

Jacek Klich

Nowe Zarządzanie Publiczne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce?

Słowa kluczowe: Nowe Zarządzanie Publiczne, prywatyzacja w ochronie zdrowia, sekurytyzacja długów, downsizing

Wprowadzenie

Bogate treściowo i znaczeniowo New Public Management (Nowe Zarządzanie Publiczne¹) często jest traktowane jako panaceum na eliminowanie nieefektywności w rządzeniu [1]. Jak każde podejście, również NZP nie odpowiada na wszystkie współczesne wyzwania społeczne [2], a zatem wymaga dalszej refleksji i rozwoju (wzbogacenia). Niektóre z obszarów życia społecznego są bardziej intensywnie eksplorowane z wykorzystaniem narzędzi NZP (polityka społeczna [3], edukacja [4, 5]), podczas kiedy sektor ochrony zdrowia w nieco mniejszym zakresie [6–8]. Po części wynika to ze specyfiki sektora ochrony zdrowia, którą trzeba koniecznie uwzględnić, stosując NZP do diagnozy i analizy zjawisk w tym obszarze [9]. Można zatem konstatować, że NZP formułuje nowe wyzwania dla badaczy sektora ochrony zdrowia. Należałoby na przykład podjąć wysiłek odniesienia (relatywizacji) listy czynników zewnętrznych wpływających na rozwój NZP [10] do warunków w sektorze ochrony zdrowia, spróbować zarysować cechy wyróżniające NZP w sektorze ochrony zdrowia (z uwzględnieniem podziału na czynniki z otoczenia sektora (*distinctive environmental factors*), relacje organizacji z otoczeniem (*organization-environment transactions*) oraz czynniki wewnątrzorganizacyjne (*organizational roles, structures, and processes*) [11], czy dokonać weryfikacji listy strategii, narzędzi i instrumentów NZP proponowanej przez Frączkiewicz-Wronkę i Austen [12].

Przyjmując, że podejście NZP jest użyteczną propozycją metodologiczną do badania sektora ochrony zdrowia w Polsce, ale wymagającą pewnych modyfikacji i uściśleń, spróbujemy w tym miejscu wskazać na kilka zjawisk, które stanowią o specyficznych cechach systemu ochrony

zdrowia w Polsce i które wpływają na efektywność wykorzystania wyróżnionych wcześniej narzędzi i instrumentów NZP. Specyficzne cechy polskiego systemu ochrony zdrowia (zakorzenione w strukturalnych dysfunkcjach tak w sferze prawnej regulacji, jak i w sferze funkcjonowania) będą odniesione jedynie (ograniczoność łamów) do wybranych narzędzi i instrumentów NZP: prywatyzacji, downsizingu oraz sekurytyzacji długów jako egzemplifikacji dobrych praktyk zarządczych w praktyce samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Prywatyzacja

Ograniczone łamy wymuszają jedynie skróte przedstawienie wielowymiarowej ze swojej natury problematyki prywatyzacji w sektorze ochrony zdrowia w Polsce [13, 14]. Pominęta zostanie analiza ilościowa procesów prywatyzacji w tym sektorze, a poniżej zostaną zaprezentowane jedynie ogólne wnioski płynące z kilkunastoletnich doświadczeń z przekształceniami własnościowymi w tym sektorze:

- zmiany własnościowe w sektorze ochrony zdrowia dokonywały się w tempie wolniejszym niż w innych sektorach gospodarki i miały różny zakres w poszczególnych subsektorach (polach) sektora opieki zdrowotnej,
- zmiany własnościowe następowały najszybciej w subsektorze podstawowej opieki zdrowotnej (w tym stomatologii), diagnostyki laboratoryjnej, hurtowego i detalicznego obrotu lekami i materiałami medycznymi oraz produkcji leków,
- najmniejszy zakres prywatyzacji notujemy w leczeniu zamkniętym i zarządzaniu samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

¹ Narzędzia Nowego Zarządzania Publicznego są przedstawione w [2].

Wśród czynników wpływających na tempo i zakres procesów prywatyzacji w sektorze ochrony zdrowia można wymienić:

- brak woli politycznej dla głębokich przekształceń własnościowych w tym sektorze,
- brak klarownych regulacji prawnych określających zasady, formy i metody prywatyzacji kluczowych podmiotów systemu ochrony zdrowia, czyli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (brak odpowiednika ustawy z 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych²),
- głęboka, strukturalna nierównowaga (w tym asymetria pozycji negocjacyjnych) między płatnikiem i świadczeniodawcami³,
- administracyjne sterowanie źródłami finansowania świadczeń zdrowotnych i związany z tym wysoki poziom ryzyka biznesowego dla prywatnych inwestorów,
- postępująca atrofia funkcji właścicielskich sprawowanych przez organy założycielskie wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Można dowodzić, że prywatyzacja w sektorze ochrony zdrowia dokonywała się przede wszystkim tam, gdzie zakres wykorzystywania rynkowych regulacji był relatywnie największy (produkcja oraz obrót lekami i materiałami medycznymi) oraz tam, gdzie udział środków własnych pacjentów w finansowaniu świadczeń był również relatywnie największy (podstawowa opieka zdrowotna, stomatologia, diagnostyka laboratoryjna). Warto przy tym skonstatować, że przekształcenia własnościowe państwowych zakładów produkcji leków i materiałów medycznych mogły następować, gdyż miały niezbędną podstawę prawną (były przekształcane na podstawie zapisów ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych). Również bariery wejścia (w tym nade wszystko bariery kapitałowe) do powyższych subsektorów ochrony zdrowia dla prywatnych inwestorów nie były nadmiernie wysokie, a wielkość ryzyka zmniejszona była przez fakt uzależnienia decyzji o zakupie świadczenia od decyzji samego pacjenta (a nie płatnika, jakim jest NFZ).

Wszystko, co powyżej, nie wychodzi poza elementarne zasady i zasady ekonomii oraz zarządzania. Wskazane tu czynniki warunkujące tempo i zakres prywatyzacji można zaklasyfikować bądź do sfery regulacji prawnej, bądź sfery funkcjonowania. Z uwagi na swój charakter wymienione zjawiska można ujmować w kategoriach dysfunkcji ze sfery regulacji czy sfery funkcjonowania.

Przy okazji identyfikowania i klasyfikowania czynników warunkujących zmiany własnościowe w sektorze ochrony zdrowia warto wspomnieć o zjawisku, które – choć również należące do kanonu zasad podstawowych

i ściśle łączące się z narzędziami i instrumentami NZP – nie jest, jak dotąd, przedmiotem pogłębionych badań. Chodzi o (wyróżnioną w ramach strategii koncentracji na wynikach) orientację przedsiębiorczą.

Analiza reform polskiego systemu ochrony zdrowia w latach 1990–2005 uprawnia do stwierdzenia, że nie stworzono w tym czasie podstaw do powstawania i rozwoju postaw przedsiębiorczych w organizacjach budujących system ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SPZOZ) [15].

Ten brak fundamentów dla postaw przedsiębiorczych wynika tak z dysfunkcji w sferze regulacji, jak i w sferze funkcjonowania. Chodzi o to, że w SPZOZ (przekształconych z jednostek i zakładów budżetowych) nie stworzono możliwości do praktykowania (realizowania) pełnych praw własności. Właściciele SPZOZ (głównie jednostki samorządu terytorialnego) byli ułomnymi właścicielami przekazanego im mienia (majątku) ZOZ. Również sam SPZOZ nie mógł realizować wszystkich klasycznych praw własności: *ius utendi, fruendi et abutendi re sua, quatenus iuris ratio patitur*, czyli prawa używania rzeczy i pobierania pożytków z rzeczy, na ile zezwala racja prawna oraz *ius disponendi*, czyli prawa dysponowania (rozporządzania) własnością, zmiany jej tytułu. SPZOZ nie miał możliwości pełnego użycia własności i korzystania z niej (*ius utendi, fruendi*) ani też dysponowania własnością (*ius disponendi*). Nie rozwijając tego wątku, można tu wskazać na to, że zasoby SPZOZ nie zawsze były wykorzystywane zgodnie z wolą właściciela. Był on często zmuszany do używania swojej własności nawet wtedy, kiedy jej użycie nie dawało mu żadnych pożytków. Czasami wręcz przeciwnie – narażało go na straty wynikające z używania własności (tu przykładem jest zadłużanie się SPZOZ wskutek udzielania świadczeń ponadlimitowych, które następnie nie były refinansowane przez płatnika).

Z kolei ograniczenia w dysponowaniu majątkiem SPZOZ wyrażają się niemożnością wykorzystywania środków finansowych właściciela SPZOZ w sposób przez niego zamierzony. W istniejącym stanie prawnym samorządy mogą finansować działalność swoich zakładów w bardzo niewielkim zakresie, głównie przez organizowanie programów profilaktycznych. Nie mogą natomiast zakupywać usług zdrowotnych nawet wówczas, kiedy jest taka wola samorządu i są środki na realizację takiego przedsięwzięcia.

Ważną dysfunkcją w sferze stosunków własności płynącą ze sfery regulacji jest brak norm prawnych określających limity zaciągania zobowiązań przez SPZOZ, a obowiązek spłaty zobowiązań spoczywa na właścicielu. To immanentnie wiąże się z dysfunkcjami w funkcjonowaniu nadzoru właścicielskiego.

² Dz. U. z 1996 roku, nr 118, poz. 561 z późniejszymi zmianami.

³ Z uporem godnym lepszej sprawy trzeba tu wskazać na podstawową, strukturalną (systemową) dysfunkcję polegającą na tym, że strona podaźowa systemu ochrony zdrowia w Polsce (świadczeniodawcy, czyli zakłady opieki zdrowotnej, apteki, producenci leków etc.) opiera się na istnieniu konkurencji między tymi podmiotami, podczas gdy strona popytowa (reprezentowana przez NFZ) działa w całości odmiennie (i petryfikowanej) logice monopsonu. Łączenie tych dwóch porządków w jednym systemie (bez zarysowania systemu docelowego i stosownej ścieżki dochodzenia do niego) z definicji prowadzi do suboptymalnych rezultatów.

Z faktu, że w reformowanym systemie ochrony zdrowia przyjęte regulacje nie tworzyły możliwości realizowania (praktykowania) pełnych praw własności, można wyciągać wnioski, że nie tworzą tym samym warunków podstawowych (brzegowych) do powstawania i rozwoju postaw przedsiębiorczych w organizacjach budujących system ochrony zdrowia. Nie trzeba dodawać, że podobnie krytyczna jest ocena tworzenia takich zapisów w prawie, które tworzyłyby zachęty i pozytywne bodźce do powstawania i rozwoju postaw przedsiębiorczych w systemie ochrony zdrowia [15].

Równoległe, sytuacja taka nie tworzyła otoczenia sprzyjającego zmianom własnościowym, w tym prywatyzacji.

Tej negatywnej ocenie prawnych regulacji przeprowadzanych reform ochrony zdrowia w Polsce towarzyszy również krytyczna ocena sfery funkcjonowania reformowanego systemu. Na potrzeby tego opracowania do zilustrowania niektórych niesprawności w funkcjonowaniu reformowanego systemu ochrony zdrowia niech posłużą: downsizing (jako jedno z wyróżnionych narzędzi restrukturyzacji organizacji) oraz sekurytyzacja długów SPZOZ (jako egzemplifikacja *best practices* traktowanych jako instrumenty strategii doskonalenia usług).

Downsizing

Downsizing jest na potrzeby tego artykułu definiowany jako zmniejszanie zasobów wykorzystywanych przez organizację do realizacji jej misji oraz celów i jest traktowany jako narzędzie restrukturyzacji organizacji (czyli dostosowania struktury przedmiotowej i podmiotowej systemu ochrony zdrowia do rzeczywistych potrzeb i możliwości systemu).

W tym artykule downsizing zostanie ograniczony tylko do zmniejszenia zatrudnienia personelu (ściślej: pielęgniarek). Merytorycznym uzasadnieniem takiego wyboru jest znaczenie i rola personelu pielęgniarskiego w efektywnym realizowaniu misji i celów SPZOZ, wysoki udział personelu pielęgniarskiego w strukturze zatrudnienia oraz wysoki udział kosztów płac (i pochodnych) w strukturze kosztów statystycznego SPZOZ.

Chociaż restrukturyzacja zatrudnienia może obejmować różne zadania ilościowe i jakościowe:

- zmianę ogólnej liczby zatrudnionych w przedsiębiorstwie,
- zmianę (racjonalizację) struktury zatrudnienia,
- zmianę kwalifikacji zatrudnionych w celu ich lepszego przygotowania do pracy, w tym do wykonywania nowych zadań wynikających z restrukturyzacji [16, s. 106–110]

i może obejmować różne zadania:

- etatyzację opartą na szczegółowej analizie potrzeb kadrowych,
- wartościowanie pracy,
- łączenie i/lub redukcję stanowisk pracy,
- redukcję zatrudnienia,

- zwiększenie rozpiętości kierowania, redukcję stanowisk kierowniczych,
- wymianę kadry kierowniczej i specjalistycznej,
- szkolenie i doskonalenie pracowników,
- wprowadzenie motywacyjnych systemów wynagrodzenia pracowników,
- wprowadzenie innych niż umowa o pracę form zatrudnienia pracowników: umowy zlecenia, kontrakty, telepraca itp.,
- poprawę organizacji pracy [17, s. 93–94],

to w praktyce bardzo często redukowana jest do zwolnień grupowych, na dodatek przeprowadzanych z nie stosowaniem dobrych praktyk zarządczych. Te dobre praktyki nie tylko narzucają na agentów zmiany obowiązków wcześniejszej analizy otoczenia (w tym m.in.: porównanie z konkurencyjnymi zakładami, poszukiwanie bardziej skutecznych form struktury zatrudnionych lub procedur, ustalenie wymagań rynku i zmian, jakie należy wprowadzić w odniesieniu do personelu, aby tym wymogom sprostać, możliwość przebranżowienia, przekwalifikowania zawodowego zwalnianych pracowników etc.), ale nade wszystko obowiązek zgodnego ze wskazaniami z podręczników do zarządzania zaplanowania i przeprowadzenia samej zmiany.

Analiza otoczenia i samego SPZOZ powinna prowadzić m.in. do w miarę precyzyjnego szacunku pożądanej liczby pracowników w rozbięciu na poszczególne ich kategorie. Przywoływany poniżej przypadek SPZOZ pokazuje, że szacunki docelowej liczby pracowników dokonywane są z wykorzystaniem nazbyt uproszczonych narzędzi.

Przypadek SPZOZ Nowy Targ⁴

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Targu (w skład którego od 1 lipca 2005 roku wchodzi również zasoby dawnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Rabka-Zdrój) działa na obszarze miast i gmin powiatu nowotarskiego i obsługuje populację ponad 180-tysięczną (według stanu na 30 czerwca 2005 roku). Ogólna liczba łóżek szpitalnych we wszystkich oddziałach w SPZOZ w Nowym Targu (według stanu na 1 lipca 2005 roku) wynosiła łącznie 600.

SPZOZ Nowy Targ przeżywał i przeżywa trudności z narastającym zadłużeniem, którego przyczyny można (w pewnym uproszczeniu) potraktować jako typowe dla innych SPZOZ i wskazać na:

- szeroki (przeszacowany) front inwestycyjny (nowy szpital w Nowym Targu budowany był ponad 30 lat) z przestarzałymi technologiami (głównie: dostarczanie ciepła oraz pralnia),
- ZOZ wchodził w samodzielność z ponad 0,5-milionowym długiem: pełnomocnik wojewody nie uznał pewnych zobowiązań ZOZ za zobowiązania Skarbu Państwa (podatek dochodowy od osób fizycznych od wypłat wynagrodzeń na podstawie umów o pracę i niektórych innych zobowiązań),

⁴ Przedstawiany poniżej przykład został zaczerpnięty z pracy magisterskiej D. Czerwińskiej, *Restrukturyzacja zatrudnienia personelu pielęgniarskiego i położniczego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Nowym Targu* obronionej na Wydziale Ochrony Zdrowia UJ CM w 2007 roku.

- w konsekwencji wyroków sądowych SPZOZ musiał wypłacić lekarzom zaległe (z lat 1996–1999) wynagrodzenia za godziny nadliczbowe (ponad 250 tys. zł). Zmiany regulacji dotyczących wymiaru czasu pracy spowodowały w 2004 roku konieczność wypłacenia około 700 tys. złotych tytułem zaległości za godziny ponadwymiarowe,
- zapisy tzw. ustawy 203⁵ zmusiły SPZOZ do wypłacenia na rzecz pracowników ponad 2,7 miliona zł (płace i pochodne). W 2003 roku NFZ nie zapłacił ponad 1,39 miliona zł na świadczenia ponadwymiarowe.

Wobec konieczności dokonania redukcji kosztów w SPZOZ Nowy Targ w ramach programu restrukturyzacji zakładu realizowana była strategia redukcji zatrudnienia, czego rezultaty pokazuje **Tabela I**.

Stan na	SPZOZ Nowy Targ	SPZOZ Rabka-Zdrój
31.12.1999	1 118,00	584,84
31.12.2000	874,80	487,53
31.12.2001	777,95	420,65
31.12.2002	768,85	399,00
31.12.2003	780,95	337,00
31.12.2004	796,90	311,00
31.05.2005	800,85	312,00

Tabela I. Wielkość zatrudnienia ogółem w etatach w latach 1999–2005.
Źródło: [18].

Nieznaczny wzrost zatrudnienia w szpitalu w Nowym Targu można zaobserwować w latach 2003–2005, a był on spowodowany przeniesieniem oddziałów do nowego budynku szpitala oraz powstawaniem nowych oddziałów.

W dniu połączenia SPZOZ Rabka-Zdrój z SPZOZ Nowy Targ całkowita liczba etatów pielęgniarek i położnych wynosiła 525, ale w następnym okresie była dalej redukowana zgodnie z wypracowanym wcześniej programem restrukturyzacji zakładu (**Tabela II**).

Stan na	Liczba etatów pielęgniarek i położnych
31.07.2005	525
31.12.2005	514
31.01.2006	496
1.01.2007	465

Tabela II. Zmiana liczby etatów pielęgniarek i położnych w SPZOZ Nowy Targ po połączeniu z SPZOZ Rabka-Zdrój.
Źródło: na podstawie [18].

W kontekście zabiegów dowsizingu podejmowanych w SPZOZ Nowy Targ interesujące jest pytanie o metodę i narzędzia wykorzystywane w określaniu pożądanej wielkości zatrudnienia personelu pielęgniarskiego i położniczego na poszczególnych oddziałach i zapisywanych następnie w programie restrukturyzacji.

W opisywanym SPZOZ wykorzystano standardową metodę planowania kadrowego odnoszącą liczbę pracowników do liczby łóżek szpitalnych⁶ skorelowaną o wskaźnik wykorzystania łóżek oraz uwzględniającą minimalne normy zatrudnienia⁷.

Można jednak postawić pytanie, czy przyjęta metoda i wykorzystane narzędzia wychodzą naprzeciw dobrym praktykom zarządczym i zarządzaniu przez jakość.

W tym celu dokonano porównania pożądanej wielkości zatrudnienia liczonej zgodnie ze standardową metodą i pożądanej wielkości zatrudnienia tej kategorii pracowników liczonej zgodnie ze znaną i dosyć szeroko stosowaną w państwach wysoko uprzemysłowionych metodą Patient Classification System (PCS), która uwzględnia rzeczywiste zapotrzebowanie pacjentów na usługi pielęgniarskie i położnych [18].

Metoda PCS jest elastyczna, gdyż w planowaniu zatrudnienia pozwala uwzględniać nie tylko zadania diagnostyczne oraz medyczne, lecz również działania opiekuńcze, promujące zdrowie, profilaktykę oraz przygotowujące pacjenta do samoopieki i samoopielegnacji.

Weryfikacji metody PCS i jej dostosowania do warunków polskiego systemu ochrony zdrowia dokonał zespół pracowników Katedry i Zakładu Zarządzania w Pielęgniarstwie Akademii Medycznej w Lublinie [19].

Metoda PCS od strony koncepcji nie jest przesadnie skomplikowana, ale jest bardzo czasochłonna. Z powszechnie dostępnych źródeł informacji wynika, że nie jest szeroko w Polsce stosowana, dlatego doświadczenia SPZOZ w Nowym Targu z metodą PCS zasługują na uwagę.

Badaniem D. Czerwińskiej zostały objęte wybrane oddziały szpitalne w SPZOZ w Nowym Targu:

- oddział chirurgii ogólnej,
- oddział urazowo-ortopedyczny,
- oddział wewnętrzny z neurologią,
- oddział kardiologii,
- oddział opiekuńczo-leczniczy,
- oddział ginekologiczno-położniczy

oraz pacjenci hospitalizowani na tych oddziałach w badanym okresie, w sumie 1841 osób [18].

W metodzie PCS w celu w miarę precyzyjnego oszacowania zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską przez poszczególnych pacjentów dzieli się ich na podstawie wybranych kryteriów na odpowiednie kategorie opieki (np. I kategoria: opieka minimalna, II kategoria: opieka umiarkowana, III kategoria: opieka wzmożona).

⁵ Ustawa z 22 grudnia 2000 roku o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2001 roku, nr 5, poz. 45.

⁶ Wytoczne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 13 lipca 1987 roku w sprawie docelowych wskaźników zatrudniania pielęgniarek (położnych) w placówkach służby zdrowia i opieki zdrowotnej, Dz. Urz. MZiOS z 1987 roku, nr 7, poz. 46

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 1999 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 1999 roku, nr 111, poz. 1314.

Kryteriami do wydzielenia kategorii opieki mogą być na przykład:

- aktywność fizyczna,
- higiena,
- odżywianie,
- wydalanie,
- pomiar objawów życiowych,
- leczenie,
- edukacja i wsparcie psychiczne [20].

Każdej kategorii opieki przypisywana jest następnie pewna norma czasowa (liczba minut opieki w określonym czasie, np. w ciągu doby) odnosząca się do czasu wykonywania głównych czynności w danej kategorii opieki oraz czas czynności pomocniczych [21]. Wyznaczanie średnich czasów pielęgnacji bezpośredniej (T_{pb}) dokonuje się na podstawie wielokrotnych pomiarów na reprezentatywnej próbie pracowników z wykorzystaniem równania prostej regresji.

Do wyznaczenia etatów pielęgniarskich w ciągu roku można wykorzystać następującą formułę:

$$T_{pb} = N_I \times T_{pbl} + N_{II} \times T_{pbII} + N_{III} \times T_{pbIII} + N \times 2 \text{ min}$$

$$T_{pc} = T_{pb} + T_{pp}$$

T_{pp} można wyznaczyć na podstawie obserwacji migawkowej

$$P = \frac{T_{pc} \times 365}{T_d}$$

gdzie:

- T_{pb} – czas pielęgnacji bezpośredniej
- T_{pp} – czas pielęgnacji pośredniej
- T_c – czas pielęgnacji całkowitej (dobowy)
- T_d – czas dyspozycyjny wypracowany przez pielęgniarkę w ciągu roku w godz.
- P – liczba etatów pielęgniarskich w ciągu roku (365 dni)
- N – liczba pacjentów (N_I – I kat. opieki, N_{II} – II kat., N_{III} – III kat.)

Rezultaty wykorzystania metody PCS do szacowania wielkości zatrudnienia personelu pielęgniarskiego na podstawie potrzeb pacjentów na wybranych oddziałach w SPZOZ w Nowym Targu przedstawia **Tabela III**.

Z danych przedstawianych w **Tabeli III** wynika, że szacunki docelowej wielkości zatrudnienia pielęgniarek wykonane z zastosowaniem metody PCS (uwzględniającej w większym niż metoda standardowa zakresie zapotrzebowanie pacjentów na usługi pielęgniarskie) są wyższe dla pięciu z sześciu badanych oddziałów. Tylko w przypadku oddziału ginekologiczno-położniczego szacunki wykonane z wykorzystaniem metody standardowej były wyższe niż te wykonywane metodą PCS.

Szacunki docelowej wielkości zatrudnienia metodą PCS przewidywały dla sześciu badanych oddziałów łącznie 157 etatów, podczas gdy metodą tradycyjną tylko 130 etatów.

Różnica jest istotna, a to z kolei skłania do postawienia kilku pytań, na przykład jak wygląda *trade off* między z jednej strony koniecznością redukcji kosztów w SPZOZ, a z drugiej dążeniem do zapewnienia pacjentom opieki na jak najwyższym poziomie? Czy w warunkach dotkliwych ograniczeń budżetowych (wysokość kontraktów z NFZ) z jednej i dosyć powszechnie okazywanego przez płatnika braku zainteresowania zwiększaniem poziomu jakości opieki u świadczeniodawców z drugiej strony, istnieją dostatecznie mocne przesłanki do budowania i realizowania w zakładach opieki zdrowotnej strategii nastawionych na jakość? Inną interesującą kwestią jest badanie, czy i na ile kierujący zakładami opieki zdrowotnej są motywowani do stosowania sprawdzonych i dobrych, ale czaso- i pracochłonnych procedur pozwalających na zwiększanie jakości? Wreszcie kwestia profesjonalizmu menedżerów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej: czy posiadają oni wystarczającą wiedzę na temat nowoczesnych (i możliwych do zastosowania w praktyce samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej) narzędzi i procedur?

Kwestia fachowego przygotowania, wiedzy menedżerskiej i motywacji kierujących SPZOZ stanowi pomost do następnego zagadnienia, którym jest wykorzystywanie sekurytyzacji do łagodzenia i rozwiązywania problemu zadłużenia SPZOZ.

Oddział	Liczba łóżek	Zatrudnienie w dniu 1.07.2005	Zatrudnienie docelowe według programu restrukturyzacji	Zakładany efekt restrukturyzacji	Zatrudnienie docelowe według metody PCS
chirurgii ogólnej	43	25	24	-1	29
urazowo-ortopedyczny	24	13	11	-2	15
wewnętrzny z neurologią	49	27	30	+3	38
kardiologii	34	25	20	-5	24
opiekuńczo-leczniczy	25	14	14	0	22
oddział ginekologiczno-położniczy	54	57	31	-26	29

Tabela III. Zatrudnienie pielęgniarek na wybranych oddziałach według programu restrukturyzacji i szacowane według metody PCS.

Źródło: [18].

■ Sekurytyzacja zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁸

Zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej było i jest poważnym problemem nie tylko dla bezpośrednio zainteresowanych, tj. SPZOZ i wierzycieli, ale również dla organów założycielskich, finansów publicznych i Skarbu Państwa.

Podejmowane w ostatnich latach próby zmniejszania zadłużenia⁹ przyniosły pozytywny skutek i niekorzystny trend został zatrzymany (**Tabela IV**), ale brak jest dostatecznie mocnych przesłanek, by twierdzić, że ten spadkowy trend będzie utrzymany. Podjętej akcji restrukturyzacji finansowej w *Zielonej Księdze II* dano ocenę: o ograniczonej skuteczności [22, s. 180–181].

Wiele zakładów opieki zdrowotnej wciąż staje wobec zagrożenia utraty płynności finansowej. Konsekwencje utraty płynności finansowej dla zakładów opieki zdrowotnej to m.in. dalszy wzrost zadłużenia (odsetki od przeterminowanych zobowiązań), ograniczenie źródeł

finansowania (problemy z uzyskaniem kredytu), zatory płatnicze wobec dostawców sprzętu i materiałów medycznych, leków oraz innych usługodawców, prowadzące w dłuższej perspektywie do wstrzymania dostaw i egzekucji należności przez komornika (**Rysunek 1**).

W kontekście zagrożenia zajęciami komorniczymi warto wspomnieć o zmianach w strukturze zobowiązań. Od czerwca 2005 roku (m.in. wskutek zmian w prowadzonych ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji) doszło do znaczących zmian w strukturze przedmiotowej zobowiązań SPZOZ. Zmalał udział zobowiązań publiczno-prawnych w zobowiązaniach wymagalnych oraz zobowiązań wobec pracowników, a wzrósł udział zobowiązań cywilno-prawnych. Największą pozycję zobowiązań wymagalnych stanowiły na dzień 31 grudnia 2007 roku zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych (838,5 mln zł czyli 30,68%) [22, s. 169–170]. Taka struktura zobowiązań może sprzyjać inicjowaniu i przeprowadzaniu akcji zajęć komorniczych.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005		2006	2007
						30.06	31.12		
Zobowiązania całkowite	–	–	–	7327,7	9450,1	9646,2	10273,6	10348,7	9408,6
Dynamika (%) – poprzedni rok = 100	–	–	–	–	128,96	102,08	106,50	100,73	90,92
Zobowiązania wymagalne	1520,5	2361,5	3348,0	4543,7	5872,3	6239,6	4933,6	3723,6	2733,5
Dynamika (%) – poprzedni rok = 100	–	155,31	141,77	135,71	129,24	106,25	79,07	75,47	73,41
Udział zobowiązań wymagalnych w całkowitych w %	–	–	–	62,01	62,14	64,68	48,02	35,98	29,05
Zobowiązania niewymagalne	–	–	–	2784,0	3577,8	3406,6	5340,0	6625,1	6675,1
Dynamika (%) – poprzedni rok = 100	–	–	–	–	128,5	95,2	156,8	124,1	100,8
Udział zobowiązań niewymagalnych w całkowitych w %	–	–	–	37,99	37,86	35,32	51,98	64,02	70,95
Zadłużenie według definicji Min. Finansów*	–	2940,7	3546,6	5138,9	6169,0	–	6742,6	6780,4	5920,4

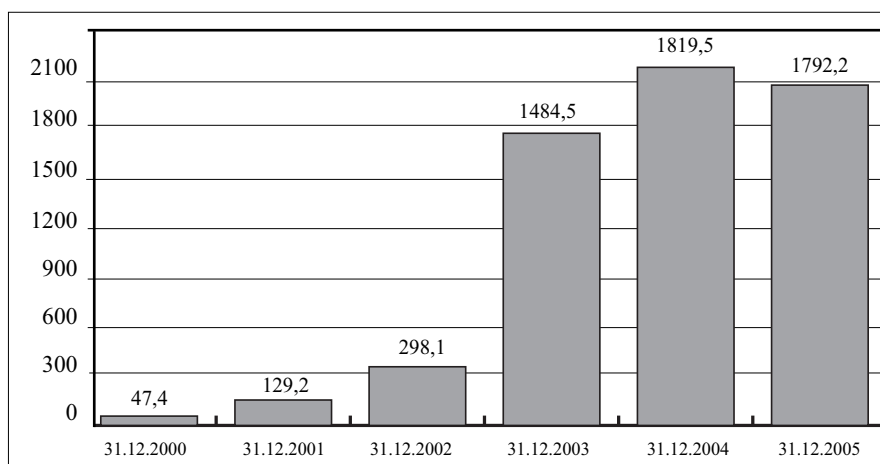
* Ministerstwo Finansów pod hasłem zadłużenie SPZOZ analizuje sumę zobowiązań wymagalnych, wartości uzyskanych kredytów i pożyczek, wyemitowanych obligacji oraz przyjętych depozytów, podczas gdy Ministerstwo Zdrowia pod tym hasłem subsumuje jedynie sumę zobowiązań wymagalnych, rozumianych jako wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione, ani umorzone. Wówczas wierzyciel ma prawo naliczać odsetki karne od tych zobowiązań.

Tabela IV. Zobowiązania całkowite i wymagalne SPZOZ w latach 2000–2007 (w mln zł).

Źródło: Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga, Warszawa 2004, dane o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej zbierane przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych, MON, MSWiA oraz bezpośrednio od jednostek nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, sprawozdania MZ-03 o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sprawozdania Rb-Z, za: [22, s. 159–160].

⁸ W tej części wykorzystano fragmenty pracy magisterskiej A. Szeteli, *Sekurytyzacja zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej jako nowoczesny instrument restrukturyzacji finansowej w ochronie zdrowia na przykładzie wybranych szpitali z województwa małopolskiego*, obronionej na Wydziale Ochrony Zdrowia UJ CM w 2007 roku.

⁹ Działania podejmowane zgodnie z zapisami ustawy z 15 kwietnia 2005 roku o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2005 roku, nr 78, poz. 684 (z późniejszymi zmianami).



Rysunek 1. Zajęcia wierzytelności SPZOZ przez komorników w latach 2000–2005 (w mln zł).

Źródło: Ministerstwo Zdrowia. Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji, *Zadłużenie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa, 5 października 2005 roku.

Zakłady opieki zdrowotnej (a przede wszystkim szpitale) podejmują wysiłki restrukturyzacji długów, ale wykorzystują w tym celu tradycyjne narzędzia, czyli za pomocą nowych kredytów bankowych starają się spłacać stare, najdroższe zobowiązania (rolowanie długu). Szpitale dla wielu banków nie są jednak dostatecznie wiarygodnymi klientami (ciągle brak jest precyzyjnych narzędzi do oceny zdolności kredytowej szpitali), zatem pozyskanie nowych kredytów jest dla zadłużonych szpitali zadaniem niełatwym. Sytuację taką wykorzystują firmy zajmujące się handlem długami, których działalność sprowadza się bardzo często jedynie do windykacji.

W takim kontekście warto przybliżyć narzędzie, które dorywco może pomóc w rozwiązywaniu problemów utraty płynności finansowej i zmniejszaniu zadłużenia SPZOZ. Takim narzędziem jest sekurytyzacja długów.

