

Wykształcona kadra menedżerska jako warunek skutecznego zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej

Alicja Domagała

Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Alicja Domagała, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, alicja.domagala@uj.edu.pl

Abstract

Highly qualified managers as a requirements for effective management of health care units

The article is aimed at presenting the Polish health care managers' profile and describing postgraduate education offer available to this group. As a result of the changes in health care system the managers need to continuously gain new qualifications. They are expected not only to provide more effective management methods, but also to minimize the costs and achieve the health care units goals. It is obvious that only highly skilled managers with high level of qualification and broad knowledge concerning economics, finance, medical law, human resources management are able to meet the requirements of rapid changes in health care sector. Research showed that there are significant changes in the profile of health care managers. Currently among managers there are less persons with medical background and more women. Majority of managers continue their education during postgraduate study (mainly managerial and economy). There are very wide range of postgraduate studies for Polish health care managers offered by public and non-public universities.

Key words: health care manager, health care system, management, postgraduate education

Słowa kluczowe: kształcenie podyplomowe, menedżer zdrowia, system zdrowotny, zarządzanie

Wprowadzenie

W polskim prawodawstwie wymogi dotyczące kwalifikacji osób zarządzających jednostkami opieki zdrowotnej nie są precyzyjnie określone. Do czasu obowiązywania przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹ aktualne były zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju². Zgodnie z pkt 1 § 1 tego rozporządzenia kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej mogła być „wyłączenie osoba mająca wyższe wykształcenie i co najmniej sześcioletni staż pracy w zawodzie lub posiadająca wyższe wykształcenie i ukończone studia podyplomowe o kierunku zarządzanie w służbie zdrowia i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie bądź posiadająca wyższe wykształcenie i szkolenie zagraniczne i co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie”.

Obecnie kwestie wymagań dotyczących kierownika jednostki opieki zdrowotnej regulują zapisy art. 46 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³. Zgodnie z tymi zapisami: „Kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może być osoba, która:

- 1) posiada wykształcenie wyższe;
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
- 3) posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy;
- 4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

Równie nieprecyzyjnie są zdefiniowane wymogi dotyczące menedżerów zarządzających jednostkami zdrowotnymi działającymi w formie spółek kapitałowych. Z dniem wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przed-

siębiorstwami podmiotów leczniczych (art. 205 ustawy), dotychczasowe stanowiska kierowników NZOZ-ów zostały więc zlikwidowane. W Rozporządzeniu Ministra Skarbu Państwa z 22 grudnia 2011 r. w sprawie określenia ramowego wzoru aktu przekształcenia SPZOZ w spółkę kapitałową zasugerowano, że członek zarządu powinien posiadać wykształcenie wyższe i staż pracy określony przez podmiot [1].

Aktualnie kierownik jednostki opieki zdrowotnej (menedżer zdrowia) to osoba, której zakres zadań jest niezwykle złożony. Zarządzanie w systemie zdrowotnym charakteryzuje się pewną specyfiką, obligując zarządzającego zarówno do koncentracji na potrzebach wewnętrznych jednostki, jak również na otoczeniu zewnętrznym oraz relacjach pomiędzy otoczeniem a organizacją. Aby spełnić te obowiązki, rola menedżera zdrowia charakteryzowana jest jako triada cech projektanta, stratega i lidera [2]. Rola zarządzającego placówką zdrowotną jest więc z jednej strony złożona, wielowymiarowa i wymagająca, ale z drugiej interesująca i satysfakcjonująca, dająca wiele możliwości służenia zarówno interesom pacjentów, jak i samej organizacji w trakcie poszukiwania bilansu równowagi w orientacji na wartości oraz wynik finansowy. Należy zwrócić uwagę, że w dziedzinie zdrowia, bardziej niż w innych sferach, zarządzanie dotyczy także kwestii moralnych i decyzji etycznych. Menedżerowie muszą się uczyć usprawniać proces zmian, zachowując elastyczność w reagowaniu na wieloznaczne i niestabilne otoczenie oraz przystosowując się do niego. Aby móc skutecznie realizować te zadania, konieczne jest posiadanie interdyscyplinarnej wiedzy i umiejętności. Skuteczny menedżer zarządzający placówką zdrowotną musi mieć umiejętność budowania zespołów i zarządzania nimi, wykorzystywania procesów grupowych, podejmowania decyzji z udziałem innych stron, rozwiązywania konfliktów, negocjowania, komunikowania się i budowania koalicji. Ponadto musi rozumieć i angażować się w relacje i procesy międzyorganizacyjne, struktury i funkcje władzy oraz politykę i proces polityczny. Ważny jest także aspekt roli menedżera jako innowatora, będącego przywódcą w trakcie wprowadzanych zmian i tworzącego wspólną i powszechnie podzielaną wizję przyszłości, konieczną do rozwoju i pchnięcia organizacji w nowym kierunku [3].

Zakres kompetencji współczesnego menedżera zdrowia jest więc bardzo szeroki. Kompetencje zawodowe to „zespół cech danej osoby, na który składają się charakterystyczne dla tej osoby elementy, takie jak motywacja, cechy osobowości, umiejętności, samoocena związana z funkcjonowaniem w grupie oraz wiedza, którą ta osoba sobie przyswoiła i którą się posługuje” [4]. Zgodnie z definicją T. Oleksyna kompetencje definiujemy jako zakres wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postaw i zachowań oraz innych cech psychofizycznych ważnych w danej pracy, gotowość pracownika do działania w określonych warunkach i zdolność przystosowania do zmian, a także formalne wyposażenie w możliwości działania i podejmowania decyzji związanych z pracą [5].

