

Koniec monopolu Centrali NFZ

Aksamitna rewolucja

Patrycja Majer

Centralne sterowanie pieniędzmi pochodzącymi od ubezpieczonych nie zdało egzaminu. W minionych siedmiu latach budżet NFZ wzrósł z 22 mld zł do ponad 54 mld zł, jednak nie zwiększyło to dostępności usług medycznych. Dlatego najwyższy czas na wielkie zmiany w systemie. Resort twierdzi, że wie, od czego zacząć, i proponuje zastąpienie monopolisty silnymi i stabilnymi finansowo funduszami. Na początek regionalnymi.



Pozwoli to zdecentralizować podejmowanie decyzji finansowych, a zatem lepiej dostosować wydawanie funduszy na ochronę zdrowia do potrzeb i możliwości lokalnych. – *W pewnym stopniu usankcjonuje to i unormuje stan obowiązujący obecnie* – zauważa Michał Kamiński, ekspert ochrony zdrowia, były wiceprezes NFZ. – *Bo już dziś w praktyce każdy oddział NFZ prowadzi własną politykę finansowo-zdrowotną, ale aby ta polityka była skuteczna, szefowie oddziałów muszą lawirować między płataniną często sprzecznych ze sobą zarzą-*

dzeń centrali. Usunięcie tej przeszkody poprawi ich funkcjonowanie.

Wszyscy za

Z tego powodu decentralizacja funduszu w zasadzie nie ma przeciwników. Protestów nie należy się spodziewać nawet ze strony Centrali NFZ. Z hasłem *decentralizacja* na ustach obejmował swój urząd obecny prezes Funduszu Jacek Paszkiewicz, zapowiadał ją w wywiadzie dla *Menedżera Zdrowia*. Spośród wszystkich decyzji zapo-

wiadanych w ramach pakietu ustaw zdrowotnych Ewy Kopacz decentralizacja przyniesie najszybszy i największy efekt. Uda się ją wprowadzić szybko i w zasadzie bez oporu.

Rewolucja bez rewolucji

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, decentralizacja NFZ ma być rewolucją. Dzięki niej pacjent będzie mógł wreszcie wybierać – zarówno między świadczeniodawcami, jak i ubezpieczycielami, a pieniądze będą podążać za jego decyzjami. Początek zmian w systemie obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych ma przynieść 2011 r. W tym czasie, zdaniem resortu, znane już będą warunki konkurencji wśród płatników. Na rynku pojawią się także dodatkowe polisy, a Ministerstwo Zdrowia zdąży uporządkować przepisy prawne, umożliwiając publicznym szpitalom świadczenie usług zdrowotnych na zasadzie prywatnych ubezpieczeń. Rok 2012 przyniesie wszystkim użytkownikom rynku usług medycznych konkretne zmiany, na razie jednak tylko w dwóch województwach – pomorskim i dolnośląskim. Wówczas to, według zapowiedzi ministra Kopacz, we wskazanych województwach rozpocznie się pilotaż zmian. Jeśli proponowane przez resort ustawy zostaną przyjęte przez Sejm, Senat i prezydenta, nowy system w całym kraju zacznie działać od 2014 r. Na tym jednak lista wiadomych się kończy. Pozostaje snucie przypuszczeń, jak decentralizacja przebiegnie i kto na niej skorzysta.

Siedem czy szesnaście

Na czym ma polegać decentralizacja? Zdaniem Mariusza Tarhonia z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, prawdopodobnie jej podstawą będzie ustawa podobna do projektu z 31 lipca 2008 r., który zakładał powstanie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ). Nowy „UNUZ” miałby powstać na bazie obecnej centrali NFZ. Zachowałby uprawnienia kontrolne wobec regionalnych funduszy, sprawowałby też nadzór nad unifikacją i ujednocnieniem cen, procedur i innych parametrów w całym kraju.

Oddziały NFZ zostałyby przekształcone w państwowe towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych, miałyby rady nadzorcze oraz osobowość prawną – zagwarantuje to, jak w dawnych kasach chorych, samorządność tych instytucji. Taka struktura ustabilizuje rolę Ministerstwa Zdrowia (również finansów), eliminując niekorzystne zjawisko w sterowaniu monokasą (NFZ): zadrażnienia i konflikty na linii Ministerstwo Zdrowia – Centrala NFZ.

