

Marian Kachniarz

RESTRUKTURYZACJA PLACÓWKI MEDYCZNEJ – DOŚWIADCZENIA PRAKTYCZNE

1. Wstęp – ogólna charakterystyka szpitala i jego otoczenia

W artykule przedstawiono działania restrukturyzacyjne w kamiennogórskim szpitalu ze szczególnym uwzględnieniem ich praktycznych aspektów. W wyniku tych zmian szpital od 1 sierpnia 2003 r. funkcjonuje w formie spółki prawa handlowego (sp. z o.o.) ze 100% udziałem powiatu. W obliczu konieczności budowania programów restrukturyzacyjnych w szpocz na terenie całego kraju oraz przekształceń organizacyjnych materiał ten może stanowić zbiór dobrych praktyk, także dotyczących unikania błędów.

Należy zwrócić uwagę, że istnieją poważne różnice w funkcjonowaniu poszczególnych jednostek, nie mówiąc już o bardzo dużym zróżnicowaniu regionalnym sytuacji w służbie zdrowia. W związku z tym nie można stosować tzw. rozwiązań modelowych bez gruntownej analizy każdego przypadku. Przykładem niech będzie dogmatyczny trend polegający na outsourcingu niektórych usług, prowadzący nierzadko do podwyższenia kosztów funkcjonowania jednostek.

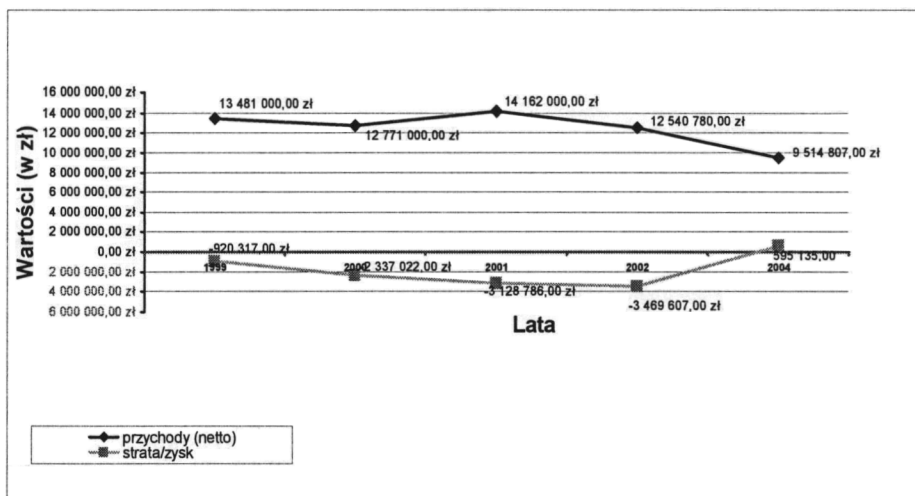
Przedmiotem analizy jest SPZOZ, należący do jednostek tworzących w systemie opieki stacjonarnej podstawowe zabezpieczenie (typowy szpital powiatowy). Miał on w swej strukturze 6 oddziałów (internistyczny, chirurgiczny, ginekologiczny i położniczy, neonatologiczny oraz OIOM) z bazą, na którą składało się około 200 łóżek. Dodatkowo w strukturze jednostki były przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz specjalistyczne, obsługujące 30 tys. mieszkańców (pozostałą populację obsługiwały przychodnie gminne). Powiat liczy około 50 tys., a jego stolica – Kamienna Góra – 23 tys. mieszkańców. W strukturze pacjentów około 10% to mieszkańcy innych powiatów – jaworskiego i wałbrzyskiego. Taki stan rzeczy spowodowany jest niewielką odległością „granicznych” obszarów tych

powiatów od Kamiennej Góry, a także uwarunkowaniami terenowymi (Kamienna Góra jest najwyżej położonym miastem powiatowym na Dolnym Śląsku).

2. Tło finansowe zmian

W roku 1999 kontrakt z Kasą Chorych był w przybliżeniu o 15% niższy niż budżet SPZOZ w roku poprzedzającym reformę. Spowodowało to pogorszenie wyników finansowych jednostki, a charakterystyczna dla SPZOZ-ów inercja w reakcji na tego typu zjawiska spowodowała trwałą tendencję, której nie udało się powstrzymać doraźnymi działaniami restrukturyzacyjnymi. Strata w roku 1999, kształtująca się na poziomie 920 tys. zł, zwiększyła się w 2000 r. o 154% do poziomu 2 337 tys. zł. W 2001 r. strata finansowa zwiększyła się o 791 tys. zł (33,8%) i wyniosła 3 128 tys. zł, a w 2002 r. wzrosła do 3 469 tys. zł (czyli o kolejne 10,9% w stosunku do roku poprzedniego).

Graficznie zależności te można prześledzić na rys. 1.



Ryc. 1. Przychody i wynik finansowy SPZOZ w Kamiennej Górze w latach 1999-2004.

Źródło: Sprawozdania finansowe SPZOZ w Kamiennej Górze oraz Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze.

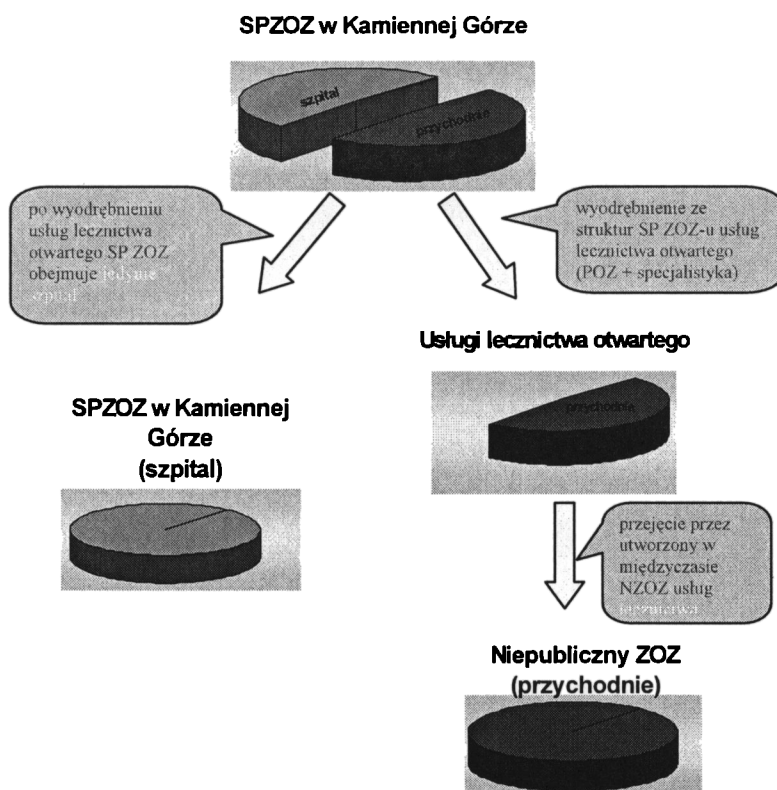
3. Restrukturyzacja doraźna i restrukturyzacja zasadnicza

W teorii restrukturyzacji rozróżnia się jej dwa rodzaje – doraźną i zasadniczą. Omawiana jednostka poddana była obu tym procesom, przy czym wyraźnie zaznaczyć trzeba, że restrukturyzacja doraźna, polegająca na procesach modyfikacyjnych istniejącej struktury, okazała się działaniem niewystarczającym do zbilansowania działalności jednostki. Niezbędny, zatem w tym konkretnym przypadku okazał się

proces restrukturyzacji zasadniczej, polegający na zlikwidowaniu jednostki i utworzeniu nowego podmiotu, który od samych swych podstaw był inaczej zorganizowany niż struktura poprzednia.

4. Restrukturyzacja doraźna

Próby zrestrukturyzowania SP ZOZ podjęto już w 2000 r., kiedy to rada powiatu podjęła uchwałę o wydzieleniu ze struktur jednostki i sprywatyzowaniu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki specjalistycznej. Ostatecznie wskutek oporu dyrekcji ZOZ-u oraz pracowników udało się tego dokonać dopiero 1 grudnia 2002 roku. Dzięki temu wiele elementów zarządzania szpitalem stało się bardziej „czytelnych”.



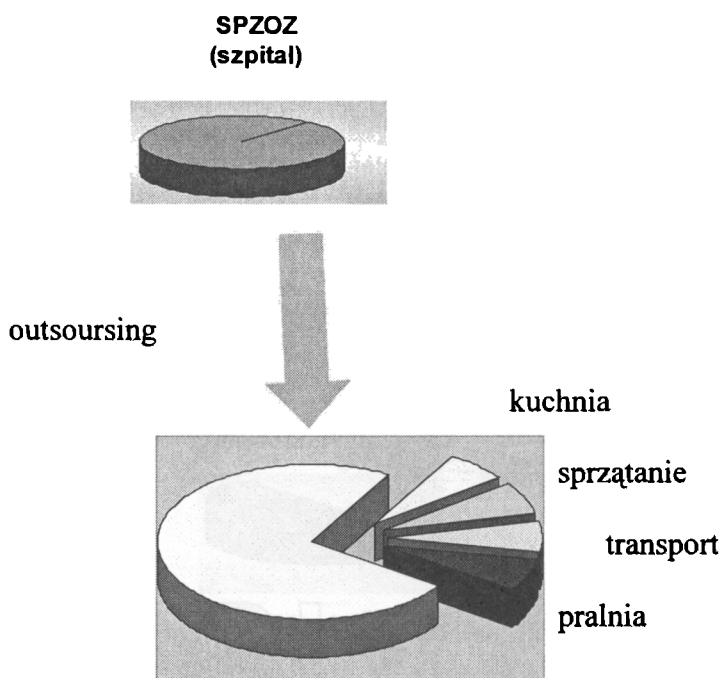
Ryc. 2. Schemat przekształceń SPZOZ w Kamiennej Górze, I etap (2001-2002)

