

Artur Paździor*

Gabriel Maj**

Wpływ zmian organizacyjnych na efektywność finansową podmiotów leczniczych na przykładzie szpitala X

Wstęp

Od wielu lat funkcjonowanie publicznej służby zdrowia w Polsce budzi wiele zastrzeżeń. Dotyczą one nie tylko sprawności realizowanych usług medycznych, słabej komunikacji z pacjentami, nadmiernej biurokracji, niedoboru kadry [Mądrała, 2013, s. 8–14], lecz również ich kosztów oraz sytuacji finansowej publicznych podmiotów leczniczych, w szczególności szpitali [*Sytuacja...*, 2014, s. 25–27]. Znaczna liczba szpitali ponosi stratę na działalności podstawowej, czego rezultatem jest rosnące zadłużenie i groźba utraty płynności finansowej. Dotychczas podejmowane próby uzdrowienia tej sytuacji (oddłużenie szpitali publicznych i ich prywatyzacja) nie doprowadziły do oczekiwanej poprawy.

Wydłużającym się kolejkom do lekarzy specjalistów, coraz dłuższemu oczekiwaniu na realizację wielu usług medycznych towarzyszy nie w pełni wykorzystany potencjał usługowy szpitali. Sytuację tę często próbuje się tłumaczyć niskimi nakładami na ochronę zdrowia w Polsce. Istnieje jednak wysokie prawdopodobieństwo, że przy obecnej organizacji pracy i zasadach wynagradzania znaczący wzrost tych wydatków mógłby się okazać niewystarczająco efektywny.

Celem artykułu jest ocena wykorzystania potencjału usługowego jednego ze szpitali wojewódzkich i jego wpływu na jego sytuację finansową. Myślą przewodnią opracowania jest założenie o niskiej skuteczności dotychczasowych zmian w zakresie funkcjonowania szpitali publicznych. W dotychczasowych rozwiązaniach w niedostatecznym stopniu uwzględniano konieczność zmian organizacyjnych, które pozwoliłyby na wzrost wykorzystania posiadanych zasobów i zadowolenia pacjentów. Hipotezą badawczą postawioną w pracy jest założenie, że zmiany organizacyjne wdrożone w badanej jednostce przyczyniły się do poprawy kondycji finansowej analizowanego szpitala wojewódzkiego. Cel pracy został zrealizowany, a hipotezy zweryfikowane

* Prof. PL dr hab. inż., Katedra Finansów i Rachunkowości, Wydział Zarządzania, Politechnika Lubelska, ul. Nadbystrzycka 38, 20-618 Lublin, a.pazdzior@pollub.pl

** Mgr, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie, gmaj@szpital.lublin.pl

w wyniku analizy danych statystycznych oraz ekonomiczno-finansowych badanej jednostki za lata 2012–2016. W niniejszym artykule zastosowano metody obserwacyjne oraz badania dokumentów, które zostały przeprowadzone na kanwie uprzednio realizowanych metod obserwacyjnych.

1. Potencjał usługowy szpitali w Polsce

W Polsce w 2015 r. funkcjonowało 934 szpitali stacjonarnych. Ich rozmieszczenie na terenie kraju jest nierównomierne. Najwięcej szpitali zlokalizowanych jest w województwach: śląskim (150) i mazowieckim (111). Najmniej zlokalizowanych szpitali jest w województwach: lubuskim (24), świętokrzyskim (25) i opolskim (26). Równocześnie liczba łóżek, którymi dysponują szpitale, nie jest proporcjonalna do liczby mieszkańców. Najwięcej łóżek na 10 tys. mieszkańców przypada w województwach: śląskim (55,5), lubelskim (51,9) i łódzkim (51,3). Najmniej łóżek mają województwa pomorskie (40,8), lubuskie (42,5) i opolskie (42,6 na 10 tys. mieszkańców). W ostatnich dziesięciu latach następowały stopniowe zmiany w liczbie szpitali i łóżek oraz ich wykorzystaniu (tab. 1).

Tablica 1. Liczba szpitali i łóżek w Polsce w latach 2005–2015

Lata	Liczba szpitali	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 10 tys. pacjentów	Liczba pacjentów na 1 łóżko
2005	781	179.493	47,0	38,7
2010	795	181.077	47,4	43,7
2014	958	184.498	47,9	44,9
2015	934	183.301	47,7	44,9

Źródło: Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia z lat: 2006, 2011, 2015 i 2016.

W badanym okresie liczba szpitali stacjonarnych wzrosła o ok. 20%, podczas gdy liczba łóżek zwiększyła się zaledwie o 2,1%. Jest to rezultatem restrukturyzacji zachodzących w organizacji ochrony zdrowia. Niektóre mniejsze szpitale (głównie publiczne) zostały połączone, niektóre uległy likwidacji, niektóre zmieniły właścicieli (zostały sprywatyzowane). Ponadto systematycznie powstają nowe szpitale niepubliczne (w tym prywatne). O ile w 2005 r. takich szpitali było 170, które posiadały 8.215 łóżek, o tyle w 2010 r. prywatnych szpitali było 286, które dysponowały 23.837 łózkami. Udział szpitali niepublicznych w ogólnej liczbie szpitali w 2005 r. wynosił ok. 22%, zaś w ogólnej liczbie łóżek ok. 5%. W 2010 r. te udziały stanowiły odpowiednio: 36% i 13,16%. Z tego wynika, że powstawały przede wszystkim małe szpitale, o niewielkiej liczbie łóżek. Przeciętny szpital publiczny dysponował w 2010 r. ok. 309 łózkami, podczas gdy w szpitalach niepublicznych średnia liczba łóżek wynosiła 35. Szpitale niepubliczne to szpitale najczęściej o wąskiej specjalizacji.

Na uwagę zasługuje rosnąca liczba pacjentów przypadających na jedno łóżko. W 2005 r. na jedno szpitalne łóżko przypadało prawie 39 pacjentów, natomiast w 2015 r. było to prawie 45 pacjentów. Przyrost liczby pacjentów wyniósł prawie 18,5%. Zjawisku temu towarzyszyło skrócenie średniego okresu pobytu pacjentów w szpitalu (tab. 2).

Tablica 2. Pobyt pacjentów w dniach i wykorzystanie łóżek szpitalnych w latach 2005–2015

Lata	Średni pobyt pacjenta w szpitalu w dniach	Wykorzystanie łóżek w dniach	Wykorzystanie łóżek w %
2005	6,7	259,2	71,0
2010	5,7	248,5	68,1
2014	5,5	245,7	67,3
2015	5,4	242,9	66,5

Źródło: Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia z lat: 2006, 2011, 2015 i 2016.

Okres ten skrócił się prawie o 20%. Jest to niewątpliwie rezultatem lepszej organizacji pracy szpitali, stosowania nowoczesnych procedur medycznych umożliwiających szybszy powrót pacjentów do zdrowia, wzrostu udziału procedur ambulatoryjnych. Krótszy okres pobytu pacjentów wpłynął na spadek wskaźnika wykorzystania łóżek. Wykorzystanie łóżek w dniach w latach 2005–2015 zmniejszyło się o 6,3%, natomiast procentowy wskaźnik wykorzystania liczby łóżek spadł z 71% w 2005 r. do 66,5% w 2015 r. Wskaźniki te informują o nadmiarze łóżek szpitalnych. Dotyczy to w szczególności szpitali publicznych. Podkreślić należy, że mimo ogólnie pozytywnych zmian efektywność funkcjonowania poszczególnych szpitali (zwłaszcza publicznych) jest dość zróżnicowana [Krawczyk-Sołtys, 2013, s. 267].

2. Analiza wykorzystania zasobów badanego szpitala

Analizowany szpital jest jednym z większych szpitali w Polsce Wschodniej. W przeciętnym polskim szpitalu znajduje się niespełna 300 łóżek, podczas gdy w badanej jednostce liczba ta wynosi blisko 700 (tab. 3). Wyraźnie wyższa jest także liczba pacjentów hospitalizowanych w ciągu roku – średnia dla polskich szpitali wynosi 11,3 tys. osób, zaś dla badanego szpitala 35,4 tys. osób. Większa jest również liczba pracowników medycznych, zarówno etatowych, jak i kontraktowych (odpowiednio 450 osób i 1207 osób). Znacznie wyższe niż średnia krajowa są również przychody. Analizowana jednostka w 2014 r. osiągnęła sprzedaż na poziomie 151,7 mln zł, podczas gdy średni przychód polskich szpitali ukształtował się na poziomie 41,1 mln zł. Przychody ze sprzedaży netto badanego szpitala były wyższe od średniego poziomu szpitali w Polsce o 269% (tab. 3).

Tablica 3. Analiza benchmarkingowa podstawowych danych ekonomiczno-finansowych szpitali w Polsce (stan na 31.12.2014 r.)

Lp.	Wskaźnik	Średnia w Polsce	Szpital X	Odchylenie*
1.	Liczba łóżek w szpitalu	296	682	130%
2.	Liczba pacjentów w ciągu roku	11.308	35.422	213%
3.	Liczba pracowników medycznych	450	1.207	168%
4.	Przychody operacyjne	41.068 tys. zł	151.715 tys. zł	269%

*Różnica między stanem w badanym szpitalu i średnim stanem w Polsce odniesiona do stanu średniego w Polsce wyrażona w procentach.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz informacji ekonomiczno-finansowych szpitala X.

Mimo że analizowany szpital nie należy do typowych, nie oznacza to, że struktura oferowanych w nim zabiegów znacząco różni się od tego, co realizuje się w pozostałych jednostkach ochrony zdrowia. W szpitalu X najwięcej łóżek znajduje się na oddziałach: ginekologiczno-położniczym i noworodków. Najmniej łóżek umiejscowionych jest natomiast na oddziałach: intensywnej terapii, otolaryngologicznym i onkologicznym. Podobną tendencję można zauważyć w większości szpitali funkcjonujących w Polsce. Zjawisko to zostało zaprezentowane w tablicy 4.

Tablica 4. Analiza benchmarkingowa struktury łóżek szpitalnych w Polsce (stan na 31.12.2014 r.)

Lp.	Oddział	Średnia w Polsce	Szpital X	Odchylenie*
1.	Chirurgiczny	22,2%	14,1%	-36,49%
2.	Ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny	14,6%	15,1%	3,42%
3.	Chorób wewnętrznych	13,5%	8,1%	-40,00%
4.	Rehabilitacyjny	9,3%	4,7%	-49,46%
5.	Pediatryczny	5,4%	4,7%	-12,96%
6.	Kardiologiczny	4,8%	8,5%	77,08%
7.	Neurologiczny	4,3%	6,7%	55,81%
8.	Onkologiczny	3,1%	3,5%	12,90%
9.	Otolaryngologiczny	2,2%	3,5%	59,09%
10.	Intensywnej terapii	1,9%	1,9%	0,00%
11.	Nefrologiczny	1,0%	3,4%	240,00%

* Różnica między stanem w badanym szpitalu i średnim stanem w Polsce odniesiona do stanu średniego w Polsce wyrażona w procentach.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz informacji ekonomiczno-finansowych szpitala X.

Pewne podobieństwa widoczne są także w odniesieniu do średniego czasu pobytu na oddziale. Najdłuższy czas obserwowany jest na oddziale rehabilitacyjnym – ponad 27 dni (średnia w Polsce niespełna 23 dni). Relatywnie długi czas pacjenci przebywają także na oddziale intensywnej terapii – blisko 15 dni (średnia w Polsce niecałe 9 dni). Warto jednak zwrócić uwagę, że na 15 przeanalizowanych oddziałów tylko w 4 przypadkach można było zaobserwować ujemną różnicę, oznaczającą, że w szpitalu X średni czas pobytu pacjenta na oddziale jest krótszy niż średnia krajowa. W pozostałych oddziałach czas ten jest wyraźnie dłuższy niż przeciętna wartość w Polsce. Na wielu oddziałach pacjenci przebywają o ok. 40% (chirurgiczny, ginekologiczno-położniczy i noworodków, pediatryczny), czy też o ponad 50% (gastrologiczny) lub o ok. 70% (intensywnej terapii, chirurgia urazowo-ortopedyczna) dłużej niż ma to miejsce w większości szpitali w Polsce. Ewenementem jest w tym zestawieniu oddział otolaryngologiczny, na którym pacjenci przebywają o 123% dłużej niż wynosi przeciętny czas pobytu na tym oddziale w innych jednostkach w kraju. Sytuacja ta została przedstawiona w tablicy 5.

Tablica 5. Analiza benchmarkingowa średniego czasu pobytu na oddziale szpitalnym w Polsce (stan na 31.12.2014 r.)

Lp.	Oddział	Średnia w Polsce	Szpital X	Odchylenie
1.	Chirurgiczny	4,5	6,1	35,56%
2.	Ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny	4,1	5,7	39,02%
3.	Chorób wewnętrznych	6,3	7,4	17,46%
4.	Rehabilitacyjny	22,9	27,4	19,65%
5.	Pediatryczny	4,1	5,6	36,59%
6.	Kardiologiczny	4,2	4,7	11,90%
7.	Neurologiczny	6,7	5,8	-13,43%
8.	Onkologiczny	4,4	2,8	-36,36%
9.	Otolaryngologiczny	3,0	6,7	123,33%
10.	Intensywnej terapii	8,7	14,7	68,97%
11.	Nefrologiczny	6,1	5,3	-13,11%
12.	Gastrologiczny	4,5	7,0	55,56%
13.	Toksykologia	4,4	5,2	18,18%
14.	Urologia	3,4	3,2	-5,88%
15.	Chirurgia urazowo-ortopedyczna	5,2	9,2	76,92%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz informacji ekonomiczno-finansowych szpitala X.

Jednym z kluczowych wskaźników branżych pod uwagę w ocenie efektywności funkcjonowania szpitali jest liczba pacjentów przypadająca na 1 łóżko. Wskaźnik ten jest skutecznym miernikiem oceny gospodarowania majątkiem szpitalnym na poszczególnych oddziałach. Świadczy on również o polityce jakości usług medycznych i obsługi okołomedycznej na poszczególnych oddziałach szpitala. Zestawienie wartości tego wskaźnika według danych na koniec 2014 r. zamieszczono w tablicy 6.

Tablica 6. Liczba pacjentów przypadająca na 1 łóżko szpitalne w Polsce (stan na 31.12.2014 r.)

Lp.	Oddział	Liczba łóżek w tys. szt.	Liczba pacjentów w tys. osób	Liczba pacjentów przypadająca na 1 łóżko
1.	Chirurgiczny	41,7	2058,2	49,4
2.	Ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny	18,2	1126,6	61,9
3.	Chorób wewnętrznych	25,5	1108,8	43,5
4.	Rehabilitacyjny	17,5	224,7	12,8
5.	Pediatryczny	10,1	466,8	46,2
6.	Kardiologiczny	9,1	583,7	64,1
7.	Neurologiczny	8,2	337,4	41,1
8.	Onkologiczny	5,9	351,8	59,6
9.	Otolaryngologiczny	4,1	258,5	63,0
10.	Intensywnej terapii	3,6	103,6	28,8
11.	Nefrologiczny	1,9	87,2	45,9
12.	Gastrologiczny	1,7	105,9	62,3
13.	Toksykologiczny	0,3	14,6	48,7

Źródło: Obliczenia własne na podstawie [GUS, 2015, s. 79–83].

Warto zwrócić uwagę, że interpretacja wyników analizy liczby pacjentów przypadających na 1 łóżko szpitalne nie może odbywać się bez uwzględnienia specyfiki związanej z realizacją konkretnych zabiegów medycznych na poszczególnych oddziałach. Cenna jest natomiast analiza dynamiki wartości tego miernika obserwowana w poszczególnych latach w obrębie tej samej jednostki. Kluczowa jest również benchmarkingowa analiza porównawcza, umożliwiająca konfrontację poziomów wskaźnika z wartościami obserwowanymi w branży. Zestawienie umożliwiające taką analizę porównawczą zamieszczono w tablicy 7.

Tablica 7. Analiza benchmarkingowa liczby pacjentów przypadających na 1 łóżko szpitalne

Lp.	Oddział	Średnia w Polsce	Szpital X	Odchylenie*
1.	Chirurgiczny	49,4	49,2	-0,40%
2.	Ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny	61,9	53,4	-13,73%
3.	Chorób wewnętrznych	43,5	42,9	-2,33%
4.	Rehabilitacyjny	12,8	12,1	-5,47%
5.	Pediatryczny	46,2	46,2	-0,00%
6.	Kardiologiczny	64,1	64,9	1,25%
7.	Neurologiczny	41,1	55,6	35,28%
8.	Onkologiczny	59,6	53,5	-10,23%
9.	Otolaryngologiczny	63,0	53,2	-15,56%
10.	Intensywnej terapii	28,8	16,5	-42,71%
11.	Nefrologiczny	45,9	65,7	43,14%
12.	Gastrologiczny	62,3	46,1	-26,00%
13.	Toksykologiczny	48,7	62,1	27,52%

* Różnica między stanem w badanym szpitalu i średnim stanem w Polsce odniesiona do stanu średniego w Polsce wyrażona w procentach.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS oraz informacji ekonomiczno-finansowych szpitala X.

Z danych zaprezentowanych w tablicy 7 wynika, że najmniejsze różnice pomiędzy liczbą pacjentów przypadającą na 1 łóżko można zaobserwować w przypadku oddziału pediatrycznego (-0,07%), chirurgicznego (-0,26%), kardiologicznego (1,20%) i chorób wewnętrznych (-1,44%). Największą różnicę odnotowano dla oddziału nefrologicznego (43,24%), intensywnej terapii (-42,80%) i neurologicznego (35,10%). Wysokie dodatnie odchylenia wskazują na efektywne gospodarowanie posiadanym majątkiem ruchomym oddziałów. Z drugiej strony, przy niewłaściwym podejściu personelu medycznego do pacjentów, mogą być przyczyną niskiej jakości realizowanych usług medycznych oraz obsługi okołozabiegowej. Z kolei ujemne różnice mogą sygnalizować dążenie do maksymalizacji jakości oferowanych usług. Wiąże się to jednak z ryzykiem ponoszenia zbyt wysokich kosztów eksploatacyjnych, a co za tym idzie – z niższą efektywnością ekonomiczną oddziału. Warto w tym miejscu przytoczyć opinię Fourniera i Mitchella, którzy badając efektywność funkcjonowania szpitali w stanie Floryda USA, stwierdzili, że liczba lekarzy przyjmujących do szpitala wykazuje ogromny wpływ na podwyższenie kosztów i dowodzi występowania popytu kreowanego przez świadczeniodawców [Morris

i inni, 2012, s. 101]. Zatem wysokie obłożenie łóżek szpitalnych nie zawsze musi świadczyć o lepszym wykorzystaniu zasobów szpitalnych.

3. Ocena sytuacji finansowej badanego szpitala

Na przestrzeni lat 2014–2016 dało się zauważyć wyraźną poprawę sytuacji finansowej analizowanego szpitala. W okresie tym wartość sprzedaży wzrosła o 13,9%, zaś poziom kosztów działalności operacyjnej zwiększył się o 12,5%. Na skutek tej pozytywnej tendencji szpitalowi udało się zwiększyć zysk ze sprzedaży o 313,3%. Jest to godne podkreślenia, tym bardziej że jeszcze w 2013 r. szpital generował ponad 4 mln zł straty ze sprzedaży. W badanych latach nastąpiło także wyraźne zwiększenie wartości majątku, którego poziom zwiększył się o 26,3 mln zł, czyli o 22,8%. Wzrost ten wynikał ze zwiększenia wartości zarówno aktywów trwałych (zmiana o 25,2%), jak i obrotowych (zmiana o 20,6%). Niestety, w dalszym ciągu poprawa rentowności operacyjnej nie jest na tyle istotna, by mogła niwelować negatywne skutki przeszłych decyzji w zakresie nadmiernego zadłużania. W efekcie zysk ze sprzedaży w 2016 r. był w stanie pokryć zaledwie ok. 1/5 odsetek od kredytów i pożyczek. Taka sytuacja powoduje narastającą stratę netto, której skutkiem jest pogłębianie ujemnej wartości księgowej jednostki. Zjawisko to zostało przedstawione w tablicy 8.

Tablica 8. Analiza wybranych danych finansowych szpitala X

Lp.	Wyszczególnienie	2014	2015	2016	Zmiana (%)
1.	Aktywa ogółem	115 190 378	120 733 332	141 475 930	22,8%
2.	Aktywa trwałe	54 442 591	56 906 300	68 188 890	25,2%
3.	Aktywa obrotowe	60 747 788	63 827 032	73 287 040	20,6%
4.	Kapitał własny	-125 931 455	-131 339 537	-141 424 728	12,3%
5.	Kapitały obce	225 357 108	245 026 173	256 615 106	13,9%
6.	Przychody ze sprzedaży	151 715 210	157 698 047	172 879 298	13,9%
7.	Koszty działalności operacyjnej	151 002 961	155 327 417	169 935 545	12,5%
8.	Zysk (strata) ze sprzedaży	712 249	2 370 630	2 943 753	313,3%
9.	Koszty finansowe	14 646 026	13 487 162	14 159 820	-3,3%
10.	Zysk (strata) netto	-6 785 383	-5 864 228	-6 528 014	3,8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji ekonomiczno-finansowych szpitala X.

Mimo występowania negatywnych aspektów związanych z nadmiernym zadłużeniem dyrekcji szpitala udało się za pomocą usprawnień organizacyjnych poprawić nieco poziom bezpieczeństwa płynności finansowej oraz wygenerować dodatnie strumienie pieniężne z działalności operacyjnej, a także wyraźnie poprawić rentowność sprzedaży (tab. 9).

Tablica 9. Wybrane wskaźniki finansowe szpitala X

Lp.	Wyszczególnienie	2014	2015	2016
I.	Wskaźniki ryzyka finansowego			
1.	Wskaźnik złotej reguły bilansowej	-259,8%	-264,7%	-234,2%
2.	Wskaźnik złotej reguły finansowej	-6,5%	11,5%	27,3%
3.	Wskaźnik kapitału pracującego	-95,4%	-78,9%	-67,6%
4.	Wskaźnik kapitału zmiennego	195,4%	178,9%	167,6%
5.	Wskaźnik ogólnej sytuacji finansowej	-3,3%	6,4%	16,3%
II.	Wskaźniki płynności finansowej			
1.	Wskaźnik bieżącej płynności	0,51	0,56	0,60
2.	Wskaźnik szybkiej płynności	0,47	0,51	0,55
3.	Wskaźnik pokrycia zobowiązań krótkoterminowych gotówką operacyjną	-2,4%	3,8%	9,7%
III.	Wskaźniki rentowności sprzedaży			
1.	Rentowność obrotu mierzona zyskiem ze sprzedaży	0,5%	1,5%	1,7%
2.	Rentowność obrotu mierzona zyskiem z działalności operacyjnej	4,9%	4,6%	4,3%
3.	Rentowność obrotu mierzona zyskiem netto	-4,2%	-3,6%	-3,6%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji ekonomiczno-finansowych szpitala X.

Poprawa sytuacji finansowej analizowanej jednostki nie byłaby możliwa bez zmian w obszarze organizacyjnym. Umożliwiły one znaczącą poprawę rentowności, na skutek niższego przyrostu kosztów operacyjnych w relacji do przychodów. Zmiany te nie zostały jednak w pełni skonsumowane na skutek bardzo wysokich kosztów finansowych, będących efektem nadmiernej ekspansji kredytowo-pożyczkowej szpitala w poprzednich latach. W związku z tym największym wyzwaniem dyrekcji w najbliższej przyszłości, poza dalszym usprawnianiem rentowności operacyjnej, będzie restrukturyzacja zadłużenia.

Zakończenie

Organizacja i funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce wymaga głębokich reform. Dotychczasowe zmiany nie spowodowały oczekiwanych skutków. Publiczne szpitale mimo dwukrotnego oddłużenia (umorzona długów) w znacznej liczbie nadal odnotowują straty i funkcjonują w warunkach zagrożonej płynności finansowej. Wysoki poziom zadłużenia szpitali publicznych grozi szybką utratą przez wiele z nich płynności finansowej. A. Jacyna, p.o. prezesa NFZ, zauważył, że zawieranie kontraktów z kilkudziesięcioma zadłużonymi szpitalami spowoduje, że 10–20% środków finansowych pójdzie na spłatę zaległych zobowiązań zamiast na bieżące leczenie pacjentów [Kuta, 2016]. Grozi to poważnymi perturbacjami w realizacji usług przewidzianych w kontraktach zawartych z NFZ. Poprawa tej sytuacji wymaga nie tylko weryfikacji wyceny usług szpitalnych przez płatnika, lecz również uruchomienia działań zmierzających do obniżenia kosztów funkcjonowania szpitali. Jednym z narzędzi umożliwiających ten proces jest analiza danych ekonomiczno-finansowych jednostki zestawiona w konfrontacji z danymi branżowymi (benchmarking).

Wprowadzane dotychczas zmiany w organizacji pracy podmiotów leczniczych (w tym szpitali) charakteryzowały się ograniczonymi skutkami w zakresie poprawy, szeroko rozumianej, jakości usług zdrowotnych. Nadal niskiej efektywności ekonomicznej działalności medycznej towarzyszy niewykorzystany potencjał. Paradoksalną jest sytuacja, w której niewykorzystanym zasobom publicznej służby zdrowia towarzyszą wydłużające się kolejki pacjentów oczekujących na realizację specjalistycznych usług zdrowotnych. Z punktu widzenia szpitala możliwość uzyskania szybkiej usługi zdrowotnej tworzy dodatkową wartość, która dostarcza przewagi nad konkurentami [Swayne i inni, 2012, s. 397].

Z zaprezentowanej w artykule analizy Szpitala X, obejmującej m.in. takie mierniki, jak liczba łóżek, liczba hospitalizowanych, liczba zatrudnionych pracowników medycznych, wynika, że struktura jego działalności podstawowej jest zbliżona do innych placówek pod względem specjalizacji medycznych. Świadczy o tym chociażby rozłożenie łóżek na poszczególnych oddziałach, które jest w dużej mierze zbliżone do struktury łóżek w pozostałych szpitalach funkcjonujących w Polsce. Różnice są jednak widoczne w odniesieniu do średniego czasu pobytu na oddziale. Na 15 przeanalizowanych oddziałów tylko w 4 przypadkach można było zaobserwować ujemną różnicę oznaczającą, że średni czas pobytu pacjenta na oddziale jest krótszy niż średnia krajowa. W pozostałych oddziałach czas ten jest wyraźnie dłuższy (w niektórych przypadkach nawet o kilkadziesiąt, a w jednym przypadku nawet o 123%) niż przeciętna w Polsce. Różnice te są o tyle interesujące, że województwo, w którym zlokalizowany

jest badany szpital, należy do tych regionów, gdzie pacjenci przebywają najdłużej na oddziałach szpitalnych. Można zaryzykować stwierdzenie, że m.in. dzięki temu ten region jest na pierwszym miejscu w Polsce pod względem wykorzystania łóżek szpitalnych (średnio przez 263 dni w roku). Sytuacja ta może jednak wskazywać na niebezpieczny związek korelacyjny, przejawiający się w tym, iż duża liczba łóżek na oddziale może stanowić przesłankę do przetrzymywania pacjentów i ograniczana liczby realizowanych usług. Taka sytuacja ma niekorzystny wpływ na wykorzystanie posiadanych zasobów, wysokie koszty funkcjonowania szpitali publicznych oraz niską ich efektywność ekonomiczną.

W oparciu o przeprowadzone badania można stwierdzić, że cel artykułu w brzmieniu: ocena wykorzystania potencjału usługowego jednego ze szpitali wojewódzkich i jego wpływu na jego sytuację finansową, został zrealizowany. Pierwsza z hipotez badawczych, traktująca o niskim stopniu wykorzystania potencjału usługowego w analizowanym szpitalu, została częściowo potwierdzona. Druga z nich, odnosząca się do korzystnych zmian w kondycji finansowej, jakie mogą być skutkiem zwiększenia efektywności organizacyjnej szpitala, w pełni znajduje odzwierciedlenie w efektach programu naprawczego zaimplementowanego w badanej jednostce. Świadczą o tym zaprezentowane pozytywne zmiany w poziomach wskaźników finansowych.

Na podstawie badań literaturowych, studiów danych statystycznych oraz w oparciu o przeprowadzoną analizę można wyrazić pogląd, iż zmiany organizacyjne wkomponowane w przemyślaną strategię szpitala (przy wykorzystaniu odpowiednich narzędzi controllingowych) [Bieńkowska, 2016, s. 16–17] dają możliwości osiągnięcia rentowności na poziomie działalności podstawowej [Karuppan i inni, 2016, s. 25]. Mimo że na rynku opieki zdrowotnej nie jest osiągalna konkurencja doskonała [Folland i inni, 2011, s. 701], analizowana jednostka jest dowodem na możliwość poprawy efektywności funkcjonowania szpitali w Polsce głównie poprzez niskokładowe usprawnienia wewnątrzorganizacyjne.

Literatura

- Bieńkowska A. (2016), *Organizacje zarządzane controllingowo – wyniki badań empirycznych*, „Zarządzanie i Finanse”, nr 2, cz. 1.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M. (2011), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0014/104135/Zestawienie-nr-01.pdf, dostęp: 25.02.2016.
- Karuppan C.M., Dunlap N.E., Waldrum M.R. (2016), *Operations Management in Healthcare. Strategy and Practice*, Springer Publishing Company, New York.

- Krawczyk-Sołtys A. (2013), *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych. Identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Kuta W. (2016), *Mapy, sieć szpitali, ryczałt – kto na tym skorzysta, a kto straci*, www.rynekzdrowia.pl.
- Mądrala A. (red.) (2013), *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*, Akademia Zdrowia 2030, Warszawa.
- Morris S., Devlin N., Parkin D. (2012), *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M. (2012), *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Sytuacja finansowa szpitali w Polsce* (2014), PMR, Magellan SA, Łódź.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 459 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2077 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych, t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1577.
- GUS (2015), *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2014 r.*, Warszawa.

Streszczenie

Za głównego kreatora wartości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) w Polsce powszechnie uznaje się wielkość podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). To zorientowane na wielkość sprzedaży podejście obarczone jest jednak błędem polegającym na braku uwzględnienia w tym schemacie czynników efektywnościowych. Rentowność podmiotów leczniczych jest pochodną wielkości realizowanego kontraktu, struktury źródeł finansowania oraz sposobu organizacji pracy. W artykule uwaga zostanie skoncentrowana na trzecim z wymienionych kreatorów wartości. Celem badawczym jest identyfikacja i analiza wykorzystania potencjału usługowego jednego ze szpitali wojewódzkich oraz wpływ zmian w tym zakresie na sytuację finansową badanej jednostki. Pierwszą hipotezą badawczą postawioną w pracy jest założenie o niskim stopniu wykorzystania potencjału usługowego w analizowanym szpitalu wojewódzkim. Hipoteza druga odnosi się natomiast do korzystnych zmian w kondycji finansowej, jakie mogą być skutkiem zwiększenia efektywności organizacyjnej szpitala. Cel pracy został zrealizowany, a hipotezy zweryfikowane w wyniku analizy danych statystycznych oraz ekonomiczno-finansowych badanej jednostki za lata 2012–2016.

Słowa kluczowe

zmiany organizacyjne w szpitalu, efektywność finansowa, kondycja finansowa szpitali, benchmarking

The impact of the organizational changes on the financial effectiveness of medical entities on the example of X hospital (Summary)

The size of the signed contract with the National Health Fund is widely recognized in Poland as the main creator of the value of independent public healthcare institutions in Poland. This sales-oriented approach is, however, burdened with the error of not including in this scheme the efficiency factors. Profitability of medical entities is the result of alike the size of the contract executed, the structure of the sources of funding, and the way in which work is organized. In this article, attention will be focused on the third of the listed value determinants. The research objective is to identify and analyze the use of the service potential of one of the provincial hospitals and the impact of changes in the financial situation of the examined unit. The first research hypothesis is the premise of low use of service potential in the analyzed voivodship hospital. The second hypothesis, however, refers to favorable changes in the financial condition that may result from increasing the organizational effectiveness of the hospital. The purpose of the work will be realized and the hypotheses verified by the analysis of the statistical and economic-financial data of the examined unit for the years 2012–2016.

Keywords

organizational changes in hospital, financial effectiveness, financial standing of hospitals, benchmarking

