

Rola szpitali klinicznych w Polsce

# Niebezpieczne zagrywki

Szczepan Cofta



fot. Bartek Sadowski/Fotorzepa

Choć problem dotyczy *tylko* około 50 z 800 polskich szpitali, porusza istotny element naszej opieki zdrowotnej. Szpitale kliniczne są obarczone szczególną misją, związaną chociażby ze specyfiką odpowiedzialności za dużą część wysokospecjalistycznych procedur. W natłoku innych problemów medycznych dyskusja na ich temat w gremiach decyzyjnych rzadko jest wnikliwie toczona. Jest ona jednak niezwykle istotnym elementem refleksji związanej z sytuacją ochrony zdrowia w naszym kraju.

Misja szpitali klinicznych ma także szczególną specyfikę dzięki trzem zadaniom, jakie wykonują. Oprócz świadczenia usług medycznych, czyli swego rodzaju służby społecznej, szpitale kliniczne mają też zadania dydaktyczne oraz naukowe. Sprawia to, że usytuowanie tych placówek w systemie opieki zdrowotnej jest szczególne, choć nie może to stawać się przyczyną trudności ich finansowania. Nie można przechodzić do porządku dziennego nad wyzwaniem, że pełnienie tej misji będzie wymagało w przyszłości jasnego sprecyzowania źródeł finansowania poszczególnych elementów działalności.

## Emancypacja szpitali na uczelni

Trzeba szczerze przyznać, że świadomość wyzwań związanych ze szpitalami klinicznymi pojawiła się w polskich uczelniach medycznych dopiero w ostatnich latach, wzrastając szczególnie w ostatnich miesiącach. Uczelnie medyczne, którym przyporządkowano szpitale, po długiej zresztą dyskusji, przed dziesięcioma laty, dość późno odkrywały, w jaki sposób kształtować wzajemne relacje między szpitalami klinicznymi a ich organem założycielskim. Na szczęście – mimo wielu wcześniejszych obaw i nieporozumień – polskie uczelnie dochodzą do wniosku, że szpitale są ich bogactwem, ale także, że ich prowadzenie związane jest z wielką odpowiedzialnością.

### Narzędzie uczelni czy przedsiębiorstwo

Toczyła się ożywiona dyskusja czy szpitale kliniczne powinny być głównie narzędziem uniwersytetu medycznego, czy też sprawnie zarządzanym przedsiębiorstwem. Wielu chciałoby w nich widzieć przede wszystkim użyteczne pole, na którym można swobodnie prowadzić badania kliniczne, nawet za cenę pewnej niefrasobliwości ekonomicznej. Na szczęście, powszechna staje się świadomość, że szpital kliniczny – oczywiście, będąc skutecznym narzędziem dydaktycznym i badawczym uczelni – musi być sprawnie i logicznie zarządzanym przedsiębiorstwem. Jeśli nie będzie ekonomicznie zwarty i prowadzony w sposób odpowiedzialny, nigdy nie stanie się stabilną bazą akademicką. By sprostać konkurencji i wypełnić swe działania, musi być i jednym, i drugim.

### Potrzeba nowej legislacji

Przyszłość powinna przynieść bądź to szczególne zapisy, bądź może nawet specjalną ustawę, poświęconą wyższemu szkolnictwu medycznemu. Uporządkowania wymagałoby przede wszystkim zapewnienie nurtów finansowania przejawów działalności i szpitala, i uczelni. Polegałoby to na bardziej precyzyjnym wydzieleniu trzech zadań: dydaktyki, działalności klinicznej i służby, czyli działalności diagnostyczno-leczniczej.

Ważne byłoby uporządkowanie sposobów zatrudnienia wyższego akademickiego personelu medycznego w szpitalach klinicznych. Wymaga to także precyzyjnych regulacji prawnych. W najbliższych latach wyzwaniem na pewno będzie albo doprowadzenie do ujednoczenia sposobu zatrudnienia przez stworzenie zakresów obowiązków obejmujących sprecyzowanie trzech obszarów spełnianych zadań, albo wyraźne oddzielenie działalności diagnostyczno-leczniczej od aspektów naukowych i badawczych. To drugie rozwiązanie najprawdopodobniej nie okazałoby się zbyt fortunne. Jakikolwiek będą decyzje, ważna jest jednak poważna dyskusja i podjęcie prób – nawet odważ-



foto: iStockphoto

„ Na szczęście powszechna staje się świadomość, że szpital kliniczny – pozostając skutecznym narzędziem dydaktycznym i badawczym uniwersytetu – musi być także sprawnie i logicznie zarządzanym przedsiębiorstwem ”

nych – zmian, z zachowaniem tego, co stanowi i istotę, i dorobek szkolnictwa medycznego.

