

Jeśli nie zostaną sprecyzowane źródła finansowania działalności dydaktycznej, naukowej i usług medycznych, klinikom grozi głęboki kryzys



Szpitala do zadań specjalnych

Wojciech Dyszkiewicz

Coraz częściej w dyskusjach na temat ochrony zdrowia pojawia się problematyka szpitali klinicznych. Mimo że jest ich zaledwie 40, co stanowi niewielki odsetek wszystkich funkcjonujących placówek lecznictwa zamkniętego (800), wykonuje się w nich znaczną część wysokospecjalistycznych procedur. Są one zatem bardzo ważnym ogniwem opieki zdrowotnej. Ich zadania, związane nierzadko z realizacją pionierskich badań naukowych, często wykraczają poza standardowe działania medyczne.

Szpitala kliniczne tym różnią się od innych, których organami założycielskimi są chociażby jednostki samorządów terytorialnych, że oprócz świadczenia usług medycznych, czyli swego rodzaju służby społecznej, biorą udział w działalności dydaktycznej i naukowej, o czym często zapomina się w dyskusjach o szpitalnictwie.

Szczególna misja

Zadania te sprawiają, że usytuowanie tych placówek w systemie opieki zdrowotnej jest szczególne i musi być związane z dodatkowymi rekompensatami. Nie można zatem przechodzić do porządku dziennego nad faktem, że wypełnianie tej misji już wkrótce będzie wymagało

wielu zmian, a przede wszystkim sprecyzowania źródeł finansowania poszczególnych, wymienionych powyżej elementów działalności szpitala klinicznego. Jeśli tak się nie stanie, szpitalom klinicznym grozi głęboki kryzys, zagrażający nawet ich istnieniu w dzisiejszej formie.

Emancypacja szpitali

Trzeba przyznać, że świadomość wyzwań związanych z codzienną pracą szpitali klinicznych narastała na uczelniach medycznych stopniowo i dopiero w ostatnich latach, po zmianach w systemie finansowania szpitali, z całą ostrością dostrzeżono wagę tego problemu. Akademie i uniwersytety medyczne, przy których działają te szpitale, po długiej, bo 9-letniej dyskusji odkryły, w jaki sposób kształtować relacje między klinikami a ich organem założycielskim. Na szczęście, mimo wielu wcześniejszych obaw i nieporozumień, uczelnie medyczne rozumieją, jakie wielkie znaczenie ma dla nich fakt obecności w ich strukturze szpitali klinicznych, ale także z jaką odpowiedzialnością związane jest ich prowadzenie.

Placówka dydaktyczno-naukowa czy przedsiębiorstwo?

Toczyła i zapewne jeszcze długo będzie się toczyć ożywiona dyskusja, czy szpitale kliniczne powinny być jednym z podstawowych narzędzi pracy uniwersytetu medycznego, czy też sprawnie zarządzanym przedsiębiorstwem. Wielu z nas, lekarzy i naukowców, chciałoby w nich widzieć przede wszystkim użyteczne miejsce swobody badawczej, nawet za cenę pewnej niefrasobliwości ekonomicznej. Na szczęście powszechna staje się świadomość, że szpital kliniczny – oczywiście, będąc narzędziem wykonywania funkcji dydaktycznych i badawczych uniwersytetu – musi być również sprawnie i logicznie zarządzanym przedsiębiorstwem. Jeśli nie będzie ekonomicznie zwarty i w sposób odpowiedzialny prowadzony, nigdy nie stanie się stabilną bazą uniwersytecką. By sprostać konkurencji i wypełnić swe zadanie, powinien być i jednym, i drugim.

Trzeba przyznać, że wspomniana powyżej trojaka misja jest tożsama dla uczelni medycznej i szpitala klinicznego. Szkoda, że w prawodawstwie dotyczącym szkolnictwa wyższego nie uwzględniono i nie wyrażono dostatecznie specyfiki uczelni medycznych. Potrzebna jest zatem ustawa, która zapewniłaby spójność w realizacji zadań dydaktycznych, naukowych i pełnienie służby społecznej w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów.

Potrzeba nowej legislacji

Nie ma wątpliwości, iż najbliższym czasie rektorzy uczelni medycznych powinni skupić swoje siły, by przekonać ustawodawcę do przygotowania ustawy poświęconej wyższemu szkolnictwu medycznemu.

Przed wszystkim należy zapewnić odrębne źródła finansowania trzech głównych elementów działalności i szpitala, i uczelni. Powinno się to wyrazić w precyzyjnym wydzieleniu funduszy na dydaktykę szpitalną, ściśle przecież w wypadku klinik powiązaną z działalnością leczniczo-usługową.

Nie można też ukrywać, że ważne byłoby uporządkowanie sposobów zatrudnienia akademickiego personelu medycznego w szpitalach klinicznych. Wymagałoby to nowych regulacji prawnych. Możliwym do przyjęcia rozwiązaniem problemu byłoby pełne zatrudnienie przez dyrektorów szpitali nauczycieli akademickich, którzy w różnym, często skromnym wymiarze godzin wykonują codzienną pracę leczniczo-usługową. Działalność ta jest finansowana przez NFZ i nie ma przeszkód, aby fundusze z tytułu tak wykonywanej pracy były przeznaczone dla lekarzy akademickich. Równocześnie jednak należałoby się wówczas liczyć z koniecznością restrukturyzacji zatrudnienia w klinikach, co z pewnością wywołałoby napięcia społeczne. Alternatywnym lub uzupełniającym rozwiązaniem może być wprowadzenie kontraktów zadaniowych, w których miałyby udział część lekarzy akademickich i lekarze zatrudnieni na etatach PSK. W tej sprawie potrzebny jest konsensus i kompromis między słusznymi aspiracjami personelu medycznego a dyrektorami szpitali, mającymi ograni-



„ Szpitale kliniczne, oprócz świadczenia usług medycznych, biorą udział w działalności dydaktycznej i naukowej. To sprawia, że usytuowanie tych placówek w systemie opieki zdrowotnej jest szczególne i musi być związane z dodatkowymi rekompensatami ”

czony możliwości manewrowania budżetem. W najbliższych latach z tymi wyzwaniami przyjdzie się zmierzyć zarówno władzom uczelni medycznych, jak i dyrektorom klinik, i personelowi. Dojdzie więc albo do ustawowego ujednoczenia sposobu zatrudnienia, np. poprzez określenie zakresów obowiązków w trzech obszarach spełnianych zadań, albo nastąpi wyraźne oddzielenie działalności diagnostyczno-leczniczej od naukowej i badawczej. To drugie rozwiązanie najprawdopodobniej byłoby trudne do przyjęcia przez większość lekarzy akademickich. Jakkolwiek będą decyzje, potrzebna jest już teraz merytoryczna dyskusja i podjęcie prób nawet

odważnych zmian z zachowaniem bez uszczerbku tego, co stanowi i istotę i dorobek szkolnictwa medycznego.

Współpraca z samorządem

Warto podkreślić, że szpitale kliniczne wymagają też zrozumienia ze strony samorządu terytorialnego. Pozostają przecież na służbie miasta czy regionu, choć często bywają przez instytucje samorządowe traktowane po macoszemu. Samorzady borykają się przede wszystkim ze swoimi szpitalami, dbając finansowo tylko o nie. Zapominają jednak, że to właśnie mieszkańcy ich społeczności korzystają z dobrodziejstw szpitali klinicznych. Najbliższe lata muszą być czasem budowania zrozumienia i harmonijnej współpracy między

browolnych ubezpieczeń zdrowotnych może przynieść wymierną i odczuwalną przez społeczeństwo poprawę jakości wysokospecjalistycznych usług medycznych. To są jednak już zadania dla polityków, a nie lekarzy.

