

Studium przypadku: Mid Cheshire Hospitals

Wbrew normom unijnym

Jarosław J. Fedorowski



foto: Archivum 3*

Brytyjskie szpitale zrzeszone są w tzw. trusty regionalne. Współdziałają w nich lecznice o różnych specjalnościach i stopniach referencyjności. Na przykładzie Mid Cheshire Hospitals pokażemy, jak wygląda zarządzanie takim trustem.

Brytyjski system ochrony zdrowia jest w naszym kraju dość często uznawany za godny naśladowania. Według najbardziej aktualnych danych publikowanych przez OECD, Brytyjczycy przeznaczają na ochronę zdrowia 8,7 proc. dochodu narodowego lub 3129 USD rocznie na osobę. Z tej kwoty aż 82 proc. stanowią wydatki publiczne, a tzw. *out-of-pocket* zaledwie 11 proc. Ważnym elementem systemu brytyjskiego są praktyki lekarzy ogólnych (GP) świadczące usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a także pełniące funkcję *gatekeeperów* opieki specjalistycznej i szpitalnej. Lekarz GP ma prawo zlecać hospitalizację, a pacjent z takim zleceniem jest przyjmowany bezpośrednio na oddział, z pominięciem SOR czy też odpowiednika polskiej izby przyjęć. Szpitale działają w formie będącej hybrydą odpowiednika polskiego SPZOZ i spółki kapitałowej. Struktura organizacyjna szpitala odpowiada strukturze typowej spółki kapitałowej, z radą nadzorczą i zarządem, jednak właścicielem większości placówek jest państwo. Szpitale zrzeszone są w tzw. trusty regionalne, w ich skład wchodzi najczęściej kilka szpitali o różnym stopniu referencyjności, a także praktycznie cała opieka specjalistyczna, ratownictwo medyczne oraz opieka długoterminowa w danym regionie.

Na południe od Liverpoolu

Trust NHS Mid Cheshire Hospitals (MCH) to organizacja opieki szpitalnej z siedzibą w mieście Crewe,

około 100 km na południe od Liverpoolu i Manchesteru. Miasto liczy 70 tys. mieszkańców, a region bezpośrednio zaopatrywany przez MCH zamieszkuje prawie 300 tys. ludzi. W skład MCH wchodzi szpital główny – Leighton Hospital z siedzibą w Crewe, szpital pomocy doraźnej z zakładem leczenia ambulatoryjnego – Victoria Infirmary z siedzibą w miasteczku Nortwich, oraz ośrodek opieki długoterminowej w miasteczku Winsford. Szpitalem referencyjnym dla MCH jest szpital uniwersytecki w Stoke-on-Trent, położony 50 km na wschód od Crewe.

MCH powstał jako NHS Trust w 1991 r., ma 540 łóżek szpitalnych i zatrudnia 3200 pracowników. Misją placówki jest świadczenie wysokiej jakości efektywnych i bezpiecznych usług typowych dla szpitala regionalnego.

Zarząd

Struktura zarządcza obejmuje radę nadzorczą (*Board of Directors*) złożoną z 7 osób. Obecnie funkcję przewodniczącego pełni bankowiec inwestycyjny, a pozostali członkowie to psycholog, przedsiębiorca, profesor uniwersytetu, analityk finansowy oraz były samorządowiec. W oficjalnej publikacji MCH znajduje się informacja na temat wynagrodzenia (brutto) członków rady. I tak, przewodniczący w roku 2010 otrzymał 45 tys. funtów, a członkowie od 12 do 15 tys. funtów. Wynagrodzenia rady wyniosły w sumie około 120 tys. funtów. Organem wykonawczym jest zarząd szpitala, na którego czele stoi szef wykonawczy – CEO, czyli po polsku prezes zarządu, z pensją roczną brutto wynoszącą 168 tys. funtów, a miesięcznie 14 tys. funtów, czyli około 62 tys. zł. W skład zarządu wchodzi dyrektor finansowy z pensją 110 tys. funtów rocznie, dyrektor medyczny z pensją 182 tys. funtów rocznie (łącznie z pracą jako klinicysta), dyrektor HR z pensją 100 tys. funtów rocznie, dyrektor ds. rozwoju (101 tys. funtów rocznie) oraz dyrektor operacyjny i pielęgniarstwa (122 tys. fun-