### Konieczność współpracy z samorządem

Warto podkreślić, że szpitale kliniczne wymagają też zrozumienia ze strony samorządu terytorialnego. Pozostają przecież na służbie miasta czy regionu, choć w trosce instytucji samorządowych często bywają spychane na plan dalszy. Samorządy borykają się przede wszystkim ze swoimi szpitalami, dbając finansowo tylko o nie, zapominają jednak, że to właśnie mieszkańcy ich społeczności korzystają z dobrodziejstw klinik. Najbliższe lata muszą być czasem budowania zrozumienia i harmonijnej współpracy między różnymi organami założycielskimi szpitali. Współpraca taka będzie zawsze korzystna.

Z zadowoleniem należy przyjąć wypowiedzi płynące z ministerstwa, że w najbliższym czasie zostaną odblokowane dla placówek klinicznych pieniądze

„ Przyszłość powinna przynieść bądź to szczególne zapisy, bądź może nawet ustawę, poświęconą wyższemu szkolnictwu medycznemu ”

unijne, zarezerwowane do tej pory dla szpitali samorządowych, gdyż dotychczasowe rozwiązanie było dla jednostek akademickich krzywdzące.

### Jakie uprzywilejowanie?

Nieustannie toczy się spór, nie tylko w naszym kraju: czy szpital kliniczny powinien mieć uprzywilejowane miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Trzeba rozstrzygnąć, czy te placówki – tylko z powodu swej specyfiki – mają być korzystniej finansowane, jak to się dzieje w wielu krajach. Czy należy zachować system referencyjności i jakie powinny być tego przyczyny? Wydaje się, że uprzywilejowanie szpitali klinicznych powinno wynikać przede wszystkim z rangi wykonywanych procedur. Nie oczekujemy szczególnych przywilejów ze względu na sam charakter działalności. Racją uprzywilejowania jest bogactwo tego, co się w nich dokonuje.

### Szpitala kliniczne w ogniu kontroli

Początek tego roku przyniósł zainteresowanie Najwyższej Izby Kontroli elementem funkcjonowania szpitali, który do tej pory wymykał się takiemu oglądowi. Najwyższa Izba Kontroli ocenia wydawanie pieniędzy publicznych i jest swego rodzaju audytorem zewnętrznym. Kontrola prowadzona w kilkunastu placówkach klinicznych miała na celu przyglądnięcie się nie tylko sposobom prowadzenia przetargów i warunków dzierżawy sprzętu medycznego, ale także gospodarce lekami, wyjazdami zagranicznymi lekarzy, jak również – co wzbudza największe zaniepokojenie i emocje – sposobowi prowadzenia badań klinicznych.

Badania kliniczne wdarły się w rzeczywistość życia wielu klinik uniwersyteckich na zasadzie żywiołu. Paradoksem jest, że w środowisku szpitali klinicznych co najmniej od pięciu lat toczy się dyskusja nad aspektami organizacyjno-prawnymi prowadzenia tych badań, ukazująca trudności i dylematy, jakie rodzą się w związku z nimi. Wielokrotnie podczas spotkań, m.in. Forum Szpitali Klinicznych, organizowanych co roku w Poznaniu, oraz w licznych publikacjach, także moich, wracał temat braku wystarczających uregulowań prawnych do prowadzenia badań klinicznych w naszej polskiej rzeczywistości.

Domagaliśmy się wielokrotnie uregulowań prawodawczych, wskazując jednoznacznie na niedoskonałości w tym względzie. Okazuje się jednak, że zamiast podjęcia wysiłków tworzenia prawa, najłatwiejsze jest rozpoczynanie od tyłu, to znaczy od kontroli. Łatwiej kogoś zająć od tyłu niż stworzyć warunki do rzetelnego działania. Choć – jeśli brak innych możliwości i jest to wynik bezsilnej desperacji – to może i to okaże się skutecznym wyjściem.

Podstawową trudnością dla zarządzających szpitalami klinicznymi było zetknięcie się z nietypową formą działalności, zarezerwowaną zasadniczo dla naukowego wymiaru działalności klinik na bazie szpitali klinicznych, zachowujących – z powodu swej akademickiej charakterystyki – swego rodzaju autonomię. Dopiero po pewnym czasie dyrektorzy szpitali zorientowali się, że działalność badawcza może istotnie wpływać na działalność placówki w wymiarze ekonomicznym i organizacyjnym.

### Dlaczego tak nędzne wyniki?

Z sygnałów przekazywanych przez kontrolujących wynika, że sytuacja w przedstawianym zakresie zasadniczo niemalże wszędzie jest nieokielznana. Sugeruje się, że badania kliniczne prowadzone są z uszczerbkiem dla finansów publicznych, nie ma w nich skutecznych mechanizmów egzekwowania należnych części przychodów związanych z badaniami.

Jeśli rzeczywistość w tym względzie pozostawia tak wiele do życzenia, to powinna temu towarzyszyć przede wszystkim refleksja dotycząca przyczyn i próbująca weryfikować mechanizmy, których – jak się wydaje – zabrakło.

Kontrolujący tłumaczyli, że obecne prawo jest wystarczające do uregulowania badań klinicznych, a równocześnie mówili, że nie powinno się wszędzie szukać odpowiedniego prawa, lecz kierować się zdrowym rozsądkiem. Wydaje się jednak, że niezwykle trudne jest podjęcie wyzwań ujawniających się na styku rozmaitych interesów, autonomii i niejasności prawnych bez jednoznacznych sygnałów ze strony prawodawcy.

Kontrola może stać się istotnym elementem poprawiającym sytuację, jednakże nie zastąpi klarownych uregulowań prawnych, a takie w tym przypadku wydają się być konieczne. Nareszcie słyhać zapowiedzi wprowadzenia rozporządzenia określającego tryb odbywania badań klinicznych.

### Czy splotą na stosie

Pozostaje odrębną kwestią podział przychodów między badaczami a szpitalem. Dotychczas był on owiany pewną tajemnicą, niedostępną dla zarządzających, ze względu na odrębność umów między szpitalem i sponsorem, oraz sponsorem i badaczem. Praktyka postępowania Najwyższej Izby Kontroli wykazała konieczność jawności tych umów, negując – jak się

wydaże – podstawowe kryterium legalności rozdziału tych umów. Wypadałoby nawet zapytać wprost, czy umowa zawierana między sponsorem a badaczem – z pominięciem szpitala – ma jakąkolwiek rację istnienia, jeśli dotyczy rzeczywistości badań dokonujących się na terenie publicznej jednostki. Jeśli przed kilkoma laty pojawiłyby się przepisy prawne o konieczności umów trójstronnych, to być może dziś ten jeden z zasadniczych problemów by nie istniał.

Trzeba także z całą stanowczością przyznać, że istnieje jakieś pole redystrybucji pieniędzy przeznaczanych przez sponsorów na rzecz badaczy i szpitali. Zenującym jest, jeśli ta proporcja wynosiła jeden do dziewięciu, jak to może wynikać ze wstępnych szacunków. Każde z badań wymaga na pewno rzetelnej kalkulacji.

Okazuje się, że obsługa badań jest dużym i pracochłonnym wyzwaniem administracyjnym, związanym z niemałymi kosztami, a także odpowiedzialnością. Kosztem więc jest nie tylko obsługa apteczna, wynajem pomieszczeń czy archiwizacja.

Nie uda się jednak uratować badań klinicznych w naszym kraju jako swego rodzaju dynamicznej branży przy przyjęciu podziału pół na pół. Bez sownego opłacenia badaczy nikt nie będzie zainteresowany wykonywaniem tej żmudnej, *łopatologicznej* często i wymagającej administracyjnej perfekcji pracy. Trzeba więc uważać, by nie wylać dziecka z kąpielą.

### Pytania bez odpowiedzi

Omijamy nieustannie jedno z podstawowych pytań związanych z finansowaniem badań klinicznych. Chodzi o zakres odpowiedzialności sponsora. Pojawiają się opinie, że prowadząc badanie kliniczne, sponsor przejmuje całkowite koszty leczenia pacjentów, a polski płatnik, jakim jest w większości NFZ, wyzbywa się odpowiedzialności za pacjenta.

Wymaga jasnego wypowiedzenia, na ile rzeczywistość zostaje zachowana odpowiedzialność publicznego płatnika. Czy nie lepiej określić jednoznacznie, że sponsorzy odpowiedzialni są za leczenie ponadstandardowe, oferowane w ramach badań klinicznych, np. onkologicznych, a leczenie typowe odbywa się w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Nie unikajmy odpowiedzi na to pytanie, gdyż możemy zażegnać wielu niepokojów związanych z brakiem jasnych odpowiedzi.

### Naczelna Izba Kontroli a uniwersytet

Trzeba przyznać, że pojawienie się organu kontrolującego w strukturach szpitala akademickiego – ściśle powiązanego z uniwersytetem – wzbudziło reakcje najpierw niedowierzania, a potem swego rodzaju szok. Podejrzewano nawet dyrekcję o inspirację restrykcyjnych działań kontrolnych. Może zabrakło podsta-

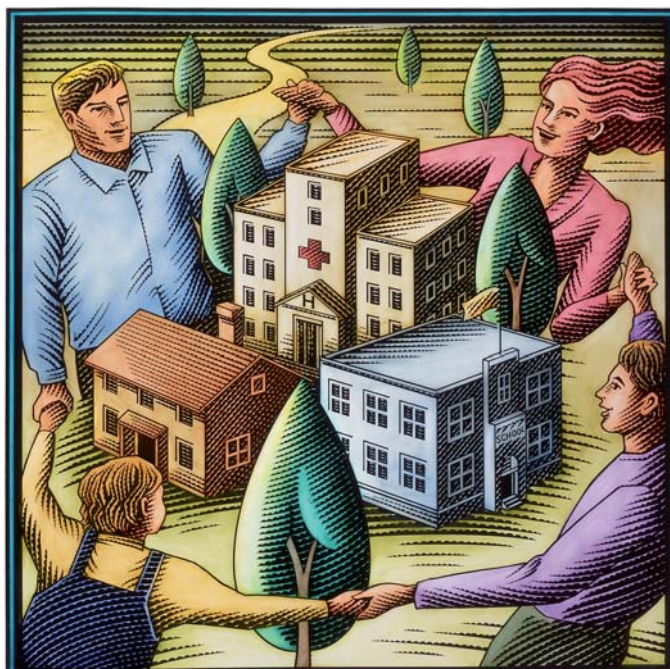


foto: images.com/Corbis

„ Szpitale kliniczne pozostają na służbie miasta czy regionu, choć często bywają spychane w trosce instytucji samorządowych na plan dalszy ”

wowej edukacji związanej z rolą naczelnego państwowego organu kontrolnego, świadomości jego uprawnień i zadań. Nikt by nie przypuszczał, że środowiska akademickie trzeba edukować w tym względzie, a także, że takiej kontroli może ono w ogóle zostać poddane.

Jeśli by doszukiwać się powodu tego zadziwienia, reakcji szokowej, a czasami (strachliwie chyba) historycznej, to można przywołać świadomość swego rodzaju akademickiej autonomii. Część akademików jest przekonana, że zdobycie samodzielności naukowej w pewnym sensie uniezależnia od rygorów prawa (a w niektórych przypadkach – nawet od reguł ekonomii). Drugim natomiast powodem zadziwienia jest tkwiący dość głęboko w świadomości medycyny klinicznej spór o to, czy klinika jest własnością prywatną, czy pozostaje jednak domeną sfery publicznej.

Jeśli w wielu szpitalach klinicznych toczy się dyskusja nad formami działania i uprawnieniami rad klinicystów, to aplikacja ich roli i uprawnień w świetle sytuacji kryzysowej, jaką jest dość wnikliwa i *nieakademicka* kontrola NIK, nie przyniosłaby dobrych roz-

„ Pierwszym sukcesem będzie uzdrowienie relacji między uczelnią medyczną a jej szpitalami „

wiązań, a mogłyby też być źródłem działań pozaprawnych. Stąd też rola tych rad powinna – w świetle obowiązujących przepisów prawnych dotyczących zakładów opieki zdrowotnej – pozostać płaszczyzną rzeczowej komunikacji wewnątrzszpitalnej i opiniotwórczej. Próby przekazania uprawnień bez podjęcia odpowiedzialności nie wydawałyby się dobrze służyć dobru szpitali klinicznych. Nie zakładają tego zresztą obowiązujące przepisy, obarczające odpowiedzialnością w całości jednoosobowo dyrektora, którego rola w świetle złożonej rzeczywistości jest nie do pozardroszczenia.

#### Kolejne wołanie na puszcy

Warto zauważyć, że badania to tylko jeden z wymiarów działalności naukowej w klinikach. Są one przedmiotem zainteresowania ze względu na dopływ finansującego je kapitału. Jeśliby jednak pozostać konsekwentnym (i odważnym), trzeba byłoby zająć się innymi aspektami badań naukowych w szpitalu klinicznym. Wtedy zapewne konsekwentnie zmuszeni zostalibyśmy do postawienia tezy (przez analogię do określeń wyrażanych ostatnio), że badania naukowe odbywają się z niepowetowanymi szkodami w mieniu publicznym.

Jako konkluzja pozostaje więc albo zaakceptowanie – często niewyrażonej w sposób otwarty – misji naukowej szpitala klinicznego, albo pilna potrzeba zainicjowania regulacji prawnych określających formy funkcjonowania szpitali klinicznych powoływanych do realizacji trojkiej misji – służby, nauki, edukacji, tym bardziej że nie tylko drugi, ale także i trzeci z wymienionych elementów misji wymagałby rozsądnego i rozwiązującego problemy oglądu. Obawiam się jed-

„ Oprócz haseł o współodpowiedzialności nie może – w kontekście szpitali klinicznych – nie paść słowo *dyscyplina* „

nak – nauczony pewnym doświadczeniem, chociażby związanym z losami dryfowania badań klinicznych w polskiej rzeczywistości w ostatnich latach – że jeszcze odbędziemy długą (i pokrętną) drogę, nim świadomość tego stanie się powszechna, a na dodatek – co jest najważniejsze – zostaną podjęte próby rozwiązania zarysowanych wyzwań. Zwłaszcza że wymagają zmodyfikowanego podejścia do finansowania badań w zakresie klinicznych nauk medycznych, czego nie przemyślano do tej pory.

#### Oś odpowiedzialności

Szkoda, że w ostatnich miesiącach debatę na temat szpitali klinicznych zdominowała sprawa badań klinicznych. Jest to bowiem tylko jedno z tak wielu pól zarządzania, niekoniecznie rzutujące na całość jego obrazu. Współczesne szpitale wymagają rozwiązywania wielu złożonych problemów organizacyjnych, w tym informatycznych czy logistycznych. Trudne, ale pasjonujące jest rozsądne przełamywanie kolejnych barier rozwoju.

W wypełnianiu zadań przez szpitale kliniczne dominować powinno zaufanie, wspólna troska oraz stworzenie odważnej i rozważnej osi: rektor z władzami uczelni, ordynator – kierownik kliniki, pracownicy (współtworzący przecież to dzieło) oraz dyrekcja szpitala. Obok haseł o współodpowiedzialności nie może także – w kontekście szpitali klinicznych – nie paść słowo: *dyscyplina*.

Warto, by nie tylko gremia akademickie, ale politycy i specjaliści ochrony zdrowia zajęli się w sposób odpowiedzialny sprawami szpitali klinicznych. Trzeba wyrazić przekonanie, że rozwiązywanie często niemałych problemów wymaga zapewnienia dwóch wymiarów sukcesu. Pierwszym będzie wewnętrzna harmonizacja relacji między uczelnią a jej szpitalami: narzędziami uniwersytetu i sprawnie zarządzanymi przedsiębiorstwami; drugim zaś zapewnienie – dzięki odpowiednim regulacjom prawnym – bezpieczeństwa funkcjonowania w trzech obszarach: służbie, ale i dydaktyce, i nauce, w harmonii ze szpitalami innych organów założycielskich. Takie są właśnie precyzyjnie wyrażone najważniejsze wyzwania.

Szpitale kliniczne bez dostrzeżenia ich specyfiki i problemów, oraz bez uzupełniających regulacji – przy innych dynamicznie rozwijających się lecznicach – w ciągu kilku lat mogą oczekiwać marginalizacji i drenażu kadr, mimo że ponoszą ciężar wielu wysokospecjalistycznych procedur oraz kapitalnej pozycji wyjściowej wynikającej z posiadania znaczącego potencjału ludzkiego. Problem wydaje się być tym bardziej istotny, że szpitale te odpowiedzialne są za olbrzymią część bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

*Autor jest naczelnym lekarzem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.*