

SHORT CUTS

REAKTYWACJA



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

Zapewne pamiętają Państwo „prawo Kalego”. W czerwcowym numerze biuletynu przybliżyłem zasady jego stosowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Najwyraźniej obecnie mamy nowy rozdział stosowania tej reguły przez fundusz. Jak podała prasa Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ złożył do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (sic!) zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyk ograniczających konkurencję w zakresie świadczeń stomatologicznych. Dlaczego MOW NFZ tak uczynił? Otóż nie spodobało mu się to, że 200 członków Związku Lekarzy Dentystów Pracodawców Ochrony Zdrowia postanowiło wspólnie negocjować warunki kontraktu oraz to, że nie zgadzają się na zaproponowaną przez fundusz stawkę, tylko domagają się jej podwyższenia, kosztem liczby świadczeń. W przypadku nieuwzględnienia ich postulatów, członkowie związku mają nie podpisać kontraktów. Według funduszu takie postępowanie uderza w interes pacjentów, gdyż lekarze, co prawda, otrzymaliby więcej pieniędzy, ale fundusz zakontraktowałby mniej świadczeń, czyli ograniczyłby to dostęp pacjentów do stomatologa. A w przypadku fiaska negocjacji, groziłoby to „białymi plamami” w miejscach, gdzie jest wielu członków związku. Pozornie te argumenty wydają się być logiczne, jednakże fundusz najwyraźniej zapomina, że sam jednostronnie narzucając tzw. „cenę oczekiwaną” i traktując ją jako maksymalną oraz eliminując podmioty, które odważyły się zaproponować cenę wyższą od „oczekiwanej”, sam

nadużywa pozycji monopolistycznej. Jednakże, przynajmniej na razie, poza stwierdzeniem tego faktu, ORL w Krakowie nie zdecydowała się na „symetryczne” zgłoszenie tych praktyk MOW NFZ do UOKiK.



W tym roku fundusz jest już tak bezczelny i pewny swojej bezkarności, że dzień po dniu atakuje coraz to nową grupę lekarzy. Dzisiaj „zatakował” pracownię kardiologii inwazyjnej. NFZ nie podoba się, że powstaje coraz więcej tych placówek i to w dodatku często z dala od dużych ośrodków, w których (o zgrozo!) zdarza się po kilka takich pracowni. Dlaczego fundusz tak denerwuje liczbę placówek i brak prawnych podstaw, by ograniczyć ich rozwój? Odpowiedź jest prosta. O ile procedury „planowe”, fundusz może im ograniczyć, podpisując taki, czy inny kontrakt (lub nie podpisując go wcale), to w przypadku „zawału” serca musi zapłacić za każdą procedurę, także placówce bez kontraktu, gdyż są to procedury ratujące życie. A to go boli, zwłaszcza finansowo. Co prawda często próbuje wykazać, że ta czy inna procedura nie musiała być wykonana w trybie pilnym, ale z reguły stoi na przegranej pozycji i jedynie odwleka moment zapłaty. Niestety fundusz – dusigrosz nie zauważa, że dzięki wzrostowi dostępności do procedur kardiologii inwazyjnej, zwiększyła się liczba osób, którym udzielono pomocy w krótszym czasie, tym samym wielu ratując życie lub ograniczając ich ewentualne kalectwo. Interesuje go tylko

to, że musi wydać więcej pieniędzy. To, że z drugiej strony maleje liczba świadczeń rentowych, nie interesuje go, bo to przecież są pieniądze ZUS, a nie funduszu. Dlatego, jako remedium, na wzrastającą liczbę pracowników, rozważa zmniejszenie wyceny tych procedur, tak by przestały się opłacać. Ze swej strony proponuję, by w przypadku spełnienia „gróźb” funduszu, świadczeniodawcy, pacjenci składali zawiadomienie do prokuratury na prezesa funduszu, bądź dyrektora oddziału wojewódzkiego, o możliwości popełnienia przestępstwa narażenia obywateli na utratę zdrowia i życia.



Dwa poprzednie ścinki łączy, tak naprawdę, wspólny mianownik. Tym mianownikiem jest zupełny brak dbałości przez fundusz o jakość świadczeń. O przepraszam! Pozornie fundusz szermuje troską o jakość świadczeń, wymyślając coraz to nowe wymogi formalne, które musi spełnić świadczeniodawca, by podpisać kontrakt na świadczenie usług. Jednakże fundusz nie przyjmuje do wiadomości faktu, że jakość musi kosztować i poniżej pewnej ceny zaczyna się bylejałość. Na jakość bowiem oprócz odpowiednio wyposażonych lokali, nowoczesnego sprzętu, składają się także odpowiednio wyszkoleni i opłaceni fachowcy. A to, niestety, kosztuje i zazwyczaj więcej niż proponuje fundusz. Oczywiście NFZ w takim postępowaniu utwierdza fakt, że wiele publicznych placówek podpisuje kontrakty niezależnie od ich opłacalności. Dlaczego to czynią? Pytanie w zasadzie naiwne. Odpowiedź, pomimo pozornej różnorodności motywów jest jedna – bo muszą! W przypadku placówek niepublicznych, takiego przymusu w zasadzie nie ma i te próbują wynegocjować większe stawki, zabezpieczające jakość świadczonych usług. A ponieważ w pojedynkę są wobec molocha monopolisty praktycznie bez szans, to zrzeszają się i próbują negocjować wspólnie. Tego fundusz, pomimo całej swojej arogancji, nie może lekceważyć i stąd jego działania „odwetowe”. W przypadku małopolskich stomatologów – zgłoszenie do

UOKiK, w przypadku lekarzy zrzeszonych w Porozumieniu Zielonogórskim – akcja medialna postponująca lekarzy POZ. Nieco trudniej jest z pracownikami kardiologii inwazyjnej, gdyż duża ich część to placówki publiczne i ewentualne niepodpisanie kontraktu grozi, przynajmniej „serią bolesnych wyja-

śnień”, czy to wobec władz, czy to wobec tzw. opinii publicznej reprezentowanej przez dziennikarzy. Dlatego fundusz próbuje innej drogi, czyli zmniejszenia opłacalności procedury, poprzez niższą wycenę, mając nadzieję, że placówki publiczne pokryją deficyt, w taki czy inny sposób. A placów-

ki niepubliczne zrezygnują, gdy cena procedury nie pokryje kosztów. A to, że gorsza jakość świadczeń może się przełożyć na gorszą jakość życia pacjentów, funduszu najwyraźniej nie interesuje, bo liczy się dla niego tylko kasa (jak najmniejsza) i ilość zakontraktowanych usług (jak największa).