

Upadłość jest kosztownym, choć jedynym sposobem  
na pozbycie się części szpitali klinicznych



## Na skraju bankructwa

Marcin Kautsch

Kiedy redakcja zwróciła się do mnie z prośbą o przygotowanie artykułu na temat szpitali klinicznych, zastrzegłem od razu, że o ile informacje dotyczące ochrony zdrowia nie są łatwo dostępne, o tyle szpitale kliniczne – jako dość wąską grupę – tym trudniej jest opisać za pomocą rzetelnych danych.

Poniższy artykuł należałoby więc potraktować przede wszystkim jako wstęp do dyskusji na temat szpitali klinicznych i próbę postawienia kilku tez, które wymagają weryfikacji. Dane użyte w poniższych wyliczeniach pochodzą czasami z różnych okresów, część ze wskaźników została stworzona specjalnie na potrzeby niniejszego wywodu.

samego Ministerstwa Zdrowia<sup>2</sup> informuje o istnieniu 41 szpitali klinicznych.

Mając świadomość występowania tych różnic czy też nieściśłości, można stwierdzić, że średni szpital kliniczny jest jednostką znacznie większą niż średni ogólny szpital w Polsce, a różnica wynosi 1/3 – jeżeli porównamy liczbę łóżek.

## » W Wielkiej Brytanii jest o połowę mniej szpitali klinicznych niż w Polsce «

### Sami nie wiecie co posiadacie

Szpitala kliniczne (czy też uniwersyteckie, bo część z nich funkcjonuje już pod taką nazwą, zgodnie z ustawą *O zakładach opieki zdrowotnej*<sup>1</sup>) są zazwyczaj dużymi jednostkami. Porównanie wielkości różnych rodzajów szpitali w Polsce przedstawiono w tab. 1. Analiza przytoczonych danych nie jest możliwa bez wzięcia pod uwagę zastrzeżeń podanych poniżej.

Warto odnotować, że problemy z danymi na temat szpitali klinicznych zaczynają się już na poziomie liczby tych jednostek. Podane w wierszu pierwszym dane pochodzą z *Rejestru zakładów opieki zdrowotnej i jednostek państwowego ratownictwa medycznego* (instytucja podległa Ministerstwu Zdrowia), a do zestawiania wzięto jednostki kodowane jako podległe *państwowej uczelni medycznej albo państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną*. Natomiast strona internetowa

Mówi się, że w Polsce mamy za dużo szpitali i za dużo łóżek. Dotyczy to wszystkich poziomów lecznictwa, a jest tym bardziej palącym problemem, kiedy mowa o szpitalach klinicznych. W grę wchodzi bowiem duże jednostki z dużymi budżetami (co zostało przedstawione poniżej).

Spróbujmy przyjąć, że faktycznie w Polsce mamy 50 szpitali klinicznych. W Wielkiej Brytanii w samym Londynie jest ich 9 (*teaching hospitals*), poza Londynem – 16<sup>3</sup>. To daje razem 25 – połowę mniej niż w Polsce. Wielka Brytania liczy ok. 60 mln mieszkańców, jeśli się odejmie Szkotów i mieszkańców Irlandii Północnej (którzy mają osobne systemy ochrony zdrowia), stanowiących ok. 12 proc. społeczeństwa, to wychodzi, że jeden szpital kliniczny przypada na ok. 2,1 mln mieszkańców. W Polsce ten wskaźnik wynosi 760 tys. osób na jeden szpital. Oznacza to, że jesteśmy na tyle bogaci, że stać nas na utrzymanie tak dużej liczby zakładów pełniących

Tab. 1. Wielkość szpitali klinicznych na tle innych szpitali w Polsce

Lp.	Wskaźnik	Liczba zakładów	Liczba łóżek
1.	szpitale kliniczne (2005 r., wg Rejestru zoz)	50	20 876
2.	szpitale kliniczne (2001 r., wg NIK)	43	14 901
3.	średni szpital kliniczny	–	347
4.	publiczne szpitale ogólne (2002 r.)	660	180 888
5.	średni szpital ogólny	–	254
6.	średni szpital ogólny w porównaniu ze szpitalem klinicznym	–	79 proc.
7.	szpitale ogólne (bez klinicznych)	617	165 987
8.	średni szpital ogólny (bez klinicznych)	–	269
9.	średni szpital ogólny (bez klinicznych) w porównaniu ze szpitalem klinicznym	–	67 proc.

Opracowanie własne na podstawie (podano wg numeracji wierszy):

1. <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>, 8.03.2005 r.

2. Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania szpitali klinicznych podległych Ministrowi Zdrowia w warunkach reformy ochrony zdrowia. KPZ/DZiKF-41007-01, nr ewid. 151/2002/P/01/132/KPZ, Warszawa, maj 2002 r.

4. Rocznik Statystyczny RP 2004. GUS, Warszawa 2004, s. 379.

Uwaga: kursywę podano wyliczenia własne

funkcje dydaktyczne i naukowe (ok. 2,8 raza lepsi niż Brytyjczycy).

Przy założeniu, że szpitale klinicznych jest 41 – a właśnie ku takiemu założeniu należałoby się skłaniać – omawiany wskaźnik osiąga wartość 1 szpital na 930 tys., a to w dalszym ciągu dużo. Z kolei wypadłoby uznać, że w tej klasie jednostek umieścić należy również szpitale instytutów naukowo-badaw-

danymi, jak liczba szpitali. Organ ministerialny tworzy wirtualne szpitale (9 molochów), albo samo ministerstwo nie jest się ich w stanie doliczyć. W załączniku do raportu Najwyższej Izby Kontroli na temat szpitali klinicznych (z 2002 r.) brak danych na temat tego, ile jest łóżek w 6 szpitalach<sup>5</sup>, co oznacza, że NIK nie był się w stanie dorachować ok. 2 400 łóżek z *najwyższej półki*.

„ Szacuje się, że jedno łóżko w szpitalu w Małopolsce kosztowało rocznie 53 215 zł. Łóżko w szpitalu klinicznym jest droższe o 30 proc. Ktoś jeszcze się dziwi, że w opiece zdrowotnej jest źle? ”

czych<sup>4</sup>, z których 12 prowadzi działalność kliniczną. Wówczas omawiany wskaźnik (przyjmując, tego typu zakładów jest 41+12=53) spadłby do 720 tys. osób na jeden szpital.

### Wirtualne szpitale

Powyższe rozważania wskazują, na to, że w dalszym ciągu mamy problemy z tak podstawowymi

W 2002 r. jedno łóżko w szpitalu w Małopolsce kosztowało 53 215 zł<sup>6</sup>. Przyjmując, że łóżko w szpitalu klinicznym jest droższe o 30 proc., to łóżka, których nie możemy się doliczyć, kosztują między 111 a 129 mln zł.

Ktoś jeszcze się dziwi, że w opiece zdrowotnej jest źle?

### Nieefektywne struktury

Duże jednostki mają zwykle większą siłę rażenia, ale też więcej kłopotów z dostosowaniem do zmieniających się warunków otoczenia. W warunkach niestabilności lepiej radzą sobie bowiem organizacje mniejsze, bardziej elastyczne (choć są one łatwiejsze do likwidacji). W tak dużych strukturach niemalże naturalne staje się dublowanie stanowisk i funkcji. Dodatkowym impulsem do takiego działania mogą być związki z uczelniami (omówione poniżej).

Przytoczone argumenty tłumaczą, dlaczego w strukturach szpitali klinicznych pojawiają się chociażby takie rozwiązania, jak te podane w tab. 2. (informacje pochodzą ze strony internetowej jednego ze szpitali).

