

Polscy pacjenci mają najgorszy dostęp do wielu technologii i usług medycznych spośród mieszkańców wszystkich krajów UE

# Bomba z opóźnionym zapłonem



for: images.com/Corbis

W listopadzie Instytut Ochrony Zdrowia opublikował raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”. Zarówno we wnioskach z tego raportu, jak i w międzynarodowych rankingach akcentowana jest niewydolność polskiego systemu ochrony zdrowia. Niejako w konsekwencji tej sytuacji Polska, zdaniem prezesa zarządu IOZ Macieja Gajewskiego, jest krajem o najwyższym udziale wydatków prywatnych w wydatkach na ochronę zdrowia. Polscy pacjenci mają najgorszy dostęp do wielu technologii i usług medycznych spośród mieszkańców wszystkich krajów UE.

Jeśli chcemy zaspokoić choćby najpilniejsze potrzeby i oczekiwania społeczne, musimy, zdaniem prezesa Gajewskiego, przygotować się do wielkich zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, głównie szpitalnictwa – najbardziej kosztochłonnego elementu systemu.

### Miliardy złotych strat

W Polsce coraz powszechniejsze jest przekonanie, że wprowadzenie od stycznia 1999 r. hybrydy prawno-finansowej w postaci SPZOZ było bardzo poważnym błędem. W jednym z artykułów w „Menedżerze Zdrowia” dr Maciej Piróg wyliczył, że błąd ten kosztował Polskę ponad 20 mld zł. Alternatywnym rozwiązaniem było już wówczas przekształcenie ZOZ działających do końca 1998 r. w formie zakładów budżetowych w spółki prawa handlowego na wzór rozwiązań funkcjonujących od lat w Europie Zachodniej. Tak się jednak nie stało i od 15 lat utrzymujemy w większości zakładów stacjonarnych, obecnie podmiotów leczniczych, anachroniczną formułę SPZOZ, będąc jedynym takim krajem na świecie.

### Przekształcenia

Niezbędne od dawna przekształcenia szpitali zainicjowała dopiero dwa lata temu ustawa o działalności leczniczej, która jednak nadal nie przewiduje ich obligatoryjnego charakteru. Nie ma także obligatoryjnych regulacji w zakresie zarządzania jakością w podmiotach leczniczych (poczynając od szpitali), co ma bardzo negatywne skutki dla pacjentów.

Zgodnie z ustawą samorządy miały do 15 listopada 2013 r. podjąć decyzję, czy spłacają długi szpitali, czy przekształcają je w spółki. Jeszcze w maju 2013 r. firma Deloitte szacowała, że do przekształcenia kwalifikuje się 300 placówek. A jaka jest rzeczywistość? Z informacji resortu zdrowia na temat podmiotów leczniczych po dwóch latach funkcjonowania ustawy o działalności leczniczej wynika, że tylko 34 z 700 placówek przekształcono w spółki. Samorządy skomercjalizowały 15 powiatowych SPZOZ, 11 wojewódzkich i 7 miejskich. Szpital w Polanicy-Zdroju (obecnie Specjalistyczne Centrum Medyczne SA) przekształciło Ministerstwo Zdrowia, organ założycielski szpitala.

### Obawa o szpitale kliniczne

W jednym z ostatnich wywiadów dla „Rzeczpospolitej” Sławomir Neumann, podsekretarz stanu w MZ, wyraził zdziwienie, że samorządy nie komercjalizują szpitali, bo jego zdaniem: „zarządzanie spółką jest znacznie łatwiejsze niż SPZOZ-em”. W podobnym tonie wyrażał się wielokrotnie wicemarszałek województwa pomorskiego. I trudno się z tymi poglądami nie zgodzić.

Najbardziej niepokojące jest jednak to, że komercjalizacja nie objęła flagowych jednostek systemu opieki zdrowotnej, jakimi są szpitale kliniczne, których organem założycielskim są uczelnie medyczne. A przecież

mankamenty szpitali działających w formule SPZOZ są powszechnie znane. SPZOZ jest hybrydą formalno-prawną z pozorną samodzielnością i olbrzymią inercją działania. Charakteryzuje się niedostatecznymi instrumentami prawnymi kontroli finansowej, podejmowaniem działań w imię tzw. wyższej konieczności, brakiem określenia odpowiedzialności kierownika jednostki za ujemny wynik finansowy, niekompetentną radą społeczną bez żadnych możliwości władczych i wadliwymi relacjami prawnymi jednostki z organem założycielskim.

„ Jeszcze w maju 2013 r. firma Deloitte szacowała, że do przekształcenia kwalifikuje się trzysta polskich szpitali ”

Jeżeli weźmiemy ponadto pod uwagę rozmyte relacje właścicielskie, nieuregulowane pobieranie dodatkowych opłat za świadczenia ponadstandardowe, brak absolutorium dla zarządu szpitala, brak konsekwencji w wypadku niezatwierdzenia rocznego bilansu, brak wskazania weryfikatora bilansu, brak wpływu wyniku finansowego na dalsze funkcjonowanie jednostki (jednoznaczne z usankcjonowaniem zadłużania jednostki), to należy wyrazić zdziwienie, jak to możliwe, że ta formuła dotąd funkcjonuje, a nawet ma zwolenników i obrońców, głównie w organach założycielskich, które wielokrotnie wpływają na podejmowane w tych jednostkach decyzje, nie ponosząc za nie żadnej odpowiedzialności.

Rację ma Ewa Borek (artykuł w „Medycynie Praktycznej” z 22 listopada br.), gdy pisze, że nasze lecnictwo stacjonarne jest bardzo drogie – kosztuje nas połowę budżetu NFZ, czyli ponad 30 mld zł. A jednocześnie mamy niewykorzystane co trzecie łóżko szpitalne, pobyty diagnostyczne 2-dniowe kosztujące 10 razy więcej, niż gdyby badać pacjenta ambulatoryjnie lub na dziennym oddziale szybkiej diagnostyki, nie są stosowane procedury jednodniowe, które stanowią prawie połowę leczenia szpitalnego w krajach, gdzie rozsądnie wydaje się publiczne pieniądze.

Wszystkie te zjawiska są również charakterystyczne dla szpitali klinicznych.

### Przykład niemiecki

Dla porównania – w sąsiadujących z Polską Niemczech szpitale od dawna działają w formie spółek kapitałowych (GmbH) – 45–50 proc., jako zakłady prywatne – 30–35 proc., a także zakłady prowadzone przez fun-



fot. iStockphoto

**„ Najbardziej niepokojące jest to, że komercjalizacja nie objęła flagowych jednostek systemu opieki zdrowotnej, jakimi są szpitale kliniczne, których organem założycielskim są uczelnie medyczne ”**

dacie, kościoły i związki wyznaniowe – ok. 15 proc. Coraz bardziej wzrasta także liczba sprywatyzowanych szpitali i dotyczy to również dużych placówek klinicznych (przykład Berlina). Zauważalny jest ponadto dynamiczny rozwój tzw. sieci operatorskich, np. Sana Kliniken, gdzie w rękach jednego zarządu znajduje się od 20 do 40 szpitali. Sieci te rozwijają się również dynamicznie na terenie dawnej NRD (Rostock). W Polsce na szczególną uwagę zasługuje rozwój sieci szpitali prowadzonych przez Instytut Medyczny z Wrocławia.

Obserwujemy pogarszającą się kondycję finansową szpitali u naszych zachodnich sąsiadów. Niektóre mają poważne trudności ze znalezieniem wystarczającej liczby lekarzy i personelu pielęgniarskiego, a aż 58 proc. z obsadzeniem stanowisk lekarskich. W niemieckich szpitalach brakuje też 2300 pielęgniarek i pielęgniarzy na oddziałach szpitalnych i 1600 na oddziałach intensywnej terapii.

