

Skończmy z feudalnym rozbiem dzielnicowym w szpitalach



Fot. iStockphoto.com 2x

Relikt ordynatorski

Świat się zmienia, a my wciąż tkwimy w przestarzałym, ordynatorskim modelu zarządzania szpitalami. Prezentujemy analizę Jarosława J. Fedorowskiego.

Do napisania niniejszego artykułu skłoniły mnie doniesienia medialne o zawiadomieniu o możliwości popełnienia przestępstwa przez dyrekcję szpitala, które złożyli do prokuratora ordynatorzy tegoż szpitala, a także niektóre wnioski płynące z niedawno ogłoszonych map potrzeb zdrowotnych.

Koordynowana opieka zdrowotna

O konieczności poprawy struktury organizacyjnej polskich szpitali pisałem na łamach „Menedżera Zdrowia” już w 2007 r. i nie pomyliłem się w swoich ocenach i przewidywaniach. Od tego czasu dyrektorzy szpitali pokończyli kursy i studia podyplomowe, pozycja dyrektora medycznego nieco się wzmocniła, a i rola

personelu pielęgniarskiego – teraz już po studiach, także z zarządzania – wzrosła.

W części szpitali pojawili się nawet koordynatorzy oddziałów czy też lekarze kierujący oddziałami. Gdzieś tam oddziałami zarządzają menedżerowie z wykształceniem pielęgniarskim lub nawet innym. Rozpoczęła się już u nas era koordynowanej ochrony zdrowia, czego dowodem są pierwsze programy tego typu proponowane przez płatnika, publikacje oraz sesje na ten temat podczas najważniejszych konferencji z zakresu ochrony zdrowia, a także towarzystwo naukowe koordynowanej ochrony zdrowia, założone niedawno przez grono liderów systemu – wiceministra zdrowia, prezesa NFZ, dyrektora NIZP-PZH, prezesa GUS,

prezesa PFSz, prezesa PZ i naukowców zajmujących się koordynowaną ochroną zdrowia.

Rekomendacje ministerstwa

Uważny czytelnik niedawno ogłoszonych map potrzeb zdrowotnych zauważył, iż przy analizie poszczególnych oddziałów – tradycyjnie pojmowanych jako obszary dla pacjentów objętych opieką jednej specjalności lekarskiej – dość często pojawiała się rekomendacja tworzenia oddziałów wielodyscyplinarnych oraz jednodniowych. Rekomendacje te są poparte bardzo konkretnymi statystykami, np. w przypadku oddziałów gastroenterologicznych jedynie na 2 oddziałach z 57 świadczenia specjalistyczne zachowawcze, tj. możliwe do zrealizowania w analizowanym zakresie i równocześnie niemożliwe do zrealizowania na oddziałach chorób wewnętrznych, stanowiły więcej niż 10 proc. Innym ciekawym przykładem są wnioski na temat oddziałów geriatrycznych, które są takie, że niemal na wszystkich oddziałach są realizowane jedynie świadczenia, których można udzielać na oddziałach chorób wewnętrznych. Podobne wnioski wynikają z analizy świadczeń wykonywanych na różnych oddziałach zabiegowych: wiele z nich mogłoby być zastąpionych oddziałami wieloprofilowymi pobytowymi lub wieloprofilowymi jednodniowymi.

Z tego wszystkiego wyłania się obraz, który dość klarownie wskazuje na konieczność zmiany organizacji polskich szpitali, a co za tym idzie – konieczność odejścia od systemu ordynatorskiego w jego tradycyjnej (zacofoanej) formie.

Obszar wieloprofilowy

Po pierwsze, szpital powinien mieć wieloprofilowe obszary opieki charakteryzujące się podobnym stopniem natężenia opieki lekarsko-pielęgniarskiej: intensywny, progresywny, ostry, podostry i przewlekły. Do pacjenta powinien dochodzić zespół medyczny w zależności od stanu choroby, podobnie jak powinna w miarę możliwości dojeżdżać aparatura. Pacjent powinien mieć swojego koordynatora (np. lekarza hospitalistę) oraz pielęgniarkę (tzw. *case manager*).

Po drugie, konieczna jest reforma średniego, jakże ważnego szczebla zarządzania szpitalem. Tutaj, mając do dyspozycji skromne w porównaniu z Zachodem środki, nie możemy sobie pozwolić na współpracę z niełojalnymi wobec szpitala ordynatorami, najczęściej niemającymi żadnego przygotowania z zakresu zarządzania ani ekonomiki zdrowia, czy też nazbyt zajętymi prowadzeniem wykładów, badań naukowych i udziałem w konferencjach kierownikami klinik w przypadku szpitali akademickich. Zresztą szpital uniwersytecki jest skrajnym przykładem rażącej nieprawidłowości organizacyjnej, w którym to dyrektora szpitala zatrudnia rektor, a rektora wybierają kierownicy klinik szpitala, w którym rektor czasem sam pracuje.

„ Nie możemy sobie pozwolić na współpracę z niełojalnymi wobec szpitala ordynatorami, najczęściej niemającymi żadnego przygotowania z zakresu zarządzania ani ekonomiki zdrowia ”

Wiele chorób naraz

Po trzecie, musimy wreszcie zrozumieć, że pacjent szpitalny w dzisiejszych czasach to najczęściej pacjent z wieloma chorobami, w cięższym stanie niż przeciętny pacjent przed laty. Dzisiejszego pacjenta szpitalnego, ale także społeczeństwo jako ostatecznego płatnika, interesuje kompleksowe leczenie w jednym miejscu. Pacjent chce, aby leczenie prowadzone często przez kilku lekarzy było odpowiednio koordynowane oraz dostarczane do jego sali. Pacjent i jego rodzina po prostu nie lubią przenosin z oddziału na oddział, przenosin nie lubi także personel medyczny, dyrektor szpitala i płatnik. Przenosin z oddziału na oddział nie lubi chyba nikt. Podczas transferu pacjenta często dochodzi do powikłań wynikających m.in. z przyczyn związanych z przekazywaniem informacji, nie mówiąc już o uciążliwym fakcie fizycznego transportu chorego człowieka, choćby w zimie czy w upale.

Po czwarte, inspekcja sanitarna nie wiadomo dlaczego nie zauważa, że pokoje chorych mogą być wielofunkcyjne, że obecne metody sanityzacji i dezynfekcji łóżek i sal są tak skuteczne, że sala zajmowana przez chorego z zapaleniem płuc może w następnym dniu, a nawet już kilka godzin po wypisie służyć pacjentowi po zabiegu chirurgicznym. Tutaj kłania się kluczowy dla efektywności kosztowej szpitala wskaźnik przeletowości łóżek, ale to już nie jest działka sanitarna. Inspekcja sanitarna nie zauważa albo w swojej tradycjonalności nie chce zauważyć (a za tym przecież podąża NFZ), że gabinet w poradni może być wielofunkcyjny, co udowodnili mistrzowie Europy w ochronie zdrowia, czyli Holendrzy.

Opór konsultantów

Po piąte, mamy w Polsce system w dużej mierze kreowany przez liczną grupę lekarzy, którzy pełnią funkcję konsultantów krajowych i wojewódzkich. Trudno się spodziewać, że taki konsultant, oczywiście specjalista w swojej dziedzinie lekarskiej (ale nie w zarządzaniu ani organizacji ochrony zdrowia), będzie optował za tworzeniem oddziałów wielodyscyplinarnych. Konsultant zawsze będzie naturalnie dążył



„Pacjent szpitalny w dzisiejszych czasach to najczęściej pacjent z wieloma chorobami, w cięższym stanie niż przeciętny pacjent przed laty”

do jak najwyższego wartościowania swojej specjalności oraz „swoich” oddziałów. Geriatra, nie zważając na wnioski płynące z map oraz doświadczeń międzynarodowych, będzie głosił wszem i wobec, że należy stworzyć kolejne oddziały geriatryczne, a świeżo upieczony chirurg naczyniowy będzie chciał odłączyć „swoje” łóżka od oddziału chirurgicznego. Na tym tle informacja w mapach potrzeb, iż w Polsce świadczenia do NFZ sprawozdawały zaledwie 4 oddziały wieloprofilowe zabiegowe wydaje się wręcz nieprawdopodobna. A co się dzieje w szpitalach klinicznych, gdy kilku lekarzy z jednej kliniki uzyska kuriozalne przecież kwalifikacje tzw. samodzielnego pracownika naukowego (wcale nie samodzielnego pracownika klinicznego, bo takim jest z definicji każdy lekarz specjalista)? Dochodzi oczywiście do zjawiska, które w feudalnej Polsce było nazywane rozbiorem dzielnicowym: każdy domaga się swojej, „samodzielnej” – a jakże – kliniki. Zresztą o feudalizmie w polskich szpitalach pisali też inni, a przyszli menedżerowie ochrony zdrowia i młodzi lekarze mówią, że feudalizm jest jednym z głównych powodów

wyjazdów młodych za granicę. Swoją drogą dziwię się tym lekarzom, którzy będąc dobrymi klinicystami, zamiast walczyć o zdjęcie z nich obowiązków administracyjnych pretendują do pełnienia jednocześnie funkcji menedżerów i w sposób autorytarny wypowiadają się na temat pracy dyrekcji szpitala, a czasem nawet wołają na pomoc prokuratora. Owszem, wśród dyrektorów szpitali i menedżerów ochrony zdrowia jest dość spora grupa lekarzy, ale są to najczęściej ludzie po studiach podyplomowych z zakresu zarządzania, mało lub wcale nie zaangażowani w pracę kliniczną czy w prowadzenie badań naukowych.

Na zakończenie pragnę podkreślić, że istnieje możliwość połączenia sił celem sprawnego i efektywnego kosztowo zarządzania na średnim szczeblu w polskich szpitalach. Wystarczy dla każdego obszaru opieki nad pacjentem, oczywiście po reorganizacji, wyznaczyć odpowiednio przeszkolony zarząd składający się z menedżera, lekarza oraz pielęgniarki. Wystarczy tylko chcieć, mieć odwagę oraz znaleźć motywację, z czym pewnie będzie najtrudniej, gdyż zbyt wielu lekarzy pełniących funkcje kierownicze średniego stopnia czy konsultantów specjalności lekarskich myśli przede wszystkim o swoim kawałku sukna. A dyrektor szpitala, no cóż, posłużę się staropolskim przysłowiem, także z sektora usługowego: tak krawiec kraje, jak mu materii staje.

Jarostaw J. Fedorowski
 Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali
 i przewodniczącym Rady Programowej „Menedżera Zdrowia”.