

Marcin KAUTSCH*
Jacek KLICH**

Kontrakty menedżerskie w opiece zdrowotnej

Celem tego artykułu jest ukazanie kontraktów o zarządzanie jako jednego z narzędzi podnoszenia efektywności zakładów opieki zdrowotnej. Możliwe do uzyskania korzyści ze stosowania kontraktów o zarządzanie (kontraktów menedżerskich) konfrontowane są z negatywnymi doświadczeniami wykorzystania kontraktów przy reformowaniu opieki zdrowotnej w Polsce w ostatnich latach. Krytyka kontraktów menedżerskich w opiece zdrowotnej nie była jednak poparta badaniami efektywności zakładów kierowanych przez menedżerów na kontraktach. Nie dokonywano również różnicowania między kontraktami zapisanymi w sposób poprawny i kontraktami wadliwymi (quasi-kontraktami), które ze względu na wprowadzone do nich zapisy zbliżały się do formuły umów o pracę. W oparciu o badania przeprowadzone w 2001 roku i przywoływane w niniejszym artykule formułowana jest teza, że zakłady opieki zdrowotnej zarządzane z wykorzystaniem poprawnie skonstruowanych kontraktów menedżerskich osiągały lepsze wyniki niż zakłady kierowane przez kierowników zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę czy zakłady opieki zdrowotnej zarządzane przez menedżerów pracujących na kontraktach, które nie spełniały podstawowych wymogów stawianych przed prawidłowo sformułowanymi kontraktami o zarządzanie.

Kontrakty o zarządzanie

Transformacja systemu gospodarczego w Polsce stawia przed przedsiębiorstwami bardzo wymagające zadania. Aby przedsiębiorstwa mogły sprostać odmiennym warunkom działalności poszukuje się dla nich nowych form organizacyjno-prawnych i metod zarządzania. Obejmuje to więc zarówno przebudowę stosunków własnościowych, jak i wprowadzanie rynkowych mechanizmów i instrumentów zarządzania przedsiębiorstwem. W obu przypadkach wykorzystuje się rozwiązania i metody stosowane w krajach o rozwiniętej gospodarce rynkowej. W obszarze nowych metod zarządzania wykorzystuje się kontrakty menedżerskie oparte na zasadach cywilnoprawnych.

Kontrakt menedżerski (zwany również umową o zarządzanie, umową zarządu, umową o sprawowanie zarządu, umową menedżerską) jest umową, której przedmiotem jest świadczenie usług polegających na prowadzeniu przed-

* Autor jest pracownikiem naukowym Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ.

** Współautor jest pracownikiem naukowym Instytutu Zarządzania UJ i Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ.

siębiorstwa czy zarządzaniu przedsiębiorstwem. Traktowany jest jako narzędzie podnoszenia efektywności przedsiębiorstwa czy zakładu głównie na drodze jego restrukturyzacji. Łączenie kontraktu menedżerskiego z oczekiwaną głęboką restrukturyzacją przedsiębiorstw było w praktyce polskiej reformy gospodarczej tak silne, że skutkowało to nawet formalnym zakwalifikowaniem kontraktu menedżerskiego jako metody prywatyzacji¹, co należy jednak uznać za zbyt daleko idące i szerokie ujęcie.

Formy kontraktów menedżerskich funkcjonujących w polskiej praktyce gospodarczej to najczęściej:

1. Umowa o zarządzanie i restrukturyzację jednoosobowej spółki Skarbu Państwa jako przykład kontraktu menedżerskiego z osobą prawną.
2. Koncepcja wykorzystania kontraktu menedżerskiego do zarządzania grupą kapitałową na przykładzie umów o zarządzanie majątkiem Narodowego Funduszu Inwestycyjnego.
3. Kontrakty menedżerskie w przedsiębiorstwach prywatnych.
4. Umowy wewnętrzne w przedsiębiorstwach prywatnych i państwowych [Walenynowicz, 2000a].

Kontrakty menedżerskie traktowane jako szczególna forma umowy-zlecenia, do której stosuje się wprost albo odpowiednio przepisy kodeksu cywilnego zostały już w literaturze przedmiotu opisane².

Cechami wyróżniającymi kontraktu menedżerskiego są: większa niezależność pracownika w wykonywaniu pracy (której towarzyszy jednak redukcja praw zapisanych w kodeksie pracy) oraz zadaniowy charakter pracy.

Menedżer na kontrakcie z mocy prawa nie korzysta z uprawnień pracowniczych, więc strony w umowie określają ich konkretny zakres. To zaś z kolei powoduje, że kontrakt menedżerski wymaga szczególnej lojalności i współdziałania obu stron umowy. W prawidłowo zapisanym kontrakcie o zarządzanie w sposób wyraźny, precyzyjny i szczegółowy zapisane są cele i zadania, jakie menedżer powinien zrealizować.

Menedżer kontraktowy powinien być samodzielny, związany jedynie postanowieniami umowy co do maksymalizacji celu zapisanego w kontrakcie, zaś sposób realizacji tego celu należy pozostawić swobodnemu działaniu menedżera. Menedżer nie musi wykonywać poleceń pracodawcy, gdyż nie pozostaje w stosunku podporządkowania. To jedna z kluczowych zasad, konstytuująca proefektywnościowy charakter kontraktu menedżerskiego.

Chociaż umowa o zarządzanie nie jest umową rezultatu, gdyż często rezultat pracy menedżera polegającej na zarządzaniu podmiotem gospodarczym zależy od zewnętrznych czynników, niekontrolowanych przez menedżera (popyt, podaż, konkurencja, zmiany w przepisach prawnych), to często strony w umowie mogą określić klauzule właściwe dla umowy rezultatu, np. osią-

¹ Restrukturyzacja miała zmierzać do wzrostu wartości spółki, a następnie do jej prywatyzacji poprzez sprzedaż jej akcji bądź udziałów [por. Kierunki, 1998].

² Wymienić tu można opracowania autorstwa: [Z. Kubota, 2000 i 1999]; [A. Patulskiego, 1999]; [P. Walenynowicza (2000a i 2000b)]; [B. Husa, G. Osbert-Pociechy, H. Jagody 1996] i innych.

gnięcie jakiegoś poziomu obrotów, uzyskanie określonej pozycji na rynku, zmniejszenie zadłużenia, wdrożenie do produkcji nowych wyrobów, etc. Klauzule właściwe dla umowy rezultatu sprawiają, że można w sposób precyzyjny i jasny definiować cele i zadania dla menedżera. Odpowiedzialność menedżera z tytułu sprawowania zarządu opiera się na zasadzie winy i (odmiennie niż w przypadku umowy o pracę) menedżer kontraktowy odpowiada za pełną szkodę, którą spowodował niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem swego zobowiązania. Zgodnie z zapisem art. 361, par. 1 k.c. szkoda obejmuje nie tylko straty poniesione przez poszkodowanego, lecz również korzyści, które mógłby osiągnąć, gdyby mu szkody nie wyrządzono.

