

W poprzednim numerze Biuletynu informowałem, że w czerwcu do szpitali zaczęły wreszcie służyć pieniądze za wykonane w pierwszym kwartale br. nasze procedury, tj. koronarografie oraz koronaroplastyki. Szczegóły finansowe są oczywiście objęte tajemnicą handlową, stąd też w chwili obecnej dysponuję jedynie ogólnymi informacjami, pozwalającymi jednak ocenić sytuację bieżącą.

# Czy rzeczywiście sukces?

## Płatność za wysokospecjalistyczne procedury kardiologiczne w roku 2000

Robert Gil

Nasze szpitale z powodu półrocznych opóźnień w płatnościach zmuszone były do kredytowania działalności pracowni kardioangiograficznych. Oczywiście wielkość kredytu była uwarunkowana od zgromadzonych zapasów sprzętu używanego w poszczególnych pracowniach. Natomiast każdy szpital musiał znaleźć pieniądze na tzw. koszty ogólnoszpitalne, na które składają się m.in. opłaty za energię elektryczną, ogrzewanie i wodę. Mając w pamięci wcześniejsze doświadczenia, obawiałem się, że na następne pieniądze przyjdzie nam czekać kilka miesięcy. Smaczku całej sprawie dodawał fakt podjęcia przez zdecydowaną większość naszych pracowni decyzji o wystąpieniu z przetargu centralnego. A kończył się nam sprzęt używany i bez stosownych środków finansowych nie mogliśmy liczyć na przeprowadzenie lokalnych przetargów. W pewnym momencie pojawiła się nawet propozycja, aby ponownie pod przewodnictwem Konsultanta Krajowego przeprowadzić akcję ostrego nacisku na Ministerstwo Zdrowia. Okazało się jednak, że Polak potrafi być zapobiegliwy. Część pracowni poradziła sobie, korzystając z nagromadzonych zapasów, inni zdobyli brakujący sprzęt w ramach zakupów interwencyjnych. W każdym razie liczba klien-

tów Biura Handlu Zagranicznego Inwazyjnej Kardiologii w Aninie nie zwiększyła się. Wszyscy liczyli, iż Ministerstwo Zdrowia zacznie wreszcie płacić terminowo, dlatego w Biuletynie Zamówień Publicznych zaczęło się pojawiać wiele ogłoszeń o przetargach na sprzęt używany.

Tym razem optymiści mieli rację. Pieniądze za drugi kwartał br. pojawiły się w szpitalach na początku sierpnia. Dzięki temu realizacja rozpisanych przetargów stała się możliwa, a sytuacja finansowa szpitali poprawiła się. Analiza wysokości uzyskanych kwot dostarcza ciekawych informacji. Tak jak to było do przewidzenia, Ministerstwo Zdrowia za

pierwsze 4 miesiące przekazało kwoty okrojone o sumy przeznaczone na sprzęt używany. Tym sposobem pracowni straciły możliwość najwygodniejszego (tj. kwotowego) dla nich rozliczenia się z Biurem Handlu Zagranicznego Inwazyjnej Kardiologii. Prawdopodobnie Ministerstwo Zdrowia przyjęło za podstawę rozliczenie ilościowe (na podstawie procedur). Z całą pewnością ta opcja jest wygodna, tyle że niezadowolająca wszystkich a zwłaszcza tych, którzy za te same pieniądze kupiliby więcej. Natomiast kwoty wypłacone za maj i czerwiec uwzględniały zakup lokalny, tj. wynosiły 900 zł za koronarografię oraz 5000 zł za koronaroplastykę.



Z dostępnych mi informacji wynika, że do końca września nie zapłacono jeszcze za lipiec i sierpień, co sugeruje, że płatności kwartalne stały się normą. Ale lepsze to niż płatności półroczne, choć nie wpływa to dobrze na prawidłowe funkcjonowanie naszych szpitali. W takim bowiem układzie ciągle jesteśmy skazani na kredyt, a kiedy weźmie się pod uwagę, że kwoty za ostatni kwartał będą płacone w przyszłym roku, nie wygląda to najlepiej. Co prawda w zawartych umowach była mowa o konieczności utrzymania miesięcznych terminów, nawet pod groźbą kar finansowych w razie ich niedotrzymania, ale obowiązki jak zwykle muszą być respektowane jedynie przez zleceniobiorców a nie zleceniodawców.

Tak więc teoretycznie nie jest najgorzej. Dotychczasowa aktywność naszych pracowni dowodzi, że pomimo trudnej sytuacji finansowej działają one prężnie. Zapewne dy-

rektorzy naszych szpitali liczą, że Ministerstwo Zdrowia zdąży wypłacić wszystkie pieniądze do końca roku, a przy okazji w zaistniałej sytuacji mogą opóźnić (i ograniczyć) wypłaty ciężko pracującym zespołom w pracowniach hemodynamicznych.

Podsumowując, chciałem zwrócić uwagę na dwie ważne sprawy. Pierwsza dotyczy amortyzacji sprzętu, a druga wynagrodzeń za wykonywane procedury. Pomimo naszych starań, od 2 lat decydenci z Ministerstwa Zdrowia pozostają głusi na nasze postulaty. Jest sytuacją niedopuszczalną, że w Ministerstwie Zdrowia słyszymy, aby nie uwzględniać amortyzacji w rozrachunkach szpitalnych, a jednocześnie nasi księgowi pokazują nam stosowne zapisy prawne, nakazujące takie odpisy robić. Również istotnym problemem jest pozostawienie zbyt wolnej ręki dyrektorom wieloprofilowych szpitali lub, co więcej, zachęcanie ich (na wewnętrznych

naradach), by nie przestrzegali zasady spożytkowania środków finansowych jedynie dla kardiologii. W efekcie dochodzi do niepotrzebnych śpieć i budowania napiętej atmosfery pomiędzy różnymi oddziałami szpitali. A przecież nie jesteśmy winni, że nasza praca dostarcza dużej ilości pieniędzy szpitalowi. Jest to jednak możliwe jedynie w sytuacji, kiedy będzie ona odpowiednio wynagradzana. Jedynie wtedy nasze zespoły będą kontynuowały pracę nie tylko na drugiej ale i trzeciej zmianie. Natomiast część dyrektorów wskazuje nas innym oddziałom jako przyczynę swoich problemów („Ja muszę płacić kardiologii, a przez to nie mogę zapłacić wam...”). A wystarczy odpowiednio zreorganizować i zracjonalizować pracę wszystkich oddziałów szpitalnych, gdyż wiadomo, że od zmiany ich profilu nie ma odwrotu. Utrzymanie obecnego stanu posiadania po prostu nie jest już możliwe.

## Zaopatrzenie w sprzęt zużywalny dla pracowni kardioangiograficznych w 2000 roku

Robert Gil

Wszyscy jeszcze pamiętamy przetargi centralne na sprzęt diagnostyczny oraz interwencyjny organizowane przez Instytut Kardiologii w Aninie. Były one prowadzone bardzo sprawnie przez prof. Z. Sadowskiego, Krajowego Konsultanta ds. Kardiologii. W ich wyniku uzyskiwano bardzo dobre (w porównaniu z Zachodem) ceny na niezłej klasy sprzęt. Podkreślić należy, iż z roku na rok sprzęt był coraz lepszy,

jego ilość wzrastała, a uzyskiwane ceny były coraz niższe (!). Paradoksalnie jednak rosło też niezadowolenie jego użytkowników. Ta pozornie dziwna sytuacja jest stosunkowo prosta do wyjaśnienia.

Po pierwsze, po sprzęt trzeba było udać się do Warszawy. Z natury przetargu wynikało, że asortyment był dość ograniczony. Jeśli dodać do tego trudności zamawiającego w zdobyciu odpowiedniej

ilości sprzętu konkretnych rozmiarów i typów kolejnych produktów, to nie dziwi rosnące niezadowolenie ich użytkowników. Oczywiście trzeba obiektywnie przyznać, że Biuro Handlu Zagranicznego Instytutu Kardiologii oraz Banku Sprzętowego nie miało łatwej pracy. Z jednej strony rosła liczba procedur wykonywanych w kraju, powstawały nowe ośrodki oraz nastąpił ogromny postęp technologicz-