

## Strażnicy jakości

Rozmowa z Jarosławem J. Fedorowskim, MBA, prof. nadzw. University of Vermont, USA, szefem Rady Programowej Konferencji *Hospital Management* – *Wyzwania 2007*

### Jaka jest rola dyrektora medycznego w szpitalu?

To kluczowe stanowisko, a zarazem chyba najtrudniejsze w organizacji placówki ochrony zdrowia. Fakt ten dobrze odzwierciedla struktura szpitali oraz organizacja ochrony zdrowia w USA, kraju o najlepszych wzorcach zarządzania oraz zaawansowanego wolnorynkowego systemu ochrony zdrowia. Dyrektor medyczny, często zwany wiceprezesem do spraw medycznych, jest partnerem dyrektora (czy też prezesa) oraz partnerem zarządu kadry medycznej. Jest on przede wszystkim liderem, a mniej menedżerem, ze względu na specyfikę kadry lekarskiej. W Wielkiej Brytanii każdy *trust* regionalny w systemie Narodowej Ochrony Zdrowia powołuje dyrektora medycznego, który pełni niezwykle ważną rolę w całej organizacji.

### Kim jest dyrektor medyczny w strukturze szpitala?

W USA czy Wielkiej Brytanii to lekarz, który stoi na straży przestrzegania jakości i standardów medycznych. Spotyka się on nie tylko ze specjalistami czy konsultantami, ale także współpracuje z personelem pielęgniarskim, działem jakości i wytycza standardy. Dokonuje też tzw. atestacji lekarzy – opracowania, a następnie wdrożenia i przestrzegania procedur regulujących praktykowanie medycyny przez wszystkich lekarzy na terenie szpitala. W Polsce zajmuje się tym po części dział kadr, który sprawdza, czy lekarz ma prawo wykonywania zawodu, specjalizacje i dodatkowe uprawnienia. Oczywiście dział kadr jest instytucją najmniej uprawnioną do oceny kwalifikacji kadry medycznej. Lekarza i jego kwalifikacje ocenia też ordynator, najczęściej według siebie tylko znanych kryteriów. Natomiast w nowoczesnym systemie konsultanckim rolą dyrektora medycznego i jego zespołu jest wyznaczanie uprawnień i obowiązków dla każdego lekarza, który pracuje w szpitalu, mając na względzie jego specjalizacje, ale także dodatkowe uprawnienia, które wynikają z jego dodat-

kowych umiejętności. Ponadto w zespole dyrektora medycznego powinna działać specjalna osoba zajmująca się rekrutacją lekarzy. W szpitalach brytyjskich oraz amerykańskich funkcjonują tzw. biura kadry medycznej (*medical staff offices*), które podlegają dyrektorowi medycznemu, a zajmują się kompleksową obsługą lekarskiej kadry medycznej. Nowoczesne szpitale, konkurujące o lekarzy, dobrze zdają sobie sprawę z faktu, że lekarze, jako wysokiej klasy profesjonaliści, a zarazem specjalna grupa zawodowa, nie powinni być obsługiwani przez ogólny dział kadr.

### To dosyć niewdzięczna rola.

Ze względu na umiejscowienie dyrektora medycznego na styku linii biznesowej i medycznej, gdzie z jednej strony uczestniczy w tworzeniu i realizacji założeń typowo biznesowych, a z drugiej odpowiada za jakość usług medycznych oraz relacje z kadrą medyczną, można zaryzykować stwierdzenie, że jest pomiędzy młotem a kowadłem. Organizacja rynku zdrowia, która nie potrafi zrozumieć tego dylematu, świadomie rezygnuje z optymalnego wykorzystania możliwości tego stanowiska, a zatem traci jeden z ważnych elementów umożliwiających osiągnięcie przewagi konkurencyjnej.

### W Polsce nie mamy prawdziwie wolnego rynku usług medycznych. Czy zatem możliwe jest implantowanie systemu, w którym znajdzie się miejsce dla dyrektora medycznego?

Bardzo powoli ewoluujemy w kierunku związanym z systemem konsultanckim, a co za tym idzie podniesienia rangi dyrektora medycznego. Są szpitale, które mają już bardziej zaawansowany schemat organizacyjny, gdzie są konsultanci i tam ta rola jest już znacząca. Jednym z elementów ograniczających

rolę dyrektora medycznego jest to, że bardzo często dyrektorami ochrony zdrowia są lekarze. Nierzadko wykonują oni prace należące do dyrektora medycznego, a to jest bardzo zły objaw, bo element zarządzania medycznego jest bardzo obszerny i dyrektor, który musi zajmować się całością, automatycznie będzie tracił przywództwo w organizacji. Niestety, w naszym kraju ciągle jeszcze dominuje system ordynatorski, który obniża wartość roli dyrektora medycznego.



### Zadania dyrektora medycznego

- rekrutacja, dobór oraz zachowanie kwalifikowanej kadry medycznej
- opracowanie kategorii kadry medycznej oraz zestawów uprawnień wraz z ich przestrzeganiem
- atestacja okresowa kadry medycznej
- nadzór nad elementami systemu jakości pod względem wprowadzania, uaktualniania oraz przestrzegania standardów medycznych
- nadzór nad dokumentacją medyczną oraz elementami medycznymi systemów informatycznych
- stwarzanie jak najlepszej atmosfery w zespole kadry medycznej w kontekście wspólnej realizacji misji całej organizacji
- inicjatywa w zakresie poprawy ergonomii pracy kadry medycznej
- współpraca z innymi działami pomocniczymi w organizacji ochrony zdrowia
- opracowywanie i wprowadzanie nowych procedur oraz technologii medycznych
- reprezentacja organizacji wobec mediów oraz organizacji działających na rynku ochrony zdrowia
- nadzór nad medyczną działalnością naukową prowadzoną na terenie organizacji
- wykazywanie zarządomi organizacji, że odpowiednio zarządzana i zadowolona z pracy kadra medyczna jest gwarantem osiągnięcia sukcesu