Źródło: opracowanie własne.

Duże znaczenie odegrała kontrola NIK dotycząca przekształceń. Okazała się ona swoistym audytem wykonanym po wszystkich etapach restrukturyzacji. Oma-

wiany etap podsumowano w następujący sposób: „Na pozytywną ocenę zasługuje fakt zapewnienia przez powiat [...] pełnej dostępności do świadczeń zdrowotnych w lecznictwie otwartym, wykonywanych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej prowadzących działalność w wykupionych lub wynajmowanych od powiatu budynkach i pomieszczeniach stanowiących uprzednio bazę lokalową SPZOZ”. Spowodowało to także uruchomienie procesów znacznej modernizacji obiektów, w których świadczone są usługi zdrowotne bez zaangażowania środków publicznych, co także w kontroli NIK zostało dostrzeżone.

Kolejnym etapem przekształceń był outsourcing niektórych usług (ryc. 3).



Ryc. 3. Przekształcenia II etap (2002–2003 r.)

Źródło: opracowanie własne.

Jednocześnie dokonano także znacznej redukcji zatrudnienia – na początku 1999 r. SPZOZ zatrudniał 489 osób, na koniec 2002 r. były już 342 osoby (w tym zmniejszenie zatrudnienia lekarzy z 61 do 32 osób, pielęgniarek i położnych z 194 do 159 osób, personelu pomocniczego z 234 do 151 osób). Redukcja ta jednak wiązała się przede wszystkim z wyodrębnieniem POZ-ów i usług, nie wiązała się zatem ze zmianami w samym szpitalu. Jednak z perspektywy czasu uzasadniona wydaje się opinia o znacznych nadwyżkach zatrudnionych.

Niestety, po przeprowadzeniu powyższych działań (możemy zakwalifikować je do restrukturyzacji doraźnej) nie udało się uzyskać zbilansowania jednostki – można jedynie stwierdzić, że nastąpiło wyhamowanie dynamicznego wzrostu ujemnego wyniku finansowego, który na koniec 2002 r. wynosił niemalże 3,5 mln zł.

5. Sytuacja finansowa po etapie restrukturyzacji doraźnej

Z ekonomicznego punktu widzenia SPZOZ był bankrutem. Od 2000 r. kapitały własne jednostki były ujemne (–2 079 tys. zł). W tym okresie zobowiązania przekraczały o 22,6% wartość majątku. W 2001 r. odnotowano dalszy spadek kapitałów (–5.208 tys. zł), zaś zobowiązania przekraczały o 128,9% wartość majątku. W 2002 r. ujemne kapitały wynosiły –8.563 tys. zł, a zobowiązania przekraczały o 265,7% wartość majątku! W konsekwencji już w 2000 r. SPZOZ był w 100% finansowany przez podmioty zewnętrzne – dostawców leków, sprzętu, energii oraz przez Urząd Skarbowy i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Na trudną sytuację finansową wskazywał też wzrost zobowiązań wymagalnych z 1 272 tys. zł w 1999 r. do 14 110 tys. zł w 2003 r. Stanowiły one w 1999 r. 56,1 zobowiązań i 9,4% przychodów, a w 2003 r. 88,7% zobowiązań i przekroczyły mniej więcej o 50% wartość przychodów. Największą strukturalnie pozycją zobowiązań wymagalnych były zobowiązania z tytułu dostaw i usług – w roku 2002 stanowiły one 21,4%, wobec ZUS-u zaś 18,5%. Wzrost zobowiązań spowodowany był w szczególności realizacją tzw. ustawy 203, z tytułu której zobowiązania wobec pracowników wynosiły od 2001 r. ponad 1 mln zł w każdym roku.

Skutkiem takiej sytuacji były działania jedynie w celu przetrwania jednostki, utrata wiarygodności wśród kontrahentów, droższe zakupy materiałów i leków, brak możliwości działań prorozwojowych, lawinowy wzrost kosztów komorniczych i odsetek, utrata możliwości sprawnego zarządzania i kierowania pracownikami. Sytuacja ta cechuje obecnie większość jednostek służby zdrowia w naszym kraju.

Należy też stwierdzić, iż skutkiem takiej globalnej sytuacji w służbie zdrowia są ogromne zyski komorników, podwyższających, bez żadnego praktycznego nakładu pracy, wartość długu o 15% swojego wynagrodzenia. Odrębnym tematem jest także rynek wierzycelności i funkcjonowanie na nim, ogólnie rzecz ujmując, tzw. kapitału spekulacyjnego.

6. Próby restrukturyzacji w ramach SPZOZ-u

Lata 2001 i 2002 poświęcono opracowaniom analitycznym sytuacji SPZOZ oraz próbom określenia niezbędnych działań w celu jego dalszego funkcjonowania. Dokonano analiz finansowych oraz sformułowano program restrukturyzacji, ukazujący w trzech wariantach przyszłość jednostki. Opracowania te, wykonane przez firmy konsultingowe, kończyły się dwoma konkluzjami:

- bez bardzo radykalnych zmian nie ma szans na bieżące zbilansowanie się jednostki, co będzie prowadziło w przyszłości do jej likwidacji;
- nawet po bieżącym zbilansowaniu przychodów i kosztów, jednostka nie będzie w stanie obsłużyć swojego zadłużenia, co spowoduje dalszy jego wzrost.

Mankamentem tych opracowań był brak nakreślenia realnej ścieżki działań restrukturyzacyjnych prowadzących do uzdrowienia SPZOZ-u. Dlatego też wykorzystując wspomniane analizy, zespół wewnętrzny pod kierownictwem ówczesnego dyrektora ds. finansowych szpitala (a obecnego prezesa) opracował program restrukturyzacji SPZOZ-u, który spełniał wszystkie oczekiwania organu założycielskiego. **Podstawą tego opracowania było realne przyjęcie strony przychodowej (na poziomie bieżącego kontraktu) oraz pytanie, czy realna jest możliwość takiego obniżenia kosztów, by jednostka się bilansowała.**

Program wykazał możliwość zbilansowania strony przychodowej z kosztami oraz zawierał precyzyjny rejestr działań, które mają do tego doprowadzić. Potwierdził on tezę z poprzednich opracowań: **nie można osiągnąć zbilansowania jednostki bez nadzwyczajnej ingerencji z zewnątrz polegającej na zagospodarowaniu długu.** Wariantowe rozwiązania polegające na częściowej ingerencji (poręczenie kredytu celem obsługi najpilniejszych zobowiązań wymagalnych itp.) bez kompleksowego zagospodarowania ujemnego wyniku finansowego powodowały, że jednostka nie miała w perspektywie szans na osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego.

Prognozowane zmiany były bardzo radykalne nie tylko w sferze pracowniczej, ale także w sferze organizacyjnej. Konsultacje tych działań z przedstawicielami załogi doprowadziły do zdecydowanego jej sprzeciwu i braku przyzwolenia na realizację wspomnianych propozycji. Koronnym argumentem było oskarżenie, że program „zawiera jedynie słupki” i nie uwzględnia tego, że przecież „szpital nigdy nie będzie się bilansował, bo to nie fabryka guzików”, zatem wszelkie tego typu projekcje są „niedorzeczne”, a powiat jest od tego, by zagwarantować pracownikom ciągłość płac w SPZOZ-ie. Należy dodać przy tym, że wszystkie argumenty wzmocnione były określeniami związanymi z bezpieczeństwem pacjenta itp. Program spotkał się więc z negatywną, pisemną oceną:

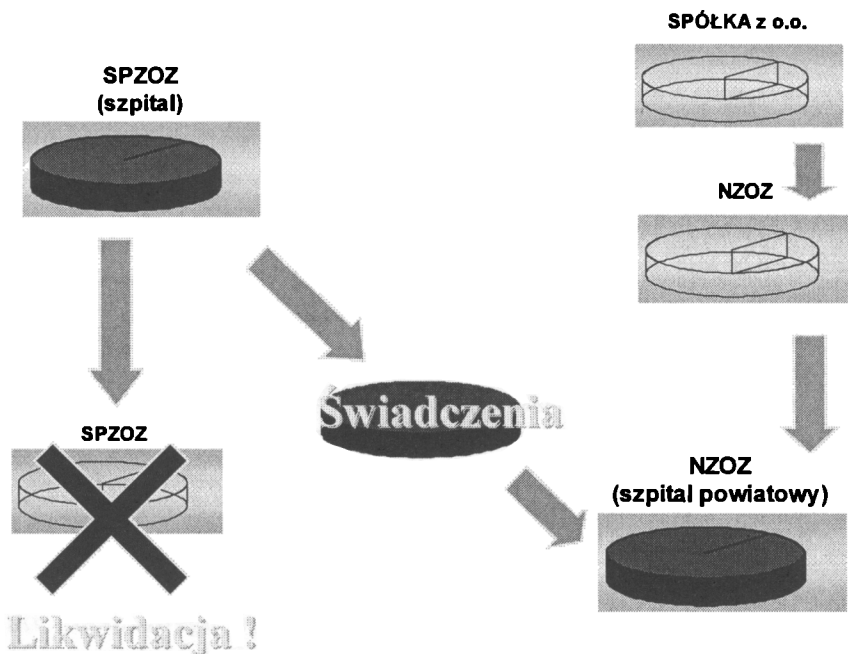
- Związku Zawodowego Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii,
- Związku Zawodowego Samoobrona Fachowych Pracowników Służby Zdrowia,
- Samorządnych Niezależnych Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia,
- Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych,
- NSZZ Solidarności Niezależnych Związków Zawodowych,
- Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,
- Koła Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,
- ordynatorów szpitala,
- kadry kierowniczej pionu pielęgniarskiego.

Połowiczne rozwiązania nie powodowały zbilansowania się jednostki, nie było zatem marginesu ustępstw wobec postulatów związków zawodowych (np. zmiany regulaminów płacowych, układu zbiorowego, kształtowania zatrudnienia z uwzględnieniem pracowników będących pod ochroną prawną, którzy w SPZOZ-ie, wobec mnogości organizacji związkowych, stanowili znaczną część załogi).

Próby restrukturyzacji w ramach SPZOZ-u zostały więc uniemożliwione przez pracowników.

7. Restrukturyzacja zasadnicza

Taki rozwój wydarzeń prowadził do jednego tylko wyjścia – likwidacji SPZOZ-u. Rada powiatu w lutym 2003 r. zaczęła debatować nad takim właśnie rozwiązaniem. W marcu przeprowadzono proces opiniowania zarówno wśród załogi, jak i wśród lokalnych samorządów gminnych. W pierwszym przypadku uzyskano komplet opinii negatywnych, w drugim zaś wszystkie były pozytywne (w obu przypadkach opinie te są dla organu prowadzącego niewiążące).



Ryc. 4. Przekształcenia III etap (2003 r.)

Źródło: opracowanie własne.

W kwietniu 2003 r. rada powiatu podjęła jednogłośnie uchwałę o likwidacji SPZOZ-u, przyjmując za datę zakończenia działalności medycznej jednostki 31 lipca 2003 r., a za datę zakończenia czynności likwidacyjnych – 31 lipca 2006 r. Bardzo ważnym warunkiem likwidacji, określonym literalnie w ustawie o ZOZ, jest konieczność zapewnienia ciągłości świadczeń medycznych ludności obsługiwanej przez dotychczasową jednostkę.¹ Rada powiatu zdecydowała się w tym celu utworzyć spółkę z o.o. pod nazwą Powiatowe Centrum Zdrowia. Rozpoczęła ona działalność medyczną 1 sierpnia 2003 r. Kapitał zakładowy spółki wynosi obecnie 800 tys. zł i w całości został wniesiony przez powiat kamiennogórski.

Proces ten jest bardzo skomplikowany logistycznie i wymaga znacznej sprawności organizacyjnej. W omawianym przypadku został on przeprowadzony w ciągu trzech miesięcy, choć realia administracyjne w naszym kraju często niweczą tak ambitne zamiary. Stopień skomplikowania przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Uproszczona procedura formalnoprawna przekształceń

Plan restrukturyzacji SPZOZ. Uchwała Rady Powiatu w sprawie likwidacji SPZOZ Uchwała Rady Powiatu w sprawie utworzenia spółki z o.o. Uchwała Zarządu Powiatu w sprawie powołania likwidatora SPZOZ Umowa z likwidatorem o przeprowadzenie procesu likwidacji Akt założycielski spółki w formie aktu notarialnego Zgromadzenie kapitału założycielskiego, założenie rachunku bankowego Rejestracja spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym Wniosek o nadanie spółce numeru REGON oraz NIP Wniosek do KRS o wpis numeru REGON Zgłoszenie spółki do ZUS Uchwała zgromadzenia wspólników spółki w sprawie utworzenia przez spółkę niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej Uchwała zgromadzenia wspólników spółki w sprawie nadania NZOZ-owi statutu Uchwała zgromadzenia wspólników spółki w sprawie powierzenia funkcji kierownika NZOZ Rejestracja NZOZ-u w rejestrze prowadzonym przez wojewodę Wniosek o nadanie NZOZ-owi numeru REGON. Wpisanie numerów REGON i NIP do rejestru wojewody Kontrakt NZOZ-u z Narodowym Funduszem Zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, DzU nr 91, poz. 408.

