

Dziesięć korzyści z kryzysu dla ochrony zdrowia w Polsce

Yes, we can

Jarosław J. Fedorowski



foto: Archiwum

W czasach kryzysu na rynkach finansowych, potęgowanego, a nawet prowokowanego przez media, dobrze jest zachować zdroworozsądkowy optymizm. Kryzys stwarza bowiem wielkie możliwości do przeprowadzenia koniecznych zmian.

Optymistyczne stanowisko prezentuje nowy prezydent USA Barack Obama. W jednym z niedawnych przemówień zadawał retoryczne pytania o następującej wymowie: dlaczego mielibyśmy się bać, jeśli produkujemy coraz lepsze towary, jeśli świadczymy coraz lepsze usługi i jeśli nasze zdrowie się poprawia? Pod hasłami kampanii wyborczej Baracka Obamy *Yes we can* oraz *Change* kryje się, moim zdaniem, recepta na strategię postępowania dla uczestników systemu ochrony zdrowia także w naszym kraju. Sądzi się powszechnie, że ludzie zmieniają postępowanie w obliczu zagrożenia. Wiadomo, że Polacy w chwilach trudnych jednoczyli się, by skutecznie działać na rzecz wyjścia z kryzysu obronną ręką. Śmiem więc zaryzykować tezę, że czas

obecnego kryzysu ekonomicznego, oczywiście, w swoim wymiarze odmienny niż wojna i kataklizmy, jest dobrym momentem na dokonanie gruntownej reformy systemu ochrony zdrowia, aby wreszcie zaczął spełniać oczekiwania społeczeństwa Europejczyków XXI wieku, za jakich większość Polaków się uważa.

W jakich zatem obszarach ochrony zdrowia mamy szanse na osiągnięcie znacznej poprawy właśnie ze względu na wyżej wspomniany kryzys? Pozwolę sobie wymienić 10 takich obszarów problemowych, nie stopniując ich wagi.

1. Palenie papierosów. W tym obszarze mamy wiele do zrobienia, chcąc dorównać do poziomu europejskiego czy też amerykańskiego. Pierwsze wrażenie po wylądowaniu w Polsce po pobycie np. w USA, gdzie nie dość, że pali o wiele mniejsza część społeczeństwa, to jeszcze palący i ich dym są w sposób niemal perfekcyjny izolowani od niepalących, to zapach dymu z papierosów. W większości polskich szpitali ten dym czuje się w tym czy innym miejscu, w najlepszym przypadku tuż przy głównym wejściu, gdzie gromadzą się osoby palące. Kryzys ekonomiczny może być dla wielu dobrym motywatorem do rzucenia palenia, a dla rządzących do wprowadzenia skutecznych uregulowań likwidujących narażenie na dym papierosowy niepalących.
2. Niski komfort pobytu pacjentów w szpitalach. Czas kryzysu to wbrew pozorom niezły czas na inwestycje w szpitalach, gdzie pacjenci często przebywają w wieloosobowych salach bez węzłów sanitarnych. Doświadczenia innych krajów i zdrowy rozsądek podpowiadają, że bezpieczniejszą inwestycją jest budowa nowego szpitala czy nowych sal szpitalnych, które – jeśli są budowane wg faktycznych potrzeb – będą wypełnione pacjentami, a nie jak w przypadku mieszkań, których wiele może stać pustych. Kryzys sprzyja więc przesuwaniu funduszy inwestycyjnych, np. z deweloperki mieszkaniowej do szpitalnej.
3. Jakość obsługi pacjenta. Kryzys i związany z nim wzrost stopy bezrobocia to świetny dodatkowy motywator dla pracowników szpitali i innych placówek ochrony zdrowia do jak najlepszego wykonywania swoich obowiązków. Dla zarządzających

to czas możliwości postawienia na tych pracowników, którzy prezentują wysoki poziom jakości i pożegnania pracowników o niższym poziomie kultury obsługi pacjenta.

4. Szpitale działające jako samodzielne publiczne zakłady ochrony zdrowia. Pomimo oczywistych ułomności ekonomicznych i organizacyjnych szpоз, większość szpitali nadal funkcjonuje w tej formie. W czasach kryzysu należy postawić na efektywniejsze struktury, jakimi są jednostki prowadzone w formie nzo jako spółki kapitałowe samorządowe, czy nawet korzystniej – profesjonalne sieciowe spółki operatorskie.
5. System organizacji pracy kadry medycznej w szpitalu. Trudniejsze czasy wymagają optymalizacji pracy lekarzy i pielęgniarek. Kluczowy jest tzw. *middle management*, w tradycyjnym polskim szpitalu zastąpiony przez ordynatorów. Wprowadzenie nowoczesnego systemu opartego na modelu sektorów klinicznych, konsultantach i uaktywnieniu personelu pielęgniarskiego może być łatwiejsze właśnie w czasie kryzysu, który może zjednoczyć administrację, lekarzy i pielęgniarki we wspólnej sprawie utrzymania konkurencyjności swojej instytucji.
6. Szara strefa w ochronie zdrowia. W czasach poszukiwania oszczędności, liczenia kosztów i ich optymalizacji, likwidacja tzw. opłat nieformalnych może spowodować ujawnienie się dotychczas jedynie szacunkowych funduszy, które będą mogły być w sposób planowy wykorzystywane przez menedżerów ochrony zdrowia.
7. Zadłużenie szpitali. Przygotowywanie planów naprawczych szpitali wydaje się być oczywiste, szczególnie dla placówek, które nadal się zadłużają. Rządowy plan oddłużeniowy, wymagający reorganizacji strukturalnej oraz przygotowania programu naprawczego ma więc jeszcze mocniejsze uzasadnienie. Ponadto otwiera się duże pole do popisu dla firm operatorskich i doradczych, podejmujących się przygotowywania programów naprawczych oraz reorganizacji.
8. System konsultantów krajowych i wojewódzkich. Gdy sytuacja zmusza do poszukiwania oszczędności, dobrze byłoby zreformować wywodzący się z poprzedniego wieku system, powierzając opiniowanie spraw specjalistycznych towarzystwom lekarskim, traktującym takie obowiązki jako jeden z celów statutowych, w przeciwieństwie do osób fizycznych, które pobierają stałe wynagrodzenie za pełnione obowiązki. Kryzys wymaga nowoczesnego podejścia do opiniowania spraw specjalistycznych w ochronie zdrowia, a za takie uważa się podejście zespołowe realizowane przez towarzystwa czy grupy ekspertów.

9. Wygórowane wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Właśnie w czasie kryzysu należy szybko i sprawnie zlikwidować kosztochłonne wymagania kadrowe i sprzętowe stawiane przez

„ Należy zlikwidować kosztochłonne wymagania kadrowe i sprzętowe stawiane raz po raz przez NFZ „

NFZ, np. dotyczące posiadania klasycznego aparatu rentgenowskiego i dostępu do NMR przez kliniki położnicze, posiadania aparatu do znieczulenia ogólnego przez pracownie hemodynamiki, czy określonej minimalnej liczby łóżek przez oddziały szpitalne oraz liczby lekarzy dyżurnych na oddziałach, które w ogóle nie powinny istnieć jako wydzielone oddziały pobytowe (np. okulistyka). Nie przystają one bowiem do czasów oszczędności i racjonalizacji. To właśnie kryzys może być świetną okazją do wywarcia presji na decydentów z NFZ, by zrezygnowali z wielu wygórowanych i nieelastycznych wymagań.

10. Wydawanie leków na recepty lekarskie. Kryzys wydaje się świetną okazją do gruntownej zmiany systemu wydawania leków, który bazując na wydawaniu ich w postaci opakowań fabrycznych oraz używaniu nazw handlowych nie sprzyja optymalnemu gospodarowaniu funduszami przeznaczonymi na leki. Aby zaoszczędzić, należy przejść na system wydawania leków w postaci odliczonej liczby tabletek czy dawek, ściśle wg recepty lekarskiej, a nie pełnych opakowań. Dalsze działania oszczędnościowe to upowszechnienie wypisywania leków w postaci generycznej, a więc operując nazwami międzynarodowymi leków a nie handlowymi.

Do zdecydowanego działania potrzebne są odpowiednie bodźce. Jest nim choćby właśnie kryzys na rynkach finansowych. Życzę czytelnikom *Menedżera Zdrowia* oraz sobie zachowania pozytywnego myślenia w trudniejszych czasach, zauważając jednocześnie, że najgorszy w tym momencie byłby paraliżujący strach przed zmianą.

Autor jest lekarzem i menedżerem, profesorem Katedry Zarządzania Akademii Leona Koźmińskiego, prezesem Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych oraz prezesem Zarządu spółki Szpitale Polskie SA.