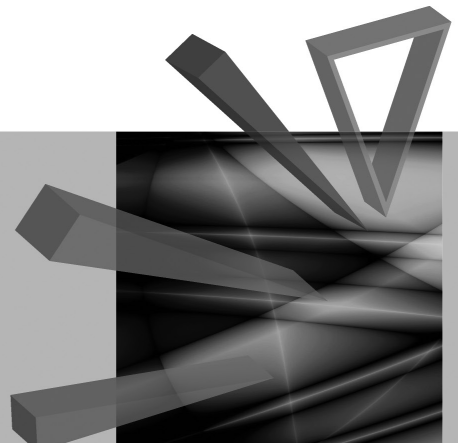
PRACE NAUKOWE
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
RESEARCH PAPERS
of Wrocław University of Economics

296

Kryzys finansowy a programowanie rozwoju jednostek przestrzennych



Redaktorzy naukowi
Stanisław Korenik
Anna Mempel-Śnieżyk

Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Aleksandra Śliwka

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: K. Halina Kocur

Łamanie: Adam Dębski

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiejkolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192
ISBN 978-83-7695-318-2

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

SPIS TREŚCI

Wstęp 9

Agata Bury: Deficyt budżetowy w jednostkach samorządu terytorialnego na przykładzie województwa łódzkiego 11

Piotr Bury, Paweł Dziekański: Sytuacja finansowa powiatów województwa świętokrzyskiego w latach 2008-2010 24

Jacek Chądzyński: Współpraca polskich gmin z organizacjami pozarządowymi – prezentacja wyników badań 36

Adam Dąbrowski: Rewitalizacja jako instrument polityki rozwoju regionalnego w wymiarze lokalnym. 46

Niki Derlukiewicz: Działania podejmowane w Unii Europejskiej na rzecz wspierania innowacyjności gospodarki 56

Dariusz Głuszczuk: Strategia, polityka i system innowacji w regionie – ujęcie teoretyczne 65

Piotr Hajduga: Specjalne strefy ekonomiczne w Polsce a kryzys finansowy i gospodarczy 76

Krystian Heffner, Brygida Klemens: Koncepcje zmian i nowe procesy przestrzenne na obszarach wiejskich w Polsce 90

Marian Kachniarz: Konsolidacja a efektywność w ochronie zdrowia 102

Magdalena Kalisiak-Mędelska: Idea miast partnerskich. Przykład Łodzi .. 113

Iryna Kaminska: Financial tools of stimulation of social and economic development of a region 129

Nadiya Khvyshchun: Sytuacja finansowa regionów Ukrainy: okres przed- i pokryzysowy 139

Brygida Klemens: Dostęp do usług publicznych na obszarach wiejskich województwa opolskiego 151

Stanisław Korenik: Globalizacja i gospodarka oparta na wiedzy a nowa przestrzeń gospodarcza 164

Lubov Kovalska: Questions of the assessment and building of Ukraine regions competitiveness 176

Agnieszka Krześ: Rozwój infrastruktury transportu i łączności dużych miast Dolnego Śląska w dobie kryzysu 186

Andrzej Łuczyszyn*:* Globalizacja i lokalizm w rozwoju lokalnym – wybrane elementy 197

Marian Maciejuk: Fundusze unijne jako źródło zasilania budżetów jednostek samorządowych na Dolnym Śląsku 205

Anna Mempel-Śnieżyk: Władze samorządowe a programowanie rozwoju lokalnego 215

Katarzyna Miszczak: Sytuacja społeczno-gospodarcza polskich województw w dobie obecnego kryzysu finansowego 227
Jarosław Michał Nazarczuk: Specjalne strefy ekonomiczne motorem wzrostu w czasach kryzysu? 241
Mirosława Marzena Nowak: Wpływ spółdzielni mleczarskich na przemiany przestrzenne, ekonomiczne i środowiskowe we współczesnej gospodarce..... 251
Oğuz Özbek: Demarcation problem of spatial planning in the normative regions of Turkey: the provincial development strategy of Kayseri..... 261
Valentina Pidlisnyuk, Lesia Sokol: Approaches to the implementation of sustainable agriculture at the local level: case of Kyiv region, Ukraine 270
Andrew B. Pochtovyuk, Katerina A. Pryakhina: Regional aspects of the management of higher economic education in Ukraine..... 277
Aldona Podgórniak-Krzykacz: Samorząd gminny w relacjach z administracją rządową – prezentacja wyników badań 285
Jacek Potocki, Zbigniew Piepiora: Uwarunkowania rozwoju rekreacji zimowej we wschodnich Karkonoszach 295
Małgorzata Rogowska: Gospodarka oparta na wiedzy w dobie globalizacji 308
Karolina Rosomacha: Sytuacja Republiki Czeskiej w kontekście rozwoju regionalnego po roku 2000 317
Małgorzata Twardzik: Znaczenie centrów handlowych dla funkcjonowania jednostek osadniczych w strefie zewnętrznej metropolii w województwie śląskim 327
Kinga Wasilewska: Samorząd terytorialny kontra alternatywne metody finansowania 338
Marek Wojciechowski: Zamożność a koszt władzy samorządowej w dużych miastach polskich 348

Summaries

Agata Bury: Budget deficit in local government units on the example of Łódź Voivodeship 23
Piotr Bury, Paweł Dziekański: Financial situation of poviats in Świętokrzyskie Voivodeship in 2008-2010 35
Jacek Chądzyński: Co-operation between communities and non-governmental organizations in Poland − presentation of study results..... 45
Adam Dąbrowski: Revitalization as an instrument of regional development policy in the local dimension..... 55
Niki Derlukiewicz: Activities undertaken in the European Union to promote innovation 64

Dariusz Głuszczuk: Innovation strategy, policy and system in the region – theoretical approach 75
Piotr Hajduga: Special economic zones in Poland vs. financial and economic crisis 89
Krystian Heffner, Brygida Klemens: Concepts of changes and new spatial processes in rural areas of Poland 101
Marian Kachniarz: Consolidation vs. efficiency in health care 112
Magdalena Kalisiak-Mędelska: The idea of partner cities. The example of Łódź 128
Iryna Kaminska: Instrumenty finansowe stymulowania rozwoju społeczno-gospodarczego regionu 138
Nadiya Khvyshchun: Ukrainian regions financial situation: before and post-crisis period 150
Brygida Klemens: Access to public services in rural areas of Opole Voivodeship 163
Stanisław Korenik: Globalization and knowledge based on economy vs. new economic space 175
Lubov Kovalska: Kwestie oceny i budowania konkurencyjności regionów Ukrainy 185
Agnieszka Krześ: Development of transport and communication infrastructure in big cities of Lower Silesia in the time of crisis 196
Andrzej Łuczyszyn*:* Globalization and localism in local development − selected elements 204
Marian Maciejuk: European Union funds as the supporting source for budgets of self-government units in Lower Silesia region 214
Anna Mempel-Śnieżyk: Local authorities vs. local development programming 226
Katarzyna Miszczak: Social and economic situation of Polish voivodeships in the present financial crisis 240
Jarosław Michał Nazarczuk: Are Polish Special Economic Zones growth poles at the time of austerity? 249
Mirosława Marzena Nowak: Influence of dairy cooperatives on space, economic, and environmental changes in modern economy 260
Oğuz Özbek: Problem rozgraniczania planowania przestrzennego w normatywnych regionach Turcji: lokalana strategia rozwoju Kayseri 269
Valentina Pidlisnyuk, Lesia Sokol: Podejścia do wdrażania zrównoważonego rozwoju w rolnictwie na poziomie lokalnym na przykładzie regionu kijowskiego − Ukraina 276
Andrew B. Pochtovyuk, Katerina A. Pryakhina: Regionalne aspekty zarządzania wyższą edukacją ekonomiczną na Ukrainie 284
Aldona Podgórniak-Krzykacz: Local government in its relations with central government − presentation of survey results 294

Jacek Potocki, Zbigniew Piepiora: Conditions for the development of winter recreation in the eastern part of the Karkonosze Mountains..... 307
Małgorzata Rogowska: Knowledge based economy in the age of globalization 316
Karolina Rosomacha: Situation of regional development in the Czech Republic after 2000 326
Małgorzata Twardzik: Impact of shopping centers for the functioning of settlement units in the outer metropolitan area in Upper Silesian Voivodeship 337
Kinga Wasilewska: Local government vs. alternative financing methods..... 347
Marek Wojciechowski: Affluence vs. the cost of local government authority in Polish major cities..... 358

PRACE NAUKOWE UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO WE WROCŁAWIU
RESEARCH PAPERS OF WROCŁAW UNIVERSITY OF ECONOMICS nr 296 • 2013

Kryzys finansowy a programowanie rozwoju jednostek przestrzennych ISSN 1899-3192

Marian Kachniarz
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

KONSOLIDACJA A EFEKTYWNOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA

Streszczenie: Celem artykułu jest zwiększenie wiedzy na temat skutków procesów konsolidacyjnych w bardzo ważnym segmencie sektora publicznego, jakim jest ochrona zdrowia. Autor uznał, że istnieje dość poważny rozdźwięk pomiędzy dostępnymi wynikami badań a powszechnie uznawanymi paradygmatami w tym zakresie. W świetle przeprowadzonych w artykule analiz nie ma przekonujących dowodów przemawiających za tym, że zwiększanie potencjału jednostek przynosi korzyści zarówno ekonomiczne, jak i społeczne – w postaci podwyższenia jakości świadczonych usług oraz zwiększonej ich efektywności.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia**,** szpital, konsolidacja, efektywność.

1. Wstęp

W doktrynie neoliberalnej, w której głównym paradygmatem było ograniczanie zakresu sektora publicznego, a więc także jego lokalnego wymiaru, dominowała koncepcja konsolidacji lokalnych podmiotów świadczących usługi publiczne. Trend zwiększania rozmiarów jednostek zaczął przenikać do różnych dziedzin sektora publicznego wraz z koncepcją zwaną *New Public Management,* zmierzającą do ekonomizacji administracji publicznej.

Z drugiej strony jednak, rozwijająca się od początku lat 80. XX wieku doktryna nowego instytucjonalizmu zwraca uwagę na paradoks współczesnego świata dotyczący globalizacji. Procesom unifikacji, w której zacierają się kolejne granice, towarzyszy tożsamościowa reakcja w postaci renesansu lokalności, nasilonych poszukiwań zadomowienia, własnej *małej ojczyzny*[1]. J. Chłopecki zwraca uwagę, że cywilizacja przestrzeni produkuje nomadów, którzy cieszą się wolnością, ale pozbawieni są bezpieczeństwa wynikającego z przynależności do *miejsca*[2]. W myśl

[1] M. Kempny, *Tradycje lokalne jako podstawa kapitału społecznego. Co tradycja może znaczyć dla społeczności lokalnej w dobie globalizacji?,* [w:] J. Kurczewska (red.), *Oblicza lokalności. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2004, s. 150.

[2] J. Chłopecki, *Tożsamości społeczne w globalnym świecie*, [w:] K. Bondyra, M.S. Szczepański, P. Śliwa (red.), *Państwo, samorząd i społeczności lokalne,* Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2005, s. 51-54.

nowego instytucjonalizmu liberalne podejście do refom konsolidacyjnych w sektorze publicznym jest efektem jednostronnego spojrzenia, zawężającego obiektywny obraz funkcjonowania instytucji. Tymczasem to wymyślone przez ludzi ograniczenia, reguły, zasady postępowania i procedury kształtują ludzkie interakcje[3]. Taka perspektywa pozwala docenić rolę ograniczeń nieformalnych, które są częścią dziedzictwa kulturowego danego społeczeństwa, systemu idei i ideologii. D.C. North zwraca uwagę, że reguły nieformalne posiadają swoistą inercję, która powoduje, że dokonująca się zmiana reguł formalnych (np. prawa czy, w szerszym ujęciu, systemu ekonomicznego) nie przynosi oczekiwanych efektów[4]. Wielkość obszarów świadczenia usług publicznych, w tym zdrowotnych, winna być oparta na naturalnie ukształtowanych strefach ciążenia i identyfikacji mieszkańców z daną jednostką funkcjonalną. Doskonałą syntezę argumentów zarówno zwolenników konsolidacji, jak i jej przeciwników przedstawił P. Swianiewicz[5].

W świetle analiz *ex post* oceniających skutki wdrożonych reform w sektorze publicznym koncentracja usług i łączenie jednostek nie okazały się „cudownym lekiem" na obniżenie wydatków. Świadczą o tym zarówno badania w Nowej Zelandii[6], Australii[7], jak i szereg prac nad efektem skali w amerykańskim sektorze publicznym[8]. Nie potwierdzono np. korelacji pomiędzy zróżnicowaną strukturą amerykańskich powiatów (*county*) a sprawnością działania w poszczególnych stanach[9]. Doskonałego podsumowania kilkudziesięciu badań północnoamerykańskich nad efektami konsolidacji usług publicznych dokonali w swych opracowaniach Ch. Pineda[10] oraz A. Santon[11]. Także badacze japońscy wykonywali analizy zmierzające do określenia optymalnej wielkości miast, opierając się na metodzie benchmar-

---

[3] D.C. North*, Institutions, institutional change and economic performance*, Cambridge 1994, s. 3.

[4] D.C. North, *Structure and Change in Economic History*, Norton, New York 1990, s. 16.

[5] P. Swianiewicz, *Reformy konsolidacji terytorialnej – teoria i praktyka krajów Europy Środkowo-Wschodniej*, „Samorząd Terytorialny" 2009, nr 4.

[6] B. Dollery, C. Keogh, L. Crase , *Alternatives to Amalgamation in Australian Local Government: Lessons from the New Zealand Experience*, University of New England Working Paper Series in Economics, no. 2005-15.

[7] B. Dollery, L. Crase, *Is Bigger Local Government Better? An Evaluation of the Economic Case for Australian Municipal Amalgamation Programs,* University of New England Working Paper Series in Economics, no. 2004-4; J. Byrnes, B. Dollery, *Do Economies of scale exist in Australian local government? A review of the Empirical Evidence,* University of New England Working Paper Series in Economics, no. 2002-2.

[8] Por. G. Boyne, *Population size and economies of scale in local government*, „Policy and Politics" vol. 23, no. 3; R. Dahl, A. Dahl, E.R. Tufte, *Size and Democracy*, Stanford University Press 1973; K. Newton, *Is small really so beautiful? Is big really so ugly? Size, effectiveness and democracy in local government*, "Political Studies", no. 30.

[9] J.L. Hall, *Assessing the Effects of Size and Structural Variation in SubState Regional Economic Development Districts*, Southern Political Science Association, New Orleans 2007.

[10] Ch. Pineda, *City County Consolidation and Diseconomies of Scale: Summary of Selected Literature.*

[11] A. Sancton, *Merger Mania,* McGill-Queens University Press, Montreal 2000.

kingu kosztów świadczenia poszczególnych usług. Nie znaleźli jednak zadowalających korelacji, twierdząc, że problem wymaga jeszcze wielu badań empirycznych[12]. Z badaczy europejskich wymienić należy K. Houlberga[13], który analizował samorządy duńskie. Uzyskane wyniki prowadzą do podobnych wniosków jak w przypadku badań anglosaskich.

Celem tego artykułu jest analiza skutków procesów konsolidacyjnych w bardzo ważnym segmencie sektora publicznego, jakim jest ochrona zdrowia. Autor uznał, że istnieje dość poważny rozdźwięk pomiędzy dostępnymi wynikami badań a powszechnie uznawanymi paradygmatami w tym zakresie. Skupienie się na tym właśnie segmencie wynika z ożywionej dyskusji, jaka toczy się obecnie w Polsce, w której stawia się tezę, że konsolidacja zasobów może być panaceum na problemy publicznego systemu ochrony zdrowia.

2. Przesłanki konsolidacji jednostek w sektorze ochrony zdrowia

Podobnie jak w organizacji terytorialnej, także w ochronie zdrowia fundamentem merytorycznym planowanych procesów restrukturyzacyjnych, polegających na koncentracji świadczeń w ośrodkach wielospecjalistycznych, było zwiększanie efektywności wykorzystania zasobów. Opierano się na wynikającym z ekonomii skali przeświadczeniu, że koszt jednostkowy danego produktu maleje w miarę koncentracji jego produkcji. Zakłada się w nim, że im większy szpital (im więcej ma oddziałów, łóżek i personelu), tym długookresowe przeciętne koszty całkowite (np. koszty energii elektrycznej, badań laboratoryjnych itp.) rozkładają się na zwiększona liczbę świadczeń. Jednostki takie mają większe możliwości wykorzystania wysokospecjalistycznych technologii medycznych, które wiążą się z zakupem nowoczesnych maszyn i urządzeń dostosowanych głównie do dużych rozmiarów świadczeń. W mniejszych jednostkach (ze względu na koszt zakupu urządzeń oraz koszty eksploatacyjne) zastosowanie takich urządzeń może być niezasadne ekonomicznie.

W większych jednostkach może zostać dokonany lepszy podział pracy, zwłaszcza w zakresie wykorzystania wysoko wyspecjalizowanej kadry medycznej. W jednostkach o mniejszej liczbie pacjentów i procedur potencjał taki mógłby być nieracjonalnie rozłożony. Zagadnienie to dotyczy także możliwości zatrudniania przez większe szpitale kompleksowej kadry, obejmującej wiele specjalności, co może wpływać bezpośrednio na bezpieczeństwo leczących się w nim pacjentów. Konieczne konsultacje u specjalisty znajdującego się w tej samej jednostce powinny przebiegać sprawniej niż w przypadku wysyłania pacjenta do innych podmiotów.

W sferze zarządzania można przypuszczać, że większe jednostki mają lepszy dostęp do źródeł finansowania swojej działalności, mogą mieć lepszą pozycję prze-

[12] F. Mizutani, T. Tanaka, *Estimation of Optimal City Size*, ESPA, Liverpool 2007.

[13] K. Houlberg*, Municipal Size, Economy and Democracy, Consolidation or Fragmentation? Lessons Learned from Teritorial Consolidation Reforms – the European Experience*, Warsaw University, 2008.

targową w negocjacjach zarówno z dostawcami, jak i z instytucjami odgrywającymi rolę płatników za świadczenia. W dużym szpitalu łatwiej mogą zostać zaimplementowane nowoczesne metody zarządzania z wykorzystaniem np. rozwiązań informatycznych.

Sens powyższych argumentów sprowadza się do popularnego stwierdzenia, określającego efekt skali, że *bigger is better* (większy może więcej).

Inspirowane tą koncepcją reformy ochrony zdrowia przeprowadzone zostały głównie w krajach anglosaskich oraz Skandynawii. Z pewnymi modyfikacjami wdrażane były także w krajach Europy kontynentalnej. Potwierdza się więc teza, że za zmianami organizacji terytorialnej kraju przeformułowaniu ulegają często strefy funkcjonalne wielu usług publicznych. Badania *ex ante* potencjalnych korzyści z konsolidacji jednostek ochrony zdrowia stały się m.in. podstawą łączenia szpitali w USA, Kanadzie, Nowej Zelandii, Australii, a w Europie – w krajach skandynawskich i w Niemczech.

3. Efekty konsolidacji jednostek ochrony zdrowia

Doświadczenia z konsolidacji jednostek administracyjnych wskazują, że i w przypadku sektora ochrony zdrowia, efekty skali, jakie daje zwiększanie jednostek (np. szpitali), mogą być niejednoznaczne.

U szczytu powodzenia tych procesów konsolidacyjnych (w latach 90.) pojawiły się pierwsze analizy *ex post* oceniające efekty wdrożonych reform. Najwięcej ich powstało w USA. Dodać należy, że te analizy wykonywane były zazwyczaj przez organizacje zewnętrzne względem instytucji dokonujących reform. Ta uwaga ma zasadniczy wpływ na wiarygodność dokonywanych ocen. Instytucje reformujące bowiem mają zazwyczaj tendencję dobierania takich wskaźników i metod oceny, by uzasadnić celowość podjętych działań. Sędziowanie we własnej sprawie rzadko wiąże się z obiektywną oceną sytuacji. Rola niezależnego monitoringu przeprowadzanych reform jawi się tutaj jako jeden z fundamentów demokratycznego państwa.

W badaniach *ex post*, zupełnie inaczej, niż to zakładano w modelach *ex ante,* rzadko identyfikowano pozytywne efekty konsolidacji. Po pierwsze, pojawiły się badania, które nie potwierdzały efektu skali (określanego jako koszt jednostkowy procedur) zarówno w ujęciu całych jednostek, jak i w poszczególnych specjalnościach. Po drugie, zweryfikowana została teoria dotycząca optymalnej wielkości placówki, po której pojawia się tzw. dysefekt skali, czyli zwiększone koszty wynikające z inercji struktur, mniej bezpośredniego zarządzania itp. Zakładając *a priori* działanie efektu skali, abstrahowano bowiem od organizacji, sposobu zarządzania, uwarunkowań instytucjonalnych, motywacji – czyli elementów wewnętrznych jednostek, które mają wpływ na zróżnicowane koszty ich funkcjonowania. Krytycy prostego podejścia neoklasycznego, zgrupowani m.in. w rozwijającym się obecnie nurcie nowej ekonomii instytucjonalnej, słusznie zwracają uwagę na rolę tzw. kosztów transakcyjnych. Im większa jednostka, tym te koszty są z reguły wyższe, przy-

czyniając się często do eliminowania korzyści skali. Stwierdzono także, że założenie o mniejszych kosztach jednostkowych w większej skali przedsięwzięcia sprawdza się najlepiej w prostych i zautomatyzowanych czynnościach produkcyjnych. Im bardziej skomplikowana i zaawansowana technologicznie działalność, tym te efekty są mniejsze. W sektorze publicznym, w którym większą funkcję pełnią formalne i instytucjonalne uwarunkowania, reformy motywowane korzyściami skali często przynosiły efekt odwrotny[14].

W tym miejscu należy szerzej zastanowić się nad optymalną wielkością szpitala, która pozwala na efektywne wykorzystanie zasobów oraz na zapewnienie wysokiej jakości leczenia. Często formułowana jest teza, że taką idealną jednostką jest wielospecjalistyczny kombinat, gromadzący niemalże wszystkie oddziały podstawowe i specjalistyczne (500-600 łóżek). Zaskakujący może być już pierwszy efekt takiego przeglądu – dotyczący średniej wielkości szpitali w krajach, które w latach 90. przeprowadziły procesy konsolidacji. W ich wyniku przeciętna wielkość szpitala w Niemczech wynosiła w 2010 r. 254 łóżka, we Francji 350 łóżek w szpitalach publicznych i 54 łóżka w komercyjnych, w Anglii 345, w USA 167 łóżek (*sic*!), w Japonii zaś 183 łóżka[15]. Zakładając nawet, że uśrednione dane nie oddają precyzyjnie struktury wielkości szpitali w różnych ich grupach, trudno doświadczenia tych krajów uznać za wystarczającą przesłankę do tworzenia wielkich 500-600-łóżkowych konglomeratów.

W świetle licznych już empirycznych badań amerykańskich zjawiska ekonomii skali dają pozytywne efekty już w jednostkach powyżej 100 łóżek. W jednostkach powyżej 300 łóżek obserwowane są za to wyraźne dysefekty skali. W innym ujęciu, próg, powyżej którego zaczynają rosnąć koszty jednostkowe usług, określany jest na poziomie 10 tys. hospitalizacji rocznie. Zauważyć można wyraźną ewolucję badań amerykańskich – od formułowania modeli opartych na przesłankach teoretycznych w latach 80. i 90., po oparte na ewaluacjach praktyczne analizy po roku 2000. Te pierwsze sugerowały istnienie efektu skali (lata 80. i początek 90.), te drugie najpierw określały go na poziomie 250-300 łóżek, te ostatnie zaś, dokonywane po roku 2000, często go negują. Im bardziej więc wzrasta wiedza płynąca z badań empirycznych, tym większą rolę przypisuje się elementom, na które zwraca uwagę ekonomia instytucjonalna.

Konkluzją niech będzie stwierdzenie: „Zaufanie do logiki, że w większych szpitalach maleją koszty jednostkowe poprzez działanie efektu skali, za to wzrastają efekty leczenia przez zwiększenie liczby procedur wykonywanych przez lekarzy, stworzyło warunki dla procesów konsolidacji i fuzji. Niestety, ta logika nie jest poparta dowodami."[16].

---

[14] M. Kachniarz, *Ekonomia skali w administracji publicznej*, [w:] R. Brol, *Gospodarka lokalna w teorii i praktyce*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2010.

[15] *OECD Heath Data 2010*, Eco-Sante, Paris 2010.

[16] J. Posnett, *The Hospital of the Future – Is Bigger Better? Concentration in the Provision of Secondary Care*, York Health Economics Consortium, University of York, York 1999.

Podobne badania zostały wykonane dla szpitali specjalistycznych, które w USA są z reguły mniejsze niż szpitale ogólne. Dotyczyły one takich specjalności, jak kardiologia, chirurgia naczyniowa, ortopedia czy kardiologia dziecięca. Wniosek ze wszystkich tych badań jest podobny i można go zacytować dosłownie z jednego z opracowań: „[…] badania empiryczne w grupie szpitali specjalistycznych nie potwierdzają teoretycznych konstrukcji ekonomicznych dotyczących wyższej efektywności ekonomicznej w większych jednostkach”[17].

Ważnym elementem analiz systemu ochrony zdrowia jest zagadnienie relacji pomiędzy wielkością jednostki a satysfakcją klienta. Lepsze wyniki osiągają tu małe i średnie szpitale, gdzie opieka jest zindywidualizowana. Podobnie jak przy jednostkach administracyjnych, gdzie mniejsza skala sprzyjała większej identyfikacji mieszkańców, tak w przypadku mniejszych szpitali silniejsze są więzy społeczne między pracownikami i pacjentami. Znamienny jest fakt najniższego zadowolenia z pobytu w amerykańskich klinikach prowadzących kształcenie lekarzy[18].

Także w innych krajach badania zdają się przechodzić podobną co w USA ewolucję. W najnowszych pracach dotyczących szpitali australijskich i japońskich uzyskano podobne wyniki. W obu przypadkach optymalna wielkość szpitali została określona na poziomie 200 łóżek[19].

Nieco wyższą wartość określono w krajach skandynawskich – w najszerszych tego typu analizach, których przedmiotem był system duński, próg optymalnej wielkości ustalono na 275 łóżek[20]. Podsumowaniem może być raport europejskiego biura WHO, w którym wskazuje się na pewien paradoks – choć badania zweryfikowały negatywnie korzyści z konsolidacji, to pozostaje ona nadal głównym kierunkiem reform w wielu krajach. Wynika to nie tylko ze słabej dyfuzji wiedzy do środowisk politycznych, ale także z dążności jednostek szpitalnych do eliminowania konkurencji[21]. Widoczna jest także, znana z sektora prywatnego, tendencja menedżerów do gromadzenia coraz większych zasobów. Tworzy ona bowiem bazę do ewentualnych wyższych premii z zarządzania.

Niezwykle istotny, choć często pomijany w analizach, jest aspekt rynku i konkurencji. Większa liczba mniejszych podmiotów zapewnia mieszkańcom możliwość

---

[17] K. Carey, J.F. Burges, G.J. Young, *Economies of Scale and Scope: The Case of Specialty Hospitals*, IHEA, Cornell University, Ithaca, NY 2010; T. Chan, *Do Economies of Scale Exist in Congenital Heart Surgery?* Climbing to New Heights, San Francisco 2010.

[18] G.V. Fleming, *Hospital structure and consumer satisfaction*, „Health Services Research” 1991, no. 16.

[19] J. Wang, Z. Zhao, A. Mahmood. *Relative Efficiency, Scale Effect, and Scope Effect of Public Hospitals: Evidence from Australia*, Discussion Paper No 2520, Institute for Study of Labor, Bonn 2006.

[20] T. Kristensen, K.R. Olsen, J. Kilsmark, K.M. Pedersen, *Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals,* Health Economics Papers, University of Southern Denmark, Odense 2008.

[21] *Hospitals in a changing Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Philadelphia 2002.

wyboru świadczeniodawcy. Nawet w systemach, w których konkurencja miedzy podmiotami nie jest głównym paradygmatem (jak w Polsce), czynnik ten motywuje do zwiększania efektywności jednostek i dbałości o podwyższanie standardów usługi. Układy stworzone przez usługowe oligopole (zintegrowane zarówno wertykalnie, jak i horyzontalnie) tylko w teorii zapewniają optymalną dystrybucję świadczeń. Eliminacja nieefektywności wynikającej z dublowania się zakresu świadczeń w praktyce rzadko przynosi większe korzyści niż motywacja wynikająca z konkurencji. Nawet gdyby to nie była bezpośrednia rywalizacja o pacjenta, a tylko jej namiastki w postaci benchmarkingu i pozycjonowania się jednostek, wiele badań wskazuje na fakt, że najważniejszym czynnikiem poprawy efektywności jest nie tyle forma organizacyjna, ile warunki konkurencji[22]. Z tego względu zagadnienie fuzji szpitali w USA jest przedmiotem zainteresowania federalnych agencji antymonopolowych. Kierując się federalnym prawem ochrony konkurencji, zaskarżają procesy konsolidacyjne jednostek, jeśli co najmniej jedna z nich ma więcej niż 200-300 łóżek[23]. Główną motywacją takich działań jest przeciwdziałanie ograniczaniu konkurencji, skutkiem której jest wzrost kosztów jednostkowych leczenia oraz pogorszenie jakości obsługi. Według tego rozumowania, koncentracja usług w dużych wielospecjalistycznych szpitalach nie stwarza dobrych warunków konkurencji. Rozległość strefy oddziaływania i związane z tym duże odległości między jednostkami zmniejsza mobilność pacjentów, utrudnia swobodny wybór zróżnicowanych świadczeń i dostęp do nich.

Wydaje się, że skuteczniejszym od konsolidacji rozwiązaniem jest tworzenie sieciowych aliansów, które pozwalają na wspólne rozwiązywanie problemów. Przykładem takich działań jest kreowanie wspólnych platform zakupowych, współpraca w zakresie wykorzystywania najlepszych specjalistów czy umów outsourcingowych. Tworzenie swoistych sieci szpitali działających w aliansach strategicznych jest już w wielu krajach zjawiskiem powszechnym. Bill Clinton w swej kampanii prezydenckiej promował przykład Rochester w stanie Nowy Jork (ok. 200 tys. mieszkańców), dzięki czemu stał się ono klasykiem w tej dziedzinie. W 1979 r. dobrowolny sojusz zawarło tu 9 szpitali, tworząc Rochester Area Hospitals Corporation (RAHC). Po 10 latach funkcjonowania tego aliansu, choć nie wszystkie jego inicjatywy okazały się sukcesem, stawiany jest za wzór współpracy i efektywności. Koszty systemu ochrony zdrowia są tu znacząco niższe niż średnia w USA, przy wyższych wskaźnikach jakości[24]. Ocenia się, że wzorem Rochester integracja pozioma jednostek

[22] Por.: A. Zalewski, *Prywatyzacja jako instrument poprawy efektywności gospodarki gminy*, [w:] D. Strahl (red.), *Gospodarka lokalna i regionalna w teorii i praktyce*, Prace Naukowe AE, Wrocław 2007, s. 209; J. Klich , *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, UJ, Kraków 2007, s. 338; S.J. Bailey, *Local Gevernment Economics,* Macmillan Press Ltd., London 1999, s. 228.

[23] D. Dranove, *Code Red: An Economist Explains How to Revive the Healthcare System without Destroying It,* Princeton University Press, Princeton 2008.

[24] J. Flower*, Getting paid to keep people healthy: two ways of integrating a healthcare system*, "Healthcare Forum Journal", vol. 36, March-April 1993.

w postaci różnego rodzaju porozumień i aliansów objęła już około 30% szpitali amerykańskich[25]. Współpracę pionową pomiędzy szpitalami różnego szczebla traktuje się także jako element systemu w Szwecji.

