

Karolina WIELICKA-GAŃCZARCZYK
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

PRZYCZYNY RESTRUKTURYZACJI SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

Streszczenie. W artykule scharakteryzowano czynniki makrootoczenia wpływające na konieczność przeprowadzenia restrukturyzacji w szpitalach oraz podjęto próbę scharakteryzowania kolejnych zmian w sposobie funkcjonowania szpitali. Artykuł wzbogacono o wybrane wyniki badań, które przeprowadzono wśród szpitali publicznych i podmiotów tworzących. Uzyskane odpowiedzi dotyczyły przyczyn, dla których planuje się wdrożyć lub wdrożono działania restrukturyzacyjne. Celem artykułu jest zaprezentowanie wyników badań odnoszących się do powodów, dla których szpitale decydowały się na wdrożenie działań restrukturyzacyjnych.

Słowa kluczowe: restrukturyzacja, szpitale publiczne

REASONS FOR THE RESTRUCTURING OF PUBLIC HOSPITALS

Summary. The article describes the macro factors which have a negligible effect on the need for restructuring public hospitals. This article attempts to predict subsequent changes in the future in the way of hospitals functioning. Article enriched with selected results of the research, which conducted among public hospitals and forming entities. The responses concerned the reasons why plans to implement or implemented restructuring acts. The aim of the article is to present the results of studies relating to the reasons why the hospital decided to implement restructuring process.

Keywords: restructuring, public hospitals

1. Wprowadzenie

Niewątpliwie sektor ochrony zdrowia jest jednym z kluczowych elementów gospodarki państwa, zarówno pod względem społecznym, jak i politycznym. W Polsce przez wiele lat bazował on na modelu Siemaszki, charakteryzującym się silną centralizacją i odgórnym finansowaniem z budżetu państwa. Głębokie reformy gospodarcze spowodowały odejście od tego modelu i zmianę w sposobie funkcjonowania ochrony zdrowia. Wprowadzono m.in. obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne, zmieniono sposób finansowania działalności szpitala, powołano Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), przekształcono zakłady opieki zdrowotnej w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a następnie stworzono mechanizmy umożliwiające komercjalizację i prywatyzację szpitali publicznych.

Restrukturyzacja wśród szpitali jest zjawiskiem powszechnym, będącym m.in. następstwem krajowych reform, podejmowanych w ochronie zdrowia lub indywidualnych potrzeb. Współczesne organizacje funkcjonują w niezwykle dynamicznym otoczeniu, w którym prawdopodobieństwo wystąpienia nieoczekiwanego jest wysokie, a możliwość przewidzenia przyszłych zmian jest trudna¹.

Niniejszy artykuł został oparty na fragmencie badań realizowanych w ramach rozprawy doktorskiej na temat skuteczności procesów restrukturyzacji szpitali zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego. Celem głównym rozprawy było przeprowadzenie diagnozy przyczyn niezadawalającej skuteczności procesów restrukturyzacji szpitali. Przeprowadzone badania obejmowały udzielenie odpowiedzi na cztery pytania badawcze, dotyczące przebiegu restrukturyzacji, sukcesu wdrożonych działań, przyczyn niezadawalającej skuteczności oraz ograniczenia wpływu niekorzystnych czynników na restrukturyzację szpitali. W artykule wykorzystano odpowiedzi respondentów odnoszące się do powodów podjęcia przez nich decyzji o potrzebie wdrożenia działań restrukturyzacyjnych oraz dalszych zmian.

2. Zarys czynników determinujących potrzebę restrukturyzacji szpitali

Według Z. Hupało szpitale publiczne podejmują działania restrukturyzacyjne m.in. ze względu na²: dużą ingerencję podmiotów tworzących w działalność szpitali (zdublowane zarządzanie), nawarstwianie się przepisów prawnych, ograniczających czytelność i swobodę działania zwłaszcza w obszarze zakupu sprzętu medycznego, przymus

¹ Peszko A.: Podstawy zarządzania organizacjami. Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Techniczne, Kraków 2002, s. 29.

