

Jaki będzie ustrój i struktura instytucji ubezpieczenia zdrowotnego – następcy NFZ?



Krajobraz **po bitwie**

Rozmowa z Mariuszem Tarhonim, ekspertem współpracującym z Zakładem Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

Grudniowe protesty lekarzy i następne wydarzenia świadczą o tym, że w Ministerstwie Zdrowia i w centrali NFZ spokoju pewnie nie będzie.

Sytuacja w polskiej służbie zdrowia przypomina krajobraz po bitwie. To efekt działań podejmowanych przez różne ośrodki i różnych ludzi. O korzystne dla siebie rozwiązania będzie jesz-

cze zabiegać wielu beneficjentów – przedstawiciele środowisk świadczeniodawców i stali gracze na rynku medycznym.

Kogo ma pan na myśli?

Można wymienić kilka grup, np. Korporację Zawodową Lekarzy i Dentystów, która niedawno zakończyła wybory nowych władz okręgowych izb lekarskich, czy Konwent Starostów.

Ta druga organizacja zrzesza zadłużone szpitale powiatowe. Jednostki te, szukając ratunku, usilnie forsują zakurzone projekty. Jednym z nich jest tworzenie tzw. sieci szpitalnych, czyli łącznie niewielkich niewydolnych szpiz-ów w swiste holdingi. Ponadto należy wspomnieć przynajmniej o trzech wpływowych lobby – ośrodkach akademickich, instytutach ogólnopolskich oraz środowiskach związanych ze służbą zdrowia resortów mundurowych.

Czy borykający się z tyłoma problemami resort zdrowia będzie mógł się zająć modyfikacją systemu ochrony zdrowia, choćby wprowadzeniem na rynek ubezpieczeń prywatnych?

Minister Zbigniew Religa zapowiada, że NFZ należy podzielić na kilka regionalnych podmiotów. Pan wyrażał podobne opinie. Jak zatem miałby funkcjonować fundusz w nowej formie?

Zbieżność koncepcji jest przypadkowa. Swego czasu zajmowałem się, we współpracy z UNUZ, analizą finansów regionalnych kas chorych. Badałem m.in., w jakiej mierze ubezpieczeni rzeczywiście mają równy dostęp do świadczeń medycznych. Kasy, będące niezależnymi państwowymi osobami prawnymi, podlegały tzw. wyrównaniu międzykasowemu wg przyjętego w ustawie o PUZ algorytmu wyrównania (województwa bogatsze oddawały pieniądze biedniejszym, by

” Sytuacja w polskiej służbie zdrowia przypomina krajobraz po bitwie.
To efekt działań podejmowanych przez różne ośrodki i różnych ludzi ”

Jeżeli do tego, o czym już mówiłem dodam, że trzeba rozwiązać kwestię leków refundowanych oraz dostosować nasze prawo do przepisów i ustawodawstwa unijnego, naprawdę trudno prorokować, jak będzie wyglądał system ochrony zdrowia np. za 2 lata.

Na modyfikację systemu ubezpieczeń, czyli *de facto* całego systemu ochrony zdrowia, mieliśmy już szansę.

Dawała ją ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Zawarto w niej wszystkie instrumenty, umożliwiające wprowadzenie dodatkowych, prywatnych czy alternatywnych ubezpieczeń. Ponadto w ówczesnym systemie kas chorych zostały utworzone instytucje, mające się zajmować gromadzeniem informacji oraz koordynacją i kontrolą. Realizacja wymogów konstytucyjnych dotyczących równego dostępu obywateli do świadczeń medycznych była systematycznie monitorowana przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i Krajowy Związek Kas Chorych. Niestety, 1 kwietnia 2003 r. ustawę tę zastąpiła nowa – o ubezpieczeniu w NFZ, którą, jak pamiętamy, zakwestionował Trybunał Konstytucyjny. Dziś trudno przewidzieć, jakie zmiany legislacyjne dotyczące usprawnienia instytucji płatnika publicznego zostaną wprowadzone. Nie można się jednak spodziewać, by nowe kierownictwo zaczęło przeprowadzać rewolucyjne zmiany zaraz po przejściu odpowiedzialności za resort, na etapie oceny, tzw. opcji 0, czyli inwentaryzacji.

wyrównać stawkę kawitacyjną przypadającą na jednego ubezpieczonego). Dokonywano w nich także pewnych przesunięć finansowych, które wynikały ze wskaźników identyfikacji składki przez ZUS w poszczególnych województwach. Gdy powstał NFZ, przeliczyłem dane z tzw. sprawozdań dekadowych na tożsame ze sprawozdaniami przesyłanymi do centrali NFZ co 10 dni. Mając takie dane, można było prowadzić analizy ekonomiczne modelu finansowania świadczeń, który byłby najbardziej efektywny. Z tego co wiem, w projekcie ministra Religi przewidziano, że ponadregionalne oddziały funduszu działałyby w całym kraju. Dzięki temu mogłyby konkurować ze sobą nie tylko świadczeniodawcy, ale także płatnicy. Należy jednak dodać, że w takim systemie konkurencja dotyczyłaby tylko państwowych osób prawnych, czyli płatników publicznych. Dysponowałyby oni tymi samymi pieniędzmi zbieranymi przez ZUS powiększonymi o fundusze budżetowe.

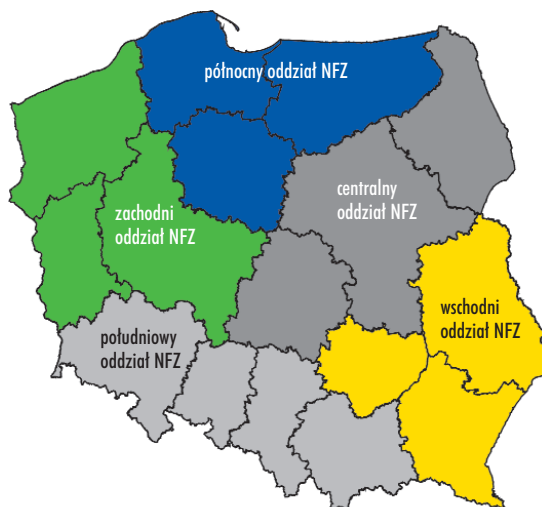
Ale to przecież fikcja! Jeśli na rynku nie pojawi się kapitał prywatny, publiczni płatnicy nie zaczną ze sobą konkurować Czy można sobie wyobrazić, że np. dyrektor oddziału śląskiego będzie zabiegał o kontraktowanie poz na Warmii i Mazurach lub na Pomorzu Zachodnim?

Konkursy, do których przystępowałyby konkurujące suboddziały, musieliby przygotowywać ludzie znający przynajmniej pobieżnie świadczeniodawców na swoim terenie. Prawdopodobnie

najlepiej do tej roli nadawaliby się urzędnicy dzisiejszych oddziałów wojewódzkich NFZ i o nich zaczęłyby zabiegać duże podmioty ubezpieczeniowe. Tak czy owak, w tej koncepcji brakuje pieniędzy z ubezpieczalni prywatnych lub przynajmniej z ubezpieczeń dodatkowych. Nie uwzględniono także alternatywnych form ubezpieczeń zdrowotnych, zasilanych innymi funduszami niż pieniądze pochodzące z ZUS.

Jak zatem wyglądałaby ta konkurencja?

Mogę sobie taki system wyobrazić, ale zakup świadczeń przez regionalny oddział NFZ w odległych województwach dotyczyłby na razie tylko lecznictwa zamkniętego. Możliwe by to było w układzie dawnych +3 i +2 stopni referencyjnych szpitali (instytuty, szpitale kliniczne, szpitale wojewódzkie, wiodące niepubliczne ośrodki diagnostyczne i oddziały szpitalne). Moim zdaniem, nie można jednak przewidzieć, czy tak rozumiana konkurencja doprowadziłaby do podniesienia jakości świadczeń oraz zwiększenia efektywności funduszy. Za stworzeniem koncepcji silnych oddziałów regionalnych przemawia wiele argumentów, ale obawiam się, iż planowane na 2008 r. wprowadzenie na dużą skalę systemu doubezpieczeń (od 2 mld zł do 6 mld zł) może spowodować tylko imitację gry rynkowej publicznych funduszy. W materiale, który powstał w wyniku moich obliczeń, zwracałem uwagę, że ponadwojewódzkie regiony NFZ mają lepsze wskaźniki określające płynność finansową. Oznacza to, że płatnik publiczny ma lepszą płynność finansową, a tym samym zdolność do terminowego realizowania umów ze świadczenio-



Podział Polski na oddziały regionalne NFZ

Przyjęto do celów demonstracyjnych

południowy oddział NFZ	(4)
zachodni oddział NFZ	(3)
wschodni oddział NFZ	(3)
centralny oddział NFZ	(3)
północny oddział NFZ	(3)

Rys. 1. Hipotetyczny podział na regionalne oddziały NFZ mające osobowość prawną. Kontrolą systemu zajmowałby się tzw. Centralny Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych

wą instytucją, którą trzeba by utworzyć, nazwijmy ją np. Centralnym Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Na pewno jednak jedną z przyczyn niewydolności finansowej systemu ochrony zdrowia jest znaczna dysproporcja między tym, jakimi funduszami dysponuje,

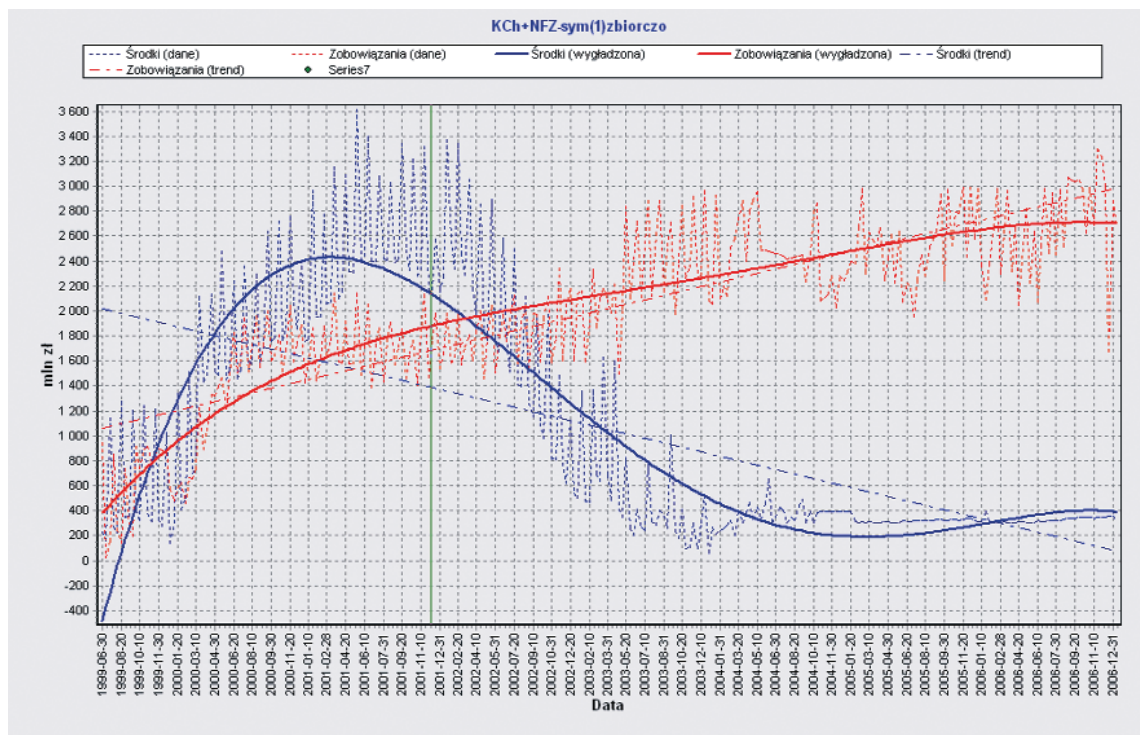
” Trudno się spodziewać, że minister Zbigniew Religa zacznie rewolucjonizować system ochrony zdrowia zaraz po przejęciu odpowiedzialności za resort ”

dawcami. Na rys. 1. przedstawiony jest podział Polski na regiony NFZ (przyjęty przeze mnie do celów ilustracyjnych). Warunek jest jeden – subregiony muszą graniczyć z sobą terytorialnie. Chciałbym przy okazji zaznaczyć, że w konkurencji między oddziałami można wykorzystać doświadczenie Branżowej Kasy Chorych.

Czy można jednoznacznie stwierdzić, że połączenie obecnych wojewódzkich oddziałów NFZ w większe, konkurujące z sobą regionalne jednostki przyczyni się, np. do polepszenia sytuacji finansowej szpitali?

Obecnie nie ma wyraźnego podziału kompetencji pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a no-

a wielkością zobowiązań. Na rys. 2. pokazuję, jak prawdopodobnie będzie wyglądać sytuacja finansowa systemu aproksymowana do końca 2006 r. Pragnę także zwrócić uwagę, iż minister Mariusz Łapiński, wprowadzając ustawę o ubezpieczeniu w NFZ, zmienił kompletnie ewolucję systemu płatniczego w Polsce. Analizując pracę poszczególnych rządów i gremiów przygotowujących projekty i zajmujących się legislacją, widać ciągłość rozwiązań. Dopiero decyzja Mariusza Łapińskiego o utworzeniu NFZ przerwała ten trend, wprowadzając rozwiązanie zupełnie niepasujące do poprzedniego. Jeżeli rzeczywiście minister zdrowia rozważy własny projekt sprzed 3 lat, to myślę, że



Rys. 2. Fundusze i zobowiązania (kas chorych oraz NFZ) w systemie płatniczym od 1999 r. do stycznia 2003 r. oraz prawdopodobne wpływy i wydatki w latach następnym, do końca 2006 r.

Materiały źródłowe: opracowanie własne.
Dane: DEF UNUZ i centrala NFZ – Warszawa

wskazane byłoby jednak zaangażowanie pieniędzy pochodzących z ubezpieczeń dodatkowych oraz funduszy prywatnych. Krótko mówiąc, wg mnie, proponowane rozwiązanie jest korzystne, podobnie jak nadanie osobowości prawnej regionalnym oddziałom ubezpieczającym wiele milionów ludzi. Gdyby jednak rozpoczęto realizację takiej restrukturyzacji systemu płatniczego, należałoby ją przeprowadzać z poparciem społecznym i sejmowym. Problemem jest to, że pozycja obecnego układu politycznego nie jest na tyle silna, by mógł on forsować przywrócenie autonomiczności w systemie ochrony zdrowia i jego decentralizację. Trudnym zadaniem byłoby też stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, z jednoczesnym określeniem daty wprowadzenia ubezpieczeń prywatnych.

Czy do realizacji zmian systemowych w Polsce konieczne jest, pana zdaniem, powierzenie Andrzejowi Sośnierzowi kierownictwa NFZ?

Wielokrotnie spotykałem się z Andrzejem Sośnierzem, gdy byłem dyrektorem Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych, ale nie umiem, a nawet nie powinienem, wypowiadać się na temat polityki kadrowej w instytucjach rządowych, takich jak NFZ. Pragnę jednak podkreślić, że Jerzy Miller jest urzędnikiem do-

świadczonym, który dał się poznać jako sprawny szef. Niestety, słabości realizowanej ustawy oraz struktura organizacyjna NFZ sprawiają, że sprawne zarządzanie tą instytucją wydaje się niemal niemożliwe. Kolejny prezes NFZ musi mieć kilka umiejętności. Powinien być doskonale przygotowany merytorycznie oraz umieć wytłumaczyć społeczeństwu, w jakim celu dokonuje się zmian. Musi bez ogródek mówić o wyrzeczaniach, jakie nas czekają z powodu restrukturyzacji systemu płatniczego.

Na koniec bardziej osobiste pytanie. Czy możemy się spodziewać kolejnych opracowań dotyczących sytuacji finansowej oraz struktury ubezpieczalni?

Na razie muszę się skupić na codziennych problemach w znacznie mniejszej skali. Z inicjatywy poprzedniego prezesa ds. finansowych centrali NFZ przestano zbierać sprawozdania dekadowe z oddziałów. Do innych danych nie mam dostępu, muszę więc czekać na oficjalne sprawozdania o stanie finansów płatnika. Mam jednak nadzieję, że w 2006 r. weszliśmy z większymi doświadczeniami i z mocnym postanowieniem udoskonalania systemu ochrony zdrowia publicznego w naszym kraju.

Rozmawiał Jacek Szczęsny