



fot. Dzikli

Krucho finansowo

Opublikowany właśnie w Brukseli raport *Euro Health Consumer Index 2008* poraził danymi o stanie ochrony zdrowia w Polsce, a właściwie klasyfikacją Polski na jednym z ostatnich miejsc w Europie. O pozycji Polski w Europie w rankingu systemów ochrony zdrowia decydują przede wszystkim środki finansowe przeznaczane na ten cel. Warto zastanowić się, w jakiej kondycji finansowej będzie nasz publiczny płatnik w przyszłym roku?

Na ostatnim spotkaniu dyrektorów oddziałów z przedstawicielami Centrali NFZ zapadła decyzja określająca wysokość ceny punktu w lecznictwie szpitalnym. W trakcie dyskusji dyrektorów i preze-

lietach. Mam tu na myśli bardzo wysoki udział kosztów płac w kosztach ogółem i – co za tym idzie – ograniczenie możliwości inwestycyjnych polskich szpitali. Ostatnio zostałem poproszony przez grupę szpitali o referencyjności klinicznej i wojewódzkiej do przeprowadzenia symulacji, jaka powinna być cena punktu, aby pokryć finansowane dotychczas oddzielne podwyżki płac? Niestety, wyniki są niepokojące. W analizowanych jednostkach cena musiałaby kształtować się pomiędzy 57 a 60 zł za punkt. To nie koniec złych informacji. Firmy masowo zwalniają pracowników. Przypuszczam, że efekt kryzysu finansowego będzie widoczny w Funduszu około sierpnia 2009 r. Prawdopodobnie nie będzie-

„Efekt kryzysu finansowego na świecie Narodowy Fundusz Zdrowia zacznie odczuwać w sierpniu”

sów padły dwie propozycje – 53 i 51 zł za punkt. Wygrała kwota 51 zł, co było uwarunkowaniem m.in. możliwościami spięcia budżetu Mazowsza. Jeszcze kilka lat temu mieliśmy odwrotną relację. Pamiętam czasy, gdy sztywno trzymano się 10 zł za punkt, uzasadniając to przewartościowanymi kontraktami w woj. mazowieckim.

W nadchodzącym roku bardzo istotnym zdarzeniem w gospodarce finansowej polskiego systemu jest włączenie podwyżek wynikających z tzw. ustawy *wedłowskiej* w cenę punktu. Od przyszłego roku nie ma być bowiem wydzielonego budżetu w NFZ na podwyżki dla pracowników ochrony zdrowia przyznane na mocy tej ustawy. O tym, jak ten błąd zarządzania systemem finansowym płatnika, podjęty niespełna 2 lata temu (nie wspomnę o wątpliwości prawnej tego rozwiązania) wpłynął na kondycję szpitali, pisałem we wcześniejszych fe-

my mieli już do czynienia z taką ilością środków finansowych, jak przez ostatnie 2 lata. Czyżby znowu nadchodził okres zaciskania pasa?

Ostatnia sprawa, którą chciałbym poruszyć w tym felietonie, to nowy sposób kontraktowania i finansowania lecznictwa szpitalnego w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów. Szpitale policzyły *nowe* przychody. Na szczęście w NFZ było sporo pieniędzy i niedoskonałości związane z wdrożeniem JGP; w szczególności z systemem informatycznym – grupierem i błędami w katalogu można było zniwelować. Średnio szpitale powiatowe zyskują finansowo 3–5%. Oceniam, iż pod względem finansowym katalog JGP najbardziej istotnych, kosztochłonnych produktów kontraktowych jest *uchwycony finansowo*. Niestety, cała przysłowiowa *drobnica* jeszcze kuleje. Ułożenie tych elementów wymaga czasu. Pytanie: jak wiele? ■