tów rocznie). Ogółem pensje władz szpitala wraz z pochodnymi w roku 2010 wyniosły 992 tys. funtów, a po dodaniu pensji asystentów zarządu – 1,2 mln funtów, co stanowiło 0,7 proc. przychodów placówki. Z opisu sylwetki prezesa MCH możemy się dowiedzieć, że jest to osoba z wykształceniem pielęgniarstwowym, która po kilkunastu latach pracy klinicznej pełniła różne funkcje zarządcze, w tym zastępcy dyrektora

tala rocznie w przeliczeniu na 100 tys. populacji objętej opieką: 54,7 mln (ok. 256 mln zł), budżet szpitala rocznie, w przeliczeniu na łóżko: 300 tys. (1,38 mln zł), średni koszt godziny parkingu przy szpitalu: 1 (4,5 zł), średni koszt lunchu w restauracji szpitalnej: 4 (18 zł).

Kadra lekarska

Kadrę lekarską stanowią lekarze szkoleni się (*house staff*), lekarze szpi-

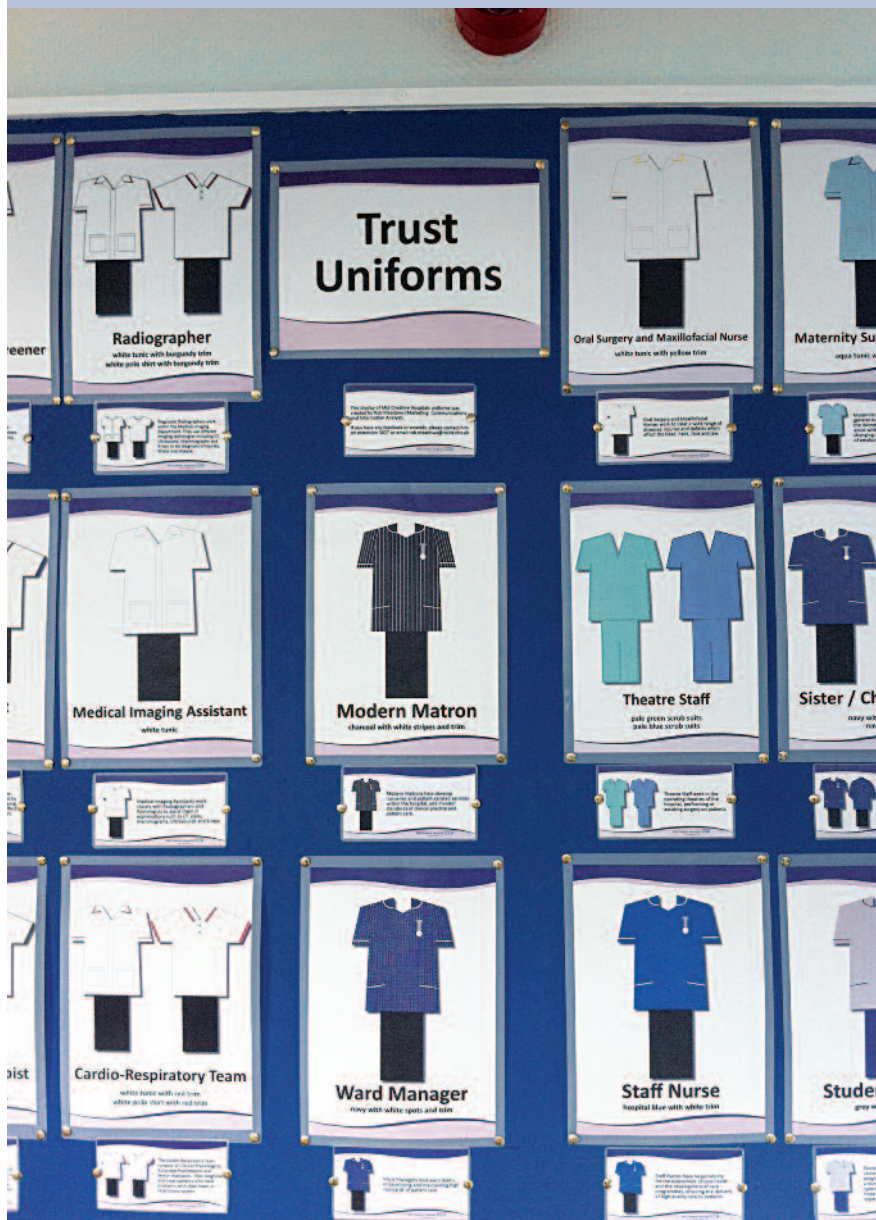
„ Pensje władz szpitala wraz z pochodnymi w 2010 r. wyniosły 992 tys. funtów, a po dodaniu pensji asystentów zarządu – 1,2 mln funtów, co stanowiło 0,7 proc. przychodów placówki ”

w zespole reformującym narodowy fundusz zdrowia (NHS) w roku 2002. Miałem niedawno okazję osobiście spotkać prezesa oraz dokładnie poznać szpital.

