

Piotr Lenik¹, Katarzyna Krygowska², Monika Biernacka³

PROBLEMATYKA KOSZTÓW PRACY W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA – PERSPEKTYWA SZPITALI PUBLICZNYCH ORAZ SZPITALI NIEPUBLICZNYCH

Streszczenie: Głównym celem niniejszego artykułu jest porównanie kosztów pracy w szpitalach publicznych i niepublicznych, a także próba wypracowania wniosków dotyczących przyczyn, jak również ewentualnych skutków obecnego stanu rzeczy. Przedmiotowy tekst stanowi kanwę pracy licencjackiej zatytułowanej „Problematyka kosztów pracy w opiece zdrowotnej w sektorze publicznym i prywatnym”, zrealizowanej w Zakładzie Zarządzania Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie.

Słowa kluczowe: koszty pracy, szpital, ochrona zdrowia, sektor publiczny i prywatny.

Wstęp

Wśród obszarów, za które odpowiada sektor publiczny, ochrona zdrowia wydaje się jednym z nielicznych, równocześnie funkcjonujących w realiach konkurencji rynkowej (tworzonej m.in. przez prywatnych usługodawców, ale również podmioty publiczne o podobnej strukturze ulokowane w bliskiej od siebie odległości), jak i administracyjnego dystrybuowania środków przez publicznego

¹ dr. inż. Piotr Lenik, Zakład Zarządzania, Instytut Politechniczny Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. S. Pigonia w Krośnie.

² mgr Katarzyna Krygowska, audytor wewnętrzny Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

³ Monika Biernacka, studentka kierunku zarządzanie Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie.

płatnika. Wydaje się, że jest to czynnik wywołujący niedobór zasobów finansowych w wielu obszarach funkcjonowania ochrony zdrowia, w szczególności dotkliwy w lecznictwie stacjonarnym, głównie reprezentowanym przez podmioty publiczne. Według „Pulsu Medycyny”, wśród stu największych szpitali w Polsce, aż 48 zanotowało w 2015 roku ujemny wynik finansowy⁴.

W Polsce szpitale publiczne od lat generują największe straty, co stanowi bardzo poważny problem dla finansów publicznych⁵. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej⁶ oraz jej nowelizacja z dnia 14 czerwca 2012 roku nałożyły na organy prowadzące obowiązek pokrywania ujemnych wyników finansowych podległych im jednostek lub nawet podejmowania decyzji o likwidacji. Wymusiło to na organach tworzących oraz poszczególnych podmiotach konieczność podejmowania działań usprawniających ich funkcjonowanie w kierunku ograniczania deficytu i poprawy wyników finansowych. Jednakże z perspektywy czasu nie wydaje się, aby zamierzenia związane z wdrożeniem nowej ustawy okazały się skuteczne, bowiem w wielu regionach obserwuje się wciąż narastające zadłużenie poszczególnych szpitali. Powodów tego stanu rzeczy może być co najmniej kilka, a wśród nich należałoby wymienić: ogólne niedofinansowanie sektora ochrony zdrowia, które, uwzględniając wielkość wydatków Produktu Krajowego Brutto, jest jednym z najniższych w Europie⁷, niedoszacowanie wielu procedur medycznych powodujące powstawanie poważnych strat po stronie wykonujących nierentowne świadczenia szpitali, brak zmiany od 2012 roku wyceny tzw. szpitalnego punktu rozliczeniowego, na której podstawie publiczny płatnik rozlicza się z poszczególnymi świadczeniodawcami (pomimo wzrastających w tym okresie kosztów), rozdrobienie kontraktów na wiele podmiotów, pomimo ograniczonych na ten cel środków, co powoduje ograniczanie

⁴ 500 największych szpitali w Polsce, „Puls Medycyny” – wydanie świąteczne z dnia 21 grudnia 2016, s. I–VII.

⁵ Por. C. Sowada, *Zadłużenie publicznych szpitali w Polsce w latach 2005–2014. Nerozwiazany problem zobowiązań wymagalnych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2014, nr 12, s. 258–270.

⁶ Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654 (tekst jednolity na podstawie: Dz. U. 2016, poz. 1638, 1948, 2260).

⁷ Na podstawie danych zawartych w *Strategii zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018*, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl> (dostęp: 17 marca 2017) obecnie wydatki w Polsce oscylują w granicach 4,4% – 4,6% PKB, przy średniej państw OECD na poziomie 6,7% PKB.

przychodów z jednoczesnym generowaniem wysokich kosztów stałych oraz brak możliwości pracy z pełną zdolnością organizacyjną, brak zapłaty za tzw. ponadlimitowe świadczenia (nadwykonania), determinujące koszty i niegwarantujące ich zwrotu, jak również bardzo wysokie koszty pracy, które niemal we wszystkich podmiotach leczniczych w kraju stanowią najpoważniejszą pozycję budżetową.

Wiele dotychczasowych rozwiązań dotyczących kosztów pracy było wdrażanych w sposób administracyjny i to nie tylko we wcześniejszych okresach transformacji, ale również bardzo niedawno – ostatnio w 2015 roku. Z kolei w kilkudekadowej perspektywie czasowej brakuje kompleksowych projektów zwracających uwagę na problem wysokich kosztów pracy w sektorze w stosunku do reglamentowanych przez płatnika przychodów. Tymczasem w niektórych analizach zwraca się uwagę, że jest to jedna z głównych przyczyn problemów finansowych, zarówno na poziomie samych podmiotów leczniczych, jak i całego systemu opieki zdrowotnej⁸.

W niektórych środowiskach co pewien czas pojawiają się poglądy, że remedium dla tej sytuacji może być szeroko przeprowadzona prywatyzacja. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że aktywność prywatnego kapitału pojawia się w obszarach wysoko rentownych procedur medycznych. Pozostałe, w tym wysoce nieopłacalne procedury (które dominują w wycenach Narodowego Funduszu Zdrowia), wykonywane są przez podmioty publiczne. W dłuższym czasie obserwuje się więc z jednej strony eksplorowanie przez podmioty prywatne dochodowych procedur medycznych, a jednocześnie pogłębiającą się przewagę obsługiwanych przez podmioty publiczne procedur nierentownych. Tym samym system ochrony zdrowia ewoluuje w kierunku modelu dwóch biegunów – na jednym znajdują się dofinansowane, mogące sobie pozwolić na rozwój i inwestycje, z wysokimi standardami obsługi pacjenta podmioty prywatne, a na drugim – niedofinansowane, mające problem z płynnością finansową, zadłużane od lat podmioty publiczne⁹.

Głównym celem niniejszego artykułu jest porównanie kosztów pracy w szpitalach publicznych i niepublicznych, a także próba wypracowania wstępnych wniosków dotyczących przyczyn, jak również ewentualnych skutków obecnego

⁸ *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce*, Raport PMR, Warszawa 2014, s. 23.

⁹ P. Lenik, *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 10.

stanu rzeczy. Przedmiotowy tekst stanowi kanwę pracy licencjackiej zatytułowanej „Problematyka kosztów pracy w opiece zdrowotnej w sektorze publicznym i prywatnym”, zrealizowanej w Zakładzie Zarządzania Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Stanisława Pigonia w Krośnie.

Podstawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

System opieki zdrowotnej stanowi zorganizowany i skoordynowany zespół działań, mający na celu realizację świadczeń służących zabezpieczeniu, utrzymaniu i poprawie stanu zdrowia populacji poprzez maksymalnie efektywne dostarczanie i finansowanie usług medycznych.¹⁰ Tworzy on spójną całość, której liczne elementy, powiązane między sobą różnorodnymi więziami oraz relacjami, wspólnie oddziałując, mają pozytywnie wpływać na stan zdrowia społeczności. W literaturze można spotkać wiele koncepcji odnośnie elementów wchodzących w skład systemu ochrony zdrowia. W modelu tradycyjnym elementy składowe systemu utożsamia się z trzema szczeblami opieki: pierwszego (opieka podstawowa), drugiego (opieka specjalistyczna) i trzeciego szczebla (opieka wysokospecjalistyczna). Obecnie, bodajże najbardziej rozpowszechniona jest koncepcja tzw. „trójkąta”, wyróżniająca trzech uczestników systemu: świadczeniodawców (pacjenci jako podmioty korzystające ze świadczeń), lekarzy wraz z pozostałymi wytwórcami usług zdrowotnych, a także dysponującego środkami publicznymi płatnika publicznego, nazywanego również „płatnikiem trzeciej strony”. Można więc mówić o trójpodziale na: świadczeniobiorców (pacjenci), płatnika (instytucja ubezpieczenia zdrowotnego – Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz świadczeniodawców (podmioty lecznicze, które mogą prowadzić działalność jako: przedsiębiorcy – niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, samodzielne publiczne zakłady zdrowotne niebędące przedsiębiorstwami, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia oraz kościoły, jak również praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarские, położnicze, apteki, inni świadczeniodawcy).¹¹

Do podstawowych, ugruntowanych historycznie systemów ochrony zdrowia zalicza się¹²: model Bismarcka (opierający się na ubezpieczeniach gromadzonych

¹⁰ Por. R. Lewandowski, *Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 59.

¹¹ Por. M. D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 24–25.

¹² J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 21–28.

w ramach obowiązkowych składek pracodawcy i pracownika na specjalnych funduszach – kasach chorych, których zadaniem jest ochrona przed skutkami zdarzeń losowych, mogących być przyczyną pogorszenia się sytuacji zdrowotnej ubezpieczonego), model Beveridge’a (opierający się na świadczeniach zdrowotnych dla całej populacji w ramach środków pochodzących z podatków ogólnych oraz innych źródeł publicznych), model Siemaszki (w którym świadczenia zdrowotne są dostępne dla wszystkich i finansowane centralnie z budżetu państwa) oraz model rynkowy lub rezydualny (preferujący świadczenia oparte na indywidualnych opłatach pacjentów pochodzących z dobrowolnych ubezpieczeń). W przypadku modelu Bismarcka i wolnorynkowego uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych są opłacający składki i posiadający polisę, natomiast w przypadku modelu Beveridge’a i Siemaszki – każdy obywatel.¹³

Podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki zdrowotnej są zakłady opieki zdrowotnej: publiczne – Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej i prywatne – Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej. Stanowią one zespoły osób oraz środków majątkowych, utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, ale także m.in. w celu promocji zdrowia czy prowadzenia działalności dydaktycznej i badawczej. Do działalności leczniczej świadczonej przez te podmioty zalicza się: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (szpitalne oraz inne niż szpitalne, tj. pielęgnacja i rehabilitacja pacjentów niewymagających hospitalizacji, opieka nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, rehabilitacji leczniczej i w hospicjach) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna itd.).¹⁴

Podmiotami leczniczymi są¹⁵:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej¹⁶ – we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,

¹³ Por. E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, WSH-E, Łódź 2003, s. 75–77.

¹⁴ www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/podmioty-wykonyjace-dzialalnosc-lecznicza (dostęp: 2 lutego 2016 r.).

¹⁵ Art. 4 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

¹⁶ Dz. U. 2010.220.1447 i 2010.239.1593 oraz 2011.85.459 i 2011.106.622.

- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych¹⁷,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Podstawowe różnice publicznych i niepublicznych szpitali w kontekście ich efektywności

Spośród podmiotów leczniczych szczególne miejsce przysługuje samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim szpitalom. Zgodnie z zapisami Ustawy o działalności leczniczej, szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Te natomiast definiowane są jako wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich realizacji w okresie nieprzekraczającym dwudziestu czterech godzin.¹⁸ Szpitale najczęściej łączą działalność stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Łącznie tego typu podmiotów jest w Polsce około dziewięćset. Jednostki publiczne stanowią tutaj około siedemdziesiąt procent wszystkich tego typu podmiotów, ale – na co warto zwrócić uwagę – dysponują około dziewięć-

¹⁷ Dz. U. 2010.96.618.

¹⁸ Por. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

dziesięcioma procentami wszystkich łóżek szpitalnych.¹⁹ Od początku transformacji gospodarczej w Polsce powoli maleje liczba szpitali publicznych na korzyść szpitali niepublicznych, w tym przekształconych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST). Powstają również całkiem nowe prywatne jednostki, które najczęściej są małe (jedno, dwu lub trzyoddziałowe).²⁰ Stanowią one jednak nadal niewielką część ogółu łóżek szpitalnych i koncentrują się przede wszystkim na wysokospecjalistycznych procedurach medycznych oraz innych wysoce dochodowych. Natomiast duże szpitale publiczne, przede wszystkim wielospecjalistyczne, stanowiące swoistą spuściznę po poprzedniej epoce, wykonują pełne spektrum procedur medycznych, w tym również wysoce nierentownych. Z Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej, prowadzonego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) wynika, że w grupie małych szpitali (do 150 łóżek), stanowiących około pięćdziesiąt procent wszystkich podmiotów, dominują jednostki prywatne. W grupie średnich szpitali (151–500 łóżek) znacznie przeważają podmioty publiczne. Z kolei jednostki duże, które stanowią około jedenaście procent wszystkich szpitali, dysponujące liczbą łóżek powyżej 500, to już niemal wyłącznie podmioty publiczne.²¹ Obrazuje to Tabela 1.

Tabela 1. Liczba szpitali całodobowych w Polsce według liczby łóżek oraz własności²²

Wielkość szpitala (liczba łóżek)	szpitale publiczne	% publicznych	szpitale niepubliczne	% niepublicznych	ogółem	% ogółu
< 50	27	4,4	311	61,7	338	30,4
50–150	133	21,6	92	8,3	225	20,3
151–250	138	22,4	43	8,5	181	16,4
251–500	195	31,7	40	7,9	235	21,2
pow. 500	120	19,5	9	1,8	129	11,7

Źródło: *Zarys systemu ochrony zdrowia, Open Eyes, Warszawa 2012, s. 115, dane Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.*

¹⁹ *Zarys systemu ochrony zdrowia*, dz. cyt., s. 113–114, www.akademia.nfz.gov.pl/ [dostęp: 3 lutego 2016 r.].

²⁰ Por. P. Szetela, *Coraz więcej niepublicznych szpitali*, www.Nowoczesna.klinika.pl/pl/artykuly/17/Analizy_Raporty/1/253/Coraz_wiecej_niepublicznych_szpitali [dostęp: 12 grudnia 2015 r.].

²¹ Dane www.ccioz.goc.pl [dostęp: 27 listopada 2015 r.].

²² Stan na dzień 31 grudnia 2011 roku.

Spośród dwóch grup szpitali to publiczne generują straty i stanowią bardzo poważny problem dla finansów publicznych. Niepubliczne podmioty są również najczęściej bardziej efektywne pod względem organizacyjnym i finansowym. Jednakże z drugiej strony truizmem byłoby stwierdzenie, że zarządzanie podmiotem publicznym, w szczególności dużym wielospecjalistycznym szpitalem, jest trudniejsze niż podmiotem prywatnym. To w nasyczonej przez lata negatywną energią publicznej ochronie zdrowia koncentrują się wszystkie frustracje: menedżerów, pracowników, interesariuszy zewnętrznych, organów prowadzących, pacjentów oraz całego społeczeństwa. Nie pomaga w tym również brak lub zbyt wolne tempo celowych zmian systemowych w wielu obszarach, a także zbyt małe poświęcanie uwagi publicznej ochronie zdrowia i faktycznemu rozwiązaniu nabrzmiałych problemów nierentownych procedur medycznych, ogólnego niedofinansowania sektora ochrony zdrowia czy wysokich kosztów pracy. Według wyników kontroli NIK, całkowite koszty zatrudnienia w latach 2011–2013 stanowiły od 47,2% do 85,4% kosztów ogółem oraz od 49,3% do 87,3% przychodów z NFZ.²³ Szpitale publiczne niejako odziedziczyły zdeformowaną politykę wynagradzania, co powoduje, że w niektórych szpitalach nawet 80% kosztów pochłaniają płace, wobec czego chronicznie brakuje środków na podstawową działalność, na leczenie, remonty, zakupy sprzętu medycznego itd. Koszty pracy szpitali publicznych są dużo wyższe niż prywatnych placówek, przez co z założenia najczęściej są one mniej efektywne.²⁴

Należy zwrócić również uwagę na to, że niepubliczna opieka zdrowotna, kierowana, co zrozumiałe, rachunkiem ekonomicznym, zawsze będzie się koncentrowała wyłącznie lub niemal wyłącznie na procedurach dochodowych. Na przestrzeni ostatnich dwóch dekad w ten sposób ze szpitali publicznych migrowała znaczna część tego typu świadczeń. Z punktu widzenia szpitala publicznego, posiadanie w swojej strukturze w miarę proporcjonalnie, zarówno oddziałów rentownych, jak i nierentownych, daje szansę na zbilansowanie całego podmiotu. W przypadku, kiedy w „ofercie” szpitala pozostają przede wszystkim kosztowne, a przy tym niekorzystnie wyceniane przez NFZ procedury, natomiast kontrakt jest reglamentowany oraz zbyt mały na osiągnięcie efektu skali, szansa niejedno-

²³ *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, Departament Zdrowia NIK, Warszawa 2015, s. 8.

²⁴ Por. www.polska.newsweek.pl/nfz-wyjatkowo-hojny,56047,1,1.html [dostęp: 12 listopada 2015 r.].

krotnie maleje do zera. To z kolei przekłada się na sytuację finansową podmiotu, a w konsekwencji na wiele różnych problemów – ekonomicznych, organizacyjnych i społecznych. Zmniejszają się możliwości inwestycyjne i rozwojowe, jak również mało możliwe stają się celowe regulacje płacowe kadry. To zaś prowadzi do demotywacji, frustracji, negatywnych nastrojów i konfliktów, których ofiarami bywa zarówno społeczność podmiotu, jak też pacjent-klient.

Z drugiej strony, obecnie mało możliwe wydaje się zobligowanie podmiotów prywatnych do funkcjonowania na podobnych zasadach co jednostki publiczne, tzn. do świadczenia wszystkich procedur, w tym nieopłacalnych, obsługiwanie wszystkich pacjentów, którzy wymagają leczenia, np. hospitalacji w szeroko rozumianym obszarze internistycznym, z powikłaniami itd. Trudnym lub nieprawdopodobnym, nie tylko z punktu widzenia odbioru społeczeństwa, byłaby też likwidacja w podmiotach publicznych oddziałów nierentownych, corocznie generujących straty i pogłębiających stan zadłużenia poszczególnych zakładów, podobnie jak likwidacja części szpitali publicznych położonych nieracjonalnie blisko siebie. Wydaje się, że wszystkie ewentualne decyzje w powyższych kwestiach, ze względu na to, że dotyczyłyby albo obszarów społecznych (np. groźba utraty zatrudnienia wielu pracowników, w tym reprezentujących zawody medyczne) albo obszarów ekonomicznych (np. groźba obniżenia dotychczasowych dochodów podmiotów niepublicznych), najprawdopodobniej nie będą przebiegały dynamicznie.

Różnice pomiędzy podmiotami publicznymi a prywatnymi determinują również ludzie. W sektorze publicznym pracownicy zatrudnieni są przeważnie w formie najbardziej dla nich stabilnej, tzn. umów o pracę na czas nieokreślony, a rotacja pracowników jest mała. Podmioty prywatne z kolei preferują formy mniej stabilne, tj. kontrakty, umowy czasowe, czy umowy cywilno-prawne, a fluktuacja kadr jest tam zdecydowanie większa. Powoduje to różnice w elastyczności zarządzania zasobami ludzkimi, a także w podejściu do celowych zmian. Chodzi m.in. o to, że w podmiotach publicznych pracownicy w mniejszym zakresie mają poczucie zagrożenia utraty pracy, a poprzez to brak jest presji w kierunku celowych lub koniecznych reform, w tym w obszarze poprawy efektywności ekonomicznej i organizacyjnej podmiotu. Dodatkowo, duży nacisk interesariuszy oraz niekonsekwentne często postawy ze strony decydentów różnych szczebli powodują, że w nierentownych podmiotach utrzymuje się „status quo” – przede wszystkim w obszarze zarządzania czynnikiem ludzkim, ale także finansowym i organiza-

cyjnym. W podmiotach prywatnych, z oczywistych względów, taki stan rzeczy byłby niemożliwy.

Tabela 2 przedstawia wybrane różnice determinujące funkcjonowanie publicznych i niepublicznych szpitali.

