

Widmo krąży po szpitalach i organizacjach, widmo kryzysu

Pożar na pokładzie



Z reguły przychodzi nieoczekiwanie jako następstwo zdarzeń nieprzewidzianych, zakłócających normalny tryb działalności przedsiębiorstwa. Trawi organizację od wewnątrz i powoduje problemy w otoczeniu. Czasami zaś zbliża się wolnymi krokami, usypia czujność menedżerów, zaślepia, żeby w końcu uderzyć z całą mocą i objawić się skutkami trudnymi do usunięcia. Tak działa kryzys we współczesnych organizacjach.

Niemal każdego tygodnia jesteśmy epatowani przez media wiadomościami o niekorzystnych, a często nieprzewidywalnych wydarzeniach lub zjawiskach w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych, w sposób nieoczekiwany zakłócających ich funkcjonowanie albo ograniczających zdolność do zlikwidowania zaistniałej sytuacji lub stanu.

Przyczyny

Poważne zadłużenie podmiotów leczniczych paraliżujące ich płynność finansową, błędy medyczne popełniane przez personel, niebezpieczne odpady medyczne znajdujące na wysypiskach komunalnych, zakażenia szpitalne trapiące pacjentów i coraz częściej wytaczane z tego powodu sprawy sądowe, nietrzeźwi lekarze przyjmujący pacjentów czy wreszcie zapowiedzi strajku pielęgniarek lub rezygnacji z pracy lekarzy – to tylko niektóre z długiej listy zdarzeń mających znamiona sytuacji kryzysowej. W konsekwencji pojawia się stan, który zagraża przetrwaniu podmiotu leczniczego, realizacji jego celów, ogranicza czas na podjęcie działań zaradczych i zaskakuje decydentów swoim pojawieniem się, stwarzając w ten sposób warunki silnej presji. Pojawia się kryzys.

Sytuacje kryzysowe

Sądy przyznają coraz wyższe kwoty w sprawach o odszkodowanie za błędy lekarskie. Przed gdańskim sądem okręgowym toczy się proces cywilny w sprawie Szwedki pozostającej w stanie wegetatywnym po operacji plastycznej. Rodzina pacjentki żąda od gdańskiego szpitala Copernicus ok. 6 mln zł zadośćuczynienia, odszkodowania i pokrycia kosztów leczenia. W ramach zabezpieczenia powództwa sąd przyznał już rodzinie poszkodowanej kobiecie rentę w wysokości ok. 12 tys. zł miesięcznie. Z kolei warszawski sąd apelacyjny zasądził ok. 3 mln zł odszkodowania za błąd medyczny na rzecz pacjentki leczonej przez Szpital Kliniczny przy ul. Banacha. Obydwa przypadki nie przynoszą sławy podmiotom leczniczym, w których doszło do tych zdarzeń.

Jeden z kierowników administracyjno-technicznych innego dużego gdańskiego szpitala, 52-letni mężczyzna, wypadł z okna szóstego piętra lecznicy i zginął na miejscu. W postępowaniu prokuratorskim ustalono, że popełnił samobójstwo. Rodzina tragicznie zmarłego twierdzi jednak, że stał się on ofiarą mobbingu, do którego dochodziło w tej placówce od dawna. Podobny wypadek odnotowano w szpitalu w Kozienicach, gdzie z drugiego piętra wypadł pacjent i poniósł śmierć na miejscu. W szpitalu w Kościerzynie z oddziału chirurgicznego samowolnie oddalił się pacjent w drugiej dobie po poważnej operacji jelit. Po kilku godzinach poszukiwań odnaleziono jego zwłoki w pewnej odległości od budynku szpitalnego. W Szpitalu Powiatowym w Limanowej podczas pełnienia nocnego dyżuru dwaj lekarze, w tym ordynator oddziału, oddalili się

nagle z miejsca wykonywania pracy, gdy okazało się, że rodzina przybyła do hospitalizowanej pacjentki złożyła na policji doniesienie, że lekarze ci byli nietrzeźwi. Wcześniej w tej samej placówce umarły noworodki, a biegli medycyny sądowej nie mieli wątpliwości, że winę za to ponoszą lekarze. Każdy z tych wypadków – a do podobnych zdarzeń dochodzi w Polsce każdego dnia – stworzył określoną sytuację kryzysową w podmiocie leczniczym.

Gdyby nie ludzie zachowujący się w określony sposób, prawdopodobnie nie byłoby sytuacji kryzysowych. Im więcej osób bierze udział bezpośrednio lub pośrednio w sytuacji kryzysowej, tym większy ma ona zasięg i tym większe szkody może poczynić w wizerunku firmy. Do uczestników takiej sytuacji będą się

„ Im więcej osób bezpośrednio lub pośrednio bierze udział w sytuacji kryzysowej, tym większy ma ona zasięg i tym większe szkody może poczynić w wizerunku firmy ”

więc zaliczać pracownicy i kierownictwo podmiotu leczniczego oraz ich rodziny, ofiary kryzysu, różnego rodzaju instytucje zewnętrzne o charakterze eksperckim i branżowym, wyznaczające standardy działania w danej dziedzinie, ale także władze państwowe lub samorządowe czy społeczność lokalna, w której dana placówka medyczna funkcjonuje. Silnym uczestnikiem wywierającym niebagatelny wpływ na rozwój kryzysu będą przedstawiciele mediów oraz konkurenci.

Uczestnicy sytuacji kryzysowej

W realiach polskiego podmiotu leczniczego kryzys może objąć swoim zasięgiem kilka osób, i jest wtedy wewnętrzną sprawą placówki, ale może też nabrać charakteru społecznego, gdy dowie się o nim środowisko zewnętrzne. Wśród osób zaangażowanych bądź uczestniczących w kryzysie istotną rolę odgrywają następujące grupy:

– inicjatorzy kryzysu, tj. osoby bądź grupy osób bezpośrednio odpowiedzialne za wywołanie kryzysu. Ich działania mogą być świadome – np. kradzież mienia lub inne zachowania naruszające poczucie bezpieczeństwa pacjentów i personelu (ataki fizyczne lub słowne, bójki, fałszywy alarm bombowy etc.), zdarzenia niepożądane naruszające optymalne warunki i procedury prowadzenia procesu leczniczego pacjentów, sprzedaż poufnej informacji konkurencji albo prze-

„ Kryzys w przedsiębiorstwie, nawet jeśli w żadnej części nie był zawiniony przez kierownictwo, nadwyręza zaufanie do niego „

kazanie dziennikarzom fałszywej informacji o charakterze plotkarskim – lub nieświadome (np. podanie niewłaściwego leku choremu lub wykonanie zabiegu niezgodnie z procedurą) czy przypadkowe (błąd pracownika). Jak łatwo zauważyć, osoby wywołujące kryzys niekoniecznie muszą pochodzić z firmy;

- ofiary kryzysu, tj. wszyscy, którzy w jakiś sposób zostali podczas sytuacji kryzysowej pokrzywdzeni (np. ofiary błędów medycznych i ich rodziny lub pracownicy podmiotu leczniczego, którzy w wyniku restrukturyzacji jednostki stracili pracę);
- wybawcy, tj. wszystkie te osoby lub grupy osób, które spieszą z pomocą firmie objętej kryzysem (np. przychylni dziennikarze, agencje PR, eksperci zewnętrzni, władze samorządowe, organ tworzący, a także sztab antykryzysowy) w celu zażegnania kryzysu i udzielenia pomocy w znormalizowaniu sytuacji w firmie;
- beneficjenci kryzysu, tj. wszystkie te osoby lub organizacje, które z kryzysu mogą czerpać lub czerpią określone korzyści zarówno materialne, jak i niematerialne;
- obserwatorzy, czyli grupa osób, które pozornie nie są zainteresowane przebiegiem kryzysu i nie angażują się w żaden sposób, a jedynie obserwują przebieg wydarzeń. Obserwowane wydarzenia mogą mieć jednak decydujący wpływ na ich przyszłe zachowania, gdy przypomną sobie o nich w najmniej oczekiwanym momencie, co w wypadku potencjalnego pacjenta rozważającego wybór lecznicy może mieć kapitalne znaczenie.

Kryzys w przedsiębiorstwie

Kryzys w przedsiębiorstwie, nawet jeśli w żadnej części nie był zawiniony przez kierownictwo, nadwyręza zaufanie do niego. Pogarszająca się atmosfera na zewnątrz i w organizacji powoduje, że dotychczasowe kierownictwo staje przed poważnym wyzwaniem wyprowadzenia firmy z kryzysu. W praktyce zarządzania przedsiębiorstwami zachodnimi bardzo często zadanie to powierza się zewnętrznej firmie lub osobie pełniącej funkcję zarządcy antykryzysowego, którego zadaniem – sówicie zresztą wynagradzanym – jest jak najszybsze poprawienie sytuacji poprzez zapewnienie scentralizowanego i kompetentnego zarządzania organizacją mającego na celu skuteczne pokonanie kryzysu. Osoby takie są wynajmowane do wykonania konkretnego za-



dania, stąd często nazywane są one menedżerami czasowymi (ang. *interim managers*).

Tabula rasa

Niestety, w Polsce takie rozwiązanie nie jest jeszcze popularne, a w sektorze ochrony zdrowia jest wręcz nieznanne. Niezależnie od decyzji o powierzeniu zarządu aktualnemu kierownictwu czy zleceniu zarządu na zewnątrz, proces zarządzania kryzysem powinien opierać się na następujących zadaniach kierowniczych:

- zapewnienie bieżącej zdolności płatniczej organizacji;
- dokonanie odpowiednich korekt w strukturze i proporcjach aktywów i pasywów;
- uruchomienie tzw. cichych rezerw (np. sprzedaż nieruchomości);
- zwolnienie członków dotychczasowego kierownictwa odpowiedzialnych za doprowadzenie organizacji do sytuacji kryzysowej lub niezidentyfikowanie na czas symptomów zapowiadających kryzys;
- negocjacje w zakresie restrukturyzacji zadłużenia;
- redukcja zatrudnienia;
- sprzedaż lub likwidacja nierentownych jednostek biznesu;
- selekcja zdolnych pracowników;

„Podstawowym problemem menedżerów zarządzających polskimi szpitalami jest nieprzewidywalność warunków rynkowych”



- wykorzystanie efektów synergicznych;
- wypracowanie długofalowej strategii.

Zakres czynności związanych z przeprowadzeniem programu naprawczego powoduje konieczność skierowania maksimum kompetencji do ścisłego sztabu kierującego walką z kryzysem. Grupa podejmująca decyzje powinna być zatem stosunkowo nieliczna, mieć klarownie sformułowane kompetencje wraz z ich podziałem. Istotną cechą takiej grupy, zwanej sztabem antykryzysowym, jest konieczność działania pod presją czasu i wyników, w związku z czym członkowie sztabu powinni zagwarantować podejmowanie decyzji bardzo wysokiej jakości. Niemalą rolę odgrywa w tym wypadku skłonność grupy decyzyjnej do krytycznego spojrzenia na organizację oraz swoista odwaga decyzyjna.

Objawy kryzysu

Wśród najbardziej charakterystycznych objawów kryzysu w organizacji wyróżnia się:

- niekorzystne zmiany w zakresie wielkości, dynamiki i struktury przychodów;
- zmniejszenie względnego udziału w rynku lub w jego segmencie;
- utratę głównych nabywców i/lub dostawców;

- spadek wartości przedsiębiorstwa odnotowywanej w kursie akcji;
- trudności w zakresie finansowania bieżącej działalności przedsiębiorstwa;
- narastające straty finansowe zakłócające płynność finansową (*cash-flow*);
- widoczne zwiększenie się zapotrzebowania na kredyty i pożyczki (zwykle krótkoterminowe) oraz zakłócenia w ich spłacie;
- niekorzystne wskaźniki finansowe;
- ukrywanie prawdziwych wyników organizacji poprzez specyficzne sposoby księgowania;
- objawy poczucia zagrożenia u menedżerów i częsta ich wymiana;
- brak lub wydłużenie się czasu podejmowania decyzji;
- alienacja pracowników, konflikty interpersonalne i intergrupowe;
- obniżenie wydajności pracy;
- niski poziom technologiczny oferowanych usług lub produkcji;
- pogorszenie wizerunku organizacji wśród podmiotów otoczenia.

Należy zauważyć, że zaistnienie kryzysu w organizacji najczęściej identyfikowane jest właśnie przez jego symptomy. Jednakże postrzeganie kryzysu tylko przez pryzmat objawów i niesięganie do jego źródeł (przyczyn) skutkuje często małą skutecznością działań antykryzysowych.

Program antykryzysowy

Głównym elementem zarządzania sytuacją kryzysową w przedsiębiorstwie jest dobrze skonstruowany program zwalczania kryzysu. Jego opracowanie powinno obejmować etap diagnozy, wskazujący na rodzaj zagrożeń, przyczyny kryzysu i jego objawy oraz – co jest istotą programu – określać sposoby przeciwdziałania negatywnym skutkom kryzysu i strategię powrotu do stanu homeostazy. Choć wydaje się, że w obliczu palących problemów czas i energia poświęcone na opracowanie takiego programu są zbędnym luksusem, to – jak uczy doświadczenie firm, które przeżyły kryzys – próba wyjścia z kryzysu bez planu antykryzysowego niemal zawsze kończy się porażką. W tym przypadku spontaniczne, niezaplanowane i niezintegrowane działania poszczególnych osób (komórek) mogą doprowadzić jedynie do pogłębienia problemów i w efekcie do upadku firmy. Dodatkowo praktyka zarządzania kryzysem w biznesie wskazuje, że firmy, które wdrożyły zaplanowane programy, powracały do stanu równowagi w czasie krótszym niż te, które działały bez takiego planu. Jeszcze większe znaczenie ma to, czy organizacja była przygotowana do walki z kryzysem, zanim nadszedł. W generalnej ocenie ekspertów w dziedzinie zarządzania kryzysami nadal znakomita większość firm (70–90 proc.) nie jest przygotowana na nadejście kryzysu.

„Polski management jest pozostawiony sam sobie, nie ma wiarygodnych źródeł profesjonalnej wiedzy i umiejętności w zakresie zarządzania najtrudniejszymi sytuacjami w rozwoju firm”



Według amerykańskiego *Professional Crisis Management Association* (PCMA) funkcjonowanie systemu działań anty kryzysowych powinno dawać efekty przynajmniej w czterech wymiarach:

- I – zapobieganie kryzysom (prewencja),
- II – zapobieganie eskalacji kryzysu (deeskalacja),
- III – interwencja we właściwej fazie kryzysu (interwencja właściwa),
- IV – działania łagodzące i „wyciszające” efekty kryzysu (interwencja pokryzysowa).

Zarządzanie organizacją w kryzysie

Można odnieść wrażenie, że zdecydowana większość podmiotów leczniczych w Polsce przeżywa różnego rodzaju kryzysy, niekiedy bardzo głębokie, wśród których kryzys finansowy (lub szerzej: ekonomiczno-finansowy) placówki zajmuje czołowe miejsce.

Kryzys powoduje spadek aktywności ekonomicznej przedsiębiorstwa i zmniejszenie jego konkurencyjności. Niewłaściwa reakcja kadry zarządzającej na sytuację kryzysową, wyrażająca się w podejmowaniu błędnych decyzji, jeszcze bardziej osłabia przedsiębiorstwo i powoduje eskalację kryzysu. Tymczasem można go wykorzystać do odnowienia przedsiębiorstwa, poprawy jego konkurencyjności i jako okazję do rozwoju. Istnieją bowiem pewne prawidłowości w zarządzaniu umożliwiające pokonanie kryzysu. Wśród nich najczęściej wymienia się:

- demonstrowanie woli i roli kierownictwa przedsiębiorstwa we wprowadzaniu zmian;
- jasne i precyzyjne wytyczne dla menedżerów wszystkich szczebli zarządzania, obejmujące m.in. okre-

ślenie odpowiedzialności, efektów i harmonogramu zmian, decentralizację zarządzania;

- wypracowanie celów w dziedzinie planowania budżetu obejmującego całą organizację, a nie tylko jej części;
- wypracowanie zasad współpracy pomiędzy zespołem wdrażającym a zarządem;
- monitoring zmian, polegający na porównywaniu osiągniętych efektów z planowanymi;
- pomoc doradczą dla menedżerów, wyrażającą się w stałych konsultacjach dla ludzi bezpośrednio wdrażających zmiany, pobudzającą kreatywność i innowacyjność;
- aktywizację działu personalnego w procesie działań anty kryzysowych, stawianie na profesjonalizm i wykorzystanie istniejących możliwości na zewnątrz organizacji;
- zatrzymanie w firmie najlepszych kadr;
- włączenie do procesu przygotowywania zmian organów przedstawicielskich załogi;
- otwartą komunikację i rzetelną informację o wprowadzanych zmianach zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz przedsiębiorstwa.

Polskie warunki

Podstawowym problemem menedżerów zarządzających polskimi szpitalami jest nieprzewidywalność warunków rynkowych. W odróżnieniu od rynku dóbr i usług, gdzie z dużą precyzją można określić poziom sprzedaży, trendy w placówkach służby zdrowia są wciąż trudne do przewidzenia. Wiadomo z grubsza, ilu chorych szpital będzie mógł obsłużyć, a więc zna-

ne są przybliżone koszty funkcjonowania. Natomiast przychód wyrażony dokładną liczbą pacjentów, ich chorobami oraz poziomem cen za wykonane procedury medyczne, jakie ustali i zechce zapłacić NFZ, pozostaje nieznany. W jaki zatem sposób kierujący podmiotem leczniczym może prognozować działalność gospodarczą lecznicy i jej rezultat finansowy?

Najważniejszymi uczestnikami niemal każdego kryzysu w podmiocie leczniczym w Polsce są jego akcjonariusze lub udziałowcy, czyli podmioty tworzące i osoby reprezentujące te podmioty. Mimo że wszyscy zainteresowani twierdzą, że zasady tzw. ładu korporacyjnego w podmiotach leczniczych są im znane i przestrzegane – co ma szczególne znaczenie w spółkach kapitałowych, jakie powstały po przekształceniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) w spółki prawa handlowego, to jednak tajemnicą poliszynela jest, że teoria w tym zakresie daleka jest od praktyki. Wzajemne relacje pomiędzy menedżerami (członkami zarządu) podmiotów leczniczych a ich właścicielami i dostawcami kapitału (gmina, powiat, województwo lub właściwy minister) są bowiem różne. Stosunki pomiędzy akcjonariuszami/udziałowcami, członkami organów zarządczych i kontrolnych, a także grupami interesów związanymi z podmiotem leczniczym, przede wszystkim jego pracownikami oraz wierzycielami (łącznie tzw. interesariuszami – ang. *stakeholders*) determinują sposób, w jaki podmiot leczniczy jest zarządzany i kontrolowany, a w konsekwencji sposób, w jaki są alokowane dochody i ryzyka związane z jego działalnością.

W tej sytuacji zasadnicza staje się odpowiedź na pytanie o właściwy dobór mechanizmów prawnych i eko-

nomicznych wpływających na skuteczne uzdrowienie i optymalizację zasad funkcjonowania podmiotu leczniczego, tj. zasad podejmowania decyzji dotyczących podmiotu leczniczego oraz alokacji praw kontroli nad nim, tak aby związane z nim zasoby ludzkie, pieniądze i materialne zostały wykorzystane w możliwie najbardziej efektywny ekonomicznie sposób. Niestety, polityka i krótkoterminowe cele taktyczne lokalnych polityków biorą często górę nad racjonalnym ekonomicznym interesem podmiotu leczniczego – ze szkodą dla tego ostatniego. Problem ten, zidentyfikowany i często dyskutowany w gronie menedżerów, nie doczekał się jeszcze jakiegokolwiek rozwiązania, mimo że ostatnio pojawiło się na ten temat kilka artykułów, również w „Menedżerze Zdrowia” (m.in. nr 1/2013 i 6/2013).

Trudności polskich menedżerów

Paradoksalnie w Polsce, gdzie ze względu na turbulentne makro- i mikrootoczenie przedsiębiorstwa są szczególnie narażone na pojawianie się kryzysu, nie działa żadna organizacja badająca przyczyny i skutki kryzysów organizacyjnych. Nie ma też dostatecznie rozwiniętej sieci konsultantów i ekspertów w dziedzinie budowania strategii antykryzysowych. Polski management jest pozostawiony sam sobie. Nie ma wiarygodnych źródeł profesjonalnej wiedzy i umiejętności w zakresie zarządzania najtrudniejszymi sytuacjami w rozwoju firm – sytuacjami, w których pojawia się kryzys. Dotyczy to również (a może przede wszystkim) obszaru szeroko rozumianej ochrony zdrowia w Polsce.

Krzysztof Czerkas

Autor jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali.

termedia

**Bezpłatny
dostęp**

do archiwum internetowego
czasopism

www.termedia.pl