Zakładam, że pokazane rozwiązanie organizacyjne ma uzasadnienie, brak możliwości oceny, czy poszczególne jednostki chirurgiczne nie są sprofilowane (mimo nazwy *ogólnej*), choć trudno nie zadać pytania, czy istnieje potrzeba utrzymywania aż czterech oddziałów chirurgii ogólnej w jednym szpitalu, skoro specjalizacje poszczególnych klinik są tak jasno sprecyzowane.

Okazuje się jednak, że i szpital kliniczny może także tworzyć przejrzyste struktury, mimo pozornie mało przejrzystego, czy też nic nie mówiącego nazewnictwa dotyczącego klinik (tab. 3.).

W powyższych rozważaniach warto też wspomnieć o specjalizacji, która czasami może wydać się nieco zbyt zawężona. Stawiałoby to pytanie

Tab. 2. Przykład struktury szpitala klinicznego I

Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantologii
• Oddział Chirurgii Naczyniowej
• Oddział Chirurgii Ogólnej
• Oddział Transplantologii
Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej
• Oddział Chirurgii Ogólnej
• Oddział Chirurgii Endokrynologicznej
Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej
• Oddział Chirurgii Ogólnej
• Oddział Chirurgii Przewodu Pokarmowego
Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki
• Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
• Oddział Chirurgii Ogólnej

Tab. 3. Przykład struktury szpitala klinicznego II

<b>I Klinika Chorób Dzieci</b>
klina o profilu ogólnopediatrycznym, nefrologicznym i patologii noworodka
<b>II Klinika Chorób Dzieci</b>
klina o profilu endokrynologicznym, diabetologicznym, kardiologicznym, reumatologicznym i hematologicznym
<b>III Klinika Chorób Dzieci</b>
klina patologii wieku rozwojowego, sprofilowana na alergię i nietolerancję pokarmową, schorzenia przewodu pokarmowego, zaburzeń metabolizmu i żywienia dzieci

Tab. 4. Zatrudnienie w szpitalach klinicznych w 2000 r.

Wskaźnik dla szpitali klinicznych	Lekarze zatrudnieni wg stanu na koniec 2000 r.					
	ogółem		lekarze akademicy		pozostali lekarze	
	etaty	osoby	etaty	osoby	etaty	osoby
łącznie	5 425,8	7 598	1 322,0	3 564	4 103,8	4 034
średnio	146,6	205,4	35,7	96,3	110,9	109,0

Uwaga: dane pochodzą z 37 jednostek, które przedstawiły dane

Materiał źródłowy: Opracowanie własne na podstawie: Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania szpitali klinicznych podległych Ministrowi Zdrowia w warunkach reformy ochrony zdrowia, KPZ/DZiKF-41007-01, nr ewid. 151/2002/P/01/132/KPZ, Warszawa, maj 2002 r.

o sensowność przyjętych podziałów. Lektura stron internetowych szpitali klinicznych wskazuje, że tworzą one kliniki o bardzo zbliżonym profilu lub też umieszczają na tym samym poziomie organizacyjnym komórki, które trudno uznać za prezentujące porównywalne (klinika/oddział) wielkości czy zakresy działania. Nie sposób wymagać/nakazywać, by wszystkie organizacje budowane były wg tego samego schematu. Wydaje się jednak, że w istniejących strukturach szpitali klinicznych tkwi sporo możliwości reorganizacyjnych, które mogłyby im pozwolić na podniesienie efektywności ich działania.

z tym, że uznają przede wszystkim autorytet osób ze swojej grupy zawodowej, istnieje konieczność powierzenia profesjonalistom funkcji kierowniczych, co jest sprzeczne z ich stylem pracy<sup>9</sup>. Opinię dotyczącą większej skłonności do zależności profesjonalistów od własnej grupy zawodowej niż od struktur organizacji potwierdza także Hart<sup>10</sup> czy Shortell i Kaluzny, którzy dodatkowo wskazują, że lekarze są mało skutecznie kontrolowani pod względem organizacyjnym i kierowniczym. Dodają oni, że w organizacjach opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalach, istnieje podwójne podporządkowanie służbowe (kliniczne i administra-

” Jak twierdzą Anthony i Young, profesjonalści mają często motywację do nieuwzględniania kwestii ekonomicznych w swoim działaniu ”

### Personel indywidualistów<sup>7</sup>

Osoby pracujące w działach klinicznych zakładów opieki zdrowotnej muszą dysponować odpowiednimi kwalifikacjami<sup>8</sup>. Powoduje to istotne ograniczenia w możliwości zatrudniania personelu, którego zadaniem byłoby wykonywanie czynności związanych z realizacją głównego celu działania zakładu opieki zdrowotnej.

Wykonywanie głównych zadań w jednostce przez lekarzy i pielęgniarki (tj. grupy profesjonalistów) ma niezwykle silne implikacje dla działania jednostki i zarządzania nią. Jak twierdzą Anthony i Young, profesjonalści mają często motywację do nieuwzględniania kwestii ekonomicznych w swoim działaniu. Uznanie w oczach innych przedstawicieli tej samej profesji ma dla nich większe znaczenie niż działanie zmierzające do najlepszego wykorzystania posiadanych środków. Profesjonalści mają też tendencję do pracy indywidualnej, co stwarza problemy w zarządzaniu. W związku

z tym, że uznają przede wszystkim autorytet osób ze swojej grupy zawodowej, istnieje konieczność powierzenia profesjonalistom funkcji kierowniczych, co jest sprzeczne z ich stylem pracy<sup>9</sup>. Opinię dotyczącą większej skłonności do zależności profesjonalistów od własnej grupy zawodowej niż od struktur organizacji potwierdza także Hart<sup>10</sup> czy Shortell i Kaluzny, którzy dodatkowo wskazują, że lekarze są mało skutecznie kontrolowani pod względem organizacyjnym i kierowniczym. Dodają oni, że w organizacjach opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalach, istnieje podwójne podporządkowanie służbowe (kliniczne i administra-

cyjne), co stwarza problemy dotyczące koordynacji i odpowiedzialności oraz trudności wynikające z pomieszania kompetencji<sup>11</sup>. Kolejną kwestią związaną z pracą profesjonalistów w strukturach zakładów opieki zdrowotnej jest rozwój zawodowy. O ile w pionach nieklinicznych, nawet w przypadku niewielkich zakładów, istnieje możliwość awansu pionowego, to w przypadku lekarzy ordynator jest ostatnim szczeblem kariery. Możliwości awansu należy więc uznać za niezwykle ograniczone. Oznacza to, że łatwiej jest o uznanie zawodowe wśród innych członków tej grupy zawodowej niż uzyskanie awansu w strukturach zakładu.

Pracę ordynatora w zwykłym szpitalu cechuje swoboda w planowaniu działania podległego personelu, co wiąże się z dużym zakresem możliwości kierowania zachowaniami lekarzy, wynikającym z braku ujednoczonych, klinicznych algorytmów postępowania, braku norm zatrudnienia, niewielkiego związku zachodzącego między wykonywaną

pracą a wynikami finansowymi<sup>12</sup>. O ile ordynator powinien być reprezentantem pracodawcy na oddziale, to w sferze leczenia chorych ordynatorowi przysługuje autonomia<sup>13</sup>. W praktyce natomiast trudno oddzielić te sfery działania, co sprawia, że autonomia ordynatora jest niezwykle szeroka. Co więcej, w wyniku wygrania konkursu ordynator może pełnić swoją funkcję przez 6 lat (art. 44a ustawy *O zakładach opieki zdrowotnej*<sup>14</sup>), a w niektórych przypadkach 8 lat (jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego ordynatorowi brakuje 2 lat). Natomiast rozwiązanie z nim stosunku pracy może nastąpić na drodze porozumienia stron bądź też bez wypowiedzenia w oparciu o artykuły 52, 53 i 55 Kodeksu pracy<sup>15</sup>, to jest wyłącznie w wyniku utraty przez niego uprawnień koniecznych do wykonywania zawodu, ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych, popełnienia przez niego przestępstwa lub niezdolności do pracy wskutek choroby. Jak podaje Z. Kuboń, oznacza to, że zatrudnienie ordynatora cechuje się ogromną stabilnością, nietypową dla pracowników zajmujących kierownicze stanowiska<sup>16</sup>.

Skoro więc pojawiają się problemy z zarządzaniem personelem medycznym (jako takim), to jakie problemy pojawiać się będą z zarządzaniem osobami, które są wybitnymi fachowcami w swojej dziedzinie, często laureatami prestiżowych nagród, autorami cenionych artykułów naukowych czy podręczników?

Opisana relatywnie krótka ścieżka kariery dla personelu medycznego w szpitalach sprawia, że to właśnie rozwój naukowy daje lekarzom największy prestiż. Można więc zrozumieć chęć (i przymus związany z przepisami dotyczącymi pracowników naukowych) lekarzy akademickich do pisania rozpraw doktorskich czy potem habilitacji.

Rozwój kariery naukowej kadry medycznej szpitala/uczelni prowadzi do pojawiania się najpierw sporej grupy pracowników z tytułem doktora nauk, potem doktora habilitowanego, a więc osoby będącej na uczelni samodzielnym pracownikiem naukowym. Rosnący prestiż przekłada się na poczucie niezależności i naturalną chęć do posiadania własnych struktur, przy pomocy których można rozwijać kierunek wiedzy interesujący daną osobę.

## ” Lekarze są mało skutecznie kontrolowani pod względem organizacyjnym i kierowniczym, a w organizacjach opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalach, istnieje podwójne podporządkowanie służbowe ”

Silna specjalizacja w medycynie sprawia, że problematyczna staje się kontrola działań lekarskich. Wspomniałem o problemach związanych z obsadą pracowników zakładu opieki zdrowotnej (konieczność posiadania przez nich odpowiednich uprawnień). Trudno przy tym oczekiwać, by możliwa była kontrola lekarzy jednej specjalności przez lekarzy innej specjalności. I to nie tylko z racji uprzejmości zawodowej czy niechęci do *wtrącania* się do pracy kolegów po fachu. Medycyna jest jedną z najszybciej rozwijających się gałęzi nauki. Także dlatego ustanowienie skutecznej kontroli nad lekarzami nie udaje się. Brak jest *omnibusów*, którzy mogliby, z pełną odpowiedzialnością za to, co robią, kwestionować decyzje ordynatorów chirurgii, nefrologii i psychiatrii jednocześnie.

### Związani z uczelnią

W szpitalach klinicznych, prócz wymienionego powyżej podporządkowania na linii klinicznej i administracyjnej, występuje także podporządkowanie wynikające z więzów z uczelnią, co oznacza, że w przypadku części personelu medycznego szpitali klinicznych występuje potrójne podporząd-

owanie. To tłumaczyłoby tworzenie licznych zakładów/katedr w ramach uczelni, które następnie znajdują odzwierciedlenie w strukturach szpitala.

Kierownicy katedr w poszczególnych specjalnościach medycznych są też z reguły osobami pełniącymi funkcje specjalistów/konsultantów wojewódzkich w swoich dziedzinach. To daje im dodatkowy prestiż i możliwości, a więc przyczynia się do umocnienia pozycji przetargowej w negocjacjach z np. dyrekcją szpitala, a co ważniejsze – z innymi dostawcami usług medycznych: szpitalami czy lekarzami.

Jakby tego było mało, pojawiają się kolejne elementy zakłócające możliwości zarządzania wynikające ze sposobu zatrudniania kadry lekarskiej w szpitalach klinicznych. W tab. 4. zebrano informacje dotyczące zatrudnienia w 37 szpitalach klinicznych badanych przez NIK.

Jak pokazano w powyższej tabeli, występują znaczące różnice między zwykłymi (pozostałymi) lekarzami – pracownikami szpitala klinicznego a ich kolegami, mającymi jednocześnie etaty uczelniane. O ile w grupie pozostałych lekarzy jedna osoba pracuje średnio na jednym etacie, o tyle w przypadku lekarzy akademickich wskaźnik ten wynosi 0,37 etatu. Należy przy tym odnoto-

Tab. 5. Przykłady nazw komórek organizacyjnych szpitali klinicznych

Katedra i Klinika Ortopedii i Rehabilitacji
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatricznej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii

wać, że część lekarzy akademickich pracowała w szpitalach na ułamkowych częściach etatu (poniżej 0,1), a w jednej z jednostek zatrudniono 116 lekarzy akademickich na 0 (słownie: zero)<sup>17</sup>. Jednak – przy tak dużej średniej wskaźnika zatrudnienia etatowego (0,37 etatu) – opisywane przypadki muszą stanowić margines.

Zdaniem NIK powierzenie nadzoru i kontroli akademiom medycznym nie wpłynęło zasadniczo na zmianę sytuacji dotyczącej nadzoru właścicielskiego. W przywoływanym raporcie stwierdza się, że *w wszystkich akademiach medycznych dopuszczono się uchybień i nieprawidłowości w tym zakresie (20 proc. szpitali klinicznych w ogóle nie*

» W szpitalach klinicznych, oprócz podporządkowania na linii klinicznej i administracyjnej, występuje także podporządkowanie wynikające z więzów z uczelnią »

## Zjądanie własnego ogona

Istnienie silnych związków z uczelnią sprawia, że trudno jest oddzielić działania podejmowane przez jednostki. Gdzie kończy się szpital, a zaczyna uczelnia? Ma to swoje odzwierciedlenie chociażby w nazewnictwie. W nazwach szpitali czy oddziałów pojawiają się człony akademickie (tab. 5. – informacje zaczerpnięto ze stron internetowych szpitali).

Szpitali kliniczne bardzo długo podlegały bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia (i Opieki Społecznej). W związku z tym, że instytucja ta nigdy nie cieszyła się dobrą opinią jeżeli chodzi o sprawny nadzór i zarządzanie<sup>18</sup>, można sformułować tezę, że szpitale te nie były poddane odpowiedniemu nadzorowi właścicielskiemu (co potwierdziła NIK, dodając informację o braku zmian strukturalnych w szpitalach<sup>19</sup>), a znaczący wpływ na ich funkcjonowanie miały uczelnie, z którymi były powiązane.

Obecnie władze uczelni mają większy (formalny) wpływ na to, jak funkcjonuje szpital. Wpływ ten sięga tak głęboko, że zgodnie z cytowaną nowelą Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej<sup>20</sup> rektor uczelni powołuje ordynatora (kierownika kliniki) po uprzednim zasięgnięciu opinii kierownika szpitala klinicznego. Można zrozumieć, że na takie właśnie rozwiązanie zdecydował się ustawodawca. Skoro organem założycielskim jest uczelnia, to może ona podejmować kluczowe decyzje dotyczące swoich szpitali. Pytanie, które się jednak nasuwa, brzmi: dlaczego takiego władztwa nie mają starostowie, marszałkowie czy prezydenci miast?

było kontrolowanych)<sup>21</sup>. Dodać jednak należy, że zarzuty dotyczące podobnych nieprawidłowości, braku zainteresowania sytuacją w podległych jednostkach czy też odwrotnie – ręczne sterowanie nimi można by przedstawić i innym organom założycielskim, jakimi są jednostki samorządu terytorialnego<sup>22</sup>.

