

Październik to tradycyjnie miesiąc oszczędzania. Tak przynajmniej bywało w czasach, kiedy królowały jedynie słuszne idee oraz istniał praktycznie jeden bank, do którego wpłat można było dokonywać na pocztę, choć to nie był „bank pocztowy”. Dziś nadal idea oszczędzania jest żywa, a przynajmniej w niektórych instytucjach naszego państwa. Jedną z nich jest „państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną”, czyli nasz „ulubiony” Narodowy Fundusz Zdrowia. Oszczędzanie funduszu ma wiele twarzy, inną w momencie, gdy ogłasza on nowy konkurs, inną, gdy „negocjuje” cenę i liczbę świadczeń ze świadczeniodawcami mającymi wieloletnie umowy. Tak się jakoś ostatnio składa, że fundusz, ilekroć ma zaproponować stawkę na nowy rok, bez względu na swoje przychody zawsze proponuje tylko to, co musi, czyli stawkę nie niższą niż w roku bieżącym, no i oczywiście tylko tym, którzy spełniają wszystkie, nawet najabsurdalniejsze wymagania. Tym, którzy mają jakieś braki, nawet jeżeli nie mają one absolutnie wpływu na wykonywanie świadczeń, fundusz oferuje, w terminie późniejszym, „możliwość” zawarcia umowy, ale oczywiście już za niższą cenę, choć praca ma być wykonana taka sama. I nie ma znaczenia, że na danym terenie nie ma żadnego świadczeniodawcy i pacjenci są pozbawieni dostępu do tego rodzaju świadczeń. NFZ to nie obchodzi, ponieważ nikt nie egzekwuje od niego tego, czy zapewnił opiekę opłacaną z funduszy publicznych na jakimś terenie. Ba, jeśli nie zapewni, to nawet jest zadowolony, bo zaoszczędził. Nieco śmieszniej jest podczas „negocjowania” warunków umowy w wypadku umów wieloletnich. Tu fundusz nawet nie zachowuje pozorów, że negocjuje, jak mu nakazują przepisy prawa. Świadczeniodawca (tu na przykładzie AOS) otrzymuje bowiem propozycję „ostateczną”, niepodlegającą negocjacji. Przy czym „ostateczność” propozycji jest jednostronna. Przyjąć ją musi świadczeniodawca. NFZ zastrzega sobie prawo jej zmiany – czytaj: obniżenia – z wielu przyczyn, w tym „najśmieszniejszej”, gdy fundusz przeznaczy na dany dział mniej pieniędzy, niż wcześniej planował. Przy wyznaczaniu liczby świadczeń i stawki na nowy rok NFZ stosuje przy tym dość ciekawą zasadę. Otóż



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

propozycja liczby opiera się na „wykonaniu” pierwszego półrocza mijającego roku. Nie ma znaczenia sezonowość świadczeń ani inne czynniki. Po prostu – ile wykonałeś w pierwszym półroczu, tyle dostaniesz na nowy rok (a właściwie to na I półrocze, ponieważ NFZ po raz kolejny planuje wprowadzenie Jednorodnych Grup Pacjentów od II półrocza 2011 r.). Przy czym jest haczyk. Otóż jeśli miałeś w I półroczu „nadwykonanie”, dostaniesz tylko tyle, ile miałeś w bieżącym kontrakcie. Jeśli natomiast nie wykonałeś planu (nawet w wypadku pojedynczych punktów), dostaniesz tylko tyle, ile faktycznie wykonałeś. Sezonowość, konieczność, zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń przez cały rok nie mają żadnego znaczenia, ponieważ za „nadwykonania” w skali roku NFZ nie płaci. O, przepraszam, fundusz zaproponował świadczeniodawcom „dobrowolne ugody pozasądowe” dotyczące świadczeń w 2009 r. (bądź w jego drugiej połowie – w wypadku AOS), jednakże na paskarskich zasadach (od 30 do 10 proc. ceny w zależności od „procentu” nadwykonania). Gwoli ścisłości muszę dodać, że świadczenia „ratujące życie” (i parę innych o podobnym charakterze) mają być opłacone w 100 proc. I tak fundusz okazał się „ludzkim paniskiem”, bo przecież mógł nic nie zapłacić i czekać na ewentualne pozwy sądowe. Aneksowanie umów wieloletnich ma jeszcze jeden „urok”. Otóż świadczeniodawca musi wypełniać w odpowiednim programie ankietę aktualizacyjną. I nie ma znaczenia, że wszystkie dane są takie same jak w momencie „konkursu ofert”. Tę nikomu niepotrzebną pracę trzeba wykonać. Nie można, po prostu, napisać

oświadczenia, że nic się nie zmieniło. Szczególnie absurdalne są te ankiety w odniesieniu do indywidualnych praktyk lekarskich. Żeby było jeszcze śmieszniej, ten obowiązek nie wynika z przepisów prawa. Jest to kolejne widzimisię funduszu, wykorzystywanie pozycji monopolisty (choć, jak znam fundusz, to poda bardzo pokrętnie uzasadnienie). I na koniec „ciekawostka”. W tym roku aneks dotyczący liczby świadczeń i ich ceny należało podpisać i dostarczyć funduszowi do 20 października, a dokumentację aktualizacyjną w wersji elektronicznej i papierowej – uwaga – do 15 października. Dla niewtajemniczonych małe wyjaśnienie. Dokumentacja aktualizacyjna musi zawierać dane liczbowe z aneksu, który „teoretycznie” można zaakceptować pięć dni później. Absurd?! Nie dla funduszu!



Jak fundusz podchodzi do wyroków sądowych, najlepiej świadczy komunikat zamieszczony 22 października na stronie WOW NFZ, a zatytułowany niepozornie „Komunikat dotyczący rozstrzygnięcia postępowania odwoławczego – decyzja 37/2010”. Zainteresowanym polecam lekturę, ale przybliżę jego treść. Komunikat dotyczy rozstrzygnięcia postępowania na lata 2008–2010. Otóż jedna z firm odwołała się od jego wyniku, zarzucając NFZ, że ten preferując firmy mające wcześniej kontrakt, dyskryminuje nowe podmioty. NFZ najpierw ręką dyrektora WOW NFZ, a potem samego prezesa, odrzucił odwołanie, posługując się znaną formułą o uzyskaniu niższej punktacji w wypadku do podmiotu, który uzyskał kontrakt.



W efekcie sprawa trafiła do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który uchylił decyzję NFZ, zarzucając jej złamanie zasad równego traktowania podmiotów. W rezultacie tego orzeczenia NFZ (znów dwuinstancyjnie) podtrzymał swoją decyzję, a ta ponownie została uchylona przez WSA w Warszawie. Efektem drugiego wyroku jest wspomniany komunikat, w którym WOW NFZ znów podtrzymuje swoją decyzję, uzasadniając ją (w skrócie) tym, że nawet gdyby pominąć kryterium ciągłości, to także podmiot skarżący nie otrzymałby kontraktu, gdyż przegrał w kryterium „cena”. Fakt, dostał za nie niższą ocenę, ale jak Państwo, pamiętacie, swego czasu analizowaliśmy w *Biuletynie WIL* to kryterium i udowodniliśmy, że najwyższą ocenę otrzymałby ktoś, kto zaproponowałby najniższą cenę i to w dodatku niższą od tzw. ceny oczekiwanej przez NFZ. Ponieważ proponując „cenę oczekiwaną”, można było dostać tylko połowę możliwych punktów (to i tak był postęp, bo jeszcze wcześniej maksimum punktów mógł otrzymać ktoś, kto zgodziłby się pracować za darmo!). Natomiast to, czy za zaproponowaną cenę można utrzymać właściwą jakość świadczenia, ani NFZ, ani nikogo innego nie interesuje. Mimo że 31 grudnia kończy się okres, na który miała obowiązywać umowa, sprawa nie jest jeszcze zakończona, bo przecież od decyzji dyrektora WOW NFZ przysługuje odwołanie do prezesa NFZ, a później (zapewne) ponownie do sądu. A czas sobie płynie...



Zmieńmy temat. 16 października odbyło się dyplomatorium Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Tak się złożyło, że dyplomy otrzymało kilka osób z mojej rodziny, w tym moja bratanica, Katarzyna. Podczas uroczystego obiadu poprosiłem ją o pokazanie dyplomu (wiadomo: słowa słowami, a co papier, to papier). Muszę przyznać, że otrzymawszy go, doznałem szoku. Pierwszym powodem był jego kolor – jakiś ponury brąz – nijak nie kojarzący się z ochroną zdrowia. Ale tym, co wprawiło mnie wręcz w osłupienie, był napis wytloczony na okładce: „Dyplom ukończenia jednolitych studiów magisterskich” (sic!). Nie lepiej było w środku, choć tam już szok był mniejszy, bo choć studia były „ukończone w formie stacjonarnej” – jakby była możliwa jakaś inna! – to przynajmniej widniał „tytuł zawodowy” – „lekarz”. W tym momencie przypomniałem sobie swój dyplom. Wyglądał nieco inaczej i różnica nie polegała tylko na kolorze (na marginesie – był niebieski). Choć wydała go „gorsza” Akademia Medyczna w Poznaniu (jeszcze bez patrona w przypisie), to na okładce widniało proste i dumne: „Dyplom lekarza”. W środku też jakby inaczej: „po odbyciu studiów na wydziale lekarskim” – bez zaznaczenia w jakiej „formie”, bo to przecież „oczywista oczywistość”. A dalej, może to i drobiazg, ale jakże znaczący: „po złożeniu przepisanych egzaminów (...) uzyskał tytuł lekarza, stanowiący dowód ukończenia szkoły

wyższej i uprawniający do ubiegania się o stopień naukowy doktora oraz o prawo wykonywania zawodu”. Ktoś powie: przecież to w zasadzie to samo! Jestem wręcz pewny, że Uniwersytet Medyczny, ustosunkowując się do sprawy, stwierdzi, że takie jest prawo. Być może i jest. Ale przyznają Państwo, że mój dyplom jest bardziej zindywidualizowany, podkreślający wyjątkowość naszego zawodu. A obecny jest efektem, że użyję rusycyzmu, „urawniłowki”. Nie wiem, w którym miejscu popełniono błąd, kiedy „komuś” nie zależało lub „ktoś” postanowił pozbawić lekarzy wyróżnika, ale jest to najwyraźniej część większej całości, w której od lat próbuje się lekarzy pozbawić resztek odrębności (vide: bezczelna wypowiedź wiceministra Twardowskiego – wstyd powiedzieć – lekarza). Jednakże dziwię się, że władze Uniwersytetu Medycznego nic z tym nie robią, a można by sporo, bowiem w naszych rodzinnych archiwach są dyplomy mojego ojca, który kończył w ciemnych czasach stalinizmu jeszcze Uniwersytet Poznański, czy mojego stryja, który ukończył (jeszcze przed II wojną światową) Uniwersytet Warszawski, nie wspominając o dziadku i pradziadku, którzy kończyli niemieckie uczelnie i ich dyplomy to były „prawdziwe” dyplomy. Dlatego mam propozycję, by wrócić do tradycji, choć być może trzeba będzie pokonać trochę przeciwnostw i oporu materii „władczej”. A powyżej dla porównania skany dyplomu mojego i mojej bratanicy, Katarzyny.