



fot. Dzik

Mityczne panaceum

Dla osób pracujących w systemie ochrony zdrowia przekształcenia własnościowe polskich szpitali oraz zmiana formy organizacyjno-prawnej SPZOZ-ów były nadzieją na długo oczekiwane zmiany. Formą uatrakcyjnienia ofert powszechnych – publicznych, wolnym, komercyjnym rynkiem usług medycznych. Niestety ostatnie wydarzenia napawają niepokojem co do zasadności tak prowadzonych zmian.

Z trwogą odebrałem wyrok NSA w sprawie likwidacji publicznego ZOZ-u w Blachowni i wydzierżawienia obiektów szpitala prywatnej firmie. Wyrok może mieć poważne konsekwencje dla procesu dzierżawy lub przejęcia szpitali, głównie powiatowych, przez prywatne podmioty. Sąd stanął na stanowisku, że wykonywanie zadań publicznych w zakresie ochrony zdrowia i prowadzenie ZOZ-ów jest powierzone

wych, w przeciwieństwie do jednostek stawianych jako nowe przez niepubliczne podmioty.

Ponadto w przyszłych latach możemy mieć bardzo znikomą liczbę przekształceń, np. spośród 15 jednostek ochrony zdrowia, które podlegają Urzędowi Marszałkowskiemu w Rzeszowie, tylko jeden szpital byłby zdecydowany przekształcić się w spółkę prawa handlowego. Większości szpitalom po prostu się to nie opłaca. Dlatego obligatoryjność przekształceń okazała się ze wszech miar właściwym rozwiązaniem.

Funkcjonowanie prywatnych szpitali zmienia sposób pracy personelu medycznego. Charakter dni operacyjnych staje się skomasowany i ściśle skalkulowany. Jednostki te, chociażby ze względu na brak procedur przetargowych, kupują często dużo taniej

„ Funkcjonowanie prywatnych szpitali zmienia sposób pracy personelu medycznego ”

ustawowo określonym organom administracji rządowej, zakładom publicznym i jednostkom samorządu terytorialnego. Stwierdził, że prowadzenie takiego zakładu jest zadaniem publicznym powiatu.

Wyrok z jednej strony blokuje idę zmian organizacyjno-prawnych i rozwoju rynku prywatnej ochrony zdrowia, a z drugiej być może jest odpowiedzią na często bezzasadne metody rozwiązywania problemów, polegające na reaktywowaniu upadających szpitali, których funkcjonowanie na danym terenie nie ma uzasadnienia medycznego. Od dłuższego czasu słyszymy o firmach przejmujących podupadające szpitale w miejscach, gdzie nie mają one racji bytu, bo np. w danym powiecie w niewielkiej odległości są 2 szpitale świadczące ten sam zakres usług, co w przeliczeniu na obiektywne współczynniki, np. 10 tys. ubezpieczonych, nie uzasadnia utrzymywania tak rozbudowanej bazy. Przez lata zaniedbań i obaw przed podjęciem decyzji o zamykaniu takich szpitali panaceum stało się przejmowanie ich przez prywatne firmy. Dzieje się to poza nadzorem medycznym i analitycznym.

W procesie kontraktowania usług medycznych na rok 2011 i lata następne szpitale wydierżawione prywatnym szpitalom często nie wypadają zbyt dobrze w ocenie chociażby elementów rankingo-

materiali medyczne, oszczędzają w sposób znaczący w porównaniu z publicznymi.

Wydarzenia te powinny nasunąć naszym decydencom refleksję, czy wraz ze zmianami nie powinno się stworzyć planów – map usług medycznych kontraktowanych przez NFZ. W Niemczech np. jest ściśle określona liczba praktyk, szpitali i system jest w tym zakresie zamknięty. Czy to może oznaczać, iż nasza organizacja ochrony zdrowia jest jeszcze tak niedojrzała? Chyba raczej, że tak naprawdę nie jest prowadzona polityka planowania zakupu usług medycznych. Ostatnie plany zakupu usług w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w skali kraju były wykonane 5 lat temu, a obecny konkurs ofert może wskazywać na konieczność zamknięcia systemu. W przeciwnym razie mogłoby dojść do nadmiernego rozdrobnienia usług medycznych, co np. w przypadku części zabiegowej od strony medycznej jest niebezpieczne. Wyobraźmy sobie NZOZ, który wykonuje w miesiącu od 2 do 5 usług, a takie kontrakty zostały z niektórymi podmiotami zawarte na rok 2011. Osobiście nie chciałbym być w takim miejscu operowany.

Oczekiwane i reformatorskie rozwiązania wymagają rozwagi, czasu i niezwyklej staranności we wdrażaniu, po to, by nie psuć, ale poprawiać nasz system ochrony zdrowia. ■