JAKOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA

wydanie specjalne 2016 Cena 5.20 zł (w tym 8% VAT)

VIP MAGAZYN

ISSN 1732-9361
NR INDEKSU 344354

Maciej Hamankiewicz
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Janusz Szafraniec
prezes zarządu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED

Laser – moja największa życiowa pasja

Prof. Ludwik Pokora

właściciel i dyrektor CTL – Centrum Techniki Laserowej LASERINSTRUMENTS Sp. z o.o.

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

115 lat Szpitala na Polnej

TRADYCJA I NOWOCZESNOŚĆ

e-mail: office@gpsk.ump.edu.pl, www.gpsk.ump.edu.pl

„Polna” w social media.

Fanpage na portalu Facebook
– aktualnie mamy prawie 10 000 fanów
Dzięki temu profilowi mamy bezpośredni kontakt oraz interakcję z pacjentkami, zdobywamy wiarygodne nieanonimowe opinie oraz informujemy, co aktualnie dzieje się w Szpitalu. Udało nam się stworzyć aktywną społeczność mam i dzieci z Polnej, a szczególnie z rodzicami wcześniaków.

Kanał PolnaTV na YouTube
Stworzyliśmy kanał PolnaTV na portalu YouTube. Zawiera on materiały edukacyjne z wypowiedziami naszych specjalistów na tematy medyczne, a także z odpowiedziami na pytania pacjentek, które pojawiają się na portalu Facebook; wszystkie mają formę video.

Instagram
Od niedawna mamy również profil na Instagramie, na którym publikujemy zdjęcia. Za jego pośrednictwem również nasze pacjentki mogą oznaczyć nas na swoich zdjęciach z maluchami.

Szanowni Państwo,

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu obchodzi w tym roku jubileusz 115-lecia swojego istnienia. Jesteśmy bogaci tradycją i doświadczeniem. Jednocześnie konsekwentnie stawiamy na rozwój i ciągłe doskonalenie. Zapewniamy naszym pacjentkom opiekę na najwyższym poziomie, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i światowymi standardami.

Każdego roku tysiące przyszłych mam, nie tylko z całej Wielkopolski, obdarza nas zaufaniem i decyduje się na poród w naszym szpitalu. Jako ośrodek najwyższego poziomu referencji w ginekologii i położnictwie oraz neonatologii jesteśmy przygotowani na wszelkie sytuacje, które będą wymagały podjęcia nadzwyczajnych środków. Na dzieci urodzone przedwcześnie oraz te wymagające z innych względów specjalistycznej opieki bezpośrednio po porodzie czekają dwa nowocześnie wyposażone oddziały neonatologiczne z wykwalifikowaną kadrą medyczną, udzielające świadczeń zdrowotnych na światowym poziomie.

Szpital przy Polnej to nie tylko porodówka. Wykonujemy operacje ginekologiczne, leczymy pacjentki w ramach szybkiej terapii onkologicznej, wykonujemy procedurę zapłodnienia pozaustrojowego, zajmujemy się diagnostyką i leczeniem zaburzeń hormonalnych.

Staramy się zapewnić naszym pacjentkom maksymalny komfort pobytu w naszym szpitalu. Oferujemy pojedyncze sale porodowe, kilkanaście rodzajów diet, dostęp do internetu za pośrednictwem infokiosków. Przy naszej placówce funkcjonują zespół poradni specjalistycznych, szkoła rodzenia, a także hotel. Szpital stanowi również nowoczesną bazę dydaktyczną i naukową.

dr n. med. Maciej Sobkowski
dyrektor Ginekologiczno-Położniczego
Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu

Więcej na ten temat na stronach 6–7.

ENERGIA DO DZIAŁANIA

YERBA MATE wygodnie podana w piramidkach do zaparzania

W numerze

8 **Dr n. med. Maciej Sobkowski, dyrektor Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu**
„Koszty i korzyści jakości usług w placówkach medycznych"

10 **prof. dr hab. inż. Ludwik Pokora, prezes CTL – Centrum Techniki Laserowej LASERINSTRUMENTS Sp. z o.o.**
„Laser – moja największa życiowa pasja"

14 **Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej**
„Ochrona zdrowia na chwiejnych filarach"

18 **Ewa Wojciechowską, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim**
„Ciągle się doskonalimy"

18 Inwestycje w jakość

18 Właściwy poziom jakości

19 Marsz ku doskonałości

22 **Janusz Szafraniec, prezes zarządu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED**
„Leczyć zamiast liczyć"

26 Przyszłość to opieka koordynowana

27 Twoje zdrowie naszym celem

28 **Zbigniew Szymczak, prezes firmy Hydro-Gaz-Med**
„Instalacja gazów medycznych inaczej"

30 **Mieczysław Pasowicz, prezydent Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali**
„Oczekiwania kontra rzeczywistość"

31 **Dr hab. Bożena Zboina, prof. WSBiP, kierownik Katedry Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim**
„Kształcimy z myślą o zdrowiu"

32 **Tomasz Anyszek, dyrektor zarządzający i członek zarządu Synevo Sp. z o.o.**
„Próbki pod czujnym okiem"

36 **Ewa Borek, prezes Fundacji MY Pacjenci**
„Polacy są głodni informacji o systemie"

39 Certyfikacja drogą do sukcesu

40 **prof. dr hab. med. Anna Latos-Bieleńska, reprezentująca Centra Genetyki Medycznej GENESIS**
„Przełomowe dokonania są wciąż przed nami"

42 **Jerzy kulikowski, prezydent Towarzystwa Promocji Jakości**
„Medycyna jest dziedziną bardzo trudną"

44 **Jacek Papiński, dyrektor pionu certyfikacji Polskiego Rejestru Statków S.A.**
„Inwestycja w jakość to przyszłość"

46 **Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych**
„Równość ponad wszystko"

48 Nowa jakość troski o życie

49 **Dr n. med. Piotr Lehmann, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie Szpitala im. Teodora Dunina**
„Szpital z aspiracjami"

50 Nasi pacjenci są najważniejsi

Stawiamy na jakość

Przystępując po raz kolejny do realizacji wydania specjalnego „Magazynu VIP", poświęconego jakości w ochronie zdrowia, ucieszyła mnie myśl bezpośredniego kontaktu z dyrektorami, prezesami i pełnomocnikami ds. jakości jednostek ochrony zdrowia. Po pierwsze dlatego, że będą to rozmowy o polityce jakości, a tym samym zaproszenie do współredagowania wydania specjalnego, po drugie zaś, że będę rozmawiał z osobami kierującymi nie tylko kalkulatorem i długopisem w ręku, lecz także sercem i rozumem. Zachęciłem panelistów, którzy posiadają wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu jednostek ochrony zdrowia, by pochwalili się posiadaną certyfikacją, akredytacją i wyróżnieniami, wszak te świadczą o wysiłku, jaki co dzień wkładają w sprostanie oczekiwaniom pacjentów.
Z opublikowanych wypowiedzi i materiałów promujących jednostki ochrony zdrowia wynika, że odpowiedzialność za nasze zdrowie pozostaje w rękach ludzi, którzy mają z nią czynny kontakt i z pasją podchodzą do wykonywania swoich zadań. Przedstawione jednostki i firmy, świadczące usługi na rzecz ochrony zdrowia, są wizytówką dbałości o zapewnienie pacjentom poczucia bezpieczeństwa, zaspokojenia ich potrzeb i oczekiwań, doskonalenia organizacji pracy i podnoszenia kwalifikacji pracowników.
Zadowoliły mnie wypowiedzi panelistów, zobowiązujące do ciągłego doskonalenia skuteczności systemu zarządzania jakością, spełniania jego wymagań oraz umacniania pozycji na rynku usług medycznych. Mam nadzieję, że wydanie, które trzymacie państwo w rękach, będzie przekazem pozytywnych treści, że w zależności od tego, jak żyjemy i ile mamy pieniędzy, to właśnie w jednostkach dbających o politykę jakości będziemy chcieli się leczyć.

Leszek Jasiński
redaktor wydania

Redakcja
ul. Korfantego 75, 01-496 Warszawa
tel.: (22) 832 42 53, 832 42 54
faks: (22) 832 24 99
e-mail: vip@maxmedia.org.pl
www.magazynvip.pl

Redaguje kolegium
Mariusz Piotr Gryżewski (redaktor naczelny)
Leszek Jasiński (redaktor wydania)
Justyna Franczuk (sekretarz redakcji)
Małgorzata Szerfer

Dystrybucja w Polsce
EMPiK
KOLPORTER SA
RUCH SA

Prenumerata
KOLPORTER SA
RUCH SA

Projekt i skład
MaxMedia (Daniel Kuciński)

Druk
MaxMedia

Wydawca
MaxMedia,
01-932 Warszawa, ul. Estrady 67,
NIP 118-088-54-88
Numer oddano do druku 13.06.2016 r.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam oraz materiałów promocyjnych. Publikowane zdjęcia i materiały są własnością redakcji oraz prezentowanych firm i instytucji. Przedruk tylko za zgodą wydawcy. Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów.

IZBA WYDAWCÓW PRASY

PATRONAT MEDIALNY
TERAZ POLSKA

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

RYS HISTORYCZNY

Pod koniec XIX w. zły stan opieki medycznej nad mieszkankami Poznania (będącego wówczas pod zaborem pruskim) spowodował aktywne starania poznańskich lekarzy u ówczesnych władz niemieckich, które miały na celu utworzenie nowej jednostki ginekologiczno-położniczej kształcącej również położne. W 1897 r. kupiono działkę przy ulicy Polnej 17 (później oznaczoną numerem 33) z przeznaczeniem na budowę Szpitala – Polikliniki Prowincjonalnego Zakładu dla Akuszerek. Po czterech latach zakończono budowę. W październiku 1901 r. przyjęto pierwsze pacjentki i zainaugurowano pierwszy kurs dla akuszerek.

1897 r. – zakup działki pod budowę szpitala

październik 1901 r. – przyjęcie pierwszych pacjentów i inauguracja pierwszego kursu dla położnych

lipiec 1919 r. – szpital całkowicie przechodzi pod jurysdykcję polską, przyjmuje nazwę Krajowej Kliniki dla Kobiet

1926 r. – „Przepisy służbowe dla położnych", opracowane w tym szpitalu, zostają zatwierdzone przez ówczesnego ministra zdrowia jako dokument urzędowy, obowiązujący w całej Polsce

1928 r. – zakupiono 50 miligramów radu, szpital staje się pierwszą placówką ginekologiczną w Polsce, która wprowadziła promieniolecznictwo nowotworów złośliwych do ginekologii

1948 r. – w szpitalu powstaje pierwszy w Polsce po II wojnie światowej podręcznik położnictwa

1 stycznia 1950 r. – szpital otrzymuje nazwę Państwowego Szpitala Klinicznego nr 3, na jego terenie otworzono I Katedrę i Klinikę Położnictwa i Chorób Kobiecych Akademii Medycznej

1954 r. – powstaje pierwsza w kraju pracownia histopatologii onkologicznej oraz pracownia i poradnia andrologii

1965 r. – utworzenie pierwszego w Polsce zakładu patologii narządu rodnego kobiety wraz z pracownią fizjopatologii łożyska

1970 r. – na bazie PSK-3 utworzony zostaje Instytut Ginekologii i Położnictwa, a w nim pierwsza w Polsce klinika onkologii ginekologicznej

1993 r. – klinikę onkologii wyposażono w najnowocześniejszy aparat do brachyterapii HDR (zastąpił on terapię radem)

1998 r. – przekazanie do użytku ostatniego, największego budynku (tzw. diagnostyczno-zabiegowego) nowego kompleksu szpitala wraz z oddziałami: neonatologicznym, porodowym, operacyjnym, intensywnej opieki medycznej, diagnostyczno-obserwacyjnym, izbą przyjęć oraz pracowniami i laboratoriami diagnostycznymi

– dokonuje się przekształcenie własnościowe szpitala, nabywa on osobowość prawną i przyjmuje nazwę Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

1999 r. – w procedurze zapłodnienia pozaustrojowego rodzi się pierwsze w Wielkopolsce dziecko

2001 r. – organem założycielskim szpitala zostaje Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

2004 r. – powołanie kierunku położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu. Początek kształcenia położnych na studiach licencjackich i magisterskich w oparciu o bazę dydaktyczną i kadrę szpitala

2006 r. – uruchomienie po remoncie pracowni RTG i montaż nowoczesnego aparatu z systemem ucyfrowienia

2007 r. – następuje zmiana nazwy szpitala na Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

2009 r. – zakup 11 nowoczesnych aparatów ultrasonograficznych dla oddziałów, pracowni RTG i USG oraz przychodni przyszpitalnej

2010 r. – remont sali wykładowej, współfinansowany z funduszu inwestycyjnego Uniwersytetu Medycznego i środków unijnych

– zakup nowego sprzętu o wartości blisko 10 mln zł dla oddziałów neonatologicznych w ramach Unijnego Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko

2013 r. – oddanie do użytku kuchni szpitalnej po kompleksowym remoncie i modernizacji, adaptacja poddasza na nową siedzibę dla oddziału izolacyjnego noworodka oraz otwarcie pracowni dydaktyki, historii położnictwa i ginekologii

2015 r. – uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego przez ministra zdrowia w zakresie lecznictwa szpitalnego

2016 r. – zakup nowych, wysokiej klasy łóżek porodowych

– powołanie Fundacji Polna 33, której działalność obejmuje: pomoc chorym dzieciom urodzonym w szpitalu, upowszechnianie wiedzy z zakresu specjalności medycznych reprezentowanych w szpitalu, pielęgnowanie pozytywnego wizerunku placówki i pamięci wybitnych, nieżyjących już osób niegdyś z nią związanych

SZPITAL DZISIAJ

W naszym szpitalu wykonujemy procedury diagnostyczno-lecznicze zgodnie z aktualnymi światowymi standardami. Posiadamy najnowocześniejszą aparaturę diagnostyczno-leczniczą. Stanowimy jednocześnie nowoczesną bazę dydaktyczną i naukową. Posiadamy możliwości bezpośrednich transmisji obrazu i dźwięku z sal operacyjnych i porodowych na liczne sale dydaktyczne. Prowadzimy zajęcia dla studentów wszystkich wydziałów Uniwersytetu Medycznego. Bierzemy aktywny udział w szkoleniu przed- i podyplomowym. Od ponad 100 lat uczestniczymy w kształceniu położnych i pielęgniarek. Obecnie jesteśmy największym szpitalem położniczym w Polsce. Rocznie odbywa się u nas ponad 7,1 tys. porodów, posiadamy status ośrodka III poziomu referencyjnego w ginekologii i położnictwie oraz neonatologii.

Poziom opieki w naszym szpitalu, wyposażenie, fachowość personelu oraz standardy, którymi się kierujemy, lecząc pacjentki, sprawiły, że nasza placówka cyklicznie zajmuje **pierwsze miejsca w kraju wśród oddziałów ginekologiczno-położniczych w rankingach organizowanych przez ogólnopolskie pisma opiniotwórcze, a także czołowe miejsca w innych rankingach. W czerwcu 2015 r. uzyskaliśmy certyfikat akredytacyjny przyznawany przez ministra zdrowia.**

Udzielamy świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki stacjonarnej, ambulatoryjnej oraz diagnostyki. W naszych strukturach funkcjonują:

- **oddziały położnicze:** diagnozujemy kobiety w ciążach wysokiego ryzyka oraz prowadzimy je do momentu rozwiązania (powikłania spowodowane są przez: cukrzycę, nadciśnienie indukowane oraz hipotrofię płodu); diagnozujemy oraz leczymy ciąże pozamaciczne, zajmujemy się również diagnostyką i leczeniem wad płodu

- **oddziały ginekologiczne:** wykonujemy pełen zakres operacji ginekologicznych: klasyczne przezbrzuszne, przezpochwowe oraz endoskopowe (laparoskopie, histeroskopie diagnostyczne, operacyjne), operacje w zaburzeniach statyki narządu rodnego, również z nietrzymania moczu

- **oddziały onkologii ginekologicznej:** pacjentki naszego szpitala mają zapewnioną kompleksową terapię w oparciu o dostępne chemioterapeutyki; specjalizujemy się w leczeniu nowotworów macicy, jajnika oraz gruczołu piersiowego

- **oddziały neonatologiczne:** pełnimy rolę ośrodka III poziomu referencyjnego, świadczącego wysokospecjalistyczną opiekę nad noworodkami również w oddziale intensywnej terapii; posiadamy transport neonatologiczny, dzięki któremu możemy przewieźć do nas wcześniaki

- **oddziały diagnostyki i leczenia niepłodności:** w naszym szpitalu istnieje możliwość pełnej diagnostyki niepłodności oraz zaburzeń endokrynologicznych okresu rozrodu; przeprowadzane są również wysokospecjalistyczne operacje endoskopowe oraz andrologiczne, a także procedury wspomaganego rozrodu

- **poradnie specjalistyczne:** ginekologiczne, położnicze, osteoporozy i menopauzy, USG, badań prenatalnych i patologii ciąży, diabetologiczna, niepłodności i endokrynologii rozrodu, onkologiczna, wczesnej diagnostyki i rehabilitacji dzieci, endokrynologiczna oraz laktacyjna

- **pracownie szpitalne:** RTG i mammografii, ultrasonograficzna, densytometrii, urodynamiki, patomorfologiczna

ZMIENIAMY SIĘ WRAZ Z OCZEKIWANIAMI PACJENTÓW

W swojej działalności nie zapominamy również o pozamedycznych potrzebach pacjentów. Zapewniamy dobre zaplecze socjalne dla rodzącej oraz osoby towarzyszącej przy porodzie, co umożliwia **porody rodzinne** w godnych warunkach. Przyszli rodzice mogą przygotować się do wspólnego przeżywania porodu, uczestnicząc wcześniej w zajęciach **szkoły rodzenia**.

Umożliwiamy codzienne odwiedziny pacjentów przez ich rodziny i znajomych. Od 2002 r. udostępniamy hotel dla osób korzystających ze szpitalnych świadczeń zdrowotnych, które nie wymagają hospitalizacji, a przede wszystkim dla matek karmiących piersią dzieci, które są pacjentami oddziałów neonatologicznych.

W ubiegłym roku z sukcesem zakończyliśmy „kuchenne rewolucje", które obejmowały zmianę jadłospisu i jego dopasowanie do najnowszych trendów zdrowego żywienia. Każda pacjentka ma możliwość otrzymania diety indywidualnej – może zgłosić uczulenia i alergie pokarmowe, jak również fakt, iż nie spożywa produktów mięsnych.

Jako szpital kliniczny, w którym pracuje wielu znakomitych specjalistów, czujemy się odpowiedzialni społecznie i dbamy o edukację zarówno pacjentek, jak i mieszkańców regionu. Pacjentki przebywające na oddziale mogą skorzystać z różnych programów edukacyjnych, m.in. o karmieniu piersią czy pielęgnacji noworodka. W 2016 r. wprowadziliśmy bezpłatne warsztaty edukacyjne dotyczące ciąży i porodu oraz bezpieczeństwa i resuscytacji. Są one ogólnodostępne. Stworzyliśmy możliwość kontaktu pacjentów z duszpasterzami różnych wyznań, a także zapewniamy możliwość komunikowania się w różnych językach – nawet w języku kazachskim. Pod koniec 2015 r. dzięki funduszom unijnym przeprowadziliśmy informatyzację szpitala. W jej ramach udało się nam wprowadzić takie usługi, jak e-rejestracja, e-wyniki oraz cyfrowe archiwum dokumentacji medycznej.

SZPITAL W LICZBACH

- od powstania hospitalizowaliśmy ok. **1,650 mln osób** (suma ta nie obejmuje noworodków). Obecnie rocznie przyjmujemy ok. **35 tys. pacjentów**,
- w ponad stuletniej działalności odebraliśmy ok. **497,5 tys. porodów**. Obecnie rocznie jest ich ponad **7,1 tys.**,
- od 1948 r. wykonaliśmy ponad **160 tys. operacji**,
- rocznie wykonujemy ok. 5,1 tys. operacji ginekologicznych, andrologicznych, położniczych oraz onkologicznych,
- rocznie w oddziałach intensywnej terapii leczymy ok. **2,5 tys. noworodków**,
- posiadamy **397 łóżek**, oprócz tego cztery miejsca dziennego pobytu w Centrum Diagnostyki i Leczenia Niepłodności.

Koszty i korzyści jakości usług **w placówkach medycznych**

Z jakością jest jak z inwestycją, żeby mieć z niej korzyści, trzeba najpierw zabezpieczyć i ukierunkować strumień zasobów finansowych na jej wykreowanie, a następnie utrzymanie na wysokim poziomie
– mówi **dr n. med. Maciej Sobkowski, dyrektor Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu**

Jak ocenia pan podejście do jakości wśród zarządzających rodzimymi podmiotami ochrony zdrowia? Czy przykładają oni do niej należytą wagę?

– Trudno zaprzeczyć tezie, że jakość jest najważniejszą, nieodłączną cechą usługi medycznej, od niej bowiem zależy zdrowie i życie pacjentów. W ostatnich latach, przy wymiernych korzyściach dla usługobiorców, zainteresowanie działaniami na rzecz poprawy jakości usług medycznych w placówkach medycznych znacznie eskalowało. Świadczyć to może o uświadomieniu sobie przez zarządzających zakładami opieki zdrowotnej, że podejmowanie projakościowych przedsięwzięć może przynosić nie tylko pożytek dla pacjentów, lecz także zapewniać odczuwalne profity dla szpitala jako organizacji. Cóż bowiem należy rozumieć pod pojęciem działań projakościowych? Są to działania, których podstawowym celem jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i skutecznej opieki medycznej, a które docelowo powinny obejmować swoim zakresem wszystkie komórki organizacyjne szpitala, wszystkie stanowiska pracy, wszystkie procesy, przenikające przez poszczególne piony funkcjonalne jednostki.

Czy na jakość powinno się patrzeć przez pryzmat całej placówki ochrony zdrowia, czy ma ona znaczenie jedynie w wybranych pionach jej struktury? Który system doskonalenia jakości uważa pan za wzorcowy?

– W każdym obszarze zarządzania szpitalem znajdują się elementy, które można udoskonalać, reorganizować, tak by wykorzystać zasoby – zawsze ograniczone – w sposób najbardziej efektywny. Takie podejście znajduje swoje odzwierciedlenie w modelu Kompleksowego Zarządzania Jakością – Total Quality Management, wylansowanym w latach 80. XX w., stosowanym także w instytucjach ochrony zdrowia. TQM jest filozofią zarządzania, zmierzającą do najbardziej efektywnego wykorzystania zasobów ludzkich i materialnych danej organizacji dla osiągnięcia wytyczonych przez nią celów jakościowych. Podejście to charakteryzuje się całkowitym odejściem od tradycyjnej drogi, ograniczającej się wyłącznie do inspekcji i kontroli, służących wykrywaniu i usuwaniu błędów podczas świadczenia usług. Zamiast tego filozofia ta koncentruje się na działaniach, zmierzających do zorganizowania pod kątem jakości całej instytucji i zaangażowania w sprawy jakości każdej komórki organizacyjnej, każdej osoby na każdym szczeblu.

Od czego powinien zacząć dyrektor szpitala czy innej jednostki ochrony zdrowia, który zdecydował się na wprowadzenie w jej działalności zmian projakościowych?

– Najważniejszym etapem w procesie doskonalenia jakości jest przeprowadzenie rzetelnej i szczegółowej diagnozy aktualnego stanu. Dopiero po zidentyfikowaniu wszelkich uchybień i niezgodności można zaplanować podjęcie działań korygujących, które z kolei mogą stanowić asumpt do działań zapobiegawczych. Świetnym bodźcem do zainicjowania projakościowych przedsięwzięć jest podjęcie przez dyrekcję szpitala decyzji o wdrożeniu systemu zarządzania jakością, najlepiej certyfikowanego, który w swej istocie opiera się na modelu ciągłego doskonalenia działań z ukierunkowanym naciskiem na działania zapobiegawcze, minimalizujące ryzyko dostarczenia pacjentowi usługi niezgodnej z wymaganiami normatywnymi, merytorycznymi, czy też osobniczymi.

Jakość często przegrywa w starciu z kondycją finansową szpitala. Jakich argumentów by

Utrzymanie wysokiego poziomu jakości wymaga dużego nakładu środków finansowych ze strony świadczeniodawcy. Z drugiej strony, wdrożony w jednostce system zarządzania jakością może przynieść pozytywne efekty finansowe w postaci redukcji kosztów na skutek reorganizacji pracy, porządkującej i usprawniającej funkcjonowanie poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala, zwiększając ich końcową efektywność, mierzoną osiągniętymi korzyściami w stosunku do poniesionych nakładów.

pan użył, aby przekonać nieprzekonanych, że mimo wszytko warto ponieść nakłady finansowe i zainwestować, żeby wszystkim było lepiej?

– Specyfika i charakter usług wymagają szczególnego podejścia do aspektów jakościowych w organizacjach usługowych. Najistotniejsze właściwości usług to: niematerialność, nierozdzielność, niejednorodność, nietrwałość, różnorodność, niska tolerancja dla błędów i pomyłek oraz trudność w określaniu i mierzeniu wyników. Specyfika usług wymaga także szczególnego podejścia do analizy ponoszonych przez szpital kosztów jakości. Zastosowanie właściwego zestawu mechanizmów finansowania świadczeń zdrowotnych stanowi jeden z kluczowych elementów determinujących sukces lub porażkę w zarządzaniu jakością usług medycznych. Na uwagę zasługuje fakt, że dynamika wszystkich kosztów rodzajowych w zakładach opieki zdrowotnej w ostatnich latach nabrała znacznego tempa. Biorąc pod uwagę zmianę cen towarów i usług, z których w dużej mierze korzystają placówki ochrony zdrowia, można stwierdzić ponad 25-procentowy wzrost kosztów operacyjnych na przestrzeni kilku ostatnich lat. Rosnące koszty funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej przy niezmiennej od dłuższego czasu wycenie świadczeń medycznych kontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia w najbliższym okresie mogą doprowadzić do znacznego pogorszenia się i tak już bardzo trudnej sytuacji finansowej szpitali w Polsce.

W świetle powyższych danych nasuwa się wniosek, iż ochrona zdrowia w Polsce jest wysoce niedofinansowana, co w znaczący sposób może również wpływać na jakość świadczonych usług medycznych. Dokonując porównania poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce z innymi krajami, można stwierdzić, iż jest on prawie ośmiokrotnie niższy niż w Stanach Zjednoczonych. Utrzymanie wysokiego poziomu jakości wymaga dużego nakładu środków finansowych ze strony świadczeniodawcy. Z drugiej strony, wdrożony w jednostce system zarządzania jakością może przynieść pozytywne efekty finansowe w postaci redukcji kosztów na skutek reorganizacji pracy, porządkującej i usprawniającej funkcjonowanie poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala, zwiększając ich końcową efektywność, mierzoną osiągniętymi korzyściami w stosunku do poniesionych nakładów. Innymi słowy, z jakością jest jak z inwestycją, żeby mieć z niej korzyści, trzeba najpierw zabezpieczyć i ukierunkować strumień zasobów finansowych na jej wykreowanie, a następnie utrzymanie na wysokim poziomie.

Z jakimi kosztami muszą liczyć się ci zarządcy szpitali, którzy zdecydują się na działania projakościowe?

– Koszty jakości można ująć w trzech grupach, koszty: zapobiegania, oceny i braków. Koszty prewencji w szpitalach są ponoszone, by zapewnić jakość usługi medycznej na wystarczająco wysokim poziomie, zgodnym z oczekiwaniami pacjentów czy też z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Ten rodzaj kosztów związany jest z zapewnieniem odpowiednich pod względem liczbowym oraz jakościowym zasobów ludzkich, a także zasobów rzeczowych – aparatury medycznej, infrastruktury szpitalnej. W celu uzyskania usługi o odpowiednim, zaplanowanym poziomie jakości należy odpowiednio zarządzać procesem tworzenia i doskonalenia jakości, którego istotną funkcją jest ocenianie i kontrolowanie. Specyfiką usług medycznych, jak zresztą i innych usług, jest trudność jednoznacznego zdefiniowania ich jakości, a co za tym idzie, określenia jednoznacznej metodyki jej oceny. Z całą pewnością poziom jakości usług jest znacznie trudniej mierzalny niż poziom jakości produktów, co w pewnym stopniu podnosi również koszty jej oceny. Szpitale, w których zaimplementowano system zarządzania jakością zgodny z normą ISO 9001:2008, zobowiązane są do przeprowadzania regularnych audytów jakości wewnętrznych oraz zewnętrznych. Mają one na celu stwierdzenie, czy system zarządzania jakością jest zgodny z zaplanowanymi ustaleniami, z wymaganiami normy oraz czy jest on w prawidłowy sposób utrzymywany.

Odnosząc się do kwestii kosztów braków, zauważyć należy, iż jednym z istotnych wskaźników jakości świadczeń zdrowotnych, które mają wpływ na bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu, jest odsetek popełnianych błędów medycznych. Co trzeci Polak w badaniu CBOS stwierdził, że poczuł się ofiarą błędu medycznego bądź przynajmniej uchybienia, niedopatrzenia, zaniechania, niekompetencji lekarza lub przedmiotowego traktowania. Do naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpływa co roku kilka tysięcy skarg na pracę lekarzy, wzrasta także liczba spraw rozpatrywanych w ciągu roku przez rzeczników w poszczególnych izbach lekarskich, a także przez sądy i wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Jest to niewątpliwie efektem wzrostu świadomości zdrowotnej i prawnej społeczeństwa. Tendencja ta w rezultacie skutkuje wzrostem stawki ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co może wkrótce stanowić wielki problem finansowy dla szpitali.

Na zakończenie wyrażę ubolewanie, że pieniądze zainwestowane przez szpital w jakość nie znajdują swojego odzwierciedlenia w cenach usług medycznych proponowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak to tej pory główny płatnik świadczeń zdrowotnych nie gratyfikuje w żaden sposób jednostek posiadających certyfikowane systemy zarządzania jakością, proponując tym szpitalom takie same stawki za wykonane usługi co szpitalom, które o jakość w ogóle nie zabiegają.

Rozmawiał Igor Korczyński

LASER – moja największa życiowa pasja

O ogromnych możliwościach zastosowania promieniowania laserowego rozmawiamy z **prof. dr. hab. inż. Ludwikiem Pokorą, prezesem CTL – Centrum Techniki Laserowej LASERINSTRUMENTS Sp. z o.o.**, uznanym na całym świecie naukowcem, twórcą coraz nowocześniejszych laserów, autorem cenionych i znanych na całym świecie publikacji poświęconych laserom

Panie profesorze, jest pan wybitnym, uznanym w Polsce i na świecie specjalistą w dziedzinie laserów. Wspomniał pan, że stały się one pana pasją, a to sprzyja tworzeniu wielkich rzeczy. Proszę powiedzieć, od czego zaczęła się „przyjaźń" z laserem?

– Był maj 1963 r., kończyłem właśnie maturę w znakomitym wtedy Liceum Ogólnokształcącym w Zduńskiej Woli. Bardzo lubiłem fizykę, chemię i matematykę. Miałem 17 lat i zastanawiałem się, co ze sobą zrobić. Mama i babcia chciały, żebym został księdzem, ojciec chciał ze mnie zrobić leśnika, a ja poszukiwałem czegoś oryginalnego, nieznanego. Chciałem też być odkrywcą. O mojej przyszłości zadecydowała informacja w gazecie codziennej „Głos Robotniczy", że polscy uczeni już trzy lata po amerykańskich fizykach zbudowali pierwszy polski laser. Przeczytałem ją kilka razy i próbowałem zrozumieć, czym właściwie jest ten laser. W encyklopedii nic na ten temat nie znalazłem, a Google'a wtedy przecież nie było. Tym bardziej mnie to fascynowało, było takie nowe i tajemnicze. W sam raz na moje poszukiwania i zainteresowania. Wtedy postanowiłem, co mam dalej ze sobą robić. Oświadczyłem rodzinie, że wybrałem studia w Wojskowej Akademii Technicznej, bo tam zbudowano coś tajemniczego – polski laser! W wyobraźni wyczuwałem, że to coś epokowego. To coś postanowiłem poznawać. Na studiach w WAT krok po kroku poznawałem tajemnice konstrukcji laserów. Fizyki laserowej uczyłem się od twórców pierwszego polskiego lasera. Pracę magisterską wykonywałem z najnowszych wówczas, pionierskich prac dotyczących laserów półprzewodnikowych. Moim promotorem był jeden z twórców pierwszego polskiego lasera – prof. Kazimierz Dzięciołowski. Tuż po zakończeniu studiów zostałem nauczycielem akademickim w zespole ówczesnego rektora WAT-u prof. Sylwestra Kaliskiego. Z tym nieznajomym i tajemniczym wtedy wynalazkiem zwanym laserem prawdopodobnie „zaocznie" polubiliśmy się. Od tego młodzieńczego impulsu o tajemniczym źródle światła laserowego laser stał się – i jest nadal – moją największą życiową pasją.

Wspaniale, że mógł pan uczyć się od najlepszych, a następnie rozwijać swoją pasję we własnej firmie. W jakich dziedzinach medycyny można wykorzystywać wymyślane przez pana i następnie produkowane przez pana zespół lasery?

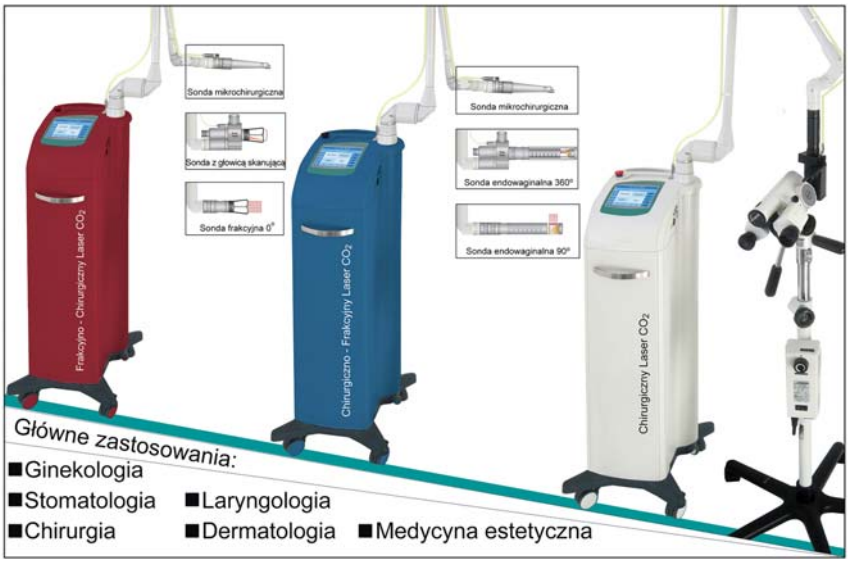
– Centrum Techniki Laserowej założyłem w 1991 r. z myślą o szerokich zastosowaniach laserów w nowoczesnej medycynie i nowoczesnych tech-

Terapia laserowa to nie współczesny wynalazek, korzystano z niej już w starożytności. Jej obecna forma sięga 1960 roku, kiedy zbudowano pierwszy laser. Niedługo potem pojawił się on też w Polsce, a jego zdrowotne zalety do dziś odkrywają kolejne pokolenia. Leczenie światłem towarzyszy człowiekowi od bardzo dawna. Starożytni Egipcjanie tysiące lat temu skutecznie praktykowali światłoterapię, choć tak jej wówczas nie nazywali. W dawnych latach źródłem światła do leczenia wielu schorzeń było słońce. Od czasu wynalezienia żarówki w światłoterapii zaczęto stosować – oprócz światła słonecznego – lampy konstruowane przez różnych autorów. W roku 1903 r. Niels Ryberg Finsen, duński lekarz, jako pierwszy w świecie otrzymał nagrodę Nobla za leczenie wielu chorób światłem generowanym przez skonstruowaną przez siebie lampę terapeutyczną. Finsen mógł regulować w niej moc światła, która ułatwiała dawkowanie fotonów do konkretnego przypadku chorobowego.

Metody światłoterapii przestały się rozwijać wraz z rozwojem leczenia metodami chemicznymi, nazwanymi z czasem farmakoterapią. Nowy impuls do powrotu terapii światłem nastąpił wraz ze zbudowaniem w 1960 r. „żarówki", nazwanej przez jej twórców laserem. Od pierwszych niemal chwil od zbudowania tego unikalnego źródła światła pojawiły się jego równie unikalne zastosowania w podstawowych dziedzinach życia człowieka, w szczególności wmedycynie i technologiach laserowych.

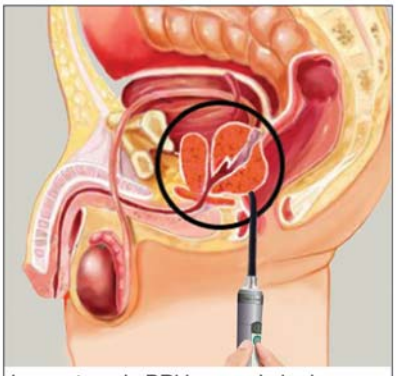
W Polsce od początku lat 70. zastosowanie tego genialnego narzędzia nierozerwalnie wiąże się z badawczo-konstrukcyjną działalnością zawodową prof. dr. hab. inż. Ludwika Pokory. Sekretarz redakcji i redaktor „Dziennika Gazety Prawnej" Mira Suchodolska w artykule pt. „Znani na całym świecie" napisała: „Profesorowi Ludwikowi Pokorze należy się pomnik – mówią specjaliści z branży stomatologicznej. To dzięki niemu dentyści bezboleśnie i z pominięciem środków znieczulających pomagają swoim pacjentom. Dziś, w wyniku opracowanej przez niego turbiny laserowej borowanie faktycznie przestało przysparzać cierpienia. Prof. Ludwik Pokora jest uznanym na świecie naukowcem, współtwórcą coraz nowocześniejszych laserów. Jest autorem cenionych i znanych na całym świecie publikacji, poświęconych fizyce i technice laserowej oraz laseroterapii i medycynie laserowej. Swoje opracowania w zakresie medycyny i techniki laserowej postanowił upowszechnić w formie wyrobów produkowanych w założonej przez siebie firmie CTL – Centrum Techniki Laserowej LASERINSTRUMENTS Sp. z o.o., prowadzonej wraz z żoną Danutą, synem Marcinem, fizykiem i córką Pauliną, lekarką".

Wielofunkcyjne Lasery Chirurgiczno - Frakcyjne na dwutlenku węgla - CO_2

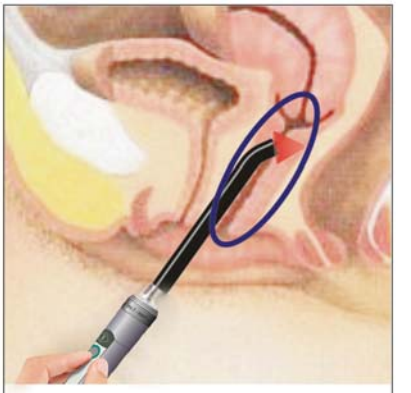


nologiach przemysłowych. Poza tym – jak dumnie brzmi nazwa firmy – zajmujemy się badaniami naukowymi nad światłem laserowym, stosowanym w pracach badawczych, w technice pomiarowej, w renowacji zabytków i dzieł sztuki, a także do celów prezentacji unikalnych właściwości świa-

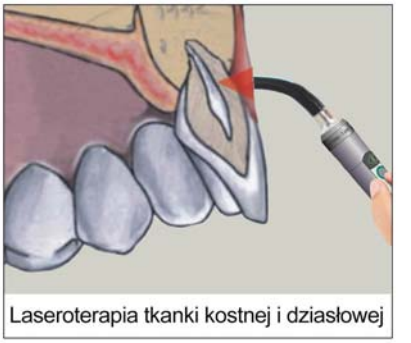
Przykłady zastosowań "tabletki" laserowej



Laseroterapia BPH gruczołu krokowego



Laseroterapia stanów zapalnych pochwy



Laseroterapia tkanki kostnej i dziasłowej

tła na lekcjach z fizyki w szkołach średnich i wyższych. Mamy ponad 35 świadectw patentowych. Miarą sukcesu CTL są liczne nagrody za innowacyjne opracowania, jak również stale rosnący udział w rynkach, na które trafiają nasze wyroby. Wciąż wyróżniają się one zarówno nowatorstwem, jak i niespotykaną precyzją w unikalnych zastosowaniach. Od 25 lat przecieramy szlaki jako pionierzy. Jako pierwsi w Polsce i trzeci na świecie w 1992 r. zbudowaliśmy laser do bezbolesnego, bezkontaktowego usuwania próchnicy. Rok później powstał pierwszy w Polsce i na świecie dwufalowy laser do bezlekowej terapii wielu schorzeń. W kolejnym roku opraco- ➥

Nasz zespół przez 25 lat intensywnych prac badawczych, współpracy z wieloma specjalistami medycyny laserowej z kraju i zagranicy wyselekcjonował blisko 800 jednostek chorobowych i przypadków, które skutecznie i bezpiecznie poddaje się leczeniu metodami laseroterapii.

waliśmy pierwszy w świecie laser do nieoperacyjnego leczenia gruczołu krokowego. Potem powstawały pionierskie konstrukcje laserowe do diagnostyki i terapii wczesnych zmian nowotworowych, do leczenia powikłań cukrzycowych, terapii trądziku, skutecznego leczenia urazów u sportowców, leczenia ran, odleżyn, oparzeń, odmrożeń i wielu, wielu innych.

Lista chorób, które leczy promieniowanie laserowe, jest zapewne długa. Wiele z nich ma słabe rokowania w medycynie klasycznej, a unikalne światło laserowe jest w ich przypadku skuteczne.

– Pani spostrzeżenie o ogromnych możliwościach światła laserowego jest bardzo trafne. Nasz zespół przez 25 lat intensywnych prac badawczych, współpracy z wieloma specjalistami medycyny laserowej z kraju i zagranicy wyselekcjonował blisko 800 jednostek chorobowych i przypadków, które skutecznie i bezpiecznie poddają się leczeniu metodami laseroterapii.

Na ulotkach wielu lekarstw mamy sporą listę możliwych działań ubocznych, to zawsze istotna informacja dla pacjenta. Czy w przypadku leczenia światłem laserowym występują skutki uboczne lub powikłania?

– Jeśli porównać tabletki lekowe do „tabletek laserowych", to nasze wyroby także wyposażone są w szczegółowe instrukcje stosowania dla użytkownika. Powstają one we współpracy z lekarzami, klinikami krajowymi i zagranicznymi. Poddawane są ocenie certyfikacyjnej przez europejskie i międzynarodowe grupy ekspertów – audytorów. Po pozytywnej ocenie otrzymują certyfikaty dopuszczenia do stosowania na terytorium Unii Europejskiej lub innych krajów, np. USA. Otrzymanie prawa do oznaczania wyrobu medycznego znakiem CE lub FDA jest cechą wyrobu, informującą, w jakim zakresie stosowania i na jakich warunkach światło lasera jest bezpieczne, a w jakich przypadkach może być niebezpieczne. Warto zwracać uwagę na te oznaczenia, bo są one kryterium bezpieczeństwa.

Wiem, że niektóre urządzenia laserowe działają na cały organizm, uruchamiając jego zdrowienie, podnosząc witalność i dodając energii. Czy pańska firma oferuje takie urządzenie, które możemy zakupić i sami stosować w tym celu w domu?

– Odpowiedź jest dość prosta, ale niezbyt oczywista. Mamy lasery, które można stosować w domu, jednakże bezpieczniej jest, jeśli to lekarz zleci zabiegi domowej laseroterapii. Czyli „tak, ale" niech lekarz nadzoruje laseroterapię domową.

Co jest pana marzeniem?

– Mam kilka marzeń. Jednym z nich jest to, aby wkrótce w aptekach można było kupić tabletkę lekową lub „tabletkę laserową" – potrafimy już określać ich skuteczne i bezpieczne w użyciu dawki. Nie zużywają się one, nie tracą terminu przydatności. Drugim marzeniem jest rozpowszechnienie wiedzy o promieniowaniu laserowym i jego fantastycznych zastosowaniach. Kolejnym – zbudowanie lasera o gabarytach telefonu komórkowego i jego produkcja w milionach sztuk. Marzę, abyśmy wszyscy uświadomili sobie i docenili, że od dawna jest w zasięgu ręki światło, które naprawdę leczy. Marzę, aby upowszechniła się ta wiedza, przecież wcale nieskomplikowana. Innym marzeniem jest, aby marka polski laser była łatwo rozpoznawana na całym świecie.

Laser to wspaniałe, przyjazne człowiekowi urządzenie. Nasuwa się pytanie, dlaczego nadal nie jest powszechnie używane, skoro jest tak skuteczne?

– Bo może nie jest jeszcze „przyjacielem" każdego, tak jak to stało się w moim przypadku. Obecnie wiemy dużo więcej, ale korzystamy mniej. Posiadamy odpowiednią wiedzę, nowoczesne aparaty, doświadczenie, ale wciąż obawiamy się szerokiego zastosowania lasera w leczeniu – czasami rzeczy proste okazują się skomplikowane. Boimy się zmian, pielęgnując nie przynoszące korzyści przyzwyczajenia związane z oczekiwaniem, że środki farmakologiczne są rozwiązywaniem wszystkich problemów, pomimo że nowe, skuteczne narzędzie jest na wyciągnięcie ręki.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała
Barbara Michorowska

ALGA-BIS Ewa Andrzejewska, Krzysztof Krysiak s.c.

ul Siedlecka 3, 93-138 Łódź
tel. 42 684 50 09, 684 10 14, e-mail: biuro@alga-bis.com.pl

Zapraszamy na naszą stronę internetową

www.alga-bis.com.pl

OCHRONA ZDROWIA
na chwiejnych filarach

Bez zbudowania podstawowej opieki zdrowotnej i buforowego lecznictwa pomiędzy lekarzem rodzinnym a szpitalem nie ma szansy na dobre funkcjonowanie ochrony zdrowia – uważa **Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej**

Jak chaos związany z krajowym systemem ochrony zdrowia rzutuje na postrzeganie zawodu lekarza? Czy nadal cieszy się on szacunkiem i zaufaniem społecznym?

– Postawione pytanie jest dla nas bardzo ważne, dlatego wraz z marszałkiem Senatu RP Stanisławem Karczewskim zorganizowaliśmy konferencję na temat zaufania do zawodu lekarza. Podczas niej goście zza granicy przedstawili sytuację w Europie, a my mówiliśmy o zaufaniu z punktu widzenia Polaków. Brytyjskie badania wskazują, że w Polsce zaufanie do lekarzy jest na bardzo niskim poziomie. Inne źródła, np. raport Centrum Badania Opinii Publicznej, podają zgoła odmienne wyniki, że 78 proc. Polaków ma zaufanie do lekarzy, u których się leczy. Z tych 78 proc. akurat bym się nie cieszył, martwiłbym się raczej tą częścią społeczeństwa, która lekarzom nie ufa. Chcielibyśmy, żeby to zaufanie wynosiło 100 proc., bo jest ono niezbędne do wykonywania naszego zawodu. Jeśli jednak przeanalizujemy sposób formułowania pytań przez ankieterów, okazuje się, że większość respondentów nie ufa nie tyle lekarzom, ile systemowi ochrony zdrowia w Polsce. Jeżeli bowiem zapytamy o zaufanie do konkretnego człowieka, u którego się leczymy, to poziom zaufania gwałtownie wzrasta. Ponieważ dane z różnych źródeł są rozbieżne, warto zbadać rzeczywisty stan zaufania w relacji lekarz–pacjent, i próbować je odbudować, do czego potrzeba wielopłaszczyznowego działania.

Zanim jednak przystąpimy do działania, dobrze jest sprawdzić przyczyny tak złych wyników. Te na pewno są złożone, ale na pierwszy plan wysuwają się przekazy medialne, spłycające wiele trudnych zagadnień, oraz siła rażenia negatywnych przekazów rozpowszechnianych w Internecie, gdzie w wymianie poglądów zwykle nie biorą udziału ludzie wyleczeni, lecz sfrustrowani, nieszczęśliwi, roszczeniowi. Przykładem niewłaściwego działania mediów może być nagonka na szpital w Rybniku i sprawa pacjentów poddanych detencji psychiatrycznej. Lekarze działali prawidłowo, zgodnie ze swoją wiedzą, ale z ich pracy zrobiono telewizyjne show, mylnie interpretując wiele kwestii postępowania medycznego. Ten wykreowany, nieprawdziwy obraz przeniósł się na wszystkich lekarzy psychiatrów w Polsce. W efekcie pokutuje przeświadczenie, że trują oni pacjentów psychotropami. Nici z komunikatu, że dzięki lekom można zwalczyć wiele objawów i przywrócić chorych do normalnego życia. W ostatnich latach poziom zaufania do lekarzy w Polsce nie napawa optymizmem, ale zadajmy pytanie, kto jest ofiarą tego dramatycznego, nieuzasadnionego spadku zaufania? Otóż poszkodowani to pacjenci, niejednokrotnie wprowadzani przez opinię publiczną w błąd. Niepowodzenia w leczeniu zwykle pokazywane są w otoczce skandalu, ale ich wyjaśnienie, które ukazałoby dany przypadek w innym świetle, jest pomijane. Nagłaśniana śmierć pacjenta często nie ma nic wspólnego z błędem czy niestarannością lekarzy. Efektem tego braku wyjaśnień jest kryzys zaufania do lekarzy i tłok na szpitalnych oddziałach ratunkowych, bo pacjenci chcą zasięgnąć porady w różnych szpitalach, w kilku źródłach.

Oczekiwania kadry medycznej i pacjentów są pozornie zbieżne – wszystkim zależy na zdrowiu, tyle że chory liczy na świadczenie na poziomie, a lekarz musi myśleć jeszcze o czynnikach formalnych, ekonomicznych, które go ograniczają w działaniu. Jak pogodzić te stanowiska?

– Przede wszystkim pacjent nie oczekuje świadczenia tylko pomocy lekarskiej, empatii i chwili rozmowy. Słowo „świadczenie" należy do urzędniczego żargonu. Zmiany wprowadzone wraz z ustawami dotyczącymi służby zdrowia w 2010 r. zaowocowały taką bezduszną nowomową. Chory nie zgłasza się po usługę do świadczeniodawcy, tylko po pomoc do lekarza, a sam nie jest świadczeniobiorcą tylko człowiekiem, któremu należy się opieka medyczna. Zepsucie języka spowodowało odejście od misji zawodu lekarza i poniekąd zaszkodziło zaufaniu. Zaszkodziło mu również przerzucenie na medyków wielu obowiązków biurokratycznych. Czynności, które w innych krajach należą do administracji, u nas lekarz musi wykonać sam. Pacjentowi zależy na zdrowiu rozumianym jako – zgodnie z definicją WHO – dobrostan fizyczny i psychiczny. Lekarz natomiast – jak Samarytanin – powinien zrobić wszystko, by w miarę możliwości ów stan przywrócić.

Jeśli natomiast mówimy o ekonomii, to konia, który ciągnie wóz, możemy bić batem, dopóki nie padnie. Metafora, której tu użyłem, obrazuje aktualną sytuację w środowisku lekarskim, zaganianym do coraz większego wysiłku, bo wóz pełen zadań jest coraz cięższy. WHO twierdzi, że prawidłowa opieka zdrowotna nad danym społeczeństwem wymaga co najmniej 6 proc. PKB. W Polsce na ochronę zdrowia przeznacza się od 4,2 do 4,4 proc. To pokazuje, że działamy w systemie, który jest permanentnie niedofinansowany. Tak naprawdę ze zbyt niskimi nakładami walczymy od 10 lat, gdy za czasów tworzenia kasy chorych nastąpił pewien zakręt w systemie finansowania ochrony zdrowia. Zadłużenie pogłębia się, problemy narastają i nic nie pomoże, dopóki proporcja między nakładami a obowiązkami pozostanie niewłaściwa. Trzeba przeanalizować, czy w naszym wozie, czyli koszyku świadczeń, rzeczywiście wszystko jest niezbędne. Jeśli chodzi o konie, nie zaprzęgniemy kolejnych, bo ich nie ma. Z tego powodu należy się zastanowić, co może pomóc. Mówię o szeregu regulacji odciążających lekarzy od zadań, które nie wymagają wiedzy medycznej, a jedynie wiążą się z biurokracją. Komercjalizacja, która miała być lekiem na całe zło, też nie uleczyła systemu. Skomercjalizowane szpitale nadal się zadłużają, wśród publicznych jedne funkcjonują lepiej, inne gorzej. Krótko mówiąc, nic się nie zmieniło, bo ci, którzy mieli pokrywać straty finansowe, wprowadzając do systemu środki spoza strumienia z NFZ, nie mają na to pieniędzy, więc pożyczają z różnych źródeł pod zastaw majątku służby zdrowia. Lekarzom jest wszystko jedno, jaka jest forma własności szpitala, w którym pracują. Nam zależy na dobrych warunkach pracy oraz na bezpieczeństwie pacjentów. To z kolei determinuje nasz dostęp do środków technicznych i farmakologicznych, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, tak by móc jak najlepiej pomagać chorym. Własność szpitali jest sprawą drugorzędną. Jak pokazuje codzienność, w jednostkach prywatnych wcale nie jest lepiej niż w publicznych, mimo że te napotykają szereg ograniczeń, eliminacja których wymaga zmian formalno-prawnych.

Jak ocenia pan podejmowane próby doskonalenia systemu, chociażby przez jego informatyzację?

– Z punktu widzenia lekarzy trudno dostrzec jakikolwiek pozytywny efekt informatyzacji, bo go po prostu nie ma. W zamian zafundowano nam wielki chaos, który pochłonął bardzo dużo pieniędzy, a nie przyniósł żadnej korzyści. Porażką okazały się platforma P1 czy eWUŚ. Wprowadzanie pojedynczych elementów, np. wydawanie e-zwolnień, bez połączenia tego z innymi programami jest kosztowne i mało sensowne. W wydawaniu potężnych sum na informatyzację z pewnością mamy koszulkę lidera, ale w efektach jesteśmy na poziomie Sierra Leone. Polska rzeczywistość szpitalna tak dalece odbiega od założeń nowoczesnego systemu, że próby jej informatyzacji mają wymiar anegdotyczny. Jeśli zapyta pani lekarzy o informatyzację, spotka się pani z irytacją, bo próby opanowania zawiłości odciągają uwagę lekarzy od sedna zawodu i skracają czas przeznaczony na pomoc chorym. Ile lat już walczymy o wydawanie prawa do wykonywania zawodu lekarza na karcie magnetycznej, by lekarz zawsze i wszędzie mógł się wylegitymować, a w razie czego służyć pomocą? Wciąż bezskutecznie. W szufladach lekarzy wciąż zalegają papierowe dokumenty, mimo że jesteśmy członkiem Unii.

Dlaczego na Zachodzie próby udoskonalenia systemu przynoszą efekty, a u nas kończą się porażką?

– Winne są długie lata zaniedbań i brak dookreślania na bieżąco, co pacjentowi się należy, a co nie. Jak wyobrazić sobie system, który zakłada, że za pacjentów wymagających pomocy fundusz nie zapłaci? Jak wytłumaczyć sytuację, w której z góry wiadomo, że na przeszacowanych procedurach powstają gigantyczne fortuny? Przeszliśmy etap barbarzyńskiego kapitalizmu w służbie zdrowia i przeszacowania jednych procedur kosztem drugich, np. świetnie funkcjonujące oddziały kardiologii inwazyjnej. W konsekwencji mamy najlepsze wyniki w Europie w ratowaniu ludzi z ostrym zespołem wieńcowym, czyli zawałem serca, a jednocześnie największą śmiertelność tych osób po roku od zawału. I mnóstwo niedofinansowanych oddziałów o innych profilach.

Jakie są główne postulaty środowiska lekarskiego poza większymi nakładami na ochronę zdrowia – na tę chwilę pewnie nie do przeskoczenia?

– Naszym największym niepokojem jest brak kadr lekarskich. Średnia w Polsce wynosi dziś 2,2 lekarza na tysiąc mieszkańców, czyli o połowę za ➥

mało. Aktualnie w toku studiów medycznych w Niemczech jest 87 tys. osób, w Polsce – 21 tys. Jeżeli chcielibyśmy dorównać wynikowi naszych sąsiadów, musielibyśmy mieć 43 tys. studentów. Poza tym ok. 30 proc. studentów medycyny nie kończy studiów, zaś ich skończenie nie oznacza, że absolwent występuje o prawo wykonywania zawodu i rozpoczyna pracę jako lekarz. W Niemczech wydaje się rocznie ok. 12 tys. nowych praw wykonywania zawodu. My każdego roku wydajemy naszym absolwentom medycyny ok. 3 tys. dokumentów, zezwalając na wykonywanie zawodu lekarza, ale jednocześnie ponad tysiąc osób pobiera od nas zaświadczenia umożliwiające podjęcie pracy w innych krajach UE, w tym we wspomnianych Niemczech. Jako samorząd nie jesteśmy w stanie oszacować liczby lekarzy, którzy wyjeżdżają na emigrację poza UE: do Stanów Zjednoczonych, Nowej Zelandii czy Zjednoczonych Emiratów Arabskich. Co więcej, trzeba pamiętać, że migracja do Polski jest śladowa. Sytuacja jest dramatyczna, te tendencje pilnie należy odwrócić. Na to wszystko nakłada się kolejny problem. Otóż średnia wieku specjalisty jest w Polsce najwyższa w porównaniu ze wszystkimi innymi krajami UE. Niedługo dojdzie do tego, że w wielu specjalnościach nie będziemy w stanie kształcić lekarzy, bo nie będzie miał kto tego robić. Przykładem może być chirurgia dziecięca. Gdy budowaliśmy wolną Polskę, mówiło się, że jest nadmiar ginekologów. Dziś w wielu województwach średnia wieku ginekologa to 58 lat. W efekcie mamy więcej oddziałów niż specjalistów. 60. rok życia przekroczyło już w Polsce prawie 25 proc. medyków. Lekarz umiera jak drzewo w lesie – stojąc. Stojąc przy łóżku pacjenta, bo wiek emerytalny jest w przypadku lekarzy czysto teoretyczny.

A zachęt dla nowych kadr jest niewiele.

– Praktycznie ich nie ma. Co więcej, to wcale nie czynniki ekonomiczne – jak niektórzy uważają – wywołują kolejne fale emigracji. Głównym powodem są trudności napotykane na drodze do specjalizacji, jak również te organizacyjne, związane z bieżącą pracą lekarza. Dopiero na trzecim miejscu są kwestie finansowe. Nie zmienia to faktu, że zarobki w środowisku są bardzo nierówne i w wielu przypadkach niska płaca zmusza lekarzy do pracy ponad normę, co przekłada się na krótsze życie.

Jakie rozwiązania widzi pan jako zasadne z myślą o zwiększeniu dostępności opieki medycznej i skróceniu czasu oczekiwania pacjentów?

– Na pewno niezbędny jest szereg działań organizacyjnych. Pod tym względem jesteśmy zadziwiająco nieskuteczni. Przede wszystkim nie potrafiliśmy zbudować solidnego fundamentu pod system ochrony zdrowia, a więc już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. To tam powinniśmy udzielać większości pomocy medycznej. Próby naprawy sytuacji napotykają na coraz to nowe przeszkody, vide leki dla osób 75+, gdzie uprawnienia do wypisywania miałby tylko lekarz rodzinny. Staram się rozumieć argument ministra zdrowia, że to on najlepiej zna problemy pacjenta, ale czy nie lepszym byłoby uprawnienie dla wszystkich lekarzy i dobry system informatyczny, wykazujący, kto co gdzie komu wypisał? Mam wrażenie, że ciągle skazujemy pacjentów na nowe kolejki. Bez zbudowania solidnej podstawowej opieki zdrowotnej i buforowego lecznictwa pomiędzy lekarzem rodzinnym a szpitalem nie ma szansy na dobre funkcjonowanie ochrony zdrowia. Mówię tu o specjalistycznych poradniach internistycznych i pediatrycznych. Efektem likwidacji tego fundamentalnego, pośredniego ogniwa są zagubieni pacjenci, odsyłani od lekarza rodzinnego do lekarza wąskiej specjalizacji, który bada narząd, a nie pacjenta. Kiedy ten zgłasza się do lekarza rodzinnego z bólem w klatce piersiowej, dostaje skierowanie do kardiologa. Zanim dojdzie do wizyty, trzeba czekać. I na jednym badaniu pewnie się nie skończy. Kiedy badanie wykaże, że serce jest zdrowe, pacjent znowu musi iść do lekarza rodzinnego, by dostać skierowanie do pulmunologa, gdzie historia się powtórzy i po kolejnych miesiącach w kolejkach okaże się, że płuca są w porządku. Nadal jednak nie wiadomo, co dolega choremu, a specjalista przecież zrobił swoje. Zupełnie inaczej wyglądałaby ta historia, gdyby chory trafił do internisty, który z pacjentem porozmawia i nie ograniczy myślenia czy diagnozy tylko do jednego narządu. Diagnoza w opisanym przypadku może się sprowadzić do choroby refluksowej przełyku, której zaradzą odpowiednie tabletki. Wyeliminowanie specjalistów chorób wewnętrznych z ochrony zdrowia przyniosło opłakane skutki. Ponadto pilnie należałoby zracjonalizować system lecznictwa. Do szpitali klinicznych powinni trafić pacjenci z klinicznymi problemami zdrowotnymi, a nie z każdym schorzeniem.

W wydawaniu potężnych sum na informatyzację z pewnością mamy koszulkę lidera, ale w efektach jesteśmy na poziomie Sierra Leone. Polska rzeczywistość szpitalna tak dalece odbiega od założeń nowoczesnego systemu, że próby jej informatyzacji mają wymiar anegdotyczny.

Na ile środowisko lekarskie jest zintegrowane i zgodne co do kierunków postulowanych zmian oraz oczekiwanych rozwiązań i narzędzi pracy? Czy głos izby jest brany pod uwagę?

– Samorząd lekarski działa w oparciu o „Ustawę o izbach lekarskich", jednak po części wykonuje zadania władzy państwowej, która w ustroju demokratycznym podzieliła się władzą z obywatelami. Jesteśmy poniekąd organizacją pararządową, ale w największym stopniu – pozarządową. Nie mamy realnej władzy ustawodawczej, jesteśmy jedynie stroną opiniującą. Demokracja to trudny ustrój, ale do tej pory nikt nie wymyślił lepszego. Mogę z dumą powiedzieć, że jesteśmy skutecznym samorządem zawodowym. Oczywiście życzyłbym sobie, żeby bardziej wsłuchiwano się w nasz głos, by w decyzjach rządzących mniej było politykierstwa, a więcej zdrowego rozsądku. Wówczas po kilkunastu latach reform nie stalibyśmy w miejscu. A my tymczasem mamy teraz koncepcję powrotu do budżetowego systemu i bunt niepublicznych zakładów. Trzeba jednak przyjąć do wiadomości, że dawniej był to najtańszy system, a więc dla biednego kraju najlepszy. System, który zburzyliśmy, dążąc do nowoczesności, dziś z trudem budują Szwajcarzy, a i nasz minister zdrowia mówi o nim jako o „kompleksowej opiece medycznej". A takiej przecież oczekujemy. Tak naprawdę mieliśmy całkiem sprawnie funkcjonujący system, w miejsce którego nie stworzyliśmy nic lepszego.

Rozmawiała Małgorzata Szerfer

SKAL HOTEL
★★★★

Hotel SKAL****
– naturalnie nad morzem

Nasze atuty to:

★ kameralna atmosfera w spokojnej okolicy i otoczeniu natury,
★ bliska odległość od piaszczystej plaży (150 m) oraz parku (100 m),
★ przestronne, klimatyzowane pokoje oraz nowoczesne dwupoziomowe apartamenty z widokiem na morze,
★ bogate wyposażenie pokojów i szereg udogodnień, m.in. minibar, ekspres do kawy i herbaty, sejf, telewizor LCD, suszarka do włosów, Wi-Fi,
★ restauracje Cynamon i Szarlotka, oferujące kulinarną ucztę na bazie starannie wyselekcjonowanych produktów z uwzględnieniem zróżnicowanych preferencji gości (np. diety fit), oraz bar z tarasem, w którym czekają własne wypieki, naturalne soki i orzeźwiający cydr z mazowieckich jabłek,
★ strefa spa & wellness z jacuzzi, gabinetami masażu, salą fitness, „słoneczną łąką" i kompleksem saun dostępnych do późnych godzin,
★ możliwość zorganizowania konferencji, eventów, wyjazdów integracyjnych, połączonych z licznymi atrakcjami i niezapomnianym relaksem,
★ miły i kompetentny personel, który doskonale dopełnia pozytywne wrażenia z pobytu w Ustroniu Morskim.

Hotel SKAL**

ul. Bolesława Chrobrego 80, 78-111 Ustronie Morskie, tel. 94 353 20 60, hotel@skal-hotel.pl, www.skal-hotel.pl

Hotel Przyjazny Rodzinie **Polish Prestige Hotels** **Rekomendacje konferencje**

Ciągle się doskonalimy

Rozmowa z Ewą Wojciechowską, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim

Jak dbają państwo o jakość w codziennej praktyce i jak daje się osiągnąć równowagę między możliwościami finansowymi a potrzebami inwestycyjnymi?

– System zarządzania jakością określa wymagania, które powinien spełniać system w organizacji. Wiąże się to z ciągłymi potrzebami inwestycyjnymi, co przy obecnej sytuacji finansowej służby zdrowia jest trudne do pogodzenia. Potrzeby wymagające nakładów finansowych analizujemy szczegółowo, a kolejność ich realizacji uzależniamy od priorytetów i planów strategicznych zakładu. W codziennej działalności dysponujemy szeroko rozwiniętą diagnostyką oraz wykwalifikowanym, doświadczonym personelem, który służy pacjentom zarówno wiedzą, jak i radą. Wszystkie nasze działania zmierzają do tego, by korzystający z naszych usług pacjent był w pełni zadowolony.

Czy certyfikacja pomaga utrzymać właściwy poziom funkcjonowania placówki i opieki nad pacjentem?

– Certyfikat ISO 9001 uzyskaliśmy w 2012 r., co wiązało się ze spełnieniem przez nas określonych wymagań, związanych z zakresem usług, szybkością ich realizacji, przebiegiem procesu leczenia, ze stosowaniem nowoczesnych metod diagnostyki. Coroczne audyty nadzoru oraz audyt recertyfikujący mobilizują nas do ciągłego utrzymywania pożądanego poziomu jakości. W ramach ISO opracowaliśmy instrukcje i procedury systemu zarządzania jakością oraz wiele innych dokumentów, które wytyczają nasze postępowania. Corocznie przeprowadzamy ankiety satysfakcji pacjentów oraz pracowników, dzięki którym wiemy, jakie są nasze dobre i złe strony, co należy poprawić, aby zwiększyć satysfakcję pacjenta, a tym samym podnieść jakość.

Rozmawiała Monika Michałowska

Inwestycje

SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSW w Głuchołazach to nowoczesna, specjalistyczna i dobrze wyposażona placówka medyczna z zapleczem diagnostycznym i rehabilitacyjnym. Świadczy usługi w ramach umowy z Narodowego Funduszu Zdrowia

Obecna pozycja SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW w Głuchołazach na rynku usług medycznych to efekt kilkudziesięciu lat doświadczeń w prowadzeniu działalności z zakresu leczenia oraz rehabilitacji i prewencji chorób układu oddechowego i układu krążenia. W początkach swojego istnienia, tuż po II wojnie światowej placówka była sanatorium, które włączyło się w walkę z epidemią gruźlicy. Aktualnie prowadzi ona działalność leczniczą, organizuje i realizuje działania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Szpital inwestuje w jakość. Posiadanie akredytacji i wdrożony system zarządzania jakością, zgodny z norma-

Właściwy

Szpital św. Elżbiety w Białej od 2000 roku posiada akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a od 2005 roku certyfikaty ISO 14001:2004 i ISO 9001:2000. Wymuszają one jakość i nie pozwalają na obniżenie poziomu świadczonych usług

W jednostce działa oddział wewnętrzny, na którym specjalizują się przyszli lekarze chorób wewnętrznych, oraz pododdział kardiologiczny niewydolności serca; wykonuje się w niej pełną nieinwazyjną diagnostykę kardiologiczną i internistyczną. W leczeniu chorych z niewydolnością serca lekarze wykorzystują aparat do przezskórnej kontrapulsacji. Szpital posiada także możliwość przyłóżkowego leczenia nerkozastępczego. Placówka wyposażona jest w najwyższej klasy sprzęt m.in. do wykonywania badań endoskopowych, ultrasonograficznych, ergospirometrycznych, holterowskich. Badania radiologiczne wykonywane są zaś w ucyfrowionej pracowni radiologicznej.

mi ISO, to przykłady elementów wyróżniających go na rynku usług zdrowotnych. Dyrekcja placówki dba też o inne aspekty jej funkcjonowania. Rezultatem przeprowadzonych działań inwestycyjnych z zakresu termomodernizacji i infrastruktury medycznej jest zwiększenie dostępności do specjalistyczny usług medycznych. Dla pacjentów szczególnie istotny jest fakt, że szpital jest bezpieczniejszy, lepiej zorganizowany i zarządzany oraz że świadczy usługi wysokiej jakości. ■

poziom jakości

Pracownicy Szpitala św. Elżbiety w Białej

Dyrekcja szpitala stawia jednak nie tylko na jakość sprzętu: 11 pracowników placówki uzyskało specjalizację z chorób wewnętrznych, 2 z kardiologii, 1 z reumatologii i 1 z radiologii, obroniono dwa doktoraty. W Urzędzie Patentowym zarejestrowano 4 wzory użytkowe oraz 1 patent. W polskiej i zagranicznej prasie naukowej opublikowano ponad 50 artykułów. Szpital uczestniczy w badaniach naukowych w ramach badań prowadzonych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. ■

Marsz ku doskonałości

Szpital Miejski w Miastku Sp. z o.o. jest podmiotem leczniczym posiadającym osobowość prawną, którego organem założycielskim jest gmina Miastko. Placówka szczyci się wieloma osiągnięciami w zakresie jakości świadczonych usług

Jako jednostka ochrony zdrowia pierwszego stopnia referencyjnego Szpital Miejski w Miastku prowadzi działalność związaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Realizuje je w oparciu o: pracownię diagnostyczną, gabinet lekarza POZ, ambulatorium, izbę przyjęć, siedem oddziałów (anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrycznego, położniczo-ginekologicznego ze szkołą rodzenia, neonatologicznego, rehabilitacyjnego), cztery poradnie (chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, rehabilitacji medycznej, endokrynologicznej), zakład opiekuńczo-leczniczy, pielęgniarkę edukacyjną i epidemiologiczną.

Placówka zaangażowana jest w działania na rzecz doskonalenia jakości świadczonych usług, dostosowując swe funkcjonowanie do obowiązujących standardów jakościowych. Wyrazem tego jest posiadanie certyfikatów PN-ISO 9001: 2009, PN- EN ISO 14001: 2005 oraz akredytacji krakowskiego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. W ramach zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia jednostka jest również realizatorem programów zdrowotnych na terenie powiatu bytowskiego. Wszystkie te działania mają na celu zaspokajanie potrzeb zdrowotnych w regionie, zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, a przede wszystkim uwzględnienie bezpieczeństwa pacjentów jako kwestii priorytetowej. ■

Jednym z najważniejszych czynników, które warunkują poprawę jakości w ochronie zdrowia, jest odpowiednia polityka kadrowa. Jak należy ją prowadzić?

Maria Polakowska
auditor wiodący PRS Certyfikacja

– W dobie deficytu specjalistów na rynku usług medycznych kształtowanie struktury zatrudnienia oraz dbałość o rozwój pracowników jest zadaniem trudnym. Wymaga kompleksowego spojrzenia i elastycznego podejścia. Kluczowe jest uświadomienie sobie, że ludzie są strategicznym zasobem firmy. Większość problemów powodują ludzie, z drugiej strony – to oni je rozwiązują. Ludzie posiadają możliwość ciągłego uczenia się, doskonalenia swojego potencjału, potrafią myśleć koncepcyjnie, są kreatywni. Są motywowani silnymi potrzebami, np. bezpieczeństwa, kontaktów społecznych i przynależności do grupy, szacunku i samorealizacji. Polityka zatrudnienia powinna zapewniać pracownikom realizację tych potrzeb.

Ewa Wojciechowska
dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim

– Polityka kadrowa w ochronie zdrowia powinna być kreowana na poziomie ogólnokrajowym. Na podstawie map potrzeb zdrowotnych powinny powstać mapy potrzeb kadrowych w zależności od specyfiki rejonów leczniczych. Rozdzielanie rezydentur powinno być adekwatne do potrzeb danego obszaru oraz finansowane na warunkach preferencyjnych. Należy wpłynąć na zmianę zjawiska niechęci młodych lekarzy do pracy w powiatach. Bardzo ważny jest również problem starzejącej się kadry medycznej. Wielu młodych lekarzy i wiele pielęgniarek emigruje lub rezygnuje z zawodu. Dysproporcje w zarobkach są ogromne, a utrzymujące się nadal niedofinansowanie w ochronie zdrowia powoduje pogłębianie się tego problemu. Potrzebą chwili jest ułatwienie lekarzom z Białorusi i Ukrainy wykonywanie zawodu na terenie Polski.

dr n. med. Maciej Sobkowski,
dyrektor Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu

– Zarządzanie organizacją w niestabilnym otoczeniu, w jakim z pewnością funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej w Polsce, wymaga od menadżerów umiejętnego wykorzystywania narzędzi zarządzania operacyjnego i strategicznego, pozwalających na antycypowanie przyszłości i podejmowanie właściwych decyzji w zakresie alokacji posiadanych zasobów, które umożliwiają realizację strategii firmy. Niewątpliwie najważniejszy i najcenniejszy zasób w organizacji stanowią pracownicy, bowiem to oni realizują cele, które wynikają z wyznaczonej strategii firmy. Każdy profesjonalny menadżer zdaje sobie sprawę z faktu, że dobrze zmotywowany oraz zadowolony z warunków pracy podwładny będzie rzetelnie wykonywał swoje codzienne obowiązki, co w konsekwencji przełoży się na jakość świadczonych przez niego usług, a finalnie na satysfakcję klienta. Dbałość o ów kapitał ludzki jest szczególnie istotna w placówkach o charakterze usługowym, a więc i w szpitalach, gdzie jakość usług w zdecydowanej mierze zależy od umiejętności i kompetencji pracowników, a co najważniejsze, ma wpływ na zdrowie i życie ludzkie. Ten argument, uzasadniający potrzebę wdrożenia efektywnych i skutecznych procesów zarządzania kadrami w szpitalach, wydaje się bezdyskusyjny.

Dlaczego warto poddać się certyfikacji z punktu widzenia jednostki ochrony zdrowia?

Rafał Pamuła
prezes zarządu Polskiej Akademii Jakości Cert Sp. z o.o. z Katowic

– System zarządzania jakością świadczonych usług zdrowotnych warto poddać certyfikacji w akredytowanej przez PCA jednostce Polskiej Akademii Jakości Cert Sp. z o.o., bowiem proces ten wpływa na: podnoszenie kwalifikacji personelu zatrudnionego w placówkach, uaktywnienie szkoleń personelu, pogłębienie podejścia procesowego do świadczonych usług, staranne i systematyczne prowadzenie dokumentacji medycznej i pozamedycznej, w tym zapisów z prowadzonych działań, terminowość świadczeń, wzrost stopnia zadowolenia pacjentów, podnoszenie skuteczności systemów komunikowania oraz efektywne zarządzanie wiedzą w placówce.

Jakie rozwiązania proceduralne są niezbędne, by jednostki ochrony zdrowia mogły podejmować skuteczne działania projakościowe?

Danuta Kasprzak
pełnomocnik dyrektora ds. systemu zarządzania jakością w Szpitalu Specjalistycznym im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach

– Aby mówić o podejmowaniu działań projakościowych, należy przeprowadzić głęboką analizę, weryfikację i modernizację swojej struktury organizacyjnej. Najważniejszym etapem działań jest ustalenie celu funkcjonowania oraz skonkretyzowanie procesów zachodzących podczas świadczenia usług pod względem ich znaczenia i roli oraz wzajemnego powiązania i oddziaływania. Istnieje potrzeba systematycznego dokonywania identyfikacji i eliminacji czynników obniżających skuteczność działań, a zarazem ciągłego usprawnienia procesów na każdym etapie działalności – od planowania, organizowania i wykonywania świadczeń, po ich kontrolę i doskonalenie.

Mariola Dudziak
dyrektor Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu

– Jednym z instrumentów w procesie zarządzania w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu jest wdrożony od 2009 r. system zarządzania jakością (SZJ), który pozwala identyfikować licznie powiązane ze sobą działania i nimi zarządzać. Coroczne przeglądy SZJ pozwalają na ocenę skuteczności, adekwatności i przydatności wdrożonego systemu i wskazują na potrzebę ewentualnych zmian w funkcjonowaniu jednostki. W celu oceny efektywności funkcjonowania SZJ stosuje się szereg mierników, m.in. percepcji pacjenta, analizy przyczyn zgonów i reoperacji, analizy zdarzeń nieporządnych, skarg i wniosków oraz analizy stanu sanitarno-higienicznego, w tym zakażeń wewnątrzszpitalnych. Dzięki wdrożonym mechanizmom szpital w Wałbrzychu dąży do ciągłego podnoszenia jakości świadczonych usług.

Co jest kluczowe w relacji lekarza z pacjentem, aby można ją było uznać za wzorową?

Zbigniew Kowalski
dyrektor firmy Komunikacja z Pacjentem PL Sp. z o.o. z Warszawy

– Relacja lekarza z pacjentem jest niezbędnym warunkiem leczenia. To od jej jakości zależy możliwość osiągania celów terapii. We współczesnym świecie mówi się, że powinna mieć ona charakter partnerski. Każdy z pacjentów jest innym człowiekiem – ma inne problemy, wyzwania, motywacje i oczekiwania. Z każdym z nich należy rozmawiać w nieco inny sposób, dlatego właśnie indywidualne podejście, ale także silna, emocjonalna baza w postaci zaufania, empatii i otwartości są głównymi filarami właściwej relacji lekarza z pacjentem.

Jakie rozwiązania proceduralne są niezbędne, by jednostki ochrony zdrowia mogły podejmować skuteczne działania projakościowe?

Kazimierz Bujas
właściciel firmy KaISO Consulting z Bęczarki

– Spróbujmy wyobrazić sobie na chwilę podmiot medyczny bez odpowiednich procedur postępowania: pacjent przychodzi do szpitala bez skierowania, bez dokumentacji medycznej i w innym terminie, niż był umówiony. Na bloku operacyjnym brakuje zasilania elektrycznego oraz sterylnych narzędzi chirurgicznych. Do wykonania zabiegu zaplanowano personel, który nie posiada odpowiednich kompetencji. Zapewne żaden z nas nie chciałby znaleźć się w takiej sytuacji, a ponieważ codzienność naszych placówek medycznych wygląda zdecydowanie inaczej, to czy nie jest to zasługa skutecznie działających procedur? Nieważne, czy procedury te są wymagane przez MZ, NFZ, przepisy, normy ISO czy akredytację CMJ. Ważne, aby skutecznie działały. Norma ISO 9001 dotyka każdej ważnej kwestii wokół pacjenta: od otoczenia szpitala poprzez przywództwo, zapewnienie zasobów ludzkich, infrastruktury i środowiska pracy, planowanie i nadzorowanie świadczeń medycznych identyfikację pacjenta, leków i zapisów, aż po zabezpieczenie na każdym etapie.

Leczyć zamiast liczyć

Rewolucyjne wynalazki potrzebują obcego kapitału. W branży wyrobów medycznych ciągle poszukujemy św. Graala. Myślę, że dużo racji ma prof. Zembala, twierdząc, że postęp medycyny wyznacza nadzieja – mówi **Janusz Szafraniec, prezes zarządu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED**

Co składa się na wartość polskiego rynku wyrobów medycznych i gdzie sytuuje się on w skali międzynarodowej? Czy można mówić o optymistycznych perspektywach na przyszłość?

– Wartość polskiego rynku wyrobów medycznych szacuje się na ok. 1,9 mld dolarów. Rynek ten wciąż się rozwija, zatem jego wartość rośnie. Prognozy przewidują, że do 2019 r. wynosić ona będzie ok. 2,6 mld dolarów. Największą część polskiej produkcji wyrobów medycznych stanowi sprzęt szpitalny, taki jak: meble, łóżka, stoły, fotele zabiegowe, a także lampy operacyjne i diagnostyczne – w tej dziedzinie mamy kilka firm z tradycjami, które są cenionymi eksporterami. Kolejnym obszarem, w którym mamy czym się pochwalić, jest produkcja narzędzi chirurgicznych, drenów, kateterów, cewników, czy też aparatury diagnostycznej i elektrochirurgicznej. Ale są też firmy produkujące innowacyjne wyroby, np. radiofarmaceutyki dla diagnostyki obrazowej.

Na wzrost polskiego rynku wyrobów medycznych wpływa kilka czynników. Po pierwsze, mamy 748 szpitali publicznych i kilkaset prywatnych, zatem jest duże zapotrzebowanie na wyroby medyczne. Jesteśmy szóstą gospodarką UE z trwałym, udowodnionym wzrostem, a zatem Polska jest postrzegana jako kraj rozwijający się. W związku z tym importerzy są zainteresowani sprzedażą najnowszych technologii na nasz rynek. Polskie społeczeństwo szybko się starzeje, a to oznacza zwiększenie popytu na usługi medyczne lecznictwa zamkniętego i rehabilitację. Siłą rzeczy wraz ze wzrostem liczby pacjentów rynek będzie się rozwijał, czego dowodem jest widoczny rozwój sektora prywatnego. Systematycznie rośnie również świadomość pacjentów, a to za sprawą łatwego dostępu do wiedzy, który zapewnia nam „dr Google", informując o coraz nowszych innowacyjnych wyrobach czy technologiach. Ta wiedza po prostu stała się ogólnie dostępna i polscy pacjenci będą ją coraz bardziej

wykorzystywać. Wreszcie ostatni czynnik, który jest najbardziej przykry, tj. niezwykle dalekie miejsce Polski w dorocznym Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Euro Health Consumer Index). Ranking ten monitoruje opiekę zdrowotną w 35 krajach OECD. Sporządzany jest w Szwecji na podstawie 48 parametrów. Uplasowaliśmy się na przedostatnim, 34. miejscu. Moim zdaniem nie odpowiada ono rzeczywistości. Patrząc na poprawę infrastruktury lecznictwa zamkniętego, zupełnie nie zgadzam się z przyznaną nam pozycją. Problem w tym, że pacjenci oceniają szpitale przez pryzmat pierwszego kontaktu, a więc kolejek i fatalnego dostępu do lekarzy specjalistów. Nie biorą pod uwagę wyposażenia bloków operacyjnych, których nawet nie widzą, czy też jakości aparatury diagnostycznej. Należy również dodać, że polski pacjent ma swoją specyfikę. Mam tu na myśli typową dla nas skłonność do malkontenctwa i negatywne postrzeganie rzeczywistości. Jednak, oceniając rynek wyrobów medycznych w kontekście przyznanej nam przedostatniej pozycji, wniosek jest jeden: gorzej już być nie może, a skoro jest tak źle, to może być tylko lepiej. Taką mamy nadzieję, zwłaszcza w odniesieniu do innowacyjnych wyrobów, które za stosunkowo niewielkie pieniądze mogą wynieść lecznictwo na wyższy poziom. Podsumowując, rynek jest duży, a zarazem wysoce konkurencyjny, a zatem bardzo wymagający. Na szczęście jednocześnie jest obiecujący, mimo że mocno niedofinansowany.

Czy jakość wśród konkurujących przedstawicieli rynku jest porównywalna?

– Na polskim rynku wyrobów medycznych dostępne są praktycznie wszystkie produkty. Mało tego, co jakiś czas media donoszą, że sami wykonujemy ciekawe, nowatorskie operacje, bo lekarzy – choć niewielu – mamy zdolnych, a to oznacza, że w dziedzinie medycyny nie odstajemy od reszty krajów. Rynek wyrobów medycznych jest zdominowany przez firmy zachodnie, co wynika z jego specyfiki – w obszarze diagnostyki obrazowej liczą się praktycznie tylko firmy globalne, które są obecne również u nas, a w pozostałych segmentach mamy pełną konkurencję – od producentów z Azji przez oferentów z Europy po dostawców z Ameryki. Zdecydowanie przeważa import wyrobów medycznych do Polski. W związku z tym polski pacjent ma dostęp do najnowszych światowych rozwiązań i aparatury. Istotna pozostaje raczej kwestia, czy stać nas na ich zakup.

Na ile krajowi producenci są w stanie odpowiedzieć na rosnący popyt na wyroby medyczne?

– Krajowi producenci wchodzą na rynek coraz szerzej i są zdecydowanie bardziej widoczni w sprzęcie szpitalnym. Niestety w obszarze aparatury średnio zaawansowanej ciągle mamy wiele do zrobienia. Jeśli chodzi o aparaturę wysoko zaawansowaną, to w tym obszarze na całym świecie działa kilka firm. Tu polskie firmy nawet nie aspirują, zwłaszcza że nakłady na badania są znikome. Z drugiej strony, w Zabrzu powstaje polski robot kardiochirurgiczny. Interesująco zapowiada się też analizator do badań krwi polskiej produkcji. Pojawiają się pewne jaskółki postępu, ale zasadniczo innowacje w medycynie zdominowane są przez zachodnich producentów.

Czy te próby, które są podejmowane, mają szansę wyróżnić nas w skali międzynarodowej?

– Jak najbardziej, tyle że tu już trzeba porozmawiać nie tyle o wyrobach medycznych, ile o biznesie jako takim. Sytuację dobrze obrazują statystyki, które podają, że na 100 powstających start-upów przebija się 8–10. Oczywiście w dziedzinie wyrobów medycznych również mają szansę zaistnieć, ale droga do sukcesu jest wyboista. Dla przykładu, robimy jedne z najlepszych jachtów na świecie, ale ze względu na wysokie koszty produkcji Skandynawowie zlecają nam ich wykonanie, a gotowy wyrób jest sprzedawany pod ich marką. Podobnie sprawa wygląda z rynkiem wyrobów medycznych – konkurencyjnym i protekcjonistycznym, gdzie bez ogromnej determinacji i równie dużych nakładów finansowych trudno jest zaistnieć i wypromować swój produkt. Na razie o sukcesach eksportowych polskich producentów możemy mówić wyłącznie w zakresie sprzętu szpitalnego. W przypadku innowacji trzeba się liczyć z tym, że wyrób medyczny, jak każdy inny produkt, będzie musiał powstać we współpracy z firmą zagraniczną albo w ogóle pod inną marką. Tak czy inaczej to trudna i długa droga. Wdrożenie leku trwa około 10 lat, a innowacyjnego wyrobu medycznego minimum 3 do 5 lat, przy czym zdobycie atestów i certyfikatów, niezbędnych do sprzedaży na rynki obce, znacznie ten proces wydłuża. Pamiętajmy, że w tym czasie świat idzie do przodu i nasza innowacja traci na wartości, bo kiedy my walczymy o wdrożenie produktu, już powstają nowe, lepsze rozwiązania. Kreatywności nam nie brakuje, więc myślę, że będą się pojawiać nowe pomysły – obiecująco wygląda np. przyszłościowy obszar telemedycyny. Miejmy nadzieję, że starczy środków na ich realizację.

Czy wiele firm działa w oparciu o współpracę z zagranicznymi podmiotami? Czy w dziedzinie wyrobów medycznych mamy szansę stać się cenionym podwykonawcą, jak w przypadku branży lotniczej?

– Podała pani bardzo dobre porównanie. Branża lotnicza świetnie pokazuje drogę sukcesu. Rewolucyjne wynalazki potrzebują obcego kapitału. W branży wyrobów medycznych ciągle poszukujemy św. Graala. Myślę, że dużo racji ma prof. Zembala, twierdząc, że postęp medycyny wyznacza nadzieja. Duże możliwości otwiera NOTES – Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, czyli chirurgiczna technika operowania przez naturalne otwory ciała, by uniknąć blizn. Znakomicie rozwija się technologia MIS w obszarze wielu dyscyplin chirurgicznych i endoskopowych. Idea ta wymusza opracowanie metod dotarcia do odpowiednich narządów w sposób nieurazowy. Robotyka rozwija się znakomicie i daje szereg korzyści dla operatora, a w efekcie dla pacjenta, więc na pewnie jest to jeden z wartych uwagi kierunków rozwoju. Chciałbym podkreślić, że przemysł medyczny wydaje rocznie najwięcej patentów i na tym chyba ludzkości najbardziej zależy. Pytanie tylko, jak ten postęp sfinansować.

Oficjalnie największą bolączką polskiego systemu ochrony zdrowia jest niedostateczne finansowanie. Oczywiście bez odpowiednich nakładów rozwój jest niemożliwy. Nie da się uprawiać nowoczesnej i innowacyjnej medycyny w Polsce za takie pieniądze, jakimi dysponujemy. Zatem rozmawiajmy, jak to zmienić.

Hamulcem w drodze do tworzenia innowacyjnych rozwiązań dla medycyny są głównie finanse, czy raczej winę ponoszą nieprawidłowości systemu i polityka?

– Oficjalnie największą bolączką polskiego systemu ochrony zdrowia jest niedostateczne finansowanie. Oczywiście bez odpowiednich nakładów rozwój jest niemożliwy. Nie da się uprawiać nowoczesnej i innowacyjnej medycyny w Polsce za takie pieniądze, jakimi dysponujemy. Zatem rozmawiajmy, jak to zmienić. Jako izba od dawna postulujemy wprowadzenie zmian, które poprawiłyby sytuację finansową polskiego systemu ochrony zdrowia. Metod jest kilka. W kraju, w którym opodatkowana jest praca, a nie konsumpcja ani majątek, zaś składka zdrowotna jest częścią tego opodatkowania, zwiększenie składki z budżetu może doprowadzić do wzrostu bezrobocia. Składkę zdrowotną jak najbardziej należy zwiększać, choćby o pół procent co dwa lata, ale szybciej i prościej można zadziałać na przykład na gruncie medycyny pracy. Dobrze, że każdy Polak musi przejść badania pracownicze, bo dla wielu ludzi to jedyny kontakt z lekarzem i możliwość zdiagnozowania się. Można by go rozszerzyć, ale trzeba pracodawcom jakoś w tym ulżyć – to oczywiste. Firmy nie mogą brać na siebie odpowiedzialności za obszar kompetencji państwa. Mogą go wspierać. Następny krok to zdrowotne ubezpieczenia pracownicze, w ramach których firmy proponują określone świadczenia medyczne. Pracodawcy są „za", tyle że liczą na ulgi z tego tytułu, bo nie chcą wyręczać państwa. Uważam, że na tym polu bardzo szybko można osiągnąć consensus. Poza tym warto pomyśleć o wprowadzeniu możliwości dobrowolnej dopłaty pacjenta do wyrobu medycznego. W naszej opinii rozwiązaniem problemu niewystarczających środków finansowych w systemie ochrony zdrowia byłoby również umożliwienie pacjentom partycypowania w finansowaniu lepszych jakościowo procedur czy wyrobów medycznych. W ten sposób uzyskalibyśmy dodatkowe pieniądze. Ubezpieczenia dodatkowe lub indywidualne dopłaty pacjentów do świadczeń musiałyby być oczywiście dobrowolne i w żaden sposób nie mogłyby powodować dyskryminacji osób, które nie mają możliwości dokonania dopłaty. Oczywiście zakładamy, że wniesienie takiej dopłaty nie powodowałoby przeskoczenia kolejki oczekujących na wykonanie danej procedury.

Aktualny system ochrony zdrowia funkcjonuje tak, że pacjent musi skorzystać ze standardu oferowanego przez NFZ lub w 100 proc. pokryć koszt leczenia prywatnego. Pacjentowi nie daje się zatem żadnego wyboru, gdyż standard oferowany przez NFZ w wielu przypadkach nie uwzględnia diagnozowania i leczenia za pomocą nowoczesnych wyrobów medycznych, które zapewniają szybszy powrót do normalnego funkcjonowania, skracają czas pobytu w szpitalu i dają mniejsze ryzyko powikłań. Na chwilę obecną nie ma możliwości, aby otrzymać świadczenie zdrowotne w ramach NFZ i dopłacić np. tylko za wstawienie nowocześniejszego implantu niż ten, którego koszt sfinansowałby normalnie NFZ.

Obecnie mamy do czynienia z niebywałą hipokryzją polskiego sytemu ochrony zdrowia. Nie jest możliwe wniesienie dopłaty do leczenia bezpośrednio w placówce publicznej, jednak w ponad 250 fundacjach przyszpitalnych pacjenci dokonują dopłat, wykupując cegiełki lub wpłacając darowizny. I to jest legalne. To po prostu trzeba zmienić i to jak najszybciej. Lepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie jasnych zasad, które proponujemy. Na wprowadzeniu możliwości dobrowolnych nikt by nie stracił, a zyskaliby wszyscy: pacjenci, lekarze i szpitale. Ci pierwsi zyskaliby możliwość dostępu do leczenia na oczekiwanym poziomie, szpitale miałyby możliwość świadczenia usług wzbogaconych o ponadstandardowe wyroby medyczne, a lekarze mogliby leczyć nowocześniejszym sprzętem.

Jednak największe obszary zasobów do dyspozycji leżą w sferze wyłącznie zależnej od polityki, co zresztą jest zawarte w pani pytaniu. Pozwolę sobie wymienić dwa podstawowe. Pierwszy to ciągle raczkujące, albo wręcz nieistniejące partnerstwo publiczno-prywatne. Projekt PPP budowy szpitala w Żywcu ciągnie się długo, ale dobrze, że wystartował, bo jeśli się uda, będzie być może pozytywnym benchmarkiem dla polityków i uwolni kolejne środki finansowe inwestorów. Proszę zobaczyć, jak szybko rozwija się ono w odniesieniu do opieki senioralnej. Drugi obszar jest najważniejszy i największy. To konieczna i niezbędna w średniej perspektywie redukcja niebotycznie dużej liczby szpitali publicznych. Szacunki ekspertów mówią o liczbie nawet 200 do 300 przy istniejącej liczbie 748 szpitali publicznych. Dało się przekonać górników do samoograniczenia płacowego w obliczu wizji bankructwa kopalń, musi się dać przekonać tych samych górników i całe społeczeństwo do niezbędnych posunięć w infrastrukturze. Nie stać nas na finansowanie tak dużej liczby szpitali. W Niemczech i Holandii to się udało i udaje, ale wymaga to jednej podstawowej i fundamentalnej rzeczy: dialogu ze społeczeństwem, dialogu na poziomie gminy i powiatu, i tłumaczenia ludziom dlaczego. To proces, ale trzeba zacząć go niezwłocznie, bo problem będzie narastał coraz bardziej.

Wracając do wcześniejszego pomysłu, najbardziej cieszymy się z zapowiedzi ministra Krzysztofa Łandy, że jeśli tylko Ministerstwo Zdrowia uwinie się z koszykiem świadczeń gwarantowanych i ustali, co należy się pacjentowi w ramach składki, będzie możliwa dopłata do wyrobu medycznego. Problem polega na tym, że w grę wchodzi polityka. Dlatego w rankingu OECD przoduje Holandia – podobno jedyny kraj, w którym organizacja ochrony zdrowia funkcjonuje niezależnie od polityki. U nas każdy pacjent i polityk najlepiej zna się na zdrowiu. Jeśli tego nie zmienimy i nie oddamy decyzji w ręce tych, którzy faktycznie znają problemy ochrony zdrowia, nie doświadczymy poprawy sytuacji. Jednocześnie chciałbym wyraźnie zaznaczyć, że nie potrzebujemy rewolucji i kolejnej całkowitej reformy systemu, a jedynie udoskonalenia obecnego. Dopłaty do innowacyjnego wyrobu medycznego na poziomie usługi ambulatoryjnej, zabiegowej czy opera-

Sponsoring na rynku medycznym jest zjawiskiem powszechnym – jawnym i opodatkowanym. Nie ma możliwości rozwoju medycyny bez współpracy lekarzy z przemysłem. Dyskusja nad istnieniem sponsoringu jest całkiem bezprzedmiotowa. Warto natomiast pytać, jak powinna ona przebiegać, i tu odpowiedź napawa optymizmem.

cyjnej wynoszą od kilkuset złotych do wysokości średniej krajowej pensji. Szpitale, które działają na konkurencyjnym rynku, umożliwiając pacjentom dopłaty, są przez nich zasilane, co daje lekarzom szansę korzystania z najnowocześniejszych wyrobów medycznych. Producent sam zapewnia lekarzom szkolenie jako warunek dopuszczenia produktu. Korzyści dla pacjenta są oczywiste, jednak żeby taką zmianę wprowadzić, potrzebna jest decyzja polityczna. Ratunkiem dla finansowania jest też racjonalna polityka wydatków i optymalizacja kosztów szpitala na poziomie zakupów, by nie dopuścić do sytuacji, w której ambicjonalne usprzętowienie szpitali przerasta popyt. Czasem lepiej zainwestować w stan infrastruktury drogowej, żeby karetka mogła dojechać z jednego szpitala do drugiego, niż w drogą, rzadko używaną aparaturę w kilku szpitalach działających w niewielkiej odległości od siebie. Według mnie zmiany, o których mówię, należy wprowadzić równolegle – myślę, że jest to do zrobienia stosunkowo szybko.

Dla wielu gałęzi gospodarki, a także szpitali, istotnym zastrzykiem finansowym były fundusze unijne. Czy producenci wyrobów medycznych również skorzystali z tej szansy i jakie możliwości otwierają się dla branży w ramach nowego rozdania środków?

– W poprzedniej perspektywie było do dyspozycji kilka miliardów, zaś w obecnej 12,2 mld, a więc największa dotychczas pula. W całym kraju widoczne są tabliczki informujące o projektach zrealizowanych dzięki dotacjom unijnym. To źródło bardzo znaczącego wsparcia dla krajowych inwestycji. Do tej pory środki zostały przeznaczone na wyposażenie szpitali: diagnostykę obrazową, tomografy, PET-y, ale też termomodernizacje obiektów i modernizacje oddziałów. Środki w perspektywie 2014–2020 to znacznie poważniejsze pieniądze, dlatego nie wolno nam ich zmarnować. Trzeba je wydać jak najmądrzej. W tym miejscu warto zwrócić uwagę, że zbyt wiele placówek jest skupionych na inwestycjach w infrastrukturę i wyposażenie, podczas gdy bardziej powinniśmy koncentrować się na tym, by leczyć zamiast liczyć. Dziś stan ochrony zdrowia bazuje na procedurach, a mało kto pyta, gdzie w tym wszystkim jest człowiek. Bez dodatkowych pieniędzy spoza budżetu nie mamy szans na przywrócenie normalności i poprawę stanu zdrowia Polaków.

Czy wewnątrz izby są już konkretne pomysły na właściwe spożytkowanie dotacji?

– Jeszcze nie, ponieważ programy są w trakcie tworzenia, a warunkiem uruchomienia środków jest dostarczenie map potrzeb zdrowotnych. Jestem zdania, że za obecną sytuację finansową winę ponoszą wszystkie ekipy rządzące na przestrzeni ostatnich 25 lat. W tym okresie zostało zrobione stanowczo za mało i dziś mamy tego wynik. W tej perspektywie pieniądze będą wydawane nieco inaczej – z przeznaczeniem na zdecydowanie innowacyjne wyroby, technologie i rozwiązania, a nie na podstawowe wyroby. Skorzystają na pewno onkologia, diagnostyka obrazowa, telemedycyna, hybrydowe sale operacyjne, czy w końcu robotyka, a więc dziedziny wymagające najdroższej zaawansowanej aparatury.

Mówiliśmy o postulacie dobrowolnych dopłat, a jak wygląda kwestia dobrowolnej certyfikacji w branży? Czy jest ona wyróżnikiem wyrobów medycznych na konkurencyjnym rynku?

– Żeby wprowadzić wyrób medyczny do obrotu na terenie Polski, musi on spełniać określone wymogi, w tym posiadać znak CE, uprawniający do sprzedaży na terenie UE. Rejestracja wyrobu, poprzedzona szeregiem formalności, jest absolutnie obligatoryjna. Podobnie wiele wymogów jest warunkiem uczestnictwa w przetargach. Pod tym względem pacjenci mogą być spokojni. Równolegle są jednak inne certyfikaty, choćby słynny amerykański FDA, które w przypadku wejścia na rynek dużych ubezpieczycieli zagranicznych są dodatkowym argumentem przy zawieraniu umowy na zakup wyposażenia szpitali. To z kolei zawęża ofertę do dużych firm, które stać na dodatkową certyfikację, uznawaną za granicą. Z punktu widzenia pacjenta i jakości świadczeń jest to sprawa drugorzędna, jeśli nie marginalna. Tu w grę wchodzą raczej aspekty biznesowe i marketingowe.

Jak przebiega współpraca między przedstawicielami rynku wyrobów medycznych a przedstawicielami jednostek ochrony zdrowia i jak ważna jest w tych relacjach właściwa postawa etyczna?

– Problem nieetycznych zachowań był najbardziej odczuwalny do 2007 r. Potem, kiedy rząd PiS-u podjął walkę z korupcją, sytuacja zaczęła się zmieniać. Działania mocno dotknęły naszą branżę. Wówczas w trybie pilnym stworzyliśmy w izbie kodeks etyki, którego podpisanie było i nadal jest warunkiem członkostwa. Nie chodziło tylko o nieuczciwą konkurencję, zmowy rynkowe czy dumping cenowy, lecz przede wszystkim o uzdrowienie relacji między przemysłem a pracownikami ochrony zdrowia.

Według ostatnich badań Transparency International zdecydowanie spadł poziom korupcji w Polsce. Z 35. miejsca awansowaliśmy się na miejsce 30. razem z Tajwanem. A przecież dotyczy to również ochrony zdrowia. Przyjmowanie łapówek przez lekarzy jest już raczej tematem nieaktualnym, na wokandzie są raczej sprawy dotyczące błędów w sztuce lekarskiej.

Sponsoring na rynku medycznym jest zjawiskiem powszechnym – jawnym i opodatkowanym. Nie ma możliwości rozwoju medycyny bez współpracy lekarzy z przemysłem. Dyskusja nad istnieniem sponsoringu jest całkiem bezprzedmiotowa. Warto natomiast pytać, jak powinna ona przebiegać, i tu odpowiedź napawa optymizmem. Od sześciu lat prowadzimy zewnętrzny projekt MedKompas, którego celem jest promowanie zasad etycznej współpracy pomiędzy reprezentantami ochrony zdrowia a przedstawicielami rynku wyrobów medycznych. W jego ramach prowadzone są warsztaty „Prawne i etyczne aspekty współpracy przedstawicieli ochrony zdrowia z przedstawicielami przemysłu medycznego" oraz kampania promująca etyczne relacje w ochronie zdrowia. Jednym z elementów tej inicjatywy jest stworzenie uniwersalnego zestawu dokumentów dla placówek ochrony zdrowia, które stanowią podstawę do wprowadzenia systemu compliance oraz pilotażowe wprowadzenie takiego systemu w trzech wybranych szpitalach. Podczas szkoleń uczymy pracowników ochrony zdrowia dobrych praktyk w zakresie sponsoringu, zaś na naszej stronie internetowej można znaleźć wzory umów. Efekty są fantastyczne. Najprawdopodobniej od przyszłego roku sponsoring bezpośredni, czyli relacji firma–pracownik ochrony zdrowia, będzie przechodził na system pośredni, zgodnie z wytycznymi Eucomed – organizacji zrzeszającej producentów i dystrybutorów na poziomie europejskim. Kwota będzie przydzielana przez darczyńcę szpitalowi, który będzie samodzielnie zagospodarowywał grant, delegując na szkolenia wybranych specjalistów lub przeznaczając środki na zakup aparatury. Ten kierunek zmian ma wyeliminować lekarza z relacji szpital–firma, co działa już w niektórych krajach Unii.

Rozmawiała Małgorzata Szerfer

Przyszłość to opieka koordynowana

Prezentując SPSZOZ w Lęborku, chciałabym przedstawić kierunki działań naszej lecznicy w aspekcie coraz szerszej omawianej opieki koordynowanej. Nieustannie zmieniająca się za sprawą wdrażania polityki projakościowej optyka podmiotów leczniczych wyraźnie zmierza do podejmowania działań, których centralnym punktem jest pacjent. Sytuacja ta, wydawałoby się oczywista, z punktu widzenia chorego już taka nie jest. Dowodem tego są negatywne oceny, dotyczące nie lecznic, ale tzw. systemu opieki zdrowotnej. A zatem jeśli system jest niezadowalający, to w jaki sposób działać, aby – z jednej strony – zapewniał on wysokie standardy w diagnostyce i leczeniu poszczególnych jednostek chorobowych, z drugiej zaś – skutecznie, efektywnie i najlepiej w sposób zasadny ekonomicznie obejmował cały łańcuch działań medycznych, począwszy od podstawowej opieki zdrowotnej, skończywszy na specjalistyce ambulatoryjnej, szpitalnej oraz wysokospecjalistycznej – klinicznej? Temu celowi służyć ma opieka koordynowana. Rola szpitali powiatowych, w tym naszego lęborskiego, jest dla realizacji tego zadania bardzo ważna, stanowi on bowiem nie tylko bazę diagnostyczną, lecz także wykonuje większość procedur medycznych, nierzadko także wysokospecjalistycznych. Gromadząc największe zespoły medyczne o różnorodnych specjalnościach, staje się nie tylko realizatorem zadań zleconych przez inne podmioty medyczne, lecz także pełni rolę naturalnego przekaźnika do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności. W naturalny zatem sposób szpital staje się koordynatorem działań medycznych na określonym terenie. Wydawałoby się, iż jest to prosty schemat i bez

Lidia Kodłubańska, dyrektor SPSZOZ w Lęborku (w pierwszym rzędzie, w środku), i Krzysztof Rebkowiec, zastępca dyrektora ds. finansowych (pierwszy od prawej w pierwszym rzędzie) wraz z zespołem medycznym

trudu funkcjonujący, gdy tymczasem widzimy, że wcale tak nie jest. Do zbudowania rzeczywistego, sprawnie działającego systemu, w którym pacjent poruszać się będzie niczym w tramwaju z przystankami, potrzeba współpracy, w której kluczową rolę odgrywają sprawna informacja oraz właściwe relacje ze wszystkimi uczestnikami tzw. rynku usług medycznych, zwanymi świadczeniodawcami. Musimy zatem, biorąc pod uwagę zadania i cele każdego z podmiotów medycznych, stworzyć przejrzysty, sprawny i przyjazny dla pacjenta system. Dążąc do tego celu, organizujemy spotkania tematyczne, na które zapraszamy zarówno lekarzy podstawowej opieki medycznej, jak i specjalistów, którzy pracują w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Rozwijamy współpracę z grupami zrzeszającymi pacjentów – seniorów, młodzież szkolną, prowadząc na ich rzecz działania edukacyjne. Chcielibyśmy, aby każdy z oddziałów szpitalnych i każda z poradni przyszpitalnych ściśle współpracowały z określoną grupą podmiotów medycznych, skupiających pacjentów o konkretnych potrzebach leczniczych. Dalszym etapem w naszej opinii stanie się leczenie środowiskowe oraz na podstawie epidemiologii, intensyfikacja działań profilaktycznych, które to – niestety – wciąż kuleją. Dzieje się tak nie tylko z powodu braku możliwości ich podaży, lecz także wciąż zbyt niskiej aktywności pacjentów i ich niewielkiej motywacji – pochodnej działań edukacyjnych, które powinny być prowadzone od najmłodszych lat. Przygotowując się do wdrożenia koordynowanej opieki nad ciężarną (KOC), będziemy – zbierając doświadczenia – rozszerzali te działania na pediatrię, choroby wewnętrzne i kardiologię wraz z rehabilitacją, chirurgię i ortopedię, a także psychiatrię z koniecznym rozwojem oddziału dziennego oraz leczenia środowiskowego w oparciu o ambulatoryjną opiekę tak przyszpitalną, jak i tę realizowaną w terenie. Już dzisiaj mamy pełną świadomość, iż takie działania wymagają szybkiego przepływu informacji, najlepiej opartego na kompatybilnym systemie informatycznym, i ten problem niełatwo będzie pokonać.

Lidia Kodłubańska,
dyrektor SPSZOZ w Lęborku

SAMODZIELNY PUBLICZNY
SPECJALISTYCZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W LĘBORKU

CERTYFIKAT 2015/2

e-mail: sekretariat@szpital-lebork.com.pl, www.szpital-lebork.com.pl

84-300 LĘBORK, UL. JULIANA WĘGRZYNOWICZA 13, TEL. 59 86 35 202, FAX 59 86 33 173, DYREKCJA TEL. 59 8635 325

Twoje zdrowie naszym celem

Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach to nowoczesna placówka, świadcząca kompleksowe usługi medyczne, które charakteryzują się wysoką jakością

Każdego dnia podejmujemy działania, które mają na celu poprawę jakości świadczonych przez nas usług, a co za tym idzie, dają naszym pacjentom poczucie bezpieczeństwa i zadowolenia. Przedsięwzięcia te obejmują zarządzanie jakością poprzez uzyskanie certyfikatów ISO 9001:2008 i ISO 9001:2015 oraz wdrożenie Programu Akredytacji Szpitali. Wszyscy jesteśmy odpowiedzialni za realizację usług medycznych w taki sposób, aby nasi pacjenci otoczeni byli fachową i troskliwą opieką.

Świadczymy kompleksowe usługi zdrowotne, począwszy od profilaktyki i edukacji prozdrowotnej, poprzez diagnostykę, leczenie ambulatoryjne i ratownictwo medyczne, skończywszy na sprawowaniu stacjonarnej opieki medycznej w oddziałach szpitalnych, w tym też świadczeniach opiekuńczo-leczniczych w ramach opieki długoterminowej i paliatywnej. Ich wysoki poziom gwarantuje praca profesjonalnego, doświadczonego i empatycznego personelu, której oparcie stanowią nowoczesne sprzęt i infrastruktura.

