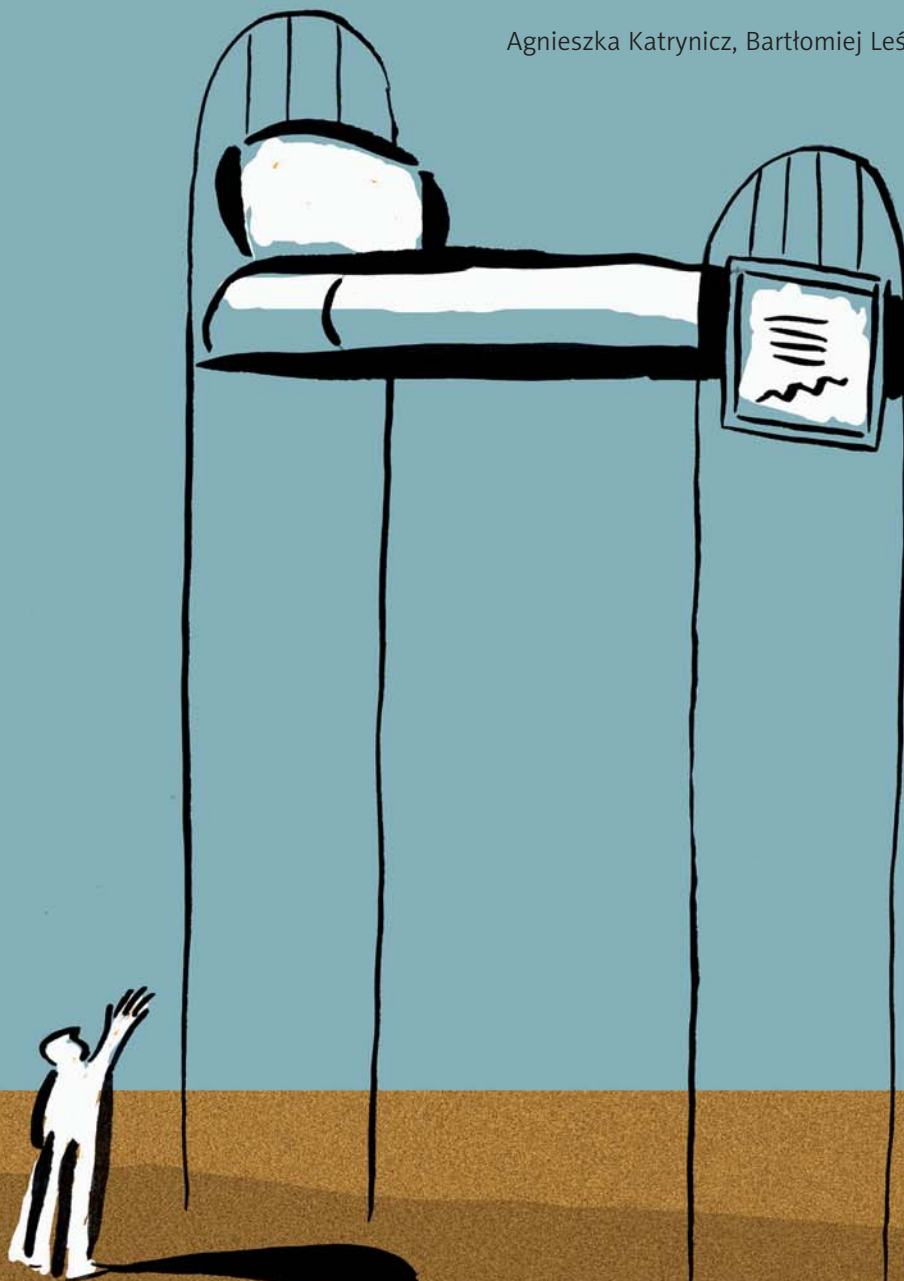


Jak Narodowy Fundusz Zdrowia psuje rynek

Czeski film – nikt nic nie wie

Agnieszka Katrynicz, Bartłomiej Leśniewski



To horror, co rok wszyscy menedżerowie zdrowia zadają sobie te same pytania: Zapłacą za nadwykonania czy do końca roku będziemy pracować za darmo? Zamknąć szpitale, przychodnie i oddziały czy nie? Urzędnicy z NFZ nie udzielają na nie konkretnej odpowiedzi. Czasem zapłacą, czasem nie zapłacą – uniemożliwiając tym samym polskim placówkom ochrony zdrowia racjonalne planowanie, wpędzając w długi oraz wydłużając do absurdalnych rozmiarów kolejki. Dzięki wymyśleniu instytucji tzw. nadwykonań urzędnicy NFZ zyskują pozór spokojnego sumienia: „gdyby ktoś miał pretensje, my nic nie obiecywaliśmy”. Za ten pozór płacą wszyscy: czekający w kolejkach pacjenci i naciągnięci przez NFZ świadczeniodawcy.

Jak działa system? W chwili zawierania umów ze świadczeniodawcami NFZ nie dysponuje wiarygodnymi danymi epidemiologicznymi, nie wie też, ile będzie pieniędzy ze składki zdrowotnej. Jest ślepy jak nowo narodzony kociak: nie ma ani wiedzy o rzeczywistych potrzebach leczniczych, ani rozeznania w stanie własnej kasy. To spory dyskomfort dla funduszu, ale zamiast się zabrać do gromadzenia potrzebnych danych, urzędnicy NFZ poszli na skróty i zastosowali „genialny” patent: po prostu zaniżają wartości kontraktów, wyznaczają limity na leczenie na absurdalnie niskim poziomie. Zdają sobie sprawę, że limity będą przekroczone, nie gwarantują jednak zwrotu kosztów za świadczenia wykonane ponad ustalone w umowach kwoty. I chociaż w praktyce co rok za nie płacą, nie robią tego według umowy – prawa, lecz według własnego uznania. Jednemu tak – drugiemu nie. W jednym województwie 10 proc., w innym 80 proc. Decydują sami, prawem kaduka.

Optakane skutki

– *Co by się działo, gdyby podobnie postępowano na rynku samochodowym PZU lub Link 4? Gdyby towarzystwa te ogłosiły, że płacą odszkodowania jedynie za wypadki od stycznia do września, natomiast niekoniecznie za listopadowe, bo wszystkie powrześniowe to nadwykonania?* – pyta Maciej Murkowski ze Szpitali Polskich SA. – *Przecież te firmy natychmiast wyleciałyby z rynku za złamanie zasad etyki handlowej, elementarnej przyzwoitości i naciąganie klientów. Zadaniem ubezpieczyciela jest dobrze wyliczyć składkę i wziąć na siebie ryzyko, gwarantować wypłatę* – mówi.

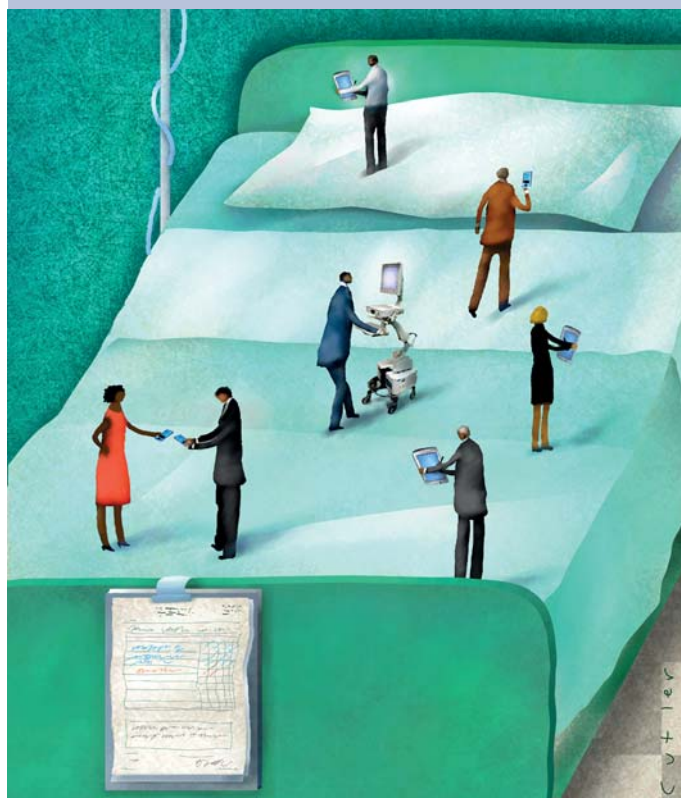
Podobne zasady nie obowiązują jednak w NFZ. Auta traktowane są lepiej niż pacjenci. Fundusz, choć pobiera składkę, stara się przerzucić ryzyko na pacjentów i świadczeniodawców. Wbrew elementarnym zasadom biznesowym i przyzwoitości.

