

Badanie opinii menedżerów szpitali – sojusznicy i przeciwnicy zmian

Dyktatura proletariatu

Jarosław J. Fedorowski, Paweł Kuczyński

Najbardziej zainteresowani wprowadzeniem zmian w polskich szpitalach są ich dyrektorzy i lekarze, najmniej natomiast przedstawiciele związków zawodowych i personel pomocniczy – wynika z ankiety przeprowadzonej wśród menedżerów zdrowia podczas konferencji *Hospital Management*. Przedstawiamy wyniki ankiety.

fol. iStockphoto

Trzecia edycja konferencji *Hospital Management* zgromadziła na tyle liczną i różnorodną reprezentację kadr zarządzających szpitalami, że postanowiliśmy skorzystać z tej niepowtarzalnej okazji i przeprowadzić sondaż wśród jej uczestników. Wybrana przez nas metoda nazywana jest najczęściej *ankietą audytoryjną*. W sondażu wzięli udział przedstawiciele 40 szpitali, czyli ok. 35 proc. placówek uczestniczących w konferencji. Warto dodać, że 1/3 ankietowanych jest zatrudnionych w wojewódzkich SPZOZ-ach. Sposób uzyskania próbki i niewielka jej liczebność nie pozwalają, niestety, wyciągnąć daleko idących wniosków o odpo-

wiednim poziomie wiarygodności statystycznej. Bez większego ryzyka można jednak mówić o tym, że przekrój opinii zarejestrowanych w badaniu charakteryzuje dobrze zdania menedżerów określonej grupy szpitali, które nazwaliśmy *szpitalami w procesie zmian*.

Mając przed oczami wyniki naszego sondażu, chcemy zaproponować czytelnikom *Menedżera Zdrowia* przekazanie wniosków analitycznych w kilku kolejnych tekstach, skupiających się na wybranych tematach. Do pierwszego opracowania wybieramy trudny temat oporu wobec zmian, zwolnień i związków zawodowych.

Zarządzanie zmianami

Najczęściej wymienianym sojusznikiem zmian jest *top management*, czyli dyrekcja, którą wskazało 65 proc. ankietowanych, proszonych o wytypowanie głównych promotorów zmian. Tylko jedna osoba wskazała dyrekcję jako przeciwnika zmian. Odpowiedzialność za całość przedsiębiorstwa należy niepodzielnie do zarządu. O ile różne grupy pracowników – lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy, służby techniczne lub administracyjne – mogą prowadzić *grę na przetrwanie*, o tyle dyrektor czy też zarząd mają coraz mniej czasu i coraz węższe pole manewru, ograniczone przez parametryzację wymaganą przez NFZ. Zadaniem szpitala jest leczenie i ratowanie życia pacjentów, ale każda próba jego *naprawy* ma ten sam cel – wypełnianie niezmienną misji w najlepszy z możliwych sposobów, czyli jak najlepiej wykorzystując posiadane zasoby ludzkie, techniczne i finansowe. Istotne jest zatem zarządzanie, a spór może dotyczyć właśnie sposobów zarządzania szpitalami.

Interesy grupowe

Konsekwentne realizowanie programu zmian na poziomie szpitala to zadanie o najwyższym stopniu trudności. Nie ma w Polsce bardziej skomplikowanych przedsiębiorstw niż szpitale. Nie ma także bardziej zapóźnionych, jeżeli chodzi o tempo modernizacji. Nie będziemy się zajmować w tej chwili uwikłaniem tych placówek w sieć zależności zewnętrznych od organu założycielskiego, poprzez NFZ, po politykę na najwyższych szczeblach władzy. Ograniczamy się do problemów wewnętrznych, które narastały przez dziesiątki lat, tworząc konfigurację interesów i powiązań pomiędzy różnymi grupami pracowniczymi. Zdając sobie sprawę, jak bardzo szpitale mogą różnić się między sobą, jednocześnie można powiedzieć, że zajmując się zarządzaniem zmianą, najtrudniej przewidzieć, jaką postawę wobec zmian zajmą dwie grupy zawodowe o największym znaczeniu bez względu na wielkość i profil placówki – personel lekarski i pielęgniarski. W naszym badaniu udało się zarejestrować, że lekarze i pielęgniarki mają tę cechę wspólną, że są równie często wymieniani po obu stronach barykady – jako zwolennicy zmian i jako ich przeciwnicy. Lekarze zostali wskazani przez 35 proc. respondentów jako zwolennicy zmian, ale przez 25 proc. jako przeciwnicy. Podobnie niejednoznaczna jest ocena postawy pielęgniarek – 20 proc. ankietowanych uznało je za sojuszniczki zmian, a 17,5 proc. za przeciwniczki. Jeśli wrócimy do podstawowego pytania *qui bono* (kto korzysta na zmianach), okaże się w każdym konkretnym przypadku, że zarówno dla lekarzy, jak i dla pielęgniarek decydujące jest to, czy w nowej strukturze organizacyjnej i/lub własnościowej zachowają to, co mieli dotychczas, może to stracą, a może coś zyskają?