² Hupało Z.: Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, [w:] Putz J. (red.): Procesy przekształceń w ochronie zdrowia. Bariery i możliwości. IPIS, Warszawa 2002, s. 50.

udzielenia świadczeń bez gwarancji ich zapłaty. Z kolei G. Głód jako przyczyny restrukturyzacji szpitali podaje m.in.³: niegospodarność, przestarzałą infrastrukturę techniczną, rosnące koszty prowadzenia działalności oraz nieefektywne reguły funkcjonowania szpitali publicznych.

Poddając analizie czynniki makrootoczenia, warunkujące restrukturyzację szpitali można stwierdzić, że największą rolę odgrywają trzy obszary, tj.: polityczny, prawny i ekonomiczny. Pozostałe, takie jak obszar demograficzny, społeczny czy technologiczny na szpital wpływają w sposób mało widoczny. Nierzadko przyczyny zewnętrzne determinują powstanie wewnętrznych problemów jednostki.

2.1. Czynniki demograficzne, społeczne, technologiczne

Czynniki demograficzne odgrywają znaczącą rolę w branży usługowej, pozwalając na oszacowanie zapotrzebowania na daną usługę, przez segmentację klientów⁴. Do podstawowych czynników demograficznych zalicza się: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia itp.⁵. Przykładowo, działania profilaktyczne podejmowane przez szpital są (powinny być) wynikiem analizy czynników demograficznych⁶, jednakże dla podstawowej działalności szpitala, którą jest leczenie, nie mają one większego znaczenia.

Dane statystyczne o długości życia i umieralności wskazują, że społeczeństwo polskie żyje dłużej, a jego stan zdrowia ulega poprawie⁷. Innymi słowy mamy do czynienia z rosnącą liczbą osób w podeszłym wieku cierpiących na choroby przewlekłe (np. choroby układu krążenia czy nowotwory), których obecna medycyna niejednokrotnie nie jest w stanie całkowicie wyleczyć. Działania medyczne nakierowane są zazwyczaj na zmniejszenie skutków chorób przewlekłych, tym samym jesteśmy w stanie przedłużyć życie, ale nie jego komfort. Dla szpitali sytuacja ta oznacza utrzymanie na tym samym poziomie lub wzrost liczby pacjentów, a co za tym idzie możliwy wzrost kosztów hospitalizacji. Dla sektora ochrony zdrowia starzejące się i schorowane społeczeństwo prowadzi do zwiększenia nakładów finansowych na podmioty funkcjonujące w tym sektorze. Dla obecnego systemu ochrony zdrowia oraz budżetu państwa sytuacja ta może okazać się niekorzystną i prowadzić do kolejnej reformy sektora⁸.

³ Głód G.: Zarządzanie zmianą w jednostce ochrony zdrowia. Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2011, s. 60.

⁴ Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.: Marketing usług. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 36-37.

⁵ Pogorzelski J.: Pozycjonowanie produktu. PWE, Warszawa 2008, s. 74-75.

⁶ Dobska M., Rogoziński K.: Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. PWN, Warszawa 2008, s. 21.

⁷ Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Gorynski P., Poznanska A.: Długość życia i umieralność ludności Polski, [w:] Wojtyniak B., Gorynski P. (red.): Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, s. 38-127.

⁸ Ibidem, s. 404.

