

Monika Dobska

Kształcenie w zakresie zarządzania a wymogi na rynku usług medycznych

Ekonomiczne Problemy Usług nr 95, 255-263

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

MONIKA DOBSKA

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

KSZTAŁCENIE W ZAKRESIE ZARZĄDZANIA A WYMOGI NA RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH

Wprowadzenie

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku wraz z kolejną nowelizacją – ustawą z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (DzU z 1 czerwca 2011 r.) zapoczątkowała działania reformatorskie w opiece zdrowotnej i autentyczny rynek usług medycznych. Działania w sposób szczególny znalazły odzwierciedlenie w prywatyzacji podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni specjalistycznych, a na obecnym etapie szczególnego znaczenia nabierają przekształcenia publicznych podmiotów leczniczych w spółki prawa handlowego. Wprowadzając te zmiany, nie przygotowano narzędzi umożliwiających osobom zarządzającym dostosowanie kwalifikacji zawodowych do zmian rynkowych. Pracodawcy, zatrudniając pracowników, weryfikowali wymogi formalnozawodowe, natomiast do tej pory nie sprawdzali kompetencji związanych z zarządzaniem. Podstawowym problemem występującym w podmiotach leczniczych jest niedostateczna wiedza kadry zarządzającej na temat uwarunkowań i charakteru przekształceń podmiotów leczniczych funkcjonujących na powstającym rynku usług medycznych.

W procesie kształcenia w zakresie zarządzania na dotychczasowym poziomie nie bierze się pod uwagę zmian na tworzącym się rynku usług medycznych. Warto prześledzić wymogi ustawodawcy i odpowiedzieć tym samym na pytania:

1. Dlaczego podmioty lecznicze są źle zarządzane nie tylko na poziomie wyższym, lecz także na poziomie średniego szczebla kierowniczego?
2. Dlaczego umiejętności i kwalifikacje personelu średniego szczebla kierowniczego nie predysponują do dobrego zarządzania poszczególnymi komórkami organizacyjnymi?

1. Pracownik administracyjny/kierownik wyższego lub średniego szczebla mający wykształcenie medyczne

Pielęgniarka naczelną – zgodnie z wymogiem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹ stanowisko pielęgniarki naczelnej powinna zajmować osoba z wykształceniem wyższym i tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub organizacji i zarządzania. W przypadku, kiedy pielęgniarka/położna legitymuje się tytułem specjalisty w dziedzinie organizacji i zarządzania w zakresie bloku ogólnozawodowego oraz specjalistycznego, zapoznaje się z materiałem związanym z zarządzaniem. Wprawdzie programy szczegółowe są oparte na rozporządzeniu ministra zdrowia z 2003 roku dotyczącym kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, ale wykładowcy mogą przygotować program na podstawie zmian zachodzących na rynku zarówno w kontekście prawno-organizacyjnym, jak i związanym z zarządzaniem. Sytuacja nieco się komplikuje, kiedy pielęgniarka/położna nie zdobyła specjalizacji w dziedzinie organizacji i zarządzania, a jedynie ukończyła szkolenie specjalizacyjne w określonej dziedzinie pielęgniarstwa (np. pielęgniarstwa neonatologicznego, opieki długoterminowej, epidemiologicznego itp., zgodnie z dziedzinami kształcenia podanymi w rozporządzeniu MZ z 2003 r.). W takim przypadku jedyne umiejętności, które pielęgniarka/położna nabędzie w trakcie realizacji programu, będą związane z zajęciami teoretycznymi (zajęcia stażowe odbywają się wówczas na oddziałach lub w poradniach, a nie w komórkach administracyjnych) w ramach bloku ogólnozawodowego w następujących modułach:

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, DzU 2001, nr 115, poz. 896.

- Moduł II. Dydaktyka z elementami edukacji medycznej – treści realizowane na zajęciach teoretycznych pogłębiają wiedzę w zakresie systemów kształcenia, umiejętności uczenia się i nauczania. Realizacja modułu w sposób teoretyczny przygotowuje pielęgniarkę/położną do roli edukatora lub do prowadzenia szkoleń w zakresie pielęgniarstwa.
- Moduł IV. Organizacja i zarządzanie w opiece zdrowotnej – jako jedyny w małym wymiarze godzinowym pokazuje słuchaczom, jakie formy zarządzania można stosować w placówkach leczniczych.
- Moduł VI. Polityka społeczna – realizuje program dotyczący aspektów demograficznych oraz przedstawia system opieki zdrowotnej w Polsce. Wskazuje ponadto, jakie podmioty występują na rynku usług medycznych, jakie są ich zadania oraz zakresy zadań.

Niestety, powyższe umiejętności są kształtowane na poziomie teoretycznym: słuchacz powinien omówić, przedstawić, wymienić, uzasadnić zagadnienia. Z doświadczenia dydaktycznego wykładowców akademickich wynika, że takie kształtowanie umiejętności nie utrwała we właściwy sposób treści, a słuchacz już po zdaniu egzaminu odkłada materiał jako „archiwalny”. Konkludując, należy stwierdzić, że jedynie po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie organizacji i zarządzania pielęgniarka/położna może być przygotowana do zajmowania stanowiska kierowniczego. Jeśli takiego wykształcenia nie ma, ustawodawca nie narzuca żadnych innych form kształcenia. Studia podyplomowe w zakresie zarządzania mogą stanowić jedynie uzupełnienie wiedzy osób, które same chciałyby podnieść swoje kwalifikacje.

Pielęgniarka/położna oddziałowa – stanowisko kierownicze średniego szczebla. Podobnie jak w przypadku pielęgniarki naczelnej, ustawodawca w wyżej wymienionym rozporządzeniu ministra zdrowia z 20 lipca 2011 roku nie wymaga wykształcenia czy kształtowania umiejętności w zakresie zarządzania od osoby, która chciałaby zająć lub zajmuje to stanowisko. Mimo że pielęgniarka oddziałowa zarządza pracą pielęgniarek na oddziale, wystarczy, że zdobyła tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa bądź położnictwa albo tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania. Podobnie jak w powyższym przypadku, umiejętności w zakresie zarządzania można nabyć w ramach szkolenia specjalizacyjnego (blok ogólnozawodowy – szczególnie moduły II, IV, VI) w dziedzinie pielęgniarstwa lub w szerszym zakresie w ramach specjalizacji w dziedzinie organizacji i zarządzania.

Ordynator – stanowisko kierownicze średniego szczebla. Zgodnie z wymogiem przywołanego już rozporządzenia ministra zdrowia z 20 lipca 2011 roku osoba zajmująca to stanowisko powinna legitymować się tytułem zawodowym lekarza lub lekarza dentystry i tytułem specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej. Ustawodawca nie widzi potrzeby kształtowania umiejętności w zakresie zarządzania, co jest zastanawiające, zwłaszcza że na tych osobach spoczywa obowiązek koordynowania prac oddziału. Zarządzanie oddziałem to nie tylko praca związana ze specjalistyczną obsługą pacjenta (ta wiedza jest udokumentowana doświadczeniem lekarza, a przede wszystkim ukończoną specjalizacją), lecz także praca i zarządzanie zespołem. Warto zauważyć, że pielęgniarka oddziałowa, podlegająca merytorycznie ordynatorowi, po ukończeniu specjalizacji dotyczącej zarządzania legitymuje się większą wiedzą w tym zakresie (przynajmniej teoretyczną). I tak, bardzo często uznany profesjonalista, znakomity specjalista w danej dziedzinie jest (albo może być) złym kierownikiem, nie mając właściwych umiejętności zarządczych. Taka sytuacja będzie miała odzwierciedlenie w poziomie satysfakcji pracowników i w znaczący sposób (w sytuacji złego zarządzania) odbije się na procesie obsługi pacjentów. Warto więc zwrócić uwagę na pojęcia związane z oceną jakości pracy personelu medycznego na oddziale. W Polsce w ocenie jakościowej wyrażanej przez pracownika pojawia się pojęcie jatrogenyzy – najczęściej rozumiane jako negatywne następstwo działań podejmowanych przez medycynę (czyli błędy w sztuce lekarskiej lub w postępowaniu pielęgniarskim). Natomiast w Stanach Zjednoczonych bardzo często na pytanie: jak rozumieć niską jakość personelu medycznego na oddziale (z punktu widzenia profesjonalisty, a nie w ocenie pacjenta), pojawia się zupełnie inne określenie – *medical malpractice*. To pojęcie, które obejmuje błędy w sztuce medycznej bądź zaniedbania w trakcie interwencji medycznej oraz (co znamienne) błędy organizacyjne i zarządcze w obsłudze pacjenta. Niestety, w naszych podmiotach leczniczych jedynie indywidualna chęć podnoszenia kwalifikacji powoduje, że obecni lub przyszli ordynatorzy, nie mając wykształcenia z zakresu zarządzania, poznają te zagadnienia na studiach podyplomowych podejmowanych z własnej inicjatywy.

Kierownicy oraz pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni – w stosunku do tych stanowisk ustawodawca mówi o wykształceniu wyższym w odpowiednim kierunku. W zależności od konkursu lub wyboru osób na te stanowiska można mieć nadzieję, że kierunek wykształcenia jest zgodny

z czynnościami, które będą wykonywali jako pracownicy. W tym przypadku należy zadać pytanie, czy system kształcenia uczelni wyższych o profilu ekonomicznym kształtuje umiejętności u studentów w taki sposób, aby już jako absolwenci byli przygotowani do pracy w administracji podmiotów leczniczych.

Na potrzeby niniejszego artykułu autorka prześledziła indywidualne ścieżki studiów studentów Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. Wyniki nie napawają optymizmem. Studenci studiów stacjonarnych mają do wyboru specjalności w ramach trzech kierunków: finanse i rachunkowość, zarządzanie oraz gospodarka przestrzenna. Na kierunku zarządzanie student może wybrać następujące specjalności: business management; handel i marketing; komunikacja w biznesie; logistyka krajowa i międzynarodowa; organizacja i zarządzanie w biznesie; przedsiębiorczość w małej i średniej firmie; przedsiębiorstwo w gospodarce globalnej; zarządzanie inwestycjami i nieruchomościami; zarządzanie produkcją; zarządzanie przedsiębiorstwami; zarządzanie usługami; zarządzanie zasobami ludzkimi. Na poszczególnych specjalnościach (za wyjątkiem specjalności w zakresie zarządzania usługami) nie ma przedmiotów z zakresu usług, co więcej, z zakresu zarządzania w przedsiębiorstwie usługowym. Taka analiza prowadzi do prostych wniosków: absolwent (niestety) Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, jeśli nie będzie myślał perspektywicznie (wybierając określoną specjalność), nie pozna specyfiki działania przedsiębiorstwa usługowego, a więc podejmując pracę w placówce leczniczej, nie tylko nie będzie wiedział, jak jest zorganizowana taka instytucja, lecz także nie będzie miał podstaw z zakresu usługoznawstwa. Odpowiedzią na tak oczywiste zaniedbania w zakresie kształtowania umiejętności miała być reforma wprowadzona pod postacią Krajowych Ram Kwalifikacji w Szkolnictwie Wyższym, jako narzędzie poprawy jakości kształcenia. Tytuł i zamiar nad wyraz obiecujące, niestety, zakończyło się to na etapie planowania, a działania podejmowane przez uczelnie wyższe zmierzają nie tyle do zmiany programu i profilu absolwenta (i dostosowania umiejętności absolwenta do rynku pracy), ile dostosowania dotychczasowych programów do nowych wymogów stawianych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. W efekcie, przy nowo rozpisanym umiejętnościach i kompetencjach społecznych studenta, będą prowadzone te same wykłady bez zmienionych treści, nawet bez namysłu, czy młody człowiek nie trafi przykładowo do sektora usług (zatrudnienie w usługach a w innych sektorach gospodarki!) i czy będzie wiedział, jaka jest różnica między

zarządzaniem przedsiębiorstwem produkcyjnym a przedsiębiorstwem usługowym. Nie sposób nie zacytować tutaj postulatów prof. Kazimierza Rogozińskiego, dotyczącego wprowadzania nowych ram kwalifikacji. Profesor usilnie próbował przedstawić (nie tylko Radzie Wydziału) konieczność nowego profilowania absolwenta:

(...) Bez względu na to, ile i jakich przedmiotów uznamy za obowiązujące [grupa A czy B], tak samo ważna jest „prawdziwość przekazu”. W starej sentencji epistemologów powiada się: Tyle widzisz, ile wiesz... Co przekłada się – tym razem – na pytanie, czy przypadkiem nie prezentujemy studentom zafałszowanego obrazu rzeczywistości? Przecież globalizacja nie jest jedynym uniwersalnym trendem przeobrażającym współczesną gospodarkę, bo jest nim również serwicyzacja! (...) Może na tym wstępnym poziomie prac, wymuszonych w końcu Krajowymi Ramami Kompetencji, warto przypomnieć sobie o starym pojęciu „profil absolwenta”, a wówczas uzmysłowi nam to, że na kierunku i specjalności – niezależnie od tego, ile ich będzie – nakładają się jeszcze cztery podstawowe profile: [1] przedsiębiorca – przygotowany, by zorganizować i samodzielnie prowadzić działalność gospodarczą; [2] menedżer, powiedzmy, kontraktowy; [3] analityk; [4] badacz, kandydat nauk, czyli wchodzący na trzeci poziom studiów².

Niestety, powyższy oraz inne postulaty nie zreformowały czy nawet nie zmieniły programów kształcenia, według zasady: po co zmieniać, skoro programy sprawdzone przez lata – sprzedają się na rynku pracy. Ale czy na pewno? Przy omawianiu w niniejszym w artykule stanowisk w placówkach leczniczych do tej pory pominięto stanowisko najważniejsze: kierownika (dyrektora) podmiotu leczniczego. I tutaj zaskakuje fakt, że zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 17 maja 2000 roku, par. 1: kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej może być wyłącznie osoba mająca wyższe wykształcenie i co najmniej sześcioletni staż pracy w zawodzie lub mająca wyższe wykształcenie i ukończone studia podyplomowe w kierunku zarządzanie w służbie zdrowia i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie bądź mająca wyższe wykształcenie i szkolenie zagraniczne, i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie. Znamienne, że od osoby zarządzającej zakładem opieki zdrowotnej w przypadku sześcioletniego stażu pracy nie wymaga się kształcenia kierunkowego w dzie-

² GŁOS prof. dr. hab. K. Rogozińskiego, *W sprawie założeń programowych dla przyszłych kierunków kształcenia*, przekazany dziekanowi Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, marzec 2012 r.

dzinie zarządzania. Ustawodawca założył, że staż sześcioletni będzie wystarczający dla osoby, której organ założycielski powierzy tę funkcję. Nie wzięto pod uwagę, że kierownikami zostają bardzo często osoby z personelu medycznego: lekarze i pielęgniarski, i tutaj można powrócić do ponownej analizy procesu kształcenia pielęgniarki i lekarza.

Podsumowanie

Próba analizy dokonanej w niniejszym artykule wskazuje wyraźnie, że reformujący się rynek usług medycznych nie ma profesjonalistów, których wykształcenie i umiejętności nabywane w trakcie studiów mogłyby pokazywać dobre wzorce organizacyjne. Niestety, polskie zapóźnienie w tym zakresie jest zawstydzające. Porównując systemy kształcenia w Polsce i w Stanach Zjednoczonych, można stwierdzić, że nasi absolwenci uczelni ekonomicznych nie tylko nie wiedzą, jak funkcjonuje podmiot leczniczy, lecz także nie znają pojęć z zakresu zarządzania, tak charakterystycznych i specyficznych dla obecnego okresu. Polski absolwent nie zna systemów zarządzania przez jakość, chociaż prawie każdy zakład już ma certyfikat jakości lub przygotowuje się do jego zdobycia. Nie wie, co oznacza akredytacja podmiotu leczniczego (kto i w jakich warunkach może przyznać status jednostki akredytowanej) – a to przecież są systemy z zakresu zarządzania. Rozliczanie jednorodnych grup pacjentów (JGP) stanowi poważny stopień skomplikowania, nie mówiąc o budżetowaniu oddziałów. To wszystko poznaje absolwent uczelni amerykańskiej, jeśli tylko wybierze kierunek z zakresu usług lub specjalizację koncentrującą się na zarządzaniu szpitalami. Nie dość, że nie dajemy szansy naszym absolwentom na zdobycie i utrzymanie dobrych stanowisk pracy, to jeszcze poprzez przestarzały system kształcenia na uczelniach ekonomicznych i medycznych powodujemy, że podstawowa kompetencja społeczna, jaką jest innowacyjność i kreatywność (tak ceniona w USA – a wartość przeliczona w dolarach), jest nieobecna na rynku polskim.

Oczywiście, autorka ma świadomość że tak ostra krytyka może spotkać się ze sprzeciwem, choć jest oparta na obserwacjach oraz rozmowach z dyrektorami placówek, którzy nie widzą takich umiejętności (nie mówić już o chęci do podjęcia trudu nauki) u nowo zatrudnionych pracowników, jak również na prawie dekadzie doświadczeń w ramach prowadzenia Studium Podyplomowego

Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej. Można mieć tylko nadzieję, że środowisko naukowców – usługodawców (a mamy silne ośrodki w Poznaniu, Wrocławiu, Szczecinie czy Warszawie) będzie mogło stanowić na tyle silne lobby, aby w programach kształcenia pojawiały się przykłady nie tylko usługowe, lecz także branżowe, dające nowe możliwości na rynku pracy – a nam, przyszłym czy obecnym pacjentom, większy komfort pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej. Optymizmem napawa konkurs Ministerstwa Zdrowia w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013³, poprzez który przynajmniej mała grupa kierowników średniego i wyższego szczebla będzie mogła nabyć wiedzę z zakresu przekształceń i restrukturyzacji podmiotów leczniczych.

Na zakończenie warto dodać, że Ministerstwo Zdrowia w październiku 2011 roku przeprowadziło badanie ewaluacyjne *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*. Badaczy interesowały zarówno indywidualne potrzeby szkoleniowe pracowników ZOZ-ów, jak i obszary wymagające doskonalenia umiejętności zawodowych z perspektywy kadry zarządzającej. Najważniejszymi wnioskami z badań są: 1) pracownicy ZOZ-ów podnoszą kwalifikacje zawodowe co najmniej raz w roku; 2) szkolenia finansują najczęściej z własnych środków; 3) najczęstszymi powodami takiego stanu rzeczy są: bariery finansowe, brak czasu, braki kadrowe, brak zastępstwa dla osoby szkolącej się, brak motywacji oraz atmosfera w pracy niesprzyjająca udziałowi w kształceniu. Biorący udział w badaniu zwrócili uwagę na to, że pomija się niemedyczne czynności w ramach systemu ochrony zdrowia w realizowanych planach szkoleń. Ich zdaniem, kształcenie w tym zakresie powinno odbywać się w formie studiów podyplomowych.

³ Priorytet II – Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących. Działania 2.3 – Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Poddziałanie 2.3.4 – Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia.

MANAGEMENT EDUCATION AND REQUIREMENTS ON HEALTHCARE MARKET

Summary

The attempt of made analysis is indicating in the present article clearly, that reforming oneself internal market, there are no professionals which the education and shaped abilities in the course of studies could show good organizational models. Unfortunately our – the Polish backwardness in this respect is not only paralysing, as even shaming. Comparing education systems in Poland and e.g. in the United States, our graduates of business colleges) don't not only know how the healing entity is functional what even they don't know whether aren't also associating notions in managing this way characteristic and peculiar to the current period. Graduate (Polish) he doesn't know systems of the total quality management, even though every unit already has the right or is preparing for the certificate. He doesn't know, what accreditation of the healing subject means (who and what conditions can grant the status of the accredited individual in) – and these are after all systems in managing. JGP – that is accounting for homogeneous groups of patients, it not saying the too serious degree of complicating already about budgeting of branches. That's all a graduate of the American college is getting to know, if only direction chooses from a range of services or also the specialization concentrating on managing hospitals. Comparing the education system, it isn't enough we aren't giving the chance to our graduates for getting and keeping good workstations, it still through the obsolete education system on business colleges and medical we cause, that basic social competence which is the innovation and the creativity (this way valued in the USA – and value counted in dollars) is absent on the Polish market.

Translated by Monika Dobska