



Trzeba za wszelką cenę zlikwidować monopol
Narodowego Funduszu Zdrowia

Partner podwyższonego ryzyka

Anna Chacińska

Menedżerowie zdrowia mają nieustannie problem: zawiesić działalność czy wykonywać zabiegi, leczyć i drzeć o to, czy NFZ zapłaci za nadwykonania. A urzędnicy NFZ mają ten komfort, że gdyby coś poszło nie tak, mogą śmiało powiedzieć: *myśmy niczego nie obiecywali*. Nie mogliby traktować świadczeniodawców, czyli partnerów biznesowych, w ten sposób, gdyby nie byli monopolistami. Gdyby NFZ miał konkurencję, świadczeniodawcy uciekliby do niej, bo nikt nie lubi takiego poruszania się w mętnej wodzie, domyślania się i zgadywania, co płatnik miał na myśli. To kolejny przyczynek do tego, by NFZ tej uprzywilejowanej pozycji pozbawić.

Narodowy Fundusz Zdrowia zmienia zdanie, nie dotrzymuje obietnic, wykręca się od wzięcia odpowiedzialności w ten sposób, że na proste pytania udziela pokrętnych i wymijających odpowiedzi. Rzadko mówi: *tak*, rzadko: *nie*, najczęściej: *być może*. To bardzo niestabilny partner biznesowy, taki, przy którym skuteczne planowanie krótkofalowe i długofalowe jest praktycznie niemożliwe. Ciągnie współpracujące z nim instytucje i firmy w dół, czyni biznes szpitalny nieprzewidywalnym, szkodzi mu. Na dodatek nie można go obejść. Jest monopolistą i prawo nie dopuszcza takiej możliwości.

Przez ostatnie lata hitem pokrętności NFZ była zapłata za nadwykonania. Po wyczerpaniu kontraktów szefowie placówek zdrowotnych nie wiedzieli, czy zamykać je (bo NFZ nie zapłaci za dodatkowe usługi), czy pracować dalej, licząc, że pieniądze jednak się znajdą. W ten sposób przerzucały ryzyko na swoich partnerów: ci ostatni na własną odpowiedzialność ryzykowali zadłużenie, świadczeń udzielali. W końcu pieniądze za nadwykonania na ogół się znajdowały. W tym roku NFZ poszedł krok dalej, wykorzystał argument, że mamy kryzys i opóźnił obiecane wypłaty za nadwykonania.

Wkręcanie w zadłużenie

Resort zapewniał w połowie lipca, że NFZ zapłaci za leczenie ponad limity. Do tej pory jednak szpitale pieniędzy za nie nie otrzymały, tak jest m.in. w warszawskim Instytucie Matki i Dziecka. – *Sprawa wciąż jest w toku. Liczymy, że uda nam się dojść do porozumienia i odzyskamy wydane pieniądze* – stwierdza Witold Stobel, rzecznik prasowy IMiD.

Co oznaczają takie opóźnienia? To, że szpitale mają zagrożoną płynność finansową, z opóźnieniem płacą wierzycielom, zwiększają zadłużenie. – *To nasze placówki muszą najpierw zapłacić za leczenie, Fundusz im potem zwraca. Im później to robi, tym gorzej, bo nakręca się spirala zadłużenia i z problemami długów zostaje szpital i jego organ założycielski, czyli my* – tłumaczy Waldemar Roszkiewicz, który w samorządzie województwa mazowieckiego odpowiada za służbę zdrowia.

Szpitale mają się różnych sposobów, by rozwiązać problemy finansowe. Centrum Zdrowia Dziecka zwalnia pracowników. Cięcia mają dotknąć ok. 10 proc. personelu, który liczy 2100 osób, głównie pracowników administracji oraz działów technicznych.

Część menedżerów w obawie, że pieniądze za nadwykonania będą nie do odzyskania, już zapowiedziała kary finansowe dla ordynatorów oddziałów, które przekroczą limity. – *Tak jest choćby w szpitalach bydgoskich. Na drzwiach poradni zawisły kartki z informacjami, że zapisy na dane zabiegi wstrzymano do wyznaczonych dat* – mówi Marek Wójcik ze Związku Powiatów Polskich. – *Kierownictwo placówek musi znajdować sposoby na kłopoty finansowe. To się jednak zwykle odbija na pa-*



fol. Robert Gordziński / Fotorepo

„ Marek Wójcik: – *Przekraczamy Rubikon, ktoś w końcu powinien powiedzieć jasno, na co nas stać, jeśli chodzi o leczenie. Konkrety jednak nie padają* ”

centach i dostępności świadczeń – dodaje. Część lecznic na Śląsku także zapowiedziała ograniczenie przyjęć pacjentów. – *Przekraczamy Rubikon, ktoś w końcu powinien powiedzieć jasno, na co nas stać, jeśli chodzi o leczenie. Konkrety jednak nie padają* – ocenia Wójcik.

Pokrętne tłumaczenie

Jak tłumaczy opóźnienia wypłat NFZ? Ano tym, że jak oceniło Ministerstwo Zdrowia, tylko w pierwszym półroczu lecznice udzieliły świadczeń ponad limit na ok. 600 mln zł. Z taką samą kwotą ma problemy Fundusz. – *W porównaniu z planem sphywu składki równomiernie rozłożonym w czasie w pierwszym półroczu, do NFZ sphynęło o 600 mln zł mniej niż zakładano* – mówi Edyta Grabowska-Woźniak, rzeczniczka Funduszu.

– *Tłumaczenie kuriozalne. Wyobraża pani sobie, co by się działo, gdyby PZU albo Link 4 odmówiły wypłat odszkodowań, tłumacząc się, że zebrały za mało składek? Że nie zapłacą, bo coś źle zaplanowano?* – pyta Maciej Murkowski ze Szpitali Polskich SA. – *Byłoby piekło, groźba*



fot. PAP/Radek, Pietruszka

Beata Małecka-Libera

zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia

Rzeczywiście, sposób, w jaki działa Narodowy Fundusz Zdrowia, jest niebezpieczny dla współpracujących z nim świadczeniodawców. Trudno przeprowadzić jakikolwiek rozsądny, długofalowy biznesplan dla szpitali, gdy nie wiadomo, czy, kiedy, ile i za co NFZ zapłaci. Rozumiem urzędników NFZ, że chcą się zaasekurować, boją się składania pochopnych obietnic – ale w ten sposób przerzucają ryzyko związane z finansowaniem usług medycznych na szpitale i przychodnie. Te ostatnie są tym ryzykiem nadmiernie obciążone, nie są w stanie go udźwignąć, nie mają minimum bezpieczeństwa potrzebnego do prowadzenia biznesu.

Dopóki NFZ jest monopolistą, dopóty to się nie zmieni. A monopolistą pozostanie jeszcze czas jakiś. Z problemem trzeba sobie więc radzić takimi sposobami, jakie pozostają do naszej dyspozycji tu i teraz. Najlepszą radą, jaką można znaleźć w tej chwili, jest wymuszenie na NFZ lepszego planowania, wspomóżenie go w tym planowaniu siłami ministerstwa i wszystkich zainteresowanych. Nowe, jasne i klarowne reguły pomogą w tym zadaniu. Ale tylko pomogą. Ważny jest tu także czynnik ludzki, przełamanie lęku urzędników przed jednoznacznym deklarowaniem, na co nas stać, a na co nie. Milczenie w tych sprawach wcale nie jest złotem.

plajty, konkurencyjne firmy ubezpieczeniowe zjadłyby taką niefrasobliwą instytucję na deser i w krótkim czasie odebrały jej klientów. Szkoda, że NFZ konkurencji nie ma. Mienie w postaci aut jest u nas lepiej chronione niż zdrowie człowieka – dodaje.

Tymczasem NFZ, zamiast spalić się ze wstydu, idzie w zaparte, twierdząc, że wszystko jest tak, jak być powinno. Jedynym gestem centrali było publiczne przywołanie do porządku dyrektorów oddziałów NFZ i nawoływanie, by zrobili to, co dawno zrobić powinni: przeznaczyci fundusze oszczędzone na niektó-

rych szpitalach i procedurach na spłatę pieniędzy obiecanych za nadwykonania. – *Dyrektorzy mają obowiązek zarządzać realizacją kontraktów i po zakończeniu okresu rozliczeniowego przesuwac fundusze tak, aby byly one optymalnie wykorzystane. Te szpitale, które nie wykonały umów, będą miały umowy zmniejszone, a ośrodki z nadwykonaniami zwiększone. Wszystko w ramach dostępnych funduszy w oddziałach* – mówi Grabowska-Woźniak.

Tolerancja dla zła

Dyrektorzy lecznic starają się otwarcie nie krytykować Funduszu. Boją się, że to jeszcze bardziej osłabi ich pozycję negocjacyjną. – *To jest zrozumiałe. Dla świadczeniodawcy NFZ to klient, który trzyma kasę. Strach zadzierać. To tak jak odtrącenie ręki klienta przez świadczeniodawcę* – komentuje dyr. Marek Wójcik ze Związku Powiatów Polskich. Nieoficjalnie więc szefowie lecznic przyznają, że z pieniędzmi za przekroczone limity będzie duży problem. I tolerują kolejne absurdalne zasady wprowadzane przez NFZ.



fot. DniK

Bolesław Piecha

szef sejmowej Komisji Zdrowia

Wbrew założeniom, Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją bardzo upolitycznioną. Prezes szuka politycznego oparcia – w końcu od polityków zależy jego powołanie i odwołanie – a im mniej go ma, tym mniej jest pewny siebie, tym mocniej unika odpowiedzialności za decyzje. Stąd to całe kluczenie, że *jeszcze nie wiemy, proszę poczekać tydzień, to się wyjaśni* – i tak czekaj tatka latka.

Oczywiście, tak nie musi być. Bo prezes NFZ, mimo że powoływany politycznie, ma szereg instrumentów prawnych chroniących przed nadmierną ingerencją polityków. Urzędnik nie może np. zmienić jego decyzji, wydając polecenie, decyzję tę trzeba zaskarżyć w sądzie. Gdyby prezes i urzędnicy NFZ chcieli korzystać ze swoich uprawnień, skończyłoby się nadmierne uzależnienie polityczne Funduszu, możliwe byłoby racjonalniejsze planowanie. Tyle, że ani prezes, ani urzędnicy korzystać ze swoich uprawnień nie chcą.



fol. Jolub Ostrowski/Fotorepa

– Fundusz za nadwykonanie nie uznaje zabiegów świadczonych planowo, a tylko te udzielane na cito. Myśmy zaryzykowali, operowaliśmy planowo, bo nikt nie powiedział nam jednoznacznie, że za planowe zabiegi zapłaty nie będzie. Stracimy na tym, choć to kompletna niedorzeczność – mówi nam jeden z dyrektorów szpitala. Niedorzeczność, bo oznacza to, że zgodnie z dyrektywami NFZ szpital powinien pacjentów przewidzianych do planowanych zabiegów ustawić w gigantycznych wielotygodniowych kolejkach i... czekać aż ich stan pogorszy się do tego stopnia, aż niezbędny stanie się zabieg *cito*.

Urzędowy optymizm

Narodowy Fundusz Zdrowia inaczej podchodzi do tego problemu i zapewnia, że trudności finansowe nie powinny zbyt mocno się odbić na dostępności do świadczeń. – Pacjenci nie powinni odczuwać żadnych niedogodności spowodowanych zaistniałą sytuacją finansową, ponieważ finansowanie szpitalnictwa jest na wysokim, podobnie jak w 2008 r., poziomie – tłumaczy Grabowska-Woźniak. – Być może w perspektywie kilku miesięcy mogą się nieco wydłużyć czasy oczekiwania na planowe zabiegi, ale jeśli dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ będą odpowiednio zarządzać realizacją kontraktów, a świadczeniodawcy prawidłowo prowadzić listy oczekujących, nie powinno być większych problemów z dostępnością do świadczeń – dodaje optymistycznie.