Menedżerowie systemu ochrony zdrowia w związku ze stale zachodzącymi zmianami w tym systemie, podobnie jak kadra medyczna, stoją przed koniecznością ciągłego podnoszenia swoich kompetencji i stałej aktualizacji wiedzy. Najczęstszą formą kształcenia ustawicznego dla menedżerów są studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia. Ponadto rynek usług szkoleniowych zapewnia także możliwość korzystania z wielu krótszych form doskonalenia zawodowego, organizowanych np. w formie jedno- lub dwudniowych konferencji, kongresów, seminariów, kursów, warsztatów praktycznych czy też cykli szkoleń poświęconych aktualnym problemom systemowym. Zakres tematyczny oferowanych szkoleń jest bardzo zróżnicowany, najczęściej dotyczy najbardziej aktualnych problemów systemu ochrony zdrowia. Badania prowadzone w zakresie skuteczności i efektywności zarządzania potwierdzają, że konieczność zmiany w dotychczasowym sposobie zarządzania jednostkami zdrowotnymi wymaga wykształconych menedżerów i przywódców uaktualniających swoją wiedzę i potrafiących zarówno projektować nowe rozwiązania, jak i motywować pracowników do ich wdrażania [6].

■ Cel pracy

Celem niniejszego artykułu jest próba określenia aktualnego profilu menedżera zdrowia działającego w polskim systemie opieki zdrowotnej oraz analiza podyplomowej oferty szkoleniowej kierowanej do kadry zarządzającej jednostkami opieki zdrowotnej.

Kto zarządza polskimi jednostkami opieki zdrowotnej?

Konieczność doskonalenia zawodowego menedżerów systemu zdrowotnego jest uwarunkowana zmiennością funkcjonowania tego sektora, gdzie przy malejących nakładach finansowych wymaga się od menedżerów zwiększenia efektywności i zarządzania podległymi placówkami przy jednoczesnej minimalizacji ponoszonych kosztów. Można się więc spodziewać, że tylko ci menedżerowie zdrowia, którzy posiadają stosowne kompetencje z zakresu zarządzania, finansów, ekonomii oraz prawa są w stanie skutecznie reagować na szybkie zmiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej [7].

Profil kompetencji dyrektora szpitala w Polsce w ostatnich latach uległ wyraźnej zmianie. Statystyczny dyrektor szpitala w Polsce w latach 90. był to na ogół mężczyzna, lekarz medycyny, nieposiadający niezbędnej wiedzy i przygotowania do zarządzania i kierowania. Sytuacja taka była uwarunkowana zaszłością z lat 1945–1989 przejawiającą się m.in. brakiem zdefiniowania jasnych wymagań kwalifikacyjnych dotyczących stanowisk kierowniczych w systemie opieki zdrowotnej, stosunkowo dużą dowolnością w obsadzie tych stanowisk, państwowym charakterem opieki zdrowotnej, obsadzaniem kluczowych stanowisk kierowniczych wyłącznie przez lekarzy oraz łączenia stanowiska dyrektora szpitala z funkcją ordynatora oddziału szpitalnego [8].

Liczba dostępnych badań dotyczących profilu kompetencji menedżerów zdrowia w Polsce jest niewielka.

Publikowane badania mają charakter szacunkowy i wymagają podjęcia szerszych badań obejmujących większą grupę jednostek zdrowotnych. Analiza literatury wskazuje dwa ciekawe badania, które pokazują, że w ostatnich latach dokonała się wyraźna zmiana profilu menedżera zdrowia w Polsce.

Pierwsze badanie, autorstwa Marka Wójcika, miało charakter ankietowy, było prowadzone w listopadzie 2012 r. i dotyczyło profilu kompetencji prezesów podmiotów leczniczych powstałych na podstawie przekształconych samorządowych publicznych zakładów opieki zdrowotnej [9]. Jest to badanie reprezentatywne, objęto nim 68 prezesów spółek szpitalnych (ze 138 spółek funkcjonujących według stanu na listopad 2012 r.).

Kobiety stanowiły 30,88% badanej grupy, mężczyźni – 69,12%. Średnia wieku menedżera w badanej grupie to **49 lat**. Wszystkie osoby ukończyły studia wyższe, w tym zaledwie 34% to absolwenci studiów wyższych medycznych. 28% respondentów miało ukończone studia wyższe ekonomiczne lub pokrewne, 22% wyższe techniczne, 10% ukończyło wyższe studia prawnicze lub pokrewne i 2% wyższe humanistyczne. Prawie 90% ankietowanych miało ukończone studia podyplomowe (szczegóły przedstawia **Tabela I**). O wysokich kwalifikacjach kadry zarządzającej świadczy także fakt, że 8 osób miało ukończone studia MBA, a 60% kurs Członka Rad

	Kierunek ukończonych studiów podyplomowych
48%	<ul style="list-style-type: none"> • zarządzanie jednostkami ochrony zdrowia • zarządzanie placówkami służby zdrowia • zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej • zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej • zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej • zarządzanie szpitalem i administracja ochroną zdrowia • zarządzanie w opiece zdrowotnej • zarządzanie w ochronie zdrowia • zarządzanie ochroną zdrowia • zarządzanie i organizacja zdrowia • zarządzanie firmą w opiece zdrowotnej • zarządzanie i marketing w służbie zdrowia • ekonomia zdrowia
29%	<ul style="list-style-type: none"> • zarządzanie przedsiębiorstwem • menedżerskie • zarządzanie • zarządzanie i marketing • zarządzanie marketingiem w przedsiębiorstwie • zarządzanie zasobami ludzkimi • kontrola i audyt wewnętrzny w przedsiębiorstwie • ekonomia i zarządzanie w działalności gospodarczej
23%	<ul style="list-style-type: none"> • zarządzanie projektami • ekonomia i finanse • bankowość i finanse • inwestycje kapitałowe • prawo podatkowe i rachunkowość • ubezpieczenia gospodarcze oraz prawo • pedagogika • studium pedagogiczne

Tabela I. Studia podyplomowe ukończone przez prezesów podmiotów leczniczych.

Źródło: M. Wójcik, *Profil zawodowy prezesa spółki prowadzącej działalność leczniczą* [9].

Nadzorczych Spółek Skarbu Państwa. Wyniki badania wskazują, że prezesi podmiotów leczniczych posiadają wieloletnie doświadczenie zawodowe. Średnio doświadczenie zawodowe w sektorze opieki zdrowotnej w badanej grupie wynosiło 13,4 roku. Pełnienie funkcji kierowniczej – średnio 13,2 roku, w tym funkcji kierowniczej w sektorze ochrony zdrowia – 9,2 roku. Prezesi znają specyfikę funkcjonowania jednostek opieki zdrowotnej, aż 74% spośród badanych osób bezpośrednio przed objęciem funkcji prezesa spółki pracowało wcześniej w szpitalu. Większość (tj. 64,52%) osób posiadała także doświadczenie w pracy w innych spółkach. Ponadto należy podkreślić znajomość specyfiki działania samorządu terytorialnego, 65% posiadało doświadczenie w pracy w organach samorządu terytorialnego, a co trzeci prezes pełnił funkcję radnego.

Z wyników powyższego badania można wnioskować, że obecny prezes podmiotu leczniczego to osoba wykształcona, o znacznym doświadczeniu zawodowym, wieloletnim stażu w pełnieniu funkcji zarządczych, posiadająca bardzo dobrą znajomość sektora ochrony zdrowia, stale podnosząca swoje kompetencje, aktywna w życiu społecznym [9].

Kolejne badanie dotyczące profilu kompetencji menedżera zdrowia w Polsce było badaniem ankietowym przeprowadzonym przez M. Kautscha i S. Sobieralską w okresie sierpień–październik 2012 r. [10]. Uzyskane wyniki w dużej mierze są zbliżone do wyników wcześniej przedstawionego badania. Na podstawie informacji uzyskanych ze 108 szpitali (tj. około 13% szpitali w Polsce) można wnioskować, że statystyczny dyrektor szpitala to osoba o dużym doświadczeniu zawodowym, stale podnosząca swoje kwalifikacje. Najważniejsze wyniki tego badania wskazują na zwiększający się udział kobiet wśród menedżerów (42%). Ponadto zmniejsza się udział osób z wykształceniem medycznym i choć nadal jest to najczęstsze wykształcenie kierunkowe wśród kadry zarządzającej (63% badanej grupy), to zwiększa się liczba osób z kierunkowym wykształceniem niemedycznym.

Średnia wieku menedżera w badanej grupie to **51 lat** (dla kobiet 45, dla mężczyzn 57). Są to osoby doświadczone, średni staż pracy w ochronie zdrowia wynosił aż **22,5 roku**, w tym średni staż pracy na stanowisku dyrektora w ankietowanej jednostce 7,5 roku. Zaskakujące jest to, że kobiety stanowiły aż 42% ogółu dyrektorów badanych podmiotów. Analiza wykształcenia osób badanej grupy wskazuje, że 63% osób posiadało wykształcenie wyższe o profilu medycznym. Kolejnymi najczęściej wskazywanymi kierunkami były studia ekonomiczne (10% badanych), inżynierskie i techniczne (razem 9%), prawnicze (6%).

Aż 86% respondentów ukończyło studia podyplomowe, przy czym w grupie dyrektorów kobiet wszystkie osoby ukończyły co najmniej jedno studia podyplomowe, a w przypadku mężczyzn odsetek ten wynosił 76%. Jak wynika z przeprowadzonego badania, 35% ankietowanych ukończyło jeden kierunek studiów podyplomowych, aż 36% – dwa kierunki, 10% ukończyło aż trzy kierunki studiów podyplomowych. Najczęściej, bo

w 58%, wybierano studia podyplomowe z zakresu ekonomii i zarządzania w ochronie zdrowia. Inne popularne kierunki to: zdrowie publiczne, rachunkowość i finanse.

