

Karolina WIELICKA-GAŃCZARCZYK
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania, Administracji i Logistyki
karolina.wielicka-ganczarczyk@polsl.pl

RESTRUKTURYZACJA SZPITALA PUBLICZNEGO – STUDIUM PRZYPADKU

Streszczenie. Według danych zaprezentowanych przez Ministerstwo Zdrowia zobowiązania szpitali publicznych na koniec roku 2017 wyniosły ponad 11 mld zł. Mimo licznych reform w sektorze ochrony zdrowia (m.in.: ustawa o działalności leczniczej, programy wsparcia szpitali i jednostek samorządowych z budżetu państwa itp.) zobowiązania szpitali publicznych wzrosły o 63,3% w stosunku do zadłużenia z roku 2003 (pierwszy okres gromadzenia danych). Istotne zatem jest poddanie analizie mechanizmów powodujących wzrost zobowiązań wśród szpitali, a tym samym obserwacja podejmowanych przez nie działań w odpowiedzi na zmiany systemowe. W nin. artykule do tego celu posłużono się studium przypadku.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, restrukturyzacja, szpital publiczny, studium przypadku

PUBLIC HOSPITAL RESTRUCTURING – CASE STUDY

Abstract. According to the information presented by the Ministry of Health, public hospital liabilities at the end of 2017 amounted to over 11 billions zł. Despite reforms implemented in the health care sector (including: laws enhancing restructuring and adaptation activities, support programs for hospitals and local government units from the support of state budget, changes in the method of financing health services and the implementation of the law favoring commercialization etc.) in relation to the debt of 2003 (first period of data collection) liabilities of public hospitals increased by 63.3%. Therefore, it is important to carefully analyze the mechanisms that increase the liabilities of hospitals, and thus observe the activities undertaken in hospitals as a result of systemic changes.

Keywords: health care, restructuring, public hospital, case study

1. Wprowadzenie

Podjęmowane w kraju liczne transformacje gospodarcze nie ominęły sektora ochrony zdrowia, dla którego szczególne znaczenie miały reformy wdrożone po 1989 roku. Kres systemu socjalistycznego sprzyjał wprowadzaniu mechanizmów rynkowych¹. Jedną z istotniejszych zmian dla placówek medycznych było przyjęcie w 1991 roku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która zmieniała formę organizacyjno-prawną funkcjonowania szpitali, dopuszczając prowadzenie działalności przez publiczne i niepubliczne zakłady, co istotne zapisy ustawy dopuszczały również przekształcenie i likwidację publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ)². Nie bez znaczenia dla szpitali była przyjęta w 1996 roku ustawa o gospodarce komunalnej³, przy wsparciu której dokonywano przekształceń SPZOZ w spółki. W roku 1997 przyjęto ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁴, na mocy której utworzono fundusz ubezpieczeniowy, zamieniono część podatku dochodowego na składkę ubezpieczeniową oraz powołano siedemnaście kas chorych (szesnaście wojewódzkich i jedną branżową). Ze względu na podjęte transformacje systemowe w latach 90. i ich skutki w późniejszym okresie, czas ten był także momentem wzmożonych protestów wśród pracowników medycznych, którzy domagali się podwyżek płac. W wyniku licznych strajków personelu białego, w roku 2000 przyjęto ustawę 203⁵, która zakładała wzrost płac pracowników sektora ochrony zdrowia w kolejnych latach, jednakże nie zawierała zapisów wskazujących na źródło ich finansowania. Cztery lata później z powrotem powrócono do modelu centralnego finansowania świadczeń zdrowotnych, likwidując tym samym Krajowy Związek Kas Chorych i powołując na jego miejsce Narodowy Fundusz Zdrowia⁶ (NFZ) wraz z wojewódzkimi przedstawicielstwami. Po powołaniu NFZ-tu przyjęto ustawę o tzw. świadczeniach niegwarantowanych⁷, zgodnie z którą wszystkie te świadczenia, które nie

¹ Buliński L.: Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny. CeDeWu, Warszawa 2009, s. 17-18.

² Rąbiega-Przyłęcka A.: Przekształcenia Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej), [w:] Węgrzyn M., Łyszczak M., Wasilewski D.: Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2013, s.15.

³ Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (DzU. z 1997 r., nr 9, poz. 43 z późn. zm.).

⁴ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU z 1997 r., nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

⁵ Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (DzU Z 2001 r., nr 5, poz. 45).

⁶ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU z 2003 r., nr 45, poz. 391).

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2004 r., nr 210, poz. 2135).

zostały wyszczególnione w ustawie przysługiwały pacjentom w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a pozostałe były odpłatne. Okres ten również był burzliwy pod względem strajków pracowników sektora ochrony zdrowia. Przykładowo protesty związane były z nieprzystąpieniem członków Porozumienia Zielonogórskiego do kontraktowania z NFZ jako wyraz braku akceptacji narzuconych przez NFZ warunków kontraktu⁸, czy jednodniowy, krajowy strajk lekarzy z powodu braku podwyżek płac, który miał miejsce w 2006 roku. W jego wyniku lekarze pobrali urlopy na żądanie paraliżując możliwość prowadzenia działalności przez szpitale. Podjęte w ramach strajków działania przyczyniły się do ustawowego zagwarantowania 30% podwyżki wynagrodzenia dla pracowników sektora⁹.

Zachęcając szpitale do przekształceń Rada Ministrów przyjęła w 2009 roku program wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia¹⁰ (tzw. plan B). Program, który miał być realizowany do końca 2011 roku zakładał uzyskanie przez samorzady pomocy finansowej w postaci dotacji celowej na spłatę zobowiązań publiczno i cywilno-prawnych, w przypadku przekształcenia szpitala w spółkę prawa handlowego. Należy zaznaczyć, że do roku 2008 przekształcono na mocy ustawy z 1991 roku 71 podmiotów¹¹ z 834 działających w tym okresie¹² (ok. 8,5%). Z kolei w latach 2009-2010 przekształcono 42 szpitale. W roku 2011 przyjęto ustawę o działalności leczniczej¹³, która wyparła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej i miała spowodować lawinowe przekształcenia wśród pozostałych szpitali publicznych. Jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli w latach 2011 do 2013 na mocy ustawy o działalności leczniczej przekształcono 60 szpitali¹⁴. W wyniku transformacji systemowej zapoczątkowanej w sektorze ochrony zdrowia od roku 1989 szpitalom narzucono konieczność ciągłego wdrożenia programów dostosowawczych, naprawczych oraz komercjalizacyjnych, przy czym sposób i zakres przeprowadzania działań realizowanych w ramach powyższych programów był dowolny.

Celem artykułu jest zaprezentowanie działań restrukturyzacyjnych podejmowanych w wybranym szpitalu na skutek m.in. reform sektora ochrony zdrowia. Studium przypadku pokazuje ciągłość zmian realizowanych w szpitalu przez okres sześciu lat (2006-2013).

⁸ 20 lat OZZL. 20 lat walki o prawa lekarzy i racjonalny system opieki zdrowotnej w Polsce. Kalendarium 1991-2011, http://www.ozzl.org.pl/images/OZZL_kalendarium2.pdf, 08.01.2018.

⁹ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (DzU. nr 149, poz. 1076).

¹⁰ Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

¹¹ Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe. NIK, Warszawa 2015, s. 15.

¹² Nojszewska E.: System ochrony zdrowia w Polsce. Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 119.

¹³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU. z 2011 r., nr 112, poz. 654).

¹⁴ Działalność..., op.cit.

Odnosi się zatem do działań restrukturyzacyjnych podejmowanych przez szpital prowadzący swoją działalność jako SPZOZ oraz do procesu jego komercjalizacji i początkowego okresu funkcjonowania jako spółka prawa handlowego. Studium przypadku przeprowadzono w oparciu o analizę dokumentacji źródłowej, badanie ankietowe, wywiady z dyrekcją szpitala i zarządem spółki oraz przedstawicielami ówczesnego organu założycielskiego SPZOZ-u i obecnego właściciela spółki.