W przyszłości zmiany demograficzne mogą doprowadzić do konieczności wdrożenia działań restrukturyzacyjnych, mających na celu zmianę profilu szpitali, np. postawienie większego nacisku na oddziały geriatryczne czy opieki paliatywnej lub powołanie w swoich strukturach zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Czynniki społeczne powoli przeobrażają nastawienie szpitalnictwa do pacjentów i pacjentów do kadry medycznej. Naśladownictwo czy moda, będące jednymi z przykładów czynników społecznych⁹, przyczyniają się do zmiany sposobu myślenia społeczeństwa, które coraz większą uwagę zwraca na profilaktykę, zdrowy tryb życia oraz odpowiednią jakość świadczeń medycznych. Jednakże w sytuacji, w której popyt w dalszym ciągu przewyższa podaż zmiany w szpitalach są powolne i mniej radykalne niż oczekiwałby pacjent.

Wzrastająca liczba szpitali komercyjnych (funkcjonujących np. jako chirurgie jednego dnia) stanowi odpowiedź na zmiany zamożności społeczeństwa oraz wzrost jego świadomości. Jednakże ograniczona liczba lekarzy w kraju powoduje, że nawet najzamożniejsi obywatele nie mają swobodnego dostępu do komercyjnych świadczeń medycznych.

Pacjenci chcą mieć wpływ na wybór lekarza, jakości świadczeń i standardów medycznych, dlatego w przyszłości zmiany zachodzące w ochronie zdrowia na skutek czynników społecznych zmuszą szpitale publiczne (oraz szpitale skomercjalizowane, dla których właścicielem jest organ samorządu terytorialnego) do podjęcia radykalnych działań restrukturyzacyjnych, nakierowanych na wzrost konkurencyjności – wzrost atrakcyjności placówki medycznej dla pacjenta.

Obecnie konkurowanie o pacjenta między szpitalami publicznymi i skomercjalizowanymi praktycznie nie występuje, szpitale te konkurują między sobą o wielkość kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Mogąc uzyskać dodatkowe punkty w rankingu kontraktowym przystępują do certyfikacji ISO, modernizują infrastrukturę techniczną itp. Działania te nie wynikają jednak z chęci pozyskania większej liczby pacjentów czy podniesienia komfortu ich leczenia, jednakże w konsekwencji właśnie do tego prowadzą.

Po modernizacji budynków i infrastruktury technicznej działania realizowane w ramach restrukturyzacji, wynikającej z wpływu otoczenia społecznego, mogą obejmować m.in.: współpracę z zagranicznymi szpitalami i wymianę specjalistów, wzajemne uzupełnianie oferty medycznej, położenie większego nacisku na jakość obsługi pacjenta oraz działania po zakończeniu hospitalizacji (znane w innych branżach jako działania posprzedażowe, będące częścią obsługi klienta).

⁹ Pogorzelski J.: Pozycjonowanie produktu. PWE, Warszawa 2008, s. 80-81.

Czynniki otoczenia technologicznego wpływają na rozwój świadczeń medycznych przez postęp w informatyce, elektronice czy telekomunikacji¹⁰. Działania restrukturyzacyjne podejmowane w szpitalach (zwłaszcza publicznych) rzadko dotyczą wdrożenia nowej technologii. Głównym tego powodem są wysokie koszty, które oprócz zakupu nowego sprzętu często wiążą się z koniecznością wymiany infrastruktury informatycznej w budynku oraz z przeprowadzeniem szkoleń pracowniczych. Powszechnie praktykowanym przez szpitale rozwiązaniem jest zakup starszej generacji sprzętu diagnostycznego, leasing lub dzierżawa czy zawarcie umowy z zewnętrznym podmiotem na wykonywanie usług diagnostycznych.

Kolejnym przejawem wpływu czynników technologicznych na restrukturyzację szpitali jest informatyzacja poszczególnych obszarów życia. Do 2015 roku członkowie Unii Europejskiej mieli rozpocząć działania pozwalające na udostępnianie pacjentom informacji medycznych przez Internet, z kolei do 2020 roku działania zapewniające możliwość realizacji usług medycznych przy wykorzystaniu telemedycyny¹¹. Może ona być wykorzystana do: realizacji specjalistycznych konsultacji medycznych na odległość, monitorowania zdrowia pacjentów w codziennym życiu poza szpitalem, przeprowadzania operacji chirurgicznych na odległość czy diagnozy przedszpitalnej.

W przyszłości pod wpływem zmian w otoczeniu technologicznym szpitale będą mogły podejmować działania restrukturyzacyjne nakierowane na wymianę infrastruktury informatycznej, poprawę dostępu do Internetu oraz instalację odpowiednich zabezpieczeń uniemożliwiających dostęp do wrażliwych danych medycznych o pacjentach. Działania restrukturyzacyjne wymuszone przez obszar technologiczny są wspierane przez czynniki społeczne (np. możliwość konsultacji z zagranicznymi specjalistami, monitorowanie stanu zdrowia na odległość jako świadczenie po zakończeniu hospitalizacji) oraz demograficzne (np. większy dostęp mieszkańców obszarów mało zurbanizowanych do świadczeń medycznych).

Czynniki z obszaru demograficznego, społecznego oraz technologicznego odpowiadają za podejmowanie w szpitalach działań związanych z wdrożeniem restrukturyzacji rozwojowej. W niejednym szpitalu (zwłaszcza publicznym lub przekształconym) rozwój placówki musi być jednak poprzedzony działaniami naprawczymi. Placówki medyczne o stabilnej sytuacji finansowej oraz pewnym i stałym źródle przychodów mogą pozwolić sobie na koncentrację wokół działań zmierzających do podwyższenia jakości udzielanych świadczeń.

¹⁰ Sarna J., Pudło W.: Innowacje technologiczne dla sektora usług zdrowotnych w ramach Górnośląskiego Obszaru Metropolitalnego, [w:] Bondaruk J. (red.): Wizja przyszłości metropolitalnych usług publicznych w Górnośląskim Obszarze Metropolitalnym. Główny Instytut Górnictwa, Katowice 2011, s. 78.

¹¹ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, Europejska agenda cyfrowa, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUr%20iServ.do?uri=COM:2010:0245:FIN:PL:PDF>, 23.04.2012.

2.2. Czynniki ekonomiczne, polityczne, prawne

Szpitaly publiczne, tak jak komercyjne czy też pozostałe przedsiębiorstwa z innych obszarów gospodarczych są odbiorcami zmian mających miejsce w obszarze ekonomicznym. Głównym powodem, który może doprowadzić szpital o stabilnej sytuacji do konieczności szybkiego zaimplementowania programu naprawczego jest wpływ czynników ekonomicznych na zmiany zachowań interesariuszy szpitala (podmiot tworzący, NFZ, dostawcy, pożyczko- i kredytodawcy). Dynamiczny wzrost PKB, wiążący się ze wzrostem inflacji i wydatków konsumenta umożliwia rozwój przedsiębiorcom. Osłabienie walki konkurencyjnej wśród dostawców powoduje ograniczenie wyboru ceny zakupu danego produktu lub usługi przez szpital, a tym samym naraża go na większe koszty prowadzenia działalności. W przypadku szpitali publicznych wzrost lub spadek PKB nie wiąże się z osłabieniem popytu na udzielane przez nie świadczenia medyczne.

Według raportu Narodowego Banku Polskiego w Polsce utrzymuje się niski poziom inflacji, tempo wzrostu PKB na lata 2015-2017 będzie na stabilnym poziomie i wyniesie średnio 3,4%, z kolei poziom inflacji utrzyma się poniżej 2,5%¹². Oznacza to niewielkie zmiany w prowadzeniu działalności przez szpital czy jego interesariuszy. Niski poziom stóp procentowych powoduje większy dostęp do kredytów bankowych oraz niższe koszty ich zaciągnięcia, co z kolei sprzyja realizacji inwestycji i rozwojowi.

Obszar polityczny jest bezpośrednio powiązany z obszarem prawnym, przez co często w analizach makrootoczenia występują one łącznie. Przeobrażenia mające miejsce w sektorze ochrony zdrowia są i będą ściśle związane z obszarem politycznym. Sytuacja ta jest szczególnie widoczna w okresie przedwyborczym lub przy zmianie władzy¹³. Brak możliwości przewidzenia ruchów politycznych w obszarze szpitalnictwa stanowi duże utrudnienie w planowaniu działań restrukturyzacyjnych. Szpitale nie są przygotowane na modyfikację programów restrukturyzacyjnych będących w toku i przerzucenie kosztów na inny obszar, często zmiana priorytetów inwestycyjnych jest już niemożliwa.

Obecnie w obszarze szpitalnictwa nastął okres wyczekiwania. Przejęcie władzy przez nowe ugrupowanie przysparza wielu pytań odnośnie do planowanych reform w ochronie zdrowia. W kampanii wyborczej obecnie rządzącego ugrupowania zapowiadano likwidację NFZ-u, którego obowiązki kontraktowe przejąć mają wojewodowie, zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia z budżetu państwa, utworzenie sieci szpitali publicznych oraz zaprzestanie komercjalizacji i prywatyzacji szpitali. Dodatkowo niepokój wśród osób zarządzających szpitalami jest spotęgowany zbliżającym się końcem prac nad mapą potrzeb

¹² Narodowy Bank Polski: Raport o inflacji, www.nbp.pl/polityka_pieniezna/dokumenty/raport_o_inflacji/raport_listopad_2015.pdf, 28.12.2015.

¹³ Dobska M., Rogoziński K.: op.cit., s. 21-23.

zdrowotnych, o której wiadomo, że ma być wykorzystywana przy planowaniu i kontraktowaniu świadczeń medycznych. Na posiedzeniu senackiej komisji zdrowia, mającym miejsce 09.12.2015 r., minister zdrowia zapowiedział, że pierwszy projekt ustawy odnoszący się do sposobu finansowania ochrony zdrowia i likwidacji NFZ-u będzie opracowywany w połowie 2016 roku.

Można przypuszczać, że w przyszłości, pod wpływem czynników z obszaru polityczno-prawnego, szpitale będą musiały opracować i wdrożyć działania z zakresu restrukturyzacji dostosowawczej, jednakże na chwilę obecną nie ma możliwości przeprowadzenia prognozy, których obszarów będą one dotyczyć. Niewątpliwie jedną z konsekwencji zmian systemowych, jaką poniosą szpitale będzie wzrost kosztów inwestycyjnych.

3. Wybrane wyniki przeprowadzonych badań

W badaniach wzięły udział dwadzieścia dwa szpitale publiczne, funkcjonujące jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz piętnaście podmiotów tworzących z terenu województwa śląskiego. Badania, zrealizowane przy wykorzystaniu kwestionariuszy ankiet, przeprowadzono wśród dyrekcji szpitali oraz przedstawicieli podmiotów tworzących. Ankieta skierowana do szpitali obejmowała łącznie pięćdziesiąt pytań, z kolei kwestionariusz, adresowany do podmiotów tworzących, składał się z czterdziestu czterech pytań. Obydwa kwestionariusze ankiety były podzielone na cztery części dotyczące: metryczki, obszaru planowania działań restrukturyzacyjnych, ich realizacji oraz podsumowania wdrożenia.

Na potrzeby artykułu przedstawiono wyniki odpowiedzi udzielonych jedynie na wybrane pytania.

3.1. Przyczyny restrukturyzacji według szpitali publicznych

Podmioty, które wzięły udział w badaniu charakteryzowały się średnią czternastu oddziałów.

Prawie połowa badanych szpitali (42,9%) miała cztery osoby w dyrekcji, 28,6% respondentów zadeklarowało jednoosobowy skład dyrekcji, a 8,6% powyżej czterech osób. Trzyosobowy skład dyrekcji wskazało 5,7% uczestników badania, z kolei dwuosobowy 17,3%.

Dla większości szpitali, które zostały poddane badaniu podmiotem tworzącym był urząd marszałkowski (88,6%), z kolei dla pozostały 11,4% powiat.

Większość respondentów zadeklarowała uczestnictwo w procesie restrukturyzacji (82,9%). Odpowiedzi pozostałych osób (nieuczestniczących w restrukturyzacji szpitala) nie były brane pod uwagę w analizie.

Dla większości przedstawicieli szpitali (86,2% wskazań) główną przyczyną podejmowania działań restrukturyzacyjnych była potrzeba naprawy. 69% badanych wskazało na potrzebę dostosowania placówki do zmian mających miejsce w otoczeniu, z kolei co drugi ankietowany wskazał na potrzebę rozwoju (51,7%).

Spośród wszystkich respondentów 62,1% stwierdziło, że szpital w dalszym ciągu (mimo działań restrukturyzacyjnych) jest zadłużony i wymaga podjęcia działań restrukturyzacyjnych. Najczęściej wskazywanym powodem zadłużenia, a zarazem przyczyną restrukturyzacji, było niedostosowanie wartości kontraktu z NFZ-em do potrzeb i możliwości szpitala (38,9% wskazań). Pozostałe powody zadłużenia szpitala i konieczności przeprowadzenia w nim dalszych działań restrukturyzacyjnych przedstawiono w tabeli 1, w której pominięto wskazania poniżej 10%.

Tabela 1

Powody restrukturyzacji szpitali publicznych wg dyrekcji szpitali publicznych

Powód zadłużenia	Udział procentowy
Niedostosowanie wartości kontraktu z NFZ	38,9%
Niski kontrakt z NFZ-em w odniesieniu do populacji i bazy medycznej	33,3%
Straty z lat ubiegłych	27,8%
Brak zapłaty za nadwykonania kontraktu	27,8%
Kosztochłonna infrastruktura szpitala	22,2%
Dublowanie oddziałów jednoimiennych	22,2%
Koszty działalności przewyższające przychody szpitala	22,2%
Wysokie koszty obsługi zadłużenia	16,7%
Brak środków na odtworzenie i modernizację aparatury medycznej	11,1%
Konieczność utrzymania zdublowanego personelu na powielonych oddziałach w innych budynkach	11,1%
Wzrastające wymagania ze strony NFZ-u i MZ-u	11,1%
Uгода z NFZ-em w sprawie zapłaty za nadwykonania zawarta wiele miesięcy po wykonaniu świadczeń	11,1%
Brak stabilności w kadrze kierowniczej	11,1%

Źródło: Wielicka-Gańczarczyk K.: Załączniki do rozprawy doktorskiej na temat badania skuteczności procesów restrukturyzacji szpitali zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego. Zabrze 2015, s. 53.

Mimo podjętych działań restrukturyzacyjnych 3/4 respondentów było zdania, że wprowadzone zmiany nie są wystarczające dla prawidłowego funkcjonowania szpitala. Respondenci ci zwrócili uwagę na następujące problemy wymagające restrukturyzacji: wzrost kontraktu z NFZ-em (46,2% wskazań), poprawa organizacji pracy i pozyskanie dodatkowych funduszy spoza kontraktowania (po 26,9% wskazań) oraz przeprowadzenie restrukturyzacji finansowej, zmian w regulaminie wynagrodzeń i pracy (po 11,5% wskazań).

Większość respondentów (96,6%) oceniła pozytywnie wpływ wdrożonych działań restrukturyzacyjnych na poprawę kondycji finansowej szpitala.

3.2. Przyczyny restrukturyzacji według podmiotów tworzących

W przeprowadzonym badaniu 75% podmiotów tworzących było „właścicielem” jednego szpitala, z kolei pozostałe 25% dwóch szpitali. Osoby wypełniające kwestionariusz uczestniczyły w działaniach restrukturyzacyjnych, realizowanych w szpitalach (87,5%). Odpowiedzi pozostałych osób, które nie uczestniczyły w restrukturyzacji szpitala nie były brane pod uwagę w analizie.

Dla większości przedstawicieli podmiotów tworzących (85,7% wskazań) główną przyczyną podejmowania restrukturyzacji w szpitalu była potrzeba naprawy obecnego stanu. Siedmiu na dziesięciu badanych zwróciło uwagę na potrzebę dostosowania szpitala do transformacji zachodzących w otoczeniu. Połowa ankietowanych wskazała również na potrzebę rozwoju placówki. Jedynie 7,1% respondentów jako inny powód podała potrzebę racjonalizacji modelu powiatowej publicznej opieki zdrowotnej.

Przyczyn restrukturyzacji należy również upatrywać w zadłużeniu szpitali. Większość badanych stwierdziła, że szpitale, dla których są oni podmiotami tworzącymi jest zadłużona (85,7%). Najczęstszym wskazywanym powodem zadłużenia, a tym samym potrzebą dalszej restrukturyzacji, był zbyt niski kontrakt zawarty z NFZ-em (83,3%). Pozostałe przyczyny zadłużenia zostały przedstawione w tabeli 2, w której pominięto wskazania poniżej 10%.

Tabela 2

Powody restrukturyzacji szpitali publicznych wg przedstawicieli podmiotów tworzących

Powód zadłużenia	Odsetek
Niski kontrakt z NFZ-em	83,3%
Wstrzymanie przez NFZ zapłaty za wykonane świadczenia	41,7%
Ustawodawca narzucający podwyżki płac	33,3%
Zbyt wysoki udział kosztów wynagrodzeń osiągniętych przychodach	25,0%
Złożona wycena świadczeń zdrowotnych przez NFZ	25,0%
Rosnące koszty leczenia – drogi dostęp do technologii	16,7%
Przerzucanie kosztów na szpitale publiczne przez podmioty niepubliczne	16,7%
Przestarzała infrastruktura wymagająca olbrzymich nakładów	16,7%
Brak pieniędzy na spłatę zadłużenia	16,7%

Źródło: Wielicka-Gańczarczyk K.: Załączniki do rozprawy doktorskiej na temat badania skuteczności procesów restrukturyzacji szpitali zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego. Zabrze 2015, s. 89-90.

Mimo wprowadzonych działań restrukturyzacyjnych 3/4 badanych stwierdziło, że przeprowadzona restrukturyzacja nie była w pełni wystarczająca dla prawidłowego działania szpitala. Respondenci ci poproszeni o wskazanie obszarów, w których należy dokonać dalszych zmian na pierwszym miejscu wyszczególnili zwiększenie dyscypliny pracy

w „sferze białej” (36,4%), następnie po 27,3% wskazań otrzymały obszary dotyczące: poprawy warunków hospitalizacji pacjentów oraz racjonalizacji zatrudnienia i wynagrodzenie.

Prawie wszyscy respondenci (92,9%) stwierdzili, że wprowadzone działania restrukturyzacyjne wpłynęły pozytywnie na poprawę kondycji finansowej szpitala.

4. Podsumowanie

Programy restrukturyzacyjne podejmowane w szpitalach wynikają przede wszystkim z dwóch czynników, a mianowicie: wewnętrznych problemów jednostki oraz konieczności szybkiego dostosowania placówki do zmian zachodzących w makrootoczeniu. Jako wewnętrzne problemy szpitali należy wyszczególnić: stratę na prowadzonej działalności, wysokie i stale rosnące zadłużenie oraz brak środków finansowych na pokrycie bieżącej działalności. Niejednokrotnie za taki stan rzeczy odpowiada uzależnienie szpitala od jednego płatnika. Drugi powód restrukturyzacji szpitali wynika z konieczności szybkiego dostosowania placówki do zewnętrznych uwarunkowań otoczenia, które charakteryzuje się przenikaniem poszczególnych obszarów. Zmiany systemowe w obszarze politycznym, pociągają za sobą zmiany w obszarze prawnym, które to z kolei przekładają się na zmiany administracyjne nie tylko zmieniające sposób funkcjonowania szpitali, ale również ich interesariuszy.

Zarówno respondenci z szpitali, jak i przedstawiciele podmiotów tworzących jako główną powód działań restrukturyzacyjnych wyszczególnili potrzebę naprawy obecnego stanu placówki. Osoby uczestniczące w badaniu jako najczęstszą przyczynę działań restrukturyzacyjnych i przyczynę zadłużenia placówki wskazały na problemy z NFZ-em, a następnie na ustawodawcę. Przyczyn obecnie realizowanych działań restrukturyzacyjnych w szpitalach należy zatem upatrywać w nieumiejętności adaptacji do zmian zachodzących w otoczeniu zewnętrznym, które niejednokrotnie wymagają natychmiastowego poniesienia wydatków.

Bibliografia

1. Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.: Marketing usług. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
2. Dobska M., Rogoziński K.: Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. PWN, Warszawa 2008.

3. Głód G.: Zarządzanie zmianą w jednostce ochrony zdrowia. Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2011.
4. Hupało Z.: Przyszłość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, [w:] Putz J. (red.): Procesy przekształceń w ochronie zdrowia. Bariery i możliwości. IPIS, Warszawa 2002.
5. Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, Europejska agenda cyfrowa, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0245:FIN:PL:PDF>, 23.04.2012.
6. Najwyższa Izba Kontroli: Informacje o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006-2010.
7. Narodowy Bank Polski: Raport o inflacji, www.nbp.pl/polityka_pieniezna/dokumenty/raport_o_inflacji/raport_listopad_2015.pdf, 28.12.2015.
8. Peszko A.: Podstawy zarządzania organizacjami. Uczelniane Wydawnictwa Naukowo-Techniczne, Kraków 2002.
9. Pogorzelski J.: Pozycjonowanie produktu. PWE, Warszawa 2008.
10. Sarna J., Pudło W.: Innowacje technologiczne dla sektora usług zdrowotnych w ramach Górnośląskiego Obszaru Metropolitalnego, [w:] Bondaruk J. (red.): Wizja przyszłości metropolitalnych usług publicznych w Górnośląskim Obszarze Metropolitalnym. Główny Instytut Górnictwa, Katowice 2011.
11. Wielicka-Gańczarczyk K.: Załączniki do rozprawy doktorskiej na temat badanie skuteczności procesów restrukturyzacji szpitali zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego. Zabrze 2015.
12. Wojtyniak B., Stokwiszewski J., Gorynski P., Poznanska A.: Długość życia i umieralność ludności Polski, [w:] Wojtyniak B., Gorynski P. (red.): Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

Abstract

The restructuring programs undertaken in hospitals results mainly from two factors. First of these are internal problems in units caused by increasing changes in the external environment to which hospital are not able to quickly adapt. Such problems include: loss on business activities, high and constantly increasing debt and lack of financial resources to cover current operations. Often for this state of affairs is responsible hospital addiction to one payer. The second reason stems from the need to rapidly adapting the facility to external

environmental conditions, which are characterized by infiltration of particular areas. The systemic changes in the areas of politics, entail a change in the legal area, which in turn translate into administrative changes not only changing the functioning of hospitals, but also their stakeholders.

Both respondents from hospitals and representatives of the entities forming as the main reason for restructuring activities gave the need to repair the current state of the public hospitals. Persons participating in the research as the most frequent cause of restructuring and the cause of the facility debt indicated problems with the NFZ and then with the legislature. The causes of restructuring activities already implemented in hospitals should be seen in the hospitals inability to adapt to changes in external environment, which often require immediate expenditures.