



Kolos na glinianych nogach

Narodowy Fundusz Zdrowia znowu pokazał wszystkim, kto tu rządzi. Na dwa tygodnie przed 1 lipca ogłosił nowe zasady rozliczania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), które tego właśnie dnia wchodzi w życie. Wcześniej projekt zmian zamieścił na swojej stronie internetowej, dając aż kilka dni na zgłoszenie uwag. Nawet jeśli ktoś je przesłał, najprawdopodobniej nikt z NFZ ich nie czytał, bo po prostu nie było już na to czasu.

Świadczeniodawcom nie będzie łatwo dostosować się do nowych zasad. Przyznał to nawet prezes NFZ, ale nie przejął się tym zbytnio, zauważając, że

grup, chociaż niekoniecznie potrzebne danemu pacjentowi), to wycena całkowita świadczenia pozwoli mu wygospodarować także wynagrodzenie dla siebie. Jeśli jednak będzie się zachowywał racjonalnie, wykonując te badania, które są rzeczywiście potrzebne, to wycena danego świadczenia („jednorodnej grupy”) będzie zbyt mała, aby starczyło na płacę dla lekarza, a niekiedy lekarz będzie musiał wręcz dopłacić do leczenia.

Czy w tym szaleństwie jest metoda? Oczywiście! NFZ osiąga w ten sposób kilka celów. Po pierwsze – zyskuje alibi, że płaci lekarzom za badania dodatko-

” O wdrożeniu nowego systemu zdecydowała nie jego nowoczesność, ale merytoryczna słabość NFZ ”

w okresie wakacyjnym ruch pacjentów będzie na pewno mniejszy i lekarze znajdą czas, aby się do nowych warunków wdrożyć. Czyżby zapomniał o swoich wcześniejszych zaleceniach, że należy odpowiednio „gospodarować” limitami i równomiernie rozdzielać je na wszystkie miesiące?

Według NFZ nowy sposób rozliczeń AOS został wprowadzony po to, aby zachęcić specjalistów pracujących w ambulatoriach do szerszego wykonywania tych świadczeń, które dotychczas prowadziły szpitale. Służyć ma temu wspólne rozliczanie porad lekarskich z badaniami dodatkowymi lub niektórymi innymi świadczeniami. Można by więc pomyśleć, że NFZ wycenił odrębnie porady lekarza specjalisty, odrębnie wykonywane przez niego zabiegi, odrębnie różne badania, a następnie stworzył z tych elementów grupy, których cena jest sumą poszczególnych składników. Nic z tego. Fundusz faktycznie stworzył grupy składające się z porady lekarskiej i różnej liczby badań lub zabiegów ułożonych w różne kombinacje, ale wyceny tych grup dokonano w sposób zupełnie inny. Jego logika (poza wyjątkami) jest mniej więcej taka: jeśli lekarz wybierze odpowiednie badania (najtańsze z poszczególnych

we. Po drugie – „oszczędza” pieniądze, przeznaczając na sfinansowanie świadczeń znacznie mniej, niż one faktycznie kosztują. Po trzecie – trzyma w szachu lekarzy: *spróbujcie nam podskoczyć, a my już sprawdzimy, czy właściwie kwalifikujecie świadczenia do danej grupy.* Po czwarte – przerzuca na nich odpowiedzialność za niedofinansowanie służby zdrowia i obniżanie jakości leczenia: *my płacimy za wszystkie badania, to lekarz jest winny, że nie zleca tych najdroższych.*

Wiem, że różni eksperci będą bronili takiego sposobu rozliczania AOS, stwierdzając, że jest to sposób nowoczesny. Moim zdaniem, to nie nowoczesność systemu zdecydowała o jego wdrożeniu, ale merytoryczna słabość NFZ. Nie potrafi on po prostu skontrolować skutecznie ani świadczeniodawców, ani pacjentów. Nie potrafi zweryfikować potrzeby danego świadczenia, a często nawet faktu jego udzielenia. Nie potrafi jeszcze wielu, wielu innych rzeczy – jak chociażby zaopatrzyć ubezpieczonych w wiarygodny dowód ubezpieczenia zdrowotnego. NFZ zachowuje się jak typowy kolos na glinianych nogach, który w istocie jest słaby i chce ukryć swą słabość demonstracyjną opresyjnością i lekceważeniem „partnerów”. ■