Tabela 2. Wybrane różnice determinujące funkcjonowanie szpitali publicznych i niepublicznych oraz ich sytuację finansową i organizacyjną

Szpitaly publiczne	Szpitaly prywatne
Wykonywanie pełnego spektrum procedur medycznych, w tym również wysoce nierentownych	Koncentracja na dochodowych procedurach medycznych
Utrudniona lub niemożliwa realizacja idei tzw. „dwóch kolejek”, czyli równoczesnego świadczenia tych samych procedur – nieodpłatnie (na podstawie kontraktu z NFZ) oraz w formie odpłatnej	Możliwa realizacja idei tzw. „dwóch kolejek”, czyli równoczesnego świadczenia tych samych procedur – nieodpłatnie (na podstawie kontraktu z NFZ) oraz w formie odpłatnej
Utarte przekonanie społeczne, według którego publiczna opieka zdrowia funkcjonuje gorzej niż prywatna	Utarte przekonanie społeczne, według którego prywatne podmioty funkcjonują lepiej niż „państwowe”
Duży wpływ oddziaływania lobby poszczególnych grup zawodowych, w tym przede wszystkim medycznych	Umiarkowany lub niewielki wpływ lobby poszczególnych grup zawodowych
Duża ingerencja ze strony interesariuszy, w tym otoczenia politycznego	Mała ingerencja ze strony interesariuszy, w tym otoczenia politycznego
Obarczenie konsekwencjami poprzedniego systemu gospodarczego, m.in. w obszarze kultury organizacyjnej, rozbudowanej administracji, przerostów zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych, utrzymania nienowoczesnej kosztochłonnej infrastruktury, nadmiernych kosztów osobowych, negatywnych praktyk	Brak obarczenia konsekwencjami poprzedniego systemu gospodarczego – nowe podmioty zorganizowane racjonalnie z punktu widzenia ekonomicznego
Wszelkie próby wprowadzania wewnętrznych zmian łączą się z dużym zainteresowaniem tzw. opinii publicznej	Niewielkie zainteresowanie tzw. opinii publicznej wprowadzanymi wewnątrz zmianami
Możliwość pokrywania ujemnego wyniku ze strony organu prowadzącego (np. JST) oraz wsparcia finansowego ze strony tzw. partnerów społecznych; dostęp do środków publicznych	Brak publicznego organu prowadzącego, utrudniony lub niemożliwy dostęp do dotacji publicznych (z wyłączeniem tzw. środków unijnych)

Źródło: P. Lenik, *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017, s. 46–47.

Wybrane zagadnienia związane z kosztami pracy

Pojęcie kosztów pracy zostało wprowadzone przez F. Leitnera. Zaliczył on do nich zarówno płace, jak również wydatki związane z ubezpieczeniami chorobowymi oraz wypadkowymi, szkoleniami i odzieżą roboczą.²⁵ W literaturze polskiej

²⁵ M. Księżyk, *Koszty pracy w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej*, „Ekonomia Menadżer-

definicja pojawiła się za sprawą H. Halamy. Autor ujął koszty pracy jako ogół wydatków, które ponosi organizacja, mając na celu zatrudnienie pracowników.²⁶ J. Kardaszewski definicję Halamy rozszerzył o wydatki na rodziny pracowników i uczniów zdobywających zawód.²⁷ W. Gabrusewicz definiuje koszty jako uznawane za jeden z najważniejszych syntetycznych wskaźników charakteryzujących poziom gospodarności jednostki. Znajduje w nich bowiem odzwierciedlenie trafność podejmowanych decyzji strategicznych zarządzających, racjonalna alokacja zasobów oraz oszczędne, bieżące wykorzystanie wszystkich posiadanych składników²⁸. Mówiąc o kosztach pracy, pojęcie to zastępuje się m.in. następującymi określeniami: „koszty osobowe”, „koszty zatrudnienia”, „koszty siły roboczej”, a także „koszty czynnika ludzkiego”.²⁹

Najważniejszą pozycją kosztów pracy są wynagrodzenia. Z jednej strony stanowią one najstarszy – tradycyjny składnik kosztów pracy, którego udział w kosztach pracy jest zazwyczaj największy. Natomiast z drugiej strony podkreślić należy, że wynagrodzenia stanowią podstawę wyznaczenia dodatkowych elementów kosztów pracy, takich jak koszty pozapłacowe oraz inne obciążenia czynnika pracy, które z tytułu współzależności z poziomem wynagrodzeń nazwać można pochodnymi. B. Urbaniak określa, że wynagrodzenia „są kategorią o szczególnym znaczeniu ze względu na pełnione przez siebie funkcje, nie tylko kosztową, ale też dochodową, motywacyjną oraz społeczną”.³⁰

Koszty pracy stanowią ogół wydatków, jakie ponosi pracodawca, zatrudniając pracowników. Można je podzielić w następujący sposób³¹:

ska”, 4/2008, s. 44.

²⁶ A. Furmańska-Maruszak, *Koszty pracy a zatrudnienie. Współczesne koncepcje a rzeczywistość*, Dom Organizatora, Toruń 2008, s. 25.

²⁷ J. Kardaszewski, *Ekonomika pracy stanowiska roboczego*, PWE, Warszawa 1970, s. 42.

²⁸ W. Gabrusewicz, *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2002, s. 130.

²⁹ B. Kulisa, *Pojęcie kosztów pracy i ich klasyfikacja*, [w:] *Aspekty ekonomiczno-prawne kosztów pracy w Polsce*, K. Kolegiewicz, B. Kulisa, A. Nehring (red.), Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2004, s. 7.

³⁰ B. Urbaniak, *Koszty pracy w procesie integracji europejskiej*, [w:] *Rynek pracy wobec integracji europejskiej*, S. Borkowska (red.), IPISS, Warszawa 2002, s. 235.

³¹ S. Kowalska, *Koszty pracy w przedsiębiorstwie handlowym jako instrument zarządzania w dobie kryzysu gospodarczego*, [w:] *Wyzwania restrukturyzacyjne w obliczu globalnego kryzysu gospodarczego*, R. Borowiecki, A. Jaki (red.), Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2009, s. 240.

- koszty płacowe (którymi są płace dla pracowników, dodatki stażowe, premie, godziny nadliczbowe itp.),
- składki na ubezpieczenia społeczne (do których należą składki emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe, zdrowotne),
- składki na Fundusz Pracy,
- składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- odpis podstawowy na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych (ZFŚS),
- koszty kształcenia i doskonalenia kadr,
- koszty BHP,
- koszt dojazdu, dowozu i zakwaterowania pracowników,
- koszty zakładowej administracji personalnej,
- nagrody z zysku.

Z. Miśkiewicz wyodrębnia następujące zakresy kosztów pracy³²:

- koszty pracy sensu stricto – odpowiadające kosztom własnym produkcji; są to nakłady oraz wydatki, które wiążą się z żywą pracą i są pokrywane ze środków obrotowych przedsiębiorstwa, a także wliczane w koszty;
- koszty sensu largo – które obejmują pełne koszty pracy na poziomie przedsiębiorstwa, związane z nakładami na pracę żywą, które wlicza się w koszty produkcji, jak też pokrywane są z produktu dodatkowego, jakim dysponuje przedsiębiorstwo oraz z dotacji budżetu;
- pełne (społeczne) koszty pracy – odpowiadające społecznym kosztom produkcji; są to nakłady związane z zatrudnieniem, jakie ponoszą wszystkie podmioty produkcji, zarówno przedsiębiorstwo jak też państwo z budżetu centralnego i budżetów terenowych.

Na wielkość kosztów pracy w przedsiębiorstwie wpływa wiele czynników o różnym pochodzeniu. Można podzielić je na:

- zewnętrzne, których najważniejszym czynnikiem są, obowiązujące w danym okresie regulacje prawne, które zobowiązują przedsiębiorstwa do ponoszenia określonych rodzajów kosztów. Zalicza się do nich: wysokość

³² Z. Miśkiewicz, *Koszty pracy w rachunku ekonomicznym produkcji przemysłu maszynowego*, Instytut Organizacji Przemysłu Maszynowego, Warszawa 1976, s. 18.

- podatku od wynagrodzeń, wysokość płacy minimalnej, jak również uregulowania określone przez ustawodawcę, m.in. w kodeksie pracy.³³
- wewnętrzne, spośród których największe znaczenie, obok liczby zatrudnionych, mają: rodzaj produkcji, charakter działalności oraz stosowane techniki i technologie.³⁴

Koszty płac, jakie firma ponosi na rzecz zatrudnionych pracowników, stanowią zakładowe koszty wynagrodzeń. Wynikają one z istniejących uwarunkowań produkcyjno-ekonomicznych przedsiębiorstwa, które determinują te koszty. Z kolei opodatkowanie płac oraz obciążenia, jakie są odprowadzane na rzecz ubezpieczeń społecznych, są społecznymi kosztami wynagrodzeń.³⁵ Obciążenia te nie są jednolite i oznaczają zupełnie co innego dla pracownika i dla pracodawcy. W przypadku osób zatrudnionych wiąże się z koniecznością przekazania, za pośrednictwem płatnika, części wynagrodzenia, jako składki na zaliczkę podatkową, ubezpieczenia społeczne oraz zdrowotne. Z punktu pracodawcy są koniecznością doliczenia do wynagrodzenia wypłacanego pracownikowi części składek na ubezpieczenia społeczne oraz fundusze pozaubezpieczeniowe, co pracodawca obowiązany jest pokryć ze swoich funduszy.³⁶

S. Nahotko dzieli koszty pracy na płacowe, pozapłacowe oraz narzuty, a dokonany przez niego podział prezentuje Tabela 3.

Tabela 3. Podział kosztów pracy

Koszty pracy				
Płacowe	Wynagrodzenie zasadnicze	Wynagrodzenie dodatkowe	Wynagrodzenie za czas nieprzepracowany	
		premie dodatki nagrody	chorobowe urlopowe	
Pozapłacowe	Świadczenia rzeczowe	Ekwiwalenty pieniężne	Ryczałty	Odprawy

³³ J. Bernais, J. Ingram, *Controlling personalny i koszty pracy*, wyd. Akademii Ekonomicznej Katowice, 2005, s. 69.

³⁴ Tamże, s. 69–70.

³⁵ Z. Sekuła, *Uwarunkowania i instrumenty polityki płac w firmie*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2003, s. 40.

³⁶ J. Kulicki, *Koszty zatrudniania pracowników*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2000, s. 36.

Koszty pracy				
Narzuty	Składki na ZUS	Składki na FP	Składki na FGŚP	Odpis na ZFŚS
	Emerytalne rentowe chorobowe wypadkowe zdrowotne			

Źródło: S. Nahotko, *Zarządzanie kosztami pracy w przedsiębiorstwie działającym w otoczeniu bezrobocia*, Scientific Publishing Group, Gdańsk 2005, s. 41.

O wysokości kosztów pracy decydują zarówno czynniki wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Czynniki wewnętrzne ustalane są przez pracodawcę i składają się na nie m.in.: charakter prowadzonej działalności, prawne i organizacyjne uregulowania wewnętrzne, lokalizacja i wielkość przedsiębiorstwa, rodzaj produkcji i jej asortyment, stosowane techniki produkcji oraz technologie, a także liczba pracujących osób.³⁷ Z kolei czynniki zewnętrzne są zależne od otoczenia, w którym funkcjonuje organizacja.³⁸ Czynniki te stanowią: uregulowania prawne (określające wysokość kosztów pracy ponoszonych przez pracodawcę, takich jak wysokość płacy minimalnej czy składek na ubezpieczenie społeczne, ryczałt za nocleg podczas podróży służbowych jak i stawki podatku dochodowego), sytuacja ekonomiczna kraju (regulowana poprzez politykę gospodarczą państwa), sytuacja na rynku pracy (związana z dostępnością wykwalifikowanych pracowników, wysokością oferowanej płacy oraz wysokością stopy bezrobocia).³⁹

Wysokość kosztów pracy jest również zależna od czynników decyzyjnych (tj. wysokość płacy, forma zatrudnienia, liczba pracujących, liczba przeprowadzanych szkoleń, obsługa kadrowa oraz częstotliwość podróży służbowych) i pozadecyzyjnych (koszty urlopu, narzuty na płace, koszty BHP, absencja chorobowa czy koszty odpraw pracowniczych).⁴⁰

³⁷ I. Kraj-Gabryś, *Koszty pracy w Polsce na tle Unii Europejskiej*, [w:] T. Bernat (red.) *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009, s. 157.

³⁸ A. Tomanek, *Koszty pracy a struktura gospodarki*, [w:] K. Kolegowicz, B. Kulisa, A. Nehring, *Aspekty ekonomiczno-prawne kosztów pracy w Polsce*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2004, s. 161.

³⁹ J. Bernais, J. Ingram, *Controlling personalny i koszty pracy*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2005, s. 69.

⁴⁰ S. Nahotko, *Zarządzanie kosztami pracy w przedsiębiorstwie działającym w otoczeniu bezrobocia*, Wyd. Scientific Publishing, Gdańsk 2005, s. 49.

Badania kosztów pracy w szpitalach publicznych i niepublicznych

W celu uzyskania informacji związanych z problematyką kosztów pracy w opiece zdrowotnej w sektorze publicznym i prywatnym, przeprowadzone zostały badania wstępne w kilku szpitalach położonych na terenie województwa podkarpackiego. Badaniami objęto cztery podmioty lecznicze publiczne (oznaczone w tabelach jako 1, 2, 3, 4), a także jeden podmiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę oraz jeden podmiot leczniczy prywatny. Badania uwzględniły zastosowanie kwestionariusza ankietowego adresowanego do menedżerów ochrony zdrowia i zarządzanych przez nich podmiotów. Opracowanie wyników badań zostało poprzedzone zapoznaniem się z treściami teoretycznymi związanymi z tematyką kosztów pracy.

Pierwsze zagadnienie dotyczące problematyki kosztów pracy w opiece zdrowotnej w sektorze publicznym i prywatnym związane było z określeniem łącznego udziału kosztów pracy w kosztach ogółem (z uwzględnieniem zatrudnień etatowych, umów cywilno-prawnych, kontraktów medycznych i innych). Uzyskane wyniki w postaci wartości procentowych obrazuje Tabela 4.

Tabela 4. Łączny udział kosztów pracy w kosztach ogółem w latach 2014–2016

Rok	Koszty z uwzględnieniem zatrudnień etatowych, umów cywilno-prawnych, kontraktów medycznych i innych (wartości procentowe)					
	Pomiot leczniczy 1	Pomiot leczniczy 2	Pomiot leczniczy 3	Pomiot leczniczy 4	Pomiot leczniczy przekształcony w spółkę	Pomiot leczniczy prywatny
	wieloprofilowy publiczny					monoprofilowy
2014	60,29%	64,41%	73,75%	60,44%	61,91%	44,09%
2015	61,43%	65,47%	74,26%	61,26%	61,38%	45,46%
2016	63,16%	66,98%	73,61%	60,32%	60,31%	42,20%

Źródło: badania własne.

Z powyższej tabeli wynika, że łączny udział kosztów pracy w kosztach ogółem w latach 2014–2016 waha się pomiędzy 42 a 74%. Koszty te uwzględniają zatrudnienia etatowe, umowy cywilno-prawne, kontrakty medyczne i inne koszty ponoszone przez objęte badaniami placówki opieki zdrowotnej. Najwyższe koszty pracy w kosztach ogółem w latach 2014–2016 ponosi podmiot leczniczy publiczny 3 – od 73,75% w 2014 roku po 73,61% w roku 2016. Natomiast najniższe

koszty w badanym okresie poniósł podmiot leczniczy prywatny – w 2014 roku wynosiły one 44,09%, a w 2016 – 42,20%.

Kolejne z rozpatrywanych zagadnień wiąże się z obecną strukturą kosztów pracy poszczególnych grup pracowniczych w kosztach ogółem ponoszonych przez badane placówki. Otrzymane wyniki w postaci procentowej zostały zgromadzone w Tabeli 5.

Tabela 5. Struktura kosztów pracy poszczególnych grup pracowniczych w kosztach pracy ogółem

Grupa zawodowa	Procent ogółu kosztów pracy					
	Pomiot leczniczy publiczny 1	Pomiot leczniczy publiczny 2	Pomiot leczniczy publiczny 3	Pomiot leczniczy publiczny 4	Pomiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę	Pomiot leczniczy prywatny
	wieloprofilowy					monoprofilowy
Lekarze	24,15	28,09	13,78	34,10	39,98	56,86
Pielęgniarki i położne	47,89	38,63	48,60	40,53	31,18	25,35
Pozostali pracownicy zawodów medycznych	13,13	20,02	24,73	10,63	18,85	3,51
Obsługa i wsparcie (wszyscy pracownicy niemedyczni poza administracją)	9,59	8,38	5,00	10,00	5,21	5,65
Administracja	5,23	4,88	7,89	4,74	4,78	8,63
RAZEM	100	100	100	100	100	100

Źródło: badania własne.

Zawarte w Tabeli 5 dane wskazują, że w badanych placówkach wieloprofilowych (publicznych, z wyłączeniem podmiotu przekształconego w spółkę) najwyższy procent kosztów pracy dotyczy grupy pracowniczej pielęgniarek i położnych, waha się on od 38,63% (pomiot leczniczy publiczny 2), przez 40,53% (pomiot leczniczy publiczny 4), 47,89% (podmiot leczniczy publiczny 1) po 48,60% (pomiot leczniczy publiczny 3). Natomiast najniższy procent kosztów pracy dotyczy grupy pracowniczej związanej z administracją szpitala, od 4,74%

(pomiot leczniczy publiczny 4), przez 4,88% (pomiot leczniczy publiczny 2) po 5,23% (pomiot leczniczy publiczny 3). Wyjątek stanowi podmiot leczniczy publiczny 3, który najniższy poziom kosztów pracy notuje w grupie zawodowej obsługa i wsparcie (wszyscy pracownicy niemedyczni poza administracją). Z powyższej tabeli wynika również, że spośród badanych placówek najwyższe koszty pracy związane z grupą pracowniczą lekarzy ponosi pomiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę – 39,98%, natomiast najniższe notuje pomiot leczniczy publiczny 3 – 13,78%. Zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz pozostałych pracowników wykonujących zawody medyczne stanowi łącznie 85,17% kosztów pracy w pomiole leczniczym publicznym 1, 86,74% kosztów pracy w podmiocie leczniczym publicznym 2; 87,11% kosztów pracy w podmiocie leczniczym publicznym 3; 85,26% kosztów pracy w podmiocie leczniczym publicznym 4; 90,01% kosztów pracy w pomiole leczniczym publicznym przekształconym w spółkę. Z kolei obsługa i wsparcie, czyli wszyscy pracownicy niemedyczni szpitala poza administracją, stanowią 9,59% kosztów pracy w podmiocie leczniczym publicznym 1; 8,38% kosztów pracy w pomiole leczniczym publicznym 2; 5,00% w pomiole leczniczym publicznym 3; 10,00% w pomiole leczniczym publicznym 4 i 5,21% kosztów pracy w pomiole leczniczym publicznym przekształconym w spółkę. Zatem najwyższe koszty pracy związane z personelem medycznym ponosi podmiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę, a najniższe podmiot leczniczy publiczny 1. Ten sam podmiot leczniczy uzyskał z kolei najwyższe koszty pracy związane z personelem niemedycznym (14,82%), a najniższe (9,99%) pomiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę. W badanej placówce monoprofilowej (prywatnej) najwyższy procent kosztów pracy dotyczy grupy pracowniczej lekarzy, (56,86%), natomiast najniższy grupy pozostałych pracowników zawodów medycznych (3,51%). Zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz pozostałych pracowników wykonujących zawody medyczne stanowi w tej placówce łącznie 85,72% kosztów pracy. Z kolei obsługa i wsparcie, czyli wszyscy pracownicy niemedyczni szpitala, poza administracją, stanowią 5,65% kosztów pracy.

Koszty pracy pracowników medycznych, zarówno w podmiotach publicznych, jak i prywatnym, stanowią ponad 85% kosztów pracy ogółem.

Kolejna kwestia związana z kosztami pracy w opiece zdrowotnej dotyczy struktury zatrudnienia poszczególnych grup pracowniczych. Zebrane w trakcie badania dane zostały zaprezentowane w Tabeli 6.

