

Dyrektorzy szpitali i ich sytuacja w systemie ochrony zdrowia RP

Gorące krzesła



Zrobiłeś swoje, możesz odejść – tak pokrótce można określić sytuację dyrektorów polskich szpitali. Potrzebni są wtedy, gdy trzeba dokonać radykalnych zmian, gdy szpital tonie. Kiedy udaje im się sytuację choć trochę poprawić, odchodzą pod naciskiem rozmaitych grup lobbystycznych, których interesy naruszyli w drodze ku naprawie. Dlaczego? Wyjaśnia Jarosław J. Fedorowski.

Na zarządzaniu oraz organizacji ochrony zdrowia najlepiej znają się oczywiście lekarze. Co ciekawe, im lekarz bardziej doświadczony klinicznie, naukowo, im bardziej utytułowany, tym lepiej wie, jak naprawić system, jak zarządzać szpitalem i jaka powinna być rola menedżera jednostki. Niedawno ukazała się informacja prasowa, że w postępowaniu konkursowym na stanowisko dyrektora pewnego szpitala klinicznego faworytem jest lekarz z tytułem profesora, który opublikował bardzo wiele prac naukowych z dziedziny medycyny. W innym z kolei szpi-

talu – instytucie kierowanym przez utytułowanego lekarza – w trakcie kontroli stwierdzono, że w placówce przeprowadzono liczne badania naukowe, których zasadniczą wartością było zdobywanie stopni naukowych przez pracowników.

Czy tylko lekarz

Podczas niedawnego szczytu Europejskiej Federacji Szpitali w Hadze zarządca dużego holenderskiego szpitala – wprowadzie lekarz z wykształcenia, ale obecnie

w pełni wykształcony i doświadczony menedżer – przedstawił ciekawy wykres, z którego wynikało, że typowy praktykujący lekarz klinicysta ma m.in. następujące cechy: indywidualizm, wysokie poczucie wartości własnej, skłonność do przeciwstawiania się autorytetom oraz ukierunkowanie na problemy pojedynczego pacjenta. Badania przeprowadzone wśród menedżerów ochrony zdrowia z różnym wykształceniem kierunkowym wykazały, że powyższe cechy w znacznym stopniu przetrwały u lekarzy, którzy zajmowali się zarządzaniem. Tymczasem menedżerowie z wykształceniem z zakresu zarządzania, jak stwierdzono, są ukierunkowani na pracę zespołową oraz powodzenie całej organizacji.

Zmiany

W ostatnich latach w naszym kraju zaobserwowaliśmy zmniejszenie się liczby dyrektorów szpitali będących lekarzami. Przepisy utrudniają bądź uniemożliwiają praktykowanie medycyny klinicznej lekarzom dyrektorom. Można śmiało powiedzieć, że dokonała się i nadal dokonuje zmiana w tzw. obszarze zasobów ludzkich zarządzających jednostkami ochrony zdrowia. Mamy coraz więcej osób z wykształceniem z zakresu zarządzania, w tym zarządzania w ochronie zdrowia. Wiele uczelni oferuje studia podyplomowe w tej dziedzinie, m.in. na poziomie MBA, także we współpracy z uniwersytetami zagranicznymi. Mamy już całkiem dobrze wykształconą i doświadczoną kadrę menedżerską – dyrektorów jednostek ochrony zdrowia. Wielu lekarzy piastujących funkcje dyrektorskie zrozumiało, że nie można być dobrym menedżerem bez dobrej jakości wykształcenia kierunkowego. Dotyczy to szczególnie większych instytucji, takich jak szpital. Zrozumieli oni też, że dobre zarządzanie trudno jest pogodzić ze sprawną działalnością kliniczną czy naukową. Ci lekarze menedżerowie należą już do nowej generacji kadry zarządzającej w ochronie zdrowia. Jaka jest zatem sytuacja tych wykształconych i doświadczonych osób, dyrektorów, prezesów szpitali, instytutów lub jednostek opieki ambulatoryjnej? Twierdzę, że jest ona niedobra, szczególnie trudna w sektorze publicznym, ale nie tylko.

Przykład 1

Prywatna spółka operatorska przejmuje zarządzanie szpitalem – zadłużonym, z wieloma problemami. Zarząd spółki dokonuje wszechstronnej analizy sytuacji placówki, stwierdzając liczne nieprawidłowości, m.in. dotyczące czasu pracy lekarzy. Okazuje się, że w jednej z dyżurek zainstalowany jest prywatny system telewizji satelitarnej, na który złożyli się lekarze oddziału. Obłożenie łóżek na tym ważnym z punktu widzenia szpitala oddziale wynosi zaledwie 35 proc., a przekazanie tam pacjenta z innego oddziału lub z izby przyjęć graniczy z cudem. Na innym, także ważnym oddziale w godzinach pracy nie ma części lekarzy, bo prowadzą oni NZOZ-y i tam, jak się dowiaduje nowy zarząd, przyj-

mują pacjentów. Na kolejnym oddziale, któremu szejfuje lekarz prowadzący POZ poza szpitalem, królują tzw. hospitalizacje diagnostyczne. Nowy zarząd, będący zarządem spółki operatorskiej, przystępuje do naprawy sytuacji. Lekarze zawiązują nieformalne porozumienie, wynajmują prawnika i składają wypowiedzenia z terminem trzech miesięcy. Głównym, a właściwie jedynym postulatem jest podwyższenie wynagrodzeń średnio o 100 proc.! Stawki, których żądają lekarze, przewyższają średnią krajową pensję o 50–100 proc. Na przykład dyżur w karetce (średnia liczba wyjazdów na dobę – 2) ma być teraz płatny 120 zł za godzinę, chyba że lekarz ma specjalizację, wtedy jest jeszcze dodatek. Zarząd spółki prowadzi intensywne negocjacje z wynajętym prawnikiem, część lekarzy zaprzestaje dyżurów. Dyżurują lekarze z innej części kraju, bowiem lekarze ze szpitala straszą okolicznych, chętnych do pracy wyzyskiem

„ Dyrektora klinicystę cechuje indywidualizm i skłonność do przeciwstawiania się autorytetom. Menedżerowie z wykształceniem z zakresu zarządzania ukierunkowani są zaś na pracę zespołową ”

i fatalnym traktowaniem, także za pośrednictwem internetu. Są lekarze, którzy zgłaszają zarządowi chęć pracy, jednak jednocześnie mówią, że są zastraszeni. W końcu pielęgniarki publikują w prasie lokalnej apel do lekarzy o zwrócenie uwagi na problemy szpitala jako całości i wzywają do porozumienia z zarządem. Porozumienie udaje się osiągnąć także dzięki aktywnej postawie władz samorządowych. Szpital działa, a po jakimś czasie osiąga dobry wynik finansowy. Realizowane są wreszcie tak potrzebne inwestycje. Gdyby szpitalem zarządzał dyrektor mianowany przez władze samorządowe, z pewnością szybko zostałby odwołany pod naciskiem lekarzy, w tym lekarzy – radnych. Zarząd spółki operatorskiej, choć podlega presji, mimo wszystko okazuje się skuteczny, przede wszystkim dzięki wsparciu właścicieli oraz zapisom umowy operatorskiej.

Przykład 2

Dyrektor, z bardzo dobrym wykształceniem z zakresu zarządzania i ekonomii, a także socjologii i psychologii, rozpoczyna pracę w szpitalu SPZOZ. Wkrótce odkrywa typowe nieprawidłowości dotyczące czasu

pracy lekarzy. Ordynator jednego z oddziałów prowadzi NZOZ poza szpitalem i de facto z nim konkuruje. Nie ma go też zbyt często w godzinach pracy. Dyrektor wypowiada umowę ordynatorowi. Na nieszczęście dyrektora ordynator jest radnym. Lobbuje za zwolnieniem dyrektora, co mu się wkrótce udaje. Dyrektor odchodzi. W następnych latach ten szpital będzie miał jeszcze kilku dyrektorów.

Przykład 3

Prezes szpitala samorządowego z powodu trudnych warunków finansowych przedstawia plan restrukturyzacji. Jest świetnie wykształconym menedżerem, pracował

„ Ordynator jednego z oddziałów prowadzi NZOZ poza szpitalem i de facto z nim konkuruje. Dyrektor wypowiada umowę ordynatorowi. Na nieszczęście dyrektora ordynator jest radnym „



foto: iStockphoto

w spółkach kapitałowych, a od jakiegoś czasu w spółce szpitalnej. Plan ma solidne podstawy ekonomiczne i organizacyjne. Rada nadzorcza planu nie przyjmuje, prezes składa rezygnację. Nowym prezesem zostaje samorządowiec bez doświadczenia w zarządzaniu, z zupełnie niekierunkowym wykształceniem, członek rady nadzorczej, który głosował przeciwko przyjęciu planu restrukturyzacji, ponieważ sam chciał objąć posadę prezesa. Po przejściu stanowiska nowy prezes przejmuje za darmo plan przedstawiony przez poprzednika.

Przykład 4

Dyrektor dobrego szpitala SPZOZ daje świetnie zarobić lekarzom, jednakże wymaga klauzuli niekonkuren-

cyjności. Pod naciskiem lekarzy ich zarobki mają tendencję wzrostową, pogłębia się dysproporcja pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami. Płace dyrektora plasują się w dolnej strefie wynagrodzenia lekarzy specjalistów. W placówce wprowadzony jest system zarządzania ryzykiem, którego oponentem są niektórzy wszystkowiedzący lekarze. Dodatkowo dyrektor sympatyzuje z inną niż rządząca w regionie opcją polityczną. Jeden z ordynatorów jest radnym właśnie tej opcji. Pomimo wielu nagród, wyróżnień i uznania w gremiach menedżerów, którym cieszy się dyrektor, sprawa kończy się oczywiście jego zwolnieniem.

Przykład 5

Do szpitala wkracza instytucja kontrolna. Okazuje się, że w placówce prowadzone są przez utytułowanych lekarzy liczne badania naukowe, o czym dyrekcja nie jest informowana. Sprawa kończy się oczywiście zwolnieniem dyrektora, a jeden z kontrolerów sam obejmuje to stanowisko.

Przykład 6

Dyrektor dużego szpitala uniwersyteckiego nie jest lekarzem, ale doświadczonym i wykształconym kierunkowo menedżerem. W placówce zastaje typowy, nieefektywny model organizacyjny. Menedżerami oddziałów klinicznych są lekarze naukowcy, profesorowie, docenci – czyli tzw. samodzielni pracownicy naukowi (nazwa rodem z PRL, ale przetrwała!). Łączą oni liczne obowiązki kliniczne, naukowe, dydaktyczne i akademickie (dziekani, prodziekani) z obowiązkami menedżerskimi. Większość nie ma żadnego wykształcenia z zakresu zarządzania, kilku może było na szkoleniach w tej dziedzinie. Żaden z kierowników klinik nie wskaże zarządzania jako swojego konika, wszyscy prowadzą kariery naukowe i ostro konkurują ze sobą – kto ma więcej prac, wyższy *impact factor*, kto w młodszym wieku się habilitował czy uzyskał tytuł profesora itd. Część kierowników ma wpływ na obsadę rektora, ponieważ są członkami senatu. Rektor z kolei zatrudnia dyrektora szpitala. W szpitalu pracują elektorzy, czyli osoby, które wybierają rektora. Dyrektor podejmuje wyzwanie optymalizacji pracy jednostki, kierując się podstawowymi zasadami zarządzania oraz sprawdzonymi wzorcami międzynarodowymi. Weryfikuje pracę kierowników klinik, stwierdzając m.in., że jeden z nich prowadzi NZOZ konkurujący ze szpitalem o kontrakty z NFZ, a inny jest tak zajęty naukowo, że praktycznie nie ma czasu dla kliniki. „Kierowany” przez niego oddział z dobrze wycenianymi procedurami jest deficytowy. Dodatkowo dyrektor łączy oddziały o podobnym profilu, co powinno być kanonem restrukturyzacji szpitali w naszym kraju. Ma odwagę cywilną rozwiązania współpracy z niektórymi kierownikami klinik i znanymi lekarzami. Powołuje menedżerów oddziałów, którymi zostają w większości dobrze wykształcone i doświadczone pielęgniarki. Uda-

je się osiągnąć znaczną poprawę wyniku finansowego. Oszczędności sięgają milionów złotych. Działania dyrektora znajdują poważanie, a nawet podziw w środowisku menedżerów ochrony zdrowia. Sypią się nagrody. Po ponad 2 latach działalności dyrektora odwołują władze uczelni. Jako przyczynę odwołania, a jakże, podano pogarszającą się sytuację organizacyjną i finansową szpitala oraz pogłębiający się konflikt między dyrekcją a częścią pracowników. Zrobiłeś swoje, możesz odejść.

Przykład 7

Dyrektor jest wykształconym menedżerem, posiada dodatkowo poważany na całym świecie certyfikat z zakresu zarządzania szpitalami. Placówka działa w formule spółki samorządowej, ze stuprocentowym udziałem samorządu powiatowego. Rada regionu, w celu uniknięcia upolitycznienia zarządzania, powołuje spółkę operatorską. W radzie nadzorczej zasiadają wyłącznie osoby społecznego zaufania, jest m.in. rektor filii uniwersytetu stanowego, prawnik, ksiądz, przedstawiciel lokalnej izby gospodarczej, jest dwóch lekarzy, jest i pielęgniarka. Nie ma ani jednego polityka, ani jednego członka lokalnego samorządu. Dyrektor zarządza wielomilionowym budżetem, w dobie kryzysu finansowego musi podejmować niepopularne decyzje. Jego działania prowadzą do przejęcia lokalnych praktyk lekarskich, lekarze dotychczas praktykujący prywatnie i w szpitalu, konkurujący w niektórych obszarach ze szpitalem, przechodzą na etaty szpitalne. Dyrektor podpisuje porozumienie o bliższej współpracy z najbliższym uniwersytetem medycznym kosztem ograniczenia swojej autonomii. Stawia na kompleksowość usług dla lokalnej społeczności, a lekarze zajmują się tym, co potrafią najlepiej – leczeniem. Komórkami placówki zarządzają menedżerowie, a lekarze mają własną reprezentację na szczeblu zarządu na równi z pielęgniarkami. Dyrektora nikt nie zwalnia za zmiany, gdyż służą one dobrobytowi szpitala jako organizacji, a właśnie tym ma się zajmować dyrektor i do tego ma kwalifikacje oraz poparcie społeczne. Lekarze są zainteresowani jak najlepszymi warunkami do wykonywania tego, co potrafią najlepiej – diagnozowania i leczenia pacjentów. Ten przykład niestety nie pochodzi z naszego, pięknego skądinąd, kraju.

Co może organ właścicielski

Powyższe przykłady dobitnie obrazują indywidualizm i ukierunkowanie na siebie lekarzy, którzy nie zawahają się przed pograżeniem całej organizacji. Co więcej, pokazują także inną optykę pielęgniarek i menedżerów, optykę pracy zespołowej dla wspólnego dobra, w miarę możliwości. Na podstawie przykładów widać jasno, że mocne wsparcie organu właścicielskiego gwarantuje menedżerowi skuteczność w procesie uzdrawiania sytuacji w szpitalu. Zbyt wielu polskich menedżerów takiego wsparcia nie ma.

„Dokonana się i nadal dokonuje zmiana na lepsze w tzw. obszarze zasobów ludzkich zarządzających jednostkami ochrony zdrowia”

Pozycja dyrektora szpitala w naszym systemie zdrowia jest w znacznym stopniu niedowartościowana. W wyniku przepisów tzw. ustawy kominowej zarabiają oni o wiele gorzej niż wielu lekarzy, a przy tym najczęściej nie mają możliwości dodatkowego zarobkowania. Dyrektor, nawet jeśli jest z wykształcenia lekarzem, ma najczęściej gorszą sytuację finansową niż lekarz będący menedżerem niższego szczebla – ordynator czy kierownik kliniki. Dotychczas niemal powszechne jest zjawisko prowadzenia działalności konkurencyjnej przez lekarzy pełniących funkcje kierownicze w jednostkach ochrony zdrowia i związanego z tym konfliktem interesów. Goryczy dodaje fakt, że w dyskusji na temat systemu ochrony zdrowia dużo bardziej słyszalny jest głos lekarzy niebędących menedżerami. Wynika to z uwarunkowań historycznych oraz z tego, że np. samorząd lekarski korzysta z przywileju obowiązkowej przynależności i opłacania składki. Tego przywileju nie mają stowarzyszenia menedżerów ani związki pracodawców w Polsce. Na przykład w Niemczech każdy szpital musi należeć do federacji. Ponadto stale działa magia tytułu naukowego i stanowiska, bowiem u nas tytuł profesora medycyny czy stanowisko ordynatora to patent na wszechwładzę i niekwestionowany autorytet w sprawach daleko wykraczających poza właściwą specjalizację. W dużych szpitalach, szczególnie w instytutach i placówkach akademickich, a także w szpitalach ze szczególnie trudną kulturą organizacyjną za modelowe rozwiązanie należy uznać powierzenie zarządzania profesjonalnym podmiotom zewnętrznym, odpornym na układy, działającym na podstawie dobrze wynegocjowanych umów. Tak jest w wielu krajach, gdzie za skuteczne zarządzanie płaci się dobre premie, a nie wyrzuca z pracy.

Polska Federacja Szpitali jako członek Europejskiej Federacji Szpitali postuluje aktywne działania wszystkich interesariuszy rynku ochrony zdrowia na rzecz wzmocnienia pozycji dyrektora szpitala, odpolitycznienia zarządzania szpitalami, w tym poprzez zmianę składu rad nadzorczych według kryterium merytorycznego oraz partnerskiej współpracy menedżerów, lekarzy, pielęgniarek i decydentów. W tym celu PFSz współpracuje także z innymi organizacjami, np. STOMOZ, SMP czy PSDS, a na forum europejskim z EAHM.

Jarostaw J. Fedorowski
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali,
gubernatorem Europejskiej Federacji Szpitali