Otwarte pozostaje pytanie, ile miałyby być tych państwowych towarzystw ubezpieczeń zdrowotnych. Według ekspertów Banku Światowego najlepiej jest, gdy jedno towarzystwo obsługuje populację liczącą ok. 5 mln ludzi. W polskich realiach oznaczałoby to



foto: Index Stock/Corbis

„ Spośród wszystkich decyzji zapowiadanych w ramach pakietu ustaw zdrowotnych Ewy Kopacz decentralizacja przyniesie najszybszy i największy efekt ”

konieczność powołania siedmiu kas chorych. Tymczasem w Polsce funkcjonuje nie siedem, a 16 województw, 16 podmiotów prawnych, politycznych, 16 jednostek budżetowych, 16 społeczności lokalnych wybierających swoich przedstawicieli i powierzających im troskę o zdrowie publiczne, i wreszcie: 16 oddziałów NFZ. Jak pogodzić wskazania ekspertów Banku Światowego z realiami podziału administracyjnego i samorządowego Polski?

Paragraf 4a

– *Z punktu widzenia efektywności i aby wszystko odbyło się w zgodzie, spokojnie można pójść na rękę wojewódzkim patriotom i pozostawić wersję z szesnastoma oddziałami* – mówi Mariusz Tarhoni. – *Jeżeli fundusze podzieli się na duże regiony, to te województwa, które nie będą siedzibą regionów, stracą* – przestrzega Kazimierz Łukawiecki. Wszystko wskazuje jednak na to, że przejdzie podział na 16 państwowych towarzystw ubezpieczeń zdrowotnych, ale jedynie „na początek”. Weźmy przykład województwa opolskiego – małego, mało ludnego, z infrastrukturą szpitalną nieporównywalnie niewielką



foto: Archiwum

Maciej Murkowski

Szpitalne Polskie SA

Gdy usłyszałem o tym, że minister Kopacz zamierza zdecentralizować NFZ, pomyślałem: „to zbyt piękne, by mogło być prawdziwe”. Rozbicie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia to w zasadzie podstawowy warunek jakichkolwiek zmian na lepsze w polskim systemie ochrony zdrowia. Pierwsza cegła, którą trzeba wyjąć z muru niemożności. Bez tego nie uda się zmienić nic.

Nie ma przy tym dla mnie żadnego znaczenia, czy tych nowych regionalnych funduszy będzie 7, jak doradza Bank Światowy, czy 16, jak wynika z podziału Polski na samorządne regiony. Może być ich 5, może i 9 – to zupełnie bez różnicy. Byle było kilka. Wtedy siłą rzeczy zaczną się między nimi i konkurencja, i współdziałanie. Na konkurencji zyskają przede wszystkim pacjenci. Będzie się musiało zacząć także współdziałanie dla osiągnięcia dużych celów i wyzwań, które pozostaną poza zasięgiem jednego funduszu. Będą więc wszystkie korzyści, jakie niesie z sobą rynek medyczny: z jednej strony zabieganie o pacjenta, z drugiej fuzje, przejęcia, konsolidacje, umowy o współpracy w dziedzinach, które wymagają zjednoczenia sił i koncentracji środków. Pod pomysłem podpisuję się obiema rękami i życzę, by klasie politycznej nie zabrakło konsekwencji we wcielaniu go w życie.

w stosunku do sąsiedniego Górnego Śląska i Wrocławia. Bardzo szybko się okaże, że albo obywatele Opolszczyzny zostaną upośledzeni pod względem dostępu do świadczeń (w porównaniu z sąsiadami), albo opolski ubezpieczyciel zawrze strategiczne porozumienie, sojusz, z sąsiednimi funduszami i świadczeniodawcami z pobliskich regionów.

– *Poprzednia reforma zakładała w takich sytuacjach możliwość, że fundusze będą się łączyć, zawierać porozumienia, a nawet tworzyć fuzje* – mówi Andrzej Sośnierz,

były prezes NFZ. – *Wtedy podzieliliśmy kasy chorych regionalnie, planując, że następnym etapem będzie ich łączenie się ze sobą, zawieranie porozumień, konkutowanie* – mówi Anna Knysok, autorka reform rządów Buzka w ochronie zdrowia. – *Wiedzieliśmy również, że firmy prywatne, niezależni ubezpieczyciele, nie pojawią się z dnia na dzień. Zakładaliśmy, że po kilku latach obserwacji i przymiarek rozpoczną działalność w Polsce. Przewidywał to paragraf 4a ustawy, który miał umożliwić prywatnym właścicielom zakładanie kas chorych. Najpierw przesunięto termin wejścia w życie tego przepisu, potem z pomysłu zrezygnowano* – dodaje.

Wszystko wskazuje na to, że podobne założenia przyświecają twórcom obecnej reformy. Poprzednia wywróciła się na paragrafie 4a, a dzisiejsza opiera się na podobnym sposobie rozumowania. Czy „paragraf 4a” zostanie ponownie zawetowany czy trwale przyjęty – okaże się po najbliższych wyborach parlamentarnych. Autorzy obecnych zmian, tak jak ich poprzednicy, nic wiążącego na ten temat nie mówią.

Zysk od ręki

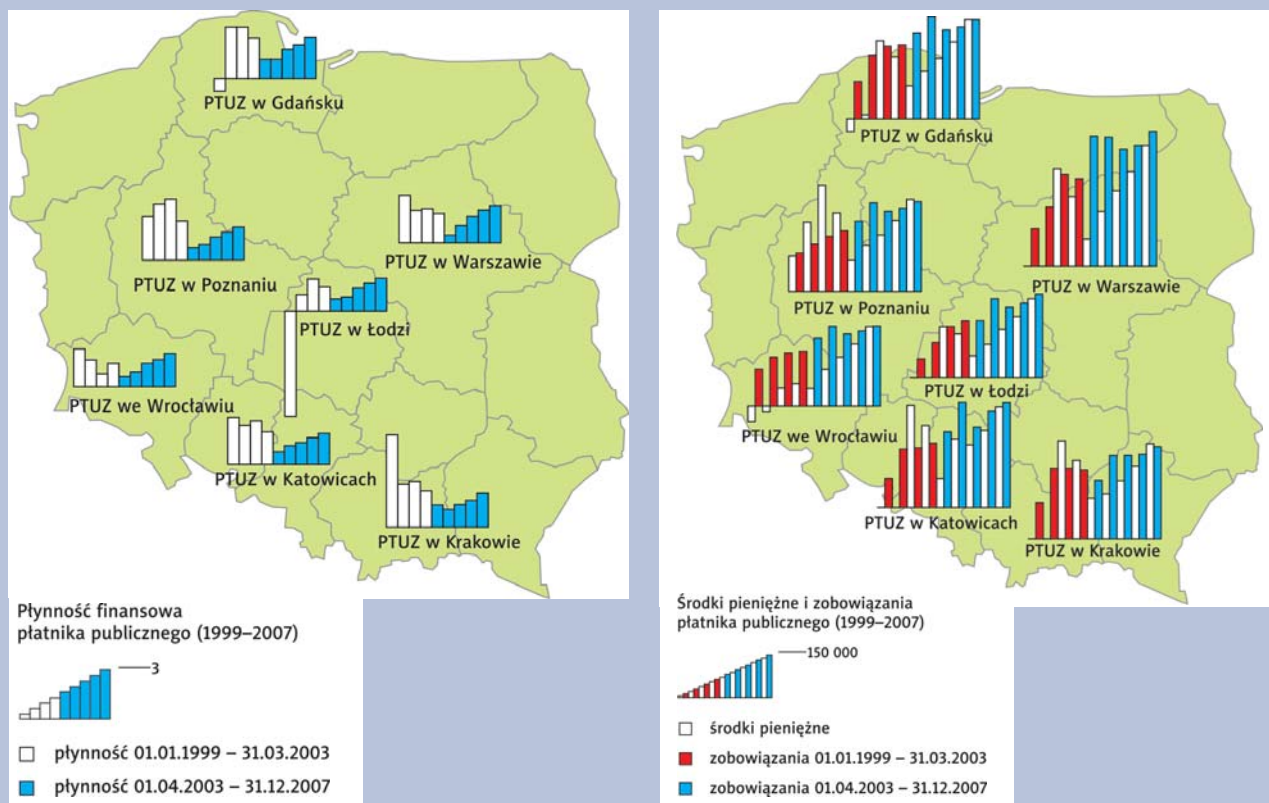
Decentralizując NFZ, coś jednak zyskamy od ręki, bez konieczności oczekiwania na budowę rynku: poprawimy sprawność finansową płatnika. Aby nie pozostać gołosłownym, można tę tezę potwierdzić, wykorzystując dwa istotne parametry ekonomiczne, tj. pieniądze (ich stan w systemie) oraz płynność finansową (zdolność do regulowania zobowiązań – w tym wypadku zapłacenia świadczeniodawcom za ich usługi, również nadlimitowe). – *Z moich opracowań wynika, że przekazanie określonej puli pieniędzy poszczególnym towarzystwom w zdecydowany sposób poprawi płynność finansową. Dodatkowe korzyści z decentralizacji odniesie resort, pacjenci i oczywiście świadczeniodawcy* – tłumaczy Mariusz Tarhoni. Zdaniem Kazimierza Łukawieckiego, resort, decentralizując płatnika, staje w zupełnie innej pozycji. Przestaje być odpowiedzialny za każdą decyzję towarzystw ubezpieczeniowych, za każde niedojechanie karetki na czas, za każdy niefortunny incydent, które będą przecież się zdarzały. – *Decentralizacja znosi odpowiedzialność ministerialną za decyzje podejmowane na dole* – twierdzi Łukawiecki. – *Pacjent natomiast przestaje być anonimowy i ma poczucie, że zarówno jego problemy, jak i świadczeniodawców są bardziej rozpoznawalne. Stoi za nimi rada nadzorcza, która w obecnym systemie ma jedynie „papierowe” znaczenie* – podsumowuje.

Diabeł tkwi w szczegółach

Sposób, w jaki *de facto* przebiegnie rozczłonkowanie centralnego zarządzania ubezpieczeniami, zależeć będzie w dużej mierze od tego, na jakich zasadach zostanie ono oparte. Czy będzie to podział NFZ z regionalizacją, jak za czasów kas chorych, czy od razu zostanie dopuszczona konkurencja między publicznymi płatnikami w całym kraju. Jak twierdzi

Dużą mapę na rycinie 1. należy zrozumieć w taki sposób: pieniądze w systemie samorządowym znajdują się na wykresach w poszczególnych oddziałach PTUZ na podobnym poziomie jak zobowiązania – nawet jeżeli są w wartościach mniejsze od zobowiązań, ich iloraz tworzy wskaźniki płynności o wartościach większych od jedności, czyli takie, przy których organizacja jest w sta-

nie samodzielnie realizować swoje zobowiązania. W systemie zarządzanym centralnie pieniądze znajdują się na kontach centrali – ich ilość w oddziałach jest znikoma, stąd mała płynność finansowa w oddziałach, a tym samym konieczność odkładania spłaty zobowiązań w czasie. Taką symulację przedstawia tabela 1., która jest jednocześnie uzupełnieniem ryciny 1.



Ryc. 1. Hipotetyczny stan funduszy w jednostkach organizacyjnych płatnika publicznego w latach 1999–2008 w poszczególnych regionalnych kasach chorych oraz oddziałach wojewódzkich NFZ przy założeniu, że wprowadzona zostaje w życie ustawa z 31 lipca 2008 r. o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, która ustanawia siedem struktur ponadwojewódzkich. Dla porównania na mniejszej mapie przedstawiono hipotetyczną płynność finansową. Opracowanie własne, dane: Departament EF UNUZ, Centrala NFZ

Obszar działania PTUZ	Środki pieniężne*	Środki pieniężne**	Zobowiązania	Wskaźnik płynności finansowej*	Wskaźnik płynności finansowej**
1 PTUZ z siedzibą w Gdańsku	6557,12	729 396,02	508 229,74	0,0129	1,4352
2 PTUZ z siedzibą w Katowicach	10 312,60	762 288,10	538 640,26	0,0191	1,4152
3 PTUZ z siedzibą w Krakowie	1241,53	671 338,43	431 691,43	0,0029	1,5551
4 PTUZ z siedzibą w Łodzi	7967,32	513 733,66	351 035,03	0,0027	1,4636
5 PTUZ z siedzibą w Poznaniu	1060,71	638 940,59	407 205,87	0,0026	1,5691
6 PTUZ z siedzibą w Warszawie	841,38	1 075 020,60	876 532,42	0,0010	1,2264
7 PTUZ z siedzibą we Wrocławiu	3656,67	507 634,14	319 336,87	0,0115	1,5897

Tabela 1. Porównanie stanu funduszy oraz zobowiązań w hipotetycznych PTUZ z siedzibą w Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Warszawie oraz we Wrocławiu. Na rycinie 1. widać przewagę pieniędzy, ale tylko w wariantcie samorządowym – w wariantcie tym zakłada się, iż fundusze (**) są rozdzielane według algorytmu wyrównania między towarzystwami (PTUZ). Dla modelu obowiązującego w systemie NFZ – fundusze (*) są znacznie mniejsze od zobowiązań



Beata Małecko-Libera (PO)

wiceprzewodnicząca sejmowej komisji zdrowia

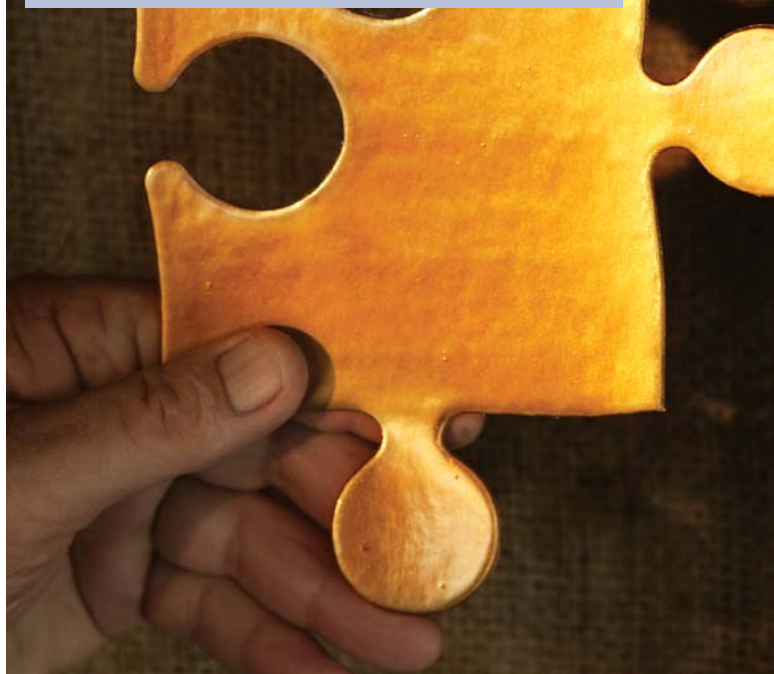
Decentralizacja to stanowczo za mało, my potrzebujemy czegoś znacznie bardziej istotnego: konkurencji. Jeżeli opowiadam się za decentralizacją NFZ, to tylko dlatego, że widzę w niej pierwszy krok w stronę znaczącej zmiany, reformy. Niepokoję się też o to, co tkwi w szczegółach planów decentralizacyjnych.

Będę się stanowczo opowiadać za tym modelem, który przewiduje podział dzisiejszego NFZ na 16 niezależnych podmiotów. Każdy z nich musiałby mieć osobowość prawną i zagwarantowaną niezależność decyzyjną. Ogólnokrajową centralę należy po prostu zlikwidować. I dopilnować, by był to demontaż skuteczny i trwały, tzn. przewidzieć rozwiązania, które uniemożliwią jej odzyskiwanie raz utraconej kontroli nad regionalnymi funduszami metodą drobnych kroczków. Sądzę, że najlepszą metodą byłaby budowa instytucji podobnej do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Zachowałaby ona uprawnienia do regulacji rynku i kontrolne, ale broń Boże decyzyjne.

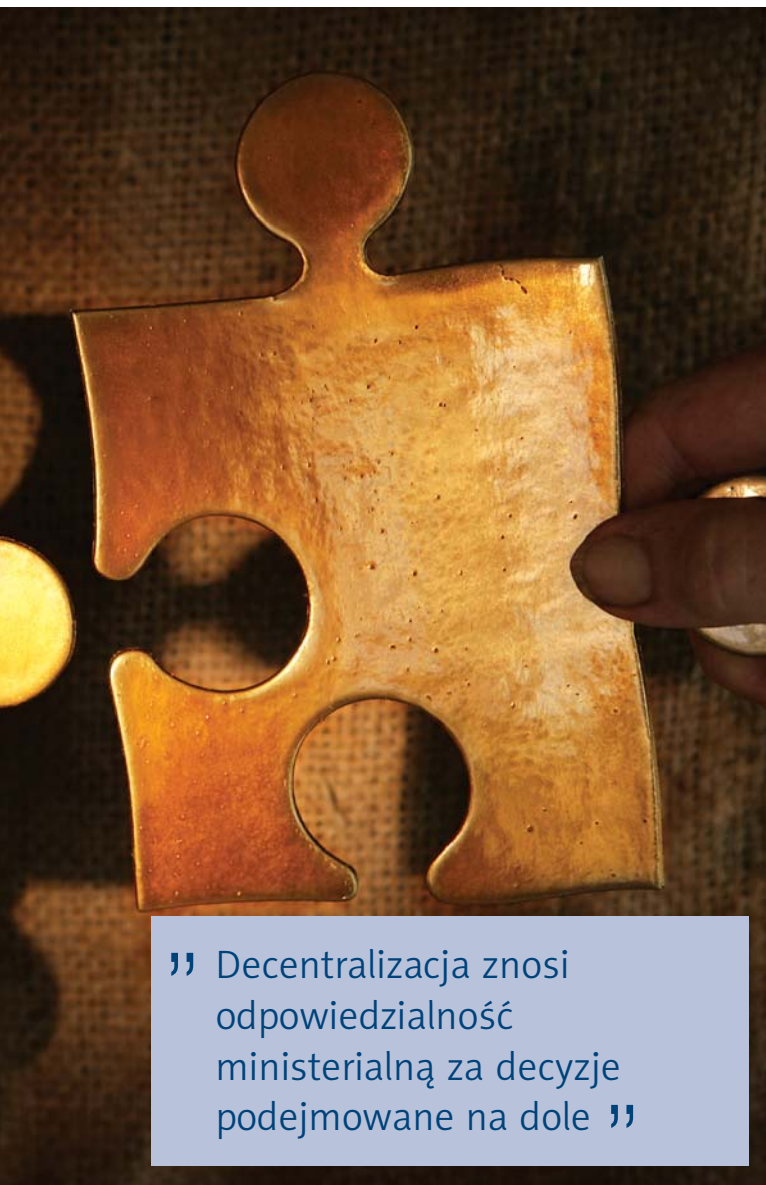
Przy tym wszystkim potrzebne jest jedno poważne zastrzeżenie. Decentralizacja będzie mieć sens jedynie wtedy, gdy spowoduje wprowadzenie do polskiej ochrony zdrowia konkurencji. Inaczej cały wysiłek dzielenia NFZ nie będzie miał sensu.

Tarhoni, istniejący system oparty na Centrali NFZ i niemających osobowości prawnej oddziałach wojewódzkich wyklucza istnienie konkurencji, nie mówiąc o wielu płatnikach. – *Struktura ta nie dojrzała do takich zmian systemowych. Dlatego nie wyobrażam sobie konkurencji terytorialnej w pierwszych latach od wprowadzenia w życie np. rozwiązań przyjętych w projekcie ustawy o państwowym nadzorze nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym* – dowodzi Tarhoni. – *Myszę, że w pierwszym*

„ Jeśli proponowane ustawy zostaną przyjęte, nowy system zacznie działać od 2014 r. Na tym jednak lista wiadomych się kończy. Pozostaje snucie przypuszczeń, jak decentralizacja przebiegnie i kto na niej skorzysta ”



okresie od powstania struktur samorządnych towarzystwa powinny zawierać kontrakty na własnym terenie administracyjnym – dodaje. Konkurencja terytorialna może istnieć w wypadku wprowadzenia w życie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (też pod nadzorem UNUZ). Prywatne ubezpieczalnie, podobnie jak dawna Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych (17B), powinny konkurować w całym kraju. W pierwszych latach system obejmie głównie ludzi młodych, najprawdopodobniej w większości ze środowisk wielkomiejskich i wykształconych. Przy niskich ryzykach ubezpieczeniowych dla młodych (oczywiście pod warunkiem zapewnienia równego dostępu do tych ubezpieczeń wszystkim grupom wiekowym i objęcia ich wskaźnikami wyrównania międzyoddziałowego) system powinien po dwóch latach objąć 2–3 mln ubezpieczonych, a w kolejnych trzech latach



„ Decentralizacja znosi odpowiedzialność ministerialną za decyzje podejmowane na dole „

for: Bsteckphoto

mieć 5–6 mln członków. Za dopuszczeniem konkurencji jest także były minister zdrowia dr Marek Balicki. Jego zdaniem takie rozwiązanie może pozytywnie wpłynąć na publicznych płatników. – *Będą oni lepiej zorientowani w potrzebach pacjentów* – mówi Balicki.

Dlaczego warto wprowadzić „grę rynkową”

Powodów jest wiele. – *Z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych korzysta od lat kilka procent Polaków. Skoro gotowi są płacić za produkt, trzeba to wykorzystać. Dopuszczenie konkurencji na rynek usług medycznych i prawne jej zagwarantowanie może tylko sprawić, że ubezpieczenia zdrowotne, czy to w ramach koszyka usług gwarantowanych, czy dodatkowe, staną się bardziej przejrzyste* – tłumaczy Marek Balicki. W ten sposób napłyną legalnie dodatkowe pieniądze do systemu. – *To zaś wymusi na najlepszych świadczeniodawcach podnoszenie*



for: Dzik

Bolesław Piecha (PiS)

przewodniczący sejmowej komisji zdrowia

Wszystko, tylko nie Centrala NFZ! Gołym okiem widać, że nie radzi sobie ona z postawionymi przed nią zadaniami. Że to moloch, który powołany został wbrew wszelkim zasadom obowiązującym w teorii i praktyce zarządzania. Instytucja kompletnie niepotrzebna i w wielu momentach szkodliwa.

Kłopot z decentralizacją polega jednak na tym, jak ją przeprowadzić. Bardzo bym nie chciał, by decentralizacja oznaczała prosty powrót do regionalnych kas chorych. Przypomnę, że tamten system też się nie sprawdził, że działania kas chorych spotykały się z zasadną i miazdzącą krytyką i że zostały one zlikwidowane przy pełnej społecznej aprobacie. Dziś musimy starać się przede wszystkim o to, by w sprawie decentralizacji nie wejść drugi raz do tej samej rzeki, czy raczej kanału.

W zapowiedziach minister Ewy Kopacz jest mało szczegółów. Pozostaje wiele niewiadomych, wiele otwartych pytań. Dla mnie kluczowym problemem jest to, kto brałby odpowiedzialność za działanie regionalnych płatników. Będę optował za tym, by tą instytucją były lokalne samorządy.

standardów leczenia – mówi Mariusz Tarhoni. – *Zyskają więc wszyscy. Ubezpieczeni, którzy będą mieli dostęp do usług na wyższym poziomie klinicznym i hotelowym, świadczeniodawcy, bo będą mieli przychody pozwalające na rozwój, i oczywiście towarzystwa ubezpieczeniowe, które będą mogły się rozwijać* – dodaje. Oczywiście, nie możemy zapominać o kosztach związanych ze zmianą systemową. Ekonomiści jednak nie obawiają się tego problemu. Jak twierdzi Marek Balicki, nawet jeśli koszty systemowe wzrosną, to i tak zrekompensuje je poprawa jakości systemu. ■