

Niektóre aspekty finansowania szpitali psychiatrycznych

Some aspects of mental hospitals financing

WANDA LANGIEWICZ

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Na podstawie dokumentów oraz wyników rozestanej ankiety, autorka przedstawia wybrane zagadnienia związane z finansowaniem szpitali psychiatrycznych w Polsce - wielkość nakładów, sposób ich wydatkowania, poziom zadłużenie i inicjatywy poszukiwania źródeł pozabudżetowych (red.).*

SUMMARY. *On the basis of documentation and results of a survey the author presents selected issues pertaining to the financing of mental hospitals in Poland - the amount and structure of expenditures, level of debts, initiatives undertaken to find non-government sponsoring agencies (Eds.).*

Słowa kluczowe: szpitale psychiatryczne / finansowanie / koszty

Key words: mental hospitals / financing / costs

Opieka zdrowotna w Polsce prawie w całości jest finansowana ze środków budżetu państwa. Niedostateczne środki tego budżetu przeznaczane na finansowanie ochrony zdrowia spowodowały - zwłaszcza w ostatnich latach - wyraźne pogorszenie sytuacji finansowej wszystkich placówek opieki zdrowotnej w kraju, w tym także placówek psychiatrycznych.

Zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej, stanowią istotną część całego systemu opieki zdrowotnej, dysponując ok. 15% ogólnej liczby łóżek. Ograniczenia budżetowe odbiły się na tych zakładach w sposób szczególnie niekorzystny, zważywszy że większość z nich, także w latach poprzedzających przemianę gospodarcze w kraju, funkcjonowała w warunkach poważnego niedostatku [2, 3].

Placówki psychiatryczne wyróżnia spora autonomia organizacyjna, dotyczy to przede wszystkim placówek opieki szpitalnej - prawie 90% ogólnej liczby łóżek psychiatrycznych usytuowanych jest w samodzielnych organizacyjnie i budżetowo zakładach, podczas gdy tylko pozostałe 10% funkcjonuje w strukturach lecznictwa ogólnego. Wśród zakładów psychiatrycznych, których wielkość

waha się od kilkudziesięciu do ponad półtora tysiąca łóżek, przeważają duże kilkuset łóżkowe szpitale, skupiające łącznie ok. 80% całej bazy łóżkowej. [4]

CEL

Celem prezentowanej pracy jest przedstawienie wyników analizy na temat finansowania opieki psychiatrycznej. W kolejności omówione zostaną następujące kwestie:

- relacja nakładów na opiekę psychiatryczną w porównaniu z nakładami na ogólną opiekę szpitalną w kraju w latach 1983-1993;
- poziom i struktura wydatków bieżących, koszty jednostkowe oraz rozmiar zadłużenia i środki pozabudżetowe w zakładach psychiatrycznych w 1992.

MATERIAŁ

Przy opracowaniu powyższych zagadnień korzystano z danych pochodzących z dwóch źródeł. Jednym były coroczne publikacje MZiOŚ [1], drugim - specjalnie opracowana ankieta, którą objęto 43 samodzielne placówki psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Pominęto

ośrodki leczenia odwykowego, sanatoria oraz kilka nietypowych placówek psychiatrycznych.

Ankieta zawierała podstawowe informacje na temat poziomu wydatków budżetowych według struktury paragrafowej oraz szeregu informacji uzupełniających dotyczących np. wielkości zadłużenia, rodzajów ograniczeń wprowadzanych przez jednostki oraz innych danych szczegółowo objaśniających warunki działalności placówek psychiatrycznych. Dla uproszczenia w tabelach prezentujących informacje finansowe o szpitalach nie używano oficjalnych nazw szpitali, a jedynie nazwy miast/miejscowości ich siedzib, bądź nazw tradycyjnych np. "Dziekanka", "Drewnica".

