

Agnieszka Parkitna, Adrian Brodiuk

Politechnika Wroclawska

OCENA SKUTECZNOŚCI RESTRUKTURYZACYJNEJ SZPITALA

Streszczenie: Przedstawiono ważność problematyki restrukturyzacji sektora opieki zdrowotnej. Scharakteryzowano stan polskiego sektora zdrowia. Omówiono rolę POZ. Opisano wybrane aspekty restrukturyzacji sektora zdrowia. Dokonano oceny skuteczności restrukturyzacji poprzez porównanie sytuacji finansowej szpitala przed i po restrukturyzacji własnościowej z samodzielnego publicznego zakładu ochrony zdrowia w spółkę kapitałową z większościowym udziałem jednostki samorządu terytorialnego jako jeden ze sposobów skutecznego wyjścia ze złej sytuacji finansowej.

Słowa kluczowe: restrukturyzacja, sektor opieki zdrowotnej, kondycja finansowa, skuteczność.

1. Wstęp

Postęp cywilizacyjny oraz starzenie się społeczeństwa powodują, że zakres oferowanych usług medycznych staje się niewystarczający. Występujący powszechnie ograniczony zasób środków finansowych wymaga dystrybuowania wydatków na opiekę medyczną w zależności od uwarunkowań ekonomicznych [Krakowińska 2006]. Sposób pozyskiwania środków finansowych oraz zasady finansowania świadczeń kształtują typ opieki zdrowotnej i determinują redystrybucję i charakter podmiotów jej dokonujących [Sobczak 2004]. Polska służba zdrowia poddana była w ostatnich latach wielu reformom, które miały odbicie w strukturze wydatków na ochronę zdrowia i spowodowały drastyczny ich spadek od roku 1990 do 2003 drastyczny, pogłębiający się z roku na rok ich spadek o około 22% [Kaczmarek-Wysocka, Świdorska 2008]. Dlatego też obecnie ciągle nierozwiązanym, aktualnym i ważnym problemem w polskiej służbie zdrowia jest rosnące zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowia (ZOZ). Jak podaje Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową, całkowita suma zadłużenia polskich zakładów zdrowia przekroczyła poziom 10 mld zł [Informacja o przekształceniach... 2009]. Pierwsze próby oddłużania rozpoczęły się w roku 1999, kiedy to większość publicznych instytucji ochrony zdrowia przekształcono w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Skarb Państwa

przejął wtedy całe zadłużenie szpitali, wynoszące ok. 8 mld zł. Niestety efekty oddłużenia były krótkotrwałe. Pojawiły się bowiem nowe długi, które stopniowo narastały, aż przekroczyły w 2006 roku wspomniane już 10 mld zł [Informacja rządu... 2008]. Wielokrotne próby oddłużenia uruchamiane przez rządowe programy nie zatrzymały rosnącego długu w sektorze samodzielnych zakładów publicznych. Jednakże mimo nieudanych działań wynikających z rządowych programów znalazły się placówki, którym udało się zlikwidować lub ograniczyć zadłużenie bez szkód dla pacjentów i pracowników i które osiągnęły przy tym samowystarczalność oraz bezpieczną sytuację finansową. Sukcesem okazały się restrukturyzacje własnościowe z samodzielnych publicznych szpitali w spółki prawa handlowego z większościovym udziałowcem jednostek samorządu terytorialnego (JST).

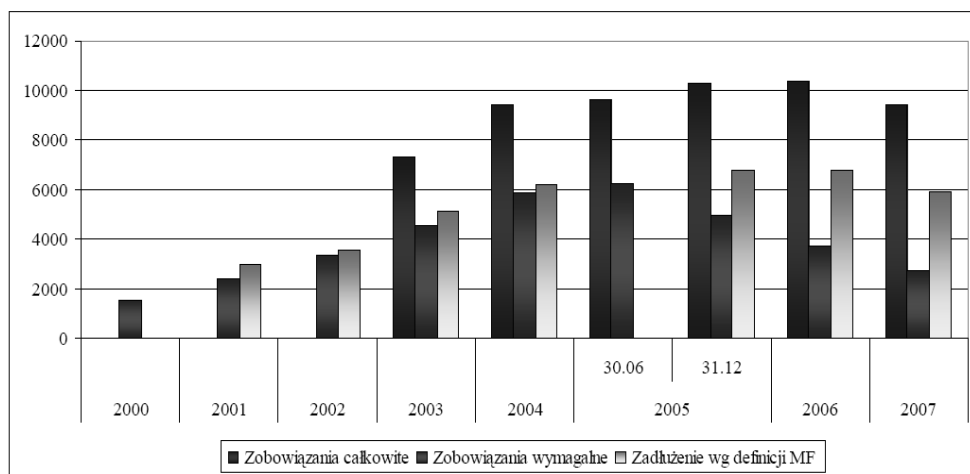
Celem artykułu jest ocena skuteczności restrukturyzacji poprzez porównanie sytuacji finansowej szpitala przed i po restrukturyzacji własnościowej z samodzielnego publicznego zakładu ochrony zdrowia w spółkę kapitałową z większościovym udziałem jednostki samorządu terytorialnego.

2. Stan polskiego sektora zdrowia

System ochrony zdrowia, jako integralna część systemu społecznego, gospodarczego, a także politycznego, jest tworzony nie tylko w celu zapewnienia społeczeństwu zdrowia, ale przede wszystkim dla zapewnienia bezpieczeństwa publicznego poprzez zapobieganie i leczenie chorób, utrzymywanie dobrego rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego człowieka, a także ochrony środowiska. System ten cechuje duża dysproporcja dostępnych zasobów do wydatków ponoszonych przez jednostki zdrowia. Z tego powodu publicznym zakładom opieki zdrowia coraz trudniej jest się utrzymać na rynku usług medycznych. Dodatkowo ciągła „pomoc” ze strony organów naczelnych, a także uregulowania organizacyjno-prawne przynoszą skutki odwrotne do zamierzonych, z negatywnym efektem, i pogłębiają złe funkcjonowanie systemu zdrowia [Hibner 2003]. Z każdym rokiem liczba szpitali publicznych maleje, natomiast rośnie liczba szpitali niepublicznych, którym łatwiej jest funkcjonować na rynku usług medycznych. W 2008 roku działały 732 szpitale, w tym 546 (74,6%) publicznych oraz 186 (25,4%) niepublicznych.

Złe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce dotyczy wielu aspektów, do których głównie zalicza się wymiar finansowy, który oddziałuje na jakość świadczonych usług, koordynację działań podmiotów odgrywających podstawową rolę w systemie i w końcu na zarządzanie zakładem. Podstawowe problemy sektora zdrowia wpływają na jego sytuację finansową. W szczególności ten negatywny stan obrazuje nadmierne zadłużenie systemu, które ujmowane jest jako zobowiązanie całego sektora. Najbardziej widocznym tego efektem jest wysoki poziom zobowiązań wymagalnych (rys. 1). Maksymalne zadłużenie odnotowano w 2006 roku, przy czym

wymagalne zadłużenie zaczęło maleć już w drugiej połowie 2005 roku, co było skutkiem przeprowadzenia restrukturyzacji finansowej na mocy Ustawy z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zgodnie z którą część zadłużenia wymagalnego przekształcono w zadłużenia niewymagalne z odroczonym terminem spłaty. Odwrócenie trendu po 2006 roku zobowiązań całkowitych jest również wynikiem działania wspomnianej ustawy, jednakże czy efekt będzie trwały pokażą najnowsze wyniki, które na dzień tworzenia pracy jeszcze nie były dostępne. Na koniec roku 2007 całkowite zobowiązania sektora usług zdrowotnych wyniosły 9408,6 mln PLN (w tym wymagalne 2733,5 mln PLN), przy dochodach całkowitych równych 25 771,5 mln PLN.



Rys. 1. Zestawienie zobowiązań w mln PLN SPZOZ w latach 2000-2007

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Raport Ministerstwa Zdrowia].

Dodatkowe informacje na temat stanu finansowego systemu zdrowia pochodzą z badań przeprowadzonych w latach 2007-2008 przez CSIOZ (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia), dotyczących kondycji finansowej sektora samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wynika z nich, że na 31 grudnia 2006 roku 61,35% SPZOZ odnotowało nieujemny wynik finansowy. Wskaźnik rentowności netto dla całej grupy osiągnął wartość ujemną.

Wysoki poziom zadłużenia świadczy o dużych problemach w zarządzaniu zakładem opieki zdrowia. Podejmowane działania przez państwo tak naprawdę oddalały jedynie termin spłat zobowiązań, co doprowadziło do negatywnych skutków, które odbiją się na bezpieczeństwie i zdrowiu społeczeństwa. Ciągły brak radykalnych decyzji i reform w sektorze zdrowia powoduje, że system opieki zdrowia ciągle stanowi jeden z poważnych, nierozwiązanych problemów w Polsce (tabela 1).

Tabela 1. Analiza SWOT systemu opieki zdrowia

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none"> I. Istnienie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. II. Bardzo szeroka i profesjonalna oferta usług medycznych. III. Istnienie ośrodków stosujących nowoczesne technologie medyczne. IV. Zwiększająca się liczba podmiotów posiadających akredytację oraz certyfikat jakości. V. Realizowanie projektów w obszarze ochrony zdrowia, finansowanych ze środków wspólnotowych. VI. Dobra baza naukowo-dydaktyczna. 	<ul style="list-style-type: none"> I. Niedostosowanie sposobu funkcjonowania ochrony zdrowia oraz struktury materialnej systemu do zmieniających się warunków społeczno-demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych. II. Nieadekwatna do potrzeb zdrowotnych alokacja zasobów ochrony zdrowia. III. Brak pełnych, wiarygodnych informacji, niezbędnych w procesach decyzyjnych. IV. Brak skutecznych mechanizmów zarządzania i nadzoru właścicielskiego. V. Wysokie koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, generowane m.in. przez brak nadzoru nad ordynacją leków oraz przerosty zatrudnienia w niektórych placówkach. VI. Systematyczne zadłużanie się części zakładów opieki zdrowotnej. VII. Istnienie zjawiska korupcji i „szarej strefy”.
SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> I. Istnienie otwierającego się rynku usług medycznych. II. Przygotowanie do wykonywania usług medycznych o wysokim standardzie, finansowanych także ze środków niepublicznych. III. Możliwość optymalizacji kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. IV. Zwiększenie poziomu finansowania ochrony zdrowia. V. Dostosowanie systemu ochrony zdrowia do zmieniającego się popytu na świadczenia zdrowotne. 	<ul style="list-style-type: none"> I. Pogorszenie stanu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. II. Niski poziom finansowania ochrony zdrowia. III. Niska świadomość zdrowotna społeczeństwa. IV. Atrakcyjniejsza oferta finansowa dla kadry medycznej za granicą.

Źródło: na podstawie: [Strategia rozwoju ochrony zdrowia... 2005].

3. Rola zakładów opieki zdrowotnej i ich specyfika

Realizację zadań systemu opieki zdrowotnej w Polsce powierza się w głównie ZOZ-om, które jako typowe jednostki organizacyjne (często działające również w charakterze zakładów publicznych) są poddawane regulacjom prawnym, administracyjnym, finansowym itp. Podstawą prawną, na jakiej opiera się funkcjonowanie ZOZ, jest Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej wraz z późniejszymi poprawkami.

