



Szpitala ostatniej szansy

Rozmowa z prof. Jackiem Ryszem, dyrektorem
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralnego
Szpitala Weteranów w Łodzi

Szpitala kliniczne mają bardzo duże długi. Jak to zmienić?

Moim zdaniem państwo musi określić, jaka jest rzeczywista rola szpitali klinicznych w służbie zdrowia. Szpitala kliniczne, zwłaszcza w dobie narastającego kryzysu w ochronie zdrowia, muszą mieć czytelne zasady funkcjonowania. Przy rozważaniu tematu transformacji szpitali w spółki prawa handlowego trzeba określić, czy również te szpitale będą w nie przekształcone, czy też pozostaną wyodrębnione jako inne struktury, mające więcej zadań niż szpitale samorządowe, dostając dodatkowe środki na rozwój. Dotychczas nacisk położono na uporządkowanie zasad funkcjonowania szpitali samorządowych, sprawę szpitali klinicznych zaś, niestety, odsunięto na dalszy plan.

Problem zadłużenia jest zagadnieniem złożonym. Aby go rozwiązać, w pierwszej kolejności należy właściwie zdiagnozować jego przyczyny. Niemalże zadłużenie szpitali klinicznych wynika z wyceny procedur i ich realizowania w procesie dydaktycznym. Szpitale kliniczne muszą mieć oddzielny współczynnik przy wyliczaniu kontraktów z uwagi na te zadania. Posłużę się przykładem szpitala, którym kieruję. Obecnie w naszym szpitalu jest ponad pięćdziesięciu lekarzy robiących specjalizację, zdobywających praktyczną wiedzę. Kiedy szkolący się lekarz-rezydent bierze udział w zabiegu operacyjnym, siłą rzeczy ten zabieg ulega wydłużeniu. Jeśli przyjmiemy, że podstawowy kontrakt stanowi 100 proc., to dla naszego przykładu powinien być odpowiednio wyższy współczynnik rzędu 1,2–1,3 (120–130 proc.), który uwzględni dodatkowy koszt długiego szkolenia specjalizacyjnego.

Nowy scenariusz określający rolę szpitali klinicznych musi być stworzony także z powodu konieczności jasnego unormowania zatrudniania nauczycieli akademickich. Obecnie różne są formy ich zatrudnienia: część kolegów jest na etatach nauczycieli akademickich, część ma zarówno status nauczycieli akademickich, jak i cząstkowe albo całościowe etaty w szpitalach klinicznych.

Nie tak dawno przedstawiciele szpitali klinicznych wyłonili zespół do negocjacji z Narodowym Funduszem Zdrowia. Czy była szansa wywalczenia lepszego kontraktowania procedur?

Wydawało się, że jednolitość środowiska medycznego szpitali klinicznych da szansę wypracowania wspólnego, klarownego stanowiska, co spowoduje, że wykreowana zostanie określona polityka względem ministerstwa czy NFZ. Wynegocjowanie odrębnego współczynnika, o którym wspominałem, byłoby dla nas dobrym rozwiązaniem, zwłaszcza wobec faktu, że przecież od tego roku nie ma osobnego strumienia pieniędzy na podwyżki dla pracowników. Teraz te pieniądze szpital musi wypracować samodzielnie.

Dlaczego zatem nie udało się tego współczynnika wynegocjować?

Problem polega na tym, że Ministerstwo Zdrowia musi określić rolę szpitali klinicznych i ich liczbę. Nie pominajmy, że szpitale kliniczne, do których trafiają najcięższe przypadki, to najczęściej ostatnie miejsce, gdzie można pomóc pacjentowi, dać ostatnią możliwość wyjścia z choroby.

Była szansa na to, aby współczynnik wynegocjować w dniu podpisywania kontraktów. Nie stało się tak,

„ Obawiamy się, że szpitale niepubliczne będą wybierać z oferty NFZ głównie te najbardziej dla nich opłacalne procedury „

pewnie dlatego, że zabrakło gotowości środowiska w tej sprawie, pomimo tego, że wydelegowane osoby miały uprawnienia, aby twardo negocjować w imieniu całego środowiska.

Może regulacje dotyczące miejsca szpitali klinicznych w systemie znajdą się w projekcie ustawy, który przygotowuje teraz Ministerstwo Zdrowia. Czy jednak nie warto by było, aby to wasze środowisko wyszło z propozycją takich regulacji?

Uważam, że środowisko mogłoby przedstawić swój projekt, ale ministerstwo zapewnia nas, że wstępny projekt tej ustawy zostanie nam przedłożony do oceny. Chętnie włączymy się ze swoimi spostrzeżeniami dotyczącymi funkcjonowania szpitali klinicznych. Nasze pomysły bazują przecież na wieloletnim doświadczeniu. Nie uwzględniać głosu środowiska znaczyłoby stracić szansę konstruktywnego dialogu do wypracowania optymalnego rozwiązania systemowego.

Nie obawia się pan tego, że znaczna część szpitali samorządowych przekształci się w spółki? Niektórzy ekonomiści przestrzegają, że może wtedy dojść do selekcji pacjentów przez te szpitale, wskutek czego do szpitali klinicznych pewnie trafią najcięższe przypadki.

Z odsyłaniem trudnych pacjentów do naszego szpitala spotykamy się na co dzień, zwłaszcza jeśli chodzi o chorych z urazami wielonarządowymi czy z wieloma jednostkami chorobowymi. Uważam za niezrozumiałą sytuację, w której nie są nam zwracane koszty anty-

biotykoaterapii w kwocie 70 tys. zł pacjenta, któremu dajemy szansę na przeżycie.

Innym problemem jest sytuacja osób starszych, niedołączonych i samotnych, często zostawionych przez rodzinę, które – choć już zdiagnozowane i wyleczone – pozostają nadal w szpitalu, traktując go jak drugi dom, ucieczkę przed samotnością. Opiekę nad nimi powinny przejąć właściwe zakłady opiekuńczo-lecznicze, pomoc społeczna czy domy opieki.

Urzędnik Narodowego Funduszu Zdrowia pewnie by na to powiedział, że szpital ma też procedury, na których zarabia, a poza tym o zarobku decyduje też skala.

Oczywiście i my takie procedury realizujemy, a w przypadku mniej opłacalnych procedur ekonomia skali tworzy w długim horyzoncie czasowym wartość dodaną dla szpitala. Nie możemy przecież wyłącznie wykonywać zabiegów torakochirurgicznych, a nie operować wyrostka robaczkowego, za czym dodatkowo przemawia motywacja dydaktyczna, bowiem jest to operacja ściśle związana ze szkoleniem przeddyplomowym i poddyplomowym, pokazująca studentowi, jak wygląda ten właśnie zabieg. Obawiamy się jednak, że szpitale niepubliczne będą wybierać z oferty NFZ głównie niszowe działalności medycznej, te najbardziej dla nich opłacalne procedury, a z nami NFZ będzie podpisywać kontrakty na mniej intratne świadczenia, np. OIOM-y czy leczenie takich chorób, które trwa 3–4 miesiące.

Mówiliśmy o zadłużeniu szpitali klinicznych, ale ich problemem jest również – łagodnie mówiąc – niedoskonała organizacja, polegająca na tym, że organem założycielskim szpitala jest rektor uczelni medycznej, który zależy w dużej mierze od senatu swojej uczelni, a w nim zasiadają kierownicy klinik. W związku z tym dyrektor szpitala często ma słabszą pozycję niż podlegli mu formalnie kierownicy klinik.

Niestety, jest tak, jak pani mówi. Kierownik kliniki jest wybierany na drodze konkursu. Do niedawna dyrektor szpitala miał tylko głos doradczy w tym konkursie. Teraz ma jeden z głosów w komisji. Niemniej jednak mamy do czynienia z sytuacją, w której szpital-przedsiębiorstwo ma szefów danych działów wyznaczonych albo delegowanych nie przez zarządzającego tym przedsiębiorstwem, a kogoś innego. Szef przedsiębiorstwa musi z nimi współpracować i podejmować bardzo strategiczne decyzje związane z kontraktem, jego wykonaniem, zabezpieczeniem, leczeniem, czasem pobytu pacjenta. U nas te osoby w większości są również zatrudnione na etatach szpitala klinicznego, co oznacza, że dla dyrektora szpitala klinicznego są ordynatorami. Na stanowisko kierownika kliniki rektor mianuje po przeprowadzeniu konkursu i po zatwierdzeniu decyzji konkursowej przez senat uczelni. Zasa-



dy obsadzania kierowników klinik powinny być jasne i czytelne. Uważam, że rola szpitala klinicznego w komisji konkursowej powinna być większa, tak żeby przynajmniej połowa głosów należała do szpitala. Trzeba pamiętać, że szpital kliniczny działa na zasadach rynkowych, a jeśli będzie zlikwidowany, to dług przejmuje organ założycielski, czyli rektor uniwersytetu medycznego. Rektor w pełni podziela zdanie, że szpital musi prowadzić rzetelną gospodarkę i funkcjonować na rynku usług medycznych. Rektor prof. Paweł Górski mówi jasno, że szpitale kliniczne podlegające Uniwersytetowi Medycznemu nie mogą się zadłużać, zwłaszcza że mają pewne obciążenia wynikające z lat poprzednich – słabej wyceny różnych procedur. Nie zapominajmy też o tym, że trzeba się rozwijać, kupować sprzęt, przeprowadzać remonty itd.

Liczenie jednak na zdrowy rozsądek władz nie zawsze jest dobrym pomysłem. Czy nie warto by było gdzieś tego zapisać w taki sposób, by można to było egzekwować?



Trwają prace związane z taką regulacją. Rektor naszej uczelni powołał komisję, która zrzesza dyrektorów szpitali klinicznych, a jej celem jest wypracowanie rozwiązywania problemów związanych ze wspólnym funkcjonowaniem szpitali klinicznych na rynku usług medycznych.

Rok temu minister Kopacz mówiła, że nie widzi przeszkód, żeby także szpitale kliniczne przekształcać w spółki. Co pan o tym sądzi?

Jeżeli pani minister podejmie decyzję o przekształcaniu szpitali klinicznych w spółki prawa handlowego, to jednocześnie utraci możliwość oddziaływania na istotny element w służbie zdrowia. Szpital zamieni się w spółkę kierującą się zasadami rynkowymi. Dyrektor takiej spółki będzie rozliczany ze swoich decyzji pod kątem efektu ekonomicznego. Możliwe są więc dwa kierunki działań – albo się reformuje szpitale kliniczne tak, aby stanowiły odwód w publicznej służbie zdrowia, albo traci się nad nimi kontrolę oddając je we

„ Nie ma żadnych kosztów łączenia tych szpitali, a nawet oczekujemy, że za tym będą szły pewne oszczędności „



„ Mając kontrakt na pół roku, trudno jest budować plan funkcjonowania jednostki na cały rok „

władanie niewidzialnej ręki rynku. Jestem zwolennikiem reformy pierwszego rodzaju, przede wszystkim ze względu na dobro przeciętnego pacjenta i możliwość większego kreowania roli klinik w polskiej służbie zdrowia przez świadomą i mądrą politykę decydującą.

Czyli w tym momencie nie widzi pan możliwości funkcjonowania szpitala klinicznego jako udziałowca w normalnej grze rynkowej, wraz z ryzykiem upadłości itd.?

Najpierw trzeba stworzyć zabezpieczenia w ilości procentowej udziałów dla konkretnych podmiotów. Można również utworzyć spółkę z udziałem podmiotów publicznych. Udziały nie muszą być przecież niepubliczne. Jeżeli taki zapis powstanie, to szpitale kliniczne mogą ewentualnie tworzyć spółki właśnie z podmiotami publicznymi.

Czyli mają to być spółki prawa handlowego, ale z publicznym właścicielem?

Tak, z uwzględnieniem zasad funkcjonowania rynkowego. Nie wyobrażam sobie, żeby szpitale kliniczne znowu otoczone zostały jakimś podwójnym murem ustaw. To z czasem doprowadziłoby do patologii, a w konsekwencji – do ich upadku.

Jak się pan przygotowuje do nadchodzącego kryzysu?

Musimy określić, czy na zadania dotyczące remontów i zakupów, które kreśliliśmy jeszcze w listopadzie czy w grudniu zeszłego roku, jesteśmy w stanie zabezpieczyć środki, czy też będziemy musieli dokonać pewnej korekty, polegającej m.in. na tym, że zabezpieczymy środki, ale ich nie uruchomimy. Sytuacja jest tym trudniejsza, że kontrakt z NFZ jest tylko na pół roku.

To chyba nie jest komfortowa sytuacja, gdy kontrakt jest tylko na pół roku?

Mając kontrakt na pół roku, trudno jest budować plan finansowy jednostki na cały rok, dyskutować ze związkami zawodowymi na temat wynagrodzeń, rozmawiać o różnych formach zatrudnienia, czy planować remonty, które trwają np. osiem miesięcy. Można zrobić proste przełożenie i przeliczyć te pieniądze na drugie pół roku, ale nie ma gwarancji, że wpłynie taka sama ilość środków co za poprzednie sześć miesięcy. A przecież

należy się spodziewać, że z uwagi na tak wysoką wartość euro zakupimy mniej materiałów i leków.

Niedawno doszło do połączenia w jeden organizm dwóch szpitali klinicznych podlegających Uniwersytetowi Medycznemu w Łodzi. Skąd ta decyzja?

Ostatnim dniem funkcjonowania dwóch oddzielnych uniwersyteckich szpitali klinicznych: nr 2 i nr 5 był 31 marca. Od 1 kwietnia funkcjonuje jeden Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów. Chcemy stworzyć silny szpital uniwersytecki, który będzie przygotowany do szkolenia: po pierwsze studentów Uniwersytetu Medycznego, a po drugie podchorążych – przyszłych lekarzy wojskowych.

Formuła oddzielnych szpitali się nie sprawdziła?

Były to dwie różne administracje, dwie różne dyrekcje, dublujące się oddziały zamówień publicznych, kadr oraz innych składników i rozwiązań, które w tej strukturze nie są potrzebne.

Ile łóżek jest w nowym szpitalu w tej strukturze?

W nowym szpitalu jest blisko 500 łóżek.

Czy decyzja o połączeniu szpitali podyktowana była tylko oszczędnościami w administracji?

W kampanii wyborczej nowych władz Uniwersytetu Medycznego rektor prof. Paweł Górski zapowiadał proces łączenia pewnych struktur w obrębie uniwersytetu. Połączone szpitale kliniczne są o wiele większym partnerem dla NFZ, aniżeli dwa oddzielne szpitale. Oczywiście, mamy tu pewien komfort, ponieważ w tych szpitalach oddziały nie dublują się, a wprost przeciwnie – uzupełniają. Dysponując 21 oddziałami klinicznymi, jesteśmy największym szpitalem klinicznym w Łodzi i dlatego nasze rozmowy z NFZ będą prowadzone z zupełnie innej pozycji.

Będą tu też unikalne oddziały, takie jak interna polowa czy chirurgia polowa, odpowiedzialne za szkolenie studentów wojskowych. W tej chwili szkoli się niewielu lekarzy wojskowych – kilkanaście osób z 3., 4., 5., i 6. roku. Jednak od najbliższego roku akademickiego planowane jest przyjęcie ok. 100–120 studentów – przyszłych lekarzy wojskowych – na pierwszy rok. Dlatego też chcemy przygotowywać odpowiednią do tych potrzeb bazę szkoleniową. Będzie to silny Wydział Wojskowo-Lekarski Uniwersytetu Medycznego.

Okazuje się, że zlikwidowanie Wojskowej Akademii Medycznej nie było najlepszym posunięciem...

Niewątpliwie istnieje pewna specyfika przygotowania osoby, która przez następnych kilkanaście lat będzie pracowała jako lekarz dla sił zbrojnych. Kiedy podej-



mowano decyzję o połączeniu Wojskowej Akademii Medycznej i Łódzkiej Akademii Medycznej, wygaszono stopniowo przyjmowanie studentów-podchorążych na pierwszy rok. Od tamtego czasu zmieniła się sytuacja i teraz potrzeby sił zbrojnych są ogromne. Obecnie wojsko ma kilkaset lekarskich etatów do uzupełnienia.

Jak zatem wojsko radzi sobie z deficytem lekarzy?

Jedną z form jest pozyskiwanie lekarzy cywilnych, ponadto rozpoczął się też program przyjmowania studentów na stypendia wojskowe po 3. roku. Niestety, jest to jednak tylko kilkadziesiąt osób.

Dlatego że nie ma chętnych, czy dlatego że za mało jest miejsc?

Myszę, że musi być przygotowany nie tylko proces szkolenia lekarza wojskowego, ale też odpowiedzialnie budowana wizja ścieżki kariery w siłach zbrojnych.

Jaki jest koszt operacji połączenia szpitali?

W tym momencie nie ma żadnych kosztów łączenia tych szpitali, a nawet oczekujemy, że za tym będą szły pewne oszczędności. Tak jak mówiłem, stanie się to możliwe dzięki likwidacji nakładających się struktur związanych z zamówieniami publicznymi, kadrami i innymi elementami administracyjnymi, które muszą przecież funkcjonować w każdym szpitalu we właściwej dla niego skali zapotrzebowania.

Rozmawiała Justyna Wojteczek