

Kto jest odpowiedzialny za rosnące zadłużenie szpitali



Wina samorządów

Sposób zarządzania placówkami ochrony zdrowia w Polsce ma największe znaczenie dla ich kondycji ekonomiczno-finansowej, a w konsekwencji dla ich przetrwania na rynku świadczeniodawców. Taki wniosek płynie zarówno z analizy raportów z kontroli przeprowadzonych ostatnio przez Najwyższą Izbę Kontroli, jak i z lektury lokalnych internetowych portali informacyjno-publicystycznych. Czy wina za złą kondycję szpitali leży po stronie menedżerów czy sprawujących nad nimi nadzór samorządów?

Przekształcenie szpitali samorządowych w spółki prawa handlowego niewiele zmieniło na rynku usług leczniczych. Co prawda – wbrew społecznym obawom – nie zlikwidowano oddziałów i nie pogorszył się dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych, jednakże – wbrew zapewnieniom decydentów, począwszy od ustawodawcy, poprzez Ministerstwo Zdrowia, a na przedstawicielach organów tworzących podmioty lecznicze kończąc – w zdecydowanej większości wypadków nie poprawiła się sytuacja ekonomiczna przekształconych placówek. Po chwilowym oddechu związanym z oddłużeniem, szybko powróciły one do normy, czyli do generowania strat. Powstaje zasadnicze pytanie: dlaczego tak się dzieje?

Ustalenia NIK

Ustalenia NIK wskazują, że zmiana formy organizacyjno-prawnej szpitali i utworzenie w miejsce samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) spółek kapitałowych nie spowodowały dotychczas istotnych zmian ani w sposobie zarządzania, ani w zakresie, liczbie i dostępności świadczeń zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych. Wbrew oczekiwaniom nie poprawiła się sytuacja finansowa szpitali, nie odnotowano również poprawy w dostępie pacjentów do usług medycznych. Przekształcenie SPZOZ-ów w spółki kapitałowe nie spowodowało zmiany struktury przychodów placówek. Nadal ponad 90 proc. przychodów szpitali pochodziło z kontraktów

z NFZ, a jedynie ok. 5 proc. stanowiły przychody ze sprzedaży usług medycznych.

Przekształcenie szpitali w spółki nie spowodowało istotnej poprawy ich kondycji finansowej. W połowie przekształconych placówek, które uzyskały dotacje na procedury przekształceń i oddłużenie, efekty okazały się krótkotrwałe. Szpitalne spółki, podobnie jak wcześniej ZOZ-y, nie prowadziły np. precyzyjnej analizy kosztów poszczególnych procedur medycznych. W konsekwencji nie potrafiły określić, czy świadczenia, których udzieliły, były rentowne, a zarządzający nie mogli wykorzystać tych danych do ewentualnej modyfikacji prowadzonej działalności.

Uzależnienie finansowe spółek kapitałowych od przychodów z jednego źródła, jakim jest NFZ, a jednocześnie wiążąca się z tym konieczność zawarcia kontraktów po określonych i narzuconych przez Fundusz cenach, powodowały, że zniknął bodziec do podejmowania działań poprawiających sytuację ekonomiczną szpitali, polepszających jakość i zakres świadczonych przez nie usług oraz warunków pracy personelu. Nowo powstałe spółki, podobnie jak wcześniej SPZOZ-y, miały bowiem ograniczone możliwości zmiany profilu działalności oraz pozyskiwania dodatkowych przychodów. W związku z tym żaden z kontrolowanych przez NIK szpitali nie wypracował narzędzi pozwalających na bieżącą analizę lokalnego zapotrzebowania na usługi medyczne. W efekcie to nie rzeczywiste potrzeby mieszkańców, ale wartość kontraktu z NFZ wyznaczała zakres oferowanych usług.

Kompetencje zawodowe menedżerów

Prawidłowe i sprawne funkcjonowanie placówek medycznych jest gwarantem realizacji obowiązku wynikającego z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483 z późn. zm.), zgodnie z którym wszyscy obywatele, niezależnie od swojej sytuacji materialnej, mają prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne muszą zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej z pieniędzy publicznych. Aby placówki medyczne mogły w taki sposób funkcjonować, muszą się opierać na uregulowaniach prawnych określających ich rolę i zadania w całym systemie ochrony zdrowia, a przede wszystkim muszą być w sposób właściwy i kompleksowy zarządzane.

Szpitalne są złożonymi podmiotami gospodarczymi, m.in. pod względem organizacyjnym, realizującymi różne cele w różnych obszarach. Zarządzanie takim podmiotem nie jest łatwe i wymaga dużej wiedzy z różnych dziedzin. Menedżerowie często w sposób intuicyjny podejmują najważniejsze decyzje zarządcze – niestety, z różnymi rezultatami. Poziom ich wiedzy z zakresu ekonomii, finansów, organizacji i zarządzania jest mocno zróżnicowany, co w pewnym stopniu wyjaśnia, dlaczego w zbliżonych warunkach makro-

„ Szpitale po chwilowym oddechu związanym z oddłużeniem szybko powróciły do normy, czyli do generowania strat ”

i mikroekonomicznych obok nielicznych szpitali dobrze prosperujących mamy w zdecydowanej większości do czynienia ze szpitalami borykającymi się z nieustającymi problemami w obszarach: finansowym, rzeczowym i ludzkim.

Menedżerowie i pracownicy podmiotów leczniczych nie są przygotowani do uczestnictwa w nieuniknionym procesie zmian, którego jesteśmy świadkami w niemal wszystkich sferach działalności gospodarczej. Współczesne koncepcje zarządzania, takie jak *reengineering* (przeprojektowanie procesów przedsiębiorstwa), *total quality management* (kompleksowe zarządzanie jakością), *benchmarking* (dążenie do doskonałości poprzez porównywanie własnej organizacji z innymi organizacjami z otoczenia w danej branży), *outsourcing* (przekazywanie niektórych funkcji poza obręb organizacji), *lean management* (tzw. wyszczuplenie organizacji), zarządzanie projektami, zrównoważona karta wyników czy organizacja ucząca się, są dla wielu osób zarządzających podmiotami leczniczymi wciąż pojęciami mglistymi lub wręcz obcymi, albowiem w Polsce na ogół koncepcje te należą do mało rozpoznanych. Wyniki badań [źródło: Tylek A., Zastosowanie nowych koncepcji zarządzania a sprawność publicznych szpitali, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ, Kraków 2011] dotyczących koncepcji zarządzania wykorzystywanych w placówkach medycznych potwierdzają publikowane w literaturze poglądy, zgodnie z którymi powszechnie znane i stosowane koncepcje zarządzania w sektorze ochrony zdrowia to zarządzanie jakością i *outsourcing*. Zainteresowanie pozostałymi koncepcjami zarządzania nie ma dla menedżerów ochrony zdrowia istotnego znaczenia lub jest wręcz pomijane. Ta okoliczność jest jednym z głównych ograniczeń skutecznego zarządzania organizacjami publicznymi funkcjonującymi w obszarze ochrony zdrowia w Polsce. Wynika z tego pilna potrzeba promocji nowoczesnych narzędzi zarządzania i edukacji w tej dziedzinie.

Uwarunkowania kształtujące zachowania menedżerów

Niezbędnym warunkiem prawidłowego funkcjonowania każdej organizacji jest poprawne zarządzanie, wyobraźnia, przedsiębiorczość, elastyczność, umiejętność korzystania z szans i ich tworzenie dzięki strategicznemu myśleniu i działaniu. Tylko takie postępowanie umożliwia wykreowanie pożądanej przyszłości, rozwój



„ Nowo powstałe spółki, podobnie jak wcześniej SPZOZ-y, miały ograniczone możliwości zmiany profilu działalności oraz pozyskiwania dodatkowych przychodów ”

firmy i utrzymanie systemu współpracy ze strukturami jej otoczenia. Realizacją procesu zarządzania zajmują się menedżerowie, których zadaniem jest profesjonalne ustalanie i realizowanie zadań firmy.

Każdy menedżer wykonuje różne czynności i spełnia różnorodne funkcje w trakcie zarządzania. Może to robić w różny sposób i osiągać sukces kierowniczy. Najważniejsze, by umiał patrzeć na organizację i jej problemy w sposób kompleksowy i perspektywiczny, koncentrował swój czas i energię na sprawach najważniejszych, stwarzających szanse na rozwój i sukces zarządzanej firmy, a nie tylko na problemach wymagających pilnego rozwiązania. Od skutecznych menedżerów wymaga się, aby z racji swej pozycji i władzy podejmowali decyzje mające istotny wpływ na całą organizację, na jej osiągnięcia i wyniki, na jej przyszłą pozycję w otoczeniu.

Od każdego menedżera oczekuje się wzorcowego odgrywania roli wynikającej z jego funkcji w przedsiębiorstwie, która musi być aktywna i twórcza. Podejmowane przez menedżera decyzje, za których skutki tylko on ponosi odpowiedzialność, powinny być niezależne i samodzielne. Tak mówi teoria opisana w podręczni-

kach zarządzania. Czy tak jest w praktyce, szczególnie w sektorze ochrony zdrowia? Lektura lokalnych portali internetowych przeczy tym tezom.

Przykłady złych praktyk z życia wzięte

Przykład 1

Przekształcony i oddłużony w 2009 r. samorządowy szpital powiatowy funkcjonujący w dwóch kompleksach oddalonych od siebie o 43 km, powstały z wcześniejszego połączenia dwóch niezależnych placówek i oferujący w obu lokalizacjach te same świadczenia (oddziały jednoimienne). Po dwóch latach od przekształcenia szpital ponownie wpada w spiralę zadłużenia. Następuje wymiana menedżera. Zadaniem nowego prezesa, człowieka z wieloletnim doświadczeniem w zarządzaniu dużymi podmiotami gospodarczymi, jest m.in. opracowanie programu naprawczego mającego zahamować i odwrócić niekorzystne zjawiska i przedłożenie dokumentu do zaopiniowania organom spółki przed wdrożeniem do realizacji. Program naprawczy zakłada m.in. konsolidację oddziałów szpitalnych i ich dywersyfikację polegającą na umieszczeniu w jednej lokalizacji oddziałów zabiegowych, a w drugiej zachowawczych. Program ma solidne podstawy merytoryczne i finansowe. Zbliżają się jednak wybory samorządowe i program nie podoba się staroście z tzw. względów społecznych. Górę bierze interes wyborczy rządzącej opcji politycznej, a kwestie merytoryczne schodzą na plan dalszy. Program zostaje odrzucony,

prezes – autor projektu naprawczego, zostaje odwołany i zastąpiony wieloletnim funkcjonariuszem starostwa. A szpital popada w kolejne kłopoty.

Przykład 2

Duży, wielooddziałowy szpital powiatowy, od lat generujący straty. W 2010 r. SPZOZ z zadłużeniem w wysokości ponad 90 mln zł zostaje przekształcony w spółkę, na której czele staje prezes zarządu przywieziony w teczkę przez jednego z członków zarządu powiatu. Spółka od pierwszego miesiąca funkcjonowania sukcesywnie generuje stratę, a jedną z przyczyn tej sytuacji jest polityka kadrowa prezesa. Organ założycielski jednak nie reaguje, bo „przecież to nasz człowiek”. Gdy okazuje się, że sytuacja jest krytyczna i prezes zarządu złożył w sądzie gospodarczym wniosek o ogłoszenie upadłości spółki, władze powiatu budzą się z letargu i szybko go odwołują. Sytuację wykorzystuje opozycja w radzie powiatu i wszczyna typowo polską wojenkę na górze, której eskalacja powoduje, że nowy zarząd spółki zostaje powołany dopiero pół roku później. Pomimo wysiłków nowego prezesa i uruchomienia kilku transz zasilenia finansowego ze strony organu tworzącego oraz zaciągnięcia pożyczek w instytucjach parbankowych kryzysu nie sposób już opanować. W tym czasie wybory samorządowe wygrywa opozycja i wokół szpitala rozpoczyna się istna batalia polityczna, w której nie chodzi już o to, aby pomóc zadłużonej spółce, ale o to, kto komu w radzie i zarządzie powiatu przyłoży. Nowa powiatowa władza polityczna dokonuje gruntownych zmian w organach statutowych spółki (oczywiście, casus teczki zostaje powtórzony), a te zaczynają swoje rządy. A szpital balansuje na krawędzi przepaści.

Przykład 3

Samorządowy szpital powiatowy funkcjonujący w formule SPZOZ w dwóch kompleksach oddalonych od siebie o 17 km, gdzie dyrektor lecznicy nie ma wiele do powiedzenia i nie ma samodzielności, bo wszystkie decyzje strategiczne podejmuje jednoosobowo starosta. Szkopuł tkwi w tym, że starosta często zmienia swoje pomysły i koncepcje związane z przyszłością szpitala, a intensywność tych zmian jest pochodną rozkładu sił w radzie powiatu oraz bieżącej sytuacji w gminach, w których funkcjonuje szpital, a także subiektywnej oceny własnych korzyści. W rezultacie od lat toczy się jałowa dyskusja na temat kierunków rozwoju szpitala. Nic z niej nie wynika, bo nie jest to na rękę wszystkim głównym graczom politycznym w powiecie. Cierpią na tym pacjenci, a szpital systematycznie popada w ruinę.

Przykład 4

Typowy pięciooddziałowy szpital powiatowy posiadający dodatkowo duże i dochodowe centrum rehabilitacji. Bez istotnej przyczyny i bez konieczności wynikającej z przepisów prawa organ tworzący postanawia

„Menedżerowie często w sposób intuicyjny podejmują najważniejsze decyzje zarządcze – niestety, z różnymi rezultatami”

przekształcić SPZOZ w spółkę prawa handlowego. Spółka w ciągu roku generuje dużą stratę, w wyniku czego prezes zarządu zostaje odwołany. Sprowadzony naprędce z sąsiedniego powiatu nowy prezes opracowuje i wdraża autorski program naprawczy, jednak organ tworzący postanawia pozbyć się kłopotu i wszczyna procedurę pozyskania dla szpitala dzierżawcy lub operatora. Prezes próbuje obronić szpital przed oddaniem w obce ręce, m.in. zamawiając w specjalistycznej firmie doradczej stosowne opracowania i analizy, z których wynika niezbicie, że szpital po podjęciu określonych działań restrukturyzacyjnych ma szansę wyjść na prostą w krótkim czasie. Organ założycielski pozostaje jednak głuchy na te argumenty i finalizuje transakcję. Prezes rozgląda się za nową pracą.

Przykład 5

Duży marszałkowski szpital specjalistyczny, którego skumulowane zadłużenie przewyższa znacznie wartość rocznego kontraktu z NFZ. Organ tworzący zmuszony jest przekształcić SPZOZ w spółkę prawa handlowego, biorąc na siebie znaczną część przeterminowanych zobowiązań. Pozostaje jednak zadłużenie wynoszące około 48 proc. rocznego kontraktu z NFZ, które spółka musi spłacać samodzielnie. Zewnętrzna firma doradcza opracowuje radykalny plan naprawczy, którego wdrożenie powierzone zostaje nowemu zarządowi spółki wybranemu w otwartym postępowaniu konkursowym. Po kilku trudnych miesiącach ciężkiej pracy, podczas których m.in. zrestrukturyzowano długi oraz przeprowadzono duże zwolnienia grupowe wśród załogi, trudna sytuacja finansowa placówki została opanowana i unormowana. Organ właścicielski decyduje się więc odwołać zarząd, który wykonał czarną robotę, i zastąpić go bez konkursu osobą z własnego zaplecza.

Czy jest nadzieja na poprawę

Wielu menedżerów charakteryzuje wysoki poziom kompetencji zawodowych (konceptyjnych, organizacyjnych, kontrolnych, technicznych, analitycznych czy decyzyjnych), a mimo to ich skuteczność w zarządzaniu jest niewielka. Jedną z przyczyn tego zjawiska w sektorze ochrony zdrowia zbyt często bywa

” W opinii części poważnych ekspertów ze względu na umocowanie polityczne samorządu będącego właścicielem podmiotu leczniczego istnieje niebezpieczeństwo powołania do rady nadzorczej osób bez odpowiedniego przygotowania ”



proceder ręcznego sterowania menedżerem uprawiany z tylnego siedzenia przez lokalnych polityków, opisany w przykładach powyżej. Na takie praktyki nie powinno być zgody, gdyż nie prowadzą one do niczego dobrego – ani dla pacjentów, ani dla podmiotu leczniczego, ani dla organu tworzącego, a już szczególnie dla menedżera. Skuteczne i satysfakcjonujące funkcjonowanie w określonych rolach społecznych i sytuacjach zadaniowych w środowisku pracy wymaga zatem od menedżera stałej gotowości do podejmowania nowych i trudnych wyzwań. Niestety, często są to sytuacje kawkowskie, których istotą jest konflikt jednostki z anonimową nadrzędną wobec niej instancją w postaci organu tworzącego podmiot leczniczy.

W literaturze przedmiotu nie ma opracowań podejmujących próbę kompleksowej oceny rad społecznych funkcjonujących w SPZOZ-ach. Funkcjonowanie rad – biorąc pod uwagę powierzone im zadania, jak również sposób powoływania członków i sposób ich pracy – należy jednak oceniać negatywnie. Rada społeczna nie uczestniczy aktywnie w zarządzaniu szpitalem, wydłuża proces podejmowania decyzji, rozpraszając odpowiedzialność, a katalog spraw przypisanych radom społecznym stanowi pomieszczenie kwestii ekonomicznych ze sprawami kadrowymi i medycznymi. Nie ma też żadnych wymogów dotyczących wiedzy i doświadczenia menedżerskiego członków rad społecznych SPZOZ-ów i najczęściej nie mają oni kompetencji nie-

zbędnych do wspierania procesu zarządzania jednostką, którą wspierać powinni. Co więcej, nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za swoje działania.

W opinii części poważnych ekspertów ze względu na umocowanie polityczne samorządu będącego właścicielem podmiotu leczniczego także po przekształceniu szpitala SPZOZ w spółkę prawa handlowego istnieje niebezpieczeństwo powołania do rady nadzorczej osób bez odpowiedniego przygotowania merytorycznego, które będą stanowiły coś w rodzaju pasa transmisyjnego oczekiwań i doraźnych potrzeb decydentów z poziomu organu tworzącego podmiot leczniczy, co często jest na rękę tym ostatnim. Kluczowym wymogiem jest zatem stworzenie organu nadzorczego składającego się z kompetentnych i niezależnych osób mogących dokonać rzetelnych ocen działalności zarządów spółek oraz wspierających je i służących radą w razie potrzeby. Część ekspertów uważa nawet, że organy nadzorcze powinny się składać z osób zatrudnionych w sektorze prywatnym, by wzmocnić biznesowe nastawienie skomercjalizowanych publicznych instytucji ochrony zdrowia. Być może nie byłoby wówczas tak licznych negatywnych przypadków jak te opisane powyżej, a ogólny stan podmiotów leczniczych byłby znacznie lepszy od obecnego, opisanego m.in. w raportach NIK.

Krzysztof Czerkas
 Autor jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali oraz wykładowcą i ekspertem Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku.