

Propozycje NFZ, czyli w poszukiwaniu oszczędności

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia zafundowała nam ofensywę legislacyjną. Częściowo jest to efekt ostatnich głośnych medialnie wpadek organizacyjnych ochrony zdrowia, po części efekt własnych przemyśleń centrali funduszu. Ktoś, kto obserwuje sprawę z boku, pomyśli: O proszę, jak szybko reaguje fundusz na nasze problemy. Fakt – reakcja jest szybka. Pojawia się tylko pytanie, czy sensowna. Niestety, dla funduszu odpowiedź jest przecząca. To, co zaproponowała centrala funduszu, jest tylko działaniem medialnym, które tak naprawdę niczego nie zmienia. W tym prezes funduszu jest nieodrodnym „synem”, o, przepraszam, „córką”, obecnego premiera, dla którego bardziej liczy się pozytywny PR („piar”, a nie Polskie Radio, czy też bliższe nam – choć odeszłe w niebyt – Pogotowie Ratunkowe – też ulegam nowomodzie, by być „trendy”, a nie tradycyjnie „sto lat za murzynami” – ups... znowu niezręczność) niż faktyczne rozwiązanie problemu. Dla tych, którzy jeszcze się nie domyślili, o czym piszę, wyjaśniam: chodzi o nowe zarządzenie prezesa NFZ w sprawie nocnej pomocy lekarskiej. Cóż, na papierze może to i dobrze wygląda. Niestety, w życiu... W życiu będzie jak dotychczas. Tylko skala fikcji będzie większa. No, ale tym już fundusz się nie przejmuje, zaproponował on bowiem rozwiązanie, które przynajmniej część placówek ochrony zdrowia, o, przepraszam (po raz kolejny) „świadczeniodawców”, zrealizuje, przynajmniej w sferze wirtualnej, czyli w materiałach konkursowych. To, że rozwiązanie jest niemożliwe do realizacji, to już nie jego problem. I do czasu, gdy fundusz nie będzie rozliczany za efektywność zapewnienia opieki osobom w nim (przymusowo) ubezpieczonym, a nie tylko za stwarzanie pozorów, nikt w funduszu nie będzie się tym przejmował, ponieważ tak jest taniej. Niestety, rozwiązania realnie poprawiające funkcjonowanie, tu nocnej pomocy lekarskiej, a tak w ogóle całej opieki nad pacjentami, mają jedną podstawową wadę – wymagają większej ilości pieniędzy. Wszelkie inne działania przypominają przelewanie z pustego w próżne lub nadzieje na to, że od samego mieszania herbata stanie się słodsza. Po tym przykładzie działań legislacyjnych, w efekcie których fundusz poczyni „ekstensywne” oszczędności, pora na propozycje zmian, które mają przynieść funduszowi „intensywne” oszczędności. Oczywiście, słuchając wypowiedzi czy to pracowników centrali funduszu, czy

SHORT CUTS

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



to rzecznika prasowego, na próżno szukać tam słowa „oszczędność” i w domyśle: to ma być sposób na załatanie dziury w budżecie NFZ. W oficjalnych tekstach pojawia się tylko troska o pacjenta, by ten mógł łatwiej, szybciej uzyskać pomoc poprzez jej przybliżenie do niego. Bowiem, nie jestem pewien, czy wszyscy to zauważyli, wspólnym mianownikiem tych propozycji jest właśnie „przybliżenie” pomocy specjalistycznej czy też zabiegów specjalistycznych do pacjenta. Szkopuł w tym, że to przybliżenie pozorne i tak naprawdę nie to jest celem tych działań funduszu. Prawdziwym celem są oszczędności. I tak w wypadku przeniesienia możliwości wykonania niektórych procedur zabiegowych ze szpitali do poradni planowane oszczędności to po prostu mniejsza zapłata za tę samą czynność. To, że często może być to tylko iluzoryczna możliwość, to już inna sprawa (a i temat na osobny tekst). Z kolei propozycja, by do okulistów i dermatologów wprowadzić skierowania, to już jest kuriozum. Oczywiście znowu nie wspomina się o oszczędnościach, tym razem łącznie środowisko lekarzy rodzinnych, a właściwie to osoby pełniące w nim oficjalne funkcje. Że „techtanie” było skuteczne, widać po wypowiedzi konsultanta krajowego. Niestety odczucia na pierwszej linii frontu są diametralnie różne od wrażeń konsultanta. Nie będę wnikał, czy lekarz rodzinny jest kompetentny i ma wyposażenie, by leczyć „zapalenie spojówek” – jak to raczyła beztrudno i bez znajomości rzeczy stwierdzić prezes NFZ, czy też zajmować się wysypkami, czy nie daj Boże infekcjami, którymi zazwyczaj zajmują się dermatolodzy. Problemem jest to, że już teraz lekarz rodzinny jest przeciążony pracą, a teraz lekką ręką prezes chce im dorzucić dodatkowej pracy papierowej, gdyż nawet zakładając, że „zapalenie spojówek” to nie problem, to jednak są rzeczy, którym lekarz rodzinny nie podoła i to nie z braku wiedzy, tylko z powodu braku niezbędnego wyposażenia wartego minimum kilkadziesiąt tysięcy złotych. I wtedy będzie musiał wystawić skierowanie, a to, niestety, wymaga czasu i pieniędzy (bowiem druk też kosztuje). No ale o tym najwyraźniej pomysłodawcy z NFZ i bezkrytyczni „szefowie” lekarzy rodzinnych zapomnieli.

Jak to w sprawozdaniach ładnie...

Być może przyczyna propozycji przejęcia niektórych zadań okulistów i dermatologów przez lekarzy rodzinnych leży w beztrudności tych pierwszych, tj. okulistów i dermatologów, którzy niezbyt przykładają się do sprawozdawczości. Ci z państwa, którzy mają kontrakty z NFZ, pamiętajcie zapewne komunikat, który zamieścił Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu pod koniec marca, a w którym przypominał zasady wykonywania świadczeń i sprawozdawczości w ramach comiesięcznych raportów. I być może na podstawie tychże raportów centrala funduszu wyrobiła sobie fałszywy obraz tego, czym się ci specjaliści zajmują. A od wyobrażenia do pochopnych decyzji droga krótka. Ponieważ pozwoliłem sobie wyrazić zastrzeżenia merytoryczne co do treści wspomnianego wcześniej komunikatu, ze szczególnym uwzględnieniem zakazu stosowania rozdziałów klasyfikacji ICD10 z rozpoznaniami zaczynającymi się na R i Z, otrzymałem odpowiedź z WOW NFZ, w której przedstawił motywacje leżące u podstaw tego komunikatu. Efektem (nie tylko zresztą moich rozmów z funduszem) była nowa wersja komunikatu, w której poprawiono ewidentne błędy oraz dodano listę „dopuszczalnych wg WOW NFZ” rozpoznań zaczynających się na R i Z. Ponieważ ten nowy komunikat nie do końca rozwił moje wątpliwości co do legalności interpretacji funduszu, w tej nowej wersji komunikatu, odbyłem jeszcze długą rozmowę z dr. Pawłem Lisikiem, kierownikiem sekcji ds. jednorodnych grup pacjentów, który wyjaśnił mi filozofię leżącą u podstaw takiej, a nie innej interpretacji stosowania bądź nie tych grup kodów. W trakcie tej rozmowy zaproponowałem dr. Lisikowi wyjaśnienie na naszych łamach, w bardziej przystępnej formie niż suchy, oficjalny komunikat, tego, o co chodzi WOW NFZ w sprawozdawczości oraz do czego, poza comiesięcznym rozliczaniem świadczeń, służy, a także dlaczego lekarze powinni zwracać baczniejszą uwagę, jakich kodów używają. Czy z tego zaproszenia skorzysta, tego nie wiem, gdyż to nie tylko od niego zależy, ale wydaje mi się, że korzyść byłaby obopólna.

Czyżby?

We wspomnianym komunikacie WOW NFZ, w części interpretacyjnej, zamieszczono następujące stanowisko :

„Nie podlega rozliczeniu porada polegająca wyłącznie na zleceniu badań lub dostarczeniu ich wyników, lub na wypisaniu recept, bez udokumentowanego badania podmiotowego i przedmiotowego oraz bez podjęcia obu decyzji: terapeutycznej i diagnostycznej, ponieważ taka porada nie jest zrealizowanym w pełnym zakresie świadczeniem gwarantowanym AOS podlegającym finansowaniu ze środków publicznych”.

Podobnie sprawa jest przedstawiona w odpowiedzi WOW NFZ na moje wątpliwości.

Jest truizmem stwierdzenie, że świadczenie polegające wyłącznie na zleceniu badań lub dołączeniu ich wyników lub wystawieniu recepty nie jest świadczeniem gwarantowanym AOS. Wystawienie recepty jest wprawdzie elementem decyzji terapeutycznej, ale nie może podlegać rozliczeniu, jako pełne świadczenie specjalistyczne, bez decyzji diagnostycznej podjętej na podstawie badania podmiotowego i/lub przedmiotowego świadczeniobiorcy. Tym bar-

dziej, że § 14, ust. 2 zarządzenia prezesa NFZ stanowi m.in.: „Świadczenie specjalistyczne kompleksowe lub świadczenie specjalistyczne podlega rozliczeniu po podjętej decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy, wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń”.

O ile o świadczeniach polegających wyłącznie na zleceniu badań lub dołączeniu wyników badań, które nie mogą być rozliczone jako świadczenie specjalistyczne (nawet 1 typu), mówi wprost zarządzenie prezesa NFZ (wspomniany tu §14 ust. 2), o tyle to, że do tej grupy zalicza się świadczenie polegające tylko na wystawieniu recepty, jest już tylko radosną twórczością funduszu i nadinterpretacją obowiązującego zarządzenia.

Założmy jednak, że WOW NFZ ma rację, tak interpretując zarządzenie. Jakie można wyciągnąć wtedy wnioski? I jakie będą tego skutki dla pacjentów? Przy założeniu, że fundusz ma rację, czyli porada polegająca tylko na wystawieniu recepty nie może być uznana za specjalistyczną, a specjalna porada „receptowa”, tak jak to było kiedyś, nie istnieje, skutki są następujące:

Dla lekarza taki, że wykonał przymusowo pracę za darmo, co jest naruszeniem kilku ustaw i konstytucji. Dla pacjenta, jeśli mu lekarz wystawi bezpłatnie receptę, jest to korzyść, od której powinien odprowadzić podatek, według stawek jak na wolnym rynku usług medycznych.

Innym skutkiem tego, że WOW funduszu nie uznaje samego wystawienia recepty, czyli tzw. powtórki leku, za świadczenie, za które jest zobowiązany płacić, może być to, że po recepty pacjent będzie musiał chodzić do lekarza rodzinnego, a ten może nie mieć podstaw, by mu powtórzył receptę, gdyż może nie mieć informacji od specjalisty, co w wypadku specjalistów dostępnych bez skierowania jest bardzo częste, gdyż nie muszą po pierwszej wizycie napisać informacji dla lekarza rodzinnego.

Oczywiście kolejnym wnioskiem, który się nasuwa, jest to, że skoro wypisanie recepty nie jest świadczeniem gwarantowanym w AOS, a jak wiadomo, świadczenia niezaliczone do gwarantowanych są opłacane przez pacjenta, należy wywnioskować, że WOW NFZ daje przyzwolenie świadczeniodawcom AOS na pobieranie opłat za wystawienie recepty. Czyżby o to chodziło?! I czy to kolejny sposób funduszu na oszczędności?