8. Likwidacja – problemy praktyczne

Wszyscy pracownicy SPZOZ-u otrzymali w związku z likwidacją jednostki wypowiedzenia z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Odprawy i odszkodowania otrzymały osoby, które trwale utraciły zatrudnienie. Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. zatrudniało pracowników na nowych zasadach. W stosunku do SPZOZ-u znacznie uproszczono regulaminy płacowe, wprowadzono jedynie premię motywacyjną itp. Zarobki w nowej jednostce były średnio o kilka procent niższe.

Mienie ruchome zostało w części przejęte przez powiat jako zabezpieczenie wcześniej udzielonej pożyczki dla SPZOZ-u (w grudniu 2002 r.); pozostałą część objął likwidator, który oddał je w dzierżawę bądź też zbył nowej jednostce. Budynek szpitala, który powiat przekazał w użytkowanie likwidatorowi, likwidator oddał w dzierżawę nowemu podmiotowi. Wpływy z dzierżawy stanowią dochód likwidatora, dzięki czemu może on pokrywać swoje koszty działania, a także, w drobnej części, spłacać wierzycelności. Pozostałymi budynkami, którymi administrował SPZOZ (przychodniami, budynkami administracyjnymi itp.), rozporządza powiat; w znacznej części je zbywa, uzyskując w ten sposób część środków na pokrycie ujemnego wyniku finansowego likwidowanego zoz-u.

Najtrudniejsze zagadnienie stanowią zobowiązania, które po zakończeniu likwidacji (lipiec 2006 r.) staną się z mocy prawa zobowiązaniami organu założycielskiego. W związku z tym momencie warto wspomnieć, że niezajomość prawa szczególnego, jakim jest ustawa o ZOZ, powoduje liczne kłopoty interpretacyjne wśród wierzycieli i komorników, zwłaszcza gdy podmioty te interpretują takie zmiany jako próbę uniknięcia odpowiedzialności za dług. W istocie jest odwrotnie – takie zmiany przywracają wierzycielom realne szanse na spłatę ich wierzycelności, powiat bowiem jest ostatecznie płatnikiem o wiele lepszym niż „tonący” w długach SPZOZ.

9. Efekty restrukturyzacji

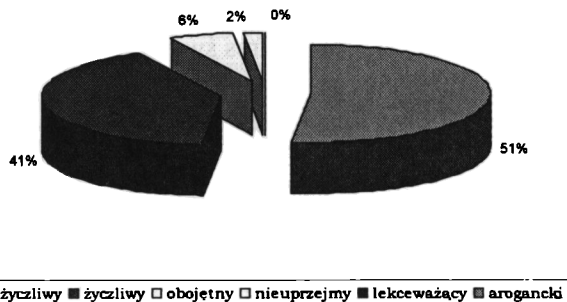
Powiatowe Centrum Zdrowia oferuje taki sam zakres świadczeń jak dotychczasowy szpital powiatowy. Po dokonaniu zmian sytuacja ekonomiczna nowego podmiotu znacznie odbiega od sytuacji SPZOZ-u. Na koniec spółka 2004 r. osiągnęła dodatni wynik finansowy netto rzędu kilkuset tysięcy złotych. Kapitały spółki są dodatnie – stanowiły w 2004 r. 49,2% wartości pasywów. **Osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego było możliwe dzięki istotnemu zmniejszeniu poziomu kosztów działalności.** W strukturze kosztów operacyjnych wynagrodzenia (wraz z pochodnymi) stanowią obecnie 48,9%. W stosunku do ostatniego roku bilansowego w SPZOZ (2002 r.) wielkość kosztów wynagrodzeń zmniejszyła się aż o 49%. Ogólna liczba zatrudnionych w PCZ względem SPZOZ (według stanu w dniu likwidacji) zmniejszyła się o 96 osób – na koniec 2004 r. było ich 166. Istotne różni-

ce w poziomie zatrudnienia wystąpiły w grupie obsługi szpitala. Obsługę techniczną z poziomu 15 osób zredukowano do jednej, administrację z 24 do 14, personel techników medycznych z 23 osób do 13, pozostały zaś średni personel medyczny z 24 pracowników do 11. Zmiana poziomu zatrudnienia dotyczyła również pielęgniarek i położnych, (w spółce było ich 104, a więc o 25 mniej niż w SPZOZ) oraz lekarzy (których pracuje obecnie 23, czyli o 5 mniej). W skutek tego w spółce wystąpiły pozytywne tendencje polegające na zwiększeniu udziału w strukturze zatrudnienia personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek). Liczba zatrudnionych w PCZ pielęgniarek i położnych stanowiła w porównaniu ze stanem w byłym SPZOZ (na koniec 2002 r.) 62,3% zatrudnionych (o 15,8% więcej), lekarzy 13,8% (o 4,4% więcej), natomiast zatrudnienie pracowników obsługi, administracji i pozostałego średniego personelu medycznego spadło o 15,6%. W porównaniu z byłym SPZOZ, kontrakty lekarskie były średnio o 2 643,34 zł niższe. Płace pielęgniarek po uwzględnieniu rocznej premii były porównywalne z płacami ustalonymi w byłym SPZOZ.