Wspomniano już na wstępie, że stygmat krajowy wywiera przemożny wpływ na sposób organizacji i funkcjonowania poszczególnych usług publicznych. W sposób szczególny dotyczy to ochrony zdrowia, w której zagadnienie wielkości jednostek wpisuje się w systemowe uwarunkowania finansowania, kultury organizacyjnej, systemu osadnictwa itp. Doświadczenia amerykańskie dotyczą jednego z najbardziej liberalnego modelu opieki zdrowotnej, niemniej warto zwrócić uwagę, że badania europejskie trendy te zdają się potwierdzać. Opieranie się na efektach badań amerykańskich wynika jednak przede wszystkim z najszerszej bazy badań empirycznych, która wynika z owego liberalnego modelu. Można więc założyć, że im mniej liberalny system, tym mniejsza siła oddziaływania praw ekonomicznych, a większa reguł instytucjonalnych. Jeżeli zatem w modelu amerykańskim ekonomia skali nie jest dominującym paradygmatem, to tym bardziej winniśmy się zastanowić, jaką siłę oddziaływania ma ten proces w warunkach europejskich, a szczególnie polskich.

W Polsce jak dotąd nie prowadzono szeroko zakrojonych, wiarygodnych badań ekonomicznych, medycznych i społecznych, które mogłyby w pełni tę tezę zweryfikować. Dlatego, pamiętając o sile krajowych uwarunkowań, zmuszeni jesteśmy sięgnąć po doświadczenia zagraniczne. Obszerne przytoczenie w poprzedniej części wyników tych doświadczeń zostało dokonane świadomie w celu trudniejszego ich pominięcia „wzruszeniem ramion". Pomimo bowiem najnowszych wyników badań, w podejmowanej w Polsce debacie publicznej oraz w tworzonych programach restrukturyzacyjnych dobrze trzyma się dogmat, że im większa jednostka, tym efektywniej świadczyć będzie swoje usługi. Inercja tego poglądu jest zaskakująca w obliczu obserwowanych już w naszym kraju trendów. Wskazują one na to, że najsprawniej zostały przeprowadzone procesy restrukturyzacyjne w jednostkach małych i średnich. Wśród 70 skomercjalizowanych do 2010 r. szpitali samorządowych zdecydowana większość mieściła się w przedziale 150-250 łóżek. Najtrudniej jest zmieniać struktury duże, w których formalne i nieformalne powiązania wewnętrzne i zewnętrzne stanowią często olbrzymi balast. Zamiast dołączać do dużych niesterowalnych struktur kolejne jednostki, warto przeanalizować propozycje przeciwne – deglomeracji nieelastycznych molochów. Tymczasem od lat 70. większość nowych szpitali w Polsce była budowana według typowego projektu budowlanego, mieszczącego kilkanaście oddziałów z ok. 500-600 łóżkami. Model takiej jednostki jest często bezrefleksyjnie popierany do dnia dzisiejszego.

[25] *North Shore – Long Island Jewish Health System*, [w:] *Training for Health Care Managers Results of the Program 2002-2003,* Biblioteka „Antidotum" t. II, 2003, s. 353.

4. Zakończenie

Kluczowym celem wielu reform sektora publicznego, w tym systemów świadczeń zdrowotnych, jest zapewnienie równego dostępu do usług i ich jakości, przy jak najniższym koszcie ich świadczenia. Wskazane są zatem działania restrukturyzacyjne, optymalizujące zarówno jakość, jak i efektywność systemów usług publicznych. Realizowane w tym duchu działania konsolidacyjne motywowane ekonomią skali nie zawsze przynoszą spodziewane rezultaty. Widać to wyraźnie zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i w innych działach sektora publicznego. Potwierdzają to zaprezentowane w tym artykule wyniki badań monitorujące skutki wdrożonych reform administracyjnych.

Wydaje się więc, że nie ma przekonujących dowodów na to, że zwiększanie potencjału jednostek przynosi korzyści zarówno ekonomiczne, jak i społeczne – w postaci podwyższenia jakości świadczonych usług oraz zwiększonej ich efektywności.

Konkluzje te powinny być zaadaptowane na grunt polski, szczególnie przy rozważaniu projektów konsolidacyjnych w ochronie zdrowia. Można bowiem zauważyć wyraźny trend łączenia zasobów szpitalnych. Działania te opierają się na głębokim przeświadczeniu, że z punktu widzenia efektywności i jakości obsługi kierunek ten jest jak najbardziej celowy. Tymczasem projekty te zmierzają w niebezpiecznym kierunku. Następuje tu konsolidacja, a właściwie oligopolizacja rynku, co skutkuje zabijaniem konkurencji. Powstawanie takich struktur, które są jedyne w 100-200 tys. aglomeracjach, wzmaga efekt *too big to fail* (określenie to doczekało się polskiego miana – szpitali „niezatapialnych"). Wykazują one wysoką inercję w zarządzaniu i zmianach strukturalnych. Ograniczenie wyboru powoduje wzrost kosztów, obniżenie jakości obsługi i wydłużenie kolejek. Warto zwrócić uwagę, że także płatnik nie ma możliwości wyboru, musząc zakontraktować świadczenia z monopolistą. Praktyka wskazuje, że najbardziej zadłużone szpitale w Polsce należą do grona takich właśnie jednostek.

Przeprowadzane w Polsce konsolidacje mają przede wszystkim charakter defensywny, wynikający z zaszłości i uwarunkowań systemowych. Myślenie ofensywne w tym względzie jest jeszcze rzadkością.

Mając wzgląd na przytoczone tu argumenty, warto zwrócić uwagę na alternatywę procesów fuzji w postaci współpracy sieciowej (przykład Rochester w USA). Nie pozbywając się autonomii zarządzania poszczególnymi jednostkami, uzyskuje się efekt synergii w postaci np. wspólnych zamówień, projektów inwestycyjnych czy outsourcingu. Efekt skali uzyskuje się zatem w wyodrębnionych zakresach działalności (tam, gdzie on faktycznie występuje), nie eliminując go dysefektem skali w innych działach. Pierwsze takie projekty są już w Polsce realizowane, co daje nadzieję na zmianę powszechnego obecnie dogmatu, że zawsze *bigger is better*.

Literatura

Bailey S.J., *Local Government Economics*, Macmillan Press Ltd., London 1999.

Boyne G., *Population size and economies of scale in local government*, „Policy and Politics", vol. 23, no 3.

Byrnes J., Dollery B., *Do Economies of scale exist in Australian local government? A review of the Empirical Evidence,* University of New England Working Paper Series in Economics, no. 2002-2.

Carey K., Burges J.F., Young G.J., *Economies of Scale and Scope: The Case of Specialty Hospitals*, IHEA, Cornell University, Ithaca, NY 2010.

Chan T., *Do Economies of Scale Exist in Congenital Heart Surgery?,* Climbing to New Heights, San Francisco 2010.

Chłopecki J., *Tożsamości społeczne w globalnym świecie*, [w:] K. Bondyra, M.S. Szczepański, P. Śliwa (red.), *Państwo, samorząd i społeczności lokalne,* Wyższa Szkoła Bankowa, Poznań 2005.

Dahl R., Dahl A., Tufte E.R., *Size and Democracy*, Stanford University Press, 1973.

Dollery B., Crase L., *Is Bigger Local Government Better? An Evaluation of the Economic Case for Australian Municipal Amalgamation Programs,* University of New England Working Paper Series in Economics, no. 2004-4.

Dollery B., Keogh C., Crase L., *Alternatives to Amalgamation in Australian Local Government: Lessons from the New Zealand Experience*, University of New England Working Paper Series in Economics, no. 2005-15.

Dranove D., *Code Red: An Economist Explains How to Revive the Healthcare System without Destroying It*, Princeton University Press, Princeton 2008.

Fleming G.V., *Hospital structure and consumer satisfaction*, „Health Services Research" 1991, no. 16.

Flower J*., Getting paid to keep people healthy: two ways of integrating a healthcare system*, „Healthcare Forum Journal", vol. 36, March-April 1993.

Hall J.L., *Assessing the Effects of Size and Structural Variation in SubState Regional Economic Development Districts*, Southern Political Science Association, New Orleans 2007.

Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Philadelphia 2002.

Houlberg K*., Municipal Size, Economy and Democracy, Consolidation or fragmentation? Lessons Learned from Teritorial Consolidation Reforms – the European Experience*, Warsaw University, 2008.

Kachniarz M., *Ekonomia skali w administracji publicznej*, [w:] R. Brol, *Gospodarka lokalna w teorii i praktyce*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2010.

Kempny M., *Tradycje lokalne jako podstawa kapitału społecznego. Co tradycja może znaczyć dla społeczności lokalnej w dobie globalizacji?,* [w:] J. Kurczewska (red.), *Oblicza lokalności. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2004.

Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, UJ, Kraków 2007.

Kristensen T., Olsen K.R., Kilsmark J., Pedersen K.M., *Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals,* Health Economics Papers, University of Southern Denmark, Odense 2008.

Mizutani F., Tanaka T., *Estimation of Optimal City Size*, ESPA, Liverpool 2007.

Newton K., *Is small really so beautiful? Is big really so ugly? Size, effectiveness and democracy in local Government*, „Political Studies", no. 30.

North D.C*., Institutions, institutional change and economic performance*, Cambridge 1994.

North D.C., *Structure and Change in Economic History*, Norton, New York 1990.

North Shore – Long Island Jewish Health System, [w:] *Training for Health Care Managers Results of the Program 2002-2003,* Biblioteka „Antidotum" t. II, 2003.

OECD Health Data 2010, Eco-Sante, Paris 2010.
Pineda Ch., *City County Consolidation and Diseconomies of Scale: Summary of Selected Literature.*
Posnett J., *The Hospital of the Future – Is Bigger Better? Concentration in the Provision of Secondary Care*, York Health Economics Consortium, University of York, York 1999.
Sancton A., *Merger Mania,* McGill-Queens University Press, Montreal 2000.
Swianiewicz P., *Reformy konsolidacji terytorialnej – teoria i praktyka krajów Europy Środkowo--Wschodniej*, „Samorząd Terytorialny" 2009, nr 4.
Wang J., Zhao Z., Mahmood A., *Relative Efficiency, Scale Effect, and Scope Effect of Public Hospitals: Evidence from Australia*, Discussion Paper No 2520, Institute for Study of Labor, Bonn 2006.
Zalewski A., *Prywatyzacja jako instrument poprawy efektywności gospodarki gminy*, [w:] D. Strahl (red.), *Gospodarka lokalna i regionalna w teorii i praktyce*, Prace Naukowe AE, Wrocław 2007.

CONSOLIDATION VS. EFFICIENCY IN HEALTH CARE

Summary: This article aims to increase knowledge about the effects of consolidation in a very important segment of the public sector which is health care. The author concludes that there is quite a serious gap between available research results and widely recognized paradigms in this scope. In the light of the article analysis, there is no conclusive evidence for the fact that increasing the capacity of units benefits both economically and socialy in the form of an increase in the quality of services and their efficiency.

Keywords: health care, hospital, consolidation, efficiency.