Dzięki staraniom organu założycielskiego oraz dyrekcji szpitala w ostatnich latach został on gruntownie odremontowany i doposażony. Zrealizowane projekty to m.in. nowy blok operacyjny, zmodernizowana centralna sterylizatornia, wyremontowane oddziały, uruchomione zakład opiekuńczo-leczniczy oraz nowoczesne oddziały rehabilitacji i lądowisko dla helikopterów ratunkowych, a także przebudowany i wyremontowany pierwszy budynek szpitala.

www.szpital.gorlice.pl

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu

ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych, tel. 74 648 97 42

SPECJALISTYCZNY SZPITAL
im. dra Alfreda Sokołowskiego
w Wałbrzychu

Misją szpitala jest ratować, leczyć, zawsze dawać nadzieję.

Komfortowe warunki pobytu i leczenia chorych, najnowocześniejszy sprzęt medyczny, wykształcony, oddany pacjentowi personel. Wysoka jakość świadczeń, potwierdzona certyfikatem jakości ISO. Dla pacjenta bezpieczeństwo i równy dostęp do opieki medycznej. Sukcesy w pozyskiwaniu środków finansowych z Unii Europejskiej – kilkanaście zrealizowanych projektów i kolejne w trakcie prac. 30 oddziałów szpitalnych, lądowisko dla helikopterów, Zespół Wyjazdowy Neonatologiczny „N", 27 poradni przyszpitalnych. Mowa oczywiście o Specjalistycznym Szpitalu im. dra A. Sokołowskiego w Wałbrzychu.

Dyrektor Mariola Dudziak (w środku) dokonuje uroczystego przecięcia wstęgi

Dyrektor Mariola Dudziak (piąta od prawej) odbiera główną nagrodę Muflona dla najlepszych podmiotów w subregionie wałbrzyskim

www.zdrowie.walbrzych.pl

Instalacja gazów medycznych inaczej

Koncentratory tlenu OXYKON uniezależniają placówkę medyczną od dostawców tlenu, redukując wydatki związane z zapotrzebowaniem na tlen nawet o 80 proc. – mówi w rozmowie o walorach oferowanych systemów **Zbigniew Szymczak, prezes firmy Hydro-Gaz-Med**

Do jakich placówek medycznych poleciłby pan koncentrator i jakie jest na niego zapotrzebowanie rynkowe?

– Najczęściej trafia on do szpitali powiatowych, gdzie są podstawowe oddziały, sale operacyjne i OIOM. Ostatnio montowaliśmy sześć koncentratorów rocznie. Koncentracja tlenu w systemie OXYKON wynosi 95 proc – to ilość, która zgodnie z przeprowadzanymi badaniami w zupełności wystarcza, aby zaspokoić potrzeby kliniczne w zakresie tlenoterapii. Dodatkowym walorem koncentratora OXYKON jest jego modułowa budowa, dzięki której nawet w przypadku awarii jednego segmentu nie ma ryzyka przerwania pracy całego systemu. Ciągłość wytwarzanego w praktycznie nieograniczonych ilościach tlenu, wykorzystywanego w połączeniu z powietrzem w różnych proporcjach, sprzyja zastosowaniu do wentylacji mechanicznej chorych przebywających na oddziałach intensywnej terapii, na potrzeby anestezji lub w leczeniu schorzeń pulmonologicznych. System – zależnie od liczby modułów wytwórczych – idealnie sprawdza się zarówno w dużych ośrodkach medycznych, jak i w małych praktykach, a nawet w polowych warunkach jednostek wojskowych. Warto wspomnieć, że koncentratory tlenu OXYKON uniezależniają placówkę medyczną od dostawców tlenu, redukując wydatki związane z zapotrzebowaniem na tlen nawet o 80 proc. Dzięki wykorzystaniu istniejącej sprężarkowni powietrza medycznego do produkcji własnego tlenu lub sprężonego powietrza zasilającego koncentrator placówka ochrony zdrowia może zaoszczędzić na kosztach budowy stacji sprężarek powietrza.

Na bieżąco instalujemy też monitoring i liczniki zużycia gazu na poszczególnych oddziałach, co prowadzi do wyraźnych oszczędności w budżecie szpitala. Tam, gdzie założyliśmy licznik, wyniki uległy znacznej poprawie. Dzięki posiadanemu rejestratorowi zużycia w rozbiciu za okres sześciu miesięcy wstecz urządzenie pozwala na dokładne rozliczanie kosztów wewnątrzszpitalnych. Jak pokazuje praktyka, po zainstalowaniu systemu pomiarowego zużycie tlenu spadło o około 30 proc. Co ważne, konsekwencje zastosowania instalacji gazów medycznych są odczuwalne nie tylko w wymiarze materialnym, lecz także w obszarze bezpieczeństwa.

Co zapewnia jakość oferowanych przez firmę produktów i czym przekonuje pan potencjalnych nabywców?

– Przed wprowadzeniem produktu uzyskaliśmy wszelkie niezbędne pozwolenia, certyfikaty i formalności, które gwarantują pełnowartościowy wyrób. To ważne, mimo że dziś często większą wagę przykłada się do ceny niż do jakości. Stosowany przez nas mechanizm panelu sterującego pozwala efektywnie dostosować ilość tlenu do określonych potrzeb przy sys-

tematycznej kontroli jego koncentracji na monitorze. W przypadku wykrycia nadmiernego poboru tlenu system automatycznie przyłącza pomocnicze źródło. Oprócz ciągłego nadzoru przepływu tlenu niezmiernie ważne jest przekazanie do centrali sygnałów o zaistniałych sytuacjach alarmowych z możliwością powiadamiania poprzez system SMS. Bezpieczeństwo i jakość naszych instalacji potwierdza zgodność z normami ISO:10083, określającymi wymagania techniczne dla stacjonarnych urządzeń do zasilania tlenem 93 proc., w tym warunki projektowania, instalowania, kontroli pracy i konserwacji koncentratorów tlenu, jak również z normą EN ISO 7396-1, określającą wymogi dla systemu rurociągowego tlenu z koncentratora. Nasze wyroby są nadzorowane przez jednostkę notyfikowaną TÜV Nord.

Jak szybko rozwija się wąski segment, w którym się państwo specjalizują?

– Nasze rozwiązanie zostało wymyślone w 1910 r. w Kanadzie i od tej pory oferuje je kilka zakładów na świecie. Koncentrator tlenu doskonale sprawdza się na statkach, okrętach wojennych, w miejscach, gdzie jest utrudniony dostęp do tlenu medycznego. Stanowi on cenną alternatywę dla dotychczasowych źródeł tlenu w placówkach medycznych. Na rynku nie mamy znaczącej konkurencji, bo nikt nie oferuje kompleksowej usługi, obejmującej natychmiastowy serwis. Z własnej inicjatywy wprowadziliśmy wspomniany, samodzielnie opracowany, nowoczesny system centralnego monitoringu, co pozwala na bieżąco kontrolować instalację i odpowiednio reagować w razie awarii. Jego atutem jest prostota. Podobnie jak samego koncentratora, który wystarczy podpiąć pod istniejące instalacje medyczne. Jesteśmy zdania, że nie ma co na siłę kombinować i włączać do technologii zbędne gadżety: wyświetlacze, ekrany dotykowe, które akurat są modne, ale niewiele wnoszą. Jednocześnie trzeba rozbudowywać i udoskonalać elektronikę, by być konkurencyjnym. Na szczęście to nie my gonimy konkurencję tylko odwrotnie. Nie jesteśmy dużą firmą, ale mamy wiele ciekawych pomysłów.

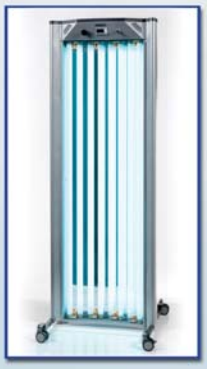
Z własnej inicjatywy wprowadziliśmy samodzielnie opracowany, nowoczesny system centralnego monitoringu, co pozwala na bieżąco kontrolować instalację i odpowiednio reagować w razie awarii. Jego atutem jest prostota.

Trudno dziś o młodych zdolnych ludzi do pracy, którzy pomogą te pomysły włączyć do praktyki?

– Trudno. Brakuje fachowców, techników, którzy są dobrze przygotowani do wykonywania zawodu, np. montażysty. Dużym problemem gospodarczym jest brak wykwalifikowanych kadr. W społeczeństwie jest ok. 5 proc. ludzi twórczych, reszta wymaga ukierunkowania. Dobrego pracownika trzeba dziś samodzielnie przyuczyć, dlatego przyjmujemy praktykantów i stażystów. Zaczęliśmy odmładzać zespół, żeby specjaliści z długim stażem, związani z firmą od lat, przekazali im wiedzę. Tam, gdzie ludzie znają się na swojej pracy, wszystko działa jak należy i można mówić o rozwoju.

Rozmawiał Mariusz Gryżewski

Modułowe systemy
do naświetleń stóp i dłoni CP-4
UVA lub UVB-311nm


OCTAderm UVA lub UVB-311nm
łącznie z pomiarem natężenia UV
w trakcie naświetlania

Kabiny
N-LINE, i N-LINEpro
UVA/UVB-311nm lub UVA1

N-LINEt UVA lub UVB-311nm
do terapii domowej

Lampa sztabkowa / lampa
do naświetlań głowy TH-1/
próby świetlne

Urządzenie do terapii
fotodynamicznej
PhotoDyn 505 PhotoDyn 750

Profesjonalne i bezpieczne urządzenia do foto- i fotochemoterapii dla klinik, szpitali i gabinetów prywatnych oraz do terapii domowej.

WEROMED

D-View
- cyfrowa dermatoskopia
- kliniczna fotografia
- dokumentacja wizualna
- diagnostyka fotodynamiczna

Informacje: WEROMED Tomasz Klepaczewski
05-110 Jabłonna, ul. Dębowa 1 B
tel/fax 22 76 78 465, kom. 601 28 22 39

Oczekiwania kontra rzeczywistość

Sektor publiczny i prywatny w Polsce rożni się bardzo wieloma aspektami. Szczególnie duże różnice występują w sposobie zarządzania, organizacji zakupów i usług. Pacjent komercyjny ma inne oczekiwania niż pacjent NFZ. Pomimo tych różnic, oba sektory konkurują o środki publiczne oraz pacjentów – **mówi Mieczysław Pasowicz, prezydent Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali**

Co w obecnej sytuacji stanowi największe wyzwanie dla kadry zarządzającej szpitalami?

– Szpitale w naszym kraju stoją przed kolejnymi wyzwaniami związanymi z decyzjami politycznymi. Zapowiadane zmiany mają mieć charakter kluczowy ze względu na przewidywaną zmianę sposobu finansowania ich działalności bieżącej, a także inwestycji i rozwoju. Niewykluczone jest także łączenie ich w większe struktury, tak aby mogły zapewnić opiekę koordynowaną. Nie jest jasne, kiedy zostaną one wprowadzone i jaka będzie ostatecznie organizacja płatnika: czy będzie to płatnik budżetowy czy też nadal zreorganizowany NFZ.

Jakie zmiany są najpotrzebniejsze, by szpitale mogły jak najlepiej wykorzystać swój potencjał na rzecz jakości lecznictwa i dobra pacjentów?

– Po pierwsze, oczekiwane jest opracowanie wizji i strategii długookresowej oraz rocznej wprowadzanych zmian. Strategia taka powinna być zaakceptowana przez polityków partii rządzącej oraz opozycji, aby uniknąć niepotrzebnych problemów tak jak to się praktykuje w innych krajach. To że do dzisiaj nie wprowadzono wielu obietnic, świadczy o skomplikowanej sytuacji i wielu ograniczeniach. Zmiany powinny być uzgodnione ze wszystkimi sygnatariuszami, co także wymaga wielomiesięcznych uzgodnień.

Jak ocenia pan jedność środowiska medycznego, biorąc pod uwagę różnice dzielące sektor publiczny i prywatny?

– Sektor publiczny i prywatny w Polsce rożni się bardzo wieloma aspektami. Szczególnie duże różnice występują w sposobie zarządzania, organizacji zakupów i usług. Pacjent komercyjny ma inne oczekiwania niż pacjent NFZ. Pomimo tych różnic, oba sektory konkurują o środki publiczne oraz pacjentów. Także środowisko medyczne jest zróżnicowane w tym zakresie i obecne rozwiązania znajdują wielu zwolenników, ale też przeciwników rozwiązań. Co ważne, pacjent w zasadzie nie powinien być zakładnikiem przynależności do jednego lub drugiego sektora, lecz wyraźne różnice w dostępności powodują dodatkowe koszty i problemy.

W całej Europie nie spotkałem systemu podobnego do naszego, gdyż zarówno rozliczanie usług medycznych, jak i kształcenie kadry zarządzającej, a także jej dobór są inne. Ciągłe zmiany na stanowiskach dyrektorów i brak ochrony dla tych najlepszych budzi wiele zastrzeżeń.

Jakie działania mogą zaradzić problemom finansowym w ochronie zdrowia, odczuwalnymi m.in. przez dyrektorów szpitali?

– Nie można znaleźć jednego prostego rozwiązania, bo cały system szwankuje. Wieloletnie zaniechania i częste zmiany, a także monopol płatnika przy braku organizatora i mnogości organów założycielskich, spowodowały wiele trudności, co poskutkowało brakiem pozytywnej oceny całego systemu przez pacjentów. Dyrektorzy dostosowują się do obowiązujących umów i możliwości finansowych, co powoduje przenoszenie części kosztów na pacjenta.

Jako były wiceprezydent Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali zna pan aktualną sytuację w ochronie zdrowia w skali międzynarodowej. Jak wypadają polscy menadżerowie ochrony zdrowia na tle standardów zarządzania i wyników w innych krajach Europy?

– Odpowiem tak: w całej Europie nie spotkałem systemu podobnego do naszego, gdyż zarówno rozliczanie usług medycznych, jak i kształcenie kadry zarządzającej, a także jej dobór są inne. Ciągłe zmiany na stanowiskach dyrektorów i brak ochrony dla tych najlepszych budzi wiele zastrzeżeń.

Rozmawiała Małgorzata Szerfer

Kształcimy z myślą o zdrowiu

Rozmowa z dr hab. Bożeną Zboiną, prof. WSBiP, kierownikiem Katedry Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Jak oferta uczelni wpisuje się w kształtowanie i propagowanie jakości w ochronie zdrowia?

– Od kilkunastu lat kształcimy na kierunkach pielęgniarstwo i zdrowie publiczne. W dobie demograficznego kryzysu, wzroście chorób cywilizacyjnych pielęgniarki są ważnym zasobem systemu ochrony zdrowia i zapewnienia jak najwyższej jakości usług medycznych. Zdrowie jest najcenniejszą wartością dla każdego. Nie każdy jednak potrafi prawidłowo o nie zadbać. Zapewnienie zdrowego stylu życia oraz promowanie dobrego samopoczucia dla każdego w każdym wieku to zadanie dla edukatorów zdrowia, a są nimi właśnie absolwenci zdrowia publicznego, profesjonalnie przygotowani do pełnienia tej roli w społeczeństwie i instytucjach ochrony zdrowia.

Jak ocenia pani zainteresowanie kierunkami pielęgniarstwo i zdrowie publiczne?

– Pielęgniarstwo to obecnie jeden z zawodów, który gwarantuje pracę tuż po otrzymaniu dyplomu i prawa wykonywania zawodu. Posiadamy uprawnienia do kształcenia na pierwszym i drugim stopniu studiów. Mamy też w swojej ofercie studia podyplomowe z zakresu geriatrii i opieki długoterminowej oraz cały wachlarz kursów i specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa. Dla zapewnienia wysokiej jakości usług w ochronie zdrowia konieczne jest profesjonalne zarządzanie. Studia podyplomowe z zakresu organizacji i zarządzania z pewnością pomogą menadżerom sprostać wymaganiom, z którymi przyjdzie im się zmierzyć. W dostępnej literaturze trudno znaleźć gotowe rozwiązania, dlatego kadra dydaktyczna rekrutuje się głównie z praktyków z zakresu finansów, zarządzania, prawa, przekazujących obok wiedzy teoretycznej swoje wynikające z codziennej pracy doświadczenia.

Rozmawiała Monika Michałowska

KaISO iso consulting

szkolenia
wdrażanie
doskonalenie

międzynarodowych systemów zarządzania

jakością ISO 9001
jakością dla wyrobów medycznych ISO 13485
środowiskowego ISO 14001
bezpieczeństwem i higieną pracy OHSAS 18001 / PN-N 18001
bezpieczeństwem żywności ISO 22000 / HACCP
bezpieczeństwem informacji ISO 27001
energią ISO 50001

Zawsze fascynowały nas wymagania standardów ISO i dlatego w tym się wyspecjalizowaliśmy. Od 2003 roku pomagamy naszym Klientom spełniać wymagania standardów ISO poprzez **szkolenia, wdrażanie i doskonalenie.**

A warto nam zaufać, ponieważ:

1. Posiadamy 21-letnie doświadczenie zawodowe w standardach ISO.
2. Wdrożyliśmy systemy ISO w 128 podmiotach.
3. Przeszkoliliśmy 3 955 osób.
4. Braliśmy udział w 615 auditach certyfikujących.
5. Współpracujemy z jednostkami certyfikującymi.
6. Eksperci naszej firmy nie tylko prowadzą szkolenia i wdrażają systemy ISO ale są również Auditorami Certyfikującymi posiadającymi uprawnienia IRCA.
7. Do każdego z Państwa podchodzimy indywidualnie, bardzo dokładnie identyfikując zakres prac do wykonania.
8. Podejmujemy się każdego tematu z naszej branży, nawet takich z którymi inni sobie nie poradzili.
9. Projekty realizujemy na najwyższym poziomie, terminowo i za dobrą cenę.
10. Nie płacicie Państwo nic z góry, pierwsza faktura jest za wykonaną rzetelnie i przyjętą przez Państwa pracę.
11. Projekty realizujemy skutecznie (ich weryfikację przeprowadzają niezależne jednostki certyfikujące).
12. Udzielamy gwarancji i szybko podejmujemy ewentualne działania korygujące.

Tak o nas piszą:

"Niniejszym, udzielam referencji firmie "KaISO", której właścicielem jest Pan Kazimierz Bujas, za profesjonalne przeprowadzenie szkoleń i konsultacji przy wdrażaniu Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością, Środowiskowego i BHP zgodnego z wymaganiami norm: ISO 9001, ISO 14001 oraz OHSAS 18001. Wysoki poziom wiedzy, rzetelne przygotowanie dokumentacji oraz szeroki zakres doradztwa w pełni spełniły nasze oczekiwania". **Brunon Lalik - Dyrektor SP ZOZ MSW w Krakowie**

Centrum Medyczne PRIMAMED

"Rekomenduję firmę "KaISO" Kazimierz Bujas jako wiarygodny i rzetelny podmiot. Bogate doświadczenie i merytoryczna wiedza w dużym stopniu przyczyniły się do wdrożenia Zintegrowanego Systemu Zarządzania w obszarze usług medycznych zgodnego z wymaganiami międzynarodowych norm ISO 9001, ISO 27001, ISO 14001 i OHSAS 1800". **lek. med. Hanna Świtkowska - Kierownik PRIMAMED s.c.**

"Ze wszystkich powierzonych zadań realizacji przedmiotu umowy firma "KaISO" wywiązywała się z należytą starannością. Biorąc pod uwagę duże zaangażowanie, fachowość oraz profesjonalizm z całą pewnością polecamy firmę KaISO jako solidnego i wiarygodnego partnera, dzięki któremu wdrożenie Systemu Zarządzania Jakością przebiegało sprawnie".

Janusz Kazimierczak - Dyrektor WZZOZ CLChPiR w Łodzi

Dziękując za zaufanie jakim nas obdarowano - zapraszam obecnych i nowych Klientów do współpracy

Właściciel KaISO Kazimierz Bujas

KaISO iso consulting
Bęczarka 111, 32-444 Głogoczów
12 373 63 74
biuro@kaiso.pl
www.kaiso.pl

PRÓBKI pod czujnym okiem

Ponad 90 placówek – laboratoria i punkty pobrań – i zaufanie, jakim obdarzają nas zarówno lekarze, jak i pacjenci, to niewątpliwie najlepsze podsumowanie dziesięciu lat naszej działalności na rynku medycznym – mówi **Tomasz Anyszek, dyrektor zarządzający i członek zarządu Synevo Sp. z o.o.**

W tym roku spółka Synevo obchodzi 10-lecie działalności w Polsce. Jak podsumowałby pan pokrótce ten okres w świetle osiągnięć, budowania marki i jakości badań?

– Historia Synevo sięga dalej, niż wspomniane 10 lat, gdyż powstało ono z połączenia trzech działających wcześniej laboratoriów: Nova Medical, Analco i Eurolab. Początkowo, ale już jako Synevo, zatrudnialiśmy około 200 osób. Szczycimy się tym, że ponad połowa z nich nadal jest z nami! Rozwija się firma, rozwijają się i ludzie. Część z pracowników, którzy związali z nami swoją karierę i zaczynali pracę na stanowisku diagnosty laboratoryjnego, obecnie pełni funkcje kierownicze, a nawet dyrektorskie. Kilkadziesiąt osób uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej lub mikrobiologii. Są tacy, którzy skończyli studia podyplomowe i MBA, a jeden z pracowników otworzył niedawno przewód doktorski. Nasi pracownicy prowadzą wykłady w ramach kursów specjalizacyjnych, prezentują swe osiągnięcia na krajowych oraz międzynarodowych zjazdach i sympozjach, publikują artykuły w periodykach medycznych, a nawet są autorami i współautorami wydawnictw książkowych.

Mocno angażujemy się w edukację lekarzy, diagnostów laboratoryjnych i pacjentów, dla których przygotowaliśmy i udostępniliśmy system wykładów internetowych – webinary. W każdym z nich udział „na żywo" bierze ok. 200 osób, a blisko 500 osób pobiera prezentacje dostępne na stronie internetowej www.synevo.pl. Organizujemy również kursy dla osób specjalizujących się w diagnostyce laboratoryjnej i mikrobiologii. Zaangażowaliśmy się w rozpowszechnienie rzetelnej informacji o znaczeniu i możliwościach medycznej diagnostyki laboratoryjnej. Przygotowujemy spotkania szkoleniowe dla dziennikarzy, którzy przekazują i popularyzują wiedzę medyczną w mediach tradycyjnych oraz elektronicznych. Nasz dorobek w tym obszarze jest duży. Przygotowaliśmy i pokazaliśmy w Internecie szereg filmów, które obrazują pracę laboratorium medycznego, a w szczególności wskazują, jak ważny jest element właściwego przygotowania się do badań, tzw. etap przedlaboratoryjny. Wdrażamy nowoczesne testy i metody diagnostyczne w różnych dziedzinach medycyny klinicznej. W ostatnich latach znacznie rozszerzyliśmy zakres oferowanych badań. Wdrożyliśmy m.in. unikatowe technologie biologii molekularnej i wiele testów z zakresu genetyki. Uruchomiliśmy metody cytometrii przepływowej oraz HPLC. Nasza oferta diagnostyki alergologicznej pozwala diagnozować uczulenia na materiały dentystyczne, leki czy czynniki środowiskowe. Badania z zakresu opieki nad ciężarną nie tylko spełniają wysokie wymagania specjalistów, lecz także sięgają ponad zalecane powszechnie standardy.

Na rozwój rynku laboratoryjnej diagnostyki medycznej w Polsce – jak wszędzie zresztą – wpływają bezwzględne prawa konkurencji i presja klientów na obniżanie cen. Prowadzi ona do działań obniżających koszty funkcjonowania laboratoriów, co nie jest proste do osiągnięcia, jeżeli chce się utrzymać wysoką jakość oferowanych usług. Koszty ponoszone przez laboratorium to nie tylko personel, aparatura, odczynniki czy infrastruktura – to także ciągłe wykonywanie badań kontrolnych w ramach kontroli wewnątrzlaboratoryjnej, jak również udział w krajowych i międzynarodowych programach oceny biegłości. W tej sytuacji znalezienie złotego środka, godzącego wysoką jakość usług z niskimi kosztami funkcjonowania, staje się coraz trudniejsze.

Co oprócz wciąż wzrastającej liczby laboratoriów i punktów pobrań jest najbardziej wymiernym wskaźnikiem rozwoju firmy?

– Najważniejszym wskaźnikiem rozwoju firmy jest ilość pacjentów, zarówno nowych, jak i tych, którzy do nas wracają. Liczba wykonywanych przez nas badań wzrasta o 10–25 proc. rocznie, w zależności od lokalizacji. Drugim ważnym wskaźnikiem jest wciąż rozbudowywana oferta badań. Na bieżąco wdrażamy nowe metody i techniki diagnostyczne, co pozwala zaoferować naszym klientom kilkadziesiąt nowych testów rocznie.

Jak dbają państwo o jakość diagnostyki, by wyeliminować ryzyko błędu i zyskać zaufanie pacjentów?

– Kompetencje naszych laboratoriów oraz skuteczność wdrożonego przez nas systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwa danych spowodowało, że uzyskaliśmy potwierdzenie naszej jakości i kompetencji w po-

staci akredytacji udzielonej przez Polskie Centrum Akredytacji. Zakres i obszar akredytacji jest szeroki. Obecnie obejmuje ona biochemię kliniczną wraz z immunochemią, hematologię, koagulologię, analitykę ogólną, mikrobiologię, a nawet rzadkie badania specjalistyczne. Siedem naszych akredytowanych laboratoriów „wymusza" na pozostałych placówkach spełnianie wymagań narzuconych przez Normę PN-EN 15189.

Już po raz drugi uczestniczyliśmy w Ogólnopolskim Programie Certyfikacji Podmiotów Branży Medycznej i po raz kolejny wyróżniono nas certyfikatem „Wysoka Jakość w Ochronie Zdrowia". Ponieważ uzyskaliśmy największą liczbę punktów wśród wszystkich certyfikowanych laboratoriów medycznych, zostaliśmy również nagrodzeni certyfikatem nadzwyczajnym „Grand Quality". Dodatkowo w najbliższych tygodniach uzyskamy oficjalnie certyfikację PN-EN 27001, która formalnie potwierdzi, że wdrożony i utrzymywany przez nas system zapewnia bezpieczeństwo danych poufnych i medycznych, które pozostają w naszej dyspozycji.

By potwierdzić prawidłowość działania naszych systemów badawczych, we wszystkich laboratoriach wykonujemy codziennie badania kontrolne. Używamy do nich materiałów kontrolnych i referencyjnych uzyskanych od producentów wyposażenia – to dla badań wewnątrzlaboratoryjnych, jak i niezależnych krajowych lub międzynarodowych organizacji eksperckich – dla badań wewnątrz- i zewnątrzlaboratoryjnych. Wyniki tych badań przedstawiane są w postaci liczbowej i graficznej, i analizowane. Każdorazowo muszą spełnić stawiane im wymagania. Wykonywane są w określonych interwałach czasowych – nawet kilka razy dziennie, a żaden wynik pacjenta nie opuszcza laboratorium bez uprzedniej pozytywnej kontroli wewnątrzlaboratoryjnej. Porównujemy się także do innych laboratoriów krajowych i międzynarodowych w programach kontroli międzylaboratoryjnej i badań biegłości. Nieprawidłowości stwierdzane w badaniach kontrolnych powodują szereg czynności korygujących i doskonalących, które mają na celu zidentyfikowanie i wyeliminowanie przyczyny problemu. Takie działania zapewniają wysoką jakość analityczną każdego wydawanego przez nas wyniku. To właśnie potwierdzają certyfikaty, o których mowa powyżej.

Aby poprawić i wystandaryzować postępowanie na etapie przedlaboratoryjnym, prowadzimy ciągłe działania informacyjne dla pacjentów i dla lekarzy, gdyż od nich zależy poprawność przebiegu procesu przed pobraniem materiału i przed dostarczeniem go do laboratorium. W przygotowanych przez nas materiałach szkoleniowych, filmach i opublikowanych tekstach podajemy, co zrobić, by uzyskać wiarygodny materiał do badania. Jakość dla pacjenta to również komfort w czasie wizyty w punkcie pobrań materiału. Ciągle szkolimy naszych pracowników, udoskonalamy punkty pobrań i wdrażamy nowe rozwiązania, które podnoszą komfort i wygodę pacjenta, np. prezentację wyników badań on-line.

Jakie potrzeby wymagają największych nakładów finansowych?

– Największe środki przeznaczamy na ciągłe podnoszenie kompetencji naszych pracowników oraz utrzymanie i rozwój infrastruktury. Rozwój technologii i postępy w medycynie laboratoryjnej wymuszają ciągłe rozszerzanie zakresu wykonywanych badań, co oznacza nakłady finansowe. „Sieciowy" charakter firmy wymusza konieczność stosowania optymalnych rozwiązań logistycznych. Próbka pobrana od pacjenta musi dotrzeć do docelowego laboratorium w odpowiednich czasie i w odpowiednich warunkach, np. temperaturowych, w sposób bezpieczny dla niej i dla środowiska. Takie wymagania mogą być spełnione jedynie poprzez zorganizowanie sieci tras pokrywających teren całego kraju, obsługiwanych przez wyspecjalizowanych kurierów.

Poddaliśmy się akredytacji na zgodność z wymaganiami Good Clinical Laboratory Practice i jako jedyne laboratorium w Polsce uzyskaliśmy taki certyfikat. Wyniki wykonywanych przez nas badań laboratoryjnych stanowią ważną składową oceny nowych leków.

Jaką rolę w rozwoju i umacnianiu pozycji firmy mają badania naukowe? Jakie są przykłady tego typu realizowanych przez państwa projektów i jakie są ich efekty w praktyce medycznej?

– Badania naukowe prowadzone w podmiotach komercyjnych nie są celem samym w sobie i zawsze mają wydźwięk praktyczny. Część realizowanej przez nas aktywności naukowej stanowią całkowicie nasze pomysły i projekty, zaś część działań wykonujemy na zlecenie podmiotów zewnętrznych – np. wyższych uczelni, producentów leków – bądź we współpracy z nimi.

Jeżeli chodzi o własne pomysły, to ostatnio realizujemy projekt oceny wpływu wysiłku fizycznego, szczególnie w jego ekstremalnej wersji, oraz diety na organizm ludzki. Rozpoczął się on od współpracy ze środowiskiem uniwersyteckim i zaowocował publikacjami, otwarciem przewodu doktorskiego przez jednego z naszych pracowników i wdrożeniem do oferty panelu badań, przeznaczonego dla osób uprawiających sport i narażonych na wysiłek fizyczny.

Innym tematem naszych zainteresowań są zakażenie przenoszone drogą płciową i wykorzystanie do ich diagnostyki metod biologii molekularnej. Dołożyliśmy cegiełkę do uwypuklenia roli mężczyzn w transmisji zakażeń wirusem HPV. Wyniki naszych badań były przedstawiane na wielu konferencjach i opublikowane, co wpłynęło na profil badań zlecanych przez współpracujących z nami lekarzy. Badania kliniczne prowadzone w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności wdrażanych substancji leczniczych są ważną częścią naszej działalności. Zaangażowaliśmy się w nie przed laty jako pierwsze laboratorium w Polsce i aktualnie prowadzimy ponad 100 takich projektów, badając próbki od pacjentów z całej Europy. W celu potwierdzenia kompetencji w tym zakresie poddaliśmy się akredytacji na zgodność z wymaganiami Good Clinical Laboratory Practice i jako jedyne laboratorium w Polsce uzyskaliśmy taki certyfikat. Wyniki wykonywanych przez nas badań laboratoryjnych stanowią ważną składową oceny nowych leków.

Rozmawiała Marianna Szczepańska

Jak ocenia pan/pani opłacalność podjętych działań projakościowych na przykładzie zarządzanej jednostki ochrony zdrowia?

Lidia Kodłubańska
dyrektor Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lęborku

– Działania projakościowe w szpitalu mają jeden wspólny mianownik: ograniczenie w jak największym stopniu zdarzeń niepożądanych, pod którymi kryją się zarówno błędy medyczne, jak i sytuacje związane z szeroko rozumianym środowiskiem szpitala, skończywszy na zarządzaniu, często kojarzonym z procesami organizacyjnymi. Wymierny efekt działań projakościowych zawsze oparty być musi na analizie wskaźnikowej z konkretnym przełożeniem na poniesione lub zaoszczędzone koszty. Poza takimi „twardymi" parametrami jest spora liczba „miękkich" wskaźników, które ukryte są w działaniach organizacyjnych. Jakość to także sposób komunikacji i szybkość reakcji po odbiorze informacji. Widać zatem jak na dłoni, iż w dzisiejszej dobie nie ma mowy o zarządzaniu efektywnym, bez oceny mierników poszczególnych procesów, występujących w każdym podmiocie leczniczym, wykonującym świadczenia szpitalne.

Tomasz Anyszek
dyrektor zarządzający i członek zarządu Synevo Sp. z o.o.

– Ciągle doskonalimy nasze działania, ale – patrząc wstecz – można stwierdzić, że dużo już osiągnęliśmy. Przekłada się to na naszą pozycję na rynku usług medycznych. Najprzyjemniejsze chwile przychodzą, gdy zlecenio-dawca – lekarz, poradnia, szpital czy inne laboratorium – jednoznacznie deklaruje, że chciałby przedłużyć lub rozszerzyć współpracę z naszą firmą. Jak w każdym biznesie, ważny jest dla nas nowy klient, którego się „zdobywa", lecz najważniejszy jest ten, który kontynuuje współpracę lub do nas powraca. Dzięki zaangażowaniu wszystkich pracowników i kierownictwa firmy w utrzymanie wysokiej jakości usług z takim zjawiskiem się spotykamy.

Alicja Daleczko
dyrektor Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Wałbrzychu

– Wysoko, choć opłacalność jest elementem końcowym całego procesu weryfikacji procedur medycznych, zmian organizacyjnych, corocznych różnotematycznych szkoleń kadry, i to nie tylko medycznej, na różnych płaszczyznach funkcjonowania szpitala. Ale najważniejszym elementem, by działania projakościowe faktycznie przynosiły szpitalowi dobrą opinię wśród pacjentów i opłacalność w działalności, nie jest proces wdrażania zmian, lecz ciągłe ich przestrzeganie przez szeroko rozumiany zespół. To dobry zespół buduje dobrą jakość, dlatego w każdym szpitalu najważniejsi są ludzie, którzy potrafią w harmonii pracować razem i budować dobre relacje zarówno z pacjentem, jak i z zespołem.

Zofia Barczyk
dyrektor Wielospecjalistycznego Szpitala – Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu

– Dobra jakość to przede wszystkim dobra marka firmy, czyli w naszym przypadku zakładu opieki zdrowotnej. Obecnie ceny świadczeń są na tym samym poziomie i nie ma bezpośredniego różnicowania ze względu na jakość. Warto jednak pamiętać, że lepsza jakość to m.in. skrócenie czasu leczenia, mniejsza liczba powikłań, czy też zmniejszenie powtórnych hospitalizacji, a to związane jest z efektywnością leczenia i obniżką kosztów oraz zadowoleniem pacjentów, czyli z podnoszeniem jakości świadczonych przez dany podmiot usług. O tym pamiętamy każdego dnia, starając się jak najlepiej dbać o naszych pacjentów i ich powrót do zdrowia.

Renata Kiempa
prezes zarządu Szpitala Miejskiego w Miastku Sp. z o.o.

– Planując i realizując działania poprawiające jakość świadczonych usług, podmiot leczniczy postrzegany jest na zewnątrz jako partner o ugruntowanej pozycji, większej tendencji do wprowadzania działań zapewniających wykonywanie bezpiecznych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, właściwego zarządzania ryzykiem w prowadzeniu działalności medycznej. Ma to pozytywne odzwierciedlenie w relacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia i z zakładami ubezpieczeń. Podkreślić należy również, iż zaangażowanie w ten proces całego personelu spowodowało wykształcenie odpowiednich nawyków i zachowań w bezpośrednich kontaktach z pacjentem. Uzyskanie przez nas certyfikatu akredytacji stanowi wyróżnik na tle innych placówek ochrony zdrowia.

Agnieszka Lehmann
pełnomocnik ds. jakości Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kościanie

– Działania zmierzające do poprawy jakości to proces, polegający na ustawicznym podnoszeniu standardu, niezależnie od sytuacji finansowej zakładu. Szpital ma misję i musi wypełniać swoje zadania nawet w trudnej sytuacji, nie zważając na koszty operacyjne. Wymaga to systematycznego liczenia i równoważenia działań kosztochłonnych bardziej opłacalnymi, ale nigdy za cenę odmowy czy obniżania jakości świadczeń. Zdrowie to kategoria publiczna, szpital to miejsce, gdzie państwo „naprawia" zdrowie obywateli w oparciu o wiedzę medyczną i najwyższe standardy. Mając na uwadze wszystkie te przesłanki, łatwiej poprawić jakość i zdobyć akredytację.

Mariusz Grochowski
dyrektor SPZOZ Szpitala Specjalistycznego MSW w Głuchołazach

– Posiadanie akredytacji i normy ISO przez SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSW w Głuchołazach to przykłady elementów wyróżniających go na rynku usług zdrowotnych. Zarządzanie szpitalem w oparciu o te normy prowadzi do uporządkowania działań oraz umiejętności ustanawiania celów jakościowych i ich realizacji. Cennym doświadczeniem działań projakościowych jest to, że szpital miał możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania. Zadowolenie pacjenta, ciągłe doskonalenie usług medycznych, zapewnianie jakości w praktyce dnia codziennego pozwalają na wypracowanie właściwych i efektywnych zasad zarządzania szpitalem.

Jacek Bielan
dyrektor Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim

– Działania, mające na celu podniesienie jakości świadczonych przez nas usług, nie przeliczają się bezpośrednio na wzrost dochodów z NFZ, choć podmioty o wysokiej jakości świadczonych usług mają większe szanse na uzyskanie satysfakcjonujących kontraktów. Najważniejsze dla nas są jednak te aspekty naszej działalności, które wiążą się bezpośrednio z satysfakcją i bezpieczeństwem naszych podopiecznych. Działania projakościowe, procedury, standardy, uzyskiwane przez nas certyfikaty to najlepsza możliwa inwestycja w zdrowie, satysfakcję i bezpieczeństwo naszych pacjentów. Ostatecznie tylko zadowolony i dobrze leczony pacjent jest gwarantem funkcjonowania szpitala w przyszłości.

Barbara Szeflińska
prezes zarządu Wielkopolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego Sp. z o.o. w Koninie

– Opłacalność podejmowanych przez Wielkopolskie Centrum Ratownictwa Medycznego Sp. z o.o. działań projakościowych należy oceniać co najmniej w dwóch wymiarach. Pierwszy – niematerialny, ale bardzo istotny – stanowi poprawa wizerunku naszej placówki nie tylko wśród pacjentów, lecz także kontrahentów i instytucji, z którymi współpracujemy. Po drugie, każda poprawa jakości świadczonych usług to możliwość zdobycia dodatkowych punktów w postępowaniach przetargowych, co oznacza większą konkurencyjność stacji na rynku usług medycznych. I to jest już bardzo wymierny i opłacalny efekt działań projakościowych.

Co stanowi trzon działań projakościowych w codziennym funkcjonowaniu zarządzanej przez pani katedry?

dr hab. Bożena Zboina, prof. WSBiP, kierownik Katedry Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

– Jakość to zasoby ludzkie, a więc profesjonalna kadra, która przekazuje studentom wiedzę zarówno teoretyczną, jak i praktyczną, wskazując właściwe kierunki rozwoju adeptom w zawodzie, a także wszystkim podnoszącym kwalifikacje zawodowe na studiach podyplomowych. Posiadanie najnowocześniejszej technologii nie jest wyznacznikiem jakości, bez wysokiej klasy specjalistów wiele działań nie ma szans powodzenia. Inwestowanie w pracowników, ich rozwój naukowy i zawodowy to najlepszy kierunek do działań projakościowych zarówno w katedrze, jak i podmiotach leczniczych, dla których kształcimy przyszłą kadrę.

Polacy są głodni informacji o systemie

Problemów, które niszczą i tak niedoskonały polski system ochrony zdrowia, jest dużo i wciąż ich przybywa. Bodaj najpoważniejszym z nich jest brak dostępu pacjentów do rzetelnych informacji. Nie rozumieją tego decydenci, zamknięci na europejskie przykłady dobrych praktyk, które można by wprowadzać w polskich szpitalach i przychodniach, czyniąc je bardziej przyjaznymi dla pacjentów

Rozmowa z Ewą Borek, prezes Fundacji MY Pacjenci

Co jest dziś bardziej uzasadnionym powodem do narzekań pacjentów: jakość usług medycznych czy organizacja systemu i dostęp do opieki medycznej?

– Wydaje się, że większym problemem pacjentów jest dostęp do opieki medycznej, bo jak ktoś czeka na wizytę cztery miesiące, to potem nie zadaje zbyt wiele pytań na temat jej jakości, tylko po prostu cieszy się, że w ogóle do niej doszło. Jako powód do narzekań wskazałabym jeszcze dostęp do informacji. Gdzie w danej lokalizacji można uzyskać potrzebną pomoc? Czy placówka świadczy usługi o właściwej jakości, a leczenie w niej jest skuteczne i bezpieczne? Czy lekarz jest dobrym specjalistą? To są pytania, które nurtują pacjentów.

Pokusiłabym się nawet o stwierdzenie, że dostęp do informacji jest ważniejszy niż dostęp do świadczeń. Wśród Polaków panuje wielki głód dostępu do informacji, jakości i bezpieczeństwa świadczeń.

Dziś głównym źródłem dostępu do informacji jest bez wątpienia Internet. Czy można znaleźć w nim wiarygodne źródła danych na temat systemu opieki zdrowotnej w Polsce? Mam wrażenie, że większość z nas opiera się na zawartych tam opiniach pacjentów, co zazwyczaj jest nieobiektywne, czyli nie do końca wiarygodne.

– Ten głód informacji, o którym mówiłam, wynika z faktu, że nie mamy w Polsce publicznych nośników informacji o zdrowiu. Dotyczy to zarówno autoryzowanych przez instytucje rządowe źródeł informacji, które dotyczyłyby problemów zdrowotnych, profilaktyki, korzystania z leków bez recepty, a także tego, jak samemu domowymi sposobami można sobie poradzić z typowymi przypadłościami, jak i informacji o samym systemie – gdzie szukać porady, gdzie znaleźć specjalistę w danej dziedzinie, jak długo trzeba czekać na wizytę. Jeśli informacje się pojawiają, to są fragmentaryczne, często podane w formie mało zrozumiałej dla pacjentów. To jest bardzo duży problem.

Czy myśli pani, że w przyszłości może się to zmienić?

– Nie słyszałam, aby tego typu portale miały powstać po stronie rządowej, a tak naprawdę w znacznym stopniu zaspokoiłyby one potrzebę informacyjną pacjentów. Dziś błąkają się oni po systemie. Dla przykładu, pacjenci onkologiczni chcą wiedzieć, gdzie w Polsce najlepiej leczy się nowotwór prostaty czy piersi, tymczasem dostają informacje na temat leczenia tego nowotworu w odniesieniu do całego kraju. Oni potrzebują konkretów o poziomie leczenia w danym ośrodku, perspektywa województwa czy kraju nie za bardzo ich interesuje.

Na przykład na wzór brytyjskiego portalu NHC Choices – www.nhs.uk – należałoby zmienić w naszym kraju system dostępu do informacji. Byłoby to rozwiązanie, wychodzące naprzeciw potrzebom pacjentów, i pomogłoby w ogólnej poprawie jakości systemu i jego transparentności.

Czy państwo jako organizacja podejmujecie kroki, żeby coś takiego powstało?

– Problem ten traktujemy niezwykle poważnie, przy każdej okazji mówimy o potrzebie publicznego portalu wiedzy o zdrowiu i o systemie, zachęcamy do jego stworzenia. Przełożyłoby się to na codzienne funkcjonowanie chorych Polaków. Proszę sobie chociażby wyobrazić, jakim ułatwieniem dla pacjentów poszukujących deficytowych leków byłaby możliwość znalezienia w Internecie informacji o aptece, w której się one znajdują, zamiast biegania po mieści i ich szukania.

Dwa lata temu sama byłam zmuszona zasięgnąć porady specjalisty. Natknęłam się wtedy na internetowy portal o dostępności lekarzy i długości kolejek. Jakież było moje zdziwienie, kiedy po wykonanych do wskazanych w nim placówek telefonach okazywało się, że zawarte tam informacje nie mają pokrycia w rzeczywistości – miesięczne według portalu oczekiwanie na wizytę w praktyce przedłużało się do kilku miesięcy. Sytuacja była kuriozalna.

– Podejrzewam, że mówi pani o systemie informacji o kolejkach, który prowadzi Narodowy Fundusz Zdrowia. Żeby z niego skorzystać, nie wystarczy być pacjentem, trzeba być ekspertem. Poza tym jest to system błędnych danych. Kiedyś nawet próbowaliśmy porównać zawarte w nim informacje z rzeczywistością, ale efekt był mizerny – tak jak pani mówi, rozbieżność między teorią a praktyką była dramatyczna.

System ochrony zdrowia – z założenia przyjazny pacjentom – zwykle przeraża i zniechęca do korzystania z opieki zdrowotnej. Jakie pułapki czyhają na chorych z ich własnej perspektywy?

– Tych pułapek jest bardzo dużo, razem z Naczelnymi Izbami Lekarską, Pielęgniarską i Aptekarską napisaliśmy nawet na ten temat poradnik dla pacjentów z instrukcjami, jak poruszać się w systemie. Znajduje się on na jednej z naszych stron – www.razemdlazdrowia.pl. Próbujemy w nim zidentyfikować wszystkie pułapki, w które wpadają pacjenci. Dzieje się tak głównie z ich niewiedzy, ale też zdarza się, że personel medyczny, który próbuje pomóc, nie potrafi się odnaleźć w tej całej biurokratyczniej machinie, bo jest ona bardzo skomplikowana. Cały czas zdarza się odsyłanie pacjenta do innej placówki przy użyciu argumentu, że to nie jego rejon. Często pacjenci poszukują pomocy nie tam, gdzie powinni – trafiają na szpitalne oddziały ratunkowe, bo poradnie nie są czynne odpowiednio długo. Chorzy ➥

niepotrzebnie trafiają też do szpitala na proste badania diagnostyczne, co generuje ogromne koszty – świadczeniodawcom opłaca się bowiem przyjąć chorego na trzydniową hospitalizację i dostać za niego więcej pieniędzy niż zrobić badania ambulatoryjnie. Przykłady podobnych działań mogłabym mnożyć. System jest niejasny, a przede wszystkim nieprzyjazny dla pacjenta – nie jest stworzony dla jego dobra i wygody, tylko dla wygody świadczeniodawcy, płatnika i ekspertów, stąd te wszystkie problemy.

Czy w takim razie lekarze też gubią się w systemie?

– Tak, najprościej mówiąc, mają pecha, że muszą w nim pracować. Bo co może zrobić lekarz, który w skrajnych sytuacjach chce wysłać pacjenta, nawet onkologicznego, na badania, ale dobrze wie, że czas oczekiwania na nie wynosi pół roku? Dysponując tymi informacjami, często doświadcza poczucia frustracji i niemocy, bo nie może leczyć zgodnie ze standardami i pomóc pacjentowi w taki sposób, w jaki by chciał.

Wywołała pani temat pacjentów onkologicznych. Czy wprowadzenie tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej nie poprawiło ich sytuacji?

– Pomogło osobom ze świeżo rozpoznanymi nowotworami, chociaż też nie wszystkim. Natomiast utrudniło sytuację osób wcześniej zdiagnozowanych onkologicznie, ale też z innymi chorobami przewlekłymi, które teraz czekają w dłuższych kolejkach. W trudnej sytuacji znaleźli się pacjenci onkologiczni, którzy mają nawrót choroby – oni na leczenie czekają zdecydowanie dłużej niż przed wprowadzeniem zmian.

Czyli smucić musi się ktoś, żeby cieszyć się mógł ktoś inny?

– Dokładanie, w takich sytuacjach zawsze działa zasada transferu środków: żeby polepszyć jakość w jednej dziedzinie, trzeba ją pogorszyć w innej. Dając jednym, musimy zabrać drugim. Tak wyglądają zmiany w systemie opieki zdrowotnej, które politycy nam serwują. Niestety, to przesuwanie pieniędzy nie pociąga za sobą ogólnej poprawy jakości systemu opieki zdrowotnej i sprawności jego działania.

Czy w przypadku uchybień w ochronie zdrowia albo błędów lekarskich pacjent ma równe szanse w walce z systemem ochrony zdrowia?

– Pacjenci, u których doszło do zdarzeń medycznych, są szczególnie poszkodowani. Często jest tak, że mogłyby być one naprawione w prosty sposób, jednak niepotrzebnie dochodzi do konfliktów. Bywa, że świadczeniodawcy chcą pozbyć się takich pacjentów, wyrzucając ich poza system. Wówczas ci zaczynają walczyć o swoje zdrowie, na nowo ustawiając się w długich kolejkach. Tak nie powinno być. Im należy pomóc w pierwszej kolejności, dlatego że oni doznali uszczerbku na zdrowiu, któremu winien jest świadczeniodawca, należałoby więc traktować ich priorytetowo. System powinien objąć swoje ofiary szczególną troską i robić wszystko, aby przywrócić ich do stanu zdrowia sprzed zdarzenia, nawet za cenę leczenia za granicą, jeżeli nie da się tego zrobić w kraju. Niestety tak nie jest.

Wspominała pani o brytyjskim systemie informacji, na którym powinniśmy się wzorować. Czy istnieje jakiś wzorcowy zachodni system opieki zdrowotnej? Jeśli tak, to skąd wynika opór przenoszenia dobrych wzorców na polski grunt? Czy to brak pieniędzy, czy może bariera mentalna?

– Mamy w Polsce taką dziwną przypadłość, że dobry przykład trudno się u nas przebija. Działają szczególne prawa, jakby zakładające nieistnienie na świecie dobrych praktyk. Być może problem polega na tym, że inne systemy ochrony zdrowia w ostatnich latach ewoluują dzięki rozwojowi w nich technologii informatycznych. Prawda jest taka, że to nie technologie lekowe są w tej chwili najpoważniejszym obszarem innowacji w ochronie zdrowia – są nim właśnie zmiany w informatyzacji, w dostępie do informacji i ich transparentności, w dostępie do danych publicznych w innych systemach opieki zdrowotnej. A u nas? No cóż, to trudny temat, wręcz bolesny. My nawet nie możemy wystartować z informatyzacją.

Nie wiem, czy w tej chwili w Europie istnieje równie zawstydzający przypadek problemów z informatyzacją jak nasz. Chyba jesteśmy ostatnim z reliktów starego systemu, niecyfrowego. To wielka porażka. Co więcej, nie widać, aby miało się to zmienić w najbliższych latach. To w dodatku rzadki przykład, w którym brak środków nie uzasadnia braku zmian, bo pieniądze na ten cel były.

Zdaje się, że nawet w Mołdawii wprowadzono informatyzację systemu ochrony zdrowia, zresztą kraj ten jest wskazywany jako przykład dobrych rozwiązań w tym obszarze. Nie wiem, czy w tej chwili w Europie istnieje równie zawstydzający przypadek problemów z jej brakiem jak nasz. Chyba jesteśmy ostatnim z reliktów starego systemu, niecyfrowego. To wielka porażka. Co więcej, nie widać, aby miało się to zmienić w najbliższych latach. To w dodatku rzadki przykład, w którym brak środków nie uzasadnia braku zmian, bo pieniądze na ten cel były.

Często słyszymy, że zdrowie mamy jedno, a troska o nie to nie tylko wizyty u lekarza, gdy coś się dzieje, lecz także profilaktyka. Jak wygląda świadomość Polaków, że sami również pracujemy na własną kondycję i własne samopoczucie?

– Nasze kompetencje zdrowotne nie są duże, jeszcze mentalnie nie wyszliśmy z zeszłej epoki, w której odpowiedzialność za zdrowie obywateli spoczywała w rękach lekarza. Dziś już tak nie jest i powoli uczymy się, jak dbać o swoje zdrowie, tyle że z powodu braku publicznych źródeł informacji, o których mówiłam na początku, robimy to na podstawie reklam telewizyjnych. Najlepiej potrafimy zadbać o sprawy związane z bólem, gorączką, stylem życia, natomiast nie zawsze nasze działania są przejawem właściwych kompetencji zdrowotnych. One oczywiście powinny się rozwijać, ale za to powinna odpowiadać przemyślana polityka państwa, dotycząca edukacji w tym zakresie.

No tak, w końcu mówi się, choć nieco z przymrużeniem oka, że wszyscy Polacy znają się na polityce i zdrowiu. W tych kwestiach nieoceniony jest też dr Google. Jak pani myśli, czy korzystanie z jego „usług" to wynik braku zaufania do lekarza czy zwykłej wygody i wzbraniania się przed wizytą u specjalisty?

– Żyjemy w czasach cywilizacyjnej rewolucji. Kiedyś wiedza medyczna była cennym zasobem, zarezerwowanym dla niewielkiego grona ekspertów, specjalistów i autorytetów. W pewnym momencie stała się ona publicznie i powszechnie dostępna, więc dziś masowo korzystamy z otwarcia

tych zasobów – to znak naszych czasów i pewien trend. Oczywiście wiedzy tej nie klasyfikuję jako dobrej czy złej, bo są tam zarówno rzetelne, przygotowywane przez fachowców portale, jak i te amatorskich. Ubolewam, że z tych pierwszych nie korzystamy często, chętniej zaś czytamy to, co jest napisane w sposób lekki, miły i przyjemny, najlepiej, jeśli jest to dodatkowo „przetrawione" przez innych użytkowników sieci. Oni jako źródło wiedzy zyskują na popularności, a szkoda, bo informacje pochodzą w tym przypadku nie od eksperta, tylko przeciętnego Kowalskiego, który mierzył się z jakimś problemem zdrowotnym. Jakość znajdującej się w Internecie wiedzy nie zawsze bywa więc wiarygodna, a przez to może być niebezpieczna. Kluczowa jest umiejętność odróżnienia od siebie informacji sprawdzonych od tych, które rozmijają się z rzeczywistością, i tu po raz kolejny przywołuję postulat uporządkowania internetowych zasobów poprzez stworzenie publicznego portalu z autoryzowaną wiedzą. Mogłoby to przy okazji rozwiązać inne kwestie sporne, mam tu na myśli chociażby te wynikające z wszelkiego rodzaju ruchów antyszczepionkowych czy ekstremizmy żywieniowe.

Darmowe leki dla seniorów to utopia? Czego brakuje tej idei, by sprawdziła się w praktyce?

– Nas jako organizację zadziwia, dlaczego ktoś, kto jest przed 70. rokiem życia, płaci pełną kwotę za leki, a potem płacić przestaje. Wydatki na leki nie zawsze przecież są związane z wiekiem – są osoby starsze w bardzo dobrej kondycji, które praktycznie nie zażywają leków, ale są też osoby młode, ciężko chore, które wymagają wsparcia ze strony państwa. Nie rozumiemy sytuacji, w której pomaga się tylko osobom w podeszłym wieku. Wydaje się nam, że sprawiedliwszy społecznie byłby system, w którym pomagałoby się osobom potrzebującym leków bez względu na ich wiek. Proponujemy wprowadzenie mechanizmu, który opierałby się na rocznym limicie wydatków na leki – roboczo określiliśmy go na poziomie 1200 zł. Po jego przekroczeniu każdy pacjent powinien otrzymywać leki nieodpłatnie. Podobne rozwiązanie działa w wielu krajach i nie wymaga wyrafinowanych metod nadzoru.