Kształcenie menedżerów zdrowia w Polsce

Pierwsze inicjatywy w zakresie kształcenia kadr zarządczych dla systemu zdrowia w Polsce miały miejsce w 1991 r., wówczas ze względu na brak w systemie wykwalifikowanej kadry menedżerskiej z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej powstała Szkoła Zdrowia Publicznego jako międzywydziałowa jednostka Akademii Medycznej i Uniwersytetu Jagiellońskiego. Była to pierwsza w Polsce i jedna z pierwszych w Europie Środkowo-Wschodniej szkoła nakierowana na przygotowanie profesjonalnych kadr zarządzających w sektorze zdrowia. Działania szkoły zmierzały do przygotowania nowoczesnej kadry menedżerskiej na potrzeby zmieniającego się polskiego systemu opieki zdrowotnej. W tym celu uruchomiono 2-letnie dzienne studia podyplomowe w zakresie zarządzania szpitalem i administracji zdrowiem publicznym, a następnie 3-letnie studia podyplomowe dla osób już zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w podmiotach systemu zdrowotnego. Od tamtego czasu systematycznie rozwija się rynek edukacyjny kształcący kadrę menedżerską systemu zdrowotnego. Podobne kierunki studiów podyplomowych uruchomiono na wielu polskich uczelniach. Obecnie kształcenie podyplomowe w zakresie zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej/organizacji ochrony zdrowia stało się kierunkiem bardzo popularnym i jest prowadzone już przez kilkadziesiąt uczelni publicznych i niepublicznych. **Według informacji publikowanych na portalu www.uczelnie.pl studia podyplomowe dla kadry zarządzającej jednostkami zdrowotnymi są prowadzone obecnie w Polsce na 18 uniwersytetach, w 3 publicznych szkołach wyższych, 4 politechnikach i aż 40 niepublicznych uczelniach wyższych.**

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawnymi ustawy z 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw* (Dz.U. 2011, Nr 84, poz. 455) studia podyplomowe trwają nie krócej niż dwa semestry. Program kształcenia powinien umożliwiać uzyskanie przez słuchacza co najmniej 60 punktów ECTS, przy czym uczelnia jest zobowiązana do określenia wyników kształcenia oraz sposobu ich weryfikowania i dokumentacji⁴. Szczegółowe rezultaty kształcenia zdefiniowane dla danego programu kształcenia na studiach podyplomowych powinny być skorelowane z celem ustawowym prowadzenia studiów podyplomowych, tzn. kształceniem nowych umiejętności niezbędnych na rynku pracy w systemie uczenia się przez całe życie oraz z celami szczegółowymi określonymi przez twórców danych studiów podyplomowych.

Jak wspomniano powyżej, oferta studiów podyplomowych w zakresie zarządzania placówkami zdrowotnymi jest bardzo zróżnicowana. Dotyczy to zarówno organizacji studiów, jak również zakresu programowego

i metod nauczania. Ze względu na brak standardów/wytycznych w zakresie programu studiów podyplomowych szczegółowy zakres treści programowych jest zróżnicowany i ustalany indywidualnie przez poszczególne uczelnie prowadzące kształcenie na tym kierunku. Zakres programowy obejmuje liczne zagadnienia związane z zarządzaniem jednostkami ochrony zdrowia, wśród których najczęściej można spotykać następujące moduły tematyczne:

- polityka zdrowotna a funkcjonowanie jednostek opieki zdrowotnej;
 - zasady organizacji jednostek opieki zdrowotnej;
 - zasady funkcjonowania rynku usług zdrowotnych;
 - proces restrukturyzacji jednostek opieki zdrowotnej;
 - zagadnienia prawne dotyczące jednostek opieki zdrowotnej;
 - podstawowe analizy ekonomiczne i finansowe wykorzystywane w zarządzaniu jednostkami opieki zdrowotnej;
 - tworzenie systemów zarządzania jakością oferowanych świadczeń zdrowotnych;
 - systemy informatyczne w jednostkach opieki zdrowotnej;
 - zarządzanie operacyjne w jednostkach opieki zdrowotnej;
 - polityka personalna/restrukturyzacja zatrudnienia/formy i metody zatrudniania;
 - zarządzanie zespołem;
 - zarządzanie infrastrukturą techniczną i inwestycjami;
 - gospodarka lekiem;
 - kontraktowanie świadczeń zdrowotnych;
 - przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej;
 - negocjacje w systemie zdrowotnym;
 - wprowadzanie zmian w jednostkach opieki zdrowotnej;
 - elementy prawa inwestycyjnego;
 - zarządzanie infrastrukturą techniczną i inwestycjami;
 - rachunek kosztów i rachunkowość zarządcza w jednostkach opieki zdrowotnej;
 - zarządzanie finansami w jednostkach opieki zdrowotnej;
 - ubieganie się o środki finansowe z programów unijnych;
 - marketing usług zdrowotnych;
 - *public relation* w ochronie zdrowia.
- Czasopismo „Menedżer Zdrowia” prowadzi okresowy *Ranking szkół podyplomowych – Najlepsze szkoły menedżerów zdrowia*, uwzględniając głównie takie aspekty studiów, jak [11]:
- organizacja studiów i dydaktyki (proporcja między wykładami a ćwiczeniami, liczba godzin przeznaczonych na indywidualne konsultacje i seminaria, praktyczne umiejętności, jakie mogą zdobyć studenci, oraz realizacja projektów zespołowych);
 - potencjał kadrowy (m.in. odsetek samodzielnych pracowników nauki, udział praktyków w dydaktyce, a także publikacje pracowników według wskaźnika IF);
 - zaplecze dydaktyczne i usługi dodatkowe;
 - opinia wzajemna.

Każdej kategorii przyznawana jest inna liczba punktów; najwięcej punktów można uzyskać za potencjał kadrowy oraz organizację studiów i dydaktyki⁵.

Głównym celem studiów podyplomowych kształcących menedżerów zdrowia jest nabycie przez słuchaczy nowoczesnej wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie zarządzania, tj. planowania, organizowania, koordynowania i monitorowania działalności podmiotów zdrowotnych. Program kształcenia jest nakierowany na wykształcenie u słuchaczy wielu umiejętności niezbędnych nie tylko do sprawnego podejmowania decyzji i bieżącego administrowania jednostką, ale także planowania strategii rozwojowej ukierunkowanej na dostosowywanie się do ciągle zmieniających się uwarunkowań zewnętrznych.

Z badań przeprowadzonych przez autora niniejszego artykułu⁶ w grupie 42 słuchaczy studiów podyplomowych na kierunku zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej wynika, że do zagadnień, które są obecnie najbardziej przydatne w pracy zawodowej osób zajmujących się zarządzaniem w jednostkach ochrony zdrowia, należą:

- kontraktowanie świadczeń zdrowotnych;
- marketing usług zdrowotnych;
- regulacje prawne dotyczące jednostek opieki zdrowotnej;
- planowanie strategiczne w jednostkach opieki zdrowotnej,
- polityka personalna/restrukturyzacja zatrudnienia;
- zarządzanie czasem;
- występowanie o programy unijne i ich rozliczanie;
- regulacje prawne w zakresie zawierania umów przez jednostki opieki zdrowotnej;
- polityka w zakresie wynagradzania;
- odpowiedzialność prawna jednostki opieki zdrowotnej.

W 2011 r. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przeprowadzono diagnozę potrzeb szkoleniowych kadry zarządzającej systemu zdrowotnego (Raport MZ pt. *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce, 2011*)⁷ [12]. Wyniki tego badania pozwoliły na zidentyfikowanie najistotniejszych potrzeb szkoleniowych w zakresie wiedzy i umiejętności związanych z zarządzaniem w podmiotach leczniczych. Autorzy badania rozpoznali potrzeby szkoleniowe u dyrektorów placówek medycznych głównie w takich dziedzinach wiedzy, jak:

- prawo z zakresu ochrony zdrowia (43% badanych);
- ekonomia menedżerska (40%);
- stosowanie przepisów ustawy o działalności leczniczej (35%);
- organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (34%).

Wiele osób wskazywało także na konieczność doskonalenia umiejętności kierowania zespołem (51%), techniki negocjacji (47%) oraz zarządzania czasem i efektywnej komunikacji (36%).

Zbliżony zakres luk kompetencyjnych wskazali dyrektorzy ds. administracyjnych, którzy zwrócili głównie uwagę na następujące zakresy wiedzy:

- organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (43%);
- ekonomia menedżerska (39%);
- prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia (38%);
- stosowanie przepisów ustawy o działalności leczniczej (33%);
- ekonomia ochrony zdrowia (28%);
- kontraktowanie świadczeń zdrowotnych (27%).

Ponadto wskazano takie sfery, jak: zarządzanie jakością, negocjacje, budżetowanie oraz zarządzanie finansami. Respondenci wskazywali również na brak umiejętności radzenia sobie z trudnym pacjentem, rozczeniowością pacjentów oraz z agresją ze strony pacjenta. Wyraźne braki wskazywano także w odniesieniu do znajomości aktualnych przepisów prawnych oraz umiejętności interpretacji aktów prawnych. Powyższe informacje są zgodne z obserwowanymi trendami zmian w sektorze ochrony zdrowia obejmującymi głębokie przeobrażenia w systemie prawnym i finansów publicznych, a także organizacji ochrony zdrowia.

Niejednokrotnie wskazywano także na brak wystarczającej wiedzy o procesach medycznych zależnych od decyzji menedżerów. Współczesna medycyna wymusza od kadry zarządzającej ścisłą współpracę w dziedzinie zarządzania, administracji, finansowania i wykonywania świadczeń zdrowotnych, dlatego silnie wskazane są wielodyscyplinarne szkolenia z powyższych dziedzin pozwalające na optymalizację decyzji zarządczych [12].

Z przeprowadzonego badania wynika, że zdecydowana większość dyrektorów (88%) korzysta z różnych form szkoleń. Najczęściej wskazywaną formą szkoleń są szkolenia organizowane w jeden weekend (46%) lub w dni powszednie (44%). Prawie połowa dyrektorów/kierowników zakładów doskonalili swoje umiejętności zawodowe od jednego do trzech razy w roku, w szkoleniach zaś odbywających się więcej niż cztery razy w roku bierze udział około 40% dyrektorów. Co drugi dyrektor uczestniczy w szkoleniach finansowanych w całości przez zakład, w którym pracuje, około 32% osób uzyskuje dofinansowanie szkolenia z zatrudniającej go placówki, a około 37% finansuje szkolenia we własnym zakresie. Dyrektorzy preferują szkolenia realizowane w dni powszednie w godzinach pracy (58%). Dla 42% badanych najlepszą formą są szkolenia cykliczne odbywające się przez kilka weekendów, 37% wybrałoby najchętniej szkolenia w jeden weekend, a 34% osób wybrałoby e-learning. Najmniej osób zainteresowanych jest szkoleniami organizowanymi w dni powszednie w godzinach wieczornych (12%) [12].