Wpływ uczelni na funkcjonowanie szpitala klinicznego trudno przecenić, tak jak trudno jest sobie wyobrazić funkcjonowanie uczelni medycznej bez zaplecza w postaci bazy szpitalnej. Mimo że jednostki te są na siebie skazane, okazuje się, że współpraca między nimi nie jest wolna od problemów.

W raporcie Najwyższej Izby Kontroli przeczytać można, iż akademie medyczne nie wywiązują się z obowiązków pokrywania kosztów zadań dydaktycznych i badawczych na oddziałach szpitalnych czy też pokrywania kosztów remontów<sup>23</sup>. Wiązać to można z kłopotami finansowymi uczelni. Należy się domyślać, że większość uczelni mogłaby wskazać na podobne niewywiązywanie się z zobowiązań podjętych przez szpitale.

## Siła mamutów

Przełomem w stosunkach między uczelnią a szpitalem powinno stać się przekształcenie tego ostatniego w zakład samodzielny. Usamodzielnienie się szpitala sprawiło, że uzyskał on osobowość prawną i sam zaczął wchodzić w stosunki prawne z otoczeniem, a gros środków pozyskuje od publicznego płatnika, sprzedając usługi medyczne. Upřednio (obie jednostki były budżetowane) problem zadłużenia jednej czy drugiej strony sprawa-

dział się do pytania: którą kieszeń tej samej marynarki bardziej obciążyć?

Brak jest danych za ostatnie lata, lecz jeszcze nie tak dawno temu sporym problemem w relacjach między uczelniami a szpitalami były niewyjaśnione kwestie majątkowe. Często zdarzało się, że grunt, na którym stał budynek, należał do uczelni, sam budynek był własnością szpitala, a kto był właścicielem sprzętu, w ogóle trudno było ustalić<sup>24</sup>. Takie właśnie uwarunkowania sprawiają, że tym trudniej jest jasno rozdzielić działania wykonywane na rzecz uczelni (dydaktyka, badania naukowe) od tych, które wykonywane są na rzecz pacjenta (leczenie). Jak i po co w takiej sytuacji dokonywać podziału kosztów? Wprowadzać odpowiedzialność za podejmowane działania?

Problemy odnoszące się do prawa własności silnie wpływają zarówno na zachowanie uczestników, jak i możliwość sprawnego zarządzania. Tłumaczyć mogą niechęć do zmian czy też opór przed nimi. Łatwo przy tym może pojawić się przekonanie, że skoro szpital jest duży, to nic mu nie grozi ze strony otoczenia.

Znacznie niższe i bardziej zróżnicowane były przychody uzyskiwane z tytułu wykonywania przez szpitale procedur wysoko specjalistycznych, kontraktowanych przez Ministra Zdrowia i finansowanych z budżetu (dane dotyczą 2001 r.). W zdecydowanej większości szpitali udział tych przychodów nie przekraczał kilku procent, a tylko w 16 proc. jednostek przekraczał 10 proc. Kolejne 16 proc. natomiast nie uzyskiwało z tego tytułu żadnych przychodów<sup>27</sup>. To z kolei rzucałoby zupełnie inny obraz na to, czym zajmują się tego typu jednostki – skoro w zdecydowanej większości udział przychodów z tego tytułu nie przekraczał kilku procent, a podobne wielkości przychodów (w strukturze przychodów) uzyskiwały szpitale wojewódzkie<sup>28</sup>.

Natomiast znikomą część stanowiły środki uzyskiwane jako refundacja przez akademie medyczne kosztów ponoszonych przez szpitale, w związku z wykonywaniem na ich terenie zadań dydaktycznych i badawczych, połączonych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Zwrotu tych kosztów nie uzyskało w ogóle w badanym okresie 8 kontrolo-

## ” Rosnący prestiż naukowy przekłada się na poczucie niezależności i naturalną chęć do posiadania własnych struktur, przy pomocy których można rozwijać kierunek wiedzy interesujący daną osobę ”

Być może powyższa konstatacja opisuje podstawowe problemy szpitali klinicznych: ich wielkość, silne i liczne grupy interesów, i lęk przed zmianą. Skoro *jakoś* było, to po co cokolwiek zmieniać, przecież szpitala klinicznego nie można zamknąć. Wystarczy dać więcej pieniędzy.

O ile te ostatnie twierdzenia odnoszące się do braku chęci zmian są prawdziwe, to należałoby skonstatować, że szpitale te różnią się od wielu innych jednostek. W ramach zajęć ze studentami studiów zaocznych czy różnego typu szkoleń często zadaję słuchaczom pytanie: czy ich szpital można zlikwidować? I od pewnego czasu, praktycznie chór głosów odpowiada, że tak, można. Przekonanie pracowników opieki zdrowotnej o możliwości likwidacji ich zakładu uznałbym obecnie za powszechne.

### Ile to kosztuje

Cytowany raport NIK wskazuje, że dla przeważającej liczby szpitali klinicznych dominującym źródłem przychodów było wykonywanie odpłatnych usług medycznych, finansowanych przez kasy chorych, które stanowiły od 70 do 90 proc. przychodów poszczególnych szpitali<sup>25</sup>, przy czym ta wyższa wartość (90 proc.) jest typowa dla innych szpitali<sup>26</sup>.

wanych przez NIK szpitali, a w pozostałych udział otrzymanych w tym trybie środków wynosił na ogół poniżej 1 proc. w strukturze przychodów szpitala<sup>29</sup>.

W raporcie NIK znajdujemy też interesujące informacje na temat zadłużenia szpitali klinicznych. Zobowiązania wystąpiły tylko w przypadku 28 szpitali klinicznych, przy czym w 7 z nich (25 proc.) suma zobowiązań wymagalnych wyniosła aż ok. 170 mln zł, tj. 65,7 proc. wszystkich zobowiązań wymagalnych szpitali klinicznych (w skrajnym przypadku jednego ze szpitali było to 40 mln zł). Liczba szpitali ze stratą wzrosła przy tym do 38, to jest 88 proc. jednostek<sup>30</sup>.

Akademie medyczne różnią się od siebie wielkością – i to czasami w sposób znaczący, podobnie jak podlegające im szpitale. Poniżej przedstawiono podstawowe dane finansowe dotyczące uczelni oraz szpitali klinicznych.

Dane zebrane z *Monitora Polskiego B* oraz raport NIK uśredniono, by zbudować (w sposób sztuczny) średnią akademię medyczną i także szpital kliniczny. Opisane zestawienie przedstawiono w tab. 6.

Wynik finansowy średniego szpitala klinicznego jest znacznie niższy niż akademii medycznej. Jednocześnie należy odnotować, że obydwie instytucje

Tab. 6. Podstawowe dane finansowe charakteryzujące średniej wielkości akademię medyczną oraz średni szpital kliniczny

średnia akademie medyczna*	aktywa trwałe	199 896,09
	aktywa obrotowe	35 888,39
	kapitały własne	161 821,37
	zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	73 519,23
	wynik finansowy	-1 481,95
	przychody	101 860,46
	koszty	103 307,92
średni szpital kliniczny**	wynik finansowy, 2000 r.	-4 005,47
	zobowiązania na koniec I poł. 2001 r.	12 819,28
	w tym wymagalne	5 992,21

Uwaga:

Kwoty – w tysiącach złotych

\* – dane z lat 2002 i 2003, dotyczą 9 jednostek

\*\* – dane dotyczą 43 jednostek

Materiał źródłowy: Opracowanie własne na podstawie:

Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania szpitali klinicznych podległych Ministrowi Zdrowia w warunkach reformy ochrony zdrowia, KPZ/DZiKF-41007-01, nr ewid. 151/2002/P/01/132/KPZ, Załącznik 2, Warszawa, maj 2002 r.

