



CEMI

CENTRAL EUROPEAN MANAGEMENT INSTITUTE

Profesní vzdělávací program

Master of Business Administration

MANAGEMENT ZDRAVOTNICTVÍ

2_2013/2014

SEMINÁRNÍ PRÁCE

Předmět: MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Téma: **Nemocnice jako „otevřený systém“**

MUDr. Jan Šťastný
student

ing. Daniela Kandilaki
lektor

1. ÚVOD

Při zpracování seminární práce na téma „Management zdravotnických služeb“ bych rád zúročil zkušenosti, které jsem získal před dvaceti lety v jedné krajské nemocnici, kde jsem v letech 1991 až 1992 působil jako ředitel. Z hlediska managementu řízení to byly zkušenosti poměrně netypické.

Začátek devadesátých let minulého století, tedy období těsně po politických změnách, které smetly socialistický systém poskytování zdravotnických služeb, byl charakteristický v mnoha směrech. Kromě jiného také tím, že mezi sebou soutěžily různé systémy řízení zdravotnických zařízení – a nikdo netušil, který ze systémů bude nejuspěšnější.

V podstatě se jednalo o dvě protichůdné koncepce, kterými byla

- a) snaha zachovat komplex „nemocnice s poliklinikou“, což lze označit jako „systém uzavřený“,
- b) tendence „otevřít“ nemocnici a vytvořit systém komprehenzivní spolupráce mezi intramurální lůžkovou a extramurální ambulantní péčí.

V době, kdy jsme se rozhodovali, kterou cestu zvolit, jsme obdrželi nabídku od „Czech-American Association“, abychom si najali manažera z USA a tyto věci řešili s ním. Mr. Pete Malen přijel a strávil s námi téměř dva roky.

2. PRŮBĚH TRANSFORMACE

2.1 ZÁKLADNÍ OPATŘENÍ

Již krátce po příjezdu Mr. Malena jsme sestavili „pracovní skupinu pro transformaci“ a definovali základní úkoly; tyto prvotní úkoly byly jednoduché. Bylo nutno:

- 1) vytvořit koncepci předpokládané transformace;
- 2) přesvědčit zaměstnance nemocnice o správnosti chystaných změn;
- 3) realizovat transformaci samotnou;

2.2 KONCEPCE TRANSFORMAČNÍHO PROCESU

Pracovní skupina pro transformaci definovala následující základní teze, které měly být nosnými pilíři navrhovaných změn:

- Ve strategickém managementu budou rovnoprávně zastoupeni řídicí pracovníci pro péči lékařskou, pro péči ošetrovatelskou a pro ekonomické vedení nemocnice; rozhodovací proces musí být kompromisem potřeb.
- V zájmu objektivizace potřeb bude mít strategický management k dispozici poradní orgány.
- Lékařská péče bude vůči péči ošetrovatelské ve vztahu „on line“, budou pevně stanoveny úkoly, kompetence a odpovědnost lékařského a ošetrovatelského personálu.
- Význam (kompetence, odpovědnost) ošetrovatelské péče bude vzrůstat, což je podmínkou pro privatizaci péče lékařské.
- Bude posílena pozice staničních sester a staničních lékařů, tedy vedoucích pracovníků základních nákladových středisek nemocnice. (*Pozn.: „oddělení“ nebylo považováno za basální nákladové středisko*)
- Nemocnice je především lůžkovým zařízením a její příjmy by měly plynout především z provozu lůžkové kapacity; zájmem nemocnice není provozování ambulantní činnosti za každou cenu, ale pouze v případech nezbytných.
- V mezích možností bude nemocnice podporovat privatizaci ambulantní složky nemocnice a privátním lékařům bude umožněno dále působit v neambulantní zdravotní péči, kterou nemocnice poskytuje.
- Důraz bude kladen na etiku poskytovaných zdravotních služeb a na pověst nemocnice.

2.3 PERSONÁLNÍ HIERARCHIE

Zejména některé body výše uvedené koncepce vzbudily rozruch a diskuze. Nicméně – vidina možné privatizace byla určitým „klíčem“ k tomu, aby se dveře transformace pootevřely.

Velmi silným momentem, který pomohl transformaci prosadit, byla volba prezidenta nemocnice (o jeho významu bude pojednáno později). Jednalo se o akt plně srovnatelný s volbami do politických orgánů: byli kandidáti, měli svou kampaň, voleb se ovšem mohli zúčastnit pouze lékaři s atestací; zúčastnili se prakticky všichni a prezident a viceprezident byli skutečně zvoleni.

Organizační řád definoval strukturu strategického a operativního vedení.

2.3.1 STRATEGICKÉ VEDENÍ

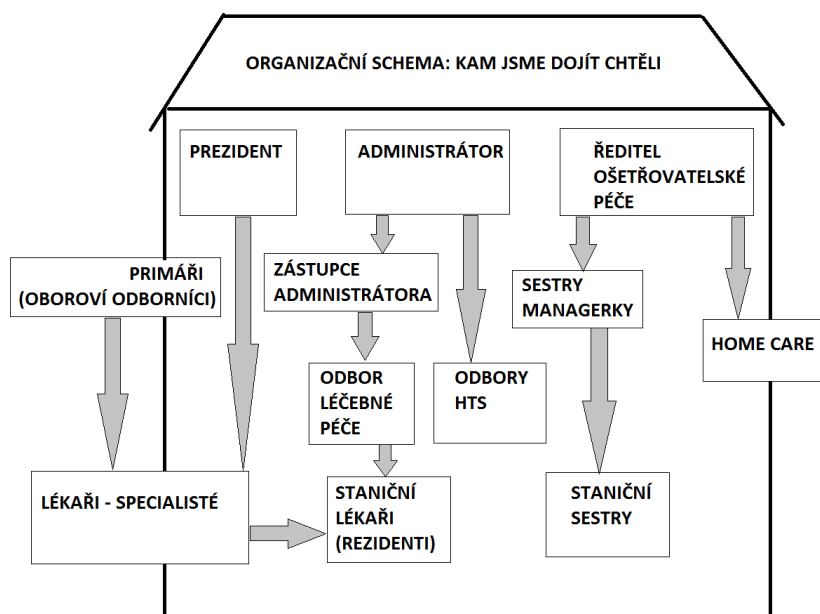
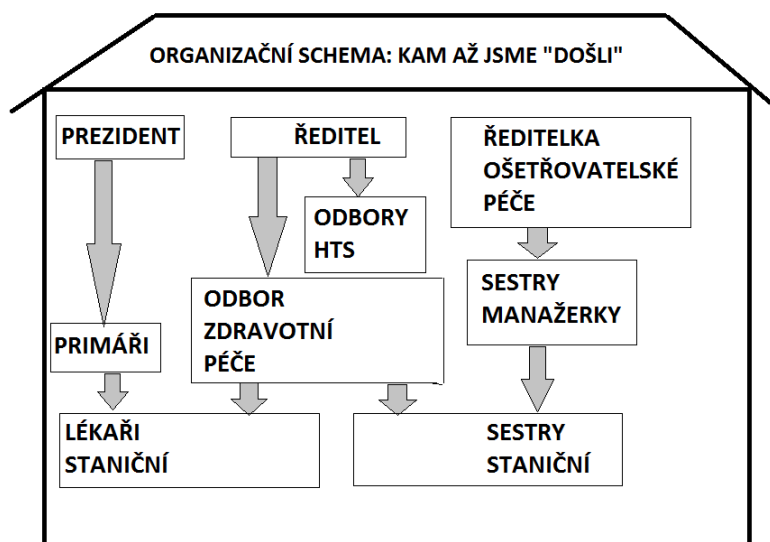
Strategické vedení nemocnice tvořily tři osoby (triumvirát), jejichž kompetence na sebe navazovaly a doplňovaly. Jednalo se o následující funkce:

