

JOANNA LASOTA-ŁYSZCZ

*Zarządzanie szpitalem w nowych warunkach.  
Możliwości i ograniczenia*

---

Hospital Management under New Conditions. Possibilities and Limitations

WPROWADZENIE

Zarządzanie to podejmowanie decyzji, koordynowanie działań innych ludzi, ich motywowanie do efektywnej pracy, a także sprawdzanie skuteczności i racjonalności pracy oraz jej rezultatów.

Zarządzanie to proces mający na celu realizację wytyczonych zadań. Obowiązkiem kierownika jest:

- umożliwienie równoważnej wymiany dóbr, usług, produkcji między instytucją a jej otoczeniem (co jest konieczne do zapewnienia wyników finansowych),
- zapewnianie pracownikom instytucji zadowalających warunków pracy (czyli zrównoważenie ludzkich aspiracji z wymaganiami procesu pracy),
- respektowanie układu sił społecznych (instytucja nie działa w próżni społecznej, dlatego ważne jest to, aby w swoich działaniach kierowała się także działalnością innych instytucji czy grup).

„Zarządzanie może zatem zostać określone jako działalność lub proces polegające na stałej koordynacji i integracji użytkowanych zasobów dla osiągnięcia celów organizacyjnych, przy zachowaniu zasady racjonalnego gospodarowania”.<sup>1</sup>

Istnieje możliwość interpretacji zarządzania w trzech ujęciach przedstawianych przez F.Harbison i C.Mayers<sup>2</sup>:

1. Ujęcie ekonomiczne. Zarządzanie traktowane jest jako jeden z czynników produkcji, taki sam jak kapitał, praca czy zasoby naturalne. W miarę postępu techniki, właśnie zarządzanie staje się coraz ważniejszym czynnikiem produkcji czy usług. Jest prawdą, że zarządzanie to szczególnie rodzaj pracy, jednak jest o tyle szczególnie, że jako jedyny dokonuje kombinacji wszystkich innych czynników.
2. Ujęcie administracyjne. Według tego ujęcia zarządzanie oznacza autorytet jako ugruntowane prawnie pełnomocnictwo do wydawania decyzji kierowniczych. Autorytet władzy wzrasta wraz z umiejscowieniem w hierarchii organizacyjnej. Przełożony ma prawo decydować o zadaniach, a także o sposobach działania. Autorytet przełożonego opiera się na władzy organizacyjnej wyjaśnionej jako władza pochodząca od samego właściciela lub osoby związanej kontraktem z właścicielem. Opozycyjnym wyjaśnieniem respektowania władzy są korzyści dla podwładnych kiedy organizacja jest sprawnie zarządzana. Zarządzanie ujmowane jest tu jako proces sprawowania władzy. Stabilność tego procesu zależy od sprawnej alokacji uprawnień władczych pomiędzy różnymi szczeblami hierarchii organizacyjnej.
3. Ujęcie socjologiczne – zarządzanie widziane jako system grup społecznych i prestiżów im przypisywanych wzajemnie oddziałujących na siebie. Szpital jest tu doskonałym tego przykładem. Istnieje silne zróżnicowanie poszczególnych grup społecznych, które łatwo dojrzeć zarówno będąc uczestnikiem układu, jak i będąc jedynie obserwatorem zewnętrznym. Na tym tle wyróżnia się (szczególnie w chwili obecnej) kadra kierownicza koordynująca prace organizacyjne i reprezentująca organizację na zewnątrz. Kadre kierowniczą cechuje zwykle wysoki poziom wykształcenia i ponadprzeciętnej inteligencji, a także otrzymywane dość wysokie zarobki. Wejście do takiej grupy zależy również od wiedzy i kultury bycia. Zarządzający są w centrum zainteresowania, skupiając uwagę wszystkich innych ludzi związanych z instytucją, dlatego też prestiż społeczny tej grupy jest bardzo wysoki.

