

Czy szpitale kliniczne są kulą u nogi polskiego systemu ochrony zdrowia?

# Profesorska działka

Jacek Szczęsny

Jeszcze niedawno całkowite zadłużenie szpitali klinicznych sięgało 700 mln zł. Wkrótce okazało się, że tylko jedna placówka – Szpital Kliniczny Akademii Medycznej w Gdańsku – ma ponad 280 mln zł wierzytelności, a minister zdrowia musiał go wspomagać. Dziesięć milionów zł budżetowych środków od resortu zdrowia to kropla w morzu potrzeb. Jest szansa, że nowy dyrektor Jacek Domejko wyprowadzi szpital na prostą. Łatwe to jednak nie będzie. Chory jest bowiem cały system.

W Gdańsku – jak w soczewce – skupiły się patologie związane z placówkami akademickimi. W dziennikach pojawiały się informacje, że pracownik pralni zarabiał tam 8 tys. zł, księgowa 12 tys. zł, a ślusarz 4 tys. zł. To kolejne potwierdzenie, że nad szpitalami klinicznymi nie ma żadnej kontroli, a one same stały się niesterowalnymi okrętami. Udaje się im utrzymywać na powierzchni tylko dlatego, że w chaosie systemu ochrony zdrowia chowają się za falami wzburzonego morza.

## Zmienić *status quo*

Można zatem zapytać, dlaczego np. nie zdecydowano się na to, by kształcenie oraz badania odbywały się na oddziałach publicznych szpitali, z któ-

rymi uczelnie medyczne zawierałyby kontrakty? Dlaczego nie można zmienić *status quo*? Jak twierdzą wypowiedający się anonimowo specjaliści, nie ma szans na zmianę obecnej sytuacji, bo za utrzymaniem postsowieckiego stanu opowiada się zwarty szereg profesorów, rektorów akademii i decydentów, którzy wzięli w pacht ponad 40 placówek, czyli 6 proc. szpitali. Dezynwolturą wykazują się też inni rzecznicy utrzymania szpitali klinicznych – niektórzy dyrektorzy szpitali oraz członkowie władz akademii medycznych. Znane są wypadki, że specjalnie dla krewnych akademickich decydentów tworzy się kliniki! Dlatego przy niektórych akademiach działają np. trzy kliniki laryngologiczne lub ginekologiczne.

### Szpitalna dyplomacja

Do tego dochodzi zakłęty krąg zarządzania – dyrektor jest zwierzchnikiem ordynatorów, którymi zostają kierownicy klinik. Ci z kolei wybierają rektora, a w jego gestii jest zaś powoływanie i odwoływanie dyrektora szpitala. W takiej sytuacji zarządzanie należy porównać raczej z trudną sztuką dyplomacji. Jeśli do tego dodać – delikatnie mówiąc – mierne umiejętności menedżerskie niektórych dyrektorów, można dojść do wniosku, że szpitale kliniczne są kulą u nogi systemu ochrony zdrowia.

### Menedżerowie z bożej taski

Potwierdza to raport NIK. Można w nim przeczytać, że zaniedbania dyrektorów przekształcanych pod koniec minionego wieku placówek polegały przede wszystkim na niewykonaniu obowiązków wynikających z ustawy o rachunkowości (dotyczących zamknięcia i otwarcia ksiąg rachunkowych) w związku ze zmianą formy prawnej szpitali, oraz wadliwym przeprowadzaniu (wymaganej w tych wypadkach) inventaryzacji składników majątkowych, w tym będących własnością innych jednostek. Poważne zaniedbania stwierdzono w 27 szpitalach. Jednak praktycznie

we wszystkich błędnie określano wartość wliczonego do aktywów majątku trwałego. Jako własność placówek dyrektorzy wskazywali nie tylko mienie Skarbu Państwa, lecz również zajmowane nieruchomości, których właścicielami były uczelnie. Za taki błąd w średniej szkole księgowości można dostać ocenę niedostateczną.

O skali samowolki świadczy np. to, że w Szpitalu Klinicznym w Gdańsku działały 22 organizacje pozarządowe. Zasady korzystania z majątku placówki określono zaś tylko w stosunku do jednej z nich. Z kolei w Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie zawarto 12 umów na wynajem i dzierżawę trwałego majątku placówki, ale wszystko odbyło się bez wymaganej zgody ministra zdrowia.

To najlepiej pokazuje, że obecna wielowymiarowa podległość w zarządzaniu placówką kliniczną sprzyja wynaturzeniu, które przekłada się na niemożność sprawowania kontroli nad jej wydatkami. W efekcie szpitale kliniczne stają się kolejnym ogniwem zadłużenia służby zdrowia.

### Walka o wpływy

Wszystko zaczęło się w 1992 r. Po wprowadzeniu przełomowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

#### Wojciech Bieńkiewicz

prezes Stowarzyszenia  
Dyrektorów Szpitali Klinicznych



Prawdą jest, że w szpitalu klinicznym widać niespójność przepisów prawa regulującego: szkolnictwo wyższe, system opieki zdrowotnej oraz finanse publiczne. Prawdą jest też, że należy podjąć wszelkie racjonalne działania, aby sprzeczności i niespójności legislacyjne wyeliminować. Natomiast na pewno na dłuższą metę nie jest możliwe ekonomicznie efektywne funkcjonowanie szpitali, których podstawowym celem statutowym jest dydaktyka, drugim – badania naukowe, a wszystkie one w powiązaniu z udzielaniem świadczeń medycznych. Przy takiej hierarchii celów istnienia, w oczywisty sposób absurdem jest dziwienie się, że nie są w stanie utrzymać się w dobrej kondycji ze sprzedaży usług medycznych. Dopóki nie zostaną wprowadzone formalnie poziomy referencyjne, szpitale kliniczne będą miały nadmiar wysokiej klasy specjalistów w stosunku do możliwości płatnika, ale nie w stosunku do potrzeb pacjentów. Tak się jakoś bowiem składa, że to do szpitali klinicznych udają się wszyscy *możni* tego świata w momencie, gdy zachorują. Jakość oferowana przez szpitale kliniczne bierze się z zatrudniania przez nie większej liczby lepiej kształconych pracowników i z nieustającego dążenia do tego, by dysponować aparaturą diagnostyczną i leczniczą adekwatną do wymogów współczesnej medycyny.

Szpitale kliniczne są najistotniejszym elementem polskiego systemu ochrony zdrowia. Rozważając obecną sytuację szpi-

tali klinicznych należy pamiętać, że nie zawsze wynik finansowy szpitala ma związek z umiejętnościami menedżerskimi jego kierownictwa. Są dziedziny i sytuacje, w których decyzje o sposobie leczenia, rodzaju wykonywanych świadczeń tylko częściowo uwzględniają wskazania ekonomiczne. Trzeba pamiętać, że do szpitali klinicznych i instytutów trafiają pacjenci odesłani z niższych poziomów referencyjnych, a szpital kliniczny nie ma możliwości przekazania ich do leczenia komu innemu. Presja społeczna nie dopuszcza w Polsce zaniechania leczenia kosztowniejszych chorób (nawet jeżeli chodzi o schorzenie wynikające z wady genetycznej, dotyczącej kilkadziesiąt osób/dzieci w Polsce, podejmowane są wszelkie działania w celu uniknięcia nihilizmu terapeutycznego). Tego typu dylematy nie dotyczą na ogół szpitali samorządowych.

W Polsce nie ma usankcjonowanego prawnie systemu referencyjności umocowanego w kontaktach na linii płatnik – świadczeniodawca. Do tego dochodzi fakt, że uczelnia medyczna jako jedyny organ założycielski nie może ani poręczyć kredytu, ani zawiązać umowy wsparcia, ani przekazać dotacji podległemu szpitalowi klinicznemu.

Sporym problemem jest dydaktyka. Teoretycznie Ministerstwo Zdrowia przekazuje uczelniom na ten cel środki w postaci dotacji na dydaktykę kliniczną. Wielkość środków przekazywanych dla poszczególnych uczelni nie jest tajemnicą. Według wyliczeń wszystkich szpitali, środki te pokrywają, niestety, jedynie niewielki odsetek kosztów. Nie przypominam sobie kontroli w szpitalu klinicznym, która potrafiła wykazać, że szpital poniósł znaczące straty wyłącznie na skutek zaniedbań kadry zarządzającej.



### Paweł Jezierski

przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie

Kliniki to często skanseny ustroju totalitarnego. Sytuacja w nich daleko odbiega od ideału, a ścieżka awansu zawodowego i naukowego młodego lekarza jest często zależna od widzimisię kierownika takiej kliniki. Niestety, zdarza się, że osoba młoda, zdolna, dynamiczna i zdeterminowana jest postrzegana jako zagrożenie dla doświadczonych pracowników. Oczywiście – i na szczęście – są profesorowie i docenci, którzy są doskonałymi nauczycielami, dbającymi o dobro zarówno kliniki, szpitala, jak i podległej kadry. System jednak takiego zachowania nie wymusza. Sytuację można poprawić. Na szefów klinik powinny się odbywać rzetelne konkursy co cztery lata, a co dwa lata powinno się aplikować na stanowisko adiunkta. Największą rolę do odegrania w zakresie uporządkowania ścieżek kariery naukowej w klinikach ma Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Trzeba sobie jednak zdawać sprawę z tego, że środowisko medyczne jest niezwykle konserwatywne i trudno w nim szybko przeprowadzić reformę.



„W Gdańsku – jak w soczewce – skupiły się patologie związane z placówkami akademickimi”



### Andrzej Włodarczyk

były wiceminister zdrowia, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Sytuacja szpitali klinicznych jest rzeczywiście trudna. Zanim zaczniemy odsądzać od czci i wiary ich zarządy, nie zapomnijmy, że zostały przekazane uczelniom za czasów ministra zdrowia Grzegorza Opali z dużym zadłużeniem. Szpitale kliniczne znajdują się w ciężkim położeniu także z uwagi na ich szczególną pozycję w systemie ochrony zdrowia. Trafiają do nich najcięższe przypadki. Spoczywa na nich również obowiązek szkolenia nowych kadr medycznych, *de facto* niefinansowany przez państwo, bo dotacje pokrywają jedynie ułamek kosztów pochłaniających reali-

zacje tego celu. Dyrektor szpitala klinicznego przyjmuje czasem bardzo ciężko chorych, dla których świadczona jest wysokospecjalistyczna pomoc. Za te procedury Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci wystarczająco. Podobnie jest też w przypadku przyjmowania chorych ze względu na konieczność wypełnienia zadań związanych ze szkoleniami. Na to wszystko nakładają się nienajlepsze rozwiązania organizacyjne. Pomiędzy rektorem, dyrektorem szpitala i kierownikami klinik jest bowiem klincz. Problem narasta zwłaszcza w okresie przedwyborczym na uczelniach. Rektor musi szukać poparcia w senacie uczelni, w którym zasiadają bardzo często kierownicy klinik. Ci w zamian za poparcie mogą wywierać nacisk na rektora w sprawie dyrektora (ich formalnego zwierzchnika), którego powołuje i odwołuje rektor. To oczywisty konflikt interesów. Bywa więc tak, że kierownicy klinik pozostają w pewnej mierze poza nadzorem dyrektora, któremu podlegają! Sposób wyłaniania kierowników klinik jest też daleki od ideału i nie spełnia wymagań transparentności. Jak rozwiązać tę sytuację? Wydaje się, że komercjalizacja nie jest najlepszym pomysłem. Istnieje ryzyko, że prywatny podmiot, który przejąłby większość udziałów w szpitalu klinicznym, zrezygnowałby z przyczyn ekonomicznych ze szkolenia kadr medycznych. Jako wiceminister spotkałem się z rektorami, ale zdania co do reformy były wśród nich podzielone. Na pewno trzeba usiąść do stołu ze wszystkimi zainteresowanymi i spróbować osiągnąć konsensus.



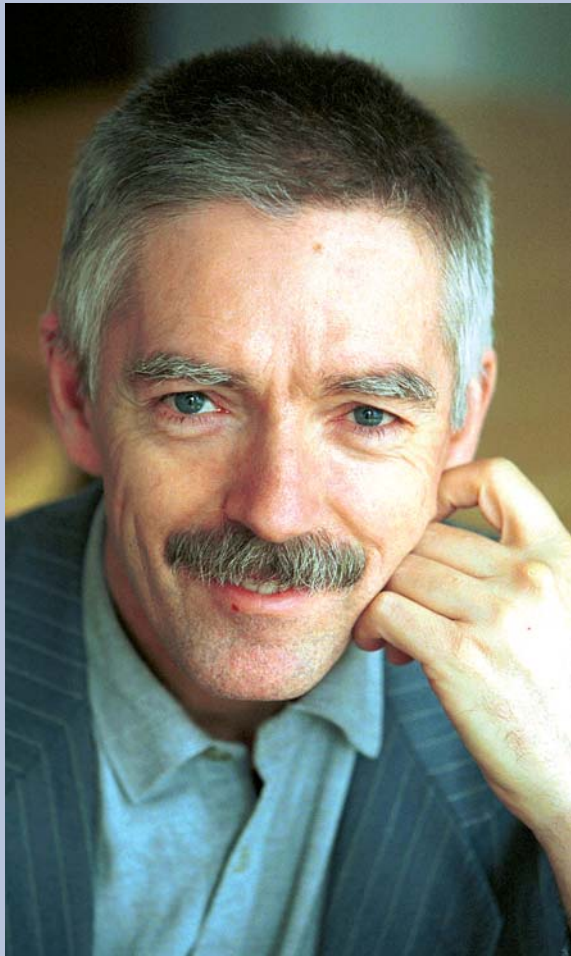
szpitale kliniczne (jako publiczne zakłady opieki zdrowotnej) zaczęły podlegać ministrowi zdrowia. Tym samym uczelnie pozbawiono większości wpływów na szpitale. W 1998 r. znowelizowano ustawę, która przewidywała funkcjonowanie szpitala klinicznego jako jednostki organizacyjnej uczelni medycznej, tworzonej, przekształcaniej i likwidowanej przez senat uczelni. Było to rozwiązanie krańcowo różne od poprzedniego. Tego jednak nie chciały uczelnie – przejmowanie zadłużonych wówczas szpitali wraz z odpowiedzialnością za ich zobowiązania (przekraczające niekiedy budżet uczelni) było nie do udźwignięcia. Zapis 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 przejąć. I udało się. W 2001 r. kolejna nowelizacja określiła, że państwowa uczelnia medyczna ma być organem założycielskim szpitala kliniczne-

## Miara chaosu

Fragmety raportu Najwyższej Izby Kontroli, poświęconego szpitalom klinicznym

- Górnośląskie Centrum Medyczne zawarło trzy umowy najmu lokali użytkowych, na prowadzenie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, nie powiadamiając ministra zdrowia o zamiarze dokonania tej czynności, czym naruszono postanowienie §7 ust. 3 zarządzenia ministra zdrowia z 28 maja 2001 r. w sprawie określenia zasad zakupu lub przyjęcia darowizny...
- Szpital Kliniczny Nr 1 w Zabrze udostępnił użytkowane nieruchomości i majątek Skarbu Państwa oraz majątek własny innym podmiotom bez wymaganej zgody organu założycielskiego, w tym także mimo odmowy udzielenia takiej zgody.
- Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu nie zawarł z Akademią Medyczną w Poznaniu umowy cywilnoprawnej o udostępnienie szpitala na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych. Rezultatu nie przyniosły mediacje ministra zdrowia prowadzone we wrześniu i październiku 2000 r. Minister zdrowia nie wydał także decyzji w tej sprawie i nie określił warunków, na jakich to udostępnienie miałyby nastąpić. Skutkiem braku powyższych uregulowań było ponoszenie przez szpital dodatkowych kosztów, niezwiązanych bezpośrednio ze świadczeniem usług medycznych. Koszty dydaktyki poniesione przez szpital, wynikające z zapisów w urzędzeniach księgowych, wyniosły w okresie objętym kontrolą 3,2 mln zł. Wprawdzie szpital dwukrotnie (w 1999 r. i 2000 r.) obciążył Akademię Medyczną w Poznaniu tymi kosztami, jednakże odmówiła ona zapłaty, argumentując to brakiem umowy określającej zasady rozliczeń.
- Umowa o udostępnienie Śląskiej Akademii Medycznej Szpitala Klinicznego Nr 7 w Katowicach na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu w udzielaniem świadczeń zdrowotnych zawarta w październiku 1999 r. nie odpowiadała w pełni wymogom określonym w §1 ust. 1 pkt 3, 5 i 6 rozporządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 17 września 1999 r., bowiem nie zawierała:
  - kwoty należnej szpitalowi z tytułu realizacji umowy oraz zasad rozliczeń, gdyż jakoby Akademia Medyczna w Katowicach nie miała zagwarantowanej dotacji na działalność dydaktyczną ze strony Ministerstwa Zdrowia,
  - wykazu ruchomości i nieruchomości udostępnionych w celu realizacji umowy, sposobu ich udostępnienia oraz zasad i warunków ich wykorzystania,
  - wymiaru czasu pracy nauczycieli akademickich, mających wykonywać w udostępnionym szpitalu zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
- Rektor Akademii Medycznej w Białymstoku zarządzeniem z 17 września 1999 r. utworzył niepubliczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą Specjalistyczna Lecznica Stomatologiczna Akademii Medycznej. Na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej 29 czerwca 2000 r. Akademia udostępniła nieodpłatnie temu zakładowi do użytkowania pomieszczenia szpitala klinicznego przy ul. Marii Curie-Skłodowskiej 24a, Rynek Kościuszki 4 i Sienkiewicza 40, wraz z wyposażeniem.



#### Romuald Krajewski

Klinika Nowotworów Głowy i Szyi,  
Centrum Onkologii,  
wieloletni prezes Naczelnego Sądu Lekarskiego

Szpitala kliniczne to nie monolit i trudno powiedzieć, kto w nich rządzi naprawdę. Wybitni specjaliści czy naukowcy wszędzie mają bardzo dużą autonomię. Doskonali dyrektorzy potrafią stworzyć zespół znakomitych specjalistów i skutecznie nim kierować. Określenie *feudalna medycyna* w odniesieniu do klinik nie jest typowo polskie. Pojęcie to funkcjonuje również w innych krajach i wszędzie na świecie w szpitalach klinicznych występują podobne problemy. Wynika to m.in. z faktu, że w klinikach istnieje bardzo duża różnica w pozycji i umiejętnościach pomiędzy młodymi ludźmi, którzy nie są jeszcze samodzielni zawodowo, a doświadczonymi pracownikami, którzy kierują szkoleniem. Ciężka praca i brak samodzielności to cena, jaką młodzi pracownicy chętnie płacą za szkolenie w dobrym ośrodku, udział w wielkiej medycynie i szansę szybkiego rozwoju zawodowego. Bywają jednak konflikty. Jako wieloletni przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego mogę powiedzieć, że dość rzadko znajdują one finał w sądzie lekarskim. Dzieje się tak dlatego, że jeśli do konfliktu dojdzie, wszystkim – uczelni, kolegom z innych klinik – zależy na jego rozładowaniu.

Chcę też podkreślić, że ostatnio stosunki w klinikach ulegają istotnym zmianom, chociażby z tego powodu, że praca w wielu z nich przestaje być tak atrakcyjna, jak kiedyś. Lekarze mają dużo możliwości zmiany pracy. Niegdyś oddziały w szpitalach klinicznych nie musiały szukać pracowników, teraz w *Gazecie Lekarskiej* widzę coraz więcej takich ogłoszeń.

go. Od tego momentu jego majątek stał się majątkiem uczelni, 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. Niestety, publiczny płatnik nigdy nie miał pomysłu na miejsce szpitala klinicznego w kontraktach. Pojawiały się pojedyncze szczegółowe rozwiązania, takie jak porady konsultacyjne (tylko dla konsultantów wojewódzkich, bez kosztów badań diagnostycznych) lub referencyjność poradni. Pewnym rozwiązaniem było różnicowanie kontraktów i docenienie specyfiki szpitali specjalistycznych. Co z tego, skoro nie rozwiązano problemu limitów, które nie pozwalają w pełni wykorzystywać możliwości kadrowych i sprzętowych?

#### Liderzy listy dłużników

Warto podkreślić, że to ograniczenie przekłada się na sytuację finansową wielu placówek. Jeśli do tego dodać np. brak określenia w umowach z uczelniami wysokości refundacji kwot należnych za zajęcia dydaktyczne i badawcze, nie należy się dziwić, że niektóre placówki zamieniły się w liderów listy dłużników.

Jak twierdzą niektórzy specjaliści – działalność dydaktyczna w szpitalu klinicznym praktycznie nie jest opłacana. Tymczasem warto pamiętać, że szpital to nie tylko lekarze i najnowocześniejsze tomografy. Placówka musi być oświetlona, ogrzana i posprzątana. To jednak obchodzi niewielu.

#### Profesorski elektorat

Paradoks polega na tym, że decyzje o zakupach np. aparatury są podejmowane poza szpitalem i w oderwaniu od jego potrzeb oraz możliwości ekonomicznych. Dlatego nierzadko w placówce jest kilka pracowni diagnostycznych, posługujących się tym samym sprzętem – ponieważ każda jest przypisana innej klinice. Każdy profesor jest dumny z posiadania nowoczesnej aparatury diagnostycznej, ale o zakupie sprzętu dyrektor szpitala zawiadamiany jest najczęściej po fakcie. Nie należy się temu dziwić – przecież to nie kto inny jak profesorowie wybierają swoich zwierzchników, a ci, mając duże prerogatywy i brak dostatecznego nadzoru finansowego, mogą kupować sprzęt wedle życzenia swojego elektoratu. Warto też przypomnieć, że profesorowie ordynatorami zostają niemal dożywotnio. Co gorsza, ambicje (i niska świadomość ekonomiczna) wielu z nich powodują, że stosowane w szpitalach klinicznych terapie przekraczają możliwości finansowe placówki.

Wszystko to wskazuje, że szpitale kliniczne wymagają swoistej lustracji. Znając jednak siłę antylustratorów, będzie to proces mozolny, jeśli nie niewykonalny. ■