



Prometriq MBA – kompetencje menedżera szpitala

Czy menedżerowie uzyskają możliwość większej samodzielności w podejmowaniu decyzji dzięki deregulacji? Czy ratowanie szpitali, w tym poprzez sanację, jest uzasadnione wobec poglądów na temat zbyt dużej ich liczby i konieczności ograniczenia roli szpitali w systemie? Jakie są kluczowe kompetencje menedżera szpitala wobec planów lub braku planów systemowych? Między innymi na te pytania starali się znaleźć odpowiedź uczestnicy sesji „Prometriq MBA – kompetencje menedżera szpitala”.

W szpitalach gromadzi się cały niedostatek zaopatrzenia pacjentów

– Wydaje się, że głosy dotyczące kompetencji menedżerów, a właściwie ich niedostatku, mają uzasadnienie w niektórych sprawozdaniach finansowych. W ciągu ostatnich kilku lat znacznie wzrosło nie tylko zadłużenie szpitali publicznych, lecz także jego dynamika. Skoro szpitale coraz bardziej się zadłużają, to pozornie logiczny wydaje się wniosek, że to menedżerowie nie potrafią nimi zarządzać. Jeśli do tego doloży się liczby dotyczące udziału leczenia szpitalnego w wydatkach NFZ, który jest wyższy o mniej więcej 10 proc. niż w innych krajach europejskich, to osobie mniej zapoznanej ze specyfiką sektora konkluzja nasuwa się sama – ktoś po prostu źle zarządza, niegospodarnie wydaje publiczne pieniądze – powiedział w wprowadzeniu dr Piotr Szynekiewicz, MBA, prezes Prometriq Akademia Zarządzania w Sopocie. – To jest pozornie uzasadniony pogląd, ponieważ dla wszystkich, którzy wiedzą, że w szpitalach gromadzi się cały niedostatek zaopatrzenia pacjentów na innych poziomach świadczeń medycznych, jest zrozumiałe, że publiczne szpitalnictwo w Polsce musi kosztować proporcjonalnie więcej niż w krajach, gdzie hospitalizacja traktowana jest jako ostateczność. Zresztą udział szpitalnictwa w budżecie NFZ nieco maleje wraz z pojawianiem się dodatkowych środków w systemie, które w większości kierowane są do prywatnych placówek POZ i AOS. Być może zatem nie jest tak źle z za-

rzadzaniem szpitalami, może po prostu należy inaczej popatrzeć na liczby – dodał.

Podręcznikowa wiedza w sektorze zdrowia nie zawsze ma zastosowanie

Wydaje się, że najwyższym poziomem kompetencji menedżerskich we wszystkich branżach jest uzyskanie tytułu MBA. Co może dać menedżerom ochrony zdrowia taki certyfikat? Na ile wiedza zdobyta na studiach MBA może być przydatna w praktyce?



Fot. Patryk Rydzik



XV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

– Na pewno jedną z głównych ról menedżerskich jest przewodzenie, jednak dyrektor szpitala często nie jest osobą decyzyjną, więc to przywództwo, o którym mowa na kursach, nie do końca znajduje odzwierciedlenie w praktyce. Choćby z powodu braku możliwości pełnego wykorzystania potencjału, który mają menedżerowie szpitali – uważa dr Piotr Szynekiewicz.

Menedżerowie szpitali mają związane ręce, również jeśli chodzi o realizację innych kluczowych ról:

- planowanie utrudnia brak swobody w kształtowaniu strategii, której realizacja zależy bardziej od pozyskania finansowania z NFZ niż uznania pacjentów,
- wiele aspektów organizacji jest regulowanych rozporządzeniami, a nie realną potrzebą wynikającą z troski o jakość

i bezpieczeństwo świadczeń, co eliminuje wszelką innowacyjność,

- występują trudności w motywowaniu, szczególnie gdy niełatwe starania o wprowadzenie przejrzystej i akceptowanej przez załogę siatki płac mogą zostać zniwelowane jednym rozporządzeniem zmuszającym menedżerów do wypłaty wszystkim uprawnionym dodatkowych środków bez uwzględnienia jakości pracy, a do tego kosztem innych wydatków.

Wobec powyższych uwag również kontrola menedżerska staje się fikcją, bo w jaki sposób można systematycznie monitorować wykonanie planu strategicznego, którego nigdy nie było, i realizację zadań, które mają z konieczności charakter gaszenia pożarów.

– *Typowy kurs zarządzania nie do końca przystaje do tego, czego się w dzisiejszej rze-*

Zarządzanie – osiągnięcie celów z wykorzystaniem dostępnych zasobów

Propozycje deregulacji (sonda):

- **Skoncentrowany nadzór**
 - **Normy zatrudnienia**
 - Oddziały wieloprofilowe, łączenie stanowisk i komórek organizacyjnych, specjalizacja szpitali
 - Zmiana zakresu obowiązków personelu zgodnie z posiadanymi umiejętnościami
 - Wynagrodzenia dostosowane do realizowanych zadań na stanowisku pracy
1. Zwiększenie niezależności MZ
 2. Wyznaczanie realnych, mierzalnych celów dla menedżera i ocena ich realizacji
 3. Kryteria oceny menedżera:
 1. Stałość i jakość kadry
 2. Zachowanie płynności i zdolności do inwestycji
 4. Wzrost wyceny świadczeń
 5. Uwzględnienie kosztów gotowości



V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. Patryk Rydzik

dr Piotr **Szynekiewicz**:

Nie możemy oczekiwać od menedżerów, że będą pełnili funkcję zarządczą – będą planowali, organizowali, motywowali, kontrolowali, jeżeli nie będzie ram, które wyznaczą, co może się zdarzyć

czywistości oczekuje od menedżera polskiego szpitala. A więc nie mówmy o tym, że chcemy certyfikować kompetencje menedżerskie naszych dyrektorów czy prezesów, jeżeli nie dajemy im pełnej możliwości działania – oceniał dr Piotr Szynekiewicz. – Może nie próbujemy zrzucić wszystkiego na menedżerów, bo niektórzy są słabsi, ale większość daje sobie doskonale radę. Poszukajmy, czy gdzieś w rozwiązaniach organizacyjnych, systemowych nie można by znaleźć jakiejś drogi – proponował.

Jak zwiększyć efektywność

Prezes Piotr Szynekiewicz wyraził swoją opinię na temat możliwości deregulacji, która de facto już się odbywa: – *Pojawiają się w przestrzeni publicznej hasła dotyczące restrukturyzacji, reformy czy też rozwoju, bo przecież mamy Agencję Rozwoju Szpitali. Restrukturyzować albo reformować można jednostkę, podmiot, szpital – tu znane są cele i metody postępowania – albo system, czyli to co się dzieje na poziomie kraju. Nie da się zrobić tego pierwszego bez tego drugiego. Nie możemy oczekiwać od menedżerów, że będą pełnili funkcję zarządczą – będą planowali, organizowali, motywowali, kontrolowali, jeżeli nie będzie ram, które wyznaczą, co może się zdarzyć.*

Sonda przeprowadzona przez Prometrię wśród menedżerów pokazała, że dyrektorzy wiedzą, co mogliby zrobić, mają pomysły, jak zorganizować swoje podmioty, żeby były bardziej efektywne. Co pomogłoby im swobodnie działać i uzyskiwać lepsze rezultaty? Nie ścisły nadzór lub normy zatrudnienia, ale więcej swobody w zarządzaniu, np. możliwość organizacji oddziałów wieloprofilowych, łączenia stanowisk i komórek organizacyjnych, specjalizacja szpitali, zmiana zakresu

obowiązków personelu zgodnie z posiadanymi umiejętnościami, wynagrodzenia dostosowane do zadań realizowanych na stanowisku pracy.

Restrukturyzacja przez sanację wymaga dużej odwagi

Krzysztof Lehnort, MBA, członek zarządu i dyrektor ds. finansowo-ekonomicznych w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim Sp. z o.o. (w restrukturyzacji), opowiedział, jak przebiega ten proces.

