

## Dyrektor bez stetoskopu

Andrzej Kulik

Pierwsze nominacje były dla środowiska medycznego szokiem, ale dzisiaj już nikt się nie dziwi temu, że dyrektorem szpitala może zostać ktoś, kto nie jest lekarzem – prawnik, ekonomista, czy nawet inżynier budownictwa. Tak, jak nikt już nie ma złudzeń, że etat w służbie zdrowia daje ochronę przed bezrobociem. I być może to jest najbardziej wyrazisty dowód na to, że służba zdrowia taka, jaką znaliśmy z PRL, odchodzi w przeszłość, a na jej miejscu pojawił się rynek usług medycznych ze wszystkimi tego konsekwencjami.

To jeszcze nie jest zjawisko, ale niewątpliwie rozpoczął się już proces obsadzania stanowisk kierowniczych w służbie zdrowia ludźmi, którzy mają odpowiednie wykształcenie do tego, aby zarządzać szpitalami. Do tego nie jest bowiem potrzebna wiedza medyczna, ale znajomość przepływu pieniędzy na tym rynku – mówi **Beta Bokiej**, prezes Dolnośląskiego Oddziału Stowarzyszenia Menedżerów Służby Zdrowia i jednocześnie wiceprezes Zarządu Centrum Pulmonologii i Alergologii w Karpaczu SA.

Nikt nie wie, jaka jest skala tego zjawiska – takich danych nie gromadzi bowiem ani Ministerstwo Zdrowia, ani likwidowane kasy chorych, ani urzędy marszałkowskie i starostwa powiatowe. Nie ma też analiz, które by pokazywały, że nie lekarze są skuteczniejsi od medyków w zarządzaniu szpitala-

mi. Być może więc to tylko przypadek, że na czele nielicznych placówek, które nie mają długów, lub z tego zadłużenia wychodzą stoją najczęściej absolwenci innych uczelni, niż akademie medyczne.

Kiedy **Andrzej Domagała**, ekonomista, obejmował 2 lata temu fotel dyrektora Szpitala Miejskiego im. Boromeusza w Szczecinie placówka ta miała zakontraktowane w kasie chorych usługi za 400 tys. zł miesięcznie, przy kosztach funkcjonowania 1,2 mln zł i olbrzymim długu.

– *Po dwóch latach to zadłużenie jest niewielkie, a gdyby kasa chorych nie obniżyła nam kontraktu o 15 proc., to przychody i koszty już zbilansowałyby się. Ale mam nadzieję, że w tym roku osiągniemy zysk. Zamierzam uruchomić bowiem dobrze wyposażony w sprzęt oddział intensywnej opieki medycznej i na jego bazie rozszerzyć leczenie z chirurgii naczyniowej i neurochirurgii. Zatrudniam już znanych szczecińskich lekarzy z tytułami profesorskimi, za którymi przyjdą do nas pacjenci, a więc i pieniądze – tłumaczy swoją strategię dyr. Andrzej Domagała.*

W pierwszym roku zarządzania szpitalem skupił się na ograniczeniu kosztów. Zwolnił 40 osób zbędnego personelu, sprywatyzował m.in. rentgen, z lekarzami podpisał kontrakty, które ich wynagrodzenie uzależniały od ilości wykonanych zabiegów. Te wszystkie posunięcia dały 1,9 mln zł oszczędności rocznie. W drugim roku postanowił przyglądać się rynkowi usług medycznych i inwestować w te specjalizacje, na które było największe zapotrzebowanie, np. ortopedię i urologię. Kupowano nie tylko nowoczesny sprzęt, ale dbano o to, aby był maksymalnie wykorzystywany.

Dzięki zatrudnieniu dodatkowych lekarzy, np. blok operacyjny pracuje na 2 zmiany, a pacjenci nie czekają w kolejkach.

Od ograniczenia kosztów zaczęła zarządzać szpitalem **Bożena Osińska**, dyrektor Samodzielnego Publicznego ZOZ w Nowej Soli (w skład którego wchodzi szpital powiatowy), prawnik z wykształcenia. Zatrudnienie zostało zmniejszone o 600 osób (z 1 400 do 800).

*To nie znaczy, że wyrzucaliśmy ludzi na bruk. W naszym powiecie jest wysokie bezrobocie, więc starałam się tego uniknąć. Sprywatyzowaliśmy część poradni i laboratoriów. Ich personel zaczął pracować na własny rachunek. Tam, gdzie to możliwe staraliśmy się też pomóc naszym byłym pracownikom w pierwszych miesiącach działalności w nowych warunkach. Np. zwalniane pielęgniarki podpisały kontrakt z kasą chorych na objęcie opieką uczniów w szkołach – opowiada dyr. Bożena Osińska.*

Pozbyto się też zbędnych budynków przenosząc, np. część przychodni do szpitala. Równoległe z poszukiwaniem oszczędności rozpoczęto poszukiwanie sposobów na zarabianie. Gdy np. w Zielonej Górze zepsuł się tomograf komputerowy, a tamtejszy szpital nie spieszył się z jego naprawą, dyr. Osińska odkupiła to urządzenie od niemieckiej kliniki i przejęła część pacjentów. W Nowej Soli uruchomiono za kredyt pracownię koronografii i koronoplastyki. Pożyczkę już spłacono, a przychodnia przynosi dalej zyski. Odczynniki kupuje się na przetargach, co też pozwala obniżyć koszty. Dyr. Osińska pilnuje przy tym, aby nie zalegać dostawcom z płatnościami, bo to daje szpitalowi wiarygodność i pozwala na negocjowanie jeszcze lepszych warunków finansowych.

*U mnie personel nie strajkuje domagając się wypłacenia zaległych pensji, bo nie ma takiego powodu. W ciągu ostatnich 4 lat było 6 podwyżek płac, co roku wypłacamy na-*

grode z zysku, czyli dawną 13, remontujemy szpital, kupujemy nowy specjalistyczny sprzęt i jeszcze mamy od czterech lat 3,5–4 mln zł zysku rocznie – mówi **Jan Gierad**, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, z wykształcenia inżynier budowlany, absolwent studiów podyplomowych z zarządzania służbą zdrowia, wykładowca zarządzania kosztami w służbie zdrowia na Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach.

Gdy dyrektor Jan Gierad rozpoczął zarządzanie szpitalem zastanawiał się, dlaczego jest w nim jest brudno, choć zatrudnia 60 sprzętaczek. Z zestawienia komputerowego wynikało, że każda z nich przebywała rocznie na zwolnieniu lekarskim 60 dni i to głównie w czasie żniw, grzybobrania, wykopków itp. Sprywatyzował więc tę sferę usług, podobnie jak kuchnię, pralnię i ochronę budynku. Koszty spadły, a jakość obsługi znacznie wzrosła, podobnie jak poziom zdrowia u pracowników tych, prywatnych już, firm.

– Wyznaję dość niepopularną jeszcze zasadę, że płacić należy za konkretną pracę, a szpital nie jest od tego, żeby opłacać ZUS za kogoś, kto dorabia gdzie indziej – wyjaśnia dyrektor Jan Gierad.

Prywatyzacja objęła też część przychodni, wynagrodzenie lekarzy również zależy od ilości wykonywanych porad i zabiegów. Dzięki tym posunięciom szpital nie zamiera o godz. 15, a poradnie i sale operacyjne pracują na dwie zmiany. Także tu zakupiono nowy sprzęt, żeby rozwinąć specjalizacje, na które jest zapotrzebowanie (np. kardiologia), ściągnięto renomowanych lekarzy z Krakowa.

Ten mechanizm powtarza się wszędzie. Redukcja zbędnych kosztów, szukanie nisz na rynku, które pozwalają zarabiać nawet w trudnych warunkach. Czy dyrektorzy-lekarze nie mogą powielić tego schematu? Mogą. Prezesem Zarządu

### Szpitałem musi kierować dobrze rozumiejący się duet: menedżer i lekarz

Centrum Pulmologii i Alergologii w Karpaczu, które nie tylko ciągle inwestuje w rozwój, ale i przynosi zyski, jest lekarz, dr **Tadeusz Latoś**. Placówka ta jeszcze przed prywatyzacją redukowała koszty, wprowadzała nowe usługi, podpisywała kontrakty nie tylko z wojewodą, a później kasami chorych, ale także z przedsiębiorstwami, szukała sponsorów. Tyle, że tą ekonomiczną stroną działalności Centrum od początku kierowała Beata Bokiej, ekonomistka.

Lekarzem jest też **Marek Krobicki**, dyrektor Szpitala Bonifratrów w Krakowie, pierwszy w Polsce placówki, która została przekształcona z publicznej w prywatną (zakonną). Ten szpital nie ma długów, choć 80 proc. przychodów przynoszą kontrakty z kasą chorych.

– Jestem lekarzem, ale nie praktykuję. 11 lat temu uznałem, że nie można i dobrze leczyć i dobrze zarządzać. Wybrałem zarządzanie, skończyłem studia podyplomowe. Moim zdaniem szpitalem musi kierować dobrze rozumiejący się duet: menedżer i lekarz. Wtedy nie jest istotne, kto jest szefem, a kto zastępcą – mówi dyrektor Marek Krobicki.

Przyznaje jednak, podobnie jak i inni dyrektorzy, że lekarzowi na tym stanowisku trudniej podejmować niepopularne decyzje, np. o redukcji personelu, likwidacji nieopłacalnych specjalizacji itp., bo może narazić się na niechęć środowiska.

*To specyficzna grupa zawodowa. Osoba z tego grona musi się liczyć z jego opinią, bo inaczej może narazić się na ostracyzm. Menedżer nie musi się z tym liczyć i dlatego łatwiej podejmować mu trudne decyzje – wyjaśnia dyrektor Jan Gierad.*

*Jeśli ekonomiście z analiz wynika, że kierowana przezeń placówka musi zmienić specjalizację, bo inaczej popadnie w kłopoty, to taką zmianę przeprowadza i już. Lekarz najprawdopodobniej ulegnie presji otoczenia, że skoro tyle osiągnęli, tyle się uczyli, to może jeszcze spróbujemy i gdy przychodzi opamiętanie jest już za późno – tłumaczy prezes Beata Bokiej.*

Jest jeszcze jeden wyróżnik, o którym żaden z moich rozmówców nie chciał powiedzieć wprost. Lekarze na stanowiskach dyrektorskich często

### Lekarze na stanowiskach dyrektorskich często hołdują jeszcze zasadzie, że szpital zbankrutować nie może, bo ludzi przecież leczyć trzeba

hołdują jeszcze zasadzie, że szpital zbankrutować nie może, bo ludzi przecież leczyć trzeba. Dlatego nie przejmują się rachunkiem ekonomicznym, mnożą długi li-

cząc na to, że jak już będzie bardzo źle, to i tak budżet państwa je w końcu umorzy. Dyrektorzy-menedżerowie nie szukają zaś argumentów na to, że w takich warunkach leczyć się nie da, tylko starają się znaleźć rozwiązanie nawet w trudnej sytuacji – ograniczają koszty, szukają nowych źródeł dochodu, inwestują a nie sprzedają pieniądze. ■

### Wypowiedź

**Prof. Barbara Błońska-Fajfrowska**, przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia: – *Uważam, że prowadzenie szpitala wymaga specjalistycznej wiedzy i doświadczenia. Lekarz może oczywiście być dyrektorem szpitala, ale powinien wtedy mieć dodatkowe wykształcenie ekonomiczne lub prawnicze, albo chociażby skończone podyplomowe studia z zarządzania. Jeżeli dyrektorem nie jest lekarz, to pożądane jest, aby miał zastępcę z wykształceniem kierunkowym, który dobrze czuje problematykę medyczną. Kiedyś nie było takich wymogów i dyrektorami szpitali zostawali przede wszystkim lekarze. Jednak gdy weszliśmy w system rynkowy, ich kwalifikacje przestały wystarczać do zarządzania placówkami.*