Monitor Polski B: nr 1137, poz. 8050 z 20.10.2004; Monitor Polski B: nr 504, poz. 4136 z 13.10.2003;

Monitor Polski B: nr 543, poz. 3639 z 26.04.2004; Monitor Polski B: nr 1017, poz. 7153 z 30.09.2004;

Monitor Polski B: nr 1337, poz. 9474 z 0.12.2004; Monitor Polski B: nr 1216, poz. 8597 z 5.11.2004;

Monitor Polski B: nr 817, poz. 5664 z 4.08.2004; Monitor Polski B: nr 887, poz. 6190 z 31.08.2004;

Monitor Polski B: nr 934, poz. 6533 z 9.09.2004.

osiągają stratę, warto także zwrócić uwagę na poziom zobowiązań: jest on znacząco większy dla średniej akademii medycznej. Zobowiązania uczelni kształtują się na poziomie 73 519,232 tys. zł, natomiast dla szpitala klinicznego 12 819,28 tys. zł. Należy zaznaczyć, że akademie medyczne mają z reguły więcej niż jeden szpital, więc jedna uczelnia może być obciążana zobowiązaniami kilku szpitali. Przy-

Powyższe zestawienie opracowano na podstawie wyników poszczególnych akademii i szpitali, które (zbiorczo) umieszczono w tab. 7.

Podobnie jak w przypadku tab. 6., prezentowane wskaźniki są jedynie wielkościami poglądowymi, pozwalającymi na ogólną ocenę sytuacji, w analizie nie uwzględniono majątku i kapitałów szpitali klinicznych, a jedynie zasygnalizowano sy-

### » Przetokiem w stosunkach między uczelnią a szpitalem powinno stać się przekształcenie tego ostatniego w zakład samodzielny »

mując, że szpitali klinicznych było 43, na jedną akademię przypadano 3,91 szpitali. Wówczas przedstawione powyżej wyniki szpitali (w przeliczeniu na jedną akademię medyczną) wyglądałyby następująco:

Wynik finansowy (2000 r.): -15 657,75 zł, zobowiązania na koniec I poł. 2001 r.: 50 111,73 zł, w tym wymagalne: 23 424,09 zł.

Tak wyliczone wskaźniki w sposób istotny wpływają na zmianę obrazu, jaki wyłania się z analizy. Zobowiązania akademii i podległych jej szpitali rosną bowiem o 68 proc., a wynik finansowy (ujemny) prawie 11-krotnie (1 056 proc.)!

tuację, w której akademie medyczne byłyby zmuszone do spłaty zobowiązań szpitali klinicznych.

W większości badanych przypadków stwierdzono, że wskaźnik ogólnego zadłużenia<sup>34</sup> ukształtował się na korzystnym poziomie. Średni wskaźnik dla badanej grupy wyniósł 53,7 proc. i okazał się być nieznacznie poniżej zalecanego poziomu (57–67 proc.).

Mniej korzystnie kształtował się wskaźnik zadłużenia kapitału własnego<sup>35</sup>. W 3 z 9 badanych przypadków wielkość kapitałów obcych (zadłużenia) przekraczały wielkość kapitałów wła-



Tab. 7. Charakterystyka finansowa szpitali klinicznych na tle akademii medycznych

	Białystok	CM UMK	Gdańsk	Śląska	CM UJ	Lublin	Łódź	Poznań	Szczecin	Warszawa	Wrocław	razem*	
akademie medyczne, 2002 i 2003 r.	aktywa ogółem	158 456	bd	143 984	460 648	bd	163 881	158 270	208 422	126 646	386 404	315 350	2 122 060
	aktywa trwałe	129 077	bd	115 418	415 194	bd	118 186	135 447	178 146	104 811	334 038	268 749	1 799 065
	kapitały własne	130 528	bd	109 137	341 956	bd	100 753	127 314	123 146	92 521	179 870	251 168	1 456 392
	zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	27 932	bd	34 847	118 692	bd	63 129	30 957	85 276	30 125	206 535	64 182	661 673
	wynik finansowy	-570	bd	-1 421	-8 448	bd	617	-2 179	-297	1 021	-2 113	52	-13 338
	przychody	71 742	bd	88 761	135 822	bd	100 524	79 683	125 311	71 071	131 774	112 057	916 744
	koszty	72 312	bd	90 184	144 296	bd	99 906	81 863	125 399	70 048	133 888	111 876	929 771
szpitale kliniczne	wynik finansowy 2000 r.	-10 081	-10 877	-32 039	-11 340	-8 642	-9 462	-2 575	-12 685	-5 330	-25 753	-43 451	-172 235
	zobowiązania na koniec I poł., 2001 r.	20 592	19 138	78 627	71 667	55 770	31 729	20 949	53 189	23 790	87 755	81 965	545 171
	w tym wymagalne	10 277	12 096	55 974	18 805	20 308	2 542	5 300	32 552	7 494	34 861	57 456	257 665
wskaźnik ogólnego zadłużenia (w proc.) <sup>31</sup>	30,6	–	78,8	41,3	–	57,9	32,8	66,4	42,6	76,2	46,3	53,3	
wskaźnik zadłużenia kapitału własnego (w proc.) <sup>32</sup>	37,2	–	104	55,7	–	94,1	40,8	112,4	58,3	163,6	58,2	77,7	
wskaźnik pokrycia zobowiązań aktywami rzeczowymi <sup>33</sup>	2,66	–	1,02	2,18	–	1,25	2,61	1,29	1,94	1,14	1,84	1,59	
wskaźnik płynności (spłata zobowiązań krótkoterminowych akademii medycznych i wymagalnych szpitali klinicznych)	0,77	–	0,41	0,46	–	1,97	1,24	0,61	1,24	0,72	0,59	0,69	

Uwaga:

kwoty – w tysiącach złotych (w zaokrągleniu do tysiąca złotych)

CM UMK – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

CM UJ – Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

\* – bez dwóch jednostek, dla których brak danych

Materiał źródłowy: Jak w tab. 6.

snych, wskaźnik bowiem przekraczał 100 proc. Poziom wskaźnika dla badanych podmiotów był bardzo zróżnicowany, od 37,2 do 163,6 proc., co wskazuje na brak jednolitego charakteru tego zjawiska.

Wskaźnik pokrycia zobowiązań aktywami rzeczowymi informuje o stopniu zabezpieczenia zobowiązań przez rzeczowe składniki majątku firmy. W każdym badanym przypadku aktywa rzeczowe akademii medycznej pokrywały połączone zobowiązania akademii medycznej i szpitala klinicznego (wskaźnik powyżej 1), należy wskazać, że średnio aktywa trwałe 1,6 razy przekraczały zobowiązania. Poziom wskaźnika wskazuje na bezpieczną sytuację w tym względzie.

W związku z tym poniżej przedstawiono zobowiązania wymagalne sp zoz-ów odnoszące się do późniejszego (niż omówiony powyżej) okresu. Podzielono je na zakłady utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego i jednostki centralne. Należy przyjąć, że w tej drugiej grupie znajdują się m.in. właśnie szpitale kliniczne, przy czym mając na uwadze ich wielkość, można zakładać, że ich zobowiązania stanowią znaczącą część z wielkości ujętych w tab. 8.

Jeżeli przyjęte założenia są prawidłowe, to powyższe dane wskazują, że jednostki utworzone przez jednostki centralne radzą sobie w ostatnich latach nieźle na tle pozostałych zakładów. Mimo że przyrost zadłużenia jest porażający (w przedstawianym okresie doszło do podwojenia się zobo-

## » Szpitale kliniczne w Polsce mają zdecydowanie dłuższy czas pobytu pacjenta niż ich brytyjskie odpowiedniki. Okazało się też, że są niewiele tańsze niż szpitale brytyjskie »

Obawy budzi jednak wskaźnik płynności (skonstruowany na potrzeby niniejszego badania jako zmodyfikowany wskaźnik płynności bieżącej). Wartość typowego wskaźnika powinna przekraczać 1, wartość mniejsza świadczy o zmniejszonej zdolności do obsługi zadłużenia. Z uwagi na wysoki stopień zobowiązań wymagalnych szpitali klinicznych wskaźnik w większości ukształtował się poniżej 1 (w 6 na 9 jednostek). Konieczność spłaty zobowiązań wymagalnych szpitali klinicznych przez akademie medyczne może spowodować kłopoty ze zdolnością płatniczą tych drugich.

### Zobowiązania wymagalne

Jak podkreślałem, są poważne problemy z dostępem do danych na temat szpitali klinicznych.

wizań), to interesujące nas zakłady miały się nieco lepiej niż pozostałe w odniesieniu do dynamiki narastania zobowiązań.

Według GUS w Polsce w 2003 r. było 660 publicznych szpitali ogólnych<sup>36</sup>. Jeżeli od tej liczby odjąć liczbę szpitali klinicznych (zakładam, że w tym czasie było ich już 41), to otrzymamy 619 szpitali. Należałoby do tego dodożyć szpitale psychiatryczne, których jest ok. 49, więc przyjmijmy, że jednostkom samorządu terytorialnego podlega 668 szpitali. Oznacza to, że na jeden szpital podległy samorządom przypadają średnio 6 mln zł zobowiązań wymagalnych.

Natomiast (z tab. 6.) można odczytać, że w 2001 r. na jeden szpital kliniczny przypadają 5,99 mln zł zobowiązań. Mnożąc ten wynik przez wskaźnik przyrostu zadłużenia w szpitalach podle-

Tab. 8. Zobowiązania wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2001–2004

Zobowiązania wymagalne (w mln zł)	2001	2002	2003	2004 (I pół.)	Dynamika 2004 (I pół.) /2001 [proc.]
spoz-y utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego	2 279,2	2 714,3	4 021,2	4 600,8	101,9
spoz-y utworzone przez jednostki centralne	465,2	531,1	708,5	908,1	95,2
<b>razem</b>	<b>2 744,4</b>	<b>3 245,4</b>	<b>4 729,7</b>	<b>5 508,9</b>	100,7
udział spoz-ów utworzonych przez jednostki centralne w całości zobowiązań (w proc.)	17,0	16,4	15,0	16,5	–

Materiał źródłowy: Opracowanie własne na podstawie:

Ministerstwo Zdrowia. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Informacja dla sejmowej komisji zdrowia.

Warszawa, listopad 2004.

[http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zadluzenie\\_spoz\\_25112004.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zadluzenie_spoz_25112004.pdf)

głych jednostkom centralnym (w latach 2001–2003 wyniósł on 52,3 proc.), otrzymujemy kwotę 9,13 mln zł zobowiązań wymagalnych średniego szpitala klinicznego.

Z kolei wyliczenia z tab. 1. wskazują, że szpital ogólny stanowi 67 proc. wielkości szpitala klinicznego. Oznacza to, że dług klinicznego *powinien* wynosić 8,96 mln zł. Różnica wynosi więc ok. 2 proc.

Oczywiście, to kolejne poglądowe wyliczenie (uwzględniono w nim choćby szpitale psychiatryczne, nie uwzględniono szpitali instytutów naukowych). Można jednak, z pewnym błędem, przyjąć, że wskaźnik zadłużenia szpitali przypadającego na jedno łóżko jest niemal taki sam dla obu typów jednostek.

niądza (PPP USD), choć koszt osobodnia w Polsce jest zdecydowanie niższy<sup>37</sup>.

Dlaczego tak się dzieje? Myślę, że obraz, jaki przedstawiłem w niniejszym artykule, tłumaczy częściowo to zjawisko. Źródeł opisanej sytuacji należałoby jednak szukać także w samej konstrukcji systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

System ten nie promuje bowiem zdrowia, lecz chorobę (por. M. Kautsch, M. Whitfield, *System ochrony chorób*. Służba Zdrowia 21–25/2005). W naszym kraju nie myślimy w kategoriach celów zdrowotnych. Zapominamy, że przyjęte rozwiązania (kształt systemu) stanowiąc mają narzędzie do realizacji polityki zdrowotnej państwa<sup>38</sup>. Dyskusje na temat ochrony zdrowia sprowadzają się do

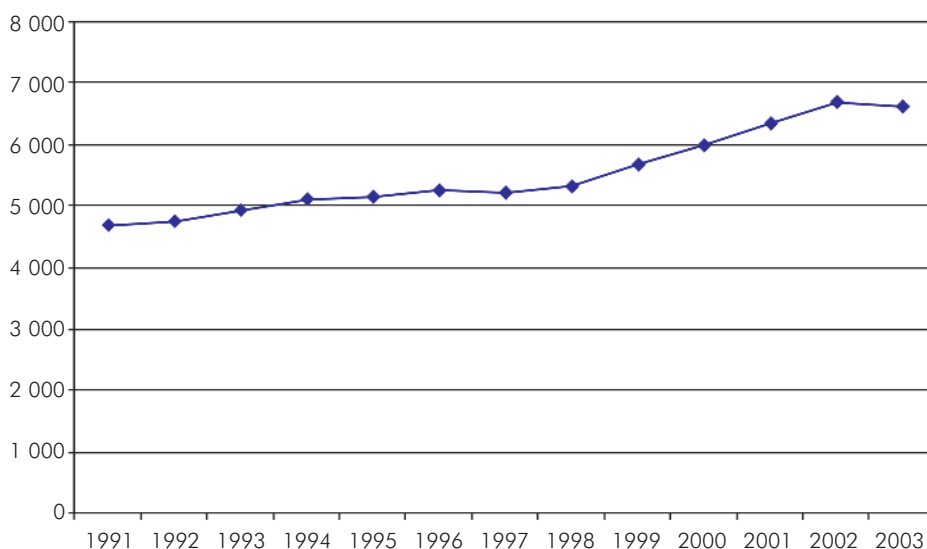
„ W naszym kraju nie myślimy w kategoriach celów zdrowotnych. Zapominamy, że przyjęte rozwiązania (kształt systemu) stanowiąc mają narzędzie do realizacji polityki zdrowotnej państwa ”

### Co robią, a co powinny robić

Badania, jakie prowadziłem z Malcolmem Whitfieldem z *University of Sheffield* pokazały, że szpitale kliniczne w Polsce mają zdecydowanie dłuższy czas pobytu pacjenta niż ich brytyjskie odpowiedniki. Okazało się też, że są niewiele tańsze niż szpitale brytyjskie, jeżeli porównać koszty leczenia przy uwzględnieniu siły nabywczej pie-

stwierzeń na poziomie *należy zwiększyć nakłady na opiekę zdrowotną* i licytowania się, kto da więcej. Nie przedstawia się natomiast docelowego kształtu systemu, co pokazuje mizerną ofertę programowej partii politycznych w Polsce (por. J. Szczęsny. *Puste szuflady*. MZ 1/2005).

Zaniedbania w rozwoju opieki podstawowej i form opieki pozaszpitalnej (diagnostyka, profilak-



Ryc. Leczeni w szpitalach ogólnych w Polsce w latach 1991–2003

Materiał źródłowy: Opracowanie własne na podstawie: Roczniki statystyczne Rzeczypospolitej Polskiej 1996–2004. GUS 1997–2004.

tyka, rehabilitacja) powodują, że to właśnie szpitale odgrywają najważniejszą rolę w systemie. Nieodpowiedzialna polityka prowadzona przez publicznego płatnika w ubiegłych latach, która zachęcała czy wręcz wymuszała hospitalizacje (por. ryc.) w miejsce świadczeń ambulatoryjnych tylko utrwaliła ten stan, dodatkowo generując zadłużenie szpitalnictwa. Skoro coraz więcej pacjentów musieliśmy (naprawdę musieliśmy?) leczyć w szpitalach, to znaczy, że są one tak ważne dla systemu. A które szpitale są najważniejsze? Skoro liczy się liczba łóżek i pacjentów, to najważniejsze są duże.

Uderza gwałtowny przyrost liczby hospitalizowanych po 1998 r., to jest po wprowadzeniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W takiej sytuacji szpitalnictwo w Polsce nie działa sprawnie, bo nie może działać sprawnie przytłoczone zalewem pacjentów. Jeżeli liczba hospitalizacji miałyby świadczyć o stanie zdrowia społeczeństwa, to przedwojenny minister zdrowia palnąłby sobie w łeb, widząc, że od roku 1998 tak dramatycznie pogorszył się stan zdrowia Polaków. A tu, proszę, żadne gwałtowne pogorszenie, to tylko beznadziejny sposób płacenia za usługi.

w innych jednostkach. Można wręcz zaryzykować tezę, że szpitale te pełnią rolę szpitali rejonowych dla osób mieszkających w okolicy<sup>40</sup>. Struktura przychodów szpitali klinicznych pokazana powyżej wskazuje, że teza taka jest uprawniona.

Dlaczego szpital kliniczny miałby przyjmować powiatowe przypadki chorobowe? Z pewnością musi pokazać studentom, jak się leczy różne schorzenia, w tym takie, z którymi przyszli lekarze spotkają się właśnie w szpitalach powiatowych. Natomiast silnie motywująca do takiego przyjmowania jak najlżejszych przypadków była możliwość zrekompensowania sobie kosztów leczenia przypadków ciężkich, które trafiały do szpitala klinicznego. Skoro płatnik wymyślił *hospitalizację do 3 dni na oddziale X* jako miarę działalności szpitala (i płacił za to więcej niż szpitalom powiatowym), to szpital kliniczny zachowywałby się nieracjonalnie z punktu widzenia rynkowego, gdyby nie hospitalizował kogoś do 3 dni, mimo że dana osoba mogłaby być zaopatrzona medycznie w innym szpitalu. O tym, że mogłaby w ogóle nie być hospitalizowana, nie warto wspominać, bo kasy chorych, a potem NFZ wolał, żeby jednak leżała w szpitalu.

„ Bez ruszenia struktur organizacyjnych, racjonalizacji liczby łóżek, ich profilowania, reorganizacji wielkości zatrudnienia odpowiednich do wykonywanych zadań, nie ma co liczyć na zmianę przynoszącą rzeczywiste korzyści „

Obecne rozwiązania nie zakładają istnienia systemu opieki nad pacjentem. Nie myślimy kategoriami efektywnego i intensywnego (krótkiego) leczenia pacjenta w szpitalu, wspomaganego następnie świadczeniami wykonywanymi przez pielęgniarki środowiskowe czy lekarzy rodzinnych w domu pacjenta.

Szpitale niekliniczne, a także inni świadczeniodawcy mają możliwość uprawiania *spychotechniki*, polegającej na wysyłaniu cięższych przypadków wyżej (specjalistyczne, wojewódzkie, kliniczne)<sup>39</sup>, a zjawisko takiego przerzucania kosztów jest znane w ekonomii.

W związku z tym można zakładać, że koszty leczenia przypadków chorobowych w szpitalach klinicznych powinny być wyższe. Czy tak jednak jest w istocie? Czy szpitale kliniczne przyjmują tak wiele tak ciężkich przypadków? Trudno powiedzieć. Brak jest bowiem systemu sprawozdawczości, który informowałby o ciężkości schorzeń leczonych w poszczególnych szpitalach. Doświadczenia pokazują jednak, że szpitale kliniczne niekoniecznie koncentrują się na leczeniu takich właśnie przypadków, a całkiem spora grupa pacjentów to chorzy, którzy z powodzeniem mogliby być leczeni

### Nieuchronna zagłada?

W niniejszym artykule starałem się naszkicować sytuację szpitali klinicznych w Polsce. Jak wykazałem, problemy pojawiają się już w chwili, w której usiłujemy ustalić, ile ich jest.

Są to jednostki duże, powiązane różnego typu więzami z otoczeniem i pozostające w szczególnych relacjach z bardzo silnymi organizacjami, jakimi są uczelnie medyczne.

Usamodzielnienie się jednostki, a więc obciążenie jej większą odpowiedzialnością powinno było skutkować podjęciem działań naprawczych. Przytoczone dane dotyczące struktur organizacyjnych, a także te ukazujące składowe ich budżetów czy skalę zadłużenia szpitali klinicznych wskazują, że w dalszym ciągu jest sporo do zrobienia. Bez ruszenia wielkości zatrudnienia, struktur organizacyjnych, racjonalizacji liczby łóżek, ich profilowania, nie ma co liczyć na zmianę przynoszącą rzeczywiste korzyści.

Wygląda na to, że szpitali klinicznych jest za dużo, podobnie jak innych *ostrych* łóżek na pozostałych poziomach opieki. Żeby móc to zmienić,

należałoby wytyczyć możliwie precyzyjnie cele całego systemu opieki zdrowotnej, w tym samych szpitali klinicznych, określić ich obowiązki wynikające z tego, że nad nimi nie ma już żadnej instytucji odwoławczej w medycynie w Polsce. Są to miejsca, gdzie podejmowane są ostatnie wysiłki o uratowanie ludzkiego życia.

Zmieniające się warunki muszą przynieść zmianę w funkcjonowaniu szpitali klinicznych w ich relacjach z uczelniami. Mimo istniejących ograniczeń czy przyzwyczajzeń, każdy rodzaj działalności (lecnicza, naukowa, dydaktyczna) musi mieć przejrzysty oddzielny system finansowania<sup>41</sup>, by wiadomo było, gdzie istnieją problemy, która działalność generuje straty (zwane też czasami niestusznymi wysokimi kosztami). Taka wiedza pozwoli na zaproponowanie rozwiązań, które mogą przyczynić się do poprawy sytuacji tych dużych zakładów, a przez to i całego systemu. Musi się tak stać dlatego, że restrukturyzacja w szpitalach klinicznych nie została do końca przeprowadzona<sup>42</sup>.

„ Każdy rodzaj działalności (lecnicza, naukowa, dydaktyczna) musi mieć przejrzysty oddzielny system finansowania, by wiadomo było, gdzie istnieją problemy, która działalność generuje straty ”

Szpital uniwersytecki bez uniwersytetu czy uczelnia medyczna bez szpitala? Szpitale i uczelnie są na siebie skazane. Muszą więc razem skutecznie rozwiązywać problemy, bo porażka jednego z partnerów jest początkiem klęski drugiego. Sytuacja wymaga podjęcia działań, trudno bowiem zakładać, że pokazana skala zadłużenia szpitali sprzed kilku lat uległa diametralnej zmianie na korzyść. Bankructwo szpitali oznacza trudne do wyobrażenia skutki dla uczelni.

Szukając rozwiązań dla całego systemu, należy pamiętać, że takie jednostki jak szpitale kliniczne, z powodu swoich rozmiarów, będą wolniej reagować na zmiany i przez to mogą nie doczekać sytuacji, w której w systemie będzie już nieco normalniej. Padną (a przynajmniej jakaś ich część) – choć taka idea pewnie nie mieści się w głowach większości pracowników tych jednostek. Może to jest sposób na to, żeby pozbyć się części szpitali klinicznych i innych. Tylko że sposób dość kosztowny.

Marcin Kautsch

Tytuł i śródtytuły pochodzą od redakcji

#### Przypisy

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 19 lipca 2001 r. O zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o szkolnictwie wyższym. DzU nr 111, poz. 1193.

<sup>2</sup> <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m201&ms=&ml=pl&mi=22&mx=0&mt=&my=44&ma=451>

<sup>3</sup> *The Health Service Financial Database & Comparative Tool 2001*. The Chartered Institute of Public Finance And Accountancy (CIPFA), March 2002.

<sup>4</sup> <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m421&ms=&ml=pl&mi=45&mx=0&mt=&my=99&ma=314>

<sup>5</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania szpitali klinicznych podległych Ministrowi Zdrowia w warunkach reformy ochrony zdrowia*, KPZ/DZiKF-41007-01, nr ewid. 151/2002/P/01/132/KPZ, Warszawa, maj 2002.

<sup>6</sup> Dane uzyskane w Departamencie Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Kraków 2003.

<sup>7</sup> Poniższy wywód został oparty na: Kautsch M. *Zmiany w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej w Polsce w latach 1998–2001* (rozprawa doktorska). Akademia Ekonomiczna w Krakowie, 2004: 12-14.

<sup>8</sup> Np. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. DzU nr 30, poz. 300, Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, DzU z 1997 r., nr 28, poz. 152.

<sup>9</sup> Anthony RN, Young DW. *Management Control in Nonprofit Organizations*. IRWIN, Homewood, Illinois, 1998: 66.

<sup>10</sup> Hart M. *Business Management with Business Communications*, <http://cmg.wkac.ac.uk/courses/bs2009/f.%20Week%205%20-%20Communication%20in%20Hierarchies,%20etc%20-%20Mike%20Hart.ppt>, czerwiec 2002.

<sup>11</sup> Shortell SM, Kałużny AD. *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Fundacja Zdrowia Publicznego – Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001: 32.

<sup>12</sup> Labon M. *Lekarze wobec akredytacji*. Służba Zdrowia, 7–8/01: VIII–IX.

<sup>13</sup> Kubot Z. *Status ordynatora*. Prawo i Medycyna 2001; 10: 86.

<sup>14</sup> DzU z 1991 r., nr 91, poz. 408.

<sup>15</sup> Ustawa z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, (DzU z 1998 r., nr 21, poz. 94; nr 106, poz. 668 i nr 113, poz. 717; z 1999 r. nr 99, poz. 1152 oraz z 2000 r. nr 19, poz. 239; nr 43 poz. 489 i nr 107, poz. 1127 oraz nr 120, poz. 1268).

<sup>16</sup> Kubot Z. op. cit.: 76.

<sup>17</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania szpitali klinicznych podległych Ministrowi Zdrowia w warunkach reformy ochrony zdrowia*, KPZ/DZiKF-41007-01, nr ewid. 151/2002/P/01/132/KPZ, Warszawa, maj 2002: 68-69.

<sup>18</sup> Por. np. Wasilewski P. *Nieefektywne pięciolecie*. Kontrola Państwowa, nr 6, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2002.

<sup>19</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja...* op. cit.: 52.

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 19 lipca 2001 r. O zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i ustawy o szkolnictwie wyższym (DzU nr 111, poz. 1193).

<sup>21</sup> Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja...* op. cit.: 49-50.

- 22 Tymowska K. Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce. *Prawo i Medycyna* 2000; 5: 140-1.
- 23 Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja...* op. cit.: 55-6.
- 24 Kautsch M. *The role of tertiary care providers in the overall health system, opracowanie realizowane w ramach projektu Impact of Social Sectors Programs in Poland*. World Bank, 2000.
- 25 Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja...* op. cit.: 52.
- 26 Kautsch M. *Zmiany w zarządzaniu...* op. cit.: 142.
- 27 Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja...* op. cit.: 52.
- 28 Kautsch M. *Zmiany w zarządzaniu...* op. cit.: 221.
- 29 Najwyższa Izba Kontroli, Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, *Informacja...* op. cit.: 53.
- 30 *Ibidem*: 51-2.
- 31 Zobowiązania ogółem szpitali klinicznych i akademii medycznych/aktywa ogółem akademii medycznych.
- 32 Zobowiązania ogółem szpitali klinicznych i akademii medycznych/kapitał własny akademii medycznych.
- 33 Aktywa trwałe akademii medycznych/zobowiązania ogółem szpitali klinicznych i akademii medycznych.
- 34 Wg standardów wskaźnik ten powinien oscylować w przedziale 57–67 proc. Im wyższy jego poziom, tym wyższy poziom zadłużenia i wyższe ryzyko finansowe.
- 35 W przypadku tego wskaźnika trudno jest mówić o wartościach optymalnych, chociaż przyjmuje się dla dużych i średnich 1:1.
- 36 *Rocznik statystyczny RP 2004*. GUS, Warszawa 2004: 379.
- 37 Kautsch M, Whitfield M, Hind D. *TFR Report 3: An analysis of hospital cost and activity data – for all teaching hospitals in the UK, and Poland, to explore differences in cost efficiency by clinical speciality*. SchHARR (School of Health and Related Research) University of Sheffield, SchHARR Report series no. 6, ISBN: 1 900752 55 7, Sheffield 2002.
- 38 Włodarczyk C. *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1996: 287.
- 39 Tymowska K. *Przerzucanie kosztów w systemie opieki zdrowotnej w Polsce*. *Zdrowie i Zarządzanie* 2003; 1: 58-61.
- 40 Kautsch M, Whitfield M, Klich J (red.). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001: 40.
- 41 Por. wystąpienie ówczesnego wicepremiera Jerzego Hausnera na spotkaniu z rektorami akademii medycznych, jakie miało miejsce pod koniec stycznia 2004, *O przyszłości szpitali klinicznych: rektorzy, wicepremier, minister*. *Puls* 2004; 3, Okręgowa Izby Lekarska w Warszawie. <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2004/n200403/n20040308>, marzec 2005.
- 42 Por. wystąpienie ówczesnego ministra zdrowia Leszka Sikorskiego na spotkaniu z rektorami akademii medycznych, jakie miało miejsce pod koniec stycznia 2004, *O przyszłości szpitali klinicznych: rektorzy, wicepremier, minister*. *Puls* 2004; 3, Okręgowa Izby Lekarska w Warszawie. <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2004/n200403/n20040308>, marzec 2005.