

Zarządzanie na grząskim gruncie

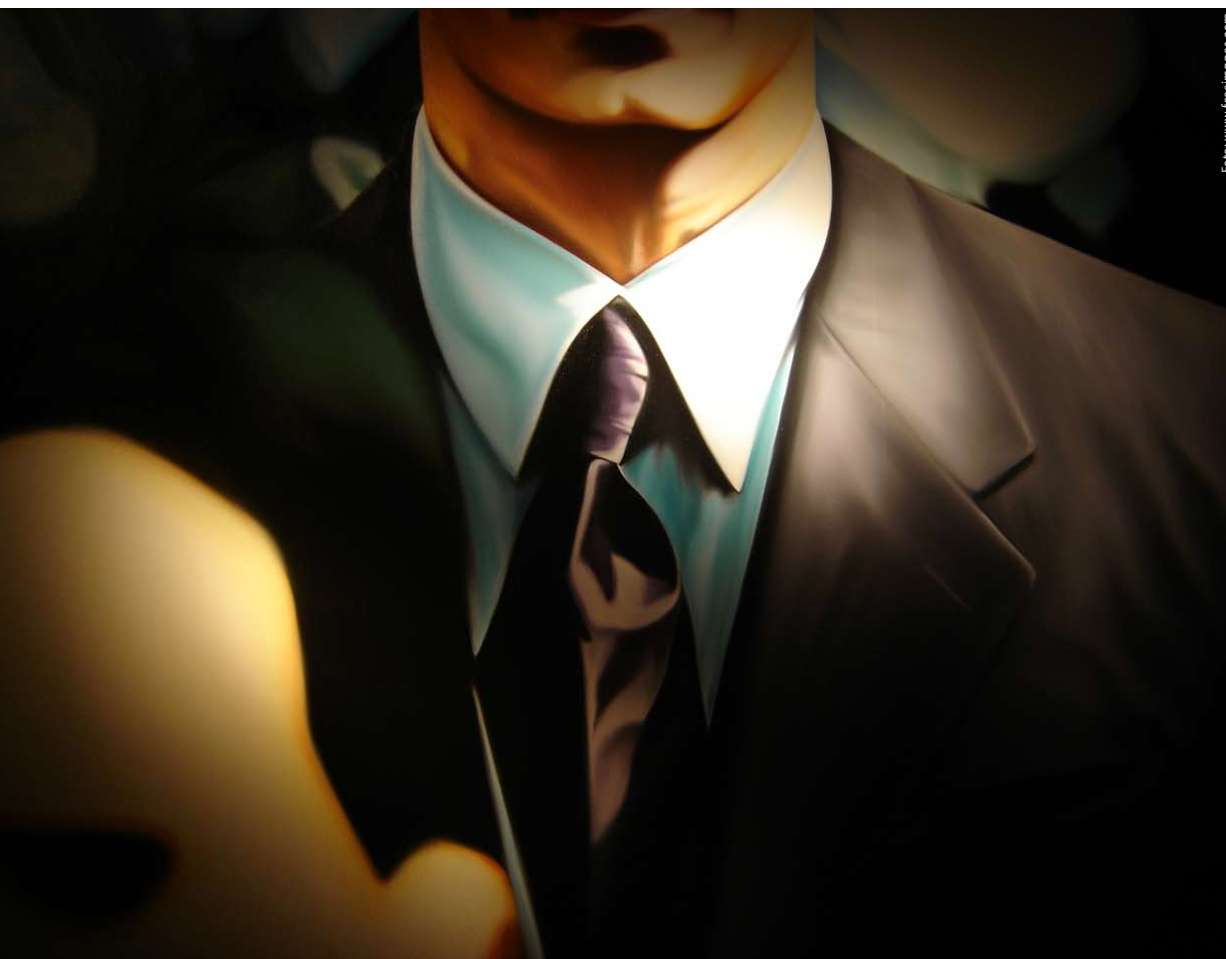


Foto: www.freemages.com

Menedżerowie placówek medycznych nie mają łatwego zadania: rosną wymagania jakościowe, zmienia się dynamicznie prawo, wycena usług przez NFZ od lat pozostaje na zbliżonym poziomie. Małgorzata Majer jest Prezesem Zarządu Głównego i Oddziału Centralnego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej oraz dyrektorem Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi. Rozmawiamy o trudnych czasach zarządzania w ochronie zdrowia.

Co – na dzień dzisiejszy – najbardziej przeszkadza w płynnym zarządzaniu placówką medyczną?

Bez wątpienia brak stabilizacji otoczenia. Nieustanne zmiany przepisów prawnych, wymagań ze strony płatnika oraz innych instytucji, brak równości podmiotów leczniczych (jednostki „budżetowe”

kontra spółki prawa handlowego) utrudniają budowę strategii kierowanych jednostek publicznych i tworzenie dla nich planów finansowych. A bez strategii i planu finansowego, zarządzać jest bardzo trudno.

Każda instytucja finansowa, do której możemy zwrócić się o kredyt lub pożyczkę, oczekuje biznesplanu na okres

potencjalnej spłaty zobowiązań. Trudno jest taki dokument przygotować, tak naprawdę nie wiemy, jaki będziemy mieć przychód w następnych latach oraz jaki będzie rzeczywisty poziom kosztów.

Niezmienna od 2010 roku wycena punktu rozliczeniowego z NFZ powoduje ogromne zagrożenie dla stabilizacji polskich placówek leczniczych. Roś-

nie inflacja. Rosną wymagania NFZ wobec jakości świadczonych przez polskie szpitale usług, a pieniądze za procedury są niezmiennie takie same, w wielu przypadkach nawet mniejsze. I jak pogodzić racjonalność i rozsądek zarządzania z niedoszacowaniem wartości świadczeń, które szpitale oferują pacjentom?

Zdaniem Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, obowiązujące ustawodawstwo dyskryminuje publiczne podmioty lecznicze. To my mamy przykładowo przestrzegać nałożonych przez państwo norm w zakresie zatrudnienia, podczas gdy placówek niepublicznych warunki te nie dotyczą. Inną nieracjonalnością jest brak możliwości świadczenia przez placówki publiczne usług komercyjnych. Powoduje to, że posiadany sprzęt medyczny w bardzo wielu przypadkach nie jest w pełni wykorzystany. Zatem z jednej strony – przepelnione szpitale i brak „leczniczych” mocy przerobowych, z drugiej – sprzęt, który w sprzyjających warunkach mógłby być lepiej wykorzystany.

Jakich reform potrzebuje ochrona zdrowia, aby przybywało dobrze funkcjonujących szpitali?

Od dawna słyszymy o urynkowaniu opieki zdrowotnej, ale póki co nie dotyczy to placówek publicznych. Mimo, że nie zawsze mamy w pełni wykorzystany potencjał, nie możemy z nim wejść na rynek komercyjny.

Oczekujemy zmian przemysłanych, z przewidywalnymi skutkami i rezultatami. Obawiamy się jednak, że po raz kolejny zostaniemy sprowadzeni do roli wykonawców ponoszących odpowiedzialność za wady systemu i niepowodzenia kolejnych „reform”. Jako środowisko zarządzających, chcemy być zauważani również w charakterze organizatorów nowego systemu opieki zdrowotnej, a nie tylko w roli przysłowiowego kozła ofiarnego tego systemu.

Staramy się nadać większe znaczenie pozycji dyrektora szpitala jako menedżera. Coraz częściej stanowiska dyrektorów piastują już nielekarze. Nadal jednak ustawodawca, z niewiadomych nam powodów, większe zaufanie okazuje dyrektorom – lekarzom. Dyrektor – lekarz ma pełną swobodę doboru swoich zastępców. W przypadku, gdy dyrektorem szpitala „publicznego” zostaje przedstawiciel innego zawodu, organ założycielski, czyli samorząd, organizuje konkurs

i wybiera mu „prawą rękę” – zastępcę ds. medycznych.

Jaką ocenę wystawiłaby Pani polskim szpitalom i przychodniom?

Dobry z plusem. Szpitale i przychodnie w ciągu ostatnich kilku lat bardzo (i to w kierunku pozytywnym) się zmieniły. Zaangażowanie środków unijnych przyspieszyło/umożliwiło modernizację obiektów opieki zdrowotnej, doposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną, doszkoliła się także kadra. Wzrosła jakość świadczonych usług i przede wszystkim zwiększyło się bezpieczeństwo pacjentów, o czym świadczy chociażby coraz większa liczba jednostek legitymujących się akredytacją CMJ.

Lepiej radzi sobie ambulatoryjna czy stacjonarna opieka zdrowotna?

Trudno jest jednoznacznie powiedzieć, kto sobie lepiej radzi, ale oceniając po liczbie powstających podmiotów niepublicznych, to lepsze (czytaj: łatwiejsze) warunki rozwoju i funkcjonowania ma ambulatoryjna opieka zdrowotna.

Społeczeństwo od lat negatywnie ocenia ochronę zdrowia. Czy ta opinia zgadza się z rzeczywistością?

Ta opinia jest bardzo krzywdząca i – niestety – kreują ją media. Opiekę zdrowotną i pracowników systemu ocenia się przez pryzmat zdarzeń niepożądanych. Codziennie w Polsce z usług szpitali i poradni korzysta kilka milionów osób, a społeczeństwo dowiaduje się tylko o przypadkach nagannych. Stara maksyma handlowców mówi, że jeden niezadowolony klient zrobi więcej zła, niż 100 zadowolonych – dobrego. I podobnie jest w ocenie opieki zdrowotnej. Wystarczy informacja o nietrzeźwym lekarzu lub pielęgniarce, aby cień pał na cały polski personel medyczny. Nie wiem, czy poza pracownikami opieki zdrowotnej są inne grupy zawodowe stojące pod tak dużym, nieustannym pręgierzem.

Skąd biorą się dysproporcje pomiędzy świetnie wyposażonymi szpitalami, a placówkami w zapaści, borykającymi się z rosnącym zadłużeniem? Czy to kwestia zdolności zarządzania?

Często – niestety – o sytuacji jednostki nie decydują umiejętności zarządcze dy-

rektora, ale warunki, w jakich funkcjonuje jednostka. Podam jeden z przykładów: w oparciu o aktualne potrzeby i warunki kontraktowe, dyrektor podejmuje decyzję o rozwoju jednostki. Przygotowywane są wnioski mające na celu pozyskanie środków finansowych, kupowany jest sprzęt diagnostyczny lub uruchamiana nowa działalność medyczna. Następnie ogłaszany jest przez NFZ konkurs, w którym podawane są zmienione wymagania. Działania dyrektora okazują się „nietrafione”. Pogarsza się sytuacja finansowa jednostki, a menedżera obarcza się zarzutami o niegospodarność. Inny przykład: przesuwanie w czasie decyzji, z realizacją których wiążą się znaczne nakłady finansowe (np. dostosowanie jednostek do wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia). Dyrektor, który dołożył wszelkiej staranności, aby kierowaną przez siebie jednostkę dostosować do wymagań w założonym czasie, może zamiast pochwał przełożonych doznać krytyki.

Innym problemem jest „upolitycznienie” publicznej opieki zdrowotnej. Restrukturyzacja, przekształcenie – to bardzo niepopularne hasła. Aby móc zrealizować zmiany, a często są one niezbędne, potrzebne jest przekonanie o słuszności podejmowanych działań i determinacja, zarówno dyrektora jak i właściciela.

Tak jak każda grupa zawodowa, nie jesteśmy w 100% idealni, ale obwinianie nas za wszystkie błędy systemu jest mocno krzywdzące. Bez wątpliwości dyrektor ponosi odpowiedzialność za własną pracę, jednak pamiętać należy, że szpital to setki pracowników i pacjentów oraz niezliczona liczba zdarzeń. W takiej organizacji, mimo największej staranności, mogą wystąpić niepożądane incydenty. Zbyt często – moim zdaniem – jedno negatywne wydarzenie, nawet nie bezpośrednio zawinione przez dyrektora, przekreśla karierę i niweluje jego pozytywne dokonania. Nagminnie pracownicy medyczni i szpitale są oceniani przez pryzmat takich właśnie zdarzeń.

Jak polscy menedżerowie wypadają na tle kolegów z innych Państwa UE?

Nie brakuje nam wiedzy, mamy jednak znacznie gorszą pozycję, także finansową. Dyrektor publicznej jednostki opieki zdrowotnej ponosi pełną odpowiedzialność za jej funkcjonowanie, jego dochody są całkowicie jawne, a w hierarchii płac zazwyczaj jest na odległej pozycji. W roku ubiegłym Członkowie Stowarzy-

szenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ) uczestniczyli w międzynarodowym projekcie „Dobre praktyki zarządzania francuskimi placówkami medycznymi w transformacji polskich podmiotów leczniczych do wymogów Unii Europejskiej”, realizowanym w ramach programu „Uczymy się przez całe życie”, finansowanym przez Unię Europejską (Program Leonardo da Vinci). Mieliśmy możliwość m.in. zapoznania się z systemem kształcenia i zatrudniania dyrektorów we Francji. Jest to system uregulowany, w którym określone są zarówno zasady kształcenia, jak i zatrudniania dyrektorów szpitali publicznych. O szczegółach mogli usłyszeć uczestnicy tegorocznego Forum „Innowacyjna Ochrona Zdrowia 2014” w trakcie sesji „Nowoczesny Menedżer”, zorganizowanej przez Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ).

W Polsce, niestety, brak jest ujednoczonych wymagań dla osób kandydujących na stanowisko dyrektora oraz zasad ich wynagradzania; nie ma systemu podnoszenia kwalifikacji – jedni dyrektorzy się szkolą, inni nie. I nie ma to żadnego przełożenia na ich wynagrodzenie i ocenę stawianą przez właściciela.

Jestem zwolenniczką kontraktowego zatrudniania dyrektorów, z wynagrodzeniem adekwatnym do osiągniętych rezultatów, stopnia realizacji celów lub

skuteczności wykonywanych zadań – oczekiwanych czy to przez samorządy, polityki regionalne i krajowe, czy właścicieli placówki.

Czy istnieją twarde zasady zarządzania w ochronie zdrowia, którymi powinien się kierować każdy menedżer?

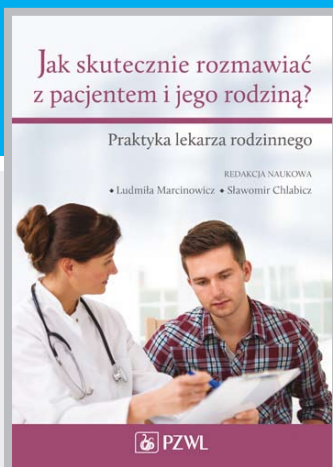
Sposobów zarządzania jest wiele i to, jaki styl wybierze dyrektor, zależy od jego preferencji i środowiska, w którym zarządza. Dla mnie ważne są: konsekwencja, szczerość i szacunek w stosunku do współpracowników. Szpital to nie tylko budynki i aparatura, ale przede wszystkim personel. To ludzie pracujący w danej jednostce kreują jej wizerunek, odpowiadają za jakość świadczonych usług i bezpieczeństwo pacjentów. Zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej jest w głównej mierze zarządzaniem zasobami ludzkimi. Nikt, nawet najlepiej wykształcony menedżer, nic nie zdziała bez wsparcia choćby najbliższych współpracowników. O umiejętności współpracy z właścicielem wspominałam już wcześniej.

Moim zdaniem, zarządzanie w sektorze zdrowia jest wypadkową elementów systemu opieki zdrowotnej, tj. finansowania jednostek opieki zdrowotnej, samodzielności dyrektora oraz wsparcia ze strony właściciela. ●



„Często o sytuacji finansowej nie decydują umiejętności zarządcze dyrektora, ale warunki w jakich funkcjonuje.”

od redakcji



PREZENTY DLA CZYTELNIKÓW

„Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną?”
Ludmiła Marcinowicz / Sławomir Chłabicz

„Transe – Traumy - Transgresje”
Maria Janion / Kazimiera Szczuka



Jak otrzymać prezent?

Wystarczy napisać do nas e-mail na adres czasopismo@osoz.pl z krótkim uzasadnieniem, dlaczego chcielibyście Państwo otrzymać wybrany prezent. Te najbardziej przekonujące nagrodzimy. Na e-maile czekamy w terminie do 5 listopada 2014 r.

„Przysłanie korespondencji e-mail stanowi zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w korespondencji do celów związanych z rozstrzygnięciem konkursu i przez czas jego trwania. Administrator Danych Osobowych, to jest KAMSOFIT S.A. (wydawca miesięcznika OSOZ) z siedzibą w Katowicach przy ul. 1 Maja 133, wpisana przez Sąd Rejonowy Katowice – Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy KRS do Rejestru Przedsiębiorców pod nr KRS 0000345075 informuje, iż przesłanie danych osobowych jest fakultatywne, dane wykorzystane zostaną wyłącznie na potrzeby rozstrzygnięcia konkursu, po zakończeniu konkursu dane zostaną usunięte. Przez czas trwania konkursu osobie, której dane dotyczą przysługuje uprawnienie do dostępu do treści przekazanych w korespondencji e-mail danych oraz ich poprawienia”.