

MEANDRY RESTRUKTURYZACJI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Bernadetta FIJAŁKOWSKA *

* *Departament Polityki Zdrowotnej Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego
e-mail: bernadetta.fijalkowska@dolnyslask.pl*

Artykuł wpłynął do redakcji 03.12.2012 r., Zweryfikowaną i poprawioną wersję po recenzjach i korekcie otrzymano w lutym 2013 r.

Głównym celem referatu jest ukazanie złożoności restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wiedza o rodzajach i metodach restrukturyzacji jest tylko warunkiem wstępnym do opracowania użytecznych i skutecznych jej metod. Restrukturyzacja w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SP ZOZ) wynika z nadmiernego ich zadłużenia i zakłada zachowanie miejsc pracy. Obowiązująca od 1 lipca 2011 roku ustawa o działalności leczniczej określa wskaźniki zadłużenia. W przypadku wysokiego zadłużenia ustawa nakazuje przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Autorka prezentuje wskaźniki zadłużenia placówek medycznych podległych Samorządowi Województwa Dolnośląskiego na podstawie zatwierdzonych sprawozdań finansowych za 2011 rok. W referacie zaprezentowane jest kompendium dobrych praktyk w podmiotach leczniczych. Meandry restrukturyzacji w sektorze publicznym to trudny i skomplikowany proces prowadzący do utrzymania płynności finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przy zachowaniu miejsc pracy.

Słowa kluczowe: restrukturyzacja, zadłużenie, służba zdrowia

WSTĘP

Wiedza o rodzajach i metodach restrukturyzacji jest warunkiem wstępnym do opracowania użytecznych i skutecznych jej metod zarówno w sektorze państwowym, jak i prywatnym. Restrukturyzacja w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, podobnie jak w szpitalach klinicznych, wynika z nadmiernego ich zadłużenia i zakłada zachowanie miejsc pracy (głównie białego personelu). Zadłużenie placówek medycznych wymusza szukanie rozwiązań o charakterze prawnym, które pozwoliłyby na ich przetrwanie i rozwój. Zadania ochrony zdrowia wynikają z Konstytucji RP, a ich wykonanie powierza się władzom publicznym. Źródłem finansowania publicznej opieki medycznej są składki zdrowotne oraz dotacje, które nie w pełni pokrywają ponoszone wydatki. Przekształcenia publicznych szpitali w spółki kapitałowe w oparciu o art. 70-82 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej¹ zwiększają

¹ Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

szanse na ich rozwój. Powstałe spółki kapitałowe nie mogą się zadłużać, gdyż mają zdolność do ogłoszenia upadłości.

1. CELE I HORYZONT CZASOWY RESTRUKTURYZACJI W SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ

Pojęcie restrukturyzacji istnieje od dawna i wiąże się ze zmianami w organizacji. Zarówno w literaturze przedmiotu jak i w biznesie spotkać można wiele jej definicji, podkreślających przede wszystkim różne aspekty wywoływanych przez nią działań i skutków.

Restrukturyzacja – jest zespołem fundamentalnych zmian w organizacji, których celem jest bieżące (operacyjne) i długofalowe (strategiczne) kształtowanie atrybutów jej podmiotowości pod kątem zmian w otoczeniu i wewnętrznych potrzeb samej organizacji². Głównym powodem restrukturyzacji są sygnały o zmianach w otoczeniu, a celem jest poprawa funkcjonowania organizacji. Restrukturyzacja może mieć różny charakter i zasięg działania. Za najczęściej stosowane rodzaje restrukturyzacji literatura przedmiotu podaje:

- restrukturyzację naprawczą;
- restrukturyzację rozwojową.

Restrukturyzacja naprawcza wynika najczęściej z nadmiernego zadłużenia organizacji, a jej celem jest odwrócenie niekorzystnej sytuacji ekonomicznej, w tym głównie przywrócenie/utrzymanie płynności finansowej.

Restrukturyzacja rozwojowa polega na wprowadzeniu zmian jakościowych i strukturalnych o antycypacyjnym charakterze, przygotowujących organizację do wykorzystania szans i możliwości – obecnych i przyszłych. Ten rodzaj restrukturyzacji implementowany jest w wielu sektorach, w tym w sektorze zdrowia.

W zakładach prowadzących działalność leczniczą w procesach restrukturyzacji należy uwzględnić dwa cele:

- ekonomiczny – osiągnięcie rentowności;
- społeczny – ochrona (utrzymanie) miejsc pracy.

Meandry – to skomplikowany i często trudny do zrozumienia bieg wydarzeń. Podobnie proces restrukturyzacji jest trudny, a jego skutki w dłuższym horyzoncie czasowym niełatwe do przewidzenia.