---

<sup>1</sup> P. Banaszyk, R. Fimińska-Banaszyk, A. Stańda, *Zasady zarządzania w przedsiębiorstwie*, Poznań 1997, s. 56.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

Reforma wprowadzona 1. 01. 1999 miała stworzyć nowoczesny system ochrony zdrowia, sprawny w obsłudze pacjenta i korzystny dla pracowników, a także efektywniej dysponujący posiadanymi środkami.<sup>3</sup>

U źródeł procesu reformowania opieki zdrowotnej i regulowanego rynku usług zdrowotnych występują trzy podstawowe składniki:

- decentralizacja: zmiany polityczne z 1998 roku przeniosły odpowiedzialność za opiekę zdrowotną ze szczebla centralnego do władz lokalnych – odpowiedzialność tak za opiekę podstawową, jak i leczenie zamknięte. Władza sprawowana przez zarząd centralny została przekazana przedstawicielom wspólnot lokalnych oraz menadżerom samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej.
- rozdzielenie płatnika od podmiotu świadczącego usługi zdrowotne oraz samodzielność finansowania. Ustawa o ubezpieczeniach ogranicza rolę państwa do finansowania tylko niektórych wysoko specjalistycznych usług oraz tworzenia polityki zdrowotnej na szczeblu rządowym.
- mechanizmy rynkowe, a więc poddanie się konkurencji oraz doprowadzenie do samofinansowania szpitali. Wprowadzenie regulowanego rynku usług wymusza analizowanie go w kategoriach rynkowych.<sup>4</sup>

Od 1 stycznia 1999 samodzielne zakłady opieki zdrowotnej znalazły się w nowej rzeczywistości, gdzie dominuje konkurencyjność i twarde zasady gry rynkowej. Pierwszy rok był okresem przejściowym, mającym na celu przygotowanie jednostek do finansowania w pełni przedmiotowego. Jednostki musiały wyliczyć, ile kosztuje je wykonanie poszczególnych usług medycznych, aby przygotować się do konkurowania z innymi jednostkami o środki finansowe, za które płatnicy będą chcieli zakupić usługi medyczne (np. ogłaszając konkurs ofert). Rachunek kosztów<sup>5</sup> służy przede wszystkim menadżerom opieki zdrowotnej do podejmowania prawidłowych decyzji. Wysokość kosztów i sposób alokacji jest wiedzą potrzebną do sprawnego zarządzania i kontroli. Daje możliwość redukcji zbędnego obciążenia finansowego (wynikających na przykład z nadużyć), wykrycia niegospodarności oraz ustalenia, czy zużycie jest uzasadnione.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> 18 mld zł miało trafić do Kas Chorych w postaci składek na ubezpieczenia zdrowotne w 1999 roku, 8 mld zł z budżetu miało być przeznaczone na świadczenia medyczne (w tym na: świadczenia wysoko specjalistyczne, programy profilaktyczne, szczepienia, opłaty na osoby dotychczas korzystające z bezpłatnej opieki zdrowotnej) w tym dotacje dla Kas ponad 1,7 mld zł. Na 22 mld zł szacowano wydatki kas w 1999 roku, „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 2, s. 11.

<sup>4</sup> J. Klich, M. Kautsch, P. Campbell, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Planowanie*, Kraków 1998.

<sup>5</sup> K. Kissimova-Skarbek, *Finansowanie szpitali przez Kasy Chorych*, „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 1, s. 9.

<sup>6</sup> Eksperti wyliczyli, że naprawienie ochrony zdrowia wymaga 10–11% składki płaconej przez wszystkich pracujących. Jednak wprowadzając reformę, ustalono stawkę na poziomie 7,5%. G. Ciechomska, *Kanał płatniczy*, „Gazeta Lekarska” 2001, nr 12, s. 22.

## SZPITAL JAKO INSTYTUCJA

Każda instytucja (w tym także szpital) ma swój specyficzny zakres i sposób działania wyznaczony przez: zasadę naczelną, czyli regulamin instytucji; personel; normy obowiązujące; substrat materialny; pole, na jakim działa, i rezultaty tego działania. Instytucje dają prawo do: kreowania sposobów działania w imieniu grupy, działania w imieniu grupy, działania interpersonalnego – niezależne od działań jednostek, korzystania z poparcia grupy. Natomiast funkcjonalność instytucji zależy od określonego celu, zakresu wykonywania czynności, racjonalnego podziału pracy i organizacji wewnętrznej instytucji, stopnia depersonalizacji czynności i uniezależnienia czynności od osobistych dążeń poszczególnych członków grupy, uznania i zaufania, jakim grupa darzy pracowników, sposobu włączania danej instytucji do systemu innych instytucji.

Szpital składa się ze sformalizowanych i zhierarchizowanych struktur. Instytucja szpitala wyróżnia się ścisłym podziałem obowiązków i zadań, zhierarchizowaną strukturą opartą na autorytetach, systemem formalnej komunikacji oraz systemem regulacji prawnych i wewnętrznej kontroli. W każdym szpitalu można wyróżnić jego system organizacji, strukturę pracowników, zadania pracowników, zakres współpracy danego szpitala z innymi instytucjami.

Szpital<sup>7</sup> jest systemem pozycji i ról, podzielonych według wyuczonej i uprawianej profesji. Poszczególne pozycje zajmują pracownicy szpitala, a także całe grupy zawodowe, zróżnicowane zależnie od: rodzaju wykonywanych czynności, stopnia odpowiedzialności za wykonywane zadanie, zakresu wymaganej lub dozwolonej inicjatywy w miejscu pracy, stopnia wymaganych kwalifikacji na danym stanowisku, łatwości wymiany pracownika zajmującego dane stanowisko.

Natomiast w świadomości społecznej szpital jawi się jako ośrodek leczenia chorych na bardziej „poważne” i skomplikowane choroby, nie te, które wymagają postępowania ambulatoryjnego. To samo wyobrażenie społeczne przypisuje leczeniu szpitalnemu także wyższą „jakość” pod względem usług, jakie tam można uzyskać, kwalifikacji personelu i metod leczenia. Mimo wiedzy, jaką dysponujemy, szpital traktowany jest mistycznie. Jest miejscem, gdzie mówi się szeptem, z wyrazem szacunku patrzy na poczynania lekarzy i głęboko wierzy w to, że pomoc udzielana tu naszym bliskim jest najlepsza. Szpital jest więc miejscem, gdzie pracują ludzie, jest przedsiębiorstwem, przedsiębiorstwem o specyficznych usługach. W nim lekarze, pielęgniarki, terapeuci i inni to pracownicy, a pacjenci to klienci.

Przemiany ustrojowe i urynkowanie wszystkich gałęzi przemysłu i usług musiały doprowadzić także do zreformowania służby zdrowia i jej urynkowie-

---

<sup>7</sup> B. Moskalewicz, *Medycyna jako system społeczny* [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, pod red. Antoniny Ostrowskiej, Warszawa 1990, s. 89.

nia.<sup>8</sup> Państwo stanęło przed wzrastającymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa z uwagi na:

- starzenie społeczeństwa, a wraz z nim wzrost liczby osób wymagających intensywnej i długotrwałej opieki medycznej,
- wzrost kosztów diagnostyczno-leczniczych, wynikających z dynamicznego wzrostu postępu technicznego w urządzeniach diagnostycznych,
- wzrost kosztów zabiegów operacyjnych, wynikających ze wzrostu kosztów aparatury i środków leczniczych.

Aby reforma mogła być zrealizowana zgodnie z założeniem, musi zostać spełniony warunek sprawnego przepływu pieniędzy ze składki chorobowej z Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych na konta Kas Chorych.<sup>9</sup> Niestety tak się nie dzieje, przyczyną są błędy w ściągłości składek od pracodawców (niemożność ustalenia, kto składkę opłacił, a kto nie i dalej niemożność ściągania składek od upadających ewentualnie zadłużonych zakładów pracy). Skutkiem jest deficyt w budżecie Kasy Chorych. Kasa nie ma żadnych rezerw, do których zobowiązana jest nawet ustawowo. Dalszym skutkiem jest niesystematyczne regulowanie rozliczeń ze szpitalami. To natomiast zachwiało gospodarką finansową szpitali, nie pozwalając im na samodzielność finansową. Wynikające z tego faktu ograniczenia to:

- brak możliwości podnoszenia wynagrodzeń,
- brak możliwości rozwoju działalności szpitala.

Powstał także problem opłat za usługi wykonywane przez szpital powyżej liczby zakontraktowanej. Stanowi to poważny procent ogółu hospitalizowanych pacjentów i tym samym poważną sumę dochodu.<sup>10</sup> (Usługi wykonane powyżej liczby zakontraktowanej nie są automatycznie refundowane. Dopiero w trakcie negocjacji szpital odbiera lub nie – środki, które wypracował. Warto dodać, że szpital jest zobowiązany literą prawa do przyjęcia niemal każdego pacjenta i do jego leczenia. Odmówienie przyjęcia do szpitala nie może być argumentowane brakiem miejsc zakontraktowanych.)

Dokonujące się zmiany w systemie funkcjonowania opieki zdrowotnej stawiają przed szpitalami i ich dyrektorami nowe wyzwanie, wyzwanie bez precedensu w powojennej historii Polski.

---

<sup>8</sup> Zaistniałe w Polsce przemiany ustrojowe wymuszają stworzenie systemu wydatkowania publicznych środków na podstawie rzeczywistych kosztów poniesionych przez zakład opieki zdrowotnej związanych z leczeniem konkretnych jednostek chorobowych, a nie historycznie przypisanym budżetem.

<sup>9</sup> Więcej informacji na stronie [www.kasa-chorych.gov.pl](http://www.kasa-chorych.gov.pl)

<sup>10</sup> Przykładem może być Centrum Zdrowia Dziecka w Międzylesiu koło Warszawy. Szacowany dług wynosi 60 mln zł. Prof. Paweł Januszewicz, były dyrektor szpitala, uważa, że pacjent powinien wyjść całkowicie wyleczony, bez względu na to, jaka była podstawa przyjęcia. Kasy nie chciały wyrównywać strat spowodowanych większą liczbą przeprowadzonych zabiegów i świadczeń, niż było to ustalone w umowach. G. Ciechomska, *Kanał płatniczy*, „Gazeta Lekarska” 2001, nr 12 (131).

## ZARZĄDZANIE W OPIECE ZDROWOTNEJ

Obserwujemy próby oddzielenia finansowania opieki zdrowotnej od świadczenia usług, decentralizację modelu organizowania opieki zdrowotnej w terenie, tworzenie fundamentów dla rozwoju konkurencji oraz nowego systemu wynagradzania.

Wyodrębnienie funkcji płatnika i oddzielenie jej od funkcji świadczenia usług dokonuje się stopniowo z wykorzystaniem umów cywilno-prawnych zawieranych przez dysponentów środków (województw, prezydentów/burmistrzów miast i wójtów) z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (np. szpitale). Szpital taki posiada osobowość prawną i jest podmiotem gospodarczym prowadzącym własną gospodarkę finansową według zasad określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Ma on prawo prowadzić własną politykę wynagrodzeń oraz zaciągać kredyty bankowe. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez samodzielną jednostkę osobom uprawnionym pokrywa dysponent środków na podstawie cen wynegocjowanych i zapisanych w umowie między samodzielnym zakładem a dysponentem środków.

Konkurencja wśród świadczących usługi z zakresu opieki zdrowotnej stanowi niezwykle silny mechanizm zaczerpnięty z doświadczeń wolnorynkowych, który wymusza zmiany w sposobie świadczenia usług, wywiera stałą presję na menadżerów w kierunku obniżania kosztów oraz uwzględniania potrzeb i preferencji pacjentów i płatników.

Podmioty świadczące usługi zdrowotne miały mieć prawo do swobodnego decydowania o sposobie świadczenia usług. Swoboda ta ograniczona była ogólnymi przepisami i koniecznością płynności finansowej.

Wszystkie wymienione zjawiska rozwijane i umacniane miały w przyszłości doprowadzić do zasadniczych zmian w pozycji osób kierujących szpitalami. Miały one stać się w większym stopniu menadżerami, a nie administratorami opieki zdrowotnej.

Zarówno decentralizacja, jak i wprowadzenie zachęt związanych z urynkowieniem usług zdrowotnych miały nieść za sobą polepszenie umiejętności zarządzania opieką zdrowotną na wszystkich poziomach.

Nowe zadania stanęły przed menadżerami w jednostkach opieki zdrowotnej. Wprowadzenie na coraz szerszą skalę systemu kontraktowania usług medycznych, za którymi idą zmiany w sposobie finansowania szpitali (jednostki miały otrzymywać środki już nie na podstawie wskaźników historycznych czy liczby posiadanych łóżek, ale na podstawie ilości zakontraktowanych usług), zerwanie z rejonizacją w przyjmowaniu pacjentów, dynamizuje całe otoczenie, w jakim działa szpital. Zwiększa się tym samym stopień ryzyka i niepewności w działaniach jednostek, a więc i ich dyrektorów. Wprowadzenie w coraz większym zakresie regulowanego rynku usług medycznych doprowadzi do erozji do niedaw-

na monopolistycznych pozycji większości jednostek. Duże szpitale z nadmiernie rozbudowaną infrastrukturą (efekt podejmowanych w przeszłości decyzji bazujących nie na badaniach i studiach, lecz na politycznej pozycji lokalnych decydentów) zaczynają coraz dotkliwiej odczuwać negatywne efekty szczególnie w związku z szybko rosnącymi kosztami energii, opału i wody.

Dyrektorzy jednostek zostali zatem zmuszeni do monitorowania i analizowania zmian dokonujących się w otoczeniu. Podmiot świadczący usługi podejmuje ryzyko związane z samodzielnością w zakresie finansowania swojego funkcjonowania i rozwoju, musi przyjąć bardzo aktywną postawę w zakresie badania rynku na usługi medyczne, pozyskiwania pacjentów i zleceń na świadczenie usług medycznych. Skuteczność realizacji tych zadań uzależniona jest od osiągnięć w zakresie obniżenia kosztów, większej troski o jakość usług i satysfakcje pacjenta. Dyrektorzy szpitali musieli zacząć analizować, a następnie wprowadzać do zarządzania procedury i narzędzia stosowane w jednostkach opieki zdrowotnej działającej w warunkach ograniczonej konkurencji w państwach wysoko rozwiniętych.

W nowej sytuacji w szpitalach zarządzanie kojarzone było przede wszystkim z restrukturyzacją i zmianą organizacji pracy. Rzadziej restrukturyzacja oznaczała grupowe zwolnienia.<sup>11</sup> Raczej spotyka się przesunięcia na inne stanowiska, a także przekwalifikowanie do wykonywania nowych zadań.<sup>12</sup>

Zmiana organizacji pracy zaowocowała na przykład pracą dwuzmianową w laboratoriach analitycznych. Wykorzystanie sprzętu i pomieszczeń jest wtedy najbardziej efektywne, a także, co jest bardzo ważne, skraca się oczekiwanie lekarza na wyniki zleconych badań. Zmiana doprowadziła także do przekwalifikowania dawnych pododdziałów na oddziały, co przyczyniło się do usprawnienia rozliczeń z Kasą Chorych.<sup>13</sup>

Reforma wymusiła także likwidacje poszczególnych pracowni czy działalności – zrezygnowano na przykład z przesiewowych prześwietleń klatki piersiowej, które były wykonywane w autobusie jeżdżącym po wsiach i małych miejscowościach.

Zdecydowanie zmienił się sposób zarządzania lekami<sup>14</sup>, chociaż daleki jest on od najnowszych rozwiązań. Przed reformą pieniądze (określony limit) na leki

---

<sup>11</sup> Niektóre placówki ratują się przed bankructwem, decydując się na zwolnienia, głównie średniego personelu medycznego i administracji. Wśród odchodzących przeważają pracownicy administracji i laboratoriów, mniej jest pielęgniarzek. „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 4, s. 6.

<sup>12</sup> Początkowo planowano i zapowiadano likwidacje szpitali, jednak obecnie program restrukturyzacji się załamał, brakuje pieniędzy, „męskich decyzji i konsekwencji w realizacji projektów”, G. Ciechomska, *Były tylko obietnice...*, „Gazeta Lekarska” 2001, nr 11(130), s. 17.

