

Podział Narodowego

Funduszu Zdrowia

Dlaczego NIE

Justyna Wojteczek

Wystarczy już eksperymentów w ochronie zdrowia. Ten system, jak mało który, źle znosi wszelkie gwałtowne ruchy. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia, choć zapowiadało zmiany ewolucyjne, chce nam zafundować kolejną rewolucję – likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia i powołanie w jego miejsce mniejszych, niezależnych (w założeniu) funduszy... publicznych wraz z centralną instytucją nadzoru.

Oddziały Publicznych Towarzystw Ubezpieczeń Zdrowotnych (PTUZ) miałyby znaleźć się w Gdańsku (województwa: pomorskie, warmińsko-mazurskie i kujawsko-pomorskie), Krakowie (małopolskie i podkarpackie), Łodzi (łódzkie i świętokrzyskie), Katowicach (śląskie i opolskie), Poznaniu (wielkopolskie i zachodniopomorskie), Warszawie (mazowieckie, lubelskie, podlaskie) oraz Wrocławiu (dolnośląskie i lubuskie). Jak głosi uzasadnienie projek-

tu, podział Funduszu ma przyczynić się do optymalizacji zarządzania systemem zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, poprzez zwiększenie elastyczności systemu, umożliwiającej szybkie dostosowanie funkcjonowania kilku mniejszych instytucji do zachodzących zmian oraz podniesienie stopnia trafności decyzji, gdyż będą one podejmowane bliżej szczebla wykonawczego. Jakie są argumenty przemawiające na korzyść takiej tezy,

w uzasadnieniu nie ma słowa. Nie ma też wyliczonych kosztów takiej operacji, bo trudno poważnie traktować urzędniczy bełkot w stylu: *Projekt nie wywołuje ujemnych skutków finansowych dla systemu płatnika w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – dodatkowe koszty związane ze zmianą struktury organizacyjnej w systemie zostaną w całości skompensowane oszczędnościami wynikającymi z likwidacji Centrali NFZ i utworzeniem odrębnej struktury nadzoru (ponad 100 mln zł) oraz:*

Po wprowadzeniu tej ustawy budżet państwa nie będzie ponosił kosztów nadzoru (pozytywny skutek finansowy dla budżetu państwa), lecz będzie pokrywał wydatki związane z funkcjonowaniem nadzoru i jednocześnie otrzyma dochody w takiej samej wysokości związane z kosztami nadzoru (neutralny skutek dla budżetu państwa). To ostatnie zdanie zasługuje zresztą na złotą czcionkę roku, a już propozycja takiej nagrody dla dokumentu rządowego nie nastraja optymistycznie.

Poniżej przedstawiamy siedem argumentów, dlaczego pomysł ministerstwa należy odłożyć do szuflady.

1. Nie będzie konkurencji między publicznymi płatnikami

Według Ministerstwa Zdrowia podział ma wprowadzić realną konkurencję między płatnikami, wskutek czego podniesie się dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz ich jakość. To przekonanie należy zakwalifikować do pobożnych życzeń, zwłaszcza że brakuje dodatkowych projektów, które mogłyby taką konkurencję wprowadzić. – *Chciałabym wiedzieć, jaką konkurencję mają prowadzić płatnicy ściśle ulokowani geograficznie* – mówi cierpko prof. Stanisława Golinowska. Zresztą konkurencyjne miały być kasy chorych. Jak się skończyło, pamiętamy. Jakoś nie zaobserwowano licznych warszawiaków, którzy zapisywaliby się do opolskiej kasy, która całkiem przyzwoicie sobie radziła. Nie należy też zapominać, że gdyby ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym została skierowana do Trybunału Konstytucyjnego, za niezgodne z konstytucją byłoby uznane więcej przepisów, niż w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia, m.in. ten o autonomii kas chorych. Artykuł 68 konstytucji stanowi bowiem, że obywatelom państwo zapewnia **równy** dostęp do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a ograniczenie w tym dostępie może wynikać jedynie z ustawy. W związku z tym fundusze publiczne – niezależnie od tego, ile ich jest, muszą realizować **jednakowy** koszyk świadczeń. Dopóki zatem nie będzie koszyka świadczeń gwarantowanych (jednocześnie realnej oferty będącej furtką dla dodatkowych ubezpieczeń), wprowadzonego drogą ustawy (ważne!), instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, które finansują opiekę zdrowotną ze środków publicznych, nie mogą ze sobą *de facto* konkurować zakresami świadczeń. Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że konkurencja między płatnikami rozpocz-