- 1) **ředitel (administrátor, ekonomický ředitel)**
- 2) **prezident (ředitel lékařské péče)**
- 3) **ředitelka ošetrovatelské péče (hlavní sestra).**

Ředitel byl dán a jmenován ze zákona (tehdy ministrem zdravotnictví) a měl „právo veta“ v případě, že by nároky ze strany lékařské péče, ošetrovatelské péče – popřípadě složek hospodářsko-technického zabezpečení – překračovaly ekonomické možnosti nemocnice.

Na druhé straně – rozhodování ředitele podléhalo předchozí diskuzi na úrovni „řídícího triumvirátu“.

Následující dva obrázky znázorňují, kam až nemocnice v transformaci došla a kam původně dojít chtěla:



Ze schémat lze vyčíst zejména následující:

- V čele organizační struktury nemocnice je skutečně „triumvirát“ zaštiťující základní složky: lékařskou, sesterskou a ekonomickou.
- Nemocnice nemá náměstky, kteří jsou považováni za zbytný mezičlánek, „nemedicínské“ odbory HTS řídí přímo administrátor, odbor léčebné péče pak zástupce administrátora.
- Za zbytný mezičlánek jsou považovány i „vrchní sestry“, je posílena role sester staničních.

- Ředitelka ošetrovatelské péče má k dispozici poradní orgán – „sbor sester – manažerek“; byl koncipován tak, aby v něm bylo zastoupení dle ošetrovatelských oborů (chirurgické, nechirurgické ...).
- Funkce „primář“ měla být obsahově transformována a měla se stát funkcí volenou.

2.3.2 ŘEDITEL

Ředitel tedy odpovídal zřizovateli (ministerstvu zdravotnictví) za hospodaření nemocnice a naplňoval funkci „statutárního orgánu“.

Řediteli byli přímo podřízeni: zástupce ředitele, prezident nemocnice, hlavní sestra nemocnice, ekonomický náměstek, vedoucí odborů, vedoucí útvaru obrany a technik požární ochrany. Zástupce ředitele je současně vedoucím odboru zdravotní péče; tento odbor ale neodpovídal za personální obsazení, ani za kvalitu – na starosti měl provoz a zásobování.

Funkce ekonomického náměstka měla být obsazena pouze v případě, že by ředitelem nebyl ekonom. V důsledku byl tedy ředitel přímým nadřízeným vedoucím odborů. To se zdálo být prospěšné u nemocnic malé a střední velikosti. Odpadl „mezičlánek náměstků“, který může být brzdou řízení i zdrojem konfliktů (odpadla vzájemná rivalita).

Funkce ředitele byla zaměřena na vytváření ekonomických předpokladů dalšího rozvoje, na posuzování ekonomických možností. Ve strategickém vedení byl zaveden „systém vah“, kde na jedné misce byly požadavky (ta byla zatěžkávána prezidentem a hlavní sestrou) a na misce druhé ekonomické možnosti (ta byla zatěžkována ředitelem – administrátorem).

Poradní orgány ředitele

Poradními orgány ředitele byly odborné komise. Jejich funkce byla velmi důležitá.

Spočívala ve třech věcech:

- 1) Komise do značné míry eliminovaly lobby silných osobností (včetně strategického vedení), a tím objektivizovaly skutečné potřeby nemocnice.
- 2) Do činností komisí bylo zapojeno několik desítek lékařů a dalších pracovníků a tímto způsobem byla eliminována bariéra mezi centrem (vedením nemocnice) a periferií (poskytovateli péče).
- 3) Komise značně snižovaly vliv a tlak odborů.

Existovaly komise investiční, etická, provozní, komise pro přijímání lékařů a jiné. Tyto struktury v podstatě simulovaly funkci správních rad. Funkci dozorčích rad pak simulovaly poradní sbory prezidenta (viz níže 2.3.3).

