



BIZNES LUDZIE ZDROWIE



KUNST-ESSAY
Situational analysis
International
Placement of
Works in
eksempler
og 70erne på
som på forsker
søgte at foren
is m



Superskuteczny Sterinis

Sterinis to urządzenie wykorzystujące unikalną, chronioną patentem technologię rozpraszania suchej mgły z zastosowaniem wysoko wydajnego środka odkażającego na bazie nadtlenku wodoru H_2O_2 . Nowatorska metoda gwarantuje masowe niszczenie drobnoustrojów chorobotwórczych przez dezynfekcję wszelkich powierzchni, w tym również powierzchni niedostępnych lub ukrytych. Pozwala tym samym zapobiegać zakażeniom i infekcjom, a w szczególności infekcjom szpitalnym. Technika ta jest skuteczna i bezpieczna, a jednocześnie pozwala ograniczyć koszty odkażania.

Urządzenie STERINIS® wytwarzane jest przez grupę Canon® (Canon Bretagne), z którą firma GLOSTER SANTE EUROPE podpisała umowę o współpracy przemysłowej. Metoda dezynfekcji STERINIS® zyskała uznanie bardzo licznych decydentów środowisk szpitalnych, przemysłu farmaceutycznego i spożywczego. Wyniki testów laboratoryjnych i testów prowadzonych w warunkach rzeczywistych (bloki operacyjne, sale reanimacyjne, sale szpitalne na oddziałach chorób zakaźnych i gabinety dentystyczne) we Francji i za granicą (Norwegia, Dania, Holandia, Irlandia, Tajwan, Turcja) były niepodważalne. Dezynfekcja metodą STERINIS® nie powoduje korozji, nie jest toksyczna, a stosowany środek ulega biodegradacji w 99,99 proc.



SPIN inwestuje

SPIN SA, wspólnie z Ministerstwem Edukacji i Nauki, inwestuje w badania i rozwój na potrzeby sektora administracji publicznej. Celem projektu jest stworzenie spersonalizowanego systemu informacyjnego, realizującego drogą elektroniczną usługi administracji publicznej na poziomie regionalnym, przy wykorzystaniu inteligentnego mechanizmu, pomagającego użytkownikom w dopełnieniu wszelkich formalności. SPIN SA znajduje się w ścisłej czołówce giełdowych firm informatycznych, obecnych na warszawskiej giełdzie. Jest producentem i dostawcą kompleksowych rozwiązań biznesowych i informatycznych, usług oraz sprzętu dla dużych i średnich firm sektora telekomunikacyjnego, energetycznego, medycznego, energetycznego, przemysłowego, finansowego oraz administracji publicznej. Firma tworzy silną grupę przedsiębiorstw, w której pracuje ok. 700 osób. W jej skład wchodzi 7 spółek zależnych i 2 stowarzyszone m.in. Optix Polska, WiedzaNet, Postinfo, Galkom, Kom-Pakt oraz Serum Software.



Euromarka Adamedu

Amlozek (lek stosowany w terapii nadciśnienia tętniczego), jeden ze sztandarowych produktów firmy Adamed został wyróżniony prestiżowym tytułem *Euromarka*. Adamed otrzymał również nagrodę specjalną za działalność prospołeczną. *Euromarka* jest programem promocji przedsiębiorczości i eksportu, który identyfikuje, nagradza oraz promuje marki w takich kategoriach, jak produkt, usługa i inicjatywa. Pojęcie *Euromarka* odnosi się do produktów, które spełniają europejskie standardy i są przeznaczone dla odbiorców z szerokiego i relatywnie jednorodnego rynku europejskiego. Amlozek został doceniony ze względu na wysoką jakość, nowoczesną technologię wytwarzania oraz bezpieczeństwo użytkowania i przyjazny wpływ na środowisko, budujący pozytywny wizerunek przedsiębiorstwa jako producenta o wymiarze europejskim i światowym. Amlozek należy do leków pierwszego rzutu w terapii nadciśnienia tętniczego. Lek ten został opracowany przez polskich naukowców z laboratoriów Adamedu, którzy stworzyli i opatentowali nową drogę syntezy substancji o nazwie benzenosulfonian amlodypiny – jednej z najczęściej stosowanych w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Patent ten pozwolił udostępnić jedną z najnowocześniejszych światowych terapii polskim pacjentom, a także umożliwił zarejestrowanie go na rynkach zagranicznych.

Nowości GE



Firma GE Healthcare wprowadziła do sprzedaży Discovery VCT, pierwszy na świecie tomograf PET/CT. Jest to system łączący funkcje emisyjnego tomografu pozytonowego (PET) i objętościowego 64-warstwowego tomografu komputerowego (CT), dedykowany do obrazowania serca. System Discovery VCT to mariaż szybkości i wysokiej rozdzielczości wolumetrycznego CT firmy GE z informacjami o metabolizmie tkanek i fizjologii udostępnianymi przez jeden z najlepszych w branży tomograf PET tej samej firmy. Dzięki połączeniu obu technologii skanowania urządzenie Discovery VCT jest narzędziem pozwalającym lekarzom bardziej trafnie diagnozować i identyfikować choroby serca i inne schorzenia, w tym nowotwory i schorzenia neurologiczne.

Firma GE Healthcare wprowadziła do sprzedaży Discovery VCT, pierwszy na świecie tomograf PET/CT. Jest to system łączący funkcje emisyjnego tomografu pozytonowego (PET) i objętościowego 64-warstwowego tomografu komputerowego (CT), dedykowany do obrazowania serca. System Discovery VCT to mariaż szybkości i wysokiej rozdzielczości wolumetrycznego CT firmy GE z informacjami o metabolizmie tkanek i fizjologii udostępnianymi przez jeden z najlepszych w branży tomograf PET tej samej firmy. Dzięki połączeniu obu technologii skanowania urządzenie Discovery VCT jest narzędziem pozwalającym lekarzom bardziej trafnie diagnozować i identyfikować choroby serca i inne schorzenia, w tym nowotwory i schorzenia neurologiczne.

Roche Diagnostics i Sysmex razem

Roche Diagnostics Polska i Sysmex Polska podpisały dwustronną umowę o współpracy. Dzięki niej oba przedstawicielstwa międzynarodowych korporacji mają możliwość oferowania wszystkich produktów obu firm. Gwarantuje to dużą wygodę dla klientów zainteresowanych współpracą z pojedynczym dostawcą, zapewniającą kompletną ofertę dla laboratorium diagnostycznego. Roche, z centralną siedzibą w Bazylei w Szwajcarii, jest globalnym producentem działającym w branży medycznej, ukierunkowanym na innowacje i odkrycia w zakresie leków i diagnostyki. Roche zatrudnia obecnie ok. 65 tys. pracowników i jest obecny w ponad 150 krajach na całym świecie. Firma jest światowym liderem w zakresie diagnostyki laboratoryjnej *in vitro*, oferując wyjątkowo szeroki wachlarz produktów, dostarczając wielu innowacyjnych towarów i usług diagnostycznych ośrodkom badawczym, lekarzom, pacjentom, szpitalom i laboratoriom na całym świecie. Z kolei Sysmex Corporation, z centralną siedzibą w Kobe w Japonii, zajmuje wiodącą pozycję w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej w zakresie hematologii, koagulologii, laboratoryjnych systemów informatycznych i automatycznej analizy moczu. Firma poświęca szczególną uwagę doskonaleniu oferowanych rozwiązań, poprawiających wydajność laboratoriów. Dodatkowo, Sysmex od kilku lat prowadzi badania w zakresie diagnostyki molekularnej (*Life Science*), wprowadzając ostatnio na rynek produkty z tego zakresu.

Spotkanie pionierów

W Starogardzie Gdańskim odbyło się spotkanie uczestników Polskiej Platformy Technologicznej Innowacyjnej Medycyny. Spotkanie to było pierwszym z cyklu, które na celu mają wytyczenie kierunku strategicznego programu rozwoju polskiej branży medycznej oraz głównych kierunków badań w obszarze rozwoju innowacji.

W spotkaniu, które odbyło się w Zakładach Farmaceutycznych Polpharmy wzięli udział prezesi firm uczestniczących w projekcie. Oprócz koordynatora Platformy profesora Jana Lubińskiego (na zdjęciu), w spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele grupy inicjatywnej Platformy: prezes firmy Adamed – Maciej Adamkiewicz, dyrektor KPK – Andrzej Siemaszko, dyrektor Wojciech Kuźmierkiewicz z Zakładów Farmaceutycznych Polpharmy oraz pozostali członkowie PPTIM: profesor Lidia Rudnicka reprezentująca Jelfę, wiceprezes firmy Biofarm – Andrzej Ostrowicz, Mirosław Grzęda – prezes Biowet Puławy, Grzegorz Stefański – prezes Biomed SA Kraków, profesor Ryszard Słomski z Laboratorium Genetyki Molekularnej, Krzysztof Kucharczyk – prezes Kucharczyk TE, profesor Marek Langner z Novasome. Polska Platforma Technologiczna Innowacyjnej Medycyny ma na celu stworzenie skutecznej bazy dla rozwoju badań w zakresie innowacji medycyny w Polsce, a w konsekwencji przyczynienie się do wytwarzania bardziej bezpiecznych i skutecznych leków. Gospodarzem kolejnego spotkania Platformy będzie firma Adamed.





Ivax opuszcza warszawską giełdę

Notowana na warszawskiej giełdzie amerykańska spółka farmaceutyczna Ivax Corporation złożyła wniosek o zawieszenie notowań. Chce wycofać swoje akcje z parkietu. Wniosek Ivaksu wiąże się z jego fuzją z izraelską Teva Pharmaceutical Industries. Firma wystąpiła o zawieszenie notowań jej akcji na giełdzie po to, aby ustalić, kto jeszcze ma jej papiery zarejestrowane w polskim Krajowym Depozycie Papierów Wartościowych. Bez tego nie będzie można rozliczyć transakcji wymiany tych akcji na walory Tevy. Zgodnie z umową połączeniową z Tewą po fuzji akcje Ivaksu utracą status papierów znajdujących się w obrocie publicznym i przestaną być notowane na warszawskim parkiecie. Dopiero po zawieszeniu notowań, po ustaleniach z KDPW będzie wiadomo, ile akcji Ivaksu mają na swoich rachunkach polscy akcjonariusze oraz ilu ich jest. W związku z połączeniem z Tewą polscy akcjonariusze Ivaksu mogli wybrać dwie możliwości: zdecydować się na zamianę swoich akcji na gotówkę lub na kwity depozytowe (ADR) Tevy notowane w Nowym Jorku. W tym celu trzeba było wypełnić tzw. Polski Formularz Wyboru, który jest częścią dokumentu informacyjnego, i złożyć go w swoim biurze maklerskim. W opcji gotówkowej za każdą akcję Ivaksu oferowano 26 dolarów. Drugą możliwością była zamiana akcji Ivaksu na 0,8471 waloru Tevy. Aby skorzystać z tej drugiej możliwości, trzeba jednak było mieć rachunek inwestycyjny w biurze maklerskim w USA. Inwestorzy, którzy nie zdecydowali się lub zapomnieli skorzystać z którejkolwiek z opcji, otrzymają rekompensatę dopiero po ustaleniu przez KDPW, ile akcji posiadają. Ivax pojawił się na warszawskiej giełdzie po przejęciu Polfy Kutno. Amerykanie zgodzili się wtedy na wprowadzenie swoich walorów na GPW w zamian za zgodę na wycofanie z notowań akcji Polfy. Potem jednak amerykańską spółką zainteresowali się Izraelczycy, którzy nie byli skorzy do wypełniania deklaracji Ivaksu. Komisja Papierów Wartościowych i Giełd dopuściła do publicznego obrotu w Polsce akcje Tevy, jednak izraelska spółka od razu zapowiedziała, że nie zamierza wchodzić na warszawską giełdę.

Unia apeluje

Unia Farmaceutów-Właścicieli Aptek postuluje utworzenie oficjalnego cennika leków, który przedstawiałby konkretną odpłatność za poszczególne preparaty. Takie rozwiązanie przyniesie korzyść pacjentom, którzy będą mieli aktualną informację o możliwości zakupu tańszych odpowiedników drogich leków. Obecnie, wg obowiązującego prawa, aptekarz jest zobowiązany zaproponować pacjentowi tańszy odpowiednik leku przepisanego przez lekarza na receptę. Takie rozwiązanie jest całkowicie zrozumiałe, ponieważ wielu pacjentów nie stać na zakup akurat tych preparatów, które zalecił lekarz. Lekarz nie wie i nie może ocenić, czy danego pacjenta stać będzie na realizację recepty, którą przepisyje. Coraz częściej pacjenci, świadomi swoich praw dzięki licznym publikacjom prasowym, sami pytają w aptekach o tańsze odpowiedniki leków. Niestety, czasami pojawia się problem, ponieważ aptekarz nie może zaproponować pacjentowi tańszego odpowiednika. Dzieje się tak wtedy, gdy na receptę widnieje zastrzeżenie lekarza *nie zamieniać*. – *Uważamy, że najlepszym rozwiązaniem, które wyeliminowałoby wszelkie niejasności i niedopowiedzenia, byłoby stworzenie oficjalnego, aktualizowanego co 3 miesiące informatora o lekach, który zawierałby informacje o wszystkich lekach i konkretnych odpłatnościach. Pacjenci byłiby świadomi, ile muszą zapłacić za leki, natomiast lekarze mieliby pełną jasność co do tego, jakie koszty muszą ponieść pacjenci i jakie są najlepsze rozwiązania alternatywne* – mówi Justyna Pujdak-Osik, prezes Unii Farmaceutów-Właścicieli Aptek.



Zdrowie w Internecie

Na początku roku, w ramach kampanii *Życie zdrowym życiem* organizowanej przez firmę KRKA Polska został uruchomiony serwis internetowy www.zyczdrowymzyciem.pl. Strona adresowana jest do wszystkich osób zainteresowanych problematyką zdrowia psychicznego. Jest to kolejne miejsce (po uruchomionej 1 grudnia 2005 r. infolinii), gdzie można zasięgnąć anonimowej porady psychiatrycznej, a także wziąć udział w dyskusji publicznej na temat walki z dyskryminacją osób chorych. Patronat nad kampanią objęło Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.



Emigracja lekarska

Lubelskie jak Roztocze – pustynnieje

Nasi politycy nie zdają sobie sprawy, że z Polski uciekają fachowcy. Lekarzy, informatyków czy pielęgniarek nikt nie próbuje zatrzymać – mówi Andrzej Ciołko, prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej.

Specjaliści szacują, że na polski personel medyczny w krajach Unii Europejskiej czeka aż 30 tys. miejsc pracy. Efektu *ssania* naszej kadry doświadczamy od połowy lat 90. W ostatnich 10 latach straciliśmy ponad 15 tys. lekarzy. Według danych izb lekarskich, każdego roku z kraju wyjeżdżało średnio 1 700 osób. Po wejściu Polski do UE proces ten się nasilił. Najpoważniejszymi argumentami, przesądzającymi o podjęciu takiej decyzji, są niskie pensje, o których podniesienie walczy ostatnio Naczelna Izba Lekarska, oraz fatalny system użytkowania specjalizacji. Wystarczy przypomnieć, że każdego roku zaledwie 700 z 2 tys. absolwentów akademii medycznych ma szansę na specjalizację. Synergia kilku czynników powoduje, że wiele szpitali, a ostatnio nawet regionów, zaczyna mieć kłopoty z zapewnieniem właściwej opieki medycznej swoim pacjentom. – *Coraz więcej lekarzy specjalistów wyjeżdża za granicę, a młodych nie przybywa. Od czasu*



przystąpienia Polski do Unii w województwie lubelskim zaświadczenia potrzebne do pracy za granicą odebrało 267 osób. Efekt – w Lublinie brakuje alergologów, hematologów i reumatologów – wylicza Andrzej Ciołko.

Lubelska Izba Lekarska nie dysponuje pewnymi informacjami, ale wszystko wskazuje na to, że tych kilkuset lekarzy już leczy Anglików, Szwedów i Niemców. W wielu regionalnych zoz-ach zamykane są gabinety. Dyrektorzy szpitali muszą się dzielić specjalistami, a Ministerstwo Zdrowia cały czas obiecuje, że nakłady na specjalizację wzrosną o 25 proc. (prawie 36 mln zł). Specjaliści z Lubelskiej Izby Lekarskiej zgodnie jednak stwierdzają, że nic się nie zmieni, dopóki nie wzrosną wynagrodzenia lekarskie. ■

Zahamowany rozwój telemedycyny w Radomiu

Podłączyć się do świata

Telemedycyna to potężne narzędzie w rękach diagnostów i specjalistów w dziedzinie ratownictwa – stwierdził kiedyś prof. Margo Holm z Wydziału Medycznego University of Pittsburgh (USA).

Telemedycyna rozwija się od lat 60. XX w. Powstała w odpowiedzi na zapotrzebowanie armii Stanów Zjednoczonych. Ponad 20 lat testów zaowocowało tym, że podczas tzw. pierwszej wojny w Zatoce Perskiej obraz z amerykańskich szpitali polowych, w których pracowali młodzi chirurdzy ogólni, przekazywano do kliniki uniwersyteckiej w San Diego w Kalifornii. Właśnie wtedy przepro-

wadzono pierwszą operację neurochirurgiczną na odległość. Specjaliści z San Diego instruowali mniej doświadczonych kolegów w szpitalu polowym w Arabii Saudyjskiej.

Lata 90. minionego wieku to także początki rozwoju telemedycyny w Polsce. Na bazie pionierskich technologii swoją potęgę (na polską skalę) zbudowało kilka prywatnych firm. Niedawno do elitarnego grona dołączył kierowany przez Mieczysława Pa-sowicza Szpital im. Jana Pawła II w Krakowie.

Tym samym tropem chciał podążyć szpital na radomskim Józefowie. Planowano modernizację diagnostyki obrazowej oraz wprowadzenie elementów

telemedycyny. Wszystko za niespełna 1,9 mln zł. Niestety, ambitne menedżerskie plany dyrekcji szpitala udaremniłi krótkowzroczni urzędnicy Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, do których zwrócono się z prośbą o udzielenie pożyczki na zakup sprzętu. Józefowski szpital miał już zgodę zarządu województwa i rady szpitala. WFOŚiGW najpierw zgodę wydał, później ją jednak cofnął, tłumacząc, że nie jest to najpilniejsza potrzeba placówki. Ogłoszony już przetarg trzeba było unieważnić. Szpital z Radomia na szczęście się nie poddał i wraz z czterema innymi szpitalami – Bródnowskim (w Warszawie), z Płocka, Siedlec oraz Międzyzlesia – złożył do NFZ wnioski o dofinansowanie. Szefowie tych jednostek doskonale zdają sobie sprawę z korzyści, jakie daje telemedycyna: – *Szpital nie musiałby zatrudniać specjalistów w wielu dziedzinach, bo w razie potrzeby wystarczyłaby konsultacja z lekarzem z innej placówki,*



Fot. Specjaliści z uniwersytetu w Teksasie, maj 1998 r.

foto. CORBIS

któremu przesyłano by zdjęcie – tłumaczy Bożenna Pacholczyk, dyrektor radomskiego szpitala.

Można mieć nadzieję, że zrozumieją to również urzędnicy. Pomysł zespolonych we wspólnym działaniu wspierają Computerland i Polska Akademia Nauk.

kp

Ubezpieczenia dodatkowe w Poliklinice MSWiA

Na rynku w Olsztynie

Mentalność społeczeństwa, stosunkowo niskie zarobki oraz niechęć środowiska lekarskiego, obawiającego się utraty dochodów niejawnych, uniemożliwiają wprowadzenie rozwiązań o charakterze rynkowym – stwierdziła w jednej z rozmów prof. Aldona Frączkiewicz-Wronka z Akademii Ekonomicznej w Katowicach.

Jeszcze za kadencji Marka Balickiego decyzję Andrzeja Zdeba, dyrektora Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu, o pobieraniu drobnych opłat od pacjentów uznano za nielegalną. Teraz okazuje się, że ministerialne ukazy nie mają szans w starciu z rzeczywistością i – wbrew woli urzędników – usługi medyczne i tak są komercjalizowane. Poliklinika MSWiA to pierwszy szpital w Olsztynie, który podpisał umowę z towarzystwem ubezpieczeniowym. Za 33 lub 48 zł miesięcznie klienci mogą wykupić pakiet ubezpieczenia. W zamian za to bez kolejki dostaną się do lekarza rodzinnego i specjalisty. Wystarczy, że zadzwonią pod czynny całą dobę numer telefonu i umówią się na wizytę. – *Taka osoba zostanie przyjęta w ciągu trzech dni. Jeśli będzie chciała, również w weekend* – mówi Janusz Chełchowski, wicedyrektor Polikliniki. – *Prowa-*

dzimy rozmowy z kolejną firmą, zainteresowaną ubezpieczaniem swoich klientów – dodaje.

Podobnie dodatkowe pieniądze pozyskuje Szpital Miejski w Olsztynie. Obie jednostki, zanim zdecydowały się na komercjalizację części usług, poprosiły o sporządzenie opinii prawnej dotyczącej ewentualnego konfliktu interesów NFZ, ubezpieczyciela oraz jednostki medycznej. Okazało się, że przyjmowanie pacjentów z dodatkowymi ubezpieczeniami nie jest sprzeczne z kontraktami podpisanymi z NFZ. Obu placówkom postawiono tylko jeden warunek: pacjenci, których nie stać na płaconie dodatkowej składki, nie mogą na tym stracić. Dlatego płatne konsultacje i badania odbywają się poza zwykłymi godzinami pracy poradni.

Działania obu olsztyńskich szpitali potwierdzają w praktyce słowa, które wypowiedział kiedyś dyrektor Krajowego Instytutu Ubezpieczeń, prof. Romuald Holly: – *Rynek świadczeń może się kształtować niezależnie od istniejących regulacji formalno-prawnych. Zamiast czekać na ustanowienie stosownego prawa, może wymuszać na ustawodawcy sankcjonowanie status quo.*

js

Prywatna służba zdrowia w Płocku

Restrukturyzacja przez prywatyzację

Radni Płocka zapowiedzieli, że na przełomie lutego i marca podejmą decyzję o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Powstanie nowy podmiot gospodarczy – Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o. W ten sposób rajcy oraz pracownicy Szpitala Miejskiego św. Trójcy chcą uratować placówkę, której długi przekraczają 7 mln zł.



graf. Natalia Gaciniak

To kolejny przejaw racjonalnego myślenia przedstawicieli organów założycielskich oraz członków związków zawodowych, którzy zrozumieli, że od prywatyzacji *ergo* restrukturyzacji, nie ma odwrotu. Potwierdzają to eksperci: – *Aby lepiej wykorzystać możliwości placówki, zwykle wystarczy przekształcić ją w spółkę, bo skala marnotrawstwa w szpitalach państwowych jest olbrzymia. Sięga od 40 do 60 proc. wszystkich funduszy* – uważa dr Wojciech Misiński, ekspert z Centrum im. Adama Smitha.

W obniżeniu kosztów i racjonalizacji kosztów leczenia ratunku dla zoz-u upatrują też władze miasta. – *Wypowiedzieliśmy pracownikom umowy i w nowych nie będzie już dodatku wynikającego z ustawy 203, ponieważ nie dotyczy ona firm niepublicznych. W zamian proponujemy im inny, w wysokości 100 zł brutto* – mówi Piotr Kubera, wiceprezydent Płocka.

W biznesplanie nowego podmiotu uwzględniono także obniżenie kosztów hospitalizacji. Z analiz wynika bowiem, że tylko 15 proc. hospitalizacji w państwowych szpitalach jest zasadnych, pozostałych chorych można leczyć ambulatoryjnie, a więc taniej. Warto podkreślić, że w niektórych regionach kraju łóżko w szpitalu publicznym generuje rocznie 20 tys. zł strat. Po przekształceniach zamienia się zaś w źródło dochodu, przynosząc nawet 2,8 tys. zł zysku.

Innym problemem to restrukturyzacja zatrudnienia. Obecnie zoz w Płocku zatrudnia ponad 650 osób. Władze miejskie zapowiadają, że przez najbliższe 2 lata nie przewidują zwolnień. Jaka będzie praktyka? To okaże się, gdy jednostka zacznie funkcjonować. Doświadczenia przekształcanych zakładów wskazują, że redukcje są niezbędne. Być może lepiej byłoby, gdyby pracownicy wcześniej pomyśleli o złożeniu władzom spółki oferty usług outsourcingowych. Innym problemem będzie racjonalizacja zarządzania sprywatyzowaną placówką. Zdaniem lekarza prowadzącego w Płocku prywatną praktykę, nic się nie zmieni. – Bo właścicielem szpitala nadal będzie samorząd. Tu potrzebny byłby menedżer z prawdziwego zdarzenia, potrafiący walczyć o kontrakty z NFZ i pozyskiwać pacjentów komercyjnych z regionu. Na to jednak się nie zanoszą.

js

Warunki sukcesu

Biznesplan powołanej spółki przewiduje m.in.:

- pozyskiwanie dla oddziałów ortopedycznego i chirurgii jednego dnia pacjentów komercyjnych (nie tylko z Płocka, ale i z innych miast – np. z Warszawy, gdzie ceny podobnych operacji są zdecydowanie wyższe – oraz z zagranicy)
- przygotowanie oferty komercyjnej dla pacjentek na oddziale porodowym
- otwarcie nowych poradni: kardiologicznej, alergologicznej i urologicznej
- przygotowanie komercyjnej oferty, umożliwiającej szpitalowi konkurowanie z działającymi w mieście gabinetami prywatnymi
- likwidacja gabinetów stomatologicznych

Prywatna firma ratuje publiczne szpitale

Pielęgniarkę wydzierzawię

Z kraju wyemigrowało już co najmniej 5 tys. pielęgniarek – wynika z danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Niepokojące jest także to, że większość z 200 tys. aktywnych zawodowo pielęgniarek to kobiety między 45. a 55. rokiem życia, które niebawem przestaną pracować. Tymczasem ich pensje nie zachęcają do wykonywania tego zawodu. Sytuację może zmienić nowy sposób zatrudniania personelu pomocniczego.

Na to, że zarobki pielęgniarek są tak niskie, składa się wiele przyczyn. Jedną z nich są zapisy ustawy zdrowotnej, nakazujące pracodawcom odprowadzanie podatku od wynagrodzenia za dyżury nocne. To znacznie zwiększyło koszty funkcjonowania szpitali. Absurdalny zapis wykorzystał Wiesław Kwiatkowski, zakładając w Zielonej Górze biuro pracy dla pielęgniarek. Jego firma, Platforma Pracy, pielęgniarki po prostu leasinguje. – *Wszystko zaczęło się od tego, że ktoś nas polecił dyrektorowi szpitala, który miał problem z rozliczaniem nadgodzin pielęgniarek. Jak wiadomo, nadgodziny są nieprawidłowością w systemie wynagradzania i dużym obciążeniem budżetów szpitali. My zatrudniamy pielęgniarki jako pracowników tymczasowych i wydzierzawiamy je szpitalom* – mówi Wiesław Kwiatkowski.

W firmie Kwiatkowskiego pielęgniarka otrzymuje za godzinę pracy 5,7 zł brutto, a ponadto wszystkie dodatki przewidziane w regulaminie danej placówki. – *Szpital też zyskuje, bo o wiele mniej wydaje, zatrudniając kogoś dorywczo, niż płacąc etatowemu pracow-*

nikowi za nadgodziny. Ponadto pielęgniarki nie mogą mieć zbyt wiele nadgodzin w swoim szpitalu. Dlatego dorabiają w innych placówkach – dodaje Kwiatkowski.

Na ten swoisty leasing pielęgniarek zdecydowały się już trzy lubuskie szpitale, a z kolejnymi trwają negocjacje. Jak oblicza jeden z dyrektorów, dzięki takiej formie zatrudnienia zaoszczędził w minionym roku 300 tys. zł – *Ten sukces sprawił, że do Wiesława Kwiatkowskiego zaczęli się zgłaszać kolejni menedżerowie chcący ograniczyć koszty. Problemem jest jednak to, że zaczyna brakować pielęgniarek. Myślimy o pozyskaniu personelu z Ukrainy. – Od razu zatrudniłbym co najmniej dziesięć pielęgniarek, ale nie mam pieniędzy* – przyznaje dyrektor szpitala w Międzyrzeczu.

I tu pojawia się problem. Bo takie pomysły przyszły do głowy polskim moderatorom zdrowotnym zbyt późno, gdy przepisy podobne do ustawy 203 pognębiły finansowo wiele placówek. Dowodem zapotrzebowania na pielęgniarski leasing są szacunki właściciela Platformy Pracy: – *Nawet jeśli w tym roku w naszym województwie wykształci się 14–15 pielęgniarek, nie należy liczyć na poprawę sytuacji, bo część z nich na pewno wyjedzie za granicę. A ja od razu mógłbym zatrudnić ponad 50 pielęgniarek* – mówi Wiesław Kwiatkowski. kp



Od października 2005 r. na Pomorzu zamknięto 13 spalarni odpadów medycznych, ale w tym samym czasie zaczęto budować nowe

Spalarnie interesów

4 mln zł będzie kosztować nowa spalarnia odpadów medycznych przy szpitalu w Wejherowie. Pieniądze na inwestycję wyłożył samorząd, EkoFundusz i Fundusz Ochrony Środowiska.

W tym samym czasie, gdy rozpoczynano realizację nowej inwestycji, w regionie zamknięto aż 13 spalarni, bo nie spełniały wymogów narzuconych przez znowelizowaną ustawę o odpadach (w tym medycznych).

Przypomnijmy: w zeszłym roku posłowie, nie patrząc na dobro służby zdrowia, wyjątkowo zgodnie uznali, że utylizacja za pomocą spalarek jest najlepszą metodą niszczenia odpadów medycznych. Majstrując przy noweli ustawy przedstawionej przez rząd, nie poszli w ślady Aleksandry Jakubowskiej i nie robili tego po nocach, dopisując w komputerze akapity – wszystko odbyło się *lege artis*. Dlaczego tak postąpili, nie do-



wiemy się nigdy. Jedno jest pewne – na wprowadzonych zmianach ktoś już zaczyna zarabiać wielkie pieniądze. Tracą zaś szpitale, czyli my wszyscy.

Rządowy projekt dopuszczał zastosowanie do utylizacji odpadów medycznych spalarek, autoklawów oraz innych skutecznych metod. W ten sposób eksperci urzędu rady ministrów chcieli chronić ponad 30 placówek, które zainwestowały w autoklawy, a także szpitale szukające innych metod utylizacji. Niestety, dwoje posłów przekonało komisję sejmową do zmian w artykule 42. noweli, a Sejm poprzedniej kadencji ustawę przegłosował. W efekcie nowe przepisy nakazują niszczenie odpadów medycznych wyłącznie w spalarniach. Jakby tego było mało, pojawił się nowy zapis – penalizujący. Zabrania on innych rodzajów utylizacji pod groźbą grzywny lub więzienia. Oznacza to po prostu, że dyrektor szpitala, który dokona sterylizacji odpadów w autoklawie, pójdzie do więzienia.

Sytuacja na Pomorzu jest o tyle dziwna, że nie zdecydowano się na modernizację choćby jednej działającej do października zeszłego roku spalarni, znaleziono natomiast pieniądze na budowę pięciu nowych. – *Odpady niebezpieczne muszą być spalane, tak stanowią*

nowe przepisy – ucina wszelkie dyskusje Mirosław Klause, zastępca dyrektora ds. eksploatacyjno-administracyjnych szpitala w Wejherowie.

W takiej sytuacji nikt już nie zastanawia się nad tym, że utylizacja odpadów ze wszystkich polskich szpitali będzie kosztować podatników 2,4 mln zł miesięcznie. Gdyby nie zmiana ustawy, można by dofinansować placówki chcące zainstalować autoklawy i koszty te mogłyby za kilka lat wynosić jedynie 400 tys. zł miesięcznie. Skąd taka różnica? Otóż utylizacja kilograma odpadów w autoklawach kosztuje niespełna złotówkę, natomiast za spalenie takiej samej porcji trzeba zapłacić 6 zł.

kp,js

