Waldemar Wilkosz

Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania roli menedżera zakładu opieki zdrowotnej

1. Wstęp

Jednym z ważniejszych celów wprowadzanej od 1 stycznia 1999 roku reformy ochrony zdrowia było wprowadzenie do systemu elementów rynku. Celem tych działań było zwiększenie efektywności alokacji i wykorzystania zasobów. Przyjęte kierunki działania, poprzez konkurencję podmiotów, miały doprowadzić do obniżki kosztu i zwiększenia oferty usług oraz wprowadzenia takiego mechanizmu dostępu podmiotów świadczących usługi do środków finansowych, w którym pieniądze publiczne podążałyby za pacjentem.

Powstały po 1 stycznia 1999 roku rynek podaży usług medycznych, jakkolwiek wyposażony w dotychczasowy zasób środków ludzkich i rzeczowych, jest rynkiem nowym. Rynek, zdominowany dotychczas przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, działające prawie wyłącznie w formie jednostek budżetowych, jednego dnia stał się rynkiem samodzielnych podmiotów gospodarujących. Zmiany zakresu zadań organu założycielskiego, pojawienie się nowego podmiotu – kas chorych, pełniącego rolę płatnika, oraz zmiany w organizacji rynku, w tym powstanie nowych podmiotów, spowodowały wzrost znaczenia kadry zarządzającej w zakładach. Przed zarządzającymi pojawiły się nowe zadania, nieznane w dotychczasowym systemie organizacyjno-finansowym jednostek, którymi kierują. Zarządzający, działając na podstawie obowiązujących i ustalonych przed wprowadzeniem w życie reformy norm prawnych, mieli stać się katalizatorami zmian. Jednym z narzędzi wzmacniających aktywność kierowników, akceptację celów zmian oraz zwiększających zainteresowanie efektywnością działania kierowanych przez nich jednostek miał być kontrakt menedżerski.

Artykuł stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, czy kontrakt menedżerski, przy uwzględnieniu aktualnych norm prawa, zasadniczych w określeniu roli społecznej[1] menedżera, oraz warunków wyborów ekonomicznych stron umowy, jest skutecznym narzędziem realizacji celów umowy i określenia społecznej roli menedżera zakładu opieki zdrowotnej? Jakie są ograniczenia zwiększenia efektywności stosowania tego narzędzia? Jaki jest wpływ rodzaju umowy na realizację roli menedżera zakładu opieki zdrowotnej?

Ze względu na dominującą rolę samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wśród świadczeniodawców usług medycznych, złożoność ich struktury organizacyjnej i wyodrębnienie członu zarządzającego, ocenę przydatności kontraktu jako narzędzia zakreślającego rolę menedżera ograniczę do wpływu umów na rolę zarządcy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zawężając zakres przedmiotowy zakładu do zadań szpitala[2].

2. *Ekonomiczne i organizacyjno-prawne wyróżniki zakładu opieki zdrowotnej*

Zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia[3]. Zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki lub być jednostką podległą innej jednostce.

Świadczenie usługi zdrowotnej można zdefiniować jako działalność gospodarczą, w ramach której zmierza się do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, przybierających postać zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, bądź popytu na usługi, bądź wymagań zdrowotnych[4]. Mimo odrębności rynku usług medycznych od innych rynków usług opieka zdrowotna jest działalnością gospodarczą, która jej uczestnikom

---

[1] „Przez rolę społeczną rozumie się względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań przebiegających według mniej lub więcej wyraźnie ustalonego wzoru, których grupa oczekuje od swoich członków i które odpowiadają określonej pozycji w strukturze społecznej" za J. Szczepański *Elementarne pojęcia socjologii,* Warszawa 1963, s. 131.

[2] Wg R. Jachowicza, *Zarys technologii współczesnego szpitala*, Warszawa 1970, s. 23; „Szpital jest to zakład opieki zdrowotnej charakteryzujący się stałą gotowością do przyjęcia i umieszczenia w nim pacjenta oraz zapewniający przebywającemu w nim pacjentowi całodobową, wszechstronną i kwalifikowaną opiekę medyczną, polegającą na obserwacji, rozpoznaniu i leczeniu".

[3] Art. 1 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r (DzU nr 91, poz. 408 ze zmianami).

[4] J. Sobiech, *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną,* Poznań, 1990, s 21.

przynosi korzyści ekonomiczne. Korzyści te przypadają tak odbiorcom usług, jak ich dostawcom, a także jednostkom działającym w otoczeniu podmiotów świadczących usługi medyczne, tj. firmom zaopatrującym świadczeniodawców w leki, sprzęt, aparaturę, żywność, energię itp. Zapewnienie korzyści wszystkim podmiotom współpracującym, zgodnie z podstawowym prawem wymiany, stanowiąc niezbędny warunek przetrwania organizacji, decyduje o jej rozwoju i sukcesie. Rozwiązania quasi-rynkowe w opiece zdrowotnej i związane z tym zmiany zachowań podmiotów powodują, że punktem wyjścia w analizie działania zakładu powinna być nie tylko usługa, którą można również nabyć u innych wykonawców, ale także odbiorca usługi i jego zmieniające się potrzeby. Dążenie do efektywnego pozyskiwania korzyści przez uczestników procesu wymiany, będące jednym z głównych zadań zarządcy, oraz sposobów pomiaru tych korzyści nie oznacza, że działalność ta traci swój etyczny wymiar.

Doświadczenia wskazują, że jeśli warunkiem przetrwania i rozwoju będzie osiąganie nadwyżki lub zysku, to w warunkach konkurencji nakazem staje się konieczność obniżania kosztów, w tym minimalizowania płac, a przede wszystkim przystosowania do wymogów usługobiorcy. Wymagania te w sposób znaczny wpływają na cele i działania organizacji określając nowy wymiar etyczny jej działalności[5].

Zmiana w organizacji i zasadach działania rynku oraz trudności w definiowaniu i identyfikowaniu wyników powodują, że przed zarządzającymi w obszarze polityki zdrowotnej pojawia się niedostrzegany dotąd problem ewaluacji ekonomicznej działań. Wiąże się to z problemem porównywalności między podmiotami działającymi na rynku takich aspektów opieki, jak jakość, współczucie względem chorych, koszt leczenia, intensywność świadczeń, postęp technologiczny.

Szpital jest podmiotem gospodarującym i producentem usług zdrowotnych, które wyróżniają się szczególnymi cechami[6]. Jedną z cech wspólnych usług jest to, że mając charakter indywidualny nie podlegają standaryzacji. Cechami wyróżniającymi usługę medyczną od innych są między innymi ograniczona wiedza korzystającego z usługi o tym, jaka usługa jest mu potrzebna w związku z jego problemem zdrowotnym, ograniczona możliwość właściwej oceny jakości tych usług oraz niepewność co do ostatecznej skuteczności działań medycznych i możliwości wystąpienia skutków ubocznych, brak równowagi między stronami transakcji. Często decyzja o przebiegu procesu leczenia nie jest decyzją pacjenta, lecz lekarza. To powoduje, iż relacja między leczącym i leczonym, determinująca organizację, finansowanie i zarządzanie opieką zdrowotną, jest najważniejszą relacją w systemie opieki zdrowotnej.

---

[5] Por. F. Krzykała, *Wartości etyczne w działalności usługowej (na gruncie niektórych problemów socjologii usług)*, w: *Teorie i aplikacje etyki gospodarczej*, red. B. Pogonowska, Poznań 2000, s. 148 i nast.

[6] Por. B. Bulanowska, Produkt zakładu opieki zdrowotnej, „Zdrowie i Zarządzanie", 4/1999, s. 51.

W działalności szpitala, będącego podmiotem gospodarującym, występują przesłanki różniące go od innych zakładów:

a) pacjenci nie płacą za produkt, ponieważ opiekę finansują, uzyskujące pozycję monopsonu[7] kasy chorych lub instytucje wspomagające;
b) prawa własności i funkcje właścicielskie, w tym kompetencje decyzyjne, są rozmyte, ponieważ szpitale to jednostki organizacyjne samorządów różnych szczebli lub administracji rządowej, a będąc pozbawionymi środków na funkcjonowanie bazy materialnej zakładów w sprawowaniu funkcji właścicielskich, ograniczane są dodatkowo decyzjami kas chorych.
c) kontrolę nad opieką zdrowotną zakładu sprawują przedstawiciele samorządów medycznych i inne podmioty uprawnione przepisami prawa[8] oraz kasy chorych, nie powiązane z działalnością i bieżącym funkcjonowaniem zakładu.

Struktura ta nie jest dla najważniejszych podmiotów tego rynku, czyli świadczeniodawców i świadczeniobiorców, korzystna i pożądana. Połączenie środków finansowych i rzeczowych, świadczenia usług oraz władzy nie stwarza żadnych bezpośrednich mechanizmów kontroli czy odpowiedzialności finansowej poszczególnych uczestników struktury. Jest to jeden ze skutków zmiany organizacji ochrony zdrowia z koncepcji jednolitej odpowiedzialności ponoszonej przez aparat państwowy na koncepcję odpowiedzialności wspólnej i wielości podmiotów uczestniczących w procesach decyzyjnych w opiece zdrowotnej. Zdarza się, że niekiedy zakres odpowiedzialności ponoszonej przez jednego partnera pokrywa się z innym, a pewne zadania pozostają poza zobowiązaniami któregokolwiek z partnerów. Ponadto przyjęte rozwiązania prawne[9], różnicując uprawnienia poszczególnych uczestników struktury, prowadzą do nieuzasadnionego obciążenia właściciela zakładu ryzykiem skutków działalności poszczególnych podmiotów w zakresie ich wpływu na utworzony przez niego zakład.

3. Ograniczenia roli kierownika SPZOZ w jego otoczeniu

Podstawową zmianą wprowadzaną wraz z reformą było oddzielenie funkcji właściciela i organizatora od funkcji płatnika za usługi oraz wprowadzenie samodzielności finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

---

[7] Por. J. Klich, *Kontrakty menedżerskie w warunkach ograniczeń rynkowych i systemowych*, „Zdrowie i Zarządzanie", nr 4/1999, s. 51.

[8] Art. 65 i nast. ustawy z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 ze zmianami) UZOZ.

[9] Art. 60 ust. 6 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej: „zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego".

(SPZOZ). Samodzielność jest cechą wyróżniającą te podmioty. Samodzielny zakład publiczny, będąc jednostką organizacyjną samorządu powiatowego, jest mu podporządkowany. Organ samorządowy pełni wobec niego funkcje właściciela. Przejęcie przez organy samorządu terytorialnego zespołów opieki zdrowotnej nastąpiło 1 stycznia 1999 na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z 13 października 1998 r.[10]

Zadania i kompetencje samorządu wynikające z roli organu założycielskiego obejmują:

a) zadania i kompetencje wynikające z obowiązku powołania rady społecznej, która jest organem konsultacyjnym i doradczym;
b) zadania i kompetencje dotyczące mienia,:
   - decyzje o zakupie aparatury i sprzętu,
   - decyzje, wraz z opinią rady społecznej, o przyjęciu darowizny aparatury i sprzętu medycznego przez zakład,
   - decyzje o zbyciu, wydzierżawieniu lub wynajęciu majątku trwałego lub wniesienia tego majątku do spółki,
   - pozbawienia zakładu składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku połączenia, podziału lub przekształcenia zakładu;
c) zadania i kompetencje wynikające z głosu decydującego w powołaniu kierownika zakładu.

Tak ukształtowany podział kompetencji, nie odpowiadający zwiększonemu zakresowi samodzielności zakładu, skutkować może, bez wprowadzenia zmian w zasadach współdziałania z właścicielem i zmian w uprawnieniach właścicielskich, pojawianiem się sporów mogących wywołać różne skutki. Z jednej strony zakład, dążąc do zwiększania nadwyżki i wzrostu efektywności działania, może nie dostrzegać potrzeb zdrowotnych populacji, a to oznacza utratę poparcia wyborców dla samorządu, z drugiej zaś zbyt silna ingerencja samorządu w bieżącą działalność doprowadzić może do nieuzasadnionego i nadmiernego spowolnienia działania zakładu i doprowadzić do paraliżu decyzyjnego, a w efekcie do pogorszenia wyników.

Mimo silnego podporządkowania samorządom terytorialnym zakład, posiadający osobowość prawną, korzysta ze znacznego stopnia swobody, wyrażającego się w szczególności w pokrywaniu z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów kosztów działalności i zobowiązań, samodzielnym gospodarowaniu przekazanymi w bezpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem skarbu państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym, a także samodzielnym decydowaniu o podziale zysku.

Samofinansowanie jest podstawowym kryterium odróżniającym samodzielne zakłady opieki zdrowotnej od jednostek budżetowych dominujących w sektorze do 1 stycznia 1999 r. Wydaje się, że przyjęta w rozwiązaniach ustawowych koncepcja

---

[10] Ustawa z 13 października 1998 r – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną; (DzU nr 133, poz. 872 ze zmianami).

samodzielności finansowej oznacza aprobatę tezy, że działalność samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej jako podmiotu gospodarującego upodabnia go w aspekcie ekonomiczno-finansowym do zakładów funkcjonujących w innych dziedzinach gospodarki. Rezultatem złego funkcjonowania i gospodarowania zakładu winno być bankructwo i likwidacja, a nieefektywność ekonomiczna, jako skutek złego zarządzania i gospodarowania, winna być wystarczającym i jedynym powodem likwidacji zakładu. Przyjęcie zasady samofinansowania oznacza, że ryzyko niepowodzenia, w aspekcie wyników ekonomicznych, winno być wyłącznym ryzykiem zakładu i podmiotów z nim współpracujących. Oznaczałoby to, podobnie jak w rozwiązaniach dotyczących osób prawnych działających w innych dziedzinach, że skutki niepowodzeń gospodarczych, przy spełnieniu wymogów określonych prawem, nie powinny obciążać organu założycielskiego. Przyjęcie prymatu kryterium ekonomicznego wyrażającego się w samofinansowaniu nad kryterium społecznym wyrażającym się, w wąskim zakresie, w konieczności zapewnienia świadczeń zdrowotnych populacji objętej terenem działania zakładu, ma zasadniczy wpływ na rolę społeczną kierownika SPZOZ, wyraźnie nakreślając podstawowy obszar jego aktywności. Realizacja zasady samofinansowania stanowić winna o bezwzględności priorytetu zwiększenia efektywności działania firm[11].

Wprowadzenie w ustawie zapisu o ostatecznej odpowiedzialności właściciela za zobowiązania likwidowanego SPZOZ deprecjonuje analizowane powyżej zapisy i wyklucza możliwość stosowania mechanizmów quasi-rynkowych. Przeniesienie odpowiedzialności nie oznacza, że zakład taki nie może upaść[12]. Sformułowanie ustawowego zapewnienia o przejęciu zobowiązań, odsuwając realne zagrożenie bankructwem i utratą zarówno rynku działania, jak i źródła dochodów, staje się przesłanką formułowania opinii i przekonań pracowników o trwałości funkcjonowania zakładu. Przeniesienie odpowiedzialności powoduje, że w sytuacji zagrożenia funkcjonowania zakładu z przyczyn ekonomicznych cechą charakterystyczną nadzoru właścicielskiego, sprawowanego przez podmioty publiczne, staje się kierowanie poza efektywnościowymi kryteriami oceny. Ewentualna decyzja o likwidacji, pozbawiona racjonalnego, ekonomicznego charakteru, staje się decyzją polityczną, za którą samo-rządy odpowiadają przed swoimi wyborcami. W takiej sytuacji zakład staje się obiektem przetargów politycznych.

Odrzucenie zasady ostatecznej odpowiedzialności zakładu powoduje ponadto, że zasadniczym zmianom ulega zespół norm kształtujących rzeczywistą rolę kierownika – menedżera. Zapisy umowy, jej forma i treść wyznaczające uprawnienia i obowiązki kierownika deklaracyjnie określają wzorzec sprawnego, samodzielnego

---

[11] Dla zdecydowanej większości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w ich aktualnej sytuacji ekonomiczno-finansowej, oznacza przede wszystkim konieczność restrukturyzacji zakładu.

[12] Por. A. Romaszewski, *Trudne tematy – likwidacja i upadłość podmiotów świadczących usługi zdrowotne*, „Zdrowie i Zarządzanie" 5/2000, s. 50 i nast.

kierownika, kierującego się przede wszystkim kryteriami ekonomicznymi. Ostateczna odpowiedzialność właściciela, uwzględniająca kryterium odpowiedzialności właściciela za decyzje przed wyborcami, wprowadza kryterium społeczne jako równorzędny ekonomicznemu czynnik determinujący decyzje kierownika, czyniąc normy społeczne, np. bezpłatną i nieograniczoną w dostępie opiekę zdrowotną lub konieczność sprawowania opieki medycznej nad uczniami szkół, ograniczeniami wyborów ekonomicznych.

Bezpośrednim kierującym publicznym zakładem opieki zdrowotnej i reprezentującym go na zewnątrz jest kierownik zakładu opieki zdrowotnej, ustanawiany zgodnie z postanowieniami art. 44 ust 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Kierownikiem samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej może być wyłącznie osoba fizyczna. Według zapisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej odpowiedzialny jest za zarządzanie zakładem. Ten nieprecyzyjny zapis powoduje, że szczegółowe ustalenie zakresu i charakteru tej odpowiedzialności możliwe jest tylko na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, przy czym odpowiedzialność kierownika o charakterze administracyjno-prawnym wynika z powiązań organizacyjnych między nim a organem powołującym i zakreślona jest poprzez postanowienia umowy i wyznaczony przez nią reżim prawny.

Kolejnym dowodem braku precyzji w ustanawianiu wzorca kierownika jest zakres jego kompetencji określony w ustawie. Zakreślona przepisami prawa rola społeczna obejmuje kierowanie zakładem, reprezentowanie go na zewnątrz i pełnienie funkcji przełożonego wobec wszystkich pracowników. Choć kierownik występujący w imieniu zakładu ma wyłączną kompetencję do składania oświadczeń woli, jednak konieczność nadmiernych z punktu widzenia pragmatyki zarządzania uzgodnień stanowi istotne ograniczenie swobody działania.

Analizując wyniki ekonomiczne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz wpływ ich funkcjonowania na stan finansów państwa, stwierdzić należy, iż podstawowym wyzwaniem kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, uwzględniając obecny stan rynku i cele reformy, staje się przeprowadzenie restrukturyzacji zakładów, którymi zarządzają. Ograniczeniami immanentnie związanymi z branżą, w której realizują oni te działania, są:

- brak wizji rozwoju opieki zdrowotnej na poziomie kraju i regionu;
- nadmierne upolitycznienie systemu, czego klasycznym przykładem jest obsada personalna kas chorych tworzona według klucza partyjnego i dążenie kas do podporządkowania świadczeniodawców;
- silny opór wobec zmiany organizacyjnej;
- brak wykształconej kadry specjalistów w zakresie rachunkowości, analizy finansowej, zarządzania;
- nazbyt rozbudowana i przestarzała infrastruktura,
- ograniczenia finansowe – dostęp do kapitału;

– silna pozycja związków zawodowych i samorządów zawodowych, z reguły przeciwnych zmianom;
– dominujący dotychczas w relacji pacjent – lekarz model lekarza filantropa[13], wyrażający się często skrajnym paternalizmem lekarskim.

Uznając, że zasada samofinansowania wprowadza w SPZOZ zasady właściwe podmiotom gospodarczym, praktycy i politycy ochrony zdrowia próbują przenieść umowy menedżerskie na obszar ochrony zdrowia, upatrując w nich efektywne narzędzie angażowania kierownika. Dążenie do usprawniania i upowszechniania umowy menedżerskiej jako narzędzia dekoncentracji zarządzania wynika z przekonania, że w ujęciu normatywnym stanowi ono uzupełnienie mechanizmów rynkowych i przyczynia się do zwiększenia efektywności systemu.

Wyraża się przy tym pogląd, że kontrakty menedżerskie w ochronie zdrowia są szansą:
a) złagodzenia niektórych ograniczeń występujących w sektorze usług zdrowotnych;
b) wypełnienia białych plam w prawnych regulacjach dotyczących zakresu kompetencji, obowiązków i odpowiedzialności menedżera samo-dzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
c) wprowadzenia bodźców do racjonalizacji wydatków i pozyskiwania dodatkowych środków dla zakładów[14].

Wydaje się, uwzględniając ograniczenia wynikające z organizacji rynku usług, pozycji zakładu na rynku, cech właściwych usłudze medycznej oraz doświadczenia okresu wdrażania reformy, że przydatność i zasadność stosowania umowy menedżerskiej i przenoszenia jej wprost z przemysłu jako narzędzia stymulowania wzrostu efektywności działania menedżera i zakładu winna stać się przedmiotem pogłębionych analiz.

4. Wpływ zapisów umowy o zarządzanie na realizację społecznej roli menedżera

Procesy zapoczątkowane reformą, wzrastające wymagania rynku oraz zmiany w otoczeniu funkcjonowania organizacji wymuszają stosowanie coraz bardziej elastycznych i efektywnych form zatrudniania. Oznacza to konieczność odchodze-

---

[13] Por.M. Pędziwiatr, *Ideał lekarza polskiej szkoły filozofii medycyny jako wzór osobowy dla lekarza rodzinnego*, w: *Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia, doświadczenia Polski i Chin*, Łódź 1999, s. 23.

[14] J. Klich, op. cit. s. 55.

nia od standardowych, schematycznych wzorców i formularzy umów stanowiących podstawę zatrudniania kierowników, a także poszukiwania osób zajmujących się profesjonalnie zarządem cudzym majątkiem. Osobę zajmującą się profesjonalnie zarządem cudzym przedsiębiorstwem w warunkach ustrojowego, strukturalnego rozdzielenia funkcji właścicielskich od zarządzania określa się mianem menedżera[15]. Jakkolwiek menedżer to osoba zarządzająca przedsiębiorstwem lub wydzielonym obszarem jego działania[16], to dla celów niniejszego opracowania pojęcie menedżera zawężono do kierownika zakładu, bez względu na formę jego zatrudnienia lub treść stosunku prawnego łączącego go z właścicielem.

Istotną cechą wyróżniającą działania menedżera jest profesjonalizm. Oznacza on tak zawodowe zajmowanie się przedmiotem działalności, jak i to, że menedżer posiada perspektywiczną wizję rozwoju firmy, dzięki której może precyzyjnie określić cele zakładu, organizować pracę zespołów, zapewnić odpowiednie bodźce do działania oraz dbać o wysokie kwalifikacje podległych mu pracowników[17]. Ogólność i uniwersalność sformułowanych celów powoduje, że dla skutecznej ich realizacji nie jest wymagana szczególna forma zatrudnienia menedżera.

Powszechnie menedżerów klasyfikuje się według dwóch kryteriów:

a) szczebla zarządzania[18], dzieląc zbiorowość na menedżerów najwyższego szczebla, średniego oraz menedżerów pierwszej linii;
b) obszaru działalności organizacyjnej, dzieląc zbiorowość na menedżerów ogólnych i menedżerów funkcjonalnych[19].

Dla ujęcia uwarunkowań roli menedżera SPZOZ istotniejszy wydaje się podział:

1) wg typu organizacji angażującej menedżera:
   a) menedżerowie angażowani przez organizacje gospodarcze,
   b) menedżerowie angażowani przez inne organizacje, w tym instytucje publiczne – instytucje ochrony zdrowia;
2) wg kryterium statusu prawnego menedżera:
   a) menedżerowie mający status pracowniczy,
      – z którymi nawiązano stosunek zatrudnienia na podstawie powołania,
      – z którymi nawiązano stosunek zatrudnienia na podstawie umowy o pracę,
   b) menedżerowie o statusie cywilnoprawnym, w tym:
      – pozostający w niepracowniczym stosunku zatrudnienia,
      – angażowani jako przedsiębiorcy[20].

---

[15] W. Gujski: *Kontrakty menedżerskie oraz inne umowy cywilnoprawne o świadczenie pracy*, Warszawa 2000, s. 14.

[16] Zob. *Encyklopedia biznesu*, red. W. Pomykało, Warszawa 1995, s. 53.

[17] Por. C. Siorski, *Profesjonalizm. Filozofia zarządzania przedsiębiorstwem*, Warszawa 1995, s. 12–16.

[18] R.W.Griffin, Podstawy zarządzania organizacjami, Warszawa 2000, s.46–47.

[19] J.A.F. Stones, R.F. Freeman, A.R. Gilbert jr, *Kierowanie*, Warszawa 1999, s. 32.

[20] Z. Kubot, *Kontrakty menedżerskie średniej kadry kierowniczej*, Wrocław 1999, s. 14.

Umowy o zarządzanie zawarte z menedżerem przyjęto określać jako „kontrakty menedżerskie". Zarządzanie przez menedżera może być konstytuowane postanowieniami umowy o pracę[21], umowy o zarządzanie zawartej z przedsiębiorcą lub osobą fizyczną, umowy zlecenia, natomiast w krótkim okresie, w sytuacji gdy przedmiotem umowy byłoby opracowanie planu restrukturyzacji wraz ze sprawowaniem bieżącego zarządu, umowy o dzieło[22]. Cechy szczególne umów, decydujące o wyborze rodzaju umowy przez jej strony, a także wybrane prawa, sposób wykonywania pracy oraz ponoszenia ryzyka pracy, przedstawiono w tabeli nr 1[23].

We współczesnym społeczeństwie wzrasta znaczenie normy prawnej jako wiodącej w określeniu roli społecznej. Jej zastosowanie określa funkcję i pozycję jednostki, w tym menedżera SPZOZ. Momentem konstytuującym społeczną rolę menedżera samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest nawiązanie stosunku zatrudnienia.

Stosownie do wyroku Sądu Najwyższego[24], zatrudnienie nie musi mieć charakteru pracowniczego. Praca może być świadczona także na podstawie umowy cywilnoprawnej, a zasada swobody umów, obowiązująca w prawie pracy, pozwala stronom swobodnie kształtować stosunek prawny, w obrębie którego ma być wykonywana praca[25]. Uznanie tego poglądu oznacza, że wyłącznie stronom umowy pozostawiono wybór formy zatrudnienia menedżera samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Dowolność formy zatrudnienia stanowi obszar działania, w którym podmiot zatrudniający i menedżer angażowany na podstawie umowy cywilnoprawnej zachowują się jak uczestnicy wolnego rynku, a więc sami mają wpływ na treść zawieranej umowy[26]. Zawarta przez nich umowa w sposób precyzyjny winna określać katalog wzajemnych praw i obowiązków stron umowy, tak by ocena stopnia

---

[21] Stosowanie nazwy „kontrakt menedżerski" w odniesieniu do umowy o pracę stanowi swoisty ozdobnik, nie zmieniający jej charakteru. Kodeks pracy nie dopuszcza zawierania umów nie nazwanych, rodzących stosunek pracy. Por. Z. Kubot, Umowy o zarządzanie członków zarządu spółek kapitałowych, Warszawa – Zielona Góra 1998, s. 126–127.

[22] Kodeks cywilny za dzieła uznaje dobra materialne jak i niematerialne, przy czym dobro materialne powinno być utrwalone w postaci materialnej. Dzieło mające byt samoistny jest niezależne od dalszych działań jego twórcy. Szerzej: M. Gersdorf, *Rodzaje umów o zatrudnienie*, Warszawa 1994, s. 72. Wydaje się, biorąc pod uwagę przesłanki stosowania umów menedżerskich, że stosowanie umów o dzieło w tym przypadku jest w zasadzie nieuprawnione. Uwzględnienie w dalszej części opracowania charakterystyki tych umów podyktowane jest uwypukleniem różnic między poszczególnymi typami umów i wskazaniem korzyści dla stron umowy.

[23] Ponieważ umowa o zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie z osobą fizyczną, analizie poddano wyłącznie umowy, w których stroną jest osoba fizyczna.

[24] Wyrok SN I PKN 432/99 z 9.12.1999 „Prawo Pracy" 2000 nr 4, s. 31.

[25] Wyrok SN I PKN 594/99 z 13.04.2000 „Prawo Pracy" 2000 nr 1, s. 35.

[26] Szerzej o zatrudnieniu wolnorynkowym: J. Jończyk, *Prawo pracy*, Warszawa 1992, s. 227–228.

realizacji umowy była jak najpełniejsza, w maksymalnym stopniu oparta na wymiernych, ilościowych składnikach oceny.

Istotą typowego kontraktu menedżerskiego jest zarządzanie przez menedżera przedsiębiorstwem w imieniu i na rzecz oraz w interesie przedsiębiorcy[27]. Przyjmuje się, że kontrakt menedżerski jest to nienazwany stosunek prawny o charakterze usługowym, regulowany ogólnymi postanowieniami kodeksu cywilnego[28], którego celem jest maksymalne zabezpieczenie interesów obu stron oraz ukształtowanie korzystnych zasad i warunków współpracy właściciela i menedżera, służących realizacji celów założonych przez strony umowy. Wyraża się pogląd[29], że kontrakt menedżerski stanowi umowę o zasadniczo odmiennym charakterze od umowy o pracę. W związku z tym umowy o pracę nie można określać mianem kontraktu menedżerskiego ani kształtować tak jak kontraktu menedżerskiego.

Koncentrując uwagę na deklarowanych ekonomiczno-społecznych celach działania właściciela w zakresie gospodarowania majątkiem, jak choćby poprawie efektywności działania i jego racjonalizacji, sanacji finansów zakładu, kontynuacji działalności i rozwoju zakładu, nie powinno się a priori wykluczyć umowy o pracę, jako podstawy definiowania i narzędzia kształtowania obowiązków i uprawnień menedżera SPZOZ.

Zadania te mogą być realizowane przez menedżerów bez względu na formę ich zatrudnienia. Ich wykonanie nie jest uzależnione wyłącznie od motywacji zarządcy do działania zgodnego z oczekiwanym przez właściciela, ale również od bieżącej, stałej oceny pracy menedżera i realizacji wniosków z tej oceny wynikających.

Zmiana formy umowy może być również powodowana przesłankami leżącymi po stronie wykonawcy umowy. Mówiąc o zaletach tej formy zatrudnienia, wskazuje się między innymi na możliwość zwiększenia wynagrodzeń, wykorzystania zapisów prawa podatkowego do optymalizacji dochodów, wzmocnienie pozycji menedżera, czy stworzenie warunków do samorealizacji. Tak zdefiniowane przesłanki, wskazując korzyści, stanowią w istocie podstawę motywacji menedżera do zwiększonego wysiłku. „Każdy bowiem z menedżerów, niezależnie od tego, czy pracuje we własnej firmie, czy też jest zatrudniony w jakimś przedsiębiorstwie, pochłonięty jest myślą o sposobach wybicia się ponad ogół i utrzymania na szczycie, dążąc do zdobycia pozycji, która pozwoli mu zarządzać innymi ludźmi. osiągnąwszy ją, stara się ją utrzymać, obronić przed zakusami rywali i czerpać z niej wszelkie korzyści”[30].

---

[27] Z. Kubot, *Kontrakty menedżerskie średniej kadry kierowniczej*, Wrocław 1999, s. 41.

[28] S.W. Ciupa, *Kontrakty menedżerskie*, „Manager”, styczeń 1998.

[29] Z. Kubot, *Kontrakty menedżerskie średniej kadry kierowniczej*, Wrocław 1999, s. 33.

[30] H. Januszek, Rola społeczno-zawodowa współczesnego menedżera, w: *Studia z kulturoznawstwa i socjologii gopodarczej*, red. F. Krzykała, ZN nr 5, Wyd.AE w Poznaniu, Poznań 2000, s. 134.

Tabela 1. Cechy umów oraz obowiązków i praw stron w zależności od rodzaju umowy

Rodzaj umowy / Cecha	Umowa o pracę	Kontrakt menedżerski z przedsiębiorcą	Umowa zlecenie	Umowa o dzieło
Charakterystyka umowy				
Rodzaj umowy	– umowa o pracę – powołanie	umowa cywilnoprawna nienazwana	umowa nazwana	umowa nazwana
Właściwość umowy	umowa starannego działania	umowa starannego działania z elementami umowy rezultatu	umowa starannego działania	umowa rezultatu
Sposób zawarcia	po fakultatywnym konkursie: – rokowania z kandydatem, – przyjęcie oferty pracy przez kandydata	procedury ustawy o zamówieniach publicznych	procedury ustawy o zamówieniach publicznych	procedury ustawy o zamówieniach publicznych
Reżim prawny*	przepisy Kodeksu pracy i innych aktów prawa pracy	– Kodeks cywilny art. 750; – Ustawa o zamówieniach publicznych	– Kodeks cywilny art. 734–749; – Ustawa o zamówieniach publicznych	– Kodeks cywilny art. 626–646; – Ustawa o zamówieniach publicznych
Więź między stronami umowy	więź trwała, świadczenie ciągłe	więź ograniczona, świadczenie w okresie umowy	świadczenie jednorazowe, możliwe świadczenie ciągłe	świadczenie jednorazowe
Charakterystyka wybranych warunków pracy				
Źródło praw i obowiązków wykonawcy	podstawowe prawa i obowiązki pracodawcy i pracownika sformułowane w kodeksie pracy	brak w przepisach katalogu podstawowych praw i obowiązków, postanowienia umowy	podstawowe prawa i obowiązki w przepisach kodeksu cywilnego, postanowienia umowy	podstawowe prawa i obowiązki w przepisach kodeksu cywilnego, postanowienia umowy

Świadczenie pracy przez wykonawcę	zawsze osobiste	osobiste, możliwe zastępstwo przez osobę trzecią	zasadą jest osobiste, można powierzyć wykonanie osobie trzeciej	nie musi, choć może być określony obowiązek osobistego świadczenia pracy
Podporządkowanie organizacyjne wykonawcy	ścisłe podporządkowanie organizacyjne, podległość co do czasu, miejsca, sposobu, terminu świadczenia pracy, obowiązek stosowania się do poleceń, praca pod kierownictwem pracodawcy	praca samodzielna, większa swoboda i autonomia wykonawcy, sposób wykonania zlecenia pozostawiony uznaniu wykonawcy, wskazówki nie mają charakteru bieżących dyrektyw kierowania pracą	praca samodzielna, swoboda wykonawcy co do sposobu, czasu i miejsca wykonywania czynności nią objętych ograniczona w umowie	samodzielność wykonawcy
Zmiana zakresu pracy wykonawcy	możliwa na 3 miesiące, czynność jednostronna pracodawcy	brak uprawnień do zmian, odstępstwo wymaga zgody obu stron	ograniczona, odstępstwo wymaga zgody obu stron	ograniczona, odstępstwo wymaga zgody obu stron
Kryteria wykonania umowy	pracownik zobowiązuje się do pełnienia pracy lub bycia w gotowości do pracy	obligatoryjnie w kontrakcie, ich określenie pozostawione stronom	działanie z należytą starannością	wykonawca zobowiązuje się do osiągnięcia indywidualnie oznaczonego rezultatu pracy ludzkiej
Odpowiedzialność wykonawcy	ograniczona do wysokości 3 – miesięcznego wynagrodzenia i obejmuje rzeczywiste straty, chyba, że chodzi o mienie powierzone lub wyrządzenie szkody	odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną w pełnej wysokości i obejmuje rzeczywiste straty oraz utracone korzyści	odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną w pełnej wysokości i obejmuje rzeczywiste straty oraz utracone korzyści	odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną w pełnej wysokości i obejmuje rzeczywiste straty oraz utracone korzyści
Ograniczenie działalności konkurencyjnej	tak – przepisy Kc (art. 101^1, 101^2)	możliwe na zasadzie swobody umów	brak takiego obowiązku w Kc, możliwe na zasadzie swobody umów	nie występuje

Właściwość sądu	sąd pracy	sąd gospodarczy lub polubowny	sąd cywilny lub polubowny	sąd cywilny lub polubowny
		Wynagrodzenie		
Wynagrodzenie wykonawcy	okresowe miesięczne, powinno odpowiadać kryterium ilości, jakości i rodzaju pracy; nie można zrzec sie wynagrodzenia lub przenieść prawa na inną osobę, wysokość ograniczona ustawowo, gwarantowany minimalny poziom	okresowe miesięczne, etapowe, negocjowane, nie musi spełniać żadnych kryteriów jego ustalania, wysokość ograniczona ustawowo, ustalane ryczałtowo	jednorazowe lub okresowe miesięczne, etapowe, negocjowane, nie musi spełniać żadnych kryteriów jego ustalania, wysokość ograniczona ustawowo, ustalane ryczałtowo	jednorazowe lub okresowe miesięczne, etapowe, negocjowane, nie musi spełniać żadnych kryteriów jego ustalania, wysokość ograniczona ustawowo, ustalane ryczałtowo lub kosztorysowe
Świadczenia dodatkowe	odprawy: emerytalna i na wypadek śmierci, nagrody jubileuszowe, wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, przywileje socjalne, płatne i bezpłatne urlopy, prawo do nagrody rzeczowej, świadczenie BHP	prawo do nagrody rocznej	prawo do nagrody rocznej	prawo do nagrody rocznej
Ochrona wynagrodzenia i egzekucja należności	wynagrodzenie objęte daleko idącą ochroną Kodeksu pracy, uprzewilejowane w zaspokajaniu należności w postępowaniu egzekucyjnym – III grupa	brak ochrony i uprzywilejowania	brak ochrony i uprzywilejowania	brak ochrony i uprzywilejowania

* dodatkowe ograniczenia dla wszystkich rodzajów umów wynikają z ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 ze zmianami) oraz ustawy z 3 marca 2000 r. o wynagrodzeniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (DzU nr 26, poz. 306)

źródło: opr. własne

Doświadczenia wskazują, że kontrakty menedżerskie dla wprowadzających reformę stanowiły przede wszystkim zmianę warunków zatrudnienia dotychczasowych dyrektorów. W badaniach nad kontraktami menedżerskimi w służbie zdrowia, przeprowadzonych przez Harvard-Jagiellonian Consortium for Health wiosną 1999 r.[31], 25% respondentów uznało, iż kontrakt lepiej zabezpiecza interesy organu założycielskiego, podczas gdy 55% uważa, że uzyskany kontrakt w równym stopniu zabezpiecza interesy obu stron. Jest to opinia wyrażana przez próbkę, w której ponad 70% to lekarze i ponad 80% to osoby, które kierowały jednostką przed podpisaniem kontraktu menedżerskiego, a więc kierownicy jednostek budżetowych, nie mający więc większych doświadczeń w funkcjonowaniu na wolnym rynku. Uwzględniając fakt, iż w 80% badani stwierdzali, że kontrakt został im narzucony, a 70% z nich twierdzi, że nie był on w ogóle przedmiotem negocjacji, to biorąc pod uwagę wysoki stopień akceptacji (55%) sądzić należy, że podstawową przesłanką stosowania tej formy było zainteresowanie kadry zarządzającej podjęciem prób ekonomizacji działań i wprowadzenia mechanizmów rynkowych oraz wskazania interesu własnego w realizacji nałożonych zadań.

Wśród przesłanek uzasadniających celowość upowszechnienia kontraktów menedżerskich najczęściej wskazuje się na:

1. Wyłączenie wynagrodzenia menedżera z regulacji zakładowych oraz spod kontroli związków zawodowych. Ponieważ zasad wynagradzania osób zarządzających w imieniu pracodawcy, zgodnie z art. 24126 § 2 Kodeksu pracy, nie ustala się w zakładowym układzie zbiorowym, to przesłanka ta ma bardziej znaczenie psychologiczne niż formalnoprawne. Mimo to należy stwierdzić, że zatrudnienie niepracownicze umożliwia pełniejsze wykorzystanie motywacyjnej funkcji wynagrodzenia.
2. Podwyższenie wynagrodzenia ponad poziom wynagrodzenia kierowników zatrudnionych na umowę o pracę[32]. Możliwości te zostały ograniczone przepisami ustawy o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi. Możliwość zwiększenia wynagrodzenia menedżera zakładu opieki zdrowotnej związana jest w chwili obecnej z przekształceniem zakładu i uzyskaniem statusu zakładu niepublicznego.
3. Zmiana wizerunku kierownika. Kreuje się pogląd, że skuteczność działania i sukces menedżera działającego na podstawie kontraktu menedżerskiego, budując jego autorytet, wpływa na jego wizerunek jako profesjonalisty. Osiągnięcie zakładanego celu może on zdyskontować w dalszej karierze menedżerskiej. Z tego powodu głównym celem menedżera podczas zawierania kontraktu może

---

[31] Por. J. Klich, op. cit. s. 54.

[32] Por. m.in. B. Haus, G. Osbert-Pociecha, H. Jagoda, *Zarządzanie firmą na podstawie kontraktu*, Warszawa 1996, s . 89.

być osiągnięcie prestiżu[33]. Biorąc pod uwagę zagrożenia rynku pracy, w obecnych warunkach może okazać się, że bardziej prestiżowym dla menedżera byłoby zawarcie przez niego umowy o pracę aniżeli zawarcie kontraktu menedżerskiego.

4. Pobudzenie do działań proefektywnościowych. Podstawą tego założenia jest brak w umowach cywilnoprawnych ochronnych regulacji prawa pracy, co pozwala na ukształtowanie warunków pracy i wynagradzania menedżera w sposób zapewniający zwiększenie efektywności działania. Stosowanie jako podstawy zatrudniania umowy o pracę, szczególnie na zasadzie powołania, nie wyklucza wszakże określenia jako warunków oceny i przydatności na stanowisku spełnienia kryteriów efektywności określonych przez właściciela. Istotnym ograniczeniem zasadności formułowania tej przesłanki w odniesieniu do menedżera SPZOZ mogą stać się zapisy ustawy o ZOZ ograniczające samodzielność kierownika zakładu, a także organizacja rynku usług medycznych i regulacje prawne na nim występujące. Ze względu na prawne i instytucjonalne ograniczenia możliwości zwiększenia źródeł przychodu, zwiększenie efektywności sprowadza się często wyłącznie do obniżki kosztów działalności bieżącej, co wobec nieprzewidywalności zachowań na rynku usług zdrowotnych powodować może, że ustalone w kontrakcie menedżerskim kryteria oceny efektywności zarządzania zakładem mogą okazać się kłopotliwe i ryzykowne tak dla organu założycielskiego, jak i dla menedżera.
5. Zmiana w rozkładzie ryzyka. Utrwala się pogląd, że wypełnianie funkcji menedżerskich na zasadzie zatrudnienia niepracowniczego, szczególnie w opiece zdrowotnej, związane jest z akceptacją wysokiego ryzyka. Wydaje się, że pogląd ten może być uzasadniony, jeśli ryzyko definiowane będzie wyłącznie w aspekcie możliwości utraty pracy przez menedżera. Zwiększenie tak zdefiniowanego ryzyka wynika zarówno ze zmiany charakteru więzi łączącej właściciela i menedżera przy zmianie rodzaju umowy z umowy o pracę na zatrudnienie niepracownicze[34], jak również z ograniczeń w funkcjonowaniu samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej[35]. Rozpatrując w zależności od rodzaju umowy rozkład ryzyka przedstawiony w tabeli 2, stwierdzić należy, że zmiana formy z zatrudnienia pracowniczego na niepracownicze w sposób jednoznaczny wyłącza jedynie ryzyko so-

---

[33] S.W Ciupa, *Przyczyny i cele zawierania kontraktów w praktyce zarządzania przedsiębiorstwem*, w: *Kontrakty menedżerskie*, „Menager", dodatek specjalny grudzień 1997, s. 15.

[34] Formą zatrudnienia pracowniczego jest powołanie na stanowisko. „Sytuacja prawna pracowników zatrudnionych na podstawie powołania jest mniej korzystna w porównaniu z pracownikami zatrudnionymi na umowie o pracę. Podstawowa niedogodność pracowników powołanych przejawia się w sposobie ustania stosunku pracy". J. Stelina, *Prawo pracy po zmianach*, praca zbiorowa, Warszawa 1997, s. 157.

[35] Por. J. Klich, Menedżer samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, „Przegląd Organizacji" 1998, nr 9.

Tabela 2. Rozkład ryzyka w zależności od rodzaju umowy

Rodzaj ryzyka[36]	**Pracownik (umowa o pracę)**	**Przedsiębiorca (kontrakt menedżerski)**	**Zleceniobiorca (umowa zlecenie)**	**Wykonawca dzieła (umowa o dzieło)**
Gospodarcze[a]	obciąża pracodawcę; jeśli pracownik sumiennie i starannie wykonywał pracę, wystąpienie ryzyka nie ma wpływu na prawo do wynagrozenia pracownika	obciąża zleceniodawcę, częściowo może obciążyć przedsiębiorcę przez umowne ograniczenie prawa do wynagrodzenia lub ryzyko rozwiązania umowy	obciąża zleceniodawcę – umową może obciążyć zleceniobiorcę poprzez ograniczone prawo zleceniobiorcy do wynagrodzenia	ryzyko obciąża wykonawcę
Techniczno-organizacyjne[b]	przestoje i zakłócenia w pracy obciążają pracodawcę, pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia	obciąża zleceniodawcę	obciąża zleceniodawcę	wykonawca częściowo przejmuje ryzyko
Osobowe[c]	obciąża pracodawcę; pracownik zasadniczo zachowuje prawo do wynagrodzenia	obciąża zleceniodawcę, może być przeniesione umownie na przedsiębiorcę	obciąża zleceniodawcę	obciąża wykonawcę dzieła
Socjalne[d]	obciąża pracodawcę; w sytuacjach określonych przepisami prawa pracownik ma prawo do świadczeń	wyłączone	warunkowo dopuszczone zapisami umowy	wyłączone

[a] osiągnięcie zamierzonego efektu przez podmiot zatrudniający; [b] obciążenie podmiotu zatrudniającego ujemnymi następstwami wszelkich zakłóceń w działaniu zakładu; [c] obciążenie skutkami niezawinionych błędów popełnionych przez wykonawcę; [d] obciążenie wypłatami za okres zawieszenia obowiązku świadczenia pracy, ograniczenie prawa rozwiązania umowy.

źródło: opr. własne

---

[36] Szerzej K. Rączka: *Stosunek pracy a cywilnoprawne umowy o świadczenie pracy*, w: *Prawo pracy po zmianach*, red. K. Rączka, Warszawa 1997, s. 79; M. Święcicki, *Prawo pracy*, Warszawa 1968, s. 146; Z. Salwa, *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1998, s. 38.

cjalne zatrudniającego, zapisom umowy pozostawiając ograniczenie obciążenia zakładu ryzykiem gospodarczym lub osobowym. Analiza możliwości zapisania i egzekwowania obowiązków w poszczególnych typach umów wskazuje ponadto, że odpowiedzialność menedżera zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej często nie wykracza daleko poza zakres odpowiedzialności menedżerów mających status pracowniczy.

6. Zwiększenie zależności menedżera. Zawarcie przez kierownika jednostki kontraktu menedżerskiego oznacza de facto mniejszą stabilność pełnionej przez niego funkcji, co w warunkach konieczności przeprowadzenia restrukturyzacji zakładu nie wzmacnia jego funkcji i pozycji. Organ założycielski może więc wywierać naciski na kierownika zatrudnionego na podstawie umowy cywilnoprawnej skłaniając go do określonego zachowania. Jest to szczególnie istotne w wypadku braku równowagi między kryteriami społeczno-etycznymi i ekonomicznymi w ocenie wyników zakładu i działań menedżera. Rozwiązanie umowy cywilnoprawnej z naruszeniem ustalonych w niej ograniczeń nie rodzi po stronie menedżera roszczenia o przywrócenie do pracy, a jedynie roszczenie o odszkodowanie. Ponadto zawarcie umowy cywilnoprawnej stanowić może przesłankę pozbycia się niewygodnych – z różnych powodów – kierowników.

Właściwością kontraktów menedżerskich w organizacjach gospodarczych jest zwiększenie samodzielności menedżera. Nie oznacza to, że menedżer uzyskuje uprawnienia do reprezentowania zakładu bez ograniczeń. Sytuacja taka prowadziłaby do ubezwłasnowolnienia właściciela z pozostawieniem odpowiedzialności po jego stronie. W działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ograniczenia swobody działania menedżera mają rangę zapisów ustawowych. Zwiększenie zakresu samodzielności poprzez zapisy umowy nie może ograniczać praw właściciela i organów zakładu i w tym zakresie zmiana rodzaju umowy nie ma wpływu na rolę menedżera..

Zaangażowanie menedżera, obok zwiększenia zakresu samodzielności kierownika, stwarza warunki do wprowadzenia w organizacji nowego sposobu zarządzania, stwarzając możliwość skorzystania z doświadczenia zawodowego menedżera, jego reputacji, kontaktów i wyrobionych stosunków handlowych. Wyszczególnione wartości wnoszone przez zarządzającego w życie organizacji są pożądane także w zakładach działających w ochronie zdrowia. Wydaje się, że forma umowy o zarządzanie nie warunkuje możliwości realizacji tych celów.

Wybór rodzaju umowy determinuje rozkład ryzyka między stronami umowy, wielkość i rodzaj korzyści ekonomicznych odnoszonych przez uczestników wymiany, a także podstawowy zakres uprawnień i obowiązków menedżera. Decyzja o wyborze formy ma również znaczny wpływ na sposób jej zawarcia. Dodatkowymi czynnikami wyboru formy umowy są rodzaj i wysokość obciążeń podatkowych, obciążenie składkami na ubezpieczenie społeczne, zakres uprawnień menedżera do świadczeń dodatkowych. Koszt pracy oraz dochód wykonawcy w zależności od rodzaju umowy przedstawione są w tabeli 3.

Tabela 3. Koszt pracy i dochód wykonawcy w zależności od rodzaju umowy

Wyszczególnienie		Zatrudnienie pracownicze		Zatrudnienie niepracownicze					
		Pracownik (Umowa o pracę)		Przedsiębiorca (kontrakt menedżerski[a])		Zleceniobiorca (kontrakt menedżerski)		Wykonawca (Umowa o dzieło)	
Maksym. miesięczne wynagrodzenie		8 758,32 zł[c]		8 758,32 zł[c]		8 758,32 zł[c]		8 758,32 zł[c]	
Koszty	ryczałt	tak	92,56 zł	nie	X	nie	X	tak	20%
	faktyczne	nie	X	tak	poniesione	tak	poniesione	tak[b]	poniesione
ZUS	ubezp. emeryt. – wykon.	9,76%	854,81 zł	19,52%	240,29 zł[e]	9,76%	854,81 zł	X	nie podlega
	ubezp. rentowe – wykon.	6,50%	569,29 zł	13,00%	160,04 zł[e]	6,50%	569,29 zł	X	nie podlega
	ubezp. chorob. – wykon.	2,45%	214,58 zł	2,45%	dobrowolne	2,45%	dobrowolne	X	nie podlega
	ubezp. wypadk. – wykon.	X	obciąża zakład	1,62%	19,94 zł[e]	X	obciąża zakład	X	nie podlega
	ubezp. zdrowot. – wykon.	7,75%	551,77 zł	7,75%	95,41 zł[e]	7,75%	551,77 zł	X	nie podlega
	Fundusz Pracy	X	obciąża zakład	2,45%	30,16 zł[e]	X	nie podlega	X	nie podlega
Koszty uzyskania przychodu	ryczałt	tak	92,56 zł	nie	X	nie	X	tak	20%
	faktyczne	nie	X	tak	poniesione	tak	poniesione	tak[b]	poniesione
Zaliczka na podatek	ryczałt	nie	X	nie	X	20%	915,00 zł[f]	20%	1 401,40 zł
	zasady ogólne	%[f]	742,30 zł	%[f]	898,80 zł[f]	nie	X	nie	X
Wynagr. miesięczne w dysp. wykon.		5 733,01 zł		7 222,68 zł		5 867,45 zł		7 356,92 zł	
Obciążenie VAT		zwolnione – art. 7 ust. 1 pkt 6[g]		zwolnione – § 69 ust. 2 pkt 15[h]		zwolnione – § 69 ust. 2 pkt 15[h]		zwolnione – art. 7 ust. 1 pkt 6[g]	
Wynagr. roczne w dysp. wykonawcy		68 409,33 zł		71 787,44 zł[ef]		68 890,16 zł[f]		75 030,64 zł[f]	

Wyszczególnienie		Zatrudnienie pracownicze		Zatrudnienie niepracownicze					
		Pracownik (Umowa o pracę)		Przedsiębiorca (kontrakt menedżerski[a])		Zleceniobiorca (kontrakt menedżerski)		Wykonawca (Umowa o dzieło)	
Obciążenia zakładu pracy									
ZUS	ubezp. emeryt. – wykon	9,76%	854,81 zł	X	X	9,76%	854,81 zł	X	X
	ubezp. rentowe – wykon.	6,50%	569,29 zł	X	X	6,50%	569,29 zł	X	X
	ubezp. wypadk. – wykon.	1,62%	141,88 zł	X	X	1,62%	141,88 zł	X	X
	Fundusz Pracy	2,45%	214,57 zł	X	X	X	X	X	X
	FGŚP[i]	0,08%	7,01 zł	X	X	X	X	X	X
Roczny koszt pracy dla zatrud.		**119 695,40 zł**		**105 099,84 zł[ef]**		**119 695,40 zł[f]**		**105 099,84 zł[f]**	
Wybrane pozostałe obciążenia									
a) nagroda roczna (bez ZUS)		25 734,96 zł[c,j]		25 734,96 zł[c,j]		25 734,96 zł[c,j]		25 734,96 zł[c,j]	
b) odpis na ZFŚS – roczny		620,54 zł		X		X		X	
c) wpłata na PFRON – roczna		1477,26 zł		X		X		X	
d) ekwiwalent za urlop; swiadczenia rzeczowe BHP; nagroda jubileuszowa; odprawa emerytalna, rentowa		wg odrębnych przepisów		X		X		X	

[a] źródło przychodu – art. 10 ust.1 pkt 3 Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (UPDOF); [b] źródło przycho-du – art. 10 ust. 1 pkt i art. 13 pkt 9 UPDOF; [c] ograniczenie z art. 8 pkt 10 ustawy z 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (DzU nr 26 poz. 306); [d] jeśli koszty faktyczne są wyższe od ryczałtowych; [e] składka obliczana od dochodu deklarowanego do podstawy wymiaru na 04/2001; [f] bez uwzględnienia składek dobrowolnych i poniesionych kosztów rzeczywistych; [g] ustawa o podatku od towarów i usług (UPTU); [h] rozporządzenie wykonawcze doUPTU; [i] Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych; [j] nagroda fakultatywna.

źródło: opr. własne

Kontrakt menedżerski ogranicza możliwości zwiększenia źródeł i wysokości wynagradzania. Menedżer SPZOZ pozbawiony jest możliwości zwiększenia korzyści ekonomicznych, np. poprzez wynagrodzenie opcjami zakupu, pakietem świadczeń socjalnych, uprawnień dodatkowych. Narzędzia te powszechnie stosowane w innych branżach w stosunku do menedżerów, których praca przynosi szczególne korzyści właścicielom, i którzy w ten sposób chcą ich mocniej związać z zakładem, w tym obszarze są niedostępne. Ich funkcję przejmują więc świadczenia dodatkowe określane przepisami Kodeksu Pracy właściwe zatrudnieniu pracowniczemu.

Dopiero dokładna analiza rzeczywistych korzyści ekonomicznych uzyskiwanych przez strony umowy o zarządzanie połączona z analizą uprawnień i obowiązków określonych umową, nałożona na drzewo celów organizacji i proces zarządzania zmianami, może określić rzeczywistą przydatność kontraktu menedżerskiego w zarządzaniu SPZOZ.

Zbyt słabe uwypuklenie ewentualnych korzyści wynikających ze stosowania tej formy zatrudnienia może spowodować wzrost oporu organizacji przed jej stosowaniem i zmianami spodziewanymi w związku z jego wprowadzeniem. Brak kompleksowej oceny przydatności umów menedżerskich uwzględniającej wszystkie aspekty ich stosowania, dokonanej tak przez poszczególne samorządy, jak i zarządzających, spowodować może ponadto odrzucenie możliwości stosowania tego narzędzia w odniesieniu do menedżerów średniego szczebla, np. ordynatorów, kierowników zakładów, lub takie ich ukształtowanie, które nie zabezpieczy w należyty sposób interesów stron umowy.

5. *Podsumowanie*

Rozwiązania i mechanizmy wprowadzanej reformy nie zawierają możliwych do wykorzystania pozytywnych bodźców kształtujących zachowania proefektywnościowe, które byłyby możliwe do natychmiastowego zastosowania. Ponieważ praca menedżera pełna jest niepewności, zmian, nieciągłości i słabo powiązanych działań[37] i powinna być mierzona osiągniętymi przez menedżera rezultatami jako jego wkładem w finalne wyniki organizacji[38], szczególnego znaczenia nabiera właściwa forma angażowania menedżera.

Rola menedżera SPZOZ jest w coraz większym stopniu zdeterminowana normami prawnymi określanymi zapisami ustawowymi oraz postanowieniami umowy z właścicielem. W aktualnym stanie prawnym analiza zakresu uprawnień i obowiązków nakładanych postanowieniami kontraktu nie wskazuje na zasadniczą przewagę kontraktu jako formy zatrudniania menedżerów SPZOZ. Kontrakty menedżerskie nie są jedynym narzędziem określania norm kształtujących społeczną rolę

menedżera. Korzyści ekonomiczne uzyskiwane przez menedżera w skali roku w poszczególnych formach zatrudnienia są zbliżone. Analiza wszystkich czynników wskazuje, że korzyści związane z zatrudnieniem na podstawie kontraktu nie są ekwiwalentne w stosunku do zwiększenia zakresu odpowiedzialności wynikającego ze zmian funkcji menedżera. Przypisywanie szczególnego znaczenia kontraktom menedżerskim i wskazywanie na ich przewagę w stosunku do innych form oraz znaczenie w powodzeniu wdrażania reformy nie wydaje się w pełni uzasadnione.

Warunkiem pożądanej realizacji roli menedżera, skuteczności zarządzania i osiągnięcia stawianych menedżerowi celów SPZOZ staje się jednoznaczne określenie uprawnień i odpowiedzialności wszystkich podmiotów rynku. W relacjach menedżer – właściciel oznacza to konieczność wyłączenia odpowiedzialności majątkowej właściciela z tytułu bieżącej działalności zakładu i uniemożliwienia obciążania go ujemnymi rezultatami działań zakładu w przypadku jego likwidacji. Wyłączenie odpowiedzialności właściciela przywraca podstawową cechę charakterystyczną w pracy menedżera, jaką jest niepewność działania. Spotęgowanie czynnika ryzyka powoduje, że menedżer dąży do zwiększenia niezbędnej samodzielności, zwiększenia obszaru decyzyjnego oraz ponoszenia odpowiedzialności za swoje decyzje podejmowane w obliczu konieczności walki o utrzymanie i rozwój zakładu, oraz ustawicznej troski o wzrost zadowolenia wszystkich kontrahentów.

W obecnym stanie prawnym, uwzględniając społeczny odbiór wyników reformy, wydaje się, że kontrakt menedżerski będzie jedną z wielu formą kształtowania funkcji i pozycji zarządzającego zakładem. Przypisywanie mu roli narzędzia wiodącego w kształtowaniu roli menedżera i powstania rynku usług w zakresie zarządzania w opiece zdrowotnej wydaje się być przedwczesne.

Waldemar Wilkosz

Social and economic conditions of the role of a manager of a health care institution

Summary

The article presents the influence of legal regulations and contracts for a manager of an independent public health care unit. The reform under way has changed economic-organisational conditions of the functioning of environment of this unit. Its effective implementation depends to a large extent on how a manager fulfils his role. The paper discusses basic premises of the specificity of the medical services market as well as characteristic fea-tures of the unit. The absence of positive stimuli to increase effectiveness of activities and undertake additional risk was responsible for the growing significance of the contracts. Analysing characteristic features of the contracts, including the managerial contracts, economic

benefits for the two parties and distribution of risk, the author shows that solutions transferred from other field of the economy will not meet the requirements and that the influence of stipulations in the managerial contract on how the manager fulfils his tasks in the current economic-legal situation of the unit virtually does not differ from the influence of other solutions applied. The analysis of the economic and legal environment of the unit indicates that a significant condition of success in creating the market and shaping the role of a manager will not be the change in the kind and range of contracts concluded with managers but a consistent implementation of the principle of self-financing, excluding the owner's responsibility for the unit's committments.