Psucie rynku

NFZ czasem płaci za nadwykonania, a czasem nie. Postępując w ten sposób, psuje rynek świadczeniodawców. – *Co rok świadczeniodawcy mają więc ten sam dylemat: podjąć ryzyko czy nie? Trzymać się biznesowej umowy w sprawie limitów czy oferować więcej świadczeń, ryzykując brak zapłaty? Jak zareaguje mój konkurent? Mam dotrzymać umowy i ryzykować, że konkurent pokona mnie dlatego, że odważył się umowę złamać i dostał za to nagrodę w postaci zapłaty za nadwykonania?* – pyta Jacek Ruszkowski, szef Centrum Zdrowia Publicznego Akademii Leona Koźmińskiego.

W polskiej ochronie zdrowia pojawia się w ten sposób istotny element psujący reguły gry między podmiotami publicznymi czy prywatnymi. Prócz jakości świadczeń, poziomu merytorycznego i ceny na rynku pojawia się wysoce niepożądany element: uznaniowość urzędników NFZ, którzy mogą zadecydować o wypłacie pieniędzy, ale nie muszą.

„ Pacjenci i świadczeniodawcy płacą zbyt wysoką cenę za spokojną głowę urzędników NFZ ”



„ Fundusz nie kalkuluje ryzyka, nie oblicza właściwie składek, nie wylicza, na jakie refundacje stać polski system ochrony zdrowia ”

Kreowanie kolejek

– *Wartość naszych nadwykonań szacujemy na 300 tys. zł. Kwota nie jest duża, ponieważ stosujemy bardzo ostrą selekcję pacjentów i sporej grupie po prostu musimy odmówić przyjęcia, bo wiemy, jaka jest polityka NFZ – tłumaczy Janusz Atłachowicz, dyrektor szpitala w Rawiczu. – Mógłbym leczyć więcej pacjentów, ale nie chcę popadać w długi* – dodaje.

Wydłużanie kolejek w nieskończoność to jednak żadne rozwiązanie. Prędzej czy później narazi szpital na procesy nieprzyjętych na czas pacjentów. Bo umowa z NFZ (wyznaczone przez fundusz limity) nie jest jedynym aktem prawnym wiążącym świadczeniodawców. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz usta-

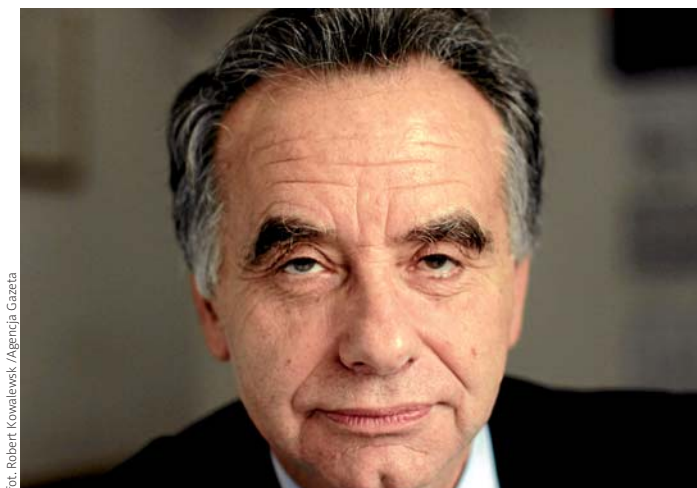


foto: Robert Kowalewski / Agencja Gazeta

Prof. Krzysztof Opolski

ekspert ekonomiki ochrony zdrowia
Uniwersytetu Warszawskiego

Dzisiaj nadwykonania są instrumentem, dzięki któremu możliwe jest ręczne sterowanie wydatkami na ochronę zdrowia. Ręczne, a więc zakładające uznaniowość – czyli z definicji gorsze od przyjęcia uczciwych mechanizmów i regulacji. Jedyną metodą na pozbycie się tego szkodliwego systemu regulowania wydatków na zdrowie jest wypracowanie odpowiednich mechanizmów, a więc jasne określenie, co każdemu ubezpieczonemu można zagwarantować w ramach ubezpieczeń obowiązkowych, a za co będzie musiał dopłacić czy to z własnej kieszeni, czy ubezpieczeń dodatkowych. Największy kłopot to brak jakichkolwiek kalkulacji, badań, danych liczbowych, czy to w wymiarze ekonomicznym, czy epidemiologicznym. Nikt nawet nie próbuje zliczyć rzeczywistych potrzeb związanych ze świadczeniami. I co gorsza, nikt nie próbuje zliczyć rzeczywistych kosztów tych świadczeń. Nie wiemy zatem, na co powinniśmy przeznaczyć pieniądze z budżetu ochrony zdrowia. Nie wiemy też, komu je wypłacić, kto radzi sobie z jakością, zachowując niskie, a więc najlepsze dla pacjenta koszty. Dla decydentów głównym problemem jest ciągle to, „jak wydać pieniądze” w taki sposób, by było jak najmniej protestów, a nie jak dobrze wydać pieniądze, by osiągnąć zamierzone w polityce zdrowotnej cele. Najpotrzebniejszą rzeczą jest zatem dokonanie odpowiednich badań, wyliczeń i analiz. Nie mamy ich, próbujemy ratować się protezami, limitami, nadwykonaniami. Ze szkodą dla systemu. Tymczasem najwyższa pora, by wziąć w rękę liczydła i kalkulatory. Wtedy problemy z nadwykonaniami znikną.

wa o zawodzie lekarza nakłada na szpitale (nie tylko publiczne) obowiązek udzielenia pomocy pacjentowi bez oglądania się na to, czy wyczerpany został limit przewidziany w kontrakcie z NFZ.

– Z sądów otrzymuję pisma, że mam przyjmować chorych, bo niszczą siebie i rodziny – mówi Janusz Kołakowski, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy. – Mam im odpisać, że nie mogę, bo mam kolej-

kę? Ci ludzie wymagają leczenia natychmiast, inaczej będzie za późno, dojdzie do tragedii.

Wkręcanie w długi

Długi polskich szpitali w dużej mierze wynikają ze stosowanej przez NFZ polityki nadwykonań. Najlepsze placówki według rankingu „Rzeczpospolitej” łączy jeden problem: wielomilionowe niezapłacone rachunki za przyjęcie pacjentów ponad limit określony w umowach z NFZ. Co ma zrobić dyrektor placówki wpędzony w długi obowiązkiem udzielenia pomocy i brakiem zapłaty ze strony NFZ? Oczywiście, pozostaje droga sądowa. Procesy w podobnych sprawach trwają od trzech do pięciu lat. Co trzeci pozew zostaje uwzględniony. Rekordzistą i jednym z pierwszych dyrektorów, który zdecydował się na rozprawę sądową, jest cytowany wyżej Janusz Kołakowski. Narodowy Fundusz Zdrowia zalegał szpitalowi w Żurawicy z płatnościami za nadwykonania za 2008 i 2009 r. Łącznie 325 tys. zł. Dlatego oprócz pozwu przeciwko funduszowi szpital oskarżył także Ministerstwo Zdrowia. I na początku tego roku wygrał. Udało się odzyskać z ministerstwa 307 tys. zł plus 80 tys. zł odsetek.

Podobne sukcesy często jednak okazują się pyrrusowymi zwycięstwami. Szpital, by wygrać z funduszem, musi opłacić koszty rozpoczęcia postępowania oraz reprezentacji prawnej, ponieść ciężar przygotowania dowodów i... czekać na należne pieniądze przez lata. W tym czasie narastają odsetki, odsetki od odsetek, zagrożona jest płynność finansowa. Ostatnio coraz częściej stosowanym rozwiązaniem są ugody między poszkodowanymi placówkami a NFZ. Szpitale, by uniknąć długotrwałych procesów, godzą się na przyjęcie od 50 do 90 proc. należnej zapłaty. W ten sposób naciągacze z NFZ zbijają cenę świadczeń poniżej zakontraktowanej.

– Za 2009 r. fundusz jest mi winien 1,7 mln zł, z czego większość, bo 1,5 mln zł, za leczenie ratujące życie – mówi Grażyna Zabielska, prezes zarządu NZOZ św. Aleksandra w Kielcach. – W ramach ugody proponowali mi połowę tej sumy. Tyle że ja prowadzę spółkę samorządową i nie mogę pozwolić sobie na to, by świadomie zgadzać się na działania przynoszące straty. Przez wiele lat ten szpital miał zyski, teraz, przez nadwykonania, balansuje na granicy opłacalności – dodaje.

Szpitale unikają groźby bankructwa, ale w ostatecznym rachunku i tak tracą. Przewlekłość postępowań sprytnie na swoją korzyść wygrywa NFZ.

– Z powodu zaległości w zapłacie za nadwykonania nie tylko nie mogę zaplanować zakupów sprzętu czy podwyżek dla personelu, ale musiałam także wstrzymać konieczny remont bloku operacyjnego – mówi Grażyna Zabielska. – W taki sposób nie da się odpowiedzialnie zarządzać placówką, chyba że zacznę odmawiać przyjęcia pacjentów. Polityka NFZ powoduje, że te szpitale, do których pacjenci chętnie przychodzą, najszybciej popadają w długi. Czy mam

rozumieć, że najlepszy szpital to ten, który stoi pusty? – pyta Zabielska.

Lepsza i gorsza Polska

Dyrektorów oburza jeszcze jedno – są regiony, gdzie NFZ płaci za nadwykonania, i są takie, gdzie czeka się na pieniądze latami. Fundusz nie informuje przy tym ile i komu zapłacił za nadwykonania, bo taka informacja wywołałaby burzę, uzasadnione skargi pokrzywdzonych. Wiedzę o decyzjach urzędników NFZ szpitale, samorządy i media muszą zdobywać na własną rękę.

– *Najbardziej dyskryminowana jest tzw. ściana wschodnia, tam szpitale średnio mają po 2 mln zł długu wygenerowanego przez fundusz, który nie płaci za nadwykonania* – stwierdza Marek Wójcik ze Związku Powiatów Polskich.

Potwierdza to Andrzej Sawoni, dyrektor szpitala w Ostrowii Mazowieckiej. – *Nadwykonania na Mazowszu są w zasadzie regulowane na bieżąco, ale już placówki leżące 100 km ode mnie, czyli na Lubelszczyźnie, właśnie przechodzą kontrole za... 2004 r. Wszystko dlatego, że ich dyrektorzy zdecydowali się podać NFZ do sądu* – mówi Sawoni.

Na nierówne traktowanie skarży się także Kolański. Nie podoba mu się m.in. sposób płacenia za tzw. osobodzień, czyli za dzień leczenia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym. – *Okazuje się, że „lepszy” jest pacjent z Warszawy, bo za niego NFZ płaci 170 zł, a za „gorszego” z Zurawicy – 140 zł. To niesprawiedliwość, które trudno wyjaśnić* – twierdzi.

Promesy

Fundusz unika ponoszenia jakiegokolwiek ryzyka, odmawiając udzielania promes firmom prywatnym zamierzającym inwestować w deficytowe segmenty rynku medycznego. Wiadomo na przykład, że w województwach wschodnich brakuje okulistów i placówek okulistycznych. Z tego powodu źle leczona jest jaskra i zaćma. W wielu miastach brakuje porodówek, bywa, że rodzące odsyłane są do szpitali oddalonych o kilkanaście czy nawet kilkadziesiąt kilometrów. Prywatni i publiczni inwestorzy gotowi są w szybkim tempie załatać tę dziurę. Warunkiem jest otrzymanie promesy, że NFZ za zaoferowane usługi zapłaci. Jest to narzędzie przewidziane przez prawo, ale urzędnicy funduszu po nie nie sięgają. Boją się odpowiedzialności, sprawy pozostają niezadowolone.

Klarowanie mętnej wody

– *Ktoś w końcu musi jasno powiedzieć, na co nas stać. Konkrety jednak nie padają* – podsumowuje Marek Wójcik.

W Europie i USA na rynku ubezpieczeń zdrowotnych obowiązują podobne zasady jak na innych rynkach ubezpieczeniowych. Najpierw zbierane są dane

” O tym, kto dostanie zwrot pieniędzy za nadwykonania, nie decydują interes publiczny, cywilizowane zasady oraz etyka, lecz prawo kaduka ”

epidemiologiczne, potem ustalana jest stawka i zakres ubezpieczenia. W Polsce takich danych się nie zbiera. Oznacza to, że NFZ nie spełnia swojej podstawowej funkcji. Nie kalkuluje ryzyka, nie oblicza właściwych składek, nie wylicza, na jakie refundacje polski system ochrony zdrowia stać. Zamiast gwarantować, posługuje się językiem niedopowiedzeń, sugestii, niejasnych obietnic. Czy dzięki temu urzędnicy NFZ rzeczywiście mają spokojną głowę i sumienie? Być może. Ale nie powinni, bo długi szpitali i kolejki pacjentów to w dużej mierze zasługa wymyślonego przez nich systemu naciągania szpitali i przychodni na ryzyko nadwykonania. Pacjenci i świadczeniodawcy płacą zbyt wysoką cenę za spokojną głowę urzędników NFZ. ■



foto: Raдек Pasternik/fotorepa

” Marek Wójcik: Najbardziej dyskryminowana jest tzw. ściana wschodnia. Tam szpitale mają średnio po 2 mln zł długu wygenerowanego przez NFZ, który nie płaci za nadwykonania ”