

PRZEBYLIŚMY DŁUGĄ DROGĘ „DOJRZEWANIA EPIDEMIOLOGICZNEGO”

Rozmowa z dr. hab. n. med. Szczepanem Coftą, przewodniczącym Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, lekarzem naczelnym Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu, odpowiedzialnym za Szpital Tymczasowy MTP w Poznaniu, byłym dyrektorem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu



Fot. Termedia

Jak ocenia Pan sytuację – finansową, organizacyjną i kadrową – w szpitalach klinicznych po miesiącach pandemii COVID-19?

Dokonanie jednoznacznej oceny jest niezwykle trudne ze względu na różnorodność szpitali klinicznych i złożone uwarunkowania ich funkcjonowania, ale spróbuję.

Finansowo – paradoksalnie – w zdecydowanej większości szpitali na koniec 2021 r. jest lepiej niż chociażby dwa lata wcześniej. Wówczas alarmowaliśmy – także jako Polska Unia Szpitali Klinicznych, której mam zaszczyt przewodniczyć – o dramatycznej sytuacji finansowej i jakoby zapomnieniu o właściwym finansowaniu szpitali klinicznych. W ostatnich miesiącach wydaje się, że szpitale kliniczne i ich rola są bardziej dostrzegane przez zarząd Ministerstwa Zdrowia i przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeśli chodzi o wymiar organizacyjny, to dokonał się zdecydowany przełom. Są szpitale zarządzane niezwykle kompetentnie i dynamicznie, jednak – nie można tego ukrywać – są i takie, w których zarządzanie odbywa się z mniejszą dozą uczciwego współdziałania i współodpowiedzialności. Tak często powstają konflikty międzyludzkie, rodzi się niezrozumienie i agresja. Mamy szpitale o najwyższych standardach zarządczych i o nieco skromniejszym dorobku organizacyjnym. Różnorodność postaw zarządczych – jak to w życiu.

Szpital kliniczny nie może rościć sobie szczególnych praw ze względu na swoją akademickość, jednak musi być najlepszy dzięki swojemu potencjałowi oraz wysokiej kulturze organizacyjnej. Tę kulturę buduje się latami, zaprasza do współtworzenia, do współodpowiedzialności.

Sytuacja kadrowa szpitali klinicznych się zmienia. Są one nadal miejscami o niezwykle bogactwie kadrowym, jednak coraz bardziej dostrzegamy konieczność zachowania szacunku dla tej kadry – nie tylko z racji przebijania się rynkowych mechanizmów płacowych. Chodzi o dbałość o jej rozwój i przede wszystkim uszanowanie jej właściwej roli.

Co jest największym problemem dla zarządzających podmiotami?

Problemy są wspólne. Mimo wytycznych krajowych i wynikających z wiedzy medycznej każdy ze szpitali musi sam przecierać drogi swego funkcjonowania w nowej, nietypowej sytuacji. Wiązało się to i wiąże z koniecznością dokonywania refleksji, wysiłkiem organizacyjnym, znajdowaniem elastycznych rozwiązań. Zarówno praktycznych, jak i zapisanych w tzw. polityce COVID-19. Pandemia pobudziła szpitale – zarządzających nimi i wszystkich pracowników – do sprawniejszego działania, do przekraczania ram swojej dotychczasowej działalności. Problemem pozostaje oswojenie wszystkich pracowników z sytuacją pandemii, z tym, że wszyscy – choć każdy w innej nieco mierze – jesteśmy odpowiedzialni za pacjentów z infekcją SARS-CoV-2, że nie możemy uchylać się od odpowiedzialności za pacjentów, którzy są podda-

ni naszej pieczy. Dla zarządzających pandemia to także pewne ryzyko finansowe, pewna niewiadoma. Trzeba jednak uczciwie przyznać, że zdecydowana większość szpitali zyskała na pandemii.

Wróć do pieniędzy. Jaka jest sytuacja finansowa szpitali klinicznych? Czy generują zadłużenie?

To przedziwne, ale główne kwoty zadłużenia krajowego szpitali dotyczą tylko ich niewielkiej liczby. Prawdopodobnie powodem jest to, że w przeszłości zostały popełnione pewne błędy dotyczące ich struktury, finansowania i braku niezbędnych przemian w tych szpitalach. To było zapewne bardzo różne. Powiem jednak z całą odpowiedzialnością, że w dobrze zarządzanym szpitalu, wspieranym przez mądry organ założycielski, przy życzliwej – służebnej – trosce płatnika nie powinno być miejsca na tendencje do zadłużania. Wyrażę też tezę niepopularną: szpitale generalnie zyskały na pandemii i ich pracownicy także. Branża została wzmocniona, zwiększyła się świadomość społeczna, że w szpitalnictwie i opiece zdrowotną trzeba inwestować. Nie ma co do tego żadnych wątpliwości, dostrzegają to już wszyscy.

Czyli można prowadzić szpital „racjonalny” medycznie i ekonomicznie, tak?

To dla mnie sprawa kluczowa. Przez ostatnich kilkanaście lat starałem się sobą i swoją działalnością odpowiadać na to właśnie pytanie. Najpierw jako naczelny lekarz jednego z zaszczytnych szpitali – Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, potem jako jego dyrektor naczelny, a od niedawna znów jako lekarz naczelny łączących się największych poznańskich szpitali klinicznych, noszących od 1 stycznia 2022 r. nazwę Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego. Miałem zaszczyt doświadczyć, że możliwe jest prowadzenie szpitala „racjonalnego” medycznie i ekonomicznie. Gdy opuściłem w połowie 2021 r. funkcję dyrektora naczelnego, miałem to szczęście, że szpital, choć zawsze pozostają obszary wstydlive, był w sumie uporządkowany medycznie – tym się chlubię. Była to placówka z wysoką kulturą organizacyjną, kulturą współdziałania i współodpowiedzialności, szczególnym utożsamianiem się personelu z dokonywanym dziełem wspólnym, z porywem tworzenia przestrzeni nowatorskich i nieszablonowych, jak chociażby prowadzenie szpitala tymczasowego i punktu szczepień – niemalże największych w kraju, ale także pozostawała w dobrej kondycji finansowej. Przy długotrwałym zachowaniu dobrego kierunku zarządczego można sprawić, że szpital nabiera właściwej rangi i umacnia ją, jest silny organizacyjnie i ekonomicznie.

Oczywiście ważna jest rola czynników zewnętrznych, właściwego wsparcia organu tworzącego, ale także dobrej kondycji i rzetelnego wsparcia płatnika. Każdy szpital buduje jednak swą pozycję długotrwałym wysiłkiem wspólnym pracowników i zarządzających. Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego budował ją przez 199 lat.

Niektórzy o tym zapominają, ale szpital musi być przestrzenią optymalnej opieki nad pacjentami powierzonymi jego pieczy, z zachowaniem właściwej jakości, bardzo szeroko pojętej, w tym bezpieczeństwa pacjenta, musi też być przyjazny dla pracowników. Wyrażam to bardzo dobitnie, gdyż niestety spostrzegam nieraz wśród części zarządzających szpitalami postawę dezawuowania aspektów medycznych, brak ich pogłębiania, a nieraz swego rodzaju kunktatorstwo ekonomiczne i brak właściwego partnerstwa z personelem medycznym i zarządzającymi. Budzi to napięcia wewnętrzne, spory pracownicze, nieraz nawet agresję. A szpital dobrze zarządzany, z uszanowaniem kadry medycznej, z holistycznym traktowaniem pacjenta – ma przyszłość.

W jaki sposób zarządzać szpitalem w obliczu rozsypania się systemu płac? Jaka jest sytuacja szpitali klinicznych po wprowadzeniu kolejnych regulacji płacowych w ochronie zdrowia?

Zarządzanie w tej sytuacji jest niezwykle trudne – to fakt. Centralnie wprowadzane regulacje płac zawsze oznaczają ryzyko chaosu, zbyt skomplikowanych przepisów i eskalacji roszczeń kolejnych grup, pominiętych przy szczegółowych rozwiązaniach. Sprawa rozsypania się systemu dotyczy także lekarzy. Oczywiście bardzo łatwo ministrowi i płatnikowi przerzucić odpowiedzialność za niedostateczne podwyżki na dyrektorów, ponieważ to oni podejmują ostateczne decyzje, jednakże nie zostali wyposażeni w znaczące dodatkowe kwoty, które umożliwiłyby zwiększenie zarobków tych grup. Szczególnie ważne wydaje się niemal całkowite pominięcie personelu lekarskiego zatrudnionego w ramach umów o pracę oraz całkowite – w ramach kontraktów. Rozchwianie systemu płac lekarskich jest faktem bardzo trudnym, z którym nikt z zarządzających pewnie nie będzie w stanie sobie poradzić. Trudno przewidzieć, jakie ruchy płacowe przyniesie przyszłość i jakie powstaną napięcia w szpitalach oraz pomiędzy grupami zawodowymi. Nie wiadomo, kto sobie w takiej sytuacji poradzi, kto w obliczu rozsypania się systemu płac dokona jakichś ruchów porządkujących. Byłyby one bardzo trudne, trudne nawet do wyobrażenia bez desygnowania znaczących środków. A i desygnowanie dużych środków bez zachowania roztropności może być marnie wykorzystane.

Czy potencjał szpitali klinicznych jest odpowiednio wykorzystywany?

Mogę zaryzykować twierdzenie, opierając się na przykładzie poznańskich szpitali klinicznych, że w przypadku wielu oddziałów i specjalności istnieje możliwość zwiększenia wykonywania usług medycznych bez zwiększania potencjału infrastrukturalnego i nawet ludzkiego. Dla wielu oddziałów przydatne byłoby nawet podwojenie kwot ryczałtowych przeznaczonych na wykonywanie

usług. Duża część oddziałów, może poza pewnymi wyjątkami, wymagałaby istotnego zwiększenia finansowania w celu przyjęcia większej liczby pacjentów.

W mojej opinii szpitale kliniczne mogłyby w jeszcze większej mierze ponosić ciężar odpowiedzialności za wykonywanie świadczeń na rzecz pacjentów w naszym kraju, ale z zapewnieniem przez nie także opieki nad pacjentami wymagającymi postępowania interdyscyplinarnego, „niechcianymi”, trudnymi z racji konieczności kompleksowości usług. Być może dobrym rozwiązaniem przy obserwowanej komasacji szpitali byłoby wchłonięcie w struktury na przykład niektórych szpitali powiatowych i rehabilitacyjnych, które mogłyby się stać dobrym zapleczem wzmacniającym funkcjonowanie szpitali klinicznych. W kilku regionach kraju takie rozwiązania są już realizowane.

Jakie są perspektywy rewizji wyceny usług medycznych? Jaka pana zdaniem powinna ona być?

Jednym z najważniejszych, nadal aktualnych wyzwań jest rewizja wyceny dokonana w sposób kompleksowy, z unikaniem niesprawiedliwych partykularyzmów. Wiem, że wymaga to olbrzymiego nakładu pracy i gruntownej wiedzy medycznej. Nie można akceptować sytuacji, w której pewne specjalności są traktowane priorytetowo, a inne marginalnie. Wydaje się, że już zbyt długo czekamy na taką rewizję. Przebiega ona bardzo wolno.

Spytam także o sprawę często i szczegółowo ostatnimi czasy omawianą w „Menedżerze Zdrowia”. Czy uda się „odciążyć” segment usług związanych z hospitalizacjami? Czy pana zdaniem za dużo leczymy w szpitalach?

Bez względu na to, czy uda się „odciążyć” segment usług związanych z hospitalizacjami, czy nie, uważam, że w wielu specjalnościach powinna się przebić konieczność istnienia dwóch poziomów referencyjnych poradni. Przynagła do tego świadomość, że duża część konsultacji ambulatoryjnych w szpitalach klinicznych to rekonultacje. Powinniśmy docenić te ośrodki ambulatoryjnej opieki medycznej, w których zachowana jest kompleksowość usług.

Cieszę się, że obserwujemy niezwykle ciekawą ewolucję postaw lekarskich. Kiedyś praca w poradni przyszpitalnej była uważana za drugorzędną. To oczywisty błąd i wyraz braku szerszego spojrzenia. Preferowany powinien być model ciągłości opieki nad pacjentem, w którym lekarz zajmuje się chorym zarówno podczas pobytu w szpitalu, jak i wizyt ambulatoryjnych. Na szczęście wielu lekarzy i ich szefów już to sobie uświadomiło i nie traktuje po macoszemu pracy w poradniach.

Przyszłością jest opieka ambulatoryjna w większości sytuacji medycznych bądź świadczenia jednodniowe, też prowadzone z zachowaniem kompleksowości. Dużą część

CENTRALNIE WPROWADZANE

REGULACJE PŁAC ZAWSZE

OZNACZAJĄ RYZYKO CHAOSU



fot. PAP/Jakub Kaczmarczyk

naszych oddziałów powinno się przystosować do takiej formy działania. Sam współtworzę kliniczny oddział pulmonologii, który posiada pełen profil działalności, z bardzo rozwiniętą częścią pobytów jednodniowych, z potężną poradnią, z elastyczną strukturą działalności stacjonarnej w zależności od potrzeb, ze średnim czasem pobytu w szpitalu dwa dni. Do tego diagnostyka raka płuca niemalże w całości wykonywana ambulatoryjnie, pracownia snu, gdzie pacjenci przychodzą na kilka godzin, ale także wyzwania opieki w przewlekłej niewydolności oddychania z nieinwazyjną wentylacją. Jest też oddział „zamiejskowy” – prawie dwustu pacjentów z niewydolnością oddychania poddawanych tlenoterapii domowej. Przyszłość naszej opieki to właśnie także *home care*. Jako jedyni rozpoczęliśmy domową antybiotykoterapię dożylną dla pacjentów z mukowiscydozą. Takie formy działania powinno się wspierać i rozwijać. Personel lekarski funkcjonuje w naszej strukturze pulmonologicznej w sposób wielowymiarowy, zapewniający kompleksową opiekę nad pacjentami.

Ciekawy jest model francuski realizowany w wielu szpitalach: część szpitala działa w trybie jednodniowym, część w pięciodniowym, tylko niewielka jest czynna na okrągło.

Mamy jeszcze długą drogę do pokonania w reformowaniu naszych szpitali. Wielu zarządzających uważa, że nie opłaca się zmieniać sposobu funkcjonowania na bardziej racjonalny lub po prostu tkwi w dotychczasowych przyzwyczajeniach – takich koleinach, z których trudno się wydostać.

Czy szpitalne oddziały ratunkowe pogrążają szpitale kliniczne? Czy są potrzebne?

Szpital kliniczny bez sprawnego oddziału ratunkowego nie ma możliwości kompletnego, rzetelnego kształcenia

studentów. Oczywiście w przypadku takiej centralizacji nauczania, jaką obserwujemy. W obecnych warunkach funkcjonowania SOR w szpitalu klinicznym jest szczególnym obciążeniem finansowym ze względu na sposób jego kontraktowania, ale także dość ekstremalnym wyzwaniem organizacyjnym. Dla dyrekcji funkcjonowanie SOR-u lub izby przyjęć jest jednym z największych sprawdzianów sprawności zarządczej i umiejętności współpracy z kadrami medycznymi. Nie możemy się obrażać na to stwierdzenie – to jest szczególnie test. W szpitalach klinicznych często mamy do czynienia z nasilonym konfliktem interesów między oddziałami ratunkowymi a oddziałami klinicznymi, których większość rości sobie prawo do działania w sposób planowy, niezamącony przyjęciami pacjentów, którzy zaburzają grafik. Część oddziałów powinna rzeczywiście działać w sposób planowy, choć często mamy do czynienia z nadinterpretacją szczególnej roli wyłączającej z systemu dyżurowego i z zanikaniem gotowości do zajmowania się przypadkami ciężkimi, nietypowymi, niezaplانowanymi. Osobiście irytuję się z tego powodu. Jest też napięcie związane z wykorzystywaniem rezydentów i specjalistów poszczególnych oddziałów klinicznych. Otwarte jest pytanie, jak zorganizować sprawnie SOR przy generalnie dużym potencjale lekarzy, którego zazdroszczą inne szpitale, ale jednocześnie przy niechęci do dyżurowania w wielu środowiskach lekarskich lub braku prostej świadomości, że praca w oddziale szpitalnym musi się wiązać z gotowością do pracy w izbie przyjęć. Podsumowując: sprawnie funkcjonujący SOR, działający harmonijnie z innymi oddziałami, jest ogromnym bogactwem i wyznacznikiem jakości szpitala klinicznego. Mimo że może być istotnym obciążeniem ekonomicznym.

Czy można powiedzieć, że udało się sprostać wyzwaniom epidemicznym?

Przebyliśmy długą drogę „dojrzewiania epidemiologicznego”. Nigdy nie wiemy, na ile nasze regulacje są optymalne, czy nie można by działać lepiej. Pozostaje to sferą domysłów. Pewne jest jednak, że bezpieczeństwo epidemiologiczne polskich szpitali bardzo się poprawiło. Dzięki szeroko zakrojonym działaniom edukacyjnym, też dzięki trosce o infrastrukturę i wyposażenie. Pod względem dbałości epidemiologicznej zaszła ogromna zmiana na lepsze w całej opiece zdrowotnej. Jestem dumny z funkcjonowania działu epidemiologii w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego z dr. n. med. Tomaszem Ozorowskim i wspaniałym gronem pielęgniarek oraz innych osób szczególnie zatroskanych. Bardzo głęboko wyczuwam, że czas pandemii był dla tego zespołu ludzi oraz dla całego szpitala spełnieniem misji życiowej – jedynej w swoim rodzaju. Wiem, że merytoryczne wsparcie tego zespołu i kompetencja miały szansę promieniować na inne szpitale i zespoły.

Rozmawiał Krystian Lurka