



fot. Dzikki

# Długi na własne życzenie

Przez ostatnią dekadę reform ochrony zdrowia w Polsce, pomimo licznych trudności, widoczny był rozwój ośrodków medycznych. Pomału remontowano budynki, wychodzono z zadłużenia, korzystano z dopłat unijnych. Rosły również wydatki publicznego płatnika na świadczenia medyczne. Tymczasem radosna twórczość „pakietu ustaw” w krótkim czasie napędzi spiralę lawinowo rosnącego zadłużenia jednostek ochrony zdrowia.

Przykład nr 1: Sytuacja, w której 10–20 proc. środków z NFZ musimy przeznaczyć na wybujałe ubezpieczenia OC i od błędów medycznych PZU. Jak można było do tego dopuścić?

Przykład nr 2: Nieregulowany rynek cen środków biomedycznych. Oferty sprzedażowe poszczególnych firm w zakresie produktów o porównywalnej

związanych z wykupem na zapas leków), nikt nie policzył, jak ona wpłynęła na stan gospodarki Polski. Wiele firm farmaceutycznych w ciągu kilku miesięcy przeliczyło dochodowość dalszej działalności i ogłosiło upadłość. Lawinowo spadło zatrudnienie i wysokość wynagrodzeń w firmach farmaceutycznych. Praktycznie zlikwidowano system przedstawicieli medycznych.

Przykład nr 6: Dotychczas gros powiatowych szpitali żyło z wynajmu pomieszczeń jednodniówkom. Dla przykładu – starosta, oddając szpital powiatowy w tzw. operat spółce zarządzającej, otrzymywał miesięcznie 50–70 tys. zł, gdy ten sam szpital za dzierżawę bloku operacyjnego w czasie dwóch weekendów dostawał średnio od jednodniowego NZOZ 30 tys. zł.

Przykład nr 7: Bum budowlany – głównie niepublicznych podmiotów leczniczych – i brak polityki wy-

„ Może się okazać, że jedynymi beneficjentami polskiego systemu ochrony zdrowia już w niedługim czasie będą: PZU, banki, instytucje finansowe i komornicy ”

jakości różnią się o 200–300 proc. Publiczne szpitale z uwagi na chory system przetargów kupują środki biomedyczne po najwyższych stawkach, a niepubliczne dużo taniej.

Przykład nr 3: Za skandaliczne należy uznać umieszczenie przez NFZ w warunkach wymagalnych czy też rankingujących do konkursu ofert w przypadku hospitalizacji planowych w procedurach o charakterze typowo jednodniowym takich elementów, jak wymóg całonocnego dyżuru, aptek szpitalnych, OIOM-ów. Kuriozum jest powrót do wymagań dla bloków operacyjnych w jednodniówkach do rozporządzenia sanepidu z 1972 r.

Przykład nr 4: Wymagania posiadania sprzętu medycznego, który jest niepotrzebny bądź bardzo rzadko używany przy świadczeniu danego rodzaju usług medycznych. Zaciągamy kredyty, bierzemy w leasing lub kupujemy urządzenia medyczne, które później pokrywają się kurzem.

Przykład nr 5: Pomimo że ustawa refundacyjna w styczniu ograniczyła wydatki NFZ o około 1/4 (choć w grudniu zaobserwowano podobny wzrost kosztów

korzystania istniejącej publicznej infrastruktury (ogromne budynki, działki, których każdy boi się ruszyć). Powoduje to zaciąganie drogich kredytów, drenowanie środków z NFZ na inwestycje przez placówki, które spokojnie mogłyby wykorzystać infrastrukturę publicznych jednostek.

Jeśli w tym roku zgodnie z przewidywaniami dojdzie do schłodzenia gospodarki, może się okazać, że środków z NFZ jest za mało. Z drugiej strony mamy poważne problemy z wynagradzaniem personelu medycznego z uwagi na kulejący system kształcenia. Nagminnie zaczyna brakować specjalistów w mniejszych miejscowościach. Już dzisiaj, aby pozyskać dobrego fachowca z pełną specjalizacją, trzeba ustalać dla niego wynagrodzenia na poziomie 50–60 proc. wartości kontraktu otrzymywanego z NFZ.

Świadczeniodawcy popadli w spiralę kredytów, budowali pomieszczenia, często nie licząc stopy zwrotu z inwestycji. Może się okazać, że jedynymi beneficjentami polskiego systemu ochrony zdrowia już w niedługim czasie będą: PZU, banki, instytucje finansowe i komornicy. ■