Nie ma mądrego, który bez pokaźnego zastrzyku finansowego wyprowadzi ten szpital z długów

data aktualizacji: 2019.03.05 autor: Anna Wójcik-Brzezińska

(fot.arch STOMOZ)

Trzy doby na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, godziny bez pomocy? Dla pacjentów, ale i personelu SOR to miejsce to przedsionek piekła. Za klasykiem: „Porzućcie wszelką nadzieję, wy, którzy [tu] wchodzicie". Tyle, że to tylko jeden z problemów tonącego w długach szpitala. W kolejce ustawiają się zniecierpliwieni wierzyciele.

O problemach szpitala rozmawiamy z Małgorzatą Majer (na zdj.), p.o. dyrektor WSZ w Skierniewicach.

Zacznijmy od tego, co najważniejsze z punktu widzenia pacjentów…

MM: Dlaczego tak długo czeka się na SOR-e?

Jeśli uporamy się z tym pytaniem, pozostałe nie nastręczą problemów. Dodam tylko pytanie pomocnicze – dlaczego jakość usług świadczonych przez ten oddział jest tak marna?

Szpitalny Oddział Ratunkowy przede wszystkim ma bardzo trudne warunki lokalowe. Mimo, że mamy bardzo dobry sprzęt, bardzo trudno jest go tu właściwie wykorzystać. Poza tym, obsługujemy bardzo rozległy teren i tych przyjęć jest naprawdę dużo. Często pacjenci zapominają, lub nie zdają sprawy, z tego że SOR to oddział ratunkowy.

Tyle, że nie jest tajemnicą, że przy słabych POZ-tach dla wielu to rozwiązanie pierwsze.

Faktem jest, że gdy coś się złego dzieje, człowiek kieruje się do szpitala i to nie do Nocnej

Świątecznej Pomocy Lekarskiej a na izbę przyjęć, na SOR. Najwyraźniej ludzie uważają, że tu szybciej otrzymają pomoc.

Nie zawsze jest szybciej. Z drugiej strony trudno czynić pacjentom wytyk z tego, że w danej chwili ich samopoczucie każe szukać pilnej pomocy w szpitalu.

Oczywiście, ocena stanu zdrowia i dolegliwości to sprawa bardzo subiektywna. Stąd mówi się o triagu (sortowaniu, przyp. red.). Ten system funkcjonuje, ale zdaję sobie sprawę z tego, że nie w sposób idealny, w zakresie oczekiwanym przez pacjentów. Wrócę jednak do lokalu – bardzo bym chciała powiększyć SOR. Mamy pomieszczenia po stacji dializ, które przylegają do oddziału, które dziś nie są wykorzystane. Chodzi m.in. o obszerną salę obserwacyjną. Możemy wtedy przenieść NPL, zrobić wszystko w jednym miejscu, co sprawi, że pacjent skierowany z SOR do NPL nie będzie musiał szukać gabinetu. Z drugiej strony to rozwiązanie będzie również korzystne z punktu widzenia pracowników. Najkrócej – zwiększy poczucie bezpieczeństwa.

To, dlaczego do tej pory szpital tego nie zrobił, nie zaadaptowano tych pomieszczeń?

Mogę odpowiadać za swoje decyzje, a przypomnę, że obowiązki dyrektora pełnię od września minionego roku. No, więc od września nie udało mi się na ten cel znaleźć pieniędzy. Już nawet poszukując rozwiązań gospodarskich rozmawiałam z dyrektorem szkół budowlanych, mam deklarację z tamtej strony, że szkoła nam pomoże. Powtórzę – w tej chwili środków inwestycyjnych nie mamy, gdybym takimi dysponowała, faktycznie dawno byłoby to zrobione.

Z drugiej strony potrafię sobie wyobrazić, że podobne prace, zwłaszcza w szpitalu obostrzone są określonym reżimem prawnym i sanitarnym.

To również prawda. Musimy mieć projekt, przynajmniej częściowy, by sanepid zgodził się na prace. Reżim, o którym pani mówi to choćby kwestia używania gazów medycznych.

Wiem o planach moich poprzedników rozbudowy SOR. To drogie rozwiązanie, skłaniam się ku decyzjom, które sprowadzają się do adaptacji pomieszczeń już istniejących.

Tyle o kwestii technicznej genezy problemu, co z personelem? Godzinami oczekiwanie, by do pacjenta podeszła pielęgniarka to nie jest najlepsza wizytówka dla SOR.

Generalnie brakuje pielęgniarek. Czasami jednak to są kwestie organizacyjne. Liczę, że niedługo uda nam się to uporządkować. Po trzecie – żeby nie wiem, jak zwiększyć liczbę personelu, zawsze może się zdarzyć sytuacja, gdy pacjent na pomoc będzie musiał czekać. Chcę zwrócić uwagę, że personel nie pracuje tylko na miejscu, pielęgniarka musi przecież w przypadku przyjęcia, odprowadzić pacjenta na oddział, zaprowadzić na diagnostykę.

Dyżury lekarzy?

Mamy podwójne dyżury, nie we wszystkich szpitalach tak jest. Znów wraca problem – teoretycznie do tak dużego obciążania tego oddziału winno się zwielokrotnić dyżury zarówno pielęgniarskie, jak i lekarskie.

Przejdźmy do inwestycji, która wydawała się kluczową dla szpitala, dziś proszę wybaczyć – jestem skłonna raczej mówić o ciężkiej kotwicy lub betonowych butach, bowiem budowa

centralnego bloku operacyjnego to dziś konglomerat problemów, nie tylko ekonomicznych. Gołym okiem widać, że projekt, który WSZ realizuje nie przystaje do potrzeb szpitala, został również mocno niedoszacowany, nie zadbano też o ocenę otoczenia inwestycji.

Może aż tak źle nie jest, ale niewątpliwie mamy problem.

Marzenie, które okazało się koszmarem?

Przede wszystkim nie wiem dlaczego mamy mówić i w ogóle nazwano tę inwestycję mianem budowy centralnego bloku operacyjnego. W moim rozumieniu, a i lekarzy, z którymi sprawę konsultowałam, centralny blok to sytuacja, gdy wszystkie sale operacyjne w szpitalu są w jednym miejscu, jest jeden personel, który obsługuję tą jednostkę.

Nie o takiej sytuacji mówimy?

Nie. W sytuacji WSZ nie ma takiej możliwości. W sąsiedztwie „centralnego bloku" będzie blok laryngologiczny, blok okulistyczny działa we własnym zakresie. W związku z tym jeszcze raz – to nie będzie blok centralny. Jak już wielokrotnie mówiłam, szansą dla szpitala – i będą to powtarzać– jest rozbudowa. Mówię o budowie pawilonu, który połączyłby już istniejące. Taki pawilon – przyjmując, że powstawałby w systemie projektuj i buduj, powinien być dostosowany do potrzeb użytkowników. Nie zakładam powstawania kolejnych, nowych oddziałów w szpitalu. Uważam, że to, co mamy jest wystarczające. Warunki lokalowe są pewną przeszkodą, by wszystko funkcjonowało dobrze.

Zakaźny, pediatria, ortopedia – lista oddziałów koszmaru pacjenta nie jest krótka.

Skłonna jestem raczej wymieniać te, które świadczą najwyższe standardy, a pacjenci hospitalizowani są w warunkach bardzo dobrych.

Dziś budynek szpitala i należące do niego przybudówki to obiekty, które powstawały ponad pół wieku temu. Remontowanie takiego majątku rodzi określone trudności. Oczywiście, w jakimś zakresie remontowanie będzie konieczne, nie ma możliwości wyburzenia tego, co stare. W pierwszej kolejności natomiast trzeba pomyśleć o inwestycjach, które pozwolą dostosować już istniejący majątek do potrzeb użytkowników. Wówczas na miejscu możemy zorganizować chemioterapię, z pracownią cytostatyków, coś, co będzie służyło pacjentom, także tym przyjezdnym.

Nasze oddziały – laryngologia, ortopedia, okulistyka – to oddziały, które mają swoją renomę…

Ale strach pomyśleć, w jakich warunkach pracują.

Okulistyka dostała nowe gabinety zabiegowe, w związku z tym niedługo rozpocznie tam działalność. Pacjentom będzie wygodniej.

Z przykrością muszę stwierdzić, że ostatnich lat inwestycyjnie nie wykorzystano. Były wówczas spore środki w urzędzie marszałkowskim.

WSZ skupiony był na oszczędzaniu.

Trudno jest mi oceniać strategiczne decyzje. Każdy dyrektor w danym momencie chce podjąć jak najlepszą decyzją, historia ocenia podobne różnie. Nie chcę oceniać, chcę mówić o swoich planach i odpowiadać za swoje decyzje. W pierwszej kolejności, „Głos" o tym pisał, staramy się o kredyt, by zrestrukturyzować zobowiązania, ale również, by dokończać inwestycję pt. blok operacyjny.

Jak mocna kluczowa inwestycja – budowa bloku operacyjnego – była niedoszacowana?

Była mocno niedoszacowana. Nie jestem w stanie podać przyczyn. Z tego, co się dowiedziałam został wykorzystany projekt, który na realizację czekał latami. Rozpoczynając inwestycję nie wzięto pod uwagę choćby stanu i wymogów dotyczących infrastruktury wokół. Przykład prozaiczny, to kwestia ciśnienia wody, założenia poczynione w projekcie są niewystarczające, by woda dopłynęła do węży na bloku. W związku z powyższym byliśmy zmuszeni do budowy dodatkowej hydroforni, wcześniej wystąpiliśmy o zwiększenie budżetu zadania. Blok operacyjny, który był wcześniej zbudowany całymi latami stał nieużywany, teraz się okazuje, że właściwie trzeba go dostosować do nowych przepisów, na to również nie zabezpieczono funduszy. Mój poprzednik zabezpieczył finansowanie dla remontu dwóch sal.

Problemem są również wymogi przeciwpożarowe.

Zgadza się, musimy dodatkowo dostosować dwie klatki schodowe do stawianych wymogów ppoż. Dodatkowo trzeba modernizować transformator, bo mogą być problemy. Obciążenie, jakie wyliczano lata temu, teraz okazuje się może być niewystarczające, szpitalowi doszło urządzeń, które należy zasilić prądem. Musimy zorganizować rezerwowe źródło wody…

O jakich pieniądzach mówimy?

Dużych. Samo dokończenie zamknięcie inwestycji będzie wymagało ok 2 mln zł.

Do czerwca inwestycja zostanie ukończona?

Mam nadzieję. Już niewiele zostało. Pozostaje kwestia ostatnich wydatków nieprzewidzianych w projekcie, chodzi m.in. o zakup mebli do zaplecza. Nie mówię o socjalu – na to nas dziś nie stać – mówię o regałach, meblach użytkowych, bez których nie da się pracować.

Liczyła pani koszt inwestycji budowy nowego pawilonu szpitalnego?

Najpierw orientowaliśmy się, czy w związku z istniejącym lądowiskiem nie będzie przeciwwskazań do budowy. Nie będzie. Później padł ostrożny szacunek – 50 milionów złotych. Jeżeli myślimy o tym, by szpital w perspektywie lat (bo taką należy przyjąć) rozwijał się, to inwestowanie jest niezbędne.

Porozmawiajmy o współczesnych standardach, są państwo w stanie przy każdym pokoju stworzyć łazienkę dla pacjenta?

Teoretycznie tak, ale to zmniejsza liczbę łóżek. Może się, zatem okazać, że mamy piękne sale, ale liczba pacjentów, których jesteśmy w stanie przyjąć zmniejszy się o połowę. Dziś brakuje nam choćby pomieszczeń socjalnych. Trzeba pamiętać o pracownikach. Przecież konkurencyjność szpitala to także personel. Tymczasem nam sypią się masowo drukarki, zatem przez ostatnie dwa dni dzwonię, piszę, proszę o możliwość wypożyczenia nam tego sprzętu. Jesteśmy bowiem w trakcie postępowania przetargowego, a my mamy np. problem z wydrukowaniem wypisu. Sprawy przyziemne, ale rodzące określone problemy.

W takim razie nie będę pytać, dlaczego szpital w ostatnich dniach robi problem z przygotowaniem wypisu.

Nie robimy problemów, ale faktycznie może się zdarzyć, że pacjent musi dłużej poczekać na dokument, bo mamy problem z drukarkami. Oczywiście, to nie jest wyjaśnienie, które powinno pacjenta interesować.

Nie trzeba być jednak ekspertem, by wiedzieć, że nie drukarki definiują kondycję szpitala a jego zobowiązania, te z adnotacją „wymagalne”.

Mamy olbrzymi problem, dlatego staramy się o ten kredyt. Przyznaję, że wcześniej, miałam nadzieję, że zaciągania go uda się uniknąć, ale niestety, nie dajemy rady. Te problemy wpływają na pogorszenie warunków pracy, bo zaburzone są dostawy. Obciążenia finansowe i monity to kolejne koszty. Wierzę głęboko i naprawdę liczę, że w najbliższym czasie otrzymamy zgodę na zaciągnięcie tego zobowiązania. Faktycznie stanęliśmy wobec groźby wstrzymania dostaw, udało się przekonać firmy, by poczekałayna płatności. WSZ jest wiarygodnym płatnikiem, rozmawiamy z firmami, podpisujemy porozumienia na rozłożenie płatności. Oczywiście, mam świadomość, że ta druga strona – nasz partner ponosi olbrzymie koszty…

Kredytowania działalności szpitala.

Pamiętam już z historii swojej pracy, gdy balansując w bardzo trudnych warunkach doczekaliśmy się kredytu na restrukturyzację zadłużenia. Zresztą to był taki podobnie bardzo trudny okres dla służby zdrowia.

Nie słyszałam o dobrych czasach w służbie zdrowia.

Wówczas mnóstwo małych hurtowni padło, nie było w stanie utrzymać się na rynku. Początkowo chętnie podpisywały umowy ze szpitalami, wierząc, że pozyskały pewnego, stałego kontrahenta, później okazało się, że był to odbiorca niewypłacalny. Miałam świadomość tego, że wpływamy na pogorszenie sytuacji wielu ludzi dlatego, staram się zrobić wszystko, co w mojej mocy, by zobowiązania uregulować.

W periodyku branżowym przeczytałam, że na płace szpitale powiatowe wydają 83 proc. przychodów, a na leczenie jedynie od 4 do 6 proc. Szpital w Skierniewicach jest jednostką wojewódzką, problemy w ten sposób zdefiniowane są jednak opisem jego rzeczywistości.

Czytałam artykuł w Termedii, faktycznie, ten opis dotyczy również nas. Oczywiście, słyszymy również o dyskusji w ministerstwie na temat lepszej wyceny naszych usług, co również ograniczyłoby nasze dalsze zadłużenia, ale z drugiej strony, proszę zobaczyć – mamy marzec, a my, jako dyrektorzy szpitali wciąż nie wiemy, co miałoby przynieść ulgę zarządzanym przez nas szpitalom, i jak rozliczać kolejny kwartał. Sytuacja generalnie jest zła w szpitalach. Głównym problemem faktycznie jest obciążenie z tytułu wynagrodzeń, naprawdę niewiele zostaje na działalność stricte leczniczą. Mamy też problemem z planowaniem, nie nadążamy za zmianami w przepisach. Kolejny problem to brak kadry, którego konsekwencją jest podkupywanie pracowników, które to spiralę problemów dodatkowo napędza. Jesteśmy w szalenie trudnym okresie, czekamy na lepsze.

Utworzenie sieci miało postawić dobre szpitale na nogi, i faktycznie początek był wspaniały, natomiast dziś, przy problemach płacowych szpitale w dobrej kondycji finansowej z powrotem wpadają w zadłużenie.

Fenicjanie odkryli sposób skutecznego rozwiązywania problemów wszelakich. Tyle, że pieniędzy szpital nie ma a braki kadrowe wiążą się jeszcze z jedną kwestią – pielęgniarki to osoby z wyższym wykształceniem, w sytuacji, gdy pracują w warunkach trudnych i jeszcze nie są odpowiednio wynagradzane to gotowy przepis na problemy.

Nie zapominajmy również, że rośnie świadomość i oczekiwania pacjentów. To już nie jest tak, że pacjent dziś godzi się na wszystko i w każdych warunkach. Staramy się nadążać, tylko niestety nie jest to łatwe. Proszę zauważyć – większość polskich szpitali to stare budynki, inwestowanie w nie jest bardzo kosztowne. My, w Skierniewicach, na szczęście nie jesteśmy w myśl prawa zabytkiem, w przeciwnym razie mielibyśmy jeszcze większy problemy.

Sanepid zagroził zamknięciem ortopedii.

Mamy zgodę do czerwca, ta jest przedłużana po raz ostatni, zdaję sobie sprawę z tego, że dłużej nie możemy pracować w takich warunkach. Wiosną będziemy łączyć dwa oddziały interny i wówczas także przeniesiemy oddział ortopedii do głównego gmachu. Nawet bez decyzji sanepidu wiem, że trzeba poprawić warunki pracy tego oddziału.

Ale, z kim pani chce wprowadzać zmiany?

Myślę, że już mam zastępcę. Wiem, że pyta pani o dyrektora ds. medycznych, komisja zaopiniowała kandydaturę, z której bardzo się cieszę. Chciałabym jednak zwrócić uwagę na jeszcze jedno, bardzo potrzebne w szpitalu, stanowisko – zastępcy dyrektora ds. techniczno-inwestycyjnych. Będę przekonywała Radę Społeczną do powołania tego ostatniego.

Mówimy o odwrotnym kierunku aniżeli przyjęli pani poprzednicy, którzy uznali, że działa administracji jest nadmiernie rozbuchany i oszczędności należy zacząć od ich zwolnienia. Pani zdaniem to była dewastacja?

W mojej ocenie tak. Program naprawczy to nie program oszczędnościowy, wręcz przeciwnie – zakładamy, że będzie to proces odtwarzania pewnych struktur i inwestowania, wszystko po to, by zwiększyć przychód WSZ. Na to jednak potrzeba zgody właściciela.

To, co pewne to zastępca do spraw medycznych, mówi pani o rekomendacji wystawionej przez komisję konkursową.

Cieszę się bardzo, że komisja zarekomendowała mi osobę pana doktora Dariusza Diksa. Jestem przekonany, że to doskonała informacja dla szpitala i mam nadzieję, że będzie mi dane z nim pracować.

Dziękuję za rozmowę.

Źródło:
https://eglos.pl/aktualnosci/item/31171-nie-ma-madrego-ktory-bez-pokaznego-zastrzyku-finansowego-wyprowadzi-ten-szpital-z-dlugow