– *Większość prezesów, dyrektorów szpitali od wielu lat informuje, że zarządzane przez nich placówki są w złej kondycji gospodarczej. Dla własnych potrzeb wprowadziłem dodatkowy podział tych podmiotów na trzy grupy: będące w złej, bardzo złej i tragicznej sytuacji gospodarczej. Sosnowiecki Szpital Miejski Sp. z o.o. 1 października 2020 r., czyli w dniu powołania mnie do zarządu tej spółki i powierzenia stanowiska dyrektora ds. finansowo-ekonomicznych, można było zaliczyć do ostatniej z wymienionych grup. Dla zobrazowania sytuacji gospodarczej zastanej w szpitalu podam kilka wartości notowanych w tym czasie: przychody netto ze sprzedaży w wysokości ok. 100 mln zł, kapitał podstawowy ok. 100 mln zł, wartość majątku ok. 115 mln zł przy zadłużeniu szpitala ok. 110 mln zł i stracie ok. 20 mln zł. Kwota zadłużenia, zawierająca w sporej części zobowiązania krótkoterminowe, obejmowała również zobowiązania publicznoprawne o znaczącej wartości – wspominał Krzysztof Lehnort.*

Decyzje restrukturyzacyjne trzeba było podjąć szybko. W uzgodnieniu z właścicielem i radą nadzorczą postanowiono wybrać narzędzie restrukturyzacji szpitala na podstawie obowiązującej ustawy Prawo restrukturyzacyjne. Postępowanie restrukturyzacyjne w świetle tej ustawy może przybrać jedną z czterech form.

– *My zaproponowaliśmy trudniejszą, rzadziej wybieraną, a mianowicie postępowanie sanacyjne. Ten sposób restrukturyzacji wymaga dużej odwagi, przede wszystkim od właściciela spółki, rady nadzorczej i zarządu. Organy spółki mają świadomość, że albo zmienią dotychczasowe podejście do zarządzania i nadzoru nad szpitalem, dokonają zmiany lub korekt składu zarządu, np. wprowadzając menedżera, który zajmie się restrukturyzacją, opracują skuteczny plan działania i go wdrożą, albo dokonają jedynie kolejnych zmian kosmetycznych, aby nie nazwać ich pozorowanymi, podejmując ryzyko ogłoszenia upadłości. Trzeba się*



XV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT



Fot. Patryk Bydzyk

Krzysztof **Lehnort**:

Im gorsza sytuacja szpitala, tym kompetencje menedżerskie powinny być wyższe. Tam gdzie jest trudny rynek, powinni być najlepsi

również liczyć z sytuacją, i często tak bywa, że kierowanie szpitalem przejmie zarządca sądowy. Co więcej, rola właściciela i rady nadzorczej wraz z wdrożeniem sanacji zostaje zmarginalizowana – wyjaśniał Krzysztof Lehnort.

Pierwszym bardzo ważnym dokumentem w procesie restrukturyzacji przez sanację jest składany w sądzie wniosek restrukturyzacyjny. Dokument ten musi być tak napisany, aby przekonał sąd, że szpital może podlegać restrukturyzacji, że się ona uda i wierzyciele dzięki przeprowadzonemu procesowi zostaną zaspokojeni. Wniosek stanowi swoisty plan opisujący strategię naprawczą szpitala.

Według Krzysztofa Lehnorta najtrudniejszą częścią planu jest zawarcie w nim pomysłów na działania, które wyprowadzą szpital z trudnej sytuacji. Oczywiście propozycje rozwiązań muszą przekonać sąd, że są warte zaakceptowania i że możliwość ich realizacji jest duża. Taki plan ujęty we wniosku stworzono w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim i 23 listopada ubiegłego roku sąd podjął decyzję o uruchomieniu procesu restrukturyzacji poprzez sanację. Dodatkowo, co jest bardzo ważne, sąd zadecydował, że zarząd w składzie podanym na dzień złożenia wniosku stanowi dodatkową gwarancję skutecznej realizacji restrukturyzacji szpitala w postępowaniu sanacyjnym. Tym samym zarząd spółki nie został odwołany.

Warto zyskać zaufanie zarządcy

Co działo się dalej w Sosnowieckim Szpitalu Miejskim? Skład zarządu spółki został pomniejszony z trzech członków do dwóch. Sąd powołał licencjonowanego zarządcę sądowego, z którym zarząd powinien uzgad-

niać wszelkie decyzje wykraczające poza jego kompetencje. To ważna kwestia, bo w większości przypadków zarząd zostaje odwołany i wszelkie jego czynności przejmuje zarządca.

– Z uwagi na powyższe bardzo ważne jest zyskanie zaufania zarządcy. Należy pamiętać, że biznesowo reprezentuje on przede wszystkim interesy wierzycieli. Pilnuje, aby spółka działała tak, by te interesy – spłata wierzytelności – zostały zaspokojone. W naszym przypadku lista wierzycieli przekracza 400 pozycji – tłumaczył Krzysztof Lehnort.

Kolejnym bardzo ważnym etapem postępowania sanacyjnego jest napisanie planu restrukturyzacyjnego i złożenie go w celu zatwierdzenia przez sąd. – W moim przekonaniu powinien on stanowić kontynuację i uszczegółowienie propozycji restrukturyzacyjnych zawartych we wniosku. Plan restrukturyzacyjny szpitala firmuje i składa w sądzie zarządca. Rekomenduję jednak, aby zarząd spółki (jeżeli nie został odwołany) czynnie uczestniczył w jego konstruowaniu. Bardzo pomocne dla menedżerów na tym etapie są umiejętności w zakresie wykonywania due diligence, a następnie na podstawie jego wyników umiejętności pisania programów naprawczych. Plan restrukturyzacyjny, którego jestem współautorem, obejmuje cztery obszary: finansowy, operacyjny, majątkowy i rynkowy. Podobną strukturę miały plany naprawcze, które pisałem wcześniej jako dyrektor ds. ekonomicznych i zarządzania majątkiem w dużym szpitalu wojewódzkim będącym SPZOZ – powiedział Krzysztof Lehnort. – Należy zauważyć, że w obszarze finansowym korzyści z restrukturyzacji przez sanację wynikają bezpośrednio z jej ogłoszenia oraz zatwierdzenia przez sąd planu restrukturyzacji, ponieważ większość dotychczasowych zobowiązań wchodzi do masy sanacyjnej, wstrzymane jest naliczanie odsetek karnych od zobowiązań przeterminowanych oraz nie powstają koszty postępowań sądowych związanych z brakiem płatności – dodał.

W pozostałych obszarach planu proponowane rozwiązania, sposób ich wdrożenia i przeprowadzenia oraz szacowane efekty winny wynikać z wcześniej wykonanego due diligence oraz gruntownej wiedzy i kompetencji menedżerów. Całość działań musi być ujęta w konkretnych, precyzyjnych ramach czasowych harmonogramu planu restrukturyzacji.



V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. Patryk Rydzik

Dariusz **Madera**:

Otoczenie zewnętrzne, trendy demograficzne i zmiany systemowe powodują, że dyrektor tak naprawdę walczy o przetrwanie placówki. Walczy, żeby szpital mógł realizować swoje zadania

Obok licznych kompetencji pomocnych w przygotowaniu i prowadzeniu wskazanych powyżej działań menedżer powinien wykazać się również umiejętnościami interpersonalnymi. Bardzo istotne są umiejętności negocjacji i spokojnych, merytorycznych rozmów z wierzycielami. Należy ich przekonać do tego, że jedynie sprawne przeprowadzenie restrukturyzacji pozwoli im odzyskać większość środków niewypłaconych wcześniej (przed ogłoszeniem sanacji), a do tego jako element konieczny potrzebna jest dalsza dobra współpraca, a nie zrywanie umów. Trzeba również wykazać, że zaproponowany i zawarty po okresie naprawczym układ będzie dla wierzycieli najkorzystniejszym rozwiązaniem. Powinno się prowadzić stałe działania informacyjne kierowane do kadry, tak aby niepokoje nie powodowały odejścia wartościowych pracowników.

Sanacja dyscyplinuje

– Po ogłoszeniu przez sąd postępowania sanacyjnego szpital z mocy prawa musi być dobrym płatnikiem. Sanacja bowiem dyscyplinuje – trzeba płacić terminowo, nie można mieć odsetek karnych – podsumował Krzysztof Lehnort.

Zarządzanie zmianą kluczem do podejmowania decyzji

Dariusz Madera, MBA, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu, mówił o tym, na ile wiedza zarządcza, którą menedżerowie ochrony zdrowia zdobywają podczas studiów i kursów MBA, przy-

daje się w specyficznej sytuacji zarządzania polskimi szpitalami.

– Szpitale funkcjonują w niezwykle trudnych warunkach gospodarczych. Dyrektorzy nie mają wpływu na ustalanie swoich cenników, muszą się dostosowywać do cen narzucanych przez NFZ. Coraz bardziej tracimy wpływ na wynagrodzenia. One się spłaszczyły między szpitalami, a to prowadzi do exodusu pracowników z tych placówek, gdzie są bardziej obciążeni pracą, do tych, w których pracy jest mniej za takie same pieniądze – ocenił Dariusz Madera.

– Najważniejsza kompetencja dyrektorów szpitali w dzisiejszych czasach to umiejętność odnalezienia się w zmieniających się warunkach. Zarządzanie zmianą to klucz do podejmowania wszystkich decyzji w obszarze zarządzania szpitalem – dodał Dariusz Madera.

Menedżer szpitala powinien mieć kompetencje negocjacyjne i koncyliacyjne. Musi bowiem w sytuacji ograniczonych zasobów finansowych i dostępności kadr negocjować warunki pracy i płacy z personelem. Oczywiście musi też być ekonomistą, by umiejętnie zarządzać przychodami i kosztami, aby umożliwiać rozwój szpitala.

– Patrząc na to, co dziś jeszcze może zrobić dyrektor – z pewnością musi mieć kompetencje związane z zarządzaniem kryzysowym, ponieważ zmniejsza się wpływ dyrektora na szpital, a dodatkowo otoczenie zewnętrzne, trendy demograficzne i zmiany systemowe powodują, że dyrektor tak naprawdę walczy o przetrwanie placówki. Walczy, żeby szpital mógł realizować swoje zadania, do których został powołany, obojętnie, na którym poziomie – czy to powiatowym, wojewódzkim, czy wysokospecjalistycznym – uważa Dariusz Madera.

Centralizacja szpitali – tak, ale pod pewnymi warunkami

Rozwiązania, które są planowane w związku z centralizacją szpitali, zdaniem Dariusza Madery w żaden sposób nie ułatwią zarządzania. Oczywiście należy dążyć do konsolidacji poszczególnych podmiotów i tworzyć wydolne organizmy gospodarcze, które będą w stanie realizować swoje usługi przy danych uwarunkowaniach finansowych. Skonsolidowane podmioty mogą obniżyć swoje koszty zarządcze i uporządkować strukturę usług. W efekcie można doprowadzić do tego, że koszty prowadzonej działalności są mniejsze.



XV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

– Jest to możliwe np. w ramach tych samych podmiotów tworzących, czyli samorządów wojewódzkich, bo to one mają najwięcej podmiotów na terenie jednego województwa. Te konsolidacje są już realizowane. Biorący w nich udział menedżerowie pokazali, w jaki sposób można przekształcić szpital, zrestrukturizować go i jakie można uzyskać efekty. Osoby prowadzące konsolidację muszą doskonale znać funkcjonowanie szpitali, funkcjonowanie systemu oraz muszą być nastawione na podejmowanie trudnych decyzji, które muszą być wspierane przez podmioty tworzące. Sama decyzja o procesie konsolidacji jest w naszym kraju niepopularna i podmiot tworzący musi wykazać się odwagą, gdyż narusza w ten sposób interesy poszczególnych szpitali. Najważniejsze jest jednak wypracowanie modelu konsolidacji, w której wszyscy uzyskują wartości dodane, bo w efekcie końcowym powstanie wydolna jednostka, realizująca swoje usługi – mówił Dariusz Madera.

– Zastanawiając się nad modelem funkcjonowania szpitali, powinniśmy zaczynać od zabezpieczenia pacjentów – od tego, jak rozłożyć elementy systemu, aby pacjent był sprawnie i szybko leczony. Mając informacje, ile powinniśmy wykonać określonych usług, możemy przełożyć to na zabezpieczenie w postaci łóżek szpitalnych. Dla takich danych powinniśmy zbudować odpowiednio wydolną strukturę, która jest w stanie obsłużyć ruch pacjentów. Pozostałe elementy powinny być w rękach dyrektorów szpitali, gdyż to oni powinni zarządzać poszczególnymi oddziałami, wpisując się jednocześnie w założone wskaźniki jakościowe, które szpitale mają spełniać. Przydatne mogą być choćby wskaźniki zabiegowości na oddziałach zabiegowych czy wskaźniki przyjęć nagłych na oddziałach internistycznych. Mając tę wiedzę, możemy zobaczyć, które z oddziałów są nastawione na obsługę przypadków nagłych, a które na obsługę przypadków planowych. To z kolei wiąże się z kosztochłonnością procedur medycznych. Dyrektor szpitala musi mocno zabiegać o zabezpieczenie odpowiednich środków inwestycyjnych – stwierdził Dariusz Madera.

Szpitale powinny się uzupełniać, a nie być dla siebie konkurencją

Menedżer wierzy, że jeśli powstaje Agencja Rozwoju Szpitali, to dyrektorzy będą wspierani w procesie rozwoju szpitali, tak aby ich decyzje strategiczne były wspomagane odpowiednimi środkami finanso-

wymi. Dzięki temu będą mogli świadczyć usługi dla pacjentów w sposób procesowy, kompleksowy i skoordynowany.

Dyrektorzy szpitali potrzebują umożliwienia im wprowadzania zmian. Oczywiście nadzór pełniłyby nadal podmioty tworzące poprzez bieżącą analizę wyników finansowych i podejmowanie przynależnych im decyzji.

– Wszystko po to, żeby nie dochodziło do sytuacji, w której nie będzie można uratować szpitala przed likwidacją. To nie tylko sprawa samego szpitala jako zakładu pracy, pracowników, lecz także pacjentów, którzy tracą dostęp do usług medycznych. Jest to bolesne zwłaszcza dla społeczności małych, powiatowych – wyjaśniał Dariusz Madera.

Należy też zwrócić uwagę na odpowiednie sprofilowanie szpitali pod względem realizowanych kontraktów, możliwości finansowych. – Chodzi o to, by szpitale, które przyjmują na siebie ciężar obowiązków, nie były tylko jego odbiorcą bez dodatkowych źródeł finansowania, ponieważ doprowadza to do „zapychania się” systemu, czego obecnie doświadczamy. W odpowiednio podzielonym systemie, dopasowanym do potrzeb pacjentów, szpitale powinny się uzupełniać, a nie być tylko i wyłącznie konkurencją czy miejscem, do którego odsyła się pacjentów – ocenił Dariusz Madera.

Studia MBA warto powtarzać co 5 lat

– Czy zatem w ogóle jest sens, żeby dyrektorzy szpitali czytali książki o zarządzaniu, chodzili na studia MBA i doskonalili się w tym zakresie, skoro w praktyce wykonują czynności, których w tych książkach nie ma? – pytał prowokacyjnie dr Piotr Szykiewicz.

– Jeżeli ktoś chce być liderem, menedżerem, to powinien powtarzać studia MBA co 5 lat. Wiedza, która jest nam przekazywana, zmienia się, dostosowuje do turbulencji. My też musimy się dostosować. Mówiłem wcześniej o mojej klasyfikacji szpitali – trudna sytuacja, zła i tragiczna. Im gorsza sytuacja szpitala, tym kompetencje menedżerskie powinny być wyższe. Tam gdzie jest trudny rynek, powinni być najlepsi. Mówi się, że dobrze zarządzanego przez poprzednika szpitala jego następca bez kompetencji nie rozłoży przez najbliższe 5 lat. Menedżera bez kompetencji nie powinno się natomiast kierować do trudnego szpitala, bo tylko pogorszy jego sytuację – podsumował Krzysztof Lehnort.

Iwona Kazimierska