

Czy szpitale kliniczne przetrwają reformę Ewy Kopacz

# Pięta achillesowa reformy

Agnieszka Katrynicz



foto: images.com/Corbis

Nie ma wątpliwości, co jest najstabszym ogniwem pakietu reform proponowanych przez Ewę Kopacz. To szpitale kliniczne. Rząd chce, by jak wszystkie inne przekształciły się one w spółki prawa handlowego, a więc normalny podmiot rynkowy, który może zbankrutować. Te plaży są bardzo prawdopodobne. Rządzone dotychczas przez profesorskie lobby szpitale kliniczne są najbardziej zadłużone, a więc najmniej atrakcyjne dla inwestorów i najbardziej podatne na prowadzącą do bankructwa akcję windykacyjną zniecierpliwionych wierzycieli. Rząd zapomina, że w przeciwieństwie do innych szpitali publicznych nie wspiera ich bogaty wujek – relatywnie zamożny samorząd wojewódzki czy powiatowy, lecz uboga ciotka – uczelnia. – *Otwieramy szeroko oczy, nie wierzymy, że coś takiego może być w ustawach* – komentuje zapisy ustawy Ewa Małecka-Tendera, przewodnicząca Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Rektorzy na projektach Ministerstwa Zdrowia nie zostawiają suchej nitki. Najgorzej oceniają ustawę o działalności leczniczej, w której zapisano, że organy założycielskie albo przejmą wszystkie długi swoich lecznic, albo przekształcą te placówki w spółki (i tym samym wezmą odpowiedzialność za ich długi jako właściciel spółki). – *Współczuję wojewodom i starostom mającym taką alternatywę – mówi nam jeden z rektorów. – Ale rozumiem, że dla nich wybór jednej z opcji to kwestia kalkulacji zysków i strat. Rektorzy tego wyboru jednak nie mają. Uczelnie nie stać na to, by pokryć narastające przez lata zobowiązania – dodaje.*

### Kto pierwszy do odstrątu

W kraju działa 46 klinik, tylko 11 z nich jest w dobrej kondycji finansowej. Zadłużenie pozostałych wynosi ponad 10 mld zł. Z danych wynika, iż np. jedna z uczelni musiałaby przeznaczyć 103 proc. rocznych przychodów na pokrycie zobowiązań szpitali, które nadzoruje, a inne odpowiednio 72 proc. i 52 proc. przychodów. W najgorszej kondycji finansowej jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Na koniec 2009 r. jego zobowiązania sięgnęły 291 mln zł, w tym tzw. przeterminowane to aż 178 mln zł. Na drugim miejscu jest Centralny Szpital Kliniczny WUM w Warszawie z 178 mln zł długu, na trzecim – Szpital Uniwersytecki CM UJ w Krakowie (175 mln zł zadłużenia).

Do tej pory resortowi zdrowia nie udało się rozwiązać problemu utrzymującego się zadłużenia, mimo że były tworzone specjalne programy rządowe – m.in. w 2007 r. do kilkunastu najbardziej zadłużonych klinik trafiło kilkaset milionów złotych. Pomoc była bezzwrotna, ale mimo to nie przyniosła spodziewanego rezultatu, czyli ograniczenia powstawania nowego długu. Okazało się, że dodatkowe fundusze pozwoliły na rozwiązanie wyłącznie kilku doraźnych problemów. Część klinik groziła wtedy, że przestanie przyjmować pacjentów.

Jako główny powód długów dyrektorzy zgodnie podają zaniżone wyceny procedur przez NFZ. A przecież w klinikach leczy się osoby najciężej chore, wymagające stosowania najdroższych procedur.

– *Kliniki mają długi, bo otrzymują za mało pieniędzy na zadania, jakie wykonują. Nie tylko bowiem leczą, ale też prowadzą badania i uczą przyszłe kadry medyczne – tłumaczy Wojciech Bieńkiewicz, prezes Polskiej Unii Szpitali Klinicznych (od niedawna szef łódzkiego NFZ).*

### Nie widać końca

Jeśli przyjąć, że tak jest, to zmieniony w spółkę szpital kliniczny też będzie popadał w długi. Ministerstwo Zdrowia zdaje się nie widzieć tego problemu. – *Kondycja szpitali klinicznych jest podobna jak innych szpitali, to znaczy, że większość radzi sobie dobrze, a zmiana*

„ W Polsce działa 46 klinik, tylko 11 z nich jest w dobrej kondycji finansowej. Pozostałe mają ponad 10 mld zł długu ”

formy organizacyjnej może tylko pomóc sprawniejszemu – mówi wprost Jakub Szulc, wiceminister zdrowia.

– *Jestem daleki od stwierdzenia, że to prosta droga do likwidacji szpitali klinicznych, ale proponowane rozwiązania mogą zaszkodzić naszej działalności dydaktycznej.*



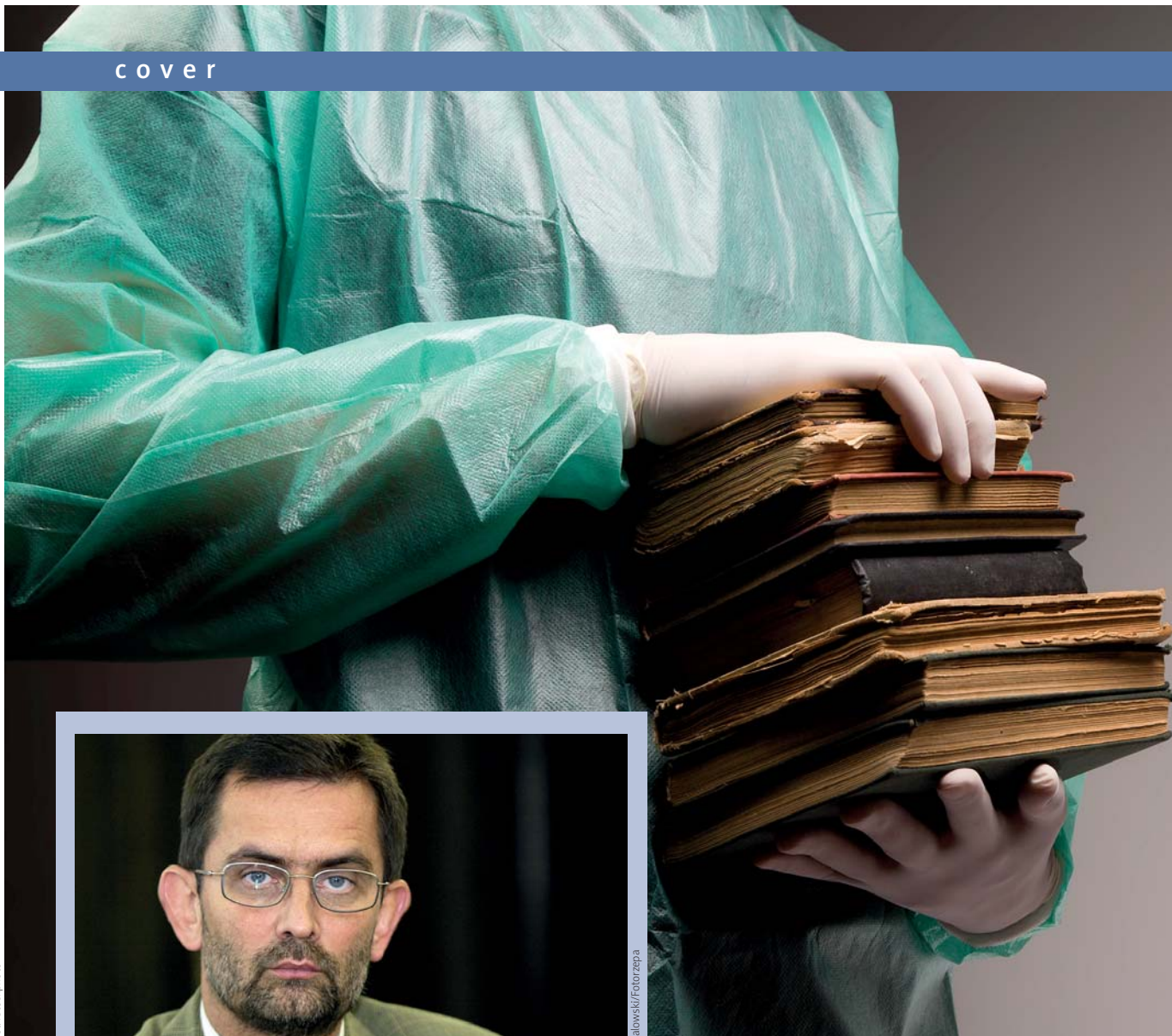
foto. Tomasz Kamiński/Agencja Gazeta

## prof. Leon Drobnik

kierownik Kliniki Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Sytuacja szpitali klinicznych, owszem, nie jest najlepsza, ale nie jest to efekt złego zarządzania czy marnotrawstwa, a po prostu złej wyceny świadczeń i tego, że NFZ nie płaci za nadwykonania. Zamiast zadbać o lepsze finansowanie tych placówek, choćby dlatego, że przecież wykonujemy najtrudniejsze i najbardziej skomplikowane procedury, robi się wszystko, by szpitale kliniczne doprowadzić do zamknięcia.

Jestem zwolennikiem porządkowania systemu, ale nie może się to odbywać kosztem chorych. Jeśli przekształcimy szpitale kliniczne w spółki, to zaczną obowiązywać myślenie handlowe: chory stanie się klientem, a najbardziej potrzebujący okażą się nieoptycalni i zaczniemy ich po prostu wyrzucać. I kto ich wtedy przyjmie? To tak jakby zamienić dom pełen miłości na dom, w którym za miłość się płaci. Jesteśmy właśnie w przedsiönku piekła i nie rozumiem, dlaczego tak bardzo chcemy do niego wejść.



## Maciej Piróg

dyrektor Centrum Zdrowia Dziecka

Nie wyobrażam sobie, by CZD stało się spółką, bo pełniemy inną funkcję. Rocznie wykonujemy 10 tys. unikalnych zabiegów z dziedziny transplantologii, kardiochirurgii czy neurochirurgii. Zadłużenie sięgające 145 mln zł to efekt nowego sposobu rozliczania się NFZ – tzw. jednorodnych grup pacjentów, w którym niektóre wysokospecjalistyczne procedury są bardzo niekorzystnie wycenione. A warto pamiętać, że koszty działania takiej placówki jak moja są wyższe niż innych szpitali. Niestety NFZ wycenia nasze świadczenia na tym samym poziomie jak w innych placówkach.

Boję się też, że jeśli powstaną spółki, to szpitale powiatowe działające w takiej formie przestaną leczyć poniżej kosztów i dzieci, których nie będzie się opłacało zatrzymać, trafią do mnie.

Na razie, mimo trudnej sytuacji finansowej, kupujemy nowoczesny sprzęt oraz remontujemy kolejne kliniki. Jest to możliwe m.in. dzięki dotacjom z Unii Europejskiej, Ministerstwa Zdrowia i organizacji pozarządowych.

*Poza tym nie rozumiem, dlaczego proponuje się nam rewolucję, którą nie wiadomo, czy przetrwamy, zamiast drobnych korekt – mówi Piotr Kuna, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, jednego z nielicznych w tym gronie, które przynoszą zyski. – Moim zdaniem, wystarczyłoby np., by NFZ dawał większe kontrakty dobrym szpitalom, gwarantującym najwyższą jakość leczenia. Gdyby to robił, kliniki obroniłyby się same.*

### Zagrożona misja

Rektorzy ostrzegają, że w momencie gdy szpital spółka ogłosi bankructwo i upadnie, nie będzie gdzie kształcić przyszłych lekarzy.

– *Ta ustawa jest realnym zagrożeniem dla funkcjonowania wszystkich uczelni medycznych. Zarówno w aspekcie naukowym, jak i dydaktycznym: grozi likwidacją uczelni – podkreśla Małecka-Tendera. – A przecież nie można uczyć studentów bez szpitali klinicznych, nie można kreować nauki klinicznej bez dostępu do pacjentów.*

Resort zdrowia jest odmiennego zdania. – *Spółka prowadząca szpital musi przestrzegać statutu. Jeśli wpisze się do niego działalność dydaktyczną, naukową, to dlaczego miałyby jej nie prowadzić?* – pyta minister Szulc.

„ Myślenie, że szpitale kliniczne będą tanie, jest iluzją. Medycyna innowacyjna, czyli taka, jaką prowadzą kliniki, jest najdroższa „



fot. Archiwum

## prof. Jacek Ruszkowski

dyrektor Centrum Zdrowia Publicznego Akademii Leona Koźmińskiego

Nie wypracowaliśmy gotowej recepty, co zrobić ze szpitalami klinicznymi. Co prawda pojawiały się pomysły, by wróciły one do Ministerstwa Zdrowia, ale szybko z tego zrezygnowano.

Dziś mamy taką sytuację: z jednej strony, jeśli szpitale powiatowe, miejskie, wojewódzkie itd. zostaną przekształcone w spółki, to nie można pozwolić, by te kliniczne pozostały oazą starego porządku. Z drugiej strony warto pamiętać, że wykonują one najdroższe świadczenia, a także zajmują się kształceniem, a kontraktowanie tego w ogóle nie uwzględnia. W USA szpitale kliniczne dostają od ubezpieczycieli dodatek w zależności od liczby rezydentów, który ma wyrównać ich szanse na rynku usług medycznych. U nas, mimo finansowania dydaktyki z budżetu Ministerstwa Zdrowia, ten mechanizm nie działa.

Inną sprawą jest to, że szpital jako spółka będzie mógł dorobić, sprzedawać swoje świadczenia na wolnym rynku. Wątpię jednak, czy to akurat szpitale kliniczne będą miały okazję z tego skorzystać, bo raczej nie znajdą się prywatni ubezpieczyciele oferujący najdroższe procedury, najbardziej skomplikowane zabiegi.

Trzeba wreszcie te rzeczy uporządkować. Same szpitale kliniczne tego nie rozwiążą, nawet jeśli zamienią się w spółki. Muszą dostać pomoc z zewnątrz.



fot. Tomasz Wawer/Agencja Gazeta

## prof. Wiesław W. Jędrzejczak

kierownik Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant krajowy ds. hematologii

Jeżeli celem przekształceń w spółki jest spowodowanie, by szpitale kliniczne się nie zadłużały, to najpierw trzeba postawić pytanie, dlaczego one popadają w długi. Nie jest to wina klinik, szpitala, rektora, ale błędów systemowych. Podam przykład: w latach 1999–2003 kliniki hematologiczne popadały w długi, bo nikt nie zauważył, że zgodnie z ustawą o publicznej służbie krwi musieliśmy zacząć płacić za preparaty krwi, a budżety pozostały na tym samym poziomie. Cztery lata walczyłem jako konsultant krajowy o refundację. A mówimy o niemałych pieniądzach – jeden koncentrat krwinek kosztuje tysiąc złotych, moja klinika zużywa takich preparatów około 2 tys. Kolejny przykład to refundacja leków cytostatycznych – jeśli choremu trzeba podać 50 ml preparatu, a sprzedawany jest w ampułkach po 100 ml, to NFZ refunduje tylko te 50 ml, za resztę musi zapłacić szpital. To te rzeczy trzeba najpierw wyprostować, bo spółka tych problemów nie rozwiąże. Nie mówiąc już o tym, że szpital jest do leczenia, a nie zarabiania pieniędzy.

– Tym bardziej, że dziś dotacje na dydaktykę w dużej części zasilają budżet uczelni, a nie działalność szpitala klinicznego.

Warto przypomnieć, że z pieniędzy z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego kliniki pokrywają koszty m.in. działalności naukowej. Natomiast dzięki dotacji z resortu zdrowia płacą za tzw. działalność dydaktyczną, czyli naukę przyszłych specjalistów. Ministerstwo Zdrowia dofinansowuje również inwestycje. Często jednak taka pomoc powoduje jeszcze większe zadłużenie, bo koszty utrzymania nowoczesnych i drogich aparatów spadają na szpital.

W 2009 r. resorty zdrowia i nauki przekazały uczelniom medycznym 1,65 mld zł. Z tego 203 mln zł trafiło do klinik na inwestycje: budowy, zakup sprzę-

# Dziesięć najbardziej zadłużonych szpitali klinicznych

Lp.	Nazwa	Zobowiązania ogółem na koniec 2009 r. (w tys. zł)	Zobowiązania wymagalne na koniec 2009 r. (w tys. zł)
1.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne GUMed w Gdańsku	290 869	177 917
2.	Centralny Szpital Kliniczny WUM w Warszawie	178 270*	40 309*
3.	Szpital Uniwersytecki CM UJ w Krakowie	175 749	58 309
4.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza CM UMK w Bydgoszczy	135 000	bd
5.	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie	122 191*	16 050*
6.	Szpital Kliniczny nr 1 Akademii Medycznej we Wrocławiu	110 000	bd
7.	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	70 000	bd
8.	Akademicki Szpital Kliniczny AM we Wrocławiu	50 000	bd
9.	Szpital Kliniczny nr 6 – Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach	35 868	5 914
10.	Szpital Kliniczny nr 7 – Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca w Katowicach	33 697	125

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych organów założycielskich i informacji z mediów  
bd – brak danych; \* stan na koniec czerwca 2008 r.



„ Między rektorem i dyrektorem szpitala klinicznego zachodzi wzajemna relacja, którą można opisać wierszykiem: złapał Kozak Tatarzyna, a Tatarzyn za łeb trzyma ”

tu itp. – *Te pieniądze to kropla w morzu potrzeb. Trzeba też pamiętać, że nie możemy korzystać z części unijnych funduszy, które są dostępne w ramach regionalnych programów unijnych – dodaje Wojciech Bieńkiewicz. Kliniki mogą jedynie ubiegać się o unijne dotacje przyznawane przez poszczególne ministerstwa.*

## Osobna ustawa

Z naszych informacji wynika, że pierwotnie szpitale kliniczne miały zostać wyjęte z systemu i specjalnie dla nich miała być stworzona osobna ustawa. Projekt ten nie ujrzał jednak światła dziennego. Dlaczego? Bo Ministerstwo Zdrowia nie chce tworzyć enklaw. – *Jeśli docelowo wszystkie szpitale mają być spółkami, to czemu nie te kliniczne? To mogłoby budzić wątpliwości co do równego traktowania podmiotów – tłumaczy nasz informator.*

Przekształcenie nie będzie obligatoryjne, jednak w praktyce stanie się obowiązkowe dla szpitali klinicznych, ponieważ uczelnie, których szpitale generują straty, będą miały, podobnie jak inne organy założycielskie, 3 miesiące na podjęcie decyzji o pokryciu ich strat z ubiegłego roku. Jeżeli tego nie zrobią, w ciągu 12 miesięcy szpital kliniczny i tak stanie się spółką. To natomiast wiąże się z częściowym przejściem przez ich organy założycielskie zobowiązań placówki. – *Dla takiego szpitala uniwersyteckiego jak mój, który jest optymalnie zarządzany i nie ma długów – mówi prof. Kuna. – Ale czy pomoże szpitalom, które dotychczas były źle zarządzane? Nie wiem – komentuje.*

## Towarzystwo wzajemnej adoracji

O dobre zarządzanie może być jednak trudno, bo wymaga to od wszystkich zainteresowanych umiejęt-

ności prowadzenia karkołomnych negocjacji i szukania we własnym akademickim sosie optymalnego zarządzania. Dyrektora kliniki wybiera rektor uczelni. Kto natomiast wybiera rektora? Profesorowie uczelni, którzy często łączą funkcje dydaktyczne z szefowaniem szpitalowi klinicznemu. Między rektorem i dyrektorem szpitala klinicznego zachodzi zatem wzajemna relacja, którą można opisać wierszykiem: „złapał Kozak Tatarzyna, a Tatarzyn za łeb trzyma”.

Taka sytuacja nie sprzyja narzucaniu polityki dyscyplinowania finansów, lecz wymusza stosowanie zasad negocjacji, ustępstw, kupowania poparcia i szukania kompromisów personalnych. Często dziwacznych, bo to właśnie dzięki nim specjalnie dla krewnych akademickich decydentów tworzy się kliniki. Dlatego przy niektórych akademiach działają np. trzy kliniki laryngologiczne lub ginekologiczne. – *Tymi szpitalami rządzą koterie i kliki i to się musi skończyć* – mówi nam nieoficjalnie wysoki funkcjonariusz Ministerstwa Zdrowia.

### Lobbing

W Polsce pomimo finansowych niedostatków i – prawda – długów udało się wysiłkiem osobistym wielu ludzi, także – a może przede wszystkim – lekarzy akademickich, utrzymać poziom świadczeń (w sensie dostępności nowoczesnych procedur – praktycznie o pół kroku za bardzo dobrymi ośrodkami europejskimi). I myśląc tylko o finansach szpitala, możemy czasem stracić więcej, niż zyskamy. Będziemy mieli medycynę oddłużoną, ale siermiężną.

Trzeba też pamiętać, że myślenie, iż te szpitale będą tanie, jest iluzją – medycyna drożeje, a medycyna innowacyjna, czyli taka, jaką prowadzą kliniki, jest najdroższa. Dlatego przeciwko przekształceniu klinik w spółki protestują nie tylko rektorzy i środowisko lekarskie, ale także związki zawodowe. Urszula Michalska, przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, uważa, że utrzymanie placówek działających jako SPZOZ jest niezbędne, bo część szpitali musi mieć charakter publiczny. Jej zdaniem, w takiej formie powinny nadal działać kliniki czy centra krwiodawstwa. – *Będziemy przekonywać posłów do zgłaszania poprawek, które wyłączą je z przekształceń* – zapewnia Michalska.

Będzie trudno. Wygląda na to, że rząd jest zderzony do narzucenia swoich rozwiązań wszelkimi środkami. Cezary Rzemek, wiceminister zdrowia przysłuchujący się obradom niedawnej Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, słuchając krytyki pod adresem resortu, nie krył zniecierpliwienia. Przypomniał, że w 1998 r. wszystkie szpitale, w tym kliniczne, były oddłużone. A po 12 latach problem powrócił, głównie za sprawą szpitali klinicznych. – *Co takiego się stało? Być może po prostu ten system, który w tej chwili istnieje, jest niedobry*

„ Myśląc tylko o finansach szpitala, możemy czasem stracić więcej, niż zyskamy. Będziemy mieli medycynę oddłużoną, ale siermiężną ”



### prof. Andrzej Steciwko

kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Warto pamiętać, że szpital kliniczny to 50–70 klinik, z których zaledwie kilka może być opłacalnych. Reszta nie jest w stanie przynosić zysków, ponieważ przyjmuje najtrudniejsze, najcięższe przypadki. Poza tym szpital kliniczny to także dydaktyka, a przecież jednym z założeń minister Kopacz jest wprowadzenie większej ilości zajęć praktycznych już na studiach. To oznacza, że szpitale poniosą większe koszty – czy zostaną one zrekompensowane? Jeśli szpitale kliniczne nie będą dostawały większych pieniędzy na najdroższe procedury i więcej za prowadzenie kształcenia dla studentów, to nadal będą się zadłużać. Bez względu na to, w jakiej formule będą działać. Przekształcenie w spółki niesie ze sobą jeszcze jedno zagrożenie – kto naprawdę będzie podejmował decyzje w szpitalu? Moim zdaniem w ten sposób zostanie ograniczona władza rektora. Wśród wielu pytań jest także i to, czy spółka będzie dbała o doksztalcenie kadry i pozwoli nam jeździć na zjazdy, kongresy międzynarodowe. Jeśli odpowiedź brzmić będzie „nie”, zahamowany zostanie postęp polskiej medycyny.

*i trzeba go zmienić* – mówił Rzemek. – *I ta ustawa go zmieni* – dodał.

Trudno odmówić mu racji. Zmiany są potrzebne, tylko czy pacjent przeżyje proponowaną kurację? ■