Jacek Klich

Kontrakty menedżerskie w ochronie zdrowia w warunkach ograniczeń rynkowych i systemowych

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 4, 32-46

1999

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

JACEK KLICH

KONTRAKTY MENEDŻERSKIE W OCHRONIE ZDROWIA W WARUNKACH OGRANICZEŃ RYNKOWYCH I SYSTEMOWYCH

ABSTRAKT

Celem referatu jest przedstawienie podstawowych czynników determinujących kształt kontraktów podpisywanych z menedżerami kierującymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.
Wyróżnione zostały cztery płaszczyzny, w ramach których dokonuje się oceny zakresu i siły wpływu poszczególnych czynników oddziałujących na charakter i treść zawieranych kontraktów: rynek, regulacje prawne, potencjał organizacyjny systemu oraz polityka.

Wykorzystując wyniki badań nad kontraktami menedżerskimi w opiece zdrowotnej przeprowadzonych przez Harvard-Jagiellonian Consortium for Health[1] weryfikowana jest hipoteza, że zapisy w kontraktach są odbiciem ograniczeń wypływających z czterech wyróżnionych powyżej płaszczyzn.
W warstwie postulatywnej w referacie stawiana jest teza, że kontrakty menedżerskie są najbardziej obiecującym sposobem porządkowania systemu i w długiej perspektywie mogą go stabilizować oraz prowadzić do zwiększenia efektywności zakładów. Warunkiem niezbędnym jest przy tym zneutralizowanie lub znaczne osłabienie działania wyróżnionych specyficznych czynników zakłócających.

WPROWADZENIE

Kontrakty menedżerskie podpisywane z dyrektorami samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wzbudzają wciąż (jesień 1999 roku) spore emocje. Podjęte przez prasę i podawane w sensacyjnej otoczce przykłady podpisywanych tuż przed końcem 1998 roku bardzo korzyst-

[1] Harvard-Jagiellonian Consortium for Health (HJCH) tworzone jest pracowników Harvard School of Public Health i Uniwersytetu Jagiellońskiego, działających we współpracy z przedstawicielami innych organizacji i instytutów badawczych z USA i Polski. Celem HJCH są badania nad reformą opieki zdrowotnej w Polsce i wypracowywanie narzędzi i procedur ułatwiających implementację reformy.

nych dla dyrektorów kontraktów doprowadziły do podważenia zaufania do tej formy kształtowania związków między organami założycielskimi a menedżerami. Powoływane w mediach fragmenty raportu stworzonego na potrzeby Ministerstwa Finansów, a dotyczącego kontraktów menedżerskich w opiece zdrowotnej stawiały w negatywnym świetle zawarte kontrakty. Jednym z głównych zarzutów była wysokość kontraktów, w sposób istotny odbiegająca od średnich zarobków uzyskiwanych przez lekarzy w opiece zdrowotnej i zdaniem autorów raportu ewidentnie zawyżona (ergo: niezasłużona). Choć nie był to motyw w dyskusjach jedyny, ale z całą pewnością dominujący.

Przyjęcie takiej płaszczyzny oceny kontraktów w sposób oczywisty zawęża i zniekształca końcowe wyniki oceny i staje się w większej części wdzięcznym (bo wywołującym gorące emocje) tematem zastępczym. Zamiast rzeczowej dyskusji i pogłębionej refleksji na temat sposobów usprawniania działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce i doskonalenia używanych w tym systemie narzędzi, można zorganizować krucjatę przeciwko dyrektorom wyszarpującym niegodziwie wysokie (i nienależne) apanaże z rąk sfrustrowanych utratą godności wojewódzkich (reforma administracyjna) urzędników. Efektem takiej jednoznacznie negatywnej oceny pewnej (patologicznej, co do tego zgoda) procedury może być (i częściowo już jest) erozja zaufania do wszystkich ludzi kierujących jednostkami i pracujących w oparciu o kontrakt menedżerski. Materializuje się tu bowiem efekt uogólniania i przenoszenia, a przecież trzeba wyraźnie podkreślić, że próba, w oparciu o którą krytyczny sąd został sformułowany nie może być uznana za próbkę reprezentatywną.

Podstawowym motywem do napisania tego tekstu była chęć przeniesienia dyskusji i ocen na temat kontraktów menedżerskich w opiece zdrowotnej z płaszczyzny czystych emocji na płaszczyznę akademickich analiz.

Celem niniejszych rozważań jest próba prezentacji podstawowych czynników determinujących kształt kontraktów podpisywanych z menedżerami kierującymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Przyjmuje się przy tym założenie, że tylko poprzez właściwe zidentyfikowanie czynników i zjawisk, które mają istotne czy wręcz dominujące znaczenie w kształtowaniu stosunków kontraktowych, można prowadzić dalsze analizy, które zmierzać mają w efekcie do usprawnienia narzędzia zarządczego, jakim jest kontrakt menedżerski. Dążenie do usprawniania mechanizmu kontraktów wynika z przekonania, że jako narzędzie (w ujęciu normatywnym), stanowią one uzupełnienie mechanizmów rynkowych i przyczyniają się do zwiększania efektywności systemu

W celu uporządkowania prezentacji wyróżnione zostały cztery płaszczyzny, w ramach których dokonuje się oceny zakresu i siły poszczególnych czynników wpływających na charakter i treść zawieranych kontraktów. Są nimi: rynek, regulacje prawne, potencjał organizacyjny systemu oraz polityka.

W analizie wykorzystywane będą wyniki badań nad kontraktami menedżerskimi przeprowadzonych przez Harvard-Jagiellonian Consortium for Health wiosną 1999 roku.

Niniejszy tekst odwołuje się do wybranych tylko wyników tych badań, bez pełnej ich charakterystyki.

RYNEK A KONTRAKTY

Wpływ rynku jako elementu otoczenia samodzielnych jednostek na kontrakty zawierane przez dyrektorów tych jednostek jest znaczny. Rynek jest pojęciem wielowymiarowym *per se*, które w odniesieniu do interesującego nas zagadnienia może być zredukowane (co wymusza charakter i objętość niniejszego opracowania) do dwóch podstawowych wymiarów:

- makroekonomicznego
- mezoekonomicznego

Wymiar makroekonomiczny obejmuje zakres i siłę mechanizmów rynku w sferze świadczenia usług zdrowotnych oraz stopień uporządkowania systemu, podczas gdy wymiar mezoekonomiczny można zredukować do charakterystyki wzajemnych relacji między podstawowymi aktorami na rynku usług zdrowotnych.

W tych dwóch wymienionych powyżej obszarach sytuowane będą następnie najbardziej istotne determinanty kontraktów menedżerskich.

Kontrakt menedżerski w swojej istocie ma tworzyć warunki do poprawy jakości zarządzania jednostką, a przez to do polepszania efektów działania organizacji. Można założyć, że było to brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o wprowadzeniu kontraktów menedżerskich do sfery opieki zdrowotnej. Czy jednak biorąc pod uwagę fakt, iż w Polsce kontrakty na zarządzanie podpisywano w przemyśle (bądź w jednostkach przygotowujących się do przekształceń własnościowych, bądź dopiero co sprywatyzowanych), nie popełniamy błędu implementując do praktyki opieki zdrowotnej narzędzie całkowicie obce?

Czy specyfika sektora opieki zdrowotnej zezwala na stosowanie kontraktów na zarządzanie?

Fakt istnienia wyraźnych odrębności rynku usług medycznych tak od rynków towarowych jak i innych rynków usług jest powszechnie przyjmowany i akceptowany. Jedną z konsekwencji uznania tych odrębności

jest odrzucenie możliwości opierania sektora opieki zdrowotnej na mechanizmach wolnorynkowych. To pierwsza konstatacja, która z racji swej oczywistości podawana jest w tym miejscu tylko dla kompletności i większej klarowności wywodu.

Odrzucenie dyktatu rynku nie musi i nie powinno hamować wszystkich tych działań, których celem jest wprowadzanie rozwiązań quasi-rynkowych po to, aby osiągnąć większą efektywność alokacji i wykorzystania zasobów. Niektóre z przyjętych we wdrażanej reformie opieki zdrowotnej rozwiązań wyraźnie wskazują na zamysł przeniesienia elementów rynkowych do nowego systemu (np. wybór lekarza przez pacjenta, konkurencja między świadczeniodawcami, możliwości pozyskiwania dodatkowych - obok kontraktów z kasami chorych - środków, itp.). Biorąc pod uwagę szeroko opisaną w literaturze przewagę więzi typu rynkowego nad jakimkolwiek innym systemem regulacji, nie istnieje dylemat, czy korzystać w modelu nowoczesnej opieki zdrowotnej z mechanizmów rynku kontrolowanego (tam gdzie jest to możliwe do wprowadzenia) czy też nie.

Rzeczywisty problem dotyczy tego, w jakim zakresie można i należy wprowadzać elementy zachowań i mechanizmów rynkowych do systemu. Najpierw jednak trzeba spróbować dokonać diagnozy istniejącego zakresu rzeczywistych więzi rynkowych lub quasi-rynkowych w opiece zdrowotnej.

Przypomnijmy w tym miejscu, że idea podpisywania kontraktów menedżerskich zrodziła się w Polsce w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych w przemyśle, a więc w sektorze, gdzie zakres mechanizmów rynkowych był po terapii szokowej Balcerowicza znaczny i ciągle się poszerzał. Ekonomia w sektorze przemysłu różni się od ekonomii w sferze usług zdrowotnych. W przemyśle przedsiębiorstwa konkurują między sobą oferując swoje towary nabywcom, z których **każdy podejmuje indywidualne decyzje o zakupie bądź powstrzymaniu się od zakupu**. Decyzje te podejmowane są bezpośrednio przez samych zainteresowanych i zgodnie z ich indywidualnymi preferencjami. Kupujący działają najczęściej w rozproszeniu (rynek rozproszony) tak, że oferta sprzedającego musi być zrównoważona i kierowana mniej więcej równomiernie do wszystkich potencjalnych odbiorców. Między kupującymi może dochodzić do konkurencji o produkty. Strumień środków przeznaczanych na zakup towarów i usług w warunkach rozproszenia nabywców jest ograniczany głównie dochodami konsumentów, zmianami w gustach konsumentów czy niską oceną użyteczności samego wyrobu.

Należy tu podkreślić, iż decyzje odnośnie zakupu i konsumpcji dóbr i usług standardowych spoczywają w rękach bezpośrednich konsumentów.

Asymetria informacji między sprzedającym i kupującym (nawet jeżeli występuje) nie uniemożliwia podjęcia decyzji o zakupie przez tego ostatniego.

W porównaniu z rynkiem towarów czy tradycyjnych usług, rynek usług zdrowotnych, a już w całej rozciągłości rynek usług zdrowotnych w Polsce, wykazuje szereg odmiennych cech.

Z ekonomicznego punktu widzenia, konsument na rynku usług zdrowotnych jest w znacznej mierze ograniczony w swoich decyzjach. Ograniczenia wynikają tak z zawężonego pola decyzji jak i samej procedury podejmowania decyzji. Pole decyzji jest ograniczone np. przez liczbę jednostek opieki zdrowotnej, do których dostęp gwarantuje kasa chorych oraz ich geograficzne rozmieszczenie. Ograniczenia w samej procedurze podejmowania decyzji wynikają z faktu, iż asymetria informacji w układzie: lekarz - pacjent jest tak duża, że pacjent ma bardzo ograniczone możliwości faktycznego wyboru. O ile przy tym wybór lekarza domowego (przy spełnieniu pewnych wymagających założeń) można uznać za decyzję podjętą w znacznej mierze przez pacjenta, o tyle decyzje dotyczące dalszego leczenia (specjalistyka, lecznictwo zamknięte) w rzeczywistości nie są już decyzjami pacjenta. W wielu przypadkach wybór pacjenta jest w ogóle niemożliwy (stany zagrożenia życia). Można zatem dowodzić, że bezpośredni konsument nie podejmuje niezależnych, indywidualnych decyzji. Co więcej, w transakcje kupna - sprzedaży włączane są instytucje pośredniczące (kasy chorych), które w imieniu pacjenta dokonują zakupu odpowiednich pakietów usług czy pojedynczych usług. Tu bezpośredni konsument jest w zasadzie ubezwłasnowolniony, gdyż brak zgody na ofertę przygotowaną przez kasy oznacza automatycznie konieczność powtórnego łożenia na opiekę zdrowotną, tym razem w formie indywidualnych dopłat i opłat wnoszonych z własnej kieszeni.

Kasy chorych jako aktor na rynku usług zdrowotnych w takim układzie organizacyjnym, jaki spotykamy obecnie w Polsce stają się bezpośrednim kupującym. Rozdzielony więc zostaje akt kupna (kontrakt jednostki lub lekarza z kasą chorych) od aktu bezpośredniej konsumpcji usług zdrowotnych. To zaś konstytuuje następną cechę wyróżniającą rynek usług zdrowotnych od innych rynków. Co więcej, kupujący nie występują w rozproszeniu (jak w przemyśle czy innych usługach), lecz tworzą silne (swoimi budżetami) organizacje dysponujące znacznymi środkami publicznymi. Dodając do tego niską podzielność środków i zasobów stosowanych w opiece zdrowotnej oraz ich małą mobilność przestrzenną, otrzymujemy w efekcie sytuację monopsonu, czyli monopolu nabywcy (ale nie konsumenta).

Relacje między dwoma podstawowymi aktorami w systemie opieki zdrowotnej: jednostkami sprzedającymi swoje usługi i kasami chorych są więc ewidentnie asymetryczne i kasy chorych uzyskują w tym układzie bezwzględną przewagę. Nierównowaga ta powoduje, iż oferta sprzedającego ukierunkowana jest prawie wyłącznie na kasę chorych. Ponieważ kasa chorych jest kupującym, a nie bezpośrednim konsumentem można powiedzieć, że już w sferze rozwiązań modelowych przyjęta została orientacja na kupującego, a nie konsumenta. Strumień środków przeznaczanych na zakup usług (kontrakty z kasami) ograniczany jest nie dochodami konsumentów (jak w większości innych rynków), ale budżetami kupujących (kas chorych). W przyjętych procedurach nie ma przy tym miejsca na indywidualne preferencje bezpośrednich konsumentów (pacjentów). Reprezentantem ich interesów jest kasa chorych[2].

Na specjalną uwagę w katalogu ograniczeń rynkowych występujących w opiece zdrowotnej zasługuje znacznie mniejszy potencjał do rozwoju działalności przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Przez rozwój rozumie się tutaj zarówno zwiększanie wolumenu sprzedaży oferowanych już usług, jak i wprowadzanie na rynek nowych usług czy podejmowanie działalności w innych sferach niż świadczenie usług zdrowotnych. W tym ujęciu nie ma żadnego porównania między przemysłem i standardowymi rodzajami usług, a sferą usług zdrowotnych. Praktyka funkcjonowania zakładów samodzielnych i niektóre badania pokazują, że kontrakt z kasą chorych stanowi dominująca pozycję w budżetach samodzielnych jednostek i nie istnieją (w perspektywie kilku najbliższych lat) możliwości zrównoważenia czy - jeszcze bardziej ambitnie - zastąpienia tych przychodów innymi[3].

Opisywana powyżej bariera popytu w systemie opieki zdrowotnej ma zatem nieco inny wymiar i charakter. Trzeba o tym pamiętać w momencie, kiedy formułowane są cele dla samodzielnych jednostek oraz zadania dla menedżerów zapisywane w kontraktach.

W podsumowaniu można wskazać, że sektor usług zdrowotnych w Polsce nie jest sektorem, gdzie wprowadzono by w sposób konsekwentny najprostsze choćby rozwiązania rynkowe. Nie mamy bowiem do czynienia ani z wolnym wyborem, ani równością podmiotów, wolnymi cenami, czy też możliwościami nieskrępowanego rozwoju (ekspansji). Z leksykonu

---

[2] Z uwagi na szczupłość łamów nie będzie rozwijany wątek jakości tego przedstawicielstwa.

[3] Por. np. wyniki badań zakładów samodzielnych przeprowadzonych w 1998 roku: M.Kautsch, J.Klich, M.Chawla, M.Kulis, B.Bulanowska, *Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej: rekomendacje*, Zdrowie i Zarządzanie, 1999, tom I, Nr 2

gospodarki rynkowej przejęto i zastosowano jedynie koncepcję monopsonu[4].

REGULACJE PRAWNE

Wątek regulacji prawnych reformy opieki zdrowotnej doczekał się licznych opracowań. Biorąc to pod uwagę oraz ograniczenia jakie narzuca charakter tego artykułu, ograniczmy prezentacje prawnych regulacji do wątku odpowiedzialności i kompetencji dyrektora. Te zagadnienia w sposób ścisły wiążą się z kontraktami menedżerskimi, będącymi przedmiotem naszych zainteresowań.

Odpowiedzialność i kompetencje kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (spzoz) ujęte są w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Wedle zapisów ustawowych, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za zarządzanie spzoz. Jednak ustalenie 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 w oparciu o umowę 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).

Z powyższego wynika, że istniejące rozwiązania ustawowe dotyczące tak podstawowych z punktu widzenia pragmatyki zarządzania zagadnień jak zakres kompetencji i odpowiedzialności kierownika samodzielnego zakładu, nie mogą być uznane za satysfakcjonujące. Sytuacja taka w spo-

[4] Zbliżone co do wymowy, ale znacznie łagodniejsze w tonie były również wcześniejsze oceny rynku usług zdrowotnych w Polsce, por.K.Tymowska, Zmiany w systemie ekonomicznym opieki zdrowotnej w Polsce, Ekonomista, 1996, Vol.5

sób oczywisty wpływa na rozwiązania przyjęte w kontraktach menedżerskich.

POTENCJAŁ ORGANIZACYJNY SYSTEMU

Na funkcjonowanie kontraktów menedżerskich wpływać mogą również ograniczenia związane z potencjałem organizacyjnym całego systemu opieki zdrowotnej, tj. począwszy od poziomu resortu zdrowia, a na samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej skończywszy.

Można znaleźć dowody na bardzo słabe uporządkowanie wewnętrzne systemu. Brak jest jasnych procedur, ludzi o odpowiednich kwalifikacjach i specjalistycznej wiedzy (żeby wspomnieć chociażby członków rad społecznych), zasobów informacji niezbędnych do optymalizowania decyzji (ogólnodostępne bazy danych ekonomicznych i medycznych, specjalistyczne analizy), itp. Trudno w tym miejscu nie wspomnieć o bardzo zróżnicowanych kwalifikacjach merytorycznych osób pochodzących z wyborów, którym w strukturach powiatów i gmin powierzono podejmowanie ważnych czy wręcz kluczowych decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.

Z szerokiego *spectrum* problemów organizacyjnych systemu wybierzemy tylko jeden wątek, tj. zasoby ludzkie. Dokładniej, interesuje nas ta część zasobów, która chce i może wystąpić w roli menedżerów pracujących na kontrakcie.

Gdyby przyjąć, że jednym z kryteriów wyboru menedżera pracującego na kontrakcie jest posiadanie przez niego nie tylko pewnego doświadczenia, ale również udokumentowanej odpowiednimi dyplomami wiedzy o zarządzaniu (kwalifikacje formalne), to podaż osób o takiej charakterystyce byłaby ograniczona.

Na ograniczoną liczbę odpowiednio przygotowanych menedżerów nakłada się dodatkowo bardzo niska mobilność kadry zarządzającej w opiece zdrowotnej. Chociaż ta ostatnia cecha nie wyróżnia szczególnie sektora opieki zdrowotnej od innych sektorów (w tym przemysłu), to mimo wszystko pozyskanie w drodze konkursu prezesa spółki przemysłowej i zapewnienie mu mieszkania służbowego jest relatywnie dużo łatwiejsze. Tu dotykamy delikatnej kwestii wynagrodzeń za usługi w zakresie zarządzania.

Aby powstał rynek usług menedżerskich, musi po pierwsze być zgłaszane zapotrzebowanie na wykwalifikowanych menedżerów. Jak to się często ujmuje w ekonomii musi wystąpić w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej efekt ssania, przyciągania profesjonalistów od zarządzania.

Wypełnianie funkcji menedżerskich w oparciu o kontrakt menedżerski związane jest z akceptacją wysokiego ryzyka. Wynika ono tak ze zmiany statusu samego menedżera, który z pracownika w rozumieniu kodeksu pracy staje się stroną umowy o zarządzanie, jak również z ograniczeń w funkcjonowaniu samodzielnego zakładu[5]. Już tylko ze względu na zwiększone ryzyko i odpowiedzialność związane z wypełnianiem funkcji menedżerskich w oparciu o kontrakt, istnieją wystarczające przesłanki do sankcjonowania wysokich wartości kontraktów w opiece zdrowotnej. Do tego można dorzucić listę najważniejszych ograniczeń w funkcjonowaniu przekształconych zakładów opieki zdrowotnej. Wśród czynników limitujących kierownika spzoz w jego działaniach zorientowanych na restrukturyzację zakładu można wymienić:

- 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
- słaba motywacja finansowa kierowników do podejmowania ryzyka związanego z przeprowadzeniem zmian w organizacji (w przypadku zatrudnienia o pracę)
- ograniczona wiedza na temat zasad funkcjonowania samodzielnych jednostek
- brak wyraźnej wizji rozwoju opieki zdrowotnej na poziomie kraju i regionu

Powyższa lista pokazuje, że sytuacja menedżerów opieki zdrowotnej kierujących samodzielnymi zakładami wykazuje pewne podobieństwa 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). Biorąc jednak pod uwagę ograniczenia w stosowaniu rozwiązań rynkowych w sektorze zdrowia (wykazywane powyżej)

[5] J.Klich, Menedżer samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, Przegląd Organizacji, 1998, Nr 9

można dowodzić, że menedżerowie w sektorze zdrowia mają dużo bardziej skomplikowane zadanie.

Jeżeli spełniony będzie warunek kompensowania ryzyka przez wynagrodzenie za usługi zarządcze w opiece zdrowotnej, można zakładać, że pojawi się podaż tego typu usług. Sektor opieki zdrowotnej zabiegając o pozyskanie z rynku profesjonalnej kadry zarządczej będzie musiał przy tym konkurować z innymi sektorami: przemysłem, handlem, usługami, itp. Cena za usługi związane z zarządzaniem będzie kształtowana zarówno przez warunki wewnątrz sektora zdrowia, jak i warunki panujące w innych sektorach (milczącym założeniem jest przy tym, że jest możliwy transfer menedżerów między różnymi sektorami).

POLITYKA

Największe bodaj zagrożenia dla systemu kontraktów menedżerskich płyną ze sfery bardzo szeroko definiowanej polityki. Wyróżnić tu możemy kilka szczególnie wrażliwych sfer.

Pierwsza dotyczy polityki zdrowotnej realizowanej tak na poziomie kraju, jak i województw. Brak jest w powszechnym odczuciu kierujących samodzielnymi zakładami jasno zdefiniowanej i powszechnie stosowanej polityki zdrowotnej, w oparciu o wytyczne której menedżerowie mogliby budować strategie swoich zakładów.

Inną sferą jest nadmierne upolitycznienie systemu. Oznacza to, że o pewnych wyborach przesądzają racje polityczne, a nie merytoryczne. Klasycznym przykładem jest tu obsada personalna kas chorych tworzona w oparciu o klucz partyjny. Jest to zjawisko groźne *per se*, bo prowadzi (stosując język ekonomii) do wyborów suboptymalnych, co przy silnym umocowaniu kas chorych w Polsce i formalnych kwalifikacjach ludzi zarządzających tymi kasami staje się wręcz niebezpieczne.

Złowieszcze piętno polityki (czy może bardziej dosadnie: politykierstwa) odciska się też często na polityce kadrowej na poziomie poszczególnych samodzielnych zakładów.

Wartym wzmianki jest też zjawisko niskiej społecznej akceptacji dla różnicowania dochodów. Choć jego proweniencja jest bardziej społeczno-socjologicznej niż czysto politycznej natury, to czyniąc pewien wyłom w konstrukcji wywodu, wspomnijmy o tym zjawisku.

Sprawa wysokich (relatywnie) wartości kontraktów i nieprawidłowości w ich podpisywaniu przybrała postać burzy medialnej wywołanej artykułami prasowymi i wiadomościami podawanymi w radio i TV. Pomijając rzetelność wnioskowania i argumentacji (do tego nawiązano częściowo we wprowadzeniu), cała sprawa dowodzi istnienia niskiej bariery

tolerancji dla zróżnicowanych dochodów w definitywnie niedoinwestowanej sferze opieki zdrowotnej. Tworzy to silną barierę przed wprowadzaniem agresywnych systemów wynagradzania nawet wówczas, gdy zapisy kontraktu i procedura jego podpisywania były właściwe.

PRAKTYKA KONTAKTOWANIA USŁUG Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

Powyżej przedstawione zostały ramy, w których pomieszczono cztery płaszczyzny dla rozważań nad czynnikami wpływającymi na kształt i treść kontraktów menedżerskich.

Obecnie pora na przedstawienie wpływu tych czynników na kontrakty z wykorzystaniem niektórych wniosków płynących z badań nad kontraktami podjętymi przez Harvard-Jagiellonian Consortium for Health.

Jak już wspomniano, ze względu na fakt, iż prezentacji badań poświęcone będzie osobne wystąpienie, w tym miejscu przedstawione będą jedynie niektóre wyniki w i to zakresie tematów i zagadnień poruszanych w tym tekście.

Najbardziej (potencjalnie) groźne konsekwencje dla zakładów i kierujących nimi w oparciu o kontrakty menedżerów, jest definiowanie w kontraktach takich celów, które zakładają ekspansję i zwiększanie wolumenu sprzedanych usług. Jest to zadanie - biorąc pod uwagę ograniczenia rynkowe opisane powyżej - mało realne do wykonania. W tym też zakresie kontrakty menedżerskie w opiece zdrowotnej odróżniają się od kontraktów w innych sferach.

Poprawa pozycji finansowej jednostek opieki zdrowotnej może zatem następować przede wszystkim na drodze ograniczania kosztów, a tu zaś obszar rozwiązań możliwych sprowadza się do obniżania wydatków rzeczowych (potencjalne rezerwy po wielu chudych latach są tu już niewielkie) i osobowych (redukcje zatrudnienia).

To wszystko oznacza, że **odmiennie niż w innych sektorach, menedżerowie w opiece zdrowotnej nie mają możliwości wykorzystywania innych opcji kształtowania strategii zakładu i skazani są w większym lub mniejszym zakresie stosować strategie downsizingu (ograniczania działalności).**

W świetle wszystkiego, co zostało przedstawione powyżej (i w punktach wcześniejszych) nie dziwi fakt, iż w badanych kontraktach menedżerskich nie znajdujemy wśród celów i zadań zapisów o rozwoju jednostek i zwiększaniu zakresu ich działania. Co więcej, trudno jest się dopatrzyć w kontraktach wyraźnie zapisanych celów, które

stanowiłyby punkt wyjścia do obiektywnej oceny wyników pracy zarządzającego[6].

W tym kontekście ogólnikowe ujęcie celu kontraktu może być interpretowane jako korzystne dla zarządzającego (bo relatywizuje się w ten sposób ocenę efektów pracy menedżera), ale z drugiej strony może otwierać drzwi dla manipulacji.

Sformułowane na dużym poziomie ogólności zakresy obowiązków i odpowiedzialności kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zapisane w ustawie o zoz, nie są w stopniu zadowalającym precyzowane w kontraktach.

W analizowanych kontraktach wśród zakresu obowiązków kierownika spzoz 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.

Zakres kompetencji menedżera na kontrakcie choć nie jest przesadnie szeroki, był postrzegany jako atrakcyjny bodziec do przejścia na kontrakt. Zwiększenie zakresu kompetencji było w przeprowadzonych badaniach najczęściej podawaną odpowiedzią na pytanie o powody podpisania kontraktu (50% respondentów). Na drugim miejscu znalazły się sprawy finansów, a za nimi zwiększenie prestiżu i poczucie zwiększenia stabilizacji (sic!).

Jeżeli chodzi o zakres odpowiedzialności, to w większości kontraktów zarządzający odpowiada za szkody wyrządzone zakładowi (w zależności od klasyfikacji: wina nieumyślna, wina umyślna) do wysokości, która w wymiarze minimalnym stanowi równowartość miesięcznego wynagrodzenia, zaś w maksymalnym - równowartość poniesionej przez zakład straty.

Brak celów lub ogólnie formułowane cele kontraktu, którym nie towarzyszy jasne określenie zakresu obowiązków i odpowiedzialności

[6] pomijam określenia celu w rodzaju: "Nadrzędnym celem umowy jest sprawne zarządzanie..."

zarządzającego oraz wyliczenie kryteriów i procedur oceny zarządzania powoduje, że nie tylko maleje wartość kontaktu jako narzędzia podnoszenia efektywności zarządzania, ale tworzona jest swoista gleba do podejmowania decyzji w pełni uznaniowych, mogących mieć charakter pozamerytoryczny.

Taka sytuacja przedstawiona w mediach i odpowiednio zinterpretowana prowadzić może do
podważenia zaufania do instytucji kontraktu, zwłaszcza jeżeli towarzyszą takiemu przekazowi informacje o bajońskich kwotach zapisanych w kontrakcie.

Badana grupa kontraktów wykazała, że wysokość wynagrodzenia za zarządzanie stanowiła w 40% badanych przypadków równowartość 3-4 miesięcznych płac brutto (otrzymywanych przed podpisaniem kontraktu), 35% badanych kontraktów opiewało na sumę równą lub mniejszą dwukrotności dotychczasowej płacy miesięcznej brutto i tylko w pojedynczych przypadkach notowano sumy większe.

Uzyskane odpowiedzi ukazują, że w zakresie kształtowania wysokości wynagrodzeń nie mamy do czynienia z sytuacją nieograniczonego ich wzrostu, a raczej z dużym zróżnicowaniem (dwukrotność dotychczasowych miesięcznych zarobków brutto z jednej i suma przekraczająca ośmiokrotność miesięcznych zarobków z drugiej strony).

Badania pokazały, że w badanej próbce kadra zarządzająca samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w 70% posiada wykształcenie lekarskie i **w 80% przypadków byli to ludzie, którzy kierowali jednostką przed podpisaniem kontraktu menedżerskiego.**

Wprowadzenie kontraktów oznaczało zatem w pierwszym rzędzie zmianę warunków zatrudnienia dotychczasowych dyrektorów, a nie angażowanie nowych ludzi do zarządzania. Wyniki te mogą sugerować, że nie możemy jeszcze mówić o powstaniu rynku usług w zakresie zarządzania w opiece zdrowotnej, elementem którego jest wymiana elit kierowniczych w jednostkach.

Badania ukazały również, iż asymetrii w relacjach: kasy - samodzielne zakłady towarzyszy również brak równowagi w stosunkach: organ założycielski - menedżer. Respondenci w 80% przypadków stwierdzali bowiem, że kontrakt o zarządzanie został im narzucony, przy czym 70% twierdziło, że nie był on w ogóle przedmiotem negocjacji.

W tym kontekście może nieco dziwić fakt, iż tylko 25% respondentów uznało, iż kontrakt lepiej zabezpiecza interesy organu założycielskiego, podczas gdy 55% uważa, że uzyskany kontrakt w równym stopniu zabezpiecza interesy obu stron.

ZAKOŃCZENIE

W zakończeniu w oparciu o przedstawione powyżej sądy i opinie można twierdzić, iż kontrakty menedżerskie w opiece zdrowotnej należy rozpatrywać przede wszystkim w kategoriach szansy dla sektora zdrowia. Poprzez wprowadzanie kontraktów menedżerskich można:

- łagodzić niektóre ograniczenia występujące w sektorze usług zdrowotnych;
- wypełniać białe plamy w prawnych regulacjach dotyczących zakresu kompetencji, obowiązków i odpowiedzialności menedżera samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- wprowadzać bodźce do racjonalizacji wydatków i pozyskiwania dodatkowych środków dla zakładów.

Wprowadzana reforma opieki zdrowotnej nie posiada możliwych do wykorzystania natychmiast bądź w krótkim czasie pozytywnych bodźców uruchamiających działania proefektywnościowe, skłaniających do zwiększenia aktywności i podjęcia dodatkowego ryzyka. Kontrakty próbują wypełnić tą lukę niosąc jednak ze sobą znaczny ładunek negatywnych emocji ze strony otoczenia i narażając menedżerów podpisujących kontakty na dodatkowe stresy. Aby choć w części przeciwdziałać negatywnemu społecznemu odbiorowi kontraktów, należałoby z jednej strony w dużo staranniejszy sposób określać zakresy zadań i odpowiedzialności menedżerów, a z drugiej wyposażać ich w proporcjonalny do odpowiedzialności zakres uprawnień. Tu należy sformułować wskazania przypisania organom założycielskim większej odpowiedzialności za podległe im zakłady - dobrze byłoby, gdyby naganne praktyki z podpisywaniem patologicznych kontraktów wiązały się nie tylko z odpowiedzialnością polityczną.

Właściwie skonstruowany kontrakt powinien gwarantować możliwość uzyskiwania przez menedżera dodatkowych gratyfikacji za pozyskanie przez niego dodatkowych kontraktów na sprzedaż usług. W kontekście przedstawianych ograniczeń rynkowych jest to zadanie bardzo wymagające. Należy dążyć do tego, aby przyspieszyć i wspomagać proces tworzenia się rynku usług w zakresie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Konkurencja między menedżerami lub grupami zarządzającymi (po spełnieniu warunku godziwego opłacania ich usług) powinna nabierać na sile i znaczeniu. W tym procesie rolę trudną do przecenienia mogą odgrywać stowarzyszenia zawodowe.

Model wdrażanej reformy opieki zdrowotnej posiada w swojej konstrukcji jeszcze wiele luk (np. czy wszystkie przychody winny być obciążone składką na ubezpieczenie zdrowotne, system rozliczeń finansowych między elementami systemu, oprzyrządowanie prawne, kultura) i niespój-

ności (np. związki między uczelnią i szpitalem klinicznym). Luki i niespójności nie prowadzą co prawda do atrofii całego systemu, ale zmniejszają jego efektywność. Przy braku motywacji dyrektorów do podejmowania dodatkowych wysiłków można założyć, że wszystkie te luki i niespójności mogą być wykorzystane do racjonalizowania (wyjaśniania) i usprawiedliwiania postaw wyczekujących lub roszczeniowych przede wszystkim menedżerów zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę. Kontrakty dają pewną szansę na to, że pomimo tych trudności podjęte zostaną wysiłki na rzecz racjonalizowania i stabilizowania systemu i działających w nim organizacji.