

Po czym od razu poznać czy placówka jest publiczna, czy prywatna? Właśnie po tym, że w prywatnej jest czysto, szpital ma przejrzyste strony internetowe, recepcja i wszystko w jednostce jest urządzone przyjaźnie dla pacjenta



Pacjent, głupcze

Otrzymaliśmy niedawno – jako że *Menedżer Zdrowia* jest postrzegany jako sprzyjający elementom rynkowym w służbie zdrowia – e-mail od dyrektora pewnego publicznego szpitala, w którym wykazuje on, że gdyby wprowadzić rzeczywistą konkurencję w systemie, gdyby znieść wiele ograniczeń, które – w przeciwieństwie do szpitali prywatnych – mają szpitale publiczne, to okazałoby się, że żadnej przewagi w zarządzaniu jednostką nie ma. Bo – jego zdaniem – nie forma własności o tym decyduje, a umiejętności menedżerów, którzy w szpitalach publicznych są spętani obowiązkami, których menedżerowie w niepublicznych nie mają. I pewnie słusznie. Argumentem na poparcie tego stwierdzenia są choćby prezentowane przez nas w tym numerze (art. *Szpital Ameryka*) najlepsze szpitale amerykańskie. Nie są prywatne, nie są nastawione na maksymalizację zysku, bo mają działać *non profit*, a – w logicznym systemie – zarządzane są w sposób znakomity.

I pewnie przyszłoby mi po prostu zgodzić się z tą argumentacją, gdyby nie wizyta w jednostce, której dyrekcja – na poziomie deklaracji – jest również za utrzymaniem i dowartościowaniem przede wszystkim szpitali publicznych, a za marginalizacją sektora niepublicznego. Zaraz po wejściu do tego szpitala uderza kontrast. Na dole szpital wydzierżawił część diagnostyczną i laboratoryjną prywatnej firmie, która oczywiście pomieszczenia wymalowała, postawiła kwiatki, zrobiła wygodną i estetyczną recepcję. A u góry? Brud i – jak opowiadają sami lekarze – karaluchy spacerujące po pacjentach. Jak się więc mają deklaracje do praktyki menedżerskiej dyrekcji tej jednostki?

Czy rzeczywiście nie można wygospodarować środków na podstawową estetykę? Bo po czym od razu poznać czy placówka jest publiczna, czy prywatna? Właśnie po tym, że w prywatnej jest czysto, szpital ma przejrzyste strony internetowe, recepcja i wszystko w jednostce jest urządzone przyjaźnie dla pacjenta... A w publicznym zakładzie, który pewnie ma dziesiątki razy większe możliwości terapeutyczne, dyrekcja tylko jęczy, jak jest jej źle, a całkowicie lekceważy podstawowe potrzeby pacjentów.

Janusz Michalak
redaktor naczelny

W Niemczech system rozliczeń świadczeń zdrowotnych wykonuje się w oparciu o amerykańską licencję. Tymczasem u nas twórcy katalogu działali na zasadzie *woluntaryzmu*, co po polsku zostało nazwane *chciejstwem*

Informacyjny sabotaż



Już od dawna wiadomo, że przedstawiciele świadczeniodawców uważają, iż katalog procedur medycznych jest *niedoszacowany* i wiele świadczeń jest wycenionych poniżej kosztów ich wykonania. Z kolei płatnik uważa, że wiele pozycji katalogu wyceniono zbyt wysoko i dlatego z NFZ następuje nadmierny wypływ środków finansowych. Jakie są przyczyny takich rozbieżności; zbyt skuteczny lobbing niektórych środowisk, czy też zwykła niestaranność i zaniedbania NFZ?

Odpowiadając na postawione pytania warto przypomnieć, że w USA przed wprowadzeniem systemu DRG, przed ustaleniem ceny procedur przeprowadzono wieloletnie analizy ich kosztów. Z kolei w Szwecji czy Australii, wzorując się na modelu amerykańskim, dokonano korekty wyceny usług medycznych w oparciu o własną, dogłębną analizę statystyczną i rachunek kosztów. Nawet w Niemczech system rozliczeń świadczeń zdrowotnych wykonuje się w oparciu o amerykańską licencję. Tymczasem u nas twórcy katalogu działali na zasadzie *woluntaryzmu*, co po polsku zostało nazwane *chciejstwem*. Dlatego w naszym kraju system DRG wprowadzany jest bez odpowiedniej wiedzy wymaganej przed jego wdrożeniem. Z kolei zapłata za udzielone i odpowiednio szczegółowo udokumentowane w sprawozdaniach świadczenia medyczne miała być odpowiednim argumentem do prowadzenia w szpitalach prawidłowej sprawozdawczości. Tymczasem ani administracja ochrony zdrowia, ani dysponent środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych nie przywiązują odpowiedniej wagi do gromadzenia tych informacji. Prowadzono wręcz działania zmierzające do zaprzestania gromadzenia (w międzynarodowej klasyfikacji ICD9CM) danych dotyczących wykonywanych procedur. Czy ma to oznaczać, że po raz kolejny kadencyjność polityków odmierza etapy reformy sektora ochrony zdrowia? Warto przy tym przypomnieć, że od 1999 r. nie sposób nie dostrzec olbrzymiej dyscypliny lekarzy w zakresie ewidencji wykonanych usług medycznych. Każda dyscyplina wymaga jednak wspomagających narzędzi kontrolnych. Narzędzia te są, ale nie wykorzystuje się ich. Kto zatem odpowie za to zaniechanie?

Jacek Łukomski
przewodniczący Kolegium Redakcyjnego