W dorocznej ankiecie Niemieckiego Instytutu Szpitalnictwa (DKI), przeprowadzanej w 290 placówkach liczących powyżej 50 łóżek, 51 proc. szpitali podało, że jest na minusie. W 2011 r. pod kreską było tylko 31 proc. jednostek. Tylko 13 proc. placówek uznało, że ich sytuacja gospodarcza jest dobra.

Według Alfreda Dänzera, prezesa Niemieckiego Związku Szpitalnictwa (DKG), „jeżeli nie polepszy się warunków ramowych szpitali, nie będą one w stanie udźwignąć dodatkowego obciążenia, jakie czeka je w następnych latach w wyniku rozwoju demograficznego, postępu w medycynie i oczekiwań jakościowych pacjentów”. CDU/CSU i SPD zamierzają powołać komisję składającą się z przedstawicieli krajów związkowych i federacji, która opracowałaby do końca 2014 r. reformę szpitalnictwa w Niemczech.

Podobna reforma jest jeszcze bardziej pilna w naszym kraju.

### Raport Rokity

Przy tak dogłębnej krytyce formuły SPZOZ w Polsce najważniejsze szpitale w kraju, tj. kliniczne, konsekwentnie pozostają poza głównym nurtem przekształceń. Można w tym miejscu przywołać znane zdanie Talleyranda: „to gorzej niż zbrodnia, to błąd!”.

Dla lepszego oglądu problemu szpitali klinicznych warto wrócić do dokumentu dotyczącego programu nowego rządu PO, opracowanego w 2007 r. pod kierunkiem Jana Rokity (szefa gabinetu cieni PO w 2007 r.), gdzie w akapicie odnoszącym się do uczelni medycznych w rozdziale III pkt 1 „Ochrona Zdrowia” znajdujemy następujący fragment: „Należy przekazać akademie medyczne jako szkoły wyższe do ministra nauki i szkolnictwa wyższego, aby sprawował nad nimi nadzór, jak to czyni w stosunku do pozostałych państwowych uczelni cywilnych. Oznacza to finansowanie przez ministra nauki kosztów kształcenia i dydaktyki. [...] Szpitale kliniczne powinny mieć kontraktowane świadczenia medyczne na ogólnych zasadach, a odrębne finansowanie prowadzonej przez nie działalności dydaktycznej”. I dalej: „rozwiązać trzeba również kwestie właścicielskie szpitali klinicznych. W sytuacji obecnej sprawowania funkcji właścicielskiej przez uczelnie medyczne szpitale kliniczne są bardziej spółdzielniami ordynatorów klinik, a interes profesorów dominuje nad racjonalnością ekonomiczną podejmowanych działań” (np. funkcjonowanie kilku klinik o podobnym profilu specjalistycznym w jednej uczelni).

„Raport Rokity” proponował przekazanie funkcji organu założycielskiego szpitali klinicznych do samorządu wojewódzkiego lub w inne, bardziej profesjonalne ręce, tj. do ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa. W tym wariantcie szpitale kliniczne powinny funkcjonować jako jednoosobowe spółki Skarbu Państwa.

### Wady

Uczelniane szpitale kliniczne w zbyt małym stopniu uwzględniają także dynamicznie zmieniające się potrzeby zdrowotne ludności. Wyraża się to w poważnym niedorozwoju w tych placówkach tak strategicznych dzisiaj specjalności, jak onkologia, leczenie oparzeń, geriatryka i rehabilitacja, toksykologia i ratownictwo medyczne.

Na przykład Centralny Szpital Kliniczny WUM w Warszawie przy ul. Banacha od lat 70. ubiegłego wieku nie ma warunków do udzielenia kompleksowej pomocy pacjentowi z urazem wielonarządowym (brakuje chirurgii urazowej, okulistyki i chirurgii szczękowej) – przy 140 łóżkach w Klinice Laryngologii i zlokalizowaniu wymienionych wyżej specjalności wyłącznie w Szpitalu Klinicznym przy ul. Lindleya.

Powszechny w szpitalach klinicznych jest też niedorozwój oddziałów dziennych, głównie szybkiej diagnostyki, geriatrycznych, chirurgii jednego dnia, rehabilitacyjnych, psychiatrycznych, chemioterapii i leczenia bólu.

W budowanym obecnie w Warszawie przy ul. Banacha Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym WUM nie przewidziano wielospecjalistycznego pediatrycznego szpitala dziennego.

### Przykład z Polanicy i Warszawy

Ministerstwo Zdrowia już obecnie posiada swoje laboratorium w zakresie pożądaných przekształceń szpitali klinicznych w Specjalistycznym Centrum Medycznym SA w Polanicy-Zdroju. Szpital ten, którego organem założycielskim jest minister zdrowia, funkcjonował z wieloma problemami jako SPZOZ. Po przekształceniu w jednoosobową spółkę Skarbu Państwa placówka uzyskała płynność finansową, weszła na ścieżkę pożądanego rozwoju i – co najważniejsze – stała się bazą naukowo-dydaktyczną niektórych klinik Dolnośląskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Podobnym sukcesem może się pochwalić przekształcony przez mazowiecki samorząd wojewódzki Kliniczny Szpital Bródnowski w Warszawie. W związku z wchodzącą w życie dyrektywą transgraniczną UE te przekształcone szpitale kliniczne mogą niejako z marszu zaproponować bogatą ofertę świadczeń wysokiej jakości.

Rozwiązanie przyjęte w Polanicy i Szpitalu Bródnowskim w Warszawie jak najszybciej, bez dalszej straty czasu, powinno znaleźć zastosowanie we wszystkich szpitalach klinicznych w kraju.

W rozważaniach dotyczących sytuacji szpitali klinicznych w Polsce należy uwzględnić także stale rosną-

„ W związku z wchodzącą w życie dyrektywą transgraniczną przekształcone szpitale kliniczne mogą niejako z marszu zaproponować bogatą ofertę świadczeń wysokiej jakości ”

cą, a bardzo często uzasadnioną, roszczeniowość pacjentów, czego dobitnym przykładem jest ogromny problem, jaki pojawił się ostatnio w Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM w Warszawie przy ul. Banacha. Jak wynika z artykułu Joanny Berendt i Dominika Tomaszczuka („Gazeta Wyborcza” z 18 listopada br.) „sąd I instancji uznał, że SPCSK WUM przy ul. Banacha w Warszawie będzie musiał wypłacić swojej byłej pacjentce i pracownicy rekordowe odszkodowanie (5 mln zł) w sprawie o błędy medyczne”. Pojawia się pytanie (jeżeli wyrok zostanie utrzymany), czy dyrekcja szpitala przez 9 lat przeprowadziła jakiegokolwiek dochodzenie w tej sprawie. Czy winni zaniedbań ponieśli konsekwencje?

„ SPZOZ jest hybrydą formalnoprawną z pozorną samodzielnością i olbrzymią inercją działania ”

Czy Ministerstwo Zdrowia zostało poinformowane, że sąd w listopadzie ubiegłego roku zasądził dawniej pacjentce szpitala najwyższe odszkodowanie w sprawie o błędy medyczne w historii ochrony zdrowia w Polsce?

Problem szpitali klinicznych od dłuższego czasu czeka na pozytywne rozwiązanie. Dopiero po uregulowaniu wyżej zarysowanych spraw będzie można podjąć takie niezbędne działania racjonalizujące, jak konsolidacja wybranych szpitali, organizowanie centrów usług wspólnych oraz grup zakupowych, a przede wszystkim podjęcie racjonalnej polityki inwestycyjnej przy wykorzystaniu funduszy z Unii Europejskiej w perspektywie finansowej 2014–2020 r.

Maciej Murkowski