

Jacek Klich

Menedżer samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Wstęp

Zgodnie z obowiązującym kalendarzem przekształceń w opiece zdrowotnej¹⁾, do 1 stycznia 1999 roku wszystkie zakłady opieki zdrowotnej mają zostać przekształcone z zakładów i jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki, posiadające osobowość prawną i działające jak podmioty gospodarcze na podstawie przepisów kodeksu cywilnego i handlowego.

Menedżerowie kierujący takimi zakładami mają w założeniach realizować cele w dużym stopniu zbieżne z tymi, które stawiane są przed przekształcanymi przedsiębiorstwami państwowymi: zahamować proces zadłużania się jednostek, osiągnąć poziom samofinansowania, a docelowo uzyskać nadwyżkę finansową. Wszystko to ma się dokonywać poprzez restrukturyzację jednostek i poprawę ich pozycji konkurencyjnej.

Samodzielny zakład opieki zdrowotnej w reformie opieki zdrowotnej

Działania reformatorskie podejmowane w sektorze opieki zdrowotnej zostały wymuszone złą i stale pogarszającą się sytuacją finansową tego sektora. Na początku 1998 roku zadłużenie placówek ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim szpitali, wynosiło blisko 4 mld złotych²⁾.

W dążeniu do obniżenia kosztów funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej oraz zainicjowania procesów restrukturyzacji, przyjęto zasadę oddzielenia funkcji dysponenta środków płatnika (organ założycielski, wojewoda, samorząd, gmina, a od stycznia 1999 roku kasa chorych) od funkcji podmiotu wykonującego usługę (samodzielny zakład opieki zdrowotnej). Dysponent środków będzie zakupywał określoną pulę świadczeń zdrowotnych na rynku, na którym występować będą samodzielne podmioty świadczące usługi czy to reprezentujące sektor publiczny (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej), czy też prywatny. Przyjmuje się, że świadczący usługi będą konkurować między sobą cenami i jakością świadczonych usług. Z jednostkami oferu-

jącymi najlepsze warunki cenowe i gwarancje wysokiej jakości usług dysponent środków podpisując będzie kontrakty. Przy wyborze oferenta obowiązować będzie zasada równości podmiotów (publiczne, prywatne, *non-for-profit*).

Stosunki kontraktowe zakładają istnienie samodzielnych szpitali (tj. jednostek posiadających osobowość prawną). Działające do tej pory jednostki opieki zdrowotnej (zespoły opieki zdrowotnej, szpitale i inne) w formie jednostek budżetowych lub zakładów budżetowych muszą być zatem przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Z powyższego wynika, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest w ujęciu sektorowym pierwszym i jednym z najważniejszych elementów reformowanego systemu opieki zdrowotnej.

Koncepcja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (s.p.z.o.z.) posiada osobowość prawną, a swoją gospodarkę finansową opiera na znowelizowanej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej³⁾.

Konsekwencją samodzielności jest komercjalizacja działań zakładu. Wśród źródeł finansowania na pierwszym miejscu wymienia się odpłatność świadczeń realizowanych na zlecenie (w formie kontraktu) organów tworzących zakład, instytucji ubezpieczeniowych, zakładów pracy itp. Kompetencje do ustalania wysokości opłat za świadczenia udzielane osobom nie uprawnionym przysługują kierownikowi s.p.z.o.z. S.p.z.o.z. może ponadto uzyskiwać środki finansowe z realizacji zadań i programów zdrowotnych, wydzielonej działalności gospodarczej innej niż udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych, darowizn, zapisów, spadków, ofiarności publicznej.

Posiadając osobowość prawną, s.p.z.o.z. może zaciągać zobowiązania, w tym kredyty bankowe w bankach komercyjnych na zasadach uzgodnionych między stronami. Cechą charakterystyczną gospodarki finansowej s.p.z.o.z. jest wydzielenie dwóch rodzajów funduszy: założycielskiego i zakła-

dowego. Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej zakładowi części mienia państwowego lub komunalnego. Fundusz zakładu stanowi wartość majątku zakładu po odliczeniu funduszu założycielskiego.

S.p.z.o.z. samodzielnie decyduje o podziale zysku (nadwyżki przychodów nad kosztami), który może wytworzyć. Niedobory finansowe s.p.z.o.z. pokrywa we własnym zakresie lub z kredytu bankowego. Niedobór finansowy s.p.z.o.z. nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli jego dalsze istnienie jest uzasadnione celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a realizacji tych zadań nie może przejąć inny zakład. Jeżeli niedobór finansowy zakładu nie zostanie w żaden sposób pokryty, to organ założycielski może zdecydować o jego likwidacji jako jednostki samodzielnej lub też stwierdza, że zakład musi prowadzić nadal działalność, pokrywa niedobór ze środków publicznych i wskazuje, czy zakład ma w dalszym ciągu działać jako jednostka budżetowa, czy jako zakład budżetowy. W razie likwidacji zakładu jego zobowiązania przejmuje skarb państwa.

S.p.z.o.z. może decydować o swojej wewnętrznej strukturze, może zatem modelować swoją strukturę organizacyjną, decydować o regulaminie organizacyjnym, o systemie wynagradzania i wysokości płac, a także o polityce zatrudnienia.

Status prawny kierownika s.p.z.o.z.

Mając w pamięci rolę, jaką w reformie systemu opieki zdrowotnej mają odegrać samodzielne zakłady, nie można przecenić roli kierowników tych samodzielnych jednostek w procesie reformowania systemu opieki zdrowotnej. Stąd konieczność dokonania oceny ich pozycji, zakresu odpowiedzialności i kompetencji, motywacji do zwiększania efektywności własnej i kierowanych jednostek.

Kierownik s.p.z.o.z. jest powoływany przez organ, który utworzył zakład. Jest on pracownikiem w rozumieniu kodeksu pracy, wykonującym pracę na podstawie powołania. Precyzując: z kierownikiem s.p.z.o.z. nawiązuje się stosunek pracy na podstawie umowy, umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej. W akcie powołania można szczegółowo określić zadania i obowiązki kierownika a także w sposób dla niego korzystniejszy określić jego uprawnienia. Można wykorzystać również koncepcję kontraktu menedżerskiego, ale w praktyce nie jest to często stosowane.

W badaniach podejmowanych przez HJCH wykazano, że w 142 szpitalach rejonowych, 22 wojewódzkich szpitalach ogólnych oraz 40 specjalistycznych szpitalach wojewódzkich posiadających w marcu 1998 roku status jednostek samodzielnych (łącznie w 204 jednostkach), kontrakty menedżerskie podpisało jedynie 9 kierowników⁴⁾. Nawet jednak ta liczba może się okazać zawyżona. Po bliższej anali-

zie okazuje się bowiem, że część z kontraktów, choć ma formę umów menedżerskich, a w tytule słowo „kontrakt”, zawiera takie zapisy, które przypominają bardziej umowy o pracę, niż umowy cywilnoprawne o zarządzanie⁵⁾. W takich przypadkach, w rozwiązywaniu spraw wynikłych z treści umowy znajdują zastosowanie przepisy kodeksu pracy.

Rozwiązaniem uelastyczniającym politykę zatrudniania kierowników samodzielnych zakładów jest zmiana dokonana w 1997 roku dopuszczająca możliwość odejścia od dotychczasowej procedury wyboru kandydata na stanowisko kierownika s.p.z.o.z. w drodze postępowania konkursowego.

Odpowiedzialność i kompetencje kierownika s.p.z.o.z.

Odpowiedzialność i kompetencje kierownika s.p.z.o.z. ujmowane są zarówno w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, jak i umowach o zarządzanie samodzielnymi jednostkami.

Wedle zapisów ustawowych kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za zarządzanie s.p.z.o.z. Ustalenie jednak charakteru i zakresu tej odpowiedzialności jest możliwe tylko na podstawie przepisów prawa cywilnego, karnego i administracyjnego, bo ustawa o zakładach opieki zdrowotnej tego nie precyzuje. Odpowiedzialność o charakterze administracyjno-prawnym wynika z powiązań organizacyjnych pomiędzy kierownikiem zakładu a organem, który go powołał.

Zakres kompetencji kierownika ujęty w ustawie (kierowanie zakładem, reprezentowanie go na zewnątrz, pełnienie funkcji przełożonego wobec wszystkich pracowników) trudno uznać za jasno określony. Funkcja reprezentanta zakładu sprowadza się do osobistego udziału w kontaktach z organem nadrzędnym i jednostkami zewnętrznymi, ograniczonego do spraw zasadniczych i niezbędnych do funkcjonowania zakładu. Kierownik występuje w imieniu zakładu mając wyłączną kompetencję do składania oświadczeń woli. Swoboda kierownika zatrudnianego na podstawie umowy o pracę jest również ograniczana w stosunku do decyzji dotyczących zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego (w tym przypadku o przyjęciu darowizny decyduje podmiot, który zakład utworzył, a opinię w takiej sprawie wydaje również rada społeczna).

Jeżeli chodzi o rozwiązania przyjmowane w umowach o zarządzanie, to w analizowanych kontraktach wśród zakresu obowiązków kierownika s.p.z.o.z. wymieniano najczęściej organizowanie warunków do realizacji celów zakładu, prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej, określanie planów strategicznych i operacyjnych oraz finansowo-kosztowych, stwarzanie warunków poprawy jakości usług i rozwoju zakładu oraz ponoszenie odpowiedzialności za jego działanie (sic!).



Zakres uprawnień kierownika obejmował natomiast najczęściej:

- jednoosobowe decyzje o zobowiązaniach (do podanej w kontrakcie maksymalnej kwoty),
- podejmowanie decyzji (po zaopiniowaniu przez radę społeczną) w sprawach: statutu, regulaminów zakładowych, planów strategicznych, zakupu i przyjęcia sprzętu, przekształcenia zakładu, podziału nadwyżki, zaciągania kredytów.

W dążeniu do przyspieszenia procesu przekształceń w ochronie zdrowia, w MZiOS przygotowano projekt umowy o zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej wypracowany przez Komisję ds. Kontraktów Menedżerskich powołaną przez ministra zdrowia i opieki społecznej.

Podobnie jak w przypadku zapisów ustawowych, nie znajdujemy w projekcie kontraktu menedżerskiego jasno sprecyzowanych kompetencji i odpowiedzialności kierownika s.p.z.o.z.

W zapisach projektu w odniesieniu do obowiązków kierownika znajdują się sformułowania o sprawnym zarządzaniu zakładem z „zachowaniem szczególnej staranności przy zapewnieniu odpowiedniej jakości świadczeń oraz racjonalnego wykorzystania środków publicznych”. Kierownik jest obowiązany przygotować i przedłożyć radzie społecznej zakładu (organ o charakterze opiniodawczym, doradczym i inicjującym) projekt statutu lub jego zmian, projekty regulaminów wewnętrznych zakładu, projekty programu rozwoju zakładu, coroczne sprawozdania z realizacji programu rozwoju oraz coroczne sprawozdania rzeczowo-finansowe z działalności zakładu.

W zakresie funkcji reprezentanta zakładu, projekt kontraktu menedżerskiego określa, że kierujący zakładem uzyskuje upoważnienie do składania oświadczeń woli jednoosobowo i możliwości podpisywania umów i zobowiązań do osób trzecich w wysokości:

- wynikającej ze zwykłego zarządzania bieżącą działalnością zakładu,
- koniecznej do realizacji programu rozwoju w zakresie wydatków inwestycyjnych.

Zarządzający jest obowiązany do uzyskania zgody dla zbycia, zastawienia lub nabycia nieruchomości na rzecz zakładu, zgody na zaciągnięcie kredytu w wysokości przekraczającej 15% rocznego budżetu zakładu oraz uzyskania opinii rady społecznej w sprawach określonych w zadaniach rady społecznej.

Za szkody wyrządzone zakładowi z winy nieumyślnej, zarządzający odpowiada finansowo do wysokości wynagrodzenia za jeden miesiąc pracy. W przypadku szkody z winy umyślnej, zarządzający odpowiada finansowo do pełnej wysokości szkody, nie więcej jednak niż do wartości wynagrodzenia za okres 3 miesięcy.

Za wykonywanie czynności określonych w umowie zarządzający otrzymywać ma miesięczne wynagrodzenie w wysokości nie mniejszej niż 10-krot-

ność wielkości średniej płacy krajowej (ogłaszanej co kwartał przez ministra pracy, płacy i spraw socjalnych dla pięciu podstawowych gałęzi gospodarki narodowej).

Na dochody z pracy składać się też może prowizja od pozyskanych dodatkowo przez zakład środków nie będących środkami uzyskanymi na podstawie umowy z organem założycielskim czy kasą chorych.

Na podstawie analizy rozwiązań ustawowych oraz zawartych w umowach (zarówno istniejących, jak i w projekcie umowy o zarządzaniu stworzonym w MZiOS) można stwierdzić, że stopień precyzji przy określaniu zakresu odpowiedzialności i kompetencji kierownika s.p.z.o.z. jest niezadowalający. Brak jest przede wszystkim jasno określonych, precyzyjnych celów, jakie się stawia przed zarządzającym s.p.z.o.z.

Trudności w wypełnianiu funkcji zarządczych przez kierowników s.p.z.o.z.

Oprócz trudności wynikających z ogólnych regulacji prawnych odnoszących się do kierowników s.p.z.o.z., na działalność zarządzających samodzielnie jednostkami oddziałuje niekorzystnie dużo czynników zewnętrznych. Badania nad przekształceniami w sektorze zdrowia⁶⁾ tworzą podstawę do stworzenia krótkiej listy czynników limitujących kierownika s.p.z.o.z. w jego działaniach zorientowanych na restrukturyzację zakładu:

- ograniczenia finansowe – dostęp do kapitału,
- nazbyt rozbudowana i przestarzała infrastruktura,
- ograniczenia po stronie infrastruktury techniczno-informacyjnej i dostępu do informacji (co częściowo może być złagodzone przez dostęp do dodatkowych środków finansowych),
- ograniczenia po stronie zasobów ludzkich – brak wykształconej kadry specjalistów w zakresie rachunkowości zarządczej, kosztów, finansów, zarządzania,
- opór wobec zmiany organizacyjnej – niechęć środowiska medycznego wynikająca po części z braku informacji o naturze i procesie przekształceń,
- słaba motywacja finansowa kierowników do podejmowania ryzyka związanego z przeprowadzeniem zmian w organizacji,
- ograniczona wiedza na temat zasad funkcjonowania samodzielnych jednostek,
- brak wyraźnej wizji rozwoju opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym (województwa).

Sytuacja menedżerów opieki zdrowotnej kierujących samodzielnie zakładami wykazuje pewne podobieństwo do sytuacji dyrektorów przekształcanych przedsiębiorstw przemysłowych (występowanie bariery dostępu do kapitału, nazbyt rozbudowana i przestarzała infrastruktura, opór wobec zmiany ze strony pracowników zakładu i związków zawodowych).

To, co różni działalność menedżerów w tych dwóch sekcjach, wiąże się z charakterem produktu/usługi. Istnieje bogata literatura przedmiotu na temat odrębności rynku usług zdrowotnych i rynku innych usług. Specyfika rynku usług zdrowotnych nakłada na menedżerów działających w tym sektorze dodatkowe ograniczenia związane choćby z niemożliwością rezygnacji ze świadczenia usług nie przynoszących nadwyżki finansowej czy koniecznością świadczenia usług zdrowotnych nawet wtedy, kiedy możliwości uzyskania świadczenia pieniężnego za ich wykonanie są wysoce problematyczne bądź praktycznie żadne.

Można również dowodzić, że ostrość bariery związanej z zasobami ludzkimi jest w tych dwóch sekcjach różna. Związane jest to nie tylko z faktem większej podaży specjalistów od zarządzania czy marketingu w przemyśle (brak jest takich specjalistów dla rynku zdrowia), ale również z poziomem wynagrodzenia specjalistów w tych dwóch sekcjach (możliwości płacowe w opiece zdrowotnej są absolutnie niekonkurencyjne wobec przemysłu czy handlu).

Również wynagrodzenie samych dyrektorów jednostek opieki zdrowotnej (uzyskiwane z etatów dyrektorskich) jest kilkakrotnie niższe od środków uzyskiwanych przez dyrektorów przekształcanych przedsiębiorstw.

Poziom doświadczenia i wiedzy o funkcjonowaniu mechanizmów rynkowych jest relatywnie większy wśród dyrektorów przedsiębiorstw niż wśród dyrektorów jednostek opieki zdrowotnej. Rynek na usługi zdrowotne dopiero się tworzy, a koncepcja samodzielnych zakładów żadną miarą nie może być uznana za kompleksową i przejrzystą, nie wspominając o istniejących regulacjach prawnych w tym zakresie. Stąd też relatywnie większy margines ryzyka, jakie ponosić muszą menedżerowie samodzielnych jednostek opieki zdrowotnej. Na domiar złego, sektor zdrowia nigdy nie uzyska tak szerokiego marginesu państwowej i administracyjnej nieinwencji, jak przemysł.

Podnosząc tych kilka tylko aspektów funkcjonowania menedżerów samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej i dodając do tego olbrzymie (w ujęciu nominalnym) strumienie środków, jakimi zarządzają kierownicy jednostek opieki zdrowotnej, można w sposób odpowiedzialny stawiać tezę o potrzebie zbudowania agresywnego systemu bodźców dla menedżerów opieki zdrowotnej, by z większym zaangażowaniem wprowadzali w życie idee regulowanego rynku usług zdrowotnych.

Jest to ważne również dlatego, że w odróżnieniu od przemysłu, nie istnieją jeszcze w sektorze opieki zdrowotnej atrakcyjne alternatywne ścieżki kariery zawodowej. Aktualni kierownicy jednostek opieki zdrowotnej to w znakomitej większości lekarze, często ordynatorzy. Łączą oni działalność zarządczą z praktyką lekarską na oddziałach, co prowadzi do uzyskiwania suboptimalnych efektów na obu polach. Jest to jednak efekt wymuszony niską wysokością dyrektorskiej pensji, która musi być wspierana dochodami z praktyki lekarskiej.

Mocna identyfikacja z grupą zawodową i perspektywa powrotu do działalności typowo lekarskiej powoduje, że często w postępowaniu dyrektorów odnotować można postawy konformizmu i uciekania od trudnych, ale niezbędnych decyzji. Nie jest to najlepszy prognostyk w sytuacji konieczności dokonywania głębokich reform systemowych.

Konstatując, mniejszą podaż specjalistów od zarządzania w opiece zdrowotnej z jednej, a wymogi konkurencyjnego rynku pracy z drugiej strony, należy tym większy nacisk położyć na konieczność wprowadzania konkurencyjnych płac dla menedżerów w opiece zdrowotnej. Tylko wówczas można liczyć na dopływ do sektora zdrowia wysoko kwalifikowanych specjalistów od zarządzania.

Stąd należy z dużym zainteresowaniem powitać inicjatywę wprowadzania na szerszą skalę kontraktów menedżerskich. Stabilizacja finansowa, którą mogą nieść ze sobą kontrakty (przynajmniej na okres 6-letni, jak przewiduje projekt ministerialny) może skłonić niektórych utalentowanych lekarzy menedżerów do wyboru zarządzania jako jedynej ścieżki kariery zawodowej.

Geneza tworzenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wykazuje *mutatis mutandis* pewne analogie do przekształcanych przedsiębiorstw państwowych. W obu przypadkach u podłoża zmian leży konieczność ograniczenia lub likwidacji dotacji oraz zwiększania efektywności wykorzystania posiadanych zasobów i osiągnięcia poziomu samofinansowania.

Odmienne natomiast, niż w przemyśle i handlu, przedstawia się w samodzielnych jednostkach kwestia motywowania kierujących zakładami menedżerów oraz poziomu ryzyka, które muszą oni podejmować.

Menedżerowie kierujący samodzielными zakładami opieki zdrowotnej działają w warunkach wyższej bariery informacji, ograniczonego doświadczenia w działaniu w warunkach konkurencji, większego marginesu ryzyka, większego upolitycznienia decyzji, większych ograniczeń w zakresie decyzji stanowiących, bardziej niekoherentnych rozwiązań legislacyjnych.

Jacek Klich

PRZYPISY

- ¹ Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 r., Dz.U. nr 28, poz. 153, 1997.
- ² A. GRABOWSKA, *Długi szpitali bez odsetek*, „Rzeczpospolita”, 24.04.1998.
- ³ Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 20 czerwca 1997 r., Dz.U. nr 104, poz. 661, 1997.
- ⁴ Wykaz samodzielnych szpitali. Stan na 31 marca 1998 roku, maszynopis powielony, Harvard-Jagiellonian Consortium for Health, Kraków, 1998.
- ⁵ A. KOZIERKIEWICZ, *Umowa – kontrakt menedżerski jako narzędzie organu założycielskiego*, wystąpienie na konferencji: Samodzielność zakładów opieki zdrowotnej, Kraków 5-6 czerwca 1998, maszynopis powielony, Instytut Zdrowia Publicznego, Kraków 1998.
- ⁶ Badania jednostek samodzielnych odbywają się w ramach projektu: Strengthening Local Government in Health, prowadzonego przez Harvard-Jagiellonian Consortium for Health. Projekt HJCH publikuje i udostępnia wyniki badań.