

Bat śwista,  
karawana stoi dalej

# ZAKONTROLOWAĆ NA ŚMIERĆ

Jest nowy pomysł na ratowanie polskiej ochrony zdrowia: kontrolować i karać, możliwie surowo i dotkliwie. Do częstszych kontroli zachęca w swoim raporcie NIK, zielone światło daje premier. Jakby zapominając, że prócz NFZ, który rzeczywiście dotychczas kontrolował podmioty rządziej niż zachodni płatnicy, świadczeniodawcy podlegają kontroli urzędów skarbowych i wojewódzkich, sanepidu, PIP – kilkunastu rozmaitych instytucji. Większe podmioty już zapobiegliwie przygotowały w swoich zakładach specjalne „pokoiki dla kontrolerów”. Ale czy kontrole rzeczywiście mogą postawić na nogi polską ochronę zdrowia? I czy rzeczywiście w Polsce... potrafimy je przeprowadzać?

Dotychczas przeciw kontrolowaniu wszystkich i wszystkiego oraz wymierzaniu drakońskich kar protestowali lekarze. Czuli, że kontrolerzy szukali na nich haka. Teraz system kar i kontroli będzie testowany na pomocy wieczorowej. Z jakim skutkiem? Wpadnie kilku oszustów, kary będą dla wielu, sterroryzują jednak wszystkich.

### Kontrola demotywacyjna

Jaki to będzie miało wpływ na polski system ochrony zdrowia? – *Należy się obawiać, że negatywny* – mówią eksperci. I zgodnie z klasycznymi wskazaniem ekonomii porównują stosowanie mechanizmów kontroli i kary do... wychowania dziecka. Trudno sobie wyobrazić, by nie stosować wobec niego kontroli i kar, jednak ich nadmierne natężenie może doprowadzić do zabicia inicjatywy, unikania aktywności. Wszystko po to, by nie dać pretekstu do wymierzenia kolejnej kary. – *I to właśnie obserwujemy w Polsce, wycofywanie się lekarzy z kolejnych pól aktywności, unikanie ryzyka, kurczowe trzymanie się procedur* – mówi prof. Krzysztof Opolski, ekspert ekonomiki systemów ochrony zdrowia Uniwersytetu Warszawskiego. Grozi nam zatem, że po tym, jak lekarze zaczęli się obawiać wypisywania recept refundowanych, zaczną się wycofywać z wykonywania bardziej skomplikowanych zabiegów, z innowacji w medycynie w ogóle. – *A przecież medycyna nie powinna się ograniczać do sztywnego przestrzegania procedur i wytycznych* – mówi prof. Tadeusz Tołłoczko, nestor polskiej medycyny, były rektor Akademii Medycznej w Warszawie. – *Każdy przypadek jest inny, wytyczne nie obejmują na przykład wszystkich możliwych koincydencji chorób. Od lekarza trzeba oczekiwać także wysiłku twórczego, powtarzam – to praca twórcza, w tym zawodzie nie można się ograniczać do wykonywania ujętych w tabelki rozwiązań* – dodaje.

Medycyna innowacyjna kontra procedury narzucane przez płatnika? Szatański dylemat. Ale w Polsce sytuacja lekarzy, przychodni i szpitali

jest jeszcze gorsza. Stoją przed znacznie trudniejszym dylematem: czy szanować prawo ogólne, nakazujące na przykład przyjąć każdego pacjenta, którego życie jest zagrożone, czy przepisy wewnętrzne tworzone przez NFZ? Na przykład, gdy człowiek zemdleje przed przychodnią, czy należy udzielić mu jak najskuteczniejszej pomocy, czy ograniczyć się do wezwania pogotowia? Prawo ogólne nakazuje pomóc potrzebującemu, a przepisy NFZ pozwalają na udzielenie takiej pomocy (idącej dalej niż tzw. pierwsza pomoc) pod warunkiem posiadania przez świadczeniodawcę odpowiedniej kadry i sprzętu – których przychodnia nie ma. Gdyby bodaj było tak, że przychodnia,

**„ Trudno sobie wyobrazić, by nie stosować kontroli i kar, jednak ich nadmierne natężenie może doprowadzić do zabicia inicjatywy i unikania wszelkiego ryzyka ”**

udzielając takiej pomocy, po prostu robi to gratis, NFZ nie zapłaci za te świadczenia, a nagrodą będzie świadomość dobrze wykonanej pracy i uznanie innych – pół biedy. Niestety, istnieją przepisy pozwalające nie tylko takiej przychodni nie pochwalić, ale wręcz ją ukarać.

Zresztą z samymi przepisami NFZ bywa trudno, bo często są wewnętrznie sprzeczne. Niedawno w „Menedżerze Zdrowia” przeprowadziliśmy eksperyment. Jedno z nowszych zarządzeń funduszu (nie wspomniemy, jakiego oddziału regionalnego) daliśmy do przeczytania trzem ekspertom i poprosiliśmy o wnioski. Trzech ekspertów – trzy różne wnioski, dwa z nich przeciwstawne. Zwróciliśmy na to uwagę. – *No cóż, ostatecznie wszystko zależy od interpretacji organu kontrolującego* – usłyszeliśmy.

### Szukanie dziury w całym

Podręcznikowym przykładem podobnych sytuacji jest zapis pozwalający na stosowanie i refundację innowacyjnych (a więc droższych) leków na schorzenia psychiatryczne.

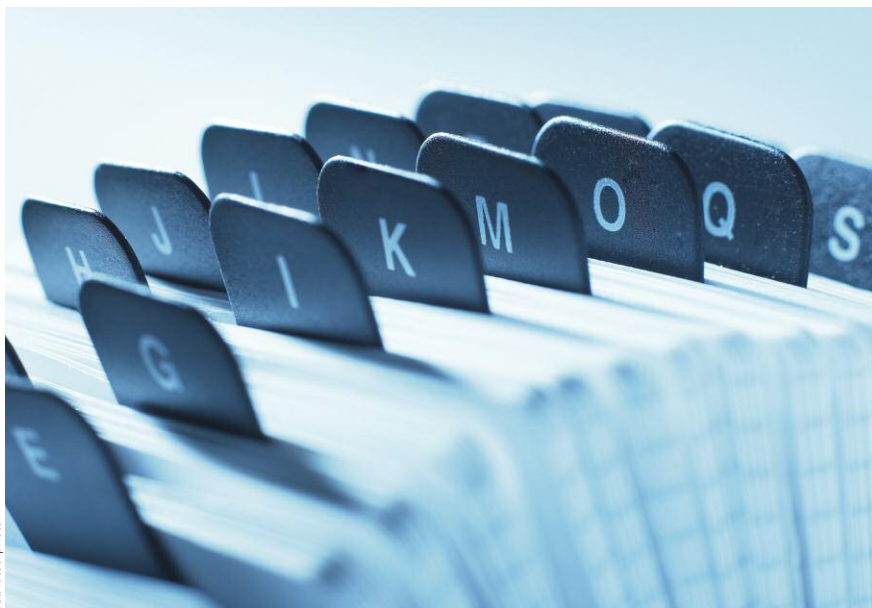
Pozwalał on na ich preskrypcję w wypadku „udokumentowanego i uporczywego braku współpracy pacjenta”. Zapis jak najbardziej logiczny. Nie było tylko definicji, czym właściwie jest „uporczywy brak współpracy pacjenta”. Czy chodzi o dwa tygodnie nieprzyjmowania leku czy o osiem? Jak to udokumentować – wystarczy wpisać w kartę pacjenta czy trzeba poświadczyć inaczej? Niemal dwa lata trwało wyjaśnianie tych zagadnień. Ostatecznie udało się. Co działo się przez te dwa lata? Świadczeniodawcy starali się nadrobić braki własną intuicją, nie zawsze z dobrym skutkiem, bo kontrolerzy raz uznawali wynajdywane przez nich definicje i wzory dokumentów, innym razem

nie uznawali – „wszystko zależało od interpretacji”. Wielu lekarzy na wszelki wypadek wypisywało tańsze leki ze zniżką, a droższe jedynie na 100 proc. Ostatecznie cierpieli na tym pacjenci, bo albo byli leczeni gorzej, albo drożej – wbrew intencjom autorów prawa.

Sytuacja nieprecyzyjnych i niespójnych przepisów doskwiera również samym kontrolerom. Ze względu na niejasne przepisy znajdują się oni w sytuacji bez wyjścia, podobnie jak świadczeniodawcy. Rolą kontrolera w Polsce jest odkryć błędy i nadużycia – i zareagować. Jeśli nie uwzględni on interpretacji niekorzystnej dla świadczeniodawcy i nie zareaguje na nią karą, sam narazi się na zarzuty, że nie zna przepisów, jest niekompetentny, a może nawet, że wziął łapówkę.

### Bez odwołania

Bodaj największą dolegliwością systemu kontroli i kar wymierzanych przez NFZ jest praktyczny brak możliwości odwołania się od decyzji kontrolującego. Praktyczny, bo



fot. iStockphoto

**„ Gdy nieprawidłowości powtarzają się zbyt często, rolą płatnika i kontrolera jest zapytać: a może sami popełniamy błąd, może nasze przepisy są niedorzeczne? „**

w teorii możliwość odwołania istnieje. Tyle że od wyników kontroli przeprowadzonej przez NFZ trzeba się odwołać do... NFZ. Na ten paradoks zwracał uwagę Bartosz Arłukowicz, minister zdrowia. – *Nie może być tak, że NFZ sam wyznacza ceny, sam kontroluje świadczeniodawców i sam rozpatruje odwołania od wyników tej kontroli* – mówił.

Nie może tak być? Ale tak właśnie jest. Oznacza to, że możliwości odwoławcze są mocno ograniczone, nie ma również instytucji, która potrafi szybko i bezstronnie rozstrzygnąć kwestie sporne. Owszem, mamy w Polsce bezstronne sądy, które często przyznają rację kontrolowanym świadczeniodawcom. Procesy ciągną się jednak latami, zbyt długo, bo kara orzeczona przez NFZ (finansowa lub utrata kontraktu) działa natychmiastowo. Wygrana w sądzie sprawa często oznacza dla kontrolowanego gorzką satysfakcję – co z tego, że sąd przyznał rację i skromne odszkodowanie, skoro biznes upadł, a pacjenci odeszli?

### Zachodnie wzorce

Jak to działa na Zachodzie? Pytaliśmy Jarosława J. Fedorowskiego, prezesa Polskiej Federacji Szpitali, a przy tym lekarza praktykującego między innymi w USA. Zwrócił on uwagę na element najbardziej różniący nasz system kontrolny od amerykańskiego. Tam nie tylko konkurujący ze sobą świadczeniodawcy zabiegają o względy płatnika – tam również konkurujący ze sobą płatnicy zabiegają o względy świadczeniodawcy, bo dobrze jest mieć w swojej ofercie np. szpital o bardzo dobrej renomie albo mający atrakcyjną lokalizację. Świadczeniodawca zdaje sobie sprawę z konieczności ścisłej współpracy z płatnikiem – i na odwrót.

Dlatego też zupełnie inny przebieg mają kontrole. W porównaniu z polskimi są bardziej drobiazgowe, ale sposób wyciągania wniosków jest odmienny. W Polsce niski budżet funduszu oznacza małe możliwości kontrolne NFZ. Z tego powodu

choć szpitale są kontrolowane kilka razy w roku, to przychodnie – ledwo raz na 12 lat. Nie można do kontroli zatrudnić fachowców. Często zdarza się zatem, że osoby z ledwie podstawowym wykształceniem medycznym – choć niekoniecznie lekarskim – kontrolują profesorów. Brak precyzji przepisów powoduje, że system przypomina rosyjską ruletkę: na kogo padnie, ten ma po prostu pecha. Prowadzenie biznesu można więc porównać do spaceru nad przepaścią.

– *Gdyby na przykład w USA kontrole wykryły poważne nieprawidłowości w co trzecim kontrolowanym punkcie pomocy wieczorowej, zamiast z satysfakcją opublikować te dane, jak to się stało w Polsce, opuściłyby głowę ze wstydu* – twierdzi jeden z naszych ekspertów. Jeśli bowiem kontrole wykrywają incydentalne nadużycia, świadczy to o szczelności systemu. Masowe nadużycia oznaczają, że system ma poważne wady. Gdy nieprawidłowości powtarzają się zbyt często, rolą płatnika i kontrolera jest zapytać: a może sami popełniamy błąd, może nasze przepisy są niedorzeczne? Jak błąd poprawić – to wspólna praca płatnika i świadczeniodawcy.

### Kontrola polityczna

Jest wreszcie kolejny ważny aspekt systemu kar i kontroli w Polsce, który okazał się dysfunkcyjny. Stał się on wyrazem bezsilności sterników polskiej ochrony zdrowia i elementem strategii działań PR mających oblaśkawić opinię publiczną. Jak mantra powtarza się scenariusz: po pierwsze, doszło do nieszczęścia, po drugie, zarządzono kontrolę, po trzecie, winnych ukarano, po czwarte, sprawę można odłożyć *ad acta*. Koziół ofiarny znaleziony i przykładowie ukarany, a złe prawo, niespójny system – pozostają bez zmian. – *W efekcie nowi ludzie zastępują w wadliwym systemie starych, karnie odsuniętych. I albo powtarzają ich błędy, wymuszone przez system, albo rezygnują z prowadzenia działalności o podwyższonym ryzyku* – pointuje Krzysztof Opolski.

Bartłomiej Leśniewski