NAKŁADY NA OPIEKĘ PSYCHIATRYCZNĄ

Porównanie nakładów na szpitale psychiatryczne i ogólne przeprowadzono w oparciu o wskaźnik *kosztu osobodnia*. Ten rodzaj ko-

szków jednostkowych pozwala pominąć różnice w przeciętnym czasie leczenia - znacznie dłuższym w psychiatrii w porównaniu z wieloma innymi specjalnościami medycznymi.

Relacja kosztu osobodnia w lecznictwie ogólnym do kosztu osobodnia w lecznictwie psychiatrycznym w dłuższej perspektywie czasowej tzn. od początku lat osiemdziesiątych ulegała stopniowym, niekorzystnym z punktu widzenia lecznictwa psychiatrycznego zmianom. Odpowiednie dane przedstawia tabl. 1.

Koszt osobodnia w lecznictwie psychiatrycznym w stosunku do kosztu w lecznictwie ogólnym na przestrzeni dziesięciolecia 1983-1992 wykazywał wyraźną tendencję malejącą. Dopiero ostatni porównywany rok wskazuje na jej zahamowanie. Jakkolwiek wskaźnikowi kosztu osobodnia można zarzucić zbyt zagregowany charakter, to niekorzystna dla psychiatrii tendencja jest widoczna.

Należy wyjaśnić, że koszt osobodnia w przypadku opieki psychiatrycznej jest dodatkowo obciążony kosztami działalności ambulatoryjnej.

Tablica 1. *Koszt osobodnia w lecznictwie psychiatrycznym i ogólnym oraz ich wzajemna relacja*

Analizowany rok	Koszt osobodnia [zł]		
	A. lecznictwo ogólne	B. lecznictwo psychiatryczne	B/A [%]
1983	1 485	671	45,2
1984	1 876	840	44,8
1985	2 335	1 012	43,3
1986	2 982	1 224	41,0
1987	3 801	1 556	40,9
1988	6 555	*	*
1989	27 242	*	*
1990	*	*	*
1991	269 914	101 926	37,7
1992	411 220	155 963	37,9
1993	550 045	210 603	38,3

ryjnej i tzw. pośredniej, prowadzonej przez część placówek. Oznacza to, że w rzeczywistości "czysty" koszt osobodnia w psychiatrii kształtuje się na poziomie jeszcze niższym, niż by to wynikało z podanego wyliczenia.

W roku 1993 całość nakładów na samodzielne organizacyjnie zakłady psychiatryczne wynosiła nieco ponad 2 biliony, podczas gdy na działalność szpitali ogólnych (część 85-zbiorczy budżet województw) wynosiła 26,6 bilionów złotych.

Zróznicowanie kosztu osobodnia w 1993 r. w poszczególnych województwach było w lecznictwie psychiatrycznym (średnio: 210,6; rozpiętość 164,7-422,0) relatywnie większe niż w szpitalach ogólnych (średnio: 550,0; rozpiętość 439,0-807,6). Także relacje między tymi dwiema kategoriami są zróznicowane i wahają się od 24% do 54%, przy średniej 38%.

Inną miarą stosowaną w porównaniach jest *koszt jednego łóżka*. W psychiatrii w 1993 r. koszt ten obliczono na 61 mln. zł, tj. na poziomie 42,6% kosztów w lecznictwie ogólnym, wynoszących 143,2 mln. Różnica w poziomie relacji w obu rodzajach kosztów (38,3% - 42,6%) wynika z lepszego wykorzystania bazy łóżkowej w psychiatrii.

Biorąc pod uwagę bezwzględny poziom kosztu w przeliczeniu na osobodzień i na łóżko można wyróżnić zaledwie kilka województw - bielskie, kaliskie, śląskie, suwalskie i toruńskie - w których kształtują się one na poziomie wyraźnie wyższym niż w pozostałych. Jednocześnie na drugim krańcu sytuują się takie województwa jak częstochowskie, gdańskie, gorzowskie, jeleniogórskie, katowickie, płockie i poznańskie, w których poziom obu tych wskaźników jest bardzo niski. Na wyższy od przeciętnego poziom kosztów w niektórych województwach wpływają wydatki o charakterze inwestycyjnym, realizowane z wydatków bieżących placówek, a zmierzające do powiększenia placówek psychiatrycznych (bielskie, suwalskie).