<sup>13</sup> J. Lasota-Łyszcz, *Spoleczne problemy zarządzania szpitalem w dobie reformy*, Praca magisterska napisana w Zakładzie Socjologii Medycyny i Rodziny Wydziału Filozofii i Socjologii UMCS, pod kierunkiem prof. dr hab. Mirony Ogryzko-Wiewiórowskiej, Lublin 2000, s. 74.

<sup>14</sup> Więcej informacji w „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 4.

przekazywane były bezpośrednio do oddziałów czy klinik, gdzie dysponował nimi kierownik–ordynator. To on decydował o tym, jakiego rodzaju leki były kupowane i w jakich ilościach. W tej chwili istnieją komisje terapeutyczne (stworzone z fachowców), które tworzą receptariusze leków. Receptariusz zawiera najtańsze leki z danego poziomu jakości. Dodatkowo leki wydawane są przez aptekę szpitalną przez 24 godziny w dawkach dziennych. Na oddziałach w „szklanych szafkach” znajdują się tylko leki pierwszej potrzeby. Nie jest to jeszcze standardowe zachowanie, ale zmiany idą we właściwym kierunku. Jeśli istnieją indywidualne zlecenia na leki, istnieje możliwość dostarczenia ich pacjentowi. Wtedy potrzebna jest zgoda kierownika kliniki i dyrektora do spraw lecznictwa. Wszystkie te działania racjonalizują gospodarkę lekami. Decydem jest zawsze pozostaje lekarz.

Zakup nowych technologii koordynowany jest przez specjalną komisję i dział zakupów. Zakup musi być dokonany zgodnie z obowiązującym prawem na drodze przetargu. Jednak w chwili obecnej raczej nie podejmuje się inwestycji na wielką skalę.

Nie w każdym szpitalu, ale można usłyszeć narzekanie na brak pieniędzy. Niesprawny system finansowania niekorzystnie wpływa na działalność szpitala. Pacjent został nazwany klientem, ale fakt, że za konkretnym klientem nie idą pieniądze, nie dopinguje do rozwoju.<sup>15</sup>

Żaden ze szpitali nie boi się konkurencji i nie widzi zagrożenia dla swojej działalności. Dyrektorzy wierzą, że do przyciągnięcia pacjentów wystarczy jedynie renowacja, jaką posiadają.

Wierzą również w to, że renowacja i mały rynek pracy nie pozwolą odejść lekarzom i pielęgniarkom. Dlatego też nie istnieje w szpitalach system motywacji finansowej (jedynie uznaniowa). Nie ma zaplecza w budżecie na motywacje finansową ani też nie istnieje żaden program.

Brak programów motywacyjnych nie wyjaśniano jedynie brakiem pieniędzy na ich realizację, wskazywano również na dotychczasowy sposób myślenia. Etat w szpitalu gwarantował pracę na dłuższy okres. Taryfikator wynagrodzeń obejmował tzw. wysługę lat, stanowisko i tytuł, nigdy natomiast nie ceniono faktycznie przeprowadzonych wizyt, porad czy zabiegów, a także umiejętności. Szpital jest jedną z ostatnich jednostek, gdzie płacono marnie, ale równo. W tej chwili, kiedy próbuje się różnicować płace, dochodzi do konfliktu. Dlatego program motywacji finansowej ma przed sobą długą drogę.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> „Jedną z reguł reformy mówiła, że pieniądze pójdą za pacjentem. Premiowany miał być lekarz oraz placówka go zatrudniająca. Ten mechanizm nie zadziałał. Szpitale, które wykonują więcej świadczeń, niż przewidują to kontrakty z kasami chorych, nie otrzymują pieniędzy wydawanych na świadczenia ponadkontraktowe i popadają w długi”, G. Ciechomska, *Kanał płatniczy*.

<sup>16</sup> Na radykalną zmianę zdecydował się Szpital Rejonowy w Gryficach, który zatrudnia wszystkich swoich pracowników na indywidualnych kontraktach. Opłacają oni sami ubezpiecze-



Powoli rozwija się działalność reklamowa oferowanych przez szpital usług. Nie jest to nawet namiastka tych działań, jakie podejmują firmy zajmujące się obrotem dóbr i usług. Szpitale przekonane są o swojej mocnej pozycji i ciągłym popycie na ich usługi, dlatego reklama ogranicza się do wydania folderu, wystawienia tablicy informacyjnej czy przeprowadzenia akcji tzw. białej niedzieli, kiedy lekarze przyjmują bez opłat.<sup>17</sup>

Dyrektorzy<sup>18</sup> nie widzą zagrożenia dla działalności swojego szpitala po pierwszym roku reformy. Prognozują, że dopiero kolejne lata wymuszą zmiany na przykład w podnoszeniu standardu usług, lepszej komunikacji z pacjentem i tym podobnych. Dlatego sugestia, aby przyjąć socjologa na stanowisko konsultanta, spotkała się ogólnie z aprobatą. Aprobata dotyczyła specyfiki wykształcenia przydatnego na takim stanowisku. Jednak wskazywano na trudności finansowe, co jednoznacznie znaczyło niemożność zatrudnienia. Dyrektorzy wiedzą, że w przyszłości taki specjalista będzie niezbędny, ale w tej chwili podkreślają, iż istnieją inne potrzeby.

Szpital podpisuje kontrakt z Kasą Chorych na hospitalizacje określonej liczby pacjentów. W pierwszym roku działania reformy zasadą było to, że szpital, który mieści się w danym województwie, podpisywał kontrakt z daną wojewódzką Kasą Chorych. Zazwyczaj tylko jedną. Kasy Chorych działają odrębnie w każdym województwie i aby pacjent z jednego z województw mógł być leczony w drugim, musiały porozumieć się co do tego obie Kasy. W chwili obecnej porozumienia między Kasami są podpisywane, a także poszczególne umowy z różnymi ośrodkami. Na przykład na rok 2002 podpisana jest pierwszy raz umowa z zakładem leczniczym wykonującym operacje plastyczne. Jeśli nie ma porozumienia między Kasami, pacjent leczony jest na własny koszt. Kasy prefe-

---

nia i inne obowiązkowe składki, ale ich pensje są o 50–150% wyższe niż poprzednio. Zlikwidowano problem dyżurów i absencji chorobowej. Pracownicy nieobecni sami opłacają konieczne zastępstwo. Nie zatrudnia się pracowników administracji zajmujących się sprawami pracowniczymi. Szpital ten skrócił o jedną trzecią średni czas pobytu pacjenta i o 12% zmniejszył zatrudnienie, mimo iż przyjmuje dwa razy więcej pacjentów niż przed reformą. Jednak już w lipcu 1999 niektóre oddziały tego szpitala wykorzystały roczny limit przyjęć ustalony przez Zachodnio-Pomorską Kasę Chorych, co spowodowało zamknięcie oddziału ortopedyczno-urazowego. „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 6, s. 7.

<sup>17</sup> Szpitale mają prawo reklamować własne usługi, co wynika z praw wolnego rynku. Na przykład szpital w Brochowie w grudniu 1998 zorganizował „dni otwarte”, w czasie których oferował bezpłatne badania między innymi: USG, piersi i jamy brzusznej, cytologię, EKG wysiłkowe, monitorowanie pracy serca Holterem. Dodatkowo szpital zorganizował konferencje prasową dla dziennikarzy, połączoną z oprowadzeniem ich po oddziałach. Zaproszono również lekarzy rodzinnych i z przychodni, którzy w przyszłości będą kierować swoich pacjentów na badanie i leczenie szpitalne. Jest to pierwszy zakład opieki zdrowotnej, który zabiegał o pacjentów, wykorzystując metody public relations, „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 2, s. 9.

<sup>18</sup> Bardzo interesujące jest to, że nie było lęku ani poczucia zagrożenia wśród dyrektorów w pierwszym okresie reformy. J. Lasota-Łyszcz, *op. cit.*, s. 78.

rują usługi we własnych miejscowych szpitalach, gdyż jest to dla nich ekonomicznie bardziej opłacalne.

Pod innym względem wyróżniają się na tle wszystkich szpitali – szpitale resortowe. Tutaj wyraźnie można zaobserwować pewnego rodzaju lęk i niepewność dużo bardziej jaskrawą niż w innych instytucjach. Wynika to z faktu, że mają one do przebycia dwa razy dłuższy dystans niż pozostałe jednostki. Po pierwsze, reforma, a po drugie, brak wsparcia ze strony resortu, do którego tak były przyzwyczajone i mogły liczyć na przykład na dodatkowe fundusze.<sup>19</sup>

Z reformą służby zdrowia wiąże się wiele nadziei. Zarządzający, znający doskonale założenia i cele reformy, są rozczarowani powolnymi zmianami. Reforma stworzyła nową rzeczywistość, w której nie wszyscy się odnajdują. Pojawiło się wiele obowiązków, przeniesiona została odpowiedzialność za budżet, co dało więcej samodzielności jednostkom. Reforma stała się wielkim rozczarowaniem dla pracowników służby zdrowia, którzy spodziewali się polepszenia sytuacji finansowej. Najbardziej jednak rozczarowała pacjentów. To pacjentom najczęściej obiecywano. Natomiast zreformowana rzeczywistość przyniosła utrudnienia na przykład w dostępie do lekarza specjalisty, ograniczoną listę leków refundowanych i inne obostrzenia.

#### PODSUMOWANIE

Przedstawiony obraz szpitala nie jest kompletny, został jedynie zarysowany sposób funkcjonowania, a także kierunki zmian. Nakreślony został obraz jednostki z jej problemami finansowymi, społecznymi oraz ze sposobem zarządzania.

Można powiedzieć, że teoretycznie zostało zrealizowane główne założenie reformy, czyli samofinansujący się szpital. Chociaż w praktyce utrudniony przepływ pieniędzy między Kasą Chorych a szpitalami, a także limity kontraktowe nie pozwalają na całkowitą samodzielność, stanowią ograniczenie dla aktywnych i powodują powstawanie nadal ogromnych długów.

#### BIBLIOGRAFIA

- B. Tobiasz-Adamczyk, J. Bajka, G. Marmon, *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*, Kraków 1996.  
P. Banaszyk, R. Fimińska-Banaszyk, A. Stańda, *Zasady zarządzania w przedsiębiorstwie*, Poznań 1997.

---

<sup>19</sup> Innego zdania jest dyrektor Centralnego Zarządu Służby Zdrowia MSWiA Zdzisław Piekarski, który uważa, że resortowa służba zdrowia była lepiej zarządzana i do reformy weszła lepiej przygotowana. Jego zdaniem, szpital musi wypracować dodatkowo 20–30% funduszy, aby był wypłacalny. „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 6, s. 6.

- G. Ciechomska, *Były tylko obietnice...*, „Gazeta Lekarska” 2001, nr 11 (130).
- G. Ciechomska, *Kanał płatniczy*, „Gazeta Lekarska” 2001, nr 12 (131).
- Encyklopedia socjologii*, Warszawa 1999.
- B. Moskalewicz, *Medycyna jako system społeczny* [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, pod red. A. Ostrowskiej, Warszawa 1990.
7. W. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologiczne*, Warszawa 1964.
- M. Sokołowska, *Socjologia medycyny* [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, pod red. A. Ostrowskiej, Warszawa 1990.
- „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 1, 2, 3, 4.

#### SUMMARY

The transformations of the nineteen-nineties in Poland produced new conditions of the functioning of medical institutions. Their managerial personnel had to face new requirements and tasks. The hospital – on account of its formalized and hierarchized structures as well the system of positions and roles assigned according to the profession or occupation learned and done – is an untypical entity to manage. On the one hand it is funded by the state while on the other hand it provides its services on the free market.

When an institution has a possibility of providing services – they have the technical facilities and highly qualified personnel – but they cannot receive appropriate remuneration for it, then its manager is given a very difficult task to fulfil. The paper seeks to analyze the factors that determine the modern ways of managing a hospital.