograniczone były do zabiegów ratujących życie. W związku z tym zmniejszeniu uległa liczba leczonych, a co za tym idzie, spadło wykorzystanie łóżek i obniżył się wskaźnik przelotowości. Wykorzystanie łóżek znacząco zwiększyło się dopiero w roku 2021, a zatem nie w epicentrum pandemii, lecz w roku, w którym zaczynała ona wygasać. Paradoksalnie pandemia była czynnikiem decydującym o poprawie wykorzystania łóżek przez szpitale⁶¹⁷. Powyższe ustalenie licuje ze statystykami, zgodnie z którymi baza łóżek w Polsce należy do jednej z najwyższych w przeliczeniu na wielkość populacji, przez co jest czynnikiem pogłębiającym kosztocłonność systemu ochrony zdrowia w kraju⁶¹⁸.

Wartości wskaźnika wypłacalności w sugerowanym przez Ministerstwo Zdrowia zakresie⁶¹⁹ powinny wahać się od 0,0 do 0,5 jednostki. W latach 2007–2021 mediana poziomu wskaźnika w grupie badanych szpitali wahała się między 0,94 a 2,09, znacznie przekraczając (w większości analizowanych lat) wyznaczony przez

i krótkoterminowych, rezerw na zobowiązania, rozliczeń międzyokresowych i funduszy specjalnych.

⁶¹² Stosunek aktywów obrotowych do zobowiązań krótkoterminowych. Aktywa obrotowe rozumiane są jako suma zapasów, należności krótkoterminowych, inwestycji krótkoterminowych oraz gotówki.

⁶¹³ Stosunek różnicy aktywów obrotowych i zapasów do zobowiązań krótkoterminowych.

⁶¹⁴ Stosunek zysku (straty) netto do przychodów ogółem. Przychody ogółem rozumiane są jako suma przychodów netto ze sprzedaży, pozostałych przychodów operacyjnych, przychodów finansowych, zysków nadzwyczajnych oraz korekt (odpisów ujemnej wartości firmy, zysku z udziałów w jednostkach podporządkowanych wycenionych metodą praw własności oraz zysku na sprzedaży całości udziałów jednostek podporządkowanych).

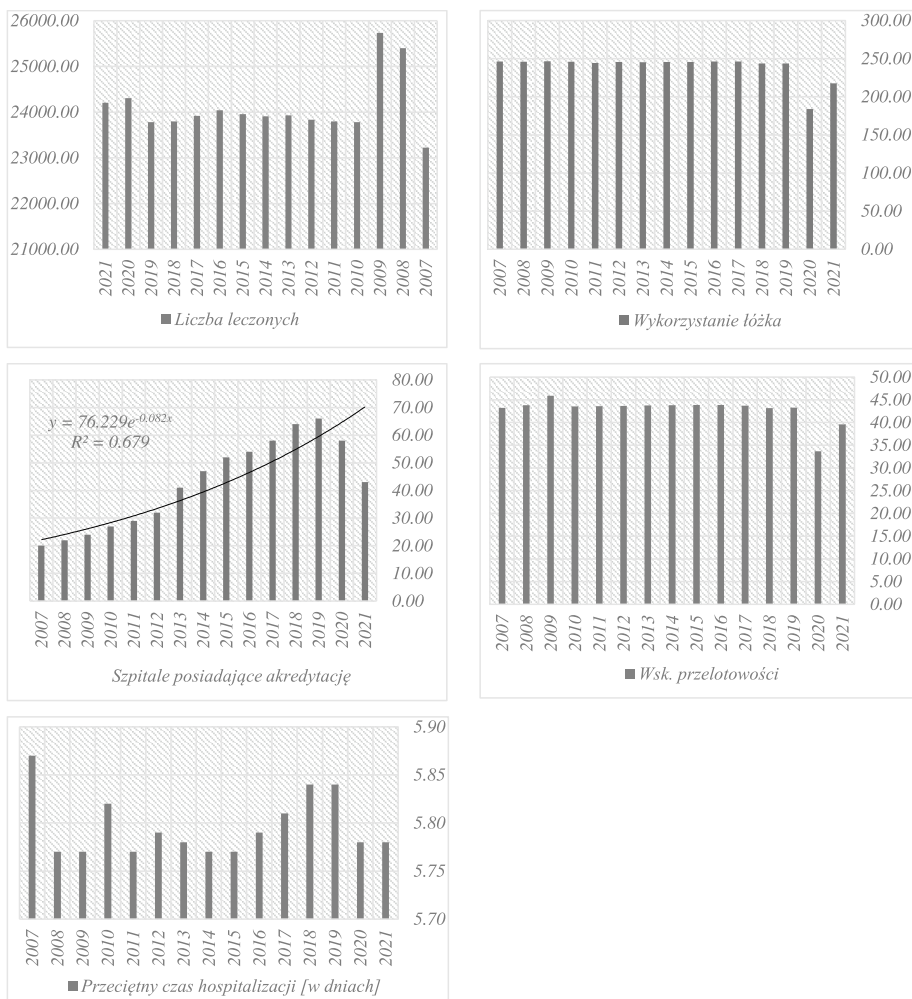
⁶¹⁵ Stosunek wyniku operacyjnego do przychodów netto i pozostałych przychodów operacyjnych.

⁶¹⁶ Udział sumy zobowiązań długo- i krótkoterminowych, rozliczeń międzyokresowych i funduszy specjalnych w kapitale własnym, czyli innymi słowy wielkość funduszy obcych przypadającą na jednostkę funduszu własnego.

⁶¹⁷ Najwyższa Izba Kontroli: *Wykorzystanie łóżek szpitalnych w świetle prawidłowości rozliczeń kosztów działalności placówek medycznych*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, 2003. Nr ewid.: 93/2003/P/02/168/LWR, P/02/168.

⁶¹⁸ Najwyższa Izba Kontroli: *System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądan kierunki zmian*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli, 2019. KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD oraz Główny Urząd Statystyczny: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku*. Warszawa–Kraków: Główny Urząd Statystyczny, 2021.

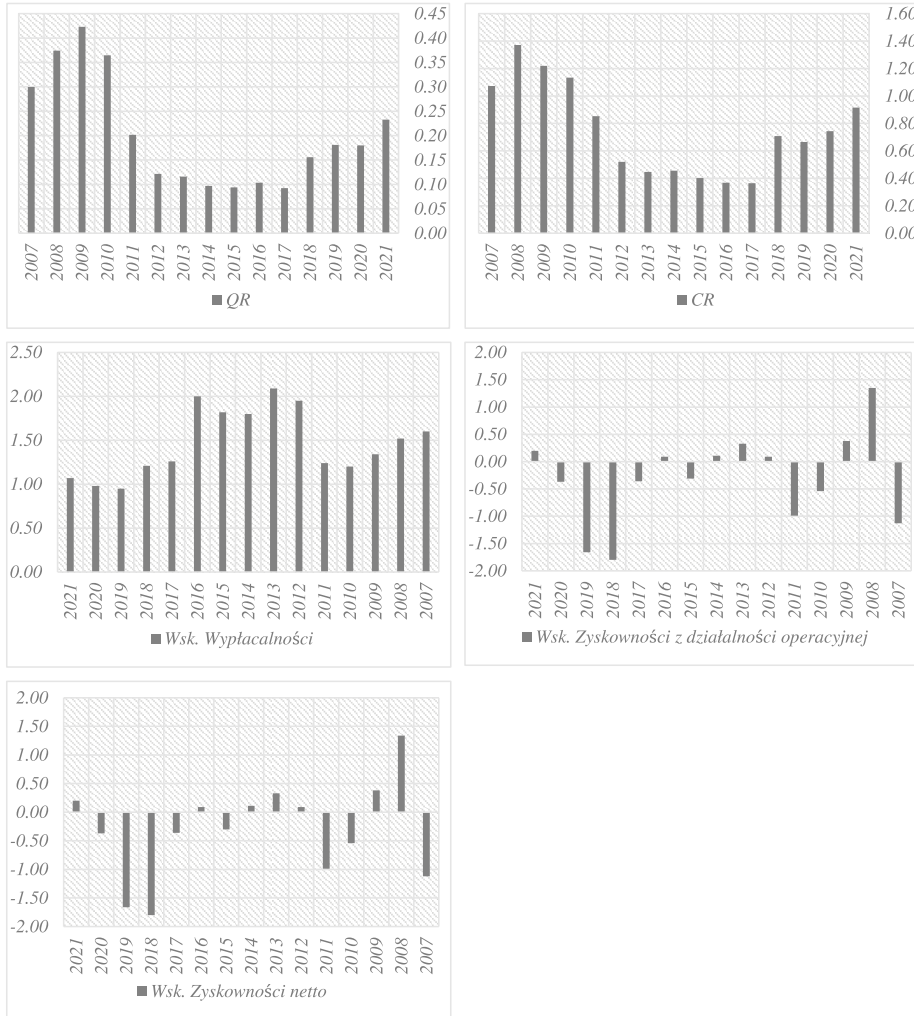
⁶¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r., w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 832).



Rysunek 18.6. Wskaźniki opisujące działalność operacyjną szpitali marszałkowskich

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Ministerstwo próg. W przypadku szpitali marszałkowskich zauważyć można dużą rozpiętość w wartościach wskaźnika wypłacalności. W 2021 roku aż 16 na 106 jednostek miało wskaźnik wypłacalności na poziomie niższym niż 0,00 (podczas gdy w 2007 tylko 9 na 16 jednostek). Jedynie 4 jednostki osiągnęły sugerowany przez Ministerstwo Zdrowia poziom, podczas gdy w 2007 było ich 11. Wysoka wartość wskaźnika sugeruje możliwość utraty zdolności do regulowania zobowiązań. Z drugiej strony, ujemne wartości wskaźnika wynikać mogą z ujemnej wartości kapitału własnego, na którego wielkość wpływ miała pozycja bilansowa (strata z lat ubiegłych lub brak efektywnego wykorzystania finansowania zewnętrznego).



Rysunek 18.7. Kondycja finansowa szpitali marszałkowskich – wybrane wskaźniki

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych EMIS

Ważny dla oceny funkcjonowania szpitali jest również wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej obrazujący udział wyniku z działalności operacyjnej w przychodach. W związku z charakterem podstawowej działalności szpitali nie zakłada się jego maksymalizacji. Sugerowana wartość wskaźnika powinna jednak przewyższać 6%⁶²⁰. W analizowanych latach większość szpitali osiągała wartości

⁶²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 832).

poniżej 6%. Niekiedy były to wartości ujemne sugerujące brak zysku z podstawowej działalności. W roku 2008 sugerowaną przez Ministerstwo Zdrowia normę osiągnęło 10 szpitali, a w 2021 roku zaledwie 4. W przypadku wskaźnika zyskowności netto (obrazującego udział wyniku netto w przychodach ogółem), którego zalecana wartość powinna przekroczyć 5%, rokrocznie ok. 45% szpitali raportowało jego ujemne wartości. Okres pandemiczny zdecydowanie przyczynił się do tego stanu. W 2021 roku jedynie 5 szpitali osiągnęło sugerowany poziom wskaźnika, podczas gdy w 2008 było ich 16. Sytuacja taka oznacza, że jednostki te odnotowały niewłaściwy stosunek przychodów do kosztów, co było wywołane m.in. pandemią. W większości analizowanych szpitali wartości wskaźników płynności bieżącej i szybkiej kształtowały się na poziomie zdecydowanie niższym niż optymalne (w przypadku płynności bieżącej od 0,07 do 0,9 (sugerowane wartości powinny mieścić się w przedziale od 1,2 do 1,7), a w przypadku płynności szybkiej od 0,1 do 0,5 (sugerowane wartości powinny oscylować w przedziale od 1,0 do 2,5)). W całym badanym okresie płynność bieżąca szpitali wahała się od 0,58 do 1,82, a płynność szybka oscylowała między 0,25 a 0,77. Minimalne wartości wskaźnika płynności bieżącej osiągnęły poziom 0,07, a wskaźnika płynności szybkiej -0,21, sugerując poważne zagrożenie zdolności do regulowania bieżących zobowiązań.

4. Determinanty zadłużenia szpitali samorządowych

Analiza wpływu pandemii COVID-19 na kondycję finansową szpitali samorządowych wymagała przeprowadzenia modelowania ekonometrycznego. Modelowaniem objęto lata 2007–2021 i oparto je na próbie obejmującej publiczne szpitale samorządowe, dla których organem założycielskim był urząd marszałkowski. Próba panelowa złożona była z $N = 106$ szpitali i $T = 15$ obserwacji. W związku z niedostępnością danych finansowych przez wszystkie szpitale marszałkowskie, próbą panelową objęte zostały tylko te spośród nich, które udostępniły do publicznego wglądu dane na temat działalności finansowo-organizacyjnej (w tym sprawozdania finansowe).

Zadłużenie, będące zmienną niezależną w modelu ekonometrycznym, rozumiane było jako wskaźnik zadłużenia ogólnego (tj. stosunek zobowiązań i rezerwa na zobowiązania do sumy bilansowej). Wartość wskaźnika ogólnego zadłużenia, informującego o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi, zgodnie ze wskazaniem Ministerstwa Zdrowia⁶²¹ powinna kształtować się na poziomie 0,4 (tj. 40,00%). Statystyki opisowe dla wskaźnika ogólnego zadłużenia wraz z jego wartościami dla analizowanych szpitali prezentują tabela 18.1 i rysunek 18.8.

⁶²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017, poz. 832)

Tabela 18.1. Statystyki opisowe wskaźnika ogólnego zadłużenia szpitali wojewódzkich (N = 106)

Rok	Średnia	Mediana	Odch. st.	Minimum	Maksimum
2021	0,62	0,58	0,46	0,00	2,00
2020	0,57	0,52	0,38	0,00	2,38
2019	0,53	0,51	0,39	0,00	2,33
2018	0,71	0,54	0,62	0,00	2,89
2017	0,33	0,18	0,53	-0,16	4,02
2016	0,89	0,48	1,02	0,00	4,89
2015	0,75	0,44	0,88	0,00	4,57
2014	0,69	0,40	0,86	0,00	4,33
2013	0,80	0,44	0,93	0,00	4,34
2012	0,85	0,44	1,03	0,01	5,18
2011	0,86	0,43	1,03	0,00	4,74
2010	1,01	0,49	1,29	0,01	6,11
2009	1,12	0,49	1,40	0,01	6,66
2008	1,26	0,62	1,59	0,00	8,14
2007	1,45	0,81	1,77	0,00	8,22

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych EMIS

Na podstawie rysunku 18.8 zauważyć można, iż do roku 2017 większość analizowanych szpitali polepszała wartości wskaźnika ogólnego zadłużenia. Analizowane szpitale odznaczały się jednakże znaczną niejednorodnością w zakresie jego wartości. W szpitalu S92 w 2007 roku wskaźnik ogólnego zadłużenia przewyższał 8,22, podczas gdy w 2021 roku jego poziom obniżył się ponad pięciokrotnie i stanowił 1,47. W dalszym ciągu jest to wartość przekraczająca sugerowany poziom, jednak samą tendencję należy ocenić pozytywnie. Holistyczne spojrzenie na zawartość rysunku 18.8 pozwala stwierdzić, że do 2017 roku wartość wskaźnika ogólnego zadłużenia w większości szpitali nie przekraczała wartości 0,5, co należy również ocenić pozytywnie. W 2021 roku poziomy te w wielu przypadkach uległy znacznemu pogorszeniu, co miało niewątpliwie związek z pandemią.

Modelowanie determinant zadłużenia szpitali marszałkowskich przeprowadzono w oparciu o dynamiczny model panelowy, którego ogólna postać przedstawia się następująco⁶²²:

⁶²² B. Dańska-Borsiak (red.): *Dynamiczne modele panelowe w badaniach ekonomicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 78.



Rysunek 18.8. Wskaźnik ogólnego zadłużenia szpitali samorządowych (wybrane lata)

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych EMIS

$$y_{it} = \gamma y_{i,t-1} + x_{it}^T \beta + u_{it} = \gamma y_{i,t-1} + x_{it}^T \beta + \alpha_{it} + \varepsilon_{it}$$

gdzie,

 $i=1, \dots, N, t=1, \dots, T$

$\varepsilon_{it} \sim N(0, \sigma_\varepsilon^2)$ dla i, t , α_i – efekty grupowe; jeśli α_i są losowe, to $\alpha_i \sim N(0, \sigma_\alpha^2)$,
 $x_{it} = [x_{kit}]_{K \times 1}$ – wektor zmiennych objaśniających o K współrzędnych, β – wektor parametrów ($K \times 1$), jednakowych dla wszystkich i oraz t .

Na podstawie wstępnej analizy danych statystycznych, a także macierzy korelacji do modelowania wybrano zmienne, których zastosowanie w modelowaniu potwierdzone zostało również analizą literatury przedmiotu:

- wskaźnik ogólnego zadłużenia, WZ (zmienna niezależna)⁶²³;

⁶²³ K. Dubas-Jakóbczyk, A. Kozieł: *European Union Structural Funds...*, op. cit., s. 1–7; A. Nevala, C. Pace, S.A. Karim, M.E. Morris: *Revisiting “the determinants of hospital profitability” in Florida*. *Journal of Health Care Finance* 2016, vol. 43(2), s. 38–60 oraz 28; K. Miszczyńska: *Determinants of Public Healthcare Units Indebtedness—the Case of Public Hospitals in Lodz.*, [w:] *European Financial Systems 2018. Proceedings of the 15th International Scientific Conference Masaryk University, Brno 2018*, s. 420–426, ISBN 978-80-210-8980-8 (for print version Proceeding), ISBN 978-80-210-8981-5 (for on-line version Proceeding).

- wskaźnik przelotowości, PRZELOT (oczekiwany znak ekonomiczny „-”) ⁶²⁴;
- przeciętny czas hospitalizacji (z ang. *average length of stay*), ALOS – stosunek liczby osobodni leczenia do liczby leczonych (oczekiwany znak ekonomiczny „+”) ⁶²⁵;
- wskaźnik wykorzystania łóżka, WYK_LZ (oczekiwany znak ekonomiczny „-”) ⁶²⁶;
- otrzymana akredytacja (z ang. *accreditation*), ACC (oczekiwany znak ekonomiczny „-”) ⁶²⁷;
- szpital covidowy, cov_szp (zmienna zero-jedynkowa), w pełni jednoimienny w roku 2020 szpital pełniący funkcję szpitala jednoimiennego (obsługujący chorych na COVID-19 i wykonujący świadczenia zakontraktowane dla osób bez COVID-19 w roku 2020) lub szpital nie pełniący funkcji szpitala jednoimiennego, ale obsługujący chorych na COVID-19 i wykonujący świadczenia zakontraktowane dla osób bez COVID-19 w roku 2020 (dodatnio skorelowany ze zmienną zależną) (oczekiwany znak ekonomiczny „+”).

W związku z korelacją wskaźnika przelotowości z wskaźnikiem wykorzystania łóżka oraz z przeciętnym czasem hospitalizacji skonstruowano trzy niezależne warianty modelu wyjaśniającego zadłużenie szpitali marszałkowskich. Modelowanie przeprowadzone zostało w perspektywie dynamicznej, aby w bardziej precyzyjny sposób uwzględnić wpływ okresu pandemicznego na kondycję finansową szpitali samorządowych. Uwzględnienie opóźnionej zmiennej niezależnej uzasadnione jest tym, iż zadłużenie z poprzednich okresów nie pozostaje bez znaczenia dla kondycji finansowej podmiotów gospodarczych w następujących po sobie latach. Co więcej, aby potwierdzić wpływ pandemii COVID-19 na kondycję finansową szpitali w modelach uwzględniona została także zmienna odnosząca się do pandemii COVID-19, która nawiązywała do faktu obsługi chorych na COVID-19 w danym szpitalu. Dane finansowe zastosowane w badaniu pochodziły ze sprawozdań finansowych udostępnianych w bazie Emerging Markets Information Service (EMIS). Pozostałe zmienne pochodziły z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL), Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia, a także Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Wszystkie zmienne zastosowane w modelowaniu odznaczały się stacjonarnością, co zostało potwierdzone za pośrednictwem testów LLC. Wyniki estymacji zaprezentowano w tabeli 18.2.

⁶²⁴ G. Bai, G.F. Anderson: *A more detailed understanding of factors associated with hospital profitability*. Health Affairs 2016, vol. 35(5), s. 889–897, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1193>; A. Nevala, C. Pace, S.A. Karim, M.E. Morris: *Revisiting...*, op. cit.; K. Miszczyńska, E. Antczak: *Uwarunkowania zadłużenia szpitali...*, op. cit.; K. Miszczyńska: *Efektywność funkcjonowania szpitali...*, op. cit.;

⁶²⁵ K. Miszczyńska, E. Antczak: *Uwarunkowania zadłużenia szpitali...*, op. cit.; K. Miszczyńska: *Efektywność funkcjonowania szpitali...*, op. cit.

⁶²⁶ G. Bai, G.F. Anderson: *A more detailed...*, op. cit.; A. Nevala, C. Pace, S.A. Karim, M.E. Morris: *Revisiting...*, op. cit.; K. Miszczyńska, E. Antczak: *Uwarunkowania zadłużenia szpitali...*, op. cit.; K. Miszczyńska: *Efektywność funkcjonowania szpitali...*, op. cit.

⁶²⁷ K. Miszczyńska, E. Antczak: *Uwarunkowania zadłużenia szpitali...*, op. cit.; K. Miszczyńska: *Efektywność funkcjonowania szpitali...*, op. cit.

Rozdział 18. KONDYCJA FINANSOWA SZPITALI SAMORZĄDOWYCH. PERSPEKTYWA PANDEMICZNA 333

Tabela 18.2. Wyniki estymacji panelu dynamicznego z wykorzystaniem 1378 obserwacji

Zmienna	Wariant I	Wariant II	Wariant III
WZ(-1)	0,295480*** (1,13e-06)	0,293582 *** (0,0000)	0,29503*** (0,0000)
WZ(-1)	0,394299*** (0,0000)	0,394209 *** (0,0000)	0,394116 *** (0,0000)
const	0,189342*** (0,0000)	0,144868*** (0, 0000)	0,140008*** (1,04e-104)
ACC_1	-0,0282050*** (0,0000)	-0,0353731*** (0,0033)	-0,0274601*** (0,0000)
cov_szp	0,0901883 (6,60e-109)	0,0975911*** (2,03e-019)	0,0884646 *** (2,01e-079)
ALOS			0,00746842*** (2,86e-013)
PRZELOT	-0,000145378*** (1,22e-08)		
WYK_LZ		0,000164377*** (3,71e-08)	
AR(2) TEST	z = -1,57884 [0,1144] brak autokorelacji (p>0.05)	z = -1,56175 [0,1183] brak autokorelacji (p>0.05)	z = -1,5468 [0,1153] brak autokorelacji (p>0.05)
Błąd standardowy reszt	0,422188	0,422896	0,422216

Uwagi: poziomy istotności statystycznej: $\alpha \leq 0.10^*$, $\alpha \leq 0.05^{**}$, $\alpha \leq 0.01^{***}$.

Wyniki estymacji dynamicznego modelu panelowego wskazują na istotny wpływ wybranych determinant na zadłużenie szpitali samorządowych. Zgodnie z wynikami estymacji, obecne zadłużenie szpitala w statystycznie istotny sposób wpływa na wzrost jego długów w kolejnym okresie (efekt spirali zadłużenia⁶²⁸). Istotne jest przy tym to, iż problem ten pozostaje nierozwiązany od szeregu lat, a COVID-19 był tylko jednym z czynników, który na nowo ożywił ten temat. Restrukturyzacja zadłużenia szpitali w Polsce od ponad 20 lat przebiega sinusoidalnie. Procesy te przyspieszają co 5-10 lat, gdy problem zaczyna nabrzmiewać⁶²⁹. Następnie stabilizują się, odsuwając w czasie debatę na temat trwałego i systemowego rozwiązania powracającego problemu.

Posiadanie przez szpital akredytacji przekłada się na zmniejszenie zadłużenia, co jest zbieżne z wynikami badań⁶³⁰. Akredytacja z jednej strony potwierdza speł-

⁶²⁸ A. Szewieczek: *Rachunek kosztów szpitala – analiza i ewolucja regulacji prawnych*. Studia Ekonomiczne 2019, nr 386, s. 108-121.

⁶²⁹ K. Bauer, M. Macuda: *Sprawozdanie finansowe jako źródło informacji dla interesariuszy restrukturyzowanego szpitala*. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu 503, 2018, s. 37-47.

⁶³⁰ K. Miszczyńska, E. Antczak: *Uwarunkowania zadłużenia szpitali...*, op. cit., s. 91.

nienie przez szpital wysokich standardów w opiece zdrowotnej, z drugiej oznacza poprawę warunków finansowych współpracy z NFZ. Począwszy od 2018 roku, NFZ przekazuje dodatkowe środki szpitalom posiadającym akredytację⁶³¹. Na szczególną uwagę zasługuje kolejny wskaźnik, a mianowicie przelotowość. Zgodnie z literaturą, jego wzrost powinien powodować spadek zadłużenia szpitala⁶³² (im większa przelotowość łóżek, tym istniejąca baza szpitalna jest bardziej intensywnie wykorzystywana⁶³³), co też potwierdza przeprowadzona estymacja. Na uwagę zasługuje jednak fakt, iż w literaturze przedmiotu wskazywana była również możliwość wystąpienia odwrotnej zależności – wyższej przelotowości towarzyszyło większe zadłużenie. Do takich wniosków dochodzi m.in. K. Miszczyńska⁶³⁴. O ile wzrost przelotowości ma istotny statystycznie wpływ na zadłużenie, to autorka wykazała, że jego zwiększenie przekładało się na spadek zadłużenia tylko w 54,00% badanych szpitali. W odniesieniu do analizy zadłużenia istotna jest także dynamika jego zmian, a ta wskazuje na rokroczny wzrost poziomu zadłużenia w latach 2019–2021 odpowiednio o 5,9% (w latach 2019–2020) i 10,5% (w latach 2020–2021).

Choć wzrost wskaźnika wykorzystania łóżek sprzyja spadkowi zadłużenia szpitali (pozytywne efekty finansowe lepszego wykorzystania infrastruktury potwierdzają m.in. PWC⁶³⁵, a także K. Miszczyńska i E. Antczak⁶³⁶), to opracowany model wykazuje odwrotną zależność. Na problem nieefektywnego wykorzystania potencjału infrastruktury szpitalnej w Polsce wskazują badania A. Cwiąkały–Małys, M. Durbajło–Mrowiec i P. Łagowskiego⁶³⁷. Równoległe wyniki badań M. Cholewy–Wiktor i A. Sitko–Lutek wykazują, że potencjał wykorzystania infrastruktury szpitalnej w kraju jest nadal niezadowolający. Problem ten dotyczy szczególnie łóżek szpitalnych. Zaprezentowane informacje wskazują zatem na przestrzeń do obniżania zadłużenia za sprawą lepszego zarządzania infrastrukturą szpitali publicznych. Jak uprzednio wykazano, niedomagania w tym obszarze są jedną z głównych (i wciąż nierozwiązanych) przyczyn zadłużenia szpitali w Polsce⁶³⁸. W rezultacie coraz częściej analizom poddawane są koszty spowodowane

⁶³¹ A. Pochrzęst–Motyczyńska: *Coraz więcej szpitali ma akredytacje jakościowe*, 2020. <https://www.prawo.pl/zdrowie/na-przeglad-szpitala-do-akredytacji-trzeba-czekac-ponad-rok,496733.html> (dostęp: 10.02.2023).

⁶³² J. Rój: *Efektywność usługowa jako kryterium wyboru mechanizmu finansowania szpitali*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 2003, nr 4, s. 153–171.

⁶³³ *Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych*. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia GUS, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia US w Krakowie, 2015, s. 7.

⁶³⁴ K. Miszczyńska: *Efektywność funkcjonowania szpitali...*, op. cit., s. 89.

⁶³⁵ *Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia 2015*. Warszawa: PWC, 2015, s. 55.

⁶³⁶ K. Miszczyńska, E. Antczak: *Uwarunkowania zadłużenia szpitali...*, op. cit., s. 89.

⁶³⁷ A. Cwiąkała–Małys, M. Durbajło–Mrowiec, P. Łagowski: *Diagnostyka efektywności wykorzystania zasobów lecznictwa szpitalnego*, E–Wydawnictwo Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2020, s. 90.

⁶³⁸ M. Cholewa–Wiktor, A. Sitko–Lutek: *Wykorzystanie benchmarkingu i outsourcingu w zarządzaniu szpitalem publicznym*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2020, s. 24.

niewykorzystaniem łóżek⁶³⁹ oraz wskazywane są obszary wymagające natychmiastowych zmian w sektorze publicznej opieki zdrowotnej⁶⁴⁰.

Z poziomem wskaźnika wykorzystania łóżka wiąże się również średni czas hospitalizacji (zmienna: ALOS). Wyniki estymacji są zbieżne z zależnościami prezentowanymi w literaturze. Wzrost średniego czasu hospitalizacji przekłada się na zwiększenie poziomu zadłużenia szpitala. Jest to w pełni uzasadniona zależność, gdyż im dłuższy pobyt pacjenta w szpitalu, tym niższa przelotowość, a tym samym przychód.

Wyniki estymacji potwierdziły także, iż status szpitala covidowego wiązał się ze wzrostem zadłużenia tego podmiotu. Sytuacja ta była wynikiem nałożenia się szeregu czynników, poczynając od małej liczby pacjentów (ograniczenia przyjęć), przez niezrealizowanie części ryczałtów i innych świadczeń kontraktowanych odrębnie, a kończąc na wzroście cen środków zabezpieczenia osobistego, leków i mediów oraz polityki płacowej wobec personelu szpitali⁶⁴¹. Obserwowany w tym samym czasie wzrost przychodów szpitali wynikał z umów dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz pozostawianiem w gotowości do udzielania takich świadczeń⁶⁴².

Nie ulega wątpliwości, że gospodarka finansowa szpitali w okresie pandemii uległa zmianie. Konsekwencje pandemii rozkładały się jednak odmiennie w zależności od formy organizacyjno-prawnej szpitali. Te spośród nich, które działały w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i posiadały status przedsiębiorcy, były uprawnione do skorzystania z wsparcia zapisanego w treści tarcz antykrzysowych. Natomiast SPZOZ-y jako podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami⁶⁴³ były wykluczone z dostępu do tego rodzaju wsparcia. Wśród rozwiązań zapisanych w tarczach dedykowanych przedsiębiorcom, a niedostępnych dla szpitali samorządowych pozostawały: pożyczki, gwarancje i poręczenia, leasing i inne instrumenty związane z finansowaniem prowadzonej działalności gospodarczej, na warunkach rynkowych. Finansowanie szpitali pozostających w sieci pozostało w pandemii niezmiennie i obejmowało środki z kontraktu oraz z ryczałtu. W trakcie pandemii specjalne rozwiązania dla szpitali wprowadził NFZ. Oprócz tego, iż otrzymywały one 1/12 ryczałtu co miesiąc (jak to miało miejsce w okresie przed pandemią)⁶⁴⁴, dosta-

⁶³⁹ W. Malinowski, E. Nojszewska: *Uwarunkowania ekonomiczne możliwości komercyjnego świadczenia usług medycznych przez polskie szpitale publiczne*. Nauki o Zarządzaniu 2017, t. 3(32), s. 4–11.

⁶⁴⁰ D. Korenik: *Podejścia i metody w badaniu efektywności szpitali samorządowych w Polsce*. Ekonomiczne Problemy Usług 2017, t. 129(4), s. 177–190.

⁶⁴¹ K. Lurka: *Co trzeci szpital w Polsce ma poważne kłopoty finansowe – analiza*. Termedia 2022. <https://www.termedia.pl/mz/Co-trzeci-szpital-w-Polsce-ma-powazne-klopoty-finansowe-analiza,45197.html> (dostęp: 11.02.2023).

⁶⁴² Najwyższa Izba Kontroli: *Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19*. Warszawa 2022. KZD.430.006.2021, Nr ewid. 154/2021/P/21/055/KZD.

⁶⁴³ Por. art. 4 ust 1. pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

⁶⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020, poz. 437 z późn. zm.).

wały także 1/12 pieniędzy za wcześniej zakontraktowane świadczenia⁶⁴⁵, niezależnie od tego, czy były one zrealizowane w pełni, częściowo czy też nie były wykonane wcale. Zarządzeniem Prezesa NFZ zwiększona została także cena punktu w ryczałcie, w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej o 5 gr, do 1,05 zł⁶⁴⁶. W rezultacie wskazanych wyżej rozwiązań, obowiązujące w okresie pandemii zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień pozwoliły szpitalom na zachowanie płynności finansowej⁶⁴⁷. Tym samym jednymi z głównych przyczyn rosnącego zadłużenia szpitali były niebilansowanie działalności leczniczej oraz wzrost kosztów ich działalności.

Podsumowanie

Celem niniejszego rozdziału była analiza kondycji finansowej szpitali samorządowych w Polsce w latach 2007–2021 z uwzględnieniem aspektu wystąpienia pandemii COVID-19. Przeprowadzone badanie oparto na panelowym modelu ekonometrycznym, który pozwolił na wyodrębnienie determinant zadłużenia szpitali samorządowych. Badanie uwzględniało zarówno perspektywę finansową i organizacyjną szpitali, jak i wystąpienie pandemii. Dodatkowo badanie wzbogacone zostało analizą wskaźników finansowo-organizacyjnych szpitali. Uzyskane wyniki wskazują, iż znaczący spadek liczby przyjmowanych pacjentów, spadek poziomu wykorzystania łóżek szpitalnych oraz wskaźnika przelotowości przyczynił się do pogarszającej się sytuacji analizowanych szpitali samorządowych. Nie bez znaczenia pozostawał również fakt, iż w latach 2020 i 2021 znacząco zmniejszyła się liczba szpitali posiadających akredytację, która (jak dowodzi literatura) przyczynia się do ograniczania zadłużenia.

Zaprezentowane w opracowaniu trzy modele panelowe w sposób czytelny wykazały wpływ pandemii na zadłużenie szpitali samorządowych. W każdym z rozpatrywanych modeli status szpitala covidowego powodował *ceteris paribus* wzrost zadłużenia tego podmiotu. Tym samym postawiona w badaniu hipoteza badawcza została zweryfikowana pozytywnie. Podsumowując, gospodarka finansowa szpitali w okresie pandemii COVID-19 uległa zmianie, a jej konsekwencje w dalszym ciągu są odczuwane przez zarządzających tymi jednostkami. Przeprowadzona analiza dotyczyła wyłącznie szpitali marszałkowskich, a obiektywnym ograniczeniem badania była niedostępność pełnych danych finansowych, ich poziom agregacji oraz nieciągłość w czasie. Dlatego też, aby w pełni przeanalizo-

⁶⁴⁵ K. Nowosielska: *Placówki medyczne z ograniczonym finansowaniem w czasie epidemii*. <https://www.prawo.pl/zdrowie/tarcza-antykryzysowa-dla-szpitali,499598.html> (dostęp: 27.01.2023).

⁶⁴⁶ Zarządzenie Nr 43/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

⁶⁴⁷ NIK: *Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19*. Warszawa 2022, KZD.430.006.2021, Nr ewid. 154/2021/P/21/055/KZD.

Rozdział 18. KONDYCJA FINANSOWA SZPITALI SAMORZĄDOWYCH. PERSPEKTYWA PANDEMICZNA 337

wać globalny wpływ pandemii na kondycję finansową ogółu szpitali w Polsce i tym samym określić pełną skalę jej oddziaływania, przyszłe badania autorów rozszerzone zostaną o analizę pozostałych szpitali. Równoległe przesunięcie badań w czasie daje szansę na dostęp do pełniejszych danych finansowych szpitali, jak również statystyk operacyjnych ich działalności, otwierając tym samym perspektywę zarówno dla poszerzenia skali prowadzonych badań, jak i pogłębienia dotychczasowych ustaleń badawczych autorów.