

Angielski pacjent



Rozmowa z prof. Brianem Edwardsem, prezydentem Europejskiej Federacji Szpitali i Opieki Zdrowotnej (European Hospital and Healthcare Federation – HOPE), wykładowcą konferencji Hospital Management – Wyzwania 2008

foto: Archiwum

Podczas dyskusji na temat złej kondycji polskiej służby zdrowia, np. kolejek do lekarzy, długiego oczekiwania na przyjęcie do szpitala, wskazuje się, że w Wielkiej Brytanii jest podobnie.

To nie do końca prawda. Na zabieg pacjenci czekają znacznie krócej niż dawniej. Na przykład na wszczęcie endoprotezy najwyżej trzy miesiące, a jeszcze niedawno – trzy lata. O wiele krótsze niż w innych krajach są również listy oczekujących na zabiegowe procedury medyczne. Odważę się powiedzieć, że należą do najkrótszych w Europie, a z pewnością są krótsze niż w Polsce.

W Polsce mówi się najczęściej, że skrócenie oczekiwania w Wielkiej Brytanii było możliwe dzięki temu, że pacjentów, którzy nie mogli się danej usługi doczekać w swoim kraju, brytyjski NHS wysyłał za granicę.

Tak się nadal dzieje, ale to margines. Głównie monitoruje się listy oczekujących i, jeśli w jakimś szpitalu pacjent czeka na przyjęcie zbyt długo, proponuje mu się hospitalizację w innym, który ma krótszą listę. Operację można także przeprowadzić w prywatnym szpitalu.

A jaką stawkę za takiego pacjenta dostanie prywatny szpital? Czy taką samą jak podległy NHS?

Stawka jest taka sama. Jeśli chodzi o wszczęcie endoprotezy, wynosi około 8 tys. euro.

Czy to się opłaca sektorowi prywatnemu?

Sektor prywatny chętnie wykonuje takie świadczenia, ponieważ z reguły ma niższe koszty niż publiczny. Prywatne placówki mieszczą się zwykle w mniejszych budynkach, które łatwiej utrzymać, mają mniejszą administrację, a przede wszystkim nie mają problemu ratownictwa medycznego i nagłych przypadków. Dlatego też mogą łatwo planować pracę, podczas gdy w sektorze publicznym jest ona nieustannie przerywana ze względu na konieczność zajęcia się pacjentami w stanie ostrym. To zaś powoduje zwiększenie kosztów publicznego szpitala.

Jakich instrumentów użyto, żeby poradzić sobie ze zbyt długim okresem oczekiwania?

Pierwszym krokiem było to, że rząd zdecydowanie powiedział, że ten problem musi być rozwiązany.

No cóż, polscy politycy nieustannie mówią, że dany problem trzeba rozwiązać, ale niewiele z tego wynika.

Może różnica polega na tym, że rząd angielski mówił to na serio! Na zwiększenie wydajności i zasobów przeznaczono setki milionów funtów. A menedżerowie, którzy nie potrafili sprostać temu wyzwaniu, tra-

” Menedżerowie, którzy nie potrafili sprostać wyzwaniu, wylatywali. Nie było innej opcji ”

cili posady. Nie było innej opcji. Szpitale zostały niejako zmuszone do tego, żeby *śledzić* każdego pacjenta, a menedżerowie musieli interweniować natychmiast, kiedy czas oczekiwania był zbyt długi. Mamy tu zatem do czynienia z bezpośrednią interwencją w czas oczekiwania. To nie bardzo się spodobało lekarzom, bo zaczęli się skarżyć, że przerywa się im ich praktykę kliniczną, a niektórzy pacjenci na tym cierpią. Nie byli zadowoleni, że ktoś wpływa na ich decyzje dotyczące priorytetyzacji chorych. Ale kiedy rząd przeprowadził badania społeczne, okazało się, że dla ludzi najważniejsze było skrócenie czasu oczekiwania na procedury zabiegowe. W związku z czym jasno zadeklarował, że to właśnie jest priorytet systemu. Efekt jest taki, że w niektórych dziedzinach – na przykład jeśli chodzi o operacje zaćmy – kolejek nie ma. Jedną z korzyści tego stanu to brak jakichkolwiek dylematów etycznych po stronie decydentów i lekarzy.

A są jakieś straty?

Niestety, tak. Chorzy objęci innym rodzajem usług niż zabieg – na przykład chorzy psychicznie.

” Zdrowie to nie czarna dziura budżetu, tylko dobra inwestycja w społeczeństwo i państwo ”

Dlaczego tak się stało?

Po prostu strumień inwestycji poszedł w innym kierunku – skrócenia czasu oczekiwania na zabiegi. Trzeba jednak pamiętać, że tego domagali się obywatele.

To może być groźne dla brytyjskiego systemu, zważywszy, że choroby i zaburzenia psychiczne zajmują drugie miejsce (po chorobach nowotworowych) na opracowanej przez WHO liście największych wyzwań przyszłości.

Zgadzam się. Ale skoro rozwiązaliśmy problem czasu oczekiwania, to przyszedł czas na kolejne wyzwania

„ Trzeba ograniczyć wpływy polityki na ochronę zdrowia, na szpitale. To powiązanie przynosi straty obu stronom ”



i inwestycje. Teraz pewnie celem będzie poprawa opieki psychiatrycznej.

To ciekawe, że mówi pan o inwestycjach. W Polsce panuje powszechna opinia, że w system opieki zdrowotnej nie warto inwestować, bo pochłonie każde pieniądze bez większego efektu.

Trzeba wyjaśniać ludziom, że zdrowie to nie czarna dziura budżetu, tylko dobra inwestycja w społeczeństwo i państwo: daje nowe miejsca pracy, nowe wyspecjalizowane produkty i technologie, stymuluje rozwój biznesu, to w końcu zaawansowana nowoczesna część nauki i wysoki poziom edukacji. Sektor ochrony zdrowia jest niesłychanie silnie powiązany z polityką i dlate-

go stanowi łatwy cel ataku dla opozycji. Od zawsze apeluję o to, by ograniczyć wpływy polityki na ochronę zdrowia, na szpitale. To powiązanie przynosi straty obu stronom. Szpitalom zawsze nieźle się dostaje w okresie wyborów. Politykom też. To trochę tak, jak z przemysłem telekomunikacyjnym. Dwadzieścia pięć lat temu rząd odpowiadał za ten przemysł – telefony, pocztę. Ale weszły tak wyrafinowane technologie, o tak dużym zaangażowaniu kapitału, że politycy musieli się wycofać i stali się jedynie regulatorami, a nie zarządzającymi tym przemysłem i usługami. Kiedy to samo stanie się w ochronie zdrowia, kiedy rząd zajmie się regulacją tego rynku, bezpieczeństwem i wyznaczaniem priorytetów, dla nas wszystkich będzie to dużo lepsze.

Chciałabym jeszcze spytać o dyrektywę o czasie pracy. Jak Anglia poradziła sobie z tym problemem?

Trzeba zacząć od zadania pytania: czy ktokolwiek chce być leczony przez lekarza, który właśnie rozpoznał 24. godzinę pracy? Odpowiedź jest oczywista, bo każdy chce, żeby lekarze pracowali bezpiecznie. Należało jakoś rozwiązać tę kwestię, ale nie w prosty sposób zatrudnienia rzesz nowych lekarzy. A w każdym razie nie tylko. Odpowiedzią na to wyzwanie było przeorganizowanie pracy szpitala. Trzeba było się zastanowić, ile osób powinno zostawać na dyżurze w nocy i na jakich oddziałach. Następnie, jakich umiejętności przede wszystkim wymagać od takich pracowników. Oczywiście chodzi o lekarzy, którzy potrafią udzielić pomocy w nagłych przypadkach. Z pewnością w nocy nie jest potrzebny cały zespół. Ponadto powstały nowe zawody odciążające lekarzy w wielu tradycyjnych obowiązkach. Większość szpitali musiała po prostu przejść bolesną reorganizację. Ale była to konieczność.

Jak w Anglii czują się lekarze?

Wykonują dobrze płatny zawód. Ale nie cieszą się takim społecznym uznaniem i podziwem jak dawniej. I to groźny trend, bo gdy społeczeństwo nie ufa lekarzom, można spodziewać się problemów.

A jak to jest być menedżerem szpitala w Wielkiej Brytanii?

To chyba jeden z najbardziej ekscytujących zawodów. Może dlatego, że zarządzający szpitalem zawsze stąpa po bardzo cienkiej linii. Wymaga się od niego czterech rzeczy: utrzymania i doskonalenia praktyki klinicznej szpitala, umiejętności współpracy z pracownikami, umiejętności politycznych w kontaktach z ministerstwem i NHS oraz utrzymania stabilizacji finansowej placówki. Wystarczy, że menedżer nie spełni się jednego z powyższych wymagań i traci pracę.

Rozmawiała Justyna Wojteczek