

Jerzy Piwowarczyk

Prezes Zarządu Szpitala Powiatowego w Gryfinie Sp. z o.o.

KAPITAŁ PRACUJĄCY JAKO ELEMENT SKUTECZNEGO PROCESU PRZEKSZTAŁCENIA SZPITALA

Streszczenie: Zmiana formy prawnej funkcjonowania szpitali jest priorytetem obecnego rządu, który stworzył program zachęcający organy założycielskie szpitali do działań w kierunku przekształceń publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W swojej istocie program, zwany Planem B, jest kolejnym warunkowym oddłużeniem szpitali, z tym jednak istotnym zastrzeżeniem, że zmusza samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej do zmiany formy prawnej (komercjalizacja) uważanej za bardziej efektywną. Niniejszy artykuł ma za zadanie zwrócić uwagę, że sama komercjalizacja szpitala nie oznacza powodzenia przekształcenia. Jest szereg warunków koniecznych do spełnienia, aby przekształcenie było udane. Zdefiniowanie warunków i ich pogłębiona analiza w efekcie ma doprowadzić do zbilansowania się nowej jednostki w dłuższym okresie i osiągnięcia sukcesu.

Słowa kluczowe: przekształcenia szpitala, proces komercjalizacji, publiczne zakłady opieki zdrowotnej, proces przekształceń.

1. Wstęp

Zgodnie ze ścieżką formalnoprawną proces komercjalizacji rozpoczyna się od postawienia w stan likwidacji dotychczasowego publicznego szpitala i powołania przez jednostkę samorządu terytorialnego spółki prawa handlowego, która utworzy niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Nowy podmiot przejmie aktywa likwidowanego szpitala wraz z zasobami ludzkimi (w całości lub części) oraz kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Podstawową metodą finansowania usług medycznych, świadczonych przez dowolny szpital, jest ich zakup przez państwo za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Inne znaczące, dodatkowe formy finansowania najczęściej nie mają cech powtarzalności i związane są z danym podmiotem (np. dofinansowanie przez organ założycielski, darowizny, fundusze unijne). Tym samym kondycja finansowa szpitala zależy głównie od wartości (wyrażonej w złotych) kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, jego dopasowania do potrzeb społeczności korzystającej ze

świadczeń danego szpitala, a także umiejętności realizacji kontraktu przez szpital, przy posiadanym potencjale.

2. Warunki skuteczności procesu

Za kluczowe elementy skuteczności procesu komercjalizacji i restrukturyzacji szpitala uznano głównie¹:

1. Koncepcja, planowanie i organizacja procesu przekształcenia

W tej grupie wyróżniono następujące etapy: analizę procesów rządzących systemem opieki zdrowotnej, przewidywane kierunki ewolucji systemu, określenie roli nowej jednostki w otoczeniu, zbudowanie modelu nowej jednostki oraz zaplanowanie ścieżki przekształcenia.

2. Otoczenie instytucjonalne

W tym zakresie należy brać pod uwagę projektowanie zmian z uwzględnieniem szeroko rozumianych potrzeb otoczenia lokalnego i regionalnego. Inaczej będą projektowane zmiany dla szpitala powiatowego, który jest lokalnie głównym centrum opieki zdrowotnej i często faktycznie zajmuje pozycje quasi-monopolistyczną, a jeszcze inaczej dla szpitali miejskich i wojewódzkich, prowadzących działalność w bezpośrednim otoczeniu klinik i szpitali specjalistycznych.

3. Zasoby ludzkie

Tutaj wskazywane są najważniejsze czynniki uzależniające powodzenie zaplanowanych zmian, których brak będzie przeszkadzał w osiągnięciu celu. W swojej istocie chodzi o współdziałanie różnych grup interesu organu założycielskiego (rada powiatu, sejmik województwa), organu wykonawczego (zarząd powiatu lub województwa), zarządu szpitala (dyrektor, ordynatorzy) i znaczącej części załogi.

W niniejszym opracowaniu z całej gamy czynników determinujących powodzenie procesu przekształcenia szpitala skupiono się na jednym. Zdaniem autora istotny wpływ na powodzenie, szczególnie w początkowej fazie funkcjonowania nowego podmiotu, ma wielkość początkowego kapitału, w jaki zostanie zaopatrzone niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej realizujący zadania w oparciu o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. W pierwszej fazie nie ma znaczenia, w jaki sposób nowy podmiot wejdzie w posiadanie aktywów trwałych, czy majątek zostanie wniesiony aportem, użyczony do bezpłatnego korzystania, wdzierżawiony itp. Te elementy mają wpływ na funkcjonowanie spółki w dłuższej perspektywie. Kapitał założycielski w części wniesionej gotówką w początkowym okresie będzie najważniejszym elementem kapitału pracującego. Wydaje się, że zagadnienie wyznaczenia poziomu kapitału początkowego, mające istotny wpływ na płynność bieżącą, nie zawsze jest doceniane przez inicjatorów i liderów zmian. Oczywiście jest, że kapitał początkowy ma zapewnić utworzonemu szpitalowi poprawne funkcjonowanie. Należy zauwa-

¹ M. Kachniarz, *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2008, s. 104-125.

żyć, że kapitał założycielski spółki może nie mieć wiele wspólnego z kapitałem pracującym. Mówimy w tym miejscu wyłącznie o tej części kapitału założycielskiego, który jest wnoszony gotówką lub aportem w postaci majątku obrotowego.

Jak dalece odmienne jest postrzeganie zagadnienia kapitału pracującego przez organy założycielskie, niech świadczą poniższe przykłady komercjalizacji szpitali. Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. (KRS 000316422) utworzony przez powiat rawicki został zarejestrowany 14 listopada 2008 r. z kapitałem podstawowym 50 tys. zł (najmniejszy wymagany prawem kapitał dla spółki z organiczną odpowiedzialnością w tamtym czasie)². Spółka prowadzi szpital z sześcioma oddziałami³. Roczny kontrakt na świadczenia medyczne szpitala w Rawiczu według stanu na 14 maja 2009 r. wynosił 19 746 554 zł⁴. Innym przykładem jest Szpital w Szczecinku Sp. z o.o. (KRS 0000307313) zarejestrowany 3 czerwca 2008 r., który rozpoczął działalność w zakresie udzielania świadczeń medycznych z dniem 1 stycznia 2009 r., realizując kontrakt z NFZ o wartości 20 690 056 zł⁵. Kapitał zakładowy w dniu rejestracji wynosił 50 tys. zł, po rozpoczęciu działalności medycznej został podniesiony o aport w postaci środków trwałych o wartości 1 986 000 zł, a następnie podniesiono kapitał o 2 mln zł pokryty gotówką. Ostatecznie kapitał zakładowy Spółki wynosił 4 036 000⁶.

Zarządzanie płynnością finansową i kapitałem pracującym netto w szpitalu jest głównym warunkiem nie tylko jego rozwoju i pełnienia misji, ale i przetrwania. Celem jest utrzymanie płynności i minimalizacja kosztów utrzymania aktywów bieżących oraz kosztów ich finansowania. Ustalenie wymaganego poziomu kapitału obrotowego netto ma elementarne znaczenia dla prawidłowego i bezpiecznego funkcjonowania szpitala⁷.

Na podstawie doświadczeń spółek prowadzących niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej określono zależność pomiędzy kapitałem zakładowym pokrytym gotówką a wartością kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, jaki realizuje dana jednostka. „By zapewnić płynność funkcjonowania takiego podmiotu, niezbędna jest kwota nie mniejsza niż wartość 1/10 rocznego kontraktu. Kwota ta powinna być w miarę możliwości podwyższana (...), tak aby uniezależnić jednostkę od wahań koniunktury (...)”⁸. Dla szpitala w Szczecinku, w wyniku porównania kapitału zakładowego z realizowanym kontraktem, otrzymamy wskaźnik 19,5%, natomiast stosunek kapitału zakładowego pokrytego gotówką do wartości kontraktu wynosi 9,9%.

² Informacja uzyskana 27 maja 2009 r. w rozmowie telefonicznej z osobą zarządzającą Spółką w Rawiczu.

³ „Med.-info” 2009, nr 3, s. 8.

⁴ www.nfz-poznan.pl.

⁵ www.nfz-szczecin.pl.

⁶ www.infoveriti.pl.

⁷ J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006, s. 206.

⁸ K. Perechuda, M. Kowalewski (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 28.

3. Przedstawienie przypadku komercjalizacji

Problem kapitału zostanie przeanalizowany na przykładzie niedużego szpitala powiatowego w Gryfinie w województwie zachodniopomorskim. Pomimo podejmowanych wielu prób zrestrukturyzowania i oddłużenia samodzielnego publicznego szpitala powiatowego nie udało się ostatecznie zbilansować jego działalności i wprowadzić na ścieżkę trwałego rozwoju. Ostatni program naprawy zatwierdzony przez Radę Powiatu zakładał jego restrukturyzację przy pomocy firmy zewnętrznej. Opracowany program restrukturyzacji został zatwierdzony przez Radę Powiatu oraz Wojewodę Zachodniopomorskiego. Program naprawy skupiał się niemalże wyłącznie na restrukturyzacji finansowej i majątkowej. W efekcie przeprowadzonych zmian szpital pozbawiony został możliwości świadczenia rentownej części usług medycznych (ambulatoryjna opieka specjalistyczna), a chwilowe, jak okazało się wkrótce, oddłużenie (m.in. umorzenie kredytu w BGK, ratalna spłata zobowiązań) nie poprawiło stanu szpitala w dłuższym horyzoncie czasowym. Źle przygotowana i przeprowadzona restrukturyzacja ostatecznie okazała się nieskuteczna. Głównie zaniedbano pozostałe elementy restrukturyzacji (restrukturyzacja w zakresie kosztów, rozwój źródeł przychodu, zbyt płytka restrukturyzacja finansowa), a prognozy wzrostu przychodu nie były osadzone w rzeczywistości i miały charakter raczej życzeniowy.

Tabela 1. Zmiana stanu gotówki do dyspozycji w II półroczu 2008 r.

Lp.		Wybrane dane finansowe Spółki [w zł]					
		lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
1	Wpływy	289 144	583 713	565 097	586 251	730 469	898 106
2	Wydatki	35 939	490 809	729 642	660 198	679 994	840 503
3	Stan środków finansowych	253 205	346 109	181 564	107 617	158 092	215 695
4	Zobowiązania przeterminowane	23 998	134 870	180 023	192 444	163 348	85 751
5	Nadwyżka/ niedobór gotówki (3-4)	+229 207	+211 239	+1541	-84 827	-5 256	+129 944

Źródło: opracowanie własne.

W 2008 r. podjęto kolejną próbę naprawy szpitala. Tym razem zakładano od początku komercjalizację szpitala. Nowy podmiot miał przejąć aktywa likwidowanego szpitala oraz realizować świadczenia medyczne. Spółkę zaopatrzone w kapitał początkowy w wysokości 250 tys. zł i z dniem 1 lipca 2008 r. „nowy” szpital rozpoczął działalność medyczną w oparciu o cesję kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przejęty kontrakt na drugie półrocze 2008 r. miał wartość 3 519 159 zł.

Stosunek kapitału zakładowego, pokrytego gotówką, do rocznej wartości kontraktu wynosił w dniu rozpoczęcia działalności 3,5%. Wybór momentu rozpoczęcia działalności nie był przypadkowy i nastąpił wraz ze zmianą zasad rozliczenia świadczonej usługi medycznych (wprowadzenie jednorodnych grup pacjenta – JGP). Ze-stawienie wpływów i wydatków oraz stan środków finansowych badanej jednostki przedstawiono w tab. 1.

W lipcu wpływy zostały powiększone o środki wpłacone przed rozpoczęciem działalności medycznej przez właściciela na pokrycie udziałów w kwocie 250 tys. zł. Z danych zawartych w tab. 1 wynika, że Spółka była w stanie regulować na bieżąco zobowiązania jedynie przez trzy pierwsze miesiące działalności. W okresie trzech następnych miesięcy Spółka utraciła płynność finansową, aby odzyskać ją w końcu roku 2008. Było to możliwe w wyniku sfinansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia części świadczeń medycznych wykonanych w drugim półroczu ponad ustalone limity kontraktowe.

Tabela 2. Zmiana stanu gotówki do dyspozycji w 2009 r.

Lp.		Wybrane dane finansowe Spółki [w zł]			
		styczeń	luty	marzec	kwiecień
1	Wpływy	861 189	761 312	728 476	912 774
2	Wydatki	738 331	697 673	866 708	805 566
3	Stan środków finansowych	338 553	402 192	263 960	368 361
4	Zobowiązania przeterminowane	80 188	132 695	85 228	98 985
5	Nadwyżka/niedobór gotówki (3-4)	+258 365	+269 497	+178 732	+269 376

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei w pierwszych miesiącach 2009 r. Spółka utrzymała względną równowagę finansową. Źródłem finansowania aktywów bieżących były zobowiązania krótkoterminowe oraz kapitały własne, w tym wypracowany w roku 2008 zysk. W kolejnych miesiącach maleje stan środków finansowych, aby poprawić się w miesiącu kwietniu. Jest to efekt sfinansowania przez płatnika (NFZ) pozostałych świadczeń medycznych, wykonanych ponad limit kontraktu w 2008 r. w związku z zawartą ugodą.

Należy zauważyć wysoki poziom gotówki utrzymywany przez Spółkę, który uznano za jeden z najważniejszych zasobów majątkowych. Motywem utrzymania wysokiego poziomu gotówki był motyw ostrożnościowy z uwagi na dużą niepewność co do poziomu przyszłych przepływów. Nie byłoby w tym zjawisku nic niewła-

ściwego, gdyby zastosowano bezpieczne, tj. długoterminowe sposoby finansowania działalności. Jednakże z uwagi na niski poziom kapitału początkowego oraz dużą sztywność w sterowaniu należnościami, jak również brak dostępu przez podmioty rozpoczynające działalność do innych źródeł finansowania (pożyczka, kredyt), jedynym sposobem sfinansowania działalności były zobowiązania krótkoterminowe oraz regulowanie zobowiązań po terminie wymagalności (niektóre opóźnienia w płatnościach przekraczały nawet 30 dni). Był to dość ryzykowny sposób finansowania działalności, albowiem wydłużanie terminów płatności ponad terminy obowiązujące strony mogło spowodować żądania wierzycieli natychmiastowej spłaty zobowiązań, uzależniania kolejnych dostaw od przedpłat, co dodatkowo pogorszałoby sytuację finansową podmiotu i prowadziło do wzrostu kosztów działalności. Ostatecznie w krótkim czasie spółka znalazłaby się w pętli zadłużenia, z której najczęściej nie można wydostać się bez pomocy zewnętrznej.

Tabele 3-4 przedstawiają zmiany w kapitale obrotowym netto od początku działalności szpitala oraz wartości wskaźnika płynności bieżącej.

Tabela 3. Zmiana kapitału pracującego i wskaźnika płynności w II półroczu 2008 r.

Lp.		Wybrane dane finansowe Spółki 2008 r. [w zł]					
		lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
1	Stan środków finansowych	253 205	346 109	181 564	107 617	158 092	215 695
2	Majątek obrotowy	671 174	690 844	714 078	680 285	948 254	961 637
3	Zobowiązania krótkoterminowe	857 334	1 049 718	1 000 583	1 026 477	862 801	921 729
4	Kapitał pracujący netto (2-3)	-186 160	-358 874	-286 505	-346 192	+85 453	+39 917
5	Wskaźnik płynności	1,08	0,99	0,90	0,77	1,28	1,28

Źródło: opracowanie własne

Występujący w początkowym okresie działalności ujemny kapitał pracujący nie jest niczym niepoprawnym. Jednak, jak już wyżej opisano, został w sposób ryzykowny finansowany.

Od 1 stycznia 2009 r., wraz z rozszerzeniem przez Spółkę działalności o świadczenia usług medycznych w zakresie opieki długoterminowej, obserwujemy skokowy wzrost zobowiązań. Jest to wynik wzrostu zapotrzebowania na kapitał pracujący, który został sfinansowany wzrostem zobowiązań krótkoterminowych. W tym wypadku porównanie kapitałów własnych (podstawowego w wysokości 250 tys. zł, powiększonego o zysk netto za 2008 r. w kwocie 92 332 zł) do wartości umowy z NFZ zawartej na 2009 r. w wysokości 8 435 924 zł wynosi 4,1%.

Tabela 4. Zmiana kapitału pracującego i wskaźnika płynności w 2009 r.

Lp.		Wybrane dane finansowe Spółki w 2009 r. [w zł]			
		styczeń	luty	marzec	kwiecień
1	Stan gotówki	338 553	402 192	263 960	368 361
2	Majątek obrotowy	851 222	777 178	980 036	814 969
3	Zobowiązania krótkoterminowe	1 053 538	1 182 849	1 283 649	1 084 126
4	Kapitał pracujący netto (2-3)	-202 316	-405 671	-303 613	-269 157
5	Wskaźnik płynności	1,13	1,00	0,97	1,09

Źródło: opracowanie własne.

W zakresie przyjętego sposobu zarządzania kapitałem pracującym netto omawiany przypadek szpitala gryfińskiego kwalifikowany jest do strategii agresywnej zarządzania kapitałem pracującym. Agresywna strategia zarządzania kapitałem pracującym zakłada prowadzenie działalności przy niskim poziomie zapasów, należności oraz środków pieniężnych. Zakłada względnie wysoki udział zobowiązań krótkoterminowych w finansowaniu działalności bieżącej⁹.

Analizując przedstawione dane z okresu dziesięciu pierwszych miesięcy działalności szpitala, można zauważyć zachwianie płynności w okresie wrzesień – listopad 2008. Aby wyznaczyć wysokość kapitału początkowego dla badanego podmiotu, dla którego głównym odbiorcą usług jest Narodowy Fundusz Zdrowia, należy przyjąć, że Spółka powinna utrzymać płynność w całym omawianym okresie na poziomie nie mniejszym niż 1,2. Zdaniem autora gwarantuje on zachowanie minimalnego poziomu bezpieczeństwa prowadzenia działalności w sektorze usług medycznych. Należy jeszcze zauważyć, że zgodnie z programem pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, zwanym potocznie „Planem B”, przyjmuje się do oceny stopnia realizacji programu cele szczegółowe określające działania za efektywne, jeśli stosunek przychodów zakładu opieki zdrowotnej do kosztów jest większy niż 1, a płynność finansowa nowo powstałych jednostek jest na poziomie 1,2 i wyżej¹⁰. W omawianym przypadku najniższy wskaźnik płynności był w październiku 2008 r. i wynosił 0,77. Zobowiązania bieżące na koniec października 2008 r. wynosiły 1 026 477 zł, stan gotówki 107 617 zł, a 680 285 zł stanowiły zapasy wraz z należnościami.

⁹ A. Rutkowski, *Zarządzanie finansami*, PWE, Warszawa 2003, s. 378.

¹⁰ Uchwała nr 58/2009 Rady Ministrów z 27.04.2009.

Wykorzystując zależność: stopa bieżąca płynności = aktywa bieżące/zobowiązania bieżące¹¹, po przekształceniu i wstawieniu wartości liczbowych w omawianym przypadku otrzymamy: $1\ 026\ 477 \times 1,2 - (680\ 285 + 107\ 617) = 443\ 870$.

Aby spełnić zakładany warunek płynności, Spółka w badanym okresie powinna dysponować dodatkowymi środkami w wysokości ok. 440 tys. zł. Organizując nowy podmiot, należy stwierdzić, że kapitał, w jaki właściciel powinien zaopatrzyć Spółkę, powinien być zbliżony do 690 tys. zł, co w odniesieniu do wartości rocznej realizowanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2008 r. stanowiło 9,8%. Jeśli się przyjmie z kolei kryterium zerowego kapitału pracującego, w analizowanym okresie kapitał początkowy powinien być wyższy o ok. 405 670 zł i wynosić 656 tys. zł, co stanowiło ok. 9,3% wartości kontraktu na 2008 r.

4. Zakończenie

Przy organizacji nowego podmiotu właściciel powinien zaplanować zapotrzebowanie na kapitał obrotowy. Mogą to być środki własne lub obce, ale ich poziom ma gwarantować bezpieczeństwo i powodzenie prowadzonej działalności. Wielkość tego kapitału powinna zostać wyznaczona za pomocą cyklu konwersji gotówki w planowanym przedsięwzięciu.

W artykule podjęto próbę wyznaczenia wskaźnika liczbowego, określającego zależność pomiędzy kapitałem początkowym, w jaki należy zaopatrzyć podmiot świadczący usługi zdrowotne, a wielkością realizowanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Fakt, że taki związek istnieje nie budzi wątpliwości, wielkość realizowanego kontraktu bowiem determinuje skalę przedsięwzięcia, a co jest z tym związane, określa poziom zapasów, należności i zobowiązań. Stosunek minimalnej wartości kapitału początkowego, w jaki należy wyposażyć nowy podmiot, do wielkości realizowanego przez ten podmiot kontraktu z NFZ zależy od sposobu zarządzania kapitałem pracującym. Z tego też powodu nie istnieje jeden uniwersalny wskaźnik.

W analizowanym przypadku szpitala w Gryfinie stosunek kapitału założycielskiego do wysokości realizowanego kontraktu z NFZ jest bardzo niski i nie zapewnia bezpieczeństwa prowadzenia przedsięwzięcia. Jednakże – przy założeniu poziomu bezpieczeństwa określonego zerowym kapitałem pracującym lub wskaźnikiem płynności 1,2 – stosunek ten powinien wynosić ok. 1/10 wartości rocznego kontraktu z NFZ. Należy pamiętać przy tym, że w omawianym przypadku przychody z tytułu realizowanego kontraktu z NFZ stanowiły główne źródło przychodów.

¹¹ A. Rutkowski, wyd. cyt., s. 83.

Literatura

- Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Sp. z o.o., Warszawa 2008.
„Med-info” 2009, nr 3.
Perechuda K., Kowalewski M. (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.
Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006.
Rutkowski A., *Zarządzanie finansami*, PWE, Warszawa 2003.
Uchwała nr 58/2009 Rady Ministrów z 27.04.2009.

Strony internetowe

www.nfz-poznan.pl.
www.nfz-szczecin.pl.
www.infoveriti.pl.

WORKING CAPITAL AS AN EFFICIENT ELEMENT IN HOSPITAL TRANSFORMATION PROCESS

Summary: A change of hospitals legal functioning is a priority for the present government. It has created a program that encourages founding bodies to take actions aiming at public transformations in health care establishments. This program, also referred as a plan B, is a matter of fact another conditional attempt to clear hospitals debts with the restriction that it forces a freestanding health care establishment to change its legal form (commercialization), considered as more effective. This article aims at drawing attention to the fact that the transformations on their own do not mean the success of commercialization. There is a range of conditions to fulfill so that the transformation is successful. Defining the conditions as well as their in-depth analysis are supposed to balance a new unit and to lead to success.