



fot. Dzikki

Martwe przepisy

Ostre dyżury to w Polsce temat tabu. W poszczególnych województwach są one organizowane w odmienny sposób. W niektórych zgodnie z warunkami umów podpisanych z NFZ, w innych z kolei na podstawie zasad ustalonych przez świadczeniodawcę w porozumieniu z wojewodą, NFZ i podmiotami leczniczymi. Są również województwa, w których za część przypadków ostrodyżurowych odpowiada w niektórych specjalnościach (zresztą w sposób jak najbardziej racjonalny) ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Dla pacjentów mających trudności z dostępem do specjalisty ostre dyżury stały się również furtką, umożliwiającą szybkie uzyskanie fachowej porady. Prawdziwym problemem są dyżury dziecięce. W niektórych województwach praktycznie nie ma w pew-

które miały temu celowi służyć, nie zdały egzaminu. Innym poważnym problemem dla szpitali jest nierozwiązana kwestia uregulowań dotyczących ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Pomimo szumnych zapowiedzi, nadal zobowiązanie to ciąży na podmiotach leczniczych. Wojewodowie milczą i nie wzywają świadczeniodawców do złożenia odpowiednich polis. Tymczasem komisje orzekają, a efekty finansowe mogą być bardzo dotkliwe dla szpitali.

Przybywa również innych problemów związanych z pakietem ustaw minister Kopacz, m.in. dotyczących sposobu rejestracji nowych podmiotów leczniczych.

Ponadto wciąż są kłopoty z uregulowaniem listy leków refundowanych. Mamy praktycznie wszystkie

„ W niektórych województwach praktycznie nie ma w pewnych specjalnościach dziecięcego zabezpieczenia ostrodyżurowego „

nych specjalnościach dziecięcego zabezpieczenia ostrodyżurowego. Bywa, że pacjent musi przejechać na drugi koniec województwa, aby uzyskać pomoc w nagłym wypadku. Powyższe problemy wynikają po części z tego, że ostre dyżury nie są w sposób wydzielony rozliczane z NFZ. W codziennej praktyce często się zdarza, że leczenie chorych przyjmowanych podczas dyżuru jest niezmiernie kosztowne i trudne do prowadzenia. Organizacja tej formy udzielania świadczeń wiąże się nierzadko z socjalnym aspektem hospitalizacji (pacjent stary, z odległego miejsca zamieszkania, zaniedbany). W związku z poziomem wynagrodzenia lekarzy coraz trudniej jest obsadzić ostre dyżury. Lekarze pomimo propozycji wysokich wynagrodzeń niechętnie podejmują się tego zadania. Na przykład w okulistyce w niektórych rejonach nie ma chętnych do pracy za 1900 zł, a wyremontowane poradnie dotowane z budżetu miasta Warszawy,

niezbędne rozwiązania instytucjonalne, jak chociażby AOTM, które winny już dawno ustabilizować tę kwestię.

Następna sprawa to kształcenie kadry medycznej na bazie ośrodków akademickich. Moim zdaniem, osoby zatrudniane w szpitalach klinicznych powinny posiadać dwojakie umowy: na realizację kontraktu z NFZ oraz – finansowaną przez uczelnię – na dydaktykę. Uczelnia natomiast może w ramach rozliczeń z przychodu, jaki uzyskuje szpital kliniczny, regulować swoją politykę wynagrodzeń.

Dlaczego placówkom medycznym powierza się coraz więcej trudnych do spełnienia zadań? Wynika z tego, że urzędnicy, którzy tworzą takie dokumenty, nie mają praktycznej wiedzy na temat realiów funkcjonowania i konstrukcji polskich szpitali. Z pozoru oczywiste wymagania mogą się stawać martwymi przepisami z uwagi na niemożność ich spełnienia. ■