nie się w drugim etapie tej reformy, od roku 2010, kiedy to fundusze będą mogły kontraktować świadczenia opieki zdrowotnej na terenie całego kraju oraz modyfikować ofertę. Na razie brak jest jednak chociażby projektu ustawy tworzącej koszyk, dzięki któremu można by modyfikować ofertę.

2. Bałagan informatyczny

Na spotkaniu eksperckim u rzecznika praw obywatelskich Jacek Grabowski, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia, (jeszcze zanim opublikowano pro-



foto: Sławomir Soliński/Fotoregga

” Jacek Grabowski, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia, wyraził obawę, że podział Funduszu niesie ze sobą duże ryzyko bałaganu informatycznego ”



for. Dziaki

„ Marek Balicki: Trzeba umożliwić działanie płatnikowi niepublicznemu, przy stosowaniu sprawnego mechanizmu zapobiegającego *spijaniu śmietanki*, a nie dzielić publicznego płatnika na mniejszych publicznych „

prof. Kazimierz Roszkowski-Śliż,
dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc



for. Dziaki

To bardzo dobry pomysł, którego wprowadzenie spowoduje, że zastosujemy model obecny w wielu krajach Europy Zachodniej. Podstawową zaletą tego pomysłu jest likwidacja monopolisty, który jest nie tylko monopolistą w zakresie płacenia za usługi medyczne, ale i kreowania polityki zdrowotnej. Ponadto powstanie siedem łatwiejszych do zarządzania podmiotów, które będą do siebie zbliżone pod względem liczby ubezpieczonych. Dobrze też, że powstanie instytucja nadzorująca, która powinna zadbać o klarowność reguł gry na rynku.

jekt ustawy) wyraził obawę, że podział Funduszu niesie za sobą duże ryzyko bałaganu informatycznego. Jego zdaniem decentralizacja NFZ to z jednej strony decentralizacja konfliktu, co może być korzystne, ale niesie za sobą *ogromny koszt operacyjny*. Na razie brak jest jakichkolwiek szacunków, ile taka operacja może kosztować. Chodzi tu zresztą nie tylko o koszty modyfikacji obecnego systemu informatycznego, ale i trudny do przewidzenia koszt chaosu związanego z taką modyfikacją. Nawiasem mówiąc: pamiętamy chyba do czego doprowadziła pewna decyzja ówczesnego prezesa ZUS Stanisława Alota. Ile to było? 7 mld zł?

3. Uniemożliwienie prowadzenia regionalnej polityki zdrowotnej i pozorna decentralizacja

– *Podział płatnika na kilka dużych funduszy to koniec regionalnej polityki zdrowotnej* – oświadczyła była wiceminister zdrowia Elżbieta Hibner. Obecnie oddziałom terenowym Narodowego Funduszu Zdrowia łatwo jest we współpracy z samorządem wojewódzkim planować programy profilaktyczne, wykorzystując dostępną bazę placówek medycznych. Trudno sobie wyobrazić utrzymanie takiej współpracy w sytuacji, gdy o Hajnówce będzie decydować Warszawa.

Interesujący jest też jeden z zapisów w projekcie ustawy: *W przypadkach, gdy ze względu na dobro ubezpieczonych istnieje konieczność zapewnienia jednolitego sposobu kontraktowania przez instytucje ubezpieczeniowe świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach lub zakresach, organ nadzoru może zwrócić się do instytucji ubezpieczeniowej o największej liczbie ubezpieczonych o przygotowanie, w porozumieniu z pozostałymi instytucjami ubezpieczeniowymi oraz przekazanie w wyznaczonym terminie projektu szczegółowych warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej we wskazanych rodzajach lub zakresach świadczeń.*

Trzeba zatem zadać następujące pytania: jakie to przypadki? I kto będzie decydował o tym, że właśnie te, a nie inne przypadki? I według jakich kryteriów?

Jeśli już będą odpowiedzi na powyższe pytania, zderzamy się z kolejnym problemem – w takim układzie warunki dla pozostałych ubezpieczycieli będzie *de facto* dyktowała Warszawa, bo to ten PTUZ będzie miał najwięcej ubezpieczonych (mazowieckie, lubelskie, podlaskie). Czy innym będzie łatwo przelknąć taką gorzką pigułkę?

4. Konflikt z samorządami

Projektem ustawy o podziale nie zajął się jeszcze rząd, a już samorzady wojewódzkie oraz regionalni politycy zaczęli protestować. – *Dlaczego pani minister nie uwzględniła miasta Szczecina jako siedziby dla jednej z ubezpieczalni?* – pytała w Sejmie posłanka z województwa zachodniopomorskiego Mirosława Masłowska. Sprawę ewentualnego podziału NFZ podjęły też sejmiki wojewódzkie. – *Wieloletnie, bardzo dobre zarządzanie Opolskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia jest dowodem na to, iż wielkość*

Funduszu nie jest miernikiem sprawności i dobrej jakości zarządzania. W związku z powyższym Sejmik Województwa Opolskiego stoi na stanowisku, iż Opolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, jako placówka wzorcowa w skali kraju, powinien nadal pełnić swoją funkcję dla mieszkańców województwa opolskiego w aktualnych strukturach i zdecydowanie sprzeciwia się jego likwidacji – głosi jedno z takich stanowisk. Takiej zmiany nie można wprowadzać wbrew samorządom, które mają wynikający z ustawy obowiąz-



zek zapewnienia opieki zdrowotnej dla swoich mieszkańców. Niewątpliwie poruszeni zostaną także mieszkańcy dyskryminowanych regionów i można się spodziewać protestów na ulicach.

5. Wzrost kosztów administracyjnych

Od podziału publicznego płatnika nie zwiększy się ilość pieniędzy na świadczenia zdrowotne. Wprost przeciwnie – im więcej płatników, tym większe koszty administracyjne. Wystarczy spojrzeć na Niemcy, gdzie sięgają one 14–15 proc. wpływów ze składek. Zresztą w Niemczech obecnie dochodzi do konsolidacji płatników. W 1970 r. było tam ponad 1000 kas

Bogdan Zacharski,
ekspert BCC



for. Dziaki

Narodowy Fundusz Zdrowia, który zarządza olbrzymimi pieniędzmi, jest obecnie najbardziej stabilnym elementem systemu opieki zdrowotnej. Powodując taką zmianę, możemy zatem zdestabilizować cały system. Jako że Fundusz nie jest najsłabszym ogniwem, a wprost przeciwnie, zajmijmy się tymi słabymi – przekształceniem spoz-ów oraz problemem zadłużenia pewnej grupy z nich i innymi, które rzeczywiście trzeba pilnie rozwiązać. Przed zakończeniem tych procesów naprawczych likwidacja Funduszu i utworzenie nowych podmiotów to operacja spektakularna, ale bardzo niebezpieczna.

Xenia Kruszewska,
prezes V Capital



for. K. Zuczkowski/Forum

To krok w dobrym kierunku. Projekt przewiduje możliwość wejścia na rynek w 2012 r. prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych. Trzeba pamiętać, że taka zmiana systemowa to olbrzymie przedsięwzięcie. Doświadczenie kas chorych uczy nas, że nie można jej przeprowadzać bez niezbędnego przygotowania. Jeśli ta ustawa weszłaby w życie, towarzystwa publiczne będą mieć czas na przygotowanie się do funkcjonowania w nowych warunkach. Także świadczeniodawcy będą mogli się nauczyć w rozsądnym czasie nowych reguł gry. Ostatecznie będziemy mieć konkurencję zarówno między płatnikami, jak i świadczeniodawcami, co powinno poprawić jakość usług. Przypomnijmy sobie, że w czasach kas chorych taką konkurencję wprowadziła branżowa kasa chorych. Moim zdaniem, było to cenne i dobre doświadczenie.

Stanisława Golinowska,
dyrektor Instytutu Zdrowia
Publicznego *Collegium Medicum UJ*



for: Jakub Ochabowski/Fotoregra

Podział NFZ to pomysł niedobry, a dzisiaj nawet szkodliwy. Po pierwsze, uzasadnianie podziału NFZ wprowadzeniem konkurencji między publicznymi płatnikami jest jakimś nieporozumieniem. Co ma bowiem być przedmiotem tej konkurencji: różna składka, inny koszyk świadczeń gwarantowanych? Czy może chodzi o wzrost możliwości wyboru dla pacjenta? Na przykład pacjent z Tarnowa zapisze się do bardziej konkurencyjnego płatnika, który będzie miał siedzibę nad morzem? Jakie będzie miał z tego realne korzyści, jeśli odpowiedź na wcześniejsze pytania nie może ze względów konstytucyjnych być pozytywna? Czy pomysłodawcy dysponują argumentami w postaci symulacji korzyści z punktu widzenia interesu pacjenta oraz ze względu na lepsze zarządzanie sektorem zdrowotnym w związku z wprowadzeniem tego pomysłu?

Po drugie – nieuzasadnione zmiany organizacyjne w systemie powodują dodatkowe koszty: bezpośrednie oraz alternatywne. Bezpośrednie wynikają z tego, że podział płatnika i jego zdecentralizowane funkcjonowanie przyniesie dodatkowe koszty administracyjne. Koszty alternatywne zaś z tego, że środki wydane niepotrzebnie mogłyby mieć inne i bardzo potrzebne zastosowanie. Przypomnijmy sprawy najważniejsze: zbudowanie systemu informacji niezbędnych do poprawy zarządzania w sektorze zdrowotnym, rozwój zaplecza analitycznego dla ocen efektywnościowych tak w sferze klinicznej, jak i finansowej, bardzo pilne inwestycje w zasoby pracy: kształcenie kadr medycznych i przyzwoite wynagradzanie oraz – konieczna poprawa gospodarki lekiem. Należy dodać też niezbędną zmianę priorytetów zdrowotnych w związku z bardzo dynamicznym starzeniem się naszej populacji.

Po trzecie – nie powinniśmy komplikować systemu, który i tak jest skomplikowany i wysoce zdeintegrowany. Koordynacja takiego systemu jest trudna, a zdolności koordynacyjne jego sektorowych menedżerów ograniczone.

Zapewne za podziałem NFZ kryją się jakieś cele, które nie zostały publicznie wyartykułowane. Zakładam, że może chodzić o rozwiązania, które wymagałyby koordynacji makroregionalnej. Tylko że można to zrobić w ramach istniejących struktur.

chorych, obecnie jest ich poniżej 200, a od 1 stycznia 2009 r. nastąpi kolejna konsolidacja.

– *Kilku płatników publicznych na terenie jednego kraju sprawdza się jedynie tam, gdzie jest to silnie uwarunkowane historycznie, jak np. w Belgii, gdzie taki podział istnieje od wieku. W innych warunkach to się nie sprawdza* – mówi były minister zdrowia Marek Balicki. Podając przykład Niemiec z ich rozdrobnieniem ubezpieczycieli nie należy też zapominać, że to kraj federalny (podobnie zresztą jak mała Belgia).

