

Zastosowanie LEAN Management w ochronie zdrowia. Koszty MURI

Nie jest zaskoczeniem, że zmęczony człowiek myli się częściej ale skala problemu jest zaskakująca. Przeprowadzone badania pod kierunkiem [Dr Matthew P. Walkera](#) z University of California[1], wskazują:

przyczyna	efekt	ryzyko popełnienia błędu
praca 34 godzinna	nieprawidłowa diagnoza	460%
praca 34 godzinna względem 16h	poważny błąd medyczny	36%
chirurg śpiący mniej niż 6 godzin	błąd podczas operacji	170%
praca 30 godzin	skaleczenie, ukłucie igłą	73%
Praca <16 godzin + 8 godzin realnego odpoczynku	błędy medyczne	20%

Źródło: opracowanie własne podstawie Matthew P. Walker "The art of medicine. A sleep prescription for medicine"[2]

Z badań wynika także, że bardziej narażeni na popełnianie błędów są młodzi lekarze/rezydenci niż doświadczeni. Wypoczęty rezydent myli się prawie 4 razy rzadziej niż przemęczony.

Przepracowanie oznacza koszty czyli:

- wypłacane odszkodowania za popełnione błędy medyczne
- spadek efektywności pracy lekarza, szybsze wypalenie zawodowe
- utrata zdrowia pacjentów. Pośrednio jest to mierzalny element, oznacza bowiem wyłączenie (co najmniej okresowe) pracownika z pracy czyli stratę dla gospodarki.

Warto zauważyć, że jednocześnie rośnie świadomość prawna pacjentów (uzbrojonych w odpowiednie akty prawne) oraz armia pośredników chętnych do prowadzenia spraw w zamian za prowizję. Przybywa zatem pacjentów, którzy walczą o prawo do odszkodowania za błędy medyczne. Wzrasta również kwota orzekanych rekompensat.

Model ochrony zdrowia, w którym niemal każde świadczenie jest dostępne dla każdego pacjenta za darmo, w warunkach niedoboru kadry medycznej oraz jednym z najniższych poziomów finansowania w relacji do PKB (a i tak liczonego relacją nakładów z 2019 roku

do poziomu PKB z 2017 roku[3]) musi oznaczać, że dostępność świadczeń wydłuża się. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w badaniach, które pokazują że średni czas oczekiwania na pojedyncze gwarantowane świadczenie zdrowotne w Polsce jest bardzo długi (w styczniu 2019 roku wynosił średnio 16 tygodni)[4]. Nadmierne wydłużenie dostępności świadczeń powoduje, że proces leczenia pacjenta staje się dużo droższy oraz mniej efektywny.

Lekarstwem nie jest zmiana kodeksu karnego ani żadnen inny zapis prawny. Droga do poprawy sytuacji jest natomiast określenie które czynności wykonywane przez lekarza może robić wsparcie administracyjno-techniczne (nagrywanie opinii lekarza, przygotowywanie wstępne dokumentacji medycznej, zwolnienie lekarzy z "punktozy" czy rozliczeń z NFZ).

Lean healthcare zdaje się być przyszłością organizacji ochrony zdrowia jednak aby „odzyskać” lekarza do jego właściwej pracy konieczne są jednak inwestycje ze strony Ministerstwa Zdrowia. Bez zapewnienia finansowania dla asystentów medycznych, pokrycia kosztów szkoleń związanych z informatyzacją czy dotacji celowych dla szpitali, samorządów na wdrożenie lean healthcare[5][6] nie ma szans na poprawę sytuacji.

Zagadnienie MURI w ochronie zdrowia jest oczywiście bardziej złożone ale przyjęty kierunek zwiększonego karania (art. 155KK), ceteris paribus, oznacza jedynie bardziej zachowawcze działania lekarzy i nie służy poprawie efektywności leczenia pacjentów.

Wojciech Łukomski

w.lukomski@hipokrates.org

[1] Zobacz więcej: <https://www.sleepdiplomat.com>

[2] Zobacz więcej:
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931316-3>

[3]Zobacz więcej:
<https://oko.press/liczac-wydatki-na-zdrowie-w-2019-r-rzad-stosuje-trik-bierze-pkb-z-2017-oszczedza-na-zdrowiu-67-mld/>

[4] Zobacz więcej: BAROMETR WHC Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych

w Polsce nr 19/15/02/2019 Stan na grudzień/styczeń 2019 r.

<http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/>

[5] Zobacz więcej:

<https://www.beckershospitalreview.com/facilities-management/how-14-hospitals-eliminated-waste-gained-efficiency-and-saved-millions.html>

[6] Zobacz więcej:

<http://www.leancenter.pl/bazawiedzy/oplaczalna-inwestycja-w-lean-healthcare-w-szpitalach-w-kanadzie-jak-w-toyocie>