

Polemika: „Czeski film – nikt nic nie wie”

Nadwykonania – drugie dno



foto: Bartosz Bobkowski / Agencja Gazeta

W *Menedżerze Zdrowia* nr 8/2010 ukazał się artykuł Agnieszki Katrynicz i Bartłomieja Leśniewskiego „Czeski film – nikt nic nie wie” dotyczący finansowania tzw. nadwykonań przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wokół publikacji wywiązała się dyskusja. Prezentujemy pierwszy z polemicznych tekstów, autorstwa Macieja Biardzkiego.

Nie chciałbym upraszczać tez zawartych w artykule „Czeski film – nikt nic nie wie”, ale z grubsza sprowadzają się one do twierdzenia, że istnienie nadwykonań jest świadomą polityką NFZ. Dodatkowo artykuł okraszony jest wypowiedziami ekspertów, dyrektorów i samorządowców wskazującymi na nierówność traktowania zakładów opieki zdrowotnej przez różne oddziały funduszu. Szkoda, że przy ogólnie prorynkowej retoryce wypowiedzi te zasadniczo sprowadzają się do stwierdzenia, że w różnych województwach zakłady są różnie traktowane i jest to niesprawiedliwe. A co będzie, jeżeli dojdzie do podziału NFZ bądź wpuszczenia nowych podmiotów ubezpieczeniowych do systemu? Czyżbyśmy oczekiwali, że „nowi” będą podpisywać umowy na tych samych zasadach ze wszystkimi zakładami w całej Polsce i przy tych samych nakładach wystarczy środków na sfinansowanie wszystkich świadczeń na lepszych warunkach? Czyżby taka była interpretacja rynku w opiece zdrowotnej? Przypomnę, że właśnie taka retoryka była zaczynem „reformy” ministra Łapińskiego i centralizacji systemu, z powstaniem NFZ. Równocześnie była ona typowa dla kryzysu finansowania świadczeń, z którym mamy znowu do czynienia.

Krótką kotdra

Ale od początku. Nie ulega wątpliwości, że podstawową przyczyną problemów z finansowaniem świadczeń jest niedostateczna ilość pieniędzy w systemie. Tyle że ani nie jest to przyczyna jedyna, ani nie jest to przyczyna bezwarunkowa.

Rozwiemy mit pierwszy, że NFZ nie wie, jakie są potrzeby epidemiologiczne ani ile będzie miał pieniędzy w kolejnym roku i w następstwie tego podstępnie zaniża kontrakty, co jest przyczyną powstawania nadwykonań. Najlepsza wiedza o epidemiologii znajduje się właśnie w NFZ, który zbiera dane bezpośrednio od wykonawców. Chyba że przyjmijemy teorię, że sprawozdawane świadczenia nie mają nic wspólnego z epidemiologią. Zresztą reakcja NFZ na potrzeby epidemiologiczne przejawia się np. różnicowaniem funduszy na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń, nielimitowaniem świadczeń dotyczących porodów i ostrych zespołów wieńcowych oraz utworzeniem

grup wydziałonych dotyczących endoprotezowania czy leczenia operacyjnego zaćmy. Teza o niewiedzy o funduszach w przyszłym roku jest także nieprawdziwa, bo nie bierze pod uwagę procedury ustalania założeń do planu finansowego NFZ na kolejny rok. Otóż plan finansowy jest ustalany na podstawie założeń Ministerstwa Finansów do kolejnego budżetu i żadnej dodatkowej swobody NFZ nie ma. Ministerstwo Finansów ustala średni poziom zatrudnienia, wysokość wynagrodzeń, cenę skupu żyta (KRUS) i z tych wskaźników wynika wysokość składki zdrowotnej. Z kolei pieniądze te są dzielone pomiędzy oddziały na podstawie krytykowanego przez wszystkich, a ustalonego przez Ministerstwo Zdrowia algorytmu. Dopiero w oddziałach wojewódzkich pieniądze są dzielone na rodzaje i zakresy świadczeń, a następnie trafiają do świadczeniodawców. To wszystko wynika z ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z funduszy publicznych.

Dzielenie biedy

Oddziały wojewódzkie dzielą swoją biedę, jak potrafią – jedne lepiej, inne gorzej. Mając ograniczoną swobodę w ustalaniu ceny punktu rozliczeniowego lub osobodnia, starają się tworzyć swoją politykę zdrowotną. Dyrektorzy, którzy – zdaniem centrali funduszu – starają się z tej swobody nadmiernie korzystać, płacą za to stanowiskami. Przykładem jest chociażby ogólnie szanowany w regionie dyr. Kazimierz Łukawiecki z oddziału opolskiego. Stąd różne stawki za świadczenia, stąd mniejsze lub większe możliwości finansowania nadwykonań. Gdy algorytm był korzystny dla Mazowsza, to ono lepiej płaciło za nadwykonania, jeżeli teraz będzie lepszy dla Podkarpacia, sytuacja może się odwrócić. Jeżeli któryś z dyrektorów pozostawił sobie większe rezerwy, na koniec roku zostało mu więcej pieniędzy, jeżeli mniejsze, bo chciał w styczniu być dobry, w grudniu nie miał już czego dzielić.

Wszyscy winni

Ale prawdziwa przyczyna wysokich nadwykonań w ostatnich latach znajduje się zupełnie gdzie indziej. Należy jednak porzucić łatwą teorię, że leży ona po

stronie NFZ. W tym układzie nie ma ostrego podziału na winnych i ofiary. Winni są wszyscy, choć w różnym stopniu. Podobno najtrudniej dyskutować z liczbami, mimo że niektórzy twierdzą wręcz przeciwnie, że liczbami najłatwiej manipulować. Mimo to chciałbym przedstawić w formie tabelarycznej, jak wyglądały przychody NFZ w jego planach finansowych na początek i koniec każdego roku, końcowe nakłady na leczenie szpitalne, wynik finansowy NFZ, wysokość nadwykonań i zadłużenie SPZOZ-ów w kolejnych latach. Informacje te są dostępne na stronach internetowych NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Dane przedstawiono w mln zł.

Co tak naprawdę z tej tabeli wynika? Po pierwsze, pewna nieprzewidywalność ściągłości składki. Stabilne lata 2005–2006 poprzedzały hossę lat 2007–2008, której towarzyszył gwałtowny wzrost poboru składki, przewyższający założenia wynikające z budżetu państwa, a przez to pierwotnego planu finansowego NFZ. W 2008 r. wzrost ten wyniósł prawie 3 mld zł. Ale już w roku 2009 ściągnięto o 750 mln zł mniej niż zakładano. Na rok 2010 założono ściągłość jeszcze niższą. Oznaczony gwiazdką wzrost jest mocno naciągany, bo wynikał ze zmiany perspektywy ściągłości po pierwszym kwartale, która nie zostanie, niestety, zrealizowana, oraz sięgnięcia do resztek funduszu zapasowego NFZ. Z tabeli wynika też pewna zapobiegliwość włodarzy funduszu z lat wcześniejszych, którzy oszczędnie gospodarowali składką. Tworzyli np. w tych latach rezerwę na wypadek spadku ściągłości składki w wysokości 2 proc. planowanych przychodów. Pozwalało to pomimo braku wzrostu ściągłości składki na kilka zmian planu w ciągu roku i sfinansowanie części tworzących się nadwykonań w zakresach, które uważano za szczególnie wrażliwe. Powodowało to ponadto, że na koniec każdego roku pozostawało w NFZ kilkaset milionów złotych, które można było przeznaczyć na zakup świadczeń w latach następnych. Jak widać, w tych latach nadwykonania były stosunkowo niewielkie, na koniec 2007 r. wyniosły poniżej 100 mln zł, a przecież pieniędzy w systemie było zdecydowanie mniej. Co się zatem wydarzyło od 2008 r., że nadwykonania stały się ponownie tak ważnym problemem?

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Plan NFZ 01.01	34 285,0	36 250,2	40 111,2	46 796,4	54 272,8	53 156,2
Plan NFZ 31.12	34 285,0	36 250,2	41 628,9	49 635,5	53 513,4	55 512,0*
Nakłady na szpitale 31.12	14,459,9	15 046,8	18 833,9	24 918,2	26 053,6	26 728,9*
Wynik finansowy NFZ	+ 723,6	+ 867,9	+ 1 762,9	+ 1 152,1	- 694,5	???
Nadwykonania	247,0	229,9	96,6	418,8	1 612,3	???
Zadłużenie szpitali ogółem	10 273,6	10 384,2	9 563,3	9 979,7	9 626,6	9 926,8**

Dane z gwiazdką to wartości z ostatniego planu finansowego NFZ w tym roku z 6 lipca. Zadłużenie z roku 2010 oznaczone dwoma gwiazdkami oznacza zadłużenie na koniec II kwartału 2010.

„ NFZ często kontraktował na podstawie liczby wykonanych świadczeń, w tym nadwykonań. W tej sytuacji każdy, kto kurczowo trzymał się kontraktu, okazywał się po prostu frajerem „

Winne szpitale

Przyczyn jest kilka, za winnych trzeba także uznać kilka instytucji. Przede wszystkim zachłyśnięto się stałym wzrostem przychodu NFZ. Rzeczywiście, co wskazano w artykule red. Katrynicz i Leśniewskiego, regułą stało się tworzenie nadwykonań jako bazy do kontraktu na rok następny. Ponieważ NFZ często kontraktował na podstawie liczby wykonanych świadczeń, każdy, kto kurczowo trzymał się kontraktu, był po prostu frajerem. I tak niefrasobliwość wtedy była cnotą, dzisiaj zaś okazuje się przekleństwem. NFZ tworzył praktykę, a dyrektorzy się do niej dostosowywali. Szkoda, że nie potrafili przy okazji oceniać czynników makroekonomicznych i przy obecnym wyhamowaniu ściągalności składki nadal zachowują się jak w 2008 r.

Winne ministerstwo

Kolejnym winnym jest resort zdrowia. To właśnie minister Ewa Kopacz z trybuny sejmowej jeszcze w 2009 r. obiecywała, że wszystkie świadczenia zostaną opłacone. Później tłumaczono, że wszystkie, ale ratujące życie, jednak brak ścisłych kryteriów definiujących świadczenia ratujące życie spowodował ich lawinę. Drugim elementem psującym dyscyplinę przy przestrzeganiu zawartych z NFZ kontraktów było coroczne ustępowanie pod presją świadczeniodawców. Porozumienia wielkanocne, uzupełnianie planu finansowego w województwach dotkniętych zmianą algorytmu – to wszystko powodowało, że każda średnio inteligentna organizacja i każdy średnio inteligentny dyrektor wiedział, że przyszedł czas, aby nie oglądając się na nic, podnosić swoje racje. Nieważne, czy te racje miały uzasadnienie (choć często miały) – liczyła się medialność sporu. Można przyjąć, że przez ostatnie trzy lata resort kupował sobie spokój, zasypując każdy konflikt pieniędzmi. Niestety – ostatnie zaoszczędzone przez poprzedników pieniądze właśnie rozdano.

Winny fundusz

Do NFZ na szczeblu centralnym należy mieć pretensje o zafiksowanie się przy wprowadzaniu jedno-

rodnych grup pacjentów. Pomimo wojny o wartość punktu rozliczeniowego w szpitalach, przy włączaniu „produktu podwyżkowego” do wyceny świadczeń fundusz, chcąc wprowadzić wymarzony przez siebie system, bardzo istotnie podniósł tę wycenę poprzez zmianę taryf. Jeżeli dodamy do tego nieprecyzyjne dopuszczenie do świadczeń Nielimitowanych ostrych zespołów wieńcowych, powszechność chemioterapii niestandardowej i świadczeń udzielanych za zgodą płatnika, trudno się dziwić, że zaczęło brakować pieniędzy na działalność. Przy podwyższonej o 50 proc. cenach wartość nadwykonań za tę samą liczbę świadczeń także rosła o 50 proc. A taryfy często w sposób niezrozumiały rosły dużo bardziej.

Wróćmy jednak do tabeli. Wynika z niej, że największym beneficjentem wzrostu przychodów NFZ stały się szpitale. O ile budżet NFZ w latach 2005–2010 wzrósł o 62 proc., o tyle wielkość funduszy wydatkowanych na szpitale o 85 proc. I co? I nic. Pacjenci jak stali w kolejkach, tak stoją, choć nadwykonania rosną jak na drożdżach. I tylko jedno jest zastanawiające. Jak to się dzieje, że pomimo takiego wzrostu finansowania systemu, programów oddłużeniowych organizowanych na szczeblu centralnym i wsparcia samorządów, które też można oceniać na kilka dodatkowych miliardów złotych, zadłużenie SPZOZ-ów stale utrzymuje się na poziomie 10 mld zł? Niezależnie od wysokości kontraktów, wsparcia organu założycielskiego, uwarunkowań ustawowych nakładających lub zdejmujących kaganiec komornikom. Czyżby to była granica bezpiecznie „hodowanego” zadłużenia? Ciekawy temat do dyskusji.

Ratowanie życia

Kolejnym zagadnieniem wartym dyskusji jest definicja świadczeń ratujących życie. Czy rzeczywiście są nimi świadczenia na oddziale okulistycznym? Czy badania diagnostyczne na oddziale onkologicznym należą do tej grupy? Czy przyjęcie na obserwację na oddziale chirurgicznym notorycznego pijaka, który będąc po raz kolejny „pod wpływem”, uderzył głową w ścianę, także może być tak kwalifikowane? Pytań jest mnóstwo, nikt zaś nie próbował nawet stworzyć syntetycznego systemu pozwalającego na transparentną kwalifikację. I tak musimy teraz słuchać, że w większości szpitali 90 proc. przyjęć ma właśnie taki charakter.

Podsumowując: można chyba uznać, że winnych istnienia nadwykonań jest wielu. Są nimi także ci, którzy starają się stroić w piórka ofiar. Jeżeli nie zaczniemy być odpowiedzialni na wszystkich szczeblach: od ministra zdrowia po kierownika gminnej przychodni, nigdy nie dojdziemy do jakiegokolwiek równowagi finansowej systemu.

Maciej Biardzki