

OCZY SZEROKO ZAMKNIĘTE

Rozmowa z prof. Piotrem Kuną,
dyrektorem Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego nr 1
im. Norberta Barlickiego w Łodzi



„ Samo skomercjalizowanie szpitali niewiele poprawi w polskiej ochronie zdrowia. Zagrozi natomiast poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli „

Jest pan za tym, aby sprywatyzować czy skomercjalizować kierowany przez pana szpital?

Zadawaliśmy sobie to pytanie od dawna. I odpowiedź brzmi: nie. Nasz szpital już wdrożył zasady organizacyjne takie jak w dobrze funkcjonującej korporacji. Mamy profesjonalny zespół pracowników, opracowaliśmy analizy korzyści i ryzyka, naszym zdaniem komercjalizacja nic nie poprawi i nie zmieni na lepsze. Formuła szpitala publicznego bardziej nam odpowiada, szczególnie że realizujemy równocześnie zadania dydaktyczne i naukowe.

Formuła spółki prawa handlowego jest jednak pożądana przez Ministerstwo Zdrowia. Prawo zachęca do jej przyjęcia.

Temu się akurat nie dziwię. Państwo stawia takie warunki, bo nie chce odpowiadać za narastające długi polskich szpitali, także klinicznych. I właśnie dlatego stworzono prawo, które zachęca do przekształceń, a w niektórych przypadkach wręcz je wymusza. Na szczęście mój szpital długów nie ma, obronimy się więc w obecnej formule własnościowej. Obawiam się jednak, że samo skomercjalizowanie szpitali niewiele poprawi w polskiej ochronie zdrowia. Zagrozi natomiast poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego naszych

obywateli. Cena, którą przyjdzie rządzącym zapłacić za to marnotrawstwo, może być wysoka.

Marnotrawstwo? Na czym ono polegało?

W ostatnich latach do systemu ochrony zdrowia przekazano znaczne pieniądze. Kłopot w tym, że nie trafiły one ani do szpitali najlepszych, ani do najbardziej potrzebujących, ale często do tych, które były kompletnie nieprzygotowane do takich inwestycji. Mam tu na myśli przede wszystkim wydatki na sprzęt medyczny. Kupowano go, bo była szansa na uzyskanie dotacji z Unii Europejskiej. Polityków nadzorujących działanie szpitali rozliczano nie z tego, czy ten nadzór sprawują właściwie, ale z tego, ile pieniędzy z Unii potrafili zaabsorbować. To była forma licytacji – kto pozyska więcej środków, kto kupi swojemu szpitalowi więcej drogich urządzeń. Nie bacząc na to, czy rzeczywiście są potrzebne, nie bacząc na koszty ich utrzymania i serwisowania. I te koszty dziś są gwoździem do trumny wielu szpitali. Samorządy czy Unia sfinansowały zakup sprzętu, ale oczywiście koszty jego utrzymania spadną na szpitale, niszcząc ich budżety. Dochodzą do mnie sygnały, że część jednostek w ochronie zdrowia posuwa się do tego, że nie konserwuje i nie serwisuje aparatury medycznej, nie dba o to,