## Kto może zostać dyrektorem medycznym?

W Polsce jest kilka szkół czy kursów zarządzania medycznego, ale żaden z nich nie jest bezpośrednio ukierunkowany na kształcenie kadry dyrektorów medycznych. Ta rola nie ma w Polsce żadnych schematów czy kursów edukacyjnych. Stanowiska te są obsadzone lekarzami, którzy przez wiele lat uczestniczyli w zarządzaniu organizacją ochrony zdrowia i po odbyciu ogólnych kursów zarządzania w OZ albo bez nich, podjęli się lub zostali wyznaczeni do pełnienia takiej funkcji. Często są to klinicyści, którzy pełnią tę funkcję *pro forma*. Już sama nazwa „zastępca dyrektora do spraw lecznictwa”, tak często stosowana w polskich szpitalach, nie wydaje się odpowiednia, bowiem w naszym kraju za lecznictwo odpowiadają wyłącznie ordynatorzy. Wzorce dla funkcji dyrektora medycznego trzeba czerpać z USA i Wielkiej Brytanii, gdzie bardzo silnie rozwinięty jest system konsultancki, ponieważ nie ma u nas ani tradycji, ani nawet organizacji, która zajmowałaby się szkoleniem czy też reprezentowaniem tej istotnej grupy liderów medycznych.

### To oznacza, że daleko nam do standardów światowych.

W USA czy w Wielkiej Brytanii dyrektor medyczny ma kluczową pozycję w szpitalu, bo to ona pozwala na korzystanie ze zdobyczy systemu konsultanckiego. Bez koordynacji działań konsultantów, którzy są klinicznie samodzielni, bez upewnienia się, że standardy są w szpitalu przestrzegane, mogłoby dojść do obniżenia jakości opieki. Stałe monitorowanie i podnoszenie jakości oraz optymalnej organizacji pracy lekarzy może zapewnić tylko osoba będąca członkiem zarządu szpitala i osoba, która zna specyfikę medyczną. Bez tego będzie w Polsce bardzo ciężko wprowadzić system konsultancki, o którym teraz tak szeroko się dyskutuje. To jest osoba bardzo dobrze predysponowana do współpracy z zarządem personelu pielęgniarskiego, bo w systemie konsultanckim pielęgniarki mają swoją administrację i to one są gospodarzami oddziału. To właśnie dobra organizacja i do-



Fot. Archiwum Temmedii

wartościowanie personelu pielęgniarskiego jest jednym z elementów kluczowych do wprowadzenia systemu konsultanckiego. Jeśli tego systemu u nas nie wprowadzimy i nie skorzystamy z wzorców zagranicznych, to nasi lekarze z niego skorzystają sami, ale już za granicą. Jednym z często cytowanych powodów wyjazdów polskich medyków jest właśnie niezreformowany system organizacji pracy lekarzy w szpitalu.

### Co można zrobić, aby przekonać decydentów i lekarzy do wprowadzenia systemu dyrektorów medycznych?

Aby wprowadzić system konsultancki, a wraz z nim zwiększyć rolę dyrektorów medycznych, trzeba po pierwsze zwiększyć usamodzielnienie personelu pielęgniarskiego, po drugie wprowadzić konsultantów danej specjalności i po trzecie promować i wzmacniać rolę lidera medycznego. Dyrektor medyczny nie ma być człowiekiem, który będzie bezpośrednio zarządzał, ale przywódcą, który wskaże drogi rozwoju, wytyczy cele i będzie koordynował pracę. To lider, a nie zwykły menedżer. Tę koncepcję trudno zrozumieć w ochronie zdrowia, bowiem zbyt często stosuje się przestarzałe formy zarządzania oparte na nakazach i autorytetach. W nowoczesnej medycynie autorytetami są całe zespoły specjalistów reprezentowane przez renomowane towarzystwa lekarskie, szpitale uniwersyteckie czy też czasopisma medyczne. Widać, że system ordynatorski już się nie sprawdza i słuszne są zapędy naszego Ministerstwa Zdrowia do stworzenia systemu konsultanckiego. W Polsce powinna nastąpić reorganizacja pracy w szpitalu. Powstające szpitale prywatne mogą być motorem i tego typu zmian. Padają zarzuty, że w systemie konsultanckim panuje całkowity bałagan i że poszczególni konsultanci działają wyłącznie sami dla siebie. Te zarzuty wynikają z nieznamości systemu zarówno tego typowo konsultanckiego, który obowiązuje w Wielkiej Brytanii, jak i systemu samodzielnych specjalistów, który jest w USA.

ROZMAWIAŁA MAŁGORZATA WAWRZYŃIAK

## I MY JAKO LEKARZE TWORZYMY HISTORIĘ

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie będzie wydawcą pierwszego w historii *Almanachu Lekarzy Częstochowskich*. Autorem pracy jest Mieczysław Wyględowski. Zwracamy się z prośbą do wszystkich lekarzy urodzonych w Częstochowie, pracujących w Częstochowie, zamieszkałych w kraju i za granicą o przekazywanie swoich biogramów lub biografii w celu zamieszczenia ich w niniejszej pracy na adres:

Siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie, ul. Waszyngtona 42, 42-200 Częstochowa.  
Osobisty adres e-mail autora: [almanach@interia.eu](mailto:almanach@interia.eu)

Dodatkowe informacje można uzyskać u autora – Mieczysława Wyględowskiego, tel. dom.: +48 34 324 34 75; tel. kom.: +48 604 49 79 23.