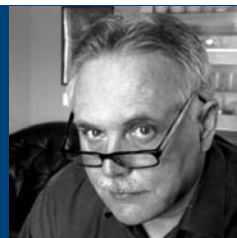


Ile trzeba strajków lekarzy, aby przekonać rządzących, że okupowane przez stare, zbiurokratyzowane struktury jednostki nie mają racji bytu?



W okopach Świętej Trójcy

Był sobie szpital powiatowy... Dyrektor robił w nim, co chciał, zatrudniał swoich ludzi w rozbudowanych służbach pomocniczych, jego zastępcą był starosta – z jednej strony podwładny, z drugiej organ nadrzędny – trzeba było więc trzymać z nim sztamę. Podobnie zresztą jak z szefami kilku związków zawodowych, którzy w nagrodę za niesprzeciwianie się dyrektorowi mogli też zatrudniać swoich ludzi. Szpital zarządzany przez sitwę oczywiście miał przerost zatrudnienia, generował olbrzymie koszty, długi, ale że był jednym z największych pracodawców w regionie, nikt się tym nie przejmował. Do czasu, aż nie zbuntowali się lekarze, widząc, że właśnie dlatego mało zarabiają. Gdy złożyli wypowiedzenia, zmusili dyrektora, aby zmienił formę zatrudnienia na kontrakty. Dopiero wtedy sitwa rozpadła się, lekarze zaczęli dobrze zarabiać, a szpital wyszedł na finansową prostą. Ile takich zarządzanych przez prawdziwe sitwy szpitali – zresztą nie tylko powiatowych – jest jeszcze w Polsce? Ile trzeba strajków lekarzy, aby przekonać rządzących, że okupowane przez stare, zbiurokratyzowane struktury jednostki nie mają racji bytu? Ile trzeba czasu, aby wreszcie zmienić anachroniczny system i zarządzających nim ciągle tych samych ludzi (patrz cover: *Świeża krew*, s. 14), którzy – będąc w drugim szeregu – potrafią *ustawić się* przy każdej władzy?

Janusz Michalak
redaktor naczelny

Po kilkunastu latach od upadku PRL ponownej aktualności nabiera stare pytanie: *Czy może być lepiej? Nie, bo lepiej już było.* Przypominam sobie ten żart, przeglądając nowe katalogi przygotowane przez NFZ na 2008 r., które jeszcze nie weszły w życie, a już wzbudziły wielkie kontrowersje.

Na podstawie dotychczasowej *współpracy świadczeniodawców z NFZ* można stwierdzić, że praktycznie każda zmiana proponowana przez płatnika oznacza pogorszenie sytuacji szpitali



Czy zawsze musi być gorzej?

Jest więc tak, jak zawsze. Przewiduje się co prawda podwyższenie wartości punktu do 12 zł, ale wycena punktowa procedur jest zdecydowanie niższa. W obrębie tej samej grupy koszty wykonania procedury mogą być – przy takim samym poziomie finansowania – bardzo różne. Grozi to tym, iż szpitale będą odsyłały pacjentów, których koszty leczenia będą drastycznie przekraczać stawkę przewidzianą przez NFZ. Stanowić to może kolejną próbę wymuszenia na świadczeniodawcach udzielania zwiększonej liczby świadczeń z powodu zaniżonych wycen procedur. Lecz to tylko część *hiobowych wieści*. NFZ powiela swoje stare zwyczaje. Wprowadza trudniejsze kryteria kwalifikacji procedur poprzez konieczność spełnienia kolejnych warunków. Brak zarządzania katalogami utrwała i wręcz pogłębia wszechobecny chaos. Szczególnie rażąca jest bezkarna dowolność interpretacji płatnika-monopolisty, który bez jakichkolwiek przeszkód znosi jednostronnie kolejne zabezpieczenia, które mogłyby choć w minimalnym zakresie chronić świadczeniodawców. Jako przykład może służyć funkcjonująca od kilku lat zasada uniemożliwiająca Funduszowi wprowadzenie zmian w katalogu procedur nie częściej niż raz w roku. Płatnik zniósł ten zapis i dlatego dowolnie może wykonywać dogodne dla siebie zmiany. Jako przykład może posłużyć leczenie trombolityczne, wycenione na 450 pkt. Wystarczyło, aby 1 lipca 2007 r. dodano do tej procedury *zapis z wyłączeniem rozliczenia w terapii niedokrwiennych udarów mózgu*. W efekcie procedury niedokrwiennego udaru mózgu wycenionego na 600 pkt nie można zsumować z leczeniem trombolitycznym za 450 pkt. Niestety, nie znam przypadków odwrotnych, gdy zmiana katalogu byłaby korzystna dla świadczeniodawców. Dziwnym trafem NFZ też nie chwali się takimi przypadkami. A rok 2008 zapowiada się taki, że może już być tylko gorzej...

Jacek Łukomski
przewodniczący Kolegium Redakcyjnego