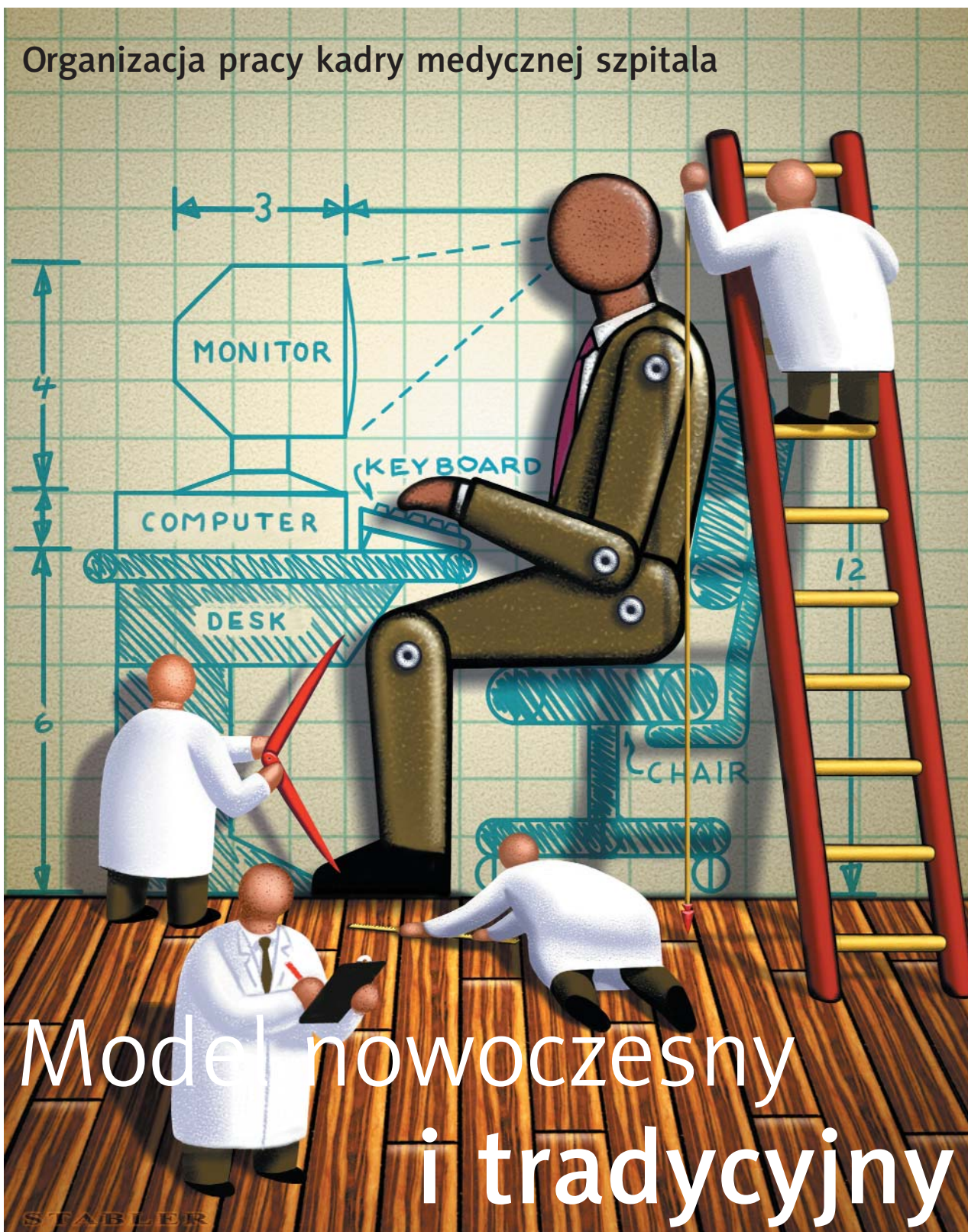


Organizacja pracy kadry medycznej szpitala



Model nowoczesny i tradycyjny

Jarosław J. Fedorowski

Rynek usług zdrowotnych, w miarę rozwoju technologicznego oraz organizacyjnego podlega nieustannej ewolucji. Konkurencyjność wymusza szukanie najbardziej efektywnych form działalności w ochronie zdrowia. Szpital, jako podstawowa jednostka leczenia zamkniętego, powinien być zorganizowany zgodnie z polityką jakości oraz kosztowej – efektywności.

Niniejsza publikacja ma na celu zobrazowanie nowoczesnego modelu organizacji pracy szpitala pod względem zabezpieczenia w kadry medyczną.

Model tradycyjny

Zarząd

Model oparty na tradycyjnym zabezpieczeniu w kadry medyczną, a wywodzący się z poprzedniego wieku, zakłada, że konieczny jest podział szpitala na oddziały wg specjalności lekarskich, w tym nawet tych bardzo wąskich. Wymusza to konkretne rozwiązania logistyczne, jak np. fizyczne wydzielenie poszczególnych oddziałów, a także kadrowe, polegające na przydzieleniu lekarzy i pielęgniarek do poszczególnych oddziałów. Organizacyjnie na czele oddziału stoi lekarz, pełniący funkcję ordynatora lub w szpitalu klinicznym – kierownika kliniki. Ordynatorzy zarządzają większością procesów na terenie prowadzonych przez siebie oddziałów, odpowiadając za jakość opieki medycznej, ale także za wiele spraw związanych z zatrudnianiem i zwalnianiem personelu, budżetowych, związanych z kontaktami z funduszami ubezpieczeniowymi oraz często szkoleniem pracowników. W szpitalach będą-

łów lub kierownikom klinik, którzy mają bezpośredni wpływ na rozwój zawodowy tej kadry, ale także wpływ na kwestie związane z zatrudnianiem i zwalnianiem. Na terenie takiego szpitala praktycznie nie istnieje forum obejmujące lekarzy różnych specjalności, które mogłoby stanowić tzw. zarząd medyczny szpitala. Funkcja lekarza naczelnego jest niejasna. Tradycyjnie rozwój zawodowy lekarzy zależy w dużej mierze od dobrej woli ordynatora czy kierownika kliniki. Podobnie szkolenie młodych lekarzy jest uzależnione od charakteru i woli ordynatora, w modelu tradycyjnym nie istnieje funkcja dyrektora programu rezydenckiego, który w sposób całościowy odpowiadałby za przebieg szkolenia rezydentów, a zarazem był osobą dedykowaną ze strony szpitala do nadzorowania takiego szkolenia.

Personel pielęgniarski

W modelu tradycyjnym personel pielęgniarski jest całkowicie podporządkowany personelowi lekarskiemu szczególnie oddziałów, gdzie podlega bezpośrednio, merytorycznie i organizacyjnie ordynatorowi. Wprawdzie istnieje instytucja pielęgniarki naczelnego ds. merytorycznych, ale jej rola w szpitalu o modelu tradycyjnym jest zazwyczaj ograniczona.

„ Rola dyrektora ds. medycznych w modelu tradycyjnym jest dość ograniczona, gdyż za większość spraw merytorycznych i tak odpowiadają ordynatorzy ”

cych jednostkami klinicznymi uczelni medycznych funkcja ordynatora jest w zasadzie zastąpiona funkcją kierownika kliniki, który z racji swojej afiliacji naukowej jest znacznie bardziej obciążony działalnością naukowo-badawczą. Można powiedzieć, iż rola rady nadzorczej w bieżącym zarządzaniu szpitalem jest niewielka. Natomiast na forum szpitala niedostateczne albo prawie żadne znaczenie ma zarząd główny szpitala, na forum którego dyrektorzy oraz przedstawiciele najważniejszych działów kadry medycznej podejmowałyby ustalenia, prowadząc regularne spotkania zakończone uchwałami. Należy podkreślić, że w takim modelu wpływ dyrektora na wiele decyzji podejmowanych na oddziałach przez ordynatorów jest niedostateczny. Rola dyrektora ds. medycznych w modelu tradycyjnym jest dość ograniczona, gdyż za większość spraw merytorycznych i tak odpowiadają ordynatorzy.

Kadra lekarska

Kadra lekarska zarówno merytorycznie, jak też organizacyjnie jest podporządkowana ordynatorom oddzia-

Personel pomocniczy

W szpitalu o modelu tradycyjnym – personel pomocniczy, jeśli nie jest zabezpieczany przez firmy outsourcingowe, także podlega lekarzowi ordynatorowi, najczęściej poprzez pielęgniarkę oddziałową.

Model nowoczesny

Rada nadzorcza i narząd główny

Naczelną instytucją nadzorującą pracę szpitala jest rada nadzorcza, złożona najczęściej z osób zaufania publicznego, która to rada podejmuje uchwały na wnioski zarządu szpitala oraz zarządu medycznego szpitala, dbając o zgodność podejmowanych uchwał ze statutem szpitala oraz statutem kadry medycznej. Udział w radzie nadzorczej ma charakter kadencyjny i powinien umożliwiać także reprezentację lekarzy praktykujących na terenie szpitala. Na czele szpitala stoi prezes (dyrektor zarządzający), który do pomocy ma wiceprezesa ds. medycznych,

wiceprezesa ds. finansowych, wiceprezesa ds. operacyjnych oraz innych menedżerów w randze członków zarządu szpitala, w zależności od wielkości szpitala oraz potrzeb organizacyjnych. Na terenie szpitala funkcjonuje w sposób usystematyzowany zarząd główny szpitala, złożony z prezesa i wiceprezesów, ale także przewodniczącego zarządu lekarzy szpitala, naczelną pielęgniarkę, szefa działu jakości oraz np. szefa ds. ryzyka i radcy prawnego. Zarząd główny zbiera się oficjalnie przynajmniej raz na miesiąc, analizując raporty z komórek i działów szpitalnych, podejmując stosowne uchwały, przedstawiając rekomendacje radzie nadzorczej. Zarząd główny wydaje decyzje o charakterze strategiczno-operacyjnym.

Zarząd medyczny szpitala

Jego rolą jest nadzór nad przestrzeganiem statutu kadry medycznej szpitala, na podstawie którego na terenie szpitala praktykują lekarze. Zarząd jest złożony z wiceprezesa szpitala ds. medycznych, który może, ale nie musi pełnić funkcję szefa tego zarządu, oraz przedstawicieli kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, a także ewentualnie personelu medycznego pomocniczego wg podziału na tzw. linie serwisowe lub departamenty. W dojrzałym modelu demokratycznym, funkcję szefa zarządu medycznego pełni

kacji, ds. przywilejów lekarskich, ds. dokumentacji medycznej, ds. lekarstw i materiałów leczniczych i inne. Każda taka komisja zbiera się raz w miesiącu, rozpatrując bieżące problemy, wytyczając plany na przyszłość i przedstawia raport do akceptacji zarządu medycznego. Komisje działają w oparciu o statut szpitala oraz statut kadry medycznej szpitala i raportują do zarządu medycznego szpitala.

Personel lekarski

Działa w oparciu o tzw. przywileje szpitalne, czyli zestaw praw opisujący zakres uprawnień medycyny klinicznej, który jest charakterystyczny dla lekarzy danej specjalności. Istnieją tzw. przywileje podstawowe, które wiążą się z posiadaniem określonej specjalizacji oraz przywileje dodatkowe, wynikające z odbytych dodatkowych kursów i przeszkoleń. W zakresie chorób wewnętrznych w skład przywilejów podstawowych będzie wchodzić np. interpretacja zapisu EKG spoczynkowego, natomiast wykonywanie próby wysiłkowej może być przywilejem dodatkowym. O nadanie przywilejów lekarz występuje do rady przywilejów lekarskich szpitala, która w oparciu o statut kadry medycznej szpitala rekomenduje nadanie poszczególnych przywilejów lekarzowi przez zarząd medyczny. Zarząd medyczny takie przywileje

„ Tradycyjnie rozwój zawodowy lekarzy zależy w dużej mierze od dobrej woli ordynatora, czy kierownika kliniki. Podobnie szkolenie młodych lekarzy jest uzależnione od charakteru i woli ordynatora „

przewodniczący, wybierany przez ogół lekarzy praktykujących w szpitalu, uprawnionych do głosowania. Zarząd medyczny zbiera się raz w miesiącu, podejmując stosowne uchwały i analizując rekomendacje z różnych komisji szpitalnych. Zarząd medyczny szpitala opiniuje nadawanie tzw. przywilejów szpitalnych, tj. praw nadawanych poszczególnym lekarzom do praktykowania medycyny klinicznej na terenie szpitala. Zarząd medyczny szpitala powołuje różnego rodzaju komisje interdyscyplinarne, których zadaniem jest umożliwienie współpracy na różnych płaszczyznach, szczególnie współpracy personelu medycznego z personelem administracyjnym i pomocniczym. Na terenie szpitala powinny działać komisje, których przewodniczącym może być wybrany lekarz, a w skład których wchodzi inni lekarze, pielęgniarki i przedstawiciele administracji oraz personelu pomocniczego. Przykładowo w szpitalu mogą działać następujące komisje: ds. jakości, ds. wykorzystania środków szpitalnych, ds. zakażeń szpitalnych, ds. edu-

zatwierdza i rekomenduje radzie nadzorczej, która wyraża ostateczną akceptację w postaci uchwały, w wyniku której lekarz otrzymuje oficjalny list nadający przywileje szpitalne. Lekarz na terenie szpitala działa w oparciu o statut kadry medycznej w zakresie swoich przywilejów. Lekarz, który nie jest rezydentem, a ukończył już szkolenie specjalizacyjne i należy do kategorii lekarzy samodzielnych, nie podlega merytorycznie innemu lekarzowi. Lekarz w szpitalu może praktykować w oparciu o różne formy wynagrodzenie, nie ma tu właściwie znaczenia, czy lekarz jest zatrudniony przez szpital, czy też działa w oparciu o własną działalność gospodarczą. Najważniejsza jest kwestia praktyki w oparciu o statut szpitala, statut kadry medycznej oraz uzyskane przywileje. W takim modelu znacząca jest rola wiceprezesa szpitala ds. medycznych. Istnieje także możliwość wprowadzenia bardzo nowoczesnego modelu organizacji pracy szpitala w oparciu o zasadę tzw. linii (czy sektorów) serwisowych.

Kadra pielęgniarska

Działa w oparciu o regulamin kadry pielęgniarskiej. W modelu nowoczesnym funkcja pielęgniarki oddziałowej jest bardziej rozbudowana. Istnieją nawet rozwiązania, w których personel pielęgniarski podlega specjalnemu wiceprezesowi szpitala ds. opieki nad pacjentem, a nie wiceprezydentowi ds. medycznych. W związku z otwartością i wielofunkcyjnością oddziałów szpitalnych, a także dużą mobilnością pacjentów i prowadzących ich lekarzy, to właśnie personel pielęgniarski staje się faktycznym gospodarzem rejonów bezpośredniej opieki nad pacjentem.

Personel pomocniczy

Jest najczęściej przyporządkowany personelowi pielęgniarskiemu, a w szpitalach o modelu nowoczesnym, szczególnie amerykańskich, personel pomocniczy jest znacznie rozbudowany i może obejmować licznych techników medycznych, takich jak np. techników ds. oddychania, techników ds. pobierania krwi, techników ds. zakładania wkłuc dożylnych, techników ds. elektrokardiografii i innych.

Organizacja pracy oddziałów

W modelu nowoczesnym preferuje się oddziały wieloprofilowe, to jest nieograniczone do poszczególnych specjalizacji czy też, jak to często bywa w modelu tradycyjnym, nawet podspecjalności lekarskich. W zasadzie wydziela się nie oddziały, a rejony opieki nad pacjentem. Takimi są np. rejony intensywnej opieki, położnictwa i neonatologii, psychiatrii, medycyny ratunkowej i operacyjnej. Pozostałe rejony mogą być wieloprofilowe, oczywiście, pacjentów segreguje się na łóżka zgodnie z zasadami epidemiologii, choć po przeciwnym stronach korytarza mogą leżeć pacjenci internistyczni i chirurgiczni. W takim systemie gospodarzem oddziału jest personel pielęgniarski, którego zadaniem jest tworzenie optymalnych warunków zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy, którzy przychodzą na oddział i prowadzą pacjentów. Istnieje możliwość, aby pacjent szedł za lekarzem, bo dla czego kwalifikowany lekarz nie mógłby doglądać swego pacjenta w danym szpitalu, jeśli tylko lokalizacja szpitala jest dogodna dla pacjenta, szpital partycypuje w ubezpieczeniu posiadanym przez pacjenta, a lekarz przeszedł procedurę akredytacji związaną z nadaniem przywilejów szpitalnych. Taki proces sprzyja kontynuacji i ciągłości ochrony zdrowia, a jednocześnie sprzyja rozwojowi szpitala, który to musi rywalizować o lekarzy, za którymi z kolei przychodzą do szpitala pacjenci. Oczywiście, rejony powinny mieć pewną stałą obsadę lekarską (przede wszystkim rejony medycyny ratunkowej i intensywnej opieki).

Szczególnie ciekawą koncepcją jest zapewnienie lekarzy hospitalistów, czyli lekarzy internistów lub,

w przypadku oddziałów intensywnej opieki, lekarzy kardiologów czy też pulmonologów albo intensywiistów, którzy wyznaczeni by byli do koordynacji opieki nad pacjentami, do interweniowania w sytuacjach szczególnych, a także do zabezpieczenia dyżurowego szpitala. Pozostali specjaliści mogą wtedy przebywać *pod telefonem*, a lekarz rodzinny pacjenta może mieć stałe rozeznanie w sytuacji zdrowotnej pacjenta. Możliwość kontaktu ze szpitalem jest dla lekarza rodzinnego lub innego lekarza prowadzącego pacjenta w warunkach ambulatoryjnych istotnym czynnikiem sprzyjającym ciągłości procesu leczenia, a także osobistemu rozwojowi merytorycznemu lekarza.

Konkurencyjność i multidyscyplinarność

Model organizacji pracy szpitala typu nowoczesnej kadry medycznej jest ciekawym i efektywnym rozwiązaniem, spotykanym przede wszystkim w USA i Kanadzie. Rozwiązaniem podobnym jest system brytyjski oparty na działalności zespołów lekarskich pod przewodnictwem merytorycznym konsultantów. Modele te charakteryzują się uporządkowaniem zasad działalności lekarzy w nawiązaniu do konkretnych przepisów w postaci statutów i uchwał, umożliwiając szerszy udział lekarzy w opiece nad pacjentami, stymulując rozwój konkurencyjności pomiędzy szpitalami, ale także wewnątrz szpitala i jednocześnie sprzyjają stałemu podnoszeniu jakości usług. Wprowadzenie funkcji lekarzy hospitalistów, a taka nazwa wydaje się dla Polski najwłaściwsza, pozwala zapewnić właściwą koordynację opieki nad pacjentem w sytuacjach nagłych oraz rutynowych. W tym systemie większą rolę ma także zarząd szpitala, w tym dyrektor zarządzający oraz dyrektor ds. medycznych. System oparty na konkurencyjności, multidyscyplinarności oraz usystematyzowanej otwartości w porównaniu do systemu zamkniętego i feudalnego wydaje się niewątpliwie przyszłością organizacji pracy szpitali na świecie. Minęły już czasy tzw. bezwzględnych autorytetów medycznych, czasy systemu mistrz i czeladnik w ochronie zdrowia. Teraz nad wytycznymi pracują całe komisje ekspertów, międzynarodowe towarzystwa naukowe, a i one czasami mają trudności w znalezieniu konsensusu. Zarzuty, iż całością procesu leczniczego na terenie oddziału powinien zarządzać jeden lekarz, należy uznać za przedawniony (nijak nie pasujące do konkurencyjnego i nowoczesnego rynku usług zdrowotnych), który jest przecież elementem wolnego rynku gospodarczego.

Autor jest dr n. med., prof. nadzw. University of Vermont College of Medicine (USA), dyrektorem medycznym CM Enel-Med w Warszawie. Jest także m.in. wykładowcą kursów MBA dla kadry medycznej w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego w Warszawie