

Beata Bokiej

Centrum Pulmonologii i Alergologii w Karpaczu SA

KORZYŚCI Z PRYWATYZACJI SPZOZ – WYNIK DOŚWIADCZEŃ PRAKTYCZNYCH

1. Wstęp

Trudna sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce determinuje polityków zdrowotnych do poszukiwania skuteczniejszych rozwiązań ich funkcjonowania. Podstawową rolą organu założycielskiego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ) jest zapewnienie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przyporządkowanej tej jednostce populacji potencjalnych pacjentów. Realizacja tego zadania jest bardzo trudna. Zła sytuacja finansowa spzoz może spowodować niemożność dalszego udzielania świadczeń medycznych lub udzielania ich na coraz niższym jakościowo poziomie. Ponadto niekorzystne wyniki finansowe spzoz, dla których organem założycielskim jest samorząd terytorialny (a tych jest większość), w myśl przepisów prawa, obciążają budżety samorządów. Dlatego bardzo ważnym czynnikiem determinującym polityków jest potrzeba znalezienia sposobów rozwiązania sytuacji samorządu terytorialnego w obszarze realizacji potrzeb zdrowotnych podległej mu społeczności.

Te zdarzenia gospodarcze wpłynęły na powstawanie coraz silniejszego nurtu prywatyzacyjnego samodzielnych publicznych zoz. Wymiernym efektem zauważonych tendencji jest tworzenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej przez różne podmioty¹. Jednostki te przybierają zazwyczaj formę spółek. Wiele nowych

¹ M. Wójtowicz, *Praktyczne aspekty prywatyzacji rynku zdrowotnego*, [w:] *Procesy przekształceń ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia*, red. K. Krajewski, M. Wójtowicz, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2001, s. 41.

jednostek już powstało, a inne są w trakcie tworzenia. Doświadczenie bowiem wskazuje, że restrukturyzacja, która już się dokonała w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej, jest dobrym przykładem kierunku przyszłych zmian także w lecznictwie zamkniętym.

Centrum Pulmonologii i Alergologii w Karpaczu SA NZOZ, powstało jako zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie niepublicznej, trzy lata temu. Zmiany formy organizacyjnej dokonano po przeszło 40-letnim funkcjonowaniu szpitala w sektorze publicznym. W wyniku uchwały sejmiku województwa dolnośląskiego dokonano likwidacji spzoz pod nazwą Centrum Pneumonologii Dziecięcej, w celu utworzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Na przełomie 2001/2002 roku rozpoczęła działalność spółka pracownicza, stworzona wyłącznie z byłych pracowników SPZOZ.

Wybór formy organizacyjnej, jaką jest spółka, do prowadzenia zakładu opieki zdrowotnej jest decyzją trudną, ale korzystną. Spółka w ochronie zdrowia obciążona jest prawdopodobieństwem wystąpienia wielu specyficznych negatywnych zjawisk, ale może przysporzyć również wielu korzyści. Powstają one w obszarze zarówno organizacji, jak i zarządzania.

Wady

Negatywnym czynnikiem występującym w warunkach polskich jest manifestowana **niechęć polityczno-społeczna** do zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie niepublicznej. Dotyczy to szczególnie jednostek lecznictwa zamkniętego – szpitali oraz dużych przychodni specjalistycznych. Przejawia się to m.in. w innym postrzeganiu przez płatnika zakładów publicznych i prywatnych, w kwestiach związanych z wielkością czy wręcz z koniecznością zawarcia kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Kontrakt z NFZ jest traktowany jako podstawowe źródło finansowania zarówno przez SPZOZ, jak i przez NZOZ. Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób priorytetowy traktuje jednostki publiczne, zapewne ze względu na odpowiedzialność nałożoną na organ założycielski. Odpowiedzialność organu założycielskiego dotyczy obowiązku zabezpieczenia zdrowotnego obywateli oraz bezpośrednią odpowiedzialność za ekonomiczną efektywność spzoz. Zagwarantowanie dochodów jednostce świadczącej usługi jest zawsze szczególnie ważne. Niestety taki priorytet „pewności kontraktu” nie dotyczy jednostek o charakterze niepublicznym, choć spełniających te same funkcje, co jednostki publiczne. Dużą rolę w tym odgrywa czynnik ludzki.

Równie niekorzystne dla nzoż jest zaobserwowane nierówne traktowanie podmiotów przez płatnika. Gdy płatnik finansujący udzielanie świadczeń zdrowotnych stwierdza, że w danym regionie nie jest zasadne kontraktowanie określonych świadczeń medycznych (np. ze względu na niewielką skalę występowania, brak wymaganego sprzętu lub liczby specjalistów, niski poziom jakości usług), wów-

czas negatywne decyzje podejmuje tylko w stosunku do jednostek niepublicznych. Powszechnie funkcjonuje pogląd, że prywatna działalność gospodarcza musi się obronić sama.

Nierówne podejście do podmiotów prywatnych i publicznych przejawia się nie tylko w kwestii związanej z uzyskaną wielkością kontraktu z NFZ. Decyzje samorządów terytorialnych określające wielkość stawek podatków lokalnych oraz wydawane ulgi nie traktują publicznych i prywatnych ZOZ w ten sam sposób. Publiczne SPZOZ, w większości, mogą liczyć na pozytywne decyzje podejmowane przez NFZ oraz samorząd terytorialny. Uwzględniają one bowiem nieformalną (nie normowaną żadnymi przepisami prawa) konieczność dalszego niezachwianego funkcjonowania jednostek publicznych.

Niekorzystnym zjawiskiem występującym przy prowadzeniu ZOZ w formie niepublicznego zakładu jest **nieufne podejście kontrahentów**. Przejawia się to przede wszystkim w bezwzględnym egzekwowaniu terminów płatności za dostarczone dobra lub usługi oraz warunkowanie kolejnych dostaw uregulowaniem bieżących zobowiązań. Jednostkom publicznym, pomimo dość znacznego zadłużenia, nie wstrzymuje się dostaw energii, gazu i wody. Do zadłużonych szpitali trafiają leki, odczynniki chemiczne i żywność. Dla dostawców gwarancja budżetów samorządów² terytorialnych jest często ważniejsza niż fundusze prywatnych akcjonariuszy. W stosunku do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej kontrahenci bezwzględnie naliczają **odsetki** od nieuregulowanych zobowiązań. Jednostki publiczne mogą zaś liczyć na ich umorzenie. Z tą kwestią wiążą się również różnice w postawie dostawców wobec niepublicznych ZOZ i wobec SPZOZ, polegające na **niezrozumieniu chwilowych problemów finansowych** tych pierwszych, a tolerowaniu zaś złej kondycji finansowej tych drugich.

Omówione czynniki są swoistą patologią polskiego rynku usług medycznych. Ich występowanie nie powinno być akceptowane, a podmioty funkcjonujące na rynku powinny działać według jednolitych, ogólnie przyjętych zasad. Dlatego prowadzenie Zoz jako niepublicznego zakładu niesie ze sobą większe ryzyko.

Ponoszenie **większego ryzyka finansowego** przez jednostki niepubliczne skutkuje wyższymi kosztami pozyskanych kredytów.

Kolejnym istotnym czynnikiem, który nie może być bagatelizowany w sytuacji prowadzenia ZOZ w formie niepublicznej, jest **niepewność pracowników co do wysokości i regularności przysługujących im wypłat**. W SPZOZ gwarantem świadczeń pracowniczych był zawsze budżet. Ponadto kwestia konieczności realizacji wypłat dla pracowników była argumentem w podejmowaniu korzystniejszych dla zoz decyzji. W niepublicznym ZOZ wysokość i terminowość wypłat pracowni-

² W. Misiński, *Proces transformacji własnościowej i restrukturyzacji zadłużenia szpoco-ów w świetle propozycji rządowych, uwarunkowań instytucjonalnych konsensusu waszyngtońskiego*, Polityka zdrowotna, t. 3, luty 2005.

czych zależą tylko od kondycji jednostki. Dlatego tak duży niepokój o terminowość płac cechuje pracowników niepublicznych ZOZ.

Wadą prowadzenia zakładu opieki zdrowotnej w formie niepublicznej można nazwać, z punktu widzenia zarządzających jednostką, ich **większą odpowiedzialność** w porównaniu z tą, która spoczywa na zarządzających SPZOZ. Dotyczy ona odpowiedzialności przed inwestorami prywatnymi, którzy nigdy nie zaakceptują zmarnowania zainwestowanego kapitału w struktury NZOZ, a wręcz przeciwnie – nieraz spodziewają się w długim okresie zwrotu poniesionych nakładów. Ponadto zdarza się, iż właścicielami zakładu jest część pracowników danej jednostki, a to w większym stopniu determinuje zarządzających. Dla nich NZOZ nie jest tylko lokatą ich kapitału finansowego, lecz również miejscem pracy. Z tym zagadnieniem wiąże się kwestia tzw. **ryzyka akcjonariuszy**. Zgodnie z zasadami rynku spółka powinna udowodnić ekonomiczny sens prowadzenia swojej działalności, zatem powinna przynosić akcjonariuszom wymierne korzyści finansowe. Medyczny sens funkcjonowania ZOZ nie jest przedmiotem odrębnych zapisów.

Prowadzenie zakładu opieki medycznej w formie niepublicznej jest zatem obciążone znacznie większym ryzykiem niż prowadzenie zakładu o charakterze publicznym.

Korzyści

Na podstawie doświadczeń Centrum z ponad trzyletniej działalności NZOZ oraz na podstawie obserwacji nowo powstających NZOZ utworzonych przez starostwa powiatowe, a także rozwijających się niepublicznych przychodni leczenia otwartego można wymienić również szereg korzyści wynikających z wyboru tej właśnie formy organizacyjnej.

Podstawową korzyścią będącą następstwem prowadzenia zakładu opieki zdrowotnej w formie niepublicznej jest **odpolitycznienie nadzoru nad tym zakładem oraz odpolitycznienie powoływania i oceny kadry kierowniczej**. Działalność menedżera w NZOZ jest oceniana według kryteriów ekonomicznych i merytorycznych, a nie politycznej poprawności. Ponadto ocenie poddawane są efekty pracy menedżera.

Pracowników NZOZ cechuje **brak niepewności co do dalszych losów ich placówki**. Decyzje o funkcjonowaniu placówki podejmują tylko właściciele, a nie urzędnicy „wyższych szczebli”.

Ponadto w polskiej rzeczywistości funkcjonowania niepublicznych jednostek, w przeciwieństwie do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, **państwo nie musi ich w żaden sposób dofinansowywać**. Jest to podstawowa korzyść postrzegana w skali makroekonomicznej. W stosunku do zakładów publicznych już kilkakrotnie zastosowano różną metodologię oddłużenia. Każda była mało skuteczna. Wciąż powstające zadłużenie różnych SPZOZ wynika z kilku czynników. Jednym z nich jest m.in. brak dobrze przeprowadzonych restrukturyza-

cji. Źle lub niewłaściwie funkcjonujące podmioty prywatne nie absorbują na pokrycie swoich długów środków publicznych.

Korzyściami restrukturyzacji SPZOZ zmierzającej do powstania na jego bazie zakładu niepublicznego są:

1. **Większa swoboda i elastyczność działania.** Przejawia się ona w reagowaniu na potrzeby rynku zdrowotnego, analizy popytowej pacjentów i nowych możliwościach finansowania świadczeń medycznych określonych przez płatnika. Decyzje mogą dotyczyć również innych dziedzin sfery gospodarczej, jeżeli podjęcia takich działań wymaga kondycja spółki lub jeśli dostrzeżono białą plamę do zagospodarowania na rynku usług. Możliwość różnorodności podejmowanych przedsięwzięć w NZOZ jest nieporównanie większa niż w placówce publicznej.
2. **Szybkość podejmowania decyzji i ich realizacja.** Na przykład w kwestiach dotyczących zmian organizacyjnych jednostki, decyzji o celowości przeprowadzenia inwestycji, rozszerzenia działalności, zaciągnięcia kredytu itp. Podejmowanie takich decyzji w spółkach leży w kompetencji zarządu. Skraca to procedurę formalnego podjęcia decyzji co najmniej o miesiąc (w SPZOZ konieczne są uzgodnienia z radą społeczną, wniosek musi trafić na posiedzenie komisji zdrowia samorządu terytorialnego, a później na sesję samorządu terytorialnego itd.).
3. **Większa samodzielność w podejmowaniu decyzji** oraz swoboda w podejmowaniu „ryzykownych” decyzji. W NZOZ o celowości podejmowanych zamierzeń decyduje zarząd spółki. On też odpowiada przed akcjonariuszami lub udziałowcami za ich trafność. Samodzielność jest kluczowym elementem efektywnego zarządzania, gdyż czas „zmarowany” na uzgodnienia i akceptacje może przynieść nam szkody, a wymierne korzyści konkurencji.
4. **Bezpośredni dostęp do funduszy unijnych.** NZOZ jako „małe i średnie przedsiębiorstwa” mogą samodzielnie składać wnioski o współfinansowanie dalszego rozwoju placówek. SPZOZ mogą jedynie występować z wnioskiem o dodatkowe środki na rozwój i inwestycje, jeśli ich zamierzenia znajdują się regionalnym planie rozwoju.
5. **Dostęp do funduszy inwestycyjnych i kapitałów zewnętrznych.** Łatwiejszy dostęp NZOZ do zewnętrznych kapitałów czy funduszy inwestycyjnych jest ich dużą szansą. Pozyskiwanie kredytów, umów leasingowych itp. jest prostsze i szybsze dla jednostek niepublicznych.

Szansą w skali mikro dla zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie niepublicznej są:

1. **Racjonalizacja zatrudnienia.** Określenie optymalnej wielkości kadry oraz właściwych kwalifikacji jest kluczowym czynnikiem wpływającym na jakość udzielanych usług. Ma ona również determinujące znaczenie w określaniu nie-

zbędnych kosztów funkcjonowania jednostki. Ponadto jest czynnikiem pozwalającym na optymalizację zatrudnienia.

2. **Poprawa warunków płacowych.** Pracownicy służby zdrowia należą w Polsce do grupy zawodowej, której zarobki kształtują się poniżej przeciętnej płacy. Niskie zarobki wpływają frustrująco na pracowników medycznych, zdarza się więc, że są przyczyną emigracji zawodowej. W NZOZ racjonalizacja zatrudnienia może być czynnikiem wpływającym na podniesienie uposażenia pracowników.
3. **Zwiększenie identyfikacji załogi i zarządu z firmą.** Praca w instytucji, w której osiągnięte przez nią wyniki finansowe mają bezpośredni wpływ na status załogi oraz zarządu, powoduje większą ich identyfikację z losami firmy. Cechą pracowników NZOZ jest większa celowość ponoszonych wydatków. Dążenie do polepszenia sytuacji finansowej firmy, czyli osiągnięcia zysku netto, uwarunkowane jest co najmniej dwoma przesłankami: powiększeniem majątku pracowników-akcjonariuszy oraz pozyskaniem funduszy na ewentualne podwyżki płac.
4. **Dywersyfikacja działalności.** Szukanie nowych możliwości świadczenia usług oraz rozwoju jest strategicznym działaniem firm nastawionych ekspansywnie. Ta cecha może odróżniać NZOZ od publicznych jednostek.
5. **Podnoszenie jakości udzielanych świadczeń.** Szansą dla NZOZ jest świadczenie usług coraz wyższej jakości. Oddziaływanie na zachowania konkurencji powoduje ścisłą korelację zachowań pro jakościowych z minimalizacją ceny.
6. **Brak narzuconych procedur konkursowych.** W NZOZ nie obowiązują procedury konkursowe na stanowiska kierownicze (np. na dyrektora, ordynatora, oddziałową). Można przeprowadzić postępowanie konkursowe, które na podstawie o odrębnie określonych wymagań wobec kandydatów, pozwoli znaleźć pracownika gwarantującego dalszy rozwój jednostki. Nie obowiązują również przepisy o zamówieniach publicznych. Bardzo wymierną korzyść dają łatwiejsze i szybsze procedury finalizowania potrzebnych zakupów lub inwestycji za mniejszą cenę. Procedury narzucone ustawą o zamówieniach publicznych powodują, że SPZOZ nabywają dobra i usługi dłużej, w sposób bardziej absorbujący, a nierzadko i drożej niż NZOZ.
7. **Samodzielność dysponowania majątkiem.** NZOZ określa samodzielnie wielkość majątku, która jest mu niezbędna do wykonywania zadań statutowych. W razie korzystania z kapitałów zewnętrznych, np. z kredytu, NZOZ może poręczyć majątkiem, który jest jego własnością.
8. W NZOZ są **ustalanie samodzielnie ceny** na usługi medyczne sprzedawane komercyjnie. W SPZOZ ta działalność jest niedozwolona.
9. Traktowanie **odpisu amortyzacyjnego** jako prawnego sposobu pozyskania nowych technologii (inwestycje).

Najlepszym okresem na wprowadzanie zmian i modyfikacji w każdej organizacji jest okres jej powstawania czy przekształcania. Mając doświadczenie w spra-

wach dotyczących sposobu funkcjonowania ZOZ, jego mocnych i słabych stron oraz jego pozycji na rynku należy odpowiednio określić przede wszystkim:

- nową strukturę NZOZ,
- jego wielkość,
- nowe regulaminy.

Ustalając strukturę NZOZ należy kierować się zasadą niezawężania możliwości przy precyzyjnym określeniu funkcji działania. Szybkie reagowanie NZOZ na zmieniające się otoczenie jest jego atutem w szerszej penetracji rynku usług zdrowotnych i prześciganiu konkurencji. Nowa struktura musi więc być dopasowana do możliwości jego funkcjonowania i występujących na rynku potrzeb.

Określenie prawidłowej wielkości NZOZ zależy od dokładnego ustalenia, jak wielka baza będzie efektywnie służyła działalności jednostki. Właściwe w stosunku do zakładanych potrzeb proporcje gruntów, obiektów, urządzeń będących w dyspozycji SPZOZ, są szczególnie istotne. Ważne jest, aby w tworzonych w przyszłości planach finansowych uwzględnić wielkość podatku od nieruchomości (dla spółki może nie być już bonifikat), koszty koniecznych remontów i modernizacji obiektów dostosowanej do norm techniczno-sanitarnych ZOZ oraz koszty uzyskania atestów lub legalizacji aparatury medycznej. Rozmiary jednostki należy określać w stosunku do wysokości kosztów, które w przyszłości będą przez nią akceptowane.

Tworząc nowe regulaminy NZOZ, warto wykorzystać sprzyjającą okoliczność uporządkowania wzajemnych kompetencji i relacji między poszczególnymi komórkami. Nie bez znaczenia pozostaje konieczność konstrukcji nowego systemu wynagradzania, z uwzględnieniem budowy systemu motywacyjnego lub zakładowego układu pracy. Poniżej przedstawiono przykładowe regulaminy z zakresu zatrudniania i wynagradzania pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem ich dobrych regulacji.

Bardzo wartościowe jest stworzenie **wykazu stanowisk z określeniem podstawowych kompetencji**. Po pierwsze, określa on wszystkie stanowiska w NZOZ, dla których sprecyzowane są wymagane kwalifikacje oraz konieczne umiejętności i doświadczenie. Po drugie, precyzuje najważniejsze sfery działania określone dla stanowiska, czyli zakres odpowiedzialności. Po trzecie, wskazuje stanowiska, z którymi konieczna jest bezpośrednia współpraca, oraz określa, kto sprawuje nad stanowiskiem kontrolę i nadzór. Wybrane stanowiska wymienione go wyżej przedstawiono w tab. 1.

Zaletą wykazu jest również jasne sprecyzowanie stanowisk koniecznych do funkcjonowania NZOZ. Utrudnia to zatrudnianie przez zarząd osób „podsyłanych”, dla których „na siłę” szuka się miejsca. Należy więc precyzyjnie określić, za jakie funkcję działalności NZOZ osoba zatrudniana będzie ponosiła odpowiedzialność, z kim będzie współpracowała, a kto dokona jej oceny. Sfery odpowiedzialności stanowisk nie mogą się dublować. Wykaz ten powinien tak elastyczny, aby przy real-

nej konieczności rozszerzenia stanowisk można było wkomponować nowe miejsce pracy w strukturę zatrudnienia.

Największym wyzwaniem, przynoszącym jednak wymierne efekty w budowaniu systemu motywacyjnego wśród załogi, jest stworzenie własnego **regulaminu pracy i wynagradzania**. Na podstawie *Kodeksu pracy* można stworzyć regulamin, który nieco odmiennie od ministerialnych zapisów będzie regulował stosunki pracy i wynagradzania. Należy pamiętać, aby zaproponowane uregulowania nie były bardziej niekorzystne dla pracowników niż zawarte w k.p. Przedmiotem innowacji mogłyby być:

- Utworzenie **własnego taryfikatora płac** i własnych kategorii zaszeregowania (np. w opisywanym NZOZ funkcjonuje 10 grup zaszeregowania).
- Stworzenie **systemu pozwalającego różnicować pracowników** ze względu na umiejętności i profesjonalizm, a nie staż pracy, np. przez określenie, że wynagrodzenie zasadnicze zawiera: dodatek stażowy, funkcyjny, za pracę w porze nocnej oraz w święta. W odniesieniu do stanowisk wymagających pracy zmianowej określona jest norma dyżurów nocnych i świątecznych. Przy tworzeniu taryfikatora średnie wielkości tych dodatków zostały wliczone do podstawy wynagrodzenia.
- Utworzenie **motywacyjnej premii kwotowej** jako systemu motywacji pracownika. Miesięcznie określona jest pula na premie kwotowe. Poszczególni kierownicy występują z wnioskami o określenie premie dla wskazanych przez nich pracowników. Premię można otrzymać za określone w regulaminie premiowanie zjawisk, które wykraczają poza zakres kompetencji. Jest ona wyrazem oceny za wykonywanie dodatkowych zadań celowych, inicjatywę, dyspozycyjność i jakość pracy.
- Określenie **minimalnej wielkości etatów** dla poszczególnych komórek organizacyjnych zapobiega nadmiernemu zatrudnieniu, a przy okazji gwarantuje bezpieczeństwo pacjentom. Umożliwia to ominięcie krępujących przepisów i sprawia, że można racjonalnie zweryfikować wielkość zatrudnienia.
- **Zrezygnowanie z funduszu socjalnego**, zamiast którego można utworzyć fundusz świadczeń pracowniczych i losowych, zakładowy fundusz nagród, oraz funduszu szkoleń. Na wymienione fundusze przeznaczyć można środki w wysokości odpisu na fundusz socjalny.

Tabela 1. Wykaz stanowisk z określeniem podstawowych kompetencji.

Lp.	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje	Umiejętności i doświadczenia	Ogólne cele działania	Współpraca bezpośrednia	Sprawujący nadzór
1	Prezes	Wyższe ekonomiczne lub medyczne oraz studia podyplomowe z zakresu zarządzania	– wiedza z zakresu zarządzania – zdolności menedżerskie – staż pracy 5 lat	– nadzór i koordynacja efektywnego funkcjonowania NZOZ – tworzenie planów i nadzór nad ich późniejszą realizacją – analiza i nadzór nad osiaganiem celów	– wiceprezes – główny księgowy – ordynatorzy – kierownicy	– rada nadzorcza
2	Ordynator	– wyższe medyczne – prawo wykonywania zawodu – II stopień specjalizacji	– zdolności organizatorskie – staż pracy 8 lat	– efektywna organizacja pracy oddziału poprzez planowanie i nadzór procesu leczenia pacjentów	– dyrektor medyczny – pielęgniarka oddziałowa – pielęgniarka naczelna – kierownicy	– dyrektor medyczny
3	Pielęgniarka oddziałowa	– średnie lub wyższe pielęgniarskie – prawo wykonywania zawodu – kurs dla pielęgniarek oddziałowych	– zdolności organizatorskie – staż pracy w zawodzie 3 lata	– określenie zadań i nadzór nad pracą pielęgniarek odcinkowych i personelu pomocniczego – ocena jakości ich pracy	– dyrektor medyczny – pielęgniarka naczelna – ordynator – kierownicy komórek organizacyjnych	– dyrektor medyczny – pielęgniarka naczelna
4	Kierownik pracowni	– wyższe – specjalizacja	– zdolności organizatorskie – staż pracy w zawodzie 3 lata	– organizacja pracy pracowni i efektywne wykorzystanie sprzętu	– dyrektor medyczny – ordynatorzy – kierownicy	– dyrektor medyczny

Źródło: opracowanie własne.

- **Fundusz świadczeń** pracowniczych i losowych służy pomocy pracownikom w sytuacjach nadzwyczajnych zdarzeń losowych.
- Zakładowy **fundusz nagród** jest kolejnym elementem systemu motywacyjnego. Przyznawany raz na kwartał lub raz w roku jest wyróżnieniem szczególnych postaw pracowniczych. Zasady jego przyznawania są ściśle określone regulaminem. Zawarte są w nim również procedury odwołań.
- Z **funduszu szkoleń** korzystają pracownicy zgłoszeni wcześniej przez swoich przełożonych do rocznego planu szkoleń. W ten sposób w ciągu roku wytypowani pracownicy podnoszą swoje kwalifikacje. Osoby korzystające z funduszu szkoleń podpisują umowę o współpracy z NZOZ w zamian za dofinansowanie szkoleń. Plan i fundusz szkoleń służą weryfikacji celowości udziału pracowników w różnego rodzaju szkoleniach i kursach z punktu realizacji przyszłej strategii NZOZ.

Dopełnieniem budowania systemu motywacyjnego jest stworzenie **karty ocen**.

Karty ocen pracowników powinno się opracowywać oddzielnie dla personelu medycznego i niemedycznego. Oceny dokonuje bezpośredni przełożony w porównaniu z ogółem pracowników w dziale. Pracownicy są oceniani w 6–7 kategoriach, którym przyporządkowano odpowiednie skale punktowe. Ocenę stanowi suma punktów uzyskanych w poszczególnych kategoriach. Pracowników ocenia się m.in. ze względu na jakość pracy, zaangażowanie, rozwój, dynamikę i inicjatywę. Przełożony jest zobowiązany przedstawić sporządzoną ocenę osobiście pracownikowi, który może ją przyjąć lub się z nią nie zgodzić. Regulamin określa procedurę odwoławczą. Karty ocen są podstawą do przyznawania nagród z zakładowego funduszu nagród, podwyżek i awansów.

Karty ocen przełożonych są kartami anonimowymi. Wypełnianie ich następuje po kwartalnej ocenie pracowników. Karty są zbudowane tak, aby możliwa była identyfikacja komórki organizacyjnej, lecz nie pracownika. Przełożonych ocenia się ze względu na następujące kryteria: sprawiedliwość, komunikatywność, precyzyjność wydawanych poleceń, konsekwencje, motywowanie, innowacyjność.

4. Prowadzenie jednostki

Funkcja lidera rozwoju i zmian spoczywa na menedżerze NZOZ. Powstaje jednak pytanie: kto rządzi szpitalem? W modelu Marka Pauly'ego¹ decydujący głos w sprawach działania szpitala mają lekarze. Oni decydują o najważniejszych procesach. Tylko oni mają prawo przyjąć pacjenta, wykonać operację, zaordynować leki. W takim modelu lekarze występują jako klienci szpitala, pracownicy i zachowują się jak jego właściciele. Połączenie władzy, pieniędzy i świadczenia usług nie stwarza mechanizmów bezpośredniej kontroli ani odpowiedzialności finansowej. Według Josepha Newhouse'a natomiast szpitale typu *non-profit* działają, aby przy-

¹ T. E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 75.

nieść korzyści swoim menedżerom. Nie do końca można więc określić, kto rządzi szpitalem, gdyż lekarze w procesie leczenia biorą pod uwagę niekiedy decyzje, menedżerów, menedżerowie zaś podejmują decyzje analizując zachowanie lekarzy. Najważniejsze zaś w relacjach interpersonalnych jest budowanie **więzi wśród personelu, z jednoczesnym wartościowaniem stanowisk pracy.**

Głównym celem menedżera NZOZ jest dążenie do opłacalności. W tym procesie pomocne jest znalezienie relacji porównawczych NZOZ do innych przedsiębiorstw. ZOZ-y różnią się zdecydowanie od większości innych firm, szpitale zaś w szczególności. Szpitale w większości pozostają instytucjami *non-profit*, choć wiele z nich wypracowuje nadwyżki, które służą powiększeniu ich funduszy. Według Thomasa Getzena zadłużone szpitale nie działają jak instytucje *non-profit*². W warunkach istniejącego zadłużenia, konkurencji oraz presji ekonomicznej nawet najmniejsze odejście od działań skoncentrowanych na maksymalizacji zysku stwarza zagrożenie dla istnienia zakładu poprzez brak środków na regulowanie zobowiązań.

W dążeniu do opłacalności ważnym zadaniem jest szukanie nowych tanich źródeł kapitałów. Takim źródłem kapitału inwestycyjnego jest amortyzacja, stanowiąca w kosztach ZOZ od 5 do 10%. Innymi zewnętrznymi źródłami kapitałów są: kredyty, leasing, programy pomocowe oraz środki unijne. NZOZ jako „małe lub średnie firmy”³ mogą w większym stopniu korzystać ze środków unijnych.

Prowadzenie NZOZ w formie spółki zobowiązuje menedżera do działania w zakresie szerszym niż w SPZOZ. Pierwszą zasadniczą różnicą jest panowanie nad wielkościami przychodów i kosztów w poszczególnych miesiącach ze względu na podatek dochodowy. Z drugiej jednak strony koniecznych działań inwestycyjnych nie można zaliczać w koszty⁴, lecz trzeba je rozliczyć np. wydzieloną częścią zysku na ich sfinansowanie. A jeśli zysk, to podatek. Ponadto bardzo często sięgając po dodatkowe źródła kapitału, np. kredyt, trzeba tak móc zaprezentować ekonomiczno-finansowy obraz firmy, aby takie wsparcie mogło być udzielone. W krajach zachodnich dyrektorzy finansowi szpitali uzyskują coraz większe doświadczenie w obchodzeniu przepisów oraz korzystają z doradców księgowych, którzy znajdują najkorzystniejsze sposoby interpretacji prawa lub najlepszą w danym przypadku alokację środków.

Prowadzenie analiz ekonomiczno-finansowych krótkich okresów, pozwala szybko reagować na niekorzystne i korzystne zjawiska występujące w ZOZ-ach i w

² Thomas Getzen podaje za wynikami badań, że istnieją niewielkie różnice między szpitalami nastawionymi i nie nastawionymi na osiągnięcie zysku. Szpitale *for-profit* różni jedynie to, że bardziej agresywnie wyceniają świadczenia i szybciej odpowiadają na zmiany w zasadach finansowania T. Getzen, *Ekonomika...* op. cit.

³ Ustawa z dnia 30 czerwca 2000 roku o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorstw, DzU nr 60, poz. 704.

⁴ S. Chwieruta, M. Kulis, W. Styło, D. Wójcicie, *Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000, s. 32.

ich otoczeniu. Oto przykładowe wskaźniki istotne w ocenie prawidłowego funkcjonowania NZOZ:

- wskaźniki płynności, występujące w trzech typach, określające szybkość pokrycia zobowiązań,
- wskaźniki rentowności, określające rentowność, np. sprzedaży, pracy, majątku, kapitałów własnych, marżę zysku, zyskowność ekonomiczną i finansową,
- wskaźnik poziomu kosztów, operacyjności,
- wskaźniki wykorzystania aktywów: rotacji składników majątku, globalnego obrotu aktywami, rotacji zapasów, rotacji zobowiązań, rotacji należności, wskaźnik produktywności majątku,
- wskaźniki struktury kapitału: wskaźnik zadłużenia, pokrycia kapitału obcego z *cash flow* (z wypracowanej nadwyżki finansowej),
- wskaźnik pokrycia kredytu: pokrycia aktywów kapitałem własnym, pokrycia zobowiązań odsetkowych, pokrycia obsługi długów, pokrycia z *cash flow*,
- wskaźniki dynamiki, określenie zmian wielkości w czasie (majątku, kapitałów, zapasów, zysku, zobowiązań, przychodów, kosztów).

Zadaniem menedżera NZOZ jest także pilne wsłuchiwanie się w zmiany dokonujące się w otoczeniu jednostki. Od szybkości reakcji oraz ich trafności zależy sukces NZOZ. Zadaniem lidera jest szukanie możliwości dywersyfikacji przez rozszerzenie działalności.

5. Kierunki działań NZOZ

Priorytetowym zadaniem powstającego NZOZ jest przestrzeganie 10 zaleceń, które pomogą stworzyć silną organizację, wykreować ją oraz zapewnić jej rozwój. Działania powinny ukierunkowane być na:

- 1) stworzenie odpowiedniej i sprawnej struktury organizacyjnej,
- 2) wprowadzanie innowacyjnych i nowoczesnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych,
- 3) podnoszenie standardów jakościowych świadczonych usług przez doskonalenie metod diagnostyczno-leczniczych,
- 4) stwarzanie personelowi dobrych warunków pracy i rozwoju,
- 5) udoskonalanie systemu motywacji pracy oraz podnoszenie satysfakcji finansowej personelu,
- 6) tworzenie profesjonalnej organizacji pracy na wszystkich stanowiskach,
- 7) budowanie więzi współpracy wśród załogi przez doskonalenie systemu wewnętrznej komunikacji,
- 8) wprowadzenie zasad monitoringu podejmowanych działań,
- 9) pozyskiwanie nowych rynków i rozszerzenie zakresu świadczeń,
- 10) obniżanie kosztów.

W osiągnięciu wytyczonych celów pomogą dobrze stworzona strategia funkcjonowania i rozwoju NZOZ oraz charakteryzująca go misja.

Zarządzanie SPZOZ-ami jest oparte na stereotypach funkcjonujących w tym obszarze od wielu lat⁵. Stereotypy te są umacniane przez obowiązujące akty normatywne. Pełne wprowadzenie nowoczesnych technik zarządzania jest możliwe jedynie w podmiotach o charakterze niepublicznym, w których gra ekonomiczna skorelowana jest z polepszeniem jakości świadczonych usług. W ten sposób realizuje się podstawowe kryterium funkcjonowania dobrego przedsiębiorstwa, czyli jego efektywność.

Literatura

- [1] Carr D. K., Hard K. J., Trahan W. J., *Zarządzanie procesem zmian*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- [2] Chwieruta S., Kulis M., Stylo W., Wójcik D., *Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
- [3] Fandrejewska A., *Zysk i spółka*, „Menedżer Zdrowia” 2003 nr 3.
- [4] Getzen T. E., *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- [5] Misiński W., *Proces transformacji własnościowej i restrukturyzacji zadłużenia szpocz-ów w świetle propozycji rządowych, uwarunkowań instytucjonalnych i konsensusu waszyngtońskiego*, [w:] *Polityka zdrowotna*, t. 3, luty 2005.
- [6] Orzechowska D., *Aktualne problemy zarządzania jednostkami ochrony zdrowia*, [w:] red. M. Węgrzyn, *Funkcjonowanie ochrony zdrowia po reformie – ujęcie regionalne*, Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2003.
- [7] Sośnierz A., *Publiczne i niepubliczne zoz w polskim systemie ochrony zdrowia – rywalizacja, systemowa symbioza*, [w:] *Polityka zdrowotna*, t. 3, luty 2005.
- [8] Tymowska K., *Jakie zmiany w systemie opieki zdrowotnej są najważniejsze?*, „Menedżer Zdrowia” 2003 nr 5.
- [9] Tymowska K., *Sektor prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, luty 1999, Seria Ekspertyzy.
- [10] Tymowska K., *Zmiana relacji między publicznym a prywatnym sektorem opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] red. K. Tymowska, V. Malin, A. Alaszewski, *System Umów w opiece zdrowotnej w Anglii i w Polsce*, Centrum Edukacji i Rozwoju biznesu, Warszawa 1996.
- [11] Tymowska K., *Przekształcenia własnościowe w opiece zdrowotnej, Nadzieje i obawy*, Materiały konferencyjne: „Prywatyzacja w służbie zdrowia”, czerwiec 1999.
- [12] Wasilewski D., *Restrukturyzacja i komercjalizacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kontekście doświadczeń jednostek samorządu terytorialnego* [w:] red. M. Węgrzyn, D. Wasilewski, *Koncepcja zmian w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej – doświadczenia i propozycje na przyszłość*, Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2004.
- [13] Wojtowicz M., *Praktyczne aspekty prywatyzacji rynku zdrowotnego*, [w:] red. K. Krajewski, M. Wójtowicz, *Procesy Przekształceń w ochronie zdrowia – szanse i zagrożenia*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2001.

⁵ D. Wasilewski, *Restrukturyzacja i komercjalizacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kontekście doświadczeń jednostek samorządu terytorialnego*, [w:] red. M. Węgrzyn, D. Wasilewski, *Koncepcja zmian w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej – doświadczenia i propozycje na przyszłość*, Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2004.

Akty prawne

[14] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U 1991 nr 91, poz. 408.

[15] Ustawa z dnia 30 czerwca 2000 roku o warunkach dopuszczalności i nadzorowania pomocy publicznej dla przedsiębiorstw, Dz.U 2000 nr 60, poz. 704.

BENEFITS SPZOZ PRIVATIZATION - PRACTICAL EXPERIENCE

Summary

Going, in the last time, system changes in the sphere of the health care policy in Poland, enable to rise new economic subjects in the independent, non-public sector. These subjects were adopted to conditions of services dominating on the medical market perfectly. The part of non-public health care entities rose of transformations „privatization” of independent public health care entities, the part are totally new medical companies. From the perspective of events already made, it is intentional examining if reconstructing action taken up brought noticeable benefits for patients, workers of these units and institutions supervising them. In this article the author is making identification of potential and actual benefits and is judging their scale from the point of the view of each participants in the system.