



# NFZ – dzielić czy nie dzielić?

Symbolem reformatorskich ciągot Ewy Kopacz, nowej minister zdrowia, jest podział Narodowego Funduszu Zdrowia na 6 konkurujących, regionalnych oddziałów. Nie wiadomo jednak, dlaczego ma ich być właśnie tyle ani jakie będą koszty administracyjne reformy. Niewiadomych jest zresztą więcej – czy konkurencji będą podlegały wszystkie świadczenia, czy słabe oddziały upadną i czy dojdzie do rzeczywistego urynkowania ubezpieczeń, którego warunkiem *sine qua* non jest dopuszczenie prywatnych firm broker-

„ Sześć publicznych oddziałów NFZ nie dekretuje konkurencji. To raczej zmiana dekoracji oraz kolejne mieszanie w głowach pacjentom ”

skich? Eksperci podkreślają, że 6 publicznych oddziałów (dlaczego nie 16?) nie dekretuje konkurencji. To raczej zmiana dekoracji oraz kolejne mieszanie w głowach pacjentom, którzy przecież nie muszą wiedzieć, że nie ma zdefiniowanego koszyka świadczeń gwarantowanych, wyceny świadczeń (w określonym systemie – np. określającym, za co płaci NFZ, a za co pacjent z własnej kieszeni lub prywatnego ubezpieczenia) oraz sieci szpitalnej. Dopiero bowiem po określeniu procedur gwarantowanych i odpłatnych, oddziały mogłyby zacząć ze sobą konkurować, np. przez rozszerzenie listy procedur przez nie opłacanych. Jeśli do tego dodano by konkurencję prywatnych firm brokerskich, szpitale zostałyby zmuszone do racjonalizacji wydatków. To z kolei spowodowałoby oszczędności dla oddziałów NFZ, które dzięki zwiększonej zasobności byłyby bardziej konkurencyjne. Listę warunków i wzajemnych zależności różnych elementów systemu można mnożyć. Dlatego na razie pozostaje nam wierzyć, że za koncepcją podziału NFZ kryją się symulacje, analizy i wnioski.

Redakcja

## Co z tym Funduszem?



foto. Piotr Kowalczyk/Fotorepa

**Mariusz Łapiński**, kardiolog, profesor warszawskiej Akademii Medycznej, minister zdrowia w rządzie Leszka Millera

Realizacja pomysłu podziału NFZ na 6 oddziałów ma szanse powodzenia tylko wtedy, gdy w systemie będzie odpowiednio dużo pieniędzy. Przy takim niedoborze, z jakim borykamy się od lat, podział oznacza 6-krotne zwiększenie wydatków na administrację. Dlaczego? Bo każdy z oddziałów ma funkcjonować na skali ogólnopolskiej, czyli tak, jak teraz NFZ. Zarazem – przy wspomnianym niedoborze funduszy – nie wierzę w żadną konkurencję. Paradoks polega na tym, że inne kraje wzorują się na polskim rozwiązaniu, centralizując zarządzanie publicznymi funduszami ochrony zdrowia. Od 2006 r. centralny fundusz wprowadzili Szwedzi, a Bundestag i Bundesrat zdecydowały, że od 2009 r. powstanie w Niemczech centralny federalny fundusz zdrowia. Kraje te zwróciły uwagę, że o wiele łatwiej zarządzać pieniędzmi, utrzymać płynność finansową i racjonalizować wydatki, gdy pieniądze są zgromadzone w jednym miejscu. Jako wzorzec może posłużyć globalizacja, której efektem jest fuzja wielkich firm i tworzenie jednorodnych zarządów podejmujących decyzje finansowe. Reasumując – na czym polega pomysł, będę mógł powiedzieć, gdy zobaczę jego założenia oraz wyliczenia zysków i korzyści z podziału NFZ na 6 oddziałów. Przypominam zarazem, że wprowadzenie kas chorych kosztowało 650 mln zł, ich przekształcenie w NFZ – 10 mln zł. Proponowany przez Ewę Kopacz podział to kolejne

**Propozycja podziału NFZ jest skokiem na głowę do pustego basenu, bo nie widziałem żadnego opracowania, które byłoby merytoryczną podstawą do wprowadzenia takiej reformy**

wydatki – ale jakie? Tego nikt nie powiedział. Dlatego trzeba zadać pytanie, czy w ogóle nas na to stać. A potem pokazać symulacje. Na razie uważam, że propozycja podziału – podobnie jak w wypadku kas chorych – jest skokiem na głowę do pustego basenu, bo nie widziałem żadnego opracowania, które byłoby merytoryczną podstawą do wprowadzenia takiej reformy. Jest to tym bardziej zaskakujące, że NFZ działa coraz lepiej, notuje także znaczący przyrost funduszy. ■



foto. Dzik

**Dariusz Sarti**, przedstawiciel Konfederacji Pracodawców Polskich

Podział NFZ na 6 oddziałów jest zaprzeczeniem tego, co staramy się promować – samorządowego systemu ochrony zdrowia, w którym odpowiedzialność za działanie szpitali zostaje przeniesiona na niższy szczebel lokalnego zarządzania. Takie pojmowanie

**Jak mają konkurować ze sobą publiczne fundusze? Co będzie, jeśli do jednego z nich zapiszą się wyłącznie ludzie zamożni? Dlaczego pani Kopacz nic nie mówi o KRUS? Niech ten rząd ma odwagę radykalnie zreformować system, a nie rzucać hasła**

systemu ochrony zdrowia przez Konfederację Pracodawców Polskich jest ewolucją tego, z czym mieliśmy do czynienia w wypadku kas chorych. Uważam, że system ochrony zdrowia powinien być zasilany z kilku źródeł – ze składki zdrowotnej, pieniędzy organów założycielskich (samorządów czy budżetu – na ratownictwo i onkologię), z dopłat pacjentów przyjmowanych w formie bezpośredniej oraz za pośrednictwem prywatnych ubezpieczycieli. Warunkiem sprawnego działania takiego systemu jest oczywiście zrównanie świadczeniodawców publicznych i prywatnych. Jak wielka jest rola samorządów, świadczy *odpublicznienie* poz-ów i ich przejście pod skrzydła władz lokalnych, które mają wiele sposobów na wspomaganie tych placówek – np. wynajem lokali po niższych cenach. Czemu jednak ma służyć podział NFZ? Nie wiem. Czy każdy oddział inaczej wyceni procedury? Jaki będzie algorytm *przypisywania* pacjentów do funduszy? Czy będzie to przywiązanie terytorialne, czy może każdy wybierze sobie fundusz? Jedno jest pewne – 6 funduszy stanie się odmianą kas chorych. Powołanie i utrzymanie tych nowych *bytów prawnych* będzie jednak o wiele bardziej kosztowne niż w wypadku kas chorych. Nie mówi się też, jakie miejsce w nowym układzie zajmą prywatne placówki medyczne, ani co się stanie z firmami abonamentowymi, które świadczą nie tylko usługi na poziomie podstawowym, ale również zajmują się specjalistyką. Podsumowując, jak mają konkurować ze sobą publiczne fundusze? Co będzie, jeśli do jednego z nich zapiszą się wyłącznie ludzie zamożni? Czy to znaczy, że biedniejsi nie będą mieli w nim szansy na leczenie? Dlaczego pani Kopacz nic nie mówi o KRUS? Niech ten rząd ma odwagę radykalnie zreformować system, a nie rzucać hasła. ■

**Marcin Kautsch**, pracownik naukowy Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego UJ CM, ekspert w dziedzinie zarządzania ochroną zdrowia

Od momentu ogłoszenia przez Ministerstwo Zdrowia woli podziału NFZ zastanawiam się, czemu ma służyć ta operacja. Jeżeli ma być tylko podziałem

terytorialnym, to rodzi się pytanie, po co to w ogóle robić. Jeśli zaś ma sprawić, że fundusze zaczną działać w całym kraju, co doprowadzi do konkurencji między płatnikami, taki pomysł wydaje się bardziej trafiony. Bo przecież np. fundusz z Krakowa będzie mógł pozyskiwać klientów z Poznania, więc będzie musiał wymyślić ciekawą ofertę dla pacjentów (młodych, zdrowych i bogatych) oraz dla zakładów opieki zdrowotnej (oczywiście, tych najlepszych). Jednak podział oparty wyłącznie na wzorze terytorialnym nie będzie powodował wielkich zmian w działaniu NFZ, poza poważną komplikacją systemu. Warto bowiem przypomnieć, że na początku swej działalności kasy chorych stosowały te same procedury i zasady, ale w miarę upływu czasu lokalne *programy ubezpieczeniowe* silnie się różnicowały. Konsekwencją indywidualizacji wyceny świadczeń, ich nazewnictwa, kwot, jakie na nie przeznaczano, itp. było to, że pod koniec działania kas chorych mieliśmy do czynienia z 17 systemami ochrony zdrowia. *Terytorialność* funduszy będzie ogromną komplikacją dla

**Terytorialność funduszy będzie ogromną komplikacją dla zakładów świadczących usługi dla mieszkańców różnych województw – regionów, tj. szpitali wojewódzkich, klinicznych i tych granicznych**



fol. Agencja ACORA

zakładów świadczących usługi dla mieszkańców różnych województw – regionów, tj. szpitali wojewódzkich, klinicznych i tych *granicznych*. Będą one bowiem musiały podpisywać 6 odrębnych umów, w których będzie 6 odrębnych cenników, systemów nazewnictwa procedur itd. Już w tej chwili ilość papieru, jaka jest potrzebna do wydrukowania kopii umów, pozwoleń i ubezpieczeń dla każdego rodzaju oferty, np. na oddział, stanowi istotny uszczerbek dla lasów w Polsce. Jeżeli jednak fundusze mają się między sobą rozliczać za leczenie swoich pacjentów, powstaje pytanie, po co w ogóle dzielić NFZ? Może warto popracować nad sensowniejszym sposobem kontraktowania świadczeń? ■



foto. Dąbki

### **Bogdan Zacharski,** pełnomocnik Zarządu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED

Wiadomo, że diabeł tkwi w szczegółach, a tych ostatnich brak w zapowiedziach podziału NFZ. W tej sytuacji przed podjęciem decyzji o podziale można tylko zadać kilka pytań. Czy podział jest konieczny? Z finansowego punktu widzenia nie. Stan kasy NFZ jest dobry. Warto zauważyć, że w wyniku połączenia kas chorych NFZ musiał przejąć ich kil-

### **Wprowadzenie konkurencji do systemu ochrony zdrowia w części finansowej wymaga wyraźnej zmiany systemowej i wielkiej woli politycznej. Sam podział NFZ nie wystarczy**

kumiliardowe zadłużenie, a pod kierownictwem prezesa Millera zdołał je zlikwidować! Przepływy finansowe funkcjonują dobrze i nie słychać o opóźnieniach w płatnościach dla świadczeniodawców za wykonane procedury. Być może podział jest zasadny od strony zarządczej. Zwykle sądzi się, że łatwiej jest zarządzać organizacją mniejszą niż wielką. Jednak tendencją obserwowaną w świecie jest raczej łączenie organizacji, a nie ich podział. W odpowiedzi na zapotrzebowanie rynku rozwinęły się techniki zarządcze, i dobry menedżer lub ich zespół jest w stanie panować nad dużą organizacją. Jakie mają być efekty podzielenia NFZ? Z uzasadnień towarzyszących zapowiedzi podziału NFZ wynika, że miałby on wprowadzić konkurencję pomiędzy płatnikami. Należy jednak pamiętać, że mamy do czynienia z dużymi, ale ściśle zdefiniowanymi funduszami publicznymi i rynkiem regulowanym, na którym nie funkcjonują zasady wolnej gry rynkowej. W efekcie więc i zasady konkurencji będą w dużym stopniu determinowane nie przez rynek, lecz przez regulatora, jakim przede wszystkim jest minister zdrowia. Czy i kiedy należałoby podzielić NFZ? Możliwe, że dobrze zaprojektowana przebudowa systemu ochrony zdrowia, oparta na założeniu, że jest on jednym z sektorów gospodarki państwa (nakłady na zdrowie w Polsce wynoszą ponad 10 proc. PKB), uzasadniłaby potrzebę takiego podziału. Ciągle jednak nie dostrzegamy lub nie chcemy dostrzec, że system ochrony zdrowia w Polsce składa się z części publicznej, w której nie ma wolnej gry rynkowej, i niepublicznej, w której może ona funkcjonować. Wygląda na to, że podziwiając sprawność i dynamiczny rozwój części niepublicznej, zamierzamy poprawić funkcjonowanie sektora publicznego, przenosząc do niego tylko niektóre mechanizmy części niepublicznej! Porównać to można z zamiarem przyjęcia zasad ruchu prawostronnego dla samochodów osobowych i jednocześnie ruchu lewostronnego dla pojazdów ciężarowych. Dlatego zapowiedź powstrzymania się od forsowania wzrostu wysokości składek, zanim nie zostanie dokonana *inwentaryzacja* systemu ochrony zdrowia, powinna odnosić się także do podziału NFZ. Dopiero całościowa wizja zmian w systemie ochrony zdrowia może wskazać na taką potrzebę, będzie to jednak jeden z wielu kroków do wykonania. Wprowadzenie konkurencji do systemu ochrony zdrowia w części finansowej wymaga wyraźnej zmiany systemowej i wielkiej woli politycznej. Sam podział NFZ nie wystarczy. ■