Sprawozdanie finansowe szpitala jest corocznie publikowane w liczącej 206 stron monografii zatytułowanej „Sprawozdanie roczne oraz rachunkowe” (*Annual Report and Accounts*), zgodnie z wymaganiami ustawy o NHS z 2006 r. Z tego obszernego dokumentu możemy poznać wyniki finansowe. Oto wybrane pozycje (wartości podaję w funtach brytyjskich): przychody całkowite: 164 mln, przychody z działalności SOR: 5,8 mln, przychody z opieki ambulatoryjnej: 61 mln, koszty całkowite: 158 mln, średni koszt pracownika: 36 700 rocznie, koszty leków: 8 mln, koszty wody: 388 tys. (zużycie 118 tys. m³), koszty elektryczności: 594 tys. (zużycie 25,4 tys. GJ), koszty gazu: 553 tys. (89 tys. GJ), koszty usuwania nieczystości: 278 tys. (1635 ton), amortyzacja: 17,6 mln, wartość księgowa nieruchomości: 98,6 mln, całkowita wartość należności (kredyty, leasing): 5 mln, zysk netto: 6 mln, budżet szpi-

talni (*staff grade*) oraz lekarze konsultanci (*consultant grade*). Każdy brytyjski szpital NHS ma tzw. miejsca stażowe i specjalizacyjne. Pierwsze dwa lata po ukończeniu studiów to tzw. *foundation years* F1-2 – odpowiednik naszego stażu, jednak znacznie bardziej zorganizowany. Następne są lata szkolenia specjalizacyjnego, lekarze zwani są wtedy *registrars lub specialist registrars*, czyli u nas rezydenci. W każdym szpitalu pracują lekarze, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne, jednak z różnych powodów nie uzyskali statusu konsultanta. Są to np. lekarze spoza UE, którzy nie zdołali w pełni nostryfikować dyplomu specjalisty, czy też lekarze, którzy jeszcze nie zdali egzaminów specjalizacyjnych, a ukończyli szkolenie. Są oni nazywani *staff grade*. System NHS zobowiązuje szpitale do zatrudniania określonej liczby specjalistów, stanowiących najwyższy poziom lekarski systemu konsultanckiego funkcjonującego od lat na wyspach. Średnie godzinowe wynagrodzenie lekarzy F1-2 to 20–30 funtów, *registrars* 30–40 funtów, *staff grade* 40–50 funtów, a konsultantów 70–80

„ Kadre lekarską stanowią lekarze szkolący się (*house staff*), lekarze szpitalni (*staff grade*) oraz lekarze konsultanci (*consultant grade*). Każdy szpital NHS ma tzw. miejsca stażowe specjalizacyjne ”



„ Powszechne jest wykorzystanie techników medycznych do bieżącej obsługi sprzętu medycznego. To technik wykonuje, a nawet interpretuje USG serca ”

funtów. Tylko konsultanci mają prawo do prywatnej praktyki.

Kadra pielęgniarska

W szpitalu brytyjskim kadra pielęgniarska odgrywa kluczową rolę. Jest bardzo rozbudowana: są pielęgniarki będące menedżerami obszarów opieki nad pacjentem (*nurse manager, matron*), pielęgniarki specjalistyczne (praktycznie od każdej ważniejszej choroby), pielęgniarki kliniczne (*sister, nurse*), pielęgniarki w trakcie szkolenia oraz asystentki pielęgniarek. Każda grupa pielęgniarek ma inny wzór uniformu.

Personel pomocniczy

Szpital, który zatrudnia ponad 3200 pracowników, nie zna pojęcia *outsourcingu*. Można spotkać odpowiednio ubrane i zidentyfikowane osoby z wielu działów pomocniczych. Powszechne jest wykorzystanie techników medycznych do bieżącej obsługi sprzętu medycznego. To technik wykonuje, a nawet interpretuje USG serca (ECHO). Na takie rozwiązanie nie zdecydowali się nawet korzystający z bardzo szerokiego wsparcia personelu pomocniczego Amerykanie.

Budynki i wyposażenie

Szpital główny funkcjonuje w budynkach o typie pawilonowym, jednakże połączonych długimi korytarzami. Oszlone ciągi komunikacyjne chronią przed warunkami atmosferycznymi, ale są drogie w utrzymaniu. Poszczególne obszary opieki nad pacjentem, w znacznej części multidyscyplinarne, składają się z centralnej stacji pielęgniarskiej, 6-lóżkowych sal chorych bez węzła sanitarnego oraz izolatek jednoosobowych. W mojej ocenie, placówka nie spełnia wymagań sanitarnych ani fachowych, według polskich standardów, z wielu względów. Co ciekawe jednak, codzienna higiena wygląda na bardzo sprawną, na każdym kroku znajdują się podajniki z pianką do czyszczenia rąk bez konieczności używania wody, personel nie nosi długich rękawów, a lekarze

fartuchów i chodaków, nie mówiąc już o krawatach. Szpital odnotowuje stale zmniejszanie liczby zakażeń szpitalnych, które są ściśle monitorowane i raportowane. W roku 2009 ponad 85 proc. ankietowanych pacjentów wyraziło zadowolenie z czystości pomieszczeń szpitala.

Wskaźniki jakości i utylizacji

Szpital ustalił kilka priorytetów związanych z jakością opieki. Do wybranych priorytetów w roku 2010 należały: zmniejszenie śmiertelności szpitalnej, poprawa opieki w ostrym zawale serca, w niewydolności serca, w zapaleniu płuc, w udarze mózgu, poprawa jakości opieki przy wszczepianiu protez kolana i uda oraz poprawa ogólnej satysfakcji pacjentów. W 2010 r. ponad 82 proc. hospitalizowanych osób było zadowolonych z opieki szpitalnej. Wskaźnik ponownych przyjęć z taką samą diagnozą wyniósł 4 proc. Pomimo kolejek, typowych dla centralnie sterowanych systemów ochrony zdrowia, wskaźnik satysfakcji pacjenta związany z dostępnością oraz oczekiwaniem na opiekę wyniósł 72 proc. Z wybranych wskaźników jedynie śmiertelność 30-dniowa w zawale mięśnia sercowego za rok 2010 odbiegała znacznie od światowych standardów i wynosiła aż 9 proc. Szpital nie ma do tej pory pracowni kardiologii interwencyjnej, pomimo europejskich wytycznych rekomendujących jedną pracownię na 300 tys. mieszkańców. Ale cóż, Wielka Brytania ma swoje podejście do rekomendacji europejskich.

Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek wyniósł 87 proc., dla łóżek chirurgicznych 88 proc., a dla zachowawczych 92 proc. Odebrano 2991 porodów, wykonano 61 tys. zabiegów planowych, udzielono 75 tys. porad na SOR i w centrum pomocy doraźnej, przeprowadzono 31 tys. hospitalizacji w trybie ostrym.

Poniżej polskiej normy

Dość duży regionalny szpital w Anglii otrzymuje za świadczenia 5–7 razy więcej pieniędzy niż po-

równywalny polski. Należy tutaj podkreślić model ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii, gdzie około 70 proc. lekarzy to lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. W szpitalu nie ma tzw. syndromu izby przyjęć, związanego z niewydolnością opieki podstawowej, a spotykanego w innych krajach, jak Polska czy Sta-

rządowych. Tylko niektóre wskaźniki jakości znacznie odbiegają od standardów światowych. Wynagrodzenie kadry zarządzającej oraz personelu fachowego jest powyżej średniej europejskiej, nawet jeśli dokonamy porównania z kosztami życia. Wskaźniki satysfakcji pacjentów są bardzo wysokie. Szpital



„ Szpital nie spełnia wielu polskich aktualnych i przyszłych wymagań, a gdyby chciał zrealizować program dostosowawczy zgodnie z polskimi przepisami, to musiałby ponieść bardzo wysokie koszty, a raczej wybudować się na nowo ”

ny Zjednoczone. Szpital Mid Cheshire oferuje kompleksową opiekę stacjonarną oraz specjalistyczną ambulatoryjną na poziomie pierwszego i drugiego stopnia referencyjności. Wyniki finansowe można uznać za dobre, a marża zysku jest podobna jak w publicznych szpitalach niemieckich czy amerykańskich samo-

nie spełnia wielu polskich wymagań – aktualnych i przyszłych, a gdyby chciał zrealizować program dostosowawczy zgodnie z polskimi przepisami, to musiałby ponieść bardzo wysokie koszty, a raczej zbudować się na nowo.

Autor jest profesorem Akademii Leona Koźmińskiego