

SHORT CUTS

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

KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



Zapewne niepokoił już Państwa brak od dłuższego czasu uwag dotyczących naszego „ulubionego” Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie był on wywołany tym, że nie było tematów godnych poruszenia. Po prostu doszedłem do wniosku, że nie można ciągle „o tym samym”, bo staje się to nieco nudne (szczególnie dla piszącego). Jednakże „okres ochronny” w przypadku tej instytucji nie może trwać zbyt długo, szczególnie że sama się prosi o komentarz do swoich „genialnych”, „epokowych”, ... – tu czytelniku dopisz sobie, co chcesz – rozwiązań i interpretacji obowiązującego prawa. Tyle tytułem wstępu. Przejdźmy zatem do konkretów. Niedawno (14 maja), na stronie internetowej WOW NFZ, pojawił się komunikat dla świadczeniodawców „w sprawie szczególnych uprawnień kombatanów, inwalidów wojennych i wojskowych związanych z dostępem do świadczeń zdrowotnych”, w którym WOW NFZ w Poznaniu „przypomina, że zgodnie z brzmieniem art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r.* o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.) inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanzi mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. W związku z powyższym wymienione osoby od dnia 29 września 2007 r. nie mogą być umieszczane przez świadczeniodawców na listach oczekujących”. Ktoś powie: „I dobrze! Przecież przypomnienie jeszcze nikomu nie zaszkodziło, a nie wszyscy śledzą każdą zmianę cytowanej w komunikacie ustawy”.

Jak mawiał klasyk: „T e o r e t y c z n i e t a a k”. Ale niestety (dla funduszu), WOW NFZ zrobił to w klasycznym swoim stylu, czyli przytoczył przepis tak, jak mu to pasowało, a nie w oryginalnym brzmieniu, a potem jeszcze „na deser” zinterpretował w kuriozalny sposób. Otóż przywołany wcześniej art. 47c ustawy w oryginale brzmi:

„Osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanzi mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach”. Ponieważ jest w nim odwołanie do art. 43 ust. 1 ustawy, przytoczmy go: „Świadczeniobiorca, który posiada tytuł »Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi« lub »Zasłużonego Dawcy Przeszczepu« i przedstawi legitymację »Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi« lub »Zasłużonego Dawcy Przeszczepu«...”. Tak więc pełna lista osób uprawnionych do „korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej” jest trochę dłuższa niż ta, którą sugeruje nam fundusz. Ale to wszystko to „mały pikus”, jak mawia pewien mój kolega. Najciekawsza jest interpretacja przez WOW NFZ art. 47c, z której wynika, że osoby korzystające z jego dobrodziej-

stwa „nie mogą być umieszczane przez świadczeniodawców na listach oczekujących”. Ta interpretacja to przykład klasycznej nadinterpretacji, nie mającej oparcia w żadnym przepisie, a już na pewno nie w cytowanej ustawie. Ale, zakładając hipotetycznie, że tak można zinterpretować ten zapis, to taką wykładnią przepisu fundusz de facto wyrządził tym osobom „niedźwiedzią przysługę”. A dlaczego, to postaram się udowodnić stawiając publicznie funduszowi następujące pytania:

1. Jak ustalić kolejność udzielenia świadczenia, gdy równocześnie zgłosi się kilka osób uprawnionych?
2. Kto ma mieć pierwszeństwo: inwalida czy może dawca?
3. Czy te zasady dotyczą tylko kolejek „obsługiwanych” przez NFZ czy też wszystkich, łącznie z tymi do przeszczepów.
4. Jak się ma do tej interpretacji art. 32 Konstytucji? Dla niepamiętających przypomnienie: „1. Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. 2. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”.



Na koniec, niby drobiazg, który oznaczyłem w tekście czerwoną gwiazdką. Tym „drobiazgiem” jest rok uchwalenia ustawy. Ustawę uchwalono bowiem w 2004 roku, a nie w 2007, jak by wynikało z komunikatu WOW NFZ w Poznaniu. Ktoś powie: „Czepiasz się”. Tak, czepiam się, jak to wielokrotnie czyni fundusz, gdy robi problem lub nawet kryminalną aferę tam, gdzie jej nie ma i tak naprawdę wystarczyłyby zdrowy rozsądek, a nie puszenie się i udowadnianie „maluczki”, kto ma władzę i trzyma rękę na pieniądzech.



À propos „udowadniania maluczki”. Co prawda ten „maluczki” jest tutaj wysoce umowny, ale ad rem. Całkiem niedawno na łamach „niewątpliwie” przyjaznej medykomy „GW” pojawiła się seria artykułów o tym, że fundusz żąda od szpitala na Polnej zwrotu zapłaty za „znieczulenia porodu”, których według funduszu szpital nie wykonywał, a według szpitala jak najbardziej były wykonywane. Problem tkwi w tym, że według funduszu procedura 5.06.00.0000248 dotyczy jedynie znieczuleń: zewnątrzoponowych i nadtwardówkowych (patrz wyjaśnienie na stronie internetowej WOW NFZ), a według szpitala każdego znieczulenia, w tym „dożylnego”, gdyż fundusz w warunkach szczegółowych „nie raczył” doprecyzować tego, zamieszczając w uwagach tylko jedno zadanie: „wykonywane ze wskazań medycznych”. Ciekawostką jest argumentacja funduszu na łamach „GW”. Otóż za tym, że zapis w warunkach szczegółowych należy interpretować tak, jak tego chce fundusz, jest stwierdzenie, że inne szpitale tak właśnie to interpretują.

Czytając to, chce mi się śmiać. Zamiast merytorycznych argumentów – tu wskazania w warunkach szczegółowych konkursu, miejsca, gdzie jest to zapisane – jest publicystyka. Niestety, gdy rozmawia się o pieniądzech, potrzebna jest precyzja. I jeśli fundusz popełnił błąd, nieprecyzyjnie określając, co „miał na myśli”, tak a nie inaczej opisując w tabeli „znieczulenie porodu”, to powinien ponieść tego konsekwencje i płacić. A przy następnej umowie już precyzyjnie określić, za co chce płacić. Niestety fundusz nadal uważa, że może wszystko, a rozuchwalają go przeciągające się sprawy sądowe i fakt, że większość świadczeniodawców „dla świętego spokoju” przyjmuje bez zająknięcia niekorzystne dla siebie interpretacje. W momencie, gdy świadczeniodawca jest silny i może pozwolić sobie na spór z funduszem, ten jest niepomierne zdziwiony i robi temu „bezczelnemu” czarny „piar”, zamiast przyznać, że błąd był jednak po jego stronie.

Co do „zdrowego rozsądku”. Znów skorzystamy ze skarbnicy, jaką jest strona internetowa WOW NFZ. W komunikacie zatytułowanym: „Zmiana zakresów numerów recept numerowanych związana z przekształceniem placówki medycznej” fundusz „przypomina”, że „podczas ewentualnych przekształceń placówek pociągających za sobą zmianę formy organizacyjnej zakładu (zmianę numeru REGON) należy uzyskać z WOW NFZ nowe zakresy numerów recept”. Oczywiście, w przypadku, gdy „zakład” nie ma już zapasu wydrukowanych recept i wyczerpał wszystkie przyznane do tej pory zakresy numerów, jest to działanie słuszne. Jednakowoż, gdy ma się niewykorzystane zakresy numerów,

szczególnie już w postaci gotowych recept, to działaniem zdroworozsądkowym i będącym przejawem troski o środowisko (o własnych finansach nie wspominając) jest wystąpienie do funduszu o „przepisanie” zakresu numerów na nowy podmiot. No, ale to byłoby za proste! Łatwiej jest wydawać cudze pieniądze. Choć tak naprawdę, pieniądze wydane na niepotrzebne recepty pomniejszają pulę pieniędzy na leczenie pacjentów, a to raczej nie powinno być funduszowi obojętne. Ale może się mylę?

Chyba jednak się mylę! Dlaczego tak sądzę? Podstawy dał mi kolejny komunikat WOW NFZ. Otóż wzywa on wszystkich świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do weryfikacji raportów „statystyczno-medycznych”, w związku z błędami w „zakresie częstotliwości rozliczania porad kompleksowych”. Ta weryfikacja ma się odbyć „pod kątem prawdopodobieństwa wystąpienia wyżej wskazanego błędu. Korekty należy dokonać w ciągu 14 dni od dnia ukazania się niniejszego komunikatu”. Najwyraźniej fundusz uważa, że takie „weryfikacje” nic nie kosztują, skoro je nakazuje wszystkim. Tymczasem, biorąc oczywiście za dobrą monetę, stwierdzenie funduszu, iż „w wyniku przeprowadzonej szczegółowej weryfikacji raportów statystyczno-medycznych umów w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne za rok 2008” ustalono występowanie tych nieprawidłowości, to fundusz powinien znać te podmioty, które według niego popełniły ten błąd i po prostu zawiadomić je i poprosić o wyjaśnienie. A tak idąc po linii najmniejszego oporu, próbuje wymusić, dla wielu zapewne zupełnie niepotrzebną pracę przy przeglądaniu raportów. No ale żeby było inaczej, to trzeba by zacząć traktować świadczeniodawców po partnersku.



Wróćmy jeszcze do recept. W momencie grudniowej nowelizacji rozporządzenia w sprawie recept zastanowiła nas data ważności starych blankietów recept, określona na 30 czerwca, zamiast postulowanego przez izbę końca roku 2008. Ostatnio sprawa się wyjaśniła. Otóż od 1 lipca br. ministerstwo zdrowia planuje wprowadzenie recept dodatkowo zabezpieczonych znakami wodnymi i świecącymi w ultrafiolecie nitkami. Działania te mają na celu zmniejszenie skali fałszerstw recept. Niestety brak jest informacji, jak duża jest ta skala. Oczywiście chodzi o samo fałszowanie druków recept, a nie wrzucanie do tego samego worka wypisywanie recept na „martwe dusze” wszelkiej maści. Z pobieżnych obserwacji wynika, że rzeczywista skala fałszerstw nie uzasadnia tej receptowej rewolucji. Czy wprowadzenie takich zabezpieczeń będzie skuteczne, śmiem wątpić, gdyż takie druki recept były już w przeszłości lokalnie używane i nie było to panaceum. Ze swej strony mogę zaproponować ministerstwu jeszcze parę „udoskonaleń”, takich jak: metalowa nitka, wtopiony hologram, druk wypukły i odcisk kciuka pacjenta. I to tyle w temacie druków. Nowe recepty przyniosą zapewne jeszcze inne problemy, ale nie będę uprzedzał faktów. Ze swej strony jestem ciekaw, czy do tego czasu WOW NFZ rozwiąże po myśli WIL problem przydzielania numerów recept lekarzom nie posiadającym komputerów i dostępu do Internetu, bo na razie fundusz – MYŚLI.