

# Aby szpital był szpitalem



foto: Archiwum (3x)

## Rozmowa z prof. Jarosławem J. Fedorowskim, prezesem Polskiej Federacji Szpitali

Z danych porównawczych wynika, że przy podziale funduszy na ochronę zdrowia w Polsce proporcjonalnie wyjątkowo dużo przypada na szpitale. Funkcjonujące w każdym kraju lobby szpitalne ma więc czego polskim szpitalom zazdrościć.

W żadnym wypadku. Rzeczywiście, gdy spojrzysz się na dane statystyczne, udział wydatków na leczenie szpitalne w wydatkach na ochronę zdrowia jest dość wysoki. Ale to nie dlatego, że polskie szpitale są finansowane na przyzwoitym, europejskim poziomie, lecz dlatego, że wszystkie inne podmioty są wyjątkowo mocno dyskryminowane finansowo. Mało tego – niedostatki w finansowaniu POZ, AOS, pomocy społecznej powodują, że polskie szpitale muszą wydawać swoje pieniądze na świadczenia, od

których szpitale zachodnie są w zasadzie wolne. A to przekłada się na realne uszczuplenie budżetów przeznaczanych na ich zasadnicze działania.

### W jaki sposób?


W teorii zarządzania systemami ochrony zdrowia szpital – jako najbardziej wyspecjalizowana, a więc i kosztowna instytucja świadcząca pomoc medyczną – powinien być tzw. ostatnią deską ratunku. I tak jest w Polsce. Tyle że w naszym kraju źle funkcjonują wcześniejsze ogniwa systemu. „Ostatnia deska ratunku” często okazuje się więc... pierwszą i w praktyce jedyną dostępną. Braki w POZ i AOS powodują, że do szpitali trafiają pacjenci, którzy mogliby być równie efektywnie leczeni w warunkach ambulatoryjnych. Równie efektywnie, za to taniej, w mniejszym

stresie. Chyba najjaskrawiej widać to na przykładzie nocnej i świątecznej opieki lekarskiej. Zbyt często pacjenci są stamtąd po prostu odsyłani do szpitala, a możliwości lekarza funkcjonującego poza szpitalem są nader skromne, szczególnie gdy zamknięte są apteki i laboratoria. Skoro pomoc wieczorowa szwankuje, skoro mamy wielotygodniowe kolejki do specjalistów, a i POZ ma swoje ograniczenia, to skutek jest oczywisty: nadmiernie obciążone są szpitalne oddziały ratunkowe czy – nie wiem, dlaczego ta nazwa jeszcze nawet u nas jest – izby przyjęć. Media donoszą, że schorowani ludzie oblegają godzinami SOR. Czasem te obrazki przypominają horror, sytuacje, jakie znamy z filmów wojennych, które nie powinny się zdarzyć w środku Europy w czasach pokoju. Niedawno pokazywano kolejkę ambulansów do SOR jednego ze szpitali w dużym mieście. Ale jak może być inaczej, skoro w praktyce SOR pozostaje jedyną instytucją zapewniającą szybki dostęp do lekarza?

### A system pomocy społecznej?

To też poważny problem, na dodatek narastający w miarę starzenia się społeczeństwa. Chodzi o niedostatki miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz w opiece domowej. Objaśnijmy to na przykładzie starszego, samotnego pacjenta. Lekarz i szpital zdają sobie sprawę, że taki chory nie kwalifikuje się do leczenia szpitalnego, ale równocześnie, znając jego sytuację życiową, wiedzą, że nie ma dokąd pójść, a bez pomocy rodziny, opieki społecznej nie poradzi sobie. Podejmujący decyzję o wypisaniu – lub nie – jest więc pod podwójną presją: moralną – bo wiadomo, że pacjentowi po wypisaniu może się stać krzywda – oraz prawną – bo jeżeli rzeczywiście taka krzywda się stanie, szpital i prowadzący lekarz mogą się narazić na kłopoty. Dlatego często szpitale podejmują się zadań, które powinny wykonywać inne instytucje. A wykonywanie obowiązków AOS, POZ, pomocy społecznej, pomocy nocnej obciąża szpi-



A man with short dark hair and glasses, wearing a grey suit, a white shirt, and a purple and white striped tie, is sitting on a stone ledge. He is looking towards the camera with a slight smile. The background is a weathered, grey stone wall with some peeling plaster and a small circular hole. The lighting is natural, suggesting an outdoor setting.

