



W 43 polskich szpitalach klinicznych jak w soczewce skupity się narodowe wady. Samowola, wielowładztwo, antyliberalizm, autarchia. Co najgorsze – nie ma szans na zmianę obecnej sytuacji, bo za utrzymaniem postsowieckiego *status quo* opowiada się zwarty szereg profesorów, rektorów akademii i decydentów, którzy wzięli w pacht ponad 6 proc. polskich szpitali.

W szpitalach klinicznych władzę sprawuje, przez swoich przedstawicieli, minister zdrowia oraz rektorzy akademii medycznych. Teoretycznie. Praktycznie rządzą ordynatorzy, którzy jako samodzielni pracownicy naukowcy komenderują z wyżyn swojego autorytetu i układów. Nie licząc się z budżetami placówek, są w części odpowiedzialni za ich zobowiązania finansowe, które dziś wynoszą blisko 700 mln zł.

Dezynwolturą wykazują się też inni rzecznicy utrzymania szpitali klinicznych – dyrektorzy szpitali oraz członkowie władz akademii medycznych. Znane są sytuacje, że dla krewnych akademickich decydentów specjalnie tworzy się kliniki. W ten sposób można w Polsce spotkać akademie, przy których działają np. trzy kliniki laryngologiczne czy położnicze.

Potrzeba zmian jest paląca, bowiem obecna, wielowymiarowa podległość sprzyja wynaturzeniu, które przekłada się na niemożność sprawowania jakiegokolwiek kontroli nad wydatkami szpitala. W efekcie szpitale kliniczne stają się kolejnym ogniwem zadłużenia polskiej służby zdrowia.

## Absolutyzm kliniczny

Michał Studniarski

W kasach chorych nazywano je dinozaurami. Ogromne, nie do końca zrestrukturyzowane, zawsze pewne swojej wyższości nad innymi, ośrodki wysoko specjalistyczne. Najwyższa liczba wysoko wykwalifikowanej, utytułowanej kadry, trzeci poziom referencji, same najtrudniejsze przypadki, wyrafinowane metody lecznicze (czy skuteczniejsze od innych?). W ofertach zawsze proponowali najwyższe ceny swoich usług...

Szpitale kliniczne. Tylko 43 – na tle 700 publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. W rzeczywistości nigdy nie stanowiły monolitu, ale raczej luźne konfederacje królestw zwanych klinikami...

### Monarchia absolutna

Myślenie ekonomiczne było w nich zdecydowanie obce. Monarchia absolutna – i jak to w takich przypadkach zwykle bywa – stan królestwa zależny przede wszystkim od indywidualności i pozycji władcy – ordynatora. Były więc i są lepsze i gorsze kliniki, a co za tym idzie, bardziej i mniej zadłużone szpitale kliniczne.

Mimo wszystko wysoko wykwalifikowana kadra, sprzęt i nowoczesne metody leczenia przy-

ciągają. Dlatego szpitale kliniczne nigdy nie narzekały na brak pacjentów. Cokolwiek byśmy nie robili – jest ich ciągle wielu, zbyt wielu. To też stwarza kłopoty – ani kasy chorych, ani NFZ nie zdołały bowiem w praktyce wprowadzić zasady *pieniądz za pacjentem*. Zawsze za którymś pacjentem pieniądze urywają się i potem są już tylko koszty – niepokrywane przychodami, niekończące się sprawy sądowe o świadczenia ponadlimitowe.

Oto więc mamy organizację, która powinna – dla własnego bezpieczeństwa ekonomicznego – raczej odpychać swoich klientów niż ich przyciągać, gdzie brak procesu rekrutacji, ponieważ kluczowi pracownicy wykonujący najistotniejsze zadania, z punktu widzenia jej misji, są przyjmowa-

” Szpitale kliniczne to monarchia a stan królestwa  
zależy od pozycji władcy – ordynatora ”

zrozumieć obecną sytuację szpitali klinicznych w Polsce. Po wprowadzeniu przełomowej ustawy *O zakładach opieki zdrowotnej* szpitale kliniczne jako publiczne zakłady opieki zdrowotnej poddane zostały ministrowi zdrowia.

Uczelnie zostały tym samym pozbawione większości wpływów na szpitale.

W 1998 r. znowelizowano ustawę, która przewidywała funkcjonowanie szpitala klinicznego jako jednostki organizacyjnej uczelni medycznej, tworzonej, przekształcanej i likwidowanej przez senat tej uczelni. Było to rozwiązanie krańcowo różne od poprzedniego. Tego jednak nie chciały same uczelnie – przejmowanie zadłużonych wówczas szpitali wraz z odpowiedzialnością za ich zobowiązania, przekraczające niekiedy budżety akademii czy uniwersytetów medycznych – było nie do udźwignięcia. Zapis ten pozostał więc martwy, a szpitale nadal były – już jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – pod kuratelą ministra zdrowia.

Środowisko akademickie nie zrezygnowało jednak z walki o wpływy. Plan rektorów wydawał się prosty – oddłużyć i przejść. I udało się. W 2001 r. kolejna nowelizacja określiła, że państwowa uczelnia medyczna ma być organem założycielskim szpitala klinicznego. Było to już po tym, jak w pozycji dłuży pojawiło się zero.

Od tego momentu uczelnia stała się organem założycielskim szpitala – majątek szpitala stał się jej majątkiem, a szpitalowi zostało postawione zadanie realizowania działalności dydaktycznej i naukowo-badawczej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Miało to – w oczach reformatorów – implikować wspólnotę interesów uczelni i szpitala.

Jest to jednak karkołomne zadanie w sytuacji, gdy głównym płatnikiem szpitala pozostały kasy chorych, a następnie Narodowy Fundusz, który nigdy nie określił, na czym w praktyce miałyby polegać referencyjność szpitali (wszystkie szpitale kliniczne zostały umieszczone w grupie szpitali tzw. trzeciego stopnia referencji).

Płatnik systemu nigdy nie miał pomysłu na umiejscowienie szpitala klinicznego w kontraktach. Pojawiały się pojedyncze, szczegółowe rozwiązania, takie jak porady konsultacyjne (tylko dla konsultantów wojewódzkich, bez kosztów badań diagnostycznych, płatne po ok. 100 zł) lub referencyjność poradni (sytuacja, w której poradnia szpitala klinicznego stanowiłaby jednostkę wyłącznie konsultacyjną dla innych poradni tej samej specjalności) – projekt zdecydowanie oprotestowany przez same szpitale.

ni i zwalniani w innej instytucji – nieponoszącej ani prawnej, ani finansowej odpowiedzialności za jej działalność.

Do tego jeszcze dochodzi prawdziwy zakłętą krąg zarządzania. – Dyrektor jest zwierzchnikiem ordynatorów, którymi zostają automatycznie kierownicy klinik. Ci z kolei wybierają rektora, który ma moc powoływania i odwoływania dyrektora szpitala. W takiej sytuacji zarządzanie należy przyrównać raczej do trudnej sztuki dyplomacji.

### Oddłużyć i przejść

Wszystko zaczęło się w 1992 r. – a przynajmniej tak daleko trzeba sięgnąć, aby spróbować

Pewnym pójściem w kierunku różnicowania kontraktów i docenienia specyfiki działalności szpitali specjalistycznych, a więc i klinicznych, jest system rozliczeń wg procedur – te bardziej skomplikowane procedury bowiem są znacznie lepiej płatne. Cóż, kiedy pozostaje ciągle kwestia limitów, niepozwalająca szpitalom działać na poziomie swoich możliwości kadrowych czy też wynikających ze sprzętu i bazy łóżkowej. To ograniczenie działalności ma charakter prawie wyłącznie finansowy. Jest całkowicie sprzeczne z potrzebami epidemiologicznymi i wyborami pacjentów. Jednak nie ma w dzisiejszej Europie systemu opieki zdrowotnej bez mechanizmów ograniczających. Pozostaje oczywiście otwarta kwestia, jak długo można opłacać niewykorzystaną bazę i w imię czego? Tutaj wracamy do zadań szpitala klinicznego i jego trojkiej funkcji. Co więcej, pamiętajmy o rozłożeniu akcentów: zadaniem szpitala klinicznego jest realizowanie działalności dydaktycznej i naukowo-badawczej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

### Nielogiczna ekonomia

Opłacanie działalności dydaktycznej w szpitalu klinicznym praktycznie nie istnieje – choć taką szpital prowadzi, np. szkoląc lekarzy czy rezydentów, pielęgniarki, farmaceutów i diagnostyków laboratoryjnych, a także wtedy, gdy zatrudnieni na tzw. szpitalnych etatach lekarze są wysyłani przez swoich szpitalnych, lecz akademickich szefów na zajęcia ze studentami. Szpital również oświetla, ogrzewa i sprząta sale dydaktyczne, które tak jak cała infrastruktura są przedmiotem użyczenia przez uczelnię. Finansowanie działalności naukowej oczywiście ma miejsce, ale wszelkie decyzje – również te związane z zakupem aparatury – są podejmowane poza szpitalem i w oderwaniu od jego potrzeb i możliwości ekonomicznych. Dlatego nierzadko w jednej jednostce można spotkać kilka pracowni diagnostycznych posługujących się tym samym sprzętem – ponieważ każda jest przypisana innej klinice. Sytuacja całkowicie nielogiczna z punktu widzenia ekonomicznego. O zakupie tego sprzętu dyrektor zawiadamiany jest najczęściej już po fakcie – a poza tym dumą każdego

profesora jest posiadanie nowoczesnej aparatury diagnostycznej. Przecież to z jego grantu.

Decyzje o zakupie sprzętu czy rozpoczęciu inwestycji podejmowane są niekiedy w całkowitym oderwaniu od analiz dotyczących możliwości i opłacalności ich późniejszego wykorzystania.

Osobnym problemem są badania kliniczne, których prowadzenie owiane było i niekiedy jest do dzisiaj – niezupełnie lekarską – tajemnicą. Profity wpływają do kieszeni badacza, a koszty dodatkowych badań diagnostycznych ponosi szpital.

### Niepotrzebni dyrektorzy

Dyrektorzy szpitali klinicznych nigdy – w całym tym łańcuchu – nie mieli naprawdę silnej pozycji. Kim właściwie powinien być dyrektor szpitala klinicznego – naukowcem, lekarzem czy menedżerem?

W 1998 r. powstało Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych w Polsce. Wydawało ono wielokrotnie oświadczenia apelujące do architektów systemu o respektowanie nadzwyczajnego statusu szpitali klinicznych. Swój istym papierkiem lakmusowym pozycji i wpływu dyrektora jest zainteresowanie sponsorów. Ci jednak zawsze chętniej wybierają kontakty z ordynatorami...

Można to zobaczyć także w Funduszu – w trakcie negocjacji zawsze dyrektorzy szpitali klinicznych otoczeni są wianuszkami profesorów. Podobno ma to na celu edukację ekonomiczną tychże. Czy na pewno?


Także w codziennym życiu bywa, że decyzje dotyczące np. środków trwałych, aparatury medycznej są podejmowane przez profesora bez uzgodnienia, a niekiedy nawet powiadomienia osób odpowiedzialnych.

### Ordynatorzy i lekarze

Kierownicy klinik w szpitalach uniwersyteckich mają podwójne etaty, ale i podwójną odpowiedzialność. Przed rektorem odpowiedzialni są za kształcenie i badania, przed dyrektorem szpitala za leczenie oraz sprawy organizacyjne i finansowe, związane z działalnością kliniki. Ich zastępcy i pozostali pracownicy akademii mają zakontraktowane tylko po kilka godzin usług medycznych.

Taka była idea. W praktyce najczęściej jest tak, że ten, kto ma odpowiadać





„ Środowisko akademickie nie zrezygnowało z walki o wpływ. Plan rektorów uczelni wydawał się prosty – oddłużyć i przejąć „

przed dwoma zwierzchnikami – przestaje odpowiadać w ogóle. Pamiętajmy, że znajdujemy się w zaklętym kręgu zarządzania. To profesoria wybierają – pośrednio lub bezpośrednio – swoich zwierzchników. Funkcje ordynatorskie są natomiast niemal dożywotnie.

Na dodatek układ podwójnego zatrudnienia lekarzy wytrąca argumenty, których może używać każdy inny dyrektor wobec swego pracownika. W szpitalu klinicznym w odpowiedzi usłyszysz zawsze: – *Przecież ja tu jestem tylko na kilka godzin... Powinno mnie tu już nie być. Czy pan wie, ile mi ten szpital płaci?*

Osobnym problemem jest kwestia świadomości ekonomicznej. Problem zadłużenia podnoszony od wielu lat jest niezrozumiany i bagatelizowany w środowisku lekarskim. Ordynatorzy najczęściej nie przyjmują do wiadomości, że swoboda działalności naukowej i wolne lekarskie decyzje co do wyboru metod terapeutycznych nie mogą być przenoszone na szpitalną codzienność i czasami musimy pogodzić się z tym, że istnieją sposoby leczenia, na które nas nie stać. Tej oczywistej prawdy zresztą nikt w Polsce nie chce od kilkunastu lat ujawnić. Czy należy więc dziwić się ordynatorowi, który miałby to powiedzieć choremu?

### **Przezroczyci rektorzy**

Wybrany głosami ordynatorów rektor ma trudne zadanie. Musi utrzymać tzw. bazę kliniczną i jako szef akademii medycznej jest odpowiedzialny za nadzór nad szpitalami klinicznymi. Każda uczelnia ma ich zwykle kilka – w różnej sytuacji ekonomicznej. Rektor najczęściej jest pracownikiem jednego z nich. – I ten związek jest niekiedy silniejszy od związku z całością uczelni – kadencja trwa przecież tylko kilka lat.

Warto w tym miejscu zapytać:

Czy rzeczywiście interesy szpitala są spójne z interesami uczelni?

Co uczelnia daje, a co powinna dawać szpitalom?

Czy powstałe w szpitalach działy nadzoru nie powinny spełniać bardziej twórczej roli?

Do tej pory bowiem spełniają głównie rolę dodatkowego organu kontrolującego.

Jak powinna wyglądać rola uczelni w tworzeniu i weryfikowaniu standardów leczenia – jednak nie tych z amerykańskich czasopism naukowych, ale ekonomicznie uzasadnionych w naszych warunkach?

Czy doczekamy się jasnych i wspólnie uzgadnianych zasad zatrudniania oraz rzetelnych rozliczeń wynagrodzeń za pracę rzeczywiście wykonaną na rzecz szpitala czy uczelni? Jak długo jedynym argumentem będą trudności w oddzieleniu działalności naukowej i dydaktycznej od udzielania świadczeń zdrowotnych?

Pytania można mnożyć. Odpowiedzi wymagają odwagi. Odwagi reformowania i zmieniania tego, do czego już bardzo wielu przywykło i dla niektórych jest bardzo wygodne. Zmiana w kierunku przezroczystości jest zawsze trudna, może być karkołomna.

### **Fortuna szpitalna**

Jeśli fortuna kołem się toczy, to dla szpitali powinny wreszcie nadejść lata tłuste. Trzeba jednak pamiętać, że koło to próbuje się toczyć na grząskim i niestabilizowanym gruncie polskiego systemu opieki zdrowotnej. ■