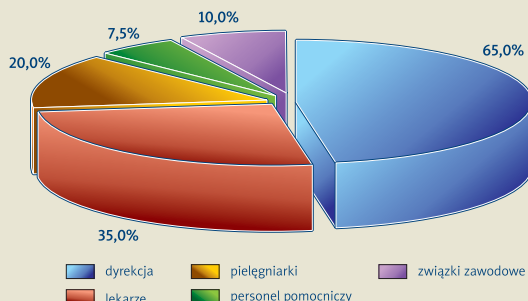
„ Lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy, służby techniczne lub administracyjne mogą prowadzić *grę na przetrwanie*, dyrektor czy też zarząd mają coraz mniej czasu i coraz węższe pole manewru „

Związki zawodowe

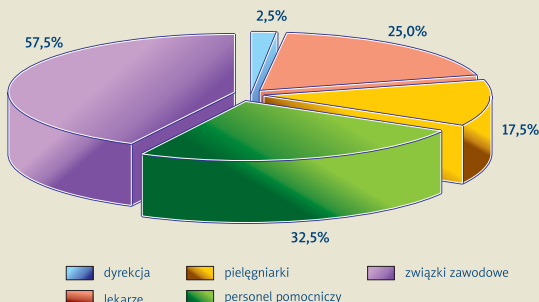
Należy jeszcze raz podkreślić, że zarządzanie zmianami wymaga odpowiedzi na najważniejsze pytanie, kto na nich korzysta, a kto traci, zwłaszcza w dłuższej perspektywie. Ogólnie wiadomo, że na zmianach korzystają ci, którym się poprawi w ich rezultacie. Czy jednak lekarz i pielęgniarka są pewni, w jakim kierunku będzie ewoluowała reforma ochrony zdrowia w Polsce? Czy mogą być pewni, w jaki sposób i w jakim czasie zmieni się szpital, w którym są zatrudnieni? Sporo już było obietnic i jedyne, co widać wyraźnie, to dynamiczny rozwój prywatnego rynku usług medycznych. Ludziom myślącym pozytywnie pozostaje założyć, że skoro zmiany w ich szpitalu polegają na lepszym zarządzaniu, prowadzącym do wysokiej produktywności, dobrej organizacji pracy, lepszemu wykorzystaniu zasobów i w końcu zadowolenia pacjenta, to nie warto stawiać na przetrwanie, ale na własne kwalifikacje i rozwój zawodowy. Tak myślący pracownicy nie zasilają z dnia na dzień szeregów związków zawodowych. W opinii kadry menedżerskiej szpitali, to właśnie związki zawodowe są największym hamulcowym zmian. Co drugi menedżer wymienia je jako przeciwnika zmian (57 proc.). Okazuje się jednak, że związki bywają postrzegane jako sojusznik zmian. Co prawda znacznie rzadziej zostały wymienione w tej roli (10 proc.), ale warto przypomnieć menedżerom, że i tam można znaleźć sprzymierzeńca. W ostatnim dwudziestolecu związki zawodowe już nieraz stawały w obliczu dylematu – likwidacja zakładu pracy, czy zachowanie części stanowisk przy zgodzie na redukcję zatrudnienia. Taki model zmian w wielu przypadkach sprawdził się w restrukturyzowanych i/lub prywatyzo-

„ Co piąta badana firma korzysta przy prowadzeniu reorganizacji szpitali z pomocy zewnętrznej „

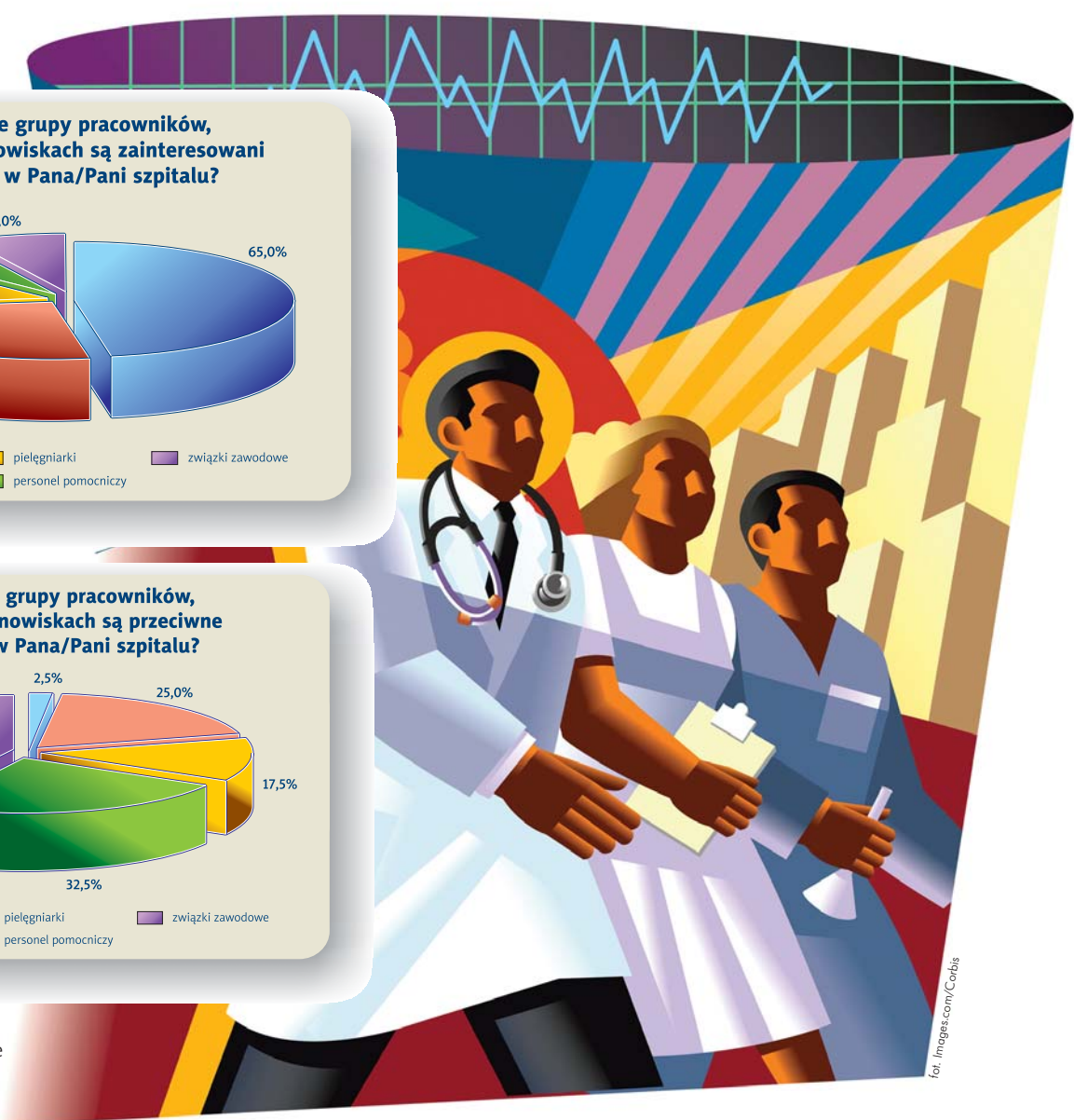
Kto, które grupy pracowników, na jakich stanowiskach są zainteresowani zmianami w Pana/Pani szpitalu?



Kto, które grupy pracowników, na jakich stanowiskach są przeciwne zmianom w Pana/Pani szpitalu?



Źródło: badanie wykonane przez Communication Service



wanych przedsiębiorstwach w latach 90. XX wieku, zwłaszcza w dużych przedsiębiorstwach produkcyjnych, które dźwigały bagaż odziedziczony po gospodarce planowej. Nie twierdzimy, że jest on możliwy do mechanicznego przeniesienia do współczesnych szpitali, choćby z tego powodu, że są wśród nich takie, które nie mogą być zlikwidowane, mimo że względy ekonomiczne nakazywałyby to rozwiązanie. Uwikłanie większości szpitali w sieć powiązań instytucjonalnych, formalnych i nieformalnych jest bardziej skomplikowane niż huty czy kopalni (dawniej państwowych). W każdym przypadku dobre zarządzanie nie może pominać związków zawodowych. Przykłady z innych sektorów gospodarki pokazują, że także i w związkach zawodowych dokonuje się – zrazu powolna – ewolucja podejścia do zmian. Pozostaje ona w ścisłym związku ze stylem zarządzania, który konsekwentnie realizują dyrektorzy szpitali. Lepiej, jeśli mają do pomocy w tym trudnym dziele sprawne służby lub doradców, wnoszących doświadczenie i wiedzę w gruntowne zmiany sposobu zarządzania szpitalami.

Personel pomocniczy

Wydaje się, że jednym z największych deficytów, jeśli chodzi o zarządzanie w szpitalach, jest tzw. *human resources management*. Nasze badanie nie odnosiło się wprost do tej kwestii, ale warto o niej wspomnieć, zwracając uwagę na dwa wybrane narzędzia przydatne w zarządzaniu zmianą, gdy konieczna jest redukcja kosztów zatrudnienia. W naszym badaniu zarejestrowaliśmy dosyć spójną opinię 40 menedżerów na temat tzw. personelu pomocniczego. Co trzeci ankietowany (32,5 proc.) uważa personel pomocniczy za przeciwnika zmian i jednocześnie tylko 7,5 proc. wskazuje tę grupę jako ich sojusznika. Skądinąd wiadomo, że zatrudnienie w szpitalnych służbach – także technicznych i administracyjnych wspierających pracę lekarzy i pielęgniarek nie jest dzisiaj satysfakcjonujące ani finansowo, ani zawodowo. W tej grupie, o zróżnicowanych kwalifikacjach i umiejętnościach, można znaleźć cenionych fachowców, lecz to nie oni decydują o jej obliczu. Personel pomocniczy jest grupą, którą szczególnie interesują się związki zawodowe,

O badaniu – metodologia

Wybrana przez nas metoda badania nazywana jest najczęściej *ankietą audytoryjną*. Polega na tym, że kwestionariusze ankietowe są tak przygotowane, aby można było je wypełnić na miejscu, samodzielnie, bez pomocy ankietera. Metoda ta, prosta i tania, ma jednak tę wadę, że odwołuje się do dobrej woli respondentów, którzy mogą nie chcieć wziąć udziału w badaniu z różnych względów. Na przeszkodzie staje zwykle brak czasu. Dlatego kwestionariusze muszą być krótkie i proste, aby nie zniechęcić z góry do ich wypełnienia. Wchodzi w grę także element nieufności wobec tematu lub autorów badania. Wobec tego badacze opinii przywiązują dużą wagę do zapewnienia anonimowości respondentom. Przygotowując kwestionariusz, nie prosiliśmy więc o podanie nazwy szpitala ani adresów e-mailowych, co zwykle jest pretekstem do bezpośrednich działań promocyjnych lub sprzedażowych. Naszym celem było zebranie nieskrępowanych opinii i rzetelnych danych.

Ankieta nie była prostym plebiscytem, składającym się z kilku pytań z odpowiedziami *tak* lub *nie*. Chcieliśmy przede wszystkim dowiedzieć się, na czym polegają aktualne problemy związane z zarządzaniem szpitalami. W kwestionariuszu ankietowym znalazły się trzy bloki pytań: *Zarządzanie zmianami w szpitalu*, *Elementy bilansu zarządzania w szpitalu* i najkrótszy *Kontakty z otoczeniem i nowe procesy*.

zwłaszcza te o nastawieniu roszczeniowym. Z tego m.in. powodu rozwiązanie problemów związanych z funkcjonowaniem personelu pomocniczego jest jedną z najtrudniejszych kwestii zarządczych. To zadanie, które można przeprowadzić w profesjonalny sposób i z udziałem związków zawodowych, ale pod warunkiem, że sięgnie się do sprawdzonych, profesjonalnych narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi. Zwłaszcza dwa z nich są warte przypomnienia – *outsourcing* i *outplacement*. Oba angielskie terminy nie doczekały się, niestety, idealnych polskojęzycznych odpowiedników, mimo że w przypadku *outplacementu* mówi się coraz częściej o zwolnieniach monitorowanych. Polegają one na tym, że pracodawca uczestniczy w przygotowaniu zwalnianych pracowników do powrotu na rynek pracy, dając im wsparcie doradcze, szkoleniowe i poszukując ofert pracy. Nawet dla doświadczonej firmy doradczej jest to zadanie o dużym współczynniku trudności, jeśli mówi się o pracownikach szpitala z wieloletnim stażem pracy w jednym miejscu i niskimi kwalifikacjami zawodowymi. Jednym z rozwiązań, które może wchodzić w grę w takiej sytuacji, jest *outsourcing*, czyli wyniesienie na zewnątrz usługi dotychczas wykonywanej przez pracowników w ramach umowy o pracę. Oczywiście, usługę typu sprzątania czy transportu każdy szpital znajdzie dzisiaj bez trudu

na rynku. Firmy sprzątające lub transportowe walczą o klienta, nawet jeśli ma równie wysokie wymagania, jak placówka medyczna. Nie jest to jedyne rozwiązanie, aby zwalnianych pracowników zastąpić kupioną na rynku usługą. W grę wchodzi również wariant pośredni, polegający na tym, aby zwalnianej grupie pomóc otworzyć własne przedsiębiorstwo lub dołączyć do działającej firmy, w zamian oferując długoterminowe zlecenie byłego pracodawcy. W przypadku szpitala problem roszczeń pewnych grup pracowników może zostać skutecznie rozwiązany, o ile przekona się ich do samozatrudnienia lub zaproponuje im inne rozwiązanie, dzięki któremu szpital będzie mógł kupować potrzebną pracę, płacąc raz na miesiąc za fakturę wystawioną przez firmę X. Oczywiście, jest to model idealny. Wprowadzenie go w życie wymaga wielu zabiegów i dużych umiejętności, choćby negocjacyjnych. Na dłuższą metę daje jednak dwie podstawowe korzyści – ekonomiczną i socjalną. Ponadto umożliwia konwersję tak trudnych do zmienienia postaw roszczeniowych w postawę odpowiedzialności za siebie i swoją pracę.

Finansowanie

Profesjonalnego zarządzania nie można, oczywiście, zredukować do zasobów ludzkich. Dotyczy ono wszystkich ważnych aspektów funkcjonowania przedsiębiorstwa, z finansowym na czele. Są w Polsce szpitale podejmujące wysiłek restrukturyzacji. Czynią to na własną rękę lub korzystają z pomocy doradczej i zarządczej. Nasze badanie pokazało, że prawie co piąta badana firma (17,5 proc.) korzysta z pomocy zewnętrznej przy prowadzeniu reorganizacji. Większość szpitali współpracę taką rozpoczęło stosunkowo niedawno, bo w 2008 r. (57 proc.). Jest to zatem stosunkowo nowe zjawisko w ochronie zdrowia. Tymczasem na Zachodzie proces ten zaszedł znacznie dalej. Profesjonalne firmy operatorskie nie tylko doradzają w przemianach, ale także podejmują się zarządzania szpitalami. Zaletą takiego podejścia, zwanego *wariantem operatora* szpitala, jest szybkie wdrożenie nowoczesnych rozwiązań organizacyjnych i zarządczych. Szczególnie ważne jest to, że rozwiązania te dotyczą także, a może przede wszystkim, inwestycji w infrastrukturę szpitalną, która pozostaje własnością jednostki samorządu terytorialnego. Ciężar przeprowadzenia inwestycji, w tym realizacji ważnego programu dostosowawczego, przejmuje na siebie operator.

Na realizację wszystkich naszkicowanych rozwiązań potrzebne są pieniądze. Trzeba je przeznaczyć na zadania, które szpitale coraz częściej doceniają – inwestycje w szkolenia, doradztwo i narzędzia zarządzania. Wydaje się, że najrozsądniejszym pomysłem jest poszukanie dodatkowych, często niemałych funduszy w programach Unii Europejskiej. ■

Jarosław J. Fedorowski jest profesorem Akademii Leona Koźmińskiego i prezesem Szpitali Polskich SA.
Doktor Paweł Kuczyński jest dyrektorem Communication Service.