

Prywatne oddziały w państwowych szpitalach



Szpital jak salami

Jacek Szczęsny

W polskim szpitalnictwie dokonuje się po cichu *pełzająca prywatyzacja* (pisaliśmy o tym w *Menedżerze Zdrowia* nr 4/2005). Wielu dyrektorów, ograniczonych obowiązującym ustawodawstwem, szuka w prawie luk, pozwalających im na realizację własnych pomysłów, mających poprawić sytuację ekonomiczną jednostek. Najpierw tworzono szpitalne fundacje, dzięki czemu oddziały pozyskiwały dodatkowe fundusze, których nie udałoby się zdobyć dla całego szpitala. Potem pojawił się outsourcing, czyli wydzierżawianie wybranych usług prywatnym firmom. Obecnie coraz bardziej upowszechnia się zakładanie na oddziałach prywatnych nzoz-ów.

Czy tak powinno być? Czy w lecznictwie zamkniętym powinniśmy się zdecydować na *model salami* (jak nazywa go wiceminister Jarosław Pinkas), zakładający maksymalną prywatyzację placówek i pozostawienie jedynie publicznego zarządu? Czy przeciwnie – finansować z publicznych pieniędzy, niewielką siłą rzeczy, sieć szpitali, a pozostałe po prostu sprywatyzować?

Transformacyjna jawność

Na początku lat 90. niemal przy połowie placówek powstały tzw. fundacje przyszpitalne. Przejmowały część pacjentów, którzy dzięki wpła-

skiej działała wbrew prawu (nie miała statusu niepublicznego zoz-u) i za pośrednictwem państwowej placówki pobierała pieniądze z kas chorych, przekazując jej zaledwie 5 proc. swoich obrotów (w latach 2000–2001 było to jedynie 150 tys. zł). Podobnie było w Wojewódzkim Centrum Stomatologii. Inspektorzy NIK ustalili, że lekarze wystawiali rachunki za zabiegi, chociaż pacjenci płacili za nie własnej kieszeni Fundacji Promocji Inicjatyw Stomatologicznych, która zgromadziła w ten sposób ponad 5 mln zł. Szpital otrzymał znikomy odsetek tej kwoty. Sami lekarze zarabiali podwójnie – w fundacji i szpitalu.

» Ekspert Fundacji im. Stefana Batorego określił działanie fundacji przyszpitalnych jako korupcję w białych rękawiczkach »

tom na ich rzecz mieli świadczone poza kolejnością określone usługi. Działając na podstawie umów cywilnoprawnych z macierzystymi jednostkami, fundacje te przejmowały jednak nie tylko pacjentów, ale także większość zysków. W opinii wielu specjalistów była to próba uwłaszczenia się lekarzy na majątku szpitalnym. Problemem z fundacjami 4 lata temu zajęli się urzędnicy z Ministerstwa Zdrowia. Ówczesny szef resortu, Mariusz Łapiński, skierował do Sejmu nowelizację ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Miała ona zakazać fundacjom i firmom pogrzebowym działalności w szpitalach. Ustawa do tej pory nie weszła w życie. W 2004 r. Marek Balicki, ówczesny senator, zgłosił do niej poprawkę. Chciał, by w szpitalach mogli przyjmować stomatolodzy. Ta z pozoru niewinna zmiana spowodowała, że prezydent Aleksander Kwaśniewski zaskarżył projekt do Trybunału Konstytucyjnego (powołał się na nierówne traktowanie podmiotów gospodarczych). W efekcie nowelizacja czeka na rozpatrzenie do dziś. Mimo to fundacje tracą rację bytu. W Warszawie z 11 działających jeszcze kilka lat temu zostały tylko dwie (*Proclinica* w Szpitalu Grochowskim i fundacja w Szpitalu św. Zofii).

Walcząca m.in. z korupcją w służbie zdrowia Fundacja im. Stefana Batorego już kilka lat temu dostrzegła problem fundacji przyszpitalnych. Grzegorz Luboiński, ekspert Fundacji, określił ich działanie jako *korupcję w białych rękawiczkach* i wskazywał m.in. na raport NIK z 2002 r., która skontrolowała prywatną przychodnię w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Warszawie. W raporcie pokontrolnym stwierdzono, że poradnia chorób sutka w szpitalu przy ul. Niekań-

Te i inne nieprawidłowości sprawiły, że zaczęto rezygnować z fundacji przyszpitalnych, a lekarze i menedżerowie zaczęli szukać innych sposobów na zarabianie pieniędzy.

Jakość czy bylejakość?

Zdecydowano się na outsourcing. Zaczęło się od usług ochroniarskich i gastronomicznych. Dzisiaj mamy już do czynienia nawet

Życzenia na zdrowie

Wybrane wyniki badań przeprowadzonych na zlecenie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

- 65 proc. obywateli uważa, że w służbie zdrowia powinny obowiązywać mechanizmy rynkowe
- 31 proc. opowiada się za budżetowym sposobem organizacji służby zdrowia (rejonizacja leczenia, brak możliwości wyboru świadczeniodawcy, stałe budżety dla placówek leczniczych)
- 70 proc. obywateli jest gotowych się zgodzić na bezpośrednie dopłaty do leczenia
- 70 proc. badanych bardziej ceni sobie swobodny dostęp do leczenia dobrej jakości niż bezpłatne korzystanie ze świadczeń
- Polacy nie są przeciwni prywatyzacji w służbie zdrowia. Wręcz przeciwnie, dwa razy więcej obywateli wybrałoby prywatną placówkę służby zdrowia niż państwową (35,6 proc.), gdyby koszt leczenia w obu był taki sam (z kieszeni pacjenta)

Prywatne jest lepsze

Wskaźniki obrazujące działanie NZOZ *Urolog* w Szpitalu im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy

	Wykorzystanie łóżek (w dniach)	Wskaźnik wykorzystania łóżek (w proc.)	Średni czas pobytu pacjenta (liczba dni)	Wskaźnik śmiertelności
2002 r.	233,1	63,9	3,5	0,3
2003 r.	227,7	62,4	2,7	0,2
2004 r.	256,3	70,2	2,2	0,1

z outsourcingiem usług anestezjologicznych i zabiegów kardiochirurgicznych. Normą stało się zlecenie firmom zewnętrznym usług diagnostycznych i laboratoryjnych. – W naszym szpitalu firmy zewnętrzne obsługują laboratorium analityczne oraz świadczą usługi radiologiczne, tomografii komputerowej, angiografii, mammografii,

kich jak kierowany przeze mnie, outsourcing jest jedynym sposobem wprowadzenia wiedzy, technologii, rozwoju i podnoszenia jakości obsługi pacjentów. Warto jednak podkreślić, że w procesie komercjalizacji usług medycznych liczy się przejrzystość działań – dodaje Wojciech Przybylski, dyrektor szpitala w Końskich.

” Z transparentnością outsourcingu bywa różnie. Andrzej Sadowski, szef Centrum im. Adama Smitha stwierdził, że umowy bywają niejasne i dają pole do nadużyć ”

rezonansu magnetycznego i ultrasonografii. Przyczyną decyzji o wydzierżawianiu niektórych usług było to, że tylko w ten sposób mogliśmy uratować te jednostki, które pod koniec lat 90. miały bardzo duże zadłużenie albo – jak w wypadku laboratorium i diagnostyki – nie spełniały żadnych norm – mówi Lucyna Hryszczyk, zastępca dyrektora ds. lecznictwa w Szpitalu Bielańskim w Warszawie. – W szpitalach powiatowych, ta-

A z transparentnością outsourcingu bywa różnie. Andrzej Sadowski, szef Centrum im. Adama Smitha, prawie rok temu podczas telewizyjnej dyskusji stwierdził, że umowy bywają niejasne i dają pole do nadużyć. Jako przykład wskazał niekorzystne porozumienia podpisane przez Instytutu Kardiologii Aninie z firmą Diagnostyka. Po kilku tygodniach Andrzej Sadowski podobno zmienił swoją opinię,

Publiczne łóżko

– Aby lepiej wykorzystać możliwości szpitala, zwykle wystarczy przekształcić go w spółkę – mówi dr Wojciech Misiński z wrocławskiej Akademii Ekonomicznej, ekspert Centrum im. Adama Smitha. Jego zdaniem, wszelkie pożyczki dla szpitali z budżetu państwa to zamiatanie problemów pod dywan. Z analiz Misińskiego wynika, że tylko 15 proc. hospitalizacji w państwowych placówkach jest zasadnych, pozostałych chorych można leczyć ambulatoryjnie, a więc taniej. Na Dolnym Śląsku publiczne łóżko generuje rocznie 20 tys. zł strat, a prywatne – 2,8 tys. zł zysku – wynika z danych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Tak prosty rachunek ekonomiczny powoduje, że prywatyzacja służby zdrowia postępuje wszędzie tam, gdzie tylko są sprzyjające warunki. Wiele prywatnych placówek działa na Opolszczyźnie, bo tamtejszy oddział NFZ nie dyskryminuje ich i podpisuje z nimi kontrakty (inne regionalne fundusze po prostu łamią konstytucyjne prawo jednakowego traktowania podmiotów gospodarczych). W kraju sprywatyzowano 40 spośród 200 stacji dializ i wyposażono je w nowoczesny sprzęt. Jednocześnie warto przypomnieć, że w państwowych placówkach aż 81 proc. aparatów wymaga natychmiastowej wymiany. Ogromne zadłużenie sektora publicznego, sięgające 10 mld zł (według szacunków prof. Romualda Holly z Krajowego Instytutu Ubezpieczeń jest to nawet 16 mld zł) dowodzi, że prywatni właściciele potrafią lepiej niż państwo zarządzać służbą zdrowia.

jednak poczucie, że coś jest na rzeczy, pozostało. Jak bowiem wskazują specjaliści, nie jest wykluczone, że za podpisanie umowy dyrektorzy szpitala mogą otrzymywać prowizję. Ponadto z rachunku ekonomicznego wynika, że w wielu placówkach outsourcing nie jest wcale opłacalny. Jak bowiem stwierdził prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, *w wielu wypadkach po wygranym przetargu rzekoma wysoka jakość outsourcingu zmienia się w bylejakość.*

Trzecia droga

Niepewna przyszłość outsourcingu skłoniła lekarzy do szukania trzeciej drogi. Tak narodził się pomysł zakładania na oddziałach nzoz-ów. Pierwsi byli urolodzy. Dotychczas powstało 5 takich nzoz-ów. To jednak początek, bo gra toczy się o wysoką stawkę. Sprawnie działający prywatny zespół lekarsko-pielęgniarski oraz umiejętnie sporządzona umowa cywilnoprawna może gwarantować przejęcie większości

szpitala i zostanie przeznaczona na utrzymanie budynku, spłacanie długu i dofinansowanie nierentownych oddziałów.

Jak stwierdza dr Jarzemski, przygotowanie takiego programu przez inne oddziały powinno doprowadzić do uzyskania pozytywnego wyniku finansowego w całym szpitalu. – *Pol-ska służba zdrowia jest w specyficznej sytuacji i wobec tego mamy dwa wyjścia. Albo podjąć skomplikowany proces restrukturyzacji oraz szukania funduszy, albo potraktować szpital jak holding oddziałów i każdy z nich restrukturyzować innymi metodami niż te, które zaplanuje szef resortu* – dodaje dr Piotr Jarzemski.

Urolodzy z Poznania, podobnie jak ich koledzy z Bydgoszczy, założyli w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nad Matką z Dzieckiem Klinika Świętej Rodziny NZOZ *Uromed*. Spółka pod kierownictwem dr. Adama Michalskiego powstała 6 lat temu. – *Każdy ze współudziałowców, prowadząc prywatną praktykę, podpisuje z dyrekcją szpitala kontrakt finansowo-prawny na wykonywanie usług urologicznych. Część zabiegów*

” Sprawnie działający na oddziale nzoz oraz umiejętnie sporządzona umowa cywilnoprawna może gwarantować przejęcie większości kwoty z kontraktu szpitala z NFZ ”



kwoty z kontraktu szpitala z NFZ. W wypadku placówki funkcjonującej w mieście średniej wielkości nzoz może zarobić nawet 4 mln zł. Nie jest to jednak czysty zysk. W zamian pracownicy nzoz-u są zobowiązani do udzielania usług urologicznych oraz do zakupu sprzętu. W ten sposób tworzy się swoista *samodzielność budżetowa oddziału*. Określenia tego używa dr Piotr Jarzemski, ordynator Oddziału Urologii i Urologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. W 2002 r. dr Jarzemski był inicjatorem powołania NZOZ-u *Urolog*, który zawarł umowę z macierzystym szpitalem na świadczenie usług urologicznych. W kontrakcie tym założono, że nzoz stopniowo będzie przejmował coraz więcej kompetencji, aż do całkowitego przejęcia obowiązków oddziału. Ostatecznie NZOZ *Urolog* stanie się pracodawcą wszystkich lekarzy i pielęgniarek oraz będzie odpowiedzialny za utrzymanie sprzętu, wyposażenia oddziału i bloku operacyjnego i w ten sposób przejmie znaczną część wpływów z kontraktu NFZ. Pozostała kwota trafi na konto

przeprowadzamy oczywiście w ramach NZOZ Uromed. Szpital z kolei podpisuje kontrakt na usługi urologiczne z NFZ. Nasze wynagrodzenie to określony procent od każdej świadczonej na oddziale usługi urologicznej – mówi dr Adam Michalski.

Uromed zakupił cały sprzęt niezbędny do wykonywania zabiegów urologicznych. W ciągu 5 lat grupa poznańskich lekarzy zainwestowała aż 3 mln zł. Kwotę niewyobrażalną dla przeciętnego szpitala. W efekcie oddział uznawany jest za najlepiej wyposażony w Wielkopolsce. Podobnie jak jego koledzy z dużych ośrodków, postąpił ordynator oddziału urologicznego w Łasku. Marek Różniecki założył z kolegami spółkę, podnajmującą pomieszczenia szpitalne i dzierżawiącą sprzęt. Jak stwierdził dyrektor szpitala, Jacek Marynowski, dzięki takiej prywatyzacji można było ograniczyć koszty działania całego oddziału.

Śladem urologów poszedł kardiochirurg Piotr Kołtowski i założył polsko-niemiecką spółkę *Medinet*. W 2002 r. kierowany przez niego nzoz był pierwszym, w którym wykonywano zabiegi kardiochirurgiczne. Dolnośląskie

Centrum Chorób Serca (bo tak brzmi pełna nazwa spółki Kołtowskiego) powstało z przekształcenia Oddziału Kardiologii Dziecięcej Szpitala Wojewódzkiego we Wrocławiu. *Medinet* stale współpracuje z Kliniką Kardiologii uniwersytetu w Dreźnie. W ten sposób ma zagwarantowany dostęp do najnowszych technologii i procedur medycznych. Centrum podpisało również porozumienie z Kliniką Chirurgii Serca Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Piesza kardiologia

Innym rozwiązaniem jest tworzenie w pobliżu szpitali prywatnych klinik. Tak postąpiono np. w Aninie. W pobliżu Instytutu Kardiologii otwarto prywatne Centrum Kardiologii Anin. Wybitni specjaliści będą tam wykonywać

Prywatną kardiologią rządzi prawo popytu i podaży. Kłopoty z układem krążenia ma ponad 5 mln Polaków, a na zawał serca zapada rocznie ponad 50 tys. osób. W efekcie coraz więcej nzoz-ów oferuje konsultacje i zabiegi kardiologiczne. Problemem jest to, że nie można w nieskończoność mnożyć bytów. Alternatywą pozostanie samodzielność budżetowa oddziałów.

Złoty środek

Jaka będzie przyszłość polskiego systemu ochrony zdrowia – nie wiadomo. Czy zaczną powstawać prywatne szpitale z prawdziwego zdarzenia, czy alternatywą dla nich będzie samodzielność finansowa oddziałów? Doktor Piotr Jarzemski, inicjator założenia NZOZ *Urolog*, uważa, że od obranej przez niego i ko-

” Coraz więcej nzoz-ów oferuje konsultacje i zabiegi kardiologiczne. Problemem jest to, że nie można w nieskończoność mnożyć bytów. Alternatywą pozostanie samodzielność budżetowa oddziałów ”

skomplikowane zabiegi kardiologiczne i naczyniowe. Oferta kliniki jest skierowana do klasy średniej. Nie oznacza to jednak, że mniej majątni chorzy nie będą mogli skorzystać z jej usług. Już teraz trwają rozmowy z dwoma bankami nad stworzeniem specjalnego produktu – kredytu na zabiegi w prywatnej klinice. Pomysłodawca utworzenia ośrodka, dr Grzegorz Goryszewski, chce także współpracować z firmami ubezpieczeniowymi i abonamentowymi.

legów strategii nie ma odwrotu. Potwierdza to Jarosław Pinkas, wiceminister zdrowia: – *Być może szpital przyszłości będzie się opierać na takiej właśnie racjonalnej sieci powiązań usamodzielnionych oddziałów, w której dyrektor będzie jedynie koordynatorem działań medycznych oraz administracyjnych. O ostatecznym kształcie polskiego systemu ochrony zdrowia zdecyduje jednak rachunek ekonomiczny, który wskaże kierunek reform – mówi Jarosław Pinkas. ■*

Niegospodarny dyrektor

Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego i prokuratura prowadzą dochodzenie w sprawie działań podejmowanych przez Józefa Tazbira, byłego dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi. Dochodzenie rozpoczęto po doniesieniu złożonym przez zarząd województwa. Zdaniem urzędników, wyniki kontroli, obejmującej funkcjonowanie placówki w roku 2004, wskazują na nieprawidłowości w gospodarowaniu majątkiem szpitala. Prawdopodobnie chodzi o spółkę *Kopernik*, którą szpital, decyzją jego dyrektora, założył na początku lat 90. i zlecał jej wykonywanie badań. Z czasem *Kopernik* przejął dużą część szpitalnej diagnostyki. Ostatnio szpital odsprzedał spółkę firmie *Lux Med*. Jak twierdzi zarząd województwa, szpital zawierał ze spółką niekorzystne dla siebie umowy. Prowadziło to do zadłużenia jednostki. Wśród zarzutów wymieniana się też sposób przekazania prywatnej firmie *Avitum* stacji dializ. Podobno ta umowa też jest dla szpitala niekorzystna. Nieprawidłowości stwierdzono ponadto w prowadzeniu zbiórki środków na budowę lądowiska dla helikopterów.