

Już za rok rozpocznie się komercjalizacja polskich szpitali klinicznych

Wstrząs kliniczny

Mleko się rozlało. Marek Ziętek, rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu, zapowiada: – *Będę komercjalizował należące do akademii szpitale kliniczne, bo muszę chronić uczelnię. Nie jestem w stanie płacić za zobowiązania klinik. Lawina ruszy, w ślady Ziętka pójdą najprawdopodobniej kolejni rektorzy uczelni medycznych. Szpitale kliniczne w Polsce zmienią właścicieli. Kto nimi zostanie?*



Co jest przyczyną zmian? Przede wszystkim pieniądze. Szpitale kliniczne są w fatalnej sytuacji finansowej. Tylko 11 z 46 klinik może się pochwalić znośnym wynikiem. Absolutnym liderem na liście zadłużonych szpitali w Polsce są trzy kliniki: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Centralny Szpital Kliniczny WUM w Warszawie oraz Szpital Uniwersytecki CM UJ w Kra-

kowie. Nadzór nad innymi szpitalami publicznymi sprawują na ogół organy samorządu – powiaty i województwa. Często są one skłonne – choć nie zawsze – dopłacać do funkcjonowania swoich placówek, a ich możliwości budżetowe są nieporównanie większe niż polskich uczelni medycznych. Te ostatnie, w obliczu rosnących długów klinik – molochów są w sytuacji bez wyjścia.

– W myśl ustawy o działalności leczniczej przy braku komercjalizacji podmiotów należących do uczelni ich długi trzeba będzie pokryć z budżetu uniwersytetu – zauważa Adam Kozierkiewicz, ekspert rynku zdrowotnego. A to z kolei postawi przed groźbą bankructwa same uczelnie.

Na własne życzenie

Co ciekawe, tę katastrofalną sytuację środowisko akademickie, przez niektórych złośliwie nazywane „profesorskim lobby”, zawdzięcza sobie. To ono najgłośniej sprzeciwiało się podporządkowaniu swoich szpitali samorządom. – *Argumentowano, że kliniki mają ogólnospołeczną misję, kształcą lekarzy, działają w innych warunkach niż pozostałe placówki. Powinny zatem podlegać specjalnym regulacjom, a nie samorządom* – mówi Władysław Sidorowicz, były minister zdrowia. Władze do tej prośby się przychyliły.

Towarzystwo wzajemnej adoracji

W efekcie powstała struktura zarządzana w przedziwny sposób. Szefa kliniki powołują władze uczelni. – *I na dodatek wpływ rektora na kierującego kliniką często sprowadza się do tego, że rektor może go powołać lub odwołać, ale zbyt głęboko ingerować w jego działania już nie* – skarżył się w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” Janusz Moryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Na dodatek na wielu uczelniach medycznych dochodziło do sytuacji, że losy rektora i szefa kliniki były ściśle ze sobą związane. Kierownik kliniki przy jej obejmowaniu potrzebował poparcia rektora, krótko potem, podczas wyborów na funkcję władz uczelni, role się odwracały. – *Trudno o bardziej siłwogenny układ* – twierdzą przeciwnicy obecnego systemu.

Na oderwaniu od samorządu szpitale kliniczne tracą. Wymagają wsparcia ze strony samorządu terytorialnego, ale go nie dostają. I to mimo tego, że pozostają na służbie miasta czy regionu. – *Bo samorzady martwią się przede wszystkim o swoje szpitale, dbają finansowo tylko o nie, zapominając, że mieszkańcy ich społeczności korzystają z dobrodziejstw klinik* – zauważa Szczepan Cofta, naczelny lekarz Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.

Obniżka wycen

Lobby profesorskie, czy też jak to ujmują zwolennicy poprawności politycznej: środowisko akademickie, skutecznie obroniło szpitale kliniczne przed przejściem przez samorzady. Zostało jednak kompletnie zignorowane, gdy podnosiło inne ważne argumenty. Szpitale kliniczne przyjmują najbardziej skomplikowane przypadki, wykonują najdroższe procedury terapeutyczne. Tymczasem właśnie ich wycena, bez żadnego uzasadnienia, została najbardziej obniżona. Dowody na to zbierał Piotr Kuna, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi.



foto: Lukasz Giza / Agencja Gazeta

„ Wroćawski scenariusz Marka Ziętka: Co zyska uczelnia? Pieniądze na spłatę długów, możliwe, że i dochód. Dodatkowo – środki na sfinansowanie niezbędnych inwestycji ”

– *Obowiązuje nas wycena według punktów. W roku 2009 za punkt płacono 51 zł, dzisiaj 52 zł. Wzrost o 2 proc. W tym czasie w moim szpitalu cena energii wzrosła o 16 proc., wody o 33 proc., utylizacji odpadów o 26 proc. itd.* – wylicza Piotr Kuna. Średnia wycena punktu wzrosła nieznacznie, ale w tym czasie NFZ obniżył punktację wielu wysokospecjalistycznych świadczeń. Na przykład „zabiegów wewnątrzczaszkowych z powodu poważnego urazu” o 8 punktów, „kompleksowych zabiegów przełyku” o 16 punktów, „kompleksowych zabiegów trzustki” o 9 punktów. Straciły na tym właśnie szpitale kliniczne. Na dodatek nie wolno im odsyłać „najdroż-

„ Najmocniej w szpitale kliniczne uderzyło to, że NFZ obniżył punktację wielu świadczeń wysokospecjalistycznych ”



foto: 123RF

szych” pacjentów innym szpitalom (co jest przywilejem jednostek samorządowych), bo to właśnie kliniki mają najlepsze warunki do otoczenia ich opieką i najwyższe poziomy referencyjności. Szpitale kliniczne brną więc w najdroższe, choć coraz gorzej wyceniane procedury, w nadwykonania. Gdy dodać do tego, że uczelnia medyczna prócz leczenia pacjentów kształci studentów (na co ciągle brakuje pieniędzy) i prowadzi działalność naukową – efekt w postaci zadłużenia murowany.

Wrocławski scenariusz

Scenariusz komercjalizacji we Wrocławiu jest już przygotowany. Z dwóch dużych klinik przygotowywanych tam do prywatyzacji pierwsza, czyli Akademicki Szpital Kliniczny (ASK), ma długi z przeszłości, ale na bieżąco dodatni wynik finansowy; druga – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 (SPSK) – ma długi z przeszłości, które ciągle rosną. Władze uczelni zastanawiają się nad tym, czy komercjalizować je osobno, czy razem po dokonaniu fuzji. Wiele wskazuje na to, że to drugie rozwiązanie jest bardziej prawdopodobne, bo trudno będzie znaleźć inwestora, który zechciałby wejść do spółki zarządzającej SPSK.

Po przekształceniu szpitali w spółki (lub jedną spółkę) rozpocznie się prawdziwe polowanie na inwestora. Prawo zakłada bowiem, że w rękach uczelni powinno

pozostawać 51 proc. akcji, a zatem i kontrola nad całą spółką. Ten warunek może się okazać trudny do zaakceptowania dla inwestorów komercyjnych. Ci ostatni, by zadbać o właściwą stopę zwrotu inwestycji, poniesionych nakładów, będą negocjować jak największą kontrolę nad całością biznesu.

Co zyska uczelnia? Pieniądze na spłatę długów, a możliwe, że i dochód. Dodatkowo także środki za sfinansowanie niezbędnych inwestycji.

Zmiany prawne

Tak czy owak, potrzebne będą zmiany prawne. Dotyczące zarówno tych, którzy na komercjalizację się zdecydują i będą potrzebować zachęt dla inwestorów, jak i tych, którzy pozostaną przy dotychczasowej formie własności. – *Na specjalną ustawę regulującą działanie szpitali klinicznych czekamy już cztery lata* – mówi Marek Krawczyk, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – *Czy to w skomercjalizowanej klinice, czy w publicznej jako konkluzja pozostaje pilna potrzeba zainicjowania regulacji prawnych określających formy funkcjonowania szpitali klinicznych w realizacji trojkiej misji – służby, nauki i edukacji. Nie tylko drugi, ale także trzeci z wymienionych elementów wymagałby rozsądnego oglądu i rozwiązania problemów* – mówi Szczepan Cofta.

Bartłomiej Leśniewski