

ZARZĄDZANIE PLACÓWKĄ MEDYCZNĄ

WRZESIEŃ 2014
Numer 9 (58)
ISSN 2353-2580

SERWIS MENEDŻERÓW, WŁAŚCICIELI I KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ

Nowość!

**DYŻUR TELEFONICZNY
- VAT W OCHRONIE
ZDROWIA**

26 września, godz. 11.00-13.00,
tel. 22 31 80 762

TEMAT NUMERU

Pakiety onkologiczny i kolejkowy mają przyczynić się do poprawy dostępu do lekarzy specjalistów, a szczególną opieką zostaną otoczeni pacjenci onkologiczni. To realizacja zapowiedzi rządu dotyczących skrócenia kolejek do lekarzy. Nowe zasady zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2015 r. **str. 10**



ZDROWIE NA POKOLENIA

- PRZEGLĄD NAJLEPSZYCH PRAKTYK



Co nas czeka w IV edycji?

- Jak zawsze, najlepsi eksperci Polscy i zagraniczni: Prof. Andrzej M. Fal, Prof. Margaret Barry, dr Jan Jansen i wielu innych.
- Możliwość zgłoszenia własnego wystąpienia.
- Warsztaty z praktykami zdrowia publicznego, mediów i marketingu.
- Plebiscyt najlepszych programów oraz kampanii zdrowotnych.



Co nowego?

- Nowe, niższe ceny dla uczestników!
- Nowa, atrakcyjna strona www

Już teraz zapisz się na Forum
www.knowhealth.pl



OSOZ

terMedia

PLACÓWKA WIEDZY





Spis treści

AKTUALNOŚCI

- Krótsze kolejki od stycznia 2015 roku 3
Ruszył nabór do Trzeciego Programu Zdrowie UE 4

WYWIAD

- Ostatni dzwonek na porządkowanie systemu – wywiad z **DR. HAB. MACIEJEM KOWALCZYKIEM**, dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie 5

TEMAT NUMERU

- Pakiet kolejkowy od 1 stycznia 2015 r. 10

FINANSE

- Jak nadzorować realizację projektów UE 18

KONTRAKTY Z NFZ

- Komercyjne udzielanie świadczeń a kontrakt z NFZ 20
Jak się bronić w przypadku kontroli NFZ 23

ZARZĄDZANIE

- Kiedy można zatrzymać wadium 26
Kiedy można zastosować przymus bezpośredni 28

PACJENT

- Czy można usunąć dane z dokumentacji medycznej 31
Jak minimalizować ryzyko błędów medycznych 33

NORMY I SANEPID

- W 2015 roku będą zmiany w wymaganiach ISO 9001 36

DOBRE PRAKTYKI

- Inwestycje w geriatrię opłacają się 39

Redaktor prowadzący:

Anna Rubinkowska

Kierownik marketingu i sprzedaży:

Julita Lewandowska-Tomasiuk

Menedżer produktu: Alina Sulgostowska

Koordynator produkcji: Katarzyna Kopeć

ISSN: 2353-2580

Drukarnia: MDruk

Nakład: 1500 egz.

Projekt graficzny:

Dominika Raczkowska

Skład: Raster studio, Norbert Bogajczyk

Prenumerata:

Zarządzanie placówką medyczną

Centrum Obsługi Klienta

☎ tel.: 22 518 29 29

✉ e-mail: cok@wip.pl

www.serwisoz.pl

Masz pytanie? Skontaktuj się z nami:

serwisoz@wip.pl

Wydawnictwo Wiedza i Praktyka

ul. Łotewska 9a, 03-918 Warszawa

NIP: 526-19-92-256

KRS: 0000098264 – Sąd Rejonowy

dla m.st. Warszawy, Sąd Gospodarczy

XIII Wydział Gospodarczy Rejestrowy

Wysokość kapitału zakładowego: 200.000 zł

Biuro reklamy

Menedżer projektu:

Agnieszka Zduńczyk

tel.: 660 404 122,

e-mail: azdunczyk@wip.pl



**ANNA
RUBINKOWSKA**

redaktor prowadzący

Drogi Czytelniku!

Od 1 stycznia 2015 r. zaczną obowiązywać tzw. pakiety onkologiczny i kolejkowy. Ten pierwszy wiąże się przede wszystkim ze zniesieniem limitów na leczenie, ale tylko i wyłącznie wtedy, gdy zostaną dotrzymane odpowiednie terminy diagnozy i leczenia pacjenta. Drugi to pakiet zmian dotyczący czasu oczekiwania na wizytę u innych specjalistów, który m.in. za sprawą elektronicznych kolejek powinien zdecydowanie się skrócić. W tym obszarze nastąpią również zmiany dotyczące wypisywania recept – będzie można je wystawić na 12 miesięcy i wydać osobie np. z rodziny, a nie – jak dotychczas – osobiście pacjentowi. Istotną dla placówek nowością będą także mapy zapotrzebowania zdrowotnego oraz wyprowadzenie wyceny procedur z NFZ do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Jakie szanse, a zarazem zagrożenia, niosą za sobą zmiany w systemie ochrony zdrowia? Więcej na ten temat piszemy w Temacie numeru na str. 10.

W polityce zdrowotnej naszego kraju na próżno doszukiwać się strategii, w której medycyna geriatryczna uznawana jest za jeden z priorytetów. Mimo że specjalizacja z geriatрії nie jest rentowna, a poziom finansowania przez NFZ jest niepewny, dyrektorzy szpitali w podejmowaniu decyzji o inwestowaniu w geriatricę kierują się nie tylko przyszłym potencjalnym kontraktem z NFZ, ale także innymi źródłami przychodów zewnętrznych. Przykład takiego postępowania prezentujemy w Dobrych praktykach na str. 39. Żeby sprostać oczekiwaniom seniorów i ich rodzin, sieć szpitali i przychodni EMC Instytut Medyczny zawiązała z miastem Katowice spółkę EMC Silesia, która od 2009 roku prowadzi jedyny w Polsce Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II. Grupa EMC inwestuje, bo nadrzędnym celem spółki jest poprawa jakości i dostępności opieki nad seniorami, a także zwiększenie dostępności do nowych technik oraz sprzętu do rehabilitacji i innych usprawnień osób starszych.

Przy okazji zachęcam do skorzystania z nowej, bezpłatnej usługi dla naszych prenumeratorów – dyżuru telefonicznego. Kolejny odbędzie się już 26 września w godz. 11.00–13.00. Tematyka to VAT w ochronie zdrowia. Na pytania pod nr. tel. 22 3180762 będzie odpowiadać Anna Welsyng, radca prawny i doradca podatkowy.

Życzę udanej lektury

Anna Rubinkowska

KONSULTACJA MERYTORYCZNA



RENATA MARIA JAŹDŹ-ZALESKA, ekspert w zakresie przekształceń w ochronie zdrowia, pomysłodawczyni, inicjatorka i prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych

NASI EKSPERCI

Janusz Ałtachowicz – wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ

Janusz Burkot – prawnik, ekspert ds. zamówień publicznych

Małgorzata i Maciej Capikowie – eksperci z zakresu ubezpieczeń

Michał Culepa – prawnik, specjalista z zakresu prawa pracy

Jarosław Rosłon – dyrektor Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie

Wojciech Szeffe – aplikant radcowski, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED

Łukasz Siudak – prawnik specjalizujący się w prawie cywilnym, administracyjnym i gospodarczym

Anna Zubkowska – adwokat, specjalista z zakresu prawa procesowego

Pełna lista ekspertów dostępna na www.serwisoz.pl

KRÓTSZE KOLEJKI OD STYCZNIA 2015 ROKU

Nowelizacje trzech ustaw: o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, o zawodzie pielęgniarki i położnej, o konsultantach w ochronie zdrowia, przeszły już ścieżkę legislacyjną w Sejmie i Senacie. Zmiany mają przyczynić się do poprawy dostępu do lekarzy specjalistów, a szczególnie opieką zostaną otoczeni pacjenci onkologiczni. To realizacja zapowiedzi rządu skrócenia kolejek do lekarzy.

osoba ponosząca odpowiedzialność za system ochrony zdrowia będzie miał na niego większy wpływ. Główne warunki kontraktowania, warunki konkursowe określone będą w resorcie zdrowia, natomiast prezesa NFZ oraz dyrektorów oddziałów woje-

Nowe przepisy zakładają zniesienie limitów w onkologii, ale tylko tam, gdzie dotrzymane będą terminy diagnostyki i leczenia oraz zapewniona będzie ich odpowiednia jakość. Pacjent z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu otrzyma Kartę Pacjenta Onkologicznego, która będzie uprawniała do szybkiej diagnostyki i wizyt u specjalistów bez skierowania. Pacjent będzie miał też przydzielonego koordynatora leczenia. Taką kartę będzie mógł wydać lekarz rodzinny, jeśli stwierdzi podejrzenie choroby nowotworowej, lub lekarz specjalista, jeżeli taką chorobę nowotworową potwierdzi. Zmiany zaproponowane w tzw. pakiecie kolejkowym mają na celu lepszy dostęp do lekarzy specjalistów. Świadczeniodawcy będą co tydzień przekazywać do NFZ informację o pierwszym wolnym terminie, w którym dane świadczenie może zostać udzielone. Będą także mieli obowiązek prowadzenia list oczekujących w formie elektronicznej. Zostanie również wydłużony do dwunastu miesięcy czas, na jaki można wypisać receptę. Receptę będzie mógł odebrać ktoś inny niż osoba, dla której jest ona wypisywana. Pielęgniarki z tytułem magistra będą mogły ordynować określone leki, zaś z tytułem licencjata – wypisywać kontynuację recept na zlecenie lekarza. Mają zyskać także prawo zlecenia pewnych badań diagnostycznych. Zmiany nastąpią również w wycenie

Minister zdrowia jako ponoszący odpowiedzialność za system ochrony zdrowia będzie miał na niego większy wpływ.

świadczeń medycznych – tym obszarem zajmie się Agencja Oceny Technologii Medycznych. Zmienia się też relacje między NFZ a Ministerstwem Zdrowia – minister zdrowia jako

wódkich będzie powoływał i odwoływał minister zdrowia. Więcej na ten temat piszemy w Temacie numeru na stronie 10. Tam również można znaleźć więcej komentarzy ekspertów. ■

KOMENTARZ EKSPERTA



BARTOSZ ARŁUKOWICZ
minister zdrowia

ZMIANY CHCEMY PRZEPROWADZIĆ SPRAWNIE

Chcemy, żeby zmiany weszły w życie od 1 stycznia 2015 r. Zależy nam, aby przygotować je tak, żeby pacjenci, wiedząc, że system całkowicie się zmienia, nie znaleźli się w sytuacji, w której nie będą wiedzieli, co mają zrobić. Planujemy szeroką akcję informacyjną – dla pacjentów, ale także dla lekarzy. Chcemy również premiiować lekarzy rodzinnych – dostaną więcej środków finansowych, jeżeli ich czujność onkologiczna będzie rosła. Im lepszą rozpoznawalność w przypadku podejrzeń nowotworu będzie miał dany lekarz rodzinny, tym więcej środków finansowych uzyska, czyli tym lepsze będzie premiowanie finansowe. Nikt nie zamierza karać lekarza rodzinnego. Jeśli lekarz rodzinny przekroczy wskaźnik rozpoznawania, zejdzie poniżej poziomu 1:15, czyli na piętnaście podejrzeń choroby nowotworowej żadne z nich się nie potwierdzi, będzie musiał przejść szkolenie onkologiczne. Jest to naturalne, dlatego że każdy lekarz musi być skuteczny w tym, co robi.

RUSZYŁ NABÓR DO TRZECIEGO PROGRAMU ZDROWIE UE

Poprawa zdrowia obywateli UE oraz zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej na terenie państw unijnych – projekty o takiej tematyce można już zgłaszać do Trzeciego Programu UE Zdrowie na lata 2014–2020. Pierwszy nabór trwa do 25 września.

Komisja Europejska ogłosiła konkursy w ramach Trzeciego Programu UE Zdrowie. Dotyczą one trzech priorytetów.

Priorytet 1. Promoting health, preventing diseases and fostering supportive environments for healthy lifestyles taking into account the „health in all policies” (Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i wsparcie środowisk sprzyjających zdrowemu stylowi życia biorąc pod uwagę „zdrowie we wszystkich politykach”) – w tym przypadku możliwe jest ubieganie się o wsparcie w ramach działań: Innovation to prevent and manage chronic diseases, diabetes, cardiovascular... („Innowacje w zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych, cukrzycy, serca...”), Promoting early diagnosis and screening of preventable chronic diseases („Promocja wczesnej diagnostyki i badania przesiewowe chorób przewlekłych, którym można zapobiegać”) oraz Innovative approaches to promote the Professional reintegration of people with chronic diseases („Innowacyjne podejście do promocji

reintegracji zawodowej osób chorych przewlekle”).

W ramach priorytetu 2 Protecting Union citizens from serious cross-border health threats („Ochrona obywateli UE przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami dla zdrowia”) nazwy działań podane zostaną w przyszłym roku, bo w 2014 roku nie przewidziano naboru projektów. Priorytet 3. Contributing to innovative, efficient and sustainable health systems („Wsparcie innowacyjnych, elastycznych i stabilnych systemów zdrowotnych”) umożliwia ubieganie się o wsparcie w ramach działań: Support in areas related to adherence, frailty, integrated care and multi-chronic conditions („Wsparcie w obszarach dotyczących ułomności, przystosowania się, zintegrowanej opieki w stanach przewlekłych”), Financial support for statistical data in the area of medicinal product pricing in Member States („Wsparcie finansowe dla danych statystycznych w zakresie cen produktów leczniczych w krajach członkowskich”) oraz Towards a sustainable

health monitoring and reporting system („W kierunku stabilnych systemów monitoringu i raportowania o zdrowiu”).

Priorytet 4. Facilitating Access to better and safer Healthcare for Union citizens („Ułatwienie obywatelom Unii dostępu do lepszej i bardziej bezpiecznej opieki zdrowotnej”) to szansa na ubieganie się o wsparcie w ramach jednego działania: Healthcare associated infection in long-term care („Zakażenia związane z opieką zdrowotną w opiece długoterminowej”).

Konieczne korzyści z projektu dla obywateli UE

O dotacje mogą ubiegać się m.in. placówki ochrony zdrowia, ale także instytuty badawcze oraz organizacje pozarządowe. Wysokość dofinansowania UE wyniesie 60% kosztów kwalifikowalnych projektu, natomiast pozostałe 40% musi zostać sfinansowane przez partnerów projektu. Jeżeli wniosek zostanie oceniony przez ekspertów wyjątkowo wysoko – ze względu na imponującą europejską wartość dodaną – wkład własny UE może wynieść 80% kosztów kwalifikowalnych. Wartość dodana UE to zapewnienie, że korzyści z realizacji projektu we wszystkich krajach UE będzie większa niż suma wszystkich potencjalnych oczekiwanych rezultatów na poziomach krajowych wybranych państw, których instytucje biorą udział w konkretnym projekcie.

Terminy

We wszystkich działaniach, w ramach trzech priorytetów, w których ogłoszono konkursy, aplikacje można składać do 25 września br. Wnioski muszą być składane we współpracy instytucji ochrony zdrowia z minimum trzech różnych krajów UE. ■

GDZIE SKŁADAĆ WNIOSKI

Wnioski o dotacje składane są jedynie przez system elektroniczny. Żeby stworzyć propozycję projektu i przesłać go do Komisji Europejskiej, trzeba wejść na stronę: <https://ec.europa.eu/research/participants/portal/desktop/en/opportunities/index.html>.

Po wyborze zakładki „3rd Health Programme” należy kliknąć na „Call for proposals for projects 2014”. Tu można znaleźć wszelkie zasady i informacje niezbędne do przygotowania wniosku o dofinansowanie.

Magdalena Pokrzycka-Walczak

Ostatni dzwonek na porządkowanie systemu

Trzeba wprowadzić nowy, spójny system opieki zdrowotnej, gdyż istniejący jest oparty na wewnętrznie sprzecznych zasadach, jednak wolny rynek w opiece zdrowotnej nowoczesnego, opiekuńczego państwa to nieporozumienie.

Wywiad z **DR. HAB. MACIEJEM KOWALCZYKIEM**, dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

Jak kieruje się publicznym, dziecięcym i na dodatek klinicznym szpitalem w czasach komercjalizacji ochrony zdrowia?

Z teoretycznego punktu widzenia takim szpitalem zarządzać się nie da, ponieważ ustawodawca nie szanuje podstawowych praw ekonomicznych. Koszty mamy rynkowe. Ceny leków, sprzętu, wszystkie media, płaca ludzi to koszty podlegające grze rynkowej, przychody zaś praktycznie są „budżetowe”, bo nie mamy prawie żadnego wpływu na to, jaką stawkę otrzymamy od płatnika.

Bez przesady. Przecież każdy kontrakt poprzedzają negocjacje...

Które w istocie są fikcją. Wycena świadczeń jest odgórnie narzucona i nie odpowiada kosztom realnym. Ten problem jest szczególnie widoczny w wysokospecjalistycznym lecznictwie pediatrycznym.

Można jednak dyskutować o wysokości kontraktu. Przeciętny dyrektor przeciętnej fabryki, gdyby zgodził się na nierealny kontrakt, straciłby stanowisko. Dyrektorzy polskich szpitali podpisują kontrakty niedoszacowane, o których z góry wiedzą, że pieniędzy nie wystarczy. Liczą na cud i nadwykonania?

To prawda, ale czy mamy wobec tego zaprzestać leczenia? Potencjał naszego szpitala jest wysoki, staramy się wynegocjować odpowiednio duży kontrakt, odpowiadający przewidywanemu napływowi pacjentów, ponieważ jako „szpital ostatniej szansy” musimy przyjąć każdego chorego. Kontrakt, który pokrywa wszystkie wykonane przez nas świadczenia, to podstawowy warunek prawidłowej sytuacji finansowej szpitala, ale niestety niejedyny. Drugim jest

adekwatność ceny świadczenia do ponoszonych kosztów, a w przypadku szpitala klinicznego koszty są w większości wyższe niż arbitralnie ustalone ceny świadczeń. Dodatkowo szpital kliniczny to koszty nauczania studentów we wszystkich zawodach medycznych i część kosztów badań naukowych, które pokrywane są jedynie w minimalnym stopniu z finansów uczelni, która na ten cel nie dostaje dostatecznych środków. To prawda, że asystenci „naukowo-dydaktyczni” otrzymują wynagrodzenie z uniwersytetu, ale z nauczaniem wiążą się i inne nakłady. Rocznie przewijają się przez szpital tysiące studentów. Jest kwestia sprzątnia, utrzymania sal, koszty drobnego sprzętu, odzieży roboczej itp. Nie wolno również zapominać, że szpital kliniczny jest wysokospecjalistyczną jednostką, gdzie

wykonuje się najtrudniejsze procedury diagnostyczne i lecznicze. Wprowadza do praktyki najnowsze osiągnięcia medycyny światowej. To również kosztuje. Z kolei w leczeniu schorzeń podstawowych szpital kliniczny – ze względów dydaktycznych i naukowych – jest zobowiązany w większości przypadków do stosowania pogłębianego postępowania diagnostycznego. Student musi nauczyć się zwracać uwagę nawet na dyskretne sygnały, mogące świadczyć o chorobie innej niż schorzenie zasadnicze, z którym pacjent do nas trafił. Żeby za rok nie okazało się, że nasz chory wrócił z powodu przeoczonej przez nas choroby.

Kontrakt NFZ to niestety niejedyny warunek prawidłowej sytuacji finansowej szpitala.

Chce Pan powiedzieć, że podchodzie do pacjenta holistycznie? Jakim cudem, jeśli NFZ płaci za jedną chorobę?

Rzeczywiście cudem. Noblesse oblige, a więc z tego szpitala nie może wyjść pacjent niewyleczony, nawet jeśli NFZ zapłaci tylko za jedną z jego wielu chorób. Nie ma niestety logicznej wyceny procedur, a dodatkowo kompleksowe świadczenia nie mogą się wszystkie sumować. Niedoszacowanie procedur powoduje, że leczenie dzieci jest znacznie droższe niż leczenie dorosłych. Tę wiedzę staram się propagować od dawna i ciągle odbijam się od ściany. W oddziałach pediatrycznych zgodnie z przepisami musi być dwa razy więcej pielęgniarek. U nas koszt zatrudnienia

pielęgniarek wynosi ponad 40 mln zł rocznie – o połowę więcej niż w równorzędnym szpitalu dla dorosłych. Już to sprawia, że nasze całkowite koszty są 10–15% wyższe od kosztów analogicznego szpitala dla dorosłych. Poza tym wszystkie materiały medyczne dla dzieci są droższe, np. elektroda do EKG dla noworodka kosztuje 20 zł, dla dorosłego 80 gr. Rachunek jest więc prosty, ale płatnik tego nie chce widzieć.

Co Was najbardziej zadłuża?

Onkologia, hematologia, większość specjalności chirurgicznych (poza ortopedią i neurochirurgią), anestezjologia i intensywna tera-

pia, szpitalny oddział ratunkowy, lecznictwo ambulatoryjne praktycznie we wszystkich specjalnościach.

Jak zatem reagujecie na taki stan rzeczy?

Niemal od początku tzw. reformy systemu opieki zdrowotnej walczymy o właściwą wycenę świadczeń pediatrycznych oraz pokrycie kosztów, jakie szpital kliniczny musi dodatkowo ponosić. Jako prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych razem z moimi kolegami dyrektorami szpitali klinicznych i instytutów wielokrotnie apelowaliśmy do kolejnych ministrów zdrowia i prezesów NFZ oraz odbywaliśmy masę spotkań z decydentami,

informując i przedstawiając niezbite dowody na niedoszacowanie świadczeń pediatrycznych. Niestety zmiany są powolne i nie mają charakteru systemowego. Nastąpiła poprawa wyceny schorzeń noworodka, świadczeń kardiologicznych, niektórych podstawowych świadczeń pediatrycznych. Nie uległy jednak zmianie świadczenia, które wysokospecjalistyczny szpital dziecięcy rozlicza z tych samych katalogów, z jakich korzysta „dorosła medycyna”. A w przypadku naszego szpitala dotyczy to 50% pacjentów. Olbrzymie kłopoty Centrum Zdrowia Dziecka w 2012 roku skłoniły mnie do ponownego zabrania głosu w sprawie złej wyceny procedur pediatrycznych; skierowałem pisma do wszystkich decydentów, od premiera przez ministra zdrowia, prezesa NFZ, parlamentarzystów, po Rzecznika Praw Dziecka i Rzecznika Praw Pacjenta. Skutek był. Rozpoczęły się w centrali NFZ spotkania i prace nad tym problemem, ale ich częstotliwość systematycznie malała, a dotychczasowy efekt nielicznych przeszacowań jest bardzo daleki od zadowalającego. Ciągle jednak nie tracimy nadziei.

A co z pokryciem innych kosztów związanych z dydaktyką i badaniami naukowymi w szpitalu klinicznym?

Jako dyrektorzy szpitali klinicznych dążyliśmy do rozwiązania tego problemu na gruncie prawnym. Uczestniczyliśmy w pracach zespołów przygotowujących ustawę o szpitalach klinicznych, w której wprowadzaliśmy mechanizm finansowania tych zadań. Były w tym zakresie chyba trzy

”

Niedoszacowanie procedur powoduje, że leczenie dzieci jest znacznie droższe niż leczenie dorosłych. Dlatego walczymy o właściwą wycenę świadczeń pediatrycznych.



MACIEJ KOWALCZYK

doktor habilitowany nauk medycznych, specjalista pediatra. Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie. Doświadczenie zawodowe zdobywał w Klinikach i Zakładach Instytutu Pediatrii Akademii Medycznej w Krakowie (dziś Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie) oraz podczas szkoleń w USA i Kanadzie. Od 1976 roku kierownik Pracowni Medycyny Nuklearnej, od 1999 roku zastępca dyrektora, a od 2000 roku dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych (trzecia kadencja od 2006 roku). Od lat współpracuje z Fundacją TVN „Nie jesteś sam” oraz innymi organizacjami działającymi na rzecz chorych dzieci. Od 2005 roku regent International Association for Humanitarian Medicine (IAHM), działającej przy WHO. W czerwcu 2014 roku nagrodzony przez Fundację Project HOPE w kategorii Global Health Partner.

podejścia w dużym odstępie czasu, niestety niezakończone sukcesem. A przecież warunkiem prawidłowego działania szpitala klinicznego jest dopływ środków niezbędnych do realizacji postawionych zadań. Bez spełnienia tego warunku szpitale kliniczne zostaną zdystansowane przez szpitale, które leczą prostsze przypadki, mają mniejsze koszty lub są zasilane finansowo przez swoje organy założycielskie.

Pozostają nadwykonania. O ile mi wiadomo, w większości szpitali nierespektowane przez płatnika?

My akurat nie mieliśmy do tej pory z tym wielkiego problemu. W Krakowie NFZ ze zrozumieniem podchodził do dziecięcego szpitala klinicznego. W większości przypadków udawało nam się uzyskać zapłatę za nadwykonania, może nie stuprocentową, ale

zawsze. Bardzo się jednak boimy, jak będzie w tym roku. Brak zapłaty za nadwykonania może doprowadzić do zapaści finansowej.

Czy szpital jest zadłużony?

Niestety tak. Nie plasujemy się co prawda w czołówce zadłużonych szpitali, ale sytuacja już jest niebezpieczna. Mamy ogromne trudności w regulowaniu zobowiązań i tym samym problemy