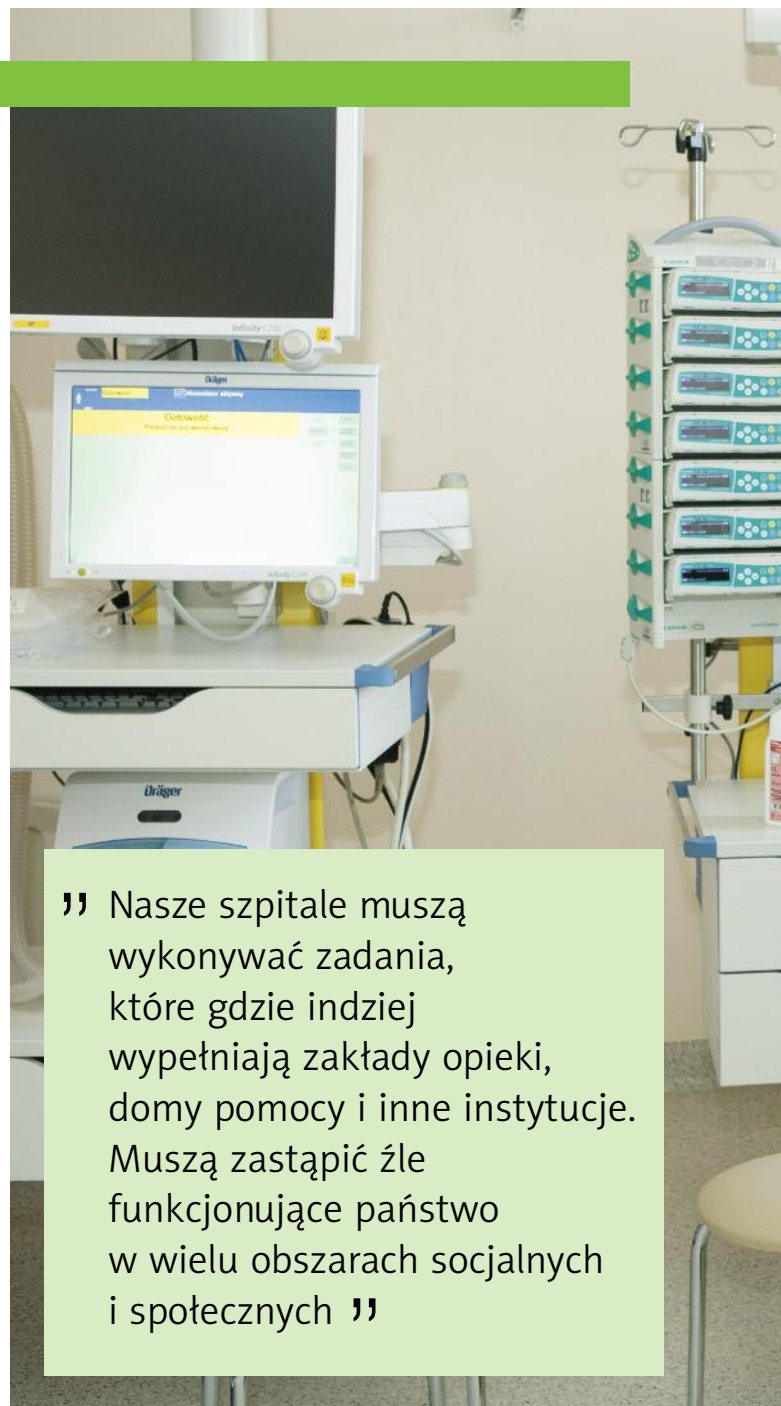
by sprzęt miał odpowiedni paszport, czyli dokument uprawniający do jego użytkowania. To zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta. Nie jedyne.

A kolejne?

Polska ochrona zdrowia, w opinii społeczeństwa, ma fatalne notowania, jedne z najgorszych w Europie. Tak wynika z badań przeprowadzonych w całej populacji. System ochrony zdrowia jest zawsze pochodną zamożności, kultury, sposobu organizacji państwa i sprawności działania różnych służb. W Polsce to szwankuje. Nasze szpitale muszą wykonywać zadania, które gdzie indziej wypełniają zakłady opieki długoterminowej, domy pomocy społecznej czy nawet izby wytrzeźwień. Szpitale muszą zastąpić źle funkcjonujące państwo w wielu obszarach socjalnych i społecznych.

Dlaczego muszą?

Odpowiem, posługując się przykładem. Do naszego szpitala przyjmujemy wielu alkoholików – na kilka dni. Dochodzą do siebie, wypisujemy ich – wracają przywożeni karetkami, pijani, i znowu przyjmujemy ich na kilka dni, i tak w kółko. Przeprowadzamy skomplikowaną i kosztowną diagnostykę, bo są pijani, poobijani, zmarznięci, choć lekarze ordynujący ją widzą, że jest to bezsensowne, że pacjent ma kłopoty ze sobą, że po kilku dniach wróci. Ale to robią, bo jeśli pacjentowi coś się stanie – prokurator murowany. Taki pacjent jest traktowany jako przypadek nagły. W praktyce jest tak, że gdy takich przypadków nagłych mamy miesięcznie kilkaset, to możemy wykonać o kilkaset mniej świadczeń planowych. „Przypadkami nagłymi” wyczerpujemy limit, bo taki mamy kontrakt. Praktyka, prawo wymusza na nas zajmowanie się tymi – powiedzmy – stałymi i kłopotliwymi pensjonariuszami kosztem innych, którym rzeczywiście i trwale można pomóc zabiegami planowymi. Tyle że na nie nie ma już pieniędzy, bo trzeba je wydać na „przypadki nagłe” i koło się zamyka. Podałem drastyczny przykład. Są i inne, sprawiające wielki kłopot. To przypadki ludzi starszych, schorowanych, którym nie ma kto pomóc, nie ma kto się nimi zająć. A także szybko rosnąca grupa osób z chorobami przewlekłymi, których nie stać obecnie na wykupienie leków na receptę. Są to pacjenci, którzy na przykład w Austrii czy Finlandii otrzymaliby pomoc socjalną lub trafili do zakładów opieki długoterminowej. W Polsce do nich nie trafiają, w tych zakładach są kolejki, jest ich za mało, a na pobyt w prywatnych jednostkach mało kogo stać. Lekarz podejmujący decyzje w ich sprawie stoi przed alternatywą: albo zatrzymać w szpitalu, albo wypisać – tylko dokąd? Na ulicę? Do nieogrzewanego mieszkania, w którym pacjent będzie sam, bez żadnej pomocy? To przecież narażenie jego zdrowia na szwank, wręcz narażenie życia. W Polsce szpital jest jedyną i osta-



„ Nasze szpitale muszą wykonywać zadania, które gdzie indziej wypełniają zakłady opieki, domy pomocy i inne instytucje. Muszą zastąpić źle funkcjonujące państwo w wielu obszarach socjalnych i społecznych ”

teczną instancją dla tych ludzi. Na barki szpitali przerzucono ciężar prowadzenia opieki społecznej. I to znacznie obciąża budżety szpitali. Podkreślę: nie ma innego wyjścia, szpital nie może odmówić udzielenia tym ludziom pomocy. Wszystkie inne instytucje mogą, a szpital nie. Na to wszystko nakłada się beznadziejna polityka przykręcania finansowej śruby przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia.

Na czym ta polityka polega?

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. Mówiłem o tym, że nieznacznie wzrosła cena jednego punktu rozliczeniowego. Ale w tym czasie NFZ obniżył punktacje wielu wyspecjalistycznych świadczeń – na przykład „zabiegów wewnątrzczaszkowych z powodu poważnego urazu”



„ Jesteśmy świadkami posunięć, które w środowisku medycznym wywołują chaos. Można było tego uniknąć, gdyby rządzący wzięli pod uwagę zdanie ekspertów w trakcie procesu legislacyjnego, a nie po jego zakończeniu ”

o 8 punktów, „kompleksowych zabiegów przelyku” o 16 punktów, „kompleksowych zabiegów trzustki” o 9 punktów. I choć mój szpital od lat jest wolny od długów i kłopotów, które mają inne szpitale, nawet my już dochodzimy do ściany, nie ma już na czym oszczędzać. Dalsze oszczędzanie sprowadzałoby się do zwolnień pracowników, eliminacji drogich procedur medycznych, pogorszenia dostępu do kształcenia.

Wspominał pan, że przyczyną są błędne decyzje polityczne.

W zasadzie jedyną realizowaną decyzją polityczną, którą podjęto w ostatnich latach, jest pozbycie się przez ośrodki politycznej odpowiedzialności za szpitalne długi. Tu rzeczywiście można się spodziewać zmian. Ale nie podjęto żadnej decyzji, która zmieniałaby otoczenie szpitali, czyli powód tego rosnącego zadłużenia. W środowisku medycznym narasta frustracja. Od kilkunastu lat politycy radzą się autoryte-

tów medycznych. Organizowane są spotkania, eksperci udzielają trafnych odpowiedzi – tyle że nikt z ich rad nie korzysta. Prawdziwą rolą polityków powinno być dbanie o bezpieczeństwo obywateli. A bezpieczeństwo zdrowotne w dzisiejszym czasie, kiedy mówimy na przykład o podniesieniu wieku emerytalnego, jest sprawą fundamentalną. I z tej roli, z troski o to bezpieczeństwo politycy wywiązują się źle. Także dlatego, że nie potrafią słuchać i brać pod uwagę rad ekspertów. Od stycznia jesteśmy świadkami posunięć, które w środowisku medycznym wywołują chaos. Ustawa refundacyjna, zamiana programów terapeutycznych na lekowe, spóźnione akty prawne, błędy w ustawach – tego wszystkiego można było uniknąć, gdyby rządzący wzięli pod uwagę zdanie ekspertów w trakcie procesu legislacyjnego, a nie po jego zakończeniu. Ekspersi swoje uwagi zgłaszali, tyle że wygodniej było ich nie słuchać, udawać, że wie się lepiej.

Rozmawia Bartłomiej Leśniewski