

Niekończąca się wojna o podział pieniędzy z NFZ na regiony

Najdrożsi pacjenci

Narodowy Fundusz Zdrowia chce wrócić do dyskusji o finansowaniu najdroższych procedur. W ubiegłym roku za leczenie jednego pacjenta zapłacił najwięcej niemal 3,4 mln zł. I będzie to miało znaczenie przy obliczaniu nowego algorytmu podziału funduszy NFZ na regiony.



foto: Andy Dean/Fotolia.com

Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował raport o najbardziej kosztownych procedurach w ubiegłym roku. Najdroższe było leczenie rzadkich chorób metabolicznych uwarunkowanych genetycznie – terapia mukopolisacharydozy typu II kosztuje przeciętnie 1,4 mln zł rocznie (właśnie na tę chorobę był leczony „najdroższy pacjent” w ubiegłym roku). Ale wysokie koszty leczenia mogą dotyczyć również innych sytuacji. W ubiegłym roku NFZ dwukrotnie zapłacił za leczenie niedokrwienia mózgu noworodka po ponad 400 tys. zł, od 200 tys. do nawet 400 tys. za leczenie zapalenia mózgu, zdarzały się ofiary poparzeń, których leczenie kosztowało po kilkaset tysięcy złotych. Podobne koszty niosą ze sobą urazy kręgosłupa, a nawet (200 tys.) przypadki zadławienia się w domu, w łóżku.

Drogie leczenie

W sumie pacjentów, których leczenie kosztowało ponad 100 tys. zł, było w ubiegłym roku ponad 13,8 tys. Fundusz wydał na ich leczenie 2,1 mld zł, na jedną osobę przeciętnie 158 tys. zł. *To wartość niemal stukrotnie wyższa niż przeciętna wartość wydatków NFZ w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego* – piszą autorzy analizy.

Co z tych liczb wynika? Wydaje się, że te informacje powinny być nagłaśniane, by uświadomić Polakom, od jakiej skali wydatków ubezpieczają się, płacąc składkę. Naprawdę wciąż bardzo wiele osób jest przekonanych, że pieniądze na zdrowie lepiej by było gromadzić indywidualnie i samodzielnie wydawać. Ten liberalny pogląd opiera się jednak na codziennym doświadczeniu – dodajmy – osób z reguły „młodych, bogatych, z dużych miast”: przeciętnie zamożnego człowieka stać na sfinansowanie wizyty u lekarza rodzinnego, pediatry czy innego specjalisty. Z istnienia wydatków na zdrowie sięgających kilkuset tysięcy czy nawet kilku milionów złotych naprawdę mało kto poza systemem ochrony zdrowia zdaje sobie sprawę.

Oczywiście analiza NFZ nie ma na celu zmieniania poglądów na świat kogokolwiek. Przeciwnie, cel jest jak najbardziej praktyczny i – można powiedzieć – wewnątrzinstytucjonalny. *Niezbędne było zbadanie wpływu kosztów leczenia tej grupy pacjentów na sytuację finansową poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ* – tłumaczą autorzy dokumentu. Równocześnie jednak zastrzegają, że ich opracowanie nie może być wykorzystywane do podważania konstytucyjnej zasady solidaryzmu społecznego lub do stygmatyzowania najciężiej chorych pacjentów.

Algorytm

Co to oznacza w praktyce? Właściwie trudno mówić o zaskoczeniu: na Mazowszu jest 1,9 tys. osób, których koszty leczenia przekroczyły w zeszłym roku 100 tys. zł, na Śląsku 1,1 tys., w Wielkopolsce ponad tysiąc. Wydatki tych województw na drogie leczenie są kilkakrotnie wyższe niż np. regionów świętokrzyskiego czy lubuskiego.

Te wyniki nakładają się na przekonanie panujące od jakiegoś czasu w centrali NFZ, że wyrównanie algorytmu w poprzedniej kadencji sejmu tak, by wyrównać szanse regionów z tzw. ścianą wschodniej, było ruchem dobrym, ale zbyt głębokim i zagroziło „dużym województwom”. – *Gdyby obcięto finansowanie o jeden procent, nic wielkiego by się nie stało. Ale na Śląsku czy Mazowszu z roku na rok środki spadły o dwa punkty procentowe. To spowodowało zagrożenie dla pacjentów z tych regionów* – usłyszałam od jednego z ekspertów funduszu.

To tłumaczy ruch prezesa NFZ z ubiegłego roku – podział części pieniędzy z „nadwyżki” między województwa bez uwzględnienia algorytmu, o co zresztą do dziś przedstawiciele regionów tzw. ścianą wschodniej mają pretensje.

Wszystko wskazuje na to, że czeka nas nowa dyskusja o algorytmie i podziale pieniędzy. – *Rzeczywiście, jest taka potrzeba* – mówi prezes NFZ Jacek Paszkiewicz. – *Obecny podział środków między województwa nie odzwierciedla specyfiki leczenia pacjentów, których terapia jest najbardziej kosztowna. Na świecie jest ona finansowana np. ze środków budżetu państwa lub instytucji prywatnych. My rozważamy wyodrębnienie środków na najdroższe leczenie, rozdzielanych poza algorytmem* – dodaje.

Pierwszy krok

To może być tylko pierwszy krok w kierunku przebudowy całego myślenia o algorytmie – nie jako sposobie dzielenia pieniędzy między mieszkańców poszczególnych województw, ale między pacjentów z określonych regionów. Narzędzia takiego podziału już są – po wprowadzeniu systemu rozliczeń na podstawie jednorodnych grup pacjentów NFZ wie bardzo dużo o rzeczywistych wydatkach w poszczególnych regionach.

Pozostaje jednak jeszcze podjęcie decyzji politycznej, która nie będzie przecież łatwa – na koniec zawsze się okazuje, że na nowym podziale ktoś zyskuje, a ktoś traci, jakiś region nie może rozwijać swojej nowej bazy zdrowotnej, a inny nie jest w stanie utrzymać tego, co już ma... Trudno też liczyć na przychyłność dla pomysłu dyrektorów szpitali. – *Poparłbym ten projekt, gdyby wydzielenie bardzo drogich procedur oznaczało znalezienie dodatkowego strumienia pieniędzy, np. gdyby zdecydował się je dofinansować budżet państwa* – mówi Andrzej Mielcarzek, dyrektor Szpitala im. Jana Pawła II w Zamościu. – *Ale wydzieleniu środków na drogie procedury w obrębie budżetu NFZ i dzieleniu ich poza algorytmem jestem przeciwny. Tych pieniędzy i tak nie ma wiele, zmiana zasad ich dzielenia niewiele zmieni* – dodaje.

Dzieleniu pieniędzy poza algorytmem (lub zmianie algorytmu) dyrektorzy szpitali z województwa lubelskiego będą tym bardziej niechętni, że NFZ zaczął po latach podpisywać porozumienia w sprawie zapłacenia za nadwykonania. – *Są pierwsze sygnały, że mamy szansę wyjść na prostą* – mówi jeden z dyrektorów.

Wycena

Dyrektorzy z dużych województw podkreślają, że ważniejsza od źródła finansowania bardzo drogich procedur jest ich wycena. – *Problemem jest nie tylko wycena leczenia urazów kręgosłupa, których terapia na dobrym poziomie jest bardzo droga, ale w ogóle finansowanie leczenia złamań kości* – mówi Bogdan Koczy, dyrektor Szpitala Urazowego w Piekarach Śląskich. – *Nowoczesne podejście do pacjenta wymaga użycia drogich materiałów oraz bardzo wysoko wykwalifikowanej kadry. Mamy niezbędny sprzęt i kadre, by leczyć na światowym poziomie, ale za tym nie idą wystarczające środki z NFZ. Ortopedia jest wyraźnie niedofinansowana* – dodaje.

O lepszą wycenę drogiego leczenia upomina się też Centrum Zdrowia Dziecka. – *Naszym zdaniem, problem*

przepływu pieniędzy wewnątrz funduszu jest sprawą drugorzędną – mówi Paweł Trzciniński, rzecznik CZD. Przyznaje jednak, że CZD należy do tych szpitali, które straciły na systemie jednorodnych grup pacjentów. – *Mamy zupełnie inną strukturę chorych. O ile w większości szpitali 80 proc. pacjentów leczy się standardowo, a u 20 proc. trzeba wykonać dodatkowe zabiegi, wykraczające poza wycenę JGP, to u nas proporcje są odwrotne. Pacjent, który mieści się w standardowych wycenach, należy do rzadkości* – tłumaczy Trzciniński.

Fundusz za takie ponadstandardowe koszty płaci, ale tylko wtedy, gdy są one trzykrotnie wyższe od wyceny. Od lat CZD walczy, by NFZ wyrównywał mu koszty leczenia także tych pacjentów, których terapia była o 50 lub o 100 proc. droższa od wyceny wynikającej

„ Wydatki na pacjentów, których koszty leczenia przekroczyły 100 tys. zł, na Mazowszu, Śląsku i w Wielkopolsce kilkakrotnie przewyższają podobne wydatki w województwach świętokrzyskim czy lubuskim „

z JGP. – *Centrum, które jeszcze kilka lat temu nie miało długów, przestało się bilansować. Do każdej złotówki z kontraktu dodajemy 1,20* – przyznaje Paweł Trzciniński.

Choroby współistniejące

Problemem są pacjenci z chorobami współistniejącymi. – *W przypadku dorosłych taki chory jest przyjmowany kilka razy do szpitala, za każdym razem do NFZ idą rachunki za rozwiązanie jednego problemu. U dzieci wszystko jest robione naraz, kompleksowo, by jak najbardziej ograniczyć cierpienie małych pacjentów* – wyjaśnia Trzciniński. A najdroższe procedury? – *Mamy chorych, których jednostkowe leczenie kosztuje właśnie milion czy nawet więcej. Liczby robią wrażenie, ale na tym szpital nie zarabia. Milion to koszt leku. Pojawia się na naszym koncie i jest natychmiast wydawany* – mówi. – *Nie w najdroższych procedurach tkwi nasz problem, ale w tym, że przypadki pozornie bardziej standardowe trafiają do nas wtedy, gdy ich leczenie jest dużo droższe niż w innych szpitalach* – tłumaczy.

Z naszych informacji wynika, że analiza, której celem jest zmiana zasad drogiego leczenia, trafiła już do Ministerstwa Zdrowia.

Sylwia Szparkowska