



Rok 2012

W minionym roku weszły w życie przepisy ustawy o działalności leczniczej. Co się zmieniło w związku z tym aktem prawnym?

Nowa ustawa o działalności leczniczej wprowadziła zmiany struktury świadczeniodawców oraz zastąpiła regulacje dotyczące funkcjonowania praktyk zawodowych (lekarskich i pielęgniarских). W niepamięć odchodzą NZOZ-y. Ustawa rezygnuje z koncepcji SPZOZ-ów, stymulując mechanizmy ich przekształcania w spółki. Nakazuje dostosowanie się do nowych przepisów do 31 grudnia 2012 r., wdraża nowe pojęcia. Wprowadza obowiązek przedstawienia programu dostosowania zaopiniowanego przez organ inspekcji sanitarnej – w drodze decyzji administracyjnej. Programy już złożone pozostają w mocy, wymagają dostosowania, ale bez opinii sanepidu. Nowe podmioty lecznicze nie mogą być już rejestrowane na

Obecnie NFZ wprowadza projekt wymogów dla hospitalizacji jednodniowych z koniecznością posiadania działów farmacji, co do których wymagania są niedopracowane. Jaki jest sens tworzenia takich zasad dla gospodarki np. trzema lekami? Kompletnie zbędne zapisy, niosące ze sobą konieczność ponoszenia dodatkowych nakładów finansowych: przebudowy pomieszczeń, fikcyjnego zatrudnienia farmaceutów. Gdy cały świat idzie właśnie w kierunku krótkich, jednodniowych hospitalizacji, my konserwujemy nie leczenie operacyjne pacjentów, a rozwój ich socjalnego, często zbędnego pobytu w szpitalach. Przecież gros procedur, które w Polsce wykonuje się w ramach hospitalizacji jednodniowych, w Niemczech jest wykonywanych w salach operacyjnych, a nawet przenoszonych do lecznictwa ambulatoryjnego, gdzie tak naprawdę ich miejsce.

„ Okazuje się, że najprostsze rozwiązania są najtrudniejsze do wdrożenia w polskim piekielku medycznym „

podstawie programu dostosowawczego. W szczególności zmienia się pojęcie kierownika podmiotu leczniczego, bez bliższego jego określenia (np. kierownikiem może być zarząd spółki).

Wydawałoby się, że nowe przepisy stymulują przedsiębiorczość, a tu tuż przed końcem roku kierownictwo Ministerstwa Zdrowia wygłasza poglądy o nadmiernym rozwoju podmiotów starających się o kontrakty z NFZ, co jest wbrew idei rozwoju wolnego rynku. Sadzę, że nowym władarzom ktoś źle doradza bądź nie rozumieją oni, że problemem nie jest liczba świadczeniodawców (konkurencja jest najlepszą metodą rozwoju), ale sposób ich rozmieszczenia i wyboru najkorzystniejszych ofert. Po części winni są sami przedstawiciele podmiotów leczniczych, w szczególności niepublicznych, którzy fałszywie, niezgodnie ze stanem wiedzy medycznej i zarządczej, kreują obraz niektórych rozwiązań, chcąc w sposób nieuczciwy wyeliminować konkurencję.

Jak co roku pod nóż idą nieszczęsne jednodniówki. Pod koniec 2011 r. wprowadzono wymóg posiadania własnych bloków operacyjnych, a sposób jego wdrożenia był niezgodny z prawem i tak naprawdę oprócz sztuczności zapisów niczego nie zmienił.

Dlaczego nikt nie przekopiuje tych rozwiązań do naszego kraju, co rozwinęłoby kulejącą u nas specjalistyczną opiekę ambulatoryjną? W tym zakresie nie musimy wymyślać prochu. Może jest to spowodowane faktem, że przepisy tworzą osoby bez doświadczenia w kontraktowaniu usług medycznych, bez zasobu doświadczenia medycznego – zabiegowego? Może mało kto z kręgu administratorów polskiego systemu ochrony zdrowia wie, że wielkie sławy wśród zabiegowców to już nie lekarze anglojęzyczni, ale wywodzący się z Niemiec. Może sprawiło to właśnie właściwe kontraktowanie wykonywania operacji w formie „fabrycznej – masowej” w dużych, powtarzalnych ilościach (co sprawia, że mają bardzo duże doświadczenie, są „wyoperowani”, a tym samym jest mniej powikłań), a nie ciągłe ich utrudnianie, jak to się dzieje w Polsce? Ponadto chyba w NFZ i MZ nikt już nie umie liczyć, bo inaczej okazałoby się, że często co piątą procedurę operacyjną wykonywaną w ramach hospitalizacji jednodniowej fundusz dostaje za darmo w porównaniu z ich zakupem w ramach pełnej hospitalizacji. Okazuje się, że najprostsze rozwiązania są najtrudniejsze do wdrożenia w polskim piekielku medycznym. ■