

Katarzyna ŁYP
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

SYSTEM ZARZĄDZANIA IZBĄ PRZYJĘĆ W JEDNOSTKACH LECZNICTWA ZAMKNIĘTEGO

Streszczenie. W artykule podjęto próbę przeanalizowania systemu zarządzania izbą przyjęć, a następnie wskazano korzyści, jakie niesie przekształcenie jej w wielo-specjalistyczny oddział diagnostyczny. Obecnie ciężar diagnostyki pacjenta przypada na poszczególne oddziały specjalistyczne, a izba przyjęć pozostaje miejscem weryfikacji danych pacjenta, przyjęcia go na oddział docelowy, postawienia pobieżnej, niejednokrotnie mylnej diagnozy, w wyniku której pacjent zostaje odesłany do podstawowej opieki zdrowotnej, która to chwilę wcześniej uznała stosownym skierowaniem za celowe przeprowadzenie dokładniejszej diagnostyki względem niego. Celem podjętej próby jest zidentyfikowanie możliwości, jakie daje skoncentrowanie najcenniejszych zasobów zarówno ludzkich, jak i materiałowych poszczególnych jednostek lecznictwa zamkniętego na wejściu do tego systemu.

ADMISSION BOARD OF MANAGEMENT SYSTEM THE INPATIENT UNITS

Summary. The solution presented in the article concerns mainly organizational changes that do not involve large financial expenditures. This solution, however, requires a new contract with the National Health Fund which would enable the Emergency Department transformed into a multidisciplinary diagnostic branch to account for highly specialized diagnostics on this the systemic level. Savings following implementation of the new system are placed in an evident reduction of the length of stay in a given unit of hospital. It is noticeable that the above-mentioned solution is clearly going to reduce the number of patients in specialist clinics.

1. Wstęp

System ochrony zdrowia w Polsce od dłuższego już czasu funkcjonuje w warunkach kryzysu zarządzania oraz poważnych trudności finansowych, które przejawiają się między innymi dysproporcją finansową pomiędzy środkami wpływającymi do tego systemu, a kosztami jego funkcjonowania¹, brakiem umiejętności koordynacji, co przyczynia się tym samym do marnotrawstwa zasobów i braku umiejętności podejmowania niezbędnych działań tworzących ład i sprzyjających racjonalizacji zarządzania w systemie. Kluczową pozycję w tym systemie zajmują producenci świadczeń zdrowotnych, jakimi są między innymi jednostki lecznictwa zamkniętego. To producenci świadczeń zdrowotnych decydują o sposobie wykorzystania dostępnych zasobów zarówno w odniesieniu do poszczególnych pacjentów, jednostek chorobowych, jak i na poziomie rodzaju świadczeń. Funkcjonując w warunkach ograniczonej efektywności mechanizmu rynkowego, producenci świadczeń zdrowotnych powinni zachowywać się ekonomicznie i metodologicznie racjonalnie. Dotychczas nie wprowadzono jednego uniwersalnego i jedynie słusznego w kategoriach metodologicznej racjonalności i ekonomicznej efektywności modelu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Jednostki lecznictwa zamkniętego znalazły się w krytycznej sytuacji. Sytuacja ta wymusza konieczność wprowadzenia zmian, które finalnie przyczynią się do prawidłowego zaspokojenia potrzeb różnych grup interesariuszy, a w głównej mierze odbiorców finalnych, jakimi są pacjenci. Zaspokajanie potrzeb pacjenta, przy jednoczesnym zapewnieniu mu poczucia dobrze wykonanej usługi, powinno być dla wyżej wymienionych jednostek priorytetem. Chaos działań, brak wyznaczonego celu i sposobu jego osiągnięcia daje pacjentowi odczucie braku fachowości zawodowej danej jednostki medycznej. Miejscem, w którym chaos, brak koordynacji i niezgranie działań są najbardziej widoczne, jest tzw. izba przyjęć, w dalszej części artykułu zwana wejściem do systemu². Jest to miejsce, w którym prawidłowe planowanie, organizowanie i koordynacja działań rzutują na prawidłowość dalszego leczenia, ale również na prawidłowe rozliczenie się danej jednostki z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ)³.

¹ Golinowska S., Boni M.: Nowe dylematy polityki społecznej. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE nr 65, 2006.

² Por. Opolski K., Dykowska G., Moźdzzonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. CeDeWu, Warszawa 2003.

³ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU 2003, nr 45, poz. 391).

2. System zarządzania w ochronie zdrowia na świecie

Zróznicowanie systemów opieki zdrowotnej w XXI w. na świecie nadal jest duże, a każdy z nich ma swoją złożoną problematykę⁴. Sprawne działanie sektora opieki zdrowotnej⁵ w dużej mierze zależy od sposobu jego finansowania, a zatem wyboru odpowiedniego modelu systemu ochrony zdrowia⁶. Właściwe dopasowanie określonego modelu opieki zdrowotnej jest uwarunkowane indywidualnymi dla każdego państwa czynnikami rozwoju ekonomicznego oraz przyjętą polityką zdrowotną. Ze względu na powyższe kondycja zdrowotna społeczeństwa nie wynika wyłącznie ze wskaźnika dostępności świadczeń zdrowotnych oraz jakości realizowanych usług medycznych, ale w głównej mierze jest konsekwencją realizowanej przez dane państwo polityki zdrowotnej, która bezpośrednio przekłada się na strategię dotyczącą rozwoju sektora ochrony zdrowia⁷. Zarządzający systemami ochrony zdrowia w wielu krajach rozwiniętych gospodarczo borykają się z problemami wynikającymi z rosnących kosztów funkcjonowania lecznictwa⁸. Ekonomiści są zgodni, że większość krajów wysoko rozwiniętych dysponuje systemami zdrowotnymi, których sfinansowanie stanie się w przyszłości niemożliwe bez wprowadzenia istotnych reform. Polska wydaje na ochronę zdrowia około 7% PKB⁹, gdy Stany Zjednoczone przeznaczają na ten cel ponad 17% PKB. Przy wspomnianych wyżej rodzimych wydatkach wydaje się, że są one niewystarczające. W takiej sytuacji słusznym rozwiązaniem jest szukanie oszczędności w lepszym gospodarowaniu posiadanymi środkami. W krajach europejskich o gospodarce rynkowej za jeden z istotnych powodów uzasadniających konieczność reformowania lub racjonalizowania systemu ochrony zdrowia¹⁰ uznaje się małą dotychczasową efektywność funkcjonującej opieki zdrowotnej, która musi być:

- adekwatna do potrzeb, to znaczy: zaspokajać nie tylko wyrażone, lecz także rzeczywiste potrzeby zdrowotne,
- skuteczna i efektywna, to znaczy: przynosić oczekiwane i pożądane efekty przy możliwie najniższych kosztach¹¹.

⁴ Seliga R., Woźniak A.: Comparative analysis of the medical services sector in Japan and the USA. Społeczna Akademia Nauk, Łódź 2013.

⁵ Alonso J.M., Clifton J., Diaz-Fuentes: The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals. "Health Policy", Vol. 119, Iss. 3, March 2015.

⁶ Wielicka K.: Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej. Zeszyty Naukowe, s. Organizacja i Zarządzanie, nr 70, Politechnika Śląska, Gliwice 2014.

⁷ Jahan M.: Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności. Difin, Warszawa 2005.

⁸ Łyszczarz B.: Do we spend too little? Level and dynamics of health expenditure in Poland and other OECD countries. "Przedsiębiorczość i Zarządzanie", tom XIV, zeszyt 10, część I, SAN, Łódź 2013.

⁹ Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.

¹⁰ Witczak I.: Ekonomika szpitala. CeDeWu, Warszawa 2009.

¹¹ Krasucki P.: Optymalizacja systemu ochrony zdrowia, koszty i korzyści. CeDeWu, Warszawa 2005.

Niezależnie od kraju reformy obejmują obszary obiegu informacji wewnątrz systemu, regulacje prawne dotyczące funkcjonowania tego systemu czy standardy usług i procedur medycznych¹². System ochrony zdrowia powinien być poddawany zmianom dostosowującym go do wymogów pacjentów, przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości skutecznego zarządzania nim i przy racjonalizacji kosztów świadczonych usług, bez tracenia niczego z ich jakości i dostępności.

3. Tradycyjny model organizacji izby przyjęć w jednostce lecznictwa zamkniętego

Obecny stan organizacji izby przyjęć, jednostki lecznictwa zamkniętego, jest raczej schedą po poprzednim systemie organizacji służby zdrowia, w którym to izbą przyjęć było często jednostanowiskowe miejsce, do którego zgłaszał się pacjent, przebywał w nim minimalnie krótko w celu wypełnienia wstępnych danych w karcie pacjenta, a następnie był on przekazywany na oddział docelowy. Na wspomnianej izbie przyjęć często, o ile stan pacjenta tego nie wymagał, nie pojawiał się lekarz. Pacjent stosunkowo szybko trafiał na oddział i dopiero tam rozpoczynał się cały proces diagnostyczno-leczniczy. Był to system, w którym nie było niemalże żadnych ograniczeń dotyczących zastosowanych badań, słuszności ich wykonania czy zgodności profilu badania z profilem oddziału docelowego.

Na dzień dzisiejszy diametralnie zmienił się system kontroli słuszności przyjęcia pacjenta na oddział, celowości wykonania w stosunku do niego badań diagnostycznych, ich liczby, rodzaju i wnikliwości, natomiast niewiele zmieniła się sama infrastruktura. W jednostce, która jest podmiotem tego artykułu, znajduje się obecnie sześć stanowisk diagnostycznych dla jedenastu oddziałów specjalistycznych o łącznej liczbie łóżek około 360. Należy nadmienić, że szpital ten kilka razy w tygodniu pełni funkcję ostrego dyżuru dla kilkuset-tysięcznego miasta, a w wielu specjalnościach medycznych również i okolic. Jednostka ta działa w myśl przewidzianych w Polsce przepisów (rozporządzeń ministra zdrowia), które precyzyjnie określają warunki niezbędne dla działalności wszelkich jednostek medycznych, w tym izb przyjęć. Oznacza to, że przykładowa jednostka jest jednocześnie odzwierciedleniem wszystkich działających na tym samym poziomie, a w tym przypadku – na poziomie szpitala wielospecjalistycznego, co potwierdza obserwacja przeprowadzona na potrzeby artykułu.

Na dzień dzisiejszy wstępny proces diagnostyczny zachodzi już na etapie wejścia do systemu, jakim jest izba przyjęć. Lekarz jest stałym podmiotem tego etapu, niestety jego wybór jest często automatyczny i wskazuje najczęściej na internistę. Jeżeli stan pacjenta tego

¹² Leowski J.: Polityka zdrowotna, a zdrowie publiczne. CeDeWu, Warszawa 2004.

wymaga, wzywany jest kolejny lekarz. Należy jednak zauważyć, że wspomniani specjaliści schodzą na izbę przyjęć ze swoich macierzystych oddziałów, co bardzo przedłuża i komplikuje całą sytuację. Pacjenci piętrzą się w holu, karetki systematycznie dowożą kolejnych chorych, mających jednocześnie pierwszeństwo przed pozostałymi pacjentami, mimo że niejednokrotnie stan pacjentów pogotowia jest łżejszy od pozostałych oczekujących. Wydaje się, że jedynym sposobem pracującego tam personelu na rozładowanie napiętej sytuacji staje się odesłanie części pacjentów do diagnostyki podstawowej, mimo że chwilę wcześniej lekarz tego poziomu świadczeń medycznych jednoznacznie określił stan swojego pacjenta na wymagający diagnostyki w warunkach szpitalnych.

Tabela 1

Pojedynczy, losowo wybrany dzień obserwacji

podział godzinny ostrego dyżuru	wyliczona średnia liczba pacjentów oczekujących w poczekalni	średni czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta
godziny: 0 – 6	0	0
godziny: 6 – 12	9	nawet do 6 h
godziny: 12 – 18	6/7	około 3 h
godziny: 18 – 24	0	0

Zródło: Opracowanie własne, praca magisterska.

Współczesnej służbie zdrowia stawia się coraz większe wymagania dotyczące ich działań, jednocześnie wysoce ogranicza się im finansowanie, toteż nietatwo jest dziś być skutecznym. Niemniej jednak znaczącym czynnikiem obniżającym poziom, a tym samym skuteczność świadczonych usług medycznych wydaje się niski poziom wiedzy, zaangażowania oraz umiejętności ze strony osób podejmujących decyzje i odpowiedzialnych za realizację celów. Aktualne badania wskazują, że najłabszym ogniwem w ochronie zdrowia są zasoby ludzkie. Niekompetencja nie dotyczy jedynie osób będących wewnątrz danej organizacji¹³, dotyczy ona również osób z wyższych szczebli decydowania o kształcie rodzimej służby zdrowia. Faktem jest, że każda jednostka medyczna jest obowiązana działać w myśl stosownych rozporządzeń ministra zdrowia¹⁴, norm ISO serii 9000, przyjętych standardów oraz wymogów NFZ-tu, które to jasno określają niezbędne warunki personalno-sprzętowe, zasady przyjęć, zadania oraz wyznaczają sposoby postępowania w określonych przypadkach. Niemniej jednak wszystkie wyżej wymienione nie pozwalają¹⁵ uchronić jednostki medycznej i jej beneficjentów od błędów, które skutkują niewłaściwymi decyzjami. Wydaje się ekonomicznie słuszne, że celem organizacji jest zwiększenie efektywności działania przy możliwie minimalnym wykorzystaniu posiadanych zasobów. Jednakże zawsze należy patrzeć na owe oszczędności przez pryzmat pacjenta, który w żadnym wypadku nie

¹³ Skalik J.: The use of contemporary conceptions and methods of management in public health care centres. Faculty of Economics and Management, Zielona Góra 2008.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań stawianym izbom przyjęć w szpitalnictwie.

¹⁵ Dobska M., Rogoziński K.: Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. PWN, Warszawa 2012.

może odczuwać niedosytu co do liczby i jakości zastosowanych wobec niego świadczeń. Konieczne zatem są zmiany, które mają w głównej mierze posłużyć zwiększeniu efektywności działań zakładów opieki zdrowotnej. Chodzi głównie o procesy związane bezpośrednio z obsługą pacjentów. Zmiany należałoby zacząć od przeobrażeń strukturalnych danej jednostki lecznictwa zamkniętego, polegających na efektywnym wykorzystaniu posiadanej struktury organizacyjnej bądź jej zaktualizowaniu.

Słuszność powyższych stwierdzeń potwierdzają badania, które w szerszym ujęciu przeprowadzono w pracy magisterskiej, natomiast wnioski potwierdzają niewydolność działań na wejściu do systemu¹⁶. Przeprowadzone badania wykazały obecność na izbie przyjęć dwóch rodzajów pacjentów: do planowych zabiegów oraz pacjentów przewidzianych do szerszej diagnostyki w celu potwierdzenia lub wykluczenia diagnozy lekarza pierwszego kontaktu. Ponadto zaobserwowano niewielki odsetek pacjentów przywożonych najczęściej przez karetki pogotowia ratunkowego, których stan bądź stopień zaawansowania choroby nie wymagał pobytu w szpitalu. Z podsumowania badań, przeprowadzonych w losowo wybranych dniach, w których szpital pełnił funkcję ostrego dyżuru, wynikało, że o ile spośród pacjentów przewidzianych do planowych zabiegów, najczęściej chirurgicznych, odsetek przyjętych na oddziały docelowe wynosi niemalże 100%, to spośród pacjentów przewidzianych do diagnostyki blisko 50%, po wykonaniu pobieżnych działań diagnostycznych, odsyłano ponownie do podstawowej opieki zdrowotnej, z czego około 24% z nich zgłaszała się ze wstępną diagnozą lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, sugerującą schorzenia, w których brak interwencji lekarza mógł bezpośrednio zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta. Ponadto średni czas oczekiwania pacjenta w poczekalni izby przyjęć, a więc bez jakiegokolwiek nadzoru personelu, wynosi 6 h, a średnia liczba oczekujących na przyjęcie przekraczała o 50% liczbę stanowisk diagnostycznych.

Tabela 2

Pojedynczy, losowo wybrany dzień obserwacji

pacjent	liczba pacjentów	liczba pacjentów przyjętych na oddział	liczba pacjentów odesłanych	liczba pacjentów odesłanych, których stan ogólny wymagał hospitalizacji	średni czas (w h) oczekiwania na przyjęcie do szpitala
pacjent do leczenia	25	24	1	0	1
pacjent do diagnostyki	28	15	13	3	6

Zródło: Opracowanie własne, praca magisterska.

¹⁶ Stępniewski J.: Organizacja i zarządzanie szpitalami. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2009.

Tabela 3

Pozostałe 9 dni obserwacji (uśredniono)

pacjent	liczba pacjentów	liczba pacjentów przyjętych na oddział	liczba pacjentów odesłanych	liczba pacjentów odesłanych, których stan ogólny wymagał hospitalizacji	średni czas (w h) oczekiwania na przyjęcie do szpitala
pacjent do leczenia	231	198	33	0	1
pacjent do diagnozy	269	134	135	30	6

Zródło: Opracowanie własne, praca magisterska.

Cechy pacjenta do leczenia to:

- wcześniej zdiagnozowany, a tym samym mający pełną instrukcję, tzn. zaordynowane leki, informację, jak postępować w danej chorobie, np. dieta, instrukcja postępowania w razie pogorszenia samopoczucia i inne,
- do szpitala najczęściej trafia w celu wykonania zabiegu czy odbycia rehabilitacji, z planowanym terminem przyjęcia i do szpitala trafia o własnych siłach,
- wśród tej grupy znajdują się również pacjenci zdiagnozowani, których stan nagle niepokojąco się pogorszył i wymagają natychmiastowego leczenia, w zdecydowanej większości są wcześniej pacjentami pogotowia ratunkowego.

Cechy pacjentów do diagnozy to:

- do izby przyjęć trafiają prosto od lekarza prowadzącego, który uznał, że ich stan jest niepokojący i należy ich objawy zdiagnozować w warunkach szpitalnych, a więc takich, które mają szersze spektrum świadczonych badań od potencjalnych możliwości lekarza przychodni,
- pacjent z objawami o nieznannej etiologii, bez zabezpieczenia w postaci leków, często jego stan jest niepokojący według lekarza pierwszego kontaktu, natomiast sam pacjent jest nieświadomy ewentualnego zagrożenia, bagatelizuje kolejne objawy,
- bardzo często jest to pacjent tzw. przechodzony, czyli zbyt długo (mimo złego samopoczucia) zwlekał z pójściem do lekarza,
- do izby przyjęć najczęściej trafia samodzielnie,
- zdarza się często, że oczekując na swoją kolejkę, czują się bardzo źle, jednakże nieświadomi zagrożeń, pokornie czekają, nie zgłaszając jednocześnie lekarzowi tego faktu.

Cechy pozostałej grupy pacjentów to:

- najczęściej jest to najstarsza wiekowo grupa pacjentów, najczęściej są to pacjenci terminalni, czyli zdiagnozowani, z wieloma chorobami współistniejącymi, tzw. leżący, od dawna leczeni w domu.

Tabela 4

Wstępne diagnozy i ewentualne oddziały docelowe pacjentów odesłanych

pacjent odesłany/diagnoza	diagnoza wstępna lekarza pierwszego kontaktu (ze skierowania do szpitala)	prawdopodobny oddział docelowy w przypadku przyjęcia pacjenta na oddział	niebezpieczeństwo dla zdrowia i/lub życia, jakie niesie potwierdzenie się prawidłowo postawionej diagnozy wstępnej
pacjent nr 1	– wysokie ciśnienie	oddział wewnętrzny	+++
pacjent nr 2	– zasłabnięcie	oddział wewnętrzny	+++/+++
pacjent nr 3	– wymioty	oddział wewnętrzny	+
pacjent nr 4	– atak niewiadomego pochodzenia	oddział neurologiczny	++
pacjent nr 5	– ból brzucha	oddział wewnętrzny	+
pacjent nr 6	– ból w klatce piersiowej	oddział kardiologiczny	++
pacjent nr 7	– ból okolic brzucha	oddział wewnętrzny	+
pacjent nr 8	– pogorszenie stanu (pacjent geriatryczny)	oddział wewnętrzny	++
pacjent nr 9	– wysokie ciśnienie	oddział wewnętrzny	+++
pacjent nr 10	– zasłabnięcie	oddział neurologiczny	++
pacjent nr 11	– upojenie alkoholowe	oddział wewnętrzny	+

Legenda: bardzo wysokie: +++, wysokie: ++, niewielkie: +.

Źródło: Opracowanie własne, praca magisterska.

Celem powyższej tabeli jest:

- przypisanie każdemu odesłanemu pacjentowi diagnozy wstępnej (postawionej przez lekarza pierwszego kontaktu na poziomie ambulatoryjnym), aby wyłuskać spośród nich te niosące ze sobą największe niebezpieczeństwo dla życia i/lub zdrowia pacjenta,
- wyłuskanie oddziałów, na które powinni zostać zakwalifikowani,
- docelowe udowodnienie, że można by było ich zdiagnozować na poziomie izby przyjęć i bezpiecznie odesłać do domu z kompletem badań i zaleceń dotyczących leczenia.

Nadmierna natomiast była liczba średniego personelu medycznego oraz sekretarek medycznych, których bierność, pomimo natłoku pacjentów oczekujących, była uzasadniana niewystarczającą liczbą miejsc diagnostycznych. Ponadto zaobserwowano brak zachowań gwarantujących pacjentom poczucie intymności, godnego traktowania oraz obcesowość personelu.

4. Propozycja zmian ze wskazaniem na organizację nowego systemu zarządzania na wejściu do systemu szpitala

Organizacja nowego systemu zarządzania na wejściu do systemu wymagałaby zmian personalnych zarówno ilościowych, jak i jakościowych, niewielkich w ujęciu finansowym zmian sprzętowych, również niewielkich zmian architektonicznych oraz znacznych zmian o charakterze organizacyjno-mentalnym osób w nim zatrudnionych. Nie wymagałaby

natomiast żadnych zmian w odniesieniu do najcenniejszej aparatury, jaką na dzień dzisiejszy ma niemalże każda placówka medyczna (mowa o tomografie komputerowym, aparacie do rezonansu magnetycznego czy aparaturze RTG, USG, UKG i innej), gdyż jej umiejscowienie jest najczęściej w najbliższym sąsiedztwie izby przyjęć, mimo że to nie ona jest jej beneficjentem. W celu ułatwienia przyjęto roboczą nazwę, przekształcając izbę przyjęć w wielospecjalistyczny oddział diagnostyczny. Oddział ten powinien być lustrzanym odbiciem oddziałów, jakie ma dany szpital. Innymi słowy, powinien mieć stanowiska (łóżka) diagnostyczne odpowiadające poszczególnym oddziałom docelowym.

Szpital, który był przedmiotem badań wspomnianej pracy magisterskiej, jest idealnym, siostrzanym przykładem pozostałych szpitali o profilu wielospecjalistycznym. Na podstawie przeprowadzonych badań, obliczeń i prognoz ustalono wstępny kształt wielospecjalistycznego oddziału w następującym kształcie:

Tabela 5

Wyliczona niezbędna liczba stanowisk diagnostycznych

oddział docelowy	liczba niezbędnych siostrzanych stanowisk (łóżek) na wielospecjalistycznym oddziale diagnostycznym
Oddział Okulistyki	1
Oddział Urologii	2
Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej	2
Oddział Neurologii	4+/-1
Oddział Kardiologii ze Stanowiskami Intensywnego Nadzoru	4+/-1
Oddział Reumatologii i Rehabilitacji	1
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	2
Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii	4+/-1
Oddział Hematologii	1
Suma stanowisk diagnostycznych:	23

Źródło: Opracowanie własne, praca magisterska.

Założenia:

- analiza dotyczy pacjentów, których pobyt w danej jednostce lecznictwa zamkniętego jest nastawiony na diagnostykę. W pozostałych przypadkach płynność przyjęć na oddziały docelowe nie wymaga zmian,
- analiza dotyczy schorzeń, z jakimi zgłosili się pacjenci, którzy finalnie nie zostali przyjęci na oddziały docelowe,
- analiza dotyczy personelu średniego (pielęgniarki) co do stosunku liczby zatrudnionych do faktycznych potrzeb zastanych w wybranej jednostce medycznej.

Niezbędny personel

Największa zmiana dotyczyłaby najwyższego personelu medycznego, który powinien być na stałe przypisany do danego oddziału. Powinien składać się z pracujących w systemie całodobowym następujących specjalistów: kardiologów, neurologów, internistów ze specjali-

zają, urologów w nieco mniejszym obłożeniu i diagnostów. Powinni oni pracować wspólnie, konsultując poszczególne przypadki. Ich dokładna liczba oraz liczba personelu pomocniczego jest określona rozporządzeniem ministra zdrowia i bezpośrednio zależna od ciężaru (powagi) kontraktu z NFZ. Należy dodać, że nie jest konieczne zatrudnienie wspomnianych wyżej specjalistów, ponieważ przeniesienie ciężaru diagnozy pacjenta na wejście do systemu (wielospecjalistyczny oddział diagnostyczny) wyraźnie zmniejszy liczbę pacjentów na oddziałach docelowych, a tym samym umożliwi przesunięcia personalne wśród najlepszych specjalistów.

Zmiany organizacyjne dotyczące infrastruktury są następujące:

- kozetki zastępują łóżka szpitalne,
- łóżka szpitalne wielospecjalistycznego oddziału diagnostycznego są przypisane poszczególnym specjalizacjom, jednakże w warunkach nadzwyczajnych przepis ten nie obowiązuje,
- pomiędzy poszczególnymi łóżkami istnieje ruchome przepierzenie zapewniające pacjentowi poczucie intymności,
- przestrzeń otwarta jest pod stałym nadzorem personelu, nie wyklucza jednak wspomnianego poczucia intymności przebywających w niej pacjentów.

Zmiany organizacyjne dotyczące procesu diagnostycznego:

- pacjent po wstępnej weryfikacji skierowania zostaje umieszczony na stanowisku diagnostycznym,
- przewidziany czas pobytu pacjenta na wielospecjalistycznym oddziale diagnostycznym wynosi maksymalnie 48 h,
- czas ten jest przeznaczony na masowe oraz wielokierunkowe działania diagnostyczne.

5. Zakończenie

Przekształcenie izby przyjęć w wielospecjalistyczny oddział diagnostyczny niesie ze sobą wymierne korzyści zarówno ekonomiczne, jak i dla (a może w głównej mierze) pacjentów każdej jednostki lecznictwa zamkniętego. Stworzenie wielospecjalistycznego oddziału diagnostycznego stanowi wartość dodaną:

- zmniejszy niemalże do zera liczbę pacjentów oczekujących w poczekalni, to natomiast sprawi, że pacjent oczekujący w poczekalni nie pozostanie bez nadzoru personelu medycznego i w razie pogorszenia się jego stanu ogólnego będzie leżał na łóżku diagnostycznym,
- zmniejszy się liczba pacjentów odesłanych z powodu braku miejsc na oddziałach docelowych,

- zmniejszy się ryzyko, że stan zdrowia odesłanego pacjenta powikła się poza jednostką szpitalną,
- poziom i zakres przeprowadzonej na wielospecjalistycznym oddziale diagnostyki – szacuje się że w około 75% przypadków zdezaktualizuje się potrzebę pobytu pacjenta na oddziale specjalistycznym, a tym samym uda się on do domu po upływie maksymalnie 48 h z pełnym kompletem zaleceń,
- przypisany do pacjenta personel lekarski będzie się utożsamiał ze swoim miejscem pracy, zamiast zbiegać na izbę przyjęć w sposób chaotyczny i zaburzający mu pracę na oddziale macierzystym,
- nowy oddział zyska zawiadowcę (ordynatora oddziału), który w sposób prawidłowy i płynny zapewni realizację założonych wcześniej celów,
- stałość przypisanego do oddziału personelu scali pracowników i przełoży się na lepszą jakość pracy i wysoki poziom zadowolenia z jej wykonywania,
- w ujęciu wizerunkowym szpital zyska miano jednostki opiekuńczej, dbającej o swoich pacjentów,
- w ujęciu wizerunkowym wśród pozostałych szpitali szpital zyska miano jednostki innowacyjnej i przyjaznej pacjentowi,
- w ujęciu finansowym szpital uzyska następujące oszczędności:
 - o skróci się pobyt pacjenta w szpitalu,
 - o szpital przyciągnie pacjentów nowych i/lub niezdecydowanych, której placówce powierzyć swoje zdrowie.

Jednak najsilniejszym argumentem, popartym głęboką analizą badań¹⁷, jest wniosek, że 48 h pozwala na przeprowadzenie diagnostyki do poziomu, który umożliwi opuszczenie szpitala pacjentom zaopatrzonym w pełen zestaw zaleceń adekwatnych do stanu zdrowia. Rozpoczęto ponadto badania na temat możliwego wpływu owych oddziałów na długość oczekiwania pacjenta w poradniach specjalistycznych. Wyniki rozpoczętej analizy zostaną umieszczone w kolejnym artykule.

¹⁷ Szczegółowe badania przeprowadzono w ramach pracy magisterskiej: Łyp K.: System zarządzania izbą przyjęć wybranej jednostki lecznictwa zamkniętego. Politechnika Śląska, Wydział Organizacji i Zarządzania, Zabrze 2013.

Bibliografia

1. Dobska M., Rogoziński K.: Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. PWN, Warszawa 2012.
2. Golinowska S., Boni M.: Nowe dylematy polityki społecznej. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE, nr 65, 2006
3. Jahan M.: Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności. Difin, Warszawa 2005.
4. Alonso J.M., Clifton J., Diaz-Fuentes: The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals. "Health Policy", Vol. 119, Iss. 3, March 2015.
5. Krasucki P.: Optymalizacja systemu ochrony zdrowia, koszty i korzyści. CeDeWu, Warszawa 2005.
6. Leowski J.: Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. CeDeWu, Warszawa 2004.
7. Łyszczarz B.: Do we spend too little? Level and dynamics of health expenditure in Poland and other OECD countries. "Przedsiębiorczość i Zarządzanie", t. XIV, z. 10, cz. I, Społeczna Akademia Nauk, Łódź 2013.
8. Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008.
9. Opolski K., Dykowska G. Moźdzzonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. CeDeWu, Warszawa 2003.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań stawianym izbom przyjęć w szpitalnictwie.
11. Seliga R., Woźniak A.: Comparative analysis of the medical services sector in Japan and the USA. Społeczna Akademia Nauk, Łódź 2013.
12. Skalik J.: The use of contemporary conceptions and methods of management in public health care centres. Faculty of Economics and Management, Zielona Góra 2008.
13. Stępniewski J.: Organizacja i zarządzanie szpitalami. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2009.
14. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU 2003, nr 45, poz. 391).
15. Wielicka K.: Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej. Zeszyty Naukowe, s. Organizacja i Zarządzanie, nr 70, Politechnika Śląska, Gliwice 2014.
16. Witczak I.: Ekonomika szpitala. CeDeWu, Warszawa 2009.

Abstract

The solution presented in the article concerns mainly organizational changes that do not involve large financial expenditures. This solution, however, requires a new contract with the National Health Fund which would enable the Emergency Department transformed into a multidisciplinary diagnostic branch to account for highly specialized diagnostics on this the systemic level. Savings following implementation of the new system are placed in an evident reduction of the length of stay in a given unit of hospital. It is noticeable that the above-mentioned solution is clearly going to reduce the number of patients in specialist clinics.

**PROPONOWANY PRZEBIEG WSPÓLPRACY
OUTSOURCINGOWEJ NA PRZYKŁADZIE USŁUG
TRANSPORTU KOLEJOWEGO ŁADUNKÓW**

Słowa kluczowe: Współpraca outsourcingowa przedsiębiorstwa kolejowego i świadczącego usługi transportu kolejowego obejmują wiele etapów, w których obie strony dla obu partnerów z wyjątkiem początkowych dla współpracy. Etapy realizacji współpracy obejmują planowanie zakresu pracy, negocjacje i podpisanie umowy, realizację i trybami z nią związane, kontynuację, modyfikację lub zakończenie współpracy. W artykule przedstawiamy poszczególne etapy współpracy outsourcingowej z uwzględnieniem schematu realizacji i kontrolę usług transportu kolejowego ładunków oraz identyfikowanie form i kanałów komunikacji partnerów outsourcingowych.

**THE PROPOSED COURSE OF OUTSOURCING COOPERATION
ON THE EXAMPLE OF THE RAIL TRANSPORT OF CARGO**

Summary: Outourcing cooperation of the company that constitutes and provides the rail transport services includes a number of stages, most often common for both partners, with the exception of initial phases of cooperation. Stages of cooperation include planning of the scope of work, negotiations and signing the agreement, as well as implementation and monitoring, continuation, modification or termination of cooperation. The article analyzes various stages of outsourcing cooperation including the scheme of implementation and the control of rail transport services of cargo and identifies the forms and channels of communication with outsourcing partners.