

Michał A. Kornatowski

Rola menedżera w systemie opieki zdrowotnej

Według „Słownika języka polskiego” wydanego przez PWN w 1979 roku menedżer to kierownik lub dyrektor wielkiego przedsiębiorstwa kapitalistycznego. Czas idzie nieubłaganie naprzód, trwa transformacja ustrojowa, a więc i w tak konserwatywnej dziedzinie jak ochrona zdrowia pojawili się menedżerowie. Czy są nimi rzeczywiście, czy też nazwano ich tak nieco na wyrost? Odpowiedź na to w sumie proste pytanie jest jednak dość trudna.

W sektorze ochrony zdrowia można wyróżnić trzy typy decyzji, dotyczących funkcjonowania systemu: decyzje w zakresie polityki zdrowotnej, podejmowane przez władze administracyjne, decyzje w zakresie leczenia, przynależne lekarzom i w pewnym stopniu pielęgniarkom oraz decyzje w zakresie zarządzania środkami, zasobami i informacją. Te ostatnie to domena menedżerów opieki zdrowotnej. W systemach z silną centralną władzą wykonawczą decyzje polityczne mogą dominować nad decyzjami w zakresie zarządzania na niższych szczeblach. W systemach zdecentralizowanych ciężar przesuwają się w kierunku decyzji menedżerskich i medycznych. Funkcjonowanie sektora zdrowotnego staje się wypadkową decyzji medycznych i menedżerskich w ramach ogólnych zasad polityki zdrowotnej realizowanej przez państwo.

W Polsce znajduje się około sześciuset publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zarządza nimi liczna grupa menedżerów. Dyrektorami naczelnymi są zazwyczaj lekarze, a tylko około 5% to ludzie innych zawodów. Często pojawia się w tym miejscu pytanie, kto powinien być kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej, czy ma nim być lekarz, czy też lepiej byłoby zatrudnić profesjonalnego menedżera? Na tak postawione pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. W polskich warunkach jeszcze długo dominującą rolę będzie odgrywać lekarz, często z formalnym wykształceniem menedżerskim. Sądzę, że **dopiero wprowadzenie zasad rynkowych, poprzez na przykład wdrażanie modelu jednostek samodzielnych, zaowocuje powstaniem zupełnie nowego zawodu menedżera opieki zdrowotnej. Istnieją olbrzymie różnice między sferami działania menedżera i lekarza.** Wiedza i kompetencja, potrzebne do sprawnego zarządzania, są inne od wiedzy i kompetencji medycznej. Działanie instytucji medycznych jest często nielogiczne, złożone i nieprzewidywalne, bez jasnej struktury, charakterystycznej dla zakładów przemysłowych. Menedżer musi często szybko reagować na zmiany sytuacji, polegając nierzadko na intuicji. W instytucji medycznej nie ma jednolitej zależności służbowej, mamy do czynienia z wieloma zmieniającymi się rodzajami relacji. Klasycznym

przykładem jest podwójne podporządkowanie pielęgniarki oddziałowej: ordynatorowi oddziału i pielęgniarsce naczelnej.

W odróżnieniu od bardzo wielu krajów, nie ma w Polsce specjalnego systemu szkolenia osób zarządzających ochroną zdrowia. Nie spełnia tej roli system specjalizacji z organizacji ochrony zdrowia i medycyny społecznej, prowadzony przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Tylko 9% kierowników zakładów opieki zdrowotnej o długim stażu pracy ma taką specjalizację. Jedyną w kraju Szkołę Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego opuścili dopiero trzy pierwsze roczniki absolwentów, którzy jednak tylko w pojedynczych przypadkach rozpoczęli swoją karierę zawodową od kierowania szpitalem czy przychodnią. Oprócz wymienionej Szkoły menedżer ma możliwość dokończenia się w Podyplomowym Studium Funkcjonowania Gospodarki Narodowej o specjalności ekonomika zdrowia. To roczne Studium, prowadzone przez doc. Katarzynę Tymowską, mieści się na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego. Inną formą zdobywania wiedzy są liczne kursy, organizowane przez Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej.

Nie ma ustalonych zasad kariery zawodowej menedżera opieki zdrowotnej. Nie wytyczono dróg awansu tej grupy zawodowej, nie opracowano do tej pory zasad kształcenia dyrektorów i warunków ich pracy, a co ważniejsze kryteriów oceny tejże pracy. Zbyt często takim najważniejszym kryterium stają się oceny polityczne, czy też mówiąc szerzej, sprawy pozamerytoryczne. I trudno się w zasadzie temu dziwić, ponieważ ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku bardzo ogólnie określa pozycję i odpowiedzialność kierownika zakładu. Sprawę tę zawarto w artykule 44, który mówi, że kierownik ponosi odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej, kieruje jego działalnością i reprezentuje na zewnątrz. Kierownik jest przełożonym pracowników zakładu i podejmuje samodzielnie decyzje, dotyczące funkcjonowania zakładu. Pozostałe uregulowania zawarto, podobnie jak w odniesieniu do menedżerów działających w innych dziedzinach

gospodarki, w przepisach Kodeksu Pracy, prawa administracyjnego, cywilnego i karnego. Nie są rzadkością sytuacje, kiedy dyrektor szpitala latami pracuje bez pisemnego zakresu obowiązków. Jedy- nym sprawdzianem wywiązywania się menedżera z obowiązków jest ostateczny efekt działania, nie- stety bardzo często po prostu niemierzalny. Wydaje się, że konieczne jest opracowanie koncepcji sieci zakładów publicznej ochrony zdrowia wraz z ich kategoryzacją i, co za tym idzie, opracowanie za- kresu kompetencji kierowników w zależności od umiejscowienia zakładu. Takie rozwiązanie jest od lat stosowane z powodzeniem we Francji.

Menedżer klasycznie opisywany jest jako czło- wiek zajmujący się planowaniem lub przewidywa- niem, organizowaniem, przewodzeniem czy też roz- kazodawstwem i motywowaniem oraz kontrolowa- niem. Szeroko rozumiane „zarządzanie” jest więc pojęciem szerszym od „kierowania”. **Planowanie, a zwłaszcza planowanie strategiczne, jest je- szcze zbyt często obcym pojęciem w ochronie zdrowia. Brak jasnych zasad polityki zdrowot- nej, poza ogólnymi celami Narodowego Pro- gramu Ochrony Zdrowia, oraz brak docelo- wych rozwiązań ustawowych, określających źródła finansowania sektora zdrowotnego, nie dopingują kierowników do tworzenia dłu- gofalowych planów.** Istnieją oczywiście przykła- dy prób formułowania planów strategicznych na terenach Konsorcjów Zdrowia (Pomorskie, Wielko- polskie, Ciechanowskie), czy na przykład w Żywcu. Organizowanie jest pochodną procesu planowania. Wraz z przewodzeniem należy do zadań dobrze zazwyczaj realizowanych przez menedżerów opieki zdrowotnej. Pewien problemem stanowi kontrolo- wanie. Zakład opieki zdrowotnej jest organizacją, w której niejednokrotnie niezwykle trudno jest zde- finiować mierniki efektywności. Z suchych danych statystycznych nie zawsze można wyciągnąć jasne i sprawiedliwe wnioski. Podstawą koordynacji wszystkich wymienionych elementów zarządzania jest dobra wzajemna komunikacja i przepływ infor- macji. Sprawna koordynacja pozwala całemu per- sonelowi sektora zdrowotnego brać udział w podej- mowaniu decyzji i być rzeczywistym podmiotem tych decyzji.

Kierownik publicznego zakładu opieki zdrowot- nej pracuje z niejednorodnym, ukształtowanym hi- storycznie zespołem ludzkim. Popularny jest zazwy- czaj podział na „personel biały” i „personel pomoc- niczy”. O ile zrozumiała jest pozycja i rola tej pierwszej grupy, to niedoceniany nadal jest wpływ na funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej grupy drugiej. A przecież należą do niej między innymi tak wysoko kwalifikowani profesjonalści, jak na przykład inżynierowie kliniczni, informatycy, spec-jaliści zarządzania. Odpowiedzialność za zarządza- nie zakładem opieki zdrowotnej zwyczajowo roz- kłada się pomiędzy całą grupę ludzi, realizujących cele organizacji. Kierownik zakładu ponosi odpo-

wiedzialność za własną pracę i oczywiście za pracę innych. Za poziom usług medycznych odpowiada dyrektor medyczny, naczelną pielęgniarka oraz grupa ordynatorów i kierowników działów diagnos- tycznych, przychodni i innych komórek działalności podstawowej. Za wynik finansowy, bezpośrednio uzależniony od zakresu działalności medycznej, od- powiada dyrektor ekonomiczny i główny księgowy. Za codzienne funkcjonowanie zaplecza zakładu od- powiada dyrektor techniczny. Kierownik zakładu oceniany jest za zapewnienie realizacji zadań za- kładu opieki zdrowotnej, którymi są zazwyczaj udzielanie świadczeń zdrowotnych, nadzór facho- wy, kształcenie ustawiczne i promocja zdrowia. Dokumentem określającym cele funkcjonowania publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest Nardo- wy Program Ochrony Zdrowia, służący realizacji polityki zdrowotnej państwa.

Menedżer opieki zdrowotnej ustala priorytety i doprowadza do równowagi między konkurencyj- nymi celami funkcjonowania zakładu. **W otocze- niu i wewnątrz zakładu opieki zdrowotnej działa wiele grup nacisku, wywierających wpływ na podejmowanie decyzji. Największą, choć jak dotąd nie sformalizowaną grupą są oczywiście pacjenci, którzy w przyszłości określani będą jako klienci czy też nabywcy usług. Ich oczekiwania są jasne: możliwość uzyskania o każdej porze usługi medycznej na odpowiednim poziomie.** Ostatnio coraz częściej podnoszony jest ekonomiczny aspekt otrzymania usługi medycznej.

Kolejną grupą nacisku jest administracja rządo- wa i samorządowa, pełniąca rolę organu założyciel- skiego zakładu opieki zdrowotnej. Nieprecyzyjny i niedostatecznie jasny jest podział kompetencji organów zarządzających publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcje związane z zarządza- niem rozdzielono w cytowanej ustawie na trzy or- gany: organ założycielski, radę nadzorczą i kierow- nika zakładu. Skład rady nadzorczej powoływany jest przez organ założycielski. Niestety, zbyt często członkami rad nadzorczych zostają osoby nie przy- gotowane do tej pracy, a więc niekompetentne. Nie określono żadnych wymogów, jakim winny odpo- wiadać osoby zasiadające w radach nadzorczych. Do wyjątków należą sytuacje, w których przeprowa- dzane są szkolenia członków rad nadzorczych. Mi- mo iż ustawowo rola rady nadzorczej jest rolą opiniodawczą i doradczą, często zdarzają się ich ingerencje w sposób zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

Nasz system ochrony zdrowia jest system budże- towo-zaopatrzeniowym – **kluczową sprawą staje się prawidłowa alokacja zasobów finanso- wych i to począwszy od alokacji na szczeblu centralnym, a skończywszy na szczeblu lokal- nym, gminnym lub wojewódzkim.** Zasady alo- kacji budżetu są nadal niejasne, oparte głównie na przesłankach historycznych, warunkujących otrzy-

manie budżetu na podstawie wyników finansowych okresu poprzedniego. Zminimalizowana jest rola procesu budżetowania na poziomie zakładu opieki zdrowotnej. **Menedżer nie ma praktycznie wpływu, poza nielicznymi wyjątkami, na wysokość budżetu swojej placówki.**

Coraz większą rolę odgrywają samorządy zawodowe, a przede wszystkim izby lekarskie. Mają one decydujący wpływ na obsadzanie kluczowych stanowisk, jakimi są bez wątpienia ordynatorzy oddziałów szpitalnych. **Korporacje zawodowe z samej definicji są nastawione na ochronę interesów swojej grupy profesjonalnej. Ostatnio często podkreśla się negatywny wpływ lobby profesorsko-ordynatorskiego na założenia i proces reformowania ochrony zdrowia.**

Ministerstwo Zdrowia i organy nadzoru fachowego wyznaczają zakładom opieki zdrowotnej do realizacji cele, stojące niekiedy w sprzeczności z interesami organów założycielskich, które przecież dysponują środkami finansowymi na funkcjonowanie zakładów. Niekorzystne jest usytuowanie Ministerstwa Zdrowia, które dysponuje budżetem jedynie dla zakładów finansowanych centralnie, nie mając wpływu na wielkość środków przydzielanych na przykład przez wojewodów na obszarach przez nich zarządzanych. Ani Ministerstwo Zdrowia, ani nadzór fachowy nie mają żadnego bezpośredniego wpływu na kadre menedżerską w zakładach zarządzanych przez wojewodów.

Dużą rolę, niestety najczęściej roszczeniową, odgrywają związki zawodowe. W wielu zakładach opieki zdrowotnej obserwuje się powstawanie coraz większej liczby organizacji związkowych. **Nieprecyzyjna ustawa o związkach zawodowych utrudnia i komplikuje często pracę kierownika zakładu, zwłaszcza przy negocjacjach płacowych, stanowiących główne, jeśli nie jedyne, pole zainteresowania związków.**

Powołanie kierownika zakładu opieki zdrowotnej, a więc jedna z najmniej korzystnych form nawiązywania stosunku pracy, odbywa się w wyniku postępowania konkursowego. W składzie komisji konkursowej ustawodawca umieścił przedstawicieli organu założycielskiego, rady nadzorczej zakładu, organu samorządu terytorialnego, przedstawicieli izby lekarskiej i izby pielęgniarskiej, i wreszcie przedstawicieli wszystkich związków zawodowych, działających w zakładzie pracy. Dziwić może fakt nieuwzględnienia w składzie komisji przedstawiciela profesjonalnych organizacji menedżerskich, a są nimi zrzeszające ponad 1000 osób Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, czy też niedawno powstałe Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali. Mimo określenia czasu trwania kadencji kierownika zakładu na pięć lat, wcale niezrządkie są przypadki wcześniejszego odwoływania z funkcji. Należałoby też przywołać w tym miejscu stanowisko Konwentu Wojewodów z września 1994 r., żądające zwiększenia składu osobowego ko-

misji konkursowych, tak by osiągnięta została zdecydowana przewaga w składzie przedstawicieli organu założycielskiego. Ustawa nie określa przyczyn uzasadniających podjęcie przez organ założycielski decyzji odwołującej kierownika zakładu. Mogą to być więc przyczyny wynikające z przepisów prawa pracy lub ze stosunku podporządkowania: kierownik zakładu – organ założycielski.

Z badań socjologicznych prowadzonych przez T. Borkowską-Kalwas i M. Pączkowską z Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia wynika, że polscy menedżerowie to ludzie młodzi, co trzeci z nich nie przekroczył 40 roku życia, a trzy czwarte spośród nich nie osiągnęło 50 lat. Ponad 40% ogółu pracuje na stanowisku kierowniczym dłużej niż 10 lat, a 60% powyżej 6 lat. **Menedżerowie są ludźmi o dużej zdolności uczenia się rzeczy nowych, o wysokim potencjale energii, a długoletnie doświadczenie rekompensuje w jakiejś mierze brak fachowego przygotowania do zawodu.** Jak już wspomniano wcześniej, nasi kierownicy nie mają praktycznie żadnej możliwości weryfikacji nabytego długoletniego doświadczenia zawodowego. Tylko co trzeci dyrektor naczelny Zespołu Opieki Zdrowotnej i szpitala identyfikuje się z zawodem menedżera. Odsetek ten radykalnie zmniejsza się wśród zastępców dyrektora i pozostałych kierowników komórek organizacyjnych niższego szczebla. Istnieje korelacja między identyfikacją zawodową a wiekiem i stażem pracy na stanowisku kierowniczym. Liczba kierowników traktujących swoje stanowisko równoznacznie z zawodem menedżera jest najwyższa wśród osób najstarszych wiekiem i o dłuższym stażu kierowniczym. Autorzy badania wyciągają smutny, ale prawdziwy wniosek: brak fachowego przygotowania do pełnienia funkcji kierowniczych wśród menedżerów opieki zdrowotnej i stosunkowo mały stopień identyfikacji z rolą menedżera.

Działania pojedynczego lekarza podporządkowane są dobru pojedynczego pacjenta, natomiast działania menedżera mają wymiar systemowy. Zadania wypełniane przez menedżera wymagają także innego typu predyspozycji psychicznych, na przykład prowadzenie negocjacji ze świadomością celu instytucji wymaga umiejętności obstawania przy nim. **Oprócz wiedzy dotyczącej zasad funkcjonowania instytucji medycznej, menedżer powinien opanować umiejętności dotyczące działań w warunkach ryzyka finansowego, kierowania zasobami ludzkimi, negocjacji i rozwiązywania częstych konfliktów.** I tutaj sama wiedza nie wystarczy, potrzebne jest doświadczenie i obycie z wieloma różnymi sytuacjami.

Kierownikiem publicznego zakładu opieki zdrowotnej zostaje się w wyniku postępowania konkursowego. Jakie pobudki kierują osobami składającymi dokumenty konkursowe? Interesujące wyniki badań socjologicznych przedstawiła B. Danecka z Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Najczę-



ciej wymieniane powody wyboru tej drogi zawodowej to możliwość samodzielnego podejmowania decyzji, a także określenie pracy jako ciekawej i społecznie użytecznej. Tylko 5% menedżerów decyduje się pracować ze względu na wysokie zarobki. Dzisiejszy kierownik zakładu może być zaszerogowany w najwyższych grupach, co skutkuje uposażeniem zasadniczym od 350 do 750 zł. Do tego dochodzi dodatek stażowy, dodatek funkcyjny (do 50% uposażenia zasadniczego) i premia motywacyjna (zazwyczaj między 30 a 60%). Tak więc całkowite wynagrodzenie miesięczne wynosi zazwyczaj około 1200 do 1500 zł brutto. Dyrektor – lekarz ma możliwość, i często z tego korzysta, dodatkowej pracy na oddziale szpitalnym lub w przychodni, a także w pogotowiu ratunkowym.

Jakie predyspozycje są najwyżej cenione u menedżerów? Na pierwszym miejscu wymieniana jest umiejętność współpracy z ludźmi, a także talent organizatorski i konsekwencja w działaniu. Menedżerowie opieki zdrowotnej najwyżej cenią w swoim zakładzie i środowisku fachowość, dobrą atmosferę i dobrą organizację pracy. Zakład opieki zdrowotnej jest specyficznym organizmem, grupującym stosunkowo wysoki odsetek profesjonalistów, jakimi są przede wszystkim lekarze. Grupa lekarska jest hermetyczną zbiorowością o dość dużym stopniu integracji wewnątrzgrupowej i solidarności zawodowej. Lekarze – wolny do niedawna zawód – wysoko cenią sobie własną niezależność i źle znoszą wszelkie ograniczenia i zakazy, związane z niewystarczającymi środkami finansowymi przeznaczanymi na ochronę zdrowia. Niedopuszczalne są również ingerencje menedżera w proces diagnostyczny i leczniczy, aczkolwiek zdarzają się one częściej niż sądzimy, a to za sprawą decyzji o charakterze ekonomicznym. Grupa zawodowa lekarzy postrzegana jest przez menedżerów jako główny przeciwnik zmian i reform. Dopiero na dalszych miejscach znalazły się związki zawodowe i administracja wyższego szczebla (sic!). Zmiany wprowadzane przez menedżerów naruszają dotychczasowe układy i przywileje lekarzy, a także podważają pozycję związków zawodowych. **Zhierarchizowana struktura klinik i oddziałów szpitalnych powoduje mobilizację wszystkich grup pracowniczych do niedopuszczania do zmian funkcjonującej struktury ochrony zdrowia. Nie zaspokojone potrzeby finansowe i brak uregulowań prawnych w otoczeniu nieprzychylnym zmianom stanowią główny powód braku postępu reformy ochrony zdrowia.** Menedżerowie opieki zdrowotnej uświadamiają sobie odpowiedzialność za przeprowadzenie koniecznych zmian systemowych ochrony zdrowia, ale jednocześnie w miarę przedłużania się okresu przejściowego coraz częściej wybierają pracę na własny rachunek, poza sektorem publicznym. Na taki wybór wpływa wiele czynników, takich jak osamotnienie w podejmowanych działaniach, niedoinwestowanie zakładów,

niskie zarobki czy w końcu zagrożenie utratą pracy. **Głównym kierunkiem działalności menedżerów opieki zdrowotnej jest angażowanie personelu medycznego w proces alokacji i kontroli wydatków. Będzie to możliwe dzięki wprowadzeniu, istniejącej w ustawie, ale nie w rzeczywistości, instytucji jednostki samodzielnej. Jednostka samodzielna posiada osobowość prawną, prawo dysponowania pełną sumą nie wykorzystanych środków publicznych, prawo zaciągania kredytów bankowych, prawo ustalania cen dla świadczeń udostępnianych osobom nie uprawnionym, prawo ustalania własnych zasad kształtowania wynagrodzeń. Menedżer jednostki samodzielnej będzie *ex definitione* menedżerem, kierownikiem przedsiębiorstwa kapitalistycznego, o większej autonomii w zarządzaniu, zwłaszcza zasobami ludzkimi, będzie mógł też pozyskiwać środki od dysponentów publicznych, innych niż organ założycielski.**

Michał A. Kornatowski

BIBLIOGRAFIA

- [1] BORKOWSKA-KALWAS T., PĄCZKOWSKA M., *Potrzeby edukacyjne menedżerów opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 4/1992.
- [2] CHRZANOWSKI R., *Poszukiwanie porozumienia między medycznymi i menedżerskimi grupami interesów*, „Antidotum”, 12/1992.
- [3] DANECKA B., *Wyniki socjologicznego badania wśród menedżerów opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 1/1994.
- [4] KUCHARSKI P., *O regulacji prawnej wymagań stawianych osobom na różnych stanowiskach w zakładzie opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 6/1994.
- [5] MIŚKIEWICZ M., *Od dyrektora klinicznego do menedżera*, „Szpital Polski”, 1/1994.
- [6] PASOWICZ M., POŹDZIOCH S., RYŚ A., *Co może dyrektor?* „Szpital Polski”, 2/1994.
- [7] STONER J.A.F., WANKEL Ch., *Kierowanie*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, 1994.
- [8] TYMOWSKA K., *Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – dylematy tworzenia i finansowania*, „Antidotum”, 2/1994.
- [9] Ustawa z 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. Nr 91, poz. 408 i z 1992 r. Nr 63, poz. 315.
- [10] WOJTCZAK K., *Organy publicznego zakładu opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 10/1993.
- [11] WOJTCZAK K., *Uprawnienia władz samorządowych i administracyjnych wobec szpitali*, „Szpital Polski”, 4/1994.
- [12] WOYNAROWSKI M., opr., *Etyczne aspekty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*, „Antidotum”, 7/1992.
- [13] ŻUKOWSKI T., *Lekarz – menedżer, blaski i cienie łączenia funkcji*, „Antidotum”, 5/1993.

Autor jest lekarzem, pracownikiem Biura Ciechanowskiego Konsorcjum Zdrowia, w latach 1991 – 1995 był dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Ciechanowie.