Zástupce ředitele

Zástupce ředitele byl současně vedoucím odboru léčebné péče. Byl přímo podřízen řediteli, kterého zastupoval v době jeho nepřítomnosti. Samotný odbor léčebné péče nezodpovídal za kvalitu, nýbrž za technické zázemí a zásobování. Přímo řídil jen nemocniční lékárnou.

2.3.3 PREZIDENT

Prezident nemocnice byla funkce volená; volen mohl být jen lékař s dvěma atestacemi, který měl nejméně 12letou praxi a v nemocnici pracoval nejméně 5 let. Volební právo měli pouze lékaři s atestací. Prezident byl volen na 2 roky a mohl vykonávat svou funkci nejvíce 2 funkční období za sebou. Volen byl i viceprezident. Ve své činnosti využíval prezident poradních sborů, znalců, kolegií apod.

Mezi pravomoci prezidenta například patřilo:

1. předkládat základní koncepci rozvoje léčebné péče a vyjadřovat se ke koncepcím jednotlivých oborů;
2. vyjadřovat se k návrhům, podnětům a stížnostem týkajícím se léčebné péče,
3. vyjadřovat se k přijímání a propouštění lékařů ON;
4. vytvářet a rozpouštět „poradní sbory“, například primářský sbor, poradní sbor interních oborů a poradní sbor oborů chirurgických;
5. právo jednat jménem sboru primářů s veřejností v mezích pravomoci,

6. právo jednat s představiteli lékařské komory, zdravotní pojišťovny a dalšími oficiálními institucemi ve zdravotnictví.

2.3.4 ŘEDITELKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Třetí z trojice „triumvirátu“, tedy ředitelka ošetrovatelské péče (hlavní sestra), byla jmenována ředitelem na základě výběrového řízení.

Ředitelka ošetrovatelské péče zodpovídala za kvalitu této péče, za systém vedení zdravotnické dokumentace, za systém postgraduálního vzdělávání ošetrovatelského personálu, za personalistiku v této sféře a podobně.

Ředitelka ošetrovatelské péče zrušila po svém nástupu do funkce plošně vrchní sestry a posílila funkci sester staničních.

Ustanovila sbor asi deseti sester – managerek, které odpovídaly za zabezpečení zázemí pro ošetrovatelskou péči v určitých celcích, zejména v návaznosti na prostorové uspořádání nemocnice (managerka pro pavilon) a na uspořádání oborové (managerka chirurgických oborů, interních oborů atd.).

Zrušení vrchních sester vyvolalo značnou nevoli u primářů, neboť byl narušen klasický tandem „vrchní sestra – primář“. Tato „nevole“ byla však do jisté míry kompenzována osvobozením primářů od „nelékařských činností“ typu „dozor nad vším“, a došlo tak k osamostatnění ošetrovatelské péče:

Podobně jako na úrovni strategického vedení se i ve výkonné složce dostala ošetrovatelské péče do paralelního postavení k péči lékařské.

2.4 OPERATIVNÍ VEDENÍ

2.4.1 Hospodářsko-technické zabezpečení

Na úseku hospodářsko-technického zabezpečení (HTS) patřili k týmu operativního vedení:

1. vedoucí provozního odboru,
2. vedoucí údržby,
3. vedoucí odboru technických činností,
4. vedoucí odboru hygieny,
5. vedoucí odboru personálního.

2.4.2 Úsek léčebné péče

Na úseku léčebné péče patřili k tomuto týmu:

1. primáři jednotlivých oddělení,
2. sestry – managerky,
3. vedoucí sestry samostatných stanic.

Samotná funkce primáře měla být ale později transformována do formy „konzultanta“ – představitele určitého oboru v regionu působnosti nemocnice. Jednalo by se postavení do jisté míry analogické „okresním odborníkům“, v tomto případě by však šlo o osobu volenou veškerými (tedy intra- i extramurálními) odborníky určitého oboru působícími v dané spádové oblasti nemocnice. Osoba „konzultanta“ měla zastupovat daný obor v oblasti ambulantní i lůžkové, sbor konzultantů měl být základním poradním sborem prezidenta.