W tym artykule sekurytyzacja jest definiowana (w kategoriach sekurytyzacji bilansowej) jako jeden ze sposobów przepływu środków pomiędzy jednostkami wykazującymi ich nadwyżkę a podmiotami cechującymi się ich niedoborem. Podmiot poszukujący finansowania dokonuje emisji papierów wartościowych o charakterze dłużnym i kieruje taką ofertę bezpośrednio na rynek finansowy, który odgrywa rolę pośrednika [23]. Część środków pozyskanych z rynku finansowego wykorzystywana jest do poprawy standingu finansowego SPZOZ.

Pierwsze koncepcje zastosowania sekurytyzacji do łagodzenia problemu zagrożenia utratą płynności SPZOZ wypracowane zostały w latach 2002–2003 i zawarte w dokumencie zatytułowanym: *Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003*.

Istotne trudności SPZOZ w bieżącym regulowaniu zobowiązań w tamtym okresie odstraszyły decydentów od podjęcia zdecydowanych działań w kierunku realizacji programów sekurytyzacji [24]. Sekurytyzacja

miała się bowiem opierać na dokonywaniu przez zakłady opieki zdrowotnej systematycznych, ratalnych spłat zadłużenia, które przejęte miały być przez podmiot emitujący papiery wartościowe (samorząd terytorialny lub specjalny podmiot). Innym problemem było również znalezienie podmiotu mogącego udzielić gwarancji dla transakcji sekurytyzacji¹⁰.

Jak wskazuje Szetela [24], polskie doświadczenia z programami sekurytyzacji są bardzo skromne¹¹. Jego badania programu sekurytyzacji, które obejmowały trzy zakłady opieki zdrowotnej z województwa małopolskiego (SPZOZ w Myślenicach, ZOZ w Dąbrowie Tarnowskiej oraz Szpital Powiatowy w Limanowej), pokazały, że sekurytyzacja przyczyniła się do obniżenia kosztów obsługi długu i zakłady miały szansę na ustabilizowanie swojej sytuacji finansowo-ekonomicznej.

Te pozytywne doświadczenia muszą być jednak zestawione z kilkoma faktami, które relatywizują jednoznacznie pozytywną ocenę transakcji sekurytyzacji:

- sekurytyzacja jest może godnym rozważenia narzędziem pozwalającym łagodzić problem zadłużenia i płynności finansowej SPZOZ, ale musi być traktowana jako działanie doraźne. Zadłużenie SPZOZ ma charakter strukturalny i tylko w wyniku głębokich, strukturalnych reform może być skutecznie rozwiązywane w długim okresie (a tu w grę wchodzi uporzędkowanie stosunków i praw właścicielskich),
- nie wszystkie doświadczenia z udziałem SPZOZ w programach sekurytyzacji są dla zakładów opieki zdrowotnej pozytywne (interesującym wątkiem byłoby tu badanie rozkładu korzyści w układzie: sektor publiczny – sektor prywatny),
- sekurytyzacja jest procesem warunkowanym czynnikami, na które zakład opieki zdrowotnej nie ma bezpośredniego (a często żadnego) wpływu. To sprawia, że wykorzystanie sekurytyzacji wiąże się z dużym ryzykiem,

¹⁰ Ministerstwo Finansów sprzeciwiało się temu, żeby takim gwarantem był Skarb Państwa.

¹¹ Autor identyfikuje jedynie trzy programy przeprowadzane przez Greenhouse Capital Management S.A., PGF Urtica S.A. oraz Pharmag S.A., w których uczestniczyło kilkanaście SPZOZ.

- programy sekurytyzacji nie są ze swej natury trywialne, co powoduje, że ich stosowanie implikuje konieczność posiadania wiedzy, często specjalistycznej (to z kolei kieruje naszą uwagę na kwestie pozyskiwania i utrzymywania kompetentnych pracowników w kontekście odpowiedzialności właściciela za posiadane zasoby),
- skuteczna sekurytyzacja wymusza osiąganie porozumienia i zgranego, wspólnego (grupowego) wysiłku na rzecz rozwiązania problemu. Nie można tego osiągnąć bez wzajemnego zaufania i chęci budowania długotrwałych więzi między kontrahentami (a co materializuje się m.in. w takich działaniach, jak miękka windykacja, automatyczne przeprowadzanie rozliczeń czy przejęcie ryzyka niewypłacalności).

Już tylko ostatnia konstatacja pokazuje, jak w warunkach ograniczonych możliwości skutecznego egzekwowania praw właściciela i skomplikowanych zależności w zakresie praw własności w polskim systemie ochrony zdrowia trudne jest efektywne wykorzystywanie programów sekurytyzacji. Innym interesującym i dopełniającym wątkiem mogłyby być różnice w interesach głównych interesariuszy polskiego systemu ochrony zdrowia (pacjenci, organy założycielskie, świadczeniodawcy, płatnik), deficyt zaufania zauważalny w relacjach między nimi czy uprzedzenia w podejmowaniu i realizowaniu wspólnych inicjatyw.

Zakończenie

Sygnalizowane powyżej dysfunkcje w zakresie realizowania podstawowych funkcji właścicielskich w subsektorze ochrony zdrowia tworzonym przez świadczeniodawców (tu: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) skutkują brakiem brzegowych warunków do powstawania i rozwoju postaw przedsiębiorczych w tej istotnej części sektora ochrony zdrowia. Nadany zapisami odpowiednich ustaw układ kompetencji i odpowiedzialności właścicieli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z jednej i brak regulacji prawnych metod i form prywatyzacji z drugiej strony nie tworzą brzegowych warunków dla prywatyzacji w tym sektorze. Te nieprawidłowe rozwiązania ze sfery regulacji wzmacniane są i dopełniane niesprawnościami o charakterze funkcjonalnym, związanymi przede wszystkim ze słabościami systemu zarządzania korporacyjnego. To im można przypisać niedostatecznie wykorzystywanie dobrych narzędzi zarządczych, takich na przykład jak model Patient Classification System i programy sekurytyzacji.

W zakończeniu można wskazać, że efektywne wykorzystywanie narzędzi z obszaru NZP determinowane jest koniecznością głębokiej zmiany zarówno sfery prawnej regulacji, jak i sfery funkcjonowania, w tym uporządkowania pola praw własności i praw właściciela w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Są również dostatecznie mocne przesłanki do tego, by z uporządkowania stosunków właścicielskich i restauracji praw własności uczynić pierwszy w kolejności do spełnienia warunków powodzenia reform systemu ochrony zdrowia.

Abstract:

New public management in the health care in Poland?

Key words: New Public Management, privatization in health care sector, securitization, downsizing

The purpose of this paper is to present few factors influencing an effective implementation of the New Public Management (NPM) procedures and tools in the health care sector in Poland.

A concise analysis of privatization in the Polish health care system, followed by two case studies dealing with downsizing and debt securitization in regional hospitals in the south of Poland are presented. It is argued in the paper that due to the fact that in the health care sector in Poland basic ownership rights are neither adequately clarified nor effectively executed, basic New Public Management tools cannot be fully implemented. Consequently, further clarification of ownership rights in the health care sector accompanied by their effective execution can be seen as a prerequisite for successful reform. Then NPM may follow.

Piśmiennictwo:

1. Bardouille N.C., *The Transformation of Governance Paradigms and Modalities*, „Round Table” 2000, Vol. 89, Issue 353, s. 81–106
2. Ventris C., *New Public Management: An Examination of its Influence on Contemporary Public Affairs and its Impact on Shaping the Intellectual Agenda of the Field*, „Administrative Theory & Praxis” 2000, Vol. 22, No. 3, s. 500–518.
3. Harlow C., *New Public Management and the Problems of the Child Support Agency*, „Journal of Law and Society” 1999, Vol. 26, Issue 2, s. 150–174.
4. Schimank, U. *‘New Public Management’ and the Academic Profession: Reflections on the German Situation*, „Minerva” 2005, Vol. 43, s. 361–376.
5. Bleiklie I., *The University, the State, and Civil Society*, „Higher Education in Europe” 1999, Vol. 24, Issue 4, s. 509–526.
6. Wilkinson M.J., *Love is not a marketable commodity: new public management in the British National Health Service*, „Journal of Advanced Nursing” 1995, Vol. 21, s. 980–987.
7. Umble K.E., Orton, S., Rosen, B., Ottoson, J., *Evaluating the Impact of the Management Academy for Public Health: Developing Entrepreneurial Managers and Organizations*, „Journal of Public Health Management & Practice” 2006, Vol. 12, Issue 5, s. 436–445.
8. Hewison A., *The New Public Management and the New Nursing: related by rhetoric? Some reflections on the policy process and nursing*, „Journal of Advanced Nursing” 1999, Vol. 29, Issue 6, s. 1377–1384.
9. Hannigan, B., *Assessing the new public management: the case of the National Health Service*, „Journal of Nursing Management” 1998, Vol. 6, s.307–312.
10. Philippidou S.S., Soderquist K.E., Prastacos G.P., *Towards New Public Management in Greek Public Organizations: Leadership versus Management, and the Path to Implementation*, za: Frączkiewicz-Wronka, A., Austen A., *Przeobrażenia w organizacjach. Narzędzia New Public Management*, w: Potocki A. (red.), *Społeczne aspekty przeobrażeń organizacyjnych*, Difin 2007.
11. Frączkiewicz-Wronka A., Wronka M., *New Public Management and health care system reforms*, maszynopis powielony, Katowice 2007.

12. Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., *Przeobrażenia w organizacjach. Narzędzia New Public Management*, w: Potocki A. (red.), *Spoleczne aspekty przeobrażeń organizacyjnych*, Difin 2007.
13. Węgrzyn M., Wasilewski D. (red.), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ – kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2006.
14. Ostrowski T., Wdowiak, L., *Prywatyzacja opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 2002, nr 112 (1).
15. Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
16. Trocki M. (red.), *Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002.
17. Trocki M. (red.), *Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002.
18. Czerwińska D., *Restrukturyzacja zatrudnienia personelu pielęgniarzkiego i położniczego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Nowym Targu*, praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński, Wydział Ochrony Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego, Kraków 2007.
19. Ksykiewicz-Dorota A., Rusecki P. (red.), *Doskonalenie organizacji opieki pielęgniarzkiej w lecznictwie stacjonarnym*, Oficyna Wydawnicza ABRYS, Kraków–Lublin 1996.
20. Ksykiewicz-Dorota A., *Planowanie obsad pielęgniarzskich w lecznictwie stacjonarnym*, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2001.
21. Ksykiewicz-Dorota A., *Zarządzanie w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2005.
22. Golinowska S. i wsp., *RAPORT. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*. Wersja druga. Warszawa 7 sierpnia 2008.
23. Gudkova S., *Sekurytyzacja należności kredytowych banków*, Wydawnictwo WSPiZ im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2002.
24. Szetela A., *Sekurytyzacja zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej jako nowoczesny instrument restrukturyzacji finansowej w ochronie zdrowia na przykładzie wybranych szpitali z województwa małopolskiego*, praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński, Wydział Ochrony Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego, Kraków 2007.

■ O autorze:

dr n. ekonom., dr n. hum. Jacek Klich – adiunkt w Katedrze Organizacji i Zarządzania, Instytut Ekonomii i Zarządzania, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej oraz w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.