



**MINISTREM I DYREKTOREM SIĘ BYWA,
A LEKARZEM SIĘ JEST**

Rozmowa z Markiem Tombariewiczem, wiceministrem zdrowia

Kontraktowanie świadczeń na rok 2017 budzi duże niepokoje. Co pana zdaniem należy zrobić, żeby rozwiązać wątpliwości środowiska?

Ale pod jakim względem budzi niepokoje? Powiedzmy sobie szczerze: przecież wszystkie szpitale muszą sobie zdawać sprawę z tego, że przesunięcie terminu ustawowego było związane ze zmianą rządu i ze zmianą kierownictwa w ministerstwie. Potrzebny był czas, by opracować jasne zasady kontraktowania. W tej sprawie nie ma żadnego drugiego dna.

Uspokajamy?

Tak.

To teraz nie uspokajamy, a wręcz przeciwnie – wprowadzamy nerwową atmosferę. Co by było, gdyby ratownicy medyczni wyszli na ulicę? Tak jak pielęgniarki jesienią ubiegłego roku, które postraszyły i dostały to, czego chciały.

Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której wszyscy ratownicy wyszliby na ulicę jednego dnia, żeby pokazać swoje niezadowolenie. Uważam, że jeśli ktoś wykonuje zawód, który mieści się w definicji zawodu zaufania publicznego albo który związany jest z bardzo dużą odpowiedzialnością za zdrowie i życie ludzkie – tak jak zawód ratownika medycznego, to takie podejście nie jest właściwe.

Powiedzmy szczerze: ratownicy to grupa zawodowa, która jest niedoceniona. Czują się niedowartościowani zarówno pod względem prestiżu, jak i wynagrodzenia. Jak pan na to patrzy jako specjalista, ekspert od ratowników?

Projekt rozporządzenia, który jest w trakcie procedowania, znacząco podniesie prestiż zawodu ratownika medycznego. Między innymi poprzez zwiększenie jego uprawnień. Jasno wskazujemy, że system ratownictwa, głównie tego przedszpitalnego, jest oparty na ratownikach medycznych. Co do finansów – pod koniec ubiegłego roku, w tle rozmów z pielęgniarkami, poprzedni rząd dał ratownikom złudną nadzieję na podwyżki, nie wpisując środków finansowych do projektu budżetu. Inaczej tego nie można nazwać. My podchodzimy do tej sprawy odpowiedzialnie. Uważam, że można uregulować kwestię wynagrodzeń w sposób systemowy – ustalić, jak powinny wyglądać proporcje finansowe pomiędzy poszczególnymi zawodami.

Zdradzi pan coś więcej?

Rozpaczam pracę nad nowelizacją, a w zasadzie nad nową ustawą, która jest niezbędna. Rozmawiałem ze środowiskami ratowników, ze związkami zawodowymi, z organizacjami skupiającymi ratowników. Myślę, że

MOŻNA UREGULOWAĆ KWESTIĘ

WYNAGRODZEŃ W SPOSÓB

SYSTEMOWY – USTALIĆ PROPORCJE

FINANSOWE POMIĘDZY

POSZCZEGÓLNYMI ZAWODAMI

uzyskałem zrozumienie z ich strony. Obiecali, że będą czekać na pierwsze efekty założeń do zmian ustawowych.

Kiedy mogłoby to nastąpić?

Na razie zbieramy bardzo szeroki materiał w zakresie propozycji do zmian ustawy. Chcemy się dowiedzieć, co powinno się znaleźć w nowej ustawie zdaniem wojewodów i wszystkich zaangażowanych środowisk. Rozsyłałyśmy ankiety, w których pytamy o funkcjonowanie dotychczasowego systemu. Chciałbym, żeby do jesieni projekt tej ustawy przybrał kształt, który będzie już można poddawać wstępnym konsultacjom ze środowiskiem.

Medycyna ratunkowa chyba zajmuje wyjątkowe miejsce w pana sercu...

Zdecydowanie tak. Zajmuję się nią kilkanaście lat.

Pan jako praktyk wie, czego brakuje i co trzeba zmienić, żeby ratownikom było lepiej.

Trzeba na pewno zmienić podejście. Ja mam własne przemyślenia, jak ten system mógłby funkcjonować lepiej.

Co to miałyby być? Proszę o trzy przykłady.

Nie, nie. Już się nauczyłem, że w trakcie pracy nie można zdradzać szczegółów. Raz powiedziałem, że chciałbym, żeby były podwyżki dla ratowników i wszystkie media napisały „będą podwyżki dla ratowników”.

Ale nie napisał tego „Menedżer Zdrowia”.

Nie będę mówił, kto tak napisał, ale jest to nieuczciwość.

Żeby zatem nie było wątpliwości: podwyżki dla ratowników medycznych będą czy nie?

Powtarzam: bardzo bym chciał, ponieważ uważam, że wszystkie zawody medyczne zasługują na równe traktowanie.



Fot. Corbisimages

WARTO STWORZYĆ JEDNOLITY

SYSTEM INFORMATYCZNY,

KTÓRY W SPOSÓB AUTOMATYCZNY

DAWAŁBY PEŁNE INFORMACJE

O SYTUACJACH KRYZYSOWYCH W SZPITALACH

Pielęgniarki były jednak trochę lepiej traktowane.

Trudno mi w jakikolwiek sposób negocjować decyzje dotyczące podwyżek dla pielęgniarek. Ratownicy też kiedyś protestowali i wywalczyli stosunkowo spory wzrost – pierwsze dotacje na zespoły ratownictwa medycznego wynosiły niewiele ponad miliard złotych, doszliśmy do miliarda ośmiuset. Są różne metody walki o podwyżki. Niektóre mogą się nam nie podobać, ale dla danej grupy liczy się efekt. Nie mogę decydować o pieniądzach w sytuacji, gdy mowa o dotacji celowej budżetu państwa. Nie jestem uprawniony do składania jakichkolwiek deklaracji, że minister finansów zwiększy tę dotację. Wiemy, że wzrosły nakłady na SOR-y

i być może pewne podwyżki mogłyby być w szpitalach wygenerowane dla ratowników. Ale to oczywiście rodzi naturalne protesty pozostałych. Dlatego zaczęliśmy w ministerstwie prace nad ustaleniem pewnego rodzaju parytetu w relacji wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych. To długoterminowe wyzwanie, nie da się systemowych strategii naprawczych zrealizować z dnia na dzień. Przede wszystkim chcemy działać tak, żeby nie antagonizować różnych grup zawodowych, tylko skutecznie wspierać wszystkich pracowników służby zdrowia.

Pielęgniarki mogą liczyć na jeszcze więcej?

Pielęgniarki mają jasno rozpisane cztery transze podwyżek w obowiązujących dwóch rozporządzeniach ministra zdrowia.

Czy nowy rząd chce wprowadzić coś swojego, jeśli chodzi o pielęgniarki?

W ministerstwie trwają prace nad wieloma różnymi rozwiązaniami skierowanymi do różnych środowisk. Nie nazwałbym ich „swoimi”, tylko wypracowywanymi w drodze dialogu ze wszystkimi zaangażowanymi stronami.

Czy u pana w szpitalu pielęgniarki były zadowolone z tych podwyżek?

Każdy się cieszy, gdy dostaje podwyżkę, ale to poczucie zadowolenia nie trwa wiecznie. Z czasem zapominamy, że od pewnego momentu jest nam lepiej. Gdy byłem dyrektorem szpitala, pielęgniarki dwa lub trzy razy dostały podwyżki. Dziś odczuwają też pozytywne efekty ostatnich rozporządzeń. Ze swojej strony starałem się zawsze zwracać uwagę na powiązanie wynagrodzenia z wykształceniem, np. poprzez dodatek za specjalizację czy za podwyższenie kwalifikacji.

Brak zapowiedzi podwyżek dla ratowników medycznych w kontekście podwyżek dla pielęgniarek nie spowoduje konfliktu?

To jest sztuczny konflikt. Nigdy nie było zamysłu zastępowania pielęgniarek ratownikami. Każdy zawód ma swoje uwarunkowania, swoje ograniczenia i swoje podstawy. Po pierwsze – sami ratownicy wcale nie chcą zastępować pielęgniarek. Po drugie – mają ograniczony zakres wykonywania danych świadczeń. Mogliby na przykład pobierać krew, robić EKG czy zastrzyki. Wiadomo natomiast, że pielęgniarki, jak wskazuje chociażby sama nazwa, są przygotowane do całego procesu pielęgnowania. Nikt nie myślał o tym, by ratownicy zastąpili pielęgniarki w tym procesie. Zamysł zmian jest taki, by ratownicy mieli szanse wykonywania pewnych świadczeń, które mają doskonale opanowane, poza systemem ratownictwa medycznego, czyli na przykład w policji i straży. A jeżeli mogliby je wykonywać tam, to dlaczego nie na oddziałach w szpitalu?

Czy uważa pan, że zamieszanie jest spowodowane przez związki zawodowe pielęgniarek?

Przede wszystkim przez niefortunne sformułowanie, które pojawiało się w komentarzach do projektu, że ratownicy mają zastąpić pielęgniarki. Jeszcze raz powtórzę: nie było takiego zamiaru, żeby konfliktować dwie grupy zawodowe i żeby jedna zastępowała drugą.

Wiemy, że w Polsce mamy za mało pielęgniarek, a średnia ich wieku wynosi powyżej 50 lat. Te, które wykształcimy za państwowe pieniądze, bardzo często wyjeżdżają. Co zrobić, żeby pielęgniarek było więcej i żeby nie wyjeżdżały?

W pierwszej kolejności musi powstać rzetelny rejestr pielęgniarek pracujących w systemie ochrony zdrowia. Według różnych źródeł liczba zatrudnionych pielęgniarek waha się od 180 tys. do 340 tys., a według NFZ zatrudnionych jest ok. 210 tys. Te dane należy uporządkować. Po drugie – wydaje mi się, że ten najgorszy dołek mamy już za sobą. Dostrzegalna jest odpowiedź rynku, powstają szkoły zawodowe kształcące pielęgniarki. Można powiedzieć, że jeżeli jest zapotrzebo-

wanie na dany zawód, to ten zawód „powstaje”. Trzecia sprawa jest taka, że z danych wynika, że znaczna część pielęgniarek po skończeniu kształcenia nie odbiera w ogóle dyplomu, a tylko 30 proc. absolwentek studiów pielęgniarskich podejmuje pracę w zawodzie.

Pana zdaniem dlaczego?

Postaramy się to wyjaśnić, ale informacja, którą wyczytałem w rekomendacjach podpisanych przez ministra Zembalę po rozmowach z pielęgniarkami, jest dla mnie szokująca.

Może nie odbierają dyplomów, bo nie mają nadziei w ogóle?

Gdybym nie miał nadziei i nie widział perspektyw w wybranym przez siebie kierunku kształcenia, to nie traciłbym co najmniej trzech lat życia na uzyskiwanie zawodu. Zawód pielęgniarki jest bardzo wymagający, trzeba mieć do niego szczególne predyspozycje. Być może część osób rezygnuje, bo uważa, że to ponad ich siły, a część dlatego, że zarobki są nieadekwatne do odpowiedzialności.

Co zrobić, żeby powstrzymać odpływ kadry?

Funkcjonujemy na szczęście w systemie demokratycznym i wolnej gospodarki, więc każdy może decydować o swoim losie, również zawodowym. Zgodnie z ostatnimi wynikami badania CBOS dotyczącego oceny poszczególnych środowisk zawodowych ze względu na uczciwość i rzetelność, pielęgniarki cieszą się największym uznaniem spośród wszystkich zawodów zaufania publicznego. Jeżeli do tego dolożymy podwyżki, które są faktem – Ministerstwo Zdrowia nie zamierza się z nich wycofywać, to mam nadzieję, że jest to znacząca zachęta do tego, żeby decydować się na wykonywanie zawodu i pozostać w nim. Warte uwagi jest też to, że pracujemy nad rozwijaniem systemu kształcenia podyplomowego.

No właśnie, bo będziemy potrzebować coraz więcej pielęgniarek. Społeczeństwo się starzeje, żyjemy coraz dłużej.

Oczywiście, dlatego jesteśmy w trakcie tworzenia rekomendacji związanych z normami zatrudnienia pielęgniarek. Jestem po rozmowie z panią Zofią Małas, nową prezes NRPiP. Z dużym zadowoleniem odebrałem dwa istotne komunikaty. Po pierwsze, zostałem zapewniony, że pielęgniarki doceniają pracę opiekunów medycznych. Opiekunowie medyczni nie zastąpią pielęgniarek, ale są bardzo pomocni. Tutaj wrócę do analogicznej sytuacji z ratownikami – nie będą zastępować pielęgniarek, ale mogą im pomagać. Po drugie, odniosłem wrażenie, że NRPiP ma podobne podejście, jeśli chodzi o opracowanie norm zatrudnienia. Myślę, że je-



TRUDNO MI W JAKIKOLWIEK SPOSÓB

NEGOWAĆ DECYZJE DOTYCZĄCE

PODWYŻEK DLA PIELEŃNIAREK

żeli takie wspólnie wypracowane normy zostaną wprowadzone, to zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów w kontekście opieki pielęgniarskiej, wynikające z powodów demograficznych, będzie znacząco mniejsze.

Pytanie dotyczące tego wskaźnika: czy ratownicy medyczni obecni na konkretnych oddziałach będą brani pod uwagę przy jego obliczaniu?

Na razie nie ma takich planów. Natomiast chciałbym, żeby obecność na oddziale ratowników miała wpływ na wskaźnik. Oczywiście wiadomo, że trzeba to jakoś bardzo rozsądnie wyważyć.

Wyobraźmy sobie, że ratownicy będą liczeni jako pół pielęgniarki. To na pewno ich oburzy.

Na razie nie będę mówił o żadnych przeliczeniach. Oczywiście można by w jakiś sposób skwantyfikować czynności, które mogliby wykonywać. Pierwsze pół roku po wejściu w życie tego rozporządzenia pokaże nam, jaka jest w ogóle skala zatrudnienia i jakie dalsze kroki należy podjąć.

Czy ratownicy na oddziałach mogą spowodować, że braki pielęgniarek będą mniejsze?

Teoretycznie mogą, ale nie wierzę, że ratownicy medyczni tłumnie opuszczą karetki, bo chcieliby pracować na oddziałach. Rozmawiam ze środowiskiem, oni się naprawdę do tego nie palą. Oczywiście w szpita-

lach zauważalne są braki w kadrach. Dyrektorzy coraz częściej potrzebują kogoś do pomocy na oddziałach. W poszerzeniu kompetencji ratowników chodzi o to, by pomagała osoba, która jest do tego przygotowana i ma odpowiednie uprawnienia. Dotychczas to nie było uporządkowane. Rodziły się pytania: czy jeżeli ratownik pracuje na oddziale ratunkowym, ale jednak oddziale, to może pracować też na innym? czy w POZ może pobrać pacjentowi krew? dlaczego ratownik nie może wykonywać stacjonarnie w szpitalu czynności, które może wykonywać w karetce? Trzeba to usystematyzować. Ratownicy naprawdę lubią swoją pracę, dobrze ją wykonują i cieszą się z tego, dając im możliwość pełnego wykorzystywania ich potencjału i kompetencji do odpowiedzialnej opieki nad pacjentem.

A co z kwestią raportowania niepożądanych zdarzeń medycznych? Obecnie sytuacja nie jest dobra. Co robić, żeby zgłaszalność była większa, i jednocześnie jakie są szanse, żeby wypracować dobry polski system zgłaszania zdarzeń niepożądanych? Doskonale wiemy, jak dużo od tego zależy, a jednocześnie środowisko jest niechętne.

Środowisko nie jest niechętne. Przeprowadzono bardzo szerokie badania dotyczące problematyki zdarzeń niepożądanych w ramach programu „Bezpieczny szpital, bezpieczny pacjent”. Były to badania ankietowe wśród personelu i pacjentów, analizy dokumentacji medycznej, wyroków sądowych i ustaleń komisji do

spraw zdarzeń niepożądanych. Rekomendacje jeszcze nie są opublikowane, ale mogę powiedzieć, że 85 proc. respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że wprowadzenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych poprawiłoby bezpieczeństwo pacjenta. Oczywiście są pewne różnice zdań co do tego, jak miałyby to wyglądać, ale 70 proc. respondentów twierdzi, że powinno to być obowiązkowe. Dlatego chcielibyśmy wypracować krajowy system, obligatoryjny dla wszystkich szpitali. Czyli coś, czego nie ma teraz – sprawozdanie ze szpitali akredytowanych wynosi 20–25 proc. Tym bardziej budujące są informacje, że pielęgniarki i lekarze chcą, żeby taki system powstał.

W którym kierunku miałyby iść raportowanie? Jaki model byłby najlepszy?

Modele są bardzo różne. Generalnie chodzi o to, żeby był obowiązek zgłaszania, którego teraz nie ma. Konieczne jest, żeby oddział, w którym coś się wydarzyło, zawsze otrzymywał informację zwrotną, co pozwoli wyciągnąć wnioski i zapobiegać takim sytuacjom w przyszłości.

Kiedy mogłyby to zacząć funkcjonować?

Chciałbym, żeby w ciągu roku widoczne już były pierwsze efekty naszych prac.

Jest pan odpowiedzialny za zarządzanie kryzysowe. Czy będą jakieś zmiany?

W ciągu ostatnich miesięcy w departamencie zajmującym się zarządzaniem kryzysowym powstał regulamin określający sposób funkcjonowania specjalnej komórki do zbierania informacji od lekarzy koordynatorów w różnych sytuacjach kryzysowych. To nowość w resorcie i nie ukrywam, że zacząłem się zastanawiać, jak jeszcze można ją udoskonalić. Myślę, że w ciągu najbliższych miesięcy dokonamy pewnych zmian, które spowodują, że możliwe będzie szybsze reagowanie.

A jak jest teraz?

Podstawy już są. Mamy całodobowy dyżur. Jest dyżurny z Ministerstwa Zdrowia, który zbiera informacje z całego terenu z poszczególnych województw. Działają już elementy raportowania. Chcemy, by system funkcjonował na szeroką skalę. Zaczynamy pracę nad możliwością stworzenia ogólnopolskiego systemu zbierania informacji dla lekarzy koordynatorów w urzędach wojewódzkich. To jest także jeden z kierunków analizy odnośnie do ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Powstaje pytanie, czy wojewódzkim koordynatorem koniecznie musi być lekarz. W różnych województwach są różne systemy funkcjonujące równocześnie w skali kraju. Warto byłoby stworzyć jednolity system informatyczny, który w sposób automatycz-



ROZPOCZYNAM PRACĘ NAD NOWELIZACJĄ,

A W ZASADZIE NAD NOWĄ USTAWĄ

O RATOWNICTWIE, KTÓRA JEST NIEZBĘDNA

Fot. Paweł Malecki/Agencja Gazeta

ny dawałby pełne informacje o sytuacjach kryzysowych w szpitalach. To byłyby dane dla wojewódzkich koordynatorów, a jednocześnie zaletą byłoby gromadzenie ich w centrum kryzysowym. Usprawniłoby to wysyłanie karettek w odpowiednie miejsce czy szukanie miejsc dla pacjentów wymagających intensywnej terapii.

Kiedy możliwe będzie wprowadzenie takiego systemu?

Nie mamy żadnych narzuconych terminów. Pracuję od dwóch miesięcy i zauważyłem taką potrzebę. Taki system jest związany z ustawą o ratownictwie medycznym.

Jeden z dyrektorów dużego szpitala powiedział w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”, że środki finansowe trafiające do jego szpitala są za małe, ponieważ kierowane są do placówek powiatowych, gdzie na przykład jest jeden dojeżdżający lekarz, który operuje ganglion ręki.

Mam rozumieć, że w terenie nie może być dobrych oddziałów? Jeśli ktoś spełnia wymogi rozporządzenia czy zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, może stanąć do konkursu i może wygrać kontrakt czy jakiś zakres tego kontraktu. Nie wyobrażam sobie,



Fot. Image.Zoo/Corbis

NIGDY NIE BYŁO ZAMYŚLU ZASTĘPOWANIA

PIELĘGNIAREK RATOWNIKAMI.

KĄŻDY ZAWÓD MA SWOJE UWARUNKOWANIA,

SWOJE OGRANICZENIA I SWOJE PODSTAWY

żeby zakazać wykonywania świadczeń w mniejszych szpitalach. Kryterium stanowią spełnione wymogi, a nie czyjeś widzimisię. Natomiast osobną kwestią jest analizowanie efektów. Tutaj dochodzimy znowu do rejestrów. Doskonale funkcjonuje np. rejestr operacji kardiochirurgicznych. Rozważamy wprowadzenie kilku innych rejestrów.

Jakich?

Chociażby rejestru zabiegów ortopedycznych, w którym byłaby informacja o zabiegu, pacjencie i efekcie operacji. O tym, czy pacjent wrócił do zdrowia czy nie, czy był rehabilitowany czy nie. Najistotniejsza jest jakość świadczeń. W NFZ jest bardzo dużo danych, ale trzeba je odpowiednio usystematyzować i rozważnie przeanalizować. Należy dojść do takiego systemu, w którym w sytuacji, gdy widać jasno, że efekty wykonywanych procedur na danym oddziale są niezadowalające, np. jest dużo zakażeń, płatnik byłby zobowiązany do ograniczenia pieniędzy dla placówki czy nawet odebrania jej kontraktu.

A otrzymywałyby go ten szpital, który wykonuje swoją pracę bardzo dobrze, tak?

Ten, w którym jakość świadczeń jest na najwyższym poziomie. Natomiast nie podchodziłbym do tego w ten sposób, że mamy za mało pieniędzy, bo są one marnotrawione w powiecie. Powiaty wykonują bardzo dobrą pracę.

Czy brakuje panu codzienności szpitalnej? Bo przez cały czas ma pan duszę lekarza.

Mam. Ministrem i dyrektorem się bywa, a lekarzem się jest. I nie zmieniam podejścia. Jestem w stałym kontakcie z pracownikami szpitala, często do siebie dzwonimy, omawiamy, co się dzieje, jak toczą się sprawy, które ja zacząłem. Staram się być na bieżąco. Mam dużo pracy, a wiem, że szczyt aktywności dopiero przede mną, gdy zaczniemy pracę nad ustawami. Na razie są takie dni, że do późnego wieczora jest co robić, ale zdarzają się też dni nieco spokojniejsze. Jeszcze mam trzy dyżury w miesiącu, nie chciałbym całkowicie wypaść z praktyki. Na więcej nie znalazłbym czasu.

A pacjenci nie są zdziwieni?

W Staszowie nie jestem zbyt rozpoznawalny. Oczywiście są tacy, którzy wiedzą, że jestem wiceministrem, ale nie na takiej zasadzie, że ktoś od razu widzi mnie i nazywa ministrem. Zdaję sobie sprawę, że przyjdzie taki moment, że to się zmieni i może być uciążliwe. Nie chciałbym, żeby taka sytuacja była w szpitalu wykorzystywana np. do dyskusji na temat systemu. Bo to nie jest odpowiednie miejsce.

Rozmawiali Kamilla Gębska i Krystian Lurka