

Menedżerowie biegają z konferencji na konferencję, aby dowiedzieć się, czy ewentualnie *będzie ktoś z resortu* i co powie w kuluarach. Ze strzępków wypowiedzi – często całkowicie sprzecznych – powstają więc prognozy biznesowe dla 800-tys. środowiska, a w konsekwencji 38 mln obywateli. Gdzie są służby informacyjne ministerstwa?



Nikt nic nie wie

Na początku urzędowania minister zdrowia zapowiedział, że systemowi potrzebna jest *łagodna rewolucja*, radykalna zmiana, ale przeprowadzana w ciągu 7 lat. Były konkretne pomysły – tzw. *10 punktów Religi* i terminy realizacji poszczególnych etapów. Wydawało się, że zmiany będą przeprowadzane tak jak powinny – konsekwentnie, a i znajdzie się czas na ich przedyskutowanie. Tymczasem po 2 latach mamy chaos informacyjny. Nikt nic nie wie – co będzie z siecią szpitali (ministerialny projekt został odesłany do nowelizacji po wniesieniu do niego tysiąca poprawek), o co chodzi z tym koszykiem, skoro wielu mądrych ludzi uważa, że nie jest on w ogóle potrzebny (dlaczego nikt nad tym nie dyskutuje?), co w końcu z dodatkowymi ubezpieczeniami, co z polityką lekową, czy prywatny biznes medyczny ma jakiegokolwiek szanse, czy zostanie któregoś nocy unicestwiony itp., itd. Minister publicznie wypowiada się *od Sasa do Lasa*, w jego resorcie – jak mówi się w kuluarach – większość urzędników tylko markuje pracę, do chwili gdy pojawi się kolejny *cudowny pomysł* (wtedy opracowuje się go pośpiesznie, na kolanie). A zainteresowani menedżerowie biegają z konferencji na konferencję, aby dowiedzieć się, czy ewentualnie *będzie ktoś z resortu* i co powie w kuluarach. Ze strzępków wypowiedzi – często całkowicie sprzecznych – powstają więc prognozy dla 800-tys. środowiska, a w konsekwencji 38 mln obywateli, zaś służby informacyjne resortu nie potrafią nawet zorganizować dobrych konferencji prasowych, tylko posiłkują się w tym celu prywatnymi firmami.

Janusz Michalak
redaktor naczelny

Darmowe leczenie



W ubiegłym roku, dzięki interwencji ministra Religi, ówczesny prezes NFZ zrezygnował z zapisów w umowach szpitalnych, pozbawiających możliwości finansowania intensywnej terapii do 72 godzin po zabiegach operacyjnych. W chwili obecnej, wykorzystując monopolistyczną pozycję, Fundusz wprowadził zapisy w ogóle pozbawiające możliwości finansowania leczenia tych pacjentów na oddziałach intensywnej terapii medycznej. W praktyce oddziały intensywnej terapii medycznej mają stać się kosztem pośrednim szpitala, a leczenie na nich darmowe. Dotyczy to pacjentów spełniających pełne kryteria skali TISS, która sama w sobie jest kryterium kwalifikacji do leczenia na oddziale intensywnej terapii. Świadczeniodawca ma dokonywać wyboru, czy Fundusz zapłaci za wcześniejszy zabieg operacyjny i wcześniejsze leczenie onkologiczne lub za leczenie na oddziale intensywnej terapii medycznej. A więc w praktyce to dyrektor podejmie decyzję i powie jednemu z ordynatorów: *leczył pan tego pacjenta za darmo i oddziałowi przypisze się koszty leczenia, ale bez przychodów*. Jeśli NFZ chce doprowadzić do skłócenia dyrektora z ordynatorami, to zaczyna to robić skutecznie. Należy też przypomnieć, że Fundusz nie zwiększył wyceny wartości punktu ani wagi punktowej procedur, co chociaż w części mogłoby usprawiedliwiać tego typu decyzje.

Powyższa sytuacja destabilizuje wysoko specjalistyczne szpitale i bez wątpienia prowadzi do pogorszenia ich sytuacji finansowej lub wręcz do zwiększenia stanu ich zadłużenia (szpitale są pozbawione kilkumilionowego przychodu). Szczególnie oburzający jest fakt, iż tylko część dyrektorów oddziałów NFZ poddaje się nielogicznym wytycznym centrali (co świadczy o nierównym traktowaniu zakładów opieki zdrowotnej). Warto też przypomnieć, że działania Centrali NFZ stwarzają istotne zagrożenie dla wielu chorych, których interesy powinien reprezentować płatnik. Tymczasem dopóki Fundusz będzie zajmował pozycję monopolisty, ustalającego własne reguły bez jakiegokolwiek nadzoru ze strony społeczeństwa, dopóty nie będzie reprezentantem pacjentów.

Jacek Łukomski
przewodniczący Kolegium Redakcyjnego