Zmniejszenie zatrudnienia nie wpłynęło na obniżenie poziomu świadczeń medycznych. Przy zachowaniu struktury łóżek takiej samej jak w SPZOZ, zakontraktowano o 161 osobodni więcej (o 2,7%). Średni czas pobytu chorego zwiększył się o 0,2 dnia. W izbie przyjęć zarejestrowano o 1 013 pacjentów więcej (o 6,3%). Na 5 z 6 oddziałów odnotowano zysk na 1 osobodniu. Znamienne było to, że odnotowywana w SPZOZ w działalności oddziału intensywnej terapii strata na 1 osobodzień w kwocie 721,61 zł zmieniona została w PCZ na zysk w kwocie 15,58 zł. Zwiększyła się również wydajność pracy w pracowniach diagnostycznych o 40% w przypadku USG, o 18% w RTG oraz o 70% w laboratorium szpitalnym.

W 2004 r. prowadzono badania satysfakcji pacjenta, ich wyniki przedstawiono na ryc. 5 i ryc. 6.

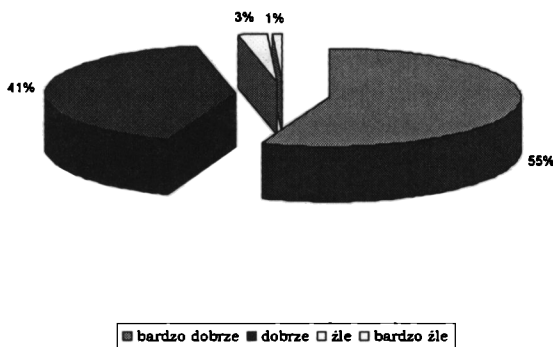
Jak ocenia Pani/Pan opiekę pielęgniarki nad pacjentem



Ryc.5. Wyniki badań satysfakcji pacjentów 1

Źródło: dane PCZ sp. z o.o.

Jaki jest, Pani/Pana zdaniem, stosunek pielęgniarek do pacjentów



Ryc. 6. Wyniki badań satysfakcji pacjentów 2.

Źródło: dane PCZ sp.z o.o.

10. Proces pozyskiwania kapitału i spłaty zobowiązań

Od samego początku powiat kamiennogórski dążył do spłaty zobowiązań, z dokonanej bowiem oceny finansowej wynikało wyraźnie, że odwlekanie tego w czasie powoduje bardzo szybki wzrost zadłużenia o ciągle narastające odsetki. By usystematyzować pracę nad tym problemem, rada powiatu przyjęła w maju 2004 r. Program likwidacji SPZOZ, który był efektem prac koncepcyjnych nad rozwiązaniami formalnoprawnymi dotyczącymi przejęcia zadłużenia. Kolejny miesiąc to intensywne negocjacje z instytucjami finansowymi, zakończone w lipcu przedstawieniem radzie powiatu wariantowych rozwiązań dotyczących źródeł pozyskania kapitału. Rada podjęła w lipcu uchwałę o zaciągnięciu kredytu bankowego na kwotę zbliżoną do zobowiązań z tytułu dostaw i usług. Prezes Urzędu Zamówień Publicznych zgodził się na tryb uproszczony wyboru banku, więc we wrześniu 2004 r. podpisano umowę kredytową.

Warto w związku z tym wspomnieć o kilku bardzo istotnych problemach.

Po pierwsze, **utrudnianie procesu restrukturyzacyjnego przez komornika** (mającego tytuły egzekucyjne w stosunku do SPZOZ!) przez blokowanie konta powiatu. Kilkadziesiąt tytułów zostało uchylonych przez sąd, komornik zaś w wyniku skargi złożonej do Izby Komorniczej został opomniany. Jednak dyspozycyjność konta powiatu została zablokowana mniej więcej na 2 miesiące, a związane z tym perturbacje stawały w negatywnym świetle całej przemiany.

Po drugie, **koszt pozyskania kapitału oraz jego wysokość zależą od oceny zdolności kredytowej samorządu**. Banki przyjęły założenie, że będą stronić od

długów służby zdrowia, zatem tak zatytułowany wniosek kredytowy zmniejsza znacznie szanse pozytywnej decyzji (w porównaniu chociażby z kredytem inwestycyjnym na budowę drogi). Niewiele jest w Polsce banków, które dobrze przeanalizowały istotę problemu i nie stronią od zaangażowania się w dobrze zorganizowane projekty. Lukę tę próbują natomiast wykorzystać inne instytucje finansowe, które – jak zwykle na niedojrzałym jeszcze rynku – szukają szybkich korzyści.

Po trzecie, **przystąpienie powiatu do długu przed zakończeniem procesu likwidacji może być niemożliwe ze względów formalnoprawnych.** Nadzór finansowy (RIO) zapewne uchyli wszelkie uchwały samorządu powiatowego, których celem będzie wcześniejsza spłata wierzytelności – odpowiedzialność prawna za ten dług przechodzi bowiem na powiat dopiero po zamknięciu procesu likwidacji. Wyjściem z tej sytuacji są jednak rozwiązania zaczerpnięte z *Kodeksu cywilnego* polegające na porozumieniu trzech podmiotów – wierzyciela, likwidatora i powiatu.

Od października 2004 r. do stycznia 2005 r. zarząd powiatu wspólnie z likwidatorem przeprowadził kilkaset spotkań i negocjacji z wierzycielami celem uzyskania porozumienia co do warunków spłaty długu. Przejrzystość działań i motywacji ma w tym olbrzymie znaczenie, rozważana więc opcja zlecenia tej pracy firmie konsultingowej wzmocniłaby wśród wierzycieli negatywną ocenę i klasyfikowałaby propozycje jako swoiste „gangsterstwo finansowe”. W efekcie sukcesywnie likwidowano zaległości z tytułu funduszu socjalnego (tzw. Ustawa 203), kontraktów lekarskich oraz większość zobowiązań dotyczących dostaw i usług. Zobowiązaniami publiczno-prawnymi powiat zajmie się jeszcze w tym roku, tak by na zakończenie likwidacji (w lipcu 2006 r.) mieć możliwie jak najwięcej zobowiązań objętych ugodami.

11. Podsumowanie – warunki niezbędne do przeprowadzenia takich zmian

Z perspektywy czasu należy podkreślić, że tego typu przemiany wymagają bardzo klarownej koncepcji, olbrzymiej determinacji oraz współdziałania. Ten ostatni element jest najistotniejszy – w wielu przypadkach jego brak będzie wyprzedzał zainicjowane procesy. Jako warunek niezbędny należy przedstawić współdziałanie czterech najistotniejszych elementów tego systemu: zarządu powiatu, rady, kierownictwa szpitala oraz większości załogi. Bez wzajemnego zaufania nie da się przeprowadzić tego procesu bezkolizyjnie.

Kolejnym niezbędnym warunkiem jest pozyskanie zrozumienia i uznania dla tych zmian na poziomie województwa – zarówno w Urzędzie Marszałkowskim, jak i w Urzędzie Wojewódzkim, oraz – co niezwykle istotne – w oddziale NFZ. Tylko bieżące konsultacje z tymi podmiotami, kreującymi wszakże politykę w zakresie służby zdrowia, mogą wpisać w nią lokalne działania.

Ostatni z niezbędnych warunków przekształceń to profesjonalna obsługa prawna. Cały bowiem proces, zwłaszcza gdy jest to działanie innowacyjne, obfituje w wiele problemów formalnoprawnych, których złe rozwiązanie może przynieść niepożądane rezultaty.

Przedstawiony przykład przemian wyraźnie ukazuje, że same przekształcenia własnościowe mogą nie przynieść pożądanego efektu. Choć zależy to od przypadków jednostkowych, powodzenie tego typu działań jest związane z koniecznością głębokich zmian w samej strukturze jednostki, wdrożenia mechanizmów zarządzania i controllingu.

Literatura

- [1] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408).
- [2] Sprawozdania finansowe SP ZOZ w Kamiennej Górze oraz Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze.
- [3] Analizy satysfakcji pacjentów wykonane przez PCZ sp. z o o.

RESTRUCTURING OF THE MEDICAL UNIT - PRACTICAL EXPERIENCE

Summary

In this article there were presented the theoretical chances to carry out the process of restructuring in medical posts. An analysis of the concrete restructuring process in powiat Kamienna Góra became the article's background. The author pointed at threats which are rising at the next stages of transformations and characterised the terminal effect of changes. However carrying out of such a process is complicated extremely and requires big organizational efficiency. It is necessary too: a cooperation of the management of the administrative district (powiats) and hospital's management and the crew's majorities, understanding for these changes on the regional level and professional legal service. Big benefits, mainly economic, are persuading to accept the thesis about the need to introduce this kind of transformations into the bigger scale.