



# Etyka zarządcza w czasach COVID-19

JAKUB KRASZEWSKI, TOMASZ STEFANIAK

COVID-19 zmienił postrzeganie pracy lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty. Heroizm był nagradzany oklaskami, analizowano stopień wypalenia zawodowego. Otrzymywaliśmy darmową pizzę, artyści komponowali utwory poświęcone personelowi medycznemu. Były podziękowania na miejskich autobusach, powstawały murale na cześć ochrony zdrowia. Pojawiły się jednak pokusy. Wynikały one poniekąd z możliwości, które daje system rozliczeń, niedoskonałych przepisów i ludzkich słabości.

## Przyjęcie zobowiązania, a następnie uznanie go za niebyte

Lata 2020 i 2021 przyniosły duże zawirowania w możliwościach realizacji kontraktów z Narodowym Fun-

duszem Zdrowia, gdyż szpitale były zaangażowane w leczenie COVID-19. Wiele z nich znacząco ograniczyło swoją działalność – jedne ze względu na przekształcenie w bazę łóżkową dla pacjentów covidowych, drugie z powodu wystąpienia zakażeń wśród personelu, trzecie z obawy przed wielką niewiadomą. NFZ postanowił wypłacić szpitalom zaliczki finansowe – tzw. jedne dwunaste wartości świadczeń nieujętych normalnie w ryczałcie podstawowym. Świadczenia te dotyczyły takich dziedzin, jak onkologia, hematologia, transplantologia, położnictwo, pediatria czy rehabilitacja, a także niezrealizowanych procedur wysokospecjalistycznych z zakresu kardiologii i kardiochirurgii. Zaliczki te miały pomóc w utrzymaniu płynności finansowej szpitali. Wypłacano je z nadzieją, że po okresie ograniczo-

nego dostępu do świadczeń będą one w stanie nadrobić zaległości w ich realizacji. Niestety pomimo przedłużania okresu rozliczeniowego część szpitali nie podołała temu wyzwaniu. Zaciągnęły tzw. dług zdrowotny wobec społeczeństwa. Dziś niestety nie poczuwają się do odpowiedzialności za to zobowiązanie. Z wielu stron słychać nawoływania o odstąpienie od egzekwowania zwrotu nadpłaconych przez NFZ pieniędzy, bo przecież ta nadpłata de facto się szpitalom należała. Trochę jak z tą darmową pizzą od zamkniętych przez lockdown restauratorów. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne nie zdecydowało się na przyjęcie zaliczek (tzw. jednej dwunastej). Przez cały czas realizowało świadczenia także dla pacjentów bez koronawirusa. Co więcej, w 2021 r. zdołało wypracować znaczące nadwykonanie, jako jeden z zaledwie kilku szpitali czwartego poziomu w kraju. Tym samym z nawiązką spłaciło dług zdrowotny wobec pacjentów. W dużej mierze stało się tak dzięki wysiłkowi personelu medycznego i ekwilibrystycznym działaniom organizacyjnym, które pozwalały na kontynuowanie świadczeń leczniczych i ich dynamiczne rozwijanie, gdy tylko nadarzyła się ku temu okazja. Jako jedni z pierwszych wprowadziliśmy testowanie pacjentów przed przyjęciem, aby móc bezpiecznie ich leczyć. Opracowaliśmy szereg zasad pozwalających na zabezpieczenie personelu w razie pojawienia się ogniska SARS-CoV-2 wśród medyków. Przedłużyliśmy czas pracy bloków operacyjnych oraz znacząco przesunęliśmy akcent hospitalizacyjny w kierunku przyjęć jednodniowych. Czy jednak ta strategia była rozsądna? Dziś, słysząc opinie zarządzających szpitalami, że odpracowana zaliczka powinna zostać przez NFZ „zapomniana”, mamy co do tego wątpliwości. Czyżby traktowanie serio podpisywanych zobowiązań i pracowitość miały się okazać po prostu naiwną głupotą? Uniwersyteckie Centrum Kliniczne aktualnie ma ponad 15 mln nadwykonań w ryczałcie, co jednak pomimo znaczących niedowyońkań tak w regionie, jak i wśród innych szpitali czwartego poziomu w kraju, najprawdopodobniej nie zostanie sfinansowane przez NFZ.

### Sięganie po publiczne pieniądze tylko dlatego, że można

Informacje z NFZ o możliwości uzyskania podwójnej pensji przez personel pracujący z pacjentami covidowymi, niezależnie od tego, ile tej pracy wykonał w danym miesiącu, wzbudziły sporą ekscytację. Do 15 listopada niezbędne było wysłanie do NFZ oświadczeń, że należy się takie dofinansowanie – nawet do poziomu 15 tys. zł miesięcznie. Niezależnie od tego, czy i ile ktoś pracował na oddziale covidowym, wystarczy fakt, że w szpitalu był oddział zajmujący się pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2. Abstrahując od tego, że takie roszczenie jest po prostu nieetyczne, dodatkowo powoduje ono poczucie niesprawiedliwości wśród osób, które na tym

„Do głowy by nam nie przyszło, żeby wystąpić o podwójne wynagrodzenie dla całego personelu medycznego, który pracuje w szpitalu. Przecież niektórzy z nas pracowali w zupełnie innych zakresach, także bardzo ofiarnie, ale nie mieli styczności z chorymi na COVID-19”



Fot. Adobe Stock

oddziale rzeczywiście pracowali, i to dużo, nierzadko w okresie, kiedy nie do końca wiedzieliśmy, kto za to poświęcenie zapłaci zdrowiem, a może nawet życiem. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne od początku powstania koncepcji podwojenia stawki za pracę z chorymi na COVID-19 bardzo precyzyjnie zliczało zakres takiej pracy i adekwatnie do poświęcenia wypłacało podwójne wynagrodzenie. Nie uważaliśmy jednak za stosowne, żeby osoby, które odbyły na oddziale covidowym jedną konsultację, też z tego korzystały. Do głowy by nam nie przyszło, żeby wystąpić o podwójne wynagrodzenie dla całego personelu medycznego, który pracuje w szpitalu. Przecież niektórzy z nas pracowali w zupełnie innych zakresach, także bardzo ofiarnie, ale nie mieli styczności z chorymi na COVID-19. Tym bardziej poruszające były informacje z Centrali NFZ, że takie wynagrodzenie należy się wszystkim. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne nie planuje wypłat dla personelu niezaangażowanego w leczenie pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, choćby ich oddział był nawet w sąsiedztwie oddziału covidowego. W związku

z roszczeniami naszych pracowników po lekturze interpretacji urzędowych przedstawiliśmy oddziałowi wojewódzkiego NFZ skalę ewentualnych dofinansowań, sięgających 15 mln zł w wariantcie oszczędnym albo 50 mln zł w wariantcie maksymalnym, po to również, by uświadomić, jak kosztowne jest to działanie.

**Uznanie, że problem nie istnieje,  
bo prawo do niego nie dorosło**

Praca z pacjentem wymaga zachowania najwyższych standardów bezpieczeństwa ze strony personelu. Trudno wyobrazić sobie chirurga, który ze względów znanych tylko sobie odstąpiłby od mycia rąk przed zabiegiem. Co więcej, kompletnie nie do zaakceptowania byłby fakt, gdyby rzeczony chirurg odmówił poinformowania pacjenta, czy umył ręce czy nie, zasłaniając się konstytucją i prawem do zachowania tej informacji wyłącznie dla siebie. Wydaje się absurdalne? A jednak akceptujemy odstąpienie od informowania pacjentów

wiek prawa związane z indywidualnymi wolnościami pracowników. W myśl zasady *primum non nocere* mamy nadzieję, że te same idee przyświecają także naszemu personelowi.

**Patrzenie na problem w sposób medialno-  
emocjonalny, niezależnie od kosztów ludzkich**

Zapotrzebowanie na łóżka covidowe się zwiększa. W czasie poprzedniej fali pandemii sytuacja była równie poważna – liczba miejsc wzrastała, ale wciąż było ich za mało. Czy jednak samo zwiększenie bazy łóżkowej wystarcza? Może warto spojrzeć na drugi koniec „kontekstu specjalizacyjnego”? Czy czasy trwania hospitalizacji nie są także ważnym wskaźnikiem prawidłowości przebiegu leczenia? Czy odpływ pacjentów z oddziałów covidowych jest możliwy po uzyskaniu negatywnych wyników PCR i ustabilizowaniu ich stanu? A może zdarza się tak, że hospitalizacje pacjentów po przebytych zakażeniu są przedłużane pomimo

” Czy odpływ pacjentów z oddziałów covidowych jest możliwy po uzyskaniu negatywnych wyników PCR i ustabilizowaniu ich stanu? A może zdarza się tak, że hospitalizacje są przedłużane pomimo negatywnego wyniku testu PCR? A może nie wykonujemy testu właśnie ze względu na to, że mógłby być ujemny i w miejsce dobrze znanego, ustabilizowanego pacjenta moglibyśmy mieć nowego – potencjalnie w ciężkim stanie? ”

o tym, czy jesteśmy zaszczepieni przeciw COVID-19. Przecież pacjenci, których wnikliwie oceniamy w kontekście zaszczepienia oraz badamy testami PCR, są zmuszeni do przekazania tych informacji w związku z hospitalizacją. Personel jednak nie musi się tymi faktami dzielić. W UCK uznaliśmy, że to jest niesprawiedliwe. Poprosiliśmy wszystkich pracowników o decyzję, czy chcą się z nami – zarządem i pacjentami – podzielić informacją o swoim statusie covidowym. Tych, którzy z różnych przyczyn – także ideologicznych – nie chcieli się podzielić, poprosiliśmy o odejście od łóżek pacjentów. Zasugerowaliśmy pracę na oddziale covidowym, ponieważ tam niepewny status szczepionkowy lekarza nie stanowi zagrożenia dla pacjenta. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne kontynuuje praktykę dobrowolnego przedstawiania oświadczenia o statusie covidowym zarówno dla osób odwiedzających, jak i personelu medycznego, wspierającego oraz studentów. Bezpieczeństwo pacjentów jest priorytetem dla zarządu szpitala. Uważamy, że jest ono ważniejsze niż jakiegokol-

negatywnego wyniku testu PCR? A może nie wykonujemy testu właśnie ze względu na to, że mógłby być ujemny i w miejsce dobrze znanego, ustabilizowanego, a może nawet rehabilitującego się pacjenta moglibyśmy mieć nowego – potencjalnie w ciężkim stanie, a nawet kosztownego? Czy zatem oprócz liczby łóżek w gotowości do przyjęcia chorych nie powinniśmy także przedstawiać czasu trwania hospitalizacji i omawiać tych chorych, których pobyt przekroczył 10, 14 lub 21 dni? Czy liczba wolnych łóżek wówczas by się zmieniła? Może pojawiłaby się możliwość kontynuacji leczenia dla pacjentów bez COVID-19, których schorzenia są co najmniej porównywalnie poważne i śmiertelne? Może dług zdrowotny wobec osób cierpiących na inne schorzenia niż COVID-19 zamiast narastać, miałby szansę maleć?

Tomasz Stefaniak, dyrektor ds. leczenia i lekarz naczelny  
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku

Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku