5 minut po dwunastej, czyli czy NFZ może jeszcze cos popsuć?

Kategoria: Felietony
Opublikowano: środa, 30, marzec 2011 16:00
Odsłony: 3266

Utyskiwanie na niesprawność systemu ochrony zdrowia to powszechność. Za główną przyczynę rozlicznych problemów z jakimi borykają się pacjenci i świadczeniodawcy (usługodawcy) wskazuje się niezmiennie niedostatek funduszy przeznaczanych na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Podczas, gdy rzeczywiste powody są zgoła inne i dotyczą stery zarządczej.

Nie jest moją intencją ferowanie wyroków, ale uważam, że głównymi powodami perturbacji w systemie ochrony zdrowia są:

- działania regulatora (resort zdrowia, parlament) związane z ingerencją w autonomię funkcjonowania świadczeniodawców. Przykładem, ustalanie odgórnie skali wydatków placowych (które stanowią średnio 2/3 całości kosztów świadczenia usług). Dowód: słynna "ustawa 203", która na wiele lat zaburzyła sytuację ekonomiczną szpitali oraz centralne regulowanie wysokość płac dla lekarzy i pielęgniarek, co skutecznie w ostatnich latach pochłonęło skokowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia (chociażby w 2010 roku, NFZ dysponował kwotą o blisko 8 miliardów wyższą niż rok wcześniej, czyli wzrost - jeśli mnie pamięć nie myli – o 17procent!);
- indolencja (to wiece delikatne sformułowanie) zarządzających Narodowym Funduszem Zdrowia (o tym w dalszej części felietonu);
- brak woli na poziomie organów założycielskich i świadczeniodawców do podejmowania koniecznych działań restrukturyzacyjnych i rozwojowych (nie zawadzi uczciwie "gruchnąć się" we własna pierś - to cały mój komentarz, w tej kwestii).

Skoncentruję się na szerszym uzasadnieniu tezy, że ewidentne błędy w zarządzaniu NFZ powodują niepotrzebne wstrząsy systemie ochrony zdrowia.

Faktem jest że NFZ pozwala siebie na więcej niż powinien tylko jako płatnik. Czyni tak bo mu się na to pozwala (uwaga w kierunku resoru zdrowia) wchodząc w buty kreatora polityki zdrowotnej na szczeblu ogólnopolskim, regionalnym, a nawet lokalnym. Ale nie to jest najgorsze. Władze Funduszu, bowiem permanentnie spóźniają się ze swoimi decyzjami (często zresztą nietrafionymi) powodując ogromny ferment w systemie i narażając wszystkich, z pacjentami na czele, na niepotrzebny stres i często...dodatkowe wydatki. Złą tradycją stało się, że zmiany zasad udzielania świadczeń i ich kontraktowania "ekipa" z ulicy Grójeckiej w Warszawie "wykluwa z siebie" 5 minut po 12, uruchamiając tym samym pościg za straconym czasem, którego symbolem jest chaos. Następstwem są niezliczone błędy administracji NFZ na poziomie wojewódzkim (gdzie często urzędnicy oddziałów Funduszu, dokładają swoje 3 grosze do braku perspektywicznego myślenia swoich szefów).

Ot wybrane przykłady z ostatnich miesięcy.

W tym roku kontraktowanie świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej odbyło się w ostatniej chwili (często 28 lutego br. czyli w dniu w którym kończyły się dotychczasowe umowy). W wielu miejscach do ostatnich godzin nie było wiadomo do kogo będzie się można udać w przypadku potrzeby skorzystania z tego typu pomocy. Kompletnie nie starczyło czasu na poinformowanie pacjentów gdzie będzie ona świadczona. Przecież od wielu miesięcy było wiadomo, że umowy te wygasają z końcem lutego i można było z odpowiednim wyprzedzeniem przygotować się do wyłonienia nowych świadczeniodawców.

Phoca PDF

Dlaczego stało się inaczej? Bowiem urzędnicy w Centrali Funduszu zapadli w zimową drzemkę i dopiero w dniu 20 stycznia br. opublikowali słowniki i szablony postępowań dotyczących procedury konkursowej. Następnie w oddziałach wojewódzkich NFZ ruszyła szaleńcza pogoń za straconym czasem. Należało natychmiast ogłosić konkurs (termin składania ofert nie może być krótszy niż 14 dni) i następnie go błyskawicznie przeprowadzić (w tym obowiązkowo przeprowadzić kontrolę oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na jaki została złożona oferta). Powinien jeszcze znaleźć się czas na ewentualne odwołania podmiotów niezadowolonych z przeprowadzonych negocjacji, no i przede wszystkim poinformowanie pacjentów do kogo maja zgłaszać się po pomoc lekarską.

Po co to wszystko? Czy ktoś wyciągnie z tego wnioski? Zapewne urzędnicy Funduszu znajdą tysiące argumentów na swoją obronę, zwalając winę na wszystkich dookoła. Nie, nie jest mi przykro pisząc, że te argumenty mnie nie interesują. Nic nie usprawiedliwi albowiem faktu, że kolejny raz indolencja zarządzających NFZ narażała nas pacjentów na utratę zdrowia lub nawet życia.

Może jeszcze jeden przykład zarządzania według modelu NFZ.

Lekarze POZ zobowiązani są do comiesięcznego wersyfikowania list swoich pacjentów. Odbywa się to zawsze do połowy kolejnego miesiąca. Chodzi o to żeby, w przypadku zmiany lekarza POZ wynagrodzenie trafiało do tego właściwego, a pacjent nie figurował na więcej niż jednej liście. Weryfikacja stanowi następnie podstawę do wstawienia faktury. Na koniec obowiązywania umowy z Funduszem lekarze rozliczają się ze wszystkich miesięcy i wszystkich pacjentów. To proste i logiczne, a przede wszystkim pozwala lekarzom na niezakłócone prowadzenie działalności.

W praktyce oznacza to np.:

- w połowie kwietnia br. zweryfikuję listę pacjentów wg stanu na dzień 31 marca,
- wykonuję świadczenia przez cały miesiąc kwiecień i na początku maja wystawiam fakturę, na zapłacenie której Fundusz ma 14 dni. Czyli wszystko odbywa się w cywilizowany sposób.

Ale w bieżącym roku Prezes NFZ postanowił, z dnia na dzień zmienić ten system. Podstawą wynagrodzenia za miesiąc styczeń będzie weryfikacja pacjentów za tenże miesiąc. I wprowadza odpowiedzialność zbiorową. Wypłacamy wynagrodzenie dopiero wtedy kiedy zweryfikują się wszyscy lekarze POZ. Żeby nie zagłębiać się w szczegóły, w końcowym efekcie część lekarzy POZ otrzymało należne środki za styczeń br. np. dopiero w połowie marca. Przez wiele tygodni blisko 20 tysięcy lekarzy POZ kredytowało system. Może gdyby wiedzieli wcześniej o tej zmianie procedury, mogliby się do tego z wyprzedzeniem przygotować. A tak, wielu sięgało po kredyty bakowe aby móc wypłacić swojemu personelowi wynagrodzenie za styczeń i luty oraz pokryć wydatki rzeczowe. Ktoś powie, na biednego nie trafiło. Może i tak, ale ten argument nie ma najmniejszego znaczenia. Dostawcy usługi medycznej należało się wynagrodzenie w odpowiednim terminie i basta.

To tylko dwa przykłady z kilkudziesięciu jakie można byłoby przytoczyć charakteryzując metody zarządcze NFZ. Nie będę ich prezentował, bo w żadnej mierze nie są to dobre praktyki.

Marek Wójcik

Phoca PDF