2. ZARZĄDZANIE W ORGANIZACJI PUBLICZNEJ NA PRZYKŁADZIE SP ZOZ

Istota zarządzania publicznego to pojawiające się problemy społeczne. Są one rozwiązywane głównie dzięki działaniom podejmowanym przez organizacje publiczne w obszarze zdefiniowanym jako sektor publiczny. Jak pisze J. Kleer, (...) *teoria ekonomii miała zawsze kłopoty z określeniem sektora publicznego, wyraźnym wyspecyfikowaniem zasad jego funkcjonowania, a przede wszystkim z przedstawieniem celów i zadań, jakie ma do realizacji*³. Z kolei A. Zalewski, odnosząc się do zakresu zadań sektora

² C. Suszyński, *Restrukturyzacja, konsolidacja, globalizacja przedsiębiorstw*, Warszawa 2003, s. 71.

³ J. Kleer, *Identyfikacja dóbr wytwarzanych przez sektor publiczny*, [w:] *Sektor publiczny w Polsce i na świecie. Między upadkiem a rozwojem*, pod red. J. Kleer, Warszawa 2005, s. 9.

publicznego podkreśla, że (...) *zakres i wielkość sektora publicznego zależą od roli państwa w gospodarce i spełnianych przez nie funkcji*. Tworzenie przez państwo ładu instytucjonalno-prawnego ustanawiającego reguły funkcjonowania gospodarki oraz społeczeństwa nie jest przedmiotem kontrowersji i jest akceptowane przez przedstawicieli zarówno nurtu liberalnego, jak i nurtu interwencjonistycznego w ekonomii⁴. Podobieństwa zarządzania zarówno gospodarki rynkowej, której podstawą jest własność prywatna, jak i sektora publicznego są podobne. Najistotniejszą różnicą, podkreślającą odrębność *sektora publicznego jest pasywne administrowanie, a nie aktywne zarządzanie* oraz olbrzymi wpływ czynników politycznych. Sektor publiczny to ta część gospodarki, w której reguły ekonomiczne przemieszane są z regułami politycznymi⁵ i dlatego tak skomplikowany jest proces zarządzania organizacjami działającymi w tym sektorze. Podkreślenia wymaga fakt, że aspekt polityczny nigdy nie zostanie wyeliminowany. Nawet mimo globalizacji zawsze będzie miał głęboko narodowy kontekst posiadający różne uwarunkowania: kulturowe, mentalności narodowej oraz historycznych procesów demokratyzowania państwa jako podmiotu władzy. W ocenie naukowego podejścia pojawia się problem związany z niejasnością w kwestii wyznaczania linii dzielącej na to, co „publiczne” i to, co „prywatne”. Większość naukowców zgadza się, co do zakresu usług „publicznych”, ponieważ są skierowane one do podstawowych zbiorowych potrzeb takich jak edukacja, zdrowie czy obrona. Pytanie, czy usługi te powinny być świadczone przez organizacje prywatne czy publiczne pozostaje przedmiotem sporu. Przyzwolenie i zgoda społeczna na istnienie pewnych usług, które państwo finansuje lub chce finansować – prawdopodobnie ze względu na niewypełnioną przestrzeń rynkową, pozostawia otwarty problem, czy usługi te powinny być wykonywane bezpośrednio przez państwo, czy mogą być zlecone sektorowi prywatnemu. Już wiele lat temu P.F. Drucker odnosił pojęcie *instytucji usług publicznych* z punktu widzenia zarządzania nimi do kontekstu szerszego niż tylko organizacje, których właścicielem jest państwo.

W swoich przemyśleniach stawiał pytanie o to, czy zarządzanie publiczne dotyczy organizacji świadczących usługi publiczne, których właścicielem jest szeroko rozumiany podmiot państwowy (publiczny i samorządowy), czy może również być rozpatrywane w odniesieniu do organizacji prywatnych, wypełniających zadania, które zgodnie z zapisami ustawowymi mają być realizowane przez organizacje publiczne. W konsekwencji rozwiązaniem promującym zwiększenie efektywności podejmowanych działań stało się przekazywanie zadań, najczęściej w drodze konkursu, organizacjom działającym w sektorze prywatnym, natomiast *nadzór i kontrolę* nad realizacją tych zadań pozostawia się nadal w podmiocie państwowym – publicznym lub samorządowym⁶. Próba odpowiedzi na powyższe pytanie jest o tyle trudna, że organizacje sektora prywatnego mogą świadczyć usługi publiczne na zasadzie *non-profit*. Wobec tego podział organizacji ze względu na czerpiące lub nie zyski z działalności nie wydaje się bardziej

⁴ A. Zalewski, *Reformy sektora publicznego w duchu nowego zarządzania publicznego*, [w:] *Nowe zarządzanie publiczne w polskim samorządzie terytorialnym*, pod red. A. Zalewski, Warszawa 2005, s. 11.

⁵ A. Frączkiewicz-Wronka, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 14.

⁶ P.F. Drucker, *Managing the public service institution*. Public Interest 1973, no. 33/1973, s. 43-45.

uprawniony do wytyczania granic zarządzania, niż tylko struktura własności⁷. Inferencja źródeł literaturowych wskazuje, że już w latach 70. XX w. dokonane analizy strategii politycznych i samej polityki wykazywały, że implementacja nowoczesnych metod zarządzania może się przyczynić do rozwiązania problemu braku sprawności państwa, rozumianego jako nieefektywne wywiązywanie się władzy z podjętych w trakcie procesu wyborczego obietnic dotyczących realizowania potrzeb społecznych, na określonym poziomie jakościowym i przy założonym wolumenie⁸. Literatura przedmiotu oraz obserwacja pokazują, że podejmowane są prace, dzięki którym wprowadzone zostanie instrumentarium zarządzania biznesowego do działań charakterystycznych dla polityk publicznych, w tym polityki ochrony zdrowia, na poziomie ponadnarodowym, narodowym, regionalnym i lokalnym. Proces transformacji SP ZOZ, rozwój mechanizmów rynkowych, wzrost konkurencyjności działających podmiotów oraz konieczność analizowania kosztów wymuszają zmiany metod zarządzania sektorem publicznym. Pojawiające się sprzeczności między zachowaniami wynikającymi z konfliktów interesów są typowe dla sektora publicznego i świadczą o żywotności organizacji i poziomie efektywności ich funkcjonowania i rozwoju⁹, co jest pożądane, ponieważ istotą działań podejmowanych przez sektor publiczny jest kreowanie podstaw rozwoju społecznego.

Podobne ujęcie stosuje W. Kieżun (...), twierdząc, że sprzeczności powstające w jakimś procesie stwarzają warunki do dokonania zmian, do ruchu naprzód. Proces niezawierający sprzeczności byłby jedynie ciągłym powtarzaniem się. Można więc mówić o twórczej roli konfliktu i sformułować tezę, że organizacja bezkonfliktowa jest organizacją bierną, nierozwijającą się. Pełna zgodność wszystkich uczestników, pełna jednomyślność jest więc często zjawiskiem niepokojącym, świadczącym o bierności i nierokującym nadziei na rozwój¹⁰.

To rozwój społeczny jest wspierany przez rozwój gospodarczy, do którego bezpośrednio się przyczynia. Z kolei rozwój gospodarczy, a w szerszym ujęciu rozwój cywilizacyjny, stymuluje całą gospodarkę, stąd szeroko rozumiane zarządzanie można postrzegać jako jeden z najważniejszych czynników rozwoju¹¹. Rozpatrując zarządzanie na gruncie teoretycznym, jak podkreśla S. Sudoł, wskazujemy efekt, którym jest społecznie użyteczna wiedza w postaci ustalonych prawidłowości życia gospodarczego lub społecznego i teorii, które tłumaczą zarządzanie jako pomoc w rzeczywistej realizacji celów. Zarządzanie postrzegane jest jako sztuka – rozumiana jako umiejętność, mistrzostwo wynikające z talentu, intuicji, wiedzy i doświadczenia praktycznego oraz łączenie

⁷ A. Frączkiewicz-Wronka, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 15.

⁸ Tamże.

⁹ M. Bratnicki, A. Frączkiewicz-Wronka, *Zarządzanie sektorem ochrony zdrowia w regionie-perspektywa społeczeństwa informacyjnego*, [w:] *Komputerowe zintegrowane zarządzanie*, pod red. R. Knosala, Opole 2006, s. 171-181.

¹⁰ W. Kieżun, *Sprawne zarządzanie organizacją*, Warszawa 1997, s. 370.

¹¹ A. Frączkiewicz-Wronka, *Nowa koncepcja zarządzania sprawami publicznymi: współzarządzanie rozwojem lokalnym*, [w:] *Nowe trendy ekonomiki i ich wykorzystanie w zarządzaniu*, pod red. K. Ryć, *Problemy Zarządzania* 2007, nr 2 (17), Warszawa 2007, s. 39-49.

tych wszystkich atrybutów, które jest konieczne do dobrego funkcjonowania organizacji¹².

Profesjonalne i nowoczesne zarządzanie sektorem publicznym wiąże się z pewnymi rozstrzygnięciami politycznymi dotyczącymi pozycji sektora publicznego w życiu gospodarczym i społecznym. Rozstrzygnięcia polityczne są strategicznymi problemami zarządzania sektorem publicznym, które warunkują rozwiązania metodologiczne.

W prakseologicznym wymiarze pojęciowym, jak pisze W. Kieżun, (...) *państwo jest organizacją, a więc całością składającą się z części współpracujących się do jej powodzenia, mającą cele grupujące społeczność na określonym terytorium. Sprawność działania tej organizacji, a więc maksymalnie satysfakcjonujące osiągnięcie założonych celów przy minimalizacji kosztów materialowych i moralnych, zapewnia wieloszczeblowa struktura sektora publicznego, składającego się z administracji rządowej i samorządowej, centralnej i terenowej*¹³.

Jednym z zadań państwa, zgodnie z dyspozycją art. 68 Konstytucja RP, jest to, że każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zapewnienie wszystkim obywatelom, zarówno ubezpieczonym, jak i nieubezpieczonym, prawa do ochrony zdrowia wynikającego wprost z Konstytucji powoduje nadmierne zadłużanie się (efekt domina) publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

3. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA SP ZOZ PODLEGŁYCH SAMORZĄDOWI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO ZA 2011 ROK

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*¹⁴ w art. 4 wymienia podmioty lecznicze, wśród których są samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jednostka samorządu terytorialnego może tworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

- spółki kapitałowej;
- jednostki budżetowej.

Przekształcenie SP ZOZ w spółkę kapitałową odbywa się na zasadach określonych w art. 70-82. Najistotniejsze w tym przypadku jest ustalenie na podstawie zatwierdzonych sprawozdań finansowych wskaźnika zadłużenia, zgodnie z dyspozycją art. 71, który to wskaźnik jest relacją sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe, do sumy jego przychodów, co przedstawia tabela 1. Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia wynosi powyżej 0,5 – to podmiot tworzący przejmuje zobowiązania o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5. Natomiast w praktyce przy przekształceniu w latach 2012

¹² S. Sudół, *Zarządzanie jako dyscyplina naukowa*, [w:] „Współczesne Zarządzanie. Kwartalnik Środowisk Naukowych i Liderów Biznesu”, nr 3/2006, Warszawa 2006, s. 6.

¹³ W. Kieżun, *Struktury i kierunki zarządzania państwem*, [w:] *Dobre państwo*, pod red. W. Kieżun, W.J. Kubin, Warszawa 2004, s. 37.

¹⁴ Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

i następnych ustala się ponownie wskaźnik zadłużenia w oparciu o ustawę z dnia 14 czerwca 2012 r.¹⁵

W 2011 roku najgorsze wskaźniki zadłużenia wyliczone na podstawie zatwierdzonych sprawozdań finansowych odnotowały:

- 0,53 – Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu;
- 0,50 – Szpital Wojewódzki dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Stroniu Śląskim;
- 0,43 – Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu;
- 0,43 – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy.

4. KOMPENDIUM DOBRZYCH PRAKTYK W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Zmiany formy prawnej z udziałem partnerstwa publiczno-prywatnego do niedawna w polskich podmiotach leczniczych nie występowały. Według danych Fundacji Centrum PPP, wśród siedmiu sektorów gospodarki zainteresowanych partnerstwem publiczno-prywatnym (ppp) są projekty z zakresu infrastruktury sportowo-rekreacyjnej (49%), natomiast ochrona zdrowia znalazła się dopiero na 5 miejscu z 7% poparciem¹⁶.

Partnerstwo publiczno-prywatne w SP ZOZ praktycznie nie występuje. W Polsce tylko Szpital Powiatowy w Żywcu podpisał w dniu 15 września 2011 roku umowę warunkową na budowę, utrzymanie i zarządzanie z firmą InterHealth Canada Limited.

Kanadyjskie przedsiębiorstwo zostało założone w 1994 roku i specjalizuje się w zarządzaniu międzynarodowymi projektami i inwestycjami w sektorze opieki zdrowotnej. Realizowało projekty w Wielkiej Brytanii, Zjednoczonych Emiratach Arabskich oraz Kuwejcie, a ostatnio na wyspach Turks i Caicos. W Wielkiej Brytanii firmę InterHealth Canada wybrało Ministerstwo Zdrowia jako prywatnego inwestora w ramach umowy ppp na budowę i zarządzanie publicznym, specjalistycznym ośrodkiem zdrowia w Runcorn w północno-zachodniej Anglii.

Zmiana ustawy o ppp w 2009 roku nie wystarczyła, aby zachęcić decydentów w Polsce do prowadzenia wspólnych inwestycji z sektorem prywatnym. Największym problemem jest wielkość i horyzont czasowy kontraktu zawieranego z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Wysokość zawartego z NFZ kontraktu jest podstawowym zabezpieczeniem dla banków. Dotychczas podpisywano kontrakty na okres roczny, bądź trzyletni, ale przy inwestycji ppp to stanowczo zbyt krótki okres. Przykładowo Szpital Powiatowy w Żywcu potrzebuje finansowania w wysokości około 220 mln zł, a więc występuje uzasadniona niechęć Banku Gospodarstwa Krajowego do angażowania się w tego typu projekty.

W grudniu 2011 roku Starostwo Powiatowe w Żywcu zaakceptowało projekt koncepcyjny budowy szpitala w Żywcu jako pierwszej placówki służby zdrowia w Polsce realizowanej w systemie partnerstwa publiczno-prywatnego. Całkowity koszt inwestycji oszacowano na kwotę 200 mln zł. Zapisy umowne określają, że do września 2012 roku kanadyjski inwestor InterHealth Canada przygotowuje inwestycję pod względem technicznym i finansowym, a od października 2012 roku ma ruszać budowa kompleksu lecni-

¹⁵ Dz. U. 2012.742 o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.

¹⁶ [online]. [dostęp: 13.09.2011]. Dostępny w Internecie: <http://rynekzdrowia.pl>.

czego. Szpital według projektu koncepcyjnego ma mieć 4 kondygnacje, a powierzchnia całkowita wynosić będzie 24 tys. mkw. W nowo wybudowanym szpitalu znajdować się będzie oddział chirurgiczny działający na zasadzie „szpitala w szpitalu” oraz Stacjonarny Oddział Ratunkowy (SOR) połączony z lądowiskiem dla helikopterów. Ostatecznie w 2015 roku na Polach Lisickich w Żywcu otwarty zostanie nowoczesny szpital, którym przez 30 lat zarządzać będzie InterHealth Canada¹⁷. Przyszłość pokaże jak potoczy się całe przedsięwzięcie, a nabyte doświadczenie może być pomocne przy realizacji innych projektów w ochronie zdrowia.

