

Pora pożegnać się z dzisiejszym sposobem reglamentowania świadczeń medycznych



Precz z limitami

Bartłomiej Leśniewski

Socialismo o muerte (socjalizm albo śmierć) – w tym hasle zawarta jest cała determinacja, z którą dyktator Kuby zamierza bronić (nie)porządku na wyspie. Z podobną determinacją polskie Ministerstwo Zdrowia podchodzi dziś do innego nieporządku: wyznaczonych przez NFZ limitów na świadczenia w ochronie zdrowia. Tymczasem nie należy się zastanawiać nad tym, czy warto tych limitów bronić, ale czym je zastąpić.

Bo czego tak naprawdę broni resort zdrowia, broniąc limitów? Wyliczmy po kolei: wielomiesięcznych kolejek, nieustannych awantur o pieniądze za nadwykonania, premiowania drogich procedur ratunkowych kosztem tańszych zabiegów planowych, faworyzowania najbogatszych kosztem biedniejszych, w końcu: braku kontroli nad wydawanymi kwotami (bo limity można przecież obejść i obchodzi się je już dziś). Ma rację minister Jakub Szulc, kiedy przekonuje, że jakiś sposób reglamentacji świadczeń medycznych trzeba narzucić we współczesnym świecie. Nakłady na ochronę zdrowia można mnożyć w nieskończoność, ktoś musi pilnować kasy. Ale dlaczego za pomocą limitów NFZ? Instrumentu, który się nie sprawdził i nie ma szans na skuteczne funkcjonowanie, co już dziś widać gołym okiem.

Kolejki

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Pełzyny w Kaliszu pacjenci zakwalifikowani do planowej operacji wstawienia protezy stawu kolanowego muszą czekać 582 dni. W wypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego kolejka jest krótsza o 74 dni, czyli czas oczekiwania wynosi „jedynie” 508 dni! Na wizytę w poradni chirurgii naczyniowej i reumatologicznej czy gastroenterologii dziecięcej można liczyć dopiero po trzech miesiącach od momentu zarejestrowania się. Czy to dowód szczególnej nieudolności kaliskiego szpitala? – *Ależ skąd, wielotygodniowe czy wielomiesięczne kolejki to ogólnopolska norma. Szpitale mogą wykonać tyle zabiegów, ile zapisał w kontrakcie NFZ. Nie tyle, ile potrzeba, a tyle, ile uzna urzędnik* – mówi Marek Balicki, były minister zdrowia, obecnie dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie. – *NFZ płaci szpitalom według własnego uznania, nie patrząc na rzeczywiste zapotrzebowanie konkretnej placówki* – mówi Artur Tarasiewicz, rzecznik kaliskiego szpitala.

Kto ustala tak nieżyciowe limity? W Polsce ukształtowały się one po reformie powołującej kasy chorych, na drodze corocznych negocjacji między szpitalami a płatnikiem. W wypadku większości chorób nikt nie przeprowadził rzetelnych badań epidemiologicznych, nie ma baz danych, wiedzy o potrzebach. – *Co roku odbywa się targ między szpitalami a płatnikiem, w którym argumentem nie są potrzeby, lecz liczba zabiegów wykonanych w poprzednich latach* – mówi Rafał Janiszewski, niezależny ekspert w sprawach ochrony zdrowia.

Zagrożenie życia

System limitów narzucanych przez świadczeniodawców ma, bo mieć musi, istotne ograniczenie ze

względów humanitarnych. Limitów przestrzega się, gdy chodzi o świadczenia planowane. Co do procedur ratujących życie – limity nie obowiązują. – *I jedno z drugim to już kpina ze zdrowego rozsądku, wiedzy medycznej i zasad ekonomicznych i narażanie pacjenta na niedopuszczalne ryzyko. Bo oznacza to, że pacjenta nie wolno leczyć, gdy jego stan jest w miarę dobry, należy z tym poczekać, aż się pogorszy i zagrożone będzie jego życie, by móc uzasadnić przed płatnikiem zastosowanie procedur ratunkowych* – mówi Maciej Murkowski ze Szpitala Polskich SA.



foto: Dzik

Marek Balicki

dyrektor Szpitala Wolskiego, były minister zdrowia

– Z tego co wiem, w żadnym kraju nie obowiązuje system kontraktowo-limitowy w takim kształcie jak w Polsce. Jak zatem odbywa się reglamentacja? Po prostu, płatnik – czy to prywatny, czy to publiczny – dysponuje odpowiednimi i rzetelnymi danymi epidemiologicznymi. I na tej podstawie zawiera umowy z ubezpieczonymi pacjentami, ustala składkę, wylicza rezerwę na wypadek zdarzeń nieprzewidzianych, epidemii itp. Czyli najpierw stara się przewidzieć, jakie będzie zapotrzebowanie na konkretne świadczenia, a gdy jego przewidywania się nie sprawdzą, gdy źle wyliczy potrzeby, stanie wobec zdarzenia nieprzewidzianego: ponosi ryzyko, bierze odpowiedzialność. Płatnicy dokładają starań, by dobrze wyliczyć potrzeby, mieć rzetelne dane epidemiologiczne, a w razie potrzeby skontrolować świadczeniodawców, sprawdzając w konkretnych przypadkach, czy nie nadużywają oni zaufania, nie udzielają świadczeń w sytuacji, gdy nie są one potrzebne.

W Polsce tak nie jest. W Polsce płatnik umywa ręce od ryzyka, źle oblicza zagrożenie epidemiologiczne. Po co miałby to robić, skoro i tak chronią go limity?



prof. Krzysztof Opolski

ekspert zarządzania ochroną zdrowia
Uniwersytetu Warszawskiego

– Filozofia obecnego systemu wygląda w skrócie tak: „najpierw wydzielimy pieniądze na ochronę zdrowia, a potem się zastanowimy, jak i na co je wydać”. Tak być nie może. Trzeba najpierw zdefiniować potrzeby, zobaczyć, jakie są nasze rzeczywiste potrzeby dotyczące świadczeń zdrowotnych, a potem określić, ile z tych świadczeń można refundować, a ile pozostawić do współpłacenia i dodatkowych ubezpieczeń. I nasz system zmierza w tę stronę, powstaje koszyk świadczeń medycznych. Właśnie koszyk w ostateczności powinien zastąpić obowiązujący system limitów i kontraktów. Podobnie z problemem reglamentacji świadczeń medycznych starają się poradzić sobie nasi najbliżsi sąsiedzi – Czesi, Węgrzy.

Olbrzymim kłopotem w Polsce jest to, że z powodów ideologicznych próby zmiany obecnego systemu limitowo-kontraktowego są torpedowane albo nieustannie odkładane „na później”. To źle, bo dzięki temu mamy budżet „sztywny”, a nie „zadaniowy”, „celowy”. Z tego powodu mamy więcej zgryzot niż korzyści. Z jednej strony daje to względne poczucie bezpieczeństwa, że wydatki na zdrowie nie wymkną się nam spod kontroli, z drugiej jednak marnotrawimy środki, bo często wydajemy je na oślep, bez rzeczywistego rozeznania potrzeb.

Co zatem zrobić z pacjentem zakwalifikowanym do operacji kamicy żółciowej i odesłanym do wielotygodniowej kolejki, bo wyczerpały się limity na to świadczenie? Według chorej logiki limitów i przepisów NFZ, należy poczekać, aż wystąpią powikłania, na przykład zagrażająca życiu żółtaczka. Wtedy z czystym sumieniem i w zgodzie z przepisami NFZ będzie można uratować mu życie i wyleczyć. Całe szczęście, że środowisko lekarskie stosuje bierny opór wobec logiki NFZ i limitów. Inaczej polski system ochrony zdrowia musiałby zostać uznany za nieludzki i okrutny.

Promowanie drożyzny

Limity i przepisy, prócz tego, że są nieludzkie, znacznie przedrażają funkcjonowanie ochrony zdrowia. Zaplanowany zabieg jest znacznie tańszy niż wykonywany w trybie ratującym życie, wysokospecjalistyczny. Odpada też koszt leczenia powikłań, których można



Michał Kamiński

były wiceprezes NFZ

– System limitów i kontraktów to rozwiązanie na czas przejściowe. Jego główną zaletą jest to, że to instrument tani w obsłudze, niewymagający budowy licznej i drogiej administracji zajmującej się kontrolą merytoryczną świadczeniodawców, taryfikacją, liczenia kosztów itp. To przesądziło o jego wyborze, my po prostu nie tylko nie mieliśmy środków na budowę takiej administracji, my nawet nie mieliśmy fachowców i specjalistów, którzy mogliby się zająć obsługą takiego systemu sprawozdawczo-kontrolnego.

Kontrakty i limity, jak każdy inny tani i stosunkowo prosty instrument, ma swoje liczne wady. I trzeba od niego odchodzić. Ja jednak byłbym przeciw rewolucyjnym zmianom, sądzę, że potrzebne są tu zmiany ewolucyjne. Odchodzenie od limitów nie „skokowo”, ale na drodze ewolucji. Już teraz limity nie są sztywne, bo nie obowiązują w wypadku zabiegów ratujących życie. Pora pomyśleć o rozluźnieniu limitów poprzez wypracowanie sposobu rozliczania świadczeń ponadlimitowych, świadczeń finansowanych przez instytucje ubezpieczeniowe. Czyli o budowie rynku – takiego jak za naszą zachodnią granicą. Bądźmy realistami: nie zrobimy tego z dnia na dzień, ale krok po kroku, przez dłuższy czas. Pilnujmy jedynie, by system zmieniał się w pożądanym kierunku.

uniknąć, gdy interwencja medyczna przyjdzie na czas. – *I jeszcze jedno, czego nikt w polskiej ochronie zdrowia zdaje się nie zauważać. Pacjent, który dostanie świadczenie szybko, szybciej wróci do zdrowia i pracy, krócej będzie pobierać zasiłek chorobowy, wcześniej zacznie zarabiać* – mówi Jacek Ruszkowski, dyrektor Centrum Zdrowia Publicznego Akademii Leona Koźmińskiego. – *Płacimy gigantyczne pieniądze za to, że pacjenci czekają w kolejkach po świadczenie, niezdolni do pracy. Tyle że te pieniądze nie obciążają budżetu NFZ, a przetrzucane są na ZUS, budżet państwa, pracodawców* – dodaje.

Zdrowie dla bogatych

Kto zatem ma szansę na tanie i szybkie leczenie? W Polsce wyłącznie ludzie zamożni. Tacy, których stać na ominięcie kolejek i skorzystanie z usług prywatnego świadczeniodawcy, bez oglądania się na publicznego płatnika. Obecny system kontraktów



foto: Archiwum

prof. Tomasz Opala

dyrektor Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego przy ul. Polnej w Poznaniu

– Limity to zma i bardzo łatwo można je zastąpić o wiele sprawiedliwszym i przyjaznym pacjentowi systemem: akredytacji i legitymacji ubezpieczeniowych z kartami chipowymi. Pacjent wyposażony w odpowiedni dokument potwierdzający optacenie składki sam by wybierał szpital, w którym odebrałby swoje świadczenie. Jedynym warunkiem byłoby to, że wybrany szpital musi mieć odpowiednią akredytację, swego rodzaju świadectwo bezpieczeństwa, dopuszczenie do wykonywania określonego rodzaju świadczeń. To znacznie lepsze rozwiązanie od obowiązującego obecnie, kiedy to pacjent idzie nie do szpitala lepszego, a do tego, który jeszcze nie wyczerpał limitów. Co oznacza, że nie może wybrać jakości, musi dopasować się do kontraktu.

Staram się zrozumieć punkt widzenia decydentów, dostrzec jakiegokolwiek zalety limitów. I ich nie dostrzegam, może poza jednym: dają one instrument do arbitralnego, administracyjnego kontrolowania kosztów. Ale taka administracyjna kontrola to najgorsza z możliwych form kontroli. O wiele lepsza jest metoda rzetelnej analizy kosztów, potrzeb, epidemiologii, wprowadzenia współpłacenia, dodatkowych ubezpieczeń. Sprawdziła się ona ostatecznie w większości krajów świata, nie rozumiem, dlaczego tak bronimy się przed tym, by z tych doświadczeń skorzystać.

i limitów wyraźnie upośledza osoby niemogące wyłożyć z własnej kieszeni pieniędzy na pokrycie operacji czy konsultacje ze specjalistą, odsyłając je do kolejek.

Promowanie tandety

Publiczna klinika X zainwestowała miliony złotych w sprzęt, wyposażenie, ma najlepszych fachowców leczących jaskrę, zaćmę, znikomy odsetek powikłań. Publiczna klinika Y ma gorsze wyniki, sprzęt jest starszy, fachowcy gorsi. W teorii do kliniki X pacjenci powinni walić drzwiami i oknami, nowoczesny sprzęt pracować na dwie zmiany, a szpital Y – świecić pustkami i martwić, jak odbudować reputację i ściągnąć pacjentów. – *W teorii, w praktyce w większości krajów, ale nie w Polsce. W Polsce obie kliniki wykonują tyle zabiegów, ile mają w limicie. Po jego wyczerpaniu sprzęt, drogi czy tani, zostanie zamknięty na klucz razem z salą zabiegową czy operacyjną* – mówi Marek Balicki. – *Moim zda-*



foto: Dąbki

prof. Jacek Ruszkowski

Centrum Zdrowia Publicznego Akademii Leona Koźmińskiego

– Obecny system limitów i kontraktów to najgorszy z możliwych systemów kierowania ochroną zdrowia. Można go określić słowami „administracyjny”, „nakazowo-rozdzielczy”. Sami się na niego skazaliśmy i powinniśmy zrobić wszystko, by jak najszybciej się z niego wykaraskać.

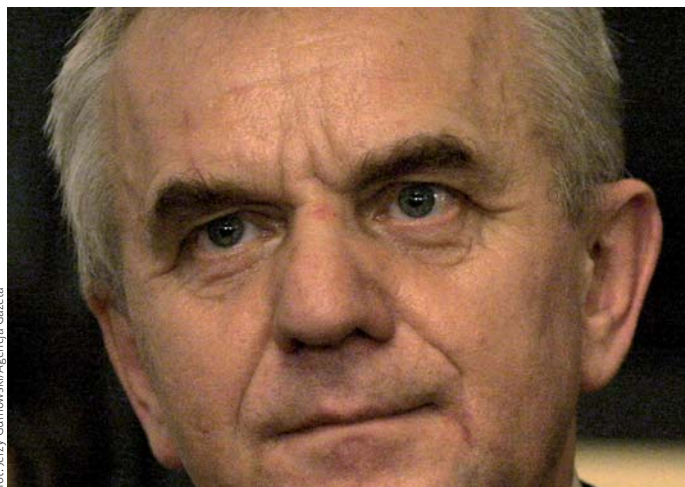
Do tego niezbędne jest jedno: używając języka ekonomicznego – kontrola ordynacji. To znaczy: aparat, który potrafiłby skontrolować, czy szpital lub inna placówka wykonała świadczenie niezbędne z punktu widzenia potrzeb pacjenta, czy nie nadużyła zaufania albo czy nie odmówiła w sposób nieuzasadniony dokonania świadczenia niezbędnego z punktu widzenia pacjenta i państwa. Jak dotychczas my tego skontrolować nie potrafimy. A bez tego trudno nawet pomyśleć o innych formach rozliczania świadczeń niż ta, która obowiązuje obecnie.

Obecny system tłumi rozwój ochrony zdrowia. Nie mając rozeznania w tym, co jest rzeczywistą potrzebą pacjenta, co możemy zagwarantować, a czego nie – nie potrafimy na przykład prawidłowo określić, jaki zakres świadczeń powinien obowiązywać w podstawowej opiece zdrowotnej, jaki w dziedzinie porad ambulatoryjnych, jaki w szpitalu. Rządzi kontrakt, limit, ryczałt dla POZ i do tych limitów, a nie zdrowego rozsądku, dostosowuje się cała ochrona zdrowia.

niem, to narusza prawo pacjenta do wyboru szpitala, kliniki czy poradni. Bo choć w teorii to prawo jest zapisane, w praktyce pacjent zmuszony jest do wyboru nie tej placówki, która jest lepsza, a tej, która jeszcze nie wyczerpała limitów – dodaje.

Nieszczelny system

Obrońcy obowiązującego systemu limitów i kontraktów podnoszą ważki argument finansowy. Mówi o tym w wywiadzie zamieszczonym w niniejszym numerze Adam Fronczak, wiceminister zdrowia. Jego zdaniem, obecny system zapewnia wprawdzie niedoskonałą, ale w miarę poprawną stabilność finansową, przewidywalność wydatków. Tyle że ta przewidywalność jest mocno ograniczona, a szczelność wątpliwa, bo nad systemem jak wielka śniegowa kula wisi masa zobowiązań związanych z nadwykonaniami. I tylko nieudolności służb prawnych



fot. Jerzy Gumowski/Agencja Gazeta

prof. Jan Sobiech

ekspert ochrony zdrowia Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu

– Limity i kontrakty – to zło, ale i nierozzerwalny element systemu opartego na monopolu NFZ. Aby odejść od limitów, trzeba zreformować cały system ochrony zdrowia. W obecnej sytuacji NFZ jest nie tylko płatnikiem, ale instytucją w praktyce realizującą politykę zdrowotną państwa. I temu właśnie służą limity i kontrakty. Dopóki nie pojawi się konkurencja dla NFZ, możliwość wprowadzenia skuteczniejszych i lepszych niż limity sposobów reglamentacji świadczeń medycznych istnieje tylko teoretycznie. Byłaby realna, gdyby NFZ został zwolniony z odgrywania roli instrumentu kształtowania polityki zdrowotnej w Polsce i ograniczył się do roli płatnika. Ale na to w ogóle się nie zanoszą.

Jedyną receptą na zniesienie limitów jest postulowana od lat głęboka reforma systemu ochrony zdrowia. Bez niej ani rusz.

szpitali NFZ zawdzięcza, że ta wielka kula śniegowa nie zamieniła się jeszcze w lawinę pozwów i przegranych przez NFZ spraw. Droga od złożenia pozwu do uzyskania zwrotu za nadwykonania od funduszu nie jest prosta i być może dlatego świadczeniodawcy uciekają się do niej niechętnie. Ale procesować się warto: według ostatnich danych, co trzeci proces

„ W żadnym kraju limity i kontrakty w takiej formie jak w Polsce nie obowiązują ”

o zwrot za nadwykonania kończy się sukcesem. Trzeba do tego doliczyć nieznaną dokładnie kwotę, którą NFZ wypłacał w ramach ugody pozasądowej i za wycofanie pozwu.

Nadwykonania tymczasem były, są i będą, bo zostały wpisane w istotę mechanizmu kontraktów i limitów. – *Kolejka w psychiatrii? To dopiero paranoja!* – w ten sposób mechanizm powstawania nadwykonania tłumaczy Janusz Kołakowski, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy (Podkarpatcie). – *Sądy piszą, że mam natychmiast przyjmować, bo ludzie niszczą siebie, rodziny. Ci ludzie wymagają pomocy od zaraz, nie według kolejki* – dodaje.

Przyjmował więc pacjentów, brnął w nadwykonania, a gdy uzbierało się 307 tys. zł, podał sprawę do sądu. I wygrał. NFZ jest w dużej mierze dłużnikiem tych świadczeniodawców, którzy wahają się z decyzją o złożeniu pozwu. Co trzeci pozew wygrywa!

Skończyć eksperyment

W żadnym kraju limity i kontrakty w takiej formie jak w Polsce nie obowiązują. Istnieją inne sposoby reglamentacji: umowy z ubezpieczycielami, budżety szpitalne, ograniczenia w dostępie do infrastruktury. Ale nie limity wyznaczone przez urzędnika. Taki sposób reglamentacji powoduje twórczą sprawozdawczość medyczną. W Polsce ludzie chorują na to, na co NFZ wyznaczy limit. Innych chorób jakby nie było, statystyka ich nie ujawnia. Obowiązuje zatem epidemiologia fikcji. Gdy tylko w taryfikatorach funduszu zapisana zostanie porządna wyce na terapii, natychmiast pojawiają się liczne przypadki schorzeń wymagających takiego leczenia. Gdy wyce na zostaje obniżona, zapadalność na te choroby maleje. Tuż za Odrą, tuż na południe od Sudetów i Karpat najpierw zbierane są dane epidemiologiczne, a potem zapada decyzja, czy płatnika stać na leczenie tych chorób i jak znaleźć na to leczenie pieniądze. W Polsce odwrotnie: najpierw NFZ ustanawia limit i kontrakty, przez co z góry ustala, na co i w jakiej liczbie wolno zachorować w danym roku Polakom, a potem... Potem same zmartwienia, jak sobie poradzić z tym, że odgórne ustalenia nie pasują do rzeczywistości.

Co zyskujemy? Jedyne poczucie, że państwo ma kontrolę nad finansami w ochronie zdrowia. Mylne, bo rosnąca liczba wygranych spraw o wypłatę funduszy za nadwykonania przekonuje, że lont bomby z opóźnionym zapłonem już się tli, a kontrola za chwilę zostanie utracona. Na czym tracimy? Mamy nie tylko kolejki, ale i triki księgowo, absurdy epidemiologiczne, premiowanie tandety, drożyzny, narażanie na szwank zdrowia, a czasem i życia Polaków. Wszystko przez limity i kontrakty, eksperyment, który nigdy i nigdzie się nie powiódł i szans na powodzenie nie ma. ■