



Fot. PAP/Leszek Szymański

Niepokojąca cisza

Głośno jest o sieci szpitali, lekarzach POZ, ratownikach i pielęgniarzach. Obecne kierownictwo resortu zdrowia podjęło wiele tematów, pochyliło się nad wieloma sprawami od lat czekającymi na załatwienie. Ale gdy chodzi o szpitale kliniczne – zastanawiające milczenie. Skąd się ono bierze?

Wielokrotne próby stworzenia jasnych przepisów dla tego typu jednostek nie przyniosły rezultatu. I trudno odpowiedzieć na pytanie, dlaczego. Założenia pisali eksperci w ministerstwie, rektorzy uczelni medycznych, a także sami dyrektorzy, ale niestety nigdy nie doczekały się one publikacji. Zastanawiające jest tylko, z czego to wynika.

Oczekiwania a rzeczywistość

Szpitale kliniczne na całym świecie mają zdefiniowaną rolę i określone zadania. Za ich wykonanie otrzymują wynagrodzenie z różnych źródeł, głównie od instytucji, które są zainteresowane zlecaniem szpitalowi klinicznemu innych zadań niż samo leczenie chorych.

W Polsce mamy odmienne realia. Szpitale kliniczne, będące kluczowym elementem systemu zabezpieczenia medycznego kraju, działają na zasadach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem tworzącym jest uczelnia medyczna. Uczelnie natomiast, będąc jednostkami budżetowymi, nie dysponują środkami i nie czują się odpowiedzialne za realizowane przez szpital zadania i ich finansowanie. Oczekują od głównego płatnika, czyli NFZ, i ministerstwa sfinansowania potrzeb szpitala. I nie doczekują się.

Wyjść naprzeciw

Teoretycznie wszyscy wiedzą, że nie ma nic za darmo, a jednak w praktyce oczekują takiego działania. Wydawałoby się zatem, że wyjściem naprzeciw ocze-

„Szpitale kliniczne na całym świecie otrzymują wynagrodzenie z różnych źródeł, głównie od instytucji, które są zainteresowane zlecaniem takim placówkom innych zadań niż samo leczenie chorych”

kiwaniem dyrektorów szpitali i rektorów uczelni medycznych będzie ustawowe określenie funkcjonowania i finansowania tych podmiotów. Szpital kliniczny jest to bowiem wyłącznie podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna, wykonująca działalność leczniczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i badawczych prowadzonych przez uczelnię medyczną, w tym w szczególności z kształceniem przed- i podyplomowym w zawodach medycznych oraz wdrażaniem nowych technologii medycznych i metod leczenia. I jako taki powinien być finansowany.

„Zadania dydaktyczne i badawcze, wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia – wszystkie te obszary angażują personel, zasoby i pieniądze, ale nie zostały wkalkulowane w realizację procedur medycznych”

Potrzebne zmiany

Wszystkie te obszary angażują personel, zasoby i pieniądze, ale niestety nie zostały wkalkulowane w realizację procedur medycznych. Ponadto co roku niepewność co do zapłaty za wykonane świadczenia ponad limit umowy destabilizuje finanse szpitali, często uniemożliwiając stworzenie racjonalnego planu rozwojowego jednostki. W poszczególnych kategoriach wy-

stępuje szereg barier, które w mojej ocenie wymagają pilnych zmian:

1) prawne – nieuregulowane:

- zatrudnianie nauczycieli akademickich i ich dostęp do danych pacjenta,
- zmiana formy prawnej – z zabezpieczeniem uczelni, finansów, pacjentów i wierzycieli oraz z określeniem zasad, na podstawie których byłyby podejmowane te decyzje,
- możliwość komercyjnego wykorzystania wolnego potencjału szpitala i nielimitowanie świadczeń zdrowotnych, wyłączenie z konkursów, gwarancja kontraktu,
- wprowadzenie stopni referencyjności szpitali, określenie wymogów i uprawnień dla nich,
- ustalenie, kto i w jakim zakresie wpływa na zarządzanie – minister zdrowia, minister szkolnictwa wyższego, minister skarbu lub inne organy,
- stanowiska, wynagrodzenia, kwalifikacje i wymogi jasno zdefiniowane, bez ingerencji zewnętrznej;

2) finansowe – nieuregulowane:

- wyceny usług zdrowotnych winny być wyższe – adekwatnie do poziomu referencyjnego i rzeczywistych kosztów wykonanych świadczeń w oparciu o standard,
- brak planowego źródła finansowania zakupów aparatury i sprzętu medycznego, remontów i inwestycji,
- brak źródła i sposobu finansowania dydaktyki na terenie szpitala;

3) podatkowe – do zmiany:

- wskaźnik do naliczania PFRON w szpitalach należy obniżyć przynajmniej do takiego poziomu jak na uczelniach,
- VAT i PDOP – zwolnienia lub preferencje,
- odpady – ustalić maksymalny poziom lub wprowadzić stawki preferencyjne,
- podatek od nieruchomości – zwolnić z opłat.

Pora się tym zająć

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że jedną z najtrudniejszych do rozwiązania kwestii w procesie zmian ochrony zdrowia jest reforma szpitali uniwersyteckich. Trudności te wynikają zarówno z wielkości tego typu szpitali, jak i z wielodyscyplinarnego charakteru ich działalności. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że różnorodność i liczba szpitali klinicznych w poszczególnych województwach jest zmienna. Pracują w nich wybitni specjaliści realizujący projekty badawcze i naukowe, a także określony proces dydaktyczny. Brak wyznaczonej ścieżki prawnej oraz spójnego i kompleksowego systemu finansowania szpitali uniwersyteckich powoduje często niski poziom ekonomicznej efektywności i brak możliwości połączenia wszystkich zadań w harmonijną całość.

*Ewa Książek-Bator
Autorka jest członkiem zarządu Polskiej Federacji Szpitali.
Przez wiele lat kierowała Uniwersyteckim
Centrum Klinicznym w Gdańsku.*