

Jak podzielić pieniądze między oddziały NFZ

Patent Muhammeda ibn Musa

Krzysztof Tuczapki



Algorytm – w matematyce oraz informatyce skończony, uporządkowany ciąg jasno zdefiniowanych czynności, koniecznych do wykonania pewnego rodzaju zadań. Słowo *algorytm* pochodzi od starego angielskiego słowa *algorism*, oznaczającego wykonywanie działań za pomocą liczb arabskich (w odróżnieniu od *abacism* – za pomocą abakusa), które z kolei wzięło się od nazwiska Muhammed ibn Musa Alchwarizmi (يحيى بن محمد بن موسى الخوارزمي) matematyka perskiego z IX w. Narzędzie wymyślone przez tego znakomitego uczonego sprzed tysięcy lat służy do dzisiaj jako broń w brutalnej walce o pieniądze na ochronę zdrowia.

Algorytm był zawsze punktem zapalnym w podziale pieniędzy z NFZ, budząc wiele często niezdrowych emocji wśród polityków i menedżerów ochrony zdrowia. Dla polityków stał się polem walki politycznej – komu dać więcej na ochronę zdrowia, a komu zabrać, żeby było sprawiedliwie, ale niekoniecznie dla wszystkich. Dla mnie i innych menedżerów ochrony zdrowia w kraju słowo to jest synonimem niepewności, ile mój szpital otrzyma z NFZ pieniędzy, których i tak zawsze jest zbyt mało, a w 2010 r. będzie ich o 10 proc. mniej niż w roku ubiegłym i jak tu wiązać koniec z końcem, żeby nie ucierpiał pacjent. Określenie *balansowanie na linie* chyba najlepiej oddaje ten stan. Tak, ale właśnie wg algorytmu od 2005 r. dzielone są w Polsce pieniądze na świadczenia zdrowotne finansowane z funduszy publicznych. Pierwszy algorytm wprowadził minister Marek Balicki.

Pamiętny rok 2007

W sierpniu 2007 r. rząd Jarosława Kaczyńskiego za sprawą ówczesnego wiceministra zdrowia Bolesława Piechy zmienił algorytm, na którego podstawie oblicza się pulę pieniędzy przyznawanych wojewódzkim oddziałom NFZ. Wylicza się je do końca danego roku na podstawie średniego dochodu gospodarstwa domowego na osobę. Skorzystały na tym bogate województwa, jak mazowieckie, śląskie czy pomorskie. Tamtejsze oddziały NFZ zamknęły rok 2008 nawet z nadwyżką, np. na Mazowszu wyniosła ona 800 mln zł, pomimo zapłaty za wszystkie nadwykonania. Cierpi biedne Podlasie, Lubelszczyzna, Podkarpacie i Świętokrzyskie. W tych regionach nie było żadnych dodatkowych pieniędzy ani w II połowie 2008 r., ani w 2009 r. Jednym z argumentów wtedy było to, że koszty tzw. życia na Śląsku czy Mazowszu są o wiele wyższe niż na Lubelszczyźnie czy na Podkarpaciu. Oczywiście, były to działania wg mnie czysto populistyczne, gdyż udowadniałem wtedy w trakcie burzliwych dyskusji na posiedzeniach sejmowej i senackiej Komisji Zdrowia, że np. koszty prądu lub wody były u mnie jednymi z najwyższych w Polsce. Ustalenie wskaźnika tzw. kosztowego nijak się miało do konstytucyjnej równości obywateli (art. 68). Wtedy mieliśmy zróżnicowaną stawkę za wartość punktu rozliczeniowego w lecznictwie zamkniętym. Od 2008 r. stawka ta jest stała w całym kraju i uważam, że była to zasadna decyzja prezesa NFZ. Na Podkarpaciu dochód gospodarstwa domowego jest najniższy w Polsce i wynosi jedynie 79 proc. średniej krajowej. Dlatego mieszkańcom tego województwa należy się najmniej pieniędzy na leczenie. W 2009 r. np. na ubezpieczonego Lubelszczyzny przypada 1329 zł, a Podkarpacia – 1219 zł, zaś na Śląsku – 1434 zł, a na Mazowszu – 1628 zł. Również i niektórzy posłowie wskazywali, że jest to niesprawiedliwe – w jednych

” Algorytm był zawsze punktem zapalnym w podziale pieniędzy z NFZ. Dla polityków zaś polem walki politycznej ”

regionach nakłady na pacjenta wynosiły 115 proc. średniej pensji krajowej (oddział mazowiecki), w innych – 86 proc. (oddział podkarpacki).

Z zadowoleniem przyjąłem pojawiające się od wiosny 2009 r. działania rządu i niektórych parlamentarzystów, którzy po licznych, również i moich monitach, uwagach, pismach, polemikach i spotkaniach, np. w Ministerstwie Zdrowia czy na posiedzeniach Komisji Trójstronnej, doszli do wniosku, że należy coś zmienić. Niemala jest tutaj zasługa posłów z sejmowej Komisji Zdrowia, realistycznie patrzących na nasze problemy, w tym przede wszystkim poseł Beaty Libery-Maleckiej (nomen omen ze Śląska).

Ma być sprawiedliwie

W opinii menedżerów, przedstawicieli związkowców pielęgniarek i lekarzy wschodnich regionów, podział pieniędzy przez Centralę NFZ jest niesprawiedliwy i znowu powraca pytanie, jak konstruować ten matematyczny wzór i jakie wskaźniki przyjmować. Podkreślić należy, iż wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej, tak jak i wskaźnik wynikający z liczby świadczeń wysokospecjalistycznych, zgodnie z przepisem art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest dodatkowym wskaźnikiem korygującym zasadniczy podział pieniędzy wynikający z liczby ubezpieczonych, zarejestrowanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ.

Od 2010 r. ma być bardziej sprawiedliwie niż do tej pory. Wiosną 2009 r. minister zdrowia Ewa Kopacz odwiedziła Lublin, Białystok i Rzeszów. W trakcie spotkań z władzami regionów, politykami, menedżerami ochrony zdrowia i związkowcami zapewniała, że system podziału pieniędzy zostanie zmieniony, bo jest niesprawiedliwy. Obiecywała, że nowy zacząłby obowiązywać od początku 2010 r., gdyż algorytm, który wymyślił minister Piecha, pograża szpitale we wschodniej Polsce. Należało więc doprowadzić do powstania takiego sposobu podziału funduszy, który uwzględniałby konstytucyjną zasadę równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych, zgodnie z zapisem art. 68 konstytucji. Z przepisu tego jednoznacznie wynika także, że sytuacja materialna obywateli nie może mieć jakiegokolwiek wpływu na warunki i zakres udziela-

„ Według menedżerów, przedstawicieli związkowców, pielęgniarek i lekarzy wschodnich regionów, Centrala NFZ niesprawiedliwie dzieli pieniądze na ochronę zdrowia ”



foto: Grzegorz Hawalec/fotoczepa

„ Ma być równo i sprawiedliwie, ale czy w ogóle w ochronie zdrowia można sobie takie zasady wymarzyć? ”

nych świadczeń. Warto też jeszcze zwrócić uwagę na zapis art. 6 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) który zapewnia, że podstawowym zadaniem władz publicznych jest zapewnienie równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej.

Co nowego w 2010 roku?

Sejm podczas posiedzenia plenarnego 10 września 2009 r. znowelizował ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej, zmieniając algorytm, wg którego rozdzielają się pieniądze na leczenie w regionalnych oddziałach

NFZ. Za nowelizacją głosowało 418 posłów, przeciw było 4. Ustawa została podpisana przez prezydenta Lecha Kaczyńskiego 19 października 2009 r., (ogłoszona w DzU nr 178, poz. 1374), a weszła w życie 4 listopada 2009 r. Podstawowa zmiana nowelizacji polega na nowym sposobie podziału pieniędzy na poszczególne województwa. Przeszły być one dzielone wg średnich dochodów gospodarstw w regionie, a będą rozdzielane między poszczególne oddziały NFZ z uwzględnieniem liczby ubezpieczonych w oddziale. Rezygnacja ze współczynnika dochodowości i oparcie algorytmu m.in. na liczbie mieszkańców, ich wieku i płci oraz stopniu ryzyka chorobowego ma sprawić, że znikną dysproporcje między „biednymi” a „bogatymi”. Różnice w przeliczeniu na osobę wynosiły nawet do 500 zł. Ustawa ta zakłada też utworzenie rezerwy migracyjnej. Na jej koncie ma się znaleźć ok. 3 mld zł. Pieniądze z tej puli będą wydawane przez prezesa NFZ na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Obawiam się, że rezerwa migracyjna nie rozwiąże trudnej sytuacji finansowej NFZ oraz uzależnionych od niego wszystkich świadczeniodawców. Wyodrębniono ponadto do wskaźnika dwie grupy świadczeń opieki zdrowotnej, tj. wysokospecjalistyczne i pozostałe (podobnie jest w obecnym rozporządzeniu). Do grupy wysokospecjalistycznych zaliczono świadczenia w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych (w latach 2008 i 2009 były to terapeutyczne programy lekowe) oraz inne świadczenia, których wartość jednostkowa wynosi co najmniej 10 tys. zł.

Jak to będzie

Ma być równo i sprawiedliwie, ale czy w ogóle w ochronie zdrowia można sobie takie zasady wymarzyć? Ostatnio podczas licznych debat nad zmianą obowiązującego algorytmu jeden ze znanych polityków powiedział „żołądki mamy takie same, ale to nie znaczy, że każdy ma mieć to samo”! Czy może więc być choć trochę bardziej sprawiedliwie, żeby w obecnej sytuacji ekonomicznej dobro najwyższe, jakim jest zdrowie, nie było polem walki politycznej, i aby rzeczywiście wyrównać te narosłe dysproporcje pomiędzy regionami w naszym kraju? Nie chciałbym, żeby było to pytanie retoryczne.

Zapis ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z funduszy publicznych mówi jednoznacznie, że ilość pieniędzy na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ nie może być mniejsza niż liczona styczeń do stycznia np. 2009/2008. Z zapisów art. 2 nowej ustawy wynika, iż w przypadku planu finansowego NFZ na 2010 r. punktem odniesienia jest plan finansowy funduszu na 2009 r., obowiązujący 30 czerwca 2009 r., a nie jak to wynikałoby z art. 118 ust. 4 ustawy pierwotny plan finansowy funduszu na 2009 r. Przepis ten ma na celu złagodzenie przejścia

z dotychczasowego sposobu podziału na proponowany. Spowoduje to, że pięć najbogatszych województw dostanie pieniędzy relatywnie więcej niż zapis styczeń do stycznia, bo wliczono w to zwiększenie planu finansowego NFZ w I półroczu 2009 r. o tzw. podatek Religi. Był on dzielony obecnym algorytmem oraz wliczono w to pieniądze pozostałe w bogatych regionach (Mazowsze, Śląsk, Pomorze, Dolny Śląsk i Pomorze Zachodnie), które pozostały niewykorzystane w 2008 r., pomimo opłacenia tam wszystkich świadczeń wykonanych ponadlimitowo. Odbędzie się to kosztem naszych najbiedniejszych, tj. Lubelszczyzny, Świętokrzyskiego, Warmii i Mazur oraz Podkarpacia, gdzie żadne nadlimity za II półrocze 2008 r. oraz za cały 2009 r. nie zostały uregulowane. Tylko na Lubelszczyźnie wynoszą one 200 mln zł. Z nowelizacji ustawy w sprawie algorytmu nie można więc być w pełni zadowolonym. Sytuacja w 2010 r. w tych regionach nie poprawi się radykalnie. Będzie to bardziej zabieg kosmetyczny. Lepiej może być dopiero w 2011 r. lub 2012 r. Co mamy robić do tego czasu? Równość regionów w dostępie do pieniędzy publicznych na ochronę zdrowia tym zajmuje się powołane do życia 4 września 2009 r. Porozumienie Lubelskie. Jego sygnatariuszami są przedstawiciele pracodawców ochrony zdrowia z czterech województw, tj. lubelskiego, warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego i świętokrzyskiego. Wystosowano w tej sprawie już list do ministra Michała Boniego, z prośbą o pilne spotkanie z przedstawicielami Porozumienia w celu przedyskutowania sytuacji finansowej w ochronie zdrowia w całym kraju.

– *Rodzi się więc pytanie, czy ten algorytm będzie lepszy i poprawi sytuację szpitali tych województw, które zyskają? Czy będzie bardziej solidarny, bardziej prospołeczny?* – pytał Aleksander Soplński (PSL) na jednym z posiedzeń sejmowej Komisji Zdrowia. Jego zdaniem, *nowy algorytm ma cechy janosikowe i nie rozwiązuje problemu finansowania systemu. Jak mówił, głównym problemem polskiej służby zdrowia nie jest sam algorytm, ale przede wszystkim niedobór pieniędzy w systemie i m.in. brak właściwych mechanizmów kontroli.* Podkreślić należy, że w dużym stopniu jest to prawda. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w naszym kraju należą do najniższych w UE. W tym roku są niższe o 2 mld zł niż w 2009 r. i wyniosą ok. 53,5 mld zł. Według szacunków, wydatki naszych obywateli na prywatny sektor ochrony zdrowia w tym roku wyniosą ponad 20 mld zł! Może warto zastanowić się, jak chociaż część z tych pieniędzy pozyskać do systemu publicznego? Według wyliczeń, wzrost nakładów finansowych w wymienianych wyżej biednych regionach nie będzie znaczący. W roku 2010 będzie to bardziej zabieg kosmetyczny..., ale wiem, najważniejszy jest solidaryzm społeczny, nie chcę, żeby naszym kosztem stracił Śląsk czy Mazowsze.

„ Nikt jeszcze nie wymyślił w pełni sprawiedliwego algorytmu podziału pieniędzy i nie wiadomo, czy taki istnieje ”

Refleksja na koniec...

Jaka jest sytuacja finansowa polskiej ochrony zdrowia – każdy widzi. Nie ma aktów prawnych doskonałych, zawsze znajdzie się ktoś, który poczuje się dyskryminowany lub niedowartościowany. Określenie *służba zdrowia* jest dla niektórych tematem sporów politycznych, a nie dyskusji merytorycznej, mającej na celu zwiększenie puli pieniędzy na jej funkcjonowanie i uszczelnienie systemu ich wydawania. Niestety, niepopularny jest też temat zwiększenia dopływu pieniędzy do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. podniesienia obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne, która jest najniższa z krajów Unii Europejskiej. Za konieczne więc uważam okre-

„ Z nowelizacji ustawy w sprawie algorytmu nie można więc być w pełni zadowolonym. Sytuacja w 2010 r. w tych regionach nie poprawi się radykalnie ”

ślenie jasnych zasad funkcjonowania szpitali w Polsce z wykorzystaniem tych pieniędzy publicznych, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Takie same sumy trafiają do szpitali zarządzanych dobrze, przynoszących wymierne efekty ekonomiczne, do jednostek niezadłużonych, inwestujących w sprzęt, podnoszących jakość świadczonych usług oraz do takich, które „wchłoną” każdy publiczny grosz, ciągle narzekając na brak funduszy i możliwości normalnego funkcjonowania, żądających ciągłych zmian zasad ich finansowania. Nikt jeszcze nie wymyślił w pełni sprawiedliwego algorytmu podziału pieniędzy i nie wiadomo, czy taki istnieje. Dlatego trzeba szybko myśleć o przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego. Prowadzenie takiej placówki to przede wszystkim usprawnienie systemów zarządczych, a przez to uszczelnienie i zrjonalizowanie gospodarki finansowej zakładu. ■