



Do podstawowych zadań NFZ powinno należeć m.in. monitorowanie świadczeń udzielanych pacjentom, a nie wykazywanie wyższości płatnika nad świadczeniodawcą

Diabeł tkwi w szczegółach

Narodowy Fundusz Zdrowia i reprezentatywne organizacje świadczeniodawców nie osiągnęły konsensusu w sprawie uzgodnienia ogólnych warunków umów na 2006 r. Prezes NFZ Jerzy Miller, jak rasowy polityk, zamienił porażkę w sukces (medialny), przedstawiając brak porozumienia jako zdarzenie pozytywne. Rozumiem, że NFZ ma trudności z uzgadnianiem warunków współpracy z 19 organizacjami świadczeniodawców, ale celem negocjacji miało być uzgodnienie warunków, a to nie nastąpiło. Prezes NFZ stwierdził, że strony negocjujące *podzieliły szczegóły*. Przeczytałem o tych tzw. szczegółach ze zdumieniem. Wyjściowa propozycja ogólnych warunków umów, zaproponowana przez NFZ, nie zakładała jakiegokolwiek partnerstwa między płatnikiem a świadczeniodawcami dla realizacji podstawowych celów opieki zdrowotnej, lecz jedynie wskazanie, że kto ma pieniądze, ten ma władzę. Dlatego propozycje NFZ zakładały monopol i możliwość represji ze strony płatnika, a nie partnerstwo. Warunki zaproponowane przez Fundusz zdecydowanie pogorszyłyby możliwości rozliczenia umów na 2006 r. (choćby nieustający ciąg *kombinacji* z systemem rozliczeń). Nawet te zapisy, które zostały uzgodnione z reprezentantami świadczeniodawców, też w wielu punktach są nie do przyjęcia.

Choćby sprawa kar. Nie jestem zwolennikiem pobłażliwości w stosunku do świadczeniodawców, bo sam obserwuję szereg zjawisk co najmniej nieprawidłowych. Jednak nie mogę się zgodzić z prezesem NFZ, że dzisiejszy poziom kar umownych jest symboliczny. Zaproponowanie wzrostu wysokości kary umownej z 1 do 8 proc. kwoty zobowiązania wynikającego z umów, to stanowczo zbyt dużo. Przecież w rażących przypadkach płatnik może rozwiązać umowę, a chyba bardziej surowej kary nie można wymyślić. Do najbardziej podstawowych zadań NFZ powinno należeć m.in. monitorowanie świadczeń udzielanych pacjentom i właściwa wycena procedur, a nie tworzenie *pseudosystemu* opartego na monopolu i wykazywaniu wyższości płatnika nad świadczeniodawcą. Zwłaszcza, iż obecnie tak naprawdę nie mamy spójnego systemu ochrony zdrowia, a szansa na jego stworzenie wyłoni się dopiero po wyborach. Dopóki nie powstaną mechanizmy zachęcające do udzielania świadczeń ambulatoryjnych włącznie z diagnostyką i leczeniem w tak szerokim zakresie, w jakim jest to możliwe, a dopiero po wyczerpaniu tkwiących na tym poziomie możliwości nastąpi kierowanie pacjentów do szpitala, to nawet znaczny wzrost nakładów na opiekę zdrowotną nie poprawi sytuacji. Dlatego m.in. NFZ powinien dokonywać analiz opartych na monitorowaniu zjawisk i tendencji występujących podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, aby uzmysłowić politykom i społeczeństwu, dlaczego następuje systematyczne pogarszanie opieki zdrowotnej w Polsce. Choćby wyjaśnić, dlaczego nastąpił tak znaczny wzrost liczby chorych trafiających do publicznych szpitali w ramach pomocy doraźnej, który zamienił szpitalne oddziały ratunkowe w całodobowe poradnie specjalistyczne opłacane ryczałtem (a przecież wiadomo, że wartość ryczałtu nie pokrywa nawet 30–40 proc. ponoszonych kosztów). W swoich pierwotnych propozycjach ogólnych warunków umów NFZ przedstawił zapisy tak niekorzystne dla świadczeniodawców, że zespół konsultantów społecznych ministra zdrowia, którego jestem członkiem, zaproponował zmiany nawet w tzw. *obszarach uzgodnionych*. To właśnie z nich tak zadowolony był prezes, mimo że powstało zagrożenie pogorszenia ogólnych warunków umów na 2006 r. w stosunku do 2005 r.

Jacek Łukomski
przewodniczący Kolegium Redakcyjnego