Zdaniem Balickiego konieczne jest umożliwienie działalności płatnikowi niepublicznemu, przy stosowaniu sprawnego mechanizmu zapobiegającego *spijaniu śmietanki*, a nie dzielenie publicznego płatnika na mniejszych publicznych, co jest operacją kosztowną i mało sensowną. Podobną opinię wyrażał w rozmowie z *Menedżerem Zdrowia* były prezes NFZ Jerzy Miller.

Jeśli poważnie traktować zapewnienia projektodawców, że w 2010 r. towarzystwa miałyby ze sobą konkurować, to poziomu wzrostu kosztów administracyjnych nie sposób przewidzieć. Towarzystwo z siedzibą w Krakowie będzie wszak musiało zapłacić za reklamę swojej oferty w Gdańsku czy Szczecinie. Pomińmy tutaj sensowność tego działania przy geograficznie uwarunkowanej strukturze terytorialnej towarzystw oraz przy wzię-

ciu pod uwagę przywiązania Polaków do najbliższych ich miejsc zamieszkania placówek medycznych (patrz wyniki kolejnych badań Diagnozy Społecznej).

Niewątpliwie Narodowy Fundusz Zdrowia powinien przeznaczyć więcej środków na administrację, ale te pieniądze powinny być wykorzystane na zatrudnienie urzędników średniego szczebla, przede wszystkim w pionie kontroli. Tymczasem nowe fundusze to konieczność zwiększenia liczby urzędników na najwyższym szczeblu.

6. Upolitycznienie systemu

Im więcej instytucji centralnych, tym większe w nich wpływy polityków. Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych ma być powoływany przez premiera. Ta sama procedura jest obecnie zachowana przy powoływaniu prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i zmiany na tym stanowisku zachodzą w rytm wyborów oraz politycznych zawirowań pomiędzy wyborami. Następuje ruch falowy, który zmiata znaczną część kadry zarządzającej niżej. Po podziale Funduszu miotła będzie większa, bo więcej stanowisk może się pod nią dostać (siedem PTUZ oraz podległe im oddziały terenowe, które na dodatek PTUZ-y będą mogły sobie tworzyć w miarę potrzeb lub *widzimi się*). Ponadto w radach PTUZ obowiązkowo będzie zasiadał przedstawiciel ministra zdrowia. Niestety, w Polsce nader często kierownicze stanowiska są traktowane jak polityczny łup, w związku z czym zgodnie z kalendarzem wyborczym będą na nich następowały zmiany. Co systemowi całemu nie służy.

7. Mitręga dla dużych szpitali

Kiedy funkcjonowały kasy chorych, dyrektorzy dużych szpitali wysokospecjalistycznych, które przyjmują pacjentów z całej Polski, musieli przygotowywać stopy ofert dla poszczególnych kas chorych. Powodowało to duże kłopoty organizacyjne zarówno dla menedżerów w szpitalach, jak i urzędników kas chorych. Każda z kas prowadziła własną politykę kontraktowania, w związku z czym jednym z głównych haseł było *ujednoczenie zasad kontraktowania*. Po podziale NFZ na mniejsze fundusze publiczne czeka nas powtórka z rozrywki. Odwrotnością takiego procesu byłaby unifikacja, ale po co wtedy decentralizować system płatnika, zwłaszcza że centrali NFZ łatwiej wymusić pewne standardy? Kolejnym problemem dla dużych szpitali oraz dla poszczególnych towarzystw będą rozliczenia migrujących z regionu do regionu pacjentów. Kolejne pole konfliktu będzie więc czekało na rozgrywkę.

Argument nad argumentami

Zanim zajmiemy się tym planowaniem likwidacji NFZ warto odpowiedzieć na pytanie – czy w polskiej ochronie zdrowia naprawdę nie ma pilniejszych problemów? ■