Przyczyny różnic w poziomie finansowania psychiatrii i lecznictwa ogólnego są wielora-

kie - główne wynikają z różnic w "kosztochłonności". Szpitalne leczenie psychiatryczne jest w krótkich odcinkach czasu tańsze niż leczenie w innych specjalnościach. Składa się na to szereg czynników, wynikających przede wszystkim ze specyfiki zaburzeń psychicznych, w leczeniu których przeważają mniej kosztowne metody o charakterze zachowawczym, w odróżnieniu od wielu specjalności lecznictwa ogólnego, charakteryzujących się bardzo drogimi procedurami zabiegowymi i farmakoterapeutycznymi. Większe są też w lecznictwie niepsychiatrycznym wydatki związane z eksploatacją i utrzymaniem drogiego, nowoczesnego sprzętu i aparatury diagnostyczno-terapeutycznej. Kolejnym czynnikiem - ściśle związanym z poprzednio wymienionymi - są różnice w poziomie zatrudnienia. Szpitale ogólne wykazują relatywnie wyższy poziom zatrudnienia niż szpitale psychiatryczne, co rzutuje na najważniejszą część kosztów szpitalnych jakimi są koszty związane z wynagrodzeniami i ich pochodnymi. Wszystkie te elementy wpływają w sposób zasadniczy na decyzje o podziale środków finansowych w poszczególnych województwach. Być może właśnie "zachowawczy" charakter metod leczenia psychiatrii, powoduje że potrzeby lecznictwa psychiatrycznego nie są postrzegane jako najpilniejsze w porównaniu z innymi specjalnościami.

Obecny system podziału środków między województwa i w ich ramach nadal dokonuje się w oparciu o kryterium "historyczne", tzn. uwzględniające przede wszystkim wielkość środków wydanych w latach wcześniejszych. Powoduje to utrwalanie - zwłaszcza w odniesieniu do psychiatrii - stanu permanentnego i pogłębiającego się ubóstwa. W znacznie lepszej sytuacji są nowopowstające ośrodki, których plany budżetowe nie obciążone syndromem "biednej psychiatrii" zmagają się jedynie z ograniczonością środków do podziału. Przykładem może być budżet szpitali w woj. bielskim, toruńskim i suwalskim.

Tablica 2. *Wielkość i struktura wydatków bieżących (w odsetkach) szpitali psychiatrycznych w 1992 roku, według liczby łóżek*

Lp	Szpitala wg wielkości	Liczba łóżek	Wydatki bieżące	Wynagrodzenia + pochodne	Żywność	Leki	Pozostałe wydatki rzeczowe
	POLSKA	30746	1462145	70.9	7.6	4.2	17.4
1.	Ślupsk	159	13024	83.8	4.0	2.1	10.9
2.	Toruń	160	19625	70.4	3.8	2.8	23.0
3.	Andrychów	180	10451	78.3	5.3	2.8	13.6
4.	Złotoryja	198	10438	73.5	5.6	4.8	16.1
5.	Suchowola	210	8467	79.2	7.2	5.5	8.1
6.	Kielce	220	21069	76.1	3.7	3.3	16.1
7.	Frombork	240	10497	78.4	5.3	1.8	14.5
8.	Żurawica	280	11540	78.2	5.5	2.2	14.1
9.	Opole	300	21168	73.7	4.5	6.0	15.8
10.	Drewnica	306	22884	71.3	6.0	4.0	18.7
11.	Olsztyn	315	21366	73.3	6.7	5.5	14.6
12.	Węgorzewo	329	21010	67.0	13.0	4.5	15.5
13.	Wrocław	389	28038	72.5	7.4	3.1	16.9
14.	Krośnice	414	21470	68.9	6.6	2.2	22.4
15.	Radecznicza	430	17185	79.4	6.1	1.6	12.9
16.	Srebrzysko	509	29288	72.5	5.3	5.6	16.6
17.	Nowowiejski	585	47981	72.3	5.2	3.1	19.5
18.	Zagórze	622	43010	76.5	4.3	1.1	18.1
19.	Warta	624	27699	81.8	5.7	2.5	10.0
20.	Sieniawka	650	17118	77.6	8.4	1.5	12.5
21.	Jarosław	760	34645	82.0	6.2	3.0	8.8
22.	Kościan	782	39377	69.6	5.4	4.6	20.4
23.	Bolesławiec	800	33230	70.0	6.5	3.6	19.9
24.	Toszek	800	29625	63.7	10.1	3.7	22.5
25.	Lubiąż	810	33867	73.3	8.1	5.0	13.7
26.	Gostynin	820	28912	78.6	9.3	3.7	8.5
27.	Świecie	849	48816	65.8	6.3	4.4	23.5
28.	Cibórz	880	45885	67.4	7.9	2.7	22.0
29.	Morawica	928	41713	76.7	7.8	4.4	11.1
30.	Obrzyce	1000	34004	71.9	9.9	2.5	15.7
31.	Kochanówka	1044	60103	68.6	7.6	6.6	17.1
32.	Choroszcz	1050	61062	73.1	8.6	5.9	12.4
33.	Pruszków	1060	53721	62.3	8.8	5.6	23.3
34.	Branice	1065	43991	80.0	4.8	4.1	11.2
35.	Stronie Śl.	1065	44773	57.0	13.5	2.9	26.7
36.	Krychnowice	1098	55417	71.8	10.0	5.4	12.8
37.	Lubliniec	1100	41559	66.9	10.0	4.6	18.6
38.	Abramowice	1124	59940	74.0	6.3	5.1	14.6
39.	Gorzów Wlkp.	1150	46046	67.2	7.8	5.2	19.8
40.	Dziekanka	1230	48941	68.6	6.9	4.1	20.4
41.	Kocborowo	1304	39870	72.8	6.6	3.3	17.2
42.	Rybnik	1367	48689	60.8	13.4	6.7	19.1
43.	Kobierzyn	1540	64631	62.3	7.7	3.9	26.1

WYDATKI BIEŻĄCE SZPITALI PSYCHIATRYCZNYCH

Łączna wartość środków finansowych przyznana wszystkim (43) - objętym ankietą - zakładom psychiatrycznej opieki zdrowotnej *na działalność bieżącą* w 1992 (bez wydatków inwestycyjnych) wynosiła blisko 1,5 bln zł (1 462 144 000 000 zł). W tabeli 2 przedstawiono wielkość oraz strukturę wykonanych budżetów w poszczególnych szpitalach.

Ogólna wielkość wydatków budżetowych waha się od 8,5 mld zł w Suchowoli (230 łóżek) do 64,6 mld w Koberzynie (1540 łóżek).

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że istnieje dość silna korelacja między wielkością szpitala a wielkością przyznanego budżetu. Jednak przy dokładniejszej analizie okazuje się, że prawidłowość ta nie dotyczy ponad jednej trzeciej zakładów. Różnice w wielkości budżetów w szpitalach o zbliżonej liczbie łóżek w dużym stopniu wynikają z odmiennej z punktu widzenia kosztochłonności struktury wewnętrznej szpitali psychiatrycznych. Na ogół większym budżetem dysponują szpitale w ramach których są takie oddziały jak neurologiczny, psychosomatyczny, detoksykacyjny bądź inne wąskospecjalistyczne, ponieważ koszt osobodnia w tych oddziałach jest 3-6 krotnie wyższy od kosztu w ogólnym oddziale psychiatrycznym. Relatywnie większy budżet dotyczy także tych zakładów, które oprócz części szpitalnej mają rozbudowaną ambulatoryjną i pośrednie formy opieki psychiatrycznej (Kochanówka, Nowowiejski).

STRUKTURA WYDATKÓW BIEŻĄCYCH

Dominującą pozycję w budżetach wszystkich szpitali zajmują wynagrodzenia (wraz z pochodnymi) - 70.9 %. Udział wydatków na żywnienie wynosił 7.6 %, wydatków na leki - 4.2 %, a na pozostałe wydatki - głównie rzeczowe - 17.4 %.

Zróznicowanie poszczególnych rodzajów wydatków przedstawia się następująco. Udział płac w budżecie waha się w szpitalach od 57% (Stronie Śl.) do 83 % (Słupsk), wydatków na żywnienie od 3.7% (Kielce) do 13.5% (Stronie Śl.), wydatków na leki od 1.1% (Zagórze) do 6.7% (Rybnik), natomiast wydatków rzeczowych od 8.1% (Suchowola) do 26.7% (Stronie Śl.).

Podział budżetu na poszczególne rodzaje wydatków wymaga uzupełnienia informacją o poziomie ich wartości. Tablica 3 przedstawia strukturę kosztów w poszczególnych szpitalach w ujęciu wartościowym w przeliczeniu na liczbę osobodni "stacjonarnych", to znaczy bez osobodni przypadających na formy pośrednie.

Przeciętny koszt osobodnia w 1992 roku w analizowanych szpitalach kształtował się na poziomie 163 tys. zł, przy koszcie najniższym - 104 tys. zł (Kocborowo) i najwyższym - 374 tys. zł (Toruń). W przedziale od 130 do 180 tys. zł mieszczą się koszty 21 spośród 43 zakładów. Stosunek najwyższego kosztu jednostkowego do najniższego, pozwalający ocenić skalę zróżnicowania w poszczególnych kategoriach kosztów wykazał, że stosunkowo najmniejsze zróżnicowanie dotyczy kosztów związanych z wynagrodzeniami (3,9x) i żywienia (4,3x), największe natomiast - wydatków na leki (10x).

Poziom kosztów jednostkowych w poszczególnych szpitalach jest wypadkową bardzo wielu czynników. Do najbardziej znaczących należy poziom zatrudnienia. Wysoki poziom kosztu wynagrodzeń częściej charakteryzuje mniejsze placówki - Słupsk, Toruń, Kielce, Opole - o stosunkowo zróżnicowanej strukturze świadczeń specjalistycznych. Najniższy poziom ma miejsce w szpitalu w Rybniku, Stroniu Śl., Obrzycach, Kocborowie, Sienawce i przede wszystkim świadczy o poważnym niedostatku personelu w tych szpitalach w porównaniu z pozostałymi.

Niepokojąco duże są różnice w poziomie kosztów żywienia (od 6,9 tys. zł - Kocborowo, do 30,0 tys. zł - Węgorzewo). Nie wszystkie dadzą się wytłumaczyć różnicami w poziomie

Tablica 3. Koszty osobodnia ogółem, wynagrodzeń, żywienia, leków i pozostałych wydatków szpitali psychiatrycznych w 1992 roku

Lp. Szpital	Liczba łózek	Koszt osobodnia w tys. zł				
		ogółem	wynagrodzenia	żywienie	leki	pozostałe wydatki
POLSKA	30746	163.3	115.7	12.3	6.8	28.5
1. Słupsk	159	288.0	239.0	11.6	6.1	31.3
2. Toruń	160	374.2	263.3	14.3	10.6	85.9
3. Andrychów	180	222.3	174.1	11.8	6.3	30.1
4. Złotoryja	198	151.1	111.1	8.5	7.3	24.3
5. Suchowola	210	136.8	108.3	9.8	7.5	11.1
6. Kielce	220	310.6	236.4	11.6	10.2	52.4
7. Frombork	240	141.9	111.3	7.6	2.6	20.5
8. Żurawica	280	167.6	131.1	9.2	3.7	23.6
9. Opole	300	252.0	185.6	11.3	15.2	39.8
10. Drewnica	306	247.7	176.8	14.7	10.0	46.2
11. Olsztyn	315	210.7	154.5	14.0	11.6	30.7
12. Węgorzewo	329	231.0	154.8	30.0	10.4	35.8
13. Wrocław	389	239.7	173.8	17.8	7.5	40.6
14. Krośnice	414	239.1	164.6	15.7	5.3	53.5
15. Radecznia	430	131.5	104.4	8.1	2.1	16.9
16. Srebrzysko	509	217.6	157.7	11.4	12.3	36.1
17. Nowowiejki	585	260.1	187.9	13.5	8.0	50.6
18. Zagórze	622	241.2	184.5	10.3	2.7	43.6
19. Warta	624	218.5	178.7	12.4	5.5	21.9
20. Sieniawka	650	105.0	81.4	8.8	1.5	13.1
21. Jarosław	760	151.5	124.1	9.5	4.6	13.3
22. Kościan	782	129.7	90.3	7.0	6.0	26.4
23. Bolesławiec	800	161.3	112.9	10.5	5.8	32.1
24. Toszek	800	145.1	92.5	14.7	5.3	32.6
25. Lubiąż	810	139.5	102.2	11.2	6.9	19.1
26. Gostynin	820	149.9	117.7	13.9	5.5	12.7
27. Świecie	849	221.5	145.8	14.0	9.7	52.0
28. Cíborz	880	158.9	107.0	12.6	4.2	35.0
29. Morawica	928	141.6	108.5	11.1	6.3	15.7
30. Obrzyce	1000	103.0	74.1	10.2	2.6	16.2
31. Kochanówka	1044	220.3	151.2	16.8	14.6	37.8
32. Choroszcz	1050	150.9	110.2	13.0	9.0	18.6
33. Pruszków	1060	166.2	103.6	14.6	9.3	38.7
34. Branice	1065	181.3	145.0	8.6	7.4	20.3
35. Stronie Śl	1065	123.9	70.6	16.7	3.6	33.0
36. Krychnowice	1098	155.3	111.5	15.5	8.4	19.9
37. Lubliniec	1100	149.1	99.7	14.9	6.8	27.7
38. Abramowice	1124	178.6	132.2	11.3	9.1	26.0
39. Gorzów Wlkp.	1150	125.9	84.6	9.8	6.6	24.9
40. Dziekanka	1230	140.2	96.2	9.7	5.8	28.6
41. Kocborowo	1304	104.9	76.4	6.9	3.5	18.1
42. Rybnik	1367	112.3	68.3	15.0	7.5	21.5
43. Kobierzyn	1540	179.5	111.8	13.8	7.1	46.8

cen żywności w poszczególnych rejonach kraju oraz finansowaniem z innych, np. pozabudżetowych źródeł.

Zróźnicowanie występujące w poziomie wydatków rzeczowych ma bardzo wiele powodów, wśród których do najważniejszych należy zaliczyć tzw. ogólną kosztochłonność obiektów, związaną z ich stanem technicznym i potrzebami remontowymi oraz wielkością wydatków ponoszonych na energię elektryczną, ciepłą i wodę.

Porównywanie kosztów jednostkowych na poziomie placówki jako całości ma wartość jedynie orientacyjną, dopiero analiza kosztów przeprowadzona na poziomie oddziałów o zbliżonym profilu świadczeń pozwoliłaby dokładniej wskazać oddziały "tanie" bądź "drogie" i szukać przyczyn ewentualnego zróźnicowania.

ZADŁUŻENIE

Ogólna suma zadłużenia zakładów psychiatrycznych w 92 roku wynosiła prawie 66 mld. zł, co w stosunku do ogólnej sumy wydatków bieżących stanowiło ok. 4,5 %. W większości zakładów zadłużenie nie przekraczało 3 % ogółu wydatków. Najpowaźniejsze zadłużenie - w stosunku do własnego budżetu - miały szpitale w Gorzowie - 36%, Obrzycach - 15,4%, Kocborowie - 12%, Fromborku - 10%, Toruniu - 9,6%. Z kolei, poza szpitalem w Stroniu Śl., który nie miał zadłużenia, na stosunkowo niewielkie kwoty zadłużone były Branice, Opole, Lubiąż, Lubliniec, Drewnica i Węgorzewo.

Dwa najbardziej zadłużone szpitale finansowane są przez jedno województwo - gorzowskie. Zarówno w tym przypadku, jak i w przypadkach szpitali z innych województw nie można wykluczyć, że do zadłużenia przyczyniają się błędy popełniane niejako warstwowo. Poczynając od błędnej dystrybucji środków na poziomie centralnym, poprzez błędny podział na poziomie województwa, aż po niewłaściwe decyzje poszczególnych placówek. Ich zakres i skala jest praktycznie nie do ustalenia.

Z uzyskanych w ankiecie informacji wynika, że zadłużenie powstawało na skutek braku środków na pokrywanie zobowiązań płatniczych, przede wszystkim za zużyłą energię i wodę, za remonty i konserwacje a także za leki i środki żywności. Dość często szpitale zadłużały się w ZUS, nie odprowadzając podatków od wynagrodzeń. W kilku zakładach wielkość zadłużenia narastała na skutek naliczanych kar i odsetek z tytułu nie zrealizowanych terminowo faktur.

Zadłużenia w takiej skali jak obserwowane obecnie są zjawiskiem nowym. Przyczyny mogą tkwić - jak już wspomniano - nie tylko w ograniczonych środkach finansowych, ale także w niewłaściwej ich dystrybucji dokonywanej przez administrację różnych szczebli oraz w błędnych decyzjach dyrekcji zakładów realizujących budżet. Proces oddłużania placówek powinien być zatem poprzedzony próbą zidentyfikowania i odrębnego potraktowania zadłużeń niezawinionych przez jednostki oraz w pewnym sensie zawinionych - to znaczy, w przypadku udokumentowanej niegospodarności.

ŚRODKI POZABUDŻETOWE

Trudne warunki finansowe wyzwoliły w wielu szpitalach sporą inicjatywę w poszukiwaniu pozabudżetowych źródeł finansowania. Większość środków pochodziła z dobrowolnych wpłat od pacjentów i ich rodzin oraz z różnego typu dotacji, w tym samorządowych. Niekłóre szpitale zyskiwały wsparcie finansowe lub rzeczowe od firm i zakładów pracy, część miała dochody z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

Tylko trzy szpitale - Słupsk, Warta i Kochanówka nie miały żadnych dochodów pozabudżetowych. Pozostałe wykazały kwoty ogromnie zróźnicowane - od symbolicznych, czyli kilkunasto- czy kilkudziesięciomilionowych (Gostynin, Suchowola, Kielce, Węgorzewo, Stronie Śl.), do ponad miliardowych (Wrocław, Abramowice, Pruszków, Dziekanka, Rybnik, Kocborowo, Lubliniec, Krychnowice).

Wielu szpitalom środki te umożliwiały przetrwanie, pozwalając w istotny sposób uzupełnić szpitalne "dziury" budżetowe. Przeznaczano je na finansowanie prawie całej pozapłacowej działalności bieżącej a w tym usługi remontowe, rachunki za opał, żywność, leki. Także za te pieniądze szpitale kupowały sprzęt medyczny, bieliznę pościelową oraz uzupełniały wyposażenie oddziałów. Nie bez znaczenia dla budżetów szpitali była także pomoc - najczęściej w formie darów rzeczowych (leki, sprzęt) - otrzymywana od zaprzyjaźnionych zagranicznych ośrodków psychiatrycznych.

PODSUMOWANIE

Najważniejsze ustalenia na podstawie zaprezentowanego w tej pracy materiału są następujące.

1. Poziom finansowania szpitali psychiatrycznych w porównaniu ze stacjonarnym leczeniem ogólnym ulega na przestrzeni ostatnich lat w skali kraju systematycznemu obniżeniu;
2. W 1992 roku na 43 samodzielne organizacyjnie placówki psychiatryczne (30,7 tys. łóżek) wydano z budżetu ok. 1.5 bln. zł. Wszystkie szpitale otrzymywały środki poniżej swoich potrzeb.
3. Wielkość poszczególnych budżetów szpitalnych zależy w pierwszej kolejności od wielkości szpitali, a następnie od stopnia zróżnicowania struktury organizacyjnej i zakresu świadczeń.
4. Najpoważniejszą pozycję w budżetach szpitali stanowią wynagrodzenia i ich pochodne - przeciętnie ponad dwie trzecie wszystkich środków budżetowych (71%);
5. Zarówno całkowite koszty jednostkowe osobodnia, jak i cząstkowe - zwłaszcza koszty leków - są w szpitalach psychiatrycznych bardzo zróżnicowane.
6. Niedostatek środków finansowych zmuszał szpitale do wprowadzania drastycznych oszczędności, był przyczyną nie wywiązywania się z różnego rodzaju płatności i popadania w zadłużenie.

W większości szpitali oszczędnościom poddane zostały wszystkie sfery działalności, a pierwszą ich "ofiara" były planowane remonty i konserwacje, które ograniczano tylko do sytuacji awaryjnych. Tylko nieliczne szpitale mogły pozwolić sobie na zakup sprzętu medycznego i wyposażenia. Dość powszechnie wprowadzano także ograniczenia obejmujące zakupy niezbędnej pościeli, środków czystościowych, bielizny i ubrań dla pacjentów a także zakupy leków i żywności. W szpitalach psychiatrycznych, które są miejscem na ogół dłużej niż w innych szpitalach trwającej hospitalizacji, a dla wielu pacjentów w zasadzie miejscem stałego pobytu, tego rodzaju braki stanowią naruszenie ich elementarnych praw;

7. Ogólnemu ograniczaniu wydatków i wprowadzaniu ostrych reżimów oszczędnościowych towarzyszą w większości placówek różne próby radzenia sobie poprzez poszukiwanie źródeł dochodów poza budżetem.

Do najważniejszych należy zaliczyć wprowadzenie przez część szpitali dobrowolnych opłat za hospitalizację oraz poszukiwanie sponsorów. W kilku przypadkach uzyskano poważne dotacje od urzędów administracji samorządowej oraz od zakładów pracy. Środki uzyskiwane z tego tytułu - czasami nawet dość znaczne, bo dochodzące nawet do kilku miliardów złotych - najczęściej przeznaczano na zakup sprzętu medycznego, leków, żywności, środków czystościowych oraz na finansowanie najpilniejszych remontów;

8. Jakkolwiek wszystkie szpitale psychiatryczne cierpią na niedostatek środków finansowych, to jednak poziom tego niedostatku jest zróżnicowany.

W niektórych województwach sytuacja szpitali psychiatrycznych jest szczególnie trudna (gorzowskie, gdańskie), z kolei w dwu innych (bydgoskie i suwalskiego), w których zastosowano próbę nowego podejścia przy podziale środków, szpitale psychiatryczne znalazły się w stosunkowo dobrym położeniu finansowym. Gwoli ścisłości należy dodać, że

w obu tych województwach w roku 1992 lekarzami wojewódzkimi byli psychiatrzy, co oczywiste, lepiej rozumiejący problemy i potrzeby lecznictwa psychiatrycznego;

2. Dudarewicz D.: Suwalski model finansowania opieki zdrowotnej. *Antidotum*, 1993, 12, 24-29.
3. Tymowska K.: O podziale budżetu między zakłady opieki zdrowotnej, *Antidotum*, 1993, 12, 30-35.
4. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 1992*. IPN, Warszawa 1993.

PIŚMIENNICTWO:

1. Analiza ekonomiczna działalności resortu zdrowia i opieki społecznej (opracowania dot. lat: 1982 - 1993).

*Adres: Mgr Wanda Langiewicz, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*