

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR
RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA
I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE
Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



Autoportret

Nowa minister zdrowia najwyraźniej zastosowała starą zasadę rządu, iż najlepszym sposobem spacyfikowania oponentów i krytyków poczynań ministerstwa jest powierzenie im stanowiska wiceministra i „podzielenie się” odpowiedzialnością za poczynania resortu. „Ofiarami” tego ruchu zostali dr Marek Twardowski z Porozumienia Zielonogórskiego oraz ostatnio Andrzej Włodarczyk – wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Kuszona była także Dorota Gardias szefowa Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, ale nie uległa. Kolegom, którzy mam nadzieję nie ulegli tylko czarowi nóg pani minister (do zobaczenia na zdjęciu w „Reminiscencjach sejmowych” kolegi Walkiewicza), życzę, by pracując w ministerstwie, nie zapomnieli, że przede wszystkim są lekarzami i nimi pozostaną, a ministrem „się bywa” i trzeba potem móc kolegom spojrzeć prosto w oczy.



Teoretycznie powinno dobiec już końca kontraktowanie usług medycznych z NFZ na 2008 rok. Jednak „tradycyjnie” już, NFZ ma w tym temacie spore opóźnienia. Jak zwykle winę za to ponoszą świadczeniodawcy, ponieważ kręcą nosem na „wspaniałe” propozycje NFZ. Z propozycjami NFZ, to zresztą ciekawa sprawa. Gdy świadczeniodawca domaga się podwyższenia stawki za punkt, to w odpowiedzi słyszy, że NFZ nie może nikogo faworyzować i musi stosować jednolite stawki. Gdy z kolei świadczeniodawca domaga się wyrównania stawki do stawki jaką oferuje NFZ w innym oddziale, to jak w banku ma odpowiedź: To niech się tam przeniesie i gdzie jest powiedziane, że stawki mają być równe. Jakie stawki są w innych oddziałach, urzędnicy NFZ doskonale wiedzą. Co prawda nie potrafią (lub co bardziej prawdopodobne – nie chcą powiedzieć), dlaczego oferują w Wielkopolsce np. 90 gr za punkt stomatologiczny, a nie 1 zł jak w kujawsko-pomorskim OW NFZ, ale za to mówią wtedy, że przecież w Warszawie jest tylko 85 gr i nasz dentysta powinien się cieszyć. Inną ciekawostką jest przydzielanie liczby punktów. Tak się jakoś zawsze dziwnie składa, że NFZ wybiera najgorsze miesiące dla swoich propozycji, ze szczególnym uwzględnieniem tych, w których były nedoróbki, a ignorowaniem tych w których są nadwykonania. Urzędników nie interesuje przy tym dlaczego tak było. Ofiarą takiego sposobu myślenia padło w tym roku wiele szpitali. Jakąż bowiem, ich dyrektorzy, otrzymali odpowiedź, gdy okazało się, że pomimo wzrostu stawki za punkt o 20%, wartość kontraktów wyniosła średnio 102% ubiegłorocznego. Otóż usłyszeli: Przecież takie mieliście wykonanie (a właściwie niewykonanie) w okresie, który braliśmy pod uwagę. To, że był to okres akcji protestacyjnej

i stąd takie, a nie inne wykonania to już urzędników nie interesuje, tym bardziej, że przecież obecne propozycje są tylko tymczasowe, gdyż NFZ ciągle zamierza wprowadzić nowe zasady kontraktowania w oparciu o tzw. jednolite grupy pacjentów.



Co do „jednolitych grup pacjentów”. NFZ jest bardzo dumne ze swojego produktu. Nie zrażają go liczne głosy krytyki. Twardo postanowiło, że system będzie wprowadzony w przyszłym roku. Co prawda obecnie mówi się już o lipcu, ale nic to, najważniejsze, że będziemy świadkami najszybszej „nacionalizacji” niepolskiego przecież systemu. Nie zamierzam tu dyskutować, czy akurat brytyjski wzorzec jest dla nas najodpowiedniejszy i czy w ogóle jest to dobry system w „gospodarce niedoborów”, jaką niewątpliwie jest polska ochrona zdrowia, ale zastanawiające są podawane przykładowo wyceny niektórych procedur, po których ujawnieniu większość szpitali zaczęła lamentować, że przy takim poziomie finansowania, to nie tylko nie ma mowy o zwiększeniu ich przychodów, ale nawet o utrzymaniu tegorocznych. A jak wiadomo wzrosną ich wydatki nie tylko na płace, ale i na inne koszty działalności. Co do prezentowanych przykładów, to po pierwsze nie wiadomo czy są prawdziwe, a po drugie, nigdzie nie podano sposobu w jaki uzyskano taki, a nie inny wynik. Niestety po raz kolejny należy przypuszczać, że poza historycznymi, dowolnie dobieranymi danymi, opartymi o dotychczasowe – czytaj – chronicznie niedofinansowane przez NFZ procedury; głównym źródłem pomysłów na wycenę był dobrze wszystkim znany ekspert – sufit w centrali NFZ.



Jak Państwu wiadomo, od 1 lutego 2008 roku zwolnienia lekarskie dla potrzeb sądów będą mogli wydawać tylko tzw. lekarze sądowi. Lekarzem sądowym będzie tylko lekarz, z którym „prezes sądu okręgowego zawarł umowę o wykonywanie czynności lekarza sądowego”. Wcześniej prezes sądu musi określić liczbę potrzebnych lekarzy i zwrócić się do okręgowej izby lekarskiej o rekomendację dla lekarza, który wyrazi chęć bycia lekarzem sądowym (i oczywiście spełnia wszystkie wymagane ustawowo kryteria). Po uzyskaniu rekomendacji izby lekarskiej (która jest niezbędnym elementem, by lekarz mógł być umieszczony w wykazie), lekarz zostaje umieszczony w wykazie, który prowadzi prezes sądu okręgowego. Po raz pierwszy prezes sądu musi go opublikować do 31 grudnia 2007 r. Sęk jednak w tym, że na 665 „zapotrzebowanych” przez sądy w Wielkopolsce lekarzy, do Izby zgłosiło się jedynie 17. Dlaczego tak mało? Odpowiedź jest bardzo prosta. Za wykonywanie czynności, która wymaga po pierwsze wysokich kwalifikacji, nie tylko zawodowych; po drugie zagrożona jest odpowiedzialnością karną w razie zakwestionowania zasadności zwolnienia, a o to nie trudno w dzisiejszych czasach, gdy lekarz stał się wrogiem publicznym, jeśli nie numer jeden, to na pewno „mieści się na pudle”. I za to wszystko ministerstwo sprawiedliwości zaproponowało śmieszoną stawkę. Porównywalną z wypisaniem recepty w ramach NFZ. Co prawda ostatnio, w odpowiedzi na „śladowe” zainteresowanie lekarzy tą funkcją, podobno ma być zwiększona do „całych” 80 zł za zaświadczenie.

Szkopuł w tym, że za takie pieniądze, to lekarze nie chcą leczyć nawet kataru w prywatnym gabinecie. Irytację lekarzy zwiększa fakt, że adwokaci za obronę z urzędu w tzw. sądach 24-godzinnych, otrzymują stawki kilkukrotnie wyższe, nie ponosząc takiej odpowiedzialności. Ponieważ jednak chętnych lekarzy praktycznie brak (współczuję przy okazji tej siedemnaste i mam nadzieję, że starczyło im wyobraźni, by ocenić ewentualne niebezpieczeństwa i stwierdzić, że warto się narażać za tak małe wynagrodzenie, na wydumane ataki niezadowolonych prokuratorów bądź sędziów), Sąd Okręgowy w Poznaniu (ustami swojego rzecznika) wpadł na pomysł rozwiązania tego problemu. Rozwiązaniem tym ma być powołanie na funkcje lekarza sądowego, lekarzy zatrudnionych w wydziałach ubezpieczeń społecznych przy tym sądzie. Być może jest to rozwiązanie. Tylko szanowny Sąd musi pamiętać, że ustawa wymaga by taki lekarz uzyskał rekomendację Izby Lekarskiej i nie zakłada, że lekarze zatrudniani przez sąd, stają się automatycznie „lekarzami sądowymi”. I jeszcze jedna uwaga: Gdyby Ci lekarze chcieli być lekarzami sądowymi, to zapewne już by się zgłosili, a skoro tego nie uczynili, to zapewne nie odpowiadały im warunki pracy i płacy. I nie muszę chyba sądowi tłumaczyć, że zmuszanie kogoś do pracy (w mniej lub bardziej zakamuflowany sposób) jest złamaniem prawa.



Problem wynagrodzenia lekarzy pojawia się nie tylko przy okazji „lekarzy sądowych”. Oprócz ogólnolekarskich kłopotów z uzyskaniem przynajmniej „godnego” wynagrodzenia (bo przecież na satysfakcjonujące prawie nikt nie liczy – wychodzi z lekarzy natura społeczników), ostatnio prasa nagłośniła postulaty dolnośląskich anestezyjologów, którzy zjednoczyli się i postawili pracodawcom „twarde warunki”, czyli 70 zł za godzinę pracy na etacie. Dyrektorzy, którzy także zawarli stosowne porozumienie, że nie zapłacą lekarzom więcej niż 50 zł i to na kontrakcie, stwierdzili, że są to propozycje nie do przyjęcia i w związku z tym drastycznie spadnie liczba zabiegów przy których potrzebny jest anestezyjolog, co zaskutkuje niewykonaniem kontraktu przez szpital, co w efekcie odbije się na innych pracownikach, bo nie będzie z czego wypłacić im wynagrodzeń. Właściwie po takim stwierdzeniu taki dyrektor powinien podać się do dymisji, ponieważ nie opłacając kluczowego dla szpitala specjalisty, który generuje inne duże dochody, powoduje straty tego szpitala, czyli popełnia niegospodarność. Przy tych zyskach, to podwyższone wynagrodzenie anestezyjologa jest na prawdę wartością praktycznie pomijalną w bilansie szpitala. Poza tym żądania anestezyjologów nie są wcale wygórowane, tylko wszyscy przyzwyczaili się, że lekarzowi można nie płacić za pracę, gdyż ten wiedziony jakąś ideą fixe będzie zawsze pracował tyle, ile potrzeba nie troszcząc się o wynagrodzenie. Niestety (dla dyrektorów i społeczeństwa) te czasy już się skończyły i tak jak nikogo nie dziwi stawka 130 zł/godz. dla mechanika w serwisie samochodowym (tyle kosztuje w moim, bo znam droższe), tak nie powinny dziwić takie stawki dla lekarzy i to na etacie, a nie w ramach kontraktu, które zresztą według mnie powinny być zakazane, gdyż jest to zwykłe oszustwo i kolejna próba cięcia kosztów, kosztem lekarza.