Tabela 2. Porównanie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej

Czynnik	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
Organ założycielski	Minister lub centralny organ administracji rządowej, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego, publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.	Osoba prawna (zagraniczna lub krajowa), osoba fizyczna, spółka niemająca osobowości prawnej, fundacja, stowarzyszenie, związek i samorząd zawodowy, Kościół lub związek wyznaniowy, pracodawca.
Osobowość prawna	Posiada.	Nie posiada; osobowość prawną może posiadać organ założycielski.
Rejestr	W zależności od podmiotu, który zakład utworzył: – wpis do rejestru Ministerstwa Zdrowia (jeżeli minister był organem założycielskim, dotyczy też szpitali klinicznych); – wpis do rejestru wojewody w pozostałych przypadkach (tj. jeżeli zakład istnieje na terenie kilku województw, wpisuje się go do rejestru wojewody na terenie województwa będącego siedzibą zakładu). Wszystkie publiczne zakłady muszą dokonać obowiązkowego wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego. KRS obejmuje trzy rejestry: przedsiębiorców; stowarzyszeń, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej; dłużników niewypłacalnych. Z chwilą wpisania do KRS samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną.	Wpis do rejestru wojewody (jeżeli zakład istnieje na terenie kilku województw, wpisuje się go do rejestru wojewody na terenie województwa będącego siedzibą zakładu).
Reżim Ustawy o zamówieniach publicznych, Ustawy o finansach publicznych	Podlega.	Nie podlega.
Zdolność do dofinansowania z środków UE	Niska (organy założycielskie muszą wygospodarować dla SPZOZ środki na wkład własny w swoich budżetach).	Wysoka.
Zdolność kredytowa	Niska.	Wysoka.
Zdolność upadłościowa	Nie posiada.	Posiada.
Wyposażanie w prawa majątkowe	SPOZ, który przeszedł pod jednostkę samorządu terytorialnego, przejmuje w nieodpłatne użytkowanie na własność Skarb Państwa.	Nie posiada; zarządza majątkiem swojego organu założycielskiego.
Podatek dochodowy	Podlega jako osoba prawna, ale jest zwolniony od podatku na mocy Ustawy o podatku dochodowym od dochodu przeznaczanego na statutową działalność w zakresie ochrony zdrowia.	Nie podlega; tylko organ założycielski podlega opodatkowaniu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Słowacka 2004].

Zakładami opieki zdrowotnej są zatem: szpitale, przychodnie, pogotowia ratunkowe, medyczne laboratoria diagnostyczne, zakłady rehabilitacji, pracownie stomatologiczne i ortodontyczne i inne wymienione w ustawie jednostki organizacyjne. Każdy ZOZ posiada statut, który w większości przypadków nadaje tworzący ów zakład podmiot. Ustawa o ZOZ podaje zamkniętą listę tychże podmiotów (art. 8). Warto jednak zaznaczyć, że nie wolno utożsamiać zakładu z podmiotem, który go utworzył [Słowacka 2004]. W zależności od tego, jaka jednostka powołała zakład opieki zdrowotnej, rozróżniamy zakłady publiczne i niepubliczne (tabela 2).

4. Restrukturyzacja – wybrane aspekty

Bezsilność organów rządzących skutkuje tym, że coraz więcej zadłużonych zakładów poszukuje innego wyjścia z trudnej sytuacji. W tym zakresie „naprawcze decyzje” podejmują organy założycielskie, wśród których główną rolę odgrywają jednostki samorządu terytorialnego. Jedną z tych decyzji, coraz bardziej popularną, jest przekształcenie zakładu opieki zdrowia w spółkę prawa handlowego, przy czym większość udziałów pozostaje w rękach samorządów [Fedorowski (red.) 2002]. Chociaż nie ma przepisów prawnych pozwalających na bezpośrednie przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, proces ten w całym sektorze rozwija się.

Pierwsze sporadyczne przekształcenia odbyły się już w roku 2000, czyli po pierwszej reformie zdrowia. W roku 2008 oszacowano, że na 732 szpitale, 71 to szpitale już przekształcone w spółki decyzją jednostek samorządu terytorialnego. Dzięki zmianie formy własnościowej większość tych placówek pozbyło się zadłużenia, prowadząc restrykcyjną politykę finansową i kontrolując koszty działania.

Sama idea takiego przedsięwzięcia ma tyle samo zwolenników, co przeciwników. Przeciwnicy za główny argument podają, że przekształcenie to jest po prostu prywatyzacją sektora zdrowia i co za tym idzie, dostęp do świadczeń może być odpłatny i niepowszechny. Jest to bardzo mylące podejście. Jeżeli zdefiniować proces prywatyzacji jako przeniesienie uprawnień własnościowych od podmiotu publicznego do podmiotu prywatnego, wspomniany argument traci sens [Balicki 2000]. Wynika to z faktu, że to głównie samorządy (jako te podmioty, na które spadł obowiązek organów założycielskich) podejmują decyzje o przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w niepubliczny samorządowy zakład. I tu właśnie warto podkreślić, że jest to różnica między szpitalami (zakładami) prywatnymi a niepublicznymi samorządowymi. Udziały w tych pierwszych należą przede wszystkim do prywatnych inwestorów, nastawionych na zysk, natomiast w szpitalach samorządowych udziałowcem większościowym jest w dalszym ciągu podmiot publiczny, czyli w tym przypadku jednostka samorządu terytorialnego. Tym samym to właśnie JST odpowiadają za pokrycie ewentualnych zobowiązań finansowych danej jednostki zdrowia. Dlatego też wiele samorządów obawia się takiej restrukturyzacji, chociaż z drugiej strony te, które już dokonały przemiany, podkreślają, że dzie-

ki temu zyskały nieobciążony długami szpital, który ma obowiązek prowadzenia restrukturyzacyjnej polityki finansowej.

Dodatkowo prywatny zakład odróżnia od niepublicznego samorządowego zakładu opieki zdrowotnej to, że w przypadku tego drugiego główną i często jedyną formą finansowania są kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadku niepublicznego samorządowego zakładu istnieje możliwość odpłatnego świadczenia usług medycznych, ale na taką formę nie zgadzają się głównie właściciele – samorządy ze względu na naciski ich wyborców. Z tego też powodu kolejną ważną różnicą między prywatnymi a niepublicznymi samorządowymi zakładami opieki zdrowia jest charakter prowadzonej działalności. Prywatne jednostki są nastawione na zysk z ograniczonym dostępem do usług medycznych, natomiast samorządowe placówki prowadzą działalność *non-profit* z powszechnym dostępem do świadczeń zdrowotnych.

Proces restrukturyzacji własnościowej szpitali można podzielić na dwa główne etapy. Pierwszym z nich jest likwidacja samodzielnego publicznego szpitala, natomiast drugi etap stanowi powołanie spółki kapitałowej w miejsce zlikwidowanego wcześniej szpitala. Ponieważ nie istnieje (zgodna z prawem) bezpośrednia możliwość przekształcenia szpitala w spółkę prawa handlowego, proces restrukturyzacji niejednokrotnie trwa długo i niekoniecznie za każdym razem może zakończyć się sukcesem.

5. Zalety i wady niepublicznego szpitala samorządowego

Do podstawowych zalet niepublicznego samorządowego szpitala należy przede wszystkim możliwość rozpoczęcia działalności od nowa. Wiąże się to głównie z faktem oddłużenia szpitala. W myśl art. 60 Ustawy o ZOZ wszelkie zobowiązania zlikwidowanego szpitala stają się zobowiązaniami samorządu, który jest zmuszony do spłaty byłych już wierzycieli samodzielnego szpitala publicznego [Smoleń 2002]. Kolejną zaletą przekształcenia szpitala jest czytelna polityka finansowa. Spowodowane jest to tym, że niepubliczne szpitale utworzone przez spółki kapitałowe działają na podstawie Kodeksu Spółek Handlowych, który w bardzo restrykcyjny sposób określa poziom odpowiedzialności zarządzających danymi spółkami za ich wyniki finansowe. To automatycznie definiuje, że w szpitalu musi poprawić się efektywność zarządzania nie tylko na poziomie finansowym, ale również na każdym innym: kadrowym, informacyjnym, logistycznym itp. Wśród zalet niepublicznego szpitala samorządowego należy wymienić także to, że związku z zmianą formy prawnej zwiększają się możliwości dofinansowywania ze środków samorządowych (taki szpital nie podlega ograniczeniom ustawowym), a także ze struktur unijnych, jako że spółka we własnym imieniu może przystąpić do regionalnego programu operacyjnego, bez udziału organów założycielskich, jak to ma miejsce w przypadku samodzielnych publicznych szpitali samorządowych. Do podstawowych zalet należy również możliwość, oprócz realizowania kontraktów z NFZ jako głównym źródłem finansowania, świadczenia usług medycznych odpłatnie. Takiej możliwości

nie mają samodzielne publiczne szpitale ze względu na ograniczenia ustawowe. Wszystkie te zalety mogą przyczynić się do tego, że nowa formuła działalności, właściwa dla spółek kapitałowych, stworzy możliwość wygospodarowania środków na zakup sprzętu, poprawę infrastruktury i zatrudnienie specjalistów, co w konsekwencji podniesie standard i poszerzy zakres usług medycznych (tabela 3).

Tabela 3. Zestawienie zalet i wad niepublicznego szpitala samorządowego

Zalety	Wady
1. Oddłużenie szpitala.	1. Większe upolitycznienie i uzależnienie funkcjonowania szpitala od decyzji samorządów.
2. Przejrzysta polityka finansowa.	2. Możliwość ogłoszenia upadłości.
3. Poprawa efektywności zarządzania szpitalem.	3. Brak bezpośrednich uregulowań prawnych.
4. Większe możliwości dofinansowania i pozyskiwania zewnętrznych środków finansowych.	4. Większa możliwość prywatyzacji szpitala.
5. Pozostawienie realizacji kontraktów z NFZ.	5. Obawy społeczności związane ze zmianą formy własnościowej.
6. Możliwość świadczenia usług medycznych odpłatnie.	6. Obowiązek płacenia podatku od osób prawnych.
7. Zwiększenie zdolności kredytowej.	
8. Nie podlega reżimowi zamówień publicznych.	
9. Lepsza jakość świadczonych usług.	

Źródło: opracowanie własne.

Omawiając zalety, nie można jednak zapomnieć o wadach takiego procesu. Przede wszystkim na uwagę zasługują dwa negatywy restrukturyzacji. Pierwszy z nich to zwiększony wpływ samorządów na politykę szpitala. Wynika ona głównie z tego, że ciągle brakuje regulacji prawnych dotyczących szpitali o takiej formie działalności. Chociaż z jednej strony to zaleta – większa możliwość dofinansowania, to z drugiej większa kontrola samorządów, co może się odbić negatywnie na placówce zdrowia. Teoretycznie samorząd może jako jedyny właściciel korzystać z osiągniętych zysków i przychodów szpitala, kierować jego działalnością, a nawet osadzać własnych przedstawicieli w zarządzie, radzie nadzorczej, nie zawsze przygotowanych do funkcji, jakie powinni pełnić. Oczywiście są to rozważania tylko teoretyczne, jednak złe funkcjonowanie szpitala samorządowego może przełożyć się na głosy wyborców.

Druga poważna wada takiego przekształcenia szpitala to pojawienie się możliwości ogłoszenia upadłości. O ile samodzielne publiczne szpitale nie mogą być postawione w stan upadłości, gdyż jedyną dozwoloną formą zamknięcia szpitala jest jego likwidacja, do czego nie zawsze udaje się doprowadzić organom założycielskim (ustawa o ZOZ nadaje duże uprawnienia decyzyjne Ministerstwu Zdrowia, które może wstrzymać likwidację), o tyle spółka kapitałowa i jej szpital mogą zostać postawione w stan upadłości, gdyż ustawa o ZOZ nie dotyczy w tym przypadku szpitali niepublicznych. Jest to jeden z tych czynników, które odstraszą samorządy od przeprowadzania restrukturyzacji własnościowych we własnych szpitalach.

Oprócz tych dwóch wad warto jeszcze podkreślić, że niepubliczne szpitale samorządowe mogą w sposób bezpośredni i łatwy zostać odsprzedane prywatnym inwestorom (czego zabrania ustawa o ZOZ w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowia). Wspomniani inwestorzy mogą na przykład wprowadzić odpłatne świadczenia lub choćby zamknąć i sprzedać szpital. Między innymi właśnie to podnoszą przeciwnicy przekształceń jako argument przeciw tworzeniu niepublicznych samorządowych szpitali.

Reasumując, zmiana formy działalności przez szpitale samorządowe niesie z sobą więcej dobrego niż złego. Pamiętać jednak należy, że aby szpital osiągnął sukces, trzeba odpowiednio nim zarządzać. Brak wśród kierowników szpitala odpowiednich umiejętności i doświadczenia może szybko doprowadzić do zamknięcia spółki i szpitala. Z tego powodu również zwiększa się rola samorządów jako właścicieli, którzy muszą w większym stopniu nadzorować, co się dzieje w podległej im jednostce.