2.5 EFEKTIVNÍ VYUŽITÍ LŮŽKOVÉ KAPACITY

Na změny v organizační struktuře měly navázat změny další, zejména:

- 1) Efektivní využití lůžkové kapacity. Tohoto cíle mělo být dosaženo:
 - a) zrušením „oddělení“ a posílením významu takových částí, které lze považovat za „bazální nákladová střediska“; těmi jsou například stanice, ambulance, pracoviště speciální péče, operační sál, JIP atd;
 - b) transformací funkce primáře, posílením funkcí „staniční lékař“ i „staniční sestra“ a posílením významu „ošetřujícího lékaře“;

- c) vytvořením dynamického systému univerzálních lůžek dělených nikoli dle oddělení, nýbrž podle potřeb jednotlivých oborů a „čistoty“; v podstatě se tedy mělo jednat o „centralizaci lůžkové kapacity“;
- d) vytvořením nízkonákladových „sociálních lůžek“ pro osoby hospitalizované ze sociálních důvodů (centralizace sociálních hospitalizací).

2) Efektivní využití pracovních sil, a to:

- a) centralizací sanitářských činností, kdy sanitáři, uklízečky i jiný pomocný personál spadali pod vedení sestry – managerky, nikoli sestry staniční, takže vykonávali činnost podle rozpisů v celém objektu (pavilonu);
- b) centralizací služeb – například služby ošetrovatelské péče měla zajišťovat managerka, a to pro celý topografický celek, zejména pavilon;
- c) privatizací specialistů – specialisté (vyjma rezidentů) by nepůsobili v nemocnici jako zaměstnanci, nýbrž jako „smluvní ošetřující lékaři“ se soukromou ambulantní praxí. Obsahem smlouvy by byl i rozsah činností vykonávaných pro nemocnici, včetně služeb;
- d) centralizací komplementárních a dalších složek (laboratoře, operační sály, RTG, sterilizace ...)

3) Přizpůsobení výstavby nové nemocnice všem výše popsaným zásadám.

Vzhledem k tomu, že se skutečně chystala výstavba nemocnice nové, vznikla i snaha přizpůsobit architekturu této nové nemocnice funkčním a dalším zásadám, zejména

- dělení lůžkových částí na „stanice“, pouze dle základních odborností a stupni požadované „čistoty“;
- centralizaci laboratorního komplementu;
- centralizaci „společných činností“, tedy JIP, operačních sálů, sterilizace a podobně.

3. Z POHLEDU DNEŠKA

Z dnešního pohledu, tedy z pohledu téměř čtvrt století vzdálené současnosti, se strategické změny, které se kdysi v jisté nemocnici připravovaly a částečně i realizovaly, zdají být možná naivní a úsměvné. Proto je nutné pohlédnout na tuto starou záležitost „dnešními očima“:

- Například systém DRG, který se dnes tak složitě instaluje, by byl právě v nemocnici s minimálním potřebným lůžkovým fondem, který je navíc pružně přizpůsobitelný potřebám, velmi účinný a prosperující.
- Minimální potřebný lůžkový fond, společně s odsunutím složek, které bezprostředně nesouvisejí s péčí u lůžka, do privátní sféry snižuje podstatným způsobem náklady na energie, hospodářsko-technické zabezpečení, logistiku, personalistiku a další navazující činnosti.
- Mezi efektivitou řízení nemocnice a její velikostí je vztah nepřímé úměrnosti; některé zdroje tvrdí, že řízení nemocnice nad 1000 zaměstnanců nemůže být nikdy plně efektivní.

