

Wielkopolski pomysł na pulmonologię

Porozumienie ponad podziałami

Jolanta Sielska

O tym, jakie korzyści daje łączenie szpitali, pisał w *Menedżerze Zdrowia* (6/2005) Wojciech Balicki w artykule *Szpitalny holding*. Jak wynika z rozważań teoretycznych i praktyki, wspólna działalność kilku jednostek nie tylko poprawia stan ich finansów, ale i jakość usług.

Nie należy więc się dziwić, że coraz więcej szpitali łączy się, wzmacniając swą pozycję rynkową, poprawiając wskaźniki księgowości i statystyki leczenia. Ostatnio na takie połączenie zdecydowały się wielkopolskie szpitale pulmonologiczne.

Początki

Na początku zawarto swoisty pakt o nieagresji. Jego przejawem było to, że szpitale przestały ze sobą konkurować. Celem konsorcjum ma być (obok poprawy finansów) skonsolidowanie pulmonologii i opracowanie jednolitego programu kontraktowania z NFZ. Szpitale chcą ponadto poszerzyć zakres udzielanych świadczeń adekwatnie do potrzeb zdrowotnych Wielkopolan.

wanym stałym wzroście zachorowań na schorzenia układu oddechowego, może się okazać, że liczba łóżek jest niewystarczająca. Podejmując decyzję o likwidacji, należałoby się też liczyć ze stratami ekonomicznymi, bo przecież w ostatnich latach każdy szpitali inwestował w rozwój, poprawiając infrastrukturę czy wymieniając aparaturę – mówi Wysocki.

Warianty

Inną z branych pod uwagę opcji była fuzja, czyli utworzenie swoistego konsorcjum z majątku spółek (przekształconych szpitali). Problemem jest to, że działanie takiego konsorcjum byłoby utrudnione przez duże odległości dzielące szpitale. Placówki pulmonologiczne rozmieszczone są

” Wstępem do stworzenia konsorcjum było zawarcie swoistego paktu o nieagresji. Szpitale przestały ze sobą konkurować ”

Przygotowaniem koncepcji zamian zajął się Sławomir Wysocki, dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego ZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy koło Kalisza. Już kilka razy pojawiała się koncepcja likwidacji części szpitali. Może za tym przemawiać argument ekonomiczny. – *Jednak nie ma żadnych gwarancji, że zaoszczędzone w ten sposób pieniądze zostaną alokowane przez NFZ na pozostałe jednostki. Poza tym, przy obserwo-*

bowiem w Wielkopolsce na granicach regionu. Nawet przy wprowadzeniu jednolitego systemu informatycznego trudno byłoby uniknąć bezwładu w zarządzaniu. Pozytywnej oceny nie doczekała się także analiza możliwości wynikających z utworzenia holdingu, czyli grupy podmiotów o powiązaniach określonych szczegółowo w podatku od osób prawnych i podatku VAT. Podstawowym warunkiem tworzenia holdingu jest bo-



„ Aleksander Barinow-Wojewódzki, dyrektor szpitala w Ludwikowie: – Nasz szpital dysponuje rozwiniętym zapleczem rehabilitacyjnym dla chorych po zabiegach torakochirurgicznych. Ponadto specjalizuje się w zakresie leczenia gruźlicy, czego nie oferuje szpital w Poznaniu „

for. AF Signum

wiem status spółki prawa handlowego, a możliwości prawne nie pozwalają na wprowadzenie takich rozwiązań w służbie zdrowia.

Rozwiązanie

Na jakich zasadach mogłyby więc współpracować szpitale o tym samym profilu? Realne korzyści wydaje się przynieść zawarcie umowy tworzącej konsorcjum. Choć jest to rodzaj fuzji, nie prowadzi on do powstania jednego bytu prawnego. Zakres współdziałania powinien zostać sprecyzowany w umowie. Ta, przygotowana już dla szpitali wielkopolskich, wśród obowiązków stron wymienia m.in. wspólne opracowywanie ofert i negocjowanie warunków kontraktów oraz wzajemne promowanie swoich usług.

Szpitale działające w konsorcjum mają szansę na osiągnięcie korzyści, przede wszystkim współpracując w zakresie zamówień publicznych. Mogą wspólnie kupować leki i materiały opatrunkowe, odczynniki laboratoryjne, błony RTG czy sprzęt medyczny. Konsorcjum mogłoby też być wspólnie reprezentowane na zewnątrz – zarówno podczas negocjacji z NFZ, jak i w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia czy Sejmikiem Wojewódzkim.

Inicjatywa wspólnego prowadzenia zamówień publicznych może należeć zarówno do samych szpitali, jak i do organu założycielskiego. Placówki nie mogą natomiast składać Funduszowi

wspólnej oferty. Najwyższym organem konsorcjum byłaby rada dyrektorów. Do podstawowych zadań zespołu należałoby opracowanie standardów postępowania lekarskiego, analizy epidemiologiczne i opracowanie programów zdrowotnych oraz profilaktycznych i przygotowanie pionu do wprowadzenia zarządzania przez jakość.

Dwa w jednym

Odmienną wizję restrukturyzacji opieki pulmonologicznej w województwie wielkopolskim przygotował Aleksander Barinow-Wojewódzki, dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Gruźlicy i Chorób Płuc w Ludwikowie. W jego opinii, po połączeniu jego szpitala z Wielkopolskim Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy w Poznaniu uda się poprawić kondycję finansową obu lecznic. Oszczędności mają wynikać nie tylko z redukcji części etatów. W nie mniejszym stopniu ma się do nich przyczynić wdrożenie systemu informatycznego, zapewniającego sprawne zbieranie i przetwarzanie danych epidemiologicznych, centralne przeprowadzanie zamówień publicznych oraz wprowadzenie elektronicznego obiegu dokumentów. Mniejsze wydatki i sprawniejszą pracę nowego centrum miałyby umożliwić ponadto utworzenie wspólnej statystyki. Pozwoliłoby to na stworzenie banku danych o podstawowych schorzeniach, jak rak płuc, gruźlica czy

POChP. – *Nie bez znaczenia jest fakt, że oba szpitale oferują usługi wzajemnie się uzupełniające. Szpital poznański przeprowadza m. in. zabiegi torakochirurgiczne, natomiast szpital w Ludwikowie dysponuje doskonałym zapleczem rehabilitacyjnym dla chorych po zabiegach torakochirurgicznych. Ponadto szpital w Ludwikowie specjalizuje się w leczeniu gruźlicy, czego nie oferuje szpital w Poznaniu. Oferty tych szpitali uzupełniają się, pozwalając*

nie wiadomo, czy ambitne plany szefów placówek nie zepchną ich na peryferia zainteresowań lokalnych polityków. Warto jednak, aby zwrócili oni uwagę, że dotychczasowe przemiany wielkopolskiej pulmonologii przyniosły same korzyści. Wielkopolskie szpitale pulmonologiczne wykorzystały bowiem szansę, jaką dawała reforma. Przeprowadziły reorganizację, doprowadzając do odnowienia infrastruktury

” Celem stworzenia konsorcjum ma być (obok poprawy finansów) skonsolidowanie pulmonologii i opracowanie jednolitego programu kontraktowania z NFZ ”

po połączeniu na stworzenie centrum, mogącego zapewnić pełen przekrój usług pulmonologicznych – uważa Aleksander Barinow-Wojewódzki.

W rękach polityki

Który z przedstawionych modeli przekształceń wielkopolskiej pulmonologii zyska uznanie radnych Sejmiku Wojewódzkiego, okaże się prawdopodobnie we wrześniu. Sejmik ma jednak podjąć decyzję półtora miesiąca przed wyborami samorządowymi. Dlatego

ture i zakupu nowego sprzętu. Wzbogaciły też ofertę usług. Dyrektorzy wszystkich szpitali pulmonologicznych są zgodni, że spokojny rozwój umożliwi im fakt, że nie muszą ze sobą konkurować. Udało im się tego dokonać dzięki powołaniu w 2000 r. zespołu do spraw pulmonologii. Do działającego przy Akademii Medycznej w Poznaniu pod przewodnictwem konsultanta regionalnego zespołu przystąpili wszyscy dyrektorzy szpitali o profilu pulmonologicznym. ■

Fuzje i łączenia

- W latach 2000–2001, w ramach restrukturyzacji szpitali w Kędzierzynie-Koźlu połączono trzy istniejące placówki, tworząc szpital zespólny.
- W 2004 r. trzy chorzowskie placówki połączono w Zespół Szpitali Miejskich. Powstało jedno laboratorium dla wszystkich (160 tys. zł oszczędności), wspólna kuchnia (224 tys. zł oszczędności) i pralnia (107 tys. oszczędności). Najwięcej oszczędności (2,7 mln zł) przyniosło podzielenie zabiegów na planowe i ostre.
- 1 października 2005 r. krakowski Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla połączył się ze Szpitalem Reumatologicznym i Rehabilitacyjnym przy ul. Focha.
- W lipcu 2005 r. roku połączono szpitale w Miastku i Bytowie. Celem fuzji była poprawa kondycji finansowej jednostek (zadłużenie obu placówek wynosiło jeszcze niedawno 40 mln zł).
- Milion złotych oszczędności przyniosło połączenie od 1 stycznia tego roku dwóch kaliskich szpitali w jedną jednostkę organizacyjną – Wojewódzki Szpital Zespólny (WSZ) im. Ludwika Perzyny (przed fuzją chorych obsługiwały dwie jednostki: Szpital Zespólny i Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Matki i Dziecka).
- W Gdańsku i Gdyni planowane jest powstanie dwóch szpitali w miejsce dotychczasowych czterech. Restrukturyzacja zakłada zwolnienie 160 osób.
- We Wrocławiu planowane jest połączenie trzech miejskich szpitali. Przewidywana jest też fuzja Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc z dwoma innymi, tzw. płucnymi szpitalami w województwie – w Obornikach i Rościszowie.