Kształcenie podyplomowe kadry zarządzającej – wsparcie ze środków unijnych

W odpowiedzi na przedstawioną powyżej diagnozę potrzeb szkoleniowych kadry zarządzającej Departament Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia, pełniący funkcję Instytucji Wdrażającej dla Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w lutym 2011 r. ogłosił konkurs nr MZ_2.3.4_1_2012 w ramach Poddziałania 2.3.4 – *Rozwój kwalifikacji kadr służący pod-*

niesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia. W ramach tego konkursu zaplanowano finansowanie studiów podyplomowych o profilu zarządzanie w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem zagadnień związanych z przekształceniami zakładów opieki zdrowotnej w spółkę prawa handlowego. Zakładano, że 100% uczestników projektu (czyli słuchacze studiów podyplomowych) będą stanowić przedstawicieli kadry zarządzającej podmiotów leczniczych (tj. dyrektorzy, główni księgowi, kierownicy wewnętrznych jednostek organizacyjnych, w tym ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe itd.), którzy są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę i z własnej inicjatywy wyrażą chęć udziału w projekcie.

W Tabeli II przedstawiono wykaz uczelni i kierunków studiów podyplomowych, które uzyskały dofinansowanie w ramach tego programu. Dla słuchaczy tych kierunków udział w studiach podyplomowych jest bezpłatny.

W ramach tego programu w okresie od lipca 2012 do czerwca 2014 r. ze studiów podyplomowych skorzystało około 5200 osób zajmujących się zarządzaniem jednostkami opieki zdrowotnej. Na dofinansowanie studiów podyplomowych dla kadry zarządzającej wydano łącznie aż ponad 29 mln zł. Informacje uzyskane z Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia⁸ wskazują, że struktura uczestników studiów podyplomowych finansowanych w ramach omawianego programu przedstawia się następująco: 8,44% – dyrektorzy, 4,36% – zastępcy dyrektorów, 2,04% – ordynatorzy, 3,86% – naczelnice pielęgniarki, 22,08% – pielęgniarki oddziałowe, 4,19% – główni księgowi, 55,02% – średni personel zarządzający. Wynika z tego, że wśród osób, które rozpoczęły studia podyplomowe w ramach Poddziałania 2.3.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, ponad połowa to osoby pełniące funkcje średniego personelu zarządczego, udział głównych menedżerów zdrowia jest stosunkowo niewielki. Wynika to prawdopodobnie z faktu, że osoby pełniące kluczowe funkcje menedżerskie ukończyły już wcześniej studia podyplomowe o zbliżonym zakresie tematycznym lub forma ich zatrudnienia wykluczała możliwość udziału w programie⁹.

Podsumowanie i wnioski

Rola skutecznych menedżerów zdrowia jest podkreślana w wielu dokumentach strategicznych organizacji międzynarodowych, m.in. WHO w strategii *The new European policy for health – Health 2020* zwraca uwagę na konieczność wzmocnienia przywództwa w systemie zdrowia, także na poziomie jednostek opieki zdrowotnej, co wpłynie na skuteczność i jakość oferowanych usług zdrowotnych [13]. Szczególne znaczenie ma umiejętna współpraca menedżera zdrowia z innymi podmiotami i instytucjami w celu poprawy skuteczności systemu zdrowia, na co zwraca uwagę WHO w dokumencie pt. *Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action* [14].

Funkcja menedżera zdrowia w obecnych warunkach polskiego systemu jest niezwykle trudna i wymagająca. Skuteczny menedżer musi się wykazać nie tylko inter-

dyscyplinarną wiedzą (m.in. z zakresu zarządzania, ekonomii, prawa), ale także szerokim zakresem umiejętności i kompetencji społecznych. Warunkiem efektywnego funkcjonowania jednostki jest sprawne i skuteczne zarządzanie. Tylko dobrze wykształcona osoba z odpowiednimi predyspozycjami osobowościowymi jest w stanie skutecznie zarządzać jednostką zdrowotną działającą w ciągle zmieniających się uwarunkowaniach. Kierownicy publicznych jednostek opieki zdrowotnej z osób pełniących funkcję administratorów musieli stać się aktywnymi menedżerami, aby sprostać wymaganiom pacjentów i konkurencji. Spowodowało to konieczność nabywania przez nich nowych kompetencji oraz umiejętnego stosowania narzędzi wspomagających racjonalne podejmowanie decyzji [6]. Zmienił się więc wyraźnie w ostatnich latach profil menedżera zdrowia. Zarówno statystyczny dyrektor szpitala publicznego, jak i prezes podmiotu leczniczego to osoba wykształcona, o dużym doświadczeniu zawodowym, wieloletnim stażu na stanowisku kierowniczym, posiadająca bardzo dobrą znajomość sektora zdrowia, stale podnosząca swoje kompetencje, aktywna w życiu społecznym. Zmniejsza się wyraźnie udział osób z wykształceniem medycznym, i choć nadal jest to najczęstsze wykształcenie kierunkowe wśród kadry zarządzającej jednostkami zdrowotnymi, zwiększa się liczba osób z kierunkowym wykształceniem niemedycznym. Na podkreślenie zasługuje także zwiększający się udział kobiet w grupie menedżerów zdrowia [9, 10].

Ze względu na uwarunkowania systemowe i pełnioną rolę współczesny menedżer zdrowia zobligowany jest do ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji i aktualizacji wiedzy. Najczęściej następuje to w ramach różnego rodzaju konferencji, warsztatów i studiów podyplomowych. Oferta w zakresie studiów podyplomowych jest bardzo szeroka. Prawie w każdym większym polskim mieście można obecnie podjąć studia podyplomowe na kierunku związanym z zarządzaniem placówkami zdrowotnymi. Propozycje w tym zakresie oferuje już 18 uniwersytetów, 3 publiczne szkoły wyższe, 4 politechniki i aż 40 niepublicznych uczelni wyższych. Istnieje także możliwość doksztalcenia w ramach bezpłatnych studiów podyplomowych dofinansowywanych z funduszy unijnych.

Ze względu na brak standardów w zakresie kształcenia na studiach podyplomowych zarówno zakres treści programowych, jak i listę zakładanych rezultatów kształcenia każda uczelnia przygotowuje indywidualnie. Wybór przez menedżera kierunku studiów podyplomowych spośród tak szerokiej oferty powinien być więc poprzedzony rzetelną analizą proponowanych warunków kształcenia i oferowanego szczegółowego programu nauczania.

Przypisy

¹ Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991, Nr 91, poz. 48 z późn. zm.)

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na sta-

Lp.	Uczelnia	Nazwa studiów / tytuł projektu	Czas trwania projektu	Wartość projektu w PLN	Liczba osób, które ukończą studia (według umowy o dofinansowanie)	Liczba osób, które już ukończyły studia (31.03.2014)*
1	Uniwersytet Warszawski (Wydział Nauk Ekonomicznych)	Studia podyplomowe „Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej”	07.2012–30.06.2014	1 948 705,46	360	124
2	Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu	Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia	07.2012–30.06.2014	1 304 554,70	240	117
3	Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu	Podnoszenie kwalifikacji najlepszą inwestycją menedżera	07.2012–30.06.2014	676 886,00	150	50
4	Uniwersytet Warszawski (Wydział Zarządzania)	Podyplomowe Studia Menedżerskie – zarządzanie w podmiotach leczniczych w dobie przekształceń własnościowych	07.2012–30.06.2014	989 881,60	180	86
5	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	Nowoczesna kadra	07.2012–30.06.2014	1 918 599,60	324	120
6	Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania	Menedżer Ochrony Zdrowia – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotów leczniczych	08.2012–30.07.2014	1 461 114,96	243	112
7	Uniwersytet Techniczno-Humanistyczny w Radomiu	Zdrowe zarządzanie	07.2012–30.06.2014	525 938,40	100	49
8	Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim	Profesjonalna kadra	07.2012–30.06.2014	1 976 535,20	324	120
9	Szkoła Główna Handlowa	Studia podyplomowe „Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego”	07.2012–30.06.2014	628 171,20	120	36
10	Stargardzka Szkoła Wyższa STARGARDINUM	Nowoczesne zarządzanie w podmiotach leczniczych	07.2012–30.06.2014	848 966,40	152	81
11	Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu	Liderzy służby zdrowia gwarancją profesjonalnego zarządzania podmiotami leczniczymi	07.2012–30.06.2014	1 996 321,47	363	187
12	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Legnicy	Efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi	08.2012–30.09.2014	328 344,95	54	30
13	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Suwałkach	Profesjonalnie wykwalfikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia	08.2012–31.12.2013	308 520,00	60	29
14	Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu	Liderzy pielęgniarstwa i położnictwa gwarancją jakości systemu opieki zdrowotnej	07.2012–30.06.2014	1 979 876,64	360	198
15	Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy	Nowoczesny menedżer – efektywne zarządzanie	07.2012–30.06.2014	650 916,00	113	65
16	Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu	Kierownicy w podmiotach leczniczych menedżerami XXI wieku	09.2012–30.06.2014	953 724,24	170	60
17	Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach	Wsparcie menedżerskie dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi	08.2012–30.09.2014	890 420,04	150	54
18	Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu	Skuteczny menedżer w służbie zdrowia	08.2012–30.09.2014	1 977 847,92	360	207

19	Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach	Nowa jakość zarządzania w ochronie zdrowia – studia podyplomowe	07.2012–30.06.2014	439 531,60	80	39
20	Wyższa Szkoła Bankowa w Krakowie	Studia podyplomowe – Zarządzanie w ochronie zdrowia	07.2012–30.06.2014	1 318 732,20	280	160
21	Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie	WySPA zarządzania – studia podyplomowe dla kadry zarządzających podmiotami leczniczymi	08.2012–30.09.2014	820 956,60	135	51
22	Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Szczecinie	Nowoczesne zarządzanie w służbie zdrowia – studia podyplomowe	07.2012–30.06.2014	1 141 508,10	210	159
23	Warszawska Wyższa Szkoła Ekonomiczna im. Wiszniewskiego	Zarządzanie w podmiotach leczniczych – efektywne przekształcanie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego	08.2012–30.06.2014	329 964,80	48	30
24	Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu	Studia podyplomowe dla menedżerów podmiotów leczniczych drogą do sukcesu służby zdrowia	09.2012–30.06.2014	987 158,80	160	120
25	Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie	Zarządzaj–Organizuj–Zmieniaj. Studia podyplomowe dla kadry zarządzającej w służbie zdrowia	01.01.2013–31.12.2014	492 538,30	90	0
26	Szkoła Wyższa im. Bogdana Jańskiego	Profesjonalny menadżer placówki medycznej – studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce	01.01.2013–31.12.2014	494 430,30	80	0
27	Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku	Zarządzanie podmiotami leczniczymi – studia podyplomowe	01.02.2013–31.01.2015	1 649 319,40	240	47
28	Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna w Elblągu	Profesjonalne zarządzanie w systemie ochrony zdrowia	01.02.2013–31.05.2014	131 414,76	24	0
29	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	Wysoko wykwalifikowana kadra zarządzająca w systemie ochrony zdrowia	01.01.2013–31.05.2014	308 520,00	60	0
				29 039 868,04	5230	2331

* Liczba osób, które ukończyły studia została podana na podstawie zatwierdzonych do 31 marca 2014 r. wniosków o płatność i wprowadzonych do Krajowego Systemu Informatycznego SIMIK 07-13.

Tabela II. Studia podyplomowe dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi dofinansowywane w ramach Poddziałania 2.3.4 PO KL.

Źródło: Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia.

nowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U., Nr 44, poz. 520 z późn. zm.).

³ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654).

⁴ W przypadku studiów podyplomowych nie przewidziano dodatkowych regulacji na drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego określających reguły kształcenia, uwzględniając wyniki kształcenia i warunki ich uzyskania. W programie kształcenia dla studiów podyplomowych należy określić szczegółowe rezultaty kształcenia – specyficzne dla danego programu studiów podyplomowych i jego konkretnej realizacji w danej uczelni.

⁵ Według ostatniego rankingu przeprowadzonego w 2011 r. **najlepszymi podyplomowymi** szkołami menedżerów w Polsce były: (1) Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, (2) Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie, (3) Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, (4) Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, (5) Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego w Warszawie, (6) Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, (7) Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie, (8) Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, (9) Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie.

⁶ Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone w grudniu 2013 r. w trakcie ostatniego zjazdu słuchaczy rocznych studiów podyplomowych UJ CM na kierunku zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej.

⁷ Badanie ewaluacyjne wykonane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”, wykonawca: IBC Group Central Europe Holding SA, październik 2011. W badaniu wzięło udział 7475 respondentów, w tym m.in. dyrektorzy i dyrektorzy administracyjni, ordynatorzy/kierownicy oddziałów szpitalnych, pielęgniarki oddziałowe.

⁸ Dane pozyskano na potrzeby niniejszego artykułu z Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia (stan na marzec 2014 r.).

⁹ Warunkiem uczestnictwa było zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, więc osoby zatrudnione na kontrakcie nie mogły uczestniczyć w programie.

Piśmiennictwo

1. Karkowski T., *Organy zarządzające podmiotami leczniczymi*, Prace Naukowe Akademii im. J. Długosza w Częstochowie 2012; VI: 30.
2. Shortell S., Kałużny A., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
3. Raport WHO, *Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach*, Zybala A. (red.), Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Wyd. KONTRAST, Warszawa 2009.
4. Whiddett S., Hollyforde S., *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003: 13.
5. Oleksyn T., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna, Warszawa 2010.
6. Frączkiewicz-Wronka A., Austin A., *Wyzwania nowego zarządzania publicznego dla menedżerów w ochronie zdrowia. Wyniki badań empirycznych*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych” 2011; 2: 26.
7. Furtak M., Książek P., Rzemek C., Zdrojkowski J., *Kształcenie menedżerów jako kluczowy czynnik efektywnego zarządzania jednostkami ochrony zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 2010; 120: 213–217.
8. Sitko S., Poździoch S., *Kształcenie dyrektorów szpitali i administratorów zdrowia publicznego w Polsce – stan dotychczasowy i perspektywy*, „Antidotum” 1996; 11–12: 29.
9. Wójcik M., *Profil zawodowy prezesa spółki prowadzącej działalność leczniczą*, <http://www.infozdrowie.org/attachments/swiadczeniodawca2013/pdf/4-wojcik.pdf>; dostęp: 11.03.2014.
10. Kautsch M., Sobieralska S., *Kto zarządza polskim szpitalem?*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2103, XIV, z. 10, cz. I: 229–239.
11. Leśniewski B., Staszewski R., *Ranking szkół kształcących menedżerów zdrowia. Najlepsza uczelnia w Krakowie*, „Menedżer Zdrowia” 2011; 6: 20–24.
12. Ministerstwo Zdrowia, Badanie ewaluacyjne wykonane na zlecenie MZ, *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, wykonawca: IBC Group Central Europe Holding SA, październik 2011, http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Documents/6_125.pdf; dostęp 13.03.2014.
13. *Health 2020. A European policy framework and strategy for 21st century*. WHO, Copenhagen 2013.
14. World Health Organisation, *Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action*. Regional Committee for Europe 61st session. Baku, Azerbaijan, 12–15 September 2011. EUR/RC61/10. 2011.