2. Charakterystyka szpitala na rok 2006

Szpital funkcjonujący SPZOZ rozpoczął swoją działalność w maju 2005 roku w wyniku likwidacji Szpitala Zespołonego utworzonego z połączenia czterech placówek zlokalizowanych na terenie jednego miasta. Zadłużenie Szpitala Zespołonego zostało przejęte przez jego organ założycielski, co pozwoliło nowopowstałemu zakładowi na rozpoczęcie działalności bez zadłużenia. Analizowany szpital prowadził swoją działalność w oparciu o przekazany mu w nieodpłatne użytkowanie majątek Miasta (organ założycielski¹⁵ SPZOZ-u). Placówka posiadała dwie lokalizacje, pierwsza składała się z kompleksu czterech budynków powstałych w latach 60. XX wieku, druga obejmowała jeden budynek powstały w latach 40. W pięciu budynkach o powierzchni wynoszącej ok. 11 tys. m² funkcjonowało 9 oddziałów, które łącznie dysponowały 340 łózkami, tj. oddział: chorób wewnętrznych I i II (pod względem liczby łóżek największy z oddziałów – 103 szt.), chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, dermatologii, ginekologiczno-położniczy, neonatologii. W roku 2006 szpital zatrudniał 636 pracowników, wśród których najliczniejszą grupą zawodową były pielęgniarki (229,25 etatów przeliczeniowych – 37,7%), a następnie personel średni i niższy (136,63 etatów przeliczeniowych – 27,92%), udział lekarzy w zatrudnieniu stanowił 10,88% (66,18% etatów przeliczeniowych).

Głównym źródłem pozwalającym na regulowanie kosztów wynikających z prowadzonej przez szpital działalności był kontrakt zawarty z NFZ, z kolei środki na działalności inwestycyjną pozyskiwane były z budżetu organu założycielskiego w postaci dotacji. W 2006 roku wartość kontraktu zawartego z NFZ wynosiła ok. 30,5 mln zł. Najwyższy udział w kontrakcie posiadał oddział urazowo-ortopedyczny (33%), z kolei oddział o najwyższej liczbie łóżek (chorób wewnętrznych) posiadał 19% wartości kontraktu. Najniższy udział

¹⁵ Termin wywodzący się z Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r., obecnie obowiązująca Ustawa o działalności leczniczej z 2011 r. wprowadziła na jego miejsce termin podmiot tworzący.

w przychodach szpitala z tytułu zawartego kontraktu wykazał oddział dermatologii (2%). Szpital prócz kontraktu zawartego na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach lecznictwa zamkniętego posiadał kontrakt na świadczenia udzielane w ośmiu przyszpitalnych poradniach specjalistycznych w wysokości ok. 700 tys. zł. Rok 2006 szpital zamknął ze stratą ze sprzedaży na poziomie ok. 3,05 mln zł oraz stratą na działalności operacyjnej wynoszącą ok. 3,8 mln zł.

Przeprowadzona analiza wskaźnikowa wykazała ujemne wartości wskaźników rentowności (m.in. rentowność całkowita sprzedaży, operacyjna sprzedaży, z działalności gospodarczej sprzedaży, majątku i rentowność kapitału). Szpital zrealizował większą ilość świadczeń zdrowotnych niż ta przewidziana w kontrakcie. Do każdej złotówki sprzedaży szpital dopłacił ok. 10 gr. Wskaźnik ogólnego zadłużenia wyniósł ok. 22%, co oznaczało, że na 100 zł aktywów przypadało 22 zł zobowiązań, z kolei wskaźnik zadłużenia kapitału osiągnął wartość ok. 28%. Odnotowano również wysoki wskaźnik zaangażowania wynagrodzenia w przychodach ze sprzedaży. Przy blisko 70% kosztach związanych z wynagrodzeniami szpital zmuszony był pokrywać pozostałe koszty z 30%.

3. Przyczyny komercjalizacji

Pierwsze problemy finansowe szpitala, powstałe w 2006 roku, wynikały z ogólnopolskich podwyżek płac w ochronie zdrowia¹⁶. Na mocy ustawy placówka została zmuszona do sfinansowania 30% podwyżek wynagrodzeń przypadających na jeden kwartał. Szpital nie był w stanie pokryć z własnych środków już pierwszej podwyżki. Podjęte negocjacje z pracownikami nie przyniosły zamierzonego efektu, co zmusiło dyrekcję szpitala do zaciągnięcia kredytu na rachunku bieżącym na kwotę ok. 1,5 mln zł z terminem spłaty do roku 2009.

Wysokość kontraktu zawartego z NFZ ledwo starczała na uregulowanie zobowiązań wynikających z działalności bieżącej i przekładała się na niedobór kapitału obrotowego. Blisko 95% przychodów szpitala pochodziło z realizacji świadczeń na rzecz osób ubezpieczonych w NFZ, pozostałe 5% m. in. z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej oraz pacjentów komercyjnych pochodzących z zagranicy. Brak możliwości negocjacji wyceny świadczeń zdrowotnych, a tym samym brak wpływu na wysokość kontrakt skutkowało

¹⁶ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (DzU nr 149, poz. 1076).

Termin „służba zdrowia” przyjęty w 1939 r. został zlikwidowany w wyniku podjętych w 1999 r., na jego miejsce wprowadzono termin „ochrona zdrowia”, który jest obecnie obowiązujący.

ograniczonymi możliwościami przewidzenia przyszłych przychodów, na skutek czego założono błędne prognozy finansowe. Niższa wysokość kontraktu niż zakładana, stale rosnący popyt na świadczenia zdrowotne, brak możliwości odmowy udzielenia świadczeń spowodowały przekroczenie limitów kontraktowych, a tym samym wzrost kosztów prowadzonej działalności. Uregulowanie zobowiązań przez NFZ za świadczenia wykonane ponad limitem wiązało się z podpisaniem aneksu do umowy zwiększającego ilość świadczeń lub ugody na koniec roku (przyjęta praktyka). Żadna z możliwości nie dawała jednak gwarancji otrzymania zapłaty za wszystkie świadczenia wykonane ponad przyjęty limit.

Duży wpływ na sytuacja finansowa szpitala miał dawno nieaktualizowany regulaminach wewnętrznych. Z powodu protestów związków zawodowych regulamin nie mógł podlegać zmianom. Regulamin uwzględniał nagrody jubileuszowe, dodatek za wysługę lat, dodatek funkcyjny, ciężowy, dodatek z tytułu uzyskania stopnia doktora i wiele innych. Udział wynagrodzeń w przychodach ze sprzedaży wynosił ok. 68%. Wskaźnik ten wzrósł po zmianach w ustawie z 22 lipca 2006 r. i finansowych roszczeniach pracowników z 2008 r. W 2008 roku (w trzecim kwartale ustawowych podwyżek) udział kosztów związanych z wynagrodzeniem pracowników w stosunku do przychodów przekroczył 77% przy poziomie kosztów stałych rzędu 10-12%, powodując brak możliwości podjęcia działań, które w sposób widoczny oddziaływałyby na wynik finansowy.

Kolejnym problemem Szpitala były stare budynki o złym stanie technicznym, a zwłaszcza ten, w którym mieścił się oddział ginekologiczno-położniczy. Częste awarie i naprawy przekładały się na utrzymanie ciągłości realizacji świadczeń zdrowotnych. Wprowadzone w 2006 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia¹⁷ spowodowało konieczność zmodernizowania budynków i sprzętu medycznego do 2012 roku. Szpital nie osiągał przychodów pozwalających mu na samodzielną realizację inwestycji, dlatego jego przez organ założycielski (właściciel majątku) przekazał ok. 60 mln zł na realizację 6-letniego „Programu Dostosowawczego” zakładającego modernizację placówki.

Przedstawione powyżej problemy, jak również wejście w życie tzw. planu B (przekazanie samorządom środków publicznych na komercjalizację szpitali) spowodowały podjęcie przez dyrekcję Szpitala i jego organ założycielski decyzji o przeprowadzeniu w roku 2009 komercjalizacji zakładu. Na koszt komercjalizacji miało składać się m. in.: przejęcie przez organ założycielski zaciągniętego przez Szpital kredytu bankowego, wypłacenie odpraw pracowniczych, pokrycie zadłużenia oraz kosztów administracyjnych wynikających z realizacji procesu likwidacji szpitala.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymogów jakimi powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (DzU. 2006, nr 213, poz. 1568).

