

Mirostław G. uniewinniony. Wbrew ministrowi Ziobro



Fot. PAP/Piotr Nowak

Już nikt nigdy przez tego pana życia pozbawiony nie będzie – powiedział Zbigniew Ziobro, gdy dr Mirostław G. został aresztowany w 2007 r. Teraz Sąd Najwyższy uniewinnił kardiochirurga od zarzutu nieumyślnego doprowadzenia do śmierci pacjenta.

Sąd Najwyższy argumentował, że nie ma odpowiedniego materiału dowodowego, z którego można by wnosić o obowiązku podjęcia takiego zachowania, jakie opisano w akcie oskarżenia. Sprawa bulwersowała przed laty całą Polskę. Poszło o gazik pozostawiony w sercu pacjenta w 2006 r. Ostre słowa ówczesnego (a po latach przerwy również obecnego) ministra sprawiedliwości Zbigniewa Ziobro podzieliły Polaków i środowisko medyczne.

Kardiochirurgowi postawiono nawet zarzut zabójstwa pacjenta (nieintencjonalnego). Bronił się w kolejnych instancjach przez kilkanaście lat, 14 marca 2019 r. został uniewinniony.

ANNA PROKOP-STASZECKA I KWIATY ZA 12,5 TYS. ZŁ



Fot. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

W latach 2015–2018 urząd marszałkowski przeprowadził aż dziesięć kontroli w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. Wykazały one wiele nieprawidłowości. Między innymi to, że w roku 2017 wydano 12,5 tys. zł na kwiaty, którymi ozdabiano kaplice, a na dostawy szpital nie ogłosił przetargu.

„Z tłumaczeń dyrekcji szpitala wynikało, że kwiatami przystrajano dwie kaplice i pomnik Jana Pawła II znajdujący się w szpitalu” – pisze „Gazeta Wyborcza”.

Szpital nie przeprowadził przetargów na usługi PR, sprzedaż starych samochodów, a także konkursu na rzecznika prasowego. Była też sprawa z... Kajmanami. Szpitalna księgowość przelała przez pomyłkę na konto na Kajmanach ok. 418 tys. zł. Jak to się stało? „Pracownicy odebrali mail z nowymi numerami kont od kontrahentów. Nie potwierdzili ich prawdziwości i przelali fundusze za kilka faktur na fałszywe konta. Tej kwoty nie da się odzyskać” – wyjaśnia „Gazeta Wyborcza”.

– *Dziewięć lat poświęciłam temu szpitalowi. Obiecałam, że będzie bez łapówek, i dotrzymałam słowa. Chciałam placówki nowoczesnej, której lekarze mogą poszczycić się dorobkiem naukowym, i to też mi się udało. A zastraszyć się nikomu nie dam* – powiedziała Anna Prokop-Staszecka, dyrektor placówki.

MIŁKOWSKI O DŁUGACH SZPITALI POWIATOWYCH



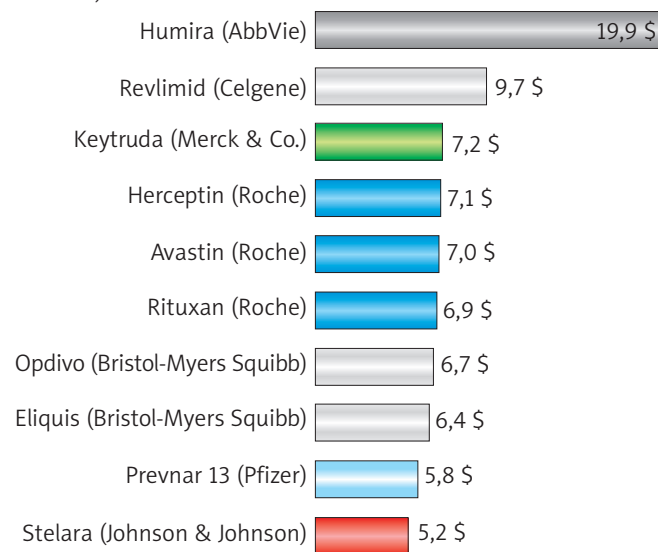
Fot. PAP/Piotr Nowak

Wiceminister Maciej Miłkowski poinformował, że w sieci jest 297 szpitali, których organem założycielskim jest powiat i miasto, a ich zobowiązania wzrosły z 4,7 mld zł do 5,3 mld zł.

Podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia 14 marca omówiono sytuację finansową szpitali powiatowych i funkcjonowanie sieci szpitali po wejściu w życie ustawy z 23 marca 2017 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. – *W sieci jest 297 szpitali powiatowych, a wartość zobowiązań ogółem tych szpitali wzrosła z 4,7 mld zł do 5,3 mld zł* – poinformował Miłkowski. Największy wzrost zobowiązań jest na Podkarpaciu i na Śląsku, odpowiednio o 107 mln zł i o 100 mln zł.

Najlepiej sprzedające się leki

Opublikowano listę dziesięciu leków, które przyniosły największe wpływy ze sprzedaży w 2018 r. (dane w miliardach dolarów).



LEKI ZE ZBIÓRKI W ŚMIETNIKU

Leki pochodzące ze zbiórki można wykorzystać wyłącznie na potrzeby pomocy humanitarnej i w sytuacji klęsk żywiołowych – stwierdził wiceminister Maciej Miłkowski w odpowiedzi na poselską interpelację.

„Wielu pacjentów przynosi do placówek medycznych niewykorzystane leki, często bardzo drogie i refundowane z budżetu państwa. Szpitale, hospicja i inne placówki nie mogą ich przyjmować, więc wyrzucane są na śmietnik, a wraz z nimi pieniądze z refundacji” – napisał Jarosław Porwich, poseł Kukiz'15, w interpelacji w sprawie możliwości oszczędności po wprowadzeniu do obrotu niewykorzystanych leków. Jaka była odpowiedź? Leki pochodzące ze zbiórek to takie, których źródło uznawane jest za niepewne. Dlatego nie nadają się do podawania pacjentom.

DWUGŁOS

MINISTER KŁADZIE NA STÓŁ 650 MLN ZŁ. SZPITALA ODPOWIADAJĄ, ŻE TO ZA MAŁO

„DZIĘKUJEMY I PROSIMY O WIĘCEJ” ORAZ „TO KROK WE WŁAŚCIWĄ STRONĘ, ALE ZA MAŁY” – TO NAJCZĘSTSZE KOMENTARZE DO DECYZJI RESORTU ZDROWIA I NFZ O PRZYDZIELENIU DODATKOWEJ PULI ŚRODKÓW NA ŚWIADCZENIA SZPITALNE. DODATKOWA TRANSZA WYNOSI 650 MLN ZŁ, A PRZEZNACZONA MA BYĆ PRZEDĘ WSZYSTKIM NA DWA ODDZIAŁY: CHIRURGII OGÓLNEJ I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH. TO OZNACZA, ŻE NAJWIĘCEJ SKORZYSTAJĄ NA PODWYŻCIE SZPITALA POWIATOWE. W MECHANIZM PODWYŻKI WBUDOWANY ZOSTAŁ ZATEM INSTRUMENT ZNIECHĘCAJĄCY DO MNOŻENIA LICZBY ODDZIAŁÓW, A ZACHĘCAJĄCY DO ICH ŁĄCZENIA. O KOMENTARZ POPROSILIŚMY EKSPERTÓW I PRAKTYKÓW.

JANUSZ ATŁACHOWICZ
 DYREKTOR SZPITALA W WIELUNIU



Fot. Archiwum

Oczywiście każda podwyżka wycen świadczeń jest mile widziana, ale w tym wypadku jest ona za mała. W tym roku wydatki szpitali muszą się zwiększyć o znacznie większą kwotę. Także na skutek działań Ministerstwa Zdrowia, które

np. zawierało za plecami dyrektorów szpitali porozumienia z kolejnymi grupami zawodowymi. Kwota 650 mln zł nie wystarczy na pokrycie tych zobowiązań, potrzeba znacznie więcej. Nie kwestionujemy przy tym zasady, by podwyżki w pierwszej kolejności dotyczyły chorób wewnętrznych i chirurgii. To rzeczywiście z punktu widzenia szpitali oddziały neuralgiczne.

JAROSŁAW FEDOROWSKI
 PREZES POLSKIEJ FEDERACJI SZPITALI



Fot. Archiwum

To po prostu krok w dobrą stronę. I trzeba mieć nadzieję, że za nim pójdą następne, bo ten pierwszy był zdecydowanie

za mały. Przypomnę, że według naszych obliczeń budżety szpitali na zachodzie Europy są średnio ośmiokrotnie większe niż polskich. A oczekiwania wobec lecznic – w zasadzie takie same. Obawiam się, że podwyżka nie wystarczy nawet na pokrycie tegorocznego wzrostu kosztów utrzymania szpitali.

WIERZCHOŁEK GÓRY LODOWEJ



Fot. iStockphoto.com

Narodowy Fundusz Zdrowia przegrywa pierwszą sprawę o bezprawne obniżenie ryczałtu w sieci szpitali. – *Jestem pewien, że pierwszy niekorzystny wyrok to wierzchołek góry lodowej* – mówi Wojciech Zawalski, były dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w NFZ w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”.

– Na przełomie lat 2017/2018 szpitale weszły w nowy okres rozliczeniowy ze „starym” ryczałtem. Po dwóch miesiącach NFZ postanowił jednostronnie zmienić warunki umowy – wyjaśnia Wojciech Zawalski. I wylicza, że ponad trzydziestu szpitalom zmniejszono ryczałt i nakazano zwrócić pieniądze za świadczenia udzielone i opłacone w pierwszych miesiącach roku według starych stawek.

– Sieć szpitali to dobry pomysł, ale niestety, diabeł tkwi w szczegółach – mówi Wojciech Zawalski. – Pracując w 2017 r. w NFZ, ostrzegałem, że przejście z rozliczeń JGP na budżetowe nie

będzie łatwe, a system informatyczny funduszu nie jest do tego przygotowany. Kropką nad i było wprowadzenie bardzo skomplikowanego wzoru wyliczania ryczałtu na okresy następne. Wzór uniemożliwia racjonalne planowanie wydatków przez szpitale. Zgodnie z moimi przewidywaniami nie poradził sobie z nim NFZ. Oczywiście było, że nie zdąży z obliczeniem kolejnych okresów online. Tak też się stało – wyjaśnia.

– Na prośbę jednego z moich klientów przygotowałem analizę prawną sytuacji, a współpracująca ze mną Kancelaria Radcy Prawnego Pawła Kuśmierka skierowała w imieniu szpitala pozew o zapłatę zmniejszonych – bezprawnie w naszej ocenie – ryczałtów. W piątek, 8 marca sąd w Katowicach podzielił nasze wątpliwości, zasądzając konieczność zapłaty niestusnie odebranych pieniędzy. To pierwszy w Polsce tego typu wyrok. Jestem pewien, że to dopiero wierzchołek góry lodowej. Na to rozstrzygnięcie czekały inne szpitale. Do zwrotu są miliony złotych z nieprawnie jednostronnie zmienionych umów – mówi Zawalski.

MATYJA: RZĄD OSZUKUJE PACJENTÓW I LEKARZY, NIE PRZEZNACZA OBIECANYCH 6 PROC. PKB NA ZDROWIE



Fot. Grażyna Makara/AC

– Niestety, potwierdziły się moje przypuszczenia co do przyjętej przez stronę rządową nieprawidłowej metody liczenia gwarantowanych nakładów na ochronę zdrowia. Ministerstwo Zdrowia przyznało, że do planowania wydatków na ochronę zdrowia na rok 2019 przyjęta została historyczna wartość PKB z roku 2017, czyli sprzed dwóch lat – powiedział Andrzej Matyja, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Przyjęty sposób obliczania nakładów na ochronę zdrowia w samym tylko 2018 r. zmniejszył kwotę dodatkowych pieniędzy o prawie 10 mld zł. Stracą na tym pacjenci, którzy liczyli na skrócenie kolejek i poprawę jakości świadczeń, podmioty lecznicze, które nie otrzymają większego finansowania, a także lekarze i lekarze dentyści.

Mamy do czynienia z rażącym przykładem niedotrzymania przez Ministerstwo Zdrowia jednego z kluczowych warunków porozumienia z 8 lutego 2018 r. Na etapie zawierania porozumienia ani na etapie prac legislacyjnych nad ustawą nie wskazywano, że podstawą do obliczenia nakładów na ochronę zdrowia będzie historyczna wartość PKB. Na taki zapis żaden z partnerów spotecznych by się nie zgodził.

Zmowa producentów systemu informatycznego?

Niewykluczone. Pod koniec lutego Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów rozpoczął przeszukania w siedzibach trzech przedsiębiorców. Chodzi o Kamsoft i OSOZ z Katowic oraz PEX PharmaSequence z Warszawy. Sprawa ma związek ze skargami farmaceutów, że apteki, które chciały uczestniczyć w promocjach niektórych leków, były zmuszane do korzystania z określonego systemu informatycznego lub zintegrowanych z nim systemów innych firm.

„Są problemy z dostępnością dwóch deficytowych leków przeciwzakrzepowych, to jest Xarelto i Pradaxa. Producenci medykamentów różnie traktują apteki w zależności od tego, z jakiego oprogramowania do prowadzenia biznesu korzystają. Te, które używają wskazanego przez koncerny, dostają leki taniej” – poinformował „Dziennik Gazeta Prawna” w lipcu 2018 r. To był początek sprawy związanej z przeszukaniem rozpoczętym pod koniec lutego. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów rozpoczął kontrole, bo działania opisane w kierowanych do niego zawiadomieniach mogły ograniczać konkurencję między aptekami i być niekorzystne dla tych, które nie posiadały oczekiwanego oprogramowania.

„Mogły też wpłynąć niekorzystnie na sytuację rynkową producentów systemów informatycznych innych niż wskazywane przez producentów. Do tego wreszcie – na co już UOKiK nie zwraca uwagi – takie postępowanie przekłada się na jeszcze większe kłopoty z dostępnością objętych specjalnymi warunkami promocji leków” – pisał „Dziennik Gazeta Prawna”. Według relacji dziennika urzędnicy UOKiK wyjaśniali, że chcą sprawdzić linię obrony niektórych dostawców oprogramowania. Twierdzili oni, że prawdą jest, iż apteki korzystające z ich systemów otrzymują rabaty, ale producenci leków nie uzgadniali tego z samymi dostawcami.

OZZL WYJDZIE NA ULICE



Fot. PAP/Marcin Obara

Po wyborach do Parlamentu Europejskiego odbędzie się manifestacja Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Chcą zaprotestować, bo obietnice zwiększenia nakładów i poprawy dostępu pacjentów do leczenia nie są realizowane. Dlaczego po wyborach? Aby nie sprawiać wrażenia, że protest ma kontekst polityczny, a związek chce kogoś osłabić czy kogoś wzmocnić – wyjaśnił Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. Wybory do Parlamentu Europejskiego zaplanowano na 26 maja.

Lekarze sprzeciwiają się „kombinowaniu” przy porozumieniu ministra zdrowia z rezydentami. Chodzi o sprawę, którą opisywaliśmy na stronie www.termedia.pl/mz w tekście pod tytułem „Ministerialna matematyka”, czyli o to, że wielkość publicznych nakładów na ochronę zdrowia na 2019 r. jest liczona jako 4,86 proc. PKB, ale... nie z roku 2019, lecz z 2017.

– Naszym zdaniem opieka zdrowotna nie jest przedmiotem zbyt wielkiej troski rządzących. Przedstawione zapowiedzi zwiększenia nakładów i poprawy dostępności usług medycznych dla pacjentów w istocie nie są realizowane – powiedział Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL.

BLISKO PREZESA KACZYŃSKIEGO



Fot. PAP/Radek Pietruszka

Każdy wie, że najważniejsze decyzje w Polsce zapadają przy ulicy Nowogrodzkiej. Zrozumieli to również w Ministerstwie Zdrowia i dwa departamenty:

Oceny Inwestycji oraz e-Zdrowia, przenoszą w pobliże centrali Prawa i Sprawiedliwości, na Nowogrodzką 11.

– Informacja pochodzi od osoby dobrze poinformowanej w resorcie – powiedział Tomasz Grodzki z Platformy Obywatelskiej w rozmowie z Wirtualną Polską. – *Mato tego, prawdopodobnie przeprowadzili się już w piątek* – dodał. Grodzki stwierdził też, że warunki najmu w nowej siedzibie nie są korzystne.

Informacje o przenosinach departamentów potwierdził resort. Nie odniósł się jednak do wypowiedzi o niekorzystnych warunkach najmu. Jak można to skomentować? Jeżeli bliskie sąsiedztwo siedziby PiS i departamentów Ministerstwa Zdrowia będą sprzyjać zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia, to czemu nie?

DWUGŁOS

LEKARZE-ZOMBIE I PETYCJA O WYMUSZENIE SKRÓCENIA CZASU PRACY

DO RESORTU WPŁYNĘŁA PETYCJA, KTÓREJ AUTORZY DOMAGAJĄ SIĘ, BY LEKARZE, WZOREM KIEROWCÓW, PO DZIESIĘCIU GODZINACH PRACY MIELI DZIEWIĘĆ GODZIN OBOWIĄZKOWEJ PRZERWY. AUTOR PETYCJI ZASTRZEŻŁ ANONIMOWOŚĆ, ALE MINISTERSTWO POTRAKTOWAŁO JĄ SERIO. PETYCJA WYWOŁAŁA POWAŻNĄ DEBATĘ, ZWŁASZCZA ŻE NAPISANA ZOSTAŁA BARWNYM JĘZYKIEM. AUTOR STWIERDZIŁ, ŻE W SZPITALACH NAD BEZPIECZEŃSTWEM PACJENTÓW CZUWAJĄ „LEKARZE-ZOMBIE”. „NIE MOŻE BYĆ TAK, ŻE PRAWO NAKAZUJE KIEROWCOM ODPOCZYNEK PO DZIESIĘCIU GODZINACH PRACY, BY PRZEMĘCZONY KIEROWCA KOGOŚ NIE ZABIŁ, A TO SAMO PRAWO ZEZWALA NA TAKĄ PRACĘ LEKARZOM” – CZYTAMY W PETYCJI. O KOMENTARZ POPROSILIŚMY EKSPERTÓW.

MAREK BALICKI

BYŁY MINISTER ZDROWIA, CZŁONEK NARODOWEJ RADY ROZWOJU PRZY PREZYDENCIE RP

W sprawie czasu zatrudnienia lekarzy mamy już ogólnoeuropejski kompromis i trudno będzie rozpocząć dyskusję nad nim na nowo.

Trzeba by zresztą poszerzyć ją o inne grupy zawodowe, np. pielęgniarki, diagnostów – ich pomyłka także może wiele kosztować. Zwracam też uwagę na trudność w egzekucji takiej normy. Kierowca po 10 godzinach prowadzenia ciężarówki w firmie może przesiąść się za kierownicę prywatnego samochodu i np. dodatkowych kilka godzin jechać z bazy w dowolne miejsce. Podobnie lekarz – po godzinach pracy w szpitalu może na przykład przejść do pracy w firmie prywatnej. Pracą dla lekarza jest też ustawiczne samokształcenie, przygotowanie do egzaminów. A co z udziałem w konferencjach, warsztatach, przygotowaniem publikacji naukowych, wykładów? Jak to zmierzyć, jak wyegzekwować?

JAKUB SZULC

DYREKTOR LIFE SCIENCES W EY POLAND, BYŁY WICEMINISTER ZDROWIA

Nas po prostu na to nie stać. I bez podobnych przepisów mamy niedobory lekarzy. Co

będzie, gdy wprowadzimy dodatkowe ograniczenia? Lekarze to osoby wykształcone i najlepiej by było, gdyby sami organizowali swój czas, dzieląc go w odpowiednich proporcjach między pracę i wypoczynek. Zgodnie zresztą z postulatami rezydentów, którzy owszem – namawiali do wypowiedzenia klauzuli opt-out i ograniczenia liczby nadgodzin, ale nie według jakiejś odgórnie narzuconej czy umówionej normy, tylko zgodnie z tym, na ile się czują na siłach. I tak powinno pozostać.

MAREK POSOBKIEWICZ

POKIERUJE INSPEKCJĄ SANITARNĄ MSWiA



Nie mamy jednej inspekcji sanitarnej w kraju. Oprócz Głównego Inspektora Sanitarnego funkcjonuje podobna służba w strukturach MSWiA. Na jej czele staje właśnie Marek Posobkiewicz, były szef GIS.

„Państwowa Inspekcja Sanitarna MSW realizuje zadania przy pomocy Inspektoratu Państwowej Inspekcji Sanitarnej MSW z siedzibą w Warszawie oraz Zespołów Państwowej Inspekcji Sanitarnej MSW na obszarze poszczególnych województw” – czytamy na stronach MSWiA. Do jej podstawowych zadań należy opiniowanie pod względem sanitarnym projektów budowy, remontu lub modernizacji obiektów i urządzeń realizowanych w nadzorowanych jednostkach oraz dopuszczenie wymienionych obiektów do bieżącego użytkowania.

Oznacza to, że po objęciu nowej funkcji Posobkiewicz zajmie się nadzorem i opiniowaniem tego, za co dziś odpowiedzialny jest sanepid, i tego, co zrobił urząd w niedawnej przeszłości, w czasach, gdy nim kierował. Tym razem, mając za szefa nie ministra zdrowia, ale ministra spraw wewnętrznych. Posobkiewicz był szefem sanepidu w latach 2012–2018. Wstąpił się jako autor skutecznych kampanii wymierzonych w antyszczepionkowców.