

Co zrobić, aby nie zarobić i nie dać zarobić



## Obiecanki cacanki

Fot. Illustration Works/Corbis

Mam dziwne wrażenie, że w ostatnich latach Narodowy Fundusz Zdrowia opracował nowatorską metodę, w jaki sposób skanalizować wzrost sptywu składki zdrowotnej, by duża część podmiotów leczniczych otrzymywała z tego wzrostu figę z makiem. Metoda ta jest związana ze sposobem konstruowania planu finansowego, a następnie wprowadzaniem w nim zmian i ostateczną realizacją.

Mechanizmowi temu sprzyja coroczne aneksowanie umów, a co za tym idzie – ograniczenie się do ustalania warunków finansowania świadczeń na kolejny rok. W drugiej połowie lipca NFZ przedstawił projekt planu finansowego na 2016 r., w którym założył wzrost przychodów do 104,3 proc. planowanych na 2015 r., co się przekłada na nieco ponad 3 mld zł. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej zaplanował zaś na 106,8

proc. tego roku, co z kolei oznacza wzrost o ponad 4,4 mld zł. Wśród komentatorów zapanowała niemalże euforia. W mediach podkreślano zarówno wzrost kwoty, jak i niektóre elementy planu, takie jak wzrost nakładów na podstawową opiekę zdrowotną (POZ) w wysokości ponad 20 proc., co ma dać ponad 1,6 mld zł. Tyle że na te dodatkowe pieniądze mogą liczyć prawdopodobnie tylko nieliczni, niekoniecznie lekarze rodzinni.



„Swoje koszty NFZ planuje prawie całkowicie swobodnie, zwłaszcza te dla nas najważniejsze, czyli świadczeń opieki zdrowotnej”

### Metoda tworzenia planu

Nie można mieć specjalnych pretensji do Funduszu o sposób tworzenia założeń przychodowych do planu, gdyż są one w dużej mierze zależne od wytycznych ministerialnych, skorelowanych z założeniami do przyszłorocznego budżetu państwa. Co prawda prognozowane przychody ustala prezes NFZ, ale czyni to w uzgodnieniu z resortami zdrowia i finansów. Przewidywana liczba pracujących we wszelkich formach czy średnie wynagrodzenie będące podstawą przewidywanej ściągłości składki zdrowotnej są Funduszowi w dużej mierze po prostu narzucane. To samo dotyczy składki płaconej przez KRUS czy np. dotacji na ratownictwo medyczne.

Swoje koszty natomiast NFZ planuje prawie całkowicie swobodnie, zwłaszcza te dla nas najważniejsze,

czyli świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie wniosków dyrektorów oddziałów wojewódzkich wybiera priorytety, na które kieruje dodatkowe pieniądze wynikające ze wzrostu planu. Także w tym wypadku, przynajmniej teoretycznie, nie można tym zasadom niczego zarzucić. Ale diabeł jak zawsze tkwi w szczegółach.

### Rezerwy i inne kieszonki

Narodowy Fundusz Zdrowia nie przeznaczają, jak się okazuje, wszystkich swoich pieniędzy na zakup świadczeń zdrowotnych. Jak zapobiegliwy gospodarz tworzy dopuszczalne prawem rezerwy, aby z jednej strony zapobiec sytuacji braku funduszy na zapłatę za zakontraktowane usługi w wypadku hipotetycznego załamania się ściągłości składki, a z drugiej dysponować dodatkowymi pieniędzmi, które może dzielić już według uznania, po zakończeniu procesu uzgadniania wysokości kontraktów na kolejny rok. Ustawowo wymagana jest rezerwa ogólna w wysokości 1 proc. planowanej składki, która w 2015 r. wynosiła ok. 668 mln zł, a w 2016 r. wyniesie ok. 693 mln zł.

Rezerwą dobrowolną jest odpis aktualizujący składkę należną, czyli rezerwa na jej przewidywaną nieściągalność. Tworzy się ją w sytuacjach kryzysu gospodarczego, kiedy nie ma pewności, że planowane przychody zostaną zrealizowane. Odpis ten tworzono za prezesury Jerzego Millera oraz Andrzeja Sośnierzera i rozwiązywano w ciągu roku. Można go było tłumaczyć depresją gospodarczą lat 2001–2005, choć niezrozumiałe było tworzenie go w latach boomu po wejściu Polski do UE – 2006–2007. Później optymistycznie zaniechano tworzenia rezerwy pomimo kryzysu gospodarczego, aby zupełnie niespodziewanie utworzyć ją w planie na rok 2015 w wysokości ponad 576 mln zł. Rezerwa ta już zresztą została częściowo rozwiązana i obecnie wynosi prawie 530 mln zł. Na 2016 r. tego odpisu już się nie planuje.

Jest jeszcze rezerwa na koszty świadczeń wynikających z przepisów o koordynacji, czyli wykonywanych poza granicami kraju, która na 2015 r. wynosi 550 mln zł, a na 2016 r. została zaplanowana w wysokości 535 mln zł. Wieść niesie, że właśnie z tej rezerwy mają być finansowane podwyżki dla pielęgniarek, co oznacza, że została ona bardzo mocno przeszacowana. Oznacza oczywiście jeszcze to, że drzwi, które UE szeroko otworzyła dla swoich mieszkańców potrzebujących pomocy medycznej przy niewydolności krajowych systemów, w Polsce zatrzasknięto z hukiem.

I jest jeszcze najnowsza rezerwa zaplanowana na 2016 r., wynikająca z ustawy refundacyjnej – na programy lekowe, których jeszcze nie ma i nie wiadomo, czy będą, ale mogą być – w wysokości 603 mln zł. Jeżeli zsumować te odpisy, w każdym roku mamy niemal 2 mld zł, które nie są brane pod uwagę przy ustalaniu finansowania szpitali i przychodni na kolejny rok.

Ostatnią kieszonką jest praktyka przyjęta w oddziałach Funduszu, polegająca na niekontraktowaniu

100 proc. pieniędzy przeznaczanych na zakup świadczeń i pozostawianiu zakładek, np. na świadczenia nielimitowane, także w bardzo bezpiecznych wysokościach.

### W ubiegłych latach

Warte obserwacji jest ponadto wykonanie planu finansowego w kolejnych latach, bo powoli praktyką staje się uzyskiwanie przez NFZ corocznego zysku z działalności. Co prawda NFZ pomimo swojej nazwy nie jest funduszem celowym państwa i nie jest zobowiązany do realizacji założonego z góry planu, ale uzyskiwane przezeń zyski powoli zaczynają być irytujące. Na 2013 r. Fundusz miał założony w planie pierwotnym wynik netto na poziomie 0 zł, lecz w jego sprawozdaniu finansowym ostatecznie uzyskano zysk w wysokości 146 mln zł. Można było powiedzieć, że to detal, ale wynik ten uzyskano dzięki oszczędnościom na kosztach zakupu świadczeń. Na 2014 r. NFZ założył stratę w wysokości niemal 241 mln zł, ale w sprawozdaniu finansowym za ten rok wykazał zysk w wysokości ponad miliarda złotych. Odbyło się to kosztem oszczędności na zakupie świadczeń w wysokości niemal 1,2 mld zł. Nie mam czasu na przeglądanie wyników spółek giełdowych, ale prawdopodobnie poza bankami mało która osiągnęła taki zysk. No, może KGHM albo Orlen. Co ciekawe, w 2014 r. NFZ kilkakrotnie zmieniał plan i ostatni zakładany wynik miał być stratą w wysokości 1,25 mld zł. Oznacza to, że ostatecznie osiągnięto wynik lepszy o ponad 2,3 mld zł od założonego. I to wszystko w otoczeniu mizerności finansowego systemu i jego uczestników.

Plan finansowy na 2015 r. zakładał po raz kolejny zbilansowanie działalności, choć po zmianach, które nastąpiły w pierwszych 7 miesiącach, przewiduje już stratę w wysokości ponad 1,5 mld zł. Obserwując jednak praktykę lat ubiegłych, można się obawiać, że strata ta jest wykazywana tylko przejściowo, a za rok zobaczymy w sprawozdaniu kolejny zysk. Zwłaszcza że Fundusz nie rozwiązał jeszcze zaplanowanych rezerw. Jednak o tym, kto skonsumował wzrost kosztów NFZ w tym roku – za chwilę.

### Majstersztyk z POZ

Dwudziestoprocentowy wzrost nakładów na POZ w planie finansowym NFZ na 2016 r. wygląda jak cud rozmnożenia chleba nad Jeziorem Galilejskim. Tymczasem jest on tylko dobrze sprzedanym ratowaniem tego, co narozrabiano na przełomie lat 2014/2015.

Myślę, że czytelnikom nie trzeba przypominać gorzącego sporu pomiędzy Bartoszem Arłukowiczem a Porozumieniem Zielonogórskim, który rozgrzał scenę polityczną, ale nie tylko w grudniu 2014 i styczniu 2015 r. Nasz dzielny minister, starając się wprowadzić pakiet onkologiczny, na rympał nieco zlekceważył organizację lekarzy rodzinnych, która swoją skuteczność



okazała już kilkakrotnie. Zapomniał też, że do Porozumienia Zielonogórskiego powrócił jako negocjator zwolniony wcześniej z Ministerstwa Zdrowia Marek Twardowski. Obaj za to rozumieli dobrze, że bez współdziałania lekarzy rodzinnych pakiet onkologiczny nie ma racji bytu, bo ścieżka pacjenta w systemie nie ma się od czego zacząć. No i na koniec obaj musieli zawrzeć kompromis, który był do przyjęcia przez obie strony konfliktu. Po kilku miesiącach mam wrażenie, że znacznie większy sukces negocjacyjny odniósł Marek Twardowski. Co prawda zwiększenie stawki kapitałowej zostało okupione zmniejszeniem finansowania poprzez wykreślenie z list osób potencjalnie lub prawdopodobnie nieubezpieczonych, czyli tzw. świecących na czerwono w eWUŚ, i rezygnacją z potrójnego finansowania osób chorych na cukrzycę i choroby układu krążenia. Można to jednak było uznać za czyszczenie systemu poprzez wykupienie wątpliwych praw nabytych lekarzy rodzinnych. Tymczasem okazało się, że pomimo tych „mechanizmów kompensujących” na POZ trzeba przeznaczyć o wiele większe fundusze, niż





„Z roku na rok sytuacja szpitali prowincjonalnych się pogarsza i jest to wynik polityki kontraktowania prowadzonej przez NFZ”

przewidziano w planie finansowym NFZ. Już w połowie lipca 2015 r. potrzebna była kolejna jego zmiana, zwiększająca kwotę na finansowanie tego rodzaju świadczeń z 7,8 mld zł do ponad 8,9 mld zł. Ponieważ w planie na 2016 r. tkwi dumna liczba 9,4 mld zł, a rok się jeszcze nie skończył, oznacza to, że wzrost finansowania w przyszłym roku jest konsumowany tu i teraz. Po pierwsze zatem, nie należy się spodziewać niczego specjalnego, jeżeli chodzi o wzrost finansowania lekarzy rodzinnych w przyszłym roku, po drugie, większość zakładek tegorocznych pochłonie właśnie ten rodzaj świadczeń, więc drżycie reprezentanci innych dziedzin medycyny. Jeżeli nie będzie o wiele większej ściągalności składki, transparentnie rozdzielanych dodatkowych pieniędzy w tym roku wiele nie będzie.

### Kolejna zakładka

Fundusz nie byłby sobą, gdyby nawet w tej sytuacji nie chciał utworzyć kolejnej zakładki. W planie na 2016 r. zapewniono pieniądze na ten rodzaj świadczeń przy założeniu, że „wszyscy świadczeniodawcy będą

realizować indywidualną formę sprawozdawczości z wykonanych badań diagnostycznych”. Dla przypomnienia – ustalono z Porozumieniem Zielonogórkim, że poszerzony katalog badań diagnostycznych będzie wykorzystywany przez lekarzy rodzinnych, a ich wykonywanie spowoduje kolejny kilkuzłotowy wzrost stawki kapitałowej. Kiedy Porozumienie Zielonogórkie proponowało, aby te pieniądze zostały „oznaczone”, Ministerstwo Zdrowia się na to nie zgodziło, obawiając się, że po kilku miesiącach skończą się fundusze na diagnostykę i lekarze odmówią kolejnych skierowań. No to przypisano je bezwarunkowo do stawki, a jak informują media, w pierwszym kwartale 2015 r. wykonano nie więcej badań niż w analogicznym okresie roku poprzedniego. Czy to się zmieni w następnych miesiącach – czas i statystyka pokażą. Mimo to założenie Ministerstwa Zdrowia, że dla kilkuzłotowego wzrostu stawki kapitałowej lekarze rodzeni zechcą ponieść nieadekwatne koszty diagnostyki, okazało się co najmniej nierealne. Narodowy Fundusz Zdrowia natomiast doskonale wie, że nie wygzekwuje tych badań od lekarzy rodzinnych, ale ma doskonały sposób na stworzenie kolejnej zakładki w planie.

### Szpitala powiatowe

Cały opisany wyżej, dość skomplikowany, a może dla niektórych zupełnie prosty, mechanizm prowadzi do jednego – pozostawienia w gestii NFZ znacznych funduszy, które po zakończeniu negocjacji zmierzających do ustalenia kontraktów na kolejny rok mogą być przezeń wykorzystywane w dowolny sposób. Problem ma na dodatek podwójne dno. Po pierwsze, tzw. priorytety ustalane przy tworzeniu planu powodują, że nie wszystkie szpitale i przychodnie biorą udział w podziale dodatkowych pieniędzy, którymi dysponuje Fundusz. Po drugie, wszelkie utworzone zakładki, a także dodatkowe pieniądze trafiające do oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie zmian planu finansowego, także są dzielone według wymienionych priorytetów, ale też indywidualnych decyzji dyrektorów oddziałów. Zapewne część z tych decyzji jest sensowna, ale co do wielu można mieć wątpliwości, zwłaszcza przy takim upolitycznieniu życia jak w Polsce. Wystarczy tylko przypomnieć doniesienia medialne dotyczące lobbowania na rzecz określonych podmiotów przez osoby ze szczytów ministerstwa i NFZ.

„Na 2014 r. NFZ założył stratę w wysokości niemal 241 mln zł, ale w sprawozdaniu finansowym za ten rok wykazał zysk w wysokości ponad miliarda złotych”



Fot. iStockphoto

Grupą podmiotów leczniczych najbardziej dotkniętą przez tę metodę są szpitale powiatowe – drugi fundament systemu obok lekarzy rodzinnych. Może trudno mi zachować w tej sprawie bezstronność, ponieważ od ponad trzech lat zarządzam szpitalem spółką samorządową, pełniąc taką właśnie funkcję. Jednak zdobyta w tym czasie wiedza pozwala mi tę tezę postawić.

Szpitale powiatowe przyjmują większość pacjentów hospitalizowanych w Polsce. Są to praktycznie wszyscy mieszkający poza metropoliami i miastami, w których uruchomiono tzw. szpitale wojewódzkie, a według danych GUS populacja wsi i miast liczących poniżej 100 tys. mieszkańców stanowi znacznie więcej niż połowę Polaków. Ciekawostką jest, że przeprowadzone przez dolnośląski NFZ analizy produktowe wykazały, że w tych szpitalach struktura interwencji na oddziałach zabiegowych nie różni się od szpitali wojewódzkich czy resortowych.

Tymczasem według informacji zebranych przez Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych, do którego należy także zarządzany przeze mnie szpital, nominalny wzrost kontraktów szpitali powiatowych w ostatnich 5 latach wyniósł poniżej 4 proc., co przy uwzględnieniu skumulowanej inflacji oznacza kilkunastoprocentowy spadek finansowania. W tym samym czasie szpitale podległe marszałkowi województwa uzyskały wzrost finansowania co najmniej kompensujący inflację, a szpitale podległe Ministerstwu Zdrowia, in-

nym resortom, a zwłaszcza uczelni medycznej – wzrost znacznie ją przekraczający. Z kolei – żeby utrzymać proporcje – wzrost pierwotnych planów finansowych NFZ w latach 2011–2015 wyniósł ponad 15 proc.

Trudno się temu dziwić, jeżeli spojrzymy na priorytety, którymi najczęściej są świadczenia wysokospecjalistyczne, a równocześnie na siłę lobbingową właścicieli odpowiednich szpitali. Mimo to fakt jest faktem: z roku na rok sytuacja szpitali „prowincjonalnych” się pogarsza i jest to wynik polityki kontraktowania prowadzonej przez NFZ. Stawia to w cokolwiek innym świetle informacje o rosnących nakładach na system opieki zdrowotnej i pozwala porównać frustrację słabszych uczestników systemu z frustracją większości społeczeństwa, która nie korzysta z szeroko rozgłaszanego wzrostu gospodarczego naszego kraju.

### Czy w tym szaleństwie jest metoda?

To wcale nie jest dobre pytanie. W warunkach znacznego niedofinansowania naszego systemu opieki zdrowotnej metody stosowane przez NFZ mają sens o tyle, że teoretycznie pozwalają przekazywać dodatkowe pieniądze na świadczenia uznawane za priorytetowe. Jednocześnie hamują wzrost, a dodatkowo – uwzględniając inflację czy coraz to nowe obowiązkowe standardy – ograniczają fundusze na świadczenia podstawowe. W wypadku szpitali powiatowych oznacza to np. brak pieniędzy na internę, której nie zastąpi promowana ostatnio geriatryka w szpitalach specjalistycznych, co potwierdził całkiem niedawno sam minister zdrowia Marian Zembala. Jeżeli zgodzimy się ponadto, że nieustalenie zasad podziału dodatkowych pieniędzy jest co najmniej zaproszeniem do nadużyć, metoda przyjęta przez NFZ może być uznana za wysoce ryzykowną.

Jest kilka rozwiązań, które mogłyby co najmniej ograniczyć opisane wyżej pola zagrożeń bez ryzyka dla finansów NFZ. Ale to temat na inny artykuł. Obecnie można się spodziewać tylko jednego. Podstawowa opieka zdrowotna w 2016 r. otrzyma takie same pieniądze, jakie uzyskała w bieżącym roku. Inne podmioty otrzymają takie same kontrakty lub minimalnie wyższe niż miały w styczniu 2015 r. i będą żebrały o jakiegokolwiek wzrosty lub sfinansowanie nadwykonań lat ubiegłych. Ci, którzy są bliżej pańskiego stołu lub mają możniejszych mecenasów, uzyskają finansowanie dodatkowych produktów lub zwiększenie finansowania istniejących zakresów. Świat nie będzie sprawiedliwy, bo sprawiedliwości nie ma na tym świecie. Ale NFZ wygeneruje po raz kolejny dobry wynik netto na koniec roku, ponieważ dba o pieniądze publiczne, które w innym miejscu można swobodnie przepuścić, np. na projekt elektrowni atomowej. Tyle że to nie ma wiele wspólnego z oczekiwaniami pacjentów tkwiących w kolejkach do endoprotezoplastyk, leczenia zaćmy czy ambulatoryjnych konsultacji specjalistycznych.

Maciej Biardzki