¹⁷ [online]. [dostęp: 21.12.2012]. Dostępny w Internecie: <http://rynekzdrowia.pl>.

Tabela 1. Wskaźniki zadłużenia za rok 2011 w SP ZOZ nadzorowanych przez Samorząd Województwa Dolnośląskiego wg kodów resortowych określonych rodzajów jednostek organizacyjnych¹⁸

Lp.	Nazwa jednostki i adres	Przychody ogółem	Zobowiązania			Inwestycje krótkoterminowe	Wskaźnik zadłużenia*
			Długoterminowe	Krótkoterminowe	Ogółem		
Ogółem		1 277 411 742,10	68 346 699,19	201 022 478,12	269 369 177,31	243 413 524,09	0,02
1.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Kamińskiego 73a WROCLAW	191 083 301,31	1 466 683,00	21 322 589,87	22 789 272,87	17 889 739,46	0,03
2.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5 WROCLAW	109 078 800,18	0,00	9 474 410,19	9 474 410,19	38 891 910,88	-0,27
3.	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej, ul. Traugutta 116 WROCLAW	124 564 375,16	85 795,92	14 464 500,13	14 550 296,05	14 399 460,47	0,00
4.	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicz, ul. Warszawska 2 WROCLAW	37 463 599,72	3 905 744,59	7 275 127,72	11 180 872,31	1 986 624,64	0,25
5.	Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogorskiej, ul. Ogińskiego 6 JELENIA GÓRA	53 368 807,01	67 921,61	13 241 005,67	13 308 927,28	4 428 656,53	0,17
6.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Iwazkiewicza 5 LEGNICA	134 470 286,06	14 000 000,06	48 136 626,11	62 136 626,17	3 882 334,21	0,43
7.	Specjalistyczny Szpital im. dr A. Sokołowskiego, ul. Sokołowskiego 4 WAŁBRZYCH	141 140 528,02	16 623 067,89	22 450 525,33	39 073 593,22	8 016 403,06	0,22

¹⁸ Dz. U. 2004 Nr 170 poz. 1797 w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacji dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

MEANDRY RESTRUKTURYZACJI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI...

Lp.	Nazwa jednostki i adres	Przychody ogółem	Zobowiązania			Inwestycje krótkoterminowe	Wskaźnik zadłużenia*
			Długoterminowe	Krótkoterminowe	Ogółem		
Razem - Szpitale wielospecjalistyczne		791 169 697,46	36 149 213,07	136 364 785,02	172 513 998,09	89 495 129,25	0,10
8.	Dzienny Ośrodek Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży, ul. Żmigrodzka 134 WROCLAW	1 946 209,11	0,00	144 216,36	144 216,36	203 857,62	-0,03
9.	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, ul. Mickiewicza 1 LUBIAŻ	24 275 641,05	0,00	1 934 295,73	1 934 295,73	184 164,85	0,07
10.	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, ul. Al. 1000-lecia 16 BOLESŁAWIEC	27 087 491,48	5 257 661,21	7 554 449,75	12 812 110,96	1 103 514,41	0,43
11.	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny, ul. Szpitana 9 ZŁOTORYJA	10 411 150,68	0,00	1 394 652,42	1 394 652,42	286 357,46	0,11
12.	SPZOZ Szpital Wojewódzki dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, ul. Morawka 1 STRONIE ŚLĄSKIE	13 372 253,55	3 975 544,00	5 088 529,14	9 064 073,14	2 402 898,06	0,50
13.	Zakład Lecznictwa Odwykowego dla Osób Uzależnionych od Alkoholu, ul. Parkowa 8 CZARNY BÓR	4 280 466,15	0,00	471 323,31	471 323,31	227 926,07	0,06
Razem - Szpitale psychiatryczne i odwykowe		81 373 212,02	9 233 205,21	16 587 466,71	25 820 671,92	4 408 718,47	0,26
14.	Dolnośląskie Centrum Onkologii, pl. Hirszfelda 12 WROCLAW	140 712 624,16	2 171 215,00	8 621 156,53	10 792 371,53	84 243 151,80	-0,52

Bernadetta FIJAŁKOWSKA

Lp.	Nazwa jednostki i adres	Przychody ogółem	Zobowiązania			Inwestycje krótkoterminowe	Wskaźnik zadłużenia*
			Długoterminowe	Krótkoterminowe	Ogółem		
15.	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc, ul. Grabiszyńska 105 WROCLAW	61 133 241,49	19 221 637,43	14 250 296,48	33 471 933,91	818 422,88	0,53
16.	Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno – Położniczy, ul. Paderewskiego 10 WAŁBRZYCH	21 963 668,46	0,00	2 461 474,47	2 461 474,47	4 408 813,80	-0,09
17.	Dolnośląskie Centrum Transplanta- cji Komórkowych z KBDSz ul. Grabiszyńska 105 Wrocław	27 751 697,70	0,00	4 333 259,93	4 333 259,93	729 541,33	0,13
Razem - Szpitale jednospecjalistyczne		251 561 231,81	21 392 852,43	29 666 187,41	51 059 039,84	90 199 929,81	-0,16
18.	Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji Dzieci, ul. Świerczewskiego 12 JANOWICE WIELKIE	4 121 749,67	1 752,00	780 798,92	782 550,92	279 507,29	0,12
Razem - Sanatoria i uzdrowiska		4 121 749,67	1 752,00	780 798,92	782 550,92	279 507,29	0,12
19.	Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, ul. Oławska 14 WROCLAW	7 123 842,50	0,00	608 925,76	608 925,76	0,00	0,09
20.	Wojewódzki Zespół Specjalistycz- nej Opieki Zdrowotnej, ul. Dobrzyńska 21/23 WROCLAW	14 914 868,36	974 755,75	1 963 065,93	2 937 821,68	1 578 143,74	0,09
21.	Obwód Lecznictwa Kolejowego, ul. Joannitów 10/12 WROCLAW	3 390 761,37	0,00	864 859,49	864 859,49	133 821,55	0,22
Razem - Przychodnie wielospecjali- styczne		25 429 472,23	974 755,75	3 436 851,18	4 411 606,93	1 711 965,29	0,11

MEANDRY RESTRUKTURYZACJI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI...

Lp.	Nazwa jednostki i adres	Przychody ogółem	Zobowiązania			Inwestycje krótkoterminowe	Wskaźnik zadłużenia*
			Długoterminowe	Krótkoterminowe	Ogółem		
22.	Pogotowie Ratunkowe, ul. Ziębicka 34/38 WROCLAW	67 321 197,70	0,00	8 399 751,29	8 399 751,29	40 324 892,61	-0,47
23.	Pogotowie Ratunkowe, ul. Wojska Polskiego 21 JELENIA GÓRA	17 410 903,76	0,00	1 002 365,69	1 002 365,69	3 863 683,83	-0,16
24.	Pogotowie Ratunkowe, ul. Wrocławska 177 LEGNICA	26 394 757,63	591 423,16	3 590 098,96	4 181 522,12	3 622 776,03	0,02
25.	Pogotowie Ratunkowe ul. Chrobrego 39 WAŁBRZYCH	11 710 348,46	3 497,57	1 112 358,27	1 115 855,84	8 913 446,95	-0,67
	Razem - Stacje pogotowia ratunkowego	122 837 207,55	594 920,73	14 104 574,21	14 699 494,94	56 724 799,42	-0,34
26.	Zakłady Sprzętu Ortopedycznego, ul. Poświęcka 9 WROCLAW	919 171,36	0,00	81 814,67	81 814,67	593 474,56	-0,56
	Razem - Pozostali świadczeniodawcy	919 171,36	0,00	81 814,67	81 814,67	593 474,56	-0,56

Źródło: Opracowanie własne

Kolejnym przykładem dobrych praktyk mających na celu uzdrowienie zarządzania placówkami służby zdrowia jest prywatyzacja Katowickiego Szpitala Urologicznego, która rozpoczęła się w 2002 roku. Prób prywatyzacji tego szpitala było kilka i nie wszystkie były udane. W 2002 r. władze Katowic zdecydowały się na wydzierżawienie Szpitala Urologicznego im. prof. E. Michałowskiego, a następnie wycofały się z tego projektu. W kolejnych latach odbyły się dwa przetargi, w których miasto żądało 13 mln zł za ten obiekt, do których lekarze jako spółka pracownicza nie przystąpili ze względu na wysoką cenę, a innych chętnych nie było. Po ogłoszeniu kolejnego przetargu spółka pracownicza zaproponowała kwotę 12 mln plus 1 zł. Mocną stroną tego szpitala był brak zadłużenia. Pracownicy zakupionego szpitala musieli trzymać pewne ryzyko finansowe, a jednocześnie pacjent nie mógł dopłacać do świadczonych usług, ani do opatrunków, czy zabiegów. Z ankiety zleconej przez miasto wynikało, że aż 80% pracowników szpitala było za prywatyzacją, co pomogło w dyscyplinie finansowej poprzez utrzymanie na niezmiennym poziomie wynagrodzeń. Pracownicy medyczni dokładali staranności w ograniczeniu kosztów leczenia, głównie w zakresie skrócenia pobytu pacjentów w szpitalu. Pobyt pacjentów w szpitalu utrzymywano na poziomie 7-8 dni, gdy w innych szpitalach czas ten wynosił nawet 3 tygodnie.

W konsekwencji jednak nie powstała spółka pracownicza, a spółka akcyjna, ponieważ zespół pracowników nie był w stanie przygotować wymaganych zabezpieczeń bankowych. Wobec braku finansowania ze strony spółki miasto wydzierżawiło szpital. Przetarg wygrała w 2010 roku firma Med. Holding, okres dzierżawy wynosi 25 lat. Dodatkowo firma Med. Holding kupiła wyposażenie i sprzęt medyczny za kwotę 2,7 mln zł, dla potrzeb szpitala oraz otrzymała w wieczyste użytkowanie działkę za kwotę 2 mln zł. Ciekawostką jest to, że w 99% udziałowcami spółki są osoby spoza branży medycznej.