4. Komerccjalizacja szpitala i jego działalność w pierwszych latach powstania spółki (2009-2013)

Opracowany „Program Komerccjalizacji Szpitala” zakładał przeprowadzenie części zmian w szpitalu funkcjonującym jako SPZOZ oraz w początkowym okresie prowadzenia działalności jako spółka. Wśród przyjętych założeń wyszczególniono:

- wzrost kontraktu z NFZ na oddział ginekologiczno-położniczy oraz neonatologiczny,
- utworzenie oddziału opieki długoterminowej oraz 3% wzrostu przychodów w pierwszym roku prowadzenia działalności jako spółka prawa handlowego ze świadczeń komercyjnych, a następnie wzrost do 10% w przeciągu 5 lat,
- osiągnięcie dodatniej rentowności przy udziale kosztów osobowych w przychodach szpitala na poziomie 60%,
- przeprowadzenie restrukturyzacji zatrudnienia obejmującej jego dostosowanie do wielkości kontraktu z NFZ,
- zmniejszenie udziału kosztów wynagrodzeń w przychodach oraz zmiany w regulaminach.

Początkowo przyjęty plan komercjalizacji zakładał utworzenie tzw. spółki pracowniczej, której pisemną chęć zakup udziałów wyraziło 80% pracowników. Jeden udział został wyceniony na ok. 500 zł, a początkowy kapitał zakładowy spółki oszacowano na kwotę 5 mln zł. Dyrekcja szpitala złożyła wniosek do organu założycielskiego o przekształcenie szpitala w spółkę pracowniczą. Szpital chciał wydzierżawić budynki od organu założycielskiego i prowadzić swoją działalność w tej samej lokalizacji. Na sesji Rady Miasta, w której udział wzięło 25 radnych, wyrażono zgodę na komercjalizację szpitala, z zastrzeżeniem, że nowo powstała spółka będzie 100% własnością Gminy Miasta.

W wyniku komercjalizacji zlikwidowano Szpital funkcjonujący jako SPZOZ, na jego miejsce utworzono spółkę prawa handlowego. Przyjęta przez organ założycielski uchwała o komercjalizacji szpitala zakładała:

- wniesienie 100 000 zł kapitału zakładowego spółki (przy zadeklarowanej przez szpital potrzebie kapitału początkowego w wysokości 5 mln zł),
- przejęcie pracowników likwidowanego zakładu na podstawie art. 23' Kodeksu Pracy,
- wniesienie aportem majątku ruchomego w postaci aparatury i urządzeń, środków transportu do kapitału zakładowego spółki,
- pokrycie kosztów związanych z likwidacją SPZOZ z przychodów własnych szpitala postawionego w stan likwidacji oraz z dotacji budżetu miasta.

Szpital, funkcjonujący jako spółka prawa handlowego, rozpoczął działalność bez zadłużenia w marcu 2009, a medyczną w listopadzie 2009 roku. Administracyjny proces

likwidacji szpitala funkcjonującego jako SPZOZ odbył się zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku. Równocześnie przeprowadzono likwidację starego podmiotu i utworzenie na jego miejsce nowego, zachowując ciągłość, warunki oraz jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Spółka rozpoczęła działalność z zakładanych przez organ założycielski kapitałem początkowym w wysokości 100 000 zł. 17 mln zł zadłużenie Szpitala (tab. 1) zostało częściowo spłacone przez Szpital postawiony w stan likwidacji, pozostałą jego część przejął organ założycielski.

Tabela 1

Zysk/strata netto

	Okres rozliczeniowy					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Zysk/strata netto [zł]	-17 000 000	-1 269 434	-6 264 858	-7 482 337	-5 885 976	-2 757 405

Źródło: Opracowanie własne.

Narastające zobowiązania szpitala spowodowały utratę przez niego płynności finansowej. Spółka mając na celu zmniejszenie zadłużenia z tytułu dostaw towarów i usług zaciągnęła w 2012 roku kredyt na rachunku bieżącym w wysokości ok. 4 mln zł, z terminem spłaty do 2016 r. Równocześnie wystąpiono o sądowe przeprowadzenie ugodowego postępowania pojednawczego wśród 19 wierzycieli, co w większości skutkowało odstąpieniem od naliczania odsetek karnych za zwłokę.

