

Absurdy Narodowego Funduszu Zdrowia

MATRIX NFZ

Jak wzorem Alicji z powieści Lewisa Carrolla przejść na drugą stronę lustra? Wystarczy wejść na stronę www.nfz.gov.pl, przyjrzeć się zawartości, przeczytać kilka komunikatów, zamknąć oczy, spróbować wyobrazić sobie, co mieli na myśli ich autorzy, w jakim świecie żyją – by ujrzeć to, co muszą widzieć oni: świat pełen Białych Królików, Kapeluszników, królowych ochoczo żądających „ściąć mu głowę”, Żółtwieli i Gryfonów. Świat oderwany od realiów, tak samo jak świat, w którym żyli członkowie KC PZPR (Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej). Dla tych, którzy wolą język młodzieżowy: czysty Matrix.

Natalia Adamska-Golińska,
Bartłomiej Leśniewski

Dla czytelników, którzy wolą porównania klasyczne, za Maciejem Słomczyńskim zrecenzujemy: „Jest to zapewne jedyny wypadek w dziejach piśmiennictwa, gdzie jeden tekst zawiera dwie zupełnie różne książki: jedną dla dzieci i drugą dla bardzo dorosłych”. Tak właśnie działa NFZ – w krainie stworzonego przez siebie absurdu.

Drogo i w ostatniej chwili

Konia z rzędem temu, kto przyznałby się do autorstwa zasady, której hołduje cały NFZ: pieniądze muszą się znaleźć na ratowanie życia, a niekoniecznie na planowe leczenie. Absurdalne jest to, że pacjenci mający szansę na planową, a więc odpowiednio tanią i skuteczną terapię, są odsyłani do kolejek. I dopiero wtedy, gdy ich stan drastycznie się pogarsza, znajdują się pieniądze na ich ratowanie przed śmiercią. – *W najlepszym wypadku prowadzi*

to do innego zjawiska – takiego kodowania usług, by pomocy można było udzielać jak najprędzej, czyli jak najszybciej zapisać w karcie chorego, że stosowane są wobec niego procedury ratujące życie – zauważa Erwin Strzesak z Wielkopolskiego Centrum Onkologicznego. W wypadku najgorszym zaś do tego, że w obawie przed karami lekarze podzielają logikę NFZ i rzeczywiście czekają, aż stan chorego pogorszy się do tego stopnia, że ze spokojnym sumieniem będzie można zacząć mówić o ratowaniu życia. Dla budżetu drogo – dla pacjenta horror.

Patrzeć w sufit

– System tworzony przez NFZ jest antylekarski i antypacjenta – ocenia Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Dlaczego? Ostatnio wielkie oburzenie wywołał kolejny wymóg NFZ: by przychodnie specjalistyczne otwarte były przynajmniej trzy razy w tygodniu. Trzy razy po cztery godziny, na zmianę przed południem i po południu. Fundusz tłumaczył nowy wymóg dobrem pacjentów – w końcu jest ważne, by mieli oni lepszy dostęp do lekarza. Dobrem pacjentów? Ładne mi dobro. W wielu gminach od lat funkcjonowały poradnie ginekologiczne otwarte raz w tygodniu. Po prostu lekarz z pobliskiego miasta raz na siedem dni dojeżdżał do wsi i wszystkie pacjentki miały zapewnioną opiekę w miejscu zamieszkania. Wszystkie wizyty mogły się odbyć jednego dnia, bo nie było ich zbyt wiele. Teraz lekarz będzie musiał je rozłożyć na trzy dni. To znaczy, że przyjmie pacjentki jednego dnia, a przez dwa kolejne będzie zmuszony oglądać sufit, rozwiązywać krzyżówki – tracić czas i pieniądze, byle udokumentować NFZ, że poradnia jest dostępna dla chorych przez trzy dni. Jaki jest efekt tego zarządzenia? Lekarze nie chcą dojeżdżać na wieś, wiejskie poradnie są zamykane, a pacjentki zmuszone do tego, by tracić czas na szukanie pomocy w mieście i dojazdy.

Tak system staje się antypacjenta. A antylekarski? – Tak się składa, że oprócz wymogu dostępności są również limity. W niektórych wypadkach można je wykorzystać w ciągu kilku godzin tygodniowo – tłumaczy anonimowo jeden z właścicieli przychodni z Wrocławia. Tymczasem lekarz musi pracować w przychodni trzy razy w tygodniu po kilkanaście godzin. – W praktyce oznacza to, że większość czasu spędza bezproduktywnie. Swoich pacjentów przyjmie w kilka godzin, pozostałych zaś będzie odsyłał, mimo że jego dyżur się nie skończył. Inaczej bowiem narazi się na zarzut, że przekroczył limit – tłumaczy właściciel przychodni. Nie kijem, to pałką. W praktyce NFZ zmusza lekarzy do siedzenia w gabinecie i wyrzucania chorych za drzwi. Po co? Gdzie w tym sens?

Wycieczki krajoznawcze

O tym, że NFZ wymusza na mieszkańcach małych miejscowości wizyty w większych miastach, było powyżej. Ale w swym absurdalnym świecie NFZ jest sprawiedliwy i generuje ruch krajoznawczy także w drugą stronę. Tak źle jeszcze nie było, by na wizytę z dzieckiem

„ Fundusz zmusza lekarzy do siedzenia w gabinecie i wyrzucania pacjentów za drzwi. Po co? Gdzie tu sens? „

u gastroenterologa w Poznaniu, w ramach kontraktu z NFZ, czekać do przyszłego roku. Już w maju wyczerpały się tegoroczne limity przyjęć. Nie dość, że w Poznaniu brakuje specjalistów dziecięcych, to jeszcze NFZ wyśrubował wymagania wobec nich i dlatego kontraktów jest mniej niż w roku ubiegłym.

Zdaniem NFZ – nie ma sprawy. Fundusz oświadczył, że problem z dostępem do dziecięcych specjalistów jest tylko w Poznaniu, a w całej Wielkopolsce nie tylko przybyło placówek, lecz także są one bardziej dostępne dla

„ Czy lekarze rzeczywiście powinni biernie przypatrywać się postępom choroby, dopóki pacjent nie stanie na krawędzi życia – i dopiero wtedy interweniować? Według logiki – nie, według NFZ – tak „

pacjentów – minimum 3 razy w tygodniu po 4 godziny. Zdaniem NFZ, pacjenci z Poznania powinni się zatem starać o przyjęcia u specjalistów w wielkopolskich wsiach i miasteczkach. Gdyby NFZ kierował się normalną logiką, zwiększyłby limity w Poznaniu, a zmniejszył w małych miejscowościach. Ale normalna logika to za mało. Fundusz radzi: wyjeżdżajcie, zwiedzajcie...

Czegokolwiek się tknąć

Faworyzowanie w wycenach drogich zabiegów szpitalnych zamiast procedur jednodniowych, wzięte z sufitu wyceny, limity, kolejki – czegokolwiek się tknąć, trafiamy na nieprzemysłane decyzje NFZ. Ich jedyną zaletą są na ogół intencje, ale realizacja przybiera karykaturalną postać. Zarządzenia NFZ mają swoje podstawy prawne, ale czy moralne? Co trzeba zmienić w funduszu po odwołaniu prezesa Jacka Paszkiewicza? Jak dzielić sprawiedliwie pieniądze pomiędzy regiony i zwiększyć satysfakcję pacjentów z otrzymywanych świadczeń? Te same pytania zadaliśmy ekspertom rynku medycznego i politykom. Wniosek jest jeden: centrala NFZ potrzebuje likwidatora, a nie prezesa. ■



foto: PAP/Pawel Kola

Beata Małecka-Libera (postanka PO), wiceprzewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia

Przed wszystkim trzeba uzdrowić zasady współpracy pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Ministerstwem Zdrowia. To minister jest odpowiedzialny za regulacje prawne, fundusz zaś jest jedynie płatnikiem. Uważam, że w sposób ewolucyjny, nie radykalnie, należy zmniejszyć monopol NFZ, wpuszczając na rynek medyczny prywatnych ubezpieczycieli.

Algorytm podziału pieniędzy powinien być utrzymany, ale należy go udoskonalić, tak aby uwzględnił różnice demograficzne i epidemiologiczne oraz możliwości świadczeniodawców w danym regionie. Ponadto musi być oparty na wycenie procedur. Konieczny jest podział Polski na makroregiony i powołanie gremiów odpowiedzialnych za ich politykę zdrowotną. Takie ciało mogłoby powstać przy wojewodzie, ale powinni w nim zasiadać również przedstawiciele NFZ oraz eksperci z zakresu zdrowia publicznego. Ich zadaniem byłoby opracowanie regionalnej polityki zdrowotnej na podstawie analiz danych oraz dążenie do jej realizacji.



foto: Albert Zawada/Agencja Gazeta

Elżbieta Buczkowska, była prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Centrala NFZ przejęła rolę kreatora polityki, zastępując w tym ministra zdrowia, i w takim kształcie powinna być zlikwidowana. Mówiono o tym od lat, więc przyszedł czas, aby to zrealizować.

Uważam, że regiony powinny z większą swobodą zarządzać finansami na opiekę zdrowotną. Różne są bowiem potrzeby ich mieszkańców, epidemiologia i demografia. W niektórych województwach jest na przykład więcej osób starszych niż w innych, więc potrzebne są większe nakłady na opiekę długoterminową i geriatryczną. Obecnie samorządy terytorialne odgrywają niewielką rolę w polityce zdrowotnej. Powinny oczywiście funkcjonować algorytm wyrównawczy, który na zasadzie solidaryzmu wspierałby uboższe rejony. Pieniądze muszą iść za pacjentem.

Potrzebne jest efektywniejsze zarządzanie w systemie ochrony zdrowia. Należy zwiększyć liczbę wykonywanych procedur w ramach chirurgii jednego dnia i premować jakość usług. Konieczna jest ponadto zasadnicza zmiana roli płatnika. W tym momencie nie jest to bowiem instytucja, która stoi po stronie pacjenta. Uważam, że finansowanie części zadań zapewniających nadrzędne bezpieczeństwo, np. organizacja i finansowanie systemu ratownictwa, musi przejść Ministerstwo Zdrowia.



foto: Lukasz Giza/Agencja Gazeta

Anna Janczewska-Radwan, minister ds. systemu ochrony zdrowia Gospodarczego Gabinetu Cieni Business Centre Club

Odważna, ale nieco spóźniona decyzja ministra zdrowia, która likwiduje niekorzystną dwuwładzę w ochronie zdrowia, to pierwszy krok do wprowadzenia konkurencji na rynku płatnika. Ta konkurencja to jeden z priorytetów deklarowanych przez szefa resortu. Docelowo powinna ona uwzględniać zarówno płatników publicznych, jak i prywatnych. To bardzo ważny bodziec do efektywniejszego wykorzystywania zasobów ochrony zdrowia, a równocześnie umożliwiający pacjentowi wybór świadczeniodawcy.

Powinny zostać wprowadzone dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Stałyby się one dodatkowym źródłem finansowania dla świadczeniodawców. By poprawić jakość opieki zdrowotnej w Polsce w perspektywie długofalowej, należałoby wnikliwie przeanalizować, jak robią to najlepsi, czyli np. Holandia, Niemcy czy Dania. Konieczne jest zatem przeprowadzenie badań porównawczych, które biorąc pod uwagę specyfikę naszych warunków, wskazałyby, z jakich rozwiązań powinniśmy skorzystać, a jakich na razie nie należy kopiować. Na podstawie ich wyników powinna powstać wreszcie spójna wizja systemu ochrony zdrowia, której ciągle brakuje.

Konieczne jest również zbudowanie sieci szpitali opartej na piramidzie kompetencyjnej. A z krótkoterminowych, pilnych spraw najważniejsza jest nowelizacja ustawy refundacyjnej, gdyż zawiera ona wiele błędów prawnych oraz rozwiązań szkodliwych dla pacjentów.



foto: dziński

Marek Balicki (poseł SLD), były minister zdrowia

Gdy siedem lat temu przekazywałem urząd ministra zdrowia prof. Zbigniewowi Relidze, pozostawiłem plany likwidacji centrali NFZ. Ta jednostka była potrzebna przez rok, najwyżej dwa, aby naprawić wady systemu kas chorych. Na tym jej rola się skończyła. Dziś mamy do czynienia z dwuwładzą, która powoduje chaos.

Należy przeprowadzić reformy, nie dokonując przy tym rewolucji. Potrzebny jest prezes przejściowy, który zlikwiduje centralę funduszu. Nie chodzi w tym wypadku o koszty, bo ta jednostka nie jest bardzo droga, ale o przejrzystość systemu. Zadania realizowane dotychczas przez centralę NFZ, związane z regulacjami prawnymi i zarządzeniami, powinno przejąć Ministerstwo Zdrowia, a wycena świadczeń i plan finansowy bytyby w gestii Agencji Taryfikacji. Oddziały wojewódzkie NFZ pełniłyby dotychczasową funkcję: instytucji zajmujących się kontraktowaniem i nadzorowaniem pracy świadczeniodawców.



foto: Marian Zubrzycki/Fotografia

Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Konieczny jest podział Narodowego Funduszu Zdrowia na kilka (cztery lub pięć) niezależnych instytucji regionalnych, które będą zbierały składkę zdrowotną i zarządzały funduszami, uwzględniając lokalną epidemiologię czy regionalne zapotrzebowanie na określone świadczenia. Obecnie dyrektorzy oddziałów wojewódzkich są właściwie ubezwłasnowolnieni. W celu uniknięcia podziału pieniędzy według algorytmu, który od lat się nie sprawdza, należałoby utworzyć oddziały grupujące regiony bogatsze z uboższymi – np. Śląsk z Małopolską i Podkarpaciem, a mazowieckie z północno-wschodnią częścią Polski. Zamiast centrali NFZ, zarządzanej w sposób autorytarny, potrzebny jest urząd nadzorujący ubezpieczycieli. Nowy prezes powinien ustalić nowe kryteria kontraktowania świadczeń, jasne zasady kontroli świadczeniodawców i lekarzy oraz przygotować NFZ na decyzje polityczne dotyczące jego podziału, opracowania czytelnego koszyka świadczeń gwarantowanych i przygotowania regulacji umożliwiających funkcjonowanie na rynku alternatywnych ubezpieczycieli.



foto: dziński

Bolesław Piecha (poseł PiS), przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia nie potrzebuje nowego prezesa, lecz likwidatora. Zdecydowanie trzeba zlikwidować centralną jednostkę. Należy to jednak zrobić w taki sposób, aby nie spowodować zastoju w realizacji bieżących zadań, np. kontraktowaniu programów lekowych. Pieniądze powinny być rozdzielane na podstawie algorytmu przez Ministerstwo Zdrowia. Odpowiedzialność za kontraktowanie świadczeń przejęłyby departamenty podległe bezpośrednio wojewodom. Wycena świadczeń byłaby obowiązkiem specjalnie do tego celu powołanej Agencji Taryfikacji. Obecnie NFZ sam ustala stawki i kontraktuje świadczenia. To chora sytuacja. Uważam, że proste zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia to działanie nieracjonalne. Skoro prezes funduszu twierdzi, że 20 proc. pieniędzy jest marnowane, to znaczy, że zwiększenie nakładów możliwe jest dopiero po opanowaniu chaosu. W innym wypadku każdy kolejny prezes będzie kreował podobną politykę zdrowotną jak poprzednik, ponieważ człowiek na tym stanowisku jest odpowiedzialny za złotówki, a nie za efekt leczenia.



foto: PAP/Radek/Pietruszka

prof. Robert Gwiazdowski, prezes Centrum im. Adama Smitha, przewodniczący Rady Nadzorczej Sport Medica SA

W celu uzdrowienia systemu ochrony zdrowia w Polsce, trzeba go całkowicie sprywatyzować. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien być jednym z wielu ubezpieczycieli na rynku, z tą różnicą, że zarządzać będzie pieniędzmi publicznymi. Obecny system jest nieprzejrzysty i ułatwia nacisk lobby profesorsko-ordynatorskiego na wycenę świadczeń. A szpitale państwowe nie są rozliczane z efektywności leczenia, tylko z poprawności zastosowania urzędniczych procedur.

Prywatyzacja i otwarcie rynku na innych ubezpieczycieli nie ograniczy dostępności leczenia. Podobnie jak obecność prywatnych firm farmaceutycznych nie oznacza braku dostępu do leków. Zdecydowanie poprawi za to jakość wykonywanych procedur.