



graf. Natalia Gościński

Co czeka absolwentów menedżerskich studiów zarządzania służbą zdrowia?

Zakon **dyrektorów**

Michał Studniarski

Najbardziej uderzającą cechą panoramy polskich szpitali A.D. 2005 jest różnorodność. Podobne wrażenie można odnieść, oglądając *galerię dyrektorów szpitali RP*.

Kogóż tu nie spotkamy – praktykujących lekarzy (*przykro mi, nie mogę przyjechać na negocjacje – mam dyżur*) lub wieloletnich dyrektorów po studiach medycznych, którzy na kolejnych etapach swojej kariery przestawali wykonywać swój za-

wód. Są też byli – mniej lub bardziej aktywni – działacze PZPR (ich obecne zaangażowania i sympatie wyczerpują chyba całe spektrum polityczne), pielęgniarki, ekonomiści, absolwenci zagranicznych uczelni, a nawet... zakonnicy (nie-

które zakony odzyskanie dóbr kościelnych po 40 latach komunizmu potraktowały zupełnie serio).

Poszukiwany: dyrektor szpitala

Jakie są główne obciążenia, a jakie najtrudniejsze wyzwania, stające przed zarządzającymi zakładami opieki zdrowotnej? Czy stanowią one jakiś drogowskaz dla twórców programów dydaktycznych szkół menedżerskich? Czy transformacja gospodarcza, trwająca w Polsce już 16 lat i będący ciągle *in statu nascendi* system opieki zdrowotnej zdołały wykreować nowy styl zarządzania, który stawałby się powoli codziennością polskich szpitali?

Zacznijmy więc od początku: skąd się biorą dyrektorzy? Decyzje podejmuje tu – z mocy prawa – organ założycielski, a więc marszałek województwa, starosta, wójt, prezydent miasta lub rektor. Obowiązuje tryb konkursowy – także przy powoływaniu zastępców. Wymagania kwalifikacyjne są określone rozporządzeniem ministra

trudna niekiedy do wytłumaczenia stabilność – zwłaszcza w szpitalach podlegających jednostkom samorządowym.

Czytając ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, zaniepokojony dyrektor znajdzie jedną istotną wskazówkę – jedyną wymienioną przyczyną natychmiastowego odwołania kierownika zakładu [jest] *przekroczenie przyrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, ustalonego na podstawie ustawy z 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców*. Jedno więc wiadomo na pewno – nie wolno zbyt dużo płacić pracownikom.

Pytanie retoryczne – czy takie właśnie zapisy ustawowe tworzą jakieś ramy, jakiś styl zarządzania zakładami opieki zdrowotnej?

Po drugie – odpowiedzialność

Art. 44 ustawy o zoz – 1. *Odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu.*

” Są w naszym kraju szpitale *skazane* na sukces. Opieka zdrowotna jest taką dziedziną, w której zmiany na stanowiskach dyrektorów nie są dramatycznie częste ”

zdrowia. Ogłoszenia o konkursach można spotkać w prasie czy w Internecie. Na pierwszy rzut oka bardzo mało tu istotnych oczekiwań wobec kandydatów – najczęściej powtarzane są formuły prawne odnośnie kwalifikacji. Często dłuższe listy wymaganych umiejętności można spotkać w ogłoszeniach dotyczących sekretarek. Pozostaje więc mieć nadzieję, że wybierającymi kierują tylko kryteria merytoryczne, a ocena kandydatów jest możliwie dogłębna i wszechstronna.

Czy warto być dyrektorem szpitala? Są szpitale *skazane* na sukces – ich miejsce w systemie jest na tyle niekwestionowane, że nikomu nawet nie przychodzi do głowy, że mogłyby przestać istnieć. To w pewien sposób komfortowa sytuacja dla zarządzającego: kierowanie firmą, która nigdy nie upadnie. Ale z pewnością życie dyrektora nie jest łatwe – przyjrzyjmy się obciążeniom...

Po pierwsze – niepewność

Każdy dyrektor żyje w niepewności. Dotyczy ona przede wszystkim tego, jak długo przyjdzie mu być dyrektorem. Jest nawet pewna grupa dyrektorów, którzy większość swojego wysiłku poświęcają na uwolnienie się od tej podstawowej niepewności. Opieka zdrowotna jest jednak dziedziną, w której zmiany na stanowiskach dyrektorów nie są szczególnie częste. Panuje tu

2. *Kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej kieruje zakładem i reprezentuje go na zewnątrz. Kierownik zakładu jest przełożonym pracowników zakładu.*

Dyrektor jest odpowiedzialny jednoosobowo – ma zastępców, kierowników, ordynatorów i oddziały – ale na końcu zostaje sam. Czy jego uprawnienia, władza jaką mu powierzono, jest wystarczająca do ponoszenia tak wielkiej odpowiedzialności? To pytanie jest szczególnie trudne w odniesieniu do dyrektorów szpitali klinicznych, których uprawnienia są w znacznym stopniu ograniczone przez powiązanie z organem założycielskim, jakim jest uczelnia medyczna. Mówiono o tym m.in. na konferencji poświęconej paradoksom szpitali klinicznych, gdzie dyrektor – pracodawca nie wybiera i nie odwołuje ordynatorów i lekarzy. Może najwyżej o to wnioskować.

Po trzecie – system

Zarządzanie wymaga tworzenia długoletnich wizji, które dają początek strategii, a ta z kolei – planom operacyjnym. Podstawową trudnością dla szpitali jest niestabilny i nieprzewidywalny system opieki zdrowotnej, który, w sposób jak dotąd nieuleczalny, zachorował na brak wizji. Wydaje się, że na poziomie ogólnopolskim nie ma spójnej, rozwijanej

i udoskalanej koncepcji dotyczącej, np. zasad finansowania, sieci szpitali, standardu usług finansowanych ze środków publicznych, zabezpieczenia usług wysoko specjalistycznych w poszczególnych regionach itd.

Oto, z czym ma do czynienia przeciętny dyrektor: od sześciu lat, co roku, podpisuje od kilku do kilkunastu umów na świadczenia zdrowotne, których zasady zmieniają się w trakcie obowiązań w stopniu wymagającym często istotnych zmian systemów informacyjnych, sprawozdawczości, organizacji udzielania świadczeń, a nawet dokumentów rejestrowych itd. Co roku powtarza postępowanie konkursowe z niekończącymi się pseudonegocjacjami, zakończonymi podpisaniem umów niekiedy już w trakcie roku...

Na dodatek wiele istniejących rozwiązań organizacyjnych jest przestarzałych – choćby liczba szpitali i ich zbyt decentralizacja. Czy można efektywnie zarządzać 150-lóżkowym *szpitalikiem* w mieście, w którym jest kilkanaście podobnych i większych zakładów? Obecne tendencje w Europie idą raczej w kierunku centralizacji. Tymczasem, np. Poznań wzbogacił się ostatnio o kolejny, szósty szpital kliniczny. Niektóre kraje nie mogą poszczycić się taką liczbą. Może warto stworzyć instytucję zarządzającą wszystkimi szpitalami klinicznymi lub miejskimi. Na pewno tak, ale kto będzie dyrektorem?

rozsądkiem i interesem ekonomicznym. Poziom obsługa prawnej szpitali powinien być w takiej sytuacji wyjątkowo wysoki – jednak prawnicy chyba nie lubią medycyny, a niewielu dyrektorów stać na dobrych prawników.

Po piąte – ludzie

Mark H. McCormack – wieloletni dyrektor niezwykle dynamicznie rozwijającej się firmy IMG, w swojej książce *O zarządzaniu* twierdzi, że jedna z podstawowych trudności zarządzania polega na tym, że *ludzka natura potrafi skomplikować czynności, które z pozoru powinny być całkiem proste do wykonania*. Na tym polu obciążenia dyrektora każdego szpitala są potężne. Ma on do czynienia z przedstawicielami wolnego stanu lekarskiego, z dużymi tendencjami do nadmiernej niezależności, myślenia ekonomicznego, pozostającymi niekiedy w delikatnym napięciu z reprezentantkami drugiego wolnego zawodu – pielęgniarkami, które ciągle (jako grupa) nie wyzbyły się pewnego kompleksu niższości i nie odnalazły wartości i piękna swojej służebnej roli. Zjednoczenie tych dwóch grup następuje dopiero w obliczu *wspólnego wroga*, jakim jest administracja szpitalna. Ta z kolei składa się częściowo z doświadczonej, lecz niedokształconej starej kadry, niemającej pojęcia o nowoczesnych metodach i technikach działania, wspominającej niekiedy z rozrzewnieniem czasu swojej urzędniczej władzy. Do drugiej części admini-

” Podstawowym problemem szpitali jest niestabilny i nieprzewidywalny system opieki zdrowotnej, który w sposób nieuleczalny, jak dotąd, zachorował na brak wizji ”

Po czwarte – przepisy

Nie ma chyba drugiej dziedziny tak ściśle obwarowanej szczegółowymi przepisami, jak opieka zdrowotna. Przygotowana przez kancelarię prawną lista przepisów, na podstawie których działa szpital, zawiera 42 strony i 368 pozycji. Po bliższym zapoznaniu się można łatwo zauważyć, że mimo swej obszerności jest niekompletna.

Przepisy te powinny bowiem tworzyć spójny system – środowisko porządkujące zasady działania opieki zdrowotnej. Tymczasem to, co udało się stworzyć ustawodawcy, jest raczej rodzajem ciasnego gorsetu, nieodpowiadającego kształtem materii, którą ma w sobie zawierać. Chcąc regulować wszystko, dla zabezpieczenia spraw publicznych i ochrony wielkiej wartości, jaką jest zdrowie i życie ludzkie, tworzą chaos i zmuszają dyrektorów do podejmowania decyzji często absolutnie sprzecznych ze zdrowym

stracji zaliczyć można młodych, wykształconych lecz niekiedy już nieco sfrustrowanych absolwentów uczelni medycznych i nie tylko, którzy porażeni są przede wszystkim swoimi niedostatecznymi zarobkami ale również, bodaj w tym samym stopniu, powszechną niemożnością i marazmem organizacyjnym.

Niedostateczne zarobki są zresztą w opiece zdrowotnej stanem przewlekłym i – wydaje się – o beznadziejnym rokowaniu. Jedną z możliwych przyczyn opisano w powyższym tekście. Dotyczy to całego personelu, ale w szczególności chyba pielęgniarek. Ich uposażenia są wykładnikiem stanu świadomości społeczeństwa, które nie dostrzega wyjątkowej wartości ich posługi. Nie lepiej jest z lekarzami, których oficjalne zarobki nadal w wyjątkowo drastyczny sposób odbiegają od obciążenia pracą, odpowiedzialnością i wysokich kwalifikacji.

Wyzwania

Jakie więc wyzwania stoją przed dyrektorami szpitali, poddawanyymi tak różnorodnym i trudnym do przezwyciężenia obciążeniom?

Jedną z istotniejszych kwestii wydaje się otwartość na zmiany, na nowoczesne metody zarządzania. Wprowadzanie takich metod, jak zarządzanie strategiczne, czy też, idąc jeszcze dalej, zarządzanie procesowe, podejmowanie decyzji w oparciu o fakty może pozwolić na dostrzeżenie całkowicie nowych perspektyw i szans rozwoju. Aby móc wprowadzać zmiany, trzeba zauważyć i zidentyfikować problemy. Amerykanie przedstawiają następujące etapy dochodzenia do tej świadomości:

1. Dane, które wskazują na problem, są mylne.
2. Dane są prawidłowe, ale to nie jest problem.
3. To jest problem, ale nas nie dotyczy.
4. OK, to jest nasz problem. Zróbmy coś, aby go rozwiązać.

nej dążą do obiektywnej oceny wyników leczenia nie tylko na poziomie ewaluacji metod leczniczych i technologii medycznych (HTA i EBM), ale także dążąc do oceny skuteczności leczenia konkretnych jednostek czy nawet zespołów. Coraz szerzej poruszonym problemem jest bezpieczeństwo pacjenta, definiowane jako prawo do nieulegania skutkom dających się uniknąć błędów.

Inną dziedziną pilnie wymagającą zmian, w której opóźnienia są szczególnie widoczne, jest zarządzanie zasobami ludzkimi. Szpitalne działy kadr wprost wołają o zmianę – o politykę dotyczącą personelu, jasne zasady rekrutacji, oceny i wynagradzania, szkoleń i rozwoju pracowników. Przecież pomimo wszystkich ograniczeń i obciążeń, jakie spotyka dyrektor szpitala w tej dziedzinie, to właśnie ludzie są najważniejszym *zasobem* szpitali. To oni współtworzą to, co zostało nazwane *cudem polskiej medycyny* – opiekę medyczną na poziomie niewspółmiernym do środków przeznac-

” Szpitalne działy kadr wprost wołają o zmianę – o politykę dotyczącą personelu, jasne zasady rekrutacji, oceny i wynagradzania, szkoleń i rozwoju pracowników ”

Podstawowym powodem, dla którego w naszych szpitalach nie spotyka się przedstawionego wyżej toku rozumowania, jest... brak danych. Dyrektorzy i administracja, zajęci rozwiązywaniem bieżących problemów, nie mają najczęściej czasu, siły i ochoty na zbieranie, weryfikację danych i monitorowanie wskaźników. Niekiedy przeszkodą jest również brak lub niewydolność systemów informatycznych, które by to w istotny sposób ułatwiły.

Mówiąc o otwartości na zmiany, warto zwrócić uwagę także na wyzwania stające przed dyrektorami w nieco dłuższej perspektywie, a związane ze zmieniającym się obliczem opieki zdrowotnej, coraz większym znaczeniem pracy zespołowej w opiece nad chorymi, rosnącym znaczeniem takich zawodów medycznych, jak farmaceuci czy diagnosty laboratoryjni, którzy niekiedy bardzo aktywnie budują swoje znaczenie w całym łańcuchu szpitalnych zdarzeń. Te wszystkie zmiany powinny znaleźć odzwierciedlenie w rozwiązaniach organizacyjnych, precyzyjnym podziale odpowiedzialności i uprawnień, zapewniającym płynność i skuteczność działań.

Kolejnym wyzwaniem jest, modne ostatnio, doskonalenie jakości usług medycznych i to w coraz bardziej medycznym sensie tego słowa. Lekarze przestają być *kaptanami sztuki lekarskiej*, których decyzje terapeutyczne wymykają się wszelkiej ocenie i zawsze można je uzasadnić po prostu dobrem chorego. Menedżerowie opieki zdrowot-

czanych na całe to przedsięwzięcie. Warto jednak zadawać pytanie: jak długo wytrzymają?

Na koniec zajrzyjmy jeszcze do apteki szpitalnej, która też jest nie lada wyzwaniem dla dyrektora. Oparcie się dyktatowi czy też przemożnemu wpływowi firm farmaceutycznych graniczy z cudem. Procentowy udział kosztów leków w kosztach szpitala i całego systemu opieki zdrowotnej ciągle rośnie.

Widać gigantyczną dysproporcję pomiędzy skalą graczy po jednej i po drugiej stronie. Pewne elementy obrony można zauważyć w krajach Europy Zachodniej – konsorcja szpitali pozwalają zwiększyć skalę zamówień i pozycję negocjacyjną w stosunku do wielkiego partnera. W Polsce ten sposób działania jeszcze w ogóle nie istnieje – być może z powodu braku odpowiednich przepisów.

Nade wszystko jednak zadaniem i troską zarządzających powinno być to, by w całej skomplikowanej materii szpitalnej nie zagubić człowieka chorego. Kiedyś szpital nazywano *sanctuarium cierpienia*. Jest to z pewnością miejsce, w którym człowiek staje w obliczu najbardziej głębokich wyzwań egzystencjalnych: narodzin, cierpienia i śmierci. Oprócz nowoczesnych technik diagnostycznych i skutecznych metod terapeutycznych, chory oczekuje towarzyszenia mu przez innego człowieka, jego ludzkiej, a nie tylko profesjonalnej obecności. Powinni o tym pamiętać także dyrektorzy – nie tylko ci w zakonnym habitach. ■