



Największa tajemnica NFZ

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne działa w Polsce już od 12 lat, a NFZ od 9. Czy system ten może mieć dla nas jeszcze jakieś tajemnice? Okazuje się, że tak, a najważniejszą z nich jest sposób wyceny refundowanych świadczeń zdrowotnych.

Wiele razy OZZL próbował odkryć tę tajemnicę, zwracając się do Funduszu lub Ministerstwa Zdrowia z prośbą o przedstawienie metodologii tej wyceny, jej kryteriów, elementów kosztów branych pod uwagę. Nigdy nie otrzymaliśmy konkretnej odpowiedzi – jedynie ogólne o negocjacjach albo o konieczności zbilansowania się NFZ.

Mieliśmy nadzieję, że pomoże nam Najwyższa Izba Kontroli powołana przeciw do tego, aby sprawdzać, jak wydatkowane są publiczne pieniądze, również te ze składek zdrowotnych. Niestety – mimo złożonych nam obietnic – NIK nie zajęła się

jednocześnie, że została ona dokonana z wykorzystaniem metodologii opracowanej przez powołany przez Prezesa NFZ Zespół ds. Hemodializoterapii. Po otrzymaniu z NFZ szczegółowego opisu owej metodologii stwierdziliśmy ze zdziwieniem, że uwzględnia ona wszystkie te elementy kosztowe, o które bezskutecznie dopominali się wcześniej różni inni „świadczeniodawcy”. Znalazły się tam nawet takie pozycje, co do których powątpiewano, czy mogą być w ogóle finansowane przez NFZ, jak: koszt amortyzacji sprzętu i budynków, koszty remontów i konserwacji. Nasze zdziwienie osiągnęło apogeum, gdy spojrzeliśmy na wycenę pracy lekarza, bo wyniosła ona dokładnie tyle, ile postulował zawsze nasz związek: wynagrodzenie zasadnicze w kwocie trzech średnich krajowych (9500 zł).

„ Zamiast narzekać na dyktat NFZ, połączcie swoje siły, wyliczcie rzeczywiste koszty, przedstawcie je Funduszowi i... ”

problemem wyceny świadczeń podczas corocznej rutynowej kontroli NFZ za rok 2008. Podobnie było w kolejnych dwóch latach. Jedynym echem naszych starań zdaje się być jedno – za to wymowne – zdanie w informacji o wynikach kontroli NFZ przez NIK za rok 2009. Brzmi ono tak: *Podobnie jak w latach poprzednich, NFZ nie dysponował kompleksowymi i rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur medycznych, choć zgodnie z przepisami (...) Prezes Funduszu – dokonując wyceny poszczególnych świadczeń (...) – bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania.* Innymi słowy, NIK stwierdziła, iż stawki refundacji ustalane przez NFZ są brane „z sufitu”.

Przełomem w odkrywaniu największej tajemnicy Funduszu był dla nas komunikat prasowy NFZ z 20 grudnia 2010 r. Poinformowano w nim o aktualizacji wyceny dializoterapii, zdradzając

Jak to się stało, że w przypadku dializoterapii NFZ potrafił stworzyć tak precyzyjną metodologię wyceny, a nie umie tego zrobić w odniesieniu do pozostałych procedur? Odpowiedź nie jest trudna. Fundusz został po prostu do tego zmuszony przez konsekwentną i solidarną postawę właścicieli (głównie prywatnych) stacji dializ, którzy nie chcieli podpisać umowy z NFZ na jego warunkach finansowych, bo uważali, że spowoduje to ich bankructwo. Aby rozstrzygnąć ten spór, trzeba było stworzyć rzetelną metodologię wyceny procedury.

Płynie z tego lekcja także dla pozostałych „świadczeniodawców”, w tym zwłaszcza dyrektorów szpitali: Zamiast narzekać na dyktat NFZ, połączcie swoje siły, wyliczcie rzeczywiste koszty, przedstawcie je Funduszowi i... czekajcie z podpisaniem kontraktu, aż prezes Funduszu zaprosi was do specjalnego zespołu, który opracuje rzetelną metodologię wyceny procedur. Jeśli wy nie zmusicie NFZ do takich działań, to NFZ zmusi was niebawem do ogłoszenia bankructwa. ■