Ostateczny kształt kontraktu jest bardzo zindywidualizowany (np. szczegółowo opisany katalog zadań i celów do realizacji, środków pozostających do dyspozycji w wykonywaniu tych zadań, dłuższy urlop wypoczynkowy, opłacenie kosztów szkolenia, polisa na życie, polisa od odpowiedzialności cywilnej itp.). Spośród katalogu zindywidualizowanych zapisów w kontrakcie menedżerskim można jeszcze wymienić ograniczenie odpowiedzialności odszkodowawczej menedżera do z góry określonej kwoty, zastrzeżenie w kontrakcie kar umownych, które menedżer byłby zobowiązany zapłacić w przypadku niewykonania któregoś z określonych w umowie obowiązków. Dla uproszczenia procedur związanych z uzyskiwaniem odszkodowania strony mogą zapisać w umowie konieczność złożenia firmie przez zarządcę weksla własnego gwarancyjnego – *in blanco*, hipotekę ustanowioną na nieruchomości, zastaw, itp. Można również wprowadzić do umowy zapisy, według których wynagrodzenie menedżerskie nie będzie wypłacane zarządcy w całości, lecz jego część będzie sukcesywnie gromadzona na odrębnym rachunku³. Zarządca będzie mógł korzystać z tego rachunku dopiero w sytuacji, kiedy nie powstaną żadne należności zarządcy wobec właściciela.

Chociaż kontrakt menedżerski jako umowa cywilnoprawna zakłada dużą swobodę w kształtowaniu jego zapisów, to sprecyzowano listę zagadnień istotnych dla późniejszego efektywnego działania menedżera, które powinny się znaleźć w kontrakcie, w tym:

- przedmiot umowy,
- zakres upoważnień i zobowiązań,
- szczegółowe warunki udzielanej prokury,
- tajemnice firmy,
- odpowiedzialność za wykonanie zadań i wynikające stąd konsekwencje,
- klauzule konkurencyjne i odszkodowania zeń wynikające,

³ Wynagrodzenie menedżera składa się najczęściej z dwóch części: stałej (niezależnej od wyników uzyskiwanych przez przedsiębiorstwo) i zmiennej, uzależnionej od konkretnego wyniku finansowego (np. procentowy udział w zysku, premia roczna, premia długookresowa płatna co parę lat, itp.). Proporcje między stałymi i zmiennymi składnikami wynagrodzenia mogą osiągać wartość nawet: 1 do 10. Konsekwentnie od woli stron zależy, czy i ewentualnie jaka część zmiennej składowej wynagrodzenia menedżera może być blokowana na wydzielonych rachunkach.

- wynagrodzenie i inne świadczenia dla menedżera, w tym jako możliwość urlop wypoczynkowy,
- podstawa i sposób wypowiedzenia kontraktu.

Wzmiankowane powyżej cechy kontraktu menedżerskiego nie budują wyraźnego i wyczerpującego obrazu umowy cywilnoprawnej o zarządzanie przedsiębiorstwem. Zaprezentowane jednak zostały z zamysłem przywołania ich w dalszej części artykułu, gdzie w sposób krytyczny przedstawiana będzie polityka wykorzystywania kontraktów menedżerskich w reformie opieki zdrowotnej.

Na koniec wskazać można na korzyści stosowania kontraktów o zarządzanie.

Zawarcie kontraktu menedżerskiego jest korzystne zarówno dla zarządcy, jak i przedsiębiorcy. Przede wszystkim pozwala na ograniczenie kosztów, które z punktu widzenia pracodawcy są największe przy zawieraniu umów o pracę wynikających z kodeksu pracy. Osoba świadcząca usługi menedżerskie może z kolei otrzymywać wyższe wynagrodzenie, jednak jest ono związane bezpośrednio z wynikami finansowymi firmy, którą kieruje. Kontrakty stanowią często jedyną drogę do wprowadzania motywacyjnych systemów wynagrodzeń tam, gdzie obowiązuje układ zbiorowy pracy i związki zawodowe mają ugruntowaną pozycję. Menedżer, który odnosi sukcesy, może sam dyktować warunki kontraktu. Zawarcie kontraktu menedżerskiego jest często jedyną metodą pozyskania menedżerów kluczowych dla danego zakładu, ponieważ nie będąc pracownikami – nie podlegają układowi zbiorowemu. Oddanie inicjatywy w ręce kontraktowych menedżerów ma szczególne znaczenie w sytuacji, kiedy otoczenie przedsiębiorstwa jest wysoce niestabilne, a procesy operacyjnego nadzoru właścicielskiego sprawowane z wykorzystaniem standardowych procedur (np. umów o pracę) są mało efektywne. Takie warunki cechowały większość sektorów polskiej gospodarki w latach dziewięćdziesiątych, a sektor usług zdrowotnych w szczególności.

Wykorzystywanie kontraktów w opiece zdrowotnej

Wykorzystanie kontraktów menedżerskich w Polsce ma już swoją historię. Przygotowania do wprowadzenia w życie idei kontraktowania usług z zakresu zarządzania zaczęły się w 1992 roku. Kontrakty miały dotyczyć kilkudziesięciu przedsiębiorstw, pierwszych 18 wytypowano w 1993 roku. Brak chętnych ze strony potencjalnych grup menedżerskich, a przede wszystkim luki legislacyjne sprawiły jednak, że umowy podpisano tylko dla czterech zakładów. Od początku kontrakty budziły jednak zastrzeżenia. Zgłosiła je m.in. Najwyższa Izba Kontroli. Chodziło przede wszystkim o to, że takiej drogi prywatyzacji (sprowadzającej się do zawarcia umowy między Skarbem Państwa a grupą zarządzającą) nie było w ustawie prywatyzacyjnej. W rezultacie umowy zostały zawarte tylko dla 4 spółek: Bielskich Zakładów Graficznych, Huty Szkła Okiennego Kara SA w Piotrkowie Trybunalskim, Wytwórni Sprzętu Komunalnego Wukom sp. z o.o. we Wschowej oraz Temedu SA w Zabrze. Pierwszą

podpisano we wrześniu 1993 r., następną – w grudniu, dwie pozostałe – na początku 1994 roku [Kostrz-Kostecka, 1997].

Szcątkową ustawową regulacją dla potrzeb zarządzania przedsiębiorstwem państwowym z wykorzystaniem umów o zarządzanie przedsiębiorstwem państwowym zawierała ustawa o przedsiębiorstwie państwowym z 25 września 1981 (art. 45a-45e)⁴, a dla zarządzania majątkiem narodowego funduszu inwestycyjnego na podstawie umowy menedżerskiej ramy prawne tworzyły zapisy art. 21-24 ustawy z 30 kwietnia 1993 r. o Narodowych Funduszach Inwestycyjnych⁵. W obu tych przypadkach były to specyficzne regulacje ograniczone pod względem podmiotowym i przedmiotowym i nie nadawały się do powszechnego zastosowania.

Impulsem do poszerzenia zakresu stosowania umów menedżerskich były zapisy wprowadzone do ustawy z 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych⁶, które stworzyły prawne ramy dla kontraktów menedżerskich wykorzystywanych jako mechanizmy wspomagające w procesie zmian własnościowych (art. 17 ustawy).

Z czasem idea kontraktów menedżerskich została przeszczepiona na grunt zakładów opieki zdrowotnej. Zaiśniały bowiem istotne przesłanki do ich wprowadzenia: decentralizacja i usamodzielnienie zakładów opieki zdrowotnej, konieczność przeprowadzenia restrukturyzacji samodzielnych zakładów oraz rosnąca dynamika zmian w otoczeniu.

Zmiany wprowadzane od początku lat dziewięćdziesiątych w sektorze opieki zdrowotnej obok decentralizacji i zwiększenia autonomii zarządzania instytucjami opieki zdrowotnej, z biegiem czasu obejmowały coraz to nowe obszary, w tym wprowadzanie nowego sposobu finansowania usług zdrowotnych, poszerzenie swobody pacjentów w wyborze lekarza oraz prywatyzacji świadczenia usług zdrowotnych, przede wszystkim w zakresie podstawowych usług zdrowotnych (prywatne praktyki lekarskie i grupowe praktyki lekarskie).

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zmuszone zostały do konkurencji tak między sobą jak i z niepublicznymi zakładami o środki publiczne (w ramach ubiegania się o kontrakty z regionalnymi kasami chorych) i miały dostosowywać swoją ofertę (racjonalizując wydatki) do potrzeb rynku lokalnego i regionalnego. Początkowe doświadczenia samodzielnych zakładów nie były jednoznaczne i podkreślały złożoność sytuacji, w jakiej przyszło działać samodzielnym zakładom [Klich, Chawła, Kautsch, 1999]; [Kautsch, Klich, Chawła, Kulis, Bulanowska, Campbell, 1999]; [Kautsch, Klich, Styło, 2001]; [Klich, 2001]. Zakłady opieki zdrowotnej, w sytuacji braku jasno nakreślonej polityki zdrowotnej zarówno na poziomie kraju, jak i regionu (województwa), działały w warunkach wysokiej niepewności i mało efektywnych procedur kontroli ze strony organów założycielskich. Dynamika otoczenia, w jakich działały zakłady opieki zdrowotnej wzmocniana była dodatkowo przez doko-

⁴ Tekst jednolity: Dz.U. 1991, nr 18, poz. 80 z późn. zmianami.

⁵ Dz.U. 1993, nr 44, poz. 202 z późn. zmianami.

⁶ Dz.U. 1996, nr 118, poz. 561 z późn. zmianami.

nującą się równolegle z reformą opieki zdrowotnej reformą administracyjną kraju (zmiana w układzie kompetencji władz, wprowadzenie powiatów, itp.).

Te i inne uwarunkowania działania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej tworzyły podstawy do wykorzystania kontraktów menedżerskich również w opiece zdrowotnej z myślą o restrukturyzacji i zwiększaniu efektywności zakładów [Klich, 1998]; [Kozierkiewicz, Klich, 1999]; [Klich, 1999]. Rosnący poziom ryzyka decyzyjnego z jednej, a tradycyjne sposoby wynagradzania kierowników zakładów (czyli umowy o pracę) z drugiej strony nie tworzyły bowiem wystarczająco silnych bodźców do podejmowania przez kierowników ryzyka i restrukturyzacji zakładów (szczególnie, kiedy wymagała ona przeprowadzenia redukcji zatrudnienia).

Wprowadzono zatem kontrakty menedżerskie do zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, ale już wkrótce zarejestrowano poważne nieprawidłowości w praktyce ich stosowania, co było szeroko komentowane w mediach [Walewski, 1999]. W niektórych przypadkach kontrakty te zawierano z osobami przypadkowymi, niepoprawne były zapisy dokonywane w kontraktach (kontrakty w sensie prawnym były *de facto* rodzajem umowy o pracę), a wynagrodzenia, jakie w niektórych przypadkach uzyskiwali dyrektorzy wielokrotnie przekraczały ich poprzednie uposażenie. Chociaż lista tych nieprawidłowości w stosowaniu umów o zarządzanie samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej nie odbiegała w sposób istotny od listy zarzutów zgłaszanych pod adresem kontraktów menedżerskich stosowanych w innych sektorach, to reakcja ze strony organów kontroli była szybka.

W roku 1999 Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę kontraktów menedżerskich zawieranych z dyrektorami publicznych zakładów opieki zdrowotnej [Informacja, 1999]. Kontrola ta nakierowana była na poprawność i zasadność zawieranych umów, szczególnie z punktu widzenia określania poziomu wynagrodzeń dla kierowników na kontaktach.

Kontrola wykazała, że wynagrodzenie zasadnicze dyrektorów na kontrakcie było naliczane w bardzo różny sposób. Jego podstawą był np. procent od rocznego przychodu zakładu za rok poprzedni wynikający z tytułu wykonywania usług medycznych, wielokrotność średniej płacy krajowej (z reguły kilka, kilkanaście średnich krajowych – maksymalnie 16) lub też kwota, której pochodzenia nie udało się ustalić (z reguły kilka, rzadziej kilkanaście tysięcy złotych). Wysokości te w części przypadków obejmowały podatek VAT, w części nie [Informacja, 1999, załącznik nr 3]. Nie wszędzie też uregulowano kwestię odpowiedzialności za odprowadzanie składek na ZUS [Informacja, 1999, str. 63]. W większości przypadków wynagrodzenia brutto uzyskiwane przez dyrektorów na kontrakcie były znacząco wyższe w porównaniu z innymi dyrektorami czy też pracownikami sektora opieki zdrowotnej⁷.

⁷ Taka dysproporcja była w dużej mierze efektem niskiego poziomu przeciętnego wynagrodzenia w opiece zdrowotnej.

Trzeba jednak zaznaczyć, że wyniki kontroli nie eksponowały kwestii konieczności enumeratywnego wyliczenia zadań, które menedżer na kontrakcie powinien był zrealizować.

Silna krytyka kontraktów (w szczególności wysokości wynagrodzenia), z jednej, a nowe możliwości uzyskiwania wyższego wynagrodzenia w oparciu o tradycyjną umowę o pracę z drugiej strony sprawiły, że organy założycielskie wycofały się z zatrudniania dyrektorów w oparciu o kontrakt. Rezygnacja z kontraktów odbywała się bez uprzedniego sprawdzenia, czy (i na ile) kontrakty menedżerskie przyczyniają się w rzeczywistości do poprawy funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Bez odpowiedzi na to pytanie nie można rozstrzygnąć, czy decyzje o wycofywaniu się z kontraktów menedżerskich miały racjonalne podstawy, czy też były to działania doraźne, wymuszone negatywnym wizerunkiem kontraktów menedżerskich prezentowanym w mediach. Istnieją jednak mocne przesłanki, by twierdzić, że rezygnacja z kontraktów nie była poprzedzona krytyczną analizą efektów ekonomicznych zakładów kierowanych przez menedżerów kontraktowych.

Badanie, którego wyniki prezentowane będą poniżej, miało w zamyśle autorów choć w części wypełnić tę lukę i odpowiedzieć na pytanie, czy wprowadzenie instytucji kontraktu o zarządzanie samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej wpływa na efektywność tego zakładu.

Badanie kontraktów menedżerskich w opiece zdrowotnej

Latem 2001 roku na zlecenie Ministerstwa Zdrowia zespół skupiony wokół Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego podjął badania nad efektywnością zakładów opieki zdrowotnej oraz jakością procesów zarządzania w zależności od formy zatrudnienia dyrektora⁸. Celem tego badania było sprawdzenie, na ile kontrakt menedżerski przyczynia się do zmiany zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, a przede wszystkim, czy przyczynia się do poprawy ich – funkcjonowania. Przedmiotem badania były zatem:

- efekty ekonomiczne i medyczne zakładów opieki zdrowotnej,
- jakość zarządzania.

Badania miały charakter badań ankietowych. Do ich przeprowadzenia sporządzono ankietę zawierającą 52 pytania, za pomocą których chciano zbadać efektywność działania zakładu oraz jakość procesu zarządzania zakładem.

Ankieta składała się z trzech części: metryki zakładu (dane finansowe, prowadzona działalność, wielkość zakładu, wielkość zatrudnienia – wszystko to w ujęciu dynamicznym), metryki dotyczącej osoby zarządzającej (dane na temat sylwetki dyrektora) oraz części odnoszącej się do praktyk i procedur za-

⁸ Projekt ten stanowił kontynuację prac, jakie zostały wykonane jesienią 1998 przez Harvard & Jagiellonian Consortium for Health oraz zleconych przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2000 (grant 501/E-DOT/13).

rzędnych stosowanych w zakładach (w celu określenia poziomu jakości zarządzania).

Do analizy efektywności zakładów zastosowano wyliczanie trendów dla wskaźników efektywności zakładu. Trendy te zostały wyrażone jako współczynniki kierunkowe przy aproksymacji prostoliniowej metodą najmniejszych kwadratów wyników finansowych i odnoszących się do wielkości zatrudnienia i liczby świadczeń w latach 1998-2001. Do badania efektywności zakładu oraz jakości zarządzania skonstruowano zagregowane wskaźniki. Wskaźniki te zostały skonstruowane przez autorów na potrzeby tego badania. Zastosowane w nich zostały składowe, które:

- dobrze oddają specyfikę sektora opieki zdrowotnej i nawiązują do najważniejszych wyzwań, przed którymi stoją samodzielne zakłady opieki zdrowotnej,
- niosą dużą ilość informacji i mają charakter syntetyczny,
- bazują na wcześniejszych doświadczeniach autorów w badaniu funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej [Kautsch, Klich, Stylo, 2001].

Zagregowany wskaźnik do oceny efektywności zakładu obejmował analizę trendów w odniesieniu do 6 składowych, którymi były:

- a) liczba personelu medycznego w stosunku do niemedycznego,
- b) liczba łóżek w stosunku do liczby personelu,
- c) czas pobytu pacjenta na oddziale,
- d) liczba pacjentów w stosunku do liczby personelu,
- e) przychody w stosunku do całości kosztów i udział dochodów ze źródeł innych niż kontrakt z kasą chorych w strukturze dochodów,
- f) przychód w stosunku do kosztów w przeliczeniu na jednego zatrudnionego.

Wzrost każdego z wymienionych powyżej wskaźników w czasie (z wyjątkiem czasu pobytu pacjenta na oddziale, który to wskaźnik powinien maleć) interpretowany był jako trend pozytywny. Wskaźnikom przydano wagi (od 1 do 3 pkt), przy czym najwyższą wagę (3 pkt) uzyskał wskaźnik f), a wszystkim pozostałym nadano wagę 1 pkt.

Drugi zagregowany wskaźnik służący do oceny jakości zarządzania zakładem obejmował 31 składowych, które odnosiły się do takich obszarów, jak:

- a) strategia zakładu (plan strategiczny),
- b) komitety i komisje działające w zakładzie (np. budżetowa, terapeutyczna, zakażeń wewnątrzszpitalnych),
- c) system wewnętrznego budżetowania (czyli tworzenia budżetów dla poszczególnych oddziałów i działów),
- d) wewnętrzne procedury zarządcze dotyczące gospodarki finansowej, materiałowej, gospodarki lekiem, standardy organizacji i zasady pracy komórek organizacyjnych,
- e) standardy postępowania medycznego,
- f) programy komputerowe wykorzystywane w zakładzie (m.in. ruch chorych, apteka, kadry i płace, laboratorium),
- g) receptariusz szpitalny,

- h) outsourcing (sprzątanie, kuchnia, dozór mienia, dział techniczny),
- i) monitorowanie jakości usług,
- j) wdrożony rachunek kosztów,
- k) badanie sprawozdania finansowego zakładu przez biegłego rewidenta.

Podobnie jak w przypadku zagregowanego wskaźnika efektywności, przypisano również wagi poszczególnym składowym budującym zagregowany wskaźnik do oceny jakości zarządzania (w przedziale od 1 pkt do 3 pkt). Najwyższą wagę przydano systemowi wewnętrznego budżetowania (3 pkt), a po 2 pkt przyznano: komisji budżetowej i zakażeń wewnątrzszpitalnych, wprowadzeniu standardów postępowania medycznego, zintegrowanemu programowi komputerowemu *Ruch chorych* oraz wdrożonemu rachunkowi kosztów zgodnemu z rozporządzeniem MZiOS z dnia 22 grudnia 1998.

W przypadku obu zagregowanych wskaźników: efektywności i jakości zarządzania, ich całkowite wartości wyliczono sumując wszystkie iloczyny wag i wartości poszczególnych składowych danego zagregowanego wskaźnika.

W przypadku składowych zagregowanego wskaźnika efektywności zakładu, jeżeli notowano pozytywny trend w odniesieniu do którejś z wyróżnionych 6 składowych, to składowa ta otrzymywała wartość 1. W przypadku wystąpienia negatywnego trendu, wartość takiej składowej wynosiła 0 (a zatem i iloczyn wagi i wartości wynosił 0).

W przypadku składowych zagregowanego wskaźnika służącego do oceny jakości zarządzania (wyróżniono ich 31), jeżeli dana składowa występowała w badanym zakładzie (np. zakład posiadał system wewnętrznego budżetowania), to wartość tej składowej wynosiła 1. W przypadku niewystępowania danej składowej nadawana jej była wartość 0.

W ten sposób wyliczono wartości zagregowanych wskaźników oceny efektywności zakładu i jakości jego zarządzania.

Już tworzenie próby badawczej doprowadziło do pierwszej ważnej konstatacji: po 1999 roku nastąpił masowy odwrót od kontraktowania usług menedżerskich w opiece zdrowotnej. Z ogólnej liczby 259 kontraktów zawartych przez 34 wojewodów [Informacja, 1999, s. 59] przed 1999 rokiem do lata roku 2001 na swoich stanowiskach przetrwało 30 dyrektorów⁹. Badaniem objęto grupę 30 zakładów kierowanych przez menedżerów na kontraktach, do której dobrano następnie grupę porównawczą składającą się z 15 jednostek kierowanych przez dyrektorów, którzy w czasie prowadzenia badań pracowali w oparciu o umowę o pracę. Kryteria doboru grupy kontrolnej obejmowały: 1) Czas pracy (przyjęto, że dyrektor musi pracować na swoim stanowisku co najmniej od roku 1998).

⁹ W załączniku do raportu NIK wymieniono z nazwy 245 zakładów, których dyrektorzy zatrudnieni byli w oparciu o kontrakt. Zespół badawczy kontaktując się telefonicznie z tymi zakładami ustalił, że w momencie badania 30 dyrektorów, z którymi podpisano wcześniej umowę kontraktową pozostaje na swoich stanowiskach, w tym część z nich pracuje już w oparciu o umowę o pracę.

- 2) Rozmieszczenie jednostek (starano się dobrać zakłady działające na obszarach tych samych kas chorych, co jednostki należące do grupy badanej).
- 3) Wielkość i rodzaj jednostek (starano się dobrać jednostki porównywalne do tych wybranych do badanej grupy).

Dyrektorzy otrzymali z wyprzedzeniem (co najmniej dwutygodniowym) ankietę z pytaniami, a następnie w oparciu o tę ankietę przeprowadzony był z nimi telefoniczny wywiad. W trakcie wywiadu dyrektorzy odpowiadali tylko na niektóre pytania z ankiety (te, wymagające oceny i zawierające pytania otwarte), jako że pytania odnoszące się do faktografii (dane ekonomiczno-finansowe, niektóre dane medyczne) miały trafić do odpowiednich służb w zakładzie i po wypełnieniu stosownych tablic zostać przesłane do zespołu prowadzącego badanie. Po uwzględnieniu zwrotów całkowicie i poprawnie wypełnionych ankiet oraz odmów udziału w badaniach przez niektórych dyrektorów, badana grupa objęła ostatecznie 31 zakładów z terenu 21 dawnych województw (11 obecnych).

Wstępne wyniki analizy efektów działania zakładów kierowanych przez menedżerów na kontraktach i tych zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę nie wykazały istotnych różnic w wynikach zakładów. Stwierdzenie to stanowiło drugą istotną konstatację sformułowaną już we wstępnej fazie badania. Brak istotnych różnic między grupą badaną i kontrolną (traktowanych jako agregaty) w odniesieniu do efektywności i jakości zarządzania z jednej, a znaczące różnice występujące między zakładami w grupie badanej z drugiej strony, skłoniły zespół do wydzielenia w grupie dyrektorów zatrudnionych w oparciu o kontrakt dwóch kategorii: grupy dyrektorów pracujących w oparciu o kontrakt, w którym w sposób enumeratywny precyzowane są zadania i obowiązki menedżera na kontrakcie oraz drugą grupę, gdzie w kontrakcie nie było precyzyjnych zapisów co do zadań menedżera¹⁰. W efekcie w badaniu analizowane były trzy grupy menedżerów (a zatem konsekwentnie trzy grupy zakładów):

- pracujący w oparciu o umowę o pracę,
- pracujący w oparciu o umowę quasi-kontraktową to znaczy bez sprecyzowanych w kontrakcie precyzyjnych zadań dla menedżera,
- pracujących w oparciu o umowę kontraktową (zadania do wykonania zawarte były w kontrakcie).

Do takich właśnie trzech wyróżnionych kategorii odnosić się będą prezentowane poniżej wnioski.

Wnioski

Zwiększenie efektywności działania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej obserwowane jest we wszystkich trzech kategoriach zakładów: kierowanych przez menedżerów kontraktowych, menedżerów pracujących na quasi-kontrak-

¹⁰ Sformułowania mówiące ogólnie o zarządzaniu zakładem i ponoszeniu odpowiedzialności za zakład traktowane były jako nieprecyzyjne w sposób wystarczający zadań dla menedżera.

tach oraz dyrektorów zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę. Wyraża się to m.in. w tym, że skraca się czas pobytu pacjentów w szpitalach oraz zwiększa się liczba leczonych pacjentów przypadających na jednego zatrudnionego.

Postępy w restrukturyzacji zakładów mierzone np. zmianą liczby personelu medycznego do niemedycznego czy też zmianą liczby łóżek w stosunku do liczby personelu medycznego nie wykazują wyraźnej przewagi którejs z grup (choć grupa dyrektorów na quasi-kontraktach uzyskała tu relatywnie najlepsze wyniki). Dyrektorzy kontraktowi uzyskują najlepsze rezultaty przy poszukiwaniu źródeł finansowania poza kontraktami z kasami chorych. W następnej kolejności są dyrektorzy quasi-kontraktowi, a w końcu dyrektorzy etatowi.

Największe różnice (działające na korzyść dyrektorów na kontraktach) odnotowano w przypadku tego właśnie wskaźnika oraz wzrostu przychodów w stosunku do kosztów na jednego zatrudnionego. Dyrektorzy kontraktowi uzyskują w tym obszarze najlepsze wyniki. Jest to szczególnie dobrze widoczne przy porównaniu z grupą dyrektorów zatrudnionych w oparciu o quasi-kontrakt.

W tabelicy 1 pokazano porównanie wyników efektywności zakładów ze względu na sposób zatrudnienia dyrektora przy zastosowaniu zagregowanego wskaźnika efektywności.

Tabela 1

Porównanie wyników efektywności zakładów ze względu na sposób zatrudniania dyrektora

Grupa	Liczebność grupy	Powyżej przeciętnej		Poniżej przeciętnej	
		Liczbowo	Procentowo	Liczbowo	Procentowo
Grupa z umową o pracę	12	5	41,67	7	58,33
Grupa z quasi-kontraktem	13	4	30,77	9	69,23
Grupa z kontraktem	6	4	66,67	2	33,33

Wyniki te pokazują, że grupa dyrektorów z kontraktem uzyskiwała lepsze rezultaty w dziedzinie efektywności niż dyrektorzy pracujący w oparciu o umowę o pracę. Zdecydowana większość zakładów kierowanych przez dyrektorów zatrudnionych w oparciu o quasi-kontrakt osiągała wyniki gorsze od przeciętnych, a wyniki całej tej grupy były gorsze niż wyniki osiągnięte przez dyrektorów pracujących w oparciu o umowę o pracę.

Tabela 2 zawiera zagregowane wyniki badania jakości zarządzania ze względu na sposób zatrudnienia dyrektora.

Tabela 2

Porównanie wyników jakości zarządzania zakładami ze względu na sposób zatrudnienia dyrektora

Grupa	Liczebność grupy	Powyżej przeciętnej		Poniżej przeciętnej	
		Liczbowo	Procentowo	Liczbowo	Procentowo
Grupa z umową o pracę	12	5	41,67	8	58,33
Grupa z quasi-kontraktem	13	4	30,76	9	69,23
Grupa z kontraktem	6	6	100	0	0

Wyniki analizy jakości zarządzania pokazują jeszcze wyraźniej różnice między badanymi zakładami. Wszyscy dyrektorzy pracujący na kontrakcie uzyskali wyniki powyżej przeciętnej, podczas gdy tylko 41,67% dyrektorów

pracujących w oparciu o umowę o pracę i 30,76% dyrektorów quasi-kontraktowych zanotowało wyniki wyższe od przeciętnej.

Można zatem skonstatować, że dyrektorzy pracujący na kontraktach osiągają lepsze wyniki zarówno w odniesieniu do efektywności działania zakładu, jak i jakości zarządzania. To daje podstawę do twierdzenia, że prawidłowo skonstruowane kontrakty menedżerskie spełniają oczekiwania i prowadzą do lepszych wyników uzyskiwanych przez jednostki kierowane przez dyrektorów pracujących w oparciu o poprawnie skonstruowane kontrakty. Równocześnie trzeba wskazać, że wyniki uzyskiwane przez dyrektorów zatrudnionych na quasi-kontraktach są gorsze niż dyrektorów zatrudnianych w oparciu o umowę o pracę.

Powyższe wyniki posłużyły do budowy matrycy, na której zaznaczono zarówno jakość zarządzania, jak i efektywność działania zakładu. Wyniki prezentowane są w tablicy nr 3.

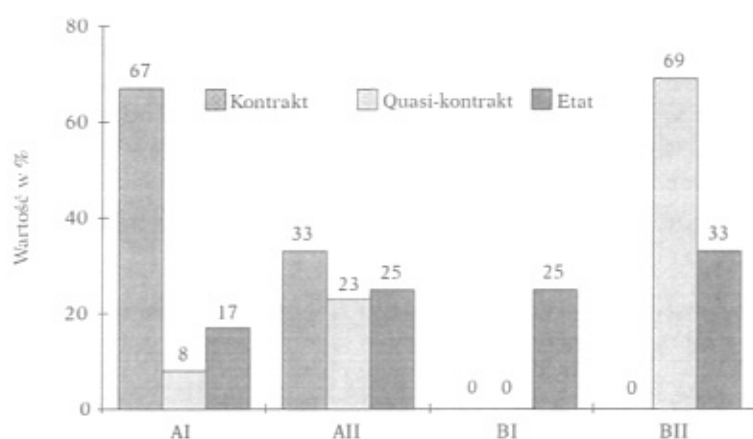
Tablica 3

Matryca jakości efektywności i jakości zarządzania

			Jakość zarządzania	
			Powyżej średniej	Poniżej średniej
			A	B
Efektywność zakładu	Powyżej średniej	I	2 (16,67%) – etat 1 (7,69%) – quasi kontrakt 4 (66,67%) kontrakt	3 (25,00%) – etat
	Poniżej średniej	II	3 (25,00%) – etat 3 (23,08%) – quasi kontrakt 2 (33,33%) kontrakt	4 (33,33%) – etat 9 (69,23%) – quasi kontrakt

Wizualizację tablicy nr 3 przedstawia rysunek nr 1

Rys. 1. Matryca jakości efektywności i jakości zarządzania



Oznaczenia:

AI – Efektywność zarządzania powyżej średniej, jakość zarządzania powyżej średniej

AII – Efektywność zarządzania poniżej średniej, jakość zarządzania powyżej średniej

BI – Efektywność zarządzania powyżej średniej, jakość zarządzania poniżej średniej

BII – Efektywność zarządzania poniżej średniej, jakość zarządzania poniżej średniej

Dla zachowania lepszej czytelności wartości na wykresie zostały zaokrąglone

Interpretacja

Interpretacja wyników z pól AI i BII nie nastęrcza większych trudności. Przypadki te ilustrują bowiem przykłady osiągania odpowiednio: wysokiej efektywności i wysokiej jakości zarządzania oraz niskiej efektywności i niskiej jakości zarządzania. Natomiast pozostałe pola, a szczególnie pole BI wymaga dodatkowego wyjaśnienia. Mamy tu bowiem do czynienia z przypadkami, gdzie jakość procesu zarządzania jest niska, ale zakłady te osiągają dobre wskaźniki efektywności. Zjawisko to można częściowo tłumaczyć odwołując się do aktualnych mechanizmów zasilania finansowego zakładów. Obecnie decydujący wpływ na wskaźniki efektywności zakładu ma kontrakt z kasami chorych, szczególnie z macierzystą kasą regionalną. Jak stwierdzono we wcześniejszych badaniach, przychody ze sprzedaży świadczeń medycznych do macierzystej regionalnej kasy chorych stanowią ponad 94% budżetu przeciętnego zakładu [Kautsch, Klich, Styło, 2001]. Kasy chorych przyjęły zróżnicowane modele kontraktowania usług medycznych. Co więcej, kryteria, na podstawie których oceniane są oferty zakładów, a w konsekwencji podejmowane są decyzje o wolumenie i cenie zakupywanych usług nie są uniwersalne i pozostawiają duży margines uznaniowości, co podkreślają sami ankietowani¹¹. Kryteria, które są brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o kontraktach w niektórych przypadkach nie promują zakładów dobrych i nie biorą pod uwagę jakości zarządzania w tych zakładach¹². Tym między innymi można tłumaczyć lepsze od zakładanych efekty zakładów, których jakość zarządzania została oceniona poniżej średniej.

Biorąc pod uwagę zarówno krótki horyzont czasowy badanych zmian, a także skalę problemów przed jakimi stoją samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (szczególnie finansowych, w tym zadłużenie szpitali¹³), nie można oczekiwać, że mechanizm kontraktów o zarządzanie doprowadzi w krótkim okresie do spektakularnych sukcesów finansowych czy szerzej: ekonomicznych. W tym miejscu można odwołać się innych jeszcze cech sektora zdrowia, które w sposób zdecydowany odróżniają go od innych sektorów i utrudniają działania sanacyjne. Wymienić tu można przykładowo:

- mocne ograniczenie popytu, na który szpitale nie mają bezpośredniego wpływu (popyt jest tu określany przez decyzje kas chorych, które z kolei otrzymują limitowane środki na zakup usług zdrowotnych),

¹¹ Zjawisko powyższe znalazło także potwierdzenie w wywiadach, jakie były prowadzone w ramach przywoływanych w tym artykule badań, jak również w rozmowach prowadzonych ze studentami i absolwentami Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

¹² Między innymi dlatego przy konstruowaniu zagregowanego wskaźnika efektywności dużą wagę przydano zwiększaniu dochodów ze źródeł innych niż kontrakt z macierzystą regionalną kasą chorych. Pod tym względem najbardziej efektywni byli dyrektorzy na kontraktach.

¹³ W jesieni 2001 roku długi kilkudziesięciu szpitali klinicznych określano na około 530 mln złotych, a szacunki zadłużenia całej publicznej służby zdrowia na koniec 2001 roku sięgały 5 miliardów złotych, por. [Solecka, 2001].

- monopsonistyczna pozycja kas chorych,
- ograniczenia prawne w kształtowaniu portfela usług zdrowotnych (szpital nie może swobodnie budować portfela usług),
- ograniczenia prawne w pozyskiwaniu środków finansowych od pacjentów,
- ograniczenia prawne w pozyskiwaniu środków finansowych z działalności gospodarczej.

Biorąc to pod uwagę, należy relatywizować wymowę wielkości bezwzględnych (np. istnienia i wysokości zadłużenia) i większą uwagę skupić na trendach, które w badaniach wyraźnie się zarysowały i różnicowały badane grupy zakładów. Pokazują one, że w przypadku zakładów kierowanych przez dyrektorów zatrudnianych na poprawnie zapisanych kontraktach notujemy wyraźny trend do zwiększania efektywności tych zakładów w odniesieniu do wszystkich wyróżnionych składowych zagregowanego wskaźnika efektywności zakładu.

Interpretując wyniki badań można skonstatować, że kontrakt menedżerski przyczynia się do poprawy zarówno jakości zarządzania, jak i efektów uzyskiwanych przez zakłady opieki zdrowotnej kierowanych przez menedżerów na kontrakcie. Biorąc pod uwagę istnienie znacznych różnic między grupą kontraktów i quasi-kontraktów, należy z naciskiem wskazać na potrzebę odróżniania tych dwóch kategorii przy ocenie kontraktów i dyskusjach nad tym sposobem układania relacji między kierownikiem i organem założycielskim. Nie można ukrywać, jak negatywne mogą być konsekwencje złego czy wręcz patologicznego układania stosunków kontraktowych. Wyniki badań wskazują jednoznacznie, że zakłady kierowane przez kierowników na złych kontraktach uzyskują najgorsze efekty spośród trzech wyróżnionych grup. Istnieją zatem przesłanki, by przedmiotem krytyki uczynić quasi-kontrakty.

Na koniec pozostaje do skomentowania pytanie o uzasadnienie dla zastosowania w systemie ochrony zdrowia (rynek niekonkurencyjny) kontraktów menedżerskich jako narzędzia, które sprawdziło się w innych sektorach, czyli na rynku z przewagą mechanizmów konkurencyjnych.

Przedstawiona analiza wykazała istnienie znaczących różnic w obszarze jakości zarządzania, natomiast relatywnie mniejsze były różnice w odniesieniu do efektywności zakładu. To ostatnie zjawisko można tłumaczyć charakterystyką rynku usług zdrowotnych w Polsce, który jest kształtowany zapisami obowiązującej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. **W sytuacji istnienia asymetrycznego rynku, tzn. rynku, gdzie strona podaźowa (tworzona przez zakłady opieki zdrowotnej) wykorzystuje elementy konkurencji, a strona popytowa (budowana przez kasy chorych) wykazuje cechy monopsonu, wprowadzanie do zakładów opieki zdrowotnej narzędzi, które mogą działać w pełni tylko w warunkach konkurencji musi prowadzić do wyników suboptymalnych. Nie podważa to jednak zasadności wprowadzania kontraktów o zarządzanie do opieki zdrowotnej.**

W świetle tego co powyżej, kontrakt menedżerski może być uznany jako użyteczne narzędzie do poprawy efektywności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Są dane, by twierdzić, że prawidłowo zapisany kon-

trakt może w dłuższej perspektywie przynieść zakładom opieki zdrowotnej zwiększenie przychodów i obniżenie zadłużenia.

Rekomendacje

Wyniki badania zestawione z doświadczeniami ze stosowaniem kontraktowania usług w zakresie zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej dają podstawę do stwierdzenia, że organy założycielskie zbyt pochopnie wycofały się z kontraktów na zarządzanie¹⁴. Nie są znane (w sensie: publikowane) wyniki badań, które wskazywałyby na nieefektywność prawidłowo zapisanych kontraktów. Wyniki prezentowanych powyżej badań pilotażowych dają pewne podstawy do twierdzenia, że decyzje o rozwiązywaniu kontraktów podejmowane były głównie (jeżeli nie jedynie) w oparciu o negatywne doświadczenia związane z podpisywaniem quasi-kontraktów. Takie kontrakty nie spełniały podstawowych warunków stawianych prawidłowo skonstruowanym umowom: nie precyzowały wyraźnych celów dla menedżerów, nie była w nich zachowana zasada symetrii, jeżeli chodzi o prawa i obowiązki stron kontraktu, wynagrodzenia dyrektorów nie były związane z wynikami osiąganymi przez kierowane przez nich zakłady. To błędy w zapisach w kontraktach doprowadziły do deprecjacji, a w konsekwencji do odrzucenia tego narzędzia w zarządzaniu w opiece zdrowotnej.

Na podstawie powyższych badań można wnosić o powtórne rozważenie idei zastosowania kontraktów o zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej w praktyce.

Istnienie strukturalnych różnic po stronie popytowej i podażowej rynku usług zdrowotnych (sygnalizowanych powyżej) powoduje, że aby uzyskać pełny pozytywny efekt kontraktów menedżerskich należałoby (między innymi, jako że jest to warunek konieczny, ale niewystarczający) wprowadzić konkurencję również po stronie popytowej. Niestety, praktyka reformowania systemu opieki zdrowotnej zdaje się podążać w przeciwnym kierunku. Plan likwidacji kas chorych i utworzenie w 2003 roku narodowego funduszu ochrony zdrowia przesunie wprowadzenie konkurencji między nabywcami usług zdrowotnych w nie dającą się określić przyszłość¹⁵. Utrzymywanie zaś nie zrównoważonego układu, w którym z jednej strony mamy do czynienia z elementami konkurencji o środki publiczne (konkurencja między samodzielnymi publicznymi zakładami między sobą oraz między zakładami publicznymi i niepublicznymi) a z drugiej strony (płatnik, czyli kupujący usługi) spotykamy rozwiązania nie dopuszczające konkurencji, to z definicji nie można uznać takich rozwiązań za obiecujące.

Istnienie tego niekorzystnego trendu nie może jednak prowadzić do wniosku, że zastosowanie kontraktów menedżerskich w opiece zdrowotnej nie jest

¹⁴ Należy tu nadmienić, że w atmosferze społecznego potępienia dla kontraktów wykreowanej przez media, w wielu przypadkach to sami dyrektorzy wycofywali się z umów o zarządzanie.

¹⁵ Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministerstwa Zdrowia w latach 2002-2003. Warszawa, luty 2002. www.mzios.gov.pl.

celowe czy możliwe. Kontrakty są potencjalnie efektywnym narzędziem służącym zwiększeniu tempa restrukturyzacji i poprawie efektów ekonomicznych zakładów. Trzeba tworzyć korzystne warunki potrzebne do ich skutecznej implementacji. Takim warunkiem jest sprzęgnięcie kontraktu z agresywnymi sposobami wynagradzania za osiągnięcie wyznaczonych w kontrakcie celów. Negatywne doświadczenia z przeszłości związane z wprowadzaniem limitów i ograniczeń wypływających z zapisów tzw. ustawy kominowej¹⁶ (co przyspieszyło proces odchodzenia kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej od kontraktów na rzecz umowy o pracę), winny stanowić tu memento.

Można zatem konkludować, że warunkiem uzyskiwania pełnych korzyści ze stosowania kontraktów w opiece zdrowotnej jest złagodzenie ograniczeń co do wysokości wynagrodzeń dyrektorów na kontraktach. Tu dodatkowym argumentem mogłaby być zasada wynagradzania wedle zakresu odpowiedzialności i wielkości ryzyka.

Warto również wskazać na konieczność budowania rynku usług z zakresu zarządzania zakładami opieki zdrowotnej (ryнку menedżerów kompetentnych do zarządzania specyficznymi podmiotami, jakimi są zakłady opieki zdrowotnej). System akredytacji osób, które mogłyby występować w konkursach o zarządzanie zakładami, mógłby pomóc w budowaniu rynku fachowców od zarządzania w sferze opieki zdrowotnej.

Bibliografia

- Hus B., Osbert-Pociecha G., Jagoda H., [1996], *Zarządzanie firmą na podstawie kontraktu*, Difin, Warszawa.
- Informacja o wynikach kontroli tworzenia i funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, [1999], DziKF – 41006-98, Nr ewid.: 184/99/P/98/129/DZK, Warszawa, lipiec 1999.
- Kautsch M., Klich J., Chawla M., Kulis M., Bulanowska B., Campbell P., [1999], *Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej: rekomendacje*, *Zdrowie i Zarządzanie*, 1999/2, tom I.
- Kautsch M., Klich J., Styło W., [2001], *Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w reformowanym systemie*. Raport z badań. Ministerstwo Zdrowia. Biblioteka Zdrowia Publicznego, Nr 7, 2001, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Kierunki prywatyzacji w 1999 r.*, [1998], *Przegląd Rządowy*, Nr 12 (90), grudzień 1998.
- Klich J., [1998], *Menedżer samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, *Przegląd Organizacji*, 1998/9.
- Klich J., [1999], *Kontrakty menedżerskie w warunkach ograniczeń rynkowych i systemowych*, *Zdrowie i Zarządzanie*, 1999/4, tom I.
- Klich J., [2001], *Zmiana zachowań w zakładach opieki zdrowotnej w wyniku reformy*. Wyniki badania pilotażowego, *Polityka Społeczna*, 2001/10.
- Klich J., Chawla M., Kautsch M., [1999], *Funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, *Gospodarka Narodowa*, 1999/1-2.

¹⁶ Ustawa z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi, Dz.U. 2000, nr 26, poz. 306.

- Kostrz-Kostecka A., [1997], *Nie mają szczęścia do legislacji*, Rzeczpospolita, 4.02.1997.
- Kozierkiewicz A., Klich J., [1999], *Umowa – kontrakt menedżerski*, *Zdrowie i Zarządzanie*, 1999/1, tom I.
- Kubot Z., [1999], *Umowa o zarządzanie samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, *Prawo i Medycyna*, 1999/2.
- Kubot Z., [2000], *Kwalifikacje prawne kontraktów menedżerskich członków zarządu spółek kapitałowych*, *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*, 2000/2.
- Patulski A., [1999], *O kontraktach prawie wszystko*, *Personel*, 1999/12.
- Solecka M., [2001], *Recepty na długi*, *Rzeczpospolita*, 13.12.2001.
- Walentynowicz P., [2000a], *Kontrakt menedżerski w zarządzaniu firmą*, *OPO*, Zeszyt Nr 163, Bydgoszcz.
- Walentynowicz P., [2000b], *Procedura kontraktu menedżerskiego w przedsiębiorstwie*, *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*, 2000/2.
- Walewski P., [1999], *Dyrektor na kominię*, *Polityka* 1999/33.