

# OSOBOWOŚĆ ROKU 2022



W OCHRONIE ZDROWIA

## *Pacjentów nie interesuje,* **kto jest właścicielem** **podmiotu medycznego**

Rozmowa z **Andrzejem Mądralą**, członkiem rady Pracodawców RP i prezesem Pracodawców Medycyny Prywatnej

### **Czy w systemie ochrony zdrowia jest dobry czas dla sektora prywatnego?**

– Dotychczas nie potrafiliśmy włączyć i efektywnie wykorzystać olbrzymiego potencjału prywatnych placówek. Za względu na ogromne potrzeby zdrowotne koniecznie należy to zmienić. Prywatne podmioty medyczne są istotnym elementem systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza jego części ambulatoryjnej, gdzie stanowią ponad 90 proc. świadczeniodawców.

W trakcie pandemii przeznaczyły ponad 2300 łóżek na leczenie pacjentów z COVID-19 i od początku zaangażowały się w przeprowadzanie testów na obecność koronawirusa, a później w szczepienia przeciw COVID-19 oraz rehabilitację pocovidową. Dzięki błyskawicznym zmianom w organizacji pracy zapewniały ciągłość świadczeń wszystkim pacjentom, gwarantując bezpieczeństwo zarówno im, jak i personelowi medycznemu. Stworzono nowe »



## ANDRZEJ MĄDRALA

Założyciel Centrum Medycznego MAVIT Sp. z o.o., stanowiącego sieć wysokospecjalistycznych ośrodków leczniczych z zakresów okulistyki, laryngologii oraz chirurgii szczękowo-twarzowej. W latach 2000–2019 prezes zarządu spółki, a od 2019 r. wiceprzewodniczący rady nadzorczej. Jest także członkiem rady Pracodawców RP i prezesem Pracodawców Medycyny Prywatnej. Uczestniczy w pracach Zespołu Trójstronnego do spraw Ochrony Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia oraz Doraźnego Zespołu Problemowego do spraw Ochrony Zdrowia Rady Dialogu Społecznego. Absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku. Od 2021 r. pełni funkcję wiceprezesa Związku Piłki Ręcznej w Polsce.



» procedury dla pracowników i pacjentów – wprowadzono zupełnie nowy model opieki, który daje chorym możliwość realizowania usług w różnych formach – teleporady medycznej, konsultacji online i wizyty w placówce. W szerokim zakresie zastosowano telemedycynę, zaczynając od prostych interakcji z lekarzem czy pielęgniarką, pozwalających dostosować plan postępowania do warunków epidemicznych, poprzez uzyskanie fachowych porad na temat czynników ryzyka czy objawów sugerujących zakażenie koronawirusem, po kompleksowe konsultacje pozwalające na podejmowanie decyzji na podstawie danych możliwych do uzyskania w trakcie komunikacji na odległość. Takie celowane postępowanie pozwoliło na utrzymanie procesu leczenia i ciągłości komunikacji z pacjentami. Dzięki nowoczesnym technologiom możliwe było wdrożenie bezpiecznego modelu postępowania w przypadku konieczności wizyty osobistej – ocena ryzyka epidemicznego i wstępna ocena

stanu zdrowia dzięki tzw. procedurze triage, wspieranej systemami informatycznymi, w połączeniu ze specjalnie przeznaczoną infrastrukturą i organizacją czasu pracy personelu pozwoliły na identyfikację pacjentów z grup ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 i realizację niezbędnych wizyt stacjonarnych wszystkim pacjentom przy zapewnieniu odpowiedniego reżimu sanitarnego. Istotne znaczenie miała również elektroniczna dokumentacja medyczna zapewniająca szybki i bezpieczny dostęp do informacji niezbędnych do podejmowania decyzji w procesie diagnozowania i leczenia, np. wyników badań dodatkowych (laboratoryjnych i obrazowych). Między innymi dzięki zapewnieniu dokumentów w postaci elektronicznej i podpisanych cyfrowo możliwe stało się zastosowanie telemedycyny na tak dużą skalę. Cyfryzacja była wspierana przez proces legislacyjny. Odpowiednio do poziomu zagrożeń epidemicznych zwiększono zabezpieczenia infrastrukturalne i organizacyjne w przypadku szczepień profilaktycznych dzieci i dorosłych. Wprowadzono dynamiczny tryb monitorowania obserwacji klinicznych i postępów badań naukowych nad COVID-19 skutkujący dostosowaniem standardów postępowania medycznego do aktualnej wiedzy i sytuacji epidemicznej, np. w zakresie diagnostyki laboratoryjnej czy obrazowej. Prywatne podmioty zajmujące się diagnostyką laboratoryjną szybko zaoferowały w swoich placówkach nie tylko badania w kierunku oznaczania wirusa SARS-CoV-2, ale także na przeciwciała przeciwko koronawirusowi.





Badanie stało się dostępne zarówno dla pacjentów, którzy mogli sprawdzić, czy przeszli zakażenie, jak i pracodawców, którzy mogli zaplanować bezpieczne wznawianie działalności swoich przedsiębiorstw. Uruchomiono też mobilne gabinety stomatologiczne. Utrzymano ciągłość pracy dla pacjentów onkologicznych, elastycznie dostosowywano do zmieniającej się sytuacji procedury bezpieczeństwa na podstawie stale prowadzonej analizy ryzyka, aby jak najszybciej udostępnić stacjonarną obsługę pacjentów, w tym chorych na COVID-19. Priorytetem dla prywatnych podmiotów była pełna dostępność. Ta sprawna reakcja pokazuje, że mając na uwadze dobro polskich pacjentów, warto z zasobów sektora prywatnego korzystać oraz rozpocząć dialog o poszerzeniu współpracy. Jego znaczniejszy udział ułatwiłby optymalizację alokacji zasobów w ochronie zdrowia i odpowiednie zarządzanie nimi, a także umożliwił wykorzystanie zasobów placówek prywatnych w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. System prywatny od lat stanowi doskonale uzupełnienie publicznego i ich wspólne działania są obecnie wyjątkowo ważne.

#### **Czy sektor publiczny może funkcjonować bez prywatnego i czy taki podział ma sens?**

– Od tego powinniśmy zacząć – nie, system niepotrzebnie dzielimy na prywatny i publiczny, tym bardziej że na podstawie podpisanych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczenia realizowane są przez podmioty prywatne – jest to podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka długoterminowa, rehabilitacja, opieka paliatywno-hospicyjna i tak dalej. Najważniejsze jest stworzenie takiego modelu współpracy, aby przy wykorzystaniu posiadanego potencjału rozpocząć wspólne działania skoncentrowane na potrzebach pacjentów.

Jeśli chcemy skutecznie zaspokoić zwiększone zapotrzebowanie na wizyty lekarskie czy zaawansowaną diagnostykę, zachowując jednocześnie standard leczenia i efektywność systemu, musimy wspólnie się zatroszczyć o dostępność kadr medycznych. Lekarze powinni mieć zagwarantowany nie tylko komfort pracy, lecz także swobodę rozwijania kariery zawodowej w wybranych przez siebie placówkach medycznych zarówno prywatnych, jak i publicznych.

Pacjentów, a także płatnika, nie interesują stosunki własnościowe świadczeniodawców – chorym zależy na skutecznym leczeniu w dobrych warunkach.

#### **Jest szansa na poprawę systemu?**

– Kryzys wywołany pandemią COVID-19 jeszcze bardziej umocnił nas w przekonaniu, że konieczne jest podjęcie zmian systemowych w ochronie zdrowia. Wydaje się, że dziś nikt już nie ma wątpliwości, że

## *System niepotrzebnie dzielimy na prywatny i publiczny*

zdrowie społeczeństwa powinno być priorytetem w działaniach rządu, ponieważ jest podstawowym warunkiem trwałego rozwoju społeczno-gospodarczego i stabilnego funkcjonowania państwa. Jest ono też dobrem, którego deficyt coraz lepiej jest rozpoznawany przez Polaków, oczekują działań naprawczych w tym zakresie. Bardzo sobie życzymy, abyśmy jako strona społeczna byli partnerem w tworzeniu zmian systemowych. Chcemy wspierać rządzących w odbudowie silnego, dobrze zorganizowanego, efektywnego i odpornego na kryzys systemu ochrony zdrowia.

Rozwiązania tworzone w systemie ochrony zdrowia powinny być zawsze skupione na potrzebach pacjenta, na wynikach leczenia, na jakości opieki medycznej i dynamicznie rozwijających się innowacjach oraz technologiach telemedycznych. Konieczne jest również określenie miejsca i roli sektora prywatnego w systemie. Niezwykle ważne jest przeprojektowanie systemu z uwzględnieniem następujących siedmiu zasad.

Po pierwsze – skupienie się na innowacyjności – zarówno jeśli chodzi o model opieki nad pacjentem, jak i sposób pracy personelu medycznego.

Po drugie – poprawa funkcjonowania systemu w sposób angażujący i wzmacniający pozycję pacjenta.

Po trzecie – zwiększenie roli lecznictwa otwartego: systematyczne przekierowywanie pacjentów do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, by odciążać szpitalnictwo. Po czwarte – wdrożenie opieki koordynowanej. »

» Po piąte – zapewnienie innowacyjnych terapii lekowych i nielekowych.

Po szóste – modyfikacja sposobu finansowania opieki zdrowotnej w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej oraz koncepcji ochrony zdrowia opartej na dobrze pacjenta. Po siódme – wzmocnienie działań z zakresu e-zdrowia: wdrożenie i rozwijanie narzędzi telemedycznych, w tym do telemonitoringu pacjentów z chorobami przewlekłymi.

**Które z zaproponowanych rozwiązań można by wprowadzić natychmiast, a jakie za rok lub dwa?**

– Ważna jest priorytetyzacja ochrony zdrowia zarówno w działaniach rządu, jak i w świadomości społeczeństwa. Zrozumienie, że sprawna ochrona zdrowia to warunek konieczny do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego Polek i Polaków.

Konieczny jest też wzrost finansowania sektora ochrony zdrowia pozwalający na zwiększenie zatrudnienia personelu medycznego oraz tworzenie warunków umożliwiających poprawę dostępności do innowacyjnych technologii, co oznacza skuteczne leczenie.

Niezwykle ważna jest kwestia optymalizacji alokacji zasobów oraz postrzeganie nakładów w tym sektorze jako inwestycji, odpowiednie zarządzanie nimi, w tym wykorzystanie zasobów systemu prywatnego w partnerstwie publiczno-prywatnym.

**Poset Prawa i Sprawiedliwości Bolesław Piecha w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” powiedział: „Czasami się zastanawiam, czy centralizacja nie byłaby skuteczniejszym i tańszym rozwiązaniem – wykupić szpitale razem z długami, oddłużyć i byłby**

*Ważna jest priorytetyzacja ochrony zdrowia zarówno w działaniach rządu, jak i w świadomości społeczeństwa. Zrozumienie, że sprawna ochrona zdrowia to warunek konieczny do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego Polek i Polaków*

**spokój”. Jak pan skomentuje tę propozycję? To byłoby dobre rozwiązanie?**

– Konieczne jest wprowadzenie rozwiązań mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej i zarządczej szpitali, a tym samym zapewnienie bezpieczeństwa ich funkcjonowania. Dobre narzędzie sanacji finansów niektórych szpitali, a także mechanizm planowej restrukturyzacji mogą zapewnić poprawę bezpieczeństwa finansowego szpitali, poprawę organizacji i zarządzania. W gronie ekspertów Pracodawców RP przekazaliśmy w 2021 r. resortowi zdrowia rekomendacje dotyczące Funduszu Restrukturyzacji Szpitali.

Powtórzę – niezależnie od formy organizacyjno-prawnej szpitali, powinny być wprowadzone mechanizmy planowej restrukturyzacji oraz narzędzia sanacji finansów niektórych szpitali. Najistotniejszą kwestią jest, aby po takich interwencjach został osiągnięty trwały efekt, a pieniądze na leczenie były efektywnie wydawane. W naszej ocenie tego typu działania powinny być realizowane na podstawie pięciu zasad. I znów wymienię. Po pierwsze – dobrowolność: możliwość restrukturyzacji i sanacji finansowej powinna być przedstawiona placówkom i ich organom tworzącym/właścicielom na zasadzie dobrowolności.

Po drugie – czasowy zarząd. By sanacja i restrukturyzacja były skuteczne, instytucja odpowiedzialna za ten proces powinna mieć możliwość przejmowania czasowego zarządu nad placówką. Formuła czasowego zarządu nie powinna pozbawiać majątku organu tworzącego (majątek powinien być zwrócony w stanie nie pogorszonym) oraz docelowej odpowiedzialności za prowadzenie placówki.

Po trzecie – adaptacja do potrzeb. Restrukturyzacja powinna być prowadzona w sposób pozwalający na dostosowanie do istniejących i przewidywanych potrzeb zdrowotnych populacji, co oznacza konieczność ich wszechstronnego określenia (mapy potrzeb zdrowotnych) oraz zsynchronizowania z działalnością innych podmiotów działających na określonym obszarze.





P o c z w a r t e

– kompensacja (zasada „jeden do jednego”).

Restrukturyzacja wiąże się z redukcją działalności podmiotów leczniczych w danym obszarze i powinna być skojarzona z rozwojem działalności w innym (pożądanym w wieloletniej perspektywie), aby lokalna społeczność nie wiązała jej ze stratą, a raczej ze zmianą, która uzupełni niedobory w dostępie do świadczeń zdrowotnych w innych niezbędnych obszarach.

Po piąte – pilotaż. Działalność restrukturyzacyjna musi być kształtowana stopniowo, w miarę nabywania doświadczeń. Zwłaszcza w pierwszym okresie powinna mieć charakter pilotażu, a po co najmniej wstępnym potwierdzeniu wykonalności i efektywności – może być stopniowo rozszerzana.

**Co jakiś czas powraca dyskusja dotycząca liczby szpitali, pojawiają się głosy, że jest ich za dużo, zwłaszcza powiatowych.**

**Czy zgadza się pan z tym stwierdzeniem?**

– Tę ocenę można wystawić tylko na podstawie map potrzeb zdrowotnych, które będą uwzględniać wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, a to powinno być skojarzone z rozwojem działalności leczniczej w danym regionie z uwzględnieniem wieloletniej perspektywy. Ta nadmierna, o ile faktycznie taka jest, liczba szpitali powinna uzupełniać niedobory w dostępie do świadczeń zdrowotnych w innych niezbędnych obszarach – na przykład opiece długoterminowej.

**W lipcu 2021 r. Jarosław Kozera powiedział „Menedżerowi Zdrowia”, że 70 proc. usług można by realizować poza szpitalami. Jak pan to skomentuje?**

– Jeśli dobrze wykorzystamy profilaktykę zdrowotną i wczesną diagnostykę, to ograniczymy koszty przyszłych terapii i oczywiście hospitalizacji. Jeśli ustalimy ścieżki postępowania, opiekę koordynowaną oraz zapewnimy dostęp do nowoczesnych technologii na poziomie AOS, oczywiście unikniemy niepotrzebnych hospitalizacji, a tak zwany sektor prywatny może w tym pomóc.

fot. Maciek Jaźwiecki / Agencja Wyborcza.pl

Rozmawiał Krystian Lurka