PRACE NAUKOWE UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO WE WROCŁAWIU nr 128
Zmiana warunkiem sukcesu 2010
Odnowa przedsiębiorstw – czego nauczył nas kryzys?

Joanna Kacała
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

PRZEKSZTAŁCENIA SZPITALI – SZANSA CZY ZAGROŻENIE DLA SYSTEMU

Streszczenie: Celem referatu jest przedstawienie uwarunkowań wpływających na sposób realizacji usług zdrowotnych przez administrację samorządową oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy świadczenie usług w dotychczasowej formie może być jeszcze efektywne. Zdefiniowano różnice między pojęciami komercjalizacja i prywatyzacja. Przedstawiono wpływ uwarunkowań formalnoprawnych na zasady funkcjonowania szpitali oraz możliwości efektywnego zarządzania nimi.

Słowa kluczowe: zarządzanie szpitalem, zmiany, restrukturyzacja.

1. Wstęp

Przekształcenia własnościowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są pomysłem na zmiany systemowe w ochronie zdrowia. Ich celem jest efektywniejsze wykorzystanie zasobów publicznych, a także pomoc organom samorządowym w uporządkowaniu relacji: samorząd–szpital–rynek. Zmiana formy prawnej działalności szpitala powinna urealnić jego działalność w zakresie nadzoru właścicielskiego, zarządzania, odpowiedzialności kierownika, spraw pracowniczych i gospodarki finansowej wraz z rozszerzoną gamą pozyskiwania środków na działalność podstawową.

Okazało się, że konstrukcja formalnoprawna SPZOZ nie określiła jednoznacznej odpowiedzialności zarządzającego i nie zawierała elementów motywujących go do efektywnego działania. Kiedy na błędny system nałożony zostanie podstawowy cel, jakim jest ratowanie życia i zdrowia pacjentów spychający na dalszy plan rzeczywiste koszty funkcjonowania szpitala, to trudno jest oczekiwać efektywnego zarządzania. Mając na uwadze te uwarunkowania, autorka próbuje odpowiedzieć na pytanie, czy świadczenie usług w dotychczasowej formie organizacyjno-prawnej może być jeszcze efektywne oraz jakie konsekwencje mogą mieć przygotowywane zmiany.

2. Przekształcenia własnościowe SPZOZ

Procesy przekształceniowe w ochronie zdrowia toczą się nieprzerwanie od 1999 r. Objęły one do końca 2009 r. 92 szpitale, co stanowi 15,3% samodzielnych publicznych szpitali oraz 264 zakłady lecznictwa ambulatoryjnego, tj. 16% zakładów publicznych. Według danych, które różnią się między sobą, obecnie w Polsce funkcjonuje ogółem 17 754 ZOZ, w tym 751 szpitali. **Niepublicznych** zakładów ambulatoryjnych jest 15 273, a publicznych 1730, czyli zaledwie 12%. Trochę inna sytuacja występuje w szpitalnictwie. W zależności od rodzaju przyjętej formy rejestracji można znaleźć różne dane dotyczące liczby szpitali publicznych i niepublicznych. Rejestr informatyczny MZ podaje na dzień 1.01.2009 liczbę szpitali publicznych w wielkości 548 (inne liczby to 607 oraz 619) oraz niepublicznych 186, w tym 92 szpitale przekształcone decyzją j.s.t. w NZOZ. Największą inicjatywę przekształceń wykazywano w miastach i powiatach – tam zlikwidowano 75 szpitali publicznych i w to miejsce powołano jednostki niepubliczne, 13 szpitali przekształciły sejmiki województwa, 4 –rady gmin. Jak widać, na dzień dzisiejszy w Polsce 87% wszystkich ZOZ zarejestrowanych jest jako niepubliczne.

Brak uregulowań prawnych oraz obowiązujące obecnie przepisy powodują, że decyzje dotyczące przekształceń mogą być podejmowane wyłącznie przez jednostki samorządu terytorialnego [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 67]. Skutki tego widoczne są w poziomie zadłużenia SPZOZ ze względu na właściciela tych jednostek. W zakładach utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego zobowiązania wymagalne zdecydowanie się zmniejszyły, natomiast w zakładach utworzonych przez jednostki centralne, przez co nie mogą podlegać przekształceniom, zadłużenie utrzymuje się na tym samym poziomie (tab. 1).

Tabela 1. Poziom zadłużenia ze względu na rodzaj właściciela

Poziom zadłużenia / Rodzaj właściciela	Na dzień 31.12.2002		Na dzień 31.12.2009	
	Zobowiązania wymagalne	W tym z tytułu dostaw i usług	Zobowiązania wymagalne	W tym z tytułu dostaw i usług
SPZOZ utworzone przez jednostki centralne	**531 892**	437 329	**693 644**	596 323
SPZOZ utworzone przez jednostki samorządu	**2 716 891**	1 647 514	**1 647 514**	983 085

Źródło: na podstawie:www.mz.gov.pl, informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzonych decyzją j.s.t. w latach 1999-2009.

Znajdujące się pod presją fiskalną samorządy muszą zmienić podejście do swojej działalności. Urynkowienie części usług publicznych może się okazać skutecz-

niejszym bodźcem do obniżenia cen, wymuszenia efektywności działania i poprawy jakości niż odgórne regulacje [Dolnicki 2003]. Obszar potencjalnej współpracy między kapitałem publicznym a prywatnym jest bardzo duży: od przejęcia niewielkich udziałów przez dzierżawę aż po sprzedaż placówki.

Istotna jest jednak świadomość odmienności celów sektorów prywatnego i publicznego. Sektor prywatny będzie zainteresowany maksymalizacją wartości, natomiast sektor publiczny będzie się kierować zasadą dobra wspólnego, poprzez realizację ustaw, regulacji i akt wykonawczych i dążyć do ekspansji usług. Układ taki może rodzić konflikt na linii: efektywność – ekspansja, np. przez nadmierną skłonność podmiotów publicznych do ingerowania w sprawy techniczne lub finansowe, co podważa możliwość osiągnięcia zysku ekonomicznego [Moszoro 2005].

3. Korzyści wynikające ze zmiany formy prawnej szpitala

W krajach rozwiniętych proces prywatyzacji jest wynikiem następujących założeń:
- zmniejszenia kosztów,
- uzyskania dostępu do nowych technologii w celu uzyskania lepszych rezultatów w ramach tych samych kosztów,
- zmniejszenia ryzyka związanego ze świadczeniem usług,
- potrzeby kapitału inwestycyjnego, koniecznego do modernizacji infrastruktury i odciążenia sektora publicznego od finansowania inwestycji infrastrukturalnych.

Samorząd, przekształcając SPZOZ w spółkę prawa handlowego i wprowadzając udziałowca prywatnego, może oczekiwać większej efektywności działania wynikającej z odziaływania sił rynkowych. Korzyści te mogą wynikać [http://www.rp.pl/artykul/22,134929_Spolki_byly_warunkiem_oddluzenia_szpitali.htm]:
- ze sprawnego zarządzania inwestycją i dostępnymi zasobami,
- ze zmniejszenia kosztów operacyjnych dzięki doświadczeniu i niechęci do nadmiernego rozbudowywania administracji,
- z efektywnego zarządzania marketingowo-logistycznego, poprzez skuteczną promocję, wykorzystanie kanałów dystrybucji, odpowiednią lokalizację, co pozwala zwiększyć przychody operacyjne,
- z większych umiejętności w negocjowaniu oraz stosowaniu różnego rodzaju instrumentów i konstrukcji finansowych,
- z większej presji opinii publicznej, żeby prowadzić działalność jawnie i czytelnie, w oparciu o ekonomiczny rachunek kosztów,
- z ograniczenia wpływów politycznych na decyzje gospodarcze.

Niepubliczne szpitale samorządowe mają dokładnie takie same cele statutowe jak SP ZOZ, a celem nadrzędnym każdego zakładu opieki zdrowotnej jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego lokalnej społeczności, niezależnie od formy organizacyjnej, w której działa. W publicznym szpitalu o podziale zysku decyduje dyrektor po uzyskaniu opinii rady społecznej. Po przekształceniu w spółkę handlo-

wą taką decyzję podejmie samorząd. Władze samorządowe mogą sprzedać część udziałów w szpitalu podmiotom prywatnym (osobom, spółkom). Jest to jeden ze sposobów na dofinansowanie placówek szpitalnych. Dzięki temu szpitale zyskują dodatkowe środki na rozwój. Korzyści z przekształcenia w niepubliczne szpitale samorządowe to:

– podpisane kontrakty z NFZ, dzięki czemu pacjenci są leczeni bezpłatnie,
– możliwość wykonywania świadczenia odpłatnie (czego nie mogą robić „zwykłe" szpitale publiczne), dzięki czemu uzyskują dodatkowe środki finansowe,
– brak długów, przejrzysta polityka finansowa, pełna odpowiedzialność zarządzających za sytuację w ich placówkach,
– odpowiedzialność samorządów za leczenie pacjentów w swoim regionie.

Powyższe założenia potwierdzają w praktyce wyniki przekształconych jednostek przekazane przez Ministerstwo Zdrowia. Zadłużenie SPZOZ na dzień likwidacji było wyższe od ich przychodów z całokształtu działalności o 28%. Wartość zobowiązań publicznoprawnych wynosiła 40% całego zadłużenia, pozostała kwota to zobowiązania cywilnoprawne. 80% placówek zamknęło działalność ze stratą, natomiast 20%odnotowało dodatni wynik finansowy. Tendencje te w zakresie wyników finansowych i efektywności działania odwróciły się po przekształceniu placówek. Z dodatnim wynikiem finansowym rok 2009 zakończyło 80% placówek. Charakteryzowały się wysokimi wpływami z działalności oraz osiągnęły nadwyżkę przychodów nad kosztami. Niepubliczne szpitale wyróżniają się stabilniejszą sytuacją finansową, osiągając wyższe przychody i niższe koszty z działalności niż ich publiczni poprzednicy.

Przedstawione efekty są wynikiem zmiany formy prawnej, która w pierwszej kolejności wymusza na zarządzających wdrażanie takich zmian, jak [Czyż 2008]:

– odpowiedzialność kierownictwa za wyniki; dyrektor SPZOZ tak naprawdę nie odpowiadał za nic i przed nikim, natomiast prezes spółki odpowiada własnym majątkiem, A to motywuje do pracy;
– zmiana dysponowania zasobami i majątkiem szpitala, czyli gospodarność i efektywność w wykorzystaniu posiadanych zasobów;
– likwidacja nadmiernego zatrudnienia w administracji: nie przetrwa placówka, która ma dwa razy więcej personelu niż łóżek; w szpitalach publicznych administracja stanowi nawet 30% zatrudnionych, w niepublicznych – ok. 2%;
– szybkość i niezależność w podejmowaniu decyzji;
– wdrożenie pełnego monitoringu kosztów na oddziałach i pozostałych obszarach szpitala wraz z odpowiedzialnością kierowników za kształtowanie poziomu kosztów i przychodów;
– monitoring kluczowych procesów, tj.: obsługi pacjenta (w obszarze administracyjnym, diagnostycznym, lekarskim, pielęgniarskim), przepływu materiałów i leków, wykorzystania sprzętu i materiałów, negocjacji z dostawcami itp.;
– lepsza kontrola nad jednostką – w SPZOZ organ założycielski w praktyce nie miał na nic wpływu i jedynie mógł zmienić dyrektora; w formule spółki pra-

Tabela 2. Wpływ konstrukcji formalnoprawnej na zasady funkcjonowania szpitali

SPZOZ	Spółka prawa handlowego
Nadzór właścicielski	
Rada społeczna – ciało doradcze bez odpowiedzialności	Rada nadzorcza – ciało nadrzędne, odpowiedzialność karna
Zarząd i rada samorządu – odpowiedzialność polityczna	Zgromadzenie wspólników – odpowiedzialność karna
Nadzór polityczny	Nadzór profesjonalny wynikający z kodeksu spółek handlowych
Zarządzanie w jednostce	
Odpowiedzialność rozmyta pomiędzy kierownictwem i organem założycielskim	Odpowiedzialność zarządu za mienie i finanse
Długotrwałe procedury uzgadniania i podejmowania decyzji	Samodzielność podejmowania decyzji
Niezbędna formalna zgoda organu założycielskiego na większość działań	Szybkość i elastyczność działania
Odpowiedzialność kierownika	
Wynika z ustawy o ZOZ; ocena polityczna działalności	Szczegółowo uregulowana przez kodeks prawa handlowego; ocena merytoryczna
Przed komisją dyscypliny finansów publicznych oraz odpowiedzialność karna	Odpowiedzialność karna
Brak procedur, brak środków przymusu do planowania, realizacji założeń i odwoławczych	Jasne procedury, coroczne sprawozdania, ocena podstawą odwołania
Sprawy pracownicze	
Ustawowy wymóg konsultowania obsadzania stanowisk kierowniczych z korporacjami i związkami zawodowymi	Kryterium efektywności zarządzania
Konkursy na stanowiska ordynatorskie – kryterium społecznego zaufania	Brak wymogu konkursowego – kryterium efektowności działania
Regulaminy płacowe uzależnione od zapisów ustawy i rozporządzeń ministra	Przejrzyste regulaminy płacowe, na bazie kodeksu pracy, płaca zależna od efektów
Gospodarka finansowa	
Zakład nie może być zlikwidowany z powodu ujemnego wyniku finansowego, który jest pokrywany przez organ założycielski	Przekroczenie zobowiązań powyżej kapitału zakładowego, skutkuje wnioskiem o upadłość; pokrywane przez masę upadłościową
Gospodarka finansowa prowadzona na zasadach ogólnych	Zasada określone szczegółowo w kodeksie spółek handlowych
Brak realnej odpowiedzialności dyrektora za nierzetelność	Odpowiedzialność karna za działania na szkodę spółki

Źródło: na podstawie [Perechuda, Kowalewski (red.) 2008].

wa handlowego samorząd ma wszelkie uprawnienia właścicielskie wynikające z kodeksu spółek handlowych; to zarząd powiatu jest walnym zgromadzeniem i powołuje radę nadzorczą, która następnie powołuje zarząd szpitala; właściciel ma pełną kontrolę, zachowany jest dobry przepływ informacji.

Podstawowe różnice dotyczące zasad funkcjonowania szpitali o różnej konstrukcji formalnoprawnej w wybranych obszarach przedstawia tab. 2.

Lepsza kontrola właścicielska nad szpitalem staje się gwarantem rozszerzeniu pola wpływów bez angażowania jego kapitałów lub aktywów bezpośrednio, ale poprzez rozwijanie silnych związków z podmiotami otoczenia i ich kontrolowanie. Układ ten opiera się na powiązaniach umownych o charakterze wewnętrznym z pracownikami, dzięki czemu przestają być biernymi uczestnikami organizacji (często wręcz identyfikującymi się nie ze szpitalem, lecz tylko z wykonywaną profesją), a stają się lojalnymi członkami, oraz na powiązaniach o charakterze zewnętrznym m.in. z:

– pacjentami, których opinia wpływa na wizerunek i prestiż szpitala,
– nabywcami (NFZ i prywatnymi, firmami ubezpieczeniowymi, przedsiębiorstwami itp.),
– organami administracji, których przekonanie o roli szpitala w regionie będzie miało wpływ na ilość otrzymywanych środków na rozwój i zakup sprzętu medycznego oraz rozwój infrastruktury,
– dostawcami, których przekonanie o celowości działania szpitala i jego społecznego posłannictwo ułatwia szpitalowi współpracę, negocjowanie umów, podpisywanie kontraktów itp.,
– interesariuszami (współpracujący lekarze rodzinni i specjaliści, inne ZOZ, przedsiębiorstwa i koncerny farmaceutyczne, stowarzyszenia naukowe itp.), którzy poprzez swoje zachowanie istotnie wpływają na sprawność funkcjonowania i efektywność działania szpitala.

Dzięki systemowi umów z tymi podmiotami i włączeniu ich do łańcucha wartości szpitala można uzyskać [Rek 2009]:

– zwiększenie zakresu przestrzennego oddziaływania szpitala,
– możliwość wzmocnienia i uzyskania efektu skali działania na skutek wzrostu ilości usług,
– lepsze wykorzystanie zasobów,
– doskonalenie umiejętności,
– bezpieczeństwo i większą pewność zrównoważonego rozwoju.

4. Bariery w przekształceniach własnościowych SPZOZ

Mimo licznych zalet, jakie mogą wynikać ze zmiany formy prawnej szpitali, należy również podkreślić mogące wystąpić zagrożenia, tj.:

– obawę, że samorządy, aby „pozbyć się" przynoszących straty szpitali, będą je odsprzedawać za symboliczną złotówkę, a nowi właściciele będą mogli je likwidować;

– proponowane zmiany mogą wymusić wzrost składki zdrowotnej lub wzrost nakładów z budżetu na ochronę zdrowia (gdyż inaczej szpitale mogą nie wykonywać nieopłacalnych z ekonomicznego punktu widzenia zabiegów);
– opinię ekspertów, że warunkiem komercjalizacji szpitali jest ustawowe zadbanie o zdrowie pacjentów w taki sposób, aby na pomoc lekarską mogły liczyć także osoby, które nie są w stanie za to zapłacić.

Przeciwnicy komercjalizacji szpitali wymieniają jeszcze trzy przyczyny lepszej efektywności osiąganej przez szpitale prywatne w porównaniu z pozostałymi szpitalami:
– prywatne szpitale osiągają większą efektywność od pozostałych szpitali, ponieważ dokonują selekcji pacjentów, tzn. stosują celowy dobór pacjentów według najbardziej zyskownych procedur medycznych,
– prywatne szpitale mają niższe koszty, a dzięki temu wyższą efektywność, ponieważ świadczą usługi medyczne o niższej jakości,
– prywatne szpitale wyzyskują pracowników.

Powyższe zagrożenia zostały obalone przez autorów badań przeprowadzonych w Niemczech. Przebadano tam 504 szpitale prywatne i publiczne. Autorzy raportu *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft* udowadniają, że żadna z trzech powyższych sytuacji nie zachodzi w Niemczech i nie ma wpływu na osiąganie wyższej efektywności przez niemieckie szpitale prywatne [http://www.rp.pl/artykul/22,134929_Spolki_byly_warunkiem_oddluzenia_szpitali.htm]. Wyodrębnione natomiast zostały trzy czynniki powodujące wyższą efektywność szpitali prywatnych. Są to:
– zorientowanie na sukces kadry zarządzającej oraz niezależność przedsiębiorstwa,
– gospodarność,
– zyskowność.

Porównanie wyników z działalności szpitali samorządowych z publicznymi zdecydowanie przechyla szalę na stronę samorządowych. Według Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych z siedzibą w Kluczborku, po zmianie formy prawnej następujące wskaźniki wyraźnie się poprawiły [http://samorzad.infor.pl]:
– wzrost wartości kontraktu z NFZ,
– dodatni wynik finansowy,
– koszt wynagrodzeń spadł z poziomu 70% do poziomu 45%,
– wzrost środków finansowych na infrastrukturę szpitala,
– znaczący wzrost środków finansowych z działalności komercyjnej.

5. Przyszłość szpitali

W sektorze ochrony zdrowia będą istniały równorzędnie obok siebie szpitale publiczne i niepubliczne. Będą ze sobą konkurować, będą się nawzajem motywować

do lepszej pracy i efektywniejszego procesu leczenia, co będzie korzystne i dla pacjentów, i dla całego systemu ochrony zdrowia. Zrozumieli to już samorządowcy i zdają sobie sprawę z powagi sytuacji zadłużających się szpitali i ich decydującego wpływu na budżet jednostki. Jeśli samorząd ma dług w wysokości np. 60% swojego rocznego budżetu, to każdy dodatkowy milion przejętych zobowiązań szpitala skutkuje wprowadzeniem zarządu komisarycznego [Izdebski, Kulesza 1998]. To może być poważny problem ograniczający liczbę przekształcanych placówek medycznych. Raport Ministerstwa Zdrowia z kwietnia 2006 r. stwierdza jednoznacznie, że „brak efektywnego nadzoru właścicielskiego ze strony podmiotów, które utworzyły SPZOZ, skutecznych mechanizmów zarządzania wprowadzonych w zakładach oraz brak faktycznej odpowiedzialności zakładów i ich organów założycielskich za powstanie zobowiązań jest główną przyczyną braku kompetencji menedżerskich osób kierujących działalnością zakładów oraz efektywności gospodarowania" [*Informacja*... 2006] Dlatego też należy zadać pytanie, czy większą odpowiedzialnością kierują się samorządowcy, komercjalizując szpital, czy zadłużając się ponad stan, żeby sztucznie utrzymywać nieefektywnie działający publiczny ZOZ.

Literatura

Czyż M., *Prywatyzacja szpitali – prywatyzować czy nie prywatyzować*, „Rzeczpospolita" z 12.06 2008.

Dolnicki B., *Samorząd terytorialny*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Zakamycze 2003.

Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wydawnictwo ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa 2009.

Informacja z przebiegu realizacji ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2006

Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 1998.

Moszoro M., *Partnerstwo publiczno- prawne*, SGH, Warszawa 2005.

Perechuda K., Kowalewski M. (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008.

Rek T., *Samorząd musi spłacić długi szpitali*, „Gazeta Prawna" z 7.07.2009.

Źródła internetowe

http://www.rp.pl/artykul/22,134929_Spolki_byly_warunkiem_oddluzenia_szpitali.htm.

http://samorzad.infor.pl.

http://www.mz.gov.pl/, informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2009.

TRANSFORMATION OF HOSPITALS – OPPORTUNITY OR THREAT FOR THE SYSTEM

Summary: The purpose of the paper is presenting the conditions which influence the method of realization of health services by local administration and answering the question whether provision of services in this form could be still effective. I defined the differences between the concepts of commercialization and privatization. I present the influence of formal-legal regulations on principles of functioning of hospitals and possibilities of their effective management.