4. ZÁVĚR

„Nemocnice jako otevřený systém“ byla jednou z možností, jakým způsobem se „porevoluční transformace zdravotnictví“ mohla ubírat. Pravděpodobně bylo více důvodů, proč neprozorazila, lze uvažovat o následujících:

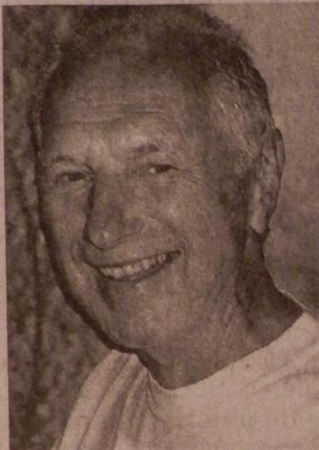
- Neodrážela historickou tradici uspořádání systému.
- Povědomí občanů i zaměstnanců nemocnic o možnostech organizace zdravotnictví bylo (ale doposud ještě je) velmi povrchní.
- Celkový další vývoj zdravotnického systému nabízenému uspořádání nemocnice nepřál.

Je také možné diskutovat o tom, zda je dobré obnovovat (byť odlišným způsobem) systém NsP, likvidovat „drobné podnikatele“ ve zdravotnictví a riskovat, že se díky snižování konkurence centralizací služeb do NsP sníží i kvalita péče.


5. LITERATURA A ZDROJE

1. Organizační řád Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem platný v letech 1991-1992.
2. Novelizovaná verze stanoviska Sdružení ambulantních specialistů k problematice tvorby „sítě zdravotnických zařízení“ v České republice

(http://www.recepis.cz/ke_stazeni/sit.recepis.pdf).



Peter F. Malen Sr.
March 16, 1934 - June 04, 2011

 Peter "Pete" passed away peacefully June 4, 2011, at the family home in Aloha. He is survived by his wife, Marianne; sons, Peter Jr. (Annette) and Paul (Christy); daughter, Karen Malen-Hogle (Paul); sister, Wanda Zickwolf; grandchildren, Caleb, Carson, Preston and Anneliese; sister-in-law, Virginia Carosone; and many nieces and nephews. He was preceded in death by his parents; brothers, Edward and Walter; and sisters, Valerie Haugland and Johanna Richards.

Born in New Haven, Conn., to Peter R. Malen and Viola Smithkowski, Pete attended local schools and graduated from Wilbur Cross High School. He joined the U.S. Air Force, and a posting to Fairchild Air Force Base convinced him, "the West is best." Spokane, Wash., became his new home. After earning a degree from Gonzaga University in 1960, Pete began a career with Sisters of Charity of Providence Hospitals serving in various administrative positions in Washington, Montana and Oregon. He married Marianne Mesenko June 30, 1962.

Post retirement consulting projects took Pete far afield. The most interesting, enjoyable and rewarding assignments were the Ústí nad Labem, Czechoslovakia and the Quinault Indian Reservation in Washington state. He appreciated the opportunity to live and learn in new cultures and formed lifelong friendships in both places.

His life was greatly enriched in 2008 when, through the magic of the Internet, he learned the whereabouts of his sister, Wanda. A joyful meeting of families soon followed.

Pete was a member of St. Elizabeth Ann Seton Catholic Church and its Parish Council; a Eucharistic Minister at St. Vincent Medical Center; active in AARP as a Tax Aid and Advocate for health care issues; and a lifetime member of the VFW.

Pete will be remembered for his unique sense of humor. He was an accomplished cook and gardener, a voracious reader and an ardent traveler. However, his most important and abiding interest and love was his family with whom he instilled faith in God, lifelong learning and a sense of adventure.

Services were held Friday, June 17, 2011, at St. Elizabeth Ann Seton Catholic Church, 3145 S.W. 192nd Ave., Aloha, OR 97006.

Remembrances may be made to the church building fund or St. Labre Indian School, Ashland, MT 59004-1001.

Arrangements by Springer and Son Aloha Funeral Home.
Please sign the online guest book at www.oregonlive.com/obits