„ Z powodu niedostatków w finansowaniu POZ, AOS i pomocy społecznej polskie szpitale muszą wydawać pieniądze na świadczenia, od których szpitale zachodnie są w zasadzie wolne „



talne budżety. Tych pieniędzy brakuje w innych miejscach aktywności szpitala. Z prawdziwy sukces polskiego środowiska szpitalnego nie uznałbym w tej sytuacji wysokiego, liczonego w procentach, udziału w torcie wydatków budżetowych. Sukcesem byłoby doprowadzenie do tego, że szpitale nie będą musiały zastępować innych instytucji. Chodzi o to, by szpital był szpitalem.

### A co z geriatrami i oddziałami geriatrycznymi?

Lekarz geriatra to dodatkowo wyszkolony internista, którego rolą powinno być nadzorowanie wielodyscyplinarnej opieki medycznej poza szpitalnej, aby starszy pacjent był hospitalizowany tylko wtedy, gdy jest to rzeczywiście konieczne. Dlatego geriatra powinien współpracować z zespołem profesjonalistów: pielęgniarzek, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych i opiekunów medycznych. Powinien być liderem medycznym takiego zespołu. Nie widzę natomiast istotnej roli dla geriatrów w prowadzeniu pacjentów hospitalizowanych. Starsi ludzie trafiają do szpitali zazwyczaj z zaostrzeniem przewlekłych chorób wielonarządowych i najważniejszym koordynatorem opieki nad nimi jest lekarz szpitalny – specjalista chorób wewnętrznych, nawet jeśli pacjent wymaga interwencji chirurgicznej. Podobnie z oddziałami geriatrycznymi – one są moim zdaniem zupełnie niepotrzebne. Zamiast narzekać na ich niedostatek, mówmy o lepszej rehabilitacji, opiece domowej, ambulatoryjnej oraz długoterminowej, w tym paliatywnej, dla seniorów. Słowem, potrzebne są mądre zmiany organizacyjne, a nie tworzenie atmosfery deficytu specjalistów czy dalsza fragmentaryzacja szpitali na pododdziały i odcinki.

**Z jednej strony słyhać ciągle narzekania na brak odpowiednich funduszy na funkcjonowanie lecznic. Z drugiej strony polskie szpitale uchodzą za rozrzutne.**

Bo mamy archaiczną strukturę organizacyjną. Szpital podzielony jest na wiele oddziałów, niekiedy kilkulożkowych, które – i to się zdarza – zamieniają się w działające na autonomicznych prawach synekury. My w ogóle stale mówimy o oddziałach w rozumieniu poszczególnych spe-



„ Oddziały geriatryczne są zupełnie niepotrzebne. Zamiast narzekać na ich niedostatek, mówmy o lepszej rehabilitacji, opiece domowej, ambulatoryjnej i długoterminowej dla seniorów ”

cializacji lekarskich, których w Polsce mamy rekordowo wiele, bo grubo ponad 70. To jest myślenie nieprzystające do współczesnej medycyny, będącej pracą zespołową, gdzie nakład pracy zależy od ciężkości stanu chorego, a nie ważności specjalizacji lekarskiej. Musimy wreszcie zacząć postrzegać szpital jako całość, instytucję zapewniającą opie-

kę nad chorymi, którzy nie mogą być bezpiecznie leczeni w warunkach ambulatoryjnych. Wyznacznikiem, także organizacyjnym, powinien być stopień natężenia wymaganej opieki. W typowym szpitalu ogólnym powinniśmy więc mieć podział nie według specjalności, lecz według pięciu poziomów natężenia opieki medycznej – „oddziałów” czy lepiej „obszarów” medycznych: ratunkowo-intensywnego, progresywnego, ostrego, podostrego i przewlekłego. Obszar progresywny, u nas rozczłonkowany na OIOK, OION i tym podobne łóżka wzmoczonego nadzoru, byłby bardzo istotnym elementem usprawniającym współpracę SOR, OIT i medycyny ostrej. Medycyna – opieka – przewlekła może funkcjonować poza szpitalem, ale najlepiej, jeśli z nim blisko współpracuje. To, o czym mówię, jest radykalną zmianą organizacji pracy szpitala, w moim przekonaniu na lepszą, sprawniejszą i bardziej efektywną kosztowo.

### Stale słyhać skargi na brak lekarzy i pielęgniarzek.

W dużej mierze jest to niedobór o charakterze organizacyjnym. Świetnym przykładem jest interna i chirurgia ogólna. W Polsce te dwie specjalności zostały, można śmiało powiedzieć, niemal zdemolowane. Pacjenci czekają nie wiadomo po co w kolejce np. do endokrynologa, a poradnie chorób wewnętrznych zlikwidowaliśmy. Chirurg ogólny postrzegany jest przez NFZ jako zbyt nisko wykwalifikowany, by opiekować się pacjentami po zabiegach np. laryngologicznych. W ogóle wpadliśmy w manię hiperspecjalizacyjną, której najbardziej jaskrawym przykładem jest np. hipertensjologia. A pacjent słyha – kolejka do specjalisty, więc się zawczasu zapisuje i czeka. Pragnę także obalić mit o znacznym niedoborze lekarzy. Prawie na każdej konferencji ktoś powołuje się na dane OECD, podając wskaźnik 220 lekarzy na 100 tys. obywateli. Tymczasem według danych Naczelnej Izby Lekarskiej, rejestru aktualizowanego kilka razy

w roku, mamy w Polsce 121 470 lekarzy z ważnym prawem wykonywania zawodu – na luty 2013 r., co daje 320 lekarzy na 100 tys. Polaków. Często pozorny brak personelu do pracy jest skutkiem dziwnych przepisów, wymagających od szpitala utrzymywania niepotrzebnych etatów. Na przykład pielęgniarki nie wolno wykonać wielu procedur, musi to zrobić lekarz. A niby dlaczego? W wielu czynnościach związanych z bezpośrednią opieką nad pacjentem pielęgniarka jest czasem nawet bardziej biegła niż lekarz. Trzeba przekazać część obowiązków zastrzeżonych wyłącznie dla lekarzy – właśnie pielęgniarkom. Od razu okazałoby się, że niedobór lekarzy często jest pozorny. A gdzie są technicy medyczni? Czy lekarz naprawdę musi w większości samodzielnie obsługiwać sprzęt medyczny, pełnić funkcję trzeciej lub nawet czwartej asysty do operacji, koodera oraz transkrypcjonisty raportów medycznych? Nie zgadzam się także z opinią, że mamy zbyt mało pielęgniarek i że trzeba wprowadzić sztuczne limity na liczbę ich stanowisk pracy. Pielęgniarki powinny się zająć tym, do czego zostały powołane, w czym kształciły się latami, to jest opieką – nie leczeniem, a opieką – nad pacjentem. Ale aby to było możliwe, trzeba polskie pielęgniarki wspomóc i zwolnić je z zadań, które może wykonywać personel jeszcze niższego szczebla, nawet bez wykształcenia medycznego. Tymczasem w polskich warunkach pielęgniarka to często osoba do wszystkiego, łącznie z utrzymaniem higieny itp. Gdyby pielęgniarkom zmniejszyć liczbę obowiązków drobnych, dać wsparcie osób niżej wykwalifikowanych, znowu okazałoby się, że często narzekanie na ich brak jest niesłuszne. Faktem jest natomiast starzenie się personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek. O tym mówiliśmy podczas ubiegłorocznego szczytu Europejskiej Federacji Szpitali w Berlinie – to jest problem całej Europy. Pewnie postępujące bezrobocie wśród młodych może coś zmie-

nić, ale organizacyjnie też jest wiele do zrobienia.

**Polska Federacja Szpitali, będąca związkiem pracodawców, może być postrzegana jako organizacja lobbystyczna. Tymczasem to, o czym pan mówi – zmniejszenie liczby zadań, zrationalizowanie zatrudnienia – nie brzmi jak słowa lobbysty.**

„ W polskich warunkach niektórych procedur nie wolno wykonać pielęgniarki, musi je przeprowadzić lekarz. A niby dlaczego? W wielu czynnościach pielęgniarka jest nawet bardziej biegła niż lekarz ”

Bo nie sposób być lobbystą w istniejącej strukturze szpitalnej. Ona jest nie do utrzymania, często sprzeczna nie tylko z rachunkiem ekonomicznym, ale i zdrowym rozsądkiem. Jeśli Polska Federacja Szpitali miałaby być organizacją lobbystyczną, to po to, by wspierać, inspirować i walczyć o nowoczesną, sprawną i dobrze zorganizowaną strukturę szpitalną. I w tym celu warto prowadzić lobbinyg – nie dla obrony tego, co jest, ale po to, by promować to, co być powinno. Tu widzę pole do naszych działań, dodajmy: pole nie najlepiej zagospodarowane. W sprawie organizacji opieki szpitalnej opinii specjalistów w tej dziedzinie, czyli menedżerów szpitali, są zbyt rzadko brane pod uwagę przez decydentów. Ostatnio aktywizują się organizacje pacjentów, my z nimi sympatyzujemy

i współpracujemy, pokazując, że szpital dobrze zorganizowany, efektywny kosztowo, odpowiednio finansowany i dysponujący odpowiednią kadrami – to przecież dobrze leczony i zadowolony pacjent.

**Co to oznacza? Czy interesy szpitali dotychczas były bronione źle?**

Nie chciałbym tak stawiać sprawy. Ale jeszcze dwa lata temu brakowało nam silnej reprezentacji wszystkich szpitali, tego, co wspólne i dla prywatnych, i dla publicznych, i dla skomercjalizowanych. Owszem, mamy i możemy być dumni z wielu prężnych organizacji zrzeszających określone grupy i typy szpitali. Mamy i możemy być dumni z prężnych i liczących się w kraju organizacji poszczególnych grup zawodowych, bez których szpitale nie mogłyby funkcjonować – od lekarzy, pielęgniarek, po menedżerów. Polska Federacja Szpitali powstała, ponieważ brakowało ogólnej, ponadpodziałami, reprezentacji wszystkich szpitali, która byłaby obecna przy podejmowaniu różnych decyzji na szczeblach krajowych i wreszcie europejskim. A na wszystkich tych szczeblach zapadają decyzje ważne dla polskich szpitali. Do 2011 r. Polska była jedynym państwem UE niemającym żadnej reprezentacji w Europejskiej Federacji Szpitali HOPE. Jeśli spojrzymy na ostatnie projekty regulacji unijnych w ochronie zdrowia, np. dyrektywę dotyczącą czasu pracy czy transgraniczną, to widać, że dotyczą one wszystkich szpitali, niezależnie od modelu własnościowego. Wierzę, że Polskiej Federacji Szpitali tę poprzednią nieobecność na wszystkich szczeblach udało się nadrobić. Nawet w Brukseli: jesteśmy członkiem liczącej się na całym kontynencie Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, obejmującej swoim zasięgiem ok. 80 proc. łóżek szpitalnych UE, a ja osobiście jako pierwszy Polak w 48-letniej historii HOPE zostałem wybrany do składu jej prezydium.

*Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski*