



Konstituowanie kompetentnej, stabilnej oraz twórczej i zintegrowanej z jednostką medyczną kadry lekarskiej jest jednym z podstawowych wymogów dobrego zarządzania oraz funkcjonowania każdego szpitala i poradni.

SZCZEPAN COFTA

Tworzenie lekarskiej kadry może i powinno stanowić o sukcesie naszych jednostek zdrowotnych. Może jednakże – w przypadku uchybień – przyczynić się do obniżenia rangi, a nawet spowodować istotne zagrożenie sprawnego funkcjonowania, prowadząc nieraz do sytuacji trudnych i nadzwyczajnych. Podstawowym pytaniem zarządczym jest to, które określa, w jaki sposób do stworzenia odpowiedzialnego korpusu medycznego doprowadzić, jak go utrzymać i rozwijać.

Niezwykle ważna jest odpowiedź na pytanie, w jaki sposób wynagradzać za pracę. To tylko jeden z aspektów określania, w jaki sposób tworzyć lekarską kadre. Nie poruszę w tym artykule innych zagadnień związanych z jej tworzeniem.

Zatrudnienie kadry lekarskiej, jego forma, jest niezwykle istotna przy modelowaniu funkcjonowania szpitala. Podstawową formą jest umowa o pracę, która określana jest jako umowa staranności działania. Druga forma to umowa cywilna, która określana jest jako umowa rezultatu.

Umowa o pracę jest typową formą tradycyjnie stosowaną w jednostkach medycznych. W inicjalnym charakterze często była ujednoczona w skali kraju. Następnie doszło do rozluźnienia zasad tego sposobu zatrudniania, a stawki obowiązujące – jak wiemy – w przypadku umów o pracę były niezwykle niskie.

Przed trzydziestu laty, wraz z następującymi w Polsce przemianami społecznymi, zaproponowano umowy cywilne. Dotyczyły one początkowo wybranych obszarów działalności medycznej, np. pracowni hemodynamiki czy osób zajmujących się innymi wydziałowymi procedurami, często dobrze płatnymi, np. przeszczepianiem szpiku. Z czasem forma umowy cywilnej tak się rozwinęła, że w wielu szpitalach jest rzeczywistością dominującą.

Zawieranie umowy wiąże się z koniecznością zachowania olbrzymiej odpowiedzialności, gdyż jej kształt ma pomagać w funkcjonowaniu medycznym szpitala, a nie go utrudniać. Powinna obejmować wszystkie podstawowe wymiary działania lekarskiego w szpitalu wraz z jego szczegółami.

Trzeba przyznać, że umowy o pracę zapewniające staranność działania zakładają harmonię lekarskiego funkcjonowania z zapewnieniem kompleksowości

udzielania świadczeń medycznych. Nie określają ich w sposób ścisły, zachowując hierarchię funkcjonowania szpitala, obejmując wszelkie obszary działania zarówno diagnostyki, profilaktyki, jak i terapii. W przypadku umów kontraktowych trudne jest zachowanie tego wymogu, chyba że kontrakty zaczynają imitować umowę o pracę, zasadniczo ją naśladując.

Umowy cywilne zawierają często szczegółowe działania, zwykle punktowane w zależności od wykonanych procedur. Proceduralność w medycynie sprawiła, że olbrzymią pokusą związaną z kontraktowaniem jest zwracanie uwagi w zawieraniu umów cywilnych na procedury łatwo policzalne, szczególnie te dobrze wyceniane. Jednakże podstawową wątpliwością, a może błędem i zaniechaniem, jest pomijanie w umowach wykonywania usług niestandardowych, nietypowych, niezwiązanych z wykonywanymi policzalnymi procedurami. Rodzi to może napięcia między personelem administracyjno-ekonomicznym a medycznym.

Zarządzający ekonomicznie i personalnie, podejmując rozmowy oraz decyzje dotyczące umów kontraktowych, często nie zdaje sobie sprawy, że pomija się istotne elementy działalności medycznej, które powinny być uregulowane w umowach cywilnych. Doprowadza to do przerzucenia odpowiedzialności na zarządzających medycznie szpitalami przy faktycznej odpowiedzialności czynników ekonomicznych, które nie uwzględniają niezbędnych aspektów medycznych. Może to wiązać się z eliminowaniem z kontraktowania ujmowanego w sumowaniu zarobków wybranych obszarów, np. konsultacji lekarskich wewnątrzszpitalnych czy pozaszpitalnych albo posiedzeń zespołów onkologicznych, konsyliów onkologicznych, udziału lekarzy czy innych pracowników medycznych w gremiach zarządczych, organizacyjnych, zespołach zadaniowych.

Bogactwo rzeczywistości życia szpitalnego wymyka się ponad myśl ekonomiczną i personalną, sprawiając, że dyrektorzy medyczni mogą stawać się swego rodzaju ofiarami działalności ekonomicznej, będąc zmuszani do rozwiązywania i tuszowania spraw, których nie udało się przewidzieć, określić i rozwiązać na szczeblu ekonomiczno-personalnym. Może dochodzić do rozdźwięku między uprawnieniami a odpowiedzialnością. Zgłasza ten problem wielu dyrektorów medycznych lub naczelnych lekarzy szpitali.

Powstaje pytanie, w jaki sposób wycenić rozmowę z pacjentem, w jaki sposób ocenić i ustalić płace dla lekarzy, którzy pracują w obszarach pracy bądź niepolicekonalnej, bądź związanej z koniecznością pogłębionego, „nietaśmowego” pochylania się nad pacjentami. Powstaje tu ryzyko przekraczania „pojemności i zdolności” ujęcia przez sposoby kontraktowania. Oczywiście rozwiązaniem są stawki kontraktowe godzinowe, jednakże ich forma upodabnia kontrakty do umowy o pracę.

Pochylamy się ostatnio z jedną z lekarek ofiarnie zajmującą się w jednym z obszarów transplantologicz-

nych nad tym, w jaki sposób wycenić jej pracę. Wszyscy chcielibyśmy, aby taka lekarka opiekowała się nami czy naszymi bliskimi. Z olbrzymim oddaniem, bliskością, ale zdecydowaną niewymiernością jej funkcji. Jeśli jej zabrakło, zostałaby uszczuplona i ogołocona działalność medyczna, jednakże określenie jej w skali „umowy rezultatu” – umowy cywilnej – wydaje się co najmniej ryzykowne. Podobne pytanie: jak wycenić pracę w poradni np. mukowiscydozy, w której opieka nad wielowymiarowym pacjentem, wymagającym nieraz powyżej godziny, jest nie lada wyzwaniem, przy skąpych obowiązujących stawkach.

Jaka jest przyszłość opłacania lekarzy? Jak powinna zostać ukształtowana ta rzeczywistość? Nie uda się na pewno zahamować „rozdygotania” płacowego i rozbicia systemu płac, także lekarskich. Nikt pewnie nie odważy się odwrócić trendu zawierania umów cywilnych, chociaż wydaje się – dotyczy to mojego doświadczenia – że zachowanie umów o pracę przy zaproponowaniu stawek wyższych, a nie wynikających z minimalnych wskazanych przez ministerstwo, może być jednym z elementów zapewniających harmonię medyczną.

Jestem głęboko przekonany, że nieodpowiedzialny sposób kontraktowania umów cywilnych – umów rezultatu – może doprowadzać do wykrzywienia działalności medycznej, sproceduralizowania jej i stanowić swojego rodzaju gwałt na naszej medycynie. Może też rodzić niezdrową konkurencję między lekarzami, burząc ich wzajemne profesjonalne relacje. Umowy o pracę jako bezpieczniejsze są umowami staranności, mają szansę zapewniać rzetelną i pogłębioną opiekę medyczną.

Nie precyzując swoich opinii w sposób definitywny, pragnąłbym zachęcić czytelników do dyskusji i rozważań, w jakiej mierze i w jaki sposób powinien przechodzić ewolucję system płac lekarskich.

Nie można w formowaniu kadry lekarskiej nie wspomnieć o dwóch rzeczywistościach niezwykle istotnych w relacjach międzyludzkich, których zachowanie jest warunkiem tworzenia dobrej kultury organizacyjnej oraz zachowania bezpieczeństwa pacjentów, choć dla niektórych mogą okazać się niezrozumiałe i niezbyt wymierne. Są nimi: konieczności zachowania wzajemnego szacunku oraz zaufania. Nie uda się nigdzie stworzyć dobrej kadry lekarskiej przy braku zachowania szacunku i zaufania, stworzyć kadry jakoby „wbrew lekarzom”.

Podstawowa wydaje się kwestia związana z koniecznością uznania procesu kształtowania kadr jako zadania długoterminowego, wymagającego akceptacji długiego czasu tworzenia. Pewne decyzje zarządcze dotyczące lekarzy mogą i powinny być oczywiście dokonywane skokowo, dynamicznie, jednakże proces formowania zespołów jest zadaniem dalekosiężnym. Nic nie zwalnia dyrekcji naszych szpitali z rzetelnego wypełniania tego zadania.

Szczepan Cofta, naczelny lekarz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, wiceprzewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych