

Za pięć dwunasta



Rozmowa z prof. Tomaszem Opalą,
dyrektorem Ginekologiczno-Położniczego
Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

foto: Jakub Ostrowski/Fotorepa 2x

Założenia reformy w 1998 r. przewidywały, że 80 proc. przychodów szpitali klinicznych będzie pochodzić ze świadczeń zdrowotnych, a 20 proc. otrzymają z budżetu państwa za pośrednictwem uczelni na działalność dydaktyczną. Jak to się sprawdza w praktyce?

Niestety, nie jest najlepiej. Fundusze na dydaktykę są znacznie mniejsze niż zakładano – to niecałe 2 proc. naszych przychodów. Uczelnia otrzymuje pieniądze na poszczególne kierunki studiów wg określonego algorytmu, niezapewniającego odpowiedniego poziomu finansowania, a katalog życzeń, oczekiwań i wymogów prawnych wobec szpitali klinicznych jest bardzo obszerny. Nie miałbym nic przeciwko temu, gdyby za tymi wymaganiami szły pieniądze, ale tak nie jest. Wiele procedur, które z punktu widzenia ekonomicznego są nieopłacalne, musimy wykonywać zarówno ze względu na charakter szpitali klinicznych realizujących świadczenia zdrowotne najwyższego, III poziomu referencyjnego, jak i ze względu na potrzeby kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego. Rozwiązujemy tym samym najtrudniejsze problemy zdrowotne mieszkańców miasta i regionu. Sytuacja taka może w bliskiej przyszłości doprowadzić placówki kliniczne do bankructwa, a w najlepszym przypadku – do systematycznego ich zadłużania.

Co konkretnie musicie wykonywać po cenie znacznie odbiegającej od realnych kosztów?

Podam przykład cesarskich cięć. W czerwcu 2008 r. wszedł w życie nowy sposób rozliczania świadczeń zdrowotnych z NFZ, bazujący na systemie jednorodnych grup pacjentów. W zakresie położnictwa nie do przyjęcia jest umieszczanie w jednej grupie rozliczeniowej N01 porodów fizjologicznych, zabiegowych oraz cięć cesarskich za jedną cenę, niepokrywającą nawet realnych kosztów porodu fizjologicznego. Była na temat cała dyskusja. Ze strony NFZ padały argumenty, że zdarzają się sytuacje, w których cięcia cesarskie wykonywane są niekoniecznie ze wskazań medycznych i za te zabiegi NFZ płacić nie zamierza. Nie chcę się wdawać w dyskusję na temat oceny cesarskich cięć w skali ogólnopolskiej. W przypadku mojego szpitala takie stawianie sprawy przez płatnika jest wybitnie krzywdzące, dyskryminujące. Do naszej placówki kierowane są bowiem z całego regionu przypadki ciężych patologicznych. Dla tych pacjentek cesarskie cięcie jest twardym wskazaniem medycznym, ratującym życie dziecka lub matki. Nie możemy odmówić przyjęcia tych kobiet, nie możemy odmówić im cesarskiego cięcia – z góry wiedząc, że nikt nam nie zwróci kosztów. Czujemy się wmanewrowani – to jakby ktoś wymuszał na nas pracę za półdarmo. To nie fair. Zresztą podobnych absurdów jest więcej. Nie twierdzę, że jest to skutek czyjejś złej woli, ale praktyka układa się tak, że szpitale kliniczne są dyskryminowa-

„ W mojej klinice przychodzi na świat 6,5 tys. dzieci, czyli 2 proc. populacji, co oznacza, że co pięćdziesiąty mały Polak rodzi się w Poznaniu przy ulicy Polnej ”

ne. Także pod względem współpracy finansowej z władzami samorządowymi.

Na czym ta dyskryminacja finansowa polega? Samorządy nie chcą płacić szpitalom klinicznym, bo wolą kierować pieniądze do szpitali, za które są bezpośrednio odpowiedzialne?

Jednostki samorządu terytorialnego są odpowiedzialne za zapewnienie adekwatnej do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa danego regionu dostępności do opieki medycznej. Istotne ogniwo w procesie realizacji tychże potrzeb stanowią szpitale kliniczne, świadczące usługi medyczne mieszkańcom miasta, województwa, a także pacjentom spoza regionu. W placówce, którą kieruję, przeszło połowa rodzących to mieszkanki Poznania. Żyjemy w czasach, kiedy zaczyna rodzić pokolenie wyżu demograficznego. Ciągły wzrost liczby porodów w naszym regionie powoduje, że coraz częściej zdarzają się sytuacje, że wszystkie stanowiska porodowe w poznańskich szpitalach mających oddziały o profilu położniczym są w pełni obłożone. Wraz z samorządem Poznania oraz samorządami z okolic rozpoczęliśmy działania zmierzające do zwiększenia liczby miejsc porodowych. Samorząd docenia, że nasz szpital działa na rzecz regionu, że zapewnia wysoki poziom świadczeń medycznych, trudny do osiągnięcia w innych szpitalach, i jednocześnie tłumaczy, że nie ma możliwości prawnej, by z budżetu samorządu pokrywać koszty inwestycji czy programów zdrowotnych w szpitalach klinicznych. Okazuje się, że samorządy w sposób dość swobodny mogą przekazywać dotacje szpitalom bezpośrednio im podlegającym, ale klinicznym – nie. Po prostu, ktoś stanowiąc prawo nie przewidział sytuacji, że współpraca samorządów ze szpitalami klinicznymi może się okazać potrzebna i przydatna. I mamy kłopot – bo inne szpitale nie kwapią się do rozbudowy oddziałów położniczych oraz neonatologicznych, ponieważ nie są one dochodowe.

Gdyby wziąć pod uwagę twarde rachunek ekonomiczny, to kto komu dopłaca? Czy uczelnia szpitalowi klinicznemu – bo jednak wpłaca konkretne pieniądze na jego funkcjonowanie, płaci za etaty pracowników? Czy na odwrót – wysiłek szpitala klinicznego wkładany w zapewnienie praktyki i edukacji studentom jest tak duży, że dotacje z uczelni nie wystarczają na jego opłacenie w całości?



Moim zdaniem, to drugie, i to zdecydowanie. Dydaktyka obciąża nas w olbrzymim stopniu. W szpitalu klinicznym realizowane są zajęcia praktyczne dla studentów wszystkich kierunków medycznych: lekarzy, pielęgniarek, położnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, a także szkolenia podyplomowe kadr medycznych. Działalność dydaktyczna w istotny sposób zmienia organizację pracy w szpitalu, przebieg operacji i zabiegów. Gdy nasz lekarz podczas operacji szkoli studenta lub młodego lekarza z innego szpitala, musi zwolnić, poświęcić czas na tłumaczenie. Podobnie, gdy kształcicielka jest pielęgniarka – nasz personel musi poświęcić jej czas, wytłumaczyć, pokazać, upewnić się, czy szkolona dobrze rozumiała i czy dobrze wykonuje czynności, których się nauczyła. To olbrzymi wysiłek i koszt.

Próbował pan go kiedyś oszacować?

Próby szacunków już były. Gdybyśmy trzymali się założonych w reformie 20 proc., byłoby w porządku. Zresztą szpitale niekliniczne, w których uczelnie wynajmują usługi dydaktyczne, potrafią wynegocjować lepsze stawki. Nam się nie udaje, ponieważ my usługi dydaktyczne wykonywać musimy z założenia, nie możemy odmówić.

Kliniki muszą więc świadczyć część usług za darmo, nie mogą otrzymywać dotacji od samorządu, są upośledzone, gdy chodzi o rozliczenia za kształcenie lekarzy i pielęgniarek. Za co ta kara? Czy ktoś świadomie chce doprowadzić je do bankructwa, wykluczyć z gry?

Moim zdaniem, nie. Przypisałbym to raczej niedopatrzeniu, temu, że ustawodawca czegoś nie przewidział. Przypadki te wymagają szybkich korekt. Jest jeszcze jeden powód takiego podejścia do szpitali klinicznych. Paradoksalnie – szkodzi im bardzo dobra renoma. Mamy ewidentne sukcesy medyczne, koordynujemy wiele programów badawczych i profilaktycznych.

W mojej klinice przychodzi na świat 6,5 tys. dzieci, czyli 2 proc. populacji. Co pięćdziesiąty Polak rodzi się więc właśnie w Poznaniu, przy ulicy Polnej. Inne szpitale kliniczne też mają osiągnięcia w swoich dziedzinach. Mają tak mocną pozycję, tak dobre referencje – że z pozoru wyglądają na niezatapialne okręty, instytucje, które zniosą wszystko, dostosują się do każdej sytuacji. A skoro tak, rodzi się pokusa poszerzenia katalogu obowiązków, które muszą wykonywać poniżej poziomu opłacalności. Ten proces nie może trwać jednak w nieskończoność, nawet najtrwalsze instytucje nie wytrzymają takiego traktowania. Ktoś musi powiedzieć *basta*, cofnąć najbardziej bzdurne zarządzenia. Zwłaszcza że tworzone przez państwo przepisy prawne skutecznie utrudniają szpitalom klinicznym zarabianie na tym, że wypracowały sobie dobrą renomę. Mamy do czynienia z olbrzymim naporem pacjentów, co, niestety, nie idzie w parze z korzyściami ekonomicznymi. Rozwiązaniem byłoby zwiększenie finansowania działalności medycznej i dydaktyczno-naukowej poprzez wprowadzenie kilku źródeł finansowania (oprócz NFZ) – z budżetu państwa, umożliwienie współfinansowania inwestycji przez jednostki samorządu terytorialnego, a także komercjalizacja (przynajmniej części) działalności medycznej. Publiczne i niepubliczne podmioty opieki zdrowotnej powinny mieć równe prawo wolnej sprzedaży świadczeń, wykorzystując tzw. wolne moce przerobowe.

Chciał pan, by pacjentki miały możliwość wyboru lekarza odbierającego poród. Za odpowiednią kwotę miałyby pewność, że zrobi to lekarz, który prowadził je w czasie ciąży. Co się stało z tym projektem?

Utknął w Ministerstwie Zdrowia. Podobnie, jak wiele projektów, które pozwoliłyby najlepszym lekarzom i szpitalom dorobić do NFZ-owskiej mizerni. Niedawno w resorcie zdrowia pojawił się projekt zmian pozwalających na oficjalne pobieranie przez szpital opłat za dodatkową opiekę pielęgniarską świadczoną przez pielęgniarki czy położne. W najbliższym czasie prześlemy po raz kolejny do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o zaopiniowanie nasz projekt dotyczący możliwości odbierania porodów przez wybranego zgodnie z wolą pacjentki lekarza.

Podsumowując, odnoszę wrażenie, że decydentom brakuje pomysłu na funkcjonowanie szpitali klinicznych w Polsce. I tak siłą inercji, z jednej strony, ciągle nakłada się im niepasujący do liberalizującego się rynku gorset ograniczeń; a z drugiej, wydłuża listę obowiązków, które wykonywać musimy za darmo lub półdarmo. Jeszcze kilka lub kilkanaście miesięcy takiej polityki i pierwsze szpitale kliniczne zaczną tonąć. Pora ją zmienić teraz, czyli za pięć dwunasta, a nie wtedy, gdy zmiany wymuszą pierwsze tarapaty finansowe.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski