

**Uchwała nr XXIX/178/2009  
Rady Powiatu Oleśnickiego  
z dnia 22 czerwca 2009 r.**

**w sprawie przyjęcia Programu Reorganizacji Powiatowego Zespołu Szpitali  
w Oleśnicy**

Na podstawie art. 12 pkt 4, art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (tekst jedn. Dz. U. z 2001 r. nr 142, poz. 1592 ze zm. ), Rada Powiatu Oleśnickiego uchwala co następuje:

**§ 1.**

Przyjmuje się Program Reorganizacji Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, w wersji stanowiącej załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.**

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Oleśnickiego.

**§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY  
Rady Powiatu Oleśnickiego

  
**Marian Horbacz**

Załącznik do Uchwały Rady Powiatu Oleśnickiego nr XIX/178/09 z dnia 22.06.2009r.

POWIAT OLEŚNICKI



---

# **PROGRAM REORGANIZACJI**

**POWIATOWEGO  
ZESPOŁU SZPITALI  
W OLEŚNICY**

**autor:  
dr Marian Kachniarz**



Uniwersytet Ekonomiczny  
we Wrocławiu

**Czerwiec 2009**

## SPIS TREŚCI

<b>WSTĘP.....</b>	<b>3</b>
<b>CZĘŚĆ I</b>	
<b>UWARUNKOWANIA.....</b>	<b>5</b>
1.1. Charakterystyka powiatu oleśnickiego.....	5
1.2. Charakterystyka Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.....	7
1.3. Otoczenie konkurencyjne i miejsce jednostki w systemie świadczeń...	14
1.4. Dotychczasowe działania restrukturyzacyjne.....	16
1.5. Sytuacja finansowa.....	20
1.6. Przesłanki finansowe przekształceń.....	31
1.7. Przesłanki prawne przekształceń.....	33
<b>CZĘŚĆ II</b>	
<b>DOCELOWY KSZTAŁT NOWEJ JEDNOSTKI.....</b>	<b>36</b>
2.1. Diagnoza struktury kosztów.....	36
2.2. Benchmarking struktury kosztów.....	48
2.3. Kalkulacja maksymalnego poziomu kosztów.....	57
2.4. Określenie docelowej struktury świadczeń i struktury organizacyjnej.....	59
2.5. Określenie docelowej struktury kadry.....	62
2.6. Określenie docelowych składników mienia i innych kosztów Funkcjonowania.....	62
2.7. Kalkulacja poziomu kosztów po wdrożeniu działań restrukturyzacyjnych	63
<b>CZĘŚĆ III</b>	
<b>KOMERCJALIZACJA.....</b>	<b>64</b>
3.1. Scenariusze przekształceń.....	64
3.1.1. Forma prawna spółki.....	67
3.1.2. Zakres działalności spółki.....	71
3.1.3. Akcjonariusze spółki.....	71
3.2. Utworzenie spółki – identyfikacja niezbędnych działań (krok po kroku)	73
3.3. Harmonogram działań.....	75
3.4. Zasady przejęcia kadry.....	77
3.5. Zasady przekazania mienia .....	79
3.5.1. Mienie ruchome.....	79
3.5.2. Mienie nieruchome.....	81
3.6. Ciągłość świadczeń medycznych.....	83
<b>CZĘŚĆ IV</b>	
<b>LIKWIDACJA.....</b>	<b>84</b>
4.1. Zarys procedury likwidacji.....	84
4.2. Okres likwidacji.....	86
4.3. Konstrukcja formalno-finansowa likwidacji.....	88
4.4. Zasady przejęcia długu i procedura jego spłaty.....	89
4.5. Zasady przejęcia i zbycia zbędnego mienia.....	91
<b>ZAKOŃCZENIE.....</b>	<b>92</b>

## WSTĘP

Podjęte w końcówce lat 90. ubiegłego wieku reformy ochrony zdrowia, okazały się wieloletnim procesem, którego żywotność wynika po części z ze złego przygotowania samych reform jak i z niedocenionej przez reformatorów olbrzymiej inercji samego systemu. Proces reform przebiega na dwóch odmiennych w swym charakterze płaszczyznach – ogólnokrajowej i w wymiarze lokalnym. Obie te płaszczyzny pomimo swej specyfiki są jednak ze sobą literalnie współzależne. Trudno podejmować jakiegokolwiek działania modernizujące na poziomie lokalnym bez uwzględnienia uwarunkowań sektorowych. W dobrze zaplanowanym systemie oba te poziomy nie tylko funkcjonują komplementarnie ale w dodatku tworzą korzystny efekt mnożnikowy. Z perspektywy 10-lecia doświadczeń we wdrażaniu reformy można pokusić się o konkluzje, które doskonale charakteryzują obecną sytuację tworzącą ogólne tło do podejmowanych w dalszej części niniejszego opracowania rozważań.

Po pierwsze poziom makroekonomiczny nie spełnił swojej roli w dobrym określeniu ram systemowych w jakich powinien funkcjonować system ochrony zdrowia na poziomie lokalnym. Autorzy reformy wykazywali zbyt wielką wiarę w samoregulacyjne i dostosowawcze procesy elementów systemu. Zwłaszcza w sytuacji gdy funkcjonujące w warunkach chronicznego zadłużania ZOZ-y, zestawiono z organizującymi się od podstaw nowymi organami założycielskimi, wyposażając je w semisamodzielną strukturę organizacyjną SP ZOZ-ów.

Po drugie, rola poszczególnych aktorów systemu ochrony zdrowia i odpowiedzialności poszczególnych podmiotów za politykę zdrowotną pozostaje nadal niedoprecyzowana. Odpowiedzialność ta dotyczy w zasadzie granic określonych pełnieniem funkcji organów założycielskich dla poszczególnych zoz-ów. Sytuacja ta spowodowała, że w układzie regionalnym to nie marszałek kreuje faktyczną politykę regionalną w tym zakresie a organ, który miał mieć jedynie funkcję płatnika (NFZ).

Po trzecie finansowanie świadczeń medycznych, pomimo wielu inicjatyw modyfikujących działanie tej części systemu, opiera się w dużej części *de facto* na zasadzie budżetowania w oparciu o utrwalone historycznie wielkości przepływów finansowych. Co w wymiarze poszczególnych jednostek oznacza, że wielkość ich finansowania zależy w dużej mierze od sytuacji „startowej” jaką miały one w końcu lat 90.

Po czwarte, pomimo ewidentnych dysfunkcji jaką niosła ze sobą forma SP ZOZ, zwłaszcza w zakresie niedostosowania do zastopowania „dziedzicznych” wręcz tendencji do zadłużania się, nie stworzono ram prawno-organizacyjnych do zmiany tej formuły. Wszelkie zmiany w podstawach prawnych funkcjonowania miały raczej doraźny a nie systemowy charakter.

Po piąte wreszcie, cechą charakterystyczną ostatniej dekady są wielokrotne zmiany uwarunkowań prawno-finansowych w systemie ochrony zdrowia. Brak konsensusu politycznego powodował wiele radykalnych zwrotów w funkcjonowaniu systemu co skutecznie utrudniało precyzyjne planowanie skutecznych zmian.

Wszystkie te elementy powodowały, że aktorzy lokalni nie dość, że zostali pozbawieni skutecznych rozwiązań makroekonomicznych, to w dodatku musieli funkcjonować w niepewnych i „rozchwianych” uwarunkowaniach. Pomimo ewidentnych dysfunkcji systemowych, nie były one szybko i sprawnie likwidowane. Tworzyło to sprzężenie zwrotne ale w sensie negatywnym, gdzie brak warunków systemowych utrudniał a często i uniemożliwiał skuteczne działania na poziomie



lokalnym. Aktorzy takich przedsięwzięć skazani byli na tworzenie indywidualnych rozwiązań, które właśnie z tego względu spotykały się z krytyką.

Sytuacja uległa niewielkiej zmianie w ostatnich dwóch latach na wskutek szerokiej, publicznej dyskusji nad zmianami organizacyjnymi w systemie ochrony zdrowia. I choć dyskusja ta obfitowała często w publicystyczne akcenty, to nie można jej odmówić upublicznienia tego problemu i swoistego oswojenia opinii publicznej z problemem. Co prawda nie skutkowało to realnymi zmianami ustawowymi, ułatwiającymi ścieżkę przekształceń to jednak doprowadziło do uruchomienia rządowego programu wsparcia dla jednostek podejmujących trud restrukturyzacji w ramach istniejących uwarunkowań prawnych. Stworzyło to bardzo istotny „efekt przyzwolenia” na podejmowanie bardzo trudnych procesów w bardzo przecież delikatnej materii jaką jest sektor ochrony zdrowia.

Niniejsze opracowanie jest próbą odpowiedzi na pytanie jak w świetle powyższych informacji wygląda perspektywa funkcjonowania Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy. W tym zakresie jest to więc analiza stanu i niezbędnych działań strategicznych na poziomie mikroekonomicznym ale uwzględniającym zarówno otoczenie instytucjonalne na poziomie regionalnym jak i skomplikowane uwarunkowania systemowe.

Opracowanie stanowi przygotowanie formalne do ewentualnego udziału powiatu oleśnickiego w programie wieloletnim pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”.

W marcu 2009 roku powstała pierwsza wersja tego opracowania, która stanowiła podstawę do dyskusji w gronie Zarządu Powiatu oraz kierownictwa PZS w Oleśnicy. Kolejnym krokiem były konsultacje społeczne – dokument został opublikowany do wglądu na stronach internetowych powiatu oleśnickiego:

<http://www.powiat-olesnicki.pl/index.php?kat=110&id=1177>

Obecna wersja programu jest efektem tych prac.

Autor pragnie w tym miejscu podziękować za konstruktywną kooperację zarządowi powiatu oraz kierownictwu PZS w Oleśnicy. W sposób szczególny pragnę podkreślić zaangażowanie Pana starosty Zbigniewa Potyrały, oraz Pani dyrektor PZS w Oleśnicy Agnieszki Cholewińskiej. Zaowocowało ono wieloma cennymi uwagami, które miały istotny wpływ na ostateczny kształt tego dokumentu.

## CZĘŚĆ I UWARUNKOWANIA

### 1.1. Charakterystyka powiatu oleśnickiego

Powiat Oleśnicki położony jest w północno-wschodniej części województwa dolnośląskiego, granicząc z powiatami milickim, trzebnickim, wrocławskim ziemskim i oławskim z tegoż samego województwa, wielkopolskimi powiatami ostrowskim, ostrzeszowskim i kępińskim oraz powiatem namysłowskim leżącym już w granicach województwa opolskiego. Obszar powiatu zajmuje 1049 km<sup>2</sup>, podzielony jest administracyjnie na 8 gmin: miejską Oleśnica, miejsko-wiejskie Bierutów, Międzybórz, Syców, Twardogóra, oraz wiejskie Dziadowa Kłoda, Dobroszyce i Oleśnica.

Teren powiatu zamieszkuje ogółem 103,5 tys. osób. Struktura osadnicza składa się z 5 miast oraz 123 miejscowości o charakterze wiejskim (111 sołectw). Miasta te zamieszkuje 60% ludności powiatu. Największym miastem jest stolica powiatu Oleśnica (36,8 tys.), następnie są to kolejno Syców (10,6 tys.), Twardogóra (6,9 tys.), Bierutów (5,1 tys.) oraz Międzybórz (2,4 tys.). Pod względem wskaźników potencjału demograficznego i spójności społecznej, powiat oleśnicki lokuje się powyżej średniej wojewódzkiej (10 lokata na 29 powiatów).

Tabela 1. Podział administracyjny i ludność powiatu oleśnickiego (2007 r.)

Gmina	Typ gminy	Liczba gmin	Liczba ludności
Oleśnica	miejska	21	36 840
Bierutów	miejsko-wiejska	147	10 177 w tym miasto 5 074
Międzybórz	miejsko-wiejska	88	5 066 w tym miasto 2 372
Syców	miejsko-wiejska	145	16 324 w tym miasto 10 636
Twardogóra	miejsko-wiejska	168	12 948 w tym miasto 6 859
Dobroszyce	wiejska	132	6 100
Dziadowa Kłoda	wiejska	106	4 590
Oleśnica	wiejska	242	11 451
<b>RAZEM</b>		<b>1049</b>	<b>103 496</b>

Źródło: Bank Danych Regionalnych GUS

Cechą charakterystyczną układu osadniczego powiatu jest jego asymetria. Centralne obszary powiatu zajęte są przez duże kompleksy leśne i obszary o charakterze wiejskim, zaś jego obrzeża mają charakter zurbanizowany. Wszystkie jednostki miejskie oraz wiejskie centra administracyjne oparte są o zewnętrzne granice powiatu. Centralne miejsce pod względem potencjału społeczno-gospodarczego w tym usługowego powiatu zajmuje miasto Oleśnica zlokalizowane przy jego południowo-zachodnich krańcach. Koncentrują się tu wszystkie najważniejsze osie rozwojowe powiatu. Układy ciążenia w sferze usług wykazują jednak deformację wynikającą z historii administracyjnej obecnego obszaru powiatu. Przed 1975 rokiem, funkcje miasta powiatowego pełnił

także Syców a w skład tak określonego powiatu wchodziły ponadto Twardogóra, Międzybórz i Dziadowa Kłoda oraz Perzów z obecnego powiatu kępińskiego. Sytuację tę pogłębiła przynależność rejonu Sycowa w latach 1975-1999 do województwa kaliskiego. Reforma administracyjna z 1999 roku z jednej strony przywróciła główne siły ciężenia Sycowa do regionalnego centrum – aglomeracji wrocławskiej ale z drugiej strony spowodowała utratę statusu centrum powiatowego.

## 1.2. Charakterystyka Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy (PZS) to jednostka funkcjonująca w formule prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Powstała ona w wyniku połączenia dwóch odrębnie wcześniej funkcjonujących jednostek – szpitala im. J. Dietla w Oleśnicy oraz sp zoz w Sycowie dla których powiat oleśnicki pełnił funkcję organu założycielskiego. W tej nowej formule PZS funkcjonuje od 1 stycznia 2004 roku. Motywem skupienia tych dwóch jednostek pod jednym zarządem były korzyści wynikające ze zmniejszenia kosztów administracji oraz lepsza koordynacja działań w zakresie struktury świadczeń na terenie powiatu. Skłaniała ku temu także niewielka odległość pomiędzy tymi dwoma sp zoz-ami. Nie bez znaczenia były tu trendy w kontraktowaniu świadczeń medycznych, które mogłyby wyrażnie dyskredytować tzw „drugi” szpital w powiecie. Choć ten ostatni argument nie miał charakteru formalnego, to przy aktywnym uczestnictwie w wielu gremiach, których zadaniem było tworzenie projektów restrukturyzacji regionalnego systemu ochrony zdrowia, można było zaobserwować, że była to jedna z podstawowych argumentacji za likwidacją niektórych placówek. Ponieważ jak już wcześniej wspomniano, rolę organu restrukturyzacyjnego odgrywał płatnik, mogło to powodować zmniejszenie kontraktu na szpital w Sycowie.

Siedziba zarządu PZS znajduje się w przy ul. Armii Krajowej 1 w Oleśnicy. Jednostka zachowała swą dualistyczną strukturę – składa się z dwóch jednostek – szpitala w Sycowie oraz Oleśnicy.

W strukturze szpitala w Oleśnicy znajdują się następujące oddziały szpitalne:

- internistyczny
- pediatryczny
- ginekologiczno-położniczy
- neonatologiczny
- chirurgiczny
- intensywnej terapii

Strukturę oddziałów uzupełnia:

- izba przyjęć
- oddział ratownictwa medycznego
- blok operacyjny
- blok operacyjny ginekologiczny
- blok porodowy
- sterylizacja
- apteka

Specjalistyczna opieka ambulatoryjna:

- poradnia diabetologiczna
- poradnia kardiologiczna
- poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
- poradnia chirurgii ogólnej

Dział diagnostyczny składa się z pracowni:

- diagnostyki kardiologicznej
- rtg
- endoskopii
- usg

- EKG
- laboratorium analityczne

W skład działów pomocniczych wchodzi:

- dział administracji
- dział statystyki
- obsługa gospodarcza
- obsługa techniczna
- kotłownia
- agregatownia
- magazyn odpadów medycznych
- magazyn, biblioteka, archiwum

W strukturze szpitala w Sycowie znajdują się następujące oddziały:

- internistyczny
- pediatryczny
- rehabilitacyjny
- zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

Strukturę oddziałów uzupełniają:

- izba przyjęć
- poradnia ginekologiczno-położnicza
- poradnia chirurgii ogólnej
- zakład fizjoterapii
- poradnia rehabilitacyjna
- ośrodek rehabilitacji dziennej

Dział diagnostyczny:

- laboratorium
- pracownia rtg
- pracownia endoskopii
- pracownia usg

Działy pomocnicze:

- dział administracji
- dział statystyki
- kuchnia
- obsługa gospodarcza
- obsługa techniczna
- centrala telefoniczna
- transport
- kotłownia

W sumie PZS posiada w swej strukturze 316 łóżek z tego 260 to łóżka krótkoterminowe, zaś 56 z nich klasyfikowane jest do opieki długoterminowej. 2/3 bazy łózkowej znajduje się w Oleśnicy, zaś około 1/3 zlokalizowana jest w oddziale Sycowskim. Szczegółowa struktura zaprezentowana została w tabeli 2.

Tabela 2. Struktura bazy łóżkowej w PCZ w Oleśnicy (31.12.2008 r.)

Specjalizacja	Liczba łóżek		
	Łóżka długoterminowe	Łóżka krótkoterminowe	Łóżka intensywne
Internistyczny	100	65	35
Chirurgiczny	46	46	-
Ginekologiczno-położniczy	55	55	-
Pediatryczny	35	20	15
Neonatologiczny	20	20	-
Intensywnej Terapii (OIT)	4	4	-
Rehabilitacyjny	26	-	26
Opiekuńczo-leczniczy	30	-	30
<b>Ogółem</b>	<b>316</b>	<b>210</b>	<b>106</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Ewolucja szpitala w Sycowie zmierzała w kierunku przekształcania oddziałów z operatywą zabiegową na łóżka długoterminowe. W chwili obecnej w obu placówkach PZS dublują się dwa jednoimienne oddziały – wewnętrzny (internistyczny) i dziecięcy (pediatryczny).

Wskaźniki oparte na liczbie łóżek w stosunku do obsługiwanej populacji tracą obecnie znaczenie na rzecz liczby wykonywanych procedur medycznych. Tym niemniej ich analiza może być elementem składowym budującym obraz zabezpieczenia świadczeń medycznych na danym obszarze. Punktem odniesienia są tu tzw. wskaźniki kierunkowe liczby łóżek na 10 000 mieszkańców opublikowane przez ministerstwo zdrowia w 2002 roku. Szczegółowa analiza z podziałem na łóżka długo- i krótkoterminowe prezentuje tabela 3.

Analiza prowadzi do konkluzji, że struktura łóżek krótkoterminowych jest niemalże zgodna ze wskaźnikami kierunkowymi określającymi potrzeby średniej populacji w Polsce. Odstępstwa od idealnego wzorca są niewielkie i wynikać mogą z lokalnej specyfiki organizacji świadczeń medycznych. Na tle innych powiatów województwa dolnośląskiego w których to generalnie występuje potrzeba redukcji znacznych nadwyżek bazy łóżkowej, sytuację powiatu oleśnickiego uznać należy za unormowaną.

Tabela 3. Porównanie liczby łóżek PZS w Oleśnicy ze wskaźnikami kierunkowymi (31.12.2008 r.)

Wskaźniki kierunkowe				
Internistyczny	100	9,7	8,6	1,1
Chirurgiczny	46	4,4	6,2	-1,8
Ginekologiczno- położniczy + Noenatologiczny	75	7,2	6,0	1,2
Pediatryczny	35	3,4	2,9	0,5
Intensywnej Terapii (OIT)	4	0,4	0,7	-0,3
<b>Razem krótkoterminowe</b>	<b>260</b>	<b>25,1</b>	<b>24,4</b>	<b>0,7</b>
Rehabilitacyjny	26			
Opiekuńczo- lecniczy	30			
<b>Razem długoterminowe</b>	<b>56</b>	<b>5,4</b>	<b>12</b>	<b>-6,6</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Odmierna sytuacja występuje w zakresie łóżek długoterminowych. Według projekcji ministerialnych powinno ich być w powiecie nawet dwukrotnie więcej. Taka sytuacja umożliwia rozwój tego kierunku świadczenia usług z dużym prawdopodobieństwem uzyskania kontraktu z NFZ.

W roku 2008 w PZS w Oleśnicy hospitalizowano ogółem 11 802 osoby. 11 256 osób uzyskało pomoc na oddziałach krótkoterminowych, gdzie średni czas pobytu pacjenta wynosił 3,7 dnia. Różnice w długości pobytu były znaczne – od 2,2 dnia na oddziale chirurgicznym do 6,3 dnia na oddziale internistycznym w Sycowie. Największą liczbę pacjentów przyjęto na oddział chirurgiczny (3 752), co przy krótkim średnim pobycie dało jednak średnią wartość 8 195 osobodni. Najmniejszą liczbę osobodni, pomimo relatywnie długiego średniego czasu pobytu, zanotował oddział pediatryczny w Sycowie (3 658). Najwięcej osobodni zanotowano na oddziale internistycznym w Sycowie (11 119), co wynika przede wszystkim ze wspomnianego już wyżej najdłuższego średniego pobytu pacjenta. W tych porównaniach pominięto oddział intensywnej terapii, ze względu na swą odmienną specyfikę, oraz oddział neonatologiczny, ze względu na brak porównywalnych danych dot. średniej długości pobytu pacjenta.

Tabela 4. Struktura hospitalizacji w PZS w Oleśnicy (za 2008 r.)

Internistyczny Oleśnica	2 134	65	32,8	8 323	35,1	3,9
Internistyczny Syców	1 776	35	50,7	11 119	87,0	6,3
Chirurgiczny	3 725	46	80,9	8 195	48,8	2,2
Ginekologiczno-położniczy	1 853	55	33,7	5 559	27,7	3,0
Pediatryczny Oleśnica	1 006	20	50,3	3 923	53,8	3,9
Pediatryczny Syców	762	15	50,8	3 658	66,8	4,8
Neonatologiczny	715	20	bd	bd	bd	bd
Intensywnej opieki	236	4	59,0	755	51,7	3,2
<b>Ogółem krótkoterminowe</b>	<b>11 256</b>	<b>260</b>	<b>43,3</b>	<b>41 532</b>	<b>47,41</b>	<b>3,7</b>
Rehabilitacyjny	442	26	17,0	9105	95,9	20,6
Pielęgnacyjno-opiekuńczy	104	30	3,5	10 546	96,3	101,4
<b>Ogółem długoterminowe</b>	<b>546</b>	<b>56</b>	<b>9,6</b>	<b>19 651</b>	<b>96,1</b>	<b>61,0</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Zupełnie odmienny obraz przedstawia analiza wykorzystania łóżek długoterminowych. Średni czas pobytu jest tu znacznie dłuższy niż w przypadku oddziałów „ostrych”. W przypadku zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego przekracza on 100 dni, w przypadku rehabilitacji wynosi nieco powyżej 20 dni. Udzielone świadczenia obejmowały tu niemalże 20 000 osobodni, przy znacznie intensywniejszym wykorzystaniu bazy łóżkowej niż w przypadku opieki krótkoterminowej. W świetle powyższych danych można stwierdzić, że posiadana w dyspozycji baza łóżek długoterminowych była wykorzystywana w niemalże 100%. W przypadku bazy łóżek „ostrych” takie wykorzystanie rzadko jest możliwe ze względu na brak możliwości planowania przypadków nagłych i związanych z nimi stałą dyspozycją części łóżek. Tym niemniej powyższa analiza prowadzi do wniosku, że jedynie około 50% bazy była efektywnie wykorzystana. Prowadzić by to mogło do wniosku, że część tej bazy jest zbędna i pojawiają się tu możliwości jej redukcji. W świetle jednak innych uwarunkowań (choćby wskaźników ministerstwa zdrowia), sytuacja ta może wyglądać inaczej.

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy obsługiwało na dzień 31.12.2008 r. łącznie 518,03 etatów uzupełnionych zatrudnieniem kontraktowym 29 lekarzy (z czego 3 w



poradniach specjalistycznych a 26 w pogotowiu ratunkowym). Struktura zatrudnienia w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń zaprezentowana została w tabeli 4.

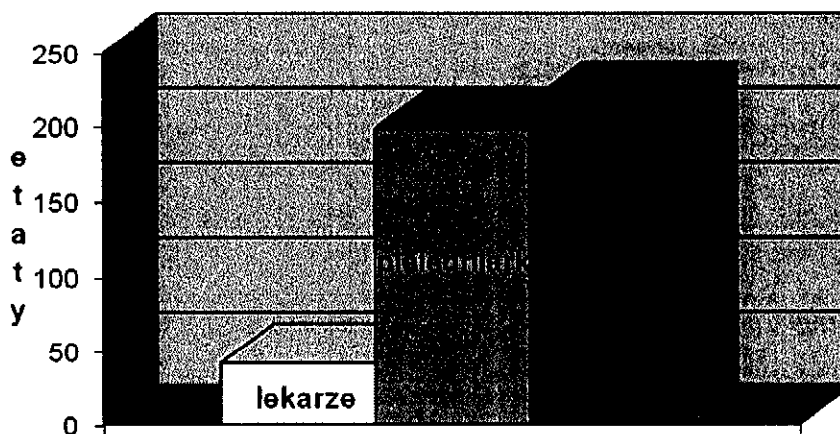
Tabela 5. Struktura zatrudnienia w PZS w Oleśnicy (31.12.2008 r.)

Lecznictwo szpitalne	32,13		194,10	210,60	438,83
Opieka ambulatoryjna	3,75	6	4,70	6,50	20,95
Pogotowie	1	23	13,50	51,75	89,25
<b>Ogółem</b>	<b>36,88</b>	<b>29</b>	<b>212,30</b>	<b>268,85</b>	<b>549,03</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Z ogółu zatrudnionych etaty lekarskie stanowią ponad 7%, pielęgniarskie zajmują około 41%, a pozostały personel (technicy medyczni, administracja, obsługa techniczna) zajmuje 52% ogólnej struktury etatów. Wyłączywszy pogotowie, które posiada specyficzną strukturę zatrudnienia, wartości te przedstawiają się następująco: dla etatów i kontraktów lekarskich – 9,1%, dla pielęgniarek – 43,23% oraz dla pozostałego personelu – 47,21%. Tę ostatnią strukturę graficznie prezentuje wykres 1.

Wykres 1. Struktura etatów w PZS w Oleśnicy (bez pogotowia – stan na 31.12.2008 r.)



Źródło: opracowanie własne

Powiatowy Zespół Szpitali wykonuje swe świadczenia w oparciu o pozostające w jego trwałym zarządzie nieruchomości. Właścicielem tych nieruchomości jest powiat oleśnicki. Dwa główne obiekty – przy ul. Armii Krajowej 1 w Oleśnicy oraz w Sycowie przy ul. Oleśnickiej 25, w których znajdują się główne oddziały szpitalne, to obiekty powojenne o stosunkowo prostej i czytelnej strukturze pomieszczeń. Niezależnie jednak

od tego spełnienie wymogów sanitarnych i epidemiologicznych wymaga sporych nakładów inwestycyjnych w postaci kapitalnych remontów, łącznie z gruntowną wymianą instalacji technicznych. Stopień dekapitalizacji tych budynków przekracza 60%, co w skali całego Dolnego Śląska jest wartością średnią. Baza ta w zupełności wystarcza do zabezpieczenia prowadzonych przez PZS świadczeń. Pozytywnie należy ocenić przekazanie części zdekapitalizowanej bazy powiatowi w celu dalszego jej zagospodarowania.

Status prawny majątku ruchomego (sprzęt, wyposażenie) jest odmienny niż w przypadku nieruchomości. Stanowi on własność Powiatowego Zespołu Szpitali, a sposób jego dysponowania uregulowany jest szczegółowo w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Stopień dekapitalizacji w tej grupie sięga 50% i w ostatnich latach uległ nieznacznej poprawie na wskutek zakupów inwestycyjnych realizowanych m.in. w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego i środków powiatu oleśnickiego. Szczegółowy wykaz tych przedsięwzięć jest zamieszczony w dalszej części niniejszego opracowania.

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy funkcjonujący w dualnej strukturze szpitala w Oleśnicy i w Sycowie jest typowym szpitalem powiatowym I stopnia referencyjnego. Zabezpiecza on świadczenia dla ponad 100 tys. populacji mieszkańców powiatu oleśnickiego w zakresie leczenia zamkniętego na 4 podstawowych oddziałach ogólnych (internistyczny, chirurgiczny, ginekologiczno-położniczy, pediatryczny). Zabezpiecza także potrzeby tego terenu pod względem intensywnej terapii (OIT) oraz zabiegów operacyjnych chirurgicznych i ginekologicznych. Lecznictwo zamknięte uzupełniają oddziały opieki długoterminowej o profilu rehabilitacyjnym i opiekuńczo-leczniczym. Dodatkowo PZS prowadzi pogotowie ratunkowe i poradnie specjalistyczne a na izbie przyjęć szpitala świadczone są usługi POZ w ramach opieki nocnej i świątecznej. Wspomniane zakresy świadczeń i ich struktura czynią z PZS w Oleśnicy niemalże modelową placówkę powiatową.

### **1.3. Otoczenie konkurencyjne i miejsce jednostki w systemie świadczeń**

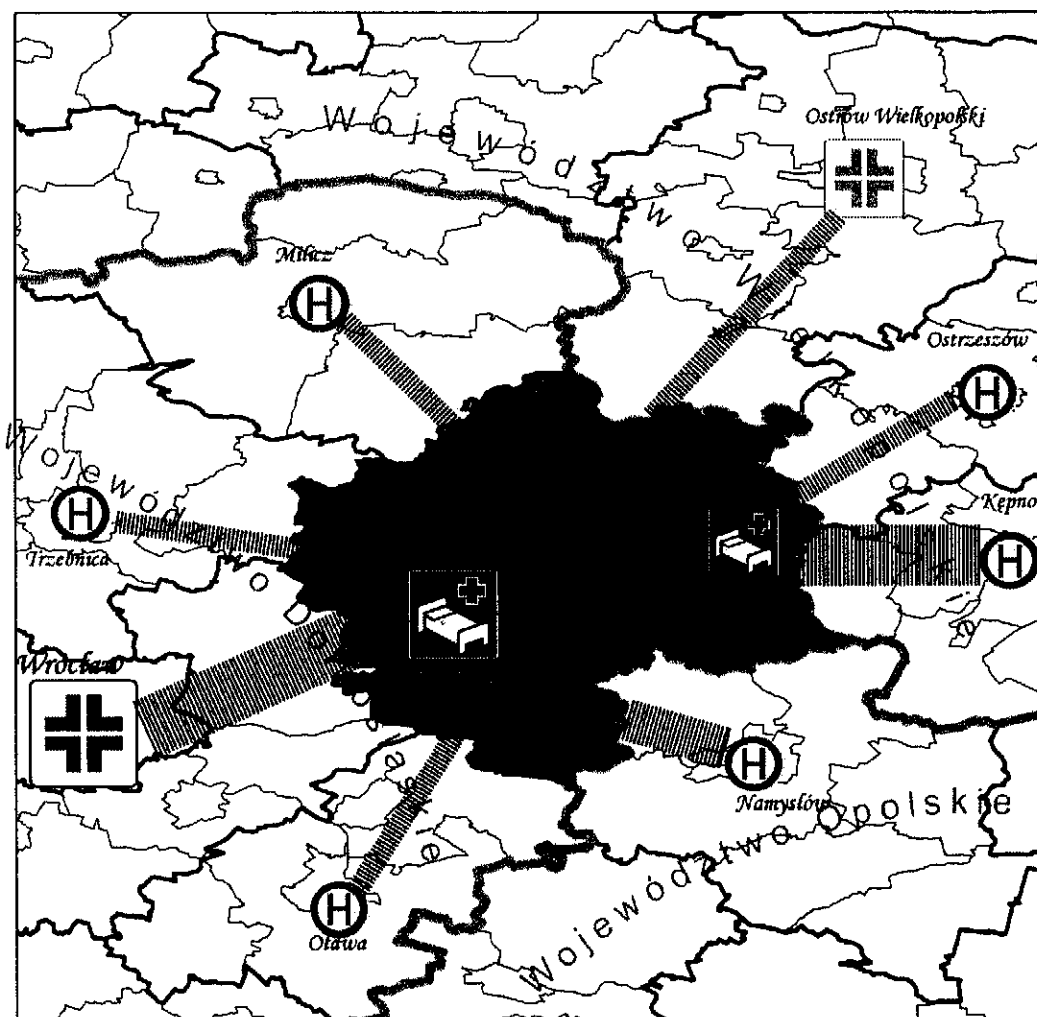
Położenie powiatu na styku trzech województw jest z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia istotne, zbiegają się tu bowiem jurysdykcje trzech, regionalnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, co nawet przy tendencjach standaryzacji świadczeń, powoduje praktyczne zróżnicowanie uwarunkowań organizacyjno-finansowych. Wspomniana wcześniej historia podziałów administracyjnych, ma do dzisiaj wpływ na kształtowanie się stref ciążenia wobec różnego rodzaju usług. Położenie na zapleczu regionalnej aglomeracji jaką jest Wrocław, oraz struktura osadnicza powiatu wytwarza także specyficzne siły ciążenia, które winny być brane pod uwagę przy kształtowaniu rynku usług w tym świadczeń medycznych.

W odległej o 30 km. od Oleśnicy aglomeracji wrocławskiej zlokalizowane są szpitale II i III stopnia referencyjnego (specjalistyczne i kliniczne), zapewniając dostęp do pełnego spektrum świadczeń wysokospecjalistycznych. Mniejszą siłę oddziaływania ma ten ośrodek w zakresie świadczeń podstawowych, oferowanych na miejscu w powiecie oleśnickim. Z jednej strony zatem siły ciążenia do Wrocławia są znaczne ale przede wszystkim w zakresie świadczeń specjalistycznych.

Północno-wschodnie krańce powiatu oleśnickiego (okolice Międzyborza), dzieli tylko 35 km od położonego już w Wielkopolsce ośrodka o znaczeniu regionalnym jakim jest Ostrów Wielkopolski. W przypadku dostępu do świadczeń II poziomu referencyjnego odległość ta stanowi atrakcyjną alternatywę wobec odległego stąd o 60 km Wrocławia. Podobnie jednak jak w przypadku stolicy województwa dolnośląskiego oddziaływania Ostrowa Wielkopolskiego na te dziedziny świadczeń, które są oferowane na miejscu w powiecie oleśnickim jest niewielkie.

Pozostałe, położone w sąsiedztwie powiatu oleśnickiego ośrodki, należą do I poziomu referencyjnego, a więc są to szpitale powiatowe. Ze względu na omawiany już wcześniej układ osadniczy, pojawiają się sytuacje w których odległość do ośrodków usługowych w sąsiednich powiatach jest taka sama albo nawet mniejsza niż do Oleśnicy. Sytuacja taka występuje w przypadku Sycowa z którego bliżej jest do położonych w Wielkopolsce Kępna (20 km) i Ostrzeszowa (21 km) niż do stolicy powiatu (28 km). Wiąże te wzmacnia fakt wspólnej przynależności Sycowa i wymienionych miast do byłego województwa kaliskiego. W przypadku likwidacji placówki w Sycowie, wielu pacjentów z tego terenu wybrałoby prawdopodobnie nie Oleśnicę ale placówki w sąsiednich powiatach.

Rys. 1. Siły ciężenia do ośrodków zewnętrznych w powiecie oleśnickim



Powiatowy Zespół Szpitali (placówki w Oleśnicy i w Sycowie)



Ośrodek o znaczeniu regionalnym (szpitale kliniczne)



Ośrodek subregionalny (szpitale wojewódzkie)



Ośrodki powiatowe



Granice województw



Granice powiatów



Granice gmin

#### 1.4. Dotychczasowe działania restrukturyzacyjne

Wprowadzenie reformy ochrony zdrowia w roku 1999 oznaczało dla szpitali powiatu oleśnickiego nie tylko zmianę formuły prawnej ale także i zmniejszenie zasilającego ich strumienia środków. Trend ten utrzymał się także w kolejnym 2000 roku.

Pierwszy etap zmniejszania kosztów opierał się na niewielkich zmianach wewnątrz jednostek bez radykalnych posunięć dotyczących zarówno ich struktury organizacyjnej jak i zatrudnionych pracowników. W tym drugim zakresie dominowały proste redukcje pracowników osiągających wiek emerytalny bądź podlegających programom osłonowym.

W roku 2003 wdrożono koncepcję połączenia dotychczasowych jednostek – szpitala w Sycowie oraz szpitala im. Józefa Dietla w Oleśnicy. Od 1 stycznia 2004 roku zaczęły one funkcjonować pod nową nazwą – Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy. W wyniku połączenia tych jednostek skoncentrowano oddziały zabiegowe w Oleśnicy (ginekologia i położnictwo oraz chirurgia) pozostawiając w Sycowie oddziały zachowawcze (interna, pediatria, rehabilitacja). Strukturę łóżek w tym drugim przypadku wzbogacono o łóżka opieki długoterminowej. Pomimo zachowania wielu dublujących się komórek w obu jednostkach (np. oddziały: interna, pediatria oraz laboratoria), osiągnięto obniżenie kosztów związanych z administracją i skupieniem oddziałów zabiegowych. Warto dodać, że połączenie tych jednostek doprowadziło do utrzymania, choć w nieco zmienionym kształcie, szpitala w Sycowie. W tym samym czasie bowiem przygotowywany przez marszałka województwa *Program zmian w sieci publicznych zakładów opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku* zakładał jego całkowitą likwidację.

W maju 2005 roku zakończono prace nad *Programem restrukturyzacji Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy*, który został sformułowany pod potrzeby programu pomocy dla szpitali określonego ustawą z dnia 15 kwietnia 2005 r. *o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej* (Dz.U. nr 78, poz. 684). Poza częścią diagnostyczną w której dokonano szerokiej analizy finansowej PZS, program zakładał następujące posunięcia restrukturyzacyjne:

- ograniczenia ośrodka kosztów jakim były zbędne zasoby mienia (budynek administracyjny),
- zwiększenie dyscypliny w zarządzaniu lekami i racjonalizacja zakupów leków i materiałów medycznych
- zahamowanie dekapitalizacji majątku trwałego poprzez dokapitalizowanie remontów przez organ założycielski
- skorzystanie z pomocy organu założycielskiego i rządu w postaci pożyczki restrukturyzacyjnej, umorzenia części zobowiązań oraz częściowego pokrycia ujemnego wyniku finansowego.

Projekcja finansowa stworzona na potrzeby tego programu zakładała bieżące zbilansowanie się jednostki w roku 2008 przy założeniu uzyskania wsparcia programu rządowego i zaangażowaniu powiatu oleśnickiego. Wartość pomocy rządowej szacowano na 4,2 mln zł pożyczki restrukturyzacyjnej oraz około 3 mln. zł. umorzeń. By spełnić wymogi tej pomocy jednocześnie powiat oleśnicki musiał zadeklarować wsparcie w wysokości niemalże 20 mln. zł (!).

Z obecnej perspektywy można stwierdzić, że wszystkie planowane działania zostały zrealizowane. Szpital uzyskał pożyczkę restrukturyzacyjną oraz wsparcie ze strony powiatu. Dokonano przeniesienia administracji do pomieszczeń w głównym budynku

szpitala celem zwolnienia dotychczas zajmowanego obiektu. Zwiększono także dyscyplinę w zarządzaniu lekami i środkami medycznymi. Warto podkreślić jest zwłaszcza zaangażowanie organu założycielskiego.

Tabela 6. Szczegółowe zestawienie zaangażowania powiatu oleśnickiego w PZS w Oleśnicy

CEL		
Remont kotłowni w Pogotowiu przy.ul.Ludwikowskiej Szpitala im.J.Dietla	2001	2 397
Remont łazienek na oddz.wewnętrznym,modernizacja laboratorium szpitala,prace przedprojektowe w ramach realizacji Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne,przystosowanie toalet dla potrzeb osób niepełnosprawnych Szpitala im.J.Dietla	2003	315 600
Modernizacja układu odzysku ciepła,prace przedprojektowe w ramach realizacji Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne,dostosowanie pomieszczeń dla osób niepełnosprawnych	2004	164 157
Tworzenie oddziału ratunkowego z programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne	2005	475 843
Dzwigi osobowe i towarowe przebudowa szybu modernizacja WC na oddz.dziecięcym	2006	50 000
Prace modernizacyjne na oddz.ginekologiczno-położniczym	2007	54 696
Prace modernizacyjne na bloku porodowym,IV piętro , informatyzacja szpitali ,remont dachu szpitala i klatek schodowych,remont kuchni w Sycowie	2008	2 209 275
<b>RAZEM</b>		<b>3 271 968</b>
Zakup aparatury USG,histeroskopu, stołu operacyjnego ,wózka do transportu chorych,defibrylatora Szpitala im.J.Dietla	2001	600 000
Zakup USG, ,łóżka porodowe	2002	212 000
Zakup aparatu RTG z torem wizyjnym	2003	200 000
Zakup sprzętu radiowego dla Pogotowia,baterie akumulatorowe,zgrzewarka,czujnik dural,defibrylator	2004	114 000
Zakup sprzętu wideogastroskop,wózek z dodatkowym wyposażeniem,monitor do gastroskopii	2005	90 000
Ssak ,kardiotokograf,system przywoływawczy,ciężarówka laboratoryjna,sufitowa lampa operacyjna	2006	75 598
Zakup kamery z obiektywem,zgrzewarki do opakowań ,lasera biostymulującego,miernika DPC,pompy infuzyjne,wirówka,zakup ambulansów medycznych Volgswagena z wyposażeniem,system informatyczny komputery	2007	947 750
Gastroskop,zmywarka,głowice kamery,ssak elektryczny	2008	50 544
<b>RAZEM</b>		<b>2 289 892</b>
Starostwo O-ca	2002	200 000
Starostwo O-ca	2003	50 000
Starostwo O-ca	2005	1 600 000
Starostwo O-ca	2006	600 000
<b>RAZEM</b>		<b>2 450 000</b>
BS Dziadowa Kłoda	2001	750 000
Nordea Bank Gdynia	2002	1 150 000

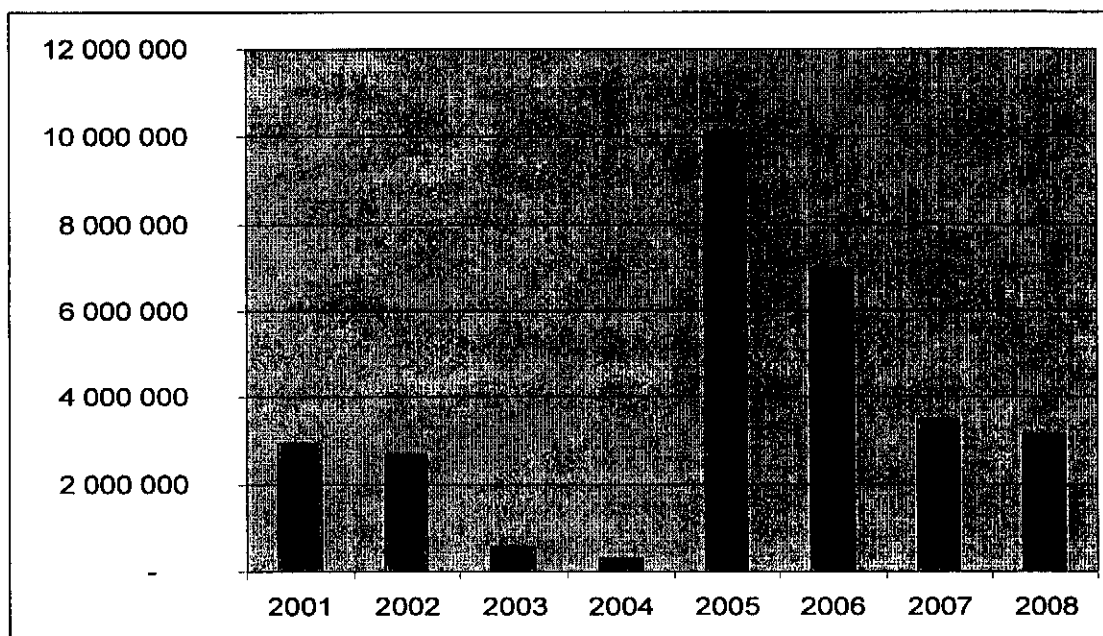
	<b>RAZEM</b>	<b>1 900 000</b>
ZBK Syców	2005	968 011
	<b>RAZEM</b>	<b>968 011</b>
Kredyt BS	2001	1 589 800
Kredyt BS	2002	1 100 000
Środki na restrukturyzację	2005	7 000 000
Środki na restrukturyzację	2006	6 267 396
Środki finansowe na pokrycie ujemnego wyniku finansowego z lat ubiegłych	2007	2 450 884
Środki finansowe na pokrycie ujemnego wyniku finansowego z lat ubiegłych	2008	882 167
	<b>RAZEM</b>	<b>19 290 247</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji starostwa powiatowego w Oleśnicy

Niemalże 5,5 mln złotych przekazane zostało PZS na prace modernizacyjne oraz na zakup aparatury i urządzeń. Podobną kwotę – około 5,3 mln złotych powiat oleśnicki wyasygnował na pożyczki, poręczenia i przejęte zobowiązania wobec innych podmiotów. Kwota niemalże 20 mln złotych została przeznaczona na pokrycie ujemnego wyniku finansowego i inne operacje finansowe związane z długiem szpitala.

Największe zaangażowanie wypada na lata 2005-2006 - związane jest to wymogami wspomnianego powyżej programu restrukturyzacji i warunkami uzyskania pomocy finansowej z Banku Gospodarstwa Krajowego.

Wykres 2. Zaangażowanie powiatu oleśnickiego w PZS w latach 2001-2008 (w zł)



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji starostwa powiatowego w Oleśnicy

W sumie zaangażowanie powiatu oleśnickiego przekroczyło wartość 30 mln. złotych. Za tę kwotę można by było zmodernizować około 50 km. dróg powiatowych, wybudować 8 hal sportowych czy wybudować od podstaw nowy szpital powiatowy. W stosunku zatem do możliwości samorządu powiatowego mamy tu do czynienia z ogromnymi kwotami.

Pomimo tego wielkiego wysiłku, założenie zbilansowania działalności PZS nie zostało osiągnięte. Jak zostanie to przedstawione w następnym podrozdziale, spowodowane to zostało nowymi nieoczekiwanymi okolicznościami, które program restrukturyzacji nie przewidywał. Wiązało się to ze wzrostem kosztów pracy w sektorze ochrony zdrowia a ponieważ stanowią one dominującą pozycję w kosztach ogółem, spowodowało to ich znaczne zwiększenie. Podwyżki przede wszystkim dla kadry lekarskiej wynikały między innymi ze europejskich standardów czasu pracy, jakie Polska musiała wdrożyć.

Powiat oleśnicki podjął kolejne kroki w celu określenia warunków niezbędnych do zbilansowania się jednostki. W maju 2007 roku przedstawiony został kolejny dokument strategiczny, który stał się przedmiotem dyskusji nad koniecznymi posunięciami restrukturyzacyjnymi.

*Program zmian organizacyjno-prawnych Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy w aspekcie rozwiązywania problemów finansowych Szpitala* dokonał bieżącej analizy finansowej PZS (za lata 2005-2006), formułował wariantowe propozycje zmian organizacyjno-prawnych, ustalał harmonogram tych działań oraz ich koszty. Określał także szanse i zagrożenia wynikające z realizacji poszczególnych wariantów.

Pierwszy wariant polegał na dalszej restrukturyzacji bez zmiany obecnej formuły SP ZOZ. Przewidywał m.in. redukcję zatrudnienia, outsourcing działalności medycznych i pozamedycznych, ograniczenie powierzchni budynków potrzebnej do prowadzenia działalności medycznych, likwidację niektórych komórek obsługi (magazynu, centrali telefonicznej itp.)

Wariant II polega na przekształceniu formuły prawnej z SP ZOZ w spółkę prawa handlowego ze 100% udziałem powiatu. Katalog działań jest tu bardzo podobny do tego w wariantcie I, a o jego specyfice decyduje uzupełnienie o procedury prawne związane z tworzeniem nowej spółki.

W międzyczasie rozgorzała na forum krajowym dyskusja nad nowym modelem funkcjonowania szpitali. Dominujący trend jaki się z niej wyłania zmierza w kierunku przekształceń formuły samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w sprawdzone już formy prowadzenia działalności jakimi są spółki prawa handlowego. Co prawda projekt ustawy nakazującej przekształcenia wszystkich SP ZOZ-ów w spółki został w debacie politycznej zablokowany, to jednak tzw. „rządowy plan B” realizuje ten sam kierunek. Według niego te szpitale, które przekształcą się w spółki, mogą liczyć na specjalne wsparcie z budżetu państwa.

W tym zakresie, przygotowanie przez powiat oleśnicki już w 2007 programu, rozpatrującego w jednym ze swych wariantów taki właśnie kierunek przekształceń, wskazuje na dobre rozumienie globalnych trendów w polskim systemie ochrony zdrowia.



### 1.5. Sytuacja finansowa

W celu określenia sytuacji finansowej jednostki dokonano analizy sprawozdań finansowych (bilansów, rachunków zysków i strat, rachunków przepływów pieniężnych, zmian w kapitale własnym). Dane te uzupełniano szczegółowymi informacjami pozyskiwanymi z ksiąg rachunkowych PZS oraz z budżetów powiatu oleśnickiego.

By zyskać szerszy kontekst dokonywanych zmian, zestawiono dane finansowe szpitali powiatu oleśnickiego za cały okres funkcjonowania w formie samodzielnego, publicznego zakładu opieki zdrowotnej (okres dekady od 1999 r.). Za okres do 1 stycznia 2004 roku (przed połączeniem szpitali) posłużono się skumulowanymi danymi dwóch odrębnych wówczas jednostek – SP ZOZ w Sycowie i SP ZOZ w Oleśnicy.

Pierwszy z wykresów przedstawia analizę przychodów i kosztów – a więc podstawowych zmiennych charakteryzujących sytuację finansową jednostek. Trzecią zmienną jest wynikająca z dwóch poprzednich zysk/strata ze sprzedaży za dany rok rozliczeniowy.

Wykres 3. Zestawienie przychodów i kosztów szpitali w powiecie oleśnickim w latach 1999 – 2008 (w zł)



Źródło opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy, SP ZOZ w Oleśnicy i SP ZOZ w Sycowie

Pierwszy okres wyraźnie pokazuje spadek przychodów spowodowany zmniejszającymi się wartościami kontraktów z ówczesną Kasą Chorych. Najwyraźniejszy spadek nastąpił w roku 2000, choć zaznaczyć należy, że także i kontrakt z 1999 roku był niższy od wielkości finansowania tych szpitali przed wejściem w życie

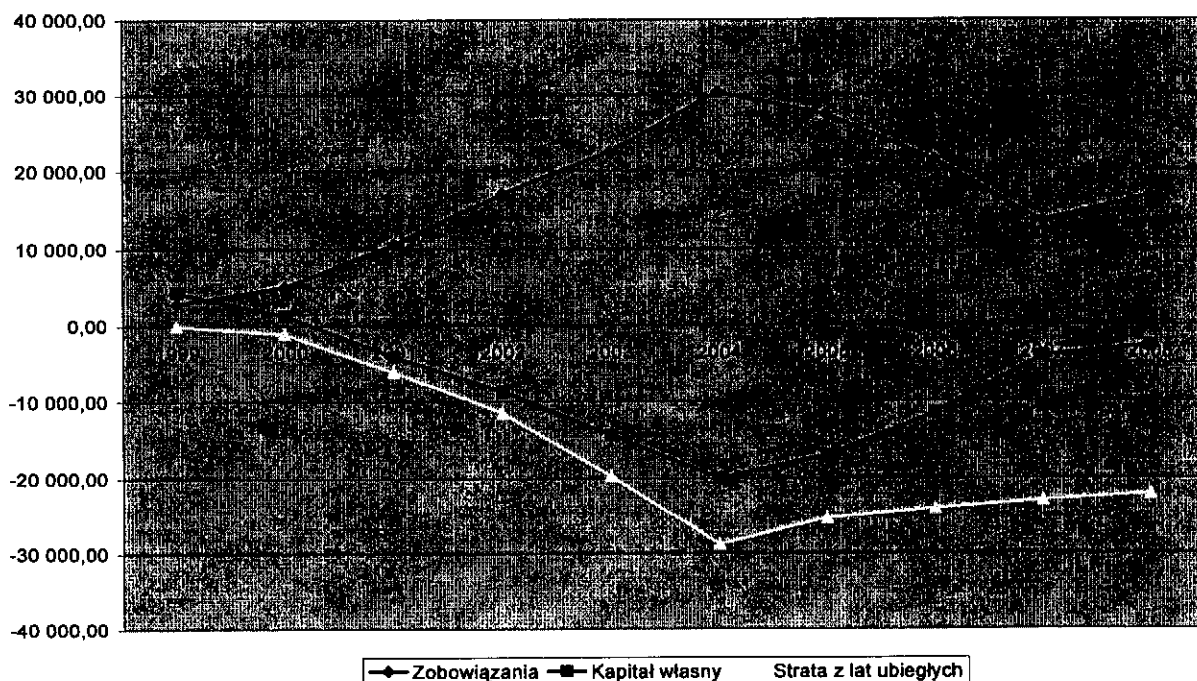
reformy. Początkowa, choć nieadekwatna do spadku przychodów, reakcja w postaci obniżania kosztów, została zahamowana już w roku 2001, kiedy to dały się poznać skutki tzw. ustawy „203”. Trend ten pogłębił się w roku 2002, kiedy to szpitale osiągnęły najwyższą w omawianej dekadzie stratę sięgającą niemalże 6 mln zł.

Po roku 2002, daje się zauważyć trend spadkowy jeśli chodzi o koszty, przy stabilizacji poziomu przychodów – sytuacja taka trwała do roku 2005. Dokonane w tym czasie połączenie szpitali zaowocowało najmniejszą od 1999 roku stratą, która spadła do poziomu poniżej 3 mln. zł. Oznaczało to redukcję tej wartości o niemalże 50% w stosunku do roku 2002.

Niestety te pozytywne trendy zostały ponownie odwrócone w latach 2006-2007, w których to zanotować można szybki wzrost kosztów, spowodowany głównie podwyższonymi kosztami pracy. Strata z tych lat oscylująca wokół kwoty -4 mln została dopiero zmniejszona w roku 2008 do poziomu -1,4 mln. zł.

Głębszą charakterystykę sytuacji finansowej pokazuje kolejny wykres. Obejmuje on relację zobowiązań wraz z rezerwami na zobowiązania co w ujęciu bilansowym można nazwać kapitałami obcymi, do kapitałów własnych jednostki oraz skumulowanych strat. Uzyskany obraz wyraźnie dzieli sytuację finansową PZS (a przed połączeniem dwóch SP ZOZ) na trzy odmienne w swym charakterze okresy.

Wykres 4. Podstawowe dane finansowe szpitali w powiecie oleśnickim w latach 1999 - 2008



Źródło opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy, SP ZOZ w Oleśnicy i SP ZOZ w Sycowie

Pierwszy z nich obejmuje lata 1999 – 2004, charakteryzuje się dynamicznie pogarszającymi się wskaźnikami finansowymi. Stale narastająca, nierozliczona strata z lat ubiegłych doprowadziła do kumulacji zobowiązań, których wielkość znacznie

przekroczyła wartość majątku trwałego jednostek. W efekcie kapitały własne (fundusze własne) SP ZOZ-ów, na początku tego okresu jeszcze dodatnie, spadły raptownie do poziomu – 20 mln zł! Gdyby zatem wszystkie zobowiązania tych szpitali w roku 2004 zostały pokryte ich majątkiem, zabrakłoby jeszcze kwoty 20 mln zł. by zaspokoić wierzycieli. W normalnych warunkach gospodarczych, wniosek o upadłość tych jednostek musiałby zostać złożony już w roku 2001!

Od 1 stycznia 2004 roku PZS w Oleśnicy rozpoczął funkcjonowanie w obecnej strukturze. Dokonano wtedy połączenia dwóch odrębnie dotychczas funkcjonujących SP ZOZ-ów – w Sycowie i Oleśnicy. Moment ten okazał się być przełomowy w historii tych jednostek także z punktu widzenia ich finansów. Odmienił on bowiem trendy, które w następnych trzech latach ulegały znacznej poprawie. Wysiłki restrukturyzacyjne zostały w tych trendach bardzo wyraźnie utrwalone. Gdyby nie zatrzymano poprzednich tendencji, ekstrapolując wyniki z poprzedniego okresu, można by spodziewać się w roku 2007 zobowiązań przekraczających kwotę 50 mln. zł. Tymczasem po podjęciu wspomnianych wcześniej działań restrukturyzacyjnych, w roku 2007 zobowiązania zostały zredukowane do kwoty 13,5 mln zł. (redukcja o ponad 55%), a ujemne kapitały własne zostały zmniejszone z -20 mln do poziomu -4 mln zł.

Trzeci okres – lata 2007-2008 to stabilizacja wskaźników na wcześniej osiągniętym poziomie. W przypadku zobowiązań widoczny jest nawet trend odwrotny. Wynikałoby z niego, że dotychczasowe metody ich redukcji przestały przynosić rezultaty. Przed ostateczną interpretacją tych wartości należy jednak uwzględnić przepływy środków finansowych z pożyczki restrukturyzacyjnej Banku Gospodarstwa Krajowego. Dopiero wyniki roku 2009 ukażą prawdziwy obraz tej sytuacji. Nierozliczona strata z lat ubiegłych będzie niezwykle trudna do dalszego obniżania w przypadku, gdy jednostka nie osiągnęła bieżącego bilansowania się. Rok 2008 pokazuje sytuację w której organ założycielski (lub inny zewnętrzny podmiot) musiałby z budżetu transferować kwotę rzędu 1,5 mln by pokryć wartość bieżącej (czyli tylko rocznej) straty.

Po powyższym ogólnym przeglądzie, obejmującym 10 lat funkcjonowania tych jednostek, w dalszej części skupiono się na okresie ostatnich 4 lat. Jak już wspomniano charakteryzuje się on „odwróconymi” trendami w stosunku do okresu poprzedniego. Badając obecną sytuację jednostki, oparto się na szczegółowej analizie zjawisk w tym właśnie okresie

W poniższej tabeli zgromadzono wybrane pozycje ze sprawozdań finansowych, które stanowią podstawę szerszych analiz przedstawionych w niniejszym podrozdziale. Informacje te tworzą podstawowy obraz sytuacji ekonomicznej Powiatowego Zespołu Szpitali nie tylko w ujęciu poszczególnych grup bilansowych ale także w ujęciu dynamicznym.

Tabela 7. Syntetyczne zestawienie wybranych pozycji sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy w latach 2005-2008 (tys. zł)

Aktywa trwałe	7 690,50	7 441,20	7 528,40	8 704,40
Aktywa obrotowe	2 764,70	2 526,60	2 022,30	5 566,80
Kapitał łączny	10 455,20	9 967,80	9 550,70	14 271,20
Kapitał obcy	27 466,80	21 484,90	13 571,60	16 936,30
Kapitał własny	-17 011,60	-11 517,10	-4 020,90	-2 665,10
Przychody ze sprzedaży	19 306,70	20 309,30	23 038,40	27 915,10
Koszty	22 274,40	24 629,00	27 216,40	29 330,10
Wynagrodzenia (+pochodne)	13 392,90	14 290,20	16 578,00	16 889,20
Usługi obce	2 815,50	3 788,40	4 091,80	6 227,70
Zysk/strata brutto	-4 880,90	-1 451,90	3 849,40	-1 820,10
Zysk/strata ze sprzedaży	-2 967,70	-4 319,70	-4 178,00	-1 414,90
Zysk/strata z działalności operacyjnej	-2 995,40	-2 353,60	-3 697,40	-1 041,50
Zysk/strata z lat ubiegłych	-25 293,90	-24 007,30	-22 906,60	-22 062,50
Zobowiązania długoterminowe	2 399,80	1 843,90	833,20	1 293,70
Zobowiązania krótkoterminowe	16 723,40	11 644,50	10 254,10	11 527,70
Zobowiązania z tyt. pod., cel ubezpie. i in.	9 192,50	5 337,50	5 134,00	6 304,90
Fundusze specjalne	2 215,80	2 647,50	3 098,10	3 089,60
Zobowiązania z tytułu dostaw i usług	2 555,90	2 662,40	1 587,70	1 585,20
Zobowiązania z tytułu wynagrodzeń	867,20	534,10	0,00	0,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy

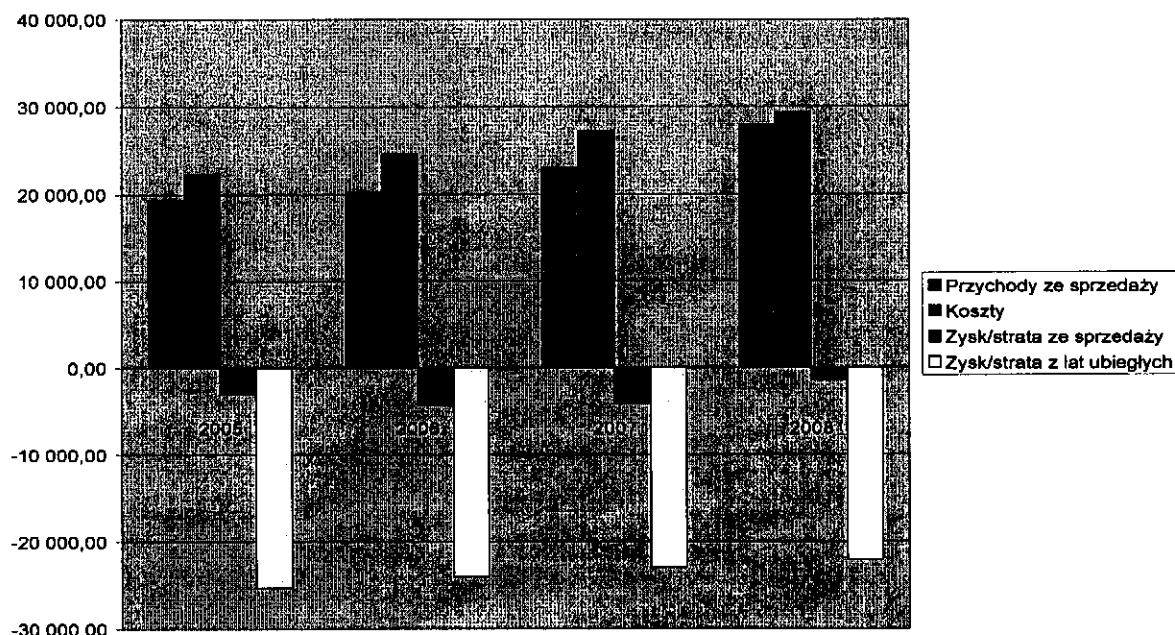
W celu ukazania dynamiki zmian oraz podstawowych trendów w sytuacji finansowej, stworzono czteroletni szereg czasowy (lata 2005-2008). Obejmuje on dwa istotne wydarzenia mające wpływ na kształtowanie się struktury finansów w PZS.

Po pierwsze jest to proces restrukturyzacji zakładu oparty o przepisy ustawy o *restrukturyzacji i pomocy publicznej dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*. Część efektów tych działań nie jest jednak możliwa do ujęcia w tym szeregu czasowym i będzie widoczna dopiero w sprawozdaniach finansowych za 2009 rok. Tam gdzie to jest możliwe w niniejszej analizie zwraca się na to uwagę.

Po drugie jest to okres znacznego wzrostu wynagrodzeń przede wszystkim kadry lekarskiej. Spowodowane to zostało zarówno wdrożeniem regulacji ustawowych jak i wskutek presji tej grupy zawodowej na zmianę uposażenia.

Ten sam interwał jest jednocześnie okresem dużego wzrostu gospodarczego co przełożyło się bezpośrednio na wzrost bezwzględnej wartości składek z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Pozwoliło to na modyfikację wysokości kontraktów także dla szpitali I stopnia referencyjnego.

Wykres 5. Przychody i koszty PZS w Oleśnicy w latach 2005-2008 (w tys. zł)



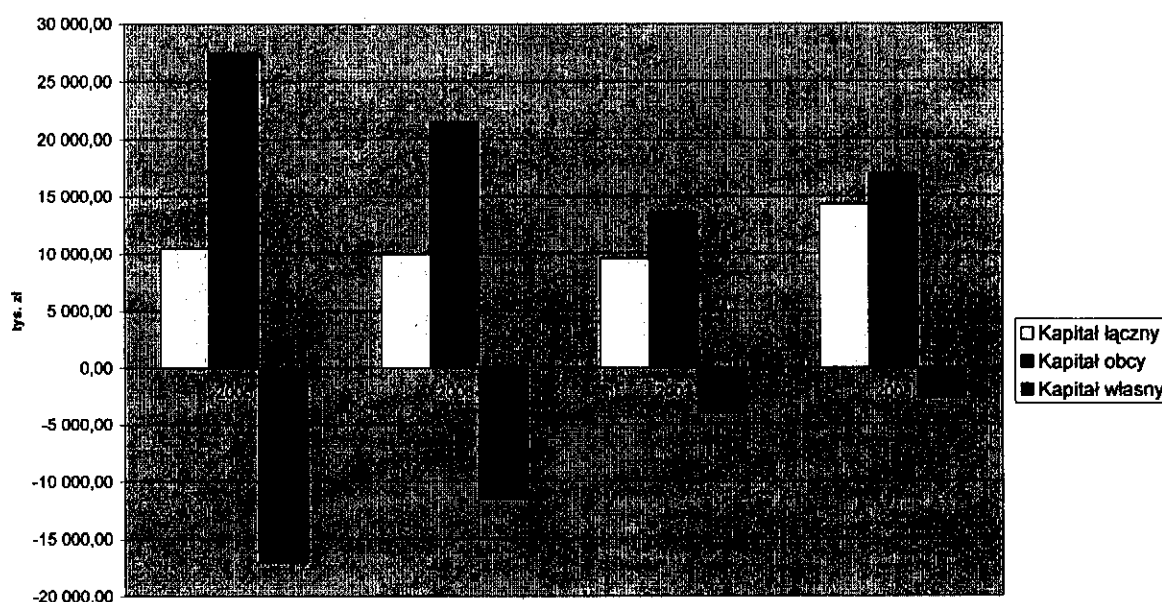
Źródło: sprawozdania finansowe PZS w Oleśnicy

Podstawowe wartości finansowe dotyczące przychodów i kosztów działalności jednostki zaprezentowano na rysunku powyżej. Główną cechą tego okresu, jak i wcześniejszych lat funkcjonowania szpitali w powiecie oleśnickim, jest brak zbilansowania przychodów z kosztami swej działalności. Spowodowało to powstanie straty, która już na początku badanego okresu przekroczyła wartość 25 mln. zł. Kwota ta była większa od rocznych przychodów PZS. Od roku 2005 następował wyraźny wzrost przychodów jednostki (o 45%). Jednocześnie temu samemu trendowi podlegały koszty – ich dynamika była jednak nieco mniejsza (32%). Spowodowało to stopniowe zmniejszanie rocznych wartości strat ze sprzedaży i przełamanie trendu związanego ze zwiększaniem się skumulowanej wartości strat. W latach 2005 -2008 kwota ta zmniejszyła się o 13% osiągając 31.12.2008 r. nieco powyżej 22 mln zł. Na początku roku 2009 nastąpiło kolejna redukcja tej wartości wskutek zaangażowania ostatniej transzy środków pożyczki restrukturyzacyjnej z Banku Gospodarstwa Krajowego, jej wpływ na bilans jednostki będzie dopiero widoczny w sprawozdaniu finansowym za 2009 rok.

Podkreślić należy fakt, że działania restrukturyzacyjne i zasilanie PZS dodatkowymi środkami, przyniosło znaczące efekty, jednakże nie doprowadziło do zbilansowania działalności tej jednostki. Warto dodać, że uwaga ta nie dotyczy tylko sytuacji w której na brak tej równowagi wpływają koszty obsługi narosłego zadłużenia. Jednostka osiąga także stratę na bieżącej sprzedaży, co świadczy o tym, że restrukturyzując stare zadłużenie, jednocześnie nie wyeliminowano skutecznie procesu powstawania nowych. Strata ze sprzedaży w roku 2008 osiągnęła niemalże wartość 1,5 mln. zł i stanowiła 5% wysokości przychodów.

Wzrastające zadłużenie PZS doprowadziło do sytuacji w której praktycznie cała działalność jednostki była finansowana kapitałem obcym. Obrazowo rzecz ujmując szpitale pomimo nominalnego władztwa organu założycielskiego mogły być praktycznie pod kontrolą wierzycieli. Trend ten wzrastał do 2005 roku, po którym nastąpiło przełamanie jego negatywnych tendencji. Sytuację tę prezentuje poniższy wykres.

Wykres 6. Zmiany struktury kapitałów Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy w latach 2005-2008 (w tys. zł)



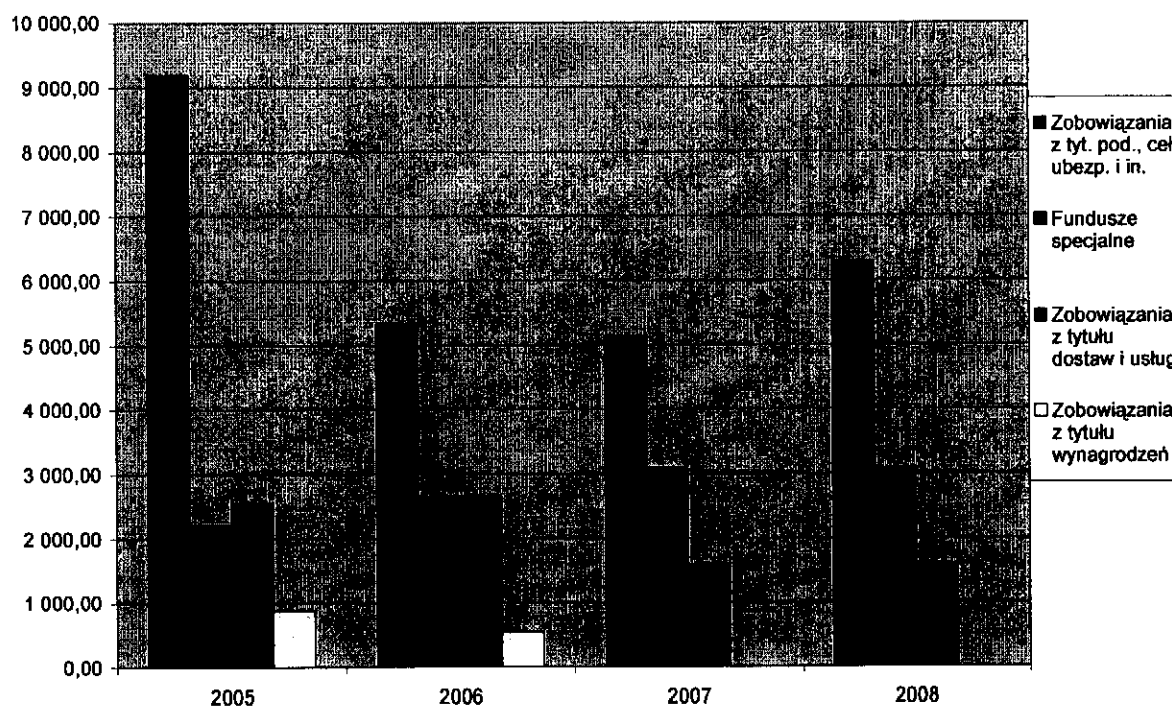
Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy

Warto zwrócić na nim uwagę na bardzo pozytywny trend eliminacji ujemnych kapitałów własnych, co jest jednym z widocznych efektów działań restrukturyzacyjnych, które pozwoliły na odzyskiwanie kontroli organu założycielskiego nad swoją jednostką. Rysunek ten bardzo dobrze ilustruje potencjalne niebezpieczeństwo „dzikiej prywatyzacji” do jakiej mogłoby dojść w przypadku braku reakcji na postępujące zadłużenie. Paradoksalnie często takie zagrożenie postrzega się w działaniach restrukturyzacyjnych, nie dostrzegając, że to właśnie one pozwalają uniknąć ewentualnego, wymuszonego przejmowania kontroli nad jednostkami w zamian za wierzytelności.

Analiza struktury zobowiązań przedstawionych na poniższym rysunku, pozwala stwierdzić zmniejszającą się rolę zaległości z tytułu dostaw i usług a więc tzw. zobowiązań cywilnoprawnych. Warty podkreślenia jest fakt całkowitego wyeliminowania (w roku 2007) zadłużenia wobec pracowników. Zmniejszające się zobowiązania z tytułu podatków, cel ubezpieczeń i innych – czyli tzw. zobowiązania publicznoprawne, uległy w ostatnim analizowanym roku zwiększeniu (Z kwoty ponad 9 mln zł w 2005 r. zostały zredukowane do niemalże 5 mln w 2007, by w roku 2008 przekroczyć 6 mln. zł.). Przypatrując się szczegółowo tej sytuacji można dostrzec, że wynika ona z realizowanych programów restrukturyzacyjnych – pełniejszy obraz tego

procesu zyska się dopiero ze sprawozdania finansowego za 2009 rok. Jedyną grupą zobowiązań, która w omawianym okresie nie uległa zmniejszeniu są tzw. fundusze specjalne, w których dominującą rolę odgrywa ZFŚS.

Wykres 7. Struktura zobowiązań PZS w Oleśnicy w latach 2005-2008 (w tys. zł)



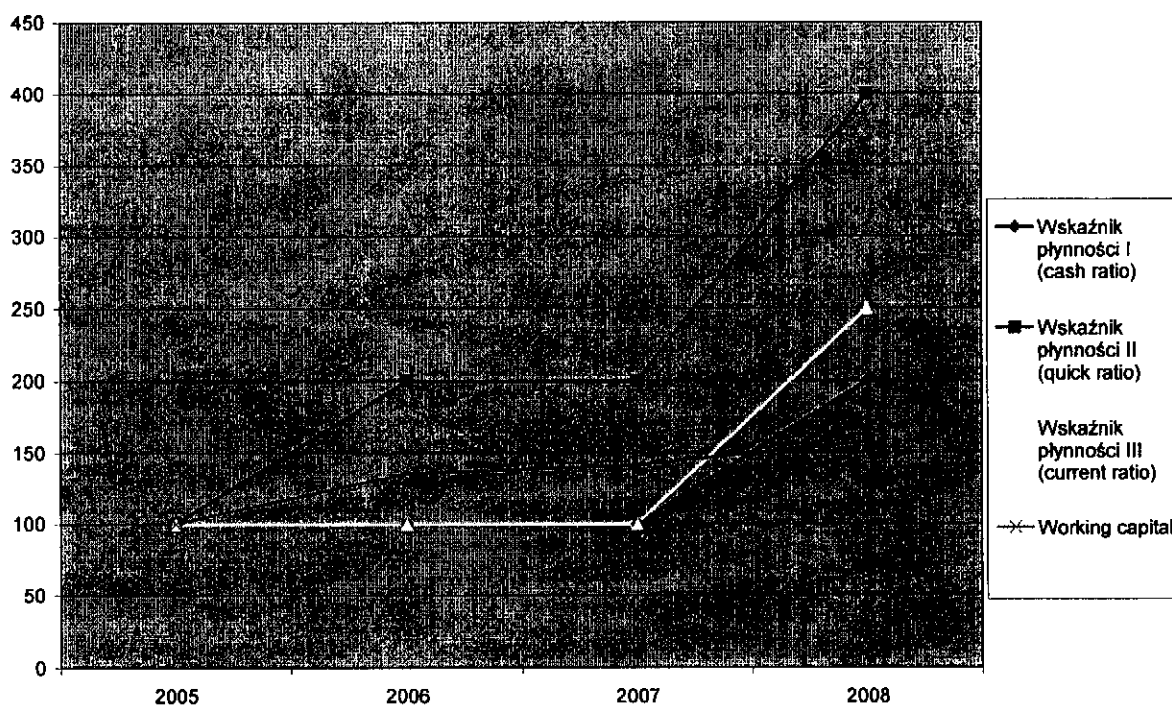
Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy

Analiza wskaźnikowa pozwala na sprowadzenie powyższych wartości nominalnych do postaci uniwersalnej. Dzięki tej operacji zyskuje się możliwość zobrazowania sytuacji jednostki w postaci porównywalnych indyktorów. Większość z nich świadczy o bardzo trudnej sytuacji PZS, która w przypadku przedsiębiorstwa funkcjonującego w gospodarce rynkowej groziłaby bankructwem. W tym przypadku ważniejsza jednak wydaje się analiza nie tyle wartości poszczególnych wskaźników co wskazanie na mocno zarysowujące się trendy. Wynika z nich wyraźnie, że choć jednostka jest nadal w złej sytuacji finansowej to w badanym interwale czasowym wyraźnie się ona polepsza. Przybliża to realne rozwiązania, które mogłyby doprowadzić PZS do sytuacji, w której pozbywa się ona dotychczasowych kłopotów.

Na uwagę zasługują polepszające się wskaźniki płynności, z których najwyższą dynamikę uzyskał tzw. *quick ratio* – wskaźnik płynności szybkiej. Osiągnął on w roku 2008 wartość 0,4 przy jeszcze 0,1 w roku 2005. Jaka jeszcze droga czeka zarządzających PZS, niech świadczy fakt, że wartość tego wskaźnika powinna kształtować się na poziomie 1.0 lub powyżej. Dopiero wtedy charakteryzuje on sytuację w której jednostka osiąga zdolność do regulowania wszystkich swoich zobowiązań. Podobnie sytuacja wygląda ze wskaźnikiem płynności III stopnia, czyli tzw. *current ratio*. W roku 2008 osiągnął on wartość 0,5, wobec 0,2 w roku 2005, podczas gdy

pożądana jego wielkość, według specjalistów, powinna się mieścić w granicach 1,2 - 2,0.

Wykres 8. Dynamika wskaźników płynności w PZS w Oleśnicy w latach 2005-2008 (rok 2005 = 100)



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy

Analogicznie analizując na przykład wskaźniki zadłużenia, można zauważyć zmniejszającą się wartość obciążenia aktywów zobowiązaniami. Z 262,3% w roku 2005, spadła ona ponad dwukrotnie do 118% w roku 2008. Jednakże bezpieczny przedział tego wskaźnika lokuje się na poziomie 50 – 60%. Podobnie w przypadku stopnia zadłużenia i wyposażenia w kapitał własny. Ten drugi wskaźnik osiągnął w roku 2008 poziom -18,7%, co świadczy o tym, że decydujące znaczenie w finansowaniu działalności PZS w Oleśnicy ma nadal kapitał obcy. Pożądana wartość kapitału własnego w finansowaniu działalności winna sięgać minimum 25% (+25% sic!).

Biorąc pod uwagę wskaźniki efektywności, polepszeniu ulega rotacja zarówno ogółem zobowiązań krótkoterminowych jak i grupy zobowiązań z tytułu dostaw i usług. Wskaźniki te ujawniają, w ciągu ilu dni (statystycznie rzecz biorąc) przedsiębiorstwo spłaca swoje zobowiązania. Zasadniczo niższy poziom tego wskaźnika świadczy o dobrej kondycji finansowej przedsiębiorstwa, wpływa również pozytywnie na jego rentowność (nieterminowa spłata zobowiązań wiąże się zazwyczaj z koniecznością zapłaty ustawowych odsetek). Zbyt wolny obrót zobowiązaniami sugeruje, że część z



nich może być już przeterminowana. W przypadku zobowiązań krótkoterminowych, statystyczny dostawca do PZS, otrzyma swą należność po upływie niemalże pięciu miesięcy (148,7 dni), choć jeszcze trzy lata temu musiał oczekiwać prawie rok (311,8 dni). Z 50 dni do 30 spadła rotacja zobowiązań z tytułu dostaw i usług.

Tabela 8. Zestawienie wybranych wskaźników ekonomicznych PZS w Oleśnicy w latach 2005-2008

<b>Wskaźniki płynności</b>					
	Wskaźnik płynności I (cash ratio)	0,1	0,1	0,1	0,2
	Wskaźnik płynności II (quick ratio)	0,1	0,2	0,2	0,4
	Wskaźnik płynności III (current ratio)	0,2	0,2	0,2	0,5
	Working capital	-13958	-9117	-8232	-5961
<b>Wskaźnik rentowności sprzedaży</b>					
	Wskaźnik rentowności netto	-25,3	-7,1	16,7	-6,5
	Wskaźnik cash flow	-20,4	-2,2	20,6	-3,2
<b>Wskaźniki rentowności majątku</b>					
	Wskaźnik stopy zysku	-28,6	-23,6	-38,7	-7,3
	Wskaźnik rentowności aktywów trwałych	-63,5	-19,5	51,1	-20,9
<b>Wskaźniki zadłużenia</b>					
	Wskaźnik obciążenia aktywów zobowiązaniami	262,3	215,5	142,1	118,67
	Stopień zadłużenia	-61,9	-53,6	-29,6	-15,7
	Wypożyczenie w kapitał własny	-162,7	-115,5	-42,1	-18,7
<b>Wskaźniki efektywności</b>					
	Wskaźnik rotacji zob. krótkoterminowych	311,8	206,4	160,2	148,7
	Wskaźnik rotacji zob. z tyt. dostaw i usług	48	50	30	30

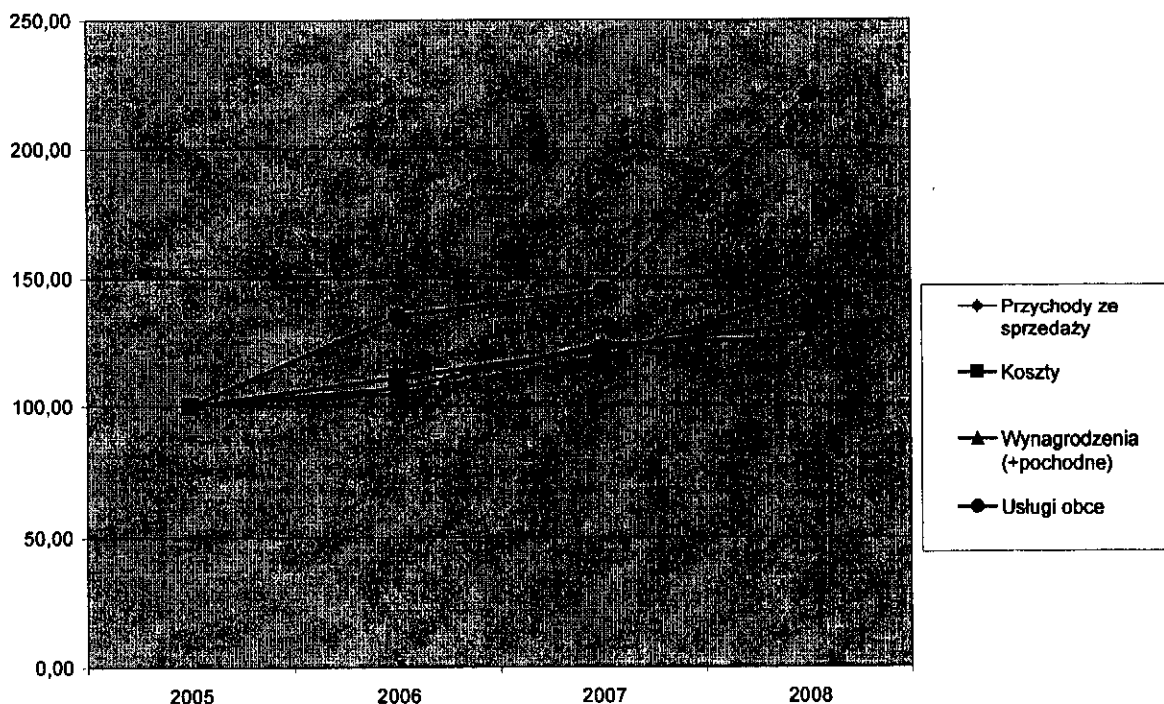
Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy

Wspominane na wstępie tego podrozdziału zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce odcisnęły także swoje piętno na badanej jednostce. Wartości kontraktów z NFZ, decydują w praktyce o kształcie przychodów w takich jednostkach jak PZS w Oleśnicy. Ponieważ powszechnie się sądzi, że wzrost tej wartości w ostatnich latach nie rekompensował zwiększonych wydatków na wynagrodzenia, autor postanowił poddać to szczegółowej analizie. Poniższy wykres przedstawia dynamikę wartości przychodów, kosztów oraz wydatków na wynagrodzenia oraz usługi obce. Ta ostatnia grupa została poddana analizie ze względu na to, że zawiera także wydatki na kontrakty lekarskie i pielęgniarskie.

Przychody w latach 2005-2008 wzrosły niemalże o 50%, w tym samym czasie dynamika kosztów była nieco mniejsza, co pozwoliło na wspomniane wyżej relatywne

polepszenie wyników finansowych jednostki. Dynamika wydatków na wynagrodzenia (wraz z pochodnymi), była ściśle skorelowana ze wzrostem przychodów i kosztów, za wyjątkiem ostatniego roku (2008), gdzie wykresy się wyraźnie dywersyfikują. Wzrostowi przychodów towarzyszy stabilizacja poziomu wynagrodzeń. Trudno jednak wyciągać wnioski w oderwaniu od kolejnej zmiennej jaką są wydatki na usługi obce. Jak już wspomniano w tej kategorii mieszczą się wydatki na kontrakty. W omawianym okresie wartość ta osiągnęła zdecydowanie wyższą dynamikę od pozostałych analizowanych tu grup. Świadczyć to może o przesunięciu grupy kosztów związanych z uposażeniami za pracę z wynagrodzeń *sensu stricto*, których dynamika została zatrzymana, na uposażenia za wykonywane usługi kontraktowe (wraz z outsourcingiem).

Wykres 9. Dynamika przychodów i kosztów oraz wydatków na wynagrodzenia i usługi obce w PZS w Oleśnicy w latach 2005 – 2008 (rok 2005 = 100)



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych PZS w Oleśnicy

Wskaźnik udziału wydatków na wynagrodzenia w przychodach kształtował się na poziomie około 70% (69% w 2005 r., 70% w 2006 i 72% w 2007), by w roku 2008 spaść o 11 punktów procentowych do wartości 61%. Trend ten należy ocenić pozytywnie, przy ocenie zjawiska uwzględnić jednak należy wspomnianą wyżej konwersję części wydatków na wynagrodzenia na płatność za usługi (kontrakty). Szersza analiza tego zagadnienia zostanie dokonana także w rozdziale 2.2. już w tym miejscu jednak stwierdzić można, że także i w tym względzie trudno uznać działania restrukturyzacyjne za zakończone. Optymalny poziom tych wydatków, w zależności od lokalnie przyjętych rozwiązań szczegółowych, powinien mieścić się w przedziale 50-55%.

Reasumując ten podrozdział można stwierdzić, że sytuacja finansowa PZS w Oleśnicy jest nadal zła. Szpital nie jest w stanie prawidłowo funkcjonować bez zewnętrznego wsparcia oraz bez podjęcia kolejnych działań restrukturyzacyjnych. Utrudnieniem dla jego prawidłowego funkcjonowania są spore obciążenia finansowe z tytułu obsługi swojego zadłużenia. Abstrahując jednak od tych kosztów, jednostka nie bilansuje także swojej bieżącej działalności, co uznać należy za podstawowy cel i jednocześnie warunek dalszych posunięć. Wyraźna poprawa wyników finansowych w badanym interwale pokazuje dobitnie, że takie działania po pierwsze są realne, po drugie przynoszą zamierzone efekty.

## 1.6. Przesłanki finansowe przekształceń

Dalsze utrzymywanie sytuacji w której szpital nie bilansuje swojej działalności może prowadzić do jego likwidacji i to pomimo dotychczasowego, tak wielkiego zaangażowania finansowego powiatu. Dlatego osiągnięcie tego celu w którym koszty funkcjonowania szpitala zrównają się z przychodami jest uwarunkowaniem progowym wszelkich dalszych działań. Cel ten traktowany powinien być jako „kotwica” dalszego funkcjonowania PZS w Oleśnicy.

Choć bowiem z ekonomicznego punktu widzenia brzmi to jak truizm, zniekształcona przed 1999 rokiem wieloma oddłużeniami, swoista świadomość sektorowa nie uznaje często tego elementu jako warunku niezbędnego projektowanych zmian. Mało tego – w warunkach znacznego zadłużenia jednostek można spotkać się z niefrasobliwym podejściem do sporych kwot finansowych. Przełamywanie tych barier, mających charakter bardziej mentalnościowy niż ekonomiczny, jest niezwykle trudne, choć właśnie z tego powodu działanie musi być w sposób szczególnie dobrze zaplanowane.

Analizując minioną dekadę funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia po reformie w 1999 roku, można zaobserwować wiele zwrotów w sposobie organizacji i finansowania świadczeń. Jednakże, pomimo powszechnych oczekiwań by systemowo wspierać działalność szpitali, reguła ich funkcjonowania nie podległa żadnym zmianom. Opiera się ona na dwóch fundamentach:

- równoważenia kosztów z przychodami,
- obciążenia ujemnym wynikiem finansowym organów założycielskich (z reguły samorządów powiatowych i wojewódzkich).

Od obserwacji tych w zasadzie nie ma wyjątków a jedynymi, potwierdzającym regułę, są animowane przez rząd programy wsparcia, gdzie pomoc publiczna obejmuje niewielką część zobowiązań pod warunkiem zagospodarowania pozostałych długów przez organ założycielski. Mechanizm taki funkcjonował w programach restrukturyzacyjnych wdrażanych na mocy ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r *o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, jak i w propozycjach tzw. *rządowego planu B* z początków 2009 roku.

Niezależnie zatem od sposobu „zaklinania” rzeczywistości, bądź wagi argumentów, że szpital nie może się bilansować „...*bo nie jest fabryką guzików*”, praktyka funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, w ostatnich 10-ciu latach, wyraźnie wskazuje na dominujący paradygmat dostosowania zakresu i sposobu działalności jednostek do wielkości przychodów. Krytyka takiego podejścia oparta na przeświadczeniu, że wielkości ekonomiczne nie mogą wyprzedzać głównego celu jakim jest świadczenie usług medycznych, nie wytrzymuje konfrontacji z praktyką. Ta bowiem wskazuje, że zadłużenie jednostki tworzy poważne jej dysfunkcje i w konsekwencji zagrożenie dla leczonego w niej pacjenta. Nie rozwijając szerzej tego wątku, bowiem jest on pogłębiony przez wiele specjalistycznych opracowań, dumą mieszkańców powiatu oleśnickiego będzie zapewne fakt, że mogą leczyć się w sprawnie funkcjonującej jednostce, której uwaga skupiona jest na rozwijaniu swego potencjału a nie na borykaniu się z ciągle rosnącym zadłużeniem.

Powyższe rozważania jednoznacznie prowadzą do wniosku, że problemy finansowe Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy muszą być rozwiązane i logistycznie i finansowo przede wszystkim w oparciu o zasoby lokalne. Konstatacja ta prowadzi z kolei do konkluzji, że zakres i koszty funkcjonowania jednostki musi być bezwzględnie

dostosowana przede wszystkim do wartości kontraktu jaki PZS otrzymuje z NFZ. Pomimo dotychczasowego wysiłku w postaci połączenia szpitali w Sycowie i w Oleśnicy, wdrożenia zmian organizacyjnych obniżających koszty oraz zasilenia szpitala sporym kapitałem zewnętrznym (modernizacja, pożyczki, przejęcie zobowiązań itp.), Powiatowy Zespół Szpitali osiąga stratę z działalności bieżącej w wysokości około 5% swoich rocznych przychodów (2008 r.).

Fakt ten jest podstawową przesłanką do projektowania dalszych zmian, które w efekcie doprowadzą do trwałego osiągnięcia celu. O ile bowiem łatwo sformułować główny cel działań o tyle trudniej jest ustalić szczegółowy katalog zadań realizacyjnych. Wymagana jest tu precyzja nie tylko w zakresie poszczególnych posunięć ale także w określeniu konkretnych efektów finansowych, jakie dane posunięcie przyniesie.

Finansowe skutki powinny być zatem podstawowym kryterium wyboru zarówno konkretnych działań restrukturyzacyjnych jak form organizacyjnych prowadzenia dalszej działalności.

Przesłanki finansowe winny leżeć u podstaw wyboru nie tylko doraźnych działań restrukturyzacyjnych ale także wyboru dalszych form prowadzenia działalności. Jeżeli, według miejscowej oceny, efektywność innych niż SP ZOZ struktur formalnych jest wyższa, powinno się poważnie rozważyć możliwość ich wdrożenia.

Na koniec warto sformułować zastrzeżenie, że przyjęcie takiego paradygmatu restrukturyzacji nie oznacza całkowitego determinizmu finansowego w planowaniu zmian. Koniecznością jest uwzględnienie uwarunkowań zewnętrznych, które niestety, cechują się dużą zmiennością. System ochrony zdrowia w ostatnich latach jest pod tym względem wyjątkowo „rozchwiany”, co poniekąd jest charakterystyczne dla kształtujących się jeszcze struktur. W omawianej dekadzie wielokrotnie zmieniały się warunki kontraktowania świadczeń jak i czynniki kształtujące koszty funkcjonowania jednostek. Wymagana tu jest zatem szeroka wiedza przewidująca kierunki ewolucji systemu. Pozwoli to na wyeliminowanie przypadkowych decyzji polegających np. na likwidacji oddziału, który doraźnie przynosi straty, ponieważ jego finansowanie zostało źle skalkulowane przez płatnika.

### 1.7. Przesłanki prawne przekształceń

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy funkcjonuje w formule samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Formuła ta jest przedmiotem sporej krytyki, ze względu na swe dysfunkcje. Powodują one, że niejednokrotnie by osiągnąć właściwy efekt restrukturyzacji, niezbędne są zmiany struktur formalno-prawnych prowadzenia działalności. W tym kierunku zmierzają także działania animowane przez resort zdrowia. By jednak w pełni świadomie podejmować takie decyzje warto poznać przynajmniej część defektów SP ZOZ.

Konstrukcja zakładów oparta na ustawie o zoz wykazuje wiele nieścisłości, przez co wielokrotnie była przedmiotem orzecznictwa sądów różnych instancji (z NSA i TK włącznie). Wystarczy tylko rzec, że w latach 1991–2007 ustawa ta była nowelizowana aż 46 razy (sic!). Wieloletnie spory dotyczyły rozmytych relacji właścicielskich, odpowiedzialności organu założycielskiego za ujemny wynik finansowy, klasyfikowania świadczeń zdrowotnych jako działalności gospodarczej, kwestii należności do sektora finansów publicznych, pobierania dodatkowych opłat za świadczenia ponadstandardowe czy też odpowiedzialności za centralne decyzje finansowe (lex 203).

Podstawowymi przepisami regulującymi np. gospodarkę finansową sp zoz są określenia art. 35b, 35c oraz art. 50 i art. 60 pkt 1 u.z.o.z. Mówią one o tym, że zakład pokrywa we własnym zakresie koszty działalności i zobowiązań, oraz że prowadzi swoją gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o finansach publicznych. Ani ustawa o zoz, ani ustawa o finansach publicznych nie reguluje kwestii zasad sprawozdawczości, realnej kontroli nad planowaniem i wykonaniem budżetu, chociażby w taki sposób, jak to odbywa się w innych jednostkach sektora publicznego (np. w samorządach). Zarządzający nie został poddany nawet tak elementarnej, z punktu widzenia finansów, procedurze, jaką jest absolutorium. Konieczność okresowego skwitowania wydawała się standardem nie tylko w jednostkach gospodarczych, ale także w sektorze finansów publicznych. Procedura ta pozwalała skutecznie i stosunkowo szybko zapobiegać niewłaściwemu, z punktu widzenia finansów, kierowaniu jednostką. Takich zabezpieczeń ewidentnie w przypadku sp zoz brakuje, co niestety przekłada się na skuteczność nadzoru finansowego nad jego działalnością. Zapisy art. 61 u.z.o.z. nie dość, że nie przewidują konsekwencji braku zatwierdzenia rocznego bilansu, to jeszcze nie określają, kto tak naprawdę ma tej weryfikacji dokonywać (zarząd lub rada organu założycielskiego, a może rada społeczna?).

Tak sformułowane zasady gospodarki finansowej zakładów stoją w sprzeczności z zapisami art. 60 pkt 2 i 4 u.z.o.z., w których mówi się, że ujemny wynik finansowy nie może być podstawą do zaprzestania działalności, oraz że organ, który utworzył zakład, pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu. Mają one fundamentalne znaczenie dla braku kontroli nad efektywnością funkcjonowania zakładów. Mimo wcześniejszych przepisów, że zakład sam pokrywa swe zobowiązania, nieco dalej w ustawie kierownik zakładu uzyskuje gwarancje (a może i zachętę?), że wynik finansowy nie ma żadnego wpływu na dalsze funkcjonowanie jednostki. Umieszczając ten przepis w kontekście chronicznego przejmowania zadłużeń sektora ochrony zdrowia przez podmioty zewnętrzne (do 1999 r. – skarb państwa), trudno nie wyciągnąć wniosku, że ustawodawca usankcjonował „naturalność” zadłużania się sp zoz. W każdym bądź razie stworzył podstawę do takich właśnie interpretacji, co zaważyło na traktowaniu ujemnego wyniku finansowego sp zoz jako sytuacji „naturalnej”. Aspekt ten wzmacnia wspomniany już pkt 4 w art. 60, który, zdaniem wielu kierowników zakładu,

precyzyjnie określa główną rolę organów założycielskich w systemie – rolę przejmowania długów zakładów.

W efekcie sp zoz jest niedopracowanym, tworem prawnym, który – abstrahując od zamiarów liderów reformy – nie jest ani samodzielną formą publiczną, ani elementem administracji specjalnej, nie mieści się też w formułach zespolenia z różnymi szczeblami administracji. Nie należy także do klasycznego wykazu form organizacji usług publicznych (zakład budżetowy, jednostka budżetowa, spółka komunalna). Nic dziwnego, że w wielu opracowaniach naukowych i raportach eksperckich formułę sp zoz określa się mianem hybrydy formalno-prawnej. Jedynie przekształcenie w inną formę prawną może trwale wyeliminować powyższe dysfunkcje. Próby usprawnienia tych relacji w obecnej formule w zbyt dużym stopniu zależą od dobrych chęci po obu stronach, niż od profesjonalnie ustalonego zakresu kompetencji i odpowiedzialności. Nawet świetnie funkcjonujące konstelacje, oparte na dobrych chęciach, poddane są systemowi kadencyjnych zmian, co z reguły kończy się ich destabilizacją (w takim samym stopniu dotyczy to konstelacji negatywnych).

Przy analizie uwarunkowań prawnych nie sposób pominąć istotnego elementu, jakim jest organizacja wewnętrzna sp zoz. W tym względzie nie pozostawiono kierownikowi zakładu na przykład swobody w doborze kadry zarządzającej (ordynatorów, przełożonej pielęgniarek itp.), jak również formy nawiązania tej współpracy oraz czasu, na jaki będzie ona nawiązana. Zapisy ustawy oraz rozporządzeń wykonawczych jednoznacznie określają skład komisji konkursowych, nawiązanie stosunku pracy na podstawie umowy o pracę (z wyłączeniem umów cywilno-prawnych) na okres minimum 6 lat (rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu, Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.). Regulacje te powodują w efekcie eliminację dynamicznych metod zarządzania w sp zoz, szybkiego reagowania na pojawiające się zagrożenia czy też zarządzania kadrami. W powiązaniu z koniecznością uzyskania konsensusu w każdej niemalże zmianie struktury, sp zoz jawi się raczej jako instytucja ociężała, cechująca się olbrzymią inercją działania. Warto podkreślić, że wspomniane ograniczenia dotyczą tylko samodzielnych publicznych zoz, w przypadku zakładów niepublicznych forma zatrudniania, sposób kształtowania regulaminów płacowych czy sposób doboru kadr zarządzających mogą być kształtowane o wiele swobodniej.

Analiza powyższych uwarunkowań prawnych wyraźnie obnaża poważne systemowe dysfunkcje, które udaremniają wiele inicjatyw zmierzających do efektywnego pełnienia świadczeń zdrowotnych przez sp zoz. Struktura ta, wskutek popełnionych błędów przy jej projektowaniu, cechuje się ułomnością, która w sposób naturalny roztrwania znaczną część wysiłku i energii poświęcanej w celu podwyższania jej sprawności.

Fakt ten potwierdza praktyka gospodarcza, która jednoznacznie ukazuje, że sp zoz-y traktowane są jako partnerzy niewiarygodni, pozbawieni swobodnego dostępu do komercyjnych instrumentów finansowania. W zasadzie mamy do czynienia z sytuacją, gdzie pozyskują one bezpośrednio środki jedynie w przypadku poręczenia ze strony organów założycielskich, ustalił się także standard finansowania pośredniego z kredytów bądź obligacji emitowanych przez organy założycielskie.

Rozwiązaniem systemowym, które eliminuje większość barier identyfikowanych w strukturze sp zoz-u i to zarówno w sensie bieżącego zarządzania, kontroli właścicielskiej, jak i szerszego dostępu do instrumentów finansowych, jest przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego. Możliwość taką przewiduje art. 8

pkt 7 ustawy o zoz, który mówi, że zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez krajową lub zagraniczną osobę prawną.

Określenie „przekształcenie”, podobnie jak „zastąpienie” w roli organu założycielskiego na przykład jednostki samorządu terytorialnego utworzoną przez ten samorząd spółką prawa handlowego, są w tym przypadku pewnym skrótem myślowym. Powszechne występowanie w praktyce tych określeń nie zmienia faktu, że są one, z punktu widzenia obowiązującego obecnie prawa, nieprawidłowe. W rzeczywistości proces ten polega na powołaniu zupełnie nowego podmiotu i likwidacji starego. Termin „przekształcenie” winien być zatem zastąpiony złowrogo brzmiącym terminem „likwidacja”. Proces ten następuje w warunkach autonomiczności dwóch podmiotów bez występowania między nimi następstwa prawnego.

Podsumowując, ustawa o zoz przewiduje jedynie przekształcanie w formie rozszerzania, ograniczania działalności albo też łączenia dwóch różnych zoz-ów (art. 36 i 43 u.z.o.z.). W innym miejscu mówi o zmianie gospodarki finansowej bądź jego likwidacji (art. 60 pkt 3 u.z.o.z.). Ani zatem przepisy ustawy o zoz, ani inne przepisy ustawowe nie dają jak dotychczas uprawnienia do prostego przekształcenia szpitala z formy sp zoz w jednostkę gospodarczą podlegającą kodeksowi spółek handlowych. Sytuację taką miała umożliwić nowelizacja ustawy o zoz przygotowana przez gabinet premiera Tuska na początku 2008 roku. Została jednak zawetowana przez prezydenta.

Jedyną zatem możliwością, takiego przekształcenia jest likwidacja dotychczasowej formy działalności i utworzenie w to miejsce nowego podmiotu, który założy z kolei niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Mamy w tym przypadku do czynienia z brakiem następstwa prawnego między starym a nowym podmiotem. Możliwość tę promuje wdrażany przez rząd tzw. *plan B*, który ma zastępować poniekąd wspomnianą wyżej a zawetowaną przez prezydenta ustawę.

Powyższa analiza uwarunkowań wyraźnie wskazuje na niedostosowanie struktur formalno- prawnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do praktyki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niestety, pomimo podejmowanych prób nie udało się stworzyć ogólnego systemu przekształceń tych jednostek w bardziej efektywne ekonomicznie zakłady. Następowало to jedynie w jednostkowych przypadkach w wyniku podjętych indywidualnie inicjatyw, stosując istniejące przepisy dotyczące przekształceń przedsiębiorstw państwowych i kodeksu spółek handlowych.



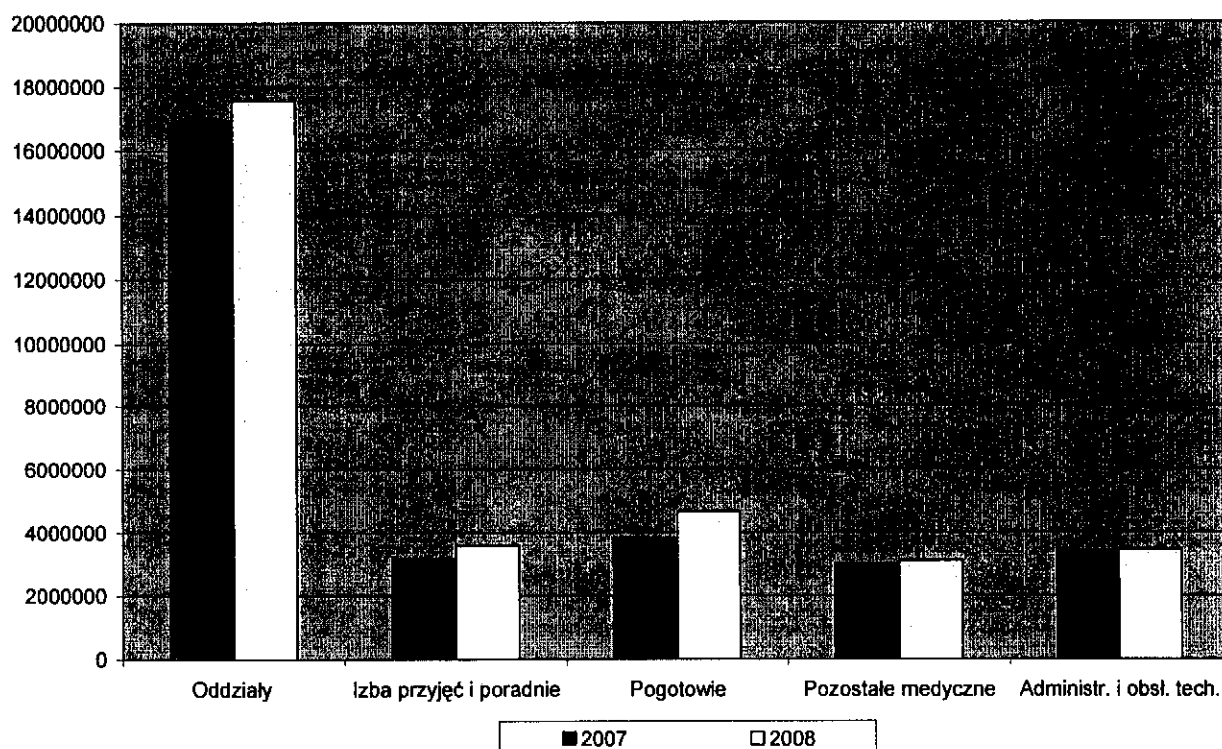
## CZĘŚĆ II

### DOCELOWY KSZTAŁT NOWEJ JEDNOSTKI

#### 2.1. Diagnoza struktury kosztów

Rozwinięciem rozdziału dotyczącego sytuacji finansowej Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy jest szczegółowe określenie kosztów według komórek organizacyjnych w których są one generowane. Analiza taka stanowi jedną ze składowych informacji tworzących bezpośrednią podstawę do formułowania w kolejnych podrozdziałach rekomendacji w zakresie zmian strukturalnych w jednostce. Ten element powinien być wyraźnie tu na wstępie uwypuklony, bowiem ze względu na zmieniające się warunki finansowania poszczególnych świadczeń, zanim podejmie się ostateczną decyzję co do zmian strukturalnych, należy uwzględnić jeszcze szereg innych czynników. Należą do nich wszelkie uwarunkowania zewnętrzne o charakterze systemowym mogące wpływać na zmiany wysokości finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń. W 2008 roku np. wprowadzono system rozliczeń według tzw. Jednorodnych Grup Pacjentów (DRG - *Diagnosis-Related Group*), co zmieniło znacznie relacje finansowe na poszczególnych oddziałach. W jednostkach I stopnia referencyjnego, do których należy PZS w Oleśnicy, nastąpiło relatywne zmniejszenie finansowania procedur ginekologiczno-położniczych, w przypadku zaś chirurgii było odwrotnie.

Wykres 10. Struktura kosztów w poszczególnych jednostkach organizacyjnych PZS w Oleśnicy w latach 2007 i 2008



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Tabela 9. Przychody i koszty oraz ruch chorych w poszczególnych komórkach organizacyjnych (stan na 31.12.2007 r.)

[illegible]

**Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z PZS w Oleśnicy**



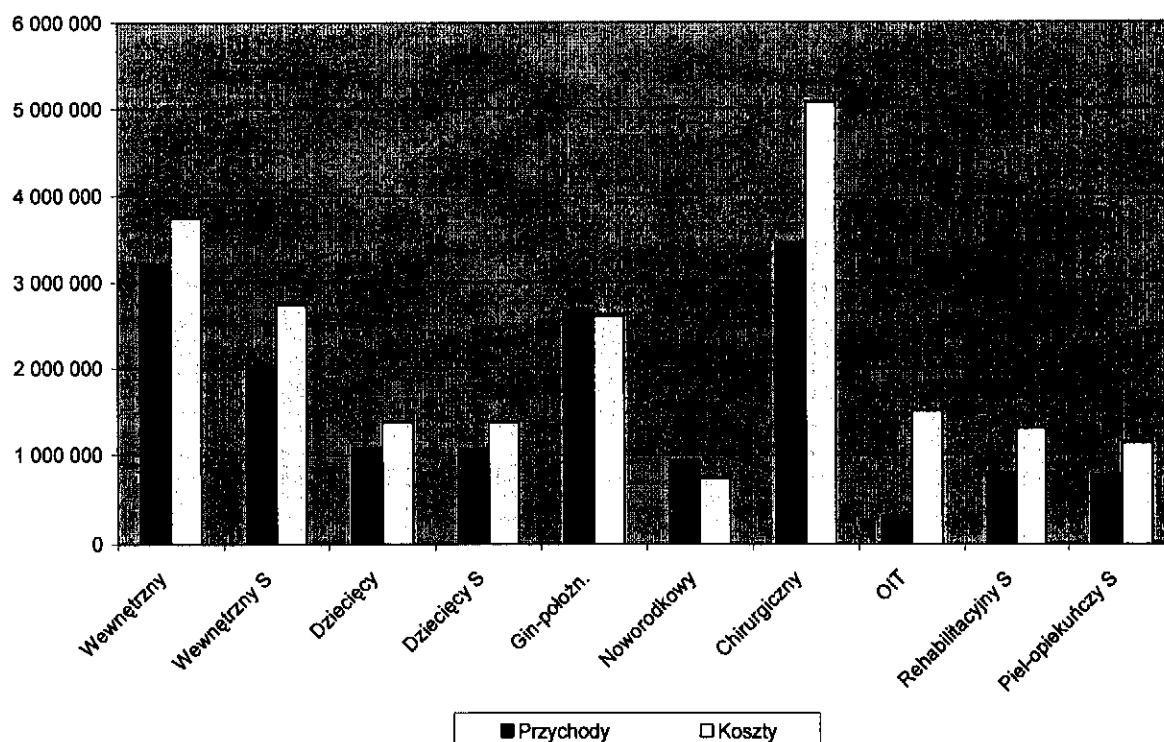






W strukturze kosztów według poszczególnych grup komórek organizacyjnych, zdecydowanie dominują koszty oddziałów (łącznie z blokami operacyjnymi i zabiegowymi). W roku 2008 zajmowały one 54 % ogólnych kosztów jednostki. Pozostałe grupy komórek organizacyjnych utrzymywały się w tej strukturze na podobnym poziomie. Pogotowie ratunkowe zajmowało w roku 2008 r -14 %, izby przyjęć wraz z poradniami opieki niestacjonarnej i ambulatorium – 11%, administracja i obsługa techniczna – także 11% oraz pozostałe komórki medyczne (apтека, statystyka, sterylizatornia itp.) – 10%. Z tego zestawienia widać wyraźnie, że dominujące znaczenie w strukturze kosztów ma opieka stacjonarna z zaliczonymi do niej kosztami komórek zabiegowych (blok operacyjny i blok ginekologiczny).

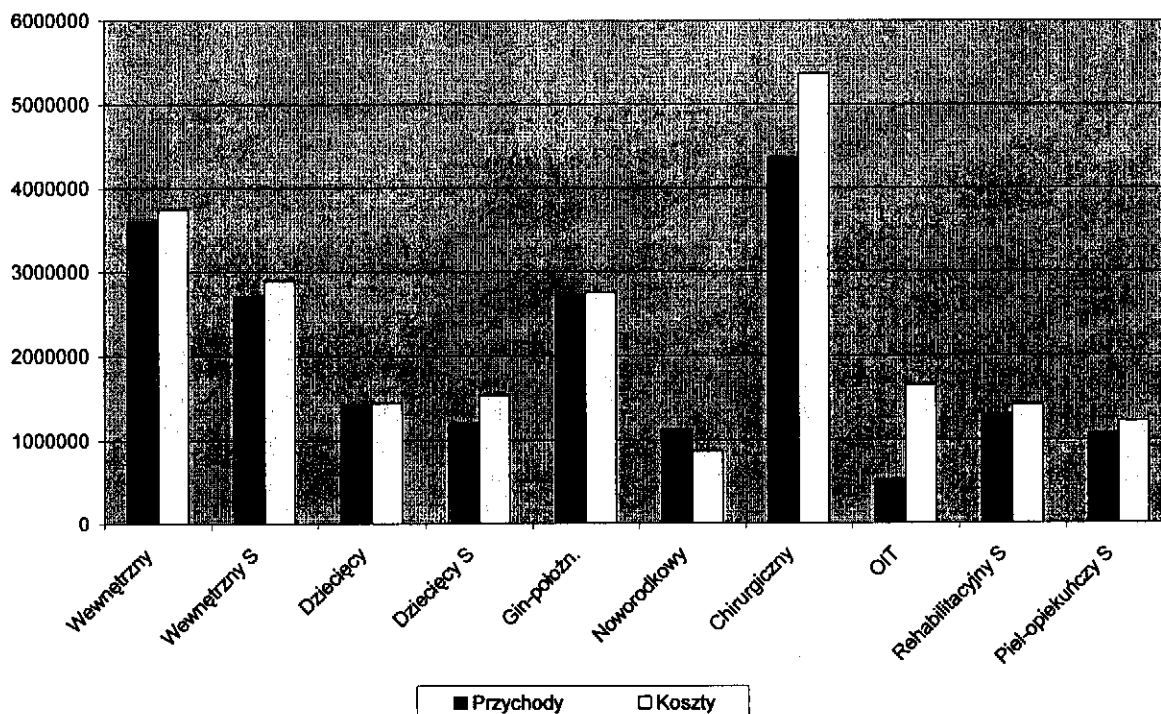
Wykres 11. Relacja przychodów i kosztów w poszczególnych oddziałach PZS w Oleśnicy w 2007 r.



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Koncentrując się na relacji przychodów do kosztów w tych poszczególnych jednostkach w latach 2007 i 2008 widać wyraźną tendencję do zmniejszania dystansu pomiędzy wyższymi kosztami a przychodami. Informacje dotyczące planowanej wysokości przychodów w roku 2009 wydają się tę tendencję utrzymywać i potwierdzać. W tym zakresie trend ten należy ocenić bardzo pozytywnie, mając na względzie, że ta sfera działalności szpitali ma decydujące znaczenie w ich ostatecznym wyniku finansowym

Wykres 12. Relacja przychodów i kosztów w poszczególnych oddziałach PZS w Oleśnicy w 2008 r.



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

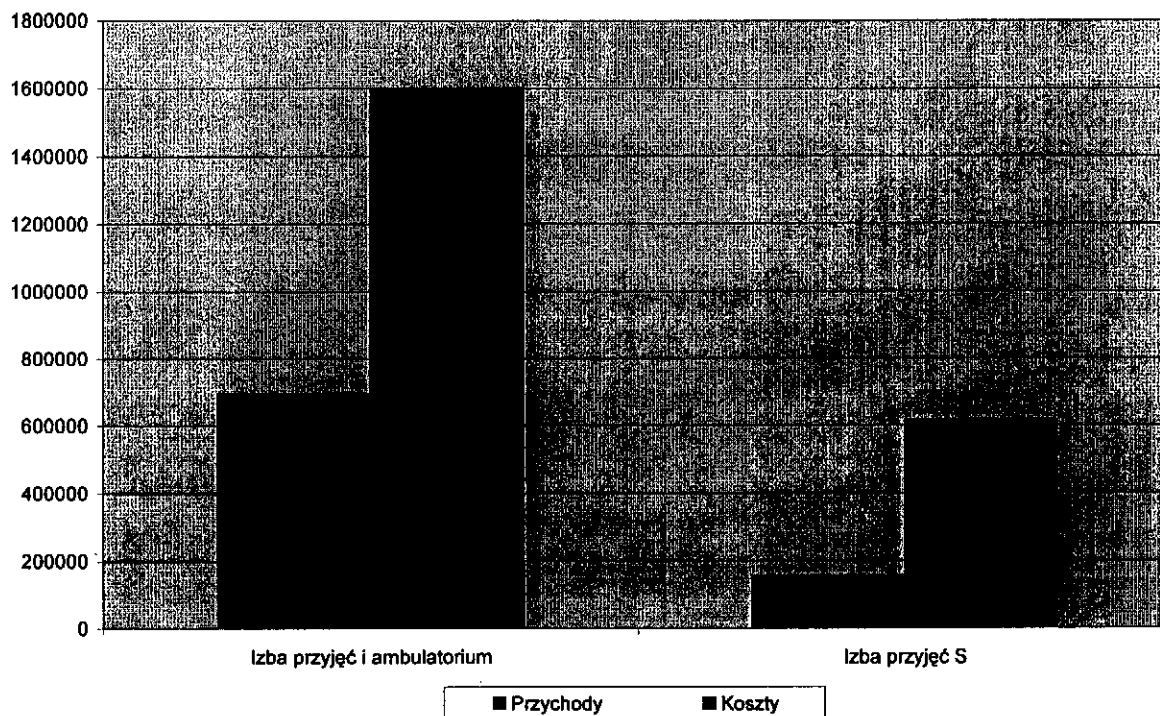
Jak już wyżej wspomniano, koszty bloków zabiegowych czyli operacyjnego i ginekologicznego oraz koszty jednostek diagnostycznych (RTG, laboratorium itp.) zostały zaliczone bezpośrednio do kosztów funkcjonowania oddziałów. W efekcie przedstawione powyżej wyniki uwzględniają w sposób kompleksowy koszty tych jednostek. Przy tym założeniu, pamiętać należy, że głównym celem wszelkich działań restrukturyzacyjnych jest zrównoważenie wyniku całego szpitala a nie tylko zbilansowanie działalności oddziałów szpitalnych w wąskim tego słowa znaczeniu.

Kolejne konkluzje wypływające z analizy powyższych wykresów to wyraźna poprawa sytuacji na oddziałach wewnętrznych, rehabilitacyjnym i pielęgnacyjno-opiekuńczym. Ten ostatni oddział ma status odrębnego zakładu, jednak na potrzeby niniejszych analiz traktowany jest na równi z komórkami organizacyjnymi szpitala jakie stanowią oddziały. Niepokojąca jest sytuacja oddziału chirurgicznego i intensywnej terapii. O ile na chirurgii widać pewien postęp, choć różnica w przychodach i kosztach pozostaje nadal bardzo duża, to na intensywnej terapii w zasadzie nie można dostrzec istotnych zmian.

Podobnie sytuacja się kształtuje na Izbach Przyjęć, gdzie zarówno w Oleśnicy jak i w Sycowie wykazują one bardzo duży deficyt. Relacja ta uległa niewielkiej poprawie w roku 2008 ale i tak przychody pokrywają jedynie 50% kosztów funkcjonowania tych komórek.

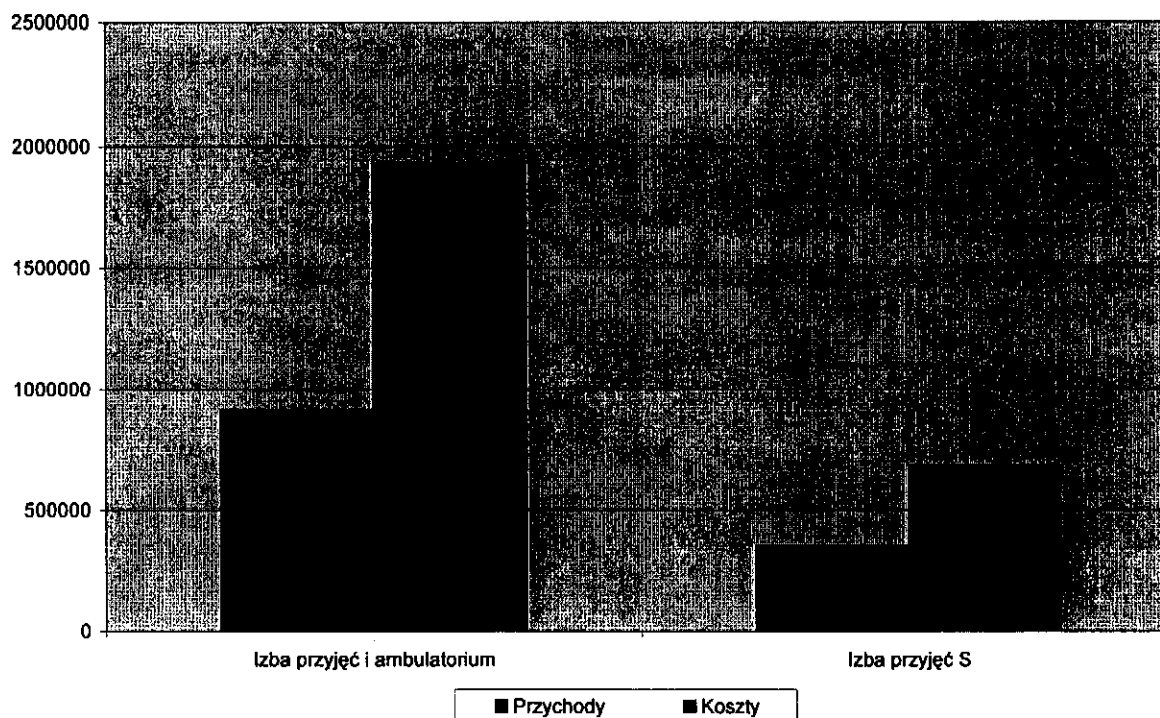


Wykres 13. Relacja przychodów i kosztów na Izbach Przyjęć PZS w Oleśnicy w 2007 r.



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Wykres 14. Relacja przychodów i kosztów na Izbach Przyjęć PZS w Oleśnicy w 2008 r.

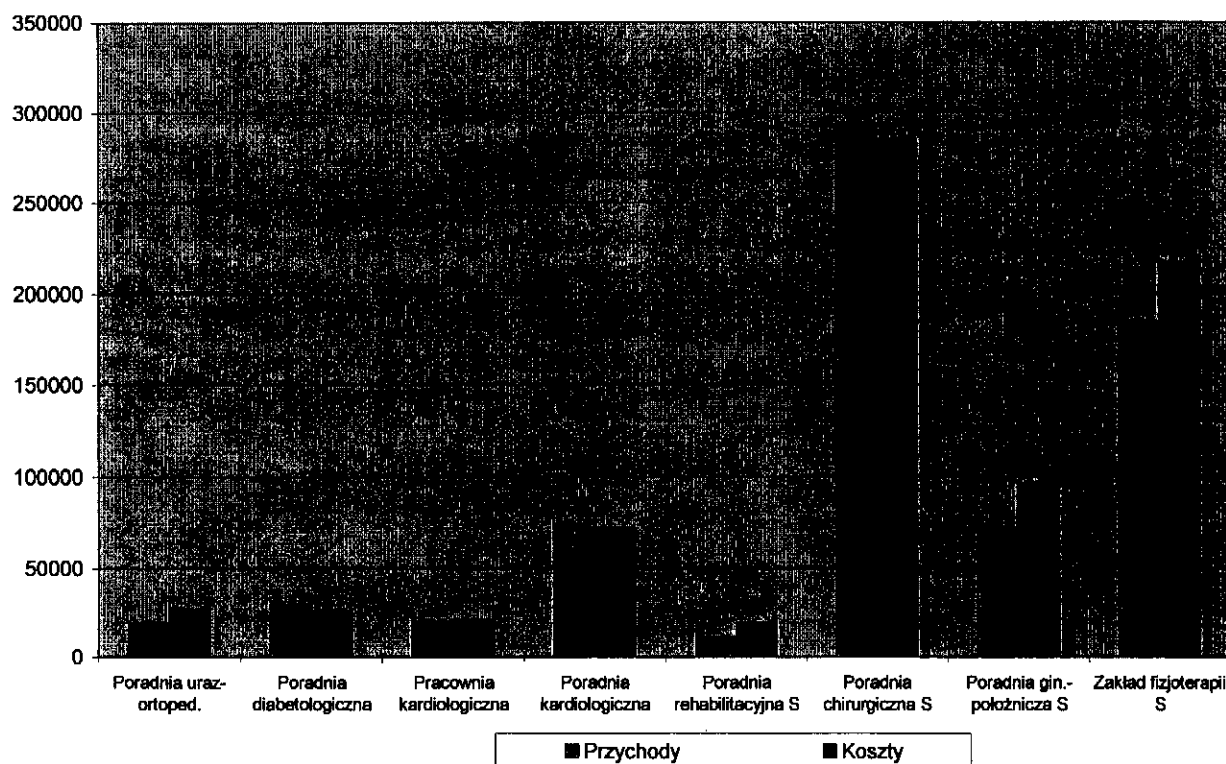


Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

O ile lecznictwo zamknięte oraz izby przyjęć cechują się dotychczas negatywnymi stosunkami kosztów do przychodów o tyle zupełnie odmienna sytuacja kształtuje się w zakresie leczenia otwartego, w którym mamy do czynienia przede wszystkim z poradniami specjalistycznymi. Generalnie ta sfera działalności PZS w Oleśnicy bilansuje swoją działalność, choć znów pamiętać trzeba, że część kosztów (w zakresie badań diagnostycznych) ukryta jest w kosztach innych komórek szpitala (np. laboratorium, rtg itp.). Ta informacja traci jednak swój optymistyczny wydźwięk gdy weźmie się pod uwagę niewielki udział tej dziedziny działalności w ogólnej strukturze przychodów i kosztów szpitala. W roku 2008 przychody z tytułu świadczeń prowadzonych w tych poradniach stanowiły jedynie 3% przychodów całej jednostki.

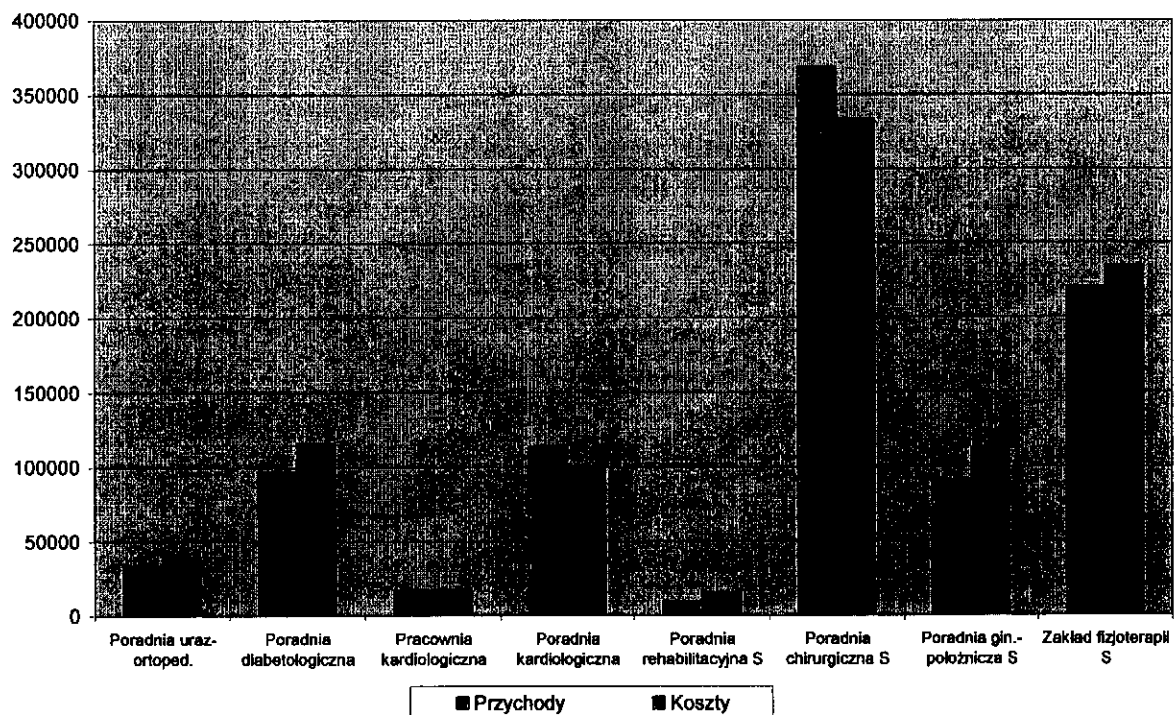
Nieco odmienna sytuacja pod tym względem występuje w ratownictwie medycznym (pogotowie ratunkowe). Wpływy z kontraktu na te usługi zajmują 18% ogółu przychodów całego szpitala – ich znaczenie ma zatem istotny wpływ na ogólny wynik finansowy. Zarówno w roku 2007 jak i rok później koszty funkcjonowania tej jednostki były niższe niż przychody. Można zatem stwierdzić, że ta część działalności PZS w Oleśnicy bilansowała swoją działalność.

Wykres 15. Relacja przychodów i kosztów w poszczególnych poradniach PZS w Oleśnicy w 2007 r.



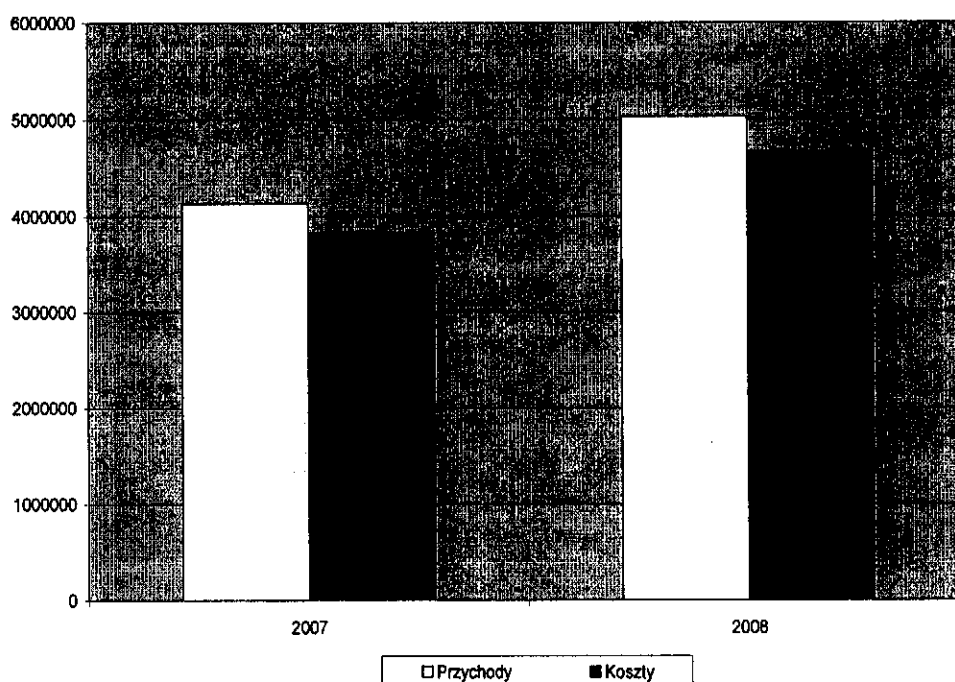
Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Wykres 16. Relacja przychodów i kosztów w poszczególnych poradniach PZS w Oleśnicy w 2008 r.



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Wykres 17. Relacja przychodów i kosztów w ratownictwie medycznym w Oleśnicy w latach 2007 i 2008 r.

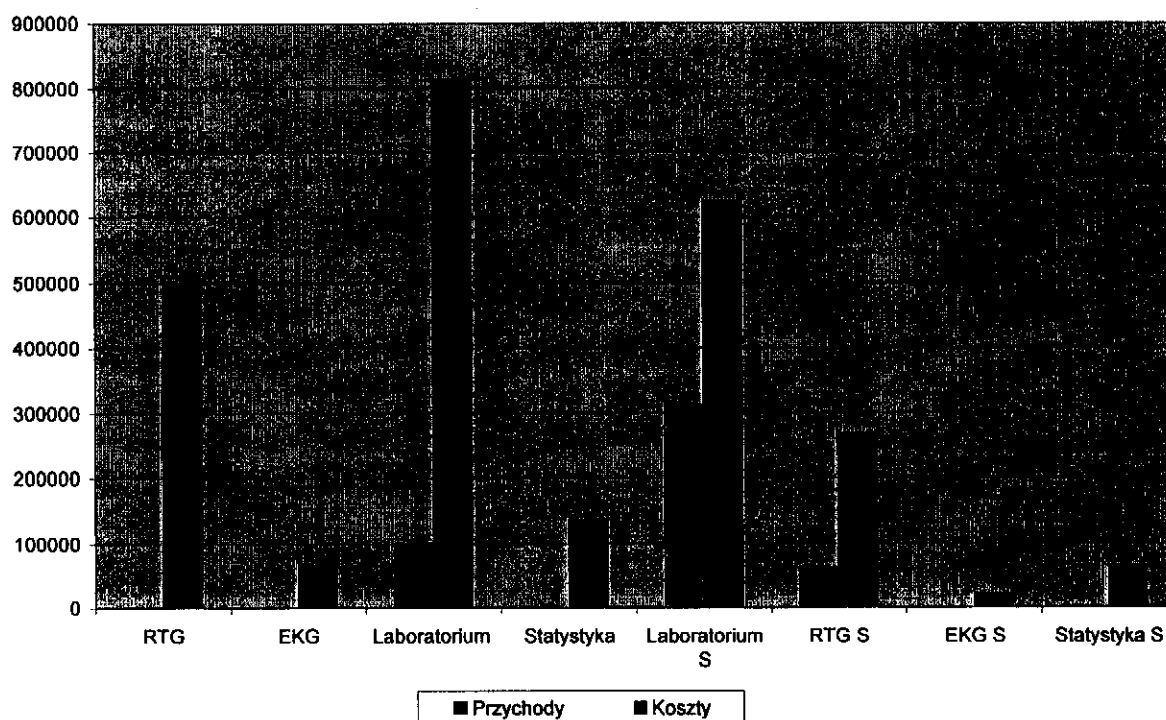


Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Do powyższych analiz dodać należy fakt, że niektóre obszary działalności szpitala mają wyłącznie charakter kosztowy. W zależności od przyjętych zasad rachunkowych można je ujmować oddzielnie albo uwzględniać w kosztach wykonywania poszczególnych procedur. (tak jak to jest tu prezentowane). Przyjęta tu zasada integrująca koszty bezpośredniej działalności oddziałów z kosztami diagnostyki oraz zarządu i obsługi technicznej, pozwala na ocenę faktycznych wydatków związanych z leczeniem na poszczególnych oddziałach. Poniżej prezentowane są wykresy dotyczące przychodów i kosztów działalności diagnostycznej. Znajdują się w niej takie rodzaje działalności, które generują przychody albo wynikające z bezpośrednich kontraktów albo z działalności usługowej wobec kontrahentów zewnętrznych, oraz takie dziedziny, które obsługują tylko wewnętrzne procedury medyczne.

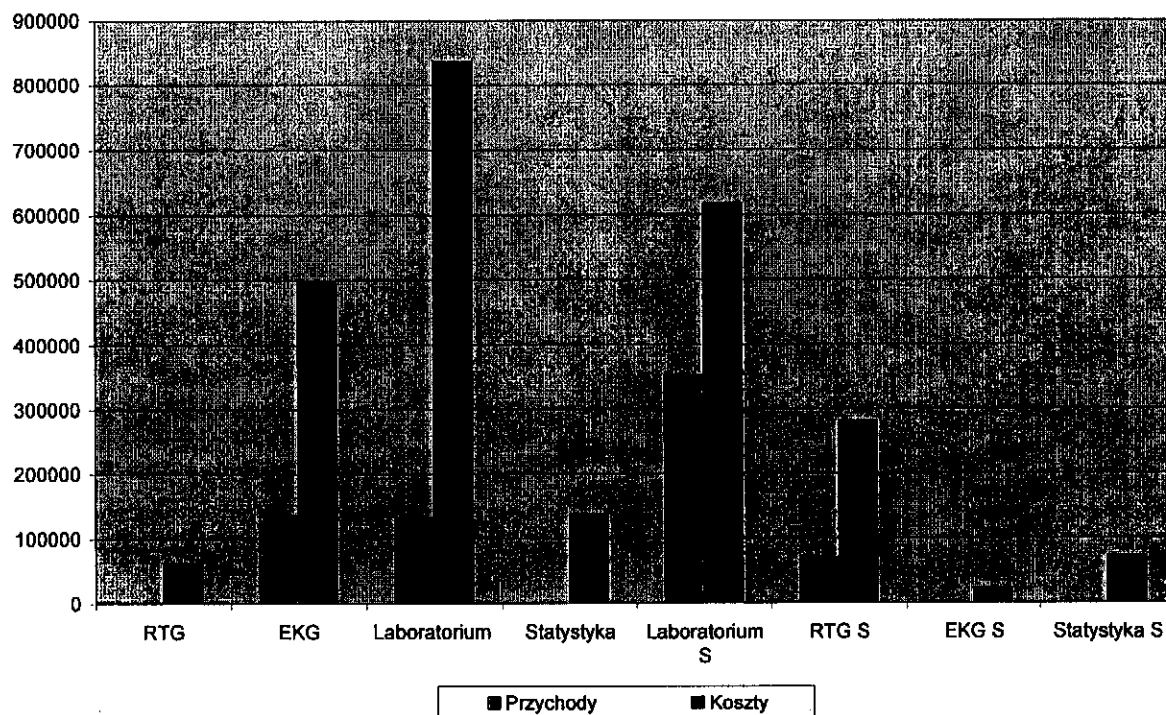
Analiza dynamiczna tych rodzajów działalności wykazuje ich małą zmienność. Zarówno wysokość przychodów i kosztów jak i ich struktura uległy nieistotnym modyfikacjom. Jedyną istotną zmianą jaka nastąpiła w roku 2008 względem poprzedniego było pojawienie się dochodów w pracowni EKG. Warto zwrócić uwagi są różnice w funkcjonowaniu podobnych komórek w Sycowie oraz w Oleśnicy. Pod tym względem zarówno sycowskie laboratorium jak i pracownia RTG wykazują relatywnie większe przychody niż odpowiednie jednostki w Oleśnicy.

Wykres 18. Relacja przychodów i kosztów w działalności diagnostycznej PZS w Oleśnicy w 2007 r.



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Wykres 19. Relacja przychodów i kosztów w działalności diagnostycznej PZS w Oleśnicy w 2008 r.



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

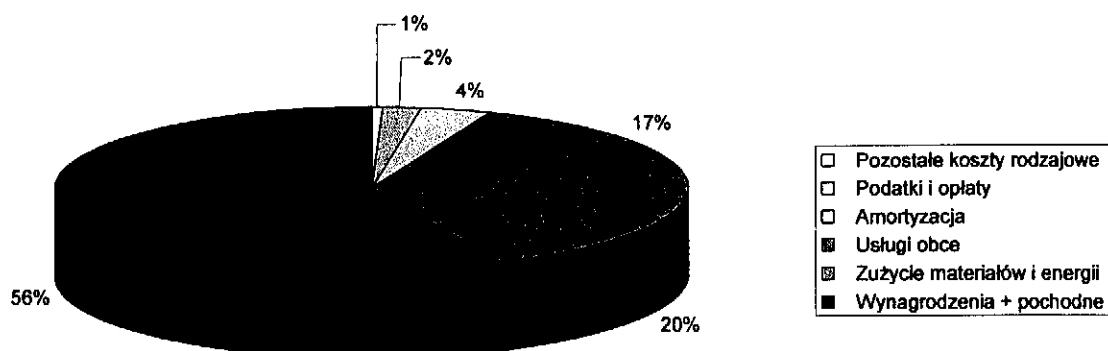
Powyższe analizy skupiają się na poszczególnych strukturach organizacyjnych. Warto zatem zwrócić uwagę na poszczególne grupy kosztów według ich rodzajów w całym PZS w Oleśnicy. Jest to próba odpowiedzi na pytanie jakie grupy kosztów decydują w największym stopniu o ogólnej ich strukturze, a co za tym idzie na jakiej z nich skoncentrować swą największą uwagę w przypadku działań zmierzających do ich redukcji.

Zdecydowanie największą grupą kosztów w ogólnej ich strukturze stanowią wynagrodzenia wraz z obligatoryjnymi pochodnymi (ubezpieczenia społeczne itp.). W roku 2007 stanowiły one 56% a w roku 2008 - 58%. Jeszcze wyższe wartości osiąga wskaźnik wydatków na wynagrodzenia w stosunku do przychodów jednostki. W roku 2008 kształtował się on na poziomie 61%.

W omawianych dwóch latach zmienił się dość istotnie udział wydatków na usługi obce. O ile w roku 2007 stanowił on 17% ogółu wydatków o tyle w roku następnym osiągnął już wartość 21%. W tym czasie nie nastąpiło wyłączenie części działalności w ramach outsourcingu (to najczęstsza przyczyna zmian tych relacji kosztowych). Nie notowano także istotnego wzrostu cen usług wynikających np. z nowych procedur przetargowych. Jest to raczej efekt przesunięcia części wynagrodzeń (głównie lekarskich) ze „zwykłego” wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę (wtedy wydatki te klasyfikowane byłyby w dziale wynagrodzenia) do płatności za wykonane usługi w ramach umów kontraktowych. Proces ten zatem, zmienia strukturę wydatków w kierunku zwiększenia udziału płatności z tytułu usług – i w takim kształcie należy go ocenić pozytywnie. Z drugiej strony należy go uwzględnić w kalkulowaniu sumarycznej wartości wydatków na wynagrodzenia i

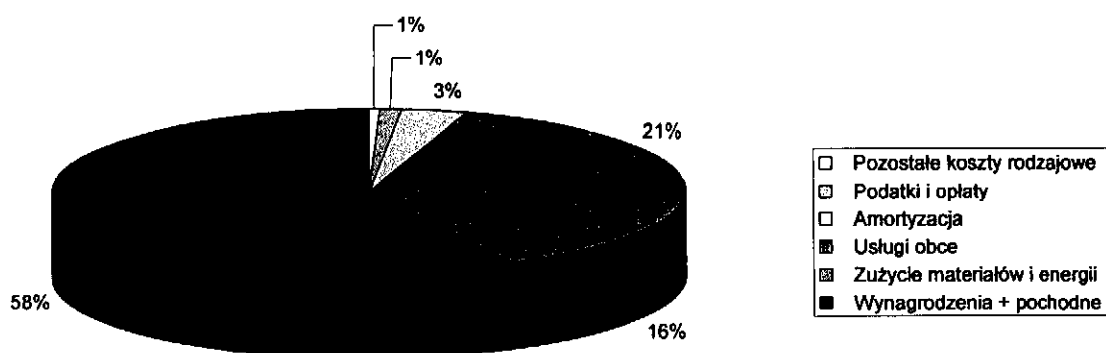
„parawynagrodzenia”. Ujęcie w taki sposób tego problemu ukazuje, że w okresie 2007 i 2008 r. nastąpił dużo wyższy wzrost wydatków tej kategorii niż wynikałoby to z prezentowanych danych liczbowych.

Wykres 20. Struktura kosztów w PZS w Oleśnicy w 2007 r.



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Wykres 21. Struktura kosztów w PZS w Oleśnicy w 2008 r.



Źródło: opracowania własne na podstawie danych PZS w Oleśnicy

Z drugiego miejsca w roku 2007 na trzecie miejsce co do wartości grup wydatków w 2008 r. spadło zużycie materiałów i energii. Zajmowało ono odpowiednio 20% i 16%. Spadek ten spowodowany został nie tylko wzrostem wartości w innych grupach wydatków, ale także ze zmniejszenia się bezwzględnego strumienia środków wydatkowanych na te cele. To co wydaje się jedną z najistotniejszych sfer funkcjonowania szpitala – zakup leków, środków opatrunkowych, materiałów i urządzeń niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych zajmuje w przypadku PZS w Oleśnicy jedynie 16% kosztów.

Pozostałe grupy kosztów zajmują od 4 do 7% w ogólnym ich rachunku. Najistotniejszymi z nich jest amortyzacja oraz podatki i opłaty.

Powyższe analizy pozwalają sprecyzować obszary „problemowe” szpitala które generują w największym stopniu ujemny wynik finansowy całej jednostki. Jednocześnie, dzięki tym badaniom, można uzyskać informację na temat istotności poszczególnych rodzajów działalności, czy grup kosztów.

Dążąc do zbilansowania działalności szpitala należy skoncentrować się przede wszystkim na głównych grupach kosztowych, a więc na oddziałach szpitalnych i jednostkach diagnostycznych. Z drugiej strony, czynnikiem mającym największy wpływ na koszty funkcjonowania szpitala są wydatki na wynagrodzenia, kilkakrotnie mniejsze znaczenie mają wydatki na usługi obce oraz na zakup materiałów i energii.

## 2.2. Benchmarking struktury kosztów

Po analizie wyników finansowych szpitala która wykazuje dobitnie jego złą sytuację oraz dywagacjach na temat struktury kosztów, generujących w największym stopniu jego ujemny wynik finansowy, warto dokonać analizy egzogenicznej jednostki. Ma ona za zadanie ukazanie kontekstu zewnętrznego Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy. Benchmarking jest w pewnym sensie porównywaniem się do najlepszych – jest badaniem pozycji danego przedsiębiorstwa czy jednostki względem takich, które osiągają najlepsze wyniki. Szczególne zastosowanie analizy te znalazły w sektorze publicznym, który z natury swojej funkcjonuje w warunkach ograniczonej konkurencji. Z drugiej strony konkurencja jest najpoważniejszym motywatorem także i w sektorze publicznym do efektywności. Benchmarking pozwala zatem na ocenę efektywności zarządzania poprzez stworzenie namiastek konkurencji, jaką daje efekt porównania do innych jednostek.

W tym miejscu zwrócić należy uwagę, że takie analizy powinny być czynione przy zachowaniu porównywalności jednostek. Z tego też względu jako tło dla Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy zostaną przedstawione dane dla wszystkich jednostek powiatowych z terenu Dolnego Śląska. Wszystkie te szpitale należą do I poziomu referencyjnego. Podstawą analiz są dane pochodzą z zasobów Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Krajowego Rejestru Sądowego oraz badań bezpośrednich w jednostkach. Podstawą kwalifikacji do jednostek najlepszych był fakt bilansowania bieżącej działalności.

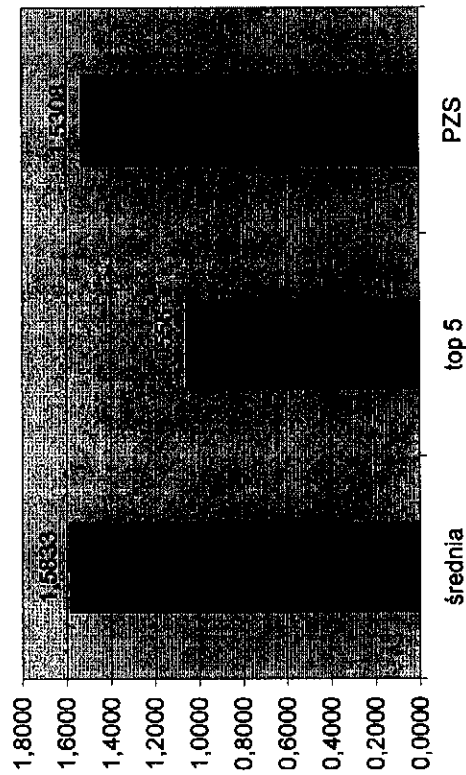
Przedstawiona tu analiza benchmarkingowa dotyczy oddziałów szpitalnych. W celu zapewnienia porównywalności jednostek o różnej strukturze organizacyjnej ograniczono ją jedynie do podstawowego profilu szpitala powiatowego. Przedmiotem tego badania są więc oddziały: internistyczny, chirurgiczny, pediatryczny, ginekologiczno-położniczy, noworodkowy i intensywnej terapii. Do tego dołączono izbę przyjęć oraz gabinety diagnostyczne. Jeżeli w szpitalach funkcjonowały inne oddziały to nie brano ich tu pod uwagę. Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy (PZS) jest tu porównany ze średnią dla wszystkich szpitali powiatowych na Dolnym Śląsku (średnia) oraz do 5 jednostek, które osiągają najlepszy wynik w danej zmiennej (top 5).

Pomimo starań zapewniających należy pamiętać, że benchmarking daje pewne przybliżenie obrazu funkcjonowania jednostki, nie powinien być jednak jedynym argumentem do przeprowadzania zmian. Analizy te należy zweryfikować przez pryzmat zróżnicowanych uwarunkowań w jakich funkcjonują poszczególne szpitale. Wiele czynników kształtuje bowiem wysokość kontraktu na poszczególne jednostki, ich strukturę zatrudnienia czy w końcu ilość hospitalizowanych.

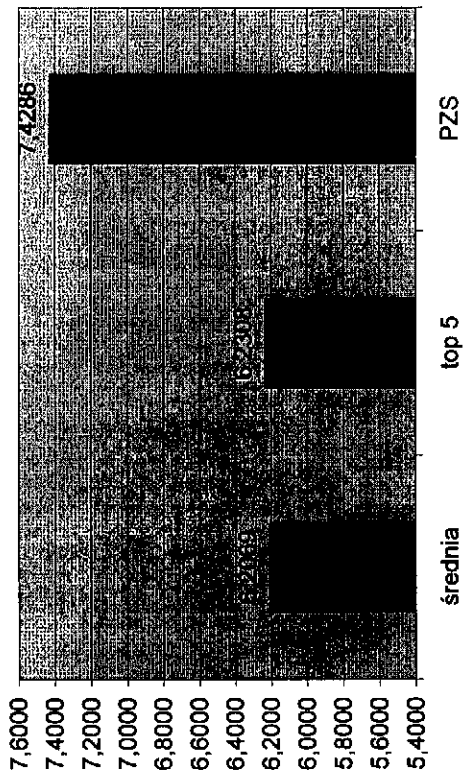
Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy wyróżnia się na tle innych pod względem wielkości zatrudnienia na łóżko. O ile ogólna liczba zatrudnionych podobna jest do średniej wojewódzkiej, to jednak znacznie różni się od jednostek najlepszych w tych względzie. Najlepsze 5 szpitali (a wszystkie z nich mają zbilansowany wynik bieżący) wykazuje średnią zatrudnienia niewiele przekraczającą 1 osobę na łóżko. Przy czym ciekawa jest pogłębiona analiza w układzie poszczególnych grup zawodowych. Zatrudnienie wśród grupy lekarzy wydaje się być na relatywnie niskim poziomie, zaś w grupie pielęgniarek znacznie odbiega od innych jednostek. Zatrudnienie w grupie pracowników obsługi (pozostali oprócz lekarzy, pielęgniarek i położnych) jest bardzo podobne do średniej wojewódzkiej ale znacznie odbiegające od grupy najlepszych jednostek. Z analizy tej widać wyraźnie strukturę zatrudnienia w jednostkach najlepszych, które mogą być wzorem dla pozostałych.



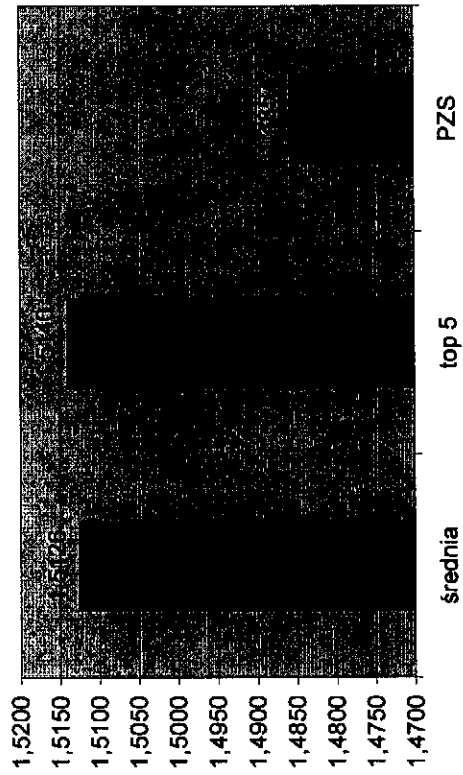
Wykres 22. Zatrudnienie ogółem na 1 łóżko



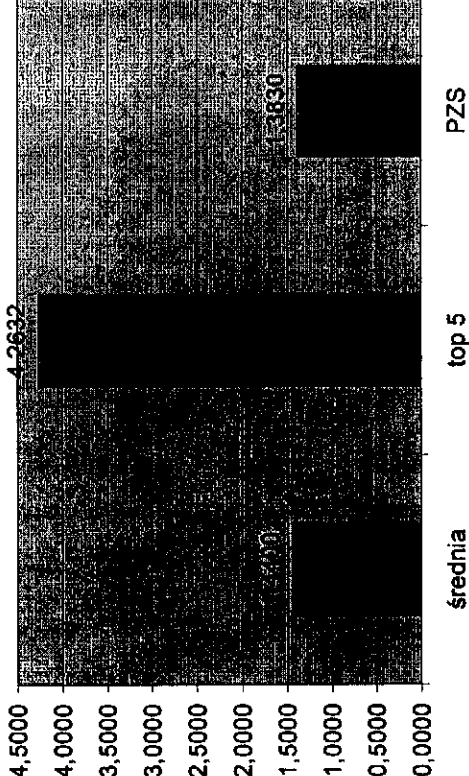
Wykres 23. Liczba łóżek na 1 lekarza



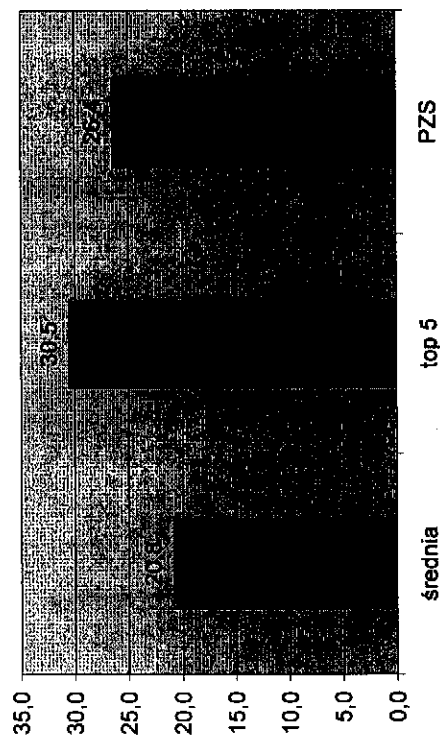
Wykres 24. Liczba łóżek na 1 pielęgniarkę i położną



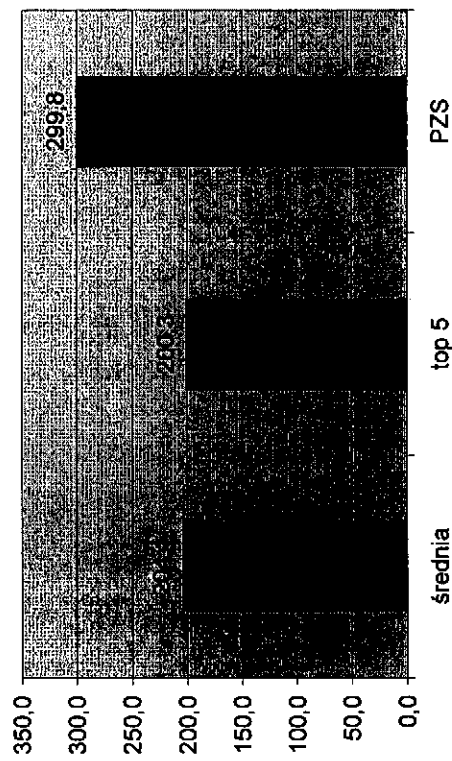
Wykres 25. Liczba łóżek na 1 pracownika obsługi



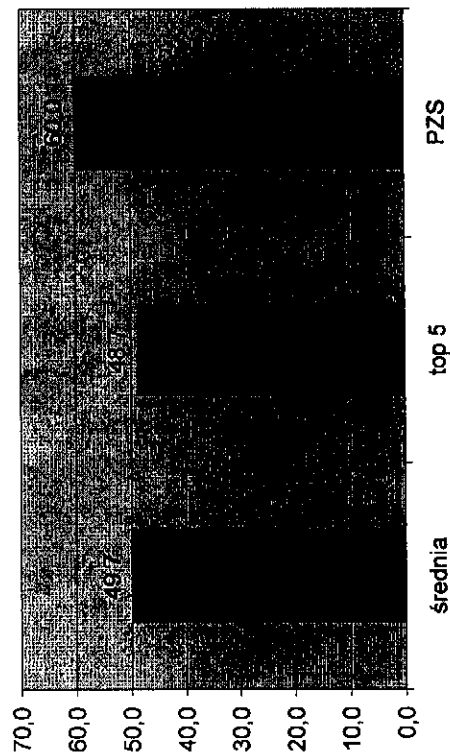
Wykres 26. Liczba hospitalizacji na 1 zatrudnionego



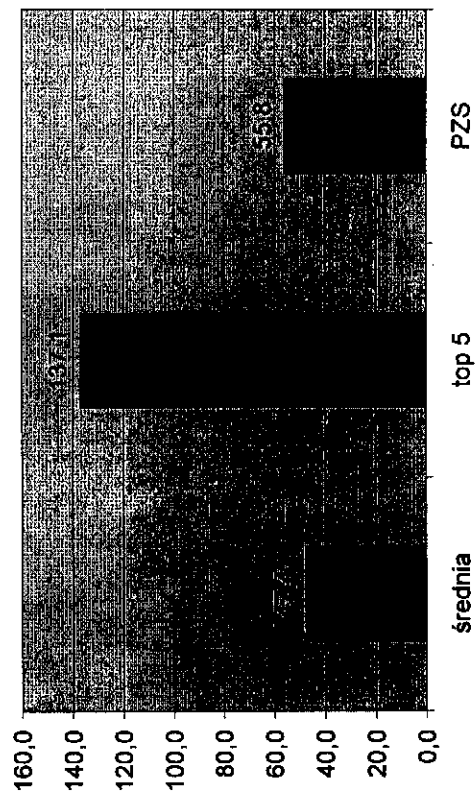
Wykres 27. Liczba hospitalizacji na 1 lekarza



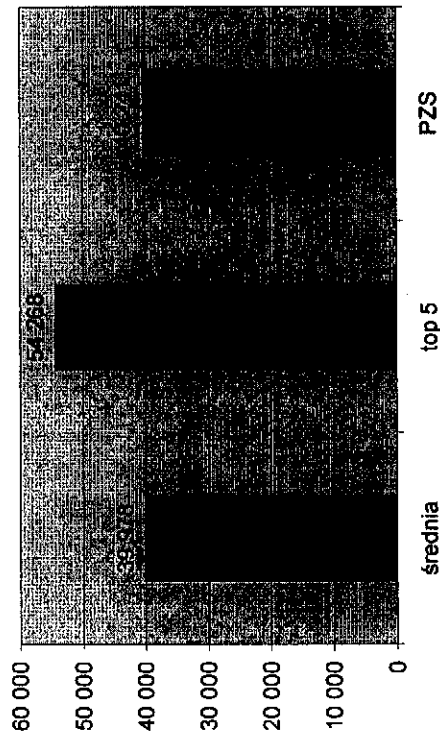
Wykres 28. Liczba hospitalizacji na 1 pielęgniarkę i położną



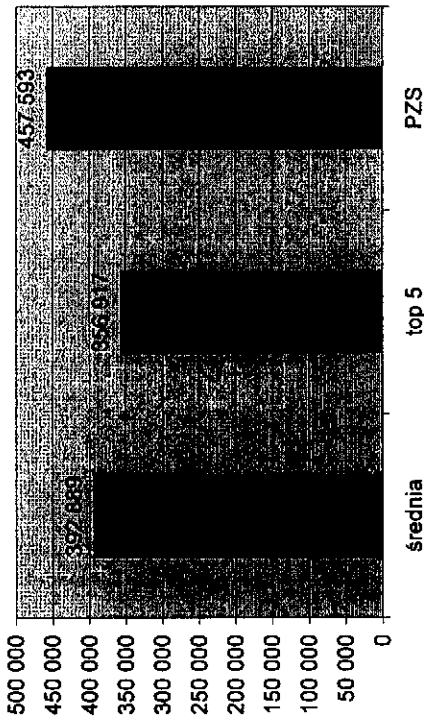
Wykres 29. Liczba hospitalizacji na 1 pracownika obsługi



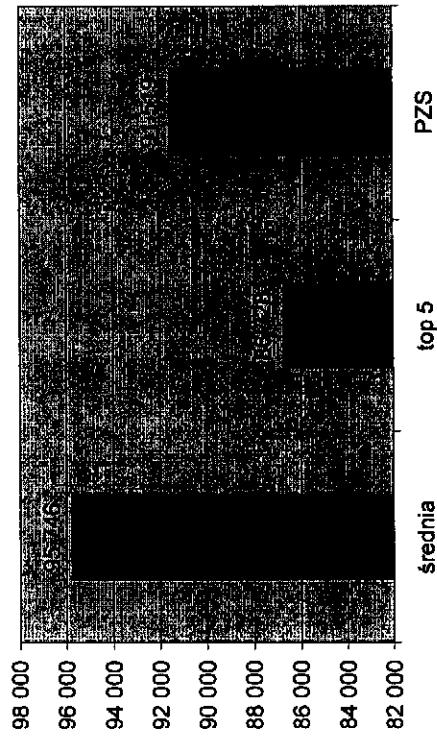
Wykres 30. Przychody na 1 zatrudnionego



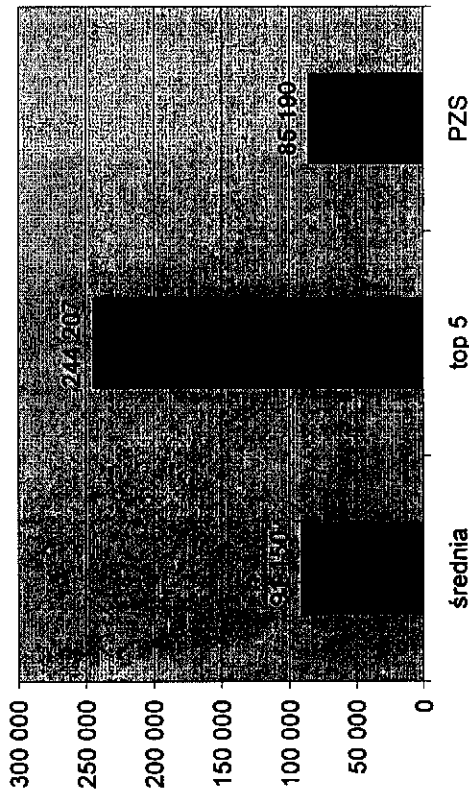
Wykres 31. Przychody na 1 lekarza

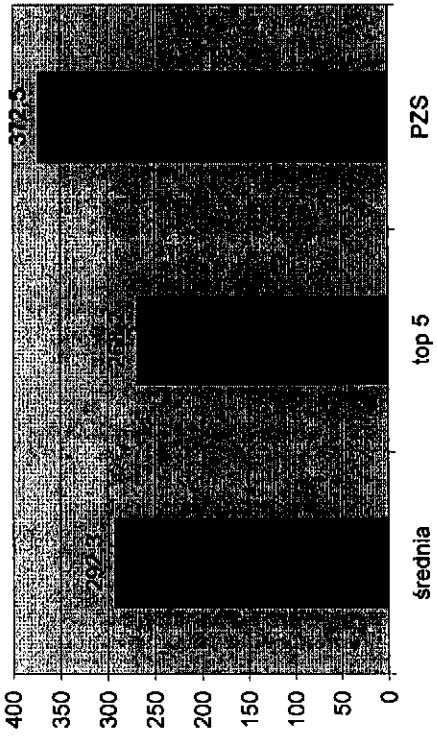
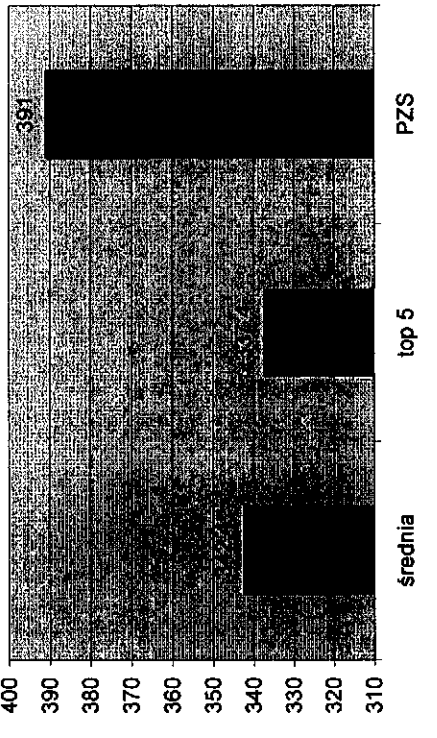
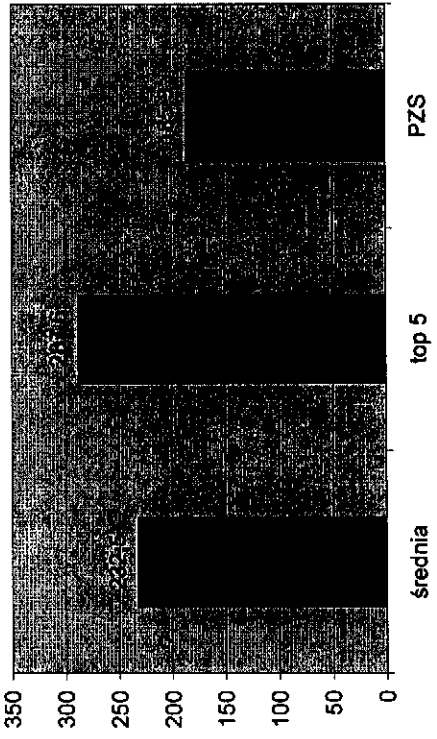
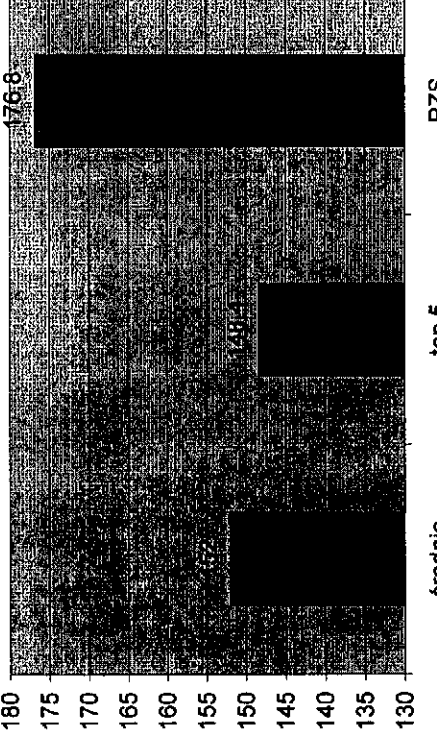


Wykres 32. Przychody na 1 pielęgniarkę i położną

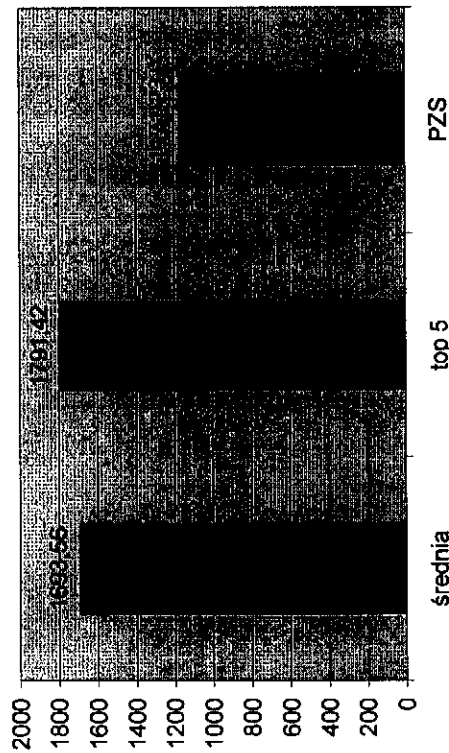


Wykres 33. Przychody na 1 pracownika obsługi

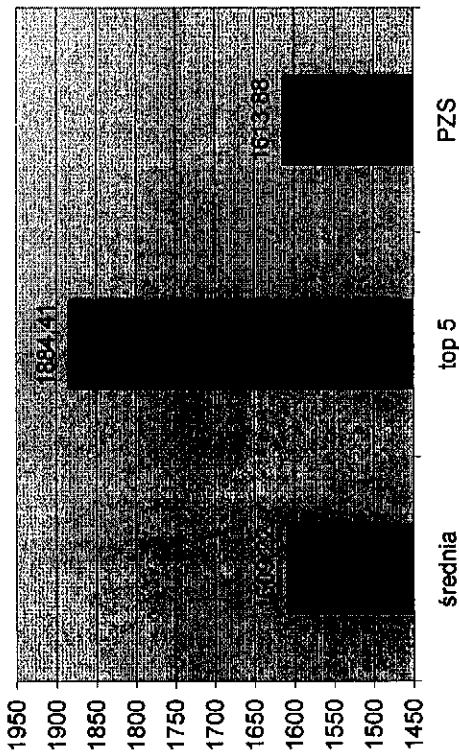


<p>Wykres 34. Liczba hospitalizacji chirurgicznych na 10 000 mieszk.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategoria</th> <th>Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>średnia</td> <td>292.3</td> </tr> <tr> <td>top 5</td> <td>261.5</td> </tr> <tr> <td>PZS</td> <td>312.5</td> </tr> </tbody> </table>	Kategoria	Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.	średnia	292.3	top 5	261.5	PZS	312.5	<p>Wykres 35. Liczba hospitalizacji internistycznych na 10 000 mieszk.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategoria</th> <th>Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>średnia</td> <td>337.4</td> </tr> <tr> <td>top 5</td> <td>334.4</td> </tr> <tr> <td>PZS</td> <td>391</td> </tr> </tbody> </table>	Kategoria	Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.	średnia	337.4	top 5	334.4	PZS	391
Kategoria	Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.																
średnia	292.3																
top 5	261.5																
PZS	312.5																
Kategoria	Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.																
średnia	337.4																
top 5	334.4																
PZS	391																
<p>Wykres 36. Liczba hospitalizacji ginek-położn. na 10 000 mieszk.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategoria</th> <th>Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>średnia</td> <td>225.5</td> </tr> <tr> <td>top 5</td> <td>263.6</td> </tr> <tr> <td>PZS</td> <td>155.3</td> </tr> </tbody> </table>	Kategoria	Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.	średnia	225.5	top 5	263.6	PZS	155.3	<p>Wykres 37. Liczba hospitalizacji pediatrycznych na 10 000 mieszk.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategoria</th> <th>Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>średnia</td> <td>149.4</td> </tr> <tr> <td>top 5</td> <td>148.4</td> </tr> <tr> <td>PZS</td> <td>176.8</td> </tr> </tbody> </table>	Kategoria	Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.	średnia	149.4	top 5	148.4	PZS	176.8
Kategoria	Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.																
średnia	225.5																
top 5	263.6																
PZS	155.3																
Kategoria	Liczba hospitalizacji na 10 000 mieszk.																
średnia	149.4																
top 5	148.4																
PZS	176.8																

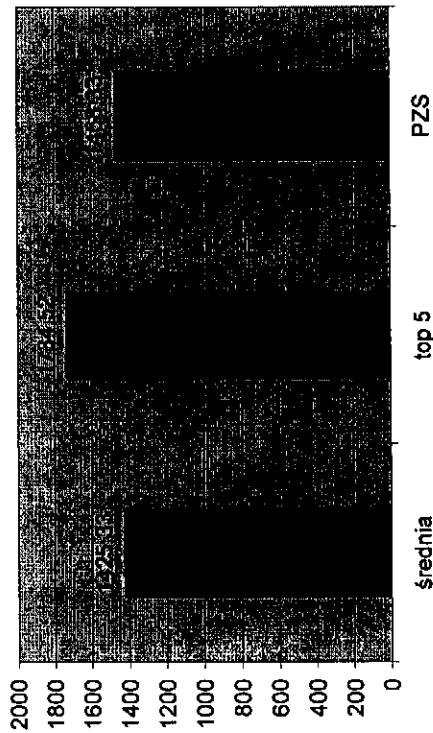
Wykres 38. Przychody na 1 hospitalizację chirurgiczną



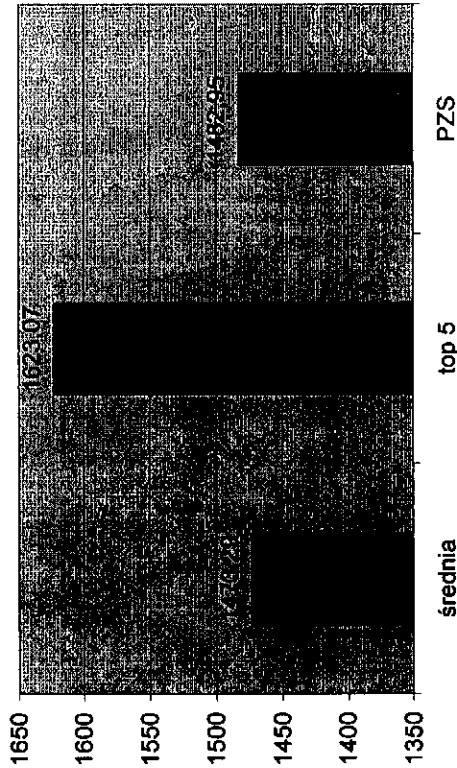
Wykres 39. Przychody na 1 hospitalizację internistyczną



Wykres 40. Przychody na 1 hospitalizację ginek.-położniczą



Wykres 41. Przychody na 1 hospitalizację pediatryczną



Zatrudnienie to jest relatywnie niższe na łóżko niż w pozostałych jednostkach ale decyduje o tym przede wszystkim grupa pracowników obsługi, pozimo bowiem lekarzy i pielęgniarek jest bardzo podobny do średniej.

Kolejny zestaw analityczny dotyczy liczby hospitalizacji sprowadzony do porównywalnych wartości – na 1 zatrudnionego. PZS lokuje się w tym względzie pośrodku między średnią wojewódzką a wynikiem najlepszych jednostek. Relatywnie wysoka liczba hospitalizacji na 1 lekarza i pielęgniarkę a niska na zatrudnionych w pozostałej grupie może potwierdzać uwagę o przeroście tej grupy zatrudnionych w Oleśnicy. Obserwacja wyników najlepszych jednostek wskazuje, że relatywnie wyższa liczba hospitalizowanych na zatrudnionego nie jest wynikiem obciążenia grupy lekarzy i pielęgniarek a przede wszystkim pozostałych zatrudnionych.

Podobny w swym wydźwięku jest kolejny zestaw wykresów w których przedstawiono przychody na 1 zatrudnionego. Najlepsze jednostki wykazują nawet mniejsze przychody na zatrudnionego w grupie lekarzy i pielęgniarek, co świadczy o relatywnie wyższym zatrudnieniu w tych zawodach, radykalnie zaś wyższa jest ta cecha w grupie pozostałych pracowników. Świadczy to o mniejszym znaczeniu tej grupy w ogólnej strukturze zatrudnienia. PZS jest pod tym względem zbliżony do średnich wartości wykazując spory dystans do grupy najlepszych zwłaszcza w grupie pracowników obsługi.

Dane dotyczące hospitalizacji pokazują sytuację w układzie poszczególnych oddziałów stanowiących podstawowy profil szpitala powiatowego. PZS bardzo wyraźnie wyróżnia się pod względem liczby hospitalizowanych na 10 tys. mieszkańców na oddziałach chirurgicznym, internistycznym i pediatrycznym, przy relatywnie niskim wskaźniku hospitalizacji na oddziale ginekologiczno-położniczym. Wysokie wskaźniki wskazują na możliwość występowania kilku zjawisk. Występują one wtedy gdy jednostka przyciąga sporą grupę pacjentów spoza obszaru powiatu, gdy występuje wyższa zachorowalność na danym terenie spowodowana epidemiologią, bądź w przypadku prowadzenia specyficznej polityki szpitala, który hospitalizuje nawet przypadki w gruncie rzeczy ambulatoryjne. Wykazane siły ciążenia raczej nie wykazują napływu pacjentów z ościennych powiatów, dane epidemiologiczne nie potwierdzają wyjątkowości tego terenu, pozostaje zatem zwrócenie uwagi na rodzaje hospitalizacji. Sprzyjać temu będzie wdrożenie rozliczeń według JGP.

Ostatni zestaw wykresów pokazuje wartość przychodów na jedną hospitalizację, co pośrednio świadczy o procedurach, które są przeprowadzane na 1 pacjenta. Potwierdza się tu powyższa uwaga o dużej ilości pacjentów, którzy kwalifikowani są do nisko wycenionych procedur na oddziałach, które wykazywały stosunkowo wyższy ruch chorych. Wyjątkiem jest tu oddział ginekologiczno-położniczy. Może to świadczyć o zjawisku nadmiernej hospitalizacji nazwijmy to „obserwacyjnych”, które mogłyby być kwalifikowane bardziej do opieki niestacjonarnej. Może to być wynikiem przeświadczenia, że im więcej hospitalizowanych tym większe uzasadnienie dla funkcjonowaniu oddziału bądź dla zatrudnienia większej ilości pracowników. Podobnie jak w przypadku komentowanym powyżej, lepsze rozeznanie tej sytuacji przyniesie analiza wykonanych i rozliczonych jednostek JGP, która powinna być podstawą do szybkich decyzji.

### 2.3. Kalkulacja maksymalnego poziomu kosztów

Kalkulacja ta jest efektem próby dostosowania poziomu kosztów do przychodów. Jest to prosty ale także bardzo skuteczny sposób określania, które działania muszą być podjęte w celu zbilansowania działalności jednostki. Jednocześnie dotyczy ona sfery na którą wpływ zarządzających jest relatywnie wyższy (a na pewno bardziej realny) niż na kształtowanie poziomu przychodów. Ta druga sfera zależna jest bowiem w zdecydowanej mierze od rozwiązań systemowych.

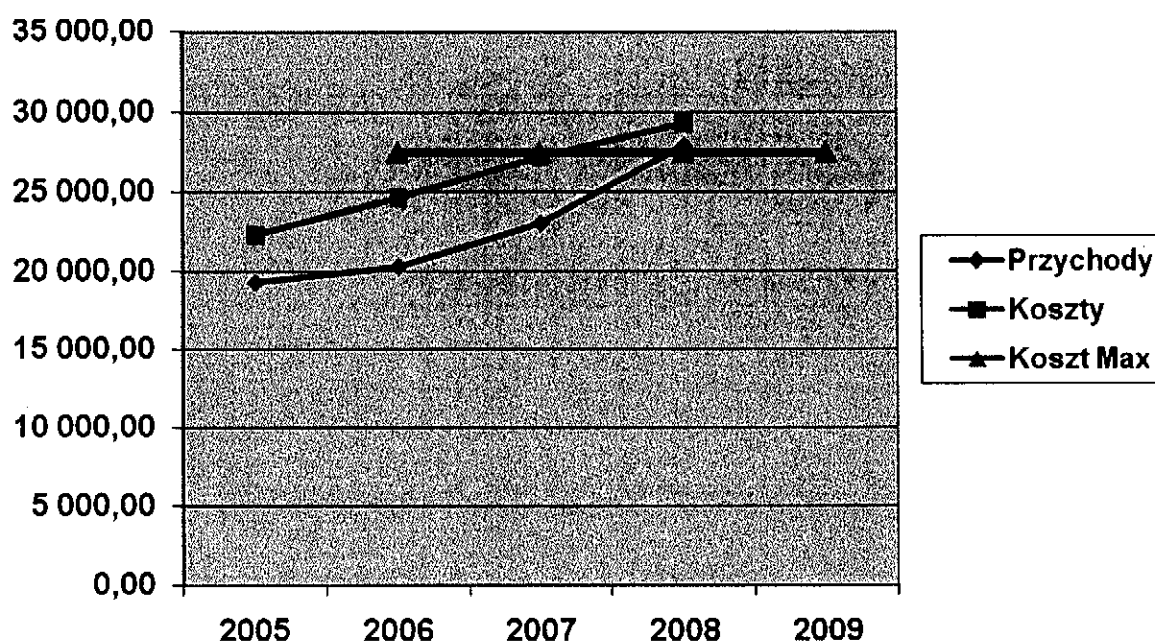
Planowanie maksymalnego poziomu kosztów jest utrudnione z powodu zmian systemowych jakie zostały zaimplementowane w ostatnich latach. Są to przede wszystkim modyfikacje wpływające na koszty pracy, głównie w grupie pracowników medycznych oraz zmiany w sposobie rozliczania procedur medycznych. W celu maksymalnego przybliżenia tych warunków tak szeroko potraktowano dział analityczny, dotyczący analiz finansowych i sposobów funkcjonowania jednostki.

Biorąc te wszystkie uwarunkowania pod uwagę, maksymalny poziom kosztów jaki jednostka nie powinna przekroczyć w 2009 roku wynosi:

**27 500 000 zł**

Jest to poziom zapewniający zbilansowanie działalności bieżącej jednostki, bez ewentualnych kosztów finansowych związanych z obsługą ujemnego wyniku finansowego. W tym zakresie kalkulacja ta dotyczy zatem warunku minimum jaki powinna osiągnąć PZS, by wsparcie ze strony podmiotów zewnętrznych (głównie organu założycielskiego) przynosiło trwały efekt zmierzający do faktycznego uzdrowienia funkcjonowania jednostki.

Wykres 42. Relacja kalkulowanego kosztu maksymalnego do przychodów i kosztów w latach 2005-2008 w PZS w Oleśnicy (w tys. zł).



Źródło: opracowanie własne



Kalkulacja ta może wydawać się mało optymistyczna w porównaniu ze wzrostem przychodów jaki jednostka notowała w ostatnich latach. Trudno jednak ekstrapolować ten trend, wynikał on bowiem z relatywnie lepszej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, opartej z dynamicznym wzroście gospodarczym. Wysokość wpływów do NFZ w latach następnych warunkowana jest globalną sytuacją gospodarczą. Biorąc te uwarunkowania pod uwagę jest możliwy trend zmniejszający strumień środków z ubezpieczeń zdrowotnych a w tym układzie, odwrotnie niż to następowało w ostatnich latach, zmniejszenie sumarycznej wartości kontraktów. Założenie utrzymania poziomu przychodów na dotychczasowym poziomie wydaje się być zatem realną i bezpieczną dla działań restrukturyzacyjnych, kalkulacją.

Tak założona kalkulacja świadczy o tym, że PZS w Oleśnicy musi osiągnąć poziom kosztów zbliżony do tego, który wykazywał w roku 2007. Prosta redukcja w poszczególnych grupach celem osiągnięcia wartości z roku 2007 nie jest jednak ani wskazana ani możliwa. Dla celów roboczych założono jednak taką sytuację. Została ona zaprezentowana w poniższej tabeli. Zakładany poziom kosztów na rok 2009 zakłada redukcję o 6,24% w stosunku do wartości kosztów w roku 2008. Tabela ukazuje hipotetyczną sytuację w której to wszystkie grupy kosztów zostały pomniejszone o tę właśnie wartość.

Tabela 13. Koszt maksymalny na tle kosztów PZS w Oleśnicy w latach 2007-2008

	2007	2008	2009
Amortyzacja	891 291,53	929 694,91	871 681,95
Zużycie materiałów i energii	5 017 969,02	4 764 044,32	4 466 767,95
Usługi obce	4 091 836,84	6 227 754,26	5 839 142,39
Podatki i opłaty	471 200,70	355 813,20	326 410,28
Wynagrodzenia	13 445 929,48	14 339 979,09	13 500 953,09
Ubezp. społ. i inne świadczenia	3 132 081,01	2 549 328,23	2 353 886,37
Pozostałe koszty rodzajowe	166 131,72	163 447,95	153 081,33
<b>Koszt działalności</b>	<b>27 216 440,30</b>	<b>29 330 061,96</b>	<b>27 500 000,00</b>

Źródło: opracowanie własne

W ostatniej kolumnie ukazana jest kwota jaka wynika z tej różnicy. Jest sytuacją oczywistą, że nie na wszystkie grupy kosztów zarządzający mają jednakowy wpływ, część z nich ma bowiem charakter obligatoryjny, bądź wynika z uwarunkowań zewnętrznych. Istotna zatem jest sumaryczna kwota jaka musi być zredukowana a mniejsza redukcja w niezależnych od zarządzających działach musi być zrekompensowana wyższą redukcją w innych.

W następnych rozdziałach przedstawiono możliwe do wykonania działania wraz z kalkulacją ich wpływu na ostateczny poziom kosztów.



## 2.4. Określenie docelowej struktury świadczeń i struktury organizacyjnej

### Świadczenia zdrowotne

Charakterystyka wykonywanych świadczeń PZS w Oleśnicy dokonana we wcześniejszych rozdziałach wykazała, że jednostka ta należy do typowych jednostek szczebla powiatowego. Należy jednak poddać wnikliwej analizie strukturę i stopień wykorzystania łóżek na poszczególnych oddziałach zwłaszcza, że dwa oddziały pediatryczny i wewnętrzny są zdublowane w Sycowie i Oleśnicy.

Biorąc pod uwagę potrzeby powiatu oraz politykę państwa, która najdobitniej wyrażana jest w propozycjach kontraktowych Narodowego Funduszu Zdrowia należy stwierdzić, że PZS mimo podjętego wcześniej dużego wysiłku nadal dysponuje zbyt dużą ilością łóżek krótkoterminowych natomiast zbyt małą ilością łóżek o charakterze opieki długoterminowej.

Najdobitniej te niekorzystne proporcje obrazuje rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia opracowanie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia pt. "Metodologia i planowane efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce." (Andrzej Koronkiewicz i inni). W myśl przedstawionych tam założeń oraz możliwości uzyskania kontraktów z NFZ - PZS musi zwiększyć ilość łóżek:

- rehabilitacji narządu ruchu,
- rehabilitacji neurologicznej,
- dla chorych ze schorzeniem przewodu pokarmowego wymagających długotrwałego leczenia w warunkach szpitalnych,
- dla chorych z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego
- dla chorych po operacjach kardiochirurgicznych
- dla chorych po operacjach z powodu procesu nowotworowego
- geriatryczne dla pacjentów starszych wiekiem.

Na oddziale rehabilitacji w Sycowie należy organizować w jeszcze większym stopniu łóżka o charakterze dziennym. Dużego poparcia należy udzielić inicjatywie organizowania turnusów w okresie wakacyjnym dla dzieci. Oprócz usług rehabilitacyjnych konieczne jest również zwiększenie ilości łóżek pielęgnacyjno – opiekuńczych. Potrzeby w tym zakresie i możliwości kontraktowe są praktycznie nieograniczone. W drugim etapie w miarę wygospodarowania przez PZS lub powiat środków należy rozważyć możliwość uruchomienia hospicjum.

W zakresie opieki krótkoterminowej należy rozszerzyć ofertę oddziałów wewnętrznych i chirurgicznego. Konieczne w tym celu jest pozyskanie lekarzy specjalistów np. ortopedów, kardiologów itp.

Reasumując wymienione poczynania powinny zwiększyć efektywność ekonomiczną PZS owocującą oszczędnościami wynoszącymi:

około 400 000zł
-----------------

oraz trudnymi na tym etapie do oszacowania zwiększonymi dochodami.

### Laboratorium

Kolejnym proponowanym do rozważenia posunięciem jest zwiększenie efektywności pracy laboratorium. Rozważyć należy zasadność funkcjonowania dwóch oddzielnych komórek organizacyjnych w Sycowie i Oleśnicy. Porównanie kosztów funkcjonowania laboratorium na ilość hospitalizacji pokazuje w tej komórce spore rezerwy. Wartości te lokują się nie tylko niżej niż w 5 najlepszych placówkach ale także sporo poniżej średniej wojewódzkiej. Gdyby przyjąć za właściwy poziom najlepszych placówek, koszt funkcjonowania laboratorium powinien wynosić w PZS w Oleśnicy maksymalnie 850 tys. zł. W kalkulacjach tych należy jednak uwzględnić korektę wynikającą z dużej ilości badań wykonywanych dla podmiotów zewnętrznych (np. lokalne POZ-y), które rzutują na ogólny koszt funkcjonowania tej komórki. Zasadne jest jednak rozważenie koncentracji wykonywania badań w laboratorium w Oleśnicy, pozostawiając w Sycowie urządzenie do najbardziej niezbędnych pomiarów. Porównując tę kwotę do kosztów ponoszonych w roku 2008 uzyskalibyśmy obniżenie kosztów o kwotę:

<b>ok. 300 000 zł</b>
-----------------------

W przypadku trudności w uzyskaniu takich efektów należałoby porównać koszty prowadzenia własnego laboratorium z możliwością wprowadzenia w tym względzie outsourcingu.

### Sekcja techniczna

W najlepiej zarządzanych szpitalach sekcja techniczna z reguły jest całkowicie zlikwidowana. Zastępują ją etaty wchodzące w skład działu administracji, które są niezbędne do utrzymania szpitala w ruchu oraz zlecenia zewnętrzne na stałą obsługę urządzeń czy wykonywanie drobnych napraw. Gdyby PZS w Oleśnicy osiągnął standard kosztów notowanych w 5 najlepszych pod tym względem szpitali powiatowych na Dolnym Śląsku, pozwoliłoby to na ich znaczną redukcję. W kalkulacji uwzględniono dualną specyfikę tego zespołu, co ze zrozumiałych względów musi generować nieco wyższe koszty funkcjonowania. Biorąc powyższe pod uwagę, kalkulując przesunięcie etatów technicznych do administracji oraz uwzględniając konieczność zabezpieczenia środków na usługi techniczne możliwe do uzyskania środki wynoszą:

<b>ok. 300 000 zł</b>
-----------------------

W zakresie pozostałych świadczeń medycznych nie planuje się żadnych zmian organizacyjnych poza zmianami wewnątrz tych jednostek, które będą omówione w następnym podrozdziale. Na szczególną uwagę zasługuje sytuacja ratownictwa medycznego, które w jednym z poprzednich opracowań planistycznych była przewidziana do objęcia procesem outsourcingu. W chwili obecnej jak wykazują wyniki finansowe, jednostka ta bilansuje swoją działalność, wyłączenie jej ze struktur PZS w Oleśnicy może mieć zatem inne niż finansowe podłoże. Jedną z przesłanek może być np. dalsza profesjonalizacja tej jednostki poprzez włączenie jej do większego, wyspecjalizowanego organizmu. Kalkulacja tych korzyści może jednak być jednak przeprowadzona na podstawie konkretnych już ofert

Podsumowując tę część w zasadzie nie proponuje się zmian w strukturze świadczeń medycznych, jedyną modyfikacją pod tym względem jest rozważenie możliwości konsolidacji oddziałów dziecięcych w Oleśnicy i Sycowie.

W zakresie zmian struktury organizacyjnej wskazuje się na obszary w których zdaniem autora tkwią spore rezerwy. Jest to funkcjonowanie laboratorium oraz sekcji technicznej

szpitala. W zakresie pozostałych komórek, w części dotyczącej formy organizacyjnej nie planuje się istotniejszych zmian.

Sumaryczna wartość obniżenia kosztów wynikających z proponowanych w tej części zmian kształtuje się na poziomie **1 000 000 zł**.

## 2.5. Określenie docelowej struktury kadry

Z przeprowadzonej wcześniej analizy benchmarkingowej, wynikało, że PZS w Oleśnicy zatrudnia relatywnie dużo osób w stosunku do wykonywanych świadczeń. Sytuacja ta jest jednak zróżnicowana w zależności od poszczególnych grup zawodowych. **Wśród grupy lekarzy** nie notuje się nadzatrudnienia a w niektórych obszarach – np. w pediatrii wręcz występuje ich niedobór. W tym zakresie zatem **nie przewiduje się żadnych zmian**.

**W grupie pielęgniarek**, jak wykazała analiza także nie notuje się dużych odstępstw od najlepszych jednostek. Różnica pomiędzy zatrudnieniem na oddziałach szpitalnych w PZS a najlepszą grupą szpitali wynosi w przeliczeniu jedynie 5 etatów. Może to wynikać z różnej specyfiki poszczególnych oddziałów jak chociażby konfiguracja sal itp. Podobnie sytuacja wygląda w pozostałych jednostkach organizacyjnych (bloki operacyjne, poradnie itp.). Także zatem i w tej grupie **nie planuje się znacznych różnic w zatrudnieniu**.

**W grupie pozostałych pracowników** różnice zatrudnienia w PZS względem innych jednostek na Dolnym Śląsku są najistotniejsze. Porównując do najlepszych jednostek pod tym względem powinna nastąpić redukcja co najmniej o 23 etaty głównie w sekcji gospodarczej, w sferze personelu średniego oraz administracji. Personel medyczny (lekarze + pielęgniarki i położne), który jest istotą jednostki zajmującej się leczeniem zajmuje obecnie jedynie nieco ponad połowę etatów (przy wyodrębnieniu z tej analizy pogotowia – udział ten wynosi 51,5% etatów). W jednostkach najlepiej pod tym względem zorganizowanych, udział ten przekracza znacznie 60 % i to przy uwzględnieniu liczby pracowników pracujących w firmach outsourcingowych. Analiza wykazuje, że zatrudnienie w takich jednostkach organizacyjnych jak centralna sterylizatornia i apteka jest relatywnie na poziomie zbliżonym do najlepszych jednostek na Dolnym Śląsku.

Możliwe do uzyskania korzyści z tego tytułu szacuje się na kwotę:

700 000 zł
------------

## 2.6. Określenie docelowych składników mienia i innych kosztów funkcjonowania

W zakresie mienia nie planuje się znaczących zmian, głównie z tego powodu, że organ założycielski doprowadził już wcześniej do odciążenia funkcjonowania PZS w Oleśnicy od zbędnych składników mienia. Dokonana zatem racjonalizacja wykorzystania istniejących zasobów powoduje, że ewentualne zmiany w ich zagospodarowaniu przekraczają trzyletni horyzont czasowy przyjęty do niniejszych analiz. Zmniejszenie kosztów amortyzacji związanych z mieniem nieruchomym wydaje się być na tym etapie niemożliwe.

Podobnie sytuacja kształtuje się w zakresie mienia nieruchomego, modernizacja wyposażenia, zakupy urządzeń zwiększają jego wartość, zatem wielkość odpisu amortyzacyjnego w strukturze kosztów raczej będzie wzrastać.

W zakresie zużycia materiałów i energii analiza porównawcza z innymi jednostkami wykazuje relatywnie wysoką wartość wydatków. Spowodowane jest to w części charakterem jednostki w której zachodzi konieczność gospodarowania obiektami Oleśnicy i Sycowie. Dotyczy to jednak także wyższego zużycia materiałów medycznych i leków. Najlepsze jednostki na Dolnym Śląsku osiągają w tym przedziale koszty niższe o ponad 20%. Uwzględniając jednak specyfikę PZS w Oleśnicy, można założyć, że poziom tych kosztów

powinien być obniżony w tej jednostce o przynajmniej 10%. W efekcie dałoby to oszczędności w kwocie:

**ok. 135 000 zł**

Możliwe do uzyskania oszczędności w zakresie usług obcych mogą być zdyskontowane zwiększonym zakresem zleceń zewnętrznych wynikającym chociażby z obsługą techniczną. W tym zakresie więc nie ujmuje się do niniejszej kalkulacji oszczędności z tego zakresu.

Podobna sytuacja występuje w pozostałych działach kosztowych, w których ze względu na ich specyfikę nie przewiduje się uzyskania oszczędności.

## **2.7. Kalkulacja poziomu kosztów po wdrożeniu działań restrukturyzacyjnych**

Podsumowując powyższe podrozdziały stwierdzić należy, że ogólna wartość możliwej do uzyskania redukcji rocznych kosztów funkcjonowania PZS w Oleśnicy wynosi:

Kwota ta przekracza wartość niezbędną do zbilansowania się jednostki. Wskazuje to hipotetycznie na sytuację w której PZS w Oleśnicy może przynosić zyski, z których mógłby pokrywać stratę z lat poprzednich lub transferować te środki na zakupy inwestycyjne.

Przypomnijmy, że maksymalny poziom kosztów został wyznaczony na poziomie:

**27 500 000 zł**

Możliwy do uzyskania poziom kosztów po przeprowadzeniu zaproponowanych działań restrukturyzacyjnych wynosi:

**26 495 000 zł**

Różnica pomiędzy maksymalnym poziomem kosztów a możliwym do uzyskania wynosi:

**5 000 zł**

Kalkulacja powyższa wskazuje na potencjalne możliwości, nie wykluczając jeszcze innych działań, które mogą przynieść oczekiwane korzyści. Jak już wcześniej wspomniano nie zajmowano się tu szerzej stroną dochodową wykazując, że wpływ na jej kształtowanie jest ograniczony. Tym niemniej wzrost przychodów może zmieniać istotnie sytuację finansową jednostki. Nie można jednak zapominać, że możliwy jest także pesymistyczny scenariusz w którym poziom przychodów może się obniżyć wskutek mniejszych wpływów ze składki zdrowotnej.

Najważniejszą konkluzją z tych analiz, jest potencjalna możliwość osiągnięcia zbilansowania jednostki, oparta o konkretnie wskazane działania restrukturyzacyjne. Decyzją strategiczną organu założycielskiego i zarządu Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy będzie wybór i zakres konkretnych posunięć.

## CZĘŚĆ III

### KOMERCJALIZACJA

#### 3.1. Scenariusze przekształceń

Powyższa analiza wykazuje, że przy zgodzie wszystkich czynników (organ założycielski, zarząd szpitala, pracownicy), możliwe jest przeprowadzenie restrukturyzacji w ramach istniejących struktur formalnych (PZS w formie sp zoz). Osiąga ona swój zasadniczy cel w postaci bilansowania bieżącej działalności jednostki. Można zatem traktować ten kierunek postępowania jako jeden z wariantów. Warto w tym miejscu rozważyć plusy i minusy jakie ten wariant niesie.

Po pierwsze funkcjonowanie jednostki nadal będzie obciążone kosztami finansowymi wynikającymi z obsługi długu.

Po drugie, przy założeniach rządowego „programu B”, powiat nie mógłby się stać beneficjentem pomocy, ponieważ warunkiem niezbędnym jej uzyskania jest zakończenie likwidacji szpitala prowadzonego w formie sp zoz.

Po trzecie wreszcie sama struktura formalno-prawna samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma „zaprogramowane” dysfunkcje. Jeśli w chwili obecnej, pomimo tych dysfunkcji, zarząd szpitala oraz władze powiatu doprowadzą do jego zbilansowania, to przy zmianach po którejkolwiek z tych stron, sama struktura sp zoz nie daje gwarancji trwałości tej sytuacji.

Istnieją jednakże i plusy takiego rozwiązania. Należą do nich:

- brak istotnych zawirowań w układzie lokalnym spowodowanych wdrażanymi zmianami (choć takowe w mniejszym zakresie powstaną z powodu dalszych działań restrukturyzacyjnych),
- nie obciążanie bezpośrednio budżetu powiatu, który i tak już wcześniej został mocno zaangażowany w obsługę zadłużenia (choć przy zbilansowaniu bieżącym jednostki, powiat musiałby uczestniczyć w likwidacji jej dotychczasowego zadłużenia).

Wariantem drugim jest przekształcenie a w zasadzie likwidacja PZS i powołanie w to miejsce nowego podmiotu w formie spółki prawa handlowego. Ten kierunek jest wyraźnie promowany przez obecne władze rządowe. Zawetowana przez prezydenta nowelizacja ustawy o zoz, zakładała takie zmiany obligatoryjnie. W chwili obecnej „plan B”, jedynie zachęca do tego typu działań, oferując wsparcie finansowe.

Pomoc państwa w zakresie spłaty istniejących zobowiązań, oraz w zakresie zamiany obecnych kredytów komercyjnych i pożyczek restrukturyzacyjnych podjętych przez organy założycielskie w celu spłaty zobowiązań cywilno-prawnych, dotyczy tylko jednostek przekształconych.

Według analiz finansowych powiatu, kwota ta nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnych wartości zadłużenia powiatu, wynikającego z ustawy o finansach publicznych, choć zdecydowanie go do tych wartości progowych zbliży. W przypadku, gdyby powiat oleśnicki musiał samodzielnie rozpracować to zadłużenie, spowodowałoby to znaczne ograniczenie jego funkcji.

Po przejęciu jednak tego zadłużenia powiat może liczyć na rekompensatę w formie dotacji, wynikającą z rządowego programu wsparcia.

Biorąc pod uwagę stan zadłużenia PZS w Oleśnicy na dzień 31.12.2009 r. oraz przewidywanych operacji finansowych w ciągu roku budżetowego, przedstawiono poniżej kalkulację możliwych do uzyskania środków. Do obliczeń przyjęto przewidywaną wysokość zadłużenia na dzień 1 sierpnia 2009 r.

Dotacja dla powiatu oleśnickiego może dotyczyć:

- a) zobowiązań publicznoprawnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, według stanu na dzień zakończenia likwidacji, jednak nie większej niż kwota zobowiązań znana na dzień 31 grudnia 2008 r.,

**Według przewidywanego stanu tych zobowiązań na dzień 1 sierpnia 2009 r. będzie to kwota:**

**4 174 753 zł**

- b) wartości umorzonych w wyniku ugody, o której mowa w ust. 8 pkt 1 lit. e, kwoty głównej i odsetek z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych,

**Kwota ta będzie wynikała od skłonności wierzycieli do ugody, zakładając jednak średnie wartości krajowe (8,5%), byłaby to kwota:**

**165 000 zł**

- c) zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 78, poz. 684, z 2006 r. Nr 137, poz. 971, z 2007 r. Nr 158, poz. 1104 oraz z 2008 r. Nr 192, poz. 1181), pozostałych do spłaty na dzień 31 grudnia 2008 r., przejętych przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie art. 60 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej,

**Według przewidywanego stanu tych zobowiązań na dzień 1 sierpnia 2009 r. będzie to kwota (pożyczka z BGK):**

**1 002 179 zł**

- d) podatku od towarów i usług uiszczanego od wniesionego przez jednostkę samorządu terytorialnego aportu do spółki kapitałowej, o której mowa w ust. 10 pkt 3;

**22% od wartości wniesionego aportu do spółki. Kwotę tę można pominąć w tych kalkulacjach, kompensuje ona bowiem w całości powstały z tego tytułu wydatek.**

Reasumując zatem powyższe kalkulacje, powiat oleśnicki w wyniku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany będzie przejąć około:

W zamian otrzyma z budżetu państwa dotację w wysokości:

**5 341 932 zł**

**Oznaczałoby, że realne obciążenie powiatu zobowiązaniami likwidowanej jednostki wyniosłyby:**

Można zatem przyjąć, że powiat przejąłby docelowo nieco ponad 50% obecnych zobowiązań PZS w Oleśnicy. Należy zatem do grupy tych powiatów, który osiąga duże korzyści z rządowego programu wsparcia, nie przekraczając przy okazji ustawowych ograniczeń dotyczących wysokości zadłużenia.

Jak już wspomniano powyżej, kalkulacje kwot opierają się na przewidywanym stanie zobowiązań na dzień 1 sierpnia 2009 r. Ich ostateczna wysokość będzie wynikała z ostatecznych dat podjęcia uchwały o likwidacji oraz od terminu jej zakończenia.



### 3.1.1. Forma prawna spółki

Rozwiązaniem systemowym, które eliminuje większość z barier identyfikowanych w strukturze sp zoz-u i to zarówno w sensie bieżącego zarządzania, kontroli właścicielskiej jak i szerszego dostępu do instrumentów finansowych, jest przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego. Możliwość taką przewiduje art. 8 pkt. 7 ustawy o zoz, który mówi, że zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez krajową lub zagraniczną osobę prawną.

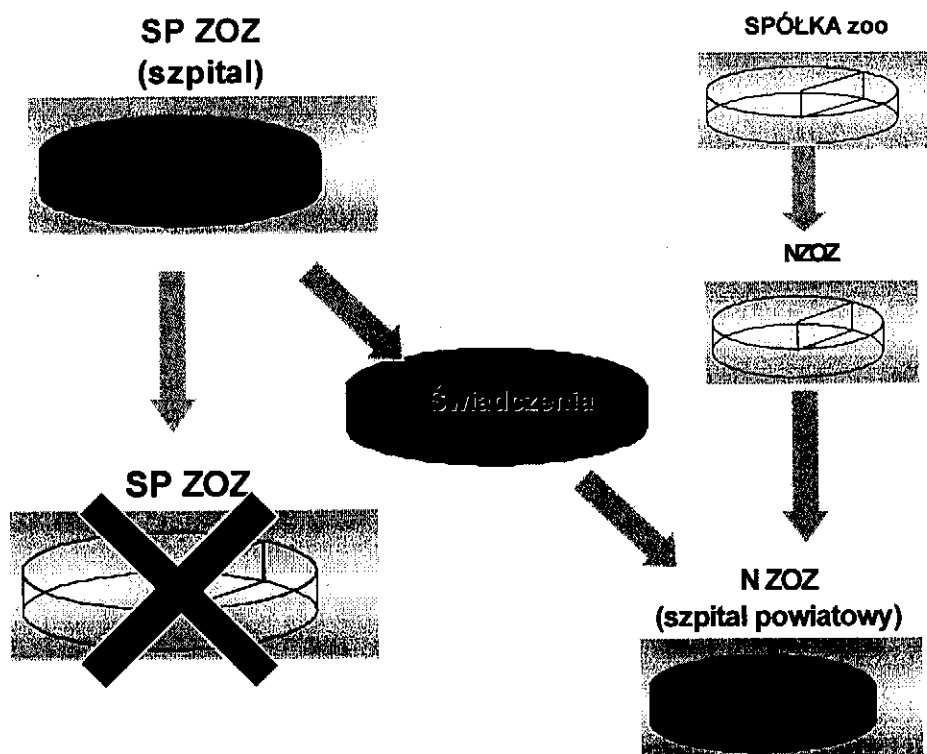
Ustawa o zoz przewiduje jedynie przekształcanie w formie rozszerzania, ograniczania działalności albo też łączenia dwóch różnych zoz-ów (art. 36 i 43). W innym miejscu mówi o zmianie gospodarki finansowej bądź jego likwidacji (art. 60, pkt. 3). Ani zatem przepisy ustawy o zoz ani inne przepisy ustawowe nie dają uprawnienia do prostego przekształcenia szpitala z formy SP ZOZ w jednostkę gospodarczą podlegającą kodeksowi spółek handlowych. Jediną zatem możliwością, według obecnego stanu prawnego, jest likwidacja dotychczasowej formy działalności i utworzenie w to miejsce nowego podmiotu, który założy z kolei niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Mamy w tym przypadku do czynienia z brakiem następstwa prawnego pomiędzy starym a nowym podmiotem.

Sytuacja ta miała zostać zmieniona w propozycjach przygotowanych przez gabinet premiera Tuska. Nowelizacja ustawy o zoz zakładała formułę „przekształcenia” SP ZOZ-u w formułę spółki, z następstwem prawnym nowego podmiotu. Propozycja ta została jednak zawetowana przez prezydenta. Przygotowany przez rząd tzw. „plan B”, zakłada zatem skorzystanie z istniejących przepisów prawnych.

Obecnie zoz nie może być utożsamiany ze spółką zoo czy fundacją jako jego założycielem, stanowi bowiem odrębną jednostkę organizacyjną od podmiotu, który go utworzył. Podobnie stwierdził Z. Kubot w głosie do uchwały Sądu Najwyższego „W obowiązującym stanie prawnym spółka kapitałowa (spółka zoo, spółka akcyjna) nie jest zakładem opieki zdrowotnej. Spółka kapitałowa może być podmiotem, który utworzył zakład opieki zdrowotnej”. W praktyce może występować sytuacja w której spółka może być organem założycielskim dla kilku niepublicznych zoz-ów. Pośrednim potwierdzeniem odrębności tych dwóch form jest prowadzenie wobec nich różnych rejestrów. W stosunku do spółek istnieje obowiązek rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym prowadzonym przez sądy gospodarcze, zaś zoz-y ewidencjonowane są w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonym przez wojewodów i ministra zdrowia. Zgodnie z art. 12 ust. 1 ustawy o zoz, jednostka może rozpocząć działalność (tzn. udzielanie świadczeń zdrowotnych) dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru zoz, wszelkie takie czynności podjęte po zarejestrowaniu spółki w KRS (nawet z nazwą zoz-u w firmie) a przed uzyskaniem decyzji administracyjnej o zarejestrowaniu w rejestrze zoz, są nie tylko nieważne ale wręcz zabronione. Potwierdza to także sankcja wynikająca z art. 147a §1 kodeksu wykroczeń, która zakłada w takim przypadku karę aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.

W tym miejscu przypomnijmy nomenklaturowe niekonsekwencje, prowadzące do wielu nieporozumień. Otóż w katalogu uprawnionych do założenia publicznego zoz-u znajdują się jednostki samorządu terytorialnego. W momencie gdy ta jednostka utworzy spółkę w której jest jedynym właścicielem (100% kapitału publicznego) w celu założenia zoz-u, to według ustawy taki zakład nie mieści się w kategorii zakładów publicznych. Powstaje sytuacja w której struktura w 100% publiczna tworzy zakład, który w nazwie musi posiadać określenie „niepubliczny”. Powszechna identyfikacja takiej jednostki (w tym także niestety polityków zdrowotnych) ciąży ku jej identyfikacji z kapitałem prywatnym a nie publicznym.

Wykres 43. Schemat organizacyjny procesu likwidacji i powołania NZOZ-u



Źródło: Kachniarz M., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*. Wolters Kluwer, Warszawa 2008

Jak wykazała powyższa analiza finansowa Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy jest w stanie zbilansować swoją działalność bieżącą, bez obciążenia jej kosztami finansowymi wynikającymi z obsługi nierozliczonych strat z lat ubiegłych. Ocena zatem korzyści wynikających z przekształcenia związana jest przede wszystkim z braku następstwa prawnego które pozwala na uzyskanie tzw. „czystego konta” nowej jednostki. Wyraża się to brakiem sukcesji zobowiązań finansowych ale także i umów cywilnoprawnych czy regulacji zakładowych. Nowa jednostka posiada zatem nieskrępowaną swobodę w kształtowaniu wszelkich regulacji wewnętrznych (jak np. struktura czy regulaminy płacowe) jak i w układzie zewnętrznym (np. umowy z dostawcami materiałów i usług). Stanowi to olbrzymi atut tego kierunku przekształceń, stwarza bowiem szansę dostosowania struktury jednostki (wyrażonej w kosztach funkcjonowania) do spodziewanej wielkości przychodów.

Przy tworzeniu nowego podmiotu w oparciu o kodeks spółek handlowych pojawiają się zasadniczo dwie możliwości – utworzenie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej. Wybór odpowiedniego rozwiązania zależy od perspektywy jaką wyznacza sobie powiat oleśnicki.

Nie ma tu wielkiego znaczenia wysokość minimalnego kapitału założycielskiego, który jest wymagany przy utworzeniu danej formy prawnej. Po ostatnich nowelizacjach kodeksu spółek handlowych, w przypadku spółki zoo jest to tylko 5 tys. zł a przy spółce akcyjnej 100 tys. zł – kwoty które przy takich projektach nie powinny stanowić żadnego problemu. Źródłem pokrycia takiego kapitału może być nie tylko wkład gotówkowy ale także aport

rzeczowy w postaci nieruchomości czy też sprzętu. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że kapitał takiej spółki powinien być wysoki, bowiem jest on jednym z kryteriów decydujących o kondycji finansowej spółki. Podstawową sankcją w przypadku spółek prawa handlowego dyscyplinującą gospodarkę finansową jest relacja zobowiązań do kapitału zakładowego. By zapewnić płynność funkcjonowania takiego podmiotu, niezbędna jest kwota nie mniejsza niż wartość 1/10 części rocznego kontraktu – czyli około 3 000 000 zł. Kwota ta powinna być w miarę możliwości podwyższana (np. o odpisy z zysku), tak by uniezależnić jednostkę od wahań koniunktury, które w naszym niedojrzałym jeszcze systemie mogą nastąpić.

Zasadniczą przesłanką decydującą o wyborze formy prawnej jest długofalowa perspektywa struktury własnościowej. Jeżeli w założeniu ma to być jednostka kontrolowana tylko przez kapitał publiczny, w którym obok powiatu oleśnickiego mogą się pojawić np. udziały gmin wchodzących w jego skład, to wystarczającą formułą prawną wydaje się być spółka zoo. W przypadku zaś projektów w których dopuszcza się możliwość obejmowania udziałów i w związku z tym inwestycji kapitału prywatnego – lepszą formą wydaje się spółka akcyjna. Dotyczy to nie tylko kapitału inwestującego ogólnie w działalność spółki ale przede wszystkim w wyodrębnione formy jej działalności jak choćby sfera diagnostyczna (RTG, tomograf, laboratorium itp.).

Podstawowe różnice pomiędzy sp zoz a zoz prowadzonym w formie spółki prawa handlowego przedstawia tabela

Tabela 13. Różnice pomiędzy spzoz a n zoz prowadzonym przez spółkę prawa handlowego

Nadzór właścicielski	
Rada społeczna – ciało doradcze. Udział przedstawicieli, którzy nie ponoszą odpowiedzialności za wyniki (np. związków zawodowych)	
Zarząd i rada jednostki samorządu terytorialnego – odpowiedzialność polityczna	
Nadzór upolityczniony	
Zarządzanie w jednostce	
Odpowiedzialność rozmyta pomiędzy kierownictwo i organ założycielski – odpowiedzialność polityczna.	
Długotrwałe procedury uzgadniania i generowania decyzji (zarząd JST, komisja rady, rada powiatu)	
Wiele działań wymaga formalnej zgody organu założycielskiego	
Brak odpowiedzialności za zadłużanie i za działalność na szkodę zakładu w imię „wyższej konieczności”	
Gospodarka finansowa	
Zakład nie może być zlikwidowany z powodu ujemnego wyniku finansowego	
Ujemny wynik finansowy jest pokrywany przez organ założycielski	
Gospodarka finansowa prowadzona na zasadach ogólnych.	
Brak realnej odpowiedzialności dyrektora za nierzetelność.	
Odpowiedzialność kierownika	
Sformułowana ogólnie w ustawie o sp zoz	
Odpowiedzialność przed komisją dyscypliny finansów publicznych oraz odpowiedzialność polityczna.	
Brak procedur. Odrzucenie np. sprawozdania rzeczowo-finansowego nie jest równoznaczne z odwołaniem dyrektora. Brak środków przymusu do planowania i dokładnej realizacji założeń.	
Ocena polityczna działalności.	
Pozyskiwanie środków zewnętrznych	
Ograniczony dostęp do kredytów, leasingów itp. Spowodowany trudnością w jednoznacznej ocenie wiarygodności finansowej	
SP ZOZ nie jest klasyfikowany do grupy małych i średnich przedsiębiorstw. Dostęp jedynie do środków regionalnych.	
Sprawy pracownicze	
Ustawowy wymóg konsultowania obsadzania stanowisk kierowniczych z przedstawicielami związków zawodowych i korporacji zawodowych	
Konkursy na stanowiska ordynatorskie według zasad określonych w ustawie o zoz - dominujące kryterium społecznego zaufania	
Regulaminy płacowe uzależnione od zapisów ustawowych i rozporządzeń ministerialnych preferujących staż pracy a nie efektywną pracę.	

Źródło: opracowanie własne

### 3.1.2. Zakres działalności spółki

Po rozstrzygnięciu kwestii, który rodzaj spółki handlowej zostanie wybrany, do ustalenia jest jej zakres działalności. Zmiany te winny się opierać na wcześniejszych analizach dotyczących struktury świadczeń prowadzonych przez Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy. Z analiz tych wynika, że w przypadku Oleśnicy nie ma istotnych przesłanek do radykalnych zmian w strukturze obecnie funkcjonujących oddziałów. Do rozstrzygnięcia są jedynie kwestie dublujących się oddziałów pediatrycznych w Oleśnicy i Sycowie. Do uporządkowania pozostaje sfera pozamedycznej działalności nowego podmiotu w tym zorganizowania w odpowiedni sposób komórek obsługi technicznej, sprzątania i transportu.

Ten element jest niezwykle istotny, gdyż sama zmiana formy organizacyjnej daje niepowtarzalną szansę do uporządkowania jej docelowej struktury.

### 3.1.3. Akcjonariusze spółki

W zależności od kierunku przyjętych rozwiązań, powiat oleśnicki ma tu do dyspozycji kilka rozwiązań.

W pierwszym wariantcie powiat obejmuje w 100% kapitału zakładowego spółki – staje się zatem jej jedynym właścicielem. Funkcję zgromadzenia wspólników pełni wtedy automatycznie zarząd powiatu i to on jest bezpośrednio odpowiedzialny za rozliczanie z funkcjonowania nowej jednostki. Rolę pomocniczą (bardziej operacyjną) pełni rada nadzorcza, którą powołuje zgromadzenie wspólników. Jest ona odpowiedzialna za bieżący nadzór nad funkcjonowaniem zarządu. Zarząd, jego struktura i pełnomocnictwa do działania zależne są od ustaleń szczegółowych przyjętych w umowie i statucie spółki.

Drugim wariantem w całości zachowującym publiczny charakter nowej jednostki jest objęcie udziałów w nowej spółce także przez inne niż powiat jednostki samorządu terytorialnego. W praktyce dotyczy to gmin, które wchodzi w skład powiatu oleśnickiego (choć teoretycznie możliwy jest udział także i innych gmin oraz samorządu wojewódzkiego). Rozwiązanie to byłoby korzystne z punktu widzenia zaangażowania wszystkich sił lokalnych w funkcjonowanie szpitala – jednego z głównych spoiw lokalnej tożsamości. W przypadku wspierania działalności szpitala przez samorząd gminny, przeznaczone na ten cel środki zamieniane są na udziały w nowej spółce. Tworzy to zupełnie inny efekt z punktu widzenia trwałego zarządzania środkami publicznymi (w przypadku dotacji, gmina „traci” przekazane środki – tu zaś uzyskuje trwałe aktywa w postaci akcji oraz wpływ na podejmowanie decyzji). W takim przypadku inaczej konstruowany jest skład zgromadzenia wspólników – w jego skład wchodzi przedstawiciele wszystkich udziałowców w ustalonej w umowie spółki proporcji. Zmienia się także proces decyzyjny – wpływ tu mają wszyscy udziałowcy (zasadniczo w stosunku do proporcji udziałów), co może skomplikować sytuację w przypadku np. rozbieżnych interesów gmin i samorządu powiatowego. Z tego też powodu podejmowanie decyzji może przebiegać mniej dynamicznie niż w przypadku jednego właściciela.

Trzecim wariantem jest rozwiązanie w którym część udziałów znajdować się będzie w rękach publicznych (powiat lub powiat + gminy) a pozostała część będzie w rękach prywatnych. Jest to wariant związany z częściową prywatyzacją. Mogłyby w niej uczestniczyć np. zainteresowane przedsiębiorstwa z terenu powiatu oleśnickiego. W kraju istnieje już kilka takich rozwiązań w którym lokalne duże przedsiębiorstwo angażuje się w

działalność miejscowego szpitala (np. kombinat papierniczy w Świeciu). Z jednej strony zaletą jest zaangażowanie lokalnego kapitału oraz przeszczep menadżerskich modeli zarządzania, poprzez udział przedsiębiorców w gremiach zarządczych. Z drugiej zaś jednak rzadko się zdarza, że sektor ochrony zdrowia jest utożsamiany przez te firmy za kierunek ich strategicznego zaangażowania, co ogranicza aktywność jedynie do symbolicznego udziału. Zrozumienie specyfiki funkcjonowania tego sektora wymaga jednak wielkiego zaangażowania i wglębenia się w rządzące nim mechanizmy. W wypadku przeciwnym nietrudno o powierzchowność i banalne propozycje rozwiązań.

Z wariantem tym wiąże się także utrata całkowicie publicznego charakteru powstałej jednostki. W naszych uwarunkowaniach w których, w debacie publicznej nierzadko się podkreśla, że podmiotem publicznym jest jedynie forma ze 100% udziałem kapitału publicznego (choć logiczna powinna być w tym względzie granica  $> 50\%$ ) działania takie powinny być szczególnie rozważne.

Czwartym w końcu wariantem jest prywatyzacja szpitala. Mogłaby ona zajść wtedy gdy podmiot publiczny albo całkowicie wycofał by się z nowo tworzonego podmiotu, albo objąłby w nim udziały mniejszościowe. Formą prywatyzacji byłaby także dzierżawa majątku szpitala prywatnemu podmiotowi, który na podstawie umowy zobowiązuje się do przejęcia zasobów (kadry, sprzętu), utrzymania zakresu świadczeń oraz określonych inwestycji. Należy w tym miejscu uściślić, że ten ale także i poprzednie warianty zmian formy prowadzenia usług zdrowotnych nie zmieniają publicznego finansowania wykonywanych świadczeń. Ze strony zatem pacjenta nie występuje tu żadna różnica – zachowuje on taki sam dostęp do bezpłatnych dla niego usług. Finansowanie świadczeń dalej odbywa się na podstawie kontraktu z płatnikiem (Narodowym Funduszem Zdrowia), zmienia się tylko operator tych świadczeń. Podkreślenie to jest istotne w warunkach częstego, błędnego utożsamiania takich zmian z koniecznością ponoszenia przez pacjentów opłat za udzielane świadczenia.

Powyższe hipotetyczne możliwości zostały w tym miejscu przytoczone, by podjęcie przez powiat oleśnicki ostatecznych decyzji odbywało się w warunkach rozeznania wszelkich wariantów. Nie zmienia to faktu, że rozwiązaniem najczęściej stosowanym w dotychczasowej praktyce jest wariant pierwszy ze 100% udziałem powiatu/gminy (tzw. jednoosobowa spółka powiatu/gminy).

### **3.2. Utworzenie spółki – identyfikacja niezbędnych działań (krok po kroku)**

Wspomniane w tym rozdziale uwarunkowania prawne powodują, że komercjalizacja „poprzez likwidację” ma skomplikowaną ścieżkę formalno prawną. Wynika to przede wszystkim, ze wspomnianego już tu wielokrotnie, braku następstwa prawnego pomiędzy nowym i starym podmiotem. W tym zakresie więc konieczne jest równoległe działanie związane zarówno z wygaszaniem i likwidacją sp zoz oraz tworzenie od podstaw wszelkich regulacji prawnych związanych z rejestracją oraz funkcjonowaniem nowej jednostki. Dodatkową trudność powoduje tu konieczność synchronizacji tych działań zmierzająca chociażby do zachowania ciągłości świadczeń, czy zatrudnienia pracowników. Niezbędnym elementem do skutecznego przeprowadzenia tych zmian jest dobrze zorganizowany zespół zadaniowy, łączący w sobie przedstawicieli organu założycielskiego, zarządu szpitala oraz likwidatora sp zoz. Niezbędne działania formalne dotyczą bowiem wszystkich tych trzech stron. W tym momencie szczególnego znaczenia nabierają, takie kluczowe elementy jak planowanie i organizacja procesu, otoczenie instytucjonalne oraz zasoby ludzkie. Skalę trudności zwiększa problem zaplanowania ram czasowych dla decyzji ciał kolegialnych jak zarząd czy rada powiatu. Bez odpowiedniego „zwarcia szeregów” łatwo tu o odkładanie podejmowania trudnych decyzji co może zmniejszyć dynamikę bądź wręcz wstrzymać rozpoczęty już proces przekształceń. W tym znaczeniu wcześniejsze analizy i debaty nad wyborem wariantowych rozwiązań wydają się niezwykle istotne.

W tabeli w sposób schematyczny przedstawione są kroki formalne które musi podjąć organ założycielski do momentu przejęcia przez nowy podmiot świadczeń medycznych. Dla zachowania czytelności, nie wprowadzono w ten schemat czynności, które muszą być podjęte zarówno przez dyrektora sp zoz, prezesa spółki, kierownika n zoz (może to być ta sama osoba) oraz likwidatora. Dla każdego z tych stanowisk powinno się opracować podobne schematy i harmonogramy postępowania. Tylko w ten sposób można uniknąć dysharmonii czasowej, która może wpłynąć na sprawność procesu zmian.

Tabela 14. Kroki formalne przy komercjalizacji PZS w Oleśnicy

1. Przyjęcie planu reorganizacji PZS w Oleśnicy.
2. Uchwała Zarządu Powiatu w sprawie przyjęcia projektu uchwały Rady Powiatu w sprawie likwidacji PZS w Oleśnicy  
Projekt stanowi podstawę do ustawowych konsultacji z samorządami gminnymi i wojewodą (art 43 ust. 2 ustawy o zoz)
3. Uchwała Rady Powiatu w sprawie utworzenia spółki (z o.o. lub S.A.)  
Nazwa spółki nie powinna sugerować, że powiat tworzy szpital, czy zakład opieki zdrowotnej.
4. Uchwała Rady Powiatu w sprawie likwidacji PZS w Oleśnicy  
Należy w niej ustalić dzień otwarcia likwidacji, dzień zakończenia działalności medycznej, termin zakończenia czynności likwidacyjnych oraz podmioty, które zapewnią świadczenia zdrowotne mieszkańcom powiatu korzystającym dotychczas ze świadczeń likwidowanego zakładu, wśród nich wymienić spółkę tworzoną przez powiat (art. 60 ust. 4b ustawy o zoz). Uchwała stanowi akt prawa lokalnego i musi być opublikowana w dzienniku urzędowym wojewody
5. Uchwała Zarządu Powiatu w sprawie powołania likwidatora SP ZOZ.
6. Umowa z likwidatorem o przeprowadzenie procesu likwidacji.  
Likwidator, m.in. przygotowuje harmonogram likwidacji, powiadomi wierzycieli o likwidacji, rozwiąże umowy z pracownikami.
7. Akt założycielski spółki (jeżeli powiat jest jedynym wspólnikiem) lub umowa spółki (jeżeli są inni wspólnicy) w formie aktu notarialnego.  
Akt założycielski powinien być zaakceptowany przez Zarząd Powiatu, Zarząd powinien wyznaczyć przedstawicieli do podpisania aktu przed notariuszem. Dobrze jest, aby Akt był jednocześnie protokołem z pierwszego zgromadzenia wspólników i powoływał Zarząd Spółki, wtedy Zarząd Spółki może niezwłocznie podjąć dalsze działania.
8. Zgromadzenie kapitału założycielskiego, założenie rachunku bankowego.
9. Rejestracja spółki w Krajowym Rejestrze Sądowym.  
Podstawowe informacje o KRS ([http://www.ms.gov.pl/krs/informacje\\_ogolne.shtml](http://www.ms.gov.pl/krs/informacje_ogolne.shtml)), przewodnik po formularzach KRS ([http://www.ms.gov.pl/krs/formy\\_prawne.pdf](http://www.ms.gov.pl/krs/formy_prawne.pdf)), druki formularzy ([http://www.ms.gov.pl/krs/formularze\\_krs.shtml](http://www.ms.gov.pl/krs/formularze_krs.shtml)).  
Sąd wydaje odpis Postanowienia o wpisie do KRS oraz zaświadczenie o dokonaniu wpisu.
10. Wniosek o nadanie numeru REGON (formularze dostępne na stronie <http://www.stat.gov.pl/>) oraz NIP dla spółki.
11. Wniosek do KRS o wpis numeru REGON.
12. Zgłoszenie spółki do ZUS.
13. Uchwała zgromadzenia wspólników spółki (jeżeli powiat jest jedynym udziałowcem, to funkcję tę sprawuje Zarząd Powiatu) w sprawie utworzenia przez spółkę niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.
14. Uchwała zgromadzenia wspólników spółki w sprawie nadania statutu NZOZ-owi.
15. Uchwała zgromadzenia wspólników spółki w sprawie powierzenia funkcji kierownika NZOZ (kierownik powinien spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia).  
Można ją powierzyć Prezesowi Zarządu Spółki, jeżeli spełnia wymogi.
16. Rejestracja NZOZ-u w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę.  
Rejestrację dokonuje Zarząd Spółki. Opis czynności związanych z rejestracją oraz niezbędne formularze na stronie <http://www.rejestrzoz.gov.pl/rzoz/jsp/portal/index.jsp> (wybrać w menu „REJESTRACJA”, później na dole po prawej stronie „Dokumenty do pobrania”).  
Wojewoda wydaje Decyzję o wpisie do rejestru.
17. Wniosek o nadanie numeru REGON dla NZOZ-u. Jeżeli spółka i NZOZ będą prowadzić odrębną księgowość, to należy również wystąpić o numer NIP dla NZOZ-u.
18. Wpisanie numerów REGON i NIP do rejestru wojewody.
19. Kontrakt NZOZ-u z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W międzyczasie należy opracować plan działania szpitala w nowej strukturze na najbliższy rok, regulamin organizacyjny wraz ze strukturą organizacyjną, proponowaną obsadę kadrową, zasady wynagradzania (w stosunku do NZOZ nie obowiązuje już rozporządzenie MZiOs), formę przekazania spółce budynków i mienia ruchomego niezbędnego do prowadzenia szpitala.

Źródło: opracowanie własne.



### 3.3. Harmonogram działań

Terminy poszczególnych działań muszą spełniać wymogi określone w odpowiednich przepisach prawnych. Ich spełnienie warunkuje legalność całego procesu, warto zatem skupić na tym problemie dużą uwagę. Poza tym ze względu na wiele niezależnych uwarunkowań terminowych (proces rejestracji spółki w KRS oraz n zoz w rejestrze zoz, procedura ogłoszenia konkursu na świadczenie usług w NFZ itd.), założenie zbyt ambitnego terminu może być niebezpieczne. W przypadku np. wcześniejszego wypowiedzenia umów o prace w sp zoz (z zachowaniem okresów określonych w kodeksie pracy) i nie podjęcia po tym czasie świadczeń przez nowy podmiot (np. na wskutek wydłużających się procedur rejestracyjnych), może wystąpić brak ciągłości zatrudnienia, brak ciągłości świadczeń itp. Sytuacje takie mogą spowodować dezorientację i w konsekwencji obniżenie wiary w skuteczność przekształceń.

Przyjęcie projektu uchwały o likwidacji PZS w Oleśnicy wymaga procedury uzgodnień z samorządami gminnymi z terenu powiatu. Mają one 30 dni od momentu prośby o zaopiniowanie na wyrażenie swojego stanowiska. Stanowisko to nie jest wiążące dla powiatu. W przypadku nieotrzymania w terminie odpowiedzi przyjmuje się tzw. milczącą zgodę organów gmin. Taki sam okres ma wojewoda na ustosunkowanie się do uchwały.

Zakończenie działalności likwidowanego zakładu nie może nastąpić wcześniej niż 3 miesiące od podjęcia w tej sprawie decyzji (tj. podjęcia uchwały) i musi być szczegółowo oznaczone w przyjętej uchwale o likwidacji. Nowy podmiot może zatem przejąć świadczenia od likwidowanego PZS najwcześniej po 3 miesiącach od podjęcia uchwały. Jest to termin logiczny także i z innego względu – w przypadku olbrzymiej większości pracowników termin wypowiedzeń umów o prace w związku z likwidacją zakładu będzie wynosił 3 miesiące.

Bezpiecznym ze względu na powyższe uwarunkowania terminem wydaje się być okres 6 miesięcy jaki dzieliłby od momentu przyjęcia uchwały o likwidacji do podjęcia świadczeń przez nowy podmiot. Zarys takiego harmonogramu przedstawia tabela.

Tabela 15. Harmonogram działań związanych z reorganizacją Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.

1.	Przyjęcie uchwały o reorganizacji PZS w Oleśnicy
	Przyjęcie uchwały Rady Powiatu o powołaniu spółki
2	Przyjęcie uchwały Zarządu Powiatu w sprawie projektu uchwały Rady Powiatu o likwidacji PZS
	Przyjęcie uchwały Rady Powiatu o likwidacji PZS
	Uchwała Zarządu Powiatu o powołaniu likwidatora
3	Proces rejestracji notarialnej spółki
	I posiedzenie Walnego Zgromadzenia Wspólników konstituujące zarząd spółki
	Rejestracja spółki w KRS
	Wniosek o nadanie NIP, REGON, zgłoszenie do ZUS
	Wręczenie wypowiedzeń dla pracowników likwidowanego PZS
4	Uchwała Zgromadzenia Wspólników o powołaniu NZOZ
	Uchwała Zgromadzenia Wspólników w sprawie nadania statutu NZOZ
	Uchwała Zgromadzenia Wspólników w sprawie powołania kierownika NZOZ
	Rejestracja NZOZ w rejestrze wojewody
	Wniosek o nadanie REGON dla NZOZ
	Wniosek do NFZ o rozpoczęcie procedury kontraktowej, ew. wniosek o dokonanie cesji kontraktu z PZS na NZOZ
5	Wręczenie umów o pracę w nowej jednostce
6	Podpisanie kontraktu NZOZ-u z NFZ
7	Przejęcie świadczeń przez NZOZ

Źródło: opracowanie własne

### 3.4. Zasady przejęcia kadry

Wspominany już wielokrotnie brak następstwa prawnego pomiędzy likwidowaną jednostką a nową spółką kształtuje możliwości rozwiązania spraw pracowniczych. Generalnie można tu zastosować dwa generalne warianty:

- z całkowitym wypowiedzeniem pracy w trybie art. 30 §1 pkt. 2 kodeksu pracy
- z przeniesieniem pracowników z sp zoz do nowego pracodawcy w trybie art. 23' kodeksu pracy.

Istnieje jeszcze możliwość wielu wariantów pośrednich - ich zastosowanie zależy jednak od dotychczasowych uregulowań obowiązujących w jednostce (regulaminów płacowych, układów zbiorowych itp.), oraz od możliwości porozumienia z załogą i jej przedstawicielami.

Całkowite wypowiedzenie umów o pracę może nastąpić w wyniku oświadczenia woli przez pracodawcę o zamiarze ich rozwiązania. Kodeks pracy wymaga w takich sytuacjach podania konkretnej i rzeczywistej przyczyny wypowiedzenia. Do takich powodów kwalifikuje się fakt likwidacji zakładu. Kolejnym warunkiem, wynikającym z przepisów kodeksowych jest zachowanie odpowiedniego okresu wypowiedzenia, który w przypadku większości pracowników będzie wynosił 3 miesiące. Pracodawca ma prawo w uzasadnionych przypadkach skrócić okres wypowiedzenia, pod warunkiem jednakże wypłaty odpowiednich kwot odszkodowania. Pozostałe warunki wypowiedzenia mogą zależeć od uregulowań zawartych w układach zbiorowych i innych dokumentach wewnętrznych. Do takich obowiązków może należeć konieczność wypłaty odpowiednich odpraw (w przypadku zwolnień z przyczyn nie dotyczących pracowników).

Warto w tym miejscu podkreślić, że w przypadku likwidacji zakładu, pracodawcy nie obowiązują ograniczenia art. 38, 39, 41 kodeksu pracy ani innych przepisów szczególnych dotyczących ochrony pracowników lub rozwiązania umów o pracę. Dotyczą one np. niemożności wypowiedzenia pracy w okresach ochronnych (urlop, okres przedemerytalny, choroba).

Proces ten powinien być wcześniej dokładnie zaplanowany i przeprowadzony ze szczególną starannością, gdyż np. błędy formalne w wypowiedzeniach mogą znacznie wydłużyć ten proces. Należy od razu założyć, że proces ten będzie „audytowany” wielokrotnie przez sąd pracy, stąd każde niedociągnięcie, czy formalna niefrasobliwość może mieć poważne skutki (w tym finansowe). Trzeba bowiem pamiętać, że okres możliwości dochodzenia swych roszczeń przez pracowników jest w tym przypadku wydłużony do 3 lat od momentu wręczenia wypowiedzenia.

Minusem takiego rozwiązania jest poważne „tapnięcie” w układzie lokalnym z tytułu otrzymania wypowiedzeń. Trzeba pamiętać, że szpital należy do większych lokalnych pracodawców co automatycznie może przełożyć się na niepokój w społeczeństwie powiatu. Atmosfera niepewności co do przyszłego losu szpitala może spowodować, że wielu pracowników (np. lekarzy- specjalistów, czy pielęgniarek), kluczowych dla funkcjonowania nowej jednostki, może odpłynąć do innych jednostek. W końcu sytuacja taka może spowodować eskalację protestów i kontestację samej idei zmian.

W praktyce zasada braku następstwa prawnego była często kwestionowana. Dotyczyło to zwłaszcza roszczeń pracowniczych dotyczących uznania, że nowa spółka jest faktycznym następcą prawnym sp zoz. Fakt taki powodowałby konieczność (obowiązek) przejęcia pracowników wraz z dotychczasowymi warunkami i układami zbiorowymi oraz ciągłością funkcjonowania organizacji związkowych. Sądy niższych instancji często miały poważny problem w odpowiedniej interpretacji tego zjawiska. Kluczowym dla sprawy wydaje się wyrok Sądu Najwyższego rozpatrującego skargę kasacyjną Łużyckiego Centrum Medycznego sp. zoo w Lubaniu (sygnatura akt II PK 38/05), który powództwo takie oddala.

Kolejnym minusem jest kosztocłonność tego rozwiązania. W większości przypadków, układy zbiorowe funkcjonujące w sp zoz przewidują wypłatę odszkodowań w sytuacjach wypowiedzenia umowy o pracę z przyczyn leżących po stronie pracodawcy.

Do plusów takiego rozwiązania należy natomiast „czyste konto” nowej jednostki w zakresie możliwości kształtowania polityki zatrudnienia.. W nowej spółce można wprowadzić zupełnie nowy system nagradzania i premiowania, zastosować nowe instrumenty zarządzania (np. umowy cywilno-prawne zamiast etatów), czy w końcu odpowiednio dobrać poszczególne zespoły pracowników.

Drugim wariantem jest zaproponowanie przejęcia pracowników sp zoz przez nowy podmiot na mocy artykułu 23' kodeksu pracy. Mówi on o możliwości wejścia w rolę pracodawcy nowego podmiotu. W takim przypadku przejęcie pracowników następuje na zasadzie zmiany strony umowy o pracę z podtrzymaniem wszelkich regulacji obowiązujących w poprzedniej jednostce. Dotyczy to wszelkiego rodzaju porozumień zakładowych, układów zbiorowych, regulaminów płacowych czy zasad premiowania. Nowy podmiot przejmuje także wszystkich pracowników wraz organizacjami związkowymi, które były u poprzedniego pracodawcy powołane. Reasumując jedyną zmianą jaka w tym przypadku następuje jest formalna zmiana pracodawcy jako strony w umowach.

Warto zwrócić uwagę w tym miejscu na doświadczenia jednostek, które przeprowadziły podobne zmiany. W wielu przypadkach podjęto próby rozwiązań pośrednich pomiędzy powyższymi modelami. Opierały się one głównie na kompromisowych ustaleniach wynikających z procesów negocjacji z przedstawicielami załóg. W palecie proponowanych rozwiązań pojawiały się np. propozycje przejęcia wszystkich pracowników sp zoz do nowoutworzonej spółki (czyli na zasadzie 23'), ale bez przeniesienia zasad regulujących dotychczasowe stosunki pracy (zasada rozłączności prawnej). Podobnie sytuacja wyglądała z rezygnacją pracowników z należnych im odpraw i odszkodowań w zamian za angaż w nowej jednostce itp. Trudno w tym zakresie znaleźć bliźniacze rozwiązania – lokalne uwarunkowania zdeterminowały odmienny charakter niemalże każdego z tych przekształceń.

Warto jednak zaznaczyć, że trwałość tych rozwiązań kompromisowych została negatywnie zweryfikowana przez praktykę. Wynika to ze szczególnych praw przysługujących pracownikom, którzy pomimo formalnej zgody organizacji ich reprezentujących zachowują prawo do indywidualnych roszczeń przed sądem pracy. Uniemożliwia to w zasadzie możliwość tworzenia w tym zakresie stabilnych porozumień.

Analizując przypadki komercjalizacji i prywatyzacji w jednostkach można stwierdzić równowagę pomiędzy dwoma powyższymi rozwiązaniami. Podobna liczba jednostek zastosowała każde z powyższych rozwiązań. Wiążąc to jednak z kondycją ekonomiczną nowych spółek można dojść do wniosku, że przejęcie na zasadach 23' kp spowodowało większe problemy finansowe w początkowych latach funkcjonowania zakładów. Widać wyraźnie, że problem dostosowania struktury zatrudnienia do wielkości przychodów został w tym przypadku „przeniesiony” na nowe jednostki. Te zaś już, w trakcie swego funkcjonowania, musiały się z nim uporać. Trzeba jednak zaznaczyć, że wysiłek ten jest o wiele trudniejszy z tytułu „usztynienia” systemu dokonanego wraz z przeniesieniem regulacji uniemożliwiających szybkie i skuteczne korekty.

W jednostkach, które budowały swój potencjał kadrowy od podstaw, dostrzec można dużo większą stabilizację zatrudnienia a w wielu przypadkach wręcz zwiększanie liczby pracowników.

Wnioskować zatem można, że zaniechanie działań restrukturyzacyjnych w zakresie zatrudnienia przy reformie struktur formalnych PZS w Oleśnicy, może przynieść negatywne skutki finansowe, oraz wpływać na ograniczenie możliwości wdrożenia nowych instrumentów zarządzania i systemów motywacyjnych w nowym podmiocie.

### 3.5. Zasady przekazania mienia

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy posiada tytuł własności do mienia ruchomego, natomiast w stosunku do nieruchomości ich prawowitym właścicielem jest powiat oleśnicki. PZS jako podmiot samodzielnie gospodarujący mieniem, może podejmować decyzje co do zbycia, dzierżawienia, najmu bądź użytkowania swego mienia. Musi to jednak czynić na zasadach określonych przez powiat oleśnicki.

Nowelizacja ustawy o zoz z dnia 14 lipca 2006 roku wprowadziła w art. 53a ust. 5 kolejne ograniczenie w dysponowaniu mieniem sp zoz. Zapisy te zawężają pole manewru przy przekształceniach polegających na odpublicznieniu sfery wykonywania świadczeń zdrowotnych nie powiązanych z procesem likwidacji. Czytamy w nich m.in., że wniesienie majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do tego prawa w formie aportu do spółek, których przedmiotem działalności jest świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia, jest zabronione. Wszelkie umowy zawarte z naruszeniem tych przepisów są z mocy prawa nieważne. Słowem sp zoz może dysponować swym mieniem, w tym np. wносить je w formie aportu do spółek, pod warunkiem jednak, że spółki te nie będą świadczyły usług w zakresie ochrony zdrowia. Biorąc powyższe pod uwagę procedura przekształcenia „bez likwidacji”, według znnowelizowanych w 2006 roku przepisów ustawy o zoz, może ograniczać w znaczny sposób możliwość transferu mienia do nowego podmiotu.

W przypadku likwidacji PZS w Oleśnicy jego majątek, po zaspokojeniu wierzytelności, staje się własnością właściwego organu założycielskiego, który decyduje o jego przeznaczeniu. Taka treść przepisu może oznaczać, że do czasu niezaspokojenia wierzycieli organy założycielskie nie mogą zostać właścicielami majątku zlikwidowanego zoz-u publicznego. Zobowiązania i należności sp zoz-ów stają się zobowiązaniami i należnościami organów założycielskich dopiero po likwidacji tych zakładów (art. 60 ust. 6 ustawy o zoz). A więc sprzedaż lub ustanowienie innych praw rzeczowych w odniesieniu do majątku sp zoz będzie możliwe dopiero po zakończeniu likwidacji i zaspokojeniu wierzycieli. Oznacza to, że do momentu przejęcia przez organ założycielski (co może nastąpić, jak wyżej wspomniano, dopiero po zakończeniu likwidacji i po zaspokojeniu wierzycieli), majątek ten stanowi element aktywów sp zoz i jako taki może podlegać np. egzekucjom komorniczym.

Jak wynika z powyższego wstępu, gospodarowanie mieniem w procesach przekształceń musi być bardzo rozważne, ponieważ funkcjonowanie nowej jednostki uzależnione będzie od sposobu wyposażenia jej w odpowiednie mienie. Jednocześnie proces ten powinien być jak najbardziej transparentny, podlegać będzie bowiem szczególnemu „audytowi” społeczności lokalnej.

Ponieważ mienie ruchome i nieruchome ma tu odrębny status prawny, odmienne zatem będą także sposoby postępowania.

#### 3.5.1. Mienie ruchome

Ten składnik mienia ma istotne znaczenie dla prowadzenia świadczeń zdrowotnych przez nowo powołaną spółkę. Filozofia tych procesów restrukturyzacyjnych polega bowiem *de facto* na zmianie form prawnych, przy racjonalnym wykorzystaniu zasobów dotychczasowego podmiotu.

Zinwentaryzowane i wyszacowane przez likwidatora mienie ruchome PZS, pozostaje w jego dyspozycji do momentu zakończenia likwidacji i zaspokojenia wierzycieli, kiedy to

dopiero może stać się własnością organu założycielskiego. Do tego zatem momentu wszelkie decyzje dotyczące tego składnika majątku podejmuje likwidator. Oczywiście czynić to może dalej wyłącznie na zasadach określonych wcześniej przez organ założycielski wobec PZS. Dotyczą one w szczególności oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie. Przed podjęciem decyzji o likwidacji warto zatem przeanalizować stosowną uchwałę Rady Powiatu, i jeżeli jej brzmienie nie odpowiada potrzebom podejmowanych zmian, warto ją wcześniej znowelizować.

Po zakończeniu prowadzenia świadczeń medycznych, likwidator jest zobligowany do racjonalnego gospodarowania tym mieniem. W większości przypadków likwidacja wiąże się z koniecznością zaspokajania wierzytelności. Mogą one być zaspokajane np. z prowadzonych egzekucji mienia, bądź z dochodów pochodzących z dysponowania tym mieniem.

Najprostszym i najbardziej transparentnym sposobem wykorzystania tego mienia jest jego wydzierżawienie nowej spółce. Spółka z tego tytułu ponosi określone w umowie dzierżawy koszty stanowiące z kolei przychód likwidatora. Sytuacja taka może występować do momentu zakończenia likwidacji i zaspokojenia wierzycieli, kiedy to jak już wyżej wspomniano, rzeczony majątek staje się własnością organu założycielskiego. Po uzyskaniu pełni praw własności do tego sprzętu organ założycielski może podtrzymać dotychczasową dyspozycję (czyli umowę dzierżawy), bądź też może ją zmienić. Możliwe zatem staje się wtedy wprowadzenie tego majątku aportem do spółki co będzie stanowić jednocześnie podwyższenie jej kapitału zakładowego. Z punktu widzenia nowego podmiotu takie rozwiązanie wydaje się najbardziej korzystne.

Praktyka jednak może odbiegać od określonej wyżej ścieżki. Zależy ona bowiem od sposobu zachowania komornika, który może zająć i zlicytować np. sprzęt medyczny (zwłaszcza, gdy wśród wierzycieli są osoby zainteresowane nabyciem takich urządzeń). Na sposób postępowania komornika ani likwidator ani przedstawiciele organu założycielskiego najczęściej nie mają wpływu, należy zatem założyć możliwość występowania takiej opcji i należy się do niej przygotować. Najatrakcyjniejsze dla komornika wyposażenie szpitala - sprzęt medyczny stanowi jednocześnie element niezbędny do funkcjonowania nowej jednostki. W przypadku zatem uruchomienia takiej licytacji nowa spółka powinna po prostu do niej przystąpić.

Rozwiązanie takie rodzi konieczność wyasygnowania od spółki, w początkowej fazie jej funkcjonowania, sporych kwot (choć może być to korzystniejsze i tańsze w ogólnym rozrachunku od kosztów dzierżawy). Taki sposób zadysponowania mieniem jest także zdecydowanie mniej transparentny i niezrozumiały dla obserwatorów. Wątpliwości będą np. powstawały w związku z podejrzeniem o działanie w zмовie z komornikiem co do sposobu wyceny, zbycia poniżej kwot oszacowania itp. Dla wielu obserwatorów operacja mieniem polegająca na kupowaniu przez nową jednostkę mienia starej jednostki jest po prostu niepojęta.

Istnieje jeszcze trzecia możliwość rozwiązania części mienia kluczowego dla funkcjonowania nowej jednostki. Powiat oleśnicki udzielał szpitalowi pożyczek, które przez szpital nie zostały zwrócone. Wychodząc z zasady dobrego gospodarowania środkami publicznymi, powiat powinien tak zmienić umowy z PZS, by zabezpieczyć udzielone kwoty pożyczek sprzętem tej jednostki. W przypadku niespłacenia w określonym terminie pożyczki, powiat w zamian za te kwoty może przewłaszczyć mienie będące ich zabezpieczeniem. W ten sposób *de facto* staje się właścicielem tego sprzętu, którym może swobodnie dysponować (np. wnieść aportem do nowej spółki).

Na końcu refleksja dotycząca dotacji powiatu oleśnickiego na zakup nowego sprzętu i urządzeń dla PZS. Powiat wykazywał tu spore zaangażowanie, bowiem według tabeli 6, w latach 2001-2008 przekazał na ten cel blisko 2,3 mln. zł. Dotacje te spowodowały, że PZS nabywał sprzęt którego stawał się właścicielem. Dysponowanie tym sprzętem, w momencie

przekształceń formalno-organizacyjnych w PZS podlega o wiele większym ograniczeniom niż w sytuacji w której to powiat użyłby ten sprzęt szpitalowi, zachowując jego własność. Wtedy mógłby swobodnie utworzyć z niego aport do nowego podmiotu, rozwiązując też w dużej części kwestię kapitału założycielskiego. Jest to przykład konsekwencji jakie ponoszą samorządy na wskutek braku jednolitej i konsekwentnej wizji funkcjonowania sektora ochrony zdrowia w Polsce.

### 3.5.2. Mienie nieruchome

Na mocy ustawy o zoz, Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, w momencie jego utworzenia, zyskał status użytkownika nieruchomości. Majątek ten został mu przekazany nieodpłatnie, jako prawo osobowe, które – zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego – wygasa wraz z końcem bytu prawnego danego podmiotu jako prawo niezbywalne. Ustawa o zoz nie wskazuje także żadnego szczególnego trybu wyposażania w to prawo. Oznacza to, że stosuje się w tych przypadkach ogólną zasadę wynikającą z art. 245 kodeksu cywilnego, który przewiduje w tej mierze konieczność zachowania formy aktu notarialnego. Prawo to w takiej formie ustanawiane jest przez właściciela gruntu (w tym przypadku Skarb Państwa albo jednostkę samorządu terytorialnego, na której dokonano – na podstawie odrębnych przepisów – komunalizacji nieruchomości Skarbu Państwa). Tak więc Skarb Państwa bądź jednostka samorządu terytorialnego mogą dysponować każdym z będących w ich dyspozycji formalnej prawem majątkowym.

W świetle powyższych stwierdzeń prawo do dysponowania nieruchomościami pozostaje po stronie organu założycielskiego. Przed otwarciem likwidacji należy jednak dokładnie zbadać kwestię statusu prawnego nieruchomości, wszelkie bowiem zaniedbania bądź brak odpowiednich dokumentów, mogą wpłynąć na opóźnienie procedur związanych z przekształceniem.

Istnieją generalnie dwie możliwości zadysponowania nieruchomościami po otwarciu procesu likwidacji.

Pierwsza z nich polega na wypowiedzeniu użytkowania przez likwidatora zaraz po zakończeniu świadczenia przez PZS w likwidacji usług zdrowotnych. Pełną dyspozycję co do majątku odzyskuje zatem samorząd.

Drugie wyjście polega na pozostawieniu prawa użytkowania likwidatorowi aż do momentu zakończenia likwidacji i wykreśleniu podmiotu z rejestrów, co jest równoznaczne z automatycznym przejęciem mienia przez samorząd. Do tego jednak momentu likwidator może gospodarować użyzonym mieniem osiągając z tego tytułu korzyści finansowe. Tego typu mechanizm jest korzystny dla pokrycia kosztów likwidacji oraz regulowania zaległych wierzytelności. W takim przypadku nowo powołana spółka, która przejęła świadczenia medyczne, może wynajmować nieruchomości niezbędne dla swego funkcjonowania od likwidatora. Ponoszenie przez nią kosztów najmu jednocześnie urealnia jej wynik finansowy. Dopiero po zakończeniu likwidacji drugą stroną umowy staje się powiat.

Samorząd powiatowy, po odzyskaniu pełnych praw dyspozycyjnych wobec majątku, może znów wybrać generalnie dwa kierunki postępowania. Wybór odpowiedniego rozwiązania powinien wynikać z wnikliwej analizy potrzeb nowej jednostki oraz przyjętych na przyszłość kierunków działania.

Pierwszym etapem powinna być analiza zasobów majątkowych z punktu widzenia zabezpieczenia potrzeb bieżących zakładów, pełniących świadczenia medyczne. Następnie analiza ta powinna być wzbogacona o element perspektywiczny. Przekształcenie powinno prowadzić do rewizji tych zasobów i wyposażenia nowej spółki w rzeczywiście niezbędny majątek do prowadzenia bieżących i zabezpieczenia przyszłych świadczeń medycznych. Jak

wykazano wcześniej w tym opracowaniu, majątek, którym obecnie dysponuje PZS, został już dopasowany do prowadzonych świadczeń. Możliwe są zatem w tym względzie niewielkie tylko korekty.

Kolejny decyzja strategiczna jaka powinna być podjęta przez samorząd dotyczy docelowej formy udostępnienia mienia nowej spółce. Stosowane tu są dwie filozofie. Jedna opiera się na zachowaniu tytułu własności bądź użytkowania wieczystego po stronie samorządu, oraz udostępnienia go spółce na zasadach określonych w ustawie o gospodarce nieruchomościami. Druga zaś powoduje przeniesienie praw własności do nieruchomości bądź tytułu użytkowania wieczystego (czy szerzej majątku) na spółkę.

W przypadku pierwszym samorząd, który jest odpowiedzialny za zapewnienie ciągłości świadczeń, zachowuje w swym władaniu podstawowe wydawałoby się instrumenty do wypełniania tych zadań – nieruchomości. Ma to ważne znaczenie w sytuacji niepewności, jaka jest cechą charakterystyczną systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wynika z niej podstawowa trudność prognozowania zmian w systemie i związanych z tym konsekwencji. W tych warunkach, trzeba kalkulować i takie sytuacje, gdy szpital utworzony w formie spółki nie będzie reagował na zachodzące zmiany i w efekcie będzie postawiony w stan upadłości. Brak tytułu własności do nieruchomości powoduje, że nie zasilają one masy upadłościowej i w związku z tym samorząd zachowuje nad tym majątkiem kontrolę.

W przypadku przeniesienia własności i w przypadku upadłości majątek stanowi element masy upadłościowej i może być zajęty przez wierzycieli. Oprócz tego zagrożenia są jednak plusy takiego rozwiązania problemu. Wniesiony aportem do spółki majątek trwały zwiększa jego kapitał zakładowy, który stanowi o potencjale danej jednostki. Ten element łącznie z bieżącymi wynikami finansowymi jest podstawowym czynnikiem kształtującym wiarygodność spółki chociażby w kontaktach handlowych. Im większy kapitał zakładowy tym jednostka także jest bardziej odporna na wszelkie zawirowania w wynikach jej działalności. Z drugiej jednak strony, mniejszy kapitał zakładowy narzuca większą dyscyplinę finansową w początkowych fazach funkcjonowania spółki poprzez mniejszy margines możliwości zadłużania.



### 3.6. Ciągłość świadczeń medycznych

W przypadku likwidacji publicznego zoz ustawodawca przewidział szczegółową w tym względzie procedurę. Literalnie zostały w niej określone elementy jakie powinna zawierać uchwała o likwidacji. Mają one na celu głównie zabezpieczenie ciągłości oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych. Likwidując zatem jednostkę, powiat oleśnicki zobowiązany jest do zapewnienia, osobom korzystających z danych rodzajów świadczeń, dalszego nieprzerwanego dostępu do takich samych usług.

Przygotowując proces przekształcenia polegający na likwidacji PZS i przejęcia świadczeń przez nową spółkę, zakłada się zazwyczaj, że odbędzie się to w wymaganych przez ustawę warunkach ciągłości świadczeń. Proces ten wymaga jednak dobrego przygotowania i skoordynowania procedury przejęcia prowadzenia usług zdrowotnych. We wspomianej wyżej procedurze, jak wykazano już wcześniej, występują elementy (np. zasięgnięcie opinii organów samorządów terytorialnych oraz wojewody), które mogą daną procedurę przedłużyć. Trudność całego procesu polega na tym, że w jednym momencie (określanym często potocznie jako godzina „zero”) muszą się zbiec cztery autonomiczne procesy: zakończenia działalności starego zakładu, rozpoczęcia prowadzenia świadczeń przez nową spółkę, koniec okresu wypowiedzeń dla pracowników PZS, początek angażów w nowej spółce, zakończenie kontraktu dla PZS/początek kontraktu dla spółki.

Termin zakończenia działalności medycznej likwidowanego zakładu opieki zdrowotnej nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty podjęcia uchwały o likwidacji. W okresie tym realne jest zarejestrowanie i uruchomienie działalności nowej spółki. Ze względu jednak na duże prawdopodobieństwo przedłużania się procedur administracyjnych, warto zaplanować na te działania okres co najmniej półroczny. W tych warunkach przygotować można zarówno proces likwidacji (wypowiedzenia z pracy, przygotowanie procedur związanych z dyspozycją mienia itp.) jak z tworzeniem i zarejestrowaniem nowej spółki (umowa spółki, wpisy do rejestrów, przygotowanie regulaminów i innych dokumentów formalnych, przygotowanie oferty do NFZ).

Po pokonaniu problemów formalnych związanych z likwidacją i zarejestrowaniem spółki, podstawowym zadaniem są sprawy kadrowe. Manewr wypowiedzeń z pracy (z reguły z 3 miesięcznymi okresami wypowiedzenia), musi tu być czasowo skoordynowany z uruchomieniem działalności nowej spółki i początkiem nowych umów zatrudnienia.

Kolejnym krokiem, po zapewnieniu spraw formalnych oraz skoordynowaniu terminów związanych z załogą jest zapewnienie dla nowej spółki kontraktu z NFZ. Według obecnie obowiązujących norm prawnych może to nastąpić na zasadzie cesji kontraktu przyznanego jednostce likwidowanej. Upraszcza to znacznie procedurę także z punktu widzenia koordynacji czasowej wszelkich działań. Wcześniej bowiem, gdy Kasy Chorych i NFZ (w początkowej fazie swego funkcjonowania) nie mógł takich cesji przyznawać, niezbędna była nowa procedura konkursowa. Istniało wtedy realne zagrożenie przesunięć czasowych (na wskutek choćby problemów formalnych) co z kolei groziło „wykolejeniem” się całej konstrukcji z założonych wcześniej terminów. Wystarczy bowiem, żeby jeden z wyżej wspomnianych elementów „nie trafił w godzinę zero” by procedura przekształcenia była nieskuteczna. Istnieje bowiem realne zagrożenie zachowania jej warunku – zachowania ciągłości świadczeń.

## CZĘŚĆ IV LIKWIDACJA

### 4.1. Zarys procedury likwidacji

Według przepisów zawartych w ustawie o zoz, wspomniana już wielokrotnie uchwała o likwidacji zakładu opieki zdrowotnej powinna zawierać:

- określenie zakładu podlegającego likwidacji,
- oznaczenie dnia otwarcia likwidacji,
- określenie sposobu i trybu zadysponowaniu składnikami materialnymi i niematerialnymi,
- wskazanie podmiotu, który przyjmie prawa i obowiązki likwidowanego zakładu, oraz określenie zakresu tych praw i obowiązków,
- oznaczenie dnia zakończenia czynności likwidacyjnych

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie zawiera ponadto przepisów szczegółowo regulujących procedurę likwidacyjną. W tym przypadku jednak przez analogie mają zastosowanie przepisy ustawy o prywatyzacji i komercjalizacji przedsiębiorstw państwowych, wraz z wydanymi do nich rozporządzeniami wykonawczymi. Opierając się na tych regulacjach powiat oleśnicki powinien opracować ogólne założenia procesu likwidacji. Wynikiem tych prac powinno być przygotowanie planu i harmonogramu likwidacji. Planowanie procesu likwidacyjnego, oprócz usystematyzowania działań, spełnia w tym przypadku jeszcze jedną ważną rolę – jest manifestem działań jakie w związku z likwidacją zamierzają wykonać liderzy zmian. Jawne i transparentne działanie ma tu niebagatelną rolę, samo już podjęcie procesów restrukturyzacyjnych jest już poważnym „tapnięciem” w układzie lokalnym, ogłoszenie zaś likwidacji powoduje z reguły znaczne zaniepokojenie wierzycieli. W większości przypadków odbierają oni procesy przekształceń jako próbę uniknięcia odpowiedzialności za długi zakładów.

Procedura likwidacyjna jednak, ma ściśle określony horyzont czasowy, po którym zobowiązania zakładu stają się zobowiązaniami jego organu założycielskiego. Paradoksalnie więc, wdrożenie procedury likwidacji jest wyrazem troski organu prowadzącego o przywrócenie perspektywy spłaty wierzycieli.

Wspomniany już plan i harmonogram likwidacji powinien być więc zestawem działań, podejmowanych przez likwidatora i organ założycielski. Stanowi on jednocześnie deklarację sposobu rozwiązywania problemów pozostałych po likwidowanej strukturze. Jego terminowa realizacja i zaspokajanie poszczególnych wierzycieli jest niezwykle istotna z punktu widzenia wiarygodności całego procesu.

Tabela 16. Przykładowa struktura planu likwidacji PZS w Oleśnicy

Wstęp
1. Sytuacja wyjściowa 2. Pierwsze działania restrukturyzacyjne 3. Motywy likwidacji
1. Ogólny opis działań likwidacyjnych 2. Działania związane ze sprawami pracowniczymi 3. Działania związane z porządkowaniem mienia 4. Archiwizacja dokumentacji
1. Struktura zobowiązań po likwidowanym SP ZOZ-ie <ul style="list-style-type: none"> <li>- zobowiązania pracownicze,</li> <li>- zobowiązania publiczno-prawne</li> <li>- zobowiązania z tytułu dostaw materiałów i usług</li> </ul> 2. Segmentacja wierzycieli <ul style="list-style-type: none"> <li>- zobowiązania pracownicze,</li> <li>- wierzyciele drobni do 5000 zł</li> <li>- wierzyciele średni do 100 000 zł</li> <li>- wierzyciele powyżej 100 000 zł</li> <li>- wierzyciele publiczno-prawni</li> </ul> 3. Dotychczas spłacone zobowiązania <ul style="list-style-type: none"> <li>- odprawy,</li> <li>- wypłacone zaległości z tytułu wynagrodzeń,</li> <li>- środki odprowadzone na konto komornika.</li> </ul> 4. Sytuacja egzekucyjna <ul style="list-style-type: none"> <li>- procesy sądowe pracownicze,</li> <li>- procesy sądowe wierzycieli pierwotnych,</li> <li>- procesy sądowe wierzycieli wtórnych.</li> </ul> 5. sposoby zaspokojenia wierzytelności <ul style="list-style-type: none"> <li>- zobowiązania pracownicze</li> <li>- w tym:</li> <li>- z tytułu zaległości płacowych,</li> <li>- z tytułu różnych świadczeń (ekwiwalenty, socjalne, fundusz pożyczkowy itp.)</li> <li>- z tytułu tzw. 203,</li> <li>- zobowiązania wobec drobnych i średnich wierzycieli,</li> <li>- zobowiązania wobec dużych wierzycieli</li> <li>- zobowiązania publiczno-prawne</li> </ul>
1. Zdolność powiatu do przejęcia wierzytelności 2. Założenia do opracowanej analizy 3. Zarys harmonogramu zaspokojenia wierzytelności

Źródło: opracowanie własne

## 4.2. Okres likwidacji

Z procesem likwidacji wiąże się konieczność określenia terminów:

- rozpoczęcia likwidacji,
- zakończenia działalności medycznej,
- wykreślenia z RZOZ,
- wykreślenia z KRS
- zakończenia likwidacji.

W zasadzie jedynie dwa pierwsze oznaczenia czasowe nie podlegają większym dyskusjom. Rozpoczęcie likwidacji wiąże się bezpośrednio z datą podjęcia odpowiedniej uchwały. W stosunku do dnia zakończenia działalności medycznej, przepisy mówią jedynie, że nie może ono nastąpić wcześniej niż po 3 miesiącach od podjęcia uchwały o likwidacji. Wykreślenie z rejestru zoz następuje po zakończeniu działalności medycznej likwidatora. Niejednokrotnie wykreślenie z RZOZ traktowane jest jako upoważnienie do automatycznego wykreślenia z KRS. Tymczasem przejawia się w tym momencie „dualny” charakter sp zoz – nie prowadząc świadczeń medycznych, po usunięciu z RZOZ, nadal funkcjonuje on jako byt prawny do momentu wykreślenia z KRS. Zatem „zakończenie działalności” w sensie zaprzestania wykonywania świadczeń medycznych nie jest tożsame z momentem zakończenia likwidacji, czyli „działalności” w sensie bytu prawnego.

Podobna sytuacja występuje w przypadku określenia okresu likwidacji. Ustawa daje prawo decydowania o terminie zakończenia likwidacji organowi założycielskiemu, który konkretyzuje go w uchwale o likwidacji. Wykreślenie więc z KRS powinno być tożsame z terminem zakończenia czynności prawnych podmiotu, związanych z końcem okresu likwidacji. Organ założycielski ma nawet prawo do przedłużania tego terminu, choć zazwyczaj takie uchwały były kwestionowane przez wojewodę. Wojewódzkie Sądy Administracyjne, rozpatrując odwołania samorządów podtrzymywały decyzję wojewodów. Dopiero wyrok NSA z dnia 8 listopada 2007 roku uchylił decyzje WSA uznając, że prawo nie wprowadza zakazu zmiany uchwał podjętych przez rady jednostek samorządu terytorialnego. Samorządy mają więc prawo zmienić pierwotną datę zakończenia procesu likwidacji SP ZOZ.

Emocje te nie dotyczą konieczności wyznaczenia wystarczającego okresu czasu do dokonania i zamknięcia określonych wyżej dla likwidatora zadań. Problem ten jest przede wszystkim dyskutowany z powodu zapisów w ustawie o zoz, który mówi, że zobowiązania i należności sp zoz po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami organu założycielskiego. Wszczęcie procedury likwidacyjnej nie oznacza więc przejścia zobowiązań przez organ założycielski, proces ten następuje dopiero po jej zakończeniu. Próby interpretacji, że zakończenie działalności i przejście zobowiązań następuje wraz z zakończeniem działalności medycznej (i wykreśleniem z RZOZ) nie wytrzymują konfrontacji z orzecznictwem SN w tej sprawie, który w uchwale z dnia 14 lipca 2005 r. stwierdził, że zobowiązania i należności postawionego w stan likwidacji spzoz stają się zobowiązaniami i należnościami organu założycielskiego z dniem zakończenia czynności likwidacyjnych, określonych w uchwale o likwidacji. Do momentu zatem zakończenia likwidacji, klauzula wykonalności zajęć komorniczych wobec sp zoz, nie może być przeniesiona na organ założycielski.

Początkowo, wcześniejsza spłata zadłużenia była nawet kwestionowana przez RIO, która wywodziła, że do czasu zakończenia likwidacji organ założycielski nie posiada tytułu prawnego do regulacji długów spzoz. Rozwiązaniem zaakceptowanym przez nadzór finansowy są indywidualne umowy o przejściu części długu pomiędzy wierzycielem, likwidatorem a regulującym dług organem założycielskim.

Przystępując „do planu B”, powiat oleśnicki będzie miał jednak ograniczone pole manewru. Plan zakłada bowiem wsparcie finansowe dopiero po zakończeniu likwidacji i wykreśleniu PZS z Krajowego Rejestru Sądowego. Oznacza to, że powiat licząc na te środki musi zakończyć likwidację w bardzo krótkim okresie (np. miesiąc po podjęciu działalności nowej spółki). To zaś powoduje, że w momencie wykreślenia podmiotu z rejestru, wszelkie zobowiązania stają się zobowiązaniami powiatu oleśnickiego. Sytuacja jest o tyle niebezpieczna, że egzekucja tych zobowiązań z kont powiatu nie powinna stanowić dla komornika żadnego problemu. Nie działają tu bowiem ograniczenia, dotyczące SP ZOZ. Powiat zatem musi być przygotowany na proces spłaty tych kwot dysponując odpowiednim kapitałem. Wielkość tego niezbędnego kapitału, jak wykazały wcześniejsze analizy przekracza bieżące możliwości powiatu, musiałby zatem sięgnąć on po instrumenty dłużne. Procedura pozyskania kredytu bądź obligacji jest kolejnym elementem, który warto uwzględnić planując termin zakończenia likwidacji – powinien on być tożsamy z momentem postawienia tego kapitału do dyspozycji powiatu.

### 4.3. Konstrukcja formalno-finansowa likwidacji

Likwidator może być zatrudniony przez jednostkę samorządu terytorialnego na podstawie umowy o pracę albo (co wydaje się właściwsze) na podstawie umowy cywilnoprawnej. Przejmuje on formalnie kierownictwo nad samodzielnym publicznym zakładem zdrowotnym, który od momentu podjęcia uchwały, posiada dodatkowe oznaczenie – „w likwidacji”. Likwidator podlega bezpośrednio staroście, który jest jego pracodawcą w rozumieniu prawa pracy. Płatność za wykonywaną pracę może być dokonywana z dwóch źródeł w zależności od zaprojektowanych sposobów prowadzenia likwidacji. W przypadku gdy likwidator staje się dysponentem majątku ruchomego ale i nieruchomego, to dochody wynikające ze zbywania tego majątku bądź innych korzyści wynikających z jego eksploatacji (dzierżawa, najem itp.) mogą zasilać budżet likwidowanego zakładu, z którego realizowane jest wynagrodzenie likwidatora i innych pracowników obsługujących ten proces.

Innym rozwiązaniem jest przejęcie całości zobowiązań płacowych z tytułu likwidacji na powiat. W tym przypadku może być on stroną umowy, także prac związanych np. z archiwizacją dokumentacji, wyceną mienia itp.

Do głównych zadań likwidatora należą:

- sformułowanie planu i harmonogramu działania,
- rozwiązanie umów o pracę i innych umów zawartych przez zakład,
- zakończenie działalności medycznej, przy zapewnieniu ciągłości świadczeń przejętych przez inny podmiot,
- dokonanie spisu wierzytelności i pogrupowanie według grup wierzycieli,
- poinformowanie wierzycieli i właściwych instytucji o procesie likwidacji
- negocjacje z wierzycielami i spłata wierzytelności,
- dokonanie inwentaryzacji i wyceny rynkowej mienia,
- zawarcie umów dzierżawy, najmu lub zbycia majątku,
- złożenie wniosków o wykreślenie z rejestrów (RZOZ, KRS)
- archiwizacja dokumentacji (medycznej i niemedycznej)

W toku wykonywania wszystkich, wymienionych wyżej czynności niezbędna jest bieżąca współpraca z organem założycielskim. W tym celu likwidator winien przynajmniej raz na rok składać stosowne sprawozdania z procesu likwidacji. W praktyce jednak, intensywność procesu bywa na tyle duża, że wymaga częstszego podejmowania decyzji strategicznych przez organy założycielskie. W takim przypadku sprawozdawczość likwidatora także powinna być częstsza. Zwłaszcza w początkowej fazie procesu likwidacji, kiedy tak naprawdę podlega on właściwemu kształtowaniu, warto przyjąć nawet miesięczny tryb składania relacji z postępów prac.

#### 4.4. Zasady przejęcia długu i procedura jego spłaty

Wychodząc z założenia, że efekty komercjalizacji powinny prowadzić do bieżącego zbilansowania się działalności jednostki, najistotniejszym problemem jest odpowiedź na pytanie w jaki sposób spłacić jej dotychczasowe zobowiązania.

Możliwym rozwiązaniem jest częściowa pomoc w spłacie zadłużenia polegająca na udzieleniu poręczenia, bądź przejęciu części długu przez organ prowadzący. Pozostała część długu pozostaje po stronie jednostki i w założeniu ma być przez nią spłacona. W rzeczywistości, jest to często działanie obliczone nie na kompleksowe rozwiązanie problemu, ale na czasowe poluzowanie zaciskającej się presji wierzycieli celem wyegzekwowania swoich należności. W praktyce jednak, nawet jeżeli zrestrukturyzowana jednostka wypracuje zysk to lepiej alokować go w inwestycje. W przeciwnym wypadku trudno jest skutecznie motywować załogę w kierunku wypracowywania dodatniego wyniku finansowego. O ile cała kwota długów nie zostanie w takim przypadku objęta realnym harmonogramem spłaty zadłużenia, to takie metody rozwiązania problemu niestety są nieskuteczne. Częściowa spłata zadłużenia owszem zmniejsza przyszłe konsekwencje ale, niestety ich nie eliminuje. Świadczy o tym dobitnie dotychczasowa historia pomocy powiatu dla PZS w Oleśnicy.

Warto tu wspomnieć, że taka metoda jest niemożliwa do zastosowania w przypadku komercjalizacji poprzez likwidację jednostki i utworzenie w jej miejsce spółki prawa handlowego. Według ustawy o zoz dług jednostki, po zakończeniu jej likwidacji przechodzi całkowicie na organ założycielski. Wobec tej delegacji ustawowej nie ma zatem możliwości zagospodarowania tylko części długu.

Jedynym zatem skutecznym sposobem na zagospodarowanie zadłużenia jest jednoczesna komercjalizacja z całkowitym przejęciem długu przez organ założycielski. Pozostawia to jednostce możliwość utwierdzania swej działalności w warunkach nowego paradygmatu jakim jest konieczność zrównoważenia kosztów z przychodami. Dla organu założycielskiego, stojąc na gruncie ekonomii, im szybsze zlikwidowanie zadłużenia tym mniejsze jego negatywne skutki w przyszłości. Wspomniana już wcześniej skala tego problemu wymaga jednak skomplikowanych konstrukcji finansowych, które spowodują, że działalność powiatu nie zostanie całkowicie sparaliżowana.

Spośród metod, które mogą być wykorzystane przy likwidacji długu można wyróżnić:

- klasyczne mechanizmy finansowe,
- emisje obligacji,
- sekurytyzacje zadłużenia,
- zamianę wierzytelności na udziały

Pierwsza z tych metod jest jednocześnie najczęściej stosowana i polega na uzyskaniu, przez organ prowadzący kredytu, z którego następnie pokryje on zobowiązania sp zoz. Warto w tym miejscu wspomnieć, że zarówno w tej metodzie jak i w pozostałych omawianych poniżej, przed zaspokojeniem wierzycieli powinno się podjąć z nimi negocjacje w sprawie warunków spłaty wierzytelności. W wielu przypadkach bowiem, oferując natychmiastowe zaspokojenie wszystkich długów, można wynegocjować odstąpienie od części długów lub np. odsetek. Ten prosty mechanizm niestety, nie zawsze, wobec skali zjawiska, jest możliwy do zastosowania. Po pierwsze banki niechętnie finansują projekty, które mają związek z zadłużeniem szpitali, po drugie ustawowe ograniczenia w wysokości zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego powodują, że kwota łącznych zobowiązań nie może przekroczyć 60% rocznych jego dochodów. Nie jest to problem jednostkowy (a tak wydaje się być traktowany na poziomie ogólnokrajowym). W województwie dolnośląskim, wielkości te są

większe od dopuszczalnych w przypadku 2/3 powiatów. W obliczu takich sytuacji, powiat oleśnicki ma stosunkowo niezłe warunki by proces ten skutecznie przeprowadzić.

Po części takim rozwiązaniem, rozkładającym w czasie obciążenie jednostki samorządu i nie wpływające w całości na wspomniane wyżej limity zadłużenia, są emisje obligacji. Wielkość zobowiązań, które obciążają konto jednostki równe są wielkości środków, które w określonych latach jednostka musi przeznaczyć na wykup obligacji. Operacja ta także jest częstokroć tańsza niż klasyczny kredyt bankowy, wymaga jednak nieco większego wysiłku przy organizacji emisji. Pozyskany kapitał, podobnie jak w przypadku kredytu, przeznaczany jest na zaspokojenie roszczeń wierzycieli.

Kolejną metodą jest sekurytyzacja długu polegająca na skupieniu go w rękach jednej lub kilku instytucji finansowych. Rynek wtórny wierzytelności ochrony zdrowia rozwinął się zwłaszcza w latach 1997 – 1999, wobec państwowych procedur oddłużeniowych. Podobna sytuacja miała miejsce po roku 2000, kiedy jednak blakła perspektywa kolejnego bezwarunkowego oddłużenia a jednocześnie ich sądowa egzekucja od szpitali stawała się coraz bardziej skomplikowana, rynek skupowania długów się załamał. Pojawiły się za to firmy, które oferowały kompleksowe przejęcie długów od wierzycieli (w przypadku szpitali były to często setki kontrahentów) i na podstawie umowy z organem założycielskim rozkładały jego spłatę na wieloletnie raty. Metoda ta ma jedną zaletę – swoisty outsourcing negocjacji z licznymi wierzycielami oraz fakt, że późniejsze spłaty wierzytelności ograniczają się do jednego lub kilku podmiotów. Koszt pozyskania kapitału w porównaniu do kredytów i obligacji jest jednak wyższy przynajmniej o prowizję firmy obsługującej, co sprawia, że mechanizm staje się mało przejrzysty i w związku z tym trudny do obrony ze względów politycznych.

Wzorem firm skupujących długi, istnieje możliwość powołania przez powiat oleśnicki własnej spółki „specjalnego przeznaczenia”, której jedynym celem byłaby obsługa zadłużenia PZS w Oleśnicy. Spółka taka mogłaby przejąć takie zobowiązania i spłacić je z uzyskanego wcześniej kredytu. Zaletą takiego rozwiązania jest „wyprowadzenie” zadłużenia poza budżet powiatu oleśnickiego i nie narażanie go na przekroczenie dopuszczalnych jego poziomów. Wszelkie operacje związane z negocjacjami i obsługą wierzycieli skoncentrowane są na zespole zadaniowym składającym się z pracowników takiej spółki. Z drugiej jednak strony zadanie to jest skomplikowane i nie gwarantuje osiągnięcia sukcesu. Trudno bowiem osiągnąć taką wiarygodność kapitałową spółki, by mogła ona stać się ona partnerem dla banków. Że jednak proces ten jest możliwy do przeprowadzenia pokazuje przykład samorządu województwa dolnośląskiego, który proces taki przeprowadził w przypadku restrukturyzacji szpitali w rejonie wałbrzyskim. Przypada jednak pamiętać, że stopień skomplikowania tego procesu może „zaciemniać” ogólny obraz przekształceń w lokalnym społeczeństwie. Im większa trudność w zrozumieniu tych przemian tym większa także dezorientacja lokalnej społeczności co do ich intencji i charakteru.

Przedstawione powyżej metody mogą być stosowane w sposób skojarzony, natomiast ich dobór i ocena zależą powinna od konkretnych decyzji podjętych przez powiat oleśnicki. Warto wspomnieć, że operacja taka wymaga sporego wysiłku i żeby ją przeprowadzić niezbędne jest nie tylko, świadome celów działania, przywództwo ale także szeroki zespół rozumiejący i wspierający te działania.



#### 4.5. Zasady przejęcia i zbycia zbędnego mienia

Jedną z pierwszych czynności likwidatora powinno być dokonanie inwentaryzacji i wyceny szacunkowej mienia pozostającego w dyspozycji zakładu. Ponieważ w ustawie o zoz proces ten nie został wprost uregulowany, należy sięgnąć do przepisów i zasad określonych w specjalnie im dedykowanych ustawach. Należą do nich w szczególności: ustawa o gospodarce nieruchomościami oraz ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych. Pierwsza z nich dokładnie reguluje zasady gospodarowania mieniem, druga zaś określa procedury postępowania ze składnikami mienia w procesie likwidacji.

Zagadnienia związane z mieniem występowały już wielokrotnie we wcześniejszych fragmentach tego opracowania, bowiem ich znaczenie dla procesu przemian jest bardzo istotne.

Po dokonaniu przez likwidatora inwentaryzacji i wyceny majątku należy dokonać jego podziału na tę część, która jest niezbędna do wykonywania świadczeń przez nową jednostkę, oraz tę, której nowa jednostka nie potrzebuje. W przypadku mienia ruchomego, jego część zbędną likwidator powinien zagospodarować według zasad określonych przez powiat oleśnicki. Jawność i czytelność tych zasad jest niezwykle istotna dla oceny przekształceń, jaka zapewne dokonywana będzie w lokalnym społeczeństwie. Część zbędna majątku likwidowanej jednostki powinna zostać zlicytowana według powszechnie przyjętych zasad jawności. Dochody z tego tytułu zasilają budżet PZS w likwidacji i mogą stanowić podstawę do spłaty np. drobnych wierzycieli. W praktyce bowiem majątek, który byłby ewentualnie oceniony jako zbędny przedstawia niewielką wartość i składa się przede wszystkim ze zdekapitalizowanych elementów wyposażenia jak np. stare meble biurowe czy gabinetów medycznych (parawany itp.).

Część mienia niezbędna do wykonywania świadczeń przez nowy podmiot w zależności od przyjętego przez powiat sposobu postępowania może być albo jej wydzierżawiona, albo wystawiona na licytacji do której nowy podmiot mógłby przystąpić. W wyniku zlicytowania takich urządzeń stałby się automatycznie ich właścicielem. Trzeba jednak zaznaczyć, że publiczna licytacja takiego sprzętu może oznaczać jego nabycie przez podmioty z zewnątrz, które są w stanie zaoferować wyższe ceny. Jest to proces korzystny dla likwidatora, niekorzystny zaś dla nowej jednostki.

W przypadku mienia nieruchomego likwidator pozostaje jego automatycznym użytkownikiem na zasadzie sukcesji po PZS. Formalnie może nadal zarządzać tym mieniem na zasadach określonych dla Powiatowego Zespołu Szpitali. Może zatem podejmować czynności zmierzające np. do wynajmowania tego mienia nowej spółce, uzyskując z tego tytułu określone dochody. Z dniem zakończenia likwidacji, umowa zarządu nad tym mieniem wygasa automatycznie i obiekty te powracają bezpośrednio pod zarząd właściciela czyli powiatu. Możliwy jest tu także inny wariant polegający na wygaszeniu prawa użytkowania tego mienia przed zakończeniem procesu likwidacji. Taka decyzja zawsze bowiem zależy do właściciela, którym jest powiat. Operacja tak może np. nastąpić jeśli powiat oleśnicki uzna, że mienie to oddaje w użytkowanie nowej spółce, bądź też jeśli zechce wprowadzić je w formie aportu do tej spółki.

## ZAKOŃCZENIE

Niniejsze opracowanie, ma stanowić podstawę do podjęcia szeregu decyzji związanych z procesem reorganizacji Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.

Służy temu zawarta w nim szczegółowa sytuacja finansowej badanej jednostki, możliwości i propozycje jej reorganizacji finansowej.

Badana jednostka nie bilansuje swojej działalności bieżącej nawet po uwzględnieniu kosztów obsługi zadłużenia. Jak wykazały analizy benchmarkingowe, Powiatowy Zespół Szpitali należy do typowych jednostek szczebla powiatowego zarówno pod względem wielkości jak i zakresu wykonywanych świadczeń. Cechą odróżniającą od innych jednostek jest fakt, iż składa się z dwóch połączonych ze sobą organizacyjnie placówek – w Oleśnicy i Sycowie. Z analiz wynika, że pomimo podjętych już wielu działań reorganizacyjnych, w jednostce znajdują się jeszcze rezerwy, pozwalające na obniżkę kosztów do takiego poziomu, by bilansowała ona swoją działalność. Fakt ten jest szczególnie istotny przy przeprowadzanych dalszych projekcjach. Skupiały się one przede wszystkim na niezbędnych działaniach restrukturyzacyjnych dotyczących zarówno zmian w struktury organizacyjnej jak i zmian wewnątrz poszczególnych komórek.

Zaprezentowano także warianty rozwiązań dotyczące zmiany formuły organizacyjno-prawnej. Każde z proponowanych rozwiązań zaopatrzone w analizę wszystkich pozytywnych a także negatywnych aspektów. Autor stoi bowiem na stanowisku, że nie ma rozwiązań idealnych, są jedynie takie, które w danym przypadku mogą być bardziej lub mniej optymalne. Sugerowane rozwiązania przedstawiono w taki sposób, by umożliwić decydentom podjęcie jak najlepszej dla PZS w Oleśnicy decyzji.

Zaprezentowanie w sposób szczegółowy skomplikowanej ścieżki formalno-prawnej przekształcenia wraz z możliwymi wariantami rozwiązań, ma na celu przygotowanie całego środowiska do sprawnego i skutecznego przeprowadzenia tego procesu. Identyfikacja tych elementów, wybór poszczególnych wariantów oraz planowanie operacyjne całego przedsięwzięcia, zwiększa zdecydowanie szansę na osiągnięcie zakładanej skuteczności.

## ZAKOŃCZENIE

Niniejsze opracowanie, ma stanowić podstawę do podjęcia szeregu decyzji związanych z procesem reorganizacji Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.

Służy temu zawarta w nim szczegółowa sytuacja finansowa badanej jednostki, możliwości i propozycje jej reorganizacji finansowej.

Badana jednostka nie bilansuje swojej działalności bieżącej nawet po uwzględnieniu kosztów obsługi zadłużenia. Jak wykazały analizy benchmarkingowe, Powiatowy Zespół Szpitali należy do typowych jednostek szczebla powiatowego zarówno pod względem wielkości jak i zakresu wykonywanych świadczeń. Cechą odróżniającą od innych jednostek jest fakt, iż składa się z dwóch połączonych ze sobą organizacyjnie placówek – w Oleśnicy i Sycowie. Z analiz wynika, że pomimo podjętych już wielu działań reorganizacyjnych, w jednostce znajdują się jeszcze rezerwy, pozwalające na obniżkę kosztów do takiego poziomu, by bilansowała ona swoją działalność. Fakt ten jest szczególnie istotny przy przeprowadzanych dalszych projekcjach. Skupiały się one przede wszystkim na niezbędnych działaniach restrukturyzacyjnych dotyczących zarówno zmian w strukturze organizacyjnej jak i zmian wewnątrz poszczególnych komórek.

Zaprezentowano także warianty rozwiązań dotyczące zmiany formuły organizacyjno-prawnej. Każde z proponowanych rozwiązań zaopatrzone w analizę wszystkich pozytywnych a także negatywnych aspektów. Autor stoi bowiem na stanowisku, że nie ma rozwiązań idealnych, są jedynie takie, które w danym przypadku mogą być bardziej lub mniej optymalne. Sugerowane rozwiązania przedstawiono w taki sposób, by umożliwić decydentom podjęcie jak najlepszej dla PZS w Oleśnicy decyzji.

Zaprezentowanie w sposób szczegółowy skomplikowanej ścieżki formalno-prawnej przekształcenia wraz z możliwymi wariantami rozwiązań, ma na celu przygotowanie całego środowiska do sprawnego i skutecznego przeprowadzenia tego procesu. Identyfikacja tych elementów, wybór poszczególnych wariantów oraz planowanie operacyjne całego przedsięwzięcia, zwiększa zdecydowanie szansę na osiągnięcie zakładanej skuteczności.

PRZEWODNICZĄCY  
Rady Powiatu Oleśnickiego

  
Marian Horbacz