

Zmiany w postrzeganiu ról zawodowych menedżerów medycznych w publicznym szpitalu

Małgorzata Striker

Katedra Zarządzania Zasobami Ludzkimi, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Łódzki

Celem artykułu jest zbadanie zmian w postrzeganiu ról zawodowych menedżerów medycznych (przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek), będących skutkiem ekonomizacji i wzrostu znaczenia zarządzania w ochronie zdrowia. Przeprowadzono analizę wyników badań prezentowanych w literaturze przedmiotu oraz wykorzystano wyniki badań zrealizowanych wśród pracowników medycznych, pracujących na oddziałach w trzech publicznych szpitalach w Polsce. Badania potwierdziły dwoistość roli ordynatora oddziału i różnice w spojrzeniu na te problemy pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami. Pielęgniarki oczekują, że kierownik, łącząc funkcje medyczne i zarządcze, będzie przede wszystkim sprawnym menedżerem, delegującym uprawnienia w zakresie leczenia pacjentów usamodzielnionym lekarzom. Wśród lekarzy wyraźne jest dążenie do bycia kierowanym przez mistrza w konkretnej specjalności medycznej. Z uwagi na jakościowy charakter przeprowadzonych badań przedstawione wyniki nie są reprezentatywne, otwierają jednak obszar do dalszych działań, sygnalizując problem oceny efektów zwiększania roli zarządzania i ekonomii w medycynie.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, zarządzanie w szpitalu, przywództwo, ordynator

Wprowadzenie

Dość powszechnie jest przekonanie, że ochrona zdrowia w Polsce staje się coraz bardziej zbliżona do działalności gospodarczej i chętnie czerpie doświadczenia z biznesu. Pojawiły się podmioty prywatne, których celem jest osiągnięcie efektywności ekonomicznej, podobny wymóg od 2011 roku stawiany jest szpitalom publicznym. W szpitalach stosowane są biznesowe metody i techniki zarządzania, takie jak *outsourcing*, *lean management*, budżetowanie, zarządzanie

jakością (Nęcki, Kęsy, 2013). Jednak jak podkreśla M. Kautsch (2010) podejście do zarządzania w ochronie zdrowia bardzo często opiera się na stwierdzeniu, że jest to sektor specyficzny, więc nie jest możliwe zastosowanie narzędzi zarządczych wykorzystywanych w innych sektorach gospodarki.

Menedżerowie medyczni (nazywani też klinicznymi), czyli lekarze i pielęgniarki łączący zawód medyczny z funkcjami kierowniczymi, identyfikowani są jako kluczowi aktorzy, którzy mają istotny wpływ na podejście pracowników medycznych do wydajności, a tym samym wpływają na efektywność całej organizacji. Celem artykułu jest zbadanie kierunków zmian w postrzeganiu ról zawodowych menedżerów medycznych (przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek), będących skutkiem ekonomizacji i wzrostu znaczenia zarządzania w ochronie zdrowia. Dla realizacji tego celu przeprowadzono analizę wyników badań prezentowanych w literaturze przedmiotu oraz wykorzystano wyniki badań zrealizowanych wśród pracowników medycznych pracujących na oddziałach w trzech publicznych szpitalach w Polsce. W badaniach wykorzystano obserwacje własne autorki, wyniki sześciu wywiadów nieustrukturalizowanych, przeprowadzonych z czterema ordynatorami oddziałów i dwoma pielęgniarkami oddziałowymi w trzech publicznych szpitalach oraz badania ankietowe, przeprowadzone wśród lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach w dwóch szpitalach publicznych. Pytania zarówno w wywiadach, jak i w kwestionariuszu ankiety odnosiły się do oceny zjawisk związanych z wpływem na funkcjonowanie szpitali aspektów ekonomicznych oraz opinii, kim powinien być kierownik oddziału – lekarzem, biorącym pod uwagę tylko uwarunkowania medyczne, czy menedżerem, uwzględniającym perspektywę ekonomiczną i dbającym o wynik finansowy oddziału.

Wzrost znaczenia zarządzania i ekonomii w funkcjonowaniu publicznych szpitali

W większości krajów rozwiniętych zarówno na świecie, jak i w Polsce obserwowane są istotne zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Rosnący popyt na usługi zdrowotne i – co za tym idzie – rosnące koszty opieki medycznej oraz presja społeczna ukierunkowują wprowadzane zmiany na zwiększenie roli zarządzania w celu poprawy efektywności funkcjonowania tej sfery. Obserwowane są procesy implementacji metod właściwych dla biznesu. Otwierają one nowe obszary dla badań naukowych, których przedmiotem jest m.in. zdefiniowanie ról kierowniczych w placówkach opieki zdrowotnej i włączanie w proces zarządzania profesjonalistów medycznych. Widoczne są dwa podejścia do tego problemu: szkoła biznesowa i szkoła krytyczna. Podejście biznesowe zakłada, że opieka

zdrowotna jest normalnym sektorem, a zarządzanie szpitalem nie różni się od zarządzania przedsiębiorstwem, zwłaszcza w zakresie określania celów i stosowania metod zarządczych. Z kolei w podejściu krytycznym wskazuje się, że ochrona zdrowia jest sektorem szczególnym i w zarządzaniu powinny być stosowane inne metody niż w biznesie. Odmienność tego sektora nie pozwala na proste przeniesienie metod zarządzania a profesjonalizacja menedżerów w ochronie zdrowia jest specyficzna, ponieważ jest zdeterminowana przez polityczne okoliczności (Noordegraaf, Meulen, 2008).

Wprowadzanie zmian i ciągłe reformy systemów ochrony zdrowia, charakterystyczne dla większości krajów rozwiniętych na świecie, spowodowały pojawienie się menedżerów medycznych oraz kształtowały ich pozycję i rolę w tym systemie. Badając historię i uwarunkowania przywództwa w systemie ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii, S.G. Willcocks (2012) wskazuje, że istotnym czynnikiem zmieniającym pozycję menedżerów w ochronie zdrowia były etapy reformy narodowej służby zdrowia (National Health Service, NHS).

Również w Polsce publiczne szpitale w ostatnich 20 latach były kilkakrotnie przekształcane. Wprowadzane zmiany wpływały na zmianę ról i zadań kadry kierowniczej na wszystkich szczeblach zarządzania szpitalem. Kiedy szpitale funkcjonowały w ramach zakładów lub jednostek budżetowych, funkcja dyrektora zespołu ograniczała się do administrowania jednostką i realizowania wytycznych ustalonych na szczeblu centralnym. Wprowadzenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie zmieniło w znaczący sposób funkcjonowania publicznych szpitali, nie wystarczyło czasu na rzetelne przeprowadzenie przez organy założycielskie analizy zakresu i charakteru działalności oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania. Dopiero po wprowadzeniu systemu ubezpieczeniowego dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej z biernych administratorów przekształcali się stopniowo w aktywnych przywódców, wykorzystujących profesjonalne narzędzia zarządzania (Austen-Tynda, Frączkiewicz-Wronka, 2009). Dość powszechnie jest przekonanie, że ochrona zdrowia w Polsce staje się coraz bardziej zbliżona do działalności gospodarczej i chętnie czerpie doświadczenia z biznesu. Pojawiły się podmioty prywatne, których celem jest osiągnięcie efektywności ekonomicznej, podobny wymóg od 2011 roku stawiany jest szpitalom publicznym. W szpitalach stosowane są biznesowe metody i techniki zarządzania, zdecydowanie częściej niż jeszcze 10 lat temu na stanowiska kierownicze powoływane są osoby o wykształceniu innym niż lekarskie – pielęgniarki, położne, prawnicy, ekonomiści, inżynierowie (Nęcki, Kęsy, 2013).

Reguły gospodarki liberalnej wprowadzane w systemie ochrony zdrowia narzucają konieczność sprostania wymogom stawianym przez rynek. Z drugiej strony zdrowie jest wartością często stanowiącą kartę przetargową w grze

politycznej. Tym samym efektywność ekonomiczna jako podstawowy paradygmat funkcjonowania organizacji nie zawsze jest możliwa do uzyskania, co stawia pod znakiem zapytania możliwość tradycyjnego rozumienia ról menedżerów w ochronie zdrowia (Frączkiewicz-Wronka, 2009). I. Rudawska (2007) wskazuje na różne aspekty badania efektywności w opiece zdrowotnej; oprócz efektywności ekonomicznej istotna jest efektywność społeczna, rozumiana jako stopień realizacji celów społecznych ochrony zdrowia.

Podstawowym ograniczeniem wprowadzania w systemie ochrony zdrowia zasad rynkowych właściwych dla biznesu jest asymetria informacji pomiędzy profesjonalistą medycznym a pacjentem (konsumentem), którego można przekonać do konieczności wykonania niemal dowolnego świadczenia medycznego (Biardzki, 2014). Coraz częściej dominują głosy, że wolny rynek i swoboda uruchamiania działalności medycznej nie doprowadzą do stanu równowagi pomiędzy popytem a podażą usług medycznych i nie zwiększą racjonalności wydatkowania środków publicznych na ochronę zdrowia (Murkowski, 2014).

Spór dotyczący tego, czy wprowadzenie zasad rynkowych w ochronie zdrowia było właściwym posunięciem rośnie zwłaszcza w okresie podpisywania lub aneksowania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Prowadzone dyskusje są bardzo emocjonalne i nastawione na realizację sprzecznych interesów stron konfliktu, ale wyraźnie pokazują zróżnicowanie poglądów w sprawie wprowadzenia zasad gospodarki rynkowej w ochronie zdrowia. „Jednym z najbardziej obraźliwych zarzutów, jakie minister zdrowia Bartosz Arłukowicz – w swoim mniemaniu – postawił lekarzom z Porozumienia Zielonogórskiego w czasie niedawnego konfliktu o kontrakty na rok 2015, było to, że zachowują się jak biznesmeni, a nie jak lekarze. Jego zdaniem nie powinni oni kierować się zasadą zysku jak w biznesie, ale – po prostu – leczyć chorych niezależnie od tego, czy przyniesie im to zysk, czy stratę. (...) Poparł w ten sposób coraz powszechniejsze wśród polityków, związkowców, pracowników służby zdrowia i zwykłych ludzi przekonanie, że to właśnie zysk jest głównym winowajcą złej sytuacji w lecznictwie. Z powodu dążenia do zysku szpitale nie przyjmują uciążliwych chorych, zwalniają lekarzy i pielęgniarki, skąpią pieniądze na badania i leki, obniżają wynagrodzenia pracowników. Z powodu dążenia do zysku NFZ wprowadza limity na leczenie, a szpitale i przychodnie nie chcą leczyć poza limitem. Coraz wyraźniej słychać głosy, którym towarzyszy żądanie: znieść zasadę zysku w ochronie zdrowia!” (Bukiel, 2015).

M. Biardzki (2014) podkreśla, że niewidzialna ręka rynku sprawia, że w ochronie zdrowia jest niesymetryczny rozwój „w nadmiarze tego, co się opłaca i totalny brak tego, co nieopłacalne”. To wycena świadczeń medycznych, a nie potrzeby pacjentów ma podstawowe znaczenie dla kształtowania liczby podmiotów leczniczych i ich specjalności.

Jeszcze ostrzej wypowiada się J.R. Łuczak (2014), charakteryzując obecne od lat nie tylko w Polsce zjawisko nadrozpoznań, czyli „praktyki rozpoznawania jako choroby lub wskazania czegoś, co chorobą ani wskazaniem nie jest, by usprawiedliwić podjęcie diagnostyki lub terapii”, najczęściej w celu uzyskania korzyści. W wyniku tych nadrozpoznań wykonywane są neutralne dla pacjenta procedury, które nie przynoszą żadnych korzyści. Niestety, zdarza się również, że wykonywane są świadczenia niepotrzebne, ryzykowne czy wręcz szkodliwe. Na rynku usług medycznych zwiększa się więc liczba dostawców zorientowanych na zysk, wykonujących procedury opłacalne, którzy dodatkowo wykorzystują naciski polityczne i medialne, aby zwiększyć dostępność tych świadczeń.

Zmiana roli menedżera medycznego – przegląd literatury

W krajach rozwiniętych na całym świecie, a zwłaszcza w Europie i Stanach Zjednoczonych prowadzone są debaty na temat sposobów zarządzania szpitalami i szerzej całym systemem opieki medycznej, które pozwoliłyby wyeliminować opisane w poprzednim punkcie dysfunkcje. To z kolei przekłada się na menedżerów i pracowników medycznych, zmieniają się wyzwania stawiane przed kierownikami na wszystkich szczeblach zarządzania (dyrektorami placówek medycznych, ordynatorami i pielęgniarkami oddziałowymi) (Townsend, Wilkinson, 2010), a także przed profesjonalistami medycznymi, którzy dotychczas zajmowali się wyłącznie stroną medyczną swojej praktyki. Obecnie coraz więcej naukowców na świecie zauważa konieczność zaangażowania wszystkich lekarzy w realizację funkcji kierowniczych, podkreślając, że brak takiego zaangażowania może mieć szkodliwy wpływ na opiekę nad pacjentem (Chapman, Johnson, Kilner, 2014).

Dokonany przegląd badań z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia pokazuje, że autorzy identyfikują menedżerów medycznych jako kluczowych agentów, którzy mają istotny wpływ na podejście pracowników medycznych do wydajności, a tym samym wpływają na efektywność całej organizacji (Hutchinson, Purcell, 2010). Na przykład w Wielkiej Brytanii w ciągu ostatnich dekad kierownicy medyczni najniższego szczebla przejęli dużą odpowiedzialność za zarządzanie szczególnie w obszarze zasobów ludzkich, zarządzania finansami (koszty i przychody realizacji świadczeń medycznych) oraz implementacji polityki jakości. Badania S. Hutchinson i J. Purcell (2010) pokazały, że do tradycyjnych obowiązków klinicznych kierownikom dodano zarządzanie budżetem, zakupami, zarządzanie ścieżką leczenia pacjenta, jak również rozległy zakres obowiązków w zakresie zasobów ludzkich. Jednak wśród lekarzy i pielęgniarek panuje dość powszechne przekonanie, że to praca kliniczna powinna dominować w zadaniach

menedżerów medycznych. Kluczowym ograniczeniem efektywnego zarządzania jest brak odpowiednich umiejętności i wiedzy, częściowo z powodu braku odpowiednich szkoleń, a częściowo z oporów w zwalnianiu pracowników na formalne szkolenia z zakresu zarządzania. Coraz częściej podkreślana jest (Alistair, 2013) konieczność wzmocnienia klinicznych menedżerów poprzez jasne określenie ich uprawnień i odpowiedzialności.

Kierownicy, którzy jednocześnie są lekarzami lub pielęgniarkami, muszą odnaleźć się pomiędzy regulacjami należącymi do dwóch różnych światów – medycyny i ekonomii. E. Wikström i L. Dellve (2009) wskazują, że część profesjonalistów medycznych wiąże próby wprowadzania systematycznego zarządzania i kontroli z ograniczeniem autonomii specjalistów i deprofesjonalizacją. Inni twierdzą, że następuje zmiana roli profesjonalisty medycznego, która coraz częściej nazywana jest hybrydową, wymagającą połączenia ról medycznych i menedżerskich. Wywołuje to napięcia i konflikty pomiędzy grupami zawodowymi (szczególnie lekarzami) a administracją zarządczą w szpitalach. Wytyczne ekonomiczne rzadko kiedy zgadzają się z priorytetami medycznymi, co skutkuje koniecznością udzielania świadczeń medycznych w sytuacji obniżonej swobody decyzyjnej lekarza i sprzeczności pomiędzy formalnymi i nieformalnymi wymaganiami. Dlatego też menedżerowie medyczni postrzegani są jako czynnik stabilizujący, amortyzujący sprzeczne wytyczne. Również w Stanach Zjednoczonych presja ograniczania kosztów, skracania pobytów w szpitalu i mniej elastyczne procedury leczenia powodują wzrost stresu w zespołach medycznych. Menedżerowie kliniczni powinni zajmować pozycję pośrednią pomiędzy zarządzającymi szpitalem a lekarzami, przywracać równowagę pomiędzy kwestiami klinicznymi a ekonomicznymi i pomagać członkom zespołu w pracy w nowych warunkach (Smits i in., 2014).

W badaniach kierowników w szwedzkich szpitalach (Nilsson, Sandoff, 2015) zaobserwowano dużą podejrzliwość lekarzy wobec wszelkich zmian proponowanych przez zarząd. Personel medyczny podkreślał swój podstawowy obowiązek związany z leczeniem pacjenta i często wskazywano, że zaproponowane zmiany z nim kolidują. W badanych organizacjach zauważono silną władzę zawodową, kulturę scharakteryzowaną jako konserwatywną, mechanistyczną i sformalizowaną. Menedżerowie opierali się na autorytecie medycznym, uzyskanym w trakcie wykonywania zawodu i wynikającym z wiedzy i doświadczenia w leczeniu pacjentów, a nie na formalnym mandacie czy formalnym prawie do podejmowania decyzji. Zauważono, że wśród pracowników medycznych brakuje świadomości roli i znaczenia menedżera, a także znaczenia przywództwa, znajomości i umiejętności wywierania wpływu na innych pracowników.

G. Caldwell (2014) wskazuje, że brak wiedzy i umiejętności z zakresu zarządzania powoduje, że lekarze często przenoszą do zarządzania autorytarne zasady

postępowania, właściwe dla leczenia ostrych przypadków, kiedy nie ma czasu na wyjaśnienia i negocjacje. Oznacza to, że kierowanie opierają przede wszystkim na kontroli, wydawaniu poleceń oraz oczekiwaniu bezwzględnego posłuszeństwa i poświęcenia, co uzasadniają specyfiką ochrony zdrowia.

W Australii również znaczna część lekarzy pełni role kierownicze w ochronie zdrowia bez formalnego wykształcenia w tym zakresie, pomimo że od 1963 roku działa Royal Australasian College of Medical Administrators (RACMA), uczelnia przygotowująca lekarzy do pełnienia ról kierowników medycznych i szefów służb zdrowia (MacCrick, 2014).

P. Angood i D. Shannon (2014) stoją na stanowisku, że kompetencje zarządcze i wiedza ekonomiczna są niezbędne nie tylko dla osób zajmujących formalne stanowiska kierownicze w ochronie zdrowia – dyrektorów, ordynatorów czy pielęgniarek oddziałowych. Ograniczenia przychodów, zwiększone kontrole prowadzone przez płatników powodują, że lekarze bez względu na zajmowane stanowisko muszą być włączani w proces zarządzania. W związku z tym powinni mieć wiedzę z zakresu finansów, zarządzania czy prawa, aby mogli analizować dane dostarczane przez innych specjalistów – prawników, księgowych, ekonomistów, specjalistów od zarządzania ryzykiem w ochronie zdrowia. Ponadto lekarze są odpowiedzialni za dużą część ponoszonych kosztów leczenia, więc tylko oni mają wpływ na finansowy wynik organizacji, w której pracują. Są postrzegani też jako agenci zmian. Skuteczne i realne zmiany w ochronie zdrowia będą możliwe tylko wtedy, gdy będą wprowadzane i akceptowane na pierwszej linii opieki nad pacjentem. Szpital i inne organizacje medyczne mają odwróconą strukturę władzy, w której ludzie na dole zwykle mają większy wpływ na podejmowanie decyzji niż ci, którzy są nominalnie na górze struktury organizacyjnej.

W Polsce wraz ze zmianą zadań i roli dyrektora szpitala zmieniają się również wymagania stawiane ordynatorom oddziałów. Tradycyjnie kierownikiem oddziału był ordynator, który przede wszystkim odpowiadał za proces leczenia pacjentów: do jego obowiązków należał nadzór nad prowadzeniem leczenia, procedurami diagnostycznymi, leczniczymi i terapeutycznymi. Na tym stanowisku największe znaczenie miały kompetencje medyczne – wiedza teoretyczna i kliniczna. Jednocześnie wraz z wprowadzeniem kontraktów i wzrostem znaczenia efektywności ekonomicznej szpitali personel medyczny coraz częściej włączany jest w proces zarządzania (Striker, 2011).

Wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia zasad rynkowych i ekonomicznych wywołuje wśród niektórych profesjonalistów medycznych obawy przed ograniczeniem autonomii zawodowej. Nałożenie na szpital, a co za tym idzie, na lekarzy i pielęgniarki obowiązku działania zgodnie z przepisami (na przykład limitującymi świadczenia zdrowotne, nakładającymi konieczność bilansowania

się szpitala) przeciwstawiają, często w bardzo emocjonalnych wypowiedziach, zasadzie ochrony życia ludzkiego. „Wiele szpitali codziennie naraża życie i zdrowie pacjentów, oszczędzając na personelu medycznym, lekach, sprzęcie czy procedurach – byleby tylko nie popaść w zadłużenie. (...) Szpital nie będzie już miejscem, gdzie bezwzględnie przestrzega się zasady ochrony życia ludzkiego, ale gdzie wykonuje się procedury przewidziane przez państwo” (Bukiel, 2014).

M. Banach (2014) zauważa, że w szpitalach dominują kierownicy medyczni, dla których „wynik finansowy jest najmniej ważnym albo w ogóle nieistotnym wyznacznikiem funkcjonowania jednostki. Na szali leżą inne wartości – dobro pacjenta, godne wynagrodzenie i warunki pracy dla lekarzy oraz pozostałego personelu. I trudno się nie zgodzić, że te wartości powinny być brane pod uwagę i zawsze, szczególnie dobro pacjenta, być priorytetem. Ale ten priorytet nie zwalnia z troski o poprawny bilans finansowy. Możliwe jest pogodzenie obu rzeczy: troski o dobro pacjenta i troski o wynik finansowy. Kierownik (...) nie powinien tracić z pola widzenia obu tych zadań. Bo inaczej dobro pacjenta i pracowników stanie pod znakiem zapytania, gdy tej trzeciej, finansowej troski zabraknie”.

Rosnące znaczenie rynku i praw ekonomicznych sprawia, że aby przetrwać, wszystkie organizacje muszą umieć dostosowywać się do turbulentnych warunków. M. Kautsch (2011) wskazuje, że organizacje ochrony zdrowia poddają się zmianom dość opornie, a jednym z powodów jest brak umiejętności i wiedzy z zakresu zarządzania pracownikami niższego szczebla kierowniczego. W 2011 roku przeprowadzono badania ilościowe dotyczące diagnozy zapotrzebowania na wiedzę menedżerską wśród wybranych grup pracowników szpitali. Wyniki nie są optymistyczne: „lekarze i pielęgniarki bagatelizują wiedzę menedżerską jako mało im przydatną, nie są przygotowani do pełnienia funkcji kierowniczych” (Nęcki, Kęsy, 2013, s. 150), „tematyka szkoleń z zakresu ekonomii i zarządzania w szpitalach doceniana jest w niewielkim stopniu, dominuje tradycyjne przywiązanie do zdobywania wiedzy z zakresu medycyny” (Nęcki, Kęsy, 2013, s. 192).

Wyniki badań własnych

Przedstawione w poprzednich dwóch punktach zmiany w funkcjonowaniu placówek ochrony zdrowia wpływają na sposób sprawowania funkcji kierowniczych przez lekarzy nie tylko na szczeblu dyrektora podmiotu leczniczego, ale także kierowników niższego szczebla – ordynatorów, chociaż w świetle przywoływanej wcześniej koncepcji odwróconej piramidy organizacyjnej w szpitalu, trudno wskazać, który szczebel zarządzania jest niższy, a który wyższy. Prowadzone przez autorkę w 2011 roku badania na temat wpływu przekształceń publicznych szpitali

na rolę i zadania kierownika oddziału pokazały, że w badanych szpitalach system kierowania oddziałem miał charakter bardzo tradycyjny (Striker, 2011). Chociaż kierownicy nie zawsze nazywani byli ordynatorami, to w dokumentach (np. zakresach obowiązków) i praktyce wyraźny był w dalszym ciągu wpływ rozwiązań z lat 60. ubiegłego wieku. Zadania ordynatorów koncentrowały się na sferze medycznej i nadzorze nad rozwojem zawodowym podległych lekarzy. W dość ograniczonym stopniu włączani byli lub chcieli być włączani w proces zarządzania i podejmowania decyzji w sferze ekonomicznej. Podobne wyniki uzyskano w roku 2014, przeprowadzając sześć pilotażowych wywiadów z czterema ordynatorami i dwoma pielęgniarkami oddziałowymi w dwóch publicznych szpitalach. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki bardzo niechętnie wypowiadali się o swojej pracy w bezpośredniej rozmowie. Wszystkie osoby, z którymi przeprowadzono wywiady, podkreślały, że zajmują się przede wszystkim stroną medyczną. Rozmówcy nie chcieli podejmować tematów związanych z zarządzaniem lub finansami oddziału. Autorka postanowiła zatem do badań włączyć pracowników oddziałów szpitalnych i zapytać w anonimowej ankiecie, jakie ich zdaniem role powinien pełnić ordynator szpitala oraz w jakim stopniu na funkcjonowanie współczesnych szpitali wpływa urynkowanie i kontraktowanie usług medycznych.

Kwestionariusze rozdano 250 pracownikom wybranych oddziałów w dwóch publicznych szpitalach. Otrzymano zwrot 119 wypełnionych arkuszy. Wśród badanych było 52 lekarzy i 50 pielęgniarek, pozostałe osoby albo zaznaczyły odpowiedź „inne” (dziewięć ankiet), albo nie udzieliły żadnej odpowiedzi (osiem ankiet). Wiek i staż pracy ankietowanych był dość zróżnicowany. Ponad 40% stanowiły osoby pracujące dłużej niż 20 lat, najmniejszą grupę stanowiły osoby pracujące krócej niż rok (1,7%). Z uwagi na specyfikę zawodu pielęgniarki i stosunkowo duże sfeminizowanie zawodu lekarza w wybranych szpitalach kobiety stanowiły ponad $\frac{3}{4}$ wszystkich badanych.

Analizując odpowiedzi dotyczące opinii badanych na temat wpływu ekonomizacji na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, nie zauważono zróżnicowania opinii ze względu na wykonywany zawód, wiek czy staż pracy respondentów. Pracownicy oddziałów szpitalnych zauważają opisane w pierwszej części artykułu skutki wprowadzenia kontraktów na świadczenia medyczne oraz presji na osiąganie wyników finansowych w szpitalach. Zdecydowana większość badanych potwierdza, że w szpitalach chętniej przyjmowani są pacjenci, których leczenie jest korzystnie wycenione w kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia (96 osób, 84% udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”). Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze potwierdzają, że pacjenci mają wykonywane dodatkowe procedury medyczne wynikające z kontraktu, a nie ze wskazań medycznych (89 osób, 79% badanych zaznaczyło odpowiedź „zdecydowanie tak”

lub „raczej tak”). Ich zdaniem przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu określonej metody leczenia bierze się pod uwagę oprócz wskazań medycznych wysokość środków przewidzianych na jej realizację (85 osób, 75% badanych wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”). Respondenci uważają, że w szpitalach jest potrzebny rachunek indywidualnych kosztów leczenia poszczególnych pacjentów (aż 109 osób, 94% udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”). Jednak w sytuacji, kiedy koszty leczenia są wyższe niż środki przewidziane w kontrakcie na leczenie na danym oddziale, szpital nie powinien rezygnować z takiej umowy – uważają tak 72 osoby (64% badanych).

Tabela 1. Rozkład odpowiedzi badanych lekarzy na pytanie, jaki powinien być współczesny ordynator (kierownik) oddziału

Ordynator = lekarz powinien:		Ordynator = menedżer powinien:	
być przede wszystkim mistrzem, najlepszym specjalistą, mieć największą wiedzę i doświadczenie w zakresie leczenia pacjentów,	85%	być przede wszystkim sprawnym kierownikiem, oprócz wiedzy medycznej mieć wiedzę, doświadczenie i umiejętności w zakresie zarządzania,	15%
koncentrować się na działalności medycznej,	92%	koncentrować się na zarządzaniu,	8%
decydować o wyborze metod leczenia, ponosić całkowitą odpowiedzialność za leczenie pacjentów,	73%	delegować odpowiedzialność za leczenie pacjentów lekarzom prowadzącym, koordynować działania samodzielnych lekarzy,	27%
odpowiadać za rozwój zawodowy podległego personelu, podejmować kluczowe decyzje w tym zakresie,	19%	wspierać rozwój zawodowy personelu (pracownicy powinni móc samodzielnie podejmować decyzje dotyczące swojego rozwoju zawodowego),	81%
zarządzać za pomocą poleceń wydawanych podległym pracownikom,	12%	zarządzać za pomocą wskazówek i wzajemnych uzgodnień,	88%
nie zajmować się stroną ekonomiczną funkcjonowania oddziału,	27%	zajmować się monitorowaniem realizacji kontraktu, dyscypliną kosztów,	73%
oceniając pracowników, brać pod uwagę tylko aspekty medyczne.	23%	oceniając pracowników oprócz aspektów medycznych, brać pod uwagę efekty finansowe ich działań.	77%

Źródło: opracowanie własne.

Wprowadzane zmiany w funkcjonowaniu szpitali w Polsce przekładają się na pozycję i zadania dyrektorów szpitali. Stopniowo zmienia się również postrzeganie ról i obowiązków lekarzy, zwłaszcza tych pełniących funkcje zarządcze. W przeprowadzonym badaniu ankietowym poproszono lekarzy i pielęgniarki

z oddziałów szpitalnych o wskazanie, jaki powinien być współczesny ordynator. Respondenci mieli wybrać, które z konkurencyjnych stwierdzeń ich zdaniem lepiej określa rolę i zadania współczesnego kierownika oddziału, np. czy ordynator powinien koncentrować się na działalności medycznej, czy na zarządzaniu. W tej części wskazania lekarzy i pielęgniarek były dość zróżnicowane. Lekarze w większości w tradycyjny sposób postrzegali rolę współczesnego ordynatora, który ich zdaniem powinien koncentrować się na działalności medycznej (92% wskazań). Kierownik oddziału powinien być przede wszystkim mistrzem, najlepszym specjalistą, mieć największą wiedzę i doświadczenie w zakresie leczenia pacjentów (85% wskazań) i decydować o wyborze metod leczenia, ponosząc za to całkowitą odpowiedzialność (73% wskazań). Z drugiej jednak strony zdecydowanie chcieliby, żeby zarządzał za pomocą wskazówek i wzajemnych uzgodnień (88% wskazań), a nie wydawania poleceń. Znaczna część lekarzy (73% odpowiedzi) dostrzega, że ordynator powinien zajmować się stroną ekonomiczną funkcjonowania oddziału (monitorować realizację kontraktu, pilnować dyscypliny kosztów). Lekarze akceptują również, że to przekłada się na ich pracę, bowiem wskazują, że oceniając pracowników oprócz aspektów medycznych, kierownik oddziału powinien brać pod uwagę efekty finansowe ich działań (77% wskazań). Szczegółowy rozkład odpowiedzi lekarzy przedstawiony jest w tabeli 1.

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi badanych pielęgniarek na pytanie, jaki powinien być współczesny ordynator (kierownik) oddziału

Ordynator = lekarz powinien:		Ordynator = menedżer powinien:	
być przede wszystkim mistrzem, najlepszym specjalistą, mieć największą wiedzę i doświadczenie w zakresie leczenia pacjentów,	54%	być przede wszystkim sprawnym kierownikiem, oprócz wiedzy medycznej mieć wiedzę, doświadczenie i umiejętności w zakresie zarządzania,	46%
koncentrować się na działalności medycznej,	32%	koncentrować się na zarządzaniu,	68%
decydować o wyborze metod leczenia, ponosić całkowitą odpowiedzialność za leczenie pacjentów,	36%	delegować odpowiedzialność za leczenie pacjentów lekarzom prowadzącym, koordynować działania samodzielnych lekarzy,	64%
odpowiadać za rozwój zawodowy podległego personelu, podejmować kluczowe decyzje w tym zakresie,	38%	wspierać rozwój zawodowy personelu (pracownicy powinni móc samodzielnie podejmować decyzje dotyczące swojego rozwoju zawodowego),	62%
zarządzać za pomocą poleceń wydawanych podległym pracownikom,	10%	zarządzać za pomocą wskazówek i wzajemnych uzgodnień,	90%

Ordynator = lekarz powinien:		Ordynator = menedżer powinien:	
nie zajmować się stroną ekonomiczną funkcjonowania oddziału,	14%	zajmować się monitorowaniem realizacji kontraktu, dyscypliną kosztów,	86%
oceniając pracowników, brać pod uwagę tylko aspekty medyczne.	30%	oceniając pracowników oprócz aspektów medycznych, brać pod uwagę efekty finansowe ich działań.	70%

Źródło: opracowanie własne.

Pielęgniarki w zdecydowanie większym stopniu niż lekarze uważają, że kierownik oddziału powinien być przede wszystkim sprawnym kierownikiem i oprócz wiedzy medycznej mieć wiedzę, doświadczenie i umiejętności w zakresie zarządzania (46% odpowiedzi). Pomimo że ponad połowa badanych pielęgniarek (54%) uznaje, że ordynator to mistrz, najlepszy specjalista w swojej dziedzinie, to powinien się on bardziej koncentrować na zarządzaniu niż działalności medycznej (68% wskazań). Pociąga to za sobą konieczność zajmowania się stroną ekonomiczną funkcjonowania oddziału (86% odpowiedzi) oraz delegowanie odpowiedzialności za leczenie pacjentów lekarzom prowadzącym (64% odpowiedzi). Pielęgniarki podobnie jak lekarze uważają, że ordynator powinien stosować bardziej demokratyczny styl zarządzania – raczej za pomocą wskazówek i wzajemnych uzgodnień (88% wskazań) niż poleceń – oraz pozwalać pracownikom podejmować samodzielnie decyzje dotyczące rozwoju zawodowego (81% wskazań). Szczegółowy rozkład odpowiedzi pielęgniarek przedstawiony jest w tabeli 2.

Podsumowanie

Pozycja i rola menedżerów klinicznych w systemie ochrony zdrowia zaczęła rosnąć wraz z wprowadzeniem w tym systemie zasad rynkowych. Kontraktowanie świadczeń, konkurencja z podmiotami prywatnymi, a także wzrost możliwości leczenia coraz trudniejszych przypadków spowodowały, że ważny stał się rachunek kosztów, wprowadzanie oszczędności i racjonalności wydatków oraz budowanie pozytywnych relacji z otoczeniem (pacjentami, płatnikami, dostawcami). Nie zawsze odbywa się to z korzyścią dla pacjenta, zwłaszcza kiedy o zastosowanym leczeniu nie decyduje wiedza medyczna, a skutek ekonomiczny. W wielu krajach rozwiniętych obserwowana jest decentralizacja zarządzania – uprawnienia i odpowiedzialność delegowane są od naczelnego dyrektora do kierowników jednostek (oddziałów, poradni itp.), którzy łączą praktykę medyczną z zarządzaniem. Coraz częściej w szpitalach pojawia się także przywództwo rozproszone, w którym role kierownicze przejmowane są przez różne osoby zaangażowane w proces leczenia,

co jednocześnie nie ma odzwierciedlenia w formalnej strukturze organizacyjnej. Menedżeryzacja i wzrost znaczenia aspektów ekonomicznych dotyczy więc nie tylko kierowników – ordynatorów i pielęgniarek oddziałowych, ale także szeregowych lekarzy i pielęgniarek. Zmiany w funkcjonowaniu całego systemu ochrony zdrowia prowadzą do zmian w wykonywaniu zawodów medycznych. Wskazuje się przede wszystkim na ograniczenie autonomii, częste sprzeczności pomiędzy troską o dobro pacjenta a wymaganiami ekonomicznymi i nowe wyzwania w zakresie kompetencji. Umiejętności zarządcze i wiedza ekonomiczna są niezbędne nie tylko dla osób zajmujących formalne stanowiska kierownicze, ale dla każdego członka zespołu terapeutycznego. H. Alistair (2013) nazywa to hybrydyzacją ról medycznych i ekonomiczno-zarządczych.

W Polsce prowadzona jest dyskusja nad rolą profesjonalistów medycznych sprawujących funkcje kierownicze – czy powinni być raczej lekarzami (lub pielęgniarkami), czy menedżerami. Zmiany dokonują się bardzo powoli i mają zarówno swoich zwolenników, jak i wyraźnych przeciwników. Przeprowadzone wśród pracowników oddziałów szpitalnych badania potwierdziły dwoistość roli ordynatora oddziału i różnice w spojrzeniu na te problemy pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami. Pielęgniarki oczekują, że kierownik, łącząc funkcje medyczne i zarządcze, będzie przede wszystkim sprawnym menedżerem, delegującym uprawnienia w zakresie leczenia pacjentów usamodzielnionym lekarzom. Wśród lekarzy wyraźne jest dążenie do bycia kierowanym przez mistrza w konkretnej specjalności medycznej, a nie ekonomii czy zarządzaniu. Menedżerowie medyczni powinni opierać swój autorytet na wiedzy i doświadczeniu w leczeniu pacjentów. Lekarze uważają również, że ostateczne zdanie i odpowiedzialność w sprawie zastosowanych metod leczenia powinno należeć do ordynatora. Jednocześnie oczekują, że nie będzie on autokratą w odniesieniu na przykład do rozwoju zawodowego podległych pracowników, chcą, żeby udzielał wskazówek, a nie wydawał polecenia. Nie mają też wątpliwości, że kierownik oddziału musi brać pod uwagę stronę ekonomiczną funkcjonowania oddziału, co przekłada się również na ich pracę zawodową. Zdają sobie sprawę, że powinni być oceniani nie tylko za efekty leczenia, ale także za stronę finansową podejmowanych działań.

Z uwagi na jakościowy charakter przeprowadzonych badań przedstawione wyniki nie są reprezentatywne i nie mogą być uogólniane na wszystkie szpitale w Polsce. Otwierają jednak obszar do dalszych poszukiwań naukowych, sygnalizując problem oceny efektów zwiększania roli zarządzania i ekonomii w medycynie. Chociaż efektywność ekonomiczna stała się obowiązującym paradygmatem działania instytucji systemu ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie, opieki doraźnej), to nauka nie wypracowała jeszcze w pełni skutecznych metod pomiaru i oceny konsekwencji wprowadzanych zmian w podmiotach świadczących usługi zdrowotne.

Bibliografia

- Alistair, H. (2013). The Missing Leaders: Rediscovering the Ward Sister/Charge Nurse role. *Leadership in Health Services*, 26(4), 268–282.
- Angood, P., Shannon, D. (2014). Unique Benefits of Physician Leadership – an American Perspective. *Leadership in Health Services*, 27(4), 272–282.
- Austen-Tynda, A., Frączkiewicz-Wronka, A. (2009). Zwiększenie skuteczności działań jednostki ochrony zdrowia jako konsekwencja świadomego przywództwa – raport z badań. W: *Przywództwo w ochronie zdrowia: idee i instrumenty*, A. Austen-Tynda, A. Frączkiewicz-Wronka (red.), Warszawa: Wolters Kluwer Polska – ABC.
- Banach, M. (2014). Wyjść na prostą. Rozmawiał B. Leśniewski, *Menedżer Zdrowia*, 3, 24–26.
- Biardzki, M. (2014). Entropia. *Menedżer Zdrowia*, 8, 14–19.
- Bukiel, K. (2014). Podmywanie fundamentów. *Menedżer Zdrowia*, 8, 72.
- Bukiel, K. (2015). Wszyscy wrogowie zysku. *Menedżer Zdrowia*, 1, 76.
- Caldwell, G. (2014). Is Leadership a Useful Concept in Healthcare? *Leadership in Health Services*, 27(3), 185–192.
- Chapman, A.N.L., Johnson D., Kilner K. (2014). Leadership Styles Used by Senior Medical Leaders. *Leadership in Health Services*, 27(4), 283–298.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2009). *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer.
- Hutchinson, S., Purcell, J. (2010). Managing Ward Managers for Roles in HRM in the NHS: Overworked and Under-resourced. *Human Resource Management Journal*, 20(4), 357–374.
- Kautsch, M. (2010). Specyfika zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej: nowe wyzwania*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Kautsch, M. (2011). Restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej. W: I. Rudawska (red.), *Dylematy funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej. Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, 39, 72–88.
- Łuczak, J.R. (2014). Nadrozpoznanie. *Menedżer Zdrowia*, 6, 60–63.
- MacCarrick, G.R. (2014). Professional Medical Leadership: a Relational Training Model. *Leadership in Health Services*, 27(4), 343–354.
- Murkowski, M. (2014). Ewolucja czy rewolucja. *Menedżer Zdrowia*, 7, 58–62.
- Nęcki, Z., Kęsy, M. (red.) (2013). *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Nilsson, K., Sandoff, M. (2015). Leading Processes of Patient Care and Treatment in Hierarchical Healthcare Organizations in Sweden – Process Managers' Experiences. *Leadership in Health Services*, 28(2).

- Noordegraaf, M., Van Der Meulen, M. (2008). Professional Power Play: Organizing Management In Health Care. *Public Administration*, 86(4), 1055–1069.
- Rudawska, I. (2007). *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*. Warszawa: PWN.
- Smits, S.J., Bowden, D., Falconer, J.A., Strasser, D.C. (2014). Improving Medical Leadership and Teamwork: An Iterative Process. *Leadership in Health Services*, 27(4), 299–315.
- Striker, M. (2011). Ordynator czy koordynator. Przekształcenia publicznych szpitali a role i zadania kierownika oddziału. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2(79), 105–119.
- Townsend, K., Wilkinson, A. (2010). Managing under Pressure: HRM in Hospitals. *Human Resource Management Journal*, 20(4), 332–338.
- Wikström, E., Dellve, L. (2009). Contemporary Leadership in Healthcare Organizations. *Journal of Health Organization and Management*, 23(4), 411–428.
- Willcocks, S.G. (2012). Exploring Leadership Effectiveness: Nurses as Clinical Leaders in the NHS. *Leadership in Health Services*, 25(1), 8–19.

Summary

Changes in Perception of Roles of Medical Managers in Public Hospital

The purpose of this article is presentation of the changes in the perception of the roles of medical managers (mainly doctors and nurses), which are the result of the economization and managerialism in health care. The analysis is based on desk research and results of the research carried out among medical staff working in wards in three public hospitals in Poland. Studies have confirmed the duality of the role of head doctors and the differences in perception of these problems between physicians and nurses. Nurses expect that the head doctor, combining medical and management functions, will be primarily an efficient manager. The physicians want to be led by a medical master, although they have no doubt that the head doctor must take into account economic conditions, which is reflected in their professional work. Because of qualitative nature of the research, the results are not representative but they indicate the problem of assessing the effects of increasing the role of management and economics in medicine.

Keywords: health care, management in hospital, medical professions, leadership, head doctor

Dr Małgorzata Striker

Adiunkt w Katedrze Zarządzania Zasobami Ludzkimi Uniwersytetu Łódzkiego. W pracy naukowej wykorzystuje kilkunastoletnie doświadczenie w zarządzaniu organizacjami. Jej zainteresowania koncentrują się wokół dwóch zagadnień: wykorzystania instrumentów controllingu personalnego w praktyce oraz zarządzania w ochronie zdrowia. Dodatkowo uczestniczy w prowadzonych badaniach naukowych z zakresu zmian zachodzących na rynku pracy, związanych z pokoleniem „Y” i wykorzystania e-learningu w edukacji dorosłych.