

KRZYSZTOF  
OŻEGOWSKI

## Arogancja władzy to przy tym pikuś!

Czyli o nowych zasadach rozliczania świadczeń  
ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

**W** czerwcowych „Short cuts” pisałem o arogancji władzy na przykładzie działań legislacyjnych inspirowanych przez minister zdrowia. Gdyby ktoś myślał, że to szczyt arogancji władzy, to, niestety, będzie w błędzie. Po raz kolejny sprawdziło się powiedzenie, że gdy myśleliśmy, że to dno, rozległo się pukanie od spodu. W tym wypadku owym pukaniem jest najnowsze zarządzenie prezesa Paszkiewicza w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Narodowy Fundusz Zdrowia od dawna już przymierzał się do wprowadzenia tzw. jednorodnych grup pacjentów (JGP) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Konsekwencją tych przymiarek było zawieranie umów „finansowych” tylko na okresy półroczne, pomimo iż świadczeniodawca miał umowę trzyletnią. Choć odbywało się to jeśli nie ze złamaniem prawa, to przynajmniej z jego naciągnięciem, minister nadzorujący fundusz nie zwrócił uwagi prezesowi, a nieśmiałe protesty świadczeniodawców były ignorowane zarówno przez fundusz, jak i inne instytucje stojące, przynajmniej teoretycznie, na straży prawa. W tym roku fundusz także zawarł umowy „finansowe” tylko do 30 czerwca. Dlaczego, można się było dowiedzieć jedynie z nieoficjalnych wypowiedzi, gdyż oficjalnego komunikatu nie było. Czas, jak to ma w zwyczaju, sobie płynął i świadczeniodawcy, mający w pamięci wprowadzenie JGP w szpitalach (które było poprzedzone kilkumiesięcznym pilotażem i dyskusją oraz szkoleniami dla szpitalików), już mieli nadzieję, że po raz kolejny pogłoski o ich wprowadzeniu okażą się nieprawdziwe. Najwyraźniej nie wzięli pod uwagę gorączkowego poszukiwania oszczędności przez fundusz. Zapewne w efekcie tych poszukiwań na stronach centrali NFZ pojawił się 4 kwietnia br. projekt zarządzenia prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna datowany 22 marca 2011 r., który wprowadzał obok istniejących typów porad: specjalistycznej i kompleksowej, nowy rodzaj porady, określony jako: GPZA – grupa procedur zabiegowych ambulatoryjnych. Projekt

likwidował równocześnie tzw. poradę recepturową (na całe szczęście, ponieważ jakiś idiota w centrali funduszu najwyraźniej pomylił receptę lekarską z działem farmacji zwanym recepturą (sic!) – ale zostawmy to skoro i tak ma zniknąć). Choć czasu na konsultacje było niewiele, to jednak jak na standardy funduszu projekt ujrzał światło dzienne stosunkowo wcześniej. Uzupełnieniem działań NFZ było pojawienie się projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS – datowanego 28 kwietnia 2011 r. – które to rozporządzenie, projekt przywoływał. Czas sobie znowu płynął i nagle 24 maja 2011 r. pojawia się nowy projekt wspomnianego zarządzenia prezesa funduszu. Projekt ten (najwyraźniej tworzony w pośpiechu i niedopracowany) zostaje jeszcze zmodyfikowany 3 czerwca 2011 r. Jak głosi komunikat, w sprawie projektu można było zgłaszać uwagi do 8 czerwca, czyli w ciągu 14 dni, licząc od pierwszej publikacji, a 5 – licząc od modyfikacji (sic!). To już nie jest arogancja, to szczyt bezczelności, aroganckiego urzędnika państwowego jakim jest prezes funduszu. Żeby ten nowy projekt był chociaż nieznaczną modyfikacją opublikowanego miesiąc wcześniej! Ale nie, nie jest! Jest to zupełnie nowy projekt, wywracający do góry nogami rozliczenia w AOS. Najwyraźniej prezes Paszkiewicz usilnie stara się znaleźć w Księdze Guinnessa, w kategorii: „Najszybsze wprowadzenie JGP w ambulatoryjnej specjalistycie”. Powiedzenie, że projekt ten ma niedoróbki, to wyrażenie ogromnego komplementu. Najkrócej można by określić ten wytwór centrali NFZ jako zlepek poronionych pomysłów kogoś, kto nie ma pojęcia o tym, jak funkcjonuje AOS i ile co kosztuje. Do tego wszystko to jest napisane koszmarną nowomową, którą charakteryzują się niedouczeni absolwenci zdrowia publicznego. Aby nie być gołosłownym. Ktoś, kto myślał, że nazwanie pacjenta świadczeniobiorcą jest szczytem inwencji, dozna rozczarowania. Zarządzenie prezesa funduje nam: „decyzję diagnostyczną” – zamiast diagnozy i „decyzję terapeutyczną” – zamiast leczenia. Przecież to bełkot! (I w tym miejscu mam przekonanie, graniczące z pewnością, że któraś z tych osób zaprotestuje, udowadniając na wielu stronach, że jednak „decyzja diagnostyczna” to zupełnie coś innego niż diagnoza. I tu przypomina mi się dowcip pewnego pisarza, sprzed lat, gdy nazwał swoje dzieło „nuwola”, zamiast „nowela”, a liczni krytycy literaccy udowadniali, że są istotne różnice pomiędzy tymi dwoma formami literackimi. Kres dyskusjom, choć nie do końca, położył dopiero komunikat autora, że to był żart z jego strony). Pomimo protestów różnych gremiów, prezes Paszkiewicz z rewolucyjną niezłomnością zamienił projekt 14 czerwca w obowiązujące zarządzenie. Myliłby się ten, kto pomyślałby, że konsultacje nic nie dały! Otóż nie, dały! A konkretnie jeszcze bardziej przycięto wycenę poszczególnych świadczeń. Niby niedużo, bo od 0,5 do 1,5 punktu, ale zważywszy, że to już i tak był obniżony poziom, okazuje się, że za jeszcze mniej trzeba wykonać to samo co dotychczas lub jeszcze więcej. Do tego doszły wzięte zapewne z sufitu wyceny tzw. świadczeń zabiegowych, które są drastycznie niższe od płaconych dotychczas szpitalom, a nawet wcześniej w AOS – tu jeden przykład: procedura, za którą obecnie fundusz płaci 15 punktów, została wyceniona na 10 punktów! A są i procedury wycenione na 1 punkt, czyli 8 zł. A to procedury, do których trzeba użyć wyjąłownych narzędzi, tak że nie wiadomo, śmiać się czy płakać.

Smaczkowi dodaje jeszcze fakt, iż (według informacji dołączonej do pierwszego projektu zarządzenia punkt w AOS był przeliczany jako 10 zł, tymczasem średnio jego wartość w rzeczywistości jest blisko o 2 zł niższa. Ktoś powie – to niewiele. Ale to jest 20 proc. stawki, czyli bardzo dużo! W części ogólnej zarządzenie nadal jest zbitką niedoprecyzowanych definicji, pisanych tą samą nowomową. Poza tym zawiera błęd, gdyż przywołuje uchylone rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w AOS i to nie tylko samym tekście zarządzenia, ale także w treści załączników (wzór umowy). Jakby goryczy było mało, na konferencji prasowej prezes Paszkiewicz i jego rzecznicy posunęli się do kłamstw. Bo jakże nazwać informację, że świadczeniodawcy dostaną więcej pieniędzy, skoro wcześniej oddziały wojewódzkie funduszu przesyłały aneksy (w Wielkopolsce miały być odesłane do 10 czerwca), które proponowały te same ilości punktów co w pierwszym półroczu (o tym, że tej samej wartości, już nawet nie warto wspominać). I jak ma się do tego informacja funduszu, że szpitale będą odciążone, bo więcej procedur zostanie wykonanych w AOS. Nie wiem jakim cudem, skoro punktów jest tyle samo, a teoretycznie można wykonać procedury wycenione wyżej niż dotychczas. Jak wiadomo, od mieszania nie przybywa cukru w herbacie. Ale może o tym prezes Paszkiewicz nie wie? Albo jest już tak zdeprawowany władzą, którą posiada, że uważa, że może powiedzieć każde kłamstwo i ujdzie mu to na sucho. To nowe zarządzenie daje świadczeniodawcom tylko 2 tygodnie na przygotowanie się do działania w zupełnie nowych warunkach. Problemem są nie tylko nieprecyzyjne definicje poszczególnych porad oraz katalogi świadczeń diagnostycznych, w których w jednej grupie są pozycje kosztujące kilka i kilkaset złotych. Dodatkową trudność stanowi brak narzędzi informatycznych, by móc sprawozdać wykonane świadczenia. Oczywiście, takie narzędzia zapewne się pojawią, ale zabraknie czasu, by je opanować. No i oczywiście trzeba będzie za nie dodatkowo zapłacić firmom informatycznym. Co można w tej sytuacji zrobić? Należy stanowczo protestować (nasza izba już podjęła stosowną uchwałę – publikujemy ją na str. 6). Ponadto należałoby zgłosić sprawę Rzecznikowi Praw Pacjenta, bo tak naprawdę, to zarządzenie łamie prawa pacjenta, a w szczególności nakłada ograniczenie w korzystaniu z wizyt u specjalisty nieprzewidziane ustawą – porada kompleksowa musi być więcej niż 30 dni od porady specjalistycznej, ponieważ w przeciwnym razie fundusz nie zapłaci za tę ostatnią, czyli lekarz poniesie stratę. Z tego samego powodu izba powinna złożyć zawiadomienie do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie nakładania na świadczeniodawców niekorzystnych warunków umów przez monopolistę, jakim jest NFZ. Listę powinny dopełnić doniesienia do prokuratury (zmuszanie świadczeniodawcy do niekorzystnego rozporządzenia swoim mieniem) oraz do Trybunału Konstytucyjnego (wprowadzenie ograniczeń wobec pacjenta nieprzewidzianych ustawą). Powinien także zostać skierowany apel do minister zdrowia, by w ramach nadzoru przyjrzała się bałaganowi wprowadzonemu przez to zarządzenie i wstrzymała jego realizację. Ale biorąc pod uwagę jej równie „rewolucyjny” charakter, jakoś nie mam przekonania, że taki apel może odnieść jakikolwiek skutek, poza kolejną porcją inwektyw ze strony pani minister pod adresem środowiska lekarskiego.