Jak fundacja podchodzi do kwestii dobrowolnych dopłat pacjentów do leczenia? Czy mają one szansę wpłynąć na zadowolenie z opieki medycznej?

– Uważamy, że współpłacenie ma wiele zalet, przede wszystkim buduje pozycję pacjenta w systemie, dlatego że swoją przysłowiową złotówką dokonuje on wyboru świadczeniodawcy, za czym idą środki z budżetu. Dzięki temu pacjent staje się tak naprawdę klientem, centrum systemu, partnerem lekarza w procesie powrotu do zdrowia, rośnie jego pozycja. Muszę jednak podkreślić, że w praktyce wszystko zależy od skali współpłacenia. Jeśli byłaby ona zbyt wysoka, pacjenci zaczęliby unikać świadczeń, do których trzeba dopłacać, a chętniej korzystaliby z tych darmowych, chociażby leczenia szpitalnego czy pomocy doraźnej udzielanej w SOR-ach. Wprowadzając takie rozwiązanie, należałoby również stworzyć system zabezpieczeń dla osób o najniższych dochodach, żeby nie pogłębiać różnic pomiędzy różnymi grupami społecznymi.

Rozmawiała Justyna Franczuk

Polska Akademia Jakości Cert Sp. z o.o. nieprzerwanie od 2007 r. świadczy usługi w zakresie certyfikacji oraz szkoleń. Podmioty działające w branży medycznej, z uwagi na specyfikę swoich usług, stanowią istotną oraz szczególną grupę naszych klientów

Przegląd procedur oraz procesów w ramach przygotowania do audytu to świetny impuls do poprawy funkcjonowania podmiotu w wielu obszarach jego działalności. Certyfikacja jest zwieńczeniem tych wysiłków i potwierdzeniem funkcjonowania zgodnego z wymogami normy. Tak więc przyczyniamy się do poprawy jakości usług świadczonych przez naszych klientów, co przekłada się na poprawę komfortu oraz jakości obsługi pacjentów.

Kluczowym elementem procesu certyfikacji jest bezstronność. Weryfikacja funkcjonowania placówki przez stronę trzecią jest obiektywnym materiałem dla menadżerów zarządzających podmiotami medycznymi. Dzięki temu strategiczne decyzje są lepiej powiązane z potrzebami zarówno w zakresie procedur medycznych, jak i aspektów biznesowych.

Polska Akademia Jakości Cert Sp. z o.o. to kompetentny zespół, złożony z zaangażowanych pracowników. Cenimy kulturę organizacyjną państwa firm i jesteśmy po to, by pomóc. Codziennie starannie realizujemy swoją misję. ■

Fot. Wojciech Bryś

Przełomowe dokonania są wciąż przed nami

Nie mam wątpliwości, że dzięki osiągnięciom genetyki dzisiejsi studenci medycyny będą skutecznie leczyć wiele chorób dziś nieuleczalnych. I wcale nie jest to nadmierny optymizm z mojej strony – mówi **prof. dr hab. med. Anna Latos-Bieleńska, reprezentująca Centra Genetyki Medycznej GENESIS**

Centrum Genetyki Medycznej GENESIS działa na rynku już ponad 16 lat. Jak osiągnięcia tego okresu wpisują się w postęp medycyny i jakie dokonania firmy można uznać za przełomowe?

– Przede wszystkim wyjątkowa jest formuła CGM Genesis. To bowiem nie tylko doskonale wyposażone laboratorium, wykonujące tysiące badań genetycznych rocznie, lecz także największy w Polsce zespół lekarzy genetyków. Od początku powstania firmy przyświecała nam idea połączenia najwyższej jakości badań genetycznych z profesjonalnym poradnictwem genetycznym. Ustalenie rozpoznania klinicznego, dobór właściwych testów genetycznych i interpretacja wyników w kontekście klinicznym – tego właśnie potrzebuje pacjent, u którego jest podejrzenie, że obserwowana patologia ma podłoże genetyczne.

Przełomowe dokonania firmy? Było ich kilka. To m.in. wprowadzenie w 2010 r. do diagnostyki genetycznej technologii mikromacierzy. Stają się one badaniem pierwszego wyboru u dzieci z wadami, z opóźnieniem rozwoju czy autyzmem oraz w diagnostyce prenatalnej. W CGM Genesis potwierdziliśmy ich wielką przydatność diagnostyczną. Innym przełomowym wydarzeniem było wprowadzenie do diagnostyki genetycznej niepowodzeń rozrodu badania kosmówki z poronienia. Wykazaliśmy, że aż w 60 proc. poronień przyczyną jest ciężka choroba genetyczna zarodka/płodu. Badanie to pomaga w ukierunkowaniu dalszej diagnostyki przyczyn poronień i ma ogromne znaczenie psychologiczne dla pary, która straciła ciążę. Wreszcie należy wymienić wielki i stale poszerzany zakres testów genetycznych w chorobach rzadkich. Należy podkreślić także przełomowe wydarzenia w kontekście biznesowym. To rebranding firmy – nowe logo i dodanie nazwy „Genesis" do Centrum Genetyki Medycznej – oraz pozyskanie w 2014 r. dla firmy inwestora strategicznego. Jestem jednak zdania, i w tym kierunku zmierzają nasze działania, że największe przełomowe dokonania są cały czas przed nami.

Jak dziś ocenia pani wpływ genetyki na zdrowie i jak prace naukowe przekładają się na praktyczny wymiar terapii?

– Zarówno lekarze, jak i ogół społeczeństwa w coraz większym stopniu doceniają znaczenie genetyki w diagnostyce, doborze właściwej opieki medycznej oraz w profilaktyce. W CGM Genesis jest szczególnie silny związek praktyki z nauką, ponieważ znaczna część zespołu to naukowcy, prowadzący projekty badawcze i mający współprace naukowe na szerokim polu z renomowanymi ośrodkami genetyki na świecie. Sprzyja to szybkiemu przechodzeniu odkryć naukowych do praktyki klinicznej.

Jakie nadzieje niesie genetyka dla osób cierpiących na rzadkie, nieuleczalne choroby?

– Osiem tysięcy już sklasyfikowanych chorób rzadkich to w 80 proc. przypadków choroby genetyczne. Dziś tylko 1 proc. ma jakąś formę skutecznej, chociaż bardzo drogiej, terapii, pozostali chorzy ciągle czekają na pomoc ze strony genetyków. Ale nie tylko oni – przecież genetyka będzie mogła ogromnie dużo zaoferować m.in. chorym na nowotwory. Trwają zarówno badania naukowe, jak i próby kliniczne. Nie mam wątpliwości, że dzięki osiągnięciom genetyki dzisiejsi studenci medycyny będą skutecznie leczyć wiele chorób dziś nieuleczalnych. I wcale nie jest to nadmierny optymizm z mojej strony.

Rozmawiał Igor Korczyński

W CGM Genesis jest szczególnie silny związek praktyki z nauką, ponieważ znaczna część zespołu to naukowcy, prowadzący projekty badawcze i mający współprace naukowe na szerokim polu z renomowanymi ośrodkami genetyki na świecie.

URBAN

Stylowe i klasyczne meble amerykańskie

Firma **URBAN** jest przedstawicielem na Europę Środkowo-Wschodnią kilku amerykańskich producentów mebli. Na dzień dzisiejszy strategicznymi dostawcami są 2 firmy:

ASHLEY FURNITURE – jest jednym z największych na świecie producentów mebli w średniej klasie cenowej,

AICO – AMINI – to meble ekskluzywne, zaprojektowane we współpracy właściciela firmy Michaela Amini ze znaną aktorką Jane Seymour.

Firma **URBAN** zaprasza do współpracy handlowej salony meblowe, które chcą wzbogacić swoją ofertę o ekskluzywne meble stylowe.

Ekspozycja około 2 tys. mkw. tylko w Jarosławiu, w salonie przy ul. Tarnowskiego 20a.

www.mebleurban.pl

URBAN

URBAN Jarosław, ul. Tarnowskiego 20a, tel.: 16 621 33 61, 16 621 64 21, e-mail: urban@pkpoczta.pl

Medycyna jest dziedziną bardzo trudną

Rozmawia MAŁGORZATA SZERFER

W pełni doceniam i uważam za bardzo ważne wszystkie zadania, stojące przed zarządem: właściwe podejście ekonomiczne, długofalowe planowanie strategiczne, elastyczność w negocjacjach. Jednak jeśli idzie o bezpieczeństwo pacjentów, w moim przekonaniu najważniejszym zadaniem zarządzających jest stworzenie odpowiedniej atmosfery, odpowiedniej kultury organizacji – mówi **Jerzy Kulikowski, prezydent Towarzystwa Promocji Jakości**

Jak postrzega pan starania zarządów krajowych szpitali i zakładów opieki zdrowotnej o jak najwyższą jakość opieki medycznej? Czy zaangażowanie kierownictwa i personelu medycznego ewoluuje w dobrym kierunku?

– Jakość opieki zdrowotnej ciągle jest w Polsce pojęciem mało znanym. O problematyce jakości niewiele wiedzą rządzący, leczący i – co najgorsze – leczeni. Utarło się, że jeśli mamy w zespole dobrego chirurga i dobrego kardiologa, to na pewno mamy dobrą jakość. Tymczasem, co wielokrotnie podkreślałem, jakość w ochronie zdrowia jest pojęciem niesłychanie złożonym, obejmującym wiele więcej czynników niż tylko pracę dobrych profesjonalistów. Wyniki najlepiej przeprowadzonej operacji mogą zostać zniweczone przez błędy na poziomie sterylizacji, co doprowadzi do – czasem tragicznej w skutkach – infekcji. Wysiłki i wiedza kardiologa na nic się zdadzą, jeśli na skutek błędów organizacyjnych do interwencji dojdzie za późno. Zaangażowanie w problematykę jakości powoli – ale jednak – przebija się do świadomości zespołów leczniczych, przede wszystkim w szpitalach akredytowanych. Kierunek jest właściwy, a jeśli za czuwaniem nad jakością usług medycznych pójdą wymierne korzyści dla jednostki , proces niewątpliwie przyspieszy.

W jakim stopniu systemy zarządzania jakością wpisują się w specyfikę pracy placówek opieki medycznej i ich politykę projakościową? Na ile ISO i akredytacja są zalecane jako uzupełniające się narzędzia doskonalenia praktyk stosowanych w placówkach ochrony zdrowia? Czy któryś z nich jest szczególnie rekomendowany?

– Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia to przede wszystkim wypracowanie i stosowanie w jednostce racjonalnych procedur: i klinicznych, i dotyczących zarządzania firmą, i ochroną środowiska, i prawno-organizacyjnych. Akredytacja została umieszczona w ustawie, więc jasnym jest, że to ona jest szczególnie zalecana. Nic zresztą dziwnego – akredytacja jest od swoich początków zaprojektowana dla potrzeb placówek ochrony zdrowia. Certyfikacja ISO jest przydatna w aspekcie procesów zarządzania i ochrony środowiska. W mojej opinii w procesie certyfikacji ISO zbyt dużą wagę przykłada się do rozbudowanej dokumentacji. Dokumentacja oczywiście jest niezbędna, ale powinna być ograniczona do niezbędnego minimum, z większą uwagą zwróconą na treść, nie na formę.

Jakie aspekty zarządzania są kluczowe z punktu widzenia potrzeby zapewnienia pacjentom optymalnego bezpieczeństwa?

– W pełni doceniam i uważam za bardzo ważne wszystkie zadania, stojące przed zarządem: właściwe podejście ekonomiczne – trudno zajmować się jakością, gdy szpital tonie w długach, długofalowe planowanie strategiczne, elastyczność w negocjacjach i jeszcze wiele innych. Jednak jeśli idzie o bezpieczeństwo pacjentów, w moim przekonaniu najważniejszym zadaniem zarządzających jest stworzenie odpowiedniej atmosfery, odpowiedniej kultury organizacji. Takiej kultury, w której personel nie będzie się bał raportowania zdarzeń niepożądanych, w której te zdarzenia będą nie tylko gromadzo-

ne, lecz także analizowane, w której po analizie następnym logicznym krokiem będzie wprowadzenie w życie wynikających z analizy wniosków. Takiej kultury, która spowoduje wśród personelu brak lęku o swoją przyszłość, która będzie przedkładała raczej pracę dobrego, zgranego zespołu nad indywidualne dokonania wybitnych nawet jednostek.

Czy tematy poruszane na konferencjach poświęconych problemom opieki medycznej oraz pomysły na rozwiązanie problemów, z którymi spotykają się lekarze oraz menadżerowie, zyskują odzwierciedlenie w praktyce, poza okazjonalną dyskusją w środowisku medycznym?

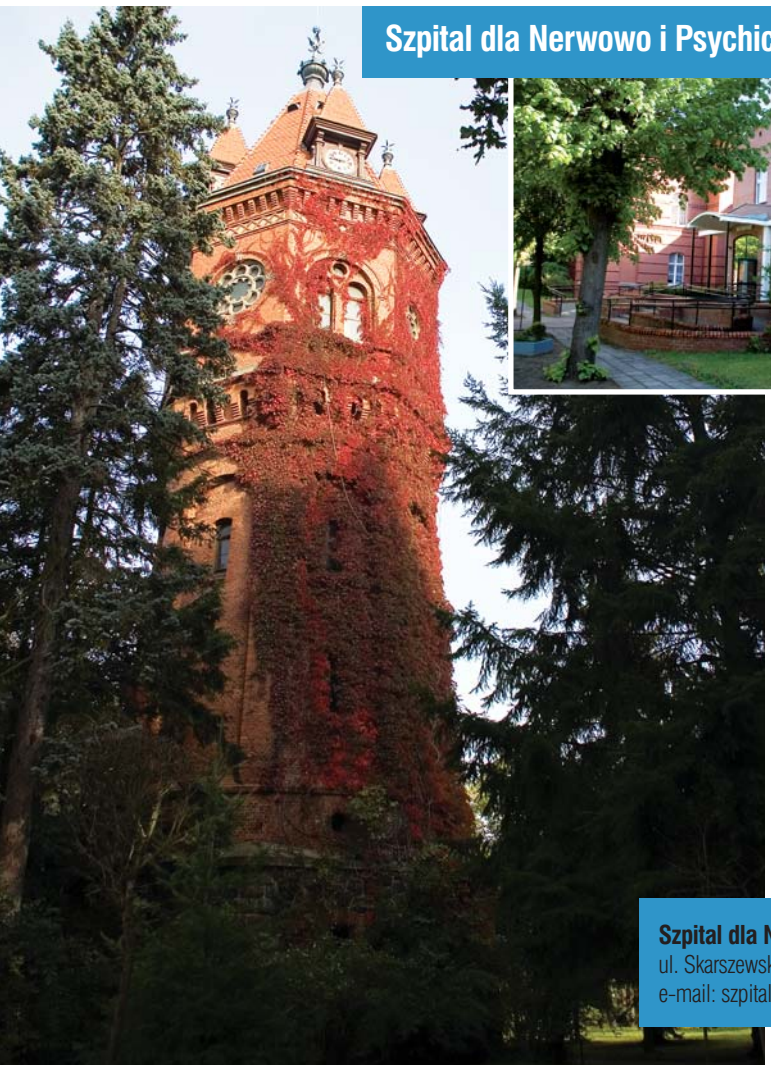
– Ktoś powiedział kiedyś, że jeśli ze zjazdu, sympozjum, konferencji wyniesie się jedną rzecz, wartą zastosowania na własnym podwórku, warto było ten zjazd organizować, warto było na ten zjazd przyjechać. Gromadzące profesjonalistów konferencje mają ogromne znaczenie. Wybitnym naukowcom pozwalają skonfrontować swoją wiedzę z praktykami, klinicystom wymieniać poglądy i doświadczenia, lekarzom i pielęgniarkom z mniejszych ośrodków pomagają szybciej zapoznać się z najnowszymi osiągnięciami i trendami w medycynie.

Ktoś powiedział kiedyś, że jeśli ze zjazdu, sympozjum, konferencji wyniesie się jedną rzecz, wartą zastosowania na własnym podwórku, warto było ten zjazd organizować, warto było na ten zjazd przyjechać. Gromadzące profesjonalistów konferencje mają ogromne znaczenie.

Wartość takich konferencji jest nie do przecenienia; mimo nowoczesnych elektronicznych środków wymiany informacji, spotkanie z żywym słowem ma i będzie miało swoją wagę i swoje znaczenie. Jako młody chirurg wracałem z kolejnych Zjazdów Towarzystwa Chirurgów Polskich zafascynowany tym, co tam słyszałem. Jeszcze długo po zjeździe toczyliśmy dyskusje i spory, w wyniku których zawsze na oddziale pojawiało się coś nowego.

Jak postrzega pan zasadność programów promujących jakość w ochronie zdrowia, konkursów dla placówek opieki medycznej i ich menadżerów? Czy udział w tego typu inicjatywach i status laureata mają realne przełożenie na funkcjonowanie i wizerunek placówek oraz zdrowie i jakość pobytu pacjentów?

– Medycyna jest dziedziną bardzo trudną, poddającą się obiektywnej ocenie. Jest oczywiste, że wszelkiego rodzaju konkursy czy plebiscyty nie dają w pełni obiektywnego obrazu ocenianych jednostek czy ich liderów. Niemniej jednak przystąpienie, a tym bardziej zajęcie wysokiego miejsca w konkursie czy rankingu, wymusza na jednostce podjęcie określonych projakościowych działań. Dobry wynik jest zwykle popularyzowany przez lokalne media, więc na zasadzie „szlachectwo zobowiązuje" trzeba te dobre działania kontynuować, trzeba za jakiś czas znowu poddać się ocenie – to wszystko podnosi jakość, zwiększa bezpieczeństwo pacjentów. Każdy krok, nawet niewielki, który zmierza w stronę poprawy jakości, ma swoje znaczenie i będzie się liczył dla pacjentów, a o to przecież chodzi. ■



Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim

Zapewniamy specjalistyczną opiekę medyczną w formie stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej pacjentom z zaburzeniami psychicznymi, osobowości i zachowania oraz osobom uzależnionym. Naszymi głównymi atutami są długoletnie doświadczenie i wykwalifikowana kadra, a także umiejętność dostosowania się do współczesnych trendów w psychiatrii oraz podejmowanie wyznań, jakim było m.in. uzyskanie statusu szpitala akredytowanego w 2014 roku.

Szpital tworzą:

- 4 oddziały psychiatryczne ogólne i dla przewlekle chorych,
- oddział psychiatryczny dla młodzieży,
- oddział psychogeriatryczny,
- 4 oddziały psychiatrii sądowej o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu, w tym dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych,
- oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich,
- 2 zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne,
- 2 oddziały dla uzależnionych od alkoholu, w tym terapeutyczny z pododdziałami leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
- oddział leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości – to jeden z 2 tego typu oddziałów w Polsce, prowadzący terapię pacjentów z zaburzeniami osobowości, także bordeline,
- oddział dzienny psychiatryczny,
- poradnia zdrowia psychicznego,
- zaplecze diagnostyczne.

Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim
ul. Skarszewska 7, 83-200 Starogard Gdański, tel.: 58 562 06 00, faks: 58 562 36 50
e-mail: szpital@kocborowo.pl, www. kocborowo.pl

Inwestycja w jakość to przyszłość

W obecnej sytuacji na rynku usług medycznych bardziej opłacalnym jest mieć wdrożony i certyfikowany system zarządzania, zgodny przynajmniej z jedną normą ISO, niż nie mieć go wcale – mówi **Jacek Papiński, dyrektor Pionu Certyfikacji Polskiego Rejestru Statków S.A.**

Jak ocenia pan nastawienie do certyfikacji w środowisku medycznym? Czy dyrektorzy placówek ochrony medycznej wiążą dążenie do jakości z certyfikacją?

– W ostatniej dekadzie stopień świadomości, dotyczący potrzeby poprawy standardów jakości w sektorze ochrony zdrowia, wzrósł i to w sposób znaczący. Służba zdrowia świadczy usługi, a renoma w branży usługowej ma bardzo duże znaczenie. Certyfikaty ISO to już nie tylko łatwiejsze pozyskiwanie pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia i innych środków budżetowych, lecz także zapewnienie, że przedsiębiorstwo medyczne posiada strategię rozwoju, analizuje ryzyko funkcjonowania oraz racjonalnie gospodaruje posiadanymi zasobami, a swoje decyzje opiera o informacje z otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego. Kadra zarządzająca placówkami medycznymi coraz więcej uwagi poświęca zagadnieniom ulepszania jakości świadczonych usług. Pacjenci są coraz bardziej zorientowani na prawa i możliwości, z jakich mogą korzystać. Certyfikat daje im gwarancję, że poziom opieki zdrowotnej, oferowanej przez dany podmiot medyczny, nie może być niższy niż zadeklarowany w przyjętej przez niego polityce jakości.

Jakiego argumentu użyłby pan, by przekonać menadżerów ochrony zdrowia do inwestycji w certyfikację?

– Inwestycja w jakość i innowacje to przyszłość. Certyfikat przestał być tylko dokumentem, który możemy znaleźć na ścianach klinik, szpitali, przychodni czy gabinetów medycznych. W dobie rosnących wymagań pacjentów jednostki medyczne zmuszone są do usprawniania i optymalizacji procesów zarządzania. Normy ISO pomagają stworzyć organizacjom z sektora ochrony zdrowia odpowiednie warunki do opieki medycznej, działalności naukowo-badawczej i kształceniowej. Obecnie istniejące standardy ISO uwzględniają specyfikę tej trudnej branży, której zadaniem jest ochrona zdrowia i życia człowieka. Wymagania norm nie ingerują w kształt procedur medycznych związanych bezpośrednio z procesem leczenia pacjenta, lecz integrują je z innymi działaniami, zwiększając tym samym efektywności funkcjonowania.

Czy podmioty, które poddają się ocenie ekspertów PRS, spełniają stawiane im wymogi międzynarodowego standardu?

– Z dumą mogę stwierdzić, iż w gronie ponad 300 naszych klientów znajdują się różne podmioty: począwszy od niewielkich przychodni z mniejszych aglomeracji, skończywszy na wysoko wyspecjalizowanych szpitalach z największych miast Polski, które wyróżniają się wysoką jakością świadczeń, nowoczesnym modelem zarządzania i przede wszystkim troską o budowanie jak najlepszych relacji z pacjentami. Wspólną cechą tych wszystkich podmiotów jest ukierunkowanie na cele i konsekwentne działania na rzecz ich realizacji. Każda z tych organizacji, dzięki efektywnemu wdrożeniu i utrzymywaniu systemów zarządzania, zgodnych z normami ISO, wprowadziła skuteczne metody i procedury postępowania, które – z jednej strony – zapewniają, że oferowane świadczenia zdrowotne swoim poziomem jakości i niezawodności odpowiadają oczekiwaniom pacjentów, z drugiej zaś, pozwalają na takie obniżenie kosztów, aby oferowana usługa była konkurencyjna pod względem ceny, terminów czy nowoczesnych rozwiązań.

Jak szybko od wdrożenia systemu zarządzania jakością w ochronie zdrowia można mówić o zwrocie inwestycji i jej opłacalności?

– W obecnej sytuacji na rynku usług medycznych bardziej opłacalnym jest mieć wdrożony i certyfikowany system zarządzania, zgodny przynajmniej z jedną normą ISO, niż nie mieć go wcale. Na zwrot inwestycji składa się wiele czynników zarówno zewnętrznych, m.in. sytuacja gospodarcza w kraju i za granicą, jak i wewnętrznych, takich jak: analiza zagrożeń, system organizacji pracy czy zaangażowanie personelu. Oczywiście inaczej sytuacja będzie wyglądać w dużych podmiotach medycznych, które mają szeroki wachlarz usług, a inaczej w mniejszych, które działają w konkretnej specjalizacji. Uzyskanie certyfikatu jest szczególnie wartościowe dla małych i średnich organizacji, które świadczą usługi medyczne o bardzo wysokiej jakości, ale nie mają wypracowanej marki swoich produktów. Dla takich jednostek uzyskanie cenionego na rynku certyfikatu jest znacznie mniej kosztowne niż wypracowanie renomy dla swoich usług. Uznany certyfikat ISO

W mojej opinii na certyfikacji zyskują wszyscy, tylko każdy w innym wymiarze. Efektywne świadczenie usług zdrowotnych to równomierny rozwój wszystkich poziomów i obszarów działania podmiotu leczniczego oraz lokalnej społeczności.

poinformuje pacjentów takiego podmiotu medycznego o tym, że zarządza on jakością zgodnie z powszechnie znanymi międzynarodowymi standardami, a jego usługi charakteryzują się wysoką jakością i stabilnością. Jeśli mielibyśmy doprecyzować przedział czasowy, to wskazane jest, by takie analizy opłacalności przeprowadzać dopiero po pełnym cyklu certyfikacji, który wynosi trzy lata. W tym czasie organizacja jest w stanie dokonać rzetelnej i rzeczowej analizy zysków i strat na bazie zebranych wniosków, dokumentów finansowych i doświadczeń.

W jakim wymiarze najbardziej odczuwalne są pozytywne efekty podjęcia trudu certyfikacji i dostosowania się do normy w codziennej praktyce?

– Dla każdej organizacji, również dla tej z branży medycznej, która wdroży i certyfikuje swój system, niezwykle ważne jest pojęcie istoty certyfikacji przez najwyższe kierownictwo i podjęcie przez kadrę zarządczą trudu wdrożenia wymagań we wszystkich strukturach organizacyjnych. By zobrazować, jak to wygląda w codziennej praktyce, posłużę się porównaniem podmiotu medycznego do żywego organizmu, który funkcjonuje w oparciu o zasady dyktowane przez najbardziej rozwinięte jego partie i w którym każda komórka odgrywa ważną rolę w procesie rozwoju. Dla właściwego funkcjonowania organizmu niezbędna jest współpraca wszystkich organów, które wchodzą we wzajemne interakcje i spełniają określone zadania. Tak samo jest w przypadku podmiotów medycznych – jeśli wszystko funkcjonuje zgodnie z racjonalnie zaplanowanymi, zintegrowanymi i uporządkowanymi działaniami, to dany podmiot medyczny demonstruje wiarygodność i zaufanie jako instytucja, która dba o bezpieczeństwo finansowe i zapewnia komfort pacjentom, pracownikom, partnerom biznesowym i innym zainteresowanym stronom. Budowanie świadomości, że organizacja funkcjonuje zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, mającymi zastosowanie w ochronie zdrowia, przekłada się na zadowolenie indywidualnego pacjenta, który jest najlepszym przykładem i dowodem na skuteczne funkcjonowanie certyfikowanego systemu zarządzania.

Kto najbardziej zyskuje na certyfikacji? Czy można mówić o zysku dla kadry zarządzającej, personelu medycznego i pacjenta?

– W mojej opinii zyskują wszyscy, tylko każdy w innym wymiarze. Efektywne świadczenie usług zdrowotnych to równomierny rozwój wszystkich poziomów i obszarów działania podmiotu leczniczego oraz lokalnej społeczności. I tak np. podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego i zwiększenie bezpieczeństwa poprzez ograniczanie zagrożeń podniesie świadomość pracowników, zwiększy koncentrację na pacjencie oraz dbałość o jego komfort. Pacjent otrzymuje gwarancję wysokiego poziomu świadczonej usługi medycznej, a jego opinia ma wpływ na renomę placówki. Z kolei ciągłe rozszerzanie oferty usług medycznych przyczyni się do lepszego spełnienia oczekiwań i wymogów pacjenta. Działalność profilaktyczna i promocja zdrowia stanie się czynnikiem kształtującym pozytywny wizerunek podmiotu leczniczego w lokalnej społeczności oraz przyłoży się do poprawy stanu zdrowia jej mieszkańców. Zaś prowadzenie działań w sposób zgodny z normami społecznej odpowiedzialności biznesu w oparciu o wartości etyczne zapewni konstruktywną komunikację z otoczeniem. Jest to więc obieg zamknięty i są to korzyści, które wzajemnie na siebie oddziałują.

Czym warto się kierować, wybierając jednostkę certyfikującą?

– Przede wszystkim doświadczeniem w branży oraz tym, czy jednostka certyfikująca posiada akredytację na prowadzoną działalność. Jest ona udzielana przez jednostkę akredytującą, która posiada umocowanie w danym kraju. Udzielenie akredytacji jednostce certyfikującej potwierdza, że ma ona odpowiednie przygotowanie i kompetentny personel, rzetelnie prowadzi certyfikację, a wyniki audytów certyfikujących są obiektywne i niezależne. Jeśli przebieg procesu certyfikacji ma być sprawny, warto poszukać jednostki z dużym doświadczeniem w swojej branży. Ponadto pod uwagę należy wziąć: liczbę wydanych certyfikatów, historię i osiągnięcia firmy oraz jej wizerunek na rynku. Oczywiście cena jest również ważnym czynnikiem, jednak uważam, że przy ostatecznym wyborze nie powinna być głównym kryterium.

Jak doświadczenie podmiotu certyfikującego przekłada się na rzetelność oceny i wdrożenia niezbędnych procedur?

– Z doświadczeniem jednostki certyfikującej jest podobnie jak z doświadczeniem zawodowym czy życiowym. W miarę upływu lat i zmian, które zachodzą na różnych płaszczyznach, stajemy się bogatsi o wiedzę i rozwiązania dla pewnych zagadnień. Nasza jednostka cieszy się ponad 20-letnim stażem w obszarze systemów zarządzania, dzięki któremu ulepszamy oraz dostosowujemy struktury oferowanych usług do ciągle zmieniających się warunków. Nasi klienci to zarówno małe kilkuosobowe firmy, jak i wielkie korporacje, zatrudniające nawet kilkanaście tysięcy pracowników. Poznaliśmy rynek i niemal wszystkie branże, a zaangażowanie w aktywny dialog daje nam szansę dostarczania właściwych rozwiązań w każdym sektorze gospodarki. Swoją wysoką pozycję w kraju zawdzięczamy dużemu doświadczeniu, profesjonalnej obsłudze oraz fachowości naszych audytorów, posiadających wysokie kwalifikacje i kładących nacisk na ciągły rozwój i zdobywanie wiedzy, którą mogą dzielić się z naszymi klientami. Wszystkie te czynniki mają wpływ na to, gdzie jesteśmy obecnie jako jednostka certyfikująca i gdzie będziemy w kolejnych latach naszej działalności, ponieważ bogate doświadczenie przekłada się na wiarygodność i rzetelność oceny, jaką oferujemy naszym klientom, a tym samym na zaufanie do naszej jednostki certyfikującej.

Rozmawiała Marianna Szczepańska

Równość ponad wszystko

Bardzo chętnie podkreśla się u nas różnice między prywatnym a publicznym, dlatego polski obywatel nie jest nauczony korzystania z prywatnej oferty medycznej. Trzeba jasno powiedzieć, że walka władz z sektorem prywatnym jest działaniem przeciwko konstytucji
– mówi **Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych**

Rozmawia MAŁGORZATA SZERFER

Na co najbardziej choruje dziś system ochrony zdrowia w Polsce?

– Na permanentny niedobór pieniędzy i ogólny bałagan. Cały czas zbyt mała część PKB trafia do systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie cały czas odczuwalny jest chaos w wymiarze organizacji i planowania. Ciągle nie wiadomo, czy rozwijać system publiczny, czy może również prywatny, i w jakim procencie. Panuje tak duża dezorientacja, że przedsiębiorca prywatny musi polegać wyłącznie na własnym nosie. W działalność inwestowane są potężne pieniądze, podczas gdy przyszłość jest nieznana, bo nikt nie jest w stanie odpowiedzieć, kto i co będzie kontraktował. Bałagan dotyczy również organizacji sektora publicznego. Podjęto np. decyzję o tworzeniu map, które miały stanowić podstawę finansowania, ale władze regionalne blokują ten proces. W zespołach uczestniczących w opracowywaniu tych map przedstawiciele szpitali prywatnych stanowią margines i niewiele mają do powiedzenia. Nieustannie jesteśmy zmuszeni do pracy na grząskim gruncie.

Z czego wynika owa dezorganizacja, idąca w parze z niechętnym stosunkiem do prywatnych przedstawicieli rynku ochrony zdrowia?

– Myślę, że z braku wiedzy i kompetencji decydentów, którzy zupełnie nie znają się na europejskich systemach ochrony zdrowia. W komisji ochrony zdrowia zasiadają przypadkowi politycy – niestety za pośrednictwem tych nieudolnych ludzi próbujemy stworzyć własne wzorce. Mimo że w 26 krajach Unii zostało przećwiczonych – z lepszym lub gorszym skutkiem – wiele modeli, u nas nikt nawet nie próbuje zmienić sytuacji na lepsze. Kolejnym potwierdzeniem nieznajomości realiów i potrzeb systemu jest samozadowolenie administratorów, że mamy zalążek turystyki medycznej, podczas gdy o jakości w ochronie zdrowia i standardach europejskich nie mają oni zielonego pojęcia. Proszę sobie wyobrazić, że w Polsce ani jeden szpital nie ma międzynarodowego certyfikatu jakości medycznej. Uznajemy się za kraj cywilizowany, a naszych lekarzy za dobrych, ale mimo osiągnięć daleko nam do zachodnich norm, bo kolejne ekipy ministerialne w naszym kraju nie zwracają uwagi na kwestie jakości i międzynarodowej certyfikacji.

Jakie wnioski wynikają z członkostwa OSSP w Europejskiej Unii Szpitali Prywatnych? Mamy dużo do nadrobienia?

– Bardzo dużo. Na tle innych krajów Europy wypadamy naprawdę źle. Moi koledzy z Europy są w stanie powiedzieć, co będzie za trzy lata, mogą planować działania w perspektywie pięciu lat. W Polsce przedstawiciele sektora prywatnego nie mają pojęcia, co będzie za pół roku. Zachodni koledzy mają wsparcie państwa, choćby w zakresie certyfikacji medycznej. Turcja, która ubiega się o członkostwo w Unii, ma 64 szpitale legitymujące się certyfikatem Joint Commission. Owszem, kiedy zapraszam do Polski członków zarządu Europejskiej Unii Szpitali Prywatnych i przedsiębiorców sektora medycznego, podobają im się nasze szpitale, ale nie wiedzą, że warunki ich funkcjonowania wciąż przypominają partyzantkę. Właściciele szpitali prywatnych toczą nieustanną wojnę, by utrzymać się przy życiu i utrzymać założone standardy.

Jak ocenia pan rozwój prywatnego sektora ochrony zdrowia na przykładzie działalności szpitali i doświadczeń członków stowarzyszenia?

> Dążymy do tego, by kontrakty, czyli pieniądze obywateli, były przyznawane według klucza jakości. Każdy z nas płaci składki zdrowotne, by państwo kupiło dla nas usługę najlepszej jakości. Nie powinna decydować o tym struktura własności, bo to oznacza, że cały czas obowiązuje komunistyczne hasło: „Czy się stoi, czy się leży…”.

– Liczba łóżek sektora prywatnego nie rośnie zbyt dynamicznie. Jeżeli porównalibyśmy cele, jakie przyświecają utrzymaniu sektora prywatnego na Zachodzie i w Polsce, w naszym kraju uderzy nas całkowite niezrozumienie wobec potrzeb i roli sektora. Francuzi czy Niemcy otwarcie mówią, że silny prywatny sektor ochrony zdrowia stanowi konkurencję dla publicznego, podczas gdy w Polsce sektor publiczny uważa, że nie potrzebuje konkurencji, bo jest samowystarczalny.

Gdzie spotykają się oczekiwania zarządców szpitali prywatnych z potrzebami pacjentów?

– Istniejące szpitale prywatne z pewnością świadczą wyższy poziom od większości szpitali publicznych, jeśli nie medyczny, bo kadra ma podobne kwalifikacje, to na pewno socjalny i opiekuńczy, bowiem liczba pielęgniarek jest większa, a to daje pacjentowi większy komfort i poczucie bezpieczeństwa.

W ostatnim czasie upubliczniono założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej. Jak stowarzyszenie zapatruje się na te propozycje?

– Na szczegółową ocenę projektu nie mamy dość czasu i miejsca, ale mogę powiedzieć, że do wielu kwestii mamy poważne zastrzeżenia. Poza tym sektora prywatnego nikt nie zapraszał do rozmów poprzedzających tworzenie tego dokumentu i za wiele w nim o nas nie ma.

Czyli zaproponowany kierunek zmian nie pokrywa się z państwa oczekiwaniami?

– Zdecydowanie nie. Cały czas otwarte jest pytanie, co będzie z nadwykonaniami, skoro NFZ ma zostać zlikwidowany. Nie wiemy, czy te pieniądze będą w przyszłości rozdzielane przez ministerstwo tylko do szpitali publicznych, jak miało to już kiedyś miejsce. Bardzo chętnie podkreśla się u nas różnice między prywatnym a publicznym, dlatego polski obywatel nie jest nauczony korzystania z prywatnej oferty medycznej. Trzeba jasno powiedzieć, że walka władz z sektorem prywatnym jest działaniem przeciwko konstytucji.

Czy te różnice, obserwowane w warunkach funkcjonowania szpitali prywatnych i publicznych, przekładają się na wyniki placówek?

– Tak. W ochronie zdrowia sektor prywatny rośnie niewspółmiernie do wszystkich innych obszarów działalności prywatnego kapitału. Liczba szpitali prywatnych osiągnęła constans i postęp jest od kilku lat znikomy – nawet nie wiem, czy w Polsce przybywa jeden szpital rocznie.

Jakie są główne postulaty środowiska, które pan reprezentuje?

– Przede wszystkim równość wszystkich podmiotów, które działają na rynku ochrony zdrowia. Dążymy do tego, by kontrakty, czyli pieniądze obywateli, były przyznawane według klucza jakości. Każdy z nas płaci składki zdrowotne, by państwo kupiło dla nas usługę najlepszej jakości. Nie powinna decydować o tym struktura własności, bo to oznacza, że cały czas obowiązuje komunistyczne hasło: „Czy się stoi, czy się leży…", bo szpitale publiczne jako uprzywilejowane nie muszą się starać i dążyć do najwyższych standardów.

Co udało się państwu wywalczyć przez niemal 15 lat istnienia OSSP?

– Cały czas dążymy do ekonomizacji działań naszego sektora. Stworzyliśmy grupy zakupowe i system informatyzacji dla szpitali prywatnych. Poza tym staliśmy się opoką w sytuacjach konfliktowych pomiędzy środowiskiem szpitali prywatnych a administracją. Nie bez powodu prawie 200 szpitali się stowarzyszyło, co nie zmienia faktu, że wpływu na politykę ciągle nie mamy.

Miejmy nadzieję, że to się będzie zmieniać, choć z tego, co pan mówi, wynika, że brakuje dobrej woli, a to kluczowy bodziec do działania.

– Dokładnie. Prywatyzacja, komercjalizacja mieszają się z polityką. Przemilcza się fakt, że szpitale samorządowe przekształcone w spółki prawa handlowego po oddłużeniu wypracowały taki sam dług, z jakim zaczynały działalność w nowej formie. Ponad 10 mld zł zostało wyrzucone w błoto. Niekiedy słychać jedynie, że należy zatrzymać proces komercjalizacji sektora państwowego. W publicznej debacie mówi się półsłówkami dalekimi od prawdy, a przeciętny obywatel ma mętlik w głowie i nie wie już, które szpitale są lepsze i o co w tym wszystkim chodzi. Nikt od ponad 20 lat nie ma pomysłu na system ochrony zdrowia, a liczy się tylko okres od kadencji do kadencji sprawowania władzy. W efekcie zarządcy prywatnych szpitali mogą mieć plan działania najwyżej na 5 miesięcy, a to nie daje podstaw do rozwoju i zepchnęło Polskę w europejskim rankingu zadowolenia pacjentów na przedostatnie miejsce przed Czarnogórą.

Do 2014 r. organizowali państwo Kongres Szpitali Prywatnych. Idea została zarzucona?

– W tym roku odbędzie się on pod koniec września razem z Kongresem Pracodawców RP. W ten sposób będziemy większą siłą, by przeforsować proponowane rozwiązania i wywalczyć właściwy kierunek zmian. ■

Ewa Andrzejewska

Apel do wszystkich menadżerów służby zdrowia:

– Korzystajcie z porad fachowców przy ustalaniu warunków, jakim powinny podlegać dostawy, i egzekwujcie własne wymagania zapisane w SIWZ.
– Nie dopuszczajcie do opisu przedmiotu zamówienia, który faworyzuje jedną firmę poprzez stawianie niepotrzebnie wygórowanych wymagań – to niezgodne z prawem.
– Nie ustanawiajcie terminu dostawy kryterium wyboru oferty – ważniejsza jest jakość. Doceńcie firmy, które certyfikują swoje wyroby.
– Nie obarczajcie dostawcy karami ponad wszelką miarę – on pracuje dla was.
– Nie wymagajcie nierealnych terminów gwarancji – wszystko ma swój naturalny resurs.
– Nie żądajcie od dostawców dziesiątków wzorów – wystarczy kilka, by ocenić ich zalety.
– Sprawcie, by odpowiedzi na pytania oferentów były rzeczowe, a nie wymijające.
– Wymagajcie, aby wasze służby planowały swoje potrzeby, a w SIWZ znalazł się obowiązkowo harmonogram dostaw.
– Kształćcie swój personel w zakresie wiedzy o przedmiocie zamówienia – to zawsze kosztuje mniej niż nietrafione zakupy.
– Sprawdzajcie w przetargach prawdziwość oświadczeń i we własnym interesie żądajcie dokumentów, na podstawie których zostały złożone. Znamy wiele przykładów zwykłych oszustw.
– Starannie sprawdzajcie oferty pod kątem przepisów o rażąco niskiej cenie – nieuczciwa konkurencja rujnuje dobre firmy.

***

Ewa Andrzejewska jest członkiem Komitetu Technicznego ds. Odzieżownictwa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego. W zakresie jego zainteresowań są także wyroby medyczne, pościel i inne wyroby włókiennicze używane w szpitalu. Firma ALGA-BIS, której Ewa Andrzejewska jest współwłaścicielką, jest też wieloletnim kompetentnym i sprawdzonym dostawcą odzieży, bielizny szpitalnej i wyrobów medycznych, używanych na blokach operacyjnych.

Nowa jakość troski o życie

Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy w Wałbrzychu działa w oparciu o standardy akredytacyjne oraz system zarządzania zgodny z norma ISO 9001:2008, szczyci się certyfikatem programu „Szpital bez bólu", „Dolnośląskim Certyfikatem Gospodarczym", a także wysokimi lokatami w rankingach medycznych

Zgodnie ze swoją misją placówka przyjmuje za cel profesjonalną troskę o los kobiet i dzieci, których zdrowie i szczęście stawia ponad wszystko. W dążeniu tym odnosi sukcesy, które wyznaczają każde kolejne narodziny, ale również przyznane placówce certyfikaty, zdobyte nagrody, wyróżnienia, które świadczą o ciągłym rozwoju i wysoko ustawionej poprzeczce w sferze jakości.

W 2006 r. otwarto po modernizacji istniejący od 25 lat oddział patologii ciąży, rok później zmodernizowano oddziały położniczy i ginekologii. W 2010 r. zakończono całkowitą informatyzację szpitala, w 80 proc. sfinansowaną z funduszy unijnych, a przy udziale środków z RPO unowocześniono blok operacyjny. W międzyczasie dokonywano zakupów istotnych z perspektywy jakości lecznictwa i postępu medycyny, m.in. aparatury dla noworodków, która ma istotne znaczenie dla ratowania życia. Ostatnim krokiem na drodze do świadczenia usług najwyższej jakości było oficjalne otwarcie Centrum Diagnostyki Kobiet i Noworodków, jakiego dokonano 14 kwietnia.

Inwestycję o wartości 6 mln zł, stanowiącą część Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. E. Biernackiego, zrealizowano z udziałem funduszy norweskich w ramach projektu „Mały Dolnoślązak – program poprawy opieki perinatalnej na terenie województwa dolnośląskiego", który zakłada poprawę szpitalnych warunków opieki nad noworodkiem, zwłaszcza przedwcześnie urodzonym, i kontynuowanie opieki w poradniach przyszpitalnych oraz profesjonalną pomoc kobietom podczas każdego etapu ciąży i porodu. – *Jednym z najważniejszych działań centrum jest pomoc kobietom w utrzymaniu karmienia naturalnego dziecka i przywrócenie dobrej kondycji każdej mamie po porodzie. Dzięki szkoleniom oraz nowej aparaturze personel szpitala i centrum jeszcze skuteczniej wspomoże mamy i noworodki w dbaniu o ich życie i zdrowie* – mówi inż. Alicja Daleczko, dyrektor Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Wałbrzychu

Od lewej : prof. Sławomir Suchocki, dyrektor ds. medycznych , inż. Alicja Daleczko, dyrektor szpitala, Cezary Przybylski, marszałek województwa dolnośląskiego, Bartosz Masternak, konsul honorowy Królestwa Norwegii

Jednym z najważniejszych działań centrum jest pomoc kobietom w utrzymaniu karmienia naturalnego dziecka i przywrócenie dobrej kondycji każdej mamie po porodzie. Dzięki szkoleniom oraz nowej aparaturze personel szpitala i centrum jeszcze skuteczniej wspomoże mamy i noworodki w dbaniu o ich życie i zdrowie.

W nowym obiekcie znajdują się m.in.: nowocześnie wyposażone poradnie, nowa sala szkoły rodzenia, gabinety diagnostyczne, pokoje z łazienkami dla oddziału położniczego, hotel dla matek oraz podjazd dla karetek. – *Każda kobieta, która urodziła dziecko, może się zgłosić do tzw. szkoły poporodowej. Celem tego projektu jest zapobieganie depresji poporodowej oraz niechęci do urodzenia kolejnego dziecka w przyszłości. Organizowane są zajęcia, przywracające sprawność fizyczną sprzed ciąży, oraz spotkania z neonatologiem lub położnikiem, na których rozwiewane są wątpliwości młodych mam* – dodaje dyrektor szpitala, lidera projektu, w którym wzięło udział dziewięć szpitali z Dolnego Śląska. ■

Szpital *z aspiracjami*

Rozmowa z dr. n. med. Piotrem Lehmannem, dyrektorem Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kościanie Szpitala im. Teodora Dunina

Jakie aspekty działalności wyróżniają SPZOZ w Kościanie na tle innych placówek w regionie i w kraju?

– Takich aspektów jest wiele. Po pierwsze, większość naszej infrastruktury jest zmodernizowana, pacjentom zapewniamy komfortowe warunki pobytu w pokojach 1- i 2-osobowych z łazienkami, zaś rodzicom i opiekunom najmłodszych z nich bezpłatny pobyt. Po drugie, posiadamy certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz certyfikat jakości ISO 9001:2008. Po trzecie, wyróżniają nas kompleksowość i ciągłość opieki za pośrednictwem licznych wielospecjalistycznych poradni przyszpitalnych. Ponadto stosujemy nieinwazyjną diagnostykę chorób serca i naczyń, zaburzeń snu i oddychania, neuropatię autonomiczną w pracowniach szpitala (ocena sztywności tętnic, neuropatia sercowo-naczyniowa, TILT-TEST, echokardiografia klasyczna, przezprzełykowa i stress echokardiografia); posiadamy i realizujemy wieloletni program inwestycyjny i strategię rozwoju w oparciu o bardzo dobre kontakty z samorządem; prowadzimy Akademię Pacjenta, w ramach której organizujemy comiesięczne spotkania edukacyjne dla pacjentów, rodzin i społeczności lokalnej. Wreszcie cechuje nas miła atmosfera i życzliwe podejście do pacjenta, które owocują przyznaniem nam pierwszego miejsca w plebiscycie „Głosu Wielkopolskiego" na „Najbardziej przyjazny szpital Wielkopolski" w latach 2014 i 2015, oraz trzeciego miejsca w 2013 r.

Rozmawiał Igor Korczyński

komunikacja z pacjentem.pl

Komunikacja z Pacjentem.pl
to projekt edukacyjny adresowany do profesjonalistów ochrony zdrowia oraz nazwa portalu internetowego. Prowadzimy szkolenia, warsztaty i wykłady. Uczymy m.in.: jak rozmawiać, jak motywować do przestrzegania zaleceń, jak radzić sobie w trudnych sytuacjach w kontakcie z Pacjentem i wiele więcej.

Z naszej wiedzy skorzystało dotychczas ponad 60 000 osób, w tym m.in.:
30 000 Lekarzy,
9 000 Farmaceutów,
4 000 Pielęgniarek,
3 000 Pacjentów,
1 500 Studentów medycyny.

Pomysłodawcą i dyrektorem programowym projektu jest Pan Zbigniew Kowalski – najbardziej doświadczony polski wykładowca komunikacji z Pacjentem.

SZKOLENIE

Collegium Civitas
Centrum Badań nad Terroryzmem

GDY ROZMOWA TO ZA MAŁO, A W SZPITALU ZNAJDUJE SIĘ UZBROJONY NAPASTNIK.

Szkolenie dla personelu szpitala z procedur bezpieczeństwa na wypadek ataku agresywnego napastnika lub zorganizowanej grupy przestępczej w placówkach ochrony zdrowia.

Jak się zachować i jak współpracować, aby uchronić pozostałych Pacjentów oraz Personel medyczny? Jak zapobiegać takim sytuacjom?

Główny prowadzący
dr Krzysztof Liedel
– dyrektor CBnT CC

Kontakt w sprawie szkoleń:
Anna Kuszewska
tel: 509 799 662

komunikacja z pacjentem.pl

Nasi pacjenci są najważniejsi

Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu to jedna z dynamiczniej rozwijających się placówek służby zdrowia w województwie dolnośląskim. Zasięgiem swojego działania w zakresie opieki specjalistycznej obejmuje południowo-zachodnią część tego regionu

Dzięki sprawnemu zarządzaniu od 1999 r. w zgorzeleckiej placówce otwarto kilkanaście nowych oddziałów. Z siedmiooddziałowego niewielkiego szpitala powiatowego zgorzelecki WS – SPZOZ przekształcił się w specjalistyczną jednostkę z 25 oddziałami i 40 tys. pacjentów rocznie. Szpital to także 39 poradni specjalistycznych, 12 POZ, 10 pracowni diagnostyki medycznej, medyczne laboratorium diagnostyczne z pracownią serologii i bakteriologii oraz 22 gabinety medycyny szkolnej.

W 2008 r. WS – SPZOZ przejął Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Sieniawce, zwiększając tym samym ofertę świadczonych usług medycznych. Od 2004 r. jednostka na bieżąco bilansuje się, nie przynosząc strat. W 2014 r. otrzymała akredytację Ministerstwa Zdrowia.

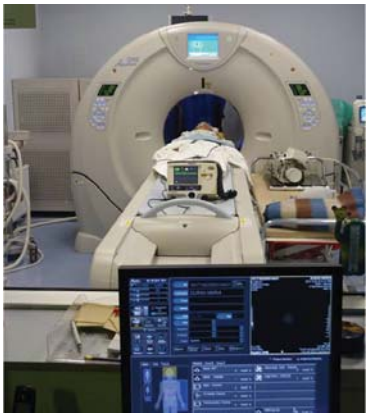
W ciągu ostatnich ośmiu lat na inwestycję w Wielospecjalistycznym Szpitalu – Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu wydano 100 mln zł, z czego środki własne stanowiły tylko 40 proc. Pozostała część to dotacje i dofinansowania. Z funduszy unijnych pozyskano ponad 50 mln zł. Przychody w stosunku do roku 2000 wzrosły pięciokrotnie, a wartość majątku siedmiokrotnie.

Szpital został uwzględniony w sporządzonym przez Ministerstwo Zdrowia wykazie 160 zakładów opieki zdrowotnej, które mają strategiczne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Także w programie opracowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego podkreślono, że „tylko kilkanaście szpitali na Dolnym Śląsku jest w stanie kompleksowo diagnozować i leczyć pacjenta". Wśród wymienionych 13 jednostek (na 88 szpitali na Dolnym Śląsku) znalazł się szpital w Zgorzelcu.

Jak podkreśla dyrektor Zofia Barczyk, to życie, aktualne potrzeby i prognozy na bliższą i dalszą przyszłość układają plan rozwoju zgorzeleckiego SPZOZ-u. Ale najważniejszy cel to realizacja zadania publicznego, jakim jest zapewnienie opieki i świadczeń zdrowotnych w regionie, a pacjent i jego zdrowie stanowią największą wartość. ■

Wychodząc naprzeciw pacjentom, szpital uruchomił własną stację dializ

Jak podkreśla dyrektor Zofia Barczyk, to życie, aktualne potrzeby i prognozy na bliższą i dalszą przyszłość układają plan rozwoju zgorzeleckiego SPZOZ-u. Ale najważniejszy cel to realizacja zadania publicznego, jakim jest zapewnienie opieki i świadczeń zdrowotnych w regionie.



Nowoczesna diagnostyka jest gwarancją skutecznego leczenia. Na zdjęciu 320-rzędowy tomograf komputerowy, zakupiony ze środków unijnych

Uruchomienie pracowni hemodynamiki znacznie obniżyło śmiertelność w ostrych zespołach wieńcowych

synevo
LABORATORIA MEDYCZNE

Synevo Sp. z o.o.
MEDYCZNE LABORATORIA DIAGNOSTYCZNE

Od wielu lat współpracujemy ze szpitalami, przychodniami oraz lekarzami z całej Polski. Świadczymy kompleksowe usługi w zakresie ogólnej i specjalistycznej diagnostyki laboratoryjnej, dysponujemy nowoczesnym zapleczem laboratoryjnym, merytorycznym i transportowym.

Synevo Sp. z o.o.:

- Oferuje najszersze w Polsce portfolio badań diagnostycznych – od rutynowych badań diagnostycznych po skomplikowane projekty badań klinicznych.
- Posiada certyfikat akredytacji zgodnie z normą PN-EN ISO 15189:2008.
- Świadczy kompleksowe i profesjonalne usługi, oparte na kompetencjach zgromadzonych w grupie kilkunastu laboratoriów diagnostyki medycznej.
- Nad wiarygodną wartością merytoryczną wykonywanych badań czuwa zespół kierowników laboratoriów, wspierany przez profesjonalnych pracowników.

RUTYNOWA DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA:

- biochemia i immunochemia
- immunologia
- hematologia
- alergologia
- analityka
- serologia grup krwi
- mikrobiologia
- toksykologia

PATOMORFOLOGIA:

- badania histopatologiczne
- badania immunohistochemiczne
- badania cytologiczne (LBC)

DIAGNOSTYKA ZAAWANSOWANA:

- biologia molekularna
- genetyka
- medycyna tropikalna
- diagnostyka chorób infekcyjnych
- oznaczenie witamin i pierwiastków śladowych
- diagnostyka markerów nowotworowych
- diagnostyka układu odpornościowego (LTT)
- diagnostyka nietolerancji pokarmowych
- panel kardiologiczny z uwzględnieniem badań w zakresie biologii molekularnej

SERDECZNIE ZAPRASZAMY

Synevo Sp. z o.o., ul. Gdecka 3B, 04-137 Warszawa, marketing@synevo.pl, www.synevo.pl

SYSTEMY ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ W OPIECE ZDROWOTNEJ

zwiększenie **bezpieczeństwa** pacjentów

ciągłe **doskonalenie** procesów

zarządzanie ryzykiem klinicznym

ekozarządzanie odpadami medycznymi

zgodność wyrobu medycznego

jakość w służbie zdrowia

www.prs.pl

PRS Certyfikacja