W ocenie ogólniej jest za wcześnie, by mówić o zyskach, natomiast znacznie uproszczono procedury zakupu sprzętu medycznego czy realizacji inwestycji, ponieważ w spółce nie obowiązują zapisy ustawy o zamówieniach publicznych. W ciągu jednego roku wybudowano nowy budynek szpitalny, w tym: oddział na 34 łóżka, pracownie i sale operacyjne. Największym sukcesem tego szpitala jest wprowadzenie do leczenia zielonego lasera Green-Light HPS. Już trzy miesiące od założenia spółki sprzęt był dostępny dla pacjentów. W poprzedniej formie prawnej szpitala, czyli „samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej” było to niemożliwe z kilku powodów, głównie jednak przez rozbudowaną biurokrację – wymagana była zgoda właściciela i rad społecznych, konieczność zastosowania trybów realizacji zamówień publicznych zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych. Szpital jako spółka przyjmuje pacjentów komercyjnych po takich samych cenach, jak dane usługi medyczne są wyceniane i finansowane przez NFZ. Szpital Specjalistyczny im. prof. E. Michałowskiego w Katowicach cieszy się renomą i uznaniem. Na tak wysoką ocenę zapracowali lekarze i pielęgniarki, ale także kierownictwo szpitala¹⁹.

Interesującym przykładem jest także szpital w Pszczynie w województwie śląskim, który jest dzierżawiony od 1 marca 2011 roku oraz szpital w Blachowni w powiecie częstochowskim. W naszym kraju, choć nie jest to rozwiązanie tak często stosowane, jak tworzenie spółek samorządowych, rośnie liczba szpitali przekazywanych przez

¹⁹ [online]. [dostęp: 21.12.2011]. Dostępny w Internecie: <http://rynekzdrowia.pl/>.

powiaty w dzierżawę wyspecjalizowanym firmom. W takim przypadku możliwe są dwa warianty zarządzania niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej (NZOZ) powstającym po przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ): firma zewnętrzna wchodzi na określony czas w spółkę z powiatem jako inwestor strategiczny lub podpisuje wieloletnią umowę na dzierżawę budynku szpitala i zakup sprzętu. Z takiego rozwiązania skorzystało starostwo powiatowe w Częstochowie, a dotyczyło to szpitala w Blachowni. Sprawą tego szpitala zajmowali się prawnicy powiatu oraz prawnicy wojewody śląskiego, a następnie analizował ją sąd rejestrowy. Kolejną kwestią oddania szpitala w dzierżawę prywatnemu partnerowi dotarła do pierwszej instancji Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Gliwicach, na którego wyrok NSZZ Solidarność złożył skargę kasacyjną do NSA.

Wyrok NSA z 6 października 2010 r. syg. II OSK 1453/10 w uzasadnieniu dowodzi, że wykonywanie zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia i prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej jest powierzone ustawowo określonym organom administracji rządowej, zakładom publicznym i jednostkom samorządu terytorialnego.

Wyrok jest niekorzystny dla starostwa w Częstochowie i trudno przesądzać o dalszych jego skutkach. Doszło bowiem do powierzenia zadań publicznych podmiotowi prywatnemu, jednak bez podstawy prawnej i bez stosownych środków zabezpieczających interes publiczny. Ponadto sąd podkreślił, że ciągłość świadczeń nie zapewnia umowa dzierżawy nieruchomości pozostających we władaniu szpitala, a także postanowienia zapisane w umowie z prywatną firmą dotyczące kar umownych, w razie nierealizowania przez nią świadczeń zdrowotnych.

PODSUMOWANIE

Proces restrukturyzacji jest procesem ciągłym. Restrukturyzacja finansowa w latach 2005-2010, realizowana na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej²⁰ miała odwrócić niekorzystną sytuację ekonomiczną, w tym głównie przywrócić/utrzymać ich płynność finansową²¹.

Udzielona pomoc oraz pozytywnie zakończony przez SP ZOZ proces restrukturyzacji w istotny sposób wpłynęły na poprawę i ustabilizowanie się kondycji finansowej zakładów, głównie poprzez pozbycie się zadłużenia wynikającego z narastających zobowiązań.

Kolejną pomocą państwa był Program wieloletni pn. „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia²²”. W tym przypadku ustawa dawała możliwość pozyskania przez samorzady dotacji z budżetu państwa.

²⁰ Dz. U. 2005 Nr 78 poz. 684 z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej.

²¹ B. Fijałkowska, *Efektywność a restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Zarządzanie i finanse*, pod red. P. Antonowicz, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot 2012, s. 253-261.

²² Uchwałę Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r., Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia.

Pomimo pomocy ze strony państwa dla SP ZOZ, szpitale nadal się zadłużały. Jak pokazują sprawozdania Rb-Z dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia²³ (kwartalne sprawozdania o stanie zobowiązań), w skali całego kraju poziom zadłużenia jest podobny jak w 2005 roku, przed wejściem w życie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji.

Nowa ustawa o działalności leczniczej, obowiązująca od 1 lipca 2011 roku, w art. 70-82 określa zasady przekształcenia SP ZOZ. Organy tworzące SP ZOZ-y analizują ich zadłużenie na podstawie wskaźnika zadłużenia i podejmują stosowne decyzje o przekształceniach SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe.

Proces restrukturyzacji dotyczy także personelu medycznego i administracji. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że wraz z likwidacją jednego szpitala, pracownicy byli przejmowani przez inny szpital w myśl art. 23¹ Kodeksu Pracy²⁴. Zachowanie spokoju społecznego poprzez utrzymanie miejsc pracy ma znaczący wymiar kosztowy, który generuje zadłużenie.

Bardzo trudną sytuację finansową mają szpitale kliniczne np. Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, które zadłużone jest na kwotę 190 mln zł. Zadłużenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu sięga 150 mln zł (dane na 30.06.2012 rok). Szpitale te czeka restrukturyzacja i zmiana formy prawnej.

Meandry restrukturyzacji w sektorze publicznym to trudny i skomplikowany proces prowadzący do utrzymania płynności finansowej, przy zachowaniu miejsc pracy.

LITERATURA

1. Bratnicki M., Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie sektorem ochrony zdrowia w regionie-perspektywa społeczeństwa informacyjnego*, [w:] *Komputerowe zintegrowane zarządzanie*, pod red. Knosala R., Opole 2006.
2. Drucker P. F., *Managing the public service institution*, Public Interest 1973.
3. Fijałkowska B., *Efektywność a restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Zarządzanie i finanse*, pod red. P. Antonowicz, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot 2012.
4. Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
5. Frączkiewicz-Wronka A., *Nowa koncepcja zarządzania sprawami publicznymi: współzarządzanie rozwojem lokalnym*, [w:] *Nowe trendy ekonomiki i ich wykorzystanie w zarządzaniu*, pod red. Ryc K., Problemy Zarządzania 2007.
6. Kieżun W., *Sprawne zarządzanie organizacją*, Warszawa 1997.
7. Kieżun W., *Struktury i kierunki zarządzania państwem*, [w:] *Dobre państwo*, pod red. Kieżun W., Kubin W.J., Warszawa 2004.
8. Kleer J., *Identyfikacja dóbr wytwarzanych przez sektor publiczny*, [w:] *Sektor publiczny w Polsce i na świecie. Między upadkiem a rozwojem*, pod red. Kleer J., Warszawa 2005.

²³ [online]. [dostęp: 21.12.2011]. Dostępny w Internecie: <http://www.mz.gov.pl>.

²⁴ Dz. U. 1998, Nr 21, poz. 94 z późn. zm. Kodeks pracy

9. Sudół S., *Zarządzanie jako dyscyplina naukowa*, [w:] „Współczesne Zarządzanie. Kwartalnik Środowisk Naukowych i Liderów Biznesu”, nr 3/2006, Warszawa 2006.
10. Suszyński C., *Restrukturyzacja, konsolidacja, globalizacja przedsiębiorstw*, Warszawa 2003.
11. Zalewski A., *Reformy sektora publicznego w duchu nowego zarządzania publicznego*, [w:] *Nowe zarządzanie publiczne w polskim samorządzie terytorialnym*, pod red. A. Zalewski, Warszawa 2005.
12. Dz. U. 1998 Nr 21 poz. 94 z późn. zm. Kodeks pracy.
13. Dz. U. 2004 Nr 170 poz. 1797 z dnia 16 lipca 2004 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacji dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.
14. Dz. U. 2005 Nr 78 poz. 684 z dnia 15 kwietnia o pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej.
15. Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
16. Dz. U. 2012.742 o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw.
17. Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r., Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia.
18. [online]. [dostęp: 13.09.2011]. Dostępny w Internecie: <http://rynekzdrowia.pl>.
19. [online]. [dostęp: 21.12.2011]. Dostępny w Internecie: <http://www.mz.gov.pl>

MEANDERS OF INDEPENDENT PUBLIC HEALTH CARE INSTITUTIONS RESTRUCTURING

Summary

The main purpose of the article is to present restructuring assumptions. The knowledge of restructuring kinds and methods seems to be only a prerequisite to finding useful and effective solutions. The restructuring of independent public health care institutions (in 2005-2010) is caused by excessive liabilities and the need to keep a stable employment level. The act of medicinal activity binding since July 1st 2011 defines debt ratios. In the case of high level of liabilities the act imposes transforming an independent public health care institution into a company. The author presents the debt ratios on given health care institutions in Lower Silesia region as at the end of 2011. Moreover, the article offers a compendium of good practices within medicinal organizations. The so-called meanders of restructuring in the public sector are all the difficulties in the process of keeping both good liquidity ratio and a stable employment level.

Keywords: restructuring, debt, health service