Tabela 6. Struktura zatrudnienia według grup pracowniczych

Grupa zawodowa	Procent ogółu zatrudnienia					
	Pomiot leczniczy publiczny 1	Pomiot leczniczy publiczny 2	Pomiot leczniczy publiczny 3	Pomiot leczniczy publiczny 4	Pomiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę	Pomiot leczniczy prywatny
	wieloprofilowy					monoprofilowy
Lekarze	12,75	10,83	6,38	11,04	9,20	22,41
Pielęgniarki i położne	46,29	41,67	48,35	46,63	39,95	52,59
Pozostali pracownicy zawodów medycznych	17,35	26,24	31,27	16,59	27,34	12,93
Obsługa i wsparcie (wszyscy pracownicy niemedyczni poza administracją)	18,11	15,63	6,67	19,59	17,45	2,59
Administracja	5,50	5,63	7,33	6,14	6,06	9,48
RAZEM	100					

Źródło: badania własne.

Zgromadzone w Tabeli 6 dane dotyczące obecnej struktury zatrudnienia według grup pracowniczych wskazują na fakt, że w badanych placówkach najwyższy procent zatrudnionych osób stanowią pielęgniarki i położne, waha się on od 39,95% (podmiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę), przez 41,67% (podmiot leczniczy publiczny 2), 46,29% (podmiot leczniczy publiczny 1), 46,63% (podmiot leczniczy publiczny 4), 48,35% (podmiot leczniczy publiczny 3) po 52,59% (podmiot leczniczy prywatny). Natomiast najniższy procent zatrudnienia w placówkach publicznych wykazany został w przypadku pracowników administracji szpitala (za wyjątkiem podmiotu leczniczego publicznego 3), od 5,50% (podmiot leczniczy publiczny 1), przez 5,63% (podmiot leczniczy publiczny 2), 6,06% (podmiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę), 6,14% (podmiot leczniczy publiczny 4) po 7,33% (podmiot leczniczy publiczny 3). Zarówno podmiot leczniczy publiczny 3, jak i podmiot leczniczy prywatny najniższy poziom zatrudnienia notuje w grupie zawodowej związanej z obsługą i wsparciem.

Z powyższej tabeli wynika również, że spośród badanych placówek najwyższy poziom zatrudnienia związany z grupą pracowniczą lekarzy odnotowuje podmiot leczniczy prywatny – 22,41%, natomiast najniższy podmiot leczniczy publiczny 3 – 6,38%.

Zatrudnienie lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz pozostałych pracowników wykonujących zawody medyczne stanowi łącznie 76,39% w podmiocie leczniczym publicznym 1, 78,74% podmiocie leczniczym publicznym 2, 86% w podmiocie leczniczym publicznym 3, 74,27% w podmiocie leczniczym publicznym 4, 76,49% w podmiocie leczniczym publicznym przekształconym w spółkę i 87,93% w podmiocie leczniczym prywatnym. Z kolei obsługa i wsparcie, czyli wszyscy pracownicy niemédyczni szpitala poza administracją, stanowią 18,11% zatrudnionych w podmiocie leczniczym publicznym 1, 15,63% w podmiocie leczniczym publicznym 2, 6,67% w podmiocie leczniczym publicznym 3, 19,59% w podmiocie leczniczym publicznym 4, 17,45% zatrudnionych w podmiocie leczniczym publicznym przekształconym w spółkę i 2,59% w podmiocie leczniczym prywatnym. Zatem najwyższym poziomem zatrudnienia personelu medycznego odznacza się podmiot leczniczy prywatny, wśród podmiotów leczniczych publicznych – podmiot 3, a poziom najniższy osiąga podmiot leczniczy publiczny 1. Natomiast najwyższy stopień zatrudnienia związany z personelem niemédycznym odnotowuje podmiot leczniczy publiczny 4 (25,73%), a najniższy (12,07%) podmiot leczniczy prywatny.

Kolejną z rozpatrywanych kwestii związanych z kosztami ponoszonymi przez placówki stanowiło zapoznanie się z wynikami finansowymi badanych podmiotów na koniec roku łącznie i z wyłączeniem amortyzacji. Uzyskane wyniki zostały zgromadzone w Tabeli 7.

Tabela 7. Wynik finansowy podmiotu na koniec roku w latach 2014–2016

Rok	Łącznie					
	Pomiot leczniczy publiczny 1 wieloprofilowy	Pomiot leczniczy publiczny 2 wieloprofilowy	Pomiot leczniczy publiczny 3 wieloprofilowy	Pomiot leczniczy publiczny 4 wieloprofilowy	Pomiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę wieloprofilowy	Pomiot leczniczy prywatny monoprofilowy
2014	ujemny	ujemny	dodatni	ujemny	dodatni	dodatni
2015	ujemny	ujemny	dodatni	ujemny	ujemny	dodatni
2016	ujemny	ujemny	dodatni	ujemny	ujemny	dodatni
Z wyłączeniem amortyzacji (netto)						

Rok	Łącznie					
	Pomiot leczniczy publiczny 1 wieloprofilowy	Pomiot leczniczy publiczny 2 wieloprofilowy	Pomiot leczniczy publiczny 3 wieloprofilowy	Pomiot leczniczy publiczny 4 wieloprofilowy	Pomiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę wieloprofilowy	Pomiot leczniczy prywatny monoprofilowy
2014	dodatni	dodatni	dodatni	ujemny	dodatni	dodatni
2015	dodatni	dodatni	dodatni	ujemny	dodatni	dodatni
2016	dodatni	dodatni	dodatni	ujemny	dodatni	dodatni

Źródło: badania własne.

Zawarte w Tabeli 7 dane wskazują, że badane placówki publiczne opieki medycznej w latach 2014–2016 na koniec roku uzyskiwały przeważnie ujemny łączny wynik finansowy. Wyjątek stanowi podmiot leczniczy 3, który jako jedyny z badanych szpitali publicznych osiągnął w tych latach dodatni wynik finansowy brutto. Podmiot leczniczy prywatny uzyskał w tych latach dodatni wynik finansowy brutto. Natomiast dane prezentujące wyniki finansowe z wyłączeniem amortyzacji w większości są dodatnie; wyjątek stanowi wynik podmiotu leczniczego publicznego 4.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na analizowany wcześniej łączny udział kosztów pracy w kosztach pracy ogółem. Podmiot leczniczy publiczny 3, który uzyskał najwyższy poziom tego wskaźnika (73,87% – średnio z lat 2014–2016) jako jedyny z podmiotów publicznych uzyskał dodatni wynik finansowy brutto. Natomiast podmiot leczniczy 4, który uzyskał najniższy poziom tego wskaźnika (60,67% – średnio z lat 2014–2016) jako jedyny z podmiotów publicznych uzyskał ujemny wynik finansowy netto. Pozostałe podmioty publiczne, których udział kosztów pracy w kosztach pracy ogółem kształtował się na średnim poziomie od 61,20% (podmiot leczniczy publiczny przekształcony w spółkę), przez 61,63% (podmiot leczniczy publiczny 1) po 65,62% (podmiot leczniczy publiczny 2) uzyskały dodatni wynik finansowy netto. Powyższe dane mogą potwierdzać narastający od lat problem związany z występującym niedofinansowaniem ochrony zdrowia, co ma istotny wpływ m.in. na zatrudnienia związane z zarządzaniem finansami, w tym w obszarze kosztów pracy. Taka sytuacja w konsekwencji wpływa m.in. destrukcyjnie na poziom zadowolenia i zaangażowanie zatrudnionych w podmiotach ochrony zdrowia pracowników oraz nie motywuje ich do opty-

malizacji pozostałych kosztów. Oczywiście pozostaje pod znakiem zapytania to, czy zmotywowana finansowo załoga wypracuje lepszy wynik finansowy.

Wnioski

W oparciu o literaturę przedmiotu oraz zebrane materiały badawcze można wysnuć stwierdzenie, że problematyka kosztów pracy w opiece zdrowotnej w sektorze prywatnym i publicznym stanowi bardzo istotne i jak najbardziej aktualne zagadnienie, które powinno znaleźć się w kręgu zainteresowań zarówno specjalistów badających i zgłębiających wiedzę na temat tego sektora gospodarki państwa, jak również osób korzystających z usług świadczonych przez podmioty opieki zdrowotnej.

Przeprowadzone badania potwierdzają, że koszty pracy w publicznych podmiotach leczniczych stanowią największy udział w strukturze kosztów ogółem (w badanej grupie ponad 65%), co oznacza, że mają one największy wpływ na sytuację finansową tych jednostek. W badanej placówce prywatnej (która nie posiada historycznej konotacji placówki publicznej) nie przekraczają one 40%. Co gorsze – w związku z zachodzącymi obecnie zmianami na rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia – należy oczekiwać dalszego wzrostu tego udziału, co w przypadku niezwiększenia nakładów na ochronę zdrowia powodować będzie dalszą pauperyzację oraz problemy w obszarach wynagradzania kadry i ekonomiki funkcjonowania szpitali, w szczególności publicznych. Z drugiej strony konieczność racjonalizacji kosztów pracy powinna skłonić decydentów na wszystkich szczeblach władzy do poszukiwania nowych rozwiązań w procesie zarządzania placówkami ochrony zdrowia oraz funkcjonowania systemu jako całości.

Literatura

1. Bernais J., Ingram J., *Controlling personalny i koszty pracy*, wyd. Akademii Ekonomicznej, Katowice, 2005.
2. Furmańska-Maruszak A., *Koszty pracy a zatrudnienie. Współczesne koncepcje a rzeczywistość*, Dom Organizatora, Toruń 2008.
3. Gabrusewicz W., *Podstawy analizy finansowej*, PWE, Warszawa 2002.
4. Głowacka M. D., Galicki J., Mojs E. (red.), *Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Woleters Kluwer, Warszawa 2013.
5. Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, WSH-E, Łódź 2003.
6. Kardaszewski J., *Ekonomika pracy stanowiska roboczego*, PWE, Warszawa 1970.

7. Kowalska S., *Koszty pracy w przedsiębiorstwie handlowym jako instrument zarządzania w dobie kryzysu gospodarczego*, [w:] *Wyzwania restrukturyzacyjne w obliczu globalnego kryzysu gospodarczego*, Borowiecki R., Jaki A. (red.), Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2009.
8. Kraj-Gabryś J., *Koszty pracy w Polsce na tle Unii Europejskiej*, [w:] T. Bernat (red.) *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, Wyd. Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009.
9. Księżyk M., *Koszty pracy w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej*, „*Ekonomia Menadżerska*” 4/2008.
10. Kulicki J., *Koszty zatrudniania pracowników*, Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce, Warszawa 2000.
11. Kulisa B., *Pojęcie kosztów pracy i ich klasyfikacja*, [w:] *Aspekty ekonomiczno-prawne kosztów pracy w Polsce*, Kolegiewicz K., Kulisa B., Nehring A. (red.), Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2004.
12. Lenik P., *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2017.
13. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2004.
14. Lewandowski R., *Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie*, [w:] M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
15. Miśkiewicz Z., *Koszty pracy w rachunku ekonomicznym produkcji przemysłu maszynowego*, Instytut Organizacji Przemysłu Maszynowego, Warszawa 1976
16. Nahotko S., *Zarządzanie kosztami pracy w przedsiębiorstwie działającym w otoczeniu bezrobocia*, Wyd. Scientific Publishing, Gdańsk 2005.
17. Sekuła Z., *Uwarunkowania i instrumenty polityki płac w firmie*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2003.
18. Sowada C., *Zadłużenie publicznych szpitali w Polsce w latach 2005–2014. Nierozwiązany problem zobowiązań wymagalnych*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014, nr 12.
19. Tomanek A., *Koszty pracy a struktura gospodarki*, [w:] Kolegiewicz K., Kulisa B., Nehring A. (red.), *Aspekty ekonomiczno-prawne kosztów pracy w Polsce*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach, Katowice 2004.
20. Urbaniak B., *Koszty pracy w procesie integracji europejskiej*, [w:] Borkowska S. (red.), *Rynek pracy wobec integracji europejskiej*, IPISS, Warszawa 2002

21. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity na podstawie: Dz. U. 2016, poz. 1638, 1948, 2260)
22. *500 największych szpitali w Polsce*, „Puls Medycyny” – wydanie świąteczne z dnia 21 grudnia 2016, s. I-VII
23. *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce*, Raport PMR, Warszawa 2014
24. *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, Departament Zdrowia NIK, Warszawa 2015

Źródła internetowe

1. www.akademia.nfz.gov.pl
2. www.ccioz.goc.pl
3. www.mz.gov.pl
4. www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/podmioty-wykonujace-dzialalnosc-lecznicza
5. www.Nowoczesnaklinika.pl/pl/artykuly/17/Analizy_Raporty/1/253/Coraz_wiecej_niepublicznych_szpitali
6. www.polska.newsweek.pl/nfz-wyjatkowo-hojny,56047,1,1.html

PROBLEMS OF WORK COSTS IN THE HEALTH CARE SECTOR – PERSPECTIVES OF PUBLIC HOSPITALS AND NON-PUBLIC HOSPITALS

Summary: The main aim of this article is to compare labor costs in public hospitals and non-public hospitals, and to try to find out the causes as well as the possible effects of the current state of affairs. This text is the subject of a bachelor's thesis entitled "Problems of Labor Costs in Health Care in the Public and Private Sector" realized at the Department of Management of the State Higher Vocational School im. S. Pigonia in Krosno.

Key words: Labor costs, hospital, health care, public and private sectors.

Translated by Piotr Lenik