Najważniejsze wyzwania

Już 6 razy w Poznaniu spotykali się w ostatnich latach dyrektorzy szpitali klinicznych z władzami rektorskimi oraz kanclerzami polskich uczelni medycznych. Środowisko tego miasta ma dobrą podstawę do dyskusji, mogącej inspirować do odważnych rozwiązań w tym zakresie. Warto wspomnieć, jakie gorące tematy poruszano podczas spotkania ubiegłej jesieni – czy jest potrzebna nowa legislacja dotycząca szpitali klinicznych,

„ Szpital będąc narzędziem wykonywania funkcji dydaktycznych i badawczych uniwersytetu musi być również sprawnie i logicznie zarządzanym przedsiębiorstwem ”

różnymi organami założycielskimi szpitali. Taka współpraca będzie zawsze korzystna.

Zasadne przywileje

Nieustannie toczy się spór (nie tylko w naszym kraju), czy szpitale kliniczne powinny mieć uprzywilejowane miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Pozostaje do rozstrzygnięcia, czy ich złożona działalność jest wystarczającym powodem, aby były korzystniej finansowane, jak to się dzieje w wielu krajach. Czy należy zachować system referencyjności i jakie z tego odniesie korzyści cały system opieki zdrowotnej? Na wszystkie pytania odpowiedź winna być twierdząca. Szpitale kliniczne powinny być uprzywilejowane w systemie opieki z powodu przeprowadzanych w nich wysokiej rangi procedur. Nie oczekujemy szczególnych przywilejów ze względu na sam charakter działalności. Racją uprzywilejowania jest bogactwo oferty usług leczniczych, jakie jesteśmy w stanie ofiarować społeczeństwu. Przyjęcie systemu trójstopniowej referencyjności w znacznie mierze rozwiązałoby kłopoty finansowe szpitali klinicznych. Zakładając, że większość z nich znalazłaby się w najwyższej grupie referencyjnej i przyjmując podział funduszy z NFZ w proporcji pierwszy stopień jako 1, drugi jako 1,5 i trzeci jako 2, to takie finansowanie umożliwiłoby wykonywanie usług zgodnie ze standardem europejskim. Byłaby to w dużej mierze redystrybucja pieniędzy będących już w zasobach NFZ. Te doraźne rozwiązania nie mogą przesłonić faktu, że tylko dodatkowe finansowanie szpitali klinicznych przez Ministerstwo Zdrowia lub dopływ funduszy z do-

jakie mogą być skutki nowego katalogu dla szpitali klinicznych, czy grozi nam paraliż lekarski w związku z nowymi regulacjami czasu pracy, co ze sposobem zatrudniania i wynagradzania, gdzie szukać wzorów działania poradni przykliniknych. Okazywało się, że poruszane w ciągu 6 kolejnych lat – w czasie poznańskich spotkań dyrektorów – tematy wyprzedzały pojawiające się dzisiaj problemy.

By szpitale kliniczne dobrze wypełniały swoje zadania, niezbędne jest zaufanie, wspólna troska oraz stworzenie odważnej i rozważnej osi: rektor z władzami uczelni, ordynator – kierownik kliniki, pracownicy (współtworzący przecież to dzieło) oraz dyrekcja szpitala.

Warto, by nie tylko gremia akademickie, ale i politycy oraz specjaliści ochrony zdrowia zajęli się w sposób odpowiedzialny sprawami szpitali klinicznych. Rozwiązywanie często bardzo poważnych problemów wymaga przede wszystkim zapewnienia dwóch wymiarów sukcesu. Pierwszym sukcesem będzie wewnętrzna harmonizacja wzajemnych relacji między uczelnią medyczną a jej szpitalami – narzędziami uniwersytetu i sprawnie zarządzanymi przedsiębiorstwami; drugim sukcesem będzie zapewnienie – dzięki odpowiednim regulacjom prawnym – bezpieczeństwa funkcjonowania w trzech obszarach: służbie, dydaktyce i nauce. W harmonii ze szpitalami innych organów założycielskich. Takie są właśnie precyzyjnie wyrażone najważniejsze wyzwania.

*prof. zw. dr hab. med. Wojciech Dyszkiewicz
kierownik Katedry Kardio-Torakochirurgii Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu, specjalista wojewódzki w zakresie chirurgii klatki
piersiowej dla województw wielkopolskiego i lubuskiego,
prorektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu*