
MEDICAL MAESTRO

M A G A Z I N E

ZARZĄDZANIE MARKETING MEDYCINA PRAWO PSYCHOLOGIA PASJE

11

Vol. 11/2015
s./p. (1481-1628)

DWUMIESIĘCZNIK
BIMONTHLY

Cena: 26,00 zł

(w tym 8% VAT)

ISSN 2353-3560

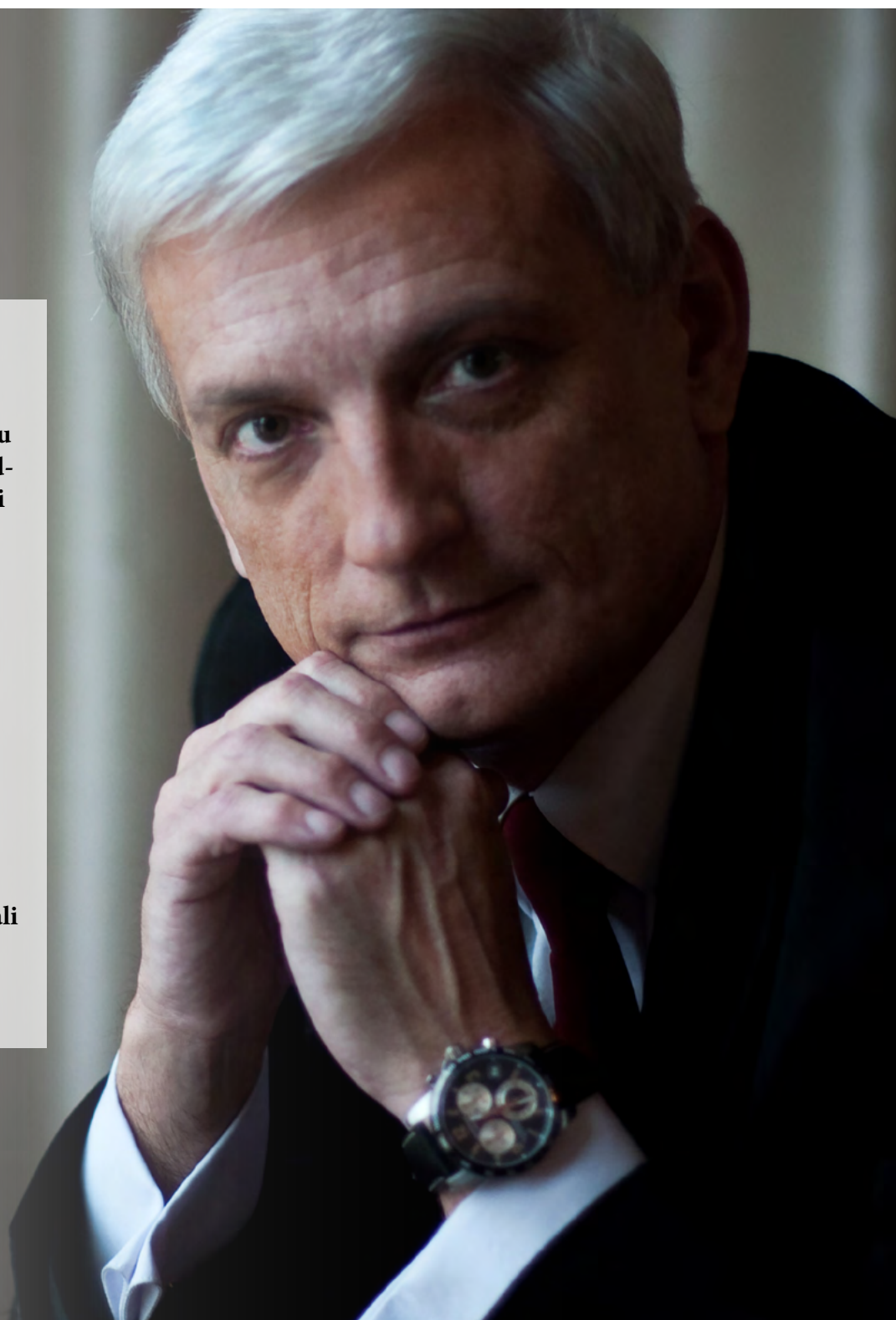


SIŁA GŁOSU PRYWATNYCH SZPITALI

Zarządzający w medycynie:

Andrzej Sokołowski

Andrzej Sokołowski – Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych. Prezes zarządu Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej w Gdyni Orłowie. W 2008 r. uhonorowany tytułem Menedżer Roku w Ochronie Zdrowia. Wiceprzewodniczący Gdańskiej Izby Lekarskiej w III kadencji samorządu. W wywiadzie z Magdaleną Szumską mówi o rozwoju sektora prywatnych usług medycznych, trudnościach systemowych, wymagających pacjentach, rozwoju telemedycyny, a także chwali poprzedni system kształcenia pielęgniarek i gani współczesną politykę.



POLSKI PRYWATNY SEKTOR OCHRONY ZDROWIA

Magdalena Szumska: Z jakimi problemami boryka się prywatny sektor ochrony zdrowia?

Andrzej Sokołowski: O prywatnym systemie ochrony zdrowia w Polsce niewiele wiadomo. Trudno się o nim rozmawia nawet z posłami komisji zdrowia, którzy o nim decydują, a wiele o nim nie wiedzą. Przyznam się, że i my jako Stowarzyszenie, i ja jako prezes tego Stowarzyszenia, też ciągle wiemy jeszcze mało. Żeby wypełnić tę lukę, prowadzimy badania. W tej chwili uruchomiliśmy na naszym serwerze bardzo pilnie chronioną platformę ankietową, dzięki której możemy zapytać naszych członków o dość wrażliwe dane, których w inny sposób nie chcieli zdradzić. Dzięki platformie podmiot, który udziela informacji nie jest identyfikowalny. Dane zbierane są co tydzień i można je ze sobą porównywać. Nasza platforma to tak naprawdę pierwsze i jedyne miejsce, gdzie będzie można uzyskać pełne, prawdziwe dane o sektorze prywatnym. Dzisiaj nikt tych danych nie ma, Ministerstwo takich ankiet nie prowadzi, a NFZ może podać tylko te ośrodki, z którymi współpracuje w ramach kontraktu. A przecież jest jeszcze część ośrodków, które pracują na wolnym rynku.

Jak planują Państwo wykorzystać te dane?

Będziemy je porównywali i zestawiali z danymi na temat sektora publicznego. Od pewnego czasu grupa, która zajmuje się tym projektem, zbiera dane o sektorze publicznym i na tym właśnie tle będziemy prezentować nasze wyniki badań sektora prywatnego. Jeśli uda nam się badania co jakiś czas powtarzać, na przykład co pół roku, to będziemy w stanie wykreślić trendy, co jest bardzo istotne sektorowo. Dzisiaj właściwie nikt nie ma takiej możliwości. Będziemy mogli się wówczas dowiedzieć, z dużym prawdopodobieństwem, że np. wprowadzenie jakiegoś rozwiązania ustawowego wpłynęło korzystnie lub niekorzystnie na sektor zdrowia.

Brak takich danych to duże utrudnienie w realnym zarządzaniu podmiotem rynku zdrowia?

Dzisiaj tak naprawdę można mówić, co się chce, bez żadnych konsekwencji. Natomiast jeżeli zaczniemy mieć twarde dane i porównywać je do siebie, na co liczę już po trzeciej ankiecie, zaczniemy kreślić trend i to już będzie miało istotne znaczenie.

Jest też wiele innych problemów prywatnych podmiotów.

Tak, kolejny problem sektora prywatnego dotyczy uzyskiwania finansowania, w bankach, w grupach inwestycyjnych. Nikt nie potrafił powiedzieć, a szczególnie analitycy bankowi, jak można potencjalnego klienta opisać, a więc ocenić. Najczęściej w każdym banku analityk jak słyszy „szpital” to się wzdyga i mówi „lepiej nie”. Bo to jest problem, jak ocenić kondycję finansową takiego potencjalnego klienta! My natomiast, zbierając te dane, będziemy w stanie utworzyć *benchmark* finansowy, czyli sprawdzić, jak są pieniądze wydawane, z jakich źródeł one pochodzą, jaka jest rzeczywista rentowność w poszczególnych sektorach, a potem w poszczególnych częściach tego sektora. W ten sposób utworzymy coś, co będzie jak gdyby „podkładką” do wniosków o kredyty bankowe dla szpitali prywatnych.

Kiedy rozpocznie się ankietowanie podmiotów prywatnych?

To już ruszyło, ankietowanie już trwa. A kiedy uda nam się zebrać odpowiednio dużą ilość informacji, to trudno powiedzieć. Ankiety odbywają się cyklicznie, co tydzień. Mam nadzieję, że po parunastu tygodniach uzyskamy 100% odpowiedzi. Z tygodnia na tydzień wzrasta liczba ośrodków biorących udział w naszym badaniu.

Jak dużo członków odpowiada na Państwa pytania?

Na razie mniej więcej 50%, ale liczę, że będzie ich więcej po zakończeniu okresu letniego. Tym bardziej, że pytania są ciekawe i ośrodki będą chciały zobaczyć, jak ich odpowiedzi wypadają na tle pozostałych, bo takie informacje będą dostawały. Będziemy też cały czas przypominać o ankiecie, pisać o niej w każdym naszym biuletynie.

Czy podobne badania przeprowadzane są w innych krajach, poza Polską?

Takie informacje zbierają i publikują na przykład Francuzi i Włosi. Jeżdżąc po Europie przywiozłem kilka wydawnictw publikujących takie dane. Tylko w Polsce do tej pory nie było takiego zwyczaju, a ja zamierzam w najbliższym czasie zacząć powoli tworzyć coś takiego. Byłaby to dobra informacja dla inwestorów zagranicznych, którzy chcą w Polsce zainwestować, a wahają się czy to dobry pomysł, czy rentowność jest odpowiednia... Mając te informacje wiedzieliby, że rentowność sektora szpitali prywatnych na Węgrzech, w Austrii czy we Francji jest taka, a w Polsce jest taka i na tej podstawie podejmowałiby decyzje na którym rynku się poruszać i gdzie wchodzić. Dzisiaj to jest rzecz zupełnie nieznana, a szkoda.



OGÓLNOPOLSKIE STOWARZYSZENIE
SZPITALI PRYWATNYCH

Czym różni się polski system ochrony zdrowia od europejskich?

W przeciwieństwie do większości państw europejskich u nas blokuje się konkurencję. Sektor prywatny tylko w ustach polityków jest równoprawny w stosunku do sektora publicznego. W rzeczywistości jest zupełnie odwrotnie. To co nas ostatnio bardzo boli, to aneksowanie umów kontraktowych – nikt nie może wejść do systemu! Przykładowo: są szpitale, które powstały, ponieważ zawarto umowę społeczną, kontraktując usługi zdrowotne na rok, a po roku miało być następne kontraktowanie. Ktoś, kto zawierzy administracji i postępuje zgodnie z europejskimi zasadami, przygotowuje swoją inwestycję, żeby za rok wystąpić o nowy kontrakt. Jednak z powodu niegotowości urzędników traci pieniądze, bo kontraktowanie ciągle się przesuwają, a aneksuje się umowy dotychczasowe. Nie ma to nic wspólnego z europejskością, z demokracją, z normalnym rynkiem, bo nasz rynek jest „dziki”. My jako Stowarzyszenie próbujemy to zmienić – publikując dokładniejsze dane o kontaktach na styku NFZ – szpital prywatny. Nasze dotychczasowe ankiety pokazują też nowy mechanizm: w procesie anektowania dokonuje się niewielkich korekt, które spowodowały zmniejszenie kwoty pieniędzy przeznaczonych dla prywatnych szpitali o 8-10%.

Jak wyznacza Pan kierunek rozwoju Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych?

Patrząc na sytuację Polski na tle Europy. Kiedy zaczynałem działalność, kiedy zebrałem pierwsze kilkanaście szpitali, tworząc Stowarzyszenie, odwiedzałem różne kraje, porównując jak tam działa system ochrony zdrowia. Na przykład w Szwecji o prywatnych szpitalach w ogóle się wtedy nie mówiło. Podczas wizyty w tym kraju oglądałem szpital w Kalmarze – pusty, potężny obiekt. Takich obiektów było w Szwecji wiele, a państwa nie było stać na ich utrzymanie. Dziś część z tych budynków została przerobiona na prywatne szpitale. Świat się zmienił na moich prezesowskich oczach (śmiech). Zaczęła się prywatyzacja w Niemczech, bo był taki okres, że Niemcy razem ze Szwecją były krajem socjalnym, z klinikami publicznymi. I nagle okazało się, że w 2006 r. dwie kliniki uniwersyteckie zosta-

ły sprzedane... Od tej pory zaczął się ruch w kierunku sektora prywatnego.

Obserwuje Pan system opieki zdrowotnej w obszarze prywatnym właśnie od tego momentu?

Obserwuję ten ruch od co najmniej 15-20 lat. I widzę, jak na moich oczach we wszystkich krajach europejskich ochrona zdrowia przesuwają się w kierunku sektora prywatnego. Oczywiście poza Grecją, gdzie sektor jest słaby, ale tam polityka państwowa była podobna do polskiej – „pchać” w sektor publiczny, we własne administracje, publiczne zakłady, publiczne fabryki, publiczne szpitale... No ale Grecy przekonali się na własnej skórze, jakie są tego konsekwencje.

Nam w Polsce też to grozi?

Może nie, dlatego że – w przeciwieństwie do Grecji – płacimy podatki i mamy z czego je płacić. Grecy w sektor publiczny wpompowali pieniądze unijne i potem nie mieli ich z czego zwrócić, bo nie płacili podatków. Na żadnej greckiej wyspie nie dostanie Pani kwitka kasowego, paragonu, tylko ewentualnie zapiski na śniadaniowej serwetce i to na życzenie. W Polsce wszyscy płacimy podatki regularnie, więc może tak źle nie będzie.

ROLA I IMPAKT OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA SZPITALI PRYWATNYCH

Czym się Pan zajmuje jako prezes Stowarzyszenia?

Często rozmawiam w imieniu Stowarzyszenia z posłami, dziennikarzami, politykami. Z politykami rozmawia się trudno, sprawiają wrażenie, że to, co się do nich mówi jest w obcym języku, jest niezrozumiałe. Zawsze mają jakieś wytłumaczenie, że czegoś nie można zrobić.

Spytam zatem o cel istnienia Stowarzyszenia.

Całe Stowarzyszenie zajmuje się wieloma rzeczami. Zbieramy dane o systemie, żeby stworzyć możliwość zdobywania pieniędzy. Budujemy siłę ekonomiczną. Dzięki naszym informacjom członkowie będą mogli pokazać w banku czy w funduszu inwestycyjnym, jak wygląda ich rentowność na tle sektora prywatnego i publicznego; dostarczymy im większość dokumentacji. To jest jedna rzecz. A druga to grupa zakupowa, która pozwoli obniżyć koszty działania szpitali prywatnych. Po trzecie poszukujemy inwestorów za granicą. Dalej, oferujemy naszym członkom platformę wymiany informacji. Na naszych zjazdach, na kongresach moż-

liwość rozmów w kuluarach jest, jak obserwuję, często cenniejsza niż wykłady, które prowadzimy.

Takie rozmowy to wymiana wiedzy, której – według Pana – nadal jest zbyt mało w wersji otwartej?

Koledzy wymieniają się informacjami odnośnie do funkcjonowania swoich ośrodków, metod postępowania z miejscową administracją, z NFZ - tem. Opowiadają komu się coś udało, na co wpadli prawnicy z jednego szpitala, a z innego nie. Wreszcie wszyscy próbujemy zrobić coś, czego państwo nie zrobiło, a mianowicie wprowadzamy do naszych szpitali wspólny system informatyczny. Wybraliśmy firmę, która wydawała się nam, przynajmniej zarządowi, spełniającą wymogi, jakie stawialiśmy dla systemu informatycznego dla sektora prywatnego. Chciałbym, żeby nasz system działał lepiej niż eWUŚ, do którego połowa przychodni nie ma jeszcze ciągle dostępu. A powinna być możliwość ściągnięcia do danego szpitala, danej przychodni, pełnych informacji o pacjentach!

Czy nie spowoduje to ryzyka przechwycenia danych pacjenta przez hakerów?

Nie. Podobny system działa sprawnie w Niemczech. Niemiecki pacjent może pochodzić z Monachium, a leczyć się w Hamburgu. W centrum kraju jest specjalna firma, która zajmuje się kluczowaniem systemu. Dane medyczne, idąc drogą internetową, są dzielone na fragmenty, którym przyznane są różne klucze. Co parę sekund te klucze się zmieniają, w związku z tym żaden haker tego się wyłapie. Można przesłać w ten sposób wrażliwe dane do jednostki w drugim końcu Niemiec! I to funkcjonuje. Taki system powinno zbudować państwo, ale połowa polskich posłów nie słyszała o czymś takim nigdy w życiu. W związku z tym nie wiedzą nawet, co trzeba by stworzyć. Natomiast my znaleźliśmy firmę, która buduje fajny, niedrogi program, łatwy do zmiany. Kupują go kolejne nasze szpitale, zaczynamy tworzyć komplementarny system informatyczny.

Możemy powiedzieć co to za firma?

Gabos Software, prowadzona przez pana prezesa Walczaka, wspierająca nasze Stowarzyszenie. Program ma również możliwość przekazywania zbiorczych danych finansowych. Jak dobrze pójdzie, jeżeli nam się to powiedzie, to centrala zarządu Stowarzyszenia będzie dysponowała online danymi ekonomicznymi z całego sektora. Powoli budujemy metodycznie coś w rodzaju odpowiednika Ministerstwa Zdrowia w sektorze prywatnym.

Zbieramy dane, staramy się wpływać na działalność naszych szpitali, wspólnie robimy zakupy, zbieramy informacje odnośnie do ekonomii, razem edukować.

Jakimi jeszcze problemami zajmuje się Stowarzyszenie?

Następna rzecz, która jest naszym celem w Stowarzyszeniu, to nastawienie na jakość. Polska i szpitale polskie mają tylko wewnętrzny system standaryzacji jakości. Jest to Centrum Monitorowania Jakości, które nadaje certyfikaty jakości szpitala, ale są one dotowane z budżetu państwa lub z funduszy unijnych. Pieniądzy przeznaczonych na to jest za mało, dlatego niektóre jednostki przez długi czas nie mogą się certyfikować.

To niedorzeczne.

Było to jednym z powodów założenia naszej organizacji, broniącej interesu sektora prywatnego. Wie Pani, kiedy przeszedłem do sektora prywatnego, stałem się członkiem zarządu niedużego szpitala, to nie mogłem spać z przerażenia, ponieważ w tamtym czasie każdy urzędnik mógł ten szpital zamknąć i nie było gdzie się odwołać! Nikt nie był w stanie stanąć za prywatnym szpitalem.

Proszę o konkretny przykład takiej sytuacji.

Tak stało się ze szpitalem w Policach w zachodniopomorskim, mającym kontrakt z NFZ-etem. Po uruchomieniu okazało się, że budynek jest za mały, by obsłużyć tłum chętnych. Właściciel zaciągnął kredyty i po drugiej stronie ulicy wybudowano większy budynek, z porządnym blokiem operacyjnym. Odebrał go Sanepid, Urząd Marszałkowski, zgłoszono do NFZ-etu, że kontrakt będzie wypełniony po drugiej stronie ulicy. NFZ skorzystał z okazji i powiedział: „nie, proszę pana, to jest inny adres, a w związku z tym nowy kontrakt, a my nie rozpisaliśmy kontraktu, więc traci pan całość”. Szpital upadł, a ten człowiek do dzisiaj usiłuje wyjść z długów. Myśmy się ujęli, to wprawdzie było przed powstaniem Stowarzyszenia, ale zaczęliśmy tę sprawę ciągnąć i okazało się, że po 3 latach ówczesny prezes NFZ-etu Jerzy Miller powołał komisję, która zresztą długo obradowała. W końcu dostaliśmy pismo, w którym prezes przeprasza za naszym pośrednictwem właściciela szpitala, że decyzję administracyjną wydano z naruszeniem prawa i dyrektor został ukarany naganą.

Absurd. Cudowna lekkość w obliczu czyjejś tragedii.

Jeśli mówimy o działaniu biznesu, uczciwości w biznesie, odpowiedzialności w administracji i tak dalej, to Polska jest ciągle dzikim krajem.

Mamy jednak nadzieję na zmianę. Duża grupa przedsiębiorców zaczęła funkcjonować za granicą – w Holandii, Anglii, skąd czerpią europejskie zasady biznesu i odpowiedzialności administracyjnej, które może wreszcie zacząć u nas obowiązywać. Na razie jesteśmy krajem Unii Europejskiej, natomiast mentalnie ciągle jeszcze pasujemy do wspólnoty państw niepodległych z dawnej grupy moskiewskiej. Dzisiaj urzędnik za nic nie jest odpowiedzialny, to jest nadal najbezpieczniejsza funkcja. Choć jest ustawa o odpowiedzialności urzędniczej, jeszcze nikt nie słyszał o procesie, w którym skazano by urzędnika za błędną gospodarczo decyzję. A prezesi w firmach odpowiadają nawet za zaniechanie.

Czy Stowarzyszenie, które Pan założył, stawia sobie za cel również budowanie sieci połączeń, transfer wiedzy między dyrektorami jednostek publicznych?

Każdy z członków zarządu prowadzi własny biznes, każdy musi go doglądać, w związku z tym praktycznie opisane wcześniej działania wyczerpują to wszystko, na co znajdujemy czas. Ciągłe jesteśmy zapaleńcami, a nie pracownikami etatowymi. Założyliśmy Stowarzyszenie, bo mieliśmy wrażenie, że jesteśmy pyłem w systemie, każdy może nas zamknąć, bo jesteśmy źle widziani; bez przerwy są na nas ataki ze strony sektora publicznego. Po parunastu latach mamy dwie poważne kancelarie prawne, z którymi mamy stałe umowy, żeby w trudnych sytuacjach móc korzystać z ich dużej wiedzy akademickiej i praktycznej w ochronie interesów prywatnych medycznych inwestorów.

Liczą się Państwo na arenie naszego kraju?

Dzisiaj jest mniejsze zagrożenie, nie wyobrażam sobie sytuacji, w której prezes NFZ-etu nie jest w stanie przyjąć prezesa Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych we w miarę krótkim terminie. Nie ma takiej sytuacji. Jeśli potrzebujemy się spotkać, to termin mamy szybko.

Czy może zwiastować to przełom, a więc większy stopień prywatyzacji sektora ochrony zdrowia?

Ostatnio Trybunał Konstytucyjny w pewnej sprawie wydał wyrok mówiący, że bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa nie jest konstytucyjnym obowiązkiem państwa. Czyli powoływanie się na to, że musimy utrzymywać szpitale publiczne, nie istnieje. Tym bardziej, że życie dowodzi, że skoro upadło PSS SPOŁEM i nie zabrakło nam chleba, skoro upadły przedsiębiorstwa transportowe, a tramwaje i autobusy dalej jeżdżą, to prywatyzacja

szpitali nie jest zagrożeniem. Problemem jest tylko legislacja. Państwo nie ma być właścicielem, ma być regulatorem, czyli ustalać warunki współpracy podmiotów. My to ciągle próbujemy przekazać politykom, ale idzie to z dużą trudnością.

Jak długo będzie Pan prowadził Stowarzyszenie w zaproponowanym przez siebie kierunku?

Zostałem prezesem Stowarzyszenia po jego utworzeniu, a teraz powołano mnie na kolejną 5-letnią kadencję, czyli tak naprawdę do emerytury. Koleżdy wybrali mnie prawie że jednogłośnie, w związku z tym wiem, że proponowany przeze mnie kierunek im odpowiada i rozumieją to, co robimy.

PAŃSTWO DLA SŁUŻBY ZDROWIA

Czy Pan rozumie dlaczego państwo chce pozostać właścicielem ośrodków zdrowia?

Poniekąd tak. Żeby móc zacierać ślady swoich błędów. Wie Pani, teraz w Gdańsku połączono dwie jednostki zajmujące się onkologią – stworzono Wojewódzkie Centrum Onkologii. I okazało się, że brakuje w nim lekarzy! Nikt z administratorów nie pomyślał o tym, że w obu miejscach przed połączeniem pracowali ci sami ludzie, tylko w innych godzinach. Jak pracuje tu dwudziestu lekarzy i tam dwudziestu, to nie znaczy, że będziemy teraz mieć czterdziestu! Kolejki się wydłużyły. Z czego to wynika? Z tego, że administracja samorządowa lub administracja publiczna nie ma zielonego pojęcia czym dysponuje.

Nie ma pojęcia, bo tak naprawdę nikt z urzędników nie brał udziału w pracach administracyjnych ani tym bardziej strategicznych szpitala.

Tak samo jak minister zdrowia, który nigdy nie prowadził żadnego własnego biznesu, medycznego ani jakiegokolwiek innego, żeby wiedział, jak to wszystko funkcjonuje.

Wspominał też Pan o ubezpieczeniach. Z tym także boryka się prywatna opieka zdrowotna?

To kolejny problem, z którym musi walczyć cały sektor prywatny. Ostatnio odbyła się rozmowa z jednym z dużych potentatów medycznych, członkiem naszego Stowarzyszenia, który policzył, ile jego szpitale w ciągu ostatniego czasu wypłaciły odszkodowań. Rocznie jest to około 100 tysięcy złotych, natomiast PZU chce od niego ubezpieczenia z tego tytułu na 4 miliony. PZU i władze publiczne nie mają dzisiaj w tej sprawie rozeznania. Przez to pojawia się problem zaufania społecznego do administracji, które zostało zachwiane niemądrymi, nieprzemyślanymi decyzjami. Gdy ustawowa

konieczność wysokiego ubezpieczenia została zawieszona, właściciele szpitali, którzy postąpili zgodnie z decyzją administracyjną, chcieli rozwiązania umowy i zwrotu pieniędzy. Okazało się, że państwo umyło od tego ręce. Umowa była umową cywilno-prawną między szpitalem a PZU, w związku z tym urzędnicy czuli się zwolnieni z konieczności rozwiązania tego problemu. Ci, którzy wierzyli administracji i przestrzegali litery prawa, ucierpieli. Nikt ich z tego tytułu nie przeprosił, nikt im nie współczuł, wręcz się z nich śmiano. Żeby uniknąć tego na przyszłość, wiedząc, jakie mamy niewielkie odszkodowania w sektorze prywatnym, przygotowujemy Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych. Sektora prywatnego nie stać na pomyłki typu zoperowanie pacjentowi nie tej ręki czy żeby pacjentka nie wybudziła się po operacji plastycznej, jak pokazuje przykład pacjentki-Szwedki w Gdańsku. Szpital prywatny przestałby istnieć, bo nikt by do niego nie przyszedł. W sektorze publicznym zmieni się ewentualnie prezesa, a szpital będzie funkcjonował dalej.

Jak Pan prognozuje, czy prywatnych ośrodków zdrowia będzie w Polsce coraz więcej?

Myszę, że tak. Wnioskuje po ilości członków, która nam rośnie cały czas, z roku na rok. Obecnie otwiera się wiele specjalistycznych szpitali prywatnych. Na razie jak się popatrzy na mapę rozkładu inicjatyw prywatnych w ochronie zdrowia, to im dalej na południe Polski tym lepiej, im dalej na północ tym gorzej. Jeżeli chcemy podążać za Europą, to jedyne, co państwo może zrobić, to przeznaczyć środki na świadczenie usług medycznych. Dawać kontrakty, ale nie remontować starych bud. Jakbym Pani pokazał, jak wyglądają niektóre szpitale w Trójmieście, to jest rozpacz!

Widziałam. Nie tylko w Trójmieście.

Trzeba włożyć w remonty potężne pieniądze. Prościej byłoby, gdyby ubezpieczyciel, któremu powierzam swoje pieniądze, inwestował tylko w najlepsze jednostki, najlepszych lekarzy, najlepsze usługi. Wie Pani, dawno już mówiliśmy – wprowadzić system francuski i będzie spokój. We Francji nie ma czegoś takiego jak budżetowanie. Jest konkurencja między sektorem prywatnym i publicznym, a francuskie szpitale publiczne są doskonałe i skutecznie walczą z sektorem prywatnym. I na odwrót. Warto postawić obok starego szpitala publicznego szpital prywatny i powiedzieć: „proszę bardzo, masz u nas ładną salę, dobrych specjalistów, dobrą stołówkę i masz u nas krótki termin”.

Reklama

DORADZTWO SZYTE NA MIARĘ MEDYCYNY

- audyty
- wykłady i szkolenia
- coachingi
- wizerunek
- zarządzanie finansami
- marketing medyczny
- doradztwo dla zarządzających
- reorganizacja pracy
- lojalność klientów
- usługi luksusowe

www.szumska.pl

W Polsce mamy ustawę o partnerstwie publiczno-prywatnym i jednostki mogą z niej korzystać.

Ci sami politycy, którzy wprowadzili tę ustawę, nie dopuszczają do korzystania z niej. Wszędzie, gdzie pojawia się partnerstwo publiczno-prywatne, natychmiast pojawiają się skojarzenia o korupcję, pojawia się ABW, więc żaden prywatny szpital nie chce brać w tym udziału. Partie polityczne zajmują się głównie oskarżaniem się wzajemnie, a nie budowaniem przyszłości. Byłem kiedyś zaproszony do rady nadzorczej spółki powstałej na bazie szpitala powiatowego. Budynek stary, zbudowany w innym celu, przebudowywany. Zapoznaliśmy się z całą dokumentacją, z kosztorysem całorocznego funkcjonowania tego szpitala. Wszyscy zaproponowaliśmy, że nie widzimy innego wyjścia, trzeba go sprzedać na luksusowy hotel lub na cokolwiek innego. Budynek jest zabytkowy, w świetnym miejscu – w samym centrum miasta. A przy drodze, przy obwodnicy tego miasta powiatowego, trzeba postawić łatwo dostępny nowoczesny szpital. Nie było na to pieniędzy, więc zaproponowaliśmy stworzenie partnerstwa publiczno-prywatnego,

a w konsekwencji znalezienie inwestora prywatnego, który ten szpital poprowadzi. No i tu się zaczęło. Oczywiście zaraz partia opozycyjna zgłosiła do prokuratury, że rada nadzorcza proponuje jakieś ciemne interesy z prywatnym kapitałem. Starosta się wystraszył, radę nadzorczą rozwiązał, a wszelkie plany zmiany tego szpitala: rozbudowy, przebudowy czy budowy nowego, porzucił na wiele lat. Tak się skończyła próba zmiany w systemie.

Myśli Pan, że szybko uda się rozwiązać problemy polskiej ochrony zdrowia?

To potrwa lata, nim przyjdą nowi ludzie, nowe pokolenie, które zupełnie inaczej myśli. To są ludzie, którzy trochę popracowali w Anglii, w Niemczech, w Hiszpanii lub mają tam przyjaciół, u których bywali i widzieli, jak funkcjonuje ich szpitalnictwo. Widzę to nawet po mojej córce. Wydaje mi się, że jestem człowiekiem z otwartą głową, ale ona myśli w całkiem inny sposób. Dla mnie pewne rzeczy są fajne, bo są inne. Dla niej są normalne. Ona na to patrzy i mówi: „co Ty w tym widzisz takiego ekscytującego, przecież tak powinno być”. Ja walczę, by tak było, a ona uważa za normalne to, jak dopiero być powinno. Może nowe pokolenie, wchodząc na rynek pracy, zacznie trochę inaczej myśleć?

Ale to nie jest takie proste dla młodego pokolenia: wejść w strukturę władzy. Dzisiaj władza, głównie polityczna, nie jest postrzegana przez młodych pozytywnie. Gdy chcą coś zmienić, biorą się zwykle za swoje podwórko albo... emigrują. Nie chcą wchodzić

w struktury władzy, gdzie ich zdaniem niewiele da się zrobić.

Wielu biznesmenów, jakby Pani ich spytała czy poszliby do polityki, powiedziałoby „po co?”. Trzeba by stworzyć przestrzeń, w której mogliby działać. Bez odpowiedniej przestrzeni oni tego nie zrobią. A administracja publiczna cały czas próbuje tę przestrzeń zagarnąć dla siebie, decydować o wszystkim. Natomiast zawsze było tak, że byli liderzy gospodarczy i liderzy polityczni. W tej chwili już widać ewidentnie, że pojawia się coraz więcej młodych liderów gospodarczych z nowym spojrzeniem. Także u nas w Stowarzyszeniu wiele szpitali zarządzanych jest przez synów tych, którzy je tworzyli, młodych, trzydziestoparoletnich ludzi. Nowa grupa zaczyna to, co rodzice zbudowali układać na nowo w europejskich wymiarach.

Czym różnią się style zarządzania starszego i młodsze pokolenia?

Niektórzy narzekają, że z tą młodszą generacją gorzej się rozmawia, bo dłużej podejmują decyzje. Ale to jest wytłumaczalne, dlatego że młody człowiek musi sprawdzić, albo się dowiedzieć od swojej księgowej czy od swojego dyrektora operacyjnego o co chodzi. Jego ojciec, który to budował, znał realia. Spotkałem się z takimi opiniami, że „ze starym to się szybko załatwiało”. Młody musi pójść w dane miejsce, sprawdzić, przemyśleć, rozpoznać i podjąć właściwą decyzję, więc mu to na razie dłużej zajmuje, ale przyjdzie czas, że on też będzie decydował równie sprawnie, jak jego od-



chodzący ojciec. Założyciel, który budował szpital od początku, obudzony w środku nocy wie, co tam jest. Młody człowiek, który przyszedł, jak to wszystko już funkcjonowało, nie musi wszystkiego tak dokładnie znać, w związku z tym bardzo często potrzebuje więcej czasu, żeby się ze sprawą zapoznać, przemyśleć, przeanalizować i podjąć decyzję. Nie jest przez to gorszy, po prostu inaczej pracuje. Pewnie młodszy zarządzający będą nawet lepsi, bo mają już jakieś doświadczenie rodzinne.

A zaobserwował Pan czy młodzi ludzie chcą rewitalizować państwowe szpitale? Czy działają tylko w sektorze prywatnym?

Nie ma rewitalizacji państwowych szpitali, dlatego że za każdym razem władza administracyjna bije po łapach. Byli tacy chętni, np. Piotr Gerber, który rewitalizował szpitale w województwie dolnośląskim. Jest z zawodu architektem, a pochodzi z rodziny medycznej. Połączył obie pasje i rewitalizował zabytkowe, piękne budowle szpitalne. Chciał, żeby dobrze funkcjonowały i pięknie wyglądały. Zawsze pokazywał nam zdjęcia, jak wyglądał korytarz, a jak wygląda dzisiaj, że można go pięknie oświetlić, można stworzyć fajną atmosferę, że wręcz stare drzwi sprzed 100 lat, z mozaiką w środku, można tak przerobić i tak je uszczelnić, żeby spełniały obecne wymagania szczelności drzwi do bloku operacyjnego. Ale wie Pani, tacy ludzie jak Piotr Gerber, o bardzo szerokich horyzontach, dobrze zarządzający, to są wyłącznie jednostki w całej tej masie. Poprosiłem go ostatnio, żeby opowie-

dział, jak prowadzi się w Polsce publiczny szpital, przekazany w ręce prywatnego operatora. Mam nadzieję, że z jego doświadczeń skorzystają inni, bo ma ogromną wiedzę na ten temat.

Odnoszę wrażenie, że bardzo niewielu menedżerów nie wstydzi się rozmawiać, bo wiedzą jak zarządzać, rozumieją znakomitą większość problemów. Ale tacy ludzie istnieją też w jednostkach publicznych. Trzeba ich pokazywać, szeroko z nimi rozmawiać, korzystać z doświadczenia, którym się dzieli.

Ale trzeba mieć też możliwości. Dzisiaj nie wystarczy wiedza – trzeba też budować siłę ekonomiczną. Zabezpieczyć się w jakiś sposób, żeby ponownie nie wydarzyła się taka tragedia, jaka się stała niegdyś w Policach, gdzie wygrała samowola i nieodpowiedzialność urzędnicza. Dzisiaj w razie podobnej sytuacji natychmiast wsiałam w samochód i jadę do prezesa NFZ-etu w Warszawie i robimy z tego aferę. Mamy zaprzyjaźnionych dziennikarzy i robimy z tego takie zamieszanie, że nie dojdzie dzisiaj do podobnego zdarzenia.

Nadal jednym z głównych problemów polskiej służby zdrowia jest to, że społeczeństwo ma zakodowane, że za zdrowie się nie płaci.

Uczymy obywateli od 25 lat, że nie trzeba płacić, bo jest przecież NFZ i to nam się należy. Jeżeli się należy, to korzystamy tylko z NFZ-etu, a NFZ nie umie czy nie chce wycenić prawidłowo usług. Ceny są wyliczone minimalnie, na najgorszych materiałach, są zaniżane. A 95% przychodów szpitali pry-



watnych to przychody z NFZ-etu. Cierpi na tym pacjent, który nie ma nawet prawa sam dopłacić do procedury! To jest jakiś absurd, to jest szkodzenie pacjentowi. Ja jako obywatel, niezależnie od tego czy jestem, czy nie lekarzem, chcę mieć tę możliwość, że kiedy trafię do szpitala ze złamaną nogą, to mogę powiedzieć: „panie doktorze, pan gipsuje tym zwykłym gipsem, a ja chciałbym plastikowy albo specjalny but. On kosztuje 2 tysiące, stać mnie na niego, poproszę ten but. Proszę wystawić rachunek za to wszystko, czego nie zapłaci NFZ”. Teraz nie można tego zrobić. To jest ograniczenie również moich obywatelskich praw, no ale to jest polityka...

Często w głowach zarządzających jednostkami publicznymi tkwi przekonanie, że nie ma absolutnie żadnych możliwości, by pokazać społeczeństwu, iż można za pewne procedury zapłacić z własnej kieszeni.

Można dopłacić do produktu, ale nie do procedury. Z płaconych przeze mnie jako przedsiębiorcę podatków państwo nie może tworzyć konkurencji. Jeżeli z moich pieniędzy, Pani, czy czyichś innych kupiliśmy rezonans magnetyczny, to jego właściciel, czyli dyrektor szpitala, nie może wyjść na rynek i mówić: „od godziny 18.00 można za 100 zł zrobić sobie rezonans”. Zgodnie z prawem europejskim nie może też wynająć tego sprzętu. To, co zostało kupione za pieniądze publiczne, może być finansowane tylko z pieniędzy publicznych. Takie jest prawo europejskie.

TURYSTYKA MEDYCZNA

Jak można pozyskać pieniądze na ochronę zdrowia?

Szukając pacjentów i pieniędzy na rozwój, zacząłem zajmować się modnym ostatnio tematem – turystyką medyczną. Kontraktów z NFZ-etem nie powiększamy, a pacjenci nie chcą i nie są przyzwyczajeni płacić z własnej kieszeni za swoje zdrowie, więc poszukaliśmy pacjentów na zewnątrz. Pojechaliśmy na targi medyczne na Ukrainę. Ukraińcy masowo jeżdżą do Izraela czy do Niemiec. Tam wydają swoje pieniądze; Polskę omijają. W związku z tym zaczęliśmy akcję przekonywania Ukraińców, że w Polsce są również dobre szpitale prywatne i można od ręki pozyskać poradę medyczną czy wykonać zabieg operacyjny. To spowodowało, że zajęliśmy się tematem turystyki medycznej. Jak się głębiej w to wejdzie, okazuje się jakie ogromne pieniądze przelewane są w światowym systemie w ramach turystyki medycznej. Niemcy importują masę turystów medycznych, Hiszpania również. A już nie mówię

o takich krajach jak Turcja, która w ciągu ostatnich dziesięciu lat stała się medyczną potęgą.

Czy turystyka medyczna ma szansę rozwinąć się w Polsce na wielką skalę?

W Polsce rozwinięciu turystyki medycznej stoi na przeszkodzie problem certyfikatów jakości. Każdy polityk zapytany: „czy jest pan, panie pośle, za jakością w ochronie zdrowia?” odpowiada: „ależ oczywiście!”. Trzeba by jednak zapytać: „to dlaczego w takim razie te szpitale, które mają certyfikat CMJ-otu nie są kontraktowane jako pierwsze?”. Stosując kryterium jakości, a nie politycznego spokoju w poszczególnych regionach, powinno się najpierw dawać kontrakty szpitalom posiadającym certyfikaty jakości. Te, które ich nie mają, powinny uzyskiwać kontrakty później albo w ogóle. Oczywiście jest to niemożliwe, bo są szpitale, które według polityków muszą istnieć, a certyfikatów nie mają. To spowodowało, że tak naprawdę w Polsce nikt nie myśli o certyfikatach tak, jak pomyśleli Turcy.

Turecka medycyna może być dla nas wzorem?

Erdoğan – premier Turcji, który objął władzę kilka lat temu, postawił na dwie rzeczy. Po pierwsze na oświatę, w którą włożył pieniądze, wprowa-



dzając naukę języków, sprowadzając zagranicznych wykładowców na uczelnie, dając dobre płace nauczycielom itd. A druga rzecz to ochrona zdrowia. I proszę sobie wyobrazić, że minęło 15 lat i Turcja dysponuje szpitalami, jakich w Polsce jeszcze długo nie będzie. 58 szpitali w Turcji ma najdroższy i najważniejszy certyfikat medyczny Joint Commission. Zrobienie takiego certyfikatu kosztuje około 150 tysięcy dolarów i Erdoğan z budżetu państwa zwracał tę sumę szpitalom, które certyfikat uzyskały – przypomnę, że zrobiło go 58 szpitali, to jest potęga. W Polsce żaden go nie ma, ani jeden! I teraz, kiedy na medycznych salonach europejskich spotykam torakochirurga z Turcji, który daje mi swoją wizytówkę, na której jest złote kółko Joint Commission, to on nie musi mówić czy ma dobry szpital. On ma szpital, który przeszedł certyfikację Joint Commission, czyli to musi być superszpital. A nasz rektor i właściciel szpitala akademickiego może tylko pojechać, przywieźć ze sobą album i pokazywać, jaki piękny ma szpital, ale nie powie, jakie naprawdę jest bezpieczeństwo pacjenta. Bo piękne zdjęcia można zrobić w dowolnym szpitalu wojewódzkim, a pacjentka, która jest operowana, obsługiwana przez jednego anestezjologa na trzy sale operacyjne, może się w pewnym momencie nie wybudzić i nikt tego nie zauważy. Gdyby była tam certyfikacja Joint Commission, to pierwszy kontrolujący wyłapałby, że jest więcej godzin zabiegów trwających, niż godzin zatrudnienia anestezjologów. To znaczy, że ten sam anestezjolog musi być na dwóch salach, nie ma innej możliwości, to wynika z matematyki. I po to jest ta certyfikacja, po to się wypełnia te kwity i sprawdza się, jakie jest bezpieczeństwo pacjenta.

Co trzeba zrobić, żeby rozwinąć w Polsce turystykę medyczną?

Pierwszym krokiem powinno być otwarcie się na certyfikację CMJ, żeby wprowadzić szpitalne standardy. Po drugie powinno się gratyfikować szpitale, które podjęły trud certyfikacji. One powinny być kontraktowane jako pierwsze. Trzecim krokiem powinno być wprowadzenie standardów światowych, czyli dodatkowych standardów, refundowanych przez państwo i tworzenie systemu dla turystyki medycznej. Przyzwyczajenie świata, że polski standard jakości jest zbliżony i daje to samo co światowy, że mamy szpitale ze standardem Joint Commission. Trzeba „zadziałać projakościowo”, a u nas się tylko „mówi projakościowo”.

Co jeszcze?

Dalej potrzebna byłaby dyrektywa o transgranicznej ochronie zdrowotnej, otwierająca nasze szpitale

na pacjentów z 26 krajów unijnych. Wtedy jeżeli przykładowo Portugalczyk pyta czy w Polsce można wykonać zabieg ortopedyczny wymiany kolana, to powinien otrzymać listę wszystkich publicznych i prywatnych ośrodków. Kolejnym krokiem jest utworzenie krajowej organizacji turystycznej, która będzie współpracowała z operatorem narodowym.

Czyli brakuje całościowej oferty dla turystów medycznych. Ośrodek, którym Pan zarządza, ma dużo gości m.in. z Norwegii.

Mam dużo gości z Norwegii, a nie robiłem wielkiej reklamy, zadziałał wyłącznie marketing szeptany. Kiedyś przyjechała para. Pan miał 65 lat, a Pani 35. On przyjechał na rehabilitację, z której był bardzo zadowolony, pytał czy mamy kosmetykę, aby żona również mogła skorzystać z naszych usług. Niestety wtedy jeszcze nie mieliśmy, ale w następnym roku mieliśmy już wszystko. Przyjechali ponownie, byli zachwyceni, żona spędzała całe dni u kosmetyczki, za każdym razem wychodziła z torbą kosmetyków, a pan za wszystko płacił. W następnym półroczu przylecieli z dużą grupą, nasz adres przekazywali dalej swoim znajomym.

Jak obecnie wygląda sytuacja turystyki medycznej w Polsce?

Ostatnio zadzwoniła do mnie dziennikarka, która usłyszała od jednego z posłów, że w Polsce jest doskonale, że prawie 200 milionów euro wpływa do Polski z tytułu turystyki medycznej. Mówię, że chyba z jakiejś sanatoryjnej. Trochę Niemców przyjeżdża do Kołobrzegu, bo mają blisko, taniej. Trochę na południe Polski, bo jest ładny teren.

Ciechocinek też jest piękny.

I Ciechocinek jest piękny, i taniej na pewno jest niż gdzie indziej. Jeżeli tak się policzy, to rzeczywiście turystykę medyczną mamy super rozwiniętą. Natomiast moi koledzy, z którymi się spotykam w zarządzie europejskim, zupełnie inaczej rozumieją turystykę medyczną. To jest przemysł, gdzie są szpitale, hotele, operatorzy medyczni. Ktoś pacjenta odbiera z lotniska, ktoś go wozi, zajmuje się jego rodziną. W Turcji tak to zorganizowali, że utworzyli specjalne biuro, które załatwia nawet bilety lotnicze. Może zdarzyć się przecież sytuacja, że pacjent się lepiej rehabilituje i można go wysłać do domu już w poniedziałek, a nie w środę. Z dnia na dzień trzeba przelożyć lot. I robi to tureckie biuro, które korzysta z umowy między organizacją turystyczną a Turkish Airlines. Linie lotnicze od ręki przekładają lot, mało tego – jeżeli pacjent wykaże, że został zoperowany, to dostanie zwrot połowy ceny biletów. Natomiast jeżeli leci na zabieg z bliskimi,

to rodzina kupując bilet ma 30% rabatu. Wszystkim się to opłaca i Turcja z tego zrobiła przemysł, a teraz z tych wszystkich wizyt ciągnie potężne podatki. Gdybyśmy my w Polsce rozwinęli turystykę medyczną, to moglibyśmy zamknąć to nierentowne górnictwo i płacić górnikom emeryturę.

Z tychże pieniędzy.

Z tychże pieniędzy, z ochrony zdrowia. Tylko trzeba by najpierw posłów, decydentów, przeciągnąć przez Turcję i parę innych miejsc. Rozbrajające było, co usłyszałem od jednego z posłów – że jeżeli sprywatyzuje się szpitale, to biedni i bezdomni będą umierać pod bramami szpitali. To było kuriozum myślenia politycznego. Przecież jeżeli państwo realizowałoby swoją misję i dział ubezpieczeń pomocy społecznej, który tak naprawdę już często istnieje tylko na papierze, działałby, to bezdomny byłby najlepszym klientem szpitala! Jeżeli pomoc społeczna, tak jak w wielu krajach, na przykład w Anglii, byłaby gwarantem płatności, to myślę, że moi koledzy otworzyliby w wielu miastach prywatne szpitale tylko dla bezdomnych. Tam by ich kąpali i diagnozowali, opiekowali się. Bo jeżeli państwo zobowiązało się, że w ramach opieki społecznej przeznacza pieniądze na tych ludzi, to czego się obawiać? Że będą umierali pod bramami szpitali? Wręcz odwrotnie. Ja bym się na miejscu bezdomnego bał, że mnie wciągną do szpitala. Wykąpią, wymyją, naprawią zęby, wstawią rozrusznik i wypuszczą, żeby wystawić rachunek państwu. W związku z tym to myślenie polityków jest zupełnie absurdalnie-abstrakcyjne. Niestety to się potem nakręca, że prywatny to tylko patrzy na zysk.

Nadaje się słowu „prywatny” pejoratywności. A jak wyglądały początki Pana zainteresowania turystyką medyczną?

Siedem lat temu byłem pytany czy są szanse, że ściągniemy do Polski pacjentów, czy w ogóle jest możliwość wymiany. Wtedy byłem przekonany, że nie, bo taka była sytuacja w Europie, nikt nie wyjeżdżał zagranicę. Miałem zresztą dobrego doradcę, z którym rozmawialiśmy, że tych turystów, pacjentów brytyjskich ciężko zachęcić, bo są przyzwyczajeni do tego, że pielęgniarka mówi w języku angielskim. Minęło parę lat i okazało się, że Anglicy, Francuzi jeżdżą się leczyć w innych krajach. Zrobiła się śmieszna sytuacja – Francuzi wyjeżdżają gdzieś, podczas gdy do ich szpitali przyjeżdża ktoś inny. Ubezpieczalnie francuskie zorientowały się, że w Hiszpanii czy Turcji są ośrodki medyczne, gdzie lekarze mówią biegle po angielsku czy francusku, bo odbyli kursy we Francji czy Stanach

Zjednoczonych, mają w tych krajach sieć kontaktów, a leczenie tam jest tańsze niż we Francji, a często jeszcze o szerszym zakresie. W ten sposób towarzystwo ubezpieczeniowe oszczędza pieniądze.

Turystyka medyczna jest *de facto* taką furtką do rentowności szpitali?

Dokładnie. To wielka szansa na rozwój szpitali.

Jak Pan sądzi, ile nam brakuje lat, żebyśmy faktycznie mogli mieć rozwiniętą turystykę medyczną, żeby podmioty zarabiała na pacjentach-turystach?

To kwestia decyzji politycznej. Państwo musiałoby zainwestować, przeznaczyć na to określone pieniądze w określonym czasie i utworzyć nowe sektory gospodarki, które w założeniu mają przynieść nam potem określone pieniądze. Jakie? Można policzyć – trzeba posadzić ekonomistów i pokazać im, jak to się odbywało w innych krajach. To jest do zrobienia. Trzeba stworzyć model, włożyć pieniądze i czekać 15 lat. Trochę ziemi, trochę wody, trochę nawozu, jedna sadzonka i rośnie. 15 lat i wyrośnie.

Niektóre drzewa też owocują dopiero po 15 latach, ale warto je sadzić.

Warto. Tylko jak rozmawiać z politykiem o tym, co będzie za 15 lat, jeśli on mówi, że nie jest zainteresowany, bo przez tyle lat już go dawno wyrzucą? On jest zainteresowany, żeby dzisiaj się pokazać jak najlepiej.

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM

Proszę powiedzieć czy w Pana ocenie dzisiaj nie tylko politycy, ale i lekarze rozumieją, że to pacjenci, a nie oni sami są najważniejsi? W końcu to pacjent płaci za leczenie.

Zgadzam się z tym stwierdzeniem. Jeżeli pomyślimy logicznie, to najważniejszy nie jest pan prezes, bo on pieniędzy nie przynosi, tylko przynosi je pacjent z różnymi dolegliwościami. A ja, będąc dyrektorem danej placówki, dystrybuuję te pieniądze i w zależności od tego, jak zadowolony był pacjent, taką pensję daję. Upłynie jeszcze dużo czasu, zanim wszyscy lekarze zrozumieją, kto jest najważniejszy: to pacjent, również ten „skrzeczący”.

Lekarze zdają się zapominać, że to właśnie dzięki pacjentom mogą mieć piękny gabinet i personel pomocniczy o wysokich kwalifikacjach.

Niestety zazwyczaj lekarz narzeka, szczególnie w przypadku pacjenta docieklivego czy problematycznego, a moim zdaniem powinien się cieszyć, że pacjent do niego przychodzi. Jeżeli uzna on, że z pa-

cientem jest coś nie tak, wówczas trzeba zapewnić mu konsultację psychiatryczną, a nie, jak to często bywa, okazywać arogancję i brak zrozumienia.

Trzeba też umieć w odpowiedni sposób przekazać każdą informację.

Wręcz należy to zrobić. Można takiemu pacjentowi powiedzieć: „coś się z Panem dzieje. Wezwę psychiatrę, porozmawiamy, będzie Pan lepiej spał, lepiej się czuł, zgadza się Pan?”. Do tego trzeba podejść nie tylko w sposób handlowy, ale również bardziej ludzki.

Komunikatywny i psychologiczny. Gdzie lekarz ma szansę się tego nauczyć?

Uczymy tego na zajęciach. W sektorze prywatnym – który szybciej się rozwija – próbujemy to już wprowadzać. Niestety wciąż wielu lekarzy, o czym już wiemy, nie nadaje się do pracy w tym sektorze.

I nie będzie się nadawać, bo odstrasząją pacjentów.

Tak. Znam przypadek, w którym szpital zwolnił lekarza tylko dlatego, że pacjenci nie chcieli do niego przychodzić i z nim rozmawiać. Wszystko spowodowane było tym, że pan doktor był arogancki i obsesowy w stosunku do pacjentów. Był świetny zawodowo, ale pacjenci nie chcieli leżeć w tym szpitalu, wobec tego dyrektor go zwolnił.

Z tego wszystkiego wynika, iż uczelnia kształcąca medyków także powinna nauczać podczas zajęć właściwej komunikacji.

Tak, ale nie uczą, gdyż program zajęć nie przewiduje takiej tematyki na uczelni medycznej. Od dawna jestem zdania, że uczelnie powinny podjąć ten krok. W Europie na każdej uczelni medycznej odbywają się takie zajęcia, kończące się egzaminem. U nas panuje przekonanie, że po co się komunikować z pacjentem, przecież to nie od lekarza zależy czy pacjent przyjdzie. Jak go coś zacznie boleć to na pewno się zgłosi, bo nie ma wyjścia. A kto wtedy jest najważniejszy? Pan dyrektor NFZ-etu.

Zamiast chorego pacjenta?

Tak, pacjent w ogóle nie jest potrzebny w tym systemie, bo na niego trzeba wydać pieniądze, które się uzyskało. Najważniejszy jest kontrakt.

Czy komunikację z pacjentem prowadzicie Państwo również za pomocą strony internetowej?

Oczywiście, jestem zadowolony z naszej strony. Założyliśmy ostatnio nową, specjalną zakładkę, która ma służyć temu, by na naszą stronę wchodziłi pacjenci nie tylko w sprawie szukania szpitali, ale też różnych materiałów o Stowarzyszeniu.

Może o problemach z komunikacją należy porozmawiać z rektorami uczelni medycznych? Oni również powinni być tym zainteresowani.

Niestety nie są zainteresowani.

To smutne. Też chcę i dążę do zmiany w takim myśleniu.

PIELĘGNIARKI: MOJE OCZY I USZY

A jak wygląda sprawa kształcenia pielęgniarek?

Rektorzy wraz z ministerstwem pokazują tylko schemat, jak wzrosła liczba studentów medycznych na uczelniach. A wynika to z bardzo prostego mechanizmu socjotechnicznego. Jakiś urzędnik przed ośmiu laty źle zinterpretował przepisy unijne. Zawiodła kwestia znajomości języka angielskiego, znajomości prawa. To spowodowało, że trzeba było otworzyć na uczelniach kierunek pielęgniarstwo. Dawnymi czasy pielęgniarka chodziła do szkoły pielęgniarskiej przez 5 lat, uczyła się przedmiotów medycznych przez 8 h dziennie, 5 dni w tygodniu,



chodząc jeszcze na praktyki. Po 5 latach była zawodową pielęgniarką – „średnio wykszoloną”.

Dzisiaj pielęgniarki mają możliwość studiowania tylko w weekendy.

Zgadza się. Obecnie mamy system 3-letnich licencjatów weekendowych. Osoba, która je ukończy wychodzi jako pielęgniarka z „pół-wyższym” wykształceniem, patrząc z góry na tamtą, która nie bardzo wie, co jest w szafie z lekami. Następnie zachodzi kolejny etap – część z nich weekendowo robi magisterki i jest paniami pielęgniarkami-magistrami, które z racji wykształcenia mogą obsługiwać tylko dokumentację, bo jako pielęgniarki oddziałowe „nie nadają się” do umycia pacjenta. Taka pielęgniarka myśli sobie: „ja tu jestem magister”, a to już jest zupełnie inna kategoria. Rektorom to wszystko pasuje, bo wykazują oni, że liczba studentów podskoczyła, a dzieje się to tylko dlatego, że zamiast kształcić pielęgniarki w szkołach średnich, kształcą się je na uczelniach. Teraz, kiedy powie się ilu studentów kierunków medycznych przeprowadza badania podczas studiów – to odsetek ten jest wysoki i pokazuje, że się rozwinęli. Jakość pozostaje jednak rozpacзлиwa. A do tego wszystkiego środowisko pielęgniarskie próbuje teraz wywalczyć sobie prawa leczenia, wystawiania recept.

Mówimy o pielęgniarkach i położnych?

Tak, one chcą wystawiać recepty, leczyć – bo pielęgniarka czy położna jest już „taka sama” jak lekarz. Przecież zarówno lekarz jak i ona mają wyższe wykształcenie. Wprawdzie lekarz studiuje przez 6 lat, z tego przez 2 lata farmakologię, zdając ciężki egzamin, a pielęgniarki mają się tego nauczyć w weekendy. Chcą jednak mieć te same prawa, więc moim zdaniem świat stanął na głowie.

Mamy do czynienia z absurdem?

Doprowadziliśmy do absurdu, a właściwie to urzędnicy do niego doprowadzili. Przez to, że jeden człowiek nie znał angielskiego, mamy teraz całą masę błędów. Dawny system kształcenia pielęgniarek powinien pozostać. Był efektywniejszy. Podam przykład: 5-letnią naukę kończyły 18-letnie dziewczyny, które czuły się dobre zawodowo. Gdy pielęgniarka miała 30 lat, jej staż pracy wynosił 12 lat. Jest to kolosalna różnica w doświadczeniu.

Pielęgniarki bardzo często skarżą się, że system wymaga od nich rzeczy, które nie powinny leżeć w ich kompetencjach.

Pielęgniarka powinna być od zajęć pielęgniarskich. Tymczasem opieka nad pacjentem w sensie mycia i innych czynności nie jest już pracą pielęgniarską.

Za granicą zajmuje się tym inny dział personelu. U nas z powodu oszczędności pielęgniarki są zmuszone również do takich prac. O ile dawniej robiły to bez protestów, to dzisiaj „pani magister” basen poda niechętnie. Do szpitala najlepiej zabrać własną paczkę pampersów. Znaleźliśmy się „w krzakach”, z których musimy jakoś wybrnąć, aby poprawić ten system.

Spotkał się Pan z sytuacją, kiedy pielęgniarka nie chciała wykonać poleceń?

Posiadając dawniej jedną z większych praktyk lekarskich w Trójmieście, miałem przyjemność pracować jedynie ze wspaniałymi pielęgniarkami. Jako lekarz-internista miałem prywatny gabinet. Pielęgniarki, które ze mną pracowały, były moimi oczami i uszami. To było świetne, a one były zaraz po szkole zawodowej. Do dziś z przyjemnością to wspominam.

To były inne czasy prawda?

Zgadza się. Moje pielęgniarki jeździły po mieście do pacjentów. Kiedy jedna z nich dzwoniła do mnie mówiąc: „przyjedź, bo coś się dzieje, pacjent inaczej wygląda”, wtedy wiedziałem, że na pewno coś się dzieje, wyskakiwałem wówczas w piżamie i biegiem do pacjenta.

Bo wiedział Pan, że jeżeli to ona mówi, to trzeba interweniować.

Jeśli mojej pielęgniarce coś się nie podobało, to na pewno coś było nie tak. Kiedy mówiła „wszystko jest w porządku” – to zawsze było dobrze. Dzisiaj do domu pacjenta magistra bym nie posłał, chyba że z fakturą.

Można powiedzieć, że miał Pan szczęście do personelu pomocniczego. Czy obecnie również współpracuje Pan z ciekawymi ludźmi?

Tak, mamy u nas bardzo wielu ciekawych ludzi. Dla przykładu wymienię chociażby Romualda Cichonia, członka naszego Stowarzyszenia; mało brakowało, a byśmy zbudowali wspólnie szpital w Trójmieście.

Czym zajmuje się Pan w wolnym czasie? Ma Pan jakieś hobby?

Jestem kapitanem jachtowym, lubię spędzić weekendy pływając. Prawdziwych wrażeń dostarcza mi żegluga zagraniczna.

Dziękuję serdecznie za wywiad.

Dziękuję bardzo.

Dziękujemy Hotelowi Kuracyjnemu w Gdyni za udostępnienie miejsca do przeprowadzenia wywiadu.