6. Restrukturyzacja własnościowa na przykładzie PZOZ SA w Ostródzie – ocena skuteczności

Skutki procesu restrukturyzacji własnościowej z samodzielnego publicznego zakładu ochrony zdrowia w spółkę kapitałową z większościowym udziałem jednostki samorządu terytorialnego prześlędzono na przykładzie PZOZ (Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej) w Ostródzie. Przedmiot badań od 1973 roku działał jako jednostka budżetowa, a następnie – od roku 1998 – jako SPZOZ (Samodzielny Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej). Zmiany organizacyjno-prawne w ZOZ-ach, w tym przede wszystkim ich przekształcenie w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, miało dać jednostkom podstawy do funkcjonowania na powstającym rynku usług medycznych. W praktyce samodzielne publiczne ZOZ-y z dużymi trudnościami przystosowywały się do reguł rynkowych, a wobec krępujących je przepisów prawa często nie były w stanie odpowiednio szybko dostosowywać się do potrzeb i wymogów ówczesnych płatników – kas chorych, a od 2003 roku Narodowego Funduszu Zdrowia.

Działalność ostródzkiego SPZOZ-u od początku przynosiła straty – 600 tys. zł w 1998 roku i 900 tys. zł w roku 1999. W kolejnych latach sytuacja dramatycznie się pogarszała – w 2000 roku strata przekroczyła 3 mln zł. Stało się jasne, że wewnętrzne zmiany nie są wystarczająco skuteczne, aby zahamować pogłębiające się zadłużenie szpitala. Trwała utrata płynności finansowej SPZOZ-u – łączne zobowiązania z całego okresu działalności przekroczyły 9 mln zł (ponad 50% rocznych przychodów) – groziła zerwaniem więzi zaopatrzeniowych. Wobec braku możliwości świadczenia usług medycznych mogło to stanowić realne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu ostródzkiego. Zarząd Powiatu w Ostródzie powołał zespół mający dokonać analizy funkcjonowania systemu opieki

zdrowotnej. Szpital upatrywał przyczyny trudnej sytuacji finansowej w następujących czynnikach:

- zbyt niskie kontrakty na świadczone usługi medyczne pod względem liczby i wartości świadczeń,
- przerost zatrudnienia,
- realizacja ustawy gwarantującej wzrost wynagrodzeń pracowników bez zapewnienia środków na te cele,
- niedostosowanie zakontraktowanych limitów do potrzeb otoczenia,
- dekapitalizacja i starzenie majątku, powodujących wzrost kosztów utrzymania aktywów trwałych.

W oparciu o liczne kryteria (od podstaw prawnych, poprzez ocenę bazy materialnej, struktury organizacyjnej i kadrowej, przegląd polityki inwestycyjnej aż do analizy zobowiązań, kosztów, przychodów i wyniku finansowego) przedstawiono wnioski oraz możliwe „ścieżki” przekształceń. Forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej została uznana za model przejściowy, niegwarantujący sukcesu na rynku świadczeń zdrowotnych. 31 maja 2001 roku Rada Powiatu podjęła uchwałę w sprawie przekształcenia w drodze likwidacji SP ZOZ w Ostródzie w spółkę akcyjną. Likwidacja SP ZOZ i jednocześnie rozpoczęcie działalności medycznej spółki nastąpiły 1 listopada 2001 roku. Majątek samodzielnego szpitala został przejęty przez nowy zakład zdrowia, a zobowiązania w wysokości powyżej 9 mln zł przejął organ założycielski, czyli w tym przypadku Samorząd Powiatowy w Ostródzie.

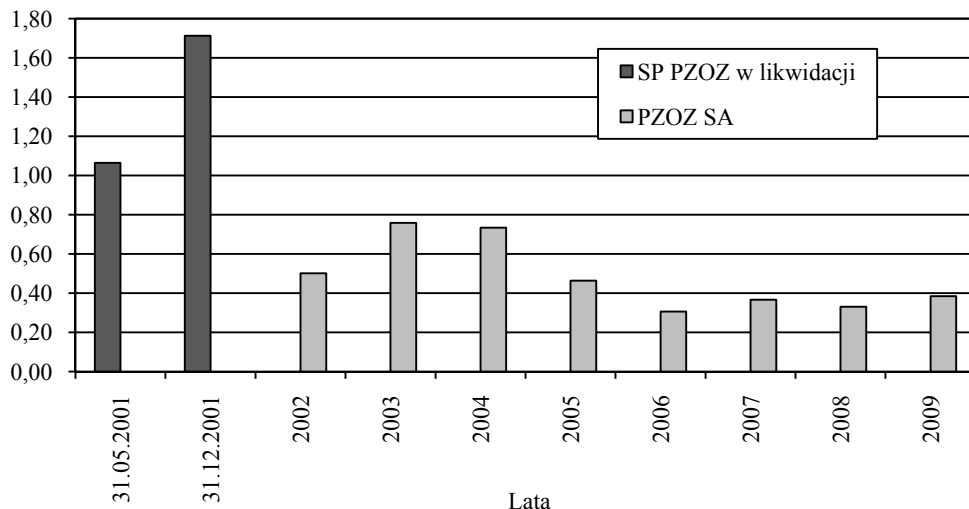
Od początku swojej działalności spółka przyjęła komercyjną nazwę „Centrum Zdrowia Media”. W skład tego niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej wchodzi: szpital (jako największa część zakładu), zespół poradni specjalistycznych, ratownictwo medyczne przedszpitalne oraz ambulatorium POZ. Od początku funkcjonowania w formie spółki sytuacja finansowa zaczęła się stabilizować. Pierwsze 2 lata nadal przynosiły straty, jednak były one dużo mniejsze niż wcześniejsze. Od trzeciego roku działalności spółka zaczęła notować dodatnie wyniki finansowe. Ważny jednak dla działania PZOZ SA był rok 2007. Po wyborach samorządowych w 2006 r. nastąpiła bowiem kilkakrotna zmiana prezesa zarządu spółki, co odbiło się ujemnym wynikiem finansowym zakładu. Ostatecznie na początku 2008 roku został wybrany przez Zarząd Powiatu prezes, który piastuje urząd do dziś. Od razu przełożyło się to na wyniki finansowe spółki: 1,5 mln zł zysku netto przy przychodach powyżej 28 mln zł. Równocześnie spółka przeznaczyła środki na inwestycje i remonty, na które wydała blisko 5,5 mln zł. Ich efektem jest działająca od 26 marca 2007 roku najnowocześniejsza Centralna Sterylizatornia w województwie i jedna z lepszych w Polsce. Obecnie trwają prace nad budową nowego bloku operacyjnego. Od roku 2009 PZOZ posiada certyfikat akredytacji i tym samym należy do małego grona 90 szpitali (spośród ok. 700 działających) w Polsce, które uzyskały ten certyfikat.

Przykład PZOZ SA w Ostródzie pokazuje, że zakład ochrony zdrowotnej, osiągając dobre wyniki w obszarach: rentowności, zadłużenia, sprawności gospodarczej

i płynności, może się stać samowystarczalną jednostką organizacyjną. Rodzą się jednak pytania:

1. Jak naprawdę przedstawia się sytuacja finansowa PZOZ SA po restrukturyzacji własnościowej?
2. Czy sukces opisanego szpitala jest wynikiem przeprowadzonej restrukturyzacji?
3. Czy restrukturyzacja własnościowa *de facto* to szansa dla szpitali, czy zagrożenie?
4. Czy wprowadzenie samorządowych niepublicznych szpitali może pomóc w oddłużaniu całego systemu zdrowia?

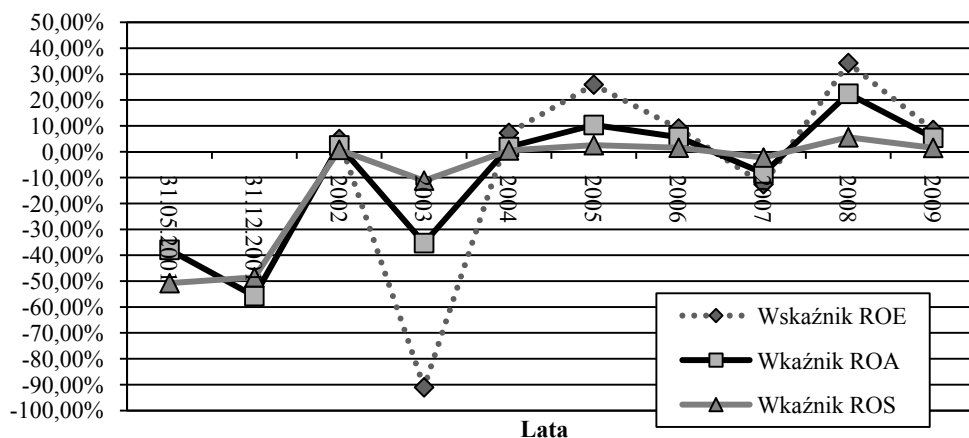
Wskaźniki zadłużenia pokazują ogólny wpływ kapitału obcego na funkcjonowanie zakładu. Są one ważne z punktu całego systemu opieki zdrowia, ponieważ to właśnie wysokie zadłużenie całego sektora zdrowia jest głównym niebezpieczeństwem w funkcjonowaniu tego systemu. Do podstawowych wskaźników zadłużenia należy niewątpliwie wskaźnik ogólnego zadłużenia, który w sposób syntetyczny pokazuje relacje kapitałów obcych do majątku ogółem (rys. 2). Do roku 2002 działalność szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przedstawiała się źle, a przekroczenie poziomu 1,00 oznacza, że kapitał obcy nie dość, że finansuje w całości majątek organizacji, to jeszcze pokrywa ujemną wartość kapitału własnego, co w tym przypadku oznacza bardzo wysokie ryzyko działalności gospodarczej badanej jednostki zdrowia. Od 2005 – roku działalności PZOZ SA – wartość tego wskaźnika wynosi około 0,5 [Dudycz, Wrzosek 2003], co wskazuje na dobrą sytuację szpitala. Jest to o tyle ważne, że ograniczenie zadłużenia jednostki zdrowia obniża całkowite zadłużenie całego systemu służby zdrowia.



Rys. 2. Wskaźnik ogólnego zadłużenia dla SP PZOZ w likwidacji i PZOZ SA

Źródło: opracowanie własne.

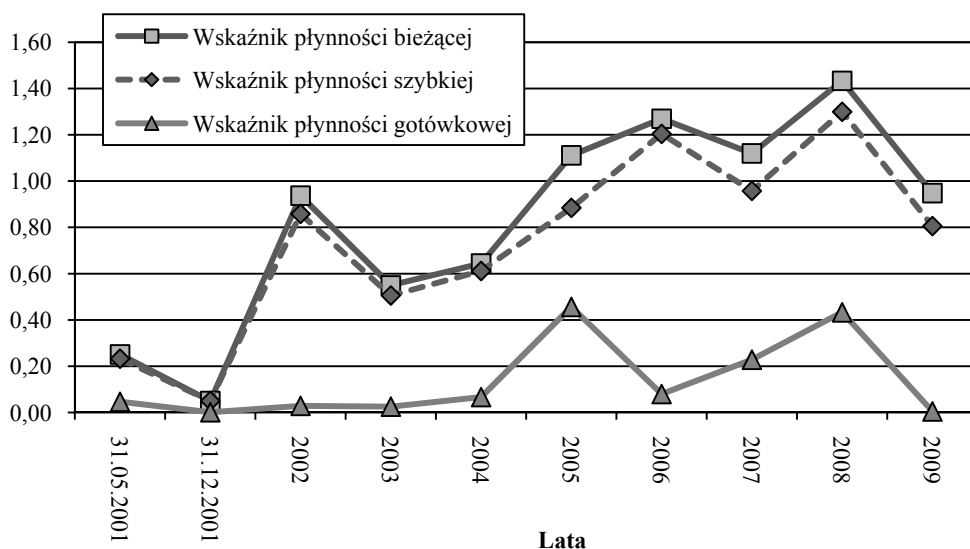
Kolejnym ważnym obszarem działalności każdego podmiotu gospodarczego z punktu widzenia finansów jest obszar rentowności opisywany głównie za pomocą trzech wskaźników [Duda-Piechaczek 2007]: ROE (rentowność kapitału własnego), ROA (rentowność aktywów) i ROS (rentowność sprzedaży) (rys. 3). Przede wszystkim warto zaznaczyć, że dla dwóch pierwszych badanych okresów nie uwzględniono wskaźnika ROE dla SPZOZ. Wynika to z faktu, że wskaźnik ten osiągnął dużą wartość (odpowiednio 768% i 163%), którego interpretacja mogła być myląca bez znajomości faktycznego stanu wyniku finansowego i kapitałów własnych, które dla tego szpitala osiągnęły wartości ujemne, co m.in. potwierdzają pozostałe dwa wskaźniki ROA i ROE. W przypadku PZOZ SA wyniki w ramach rentowności na tle SPZOZ zarysowują się o wiele lepiej. Warto jednak zwrócić uwagę na dwie ujemne wartości wskaźników w latach 2003 i 2007. W 2003 roku wysoki spadek ROE, ROA i ROS [Sierpińska, Jachna 2005] można uznać za przypadek spowodowany jeszcze ciągłym poznawaniem i przystosowywaniem się do funkcjonowania szpitala w ramach spółki. Natomiast w 2007 roku strata mogła powstać w wyniku zmiany politycznej zachodzącej po wyborach samorządowych z 2006 roku, co z kolei mogło wpłynąć na szpital właśnie w postaci ujemnego wyniku finansowego. Zwłaszcza że w 2007 roku trwała, nazwijmy to, wymiana prezesów zarządu spółki, która skończyła się dopiero na początku 2008 roku. W pozostałych okresach wartości wskaźników rentowności przyjmowały dodatnią wartość, przy czym najwyższą osiągnęły w 2008 roku. Dodatkowo należy stwierdzić, że szpital dobrze funkcjonował w okresie kryzysu, gdyż na koniec 2009 roku zyskowność spółki była dodatnia. Dodać należy do tego inwestycje, jakie wykonał szpital właśnie na przełomie 2008 i 2009 roku.



Rys. 3. Porównanie wskaźników rentowności dla SP ZOZ w likwidacji (dane na 31.05 i 31.12.2010 bez wykresu wskaźnika ROE) i PZOZ SA (lata 2002-2009)

Źródło: opracowanie własne.

Ostatni obszar analizy finansowej (wskaźnikowej) przytoczony w tym artykule dotyczy płynności finansowej. Opierając się na dwóch poprzednich obszarach, łatwo domyślić się, że w przypadku SPZOZ i tutaj przyjęte ogólnie normy dobrego gospodarowania finansami pozostawiają wiele do życzenia. W ramach wskaźników płynności, a mianowicie płynności bieżącej, szybkiej i gotówkowej (rys. 4), samodzielny publiczny szpital w Ostródzie nie miał zadowalających wyników. Podobny wniosek, na pierwszy rzut oka, można wyciągnąć w przypadku PZOZ SA. Na początku swojej działalności niepubliczny samorządowy szpital w Ostródzie wykazywał słabe wyniki w ramach płynności i w zakresie przyjętych ogólnie norm (wskaźnik płynności bieżącej powinien zawierać się w przedziale 1,2-2,0 [Lech 2007]), tylko lata 2005-2008 na podstawie opisywanych wskaźników można uznać za okres poprawnego funkcjonowanie badanej organizacji. Jednakże na podstawie wyników płynności finansowej SPZOZ, a także przeprowadzanych z własnych środków inwestycji można uznać, że PZOZ SA wykazuje pozytywne wyniki w obszarze płynności finansowej.



Rys. 4. Porównanie wskaźników płynności dla SP PZOZ w likwidacji (dane na 31.05 i 31.12 2001) i PZOZ SA (lata 2002-2009)

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując przeprowadzoną analizę finansową szpitala ostródzkiego w latach 2001-2009, należy stwierdzić, że Rada Powiatu, podejmując 31 maja 2001 roku uchwałę o likwidacji i przekształceniu Samodzielnego Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowia w Ostródzie, postanowiła słusznie, gdyż wyniki za ostatni okres działalności tego szpitala pokazują, w jak złym stanie znajdował się obszar finansowy tego

zakładu. Analiza finansowa (głównie strukturalna, nieopisana w tym artykule) wykazała również, że podstawowym problemem SPZOZ była wysoka wartość kosztów operacyjnych, która stanowiła 140% przychodów ogółem w całym roku 2001. Głównym składnikiem tych kosztów w tym okresie były wynagrodzenia, które stanowiły ponad 50% wszystkich kosztów operacyjnych ogółem.

Z drugiej strony, podsumowując działalność Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowia w Ostródzie, należy stwierdzić, że utworzony pod koniec 2001 roku szpital na bazie restrukturyzacji własnościowej przystosował się stopniowo do nowych reguł prawnych i funkcjonalnych. Przekształcenie szpitala, jak pokazują wyniki finansowe i przytoczone w artykule obszary zadłużenia, rentowności i płynności badanej jednostki, z roku na rok polepszało sytuację finansową zakładu, utrzymując przy tym niskie zadłużenie. Te dobre wyniki finansowe zaowocowały tym, że od 2008 roku ostródzki zakład prosperuje już jako organizacja, która nie potrzebuje środków zewnętrznych, aby móc się utrzymać, a nawet przeprowadzać poważne milionowe inwestycje.

7. Podsumowanie

Opieka zdrowotna związana jest z problemami, które niełatwo rozwiązać. Należą do nich nadmierne koszty, ograniczona ochrona ubezpieczeniowa oraz obciążenia fiskalne, które związane są z ujęciem finansowania opieki zdrowotnej w budżecie państwa [Kowalik 2010].

Po restrukturyzacji własnościowej z samodzielnego publicznego szpitala w samorządowy niepubliczny szpital ostródzki PZOZ SA wykazuje o wiele lepsze wyniki finansowe niż SPZOZ. Dobre wyniki w obszarach: rentowności, zadłużenia, płynności, a przy tym ciągły wzrost przychodów netto i majątku PZOZ SA w Ostródzie jest dowodem, że jednostka zdrowia jest w stanie sama finansować swoją działalność.

Na drugie pytanie: czy sukces opisanego szpitala jest wynikiem przeprowadzonej restrukturyzacji, trzeba jasno sobie odpowiedzieć, że restrukturyzacja nie jest sukcesem samym w sobie. Przeprowadzenie przekształcenia zakładu opieki zdrowia daje o wiele więcej możliwości niż prowadzenie zakładu w formie publicznej. Wynika to z ograniczeń ustawy o ZOZ. Jednakże wprowadzenie zmian własnościowych w szpitalu nie powoduje, że zakład opieki zdrowotnej zacznie dobrze funkcjonować i sam na siebie zarabiać. Sukces restrukturyzacji własnościowej ostródzkiego szpitala został osiągnięty przede wszystkim wprowadzeniem i konsekwentną realizacją wymagań, jakie Kodeks Prawa Handlowego stawia spółkom. Odpowiedni i dobrze przygotowany zarząd, silna kontrola nad kosztami, poprzez obligatoryjne tworzenie sprawozdań finansowych, poprawa współpracy z samorządem, możliwości pozyskiwania źródeł zewnętrznych (dofinansowanie unijne, samorządowe, kredytowanie) i wiele innych czynników spowodowało, że PZOZ SA znajduje się w dobrej sytuacji finansowej. Tym samym warto zaznaczyć, że restrukturyzacja musi iść w parze

z odpowiednim zarządzaniem i przygotowaniem do kierowanie jednostką zdrowia w formie spółki prawa handlowego, aby możliwe było powielenie sukcesu PZOZ SA w Ostródzie.

Odpowiedź na trzecie pytanie silnie wiąże się z tym, co zostało już napisane. Z jednej strony restrukturyzacja własnościowa jest szansą dla zakładów opieki zdrowotnej, czego niewątpliwym przykładem jest PZOZ SA w Ostródzie. Z drugiej jednak trzeba pamiętać, że zmiana organu założycielskiego z publicznego na niepubliczny wiąże się z kilkoma niebezpieczeństwami. Podstawowym zagrożeniem zakładów po restrukturyzacji jest możliwość upadłości, której samodzielne publiczne zakłady nie mają. Tym samym, jeżeli jednostka zdrowia będzie źle zarządzana, w niedługim okresie może zamknąć swoją działalność. Dalej, przekształcenie własnościowe może być czynnikiem przyspieszającym prywatyzację sektora zdrowia. Szpital, funkcjonując jako jednostka niepubliczna, może być łatwo sprzedany innym inwestorom. Nie inaczej może być z samorządowymi niepublicznymi zakładami, których w tej sytuacji nie chroni ustawa o ZOZ i samorzady jako właściciele spółek, które z kolei założyły szpital i łatwo mogą odsprzedać swoje akcje lub udziały przedsiębiorcom prywatnym. Ostatnia, dość istotna sprawa to zwiększony wpływ polityki samorządu na funkcjonowanie szpitala. Brak uregulowań prawnych w tym zakresie powoduje, że samorzady mogą silnie ingerować w działalność zakładów, powodując często niekorzystne konsekwencje dla całego podmiotu zdrowia.

Odpowiadając w podsumowaniu na ostatnie pytanie z punktu czwartego, można stwierdzić, że odpowiednio przeprowadzona restrukturyzacja własnościowa, objawiająca się zarządzaniem jednostki zdrowia w sposób racjonalny, konsekwentny i rzetelny, może dawać nadzieję na poprawę obecnego stanu całego systemu zdrowia, a przede wszystkim poprawę zdrowia i bezpieczeństwa całego społeczeństwa poprzez zwiększoną jakość świadczonych usług medycznych samorządowych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Literatura

- Balicki W., *Jak przekształcić samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę z o.o.?*, „Służba Zdrowia”, 19-23 października 2000, nr 82-83.
- Duda-Piechaczek E., *Analiza i planowanie finansowe*, Wyd. Helion, 2007.
- Dudycz T., Wrzosek S., *Analiza finansowa. Problemy metodyczne w ujęciu praktycznym*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2003.
- Fedorowskiego J.J (red.), *Ekonomika medycyny*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003.
- Informacja o przekształceniach własnościowych w sektorze ochrony zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999-2008, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2009, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/przekształcenia_2009_03022009.pdf.
- Informacja rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce, Rada Ministrów, Warszawa 2008, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/iosozp_176_23012008.pdf.

- Kaczmarek-Wysocka J., Świdarska J., *Rodzaje systemów opieki zdrowotnej a wydatki na ochronę zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 1191, Wrocław 2008.
- Kowalik P., *System opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Próba analizy*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 99, Wrocław 2010.
- Krakowińska E., *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej*, Studia i Materiały – Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, nr 1, Warszawa 2006.
- Lech B., *Analiza finansowa w przedsiębiorstwie*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007.
- Raport „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.
- Sierpińska M., Jachna T., *Ocena przedsiębiorstwa według standardów światowych*, PWN, Warszawa 2005.
- Słowacka M.D. (red.), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej: Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, Słowackiej M.D., TerMedia, Poznań 2004.
- Smoleń M.M (red.), *Zarządzanie finansami, logistyka i marketing w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, Biuro ds. Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia, Łódź 2002.
- Sobczak A. *Samorządowy model ochrony zdrowia. Przegląd systemów i reform w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Problemy Zarządzania” 2004, nr 4.
- Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, Ministerstwo Zdrowia, 2005.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 75, poz. 518).
- Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (DzU nr 223, poz. 1458).
- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (DzU nr 142, poz. 1592 z późn. zm.).
- Kodeks Spółek Handlowych z dnia 15 września 2000 r. (DzU nr 94, poz. 1037).

EFFECTIVENESS EVALUATION OF HOSPITAL RESTRUCTURING

Summary: The importance of the topic of restructuring the health sector was presented. The state Polish health sector was characterized. The role of primary care was discussed. Some aspects of the restructuring of the health sector were described. Effectiveness evaluation of the restructuring – by comparing the financial situation of a hospital before and after the restructuring of the ownership of independent public health in the capital company majority-owned unit of local Government – as one way of effectively out of the bad financial situation was carried out.