



Dlaczego w Polsce ciągle obowiązuje model ordynatorski?

Kto rządzi w szpitalu

Wydawałoby się, że najważniejszą osobą w szpitalu powinien być dyrektor. Tymczasem zdarza się, że placówką faktycznie zarządzają ordynatorzy, a najczęściej profesorowie – kierownicy klinik, którzy traktują oddział jak państwo w państwie. Winien temu jest system. Podczas gdy na świecie funkcjonują obok siebie systemy konsultancki, mieszany i ordynatorski, w Polsce jedynym dozwolonym jest ten ostatni.

Stały postęp nauk medycznych, rozwój nowych technologii oraz coraz większa innowacyjność terapii wymusza zmiany w systemach zarządzania ochroną zdrowia. Tymczasem praktyka naszego systemu zarządzania pokazuje, że polskim lekarzom najbliższy jest model, który narodził się w Prusach i Rosji.

Jak za króla Cwiczka

Na mocy rozporządzenia ministra zdrowia na ordynatora złożono 38 obowiązków. Przede

wszystkim odpowiada on za leczenie ludzi, ale także wykonuje różne zadania organizacyjne, administracyjne, koordynuje pracę lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów, лаборantów i aptekarzy oraz uczy swoich asystentów zawodu. Ponadto odpowiada za zabezpieczenie przeciwpożarowe i zagrożenia epidemiologiczne. Krótko mówiąc – *człowiek orkiestra*.

W systemie konsultanckim funkcję zarządzającego pełni *clinical manager* – osoba zajmująca się logistyką, analizą ekonomiczną i farmako-



„ W szpitalach miejskich, wojewódzkich i powiatowych niemal tradycją stało się dziedziczenie funkcji ordynatora z ojca na syna „

ekonomiczną oraz bilansowaniem kosztów. Za leczenie odpowiedzialne są grupy lekarzy kierowane przez konsultanta. W ten sposób zdejmuje się większość odpowiedzialności z odpowiednika polskiego ordynatora, a pacjentowi stwarza się możliwość wyboru konsultanta, a nie oddziału. Dzięki takiemu rozwiązaniu konsultant nie musi być omnibusem, a zarazem traci część swojej władzy, której polskie mechanizmy zostały kiedyś przez dr. Jarosława Pinkasa nazwane feudalnym nastawieniem do swoich pracowników. – *Zgadzam się z takim określeniem, bo z czasów pracy w Polsce system ten wspominam jako dosyć ponure rozwiązanie, w którym jeden człowiek decydował o dostępie do stołu operacyjnego, specjalizacji i możliwości zrobienia doktoratu. Zarazem jeśli ordynator był skrajnie nieuczciwy, to stosując nega-*

tywną selekcję, bronił swojej pozycji i stanowiska, gwarantując sobie nieusuwalność – mówi dr Jacek Molicki, doświadczony pediatra-neonatolog, który przez 8 lat pracował w jednym z największych ośrodków akademickich w Holandii.

Włodarze szpitala

Mimo wielu negatywnych opinii na temat systemu ordynatorskiego, w Polsce nawet próby dyskusji nad zmianą obecnego układu są dławione w zarodku. Pierwszy raz próbę taką podjęto za rządów AWS. – *Doszlismy wtedy do wniosku, że określenie faktycznej władzy w szpitalu zależy od autorytetu dyrektora placówki. Szef z długoletnim stażem potrafi swoich ordynatorów trzymać w karbach. Niestety, osoby słabsze poddają*

Siedmiu wspaniatych

W skład 7-osobowej komisji wybierającej ordynatorów wchodzi przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej, 2 przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej (specjalistów w dziedzinie, której dotyczy konkurs) i lekarz specjalista, ordynator podobnego oddziału, którego dotyczy konkurs. Jest też konsultant wojewódzki w danej dziedzinie (przedstawiciel towarzystwa naukowego z danej dziedziny). W ostatecznym wyborze ordynatora uczestniczą jeszcze 2 osoby (nie muszą być one specjalistami w danej dziedzinie). Jest to dyrektor zakładu opieki zdrowotnej, dyrektor szpitala ogłaszającego konkurs i przedstawiciel Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położonych.

się i wtedy może się zdarzyć, że to szefowie klinik stają się faktycznymi włodarzami szpitala – mówi Andrzej Ryś, wiceminister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka.

O potrzebie sprawowania władzy oraz wyjątkowej solidarności układu profesorsko-ordynatorskiego najlepiej świadczy sposób uchwalania statutu Akademii Medycznej w Warszawie. Na posiedzeniu zjawilo się, jak nigdy przedtem, 100 proc. profesorów. I to ich głosami zdecydowano, że kadencja kierownika kliniki trwa 8 lat, a konkursu na kolejną kadencję nie będzie. Profesorowie ustalili, że warunkiem przedłużenia umowy będzie okresowa ocena dobroku (dodajmy: dokonywana przez kolegów). W ten sposób elita wykluczyła się z postępowa-

łowski. W swoim wystąpieniu najpierw przypomniał, że szara strefa w polskiej medycynie pochłania 12 mld zł, a pieniądze te bierze do swoich kieszeni, postępując niezgodnie z prawem, a czasem i niezgodnie z etyką, mała grupa ludzi. Zdaniem Wojciecha Pawłowskiego, to skutek zachowania systemu ordynatorskiego, który senator określił jako najgorszy z możliwych.

W ten dosyć zawołowany sposób senator III RP wskazywał tych, których tzw. opinia społeczna zaczęła nazywać mafią lekarską. W obraźliwym określeniu wzajemnie wspierającej się rodziny medyków kryje się jednak ziarno prawdy. Potwierdzają to sami lekarze. – Nie uczestniczyłem w setkach konkursów, ale te, z którymi miałem w ten czy inny sposób okazję się zetknąć,



foto: Dziaki

” Andrzej Ryś, wiceminister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka:

– Szef placówki z długoletnim stażem potrafi swoich ordynatorów trzymać w karchach. Niestety, osoby starsze poddają się i wtedy może zdarzyć się sytuacja, że to szefowie klinik stają się faktycznymi włodarzami szpitala ”

nia, które przewidziano dla innych kategorii ordynatorów. Bo przecież kierownicy klinik są także ordynatorami.

Ordynator dziedziczny

Tak postępują profesorowie. W szpitalach miejskich, wojewódzkich i powiatowych niemal tradycją stało się z kolei dziedziczenie funkcji ordynatora z ojca na syna. – *To nie przypadek. Taki model gwarantuje pracę, przedłużenie układu oraz władzy nad szefem szpitala. W ten sposób układ ordynatorski staje się źródłem patologii* – mówi anonimowo szef jednego z wielkopolskich szpitali. – *Co gorsze, wybieranie ordynatorów odbywa się na zasadzie konkursów, w których dyrektor szpitala ma tylko jeden głos. W ten sposób szef placówki nie ma możliwości dobierania sobie współpracowników. Robi to za niego komisja* – dodaje Marek Haber, dyrektor szpitala w Suchej Beskidzkiej, człowiek, który jako jeden z niewielu zdecydował się wprowadzić w swoim szpitalu system konsultancki.

O degrengoladzie obecnego układu mówił w poprzedniej kadencji senator Wojciech Paw-

przynosiły rozstrzygnięcia, ale nie merytoryczne. Wszystkie były ułożone wcześniej i przykro mi, ale nadal tak się to odbywa – stwierdził kiedyś dr Wojciech Puzyna, dyrektor Szpitala Ginekologicznego im. św. Zofii w Warszawie.

Model feudalny

Dyrektor Puzyna już dawno zastąpił system ordynatorski konsultanckim. Dlaczego? – Po pierwsze, bo w Polsce dominuje feudalny model ordynatury. Po drugie, bo główni konsultanci odpowiadają tylko za leczenie, kształcenie młodszych lekarzy i organizację pracy zespołu lekarskiego. I po trzecie, bo na stanowiska głównych konsultantów nie przeprowadza się konkursów.

Model konsultancki jest stosowany np. w Holandii, w Anglii i w Stanach Zjednoczonych. – *To system o zabarwieniu niemal demokratycznym. W holenderskich szpitalach nie ma funkcji ordynatora, są natomiast stanowiska supervisorów, lekarzy z odpowiednim stażem i specjalizacją, którzy rotacyjnie sprawują kontrolę nad terapią oraz przydzielaniem zabiegów. Supervisorem może zostać każ-*

Ordynatorski czy konsultancki?

**mgr Małgorzata Kalińska,
dyrektor Samodzielnego Dziecięcego Szpitala w Warszawie**

Moim zdaniem, obowiązujące przepisy i praktyki stosowane podczas konkursów na stanowiska ordynatorów nie spełniają warunków pozwalających wybrać najlepszych. Tak naprawdę nie dają również dyrektorowi możliwości zatrudnienia osoby, która gwarantowałaby zabezpieczenie pracy oddziału pod względem medycznym, organizacyjnym i ekonomicznym.

**prof. Krzysztof Bielecki,
ordynator chirurgii Szpital im. W. Orłowskiego w Warszawie**

W medycynie nie ma miejsca na demokrację. Możecie mnie odsądzić od czci i wiary, ale ja nie chciałbym być pacjentem na oddziale, gdzie panuje pełna demokracja, luz, blues, każdy robi, co chce, każdy jest konsultantem (...). Czy chcecie lecieć samolotem, gdzie nie ma pierwszego pilota i kapitana? Ja bym nie wsiadł do takiego. Ordynator jest autorytetem moralnym. W każdym zawodzie, w każdym dziale gospodarki i życia społecznego zdarzają się patologie. Trzeba je znaleźć i z całą bezwzględnością konsekwentnie karać.

dr Grzegorz Luboiński z Centrum Onkologii w Warszawie

Jeden z moich kolegów, uzyskawszy stopień doktora habilitowanego, powiedział: *No, stary, teraz do emerytury już nie muszę absolutnie nic robić, nikt mnie nie ruszy.* I takie są realia polskiej medycyny.

dr Grzegorz Krzyżanowski, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, ordynator oddziału zabiegowego

System konkursów powstał dlatego, żeby odejść od poprzedniego systemu, w którym to sekretarz partii powoływał niemalże każdego ordynatora czy kierownika kliniki. Macie państwo zastrzeżenia do systemu konkursowego? – Ja mam zastrzeżenia do systemu przetargów publicznych. Mam także zastrzeżenia do wszystkich systemów, w których określone grono decyduje, kto ma wygrać. W każdym systemie znajdziemy nieprawidłowości i każdy system należy ulepszać. Nie wolno potępiać całego systemu. On zapewne nie jest doskonały, ale określmy w nim kryteria, którym ordynator powinien odpowiadać.

**dr Andrzej Włodarczyk,
przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**

Wielu członków komisji konkursowej jeszcze przed rozstrzygnięciem konkursu wie już, kto ma być ordynatorem. Takie są realia. Zdarzało się, że miałem telefony z sugestiami, kto jest lepszy, a kto gorszy.

Tadeusz Bokwa, dyrektor warszawskiego Szpitala dla Dzieci

Jestem lekarzem z ponad 25-letnim doświadczeniem zdobytym początkowo w szpitalu klinicznym, a następnie w szpitalu typu miejskiego na stanowisku ordynatora. Od kilku lat pełnię funkcję dyrektora szpitala (...). Uważam, że na czele zespołu musi stać kierownik, ordynator, osoba, która odpowiada całościowo za dany oddział. Ale w ramach tego zespołu widzę miejsce dla konsultantów (...). Ogromny postęp w medycynie w ostatnich latach, wprowadzanie nowych urządzeń leczniczych, stosowanie nowych technik operacyjnych, powstawanie nowych specjalności, zmusza do tworzenia zespołów zajmujących się leczeniem wad, chorób określonego narządu na najwyższym poziomie. Uważam, że na czele takiego minizespołu powinien stać lekarz specjalista w randze konsultanta.

Cytaty pochodzą z zapisu dyskusji poświęconej problematyce funkcjonowania systemu ordynatorskiego w zakładach opieki zdrowotnej, jaka odbyła się w siedzibie Fundacji im. Stefana Batorego.

dy członek zespołu, pod warunkiem że spełnia określone warunki. Jest też stanowisko profesorskie, osoby nadzorującej, ale jej rola sprowadza się do zwracania uwagi na nowe publikacje, rodzaje terapii czy wskazywanie popełnionych błędów – mówi Jacek Molicki. – W moim szpitalu lekarze mają umowy cywilnoprawne. Taki sposób zatrudnienia wyklucza nadzór, czyli ordynatora. Zamiast niego jest koordynator, zajmujący się ustalaniem pracy zespołów lekarskich. Odpowiedzialność za ewentualne błędy spada na lekarzy, a nie na dyrektora, który pracując z ordynatorami, których nie miał możliwości wybierać, jest także odpowiedzialny za część medyczną – stwierdza Marek Haber.

Jacek Molicki dodaje, że zaletą systemu konsultanckiego jest podnoszenie jakości leczenia oraz ograniczenie możliwości tworzenia patologicznych układów. To przecież ordynatorzy decydują o zakupach sprzętu, stosowaniu określonych leków oraz zatrudnianych osobach (często są to członkowie rodzin i znajomi). Znane są wypadki zamykania przez ordynatorów niektórych pracowni i otwierania własnych klinik, które współpracują z oddziałami, np. na zasadzie umów o outsourcingu. Najgorsze – skarżą się na to młodzi lekarze – ordynator staje się na oddziale panem życia i śmierci (zawodowej). Może bowiem uniemożliwiać lekarzom wyjazdy na szkolenia, nie dopuszczać do interesujących zabiegów, a w efekcie utrudniać uzyskanie specjalizacji. Wszystko to w obawie przed rosnącą u boku konkurencją oraz po to, by uzyskać władzę niemal absolutną. Tymczasem, np. w USA szef kliniki jest zainteresowany jak najlepszym szkoleniem młodych medyków. Dlaczego? Bo jedną z najważniejszych zasad tamtego systemu jest to, że specjaliści kształceni na rezydenturach muszą podjąć pracę w innym stanie albo przynajmniej w innym mieście. Jak najlepsze wykształcenie staje się rodzajem referencji dla szefa kliniki, w której lekarz uzyskał specjalizację.

W Polsce niewielu dyrektorów jest w stanie przeformować model konsultancki. Jednym z nich był prof. Zbigniew Religa. Jeszcze jako szef Instytutu Kardiologii zdecydował się na likwidację oddziałów i wyznaczenie zespołów, które niezależnie wykonywały zabiegi, zajmowały się terapią oraz innymi zadaniami z kontraktowanymi przez NFZ. Na taki eksperyment mógł jednak pozwolić sobie obecny minister zdrowia. Jego śladem podąża co najmniej kilkunastu dyrektorów polskich szpitali. Reszta pozostaje na szachownicy w pozycji lauffra – szach i mat. ■