



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Konstanty Radziwiłł

NRL/1901

Warszawa, 5 października 2007 r.

Pan Prof. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z ogłoszeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia nowych zasad, na których ma się odbywać kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w 2008 roku, proszę o przyjęcie uwag środowiska lekarskiego, które mam zaszczyt reprezentować..

W ocenie większości środowiska medycznego utrzymywanie drogiej (i z merytorycznego punktu widzenia niepotrzebnej) nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (szczególnie w postaci wyjazdowej) w podstawowej opiece zdrowotnej jest anachronizmem. Należałoby raczej przeprowadzić społeczną kampanię edukacyjną na rzecz uświadomienia obywatelom, że poza sytuacjami wymagającymi interwencji systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego z pozostałymi potrzebami zdrowotnymi należy zwracać się w zwykłym dziennym trybie do lekarzy pierwszego kontaktu. W sytuacji, kiedy państwo mimo powyższych zastrzeżeń decyduje się na rozrzutność i gwarantuje obywatelom taką pomoc, szczególnie krytycznie należy ocenić tendencję do przeniesienia odpowiedzialności za jej zorganizowanie na świadczeniodawców w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Należy pamiętać, że od lat duża część z nich to małe, często jednoosobowe podmioty i nakładanie na nie takiego zadania oznacza w praktyce konieczność wydłużania i tak długiego dnia pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Podobną tendencję do wydłużania czasu pracy i nakładania dodatkowych zadań świadczeniodawcom można zaobserwować w stomatologii. Mimo korzystnego dla środowiska lekarzy dentystów wyroku Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów brak propozycji dla urealnienia cen świadczeń wciąż znacznie mniejszych niż koszty pracy i materiałów ponoszone przez świadczeniodawców.

Ogromnym zaskoczeniem (co już samo w sobie jest niewłaściwe) jest propozycja zupełnie nowego sposobu kontraktowania świadczeń szpitalnych. Słuszne co do zasady zainteresowanie nowoczesną metodą kontraktowania świadczeń w oparciu o tzw. jednorodne grupy pacjentów nie upoważnia do

wprowadzenia tej metody bez odpowiedniego przygotowania. Rozpoczęcie jej stosowania w krajach, w których ją wprowadzono było poprzedzone szczegółową analizą kosztów (wszystko wskazuje na to, że w Polsce oparto się na aktualnych, zaniżonych cenach płaconych przez Fundusz) i z reguły także pilotażowym programem lokalnym, który pozwala dostosować system do miejscowych uwarunkowań i przyzwyczajzeń (także wykonywanych w rzeczywistości procedur medycznych oraz ich nazewnictwa). Pominięcie tych etapów grozi popełnieniem błędów, na które polskiego systemu ochrony zdrowia po prostu nie stać. W efekcie, poza naruszeniem i tak chwiejnej równowagi placówek medycznych, zagrozi to pogorszeniem dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Pierwsze analizy nowych zasad pozwalają sądzić, że niższa niż dotychczas wycena świadczeń (zwłaszcza udzielanych w trybie procedur jednodniowych) doprowadzi do poważnych ograniczeń w możliwości ich stosowania.

Ogólnie trzeba dodać, że szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinny być załącznikiem do ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń oraz warunki ich udzielania. Ponieważ zaistniały istotne zmiany uwarunkowań społeczno-gospodarczych udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2008 r powinny zostać ustalone w trybie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art.137), tzn. w drodze negocjacji Funduszu z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców.

Zwracam także uwagę na daleko idący brak koordynacji działań Funduszu z pracami Ministerstwa Zdrowia nad określeniem koszyka świadczeń gwarantowanych i wysiłkiem Agencji Oceny Technologii Medycznych zmierzających do rzetelnej ich wyceny. Wydaje się, że prace Funduszu zmierzają do utrzymywania niejasności w zakresie tego, co państwo gwarantuje obywatelom w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a realizację nieuniknionych ograniczeń dostępu do świadczeń przerzucają na świadczeniodawców. W tej sytuacji zwracam się do Pana Ministra, aby w trybie nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia spowodował powstrzymanie rewolucyjnych zmian w zasadach kontraktowania i rozpoczęcie spokojnych prac eksperckich i przygotowawczych, tak aby możliwe stało się wprowadzenie ich w sposób jak najmniej destabilizujący i tak chwiejną równowagę w ochronie zdrowia.

Z poważaniem
Krzysztof Krawczyk