Komercjalizacja i towarzysząca jej restrukturyzacja obejmująca działania w SPZOZ i spółce nie spowodowała zmian w strukturze oddziałów, jednakże do roku 2011 zwiększono liczbę łóżek z początkowych 340 do 380, powiększając oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz oddział ginekologiczno-położniczy. Zgodnie z zakładanym planem wszyscy pracownicy SPZOZ zostali przejęci przez spółkę na mocy artykułu 23' Kodeksu Pracy. Początkowy stan zatrudnienia z 2006 roku wynosił 636 pracowników, w roku komercjalizacji zmniejszył się do 606, by rok później zwiększyć się o 24 osoby, w roku 2011 stan zatrudnienia wynosił 622 pracowników. Udział kosztów wynagrodzeń w przychodach w dalszym ciągu oscylował w okolicach powyżej 70% (tab. 2).

Tabela 2

Udział kosztów wynagrodzeń w przychodach

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Udział kosztów wynagrodzeń w przychodach	56,59%	53,72%	57,64%	76,42%	74,86%	73,03	67,72	63,49

Źródło: Opracowanie własne.

Planowana restrukturyzacja zatrudnienia nie powiodła się, szpital nie miał bezpośredniej możliwości ograniczenia wysokości zatrudnienia. Ze względu na likwidację jednego z oddziałów Szpitala Uniwersytetu Medycznego organ założycielski pod naciskiem

społecznym oraz presją związków zawodowych zdecydował o przyłączeniu zlikwidowanego oddziału wraz z jego pracownikami do struktury analizowanego Szpitala. W roku 2012 wdrożono kolejny program naprawczy, którego jednym z głównych założeń było ograniczenie kosztów pracy o 2% poprzez redukcję personelu, przejście na 3/4 etatu i zmiany w regulaminach pracy i wynagrodzeń.

Planowane w ramach komercjalizacji zmiany w regulaminie nie zostały wdrożone na tyle by Szpital odnotował spadek kosztów w poszczególnych składnikach wynagrodzeń (tab. 3).

Tabela 3

Struktura wynagrodzeń w latach 2008 i 2009

Lp.	Wynagrodzenie	Procentowa wartość poszczególnych obszarów wynagrodzenia		Tendencja
		2008	2009	
1	Wynagrodzenie zasadnicze	52,62%	51,77%	↓
2	Premie	5,43%	5,54%	↑
3	Godziny nadliczbowe	0,77%	1,46%	↑
4	Dodatek funkcyjny, ciężowy, za tyt. naukowy	3,29%	3,12%	↓
5	Dodatek za wysługę lat	8,56%	8,59%	↑
6	Dyżury lekarskie	8,22%	8,51%	↑
7	Pozostałe dyżury i zwyczki za noce i święta	12,27%	12,98%	↑
8	Urlop wypoczynkowy	1,79%	1,89%	↑
9	Choroba pracowników	1,17%	1,19%	↑
10	Pozostałe składniki	0,19%	0,34%	↑
11	Nagrody jubileuszowe	1,25%	0,76%	↓
12	Odprawy emerytalne	0,23%	-	↓
13	Prace zlecone	1,54%	1,50%	↓
14	Dyżury rezydentów	1,74%	1,41%	↓
15	Wynagrodzenia stażystów i rezydentów	0,92%	0,94%	↑

Źródło: Opracowanie własne.

Podjęta uchwała o przekształceniu szpitala zakładała nie tylko przejście wszystkich pracowników na mocy art. 23', ale również podtrzymywała obowiązujące na okres 1 roku starych regulaminów wynagrodzeń i pracy, przy jednoczesnej gwarancji stałości zatrudnienia. Obowiązujący regulamin wynagrodzeń zakładał dodatek za pracę w nocy, niedziele i święta wynoszący odpowiedni 65% i 45% wynagrodzenia zasadniczego. Za wysługę lat pracownik otrzymywał dodatek stanowiący od 5% do 20% stawki zasadniczej.

Przejście zadłużenia przez organ założycielski nie spowodowało zaprzestanie generowania przez spółkę zadłużenia. Rok 2009 Szpital zamknął ze stratą wynoszącą ok. 1,3 mln zł, w kolejnych latach prowadzenia działalności strata uległa powiększeniu. Pogłębiające się zadłużenie Szpitala wynikało przede wszystkim ze zmniejszenia wartości kontraktu z NFZ i w dalszym ciągu marginalnym udziałem przychodów ze świadczeń komercyjnych w ogólnych przychodach szpitala. W opracowanym Programie Komercjalizacji założono, że w roku 2009 wartość kontraktu wynosić będzie ok. 44,5 mln zł. W rzeczywistości Szpital podpisał kontrakt z NFZ na wysokość 40,5 mln zł, czyli o ok. 9% niższą niż zakładano.

Na niekorzystną sytuację szpitala wpłynęło również zaprzestanie przekazywania środków finansowych na wzrost wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia w ramach podwyższania kontraktu z NFZ. W 2008 rok NFZ miał przekazać ok. 5,3 mln zł na ten cel. Częściowo zostało to zrekompensowane poprzez podniesienie wartości kontraktu w roku 2010, jednakże w roku 2011 wartość kontraktu uległa ponownie zmniejszeniu. W okresie 2009/2010 pracownicy Szpitala licznymi protestami i strajkiem oraz dzięki interwencjom mediów wymusili na spółce kolejne podwyżki płac. W wyniku czego za 9 miesięcy prowadzenia działalności w roku 2011 koszty pracy w stosunku do przychodów stanowiły ok. 82%. Szpital prowadzący działalność jako spółka przeznaczał ponad 4/5 swoich przychodów na pokrycie kosztów związanych z prowadzeniem działalności bieżącej.

Rozszerzenie oferty udzielanych świadczeń zdrowotnych o usługi realizowane w ramach utworzonego zakładu opiekuńczo-leczniczego spowodowało, że spółka w pierwszym roku działalności odnotowała 4% wzrost przychodów z tyt. świadczeń komercyjnych. Komercjalizując szpital błędnie założono stopniowy wzrost wartości kontraktu z NFZ (w roku 2011 został on obniżony w porównaniu do roku wcześniejszego o ok. 2,5 mln zł.) oraz 3% wzrost przychodów w pierwszym roku funkcjonowania szpitala jako spółka, a w kolejnych latach wzrost do poziomu 10%. Swoje założenia szpital oparł na niewłaściwej prognozie wzrostu gospodarczego oraz spadku bezrobocia, co miało przyczynić się do zwiększenia popytu na komercyjne świadczenia medyczne. Opracowując program komercjalizacji nie dokonano analizy zdolności nabywczej lokalnej społeczności, a tym samym nie zbadano docelowej grupy klientów gotowych zakupić świadczenia. Podniesienie poziomu bezrobocia w mieście, a tym samym obniżenie wzrostu gospodarczego oraz wysokie ceny specjalistycznych świadczeń komercyjnych, jak i mentalność społeczeństwa przyzwyczajonego do publicznej – darmowej służby zdrowia nie pozwoliły spółce na zwiększenie udziału z tytułu komercyjnych świadczeń medycznych w przychodach.

Od momentu komercjalizacji Szpital wykazywał coraz większą stratę. W 2011 r. wynosiła ona blisko 7,5 mln zł. Obniżenie wielkości kontraktu z NFZ w roku 2011 nie spowodowało obniżenia przychód netto ze sprzedaży produktów i towarów w stosunku do roku wcześniejszego. Na skutek niskiej wartości kapitału zakładowego oraz niekorzystnych wskaźników wynikających z nieterminowego regulowania należności, a tym samym rosnącego poziomu zadłużenia szpital utracił wiarygodność wśród kontrahentów, która uniemożliwiła mu jakąkolwiek negocjację cen z dostawcami. Mimo przekształcenia szpitala publicznego w spółkę prawa handlowego w roku 2011 pojawiła się realna groźba jego niewypłacalności oraz możliwość ogłoszenia upadłości likwidacyjnej.

5. Podsumowanie

Od 2001 roku do roku 2018 w analizowanym szpitalu przeprowadzono siedem zmian na stanowiskach dyrektora/prezesa placówki (średnio co 2,5 roku). Obecnie w wyniku działań podjętych przez Szpital wypowiedzenie z pracy złożyli ordynatorzy oddziału kardiologii, ortopedii, chorób wewnętrznych i gastrologii, odchodząc wraz z większością zespołu, co znacząco utrudniło funkcjonowanie placówki i zagroziło realizacji kontraktu z NFZ. Obecny zarząd szpitala mając kłopoty z obsadą personelu planuje zmiany w strukturze organizacyjnej (m.in. łączeniu oddziałów), modernizację nieremontowanego od ok. 2002 r. oddziału kardiologii oraz przygotowuje się do przyszłego kontraktowania.

System ochrony zdrowia w Polsce w ciągu wielu lat podlegał licznym transformacjom. Początkowo działał on sprawnie bazując chociażby na niemieckim doświadczeniu związanym z systemem kas chorych, jednakże w późniejszych latach stawał się coraz bardziej podatny na wpływy polityczne¹⁸. Wśród najbardziej kluczowych reform systemu ochrony zdrowia należy wyszczególnić ustawę o zakładach opieki zdrowotnej i ustawę o działalności leczniczej oraz wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i utworzenie NFZ. Liczne koncepcje dotyczące sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kraju wymusiły na podmiotach udzielających świadczenia zdrowotne konieczność ciągłego dostosowywania się do zachodzących zmian. Można zatem stwierdzić, że szpitale funkcjonowały od roku 1989 i funkcjonują obecnie w trybie ciągłej restrukturyzacji, której głównym powodem są konsekwencje wynikające z przymusu dostosowywania się do zmian legislacyjnych (w tym do warunków kontraktowania), nie zawsze uwzględniających realną kondycję finansową szpitali i ich rzeczywiste potrzeby.

Na podstawie przedstawionego studium przypadków pokazano wpływ zmian w obszarze systemu ochrony zdrowia na sposób prowadzenia działalności przez szpital. Jak wynika z przedstawionej analizy wdrażane wewnątrz szpitala zmiany wynikały z konieczności dostosowania się do przekształceń ustawowych lub z potrzeby naprawy pogarszającego się stanu placówki. Do destabilizacji funkcjonowania szpitala przyczyniła się m.in. tzw. ustawa 203, która nie zakładała źródła pochodzenia środków finansowych na podwyżki wynagrodzeń pracowników medycznych, jak również ustawa powołująca NFZ bez wyposażenia szpitali w mechanizmy, czy narzędzia pozwalające szpitalowi na negocjację wysokości kontraktu.

¹⁸ Cwiąkała-Małys A., Łagowski P.: Ewolucyjny obraz z przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce. „Przegląd Prawa i Administracji”, XCIII. Wrocław 2013, s. 101.

Bibliografia

1. Buliński L.: Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny. CeDeWu, Warszawa 2009.
2. Ćwiąkała-Małys A., Łagowski P.: Ewolucyjny obraz z przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce. „Przegląd Prawa i Administracji”, XCIII. Wrocław 2013.
3. Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe. NIK, Warszawa 2015.
4. Nojszewska E.: System ochrony zdrowia w Polsce. Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
5. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy: 20 lat OZZL. 20 lat walki o prawa lekarzy i racjonalny system opieki zdrowotnej w Polsce. Kalendarium 1991-2011, http://www.ozzl.org.pl/images/OZZL_kalendarium2.pdf, 08.01.2018.
6. Rabiega-Przyłęcka A.: Przekształcenia Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej), [w:] Węgrzyn M., Łyszczak M., Wasilewski D.: Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce. Nowe wyzwania. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2013.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymogów jakimi powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (DzU 2006, nr 213, poz. 1568).
8. Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.
9. Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (DzU z 1997 r., nr 9, poz. 43 z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2011 r., nr 112, poz. 654).
11. Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (DzU 2001, nr 5, poz. 45).
12. Ustawa z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (DzU nr 149, poz. 1076).
13. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU z 2003 r., nr 45, poz. 391).

14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2004 r., nr 210, poz. 2135).
15. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (DzU z 1997 r., Nr 28, poz. 153 z późn. zm.).