Może pod sąd

Rozwiązanie sądowe rozważają dyrektorzy szpitali na Podkarpaciu. Domagają się oni od NFZ za ubiegły



fol. Archiwum

Robert Mołdach

Konfederacja Pracodawców Polskich, Szpital MedPolonia

To prawda, że NFZ utrudnia jakiegokolwiek planowanie biznesu medycznego w Polsce, tyle że – moim zdaniem – nie jest to wina samego Funduszu. Jest on po prostu pasem transmisyjnym, który do biznesu medycznego przenosi całe rozchwianie, niezdecydowanie i brak konkretnego planu działań w Ministerstwie Zdrowia, rządzie i Sejmie. W obecnych warunkach urzędnicy zwyczajnie nie mogą działać inaczej. Zmianę przynieść by mogło dopiero wprowadzenie rynku, pojawienie się konkurentów NFZ. Rozwiązanie takie w zarysie jest gotowe: na podobnych zasadach działają w Polsce fundusze emerytalne. Mają długofalową strategię, a więc troszczą się nie tylko o interes doraźny. Dbają o przyciągnięcie klientów, nie mogą pozwolić sobie na utratę reputacji, rywalizują ze sobą. Wprowadzenie konkurencji na rynku funduszy emerytalnych zmieniło sposób funkcjonowania segmentu ubezpieczeń, uporządkowało go. Podobnie mogłoby być w ochronie zdrowia. Zakładata to pierwotna koncepcja reformy. Była bardzo dobra, tylko komuś nie starczyło odwagi na wprowadzenie dobrych idei w życie.



fot. Archiwum

Maciej Murkowski

Szpitalne Polskie SA

To, co dzieje się w Narodowym Funduszu Zdrowia, czasem wygląda na sabotaż. Wiadomo, że w medycynie najtańsza jest profilaktyka. Jeśli ona nie wystarczy, liczy się szybkość podjęcia leczenia. Wczesna interwencja zabiegowa, szybko rozpoczęta terapia – oznacza mniejsze ryzyko dla pacjenta, mniej powikłań, z którymi potem trudno się uporać, słowem – czysty zysk. Tymczasem działalność NFZ w dużej mierze sprowadza się do ustawienia pacjentów w długich kolejkach do lekarzy i do zabiegów. Niby jest sprawiedliwie, bo każdy ma równy dostęp, równe szanse. W praktyce to szkodliwe, wygląda na zaplanowane, celowe opóźnianie rozpoczęcia leczenia, a więc narażanie pacjentów na powikłania, pogorszenie stanu zdrowia – a cały system ochrony zdrowia na niewydolność. Bo NFZ w końcu i tak zapłaci za leczenie konkretnego chorego, gdy jego stan się pogorszy. Wtedy zapłaci więcej, bo terapia będzie bardziej skomplikowana. Likwidując kolejki – oszczędziłby.

Receptą jest rynek. Kiedy likwidowano inne monopole, np. Państwowego Zakładu Ubezpieczeń, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – straszono nas, że rynek oznacza niepewność, zawalenie systemu, wilczą konkurencję. Nic takiego się nie stało. Mało tego, PZU i ZUS odnalazły się w nowych warunkach i dobrze prosperują. Tego samego życzy NFZ.

rok ok. 120 mln zł, a za obecny – prawie 60 mln zł. Dyrektor ds. medycznych Wojewódzkiego Szpitala w Przemysłu Krzysztof Popławski, zapowiada przygotowanie pozwu do końca sierpnia. Drogi sądowej o wypłatę nadwykonań nie wyklucza także dyrektor Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie Janusz Solarz. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien zapłacić szpitalowi za ubiegłoroczne nadwykonania 12 mln zł. Dokładnie tyle, ile szpital obecnie powinien zapłacić swoim wierzycielom.

Zdaniem ekspertów – te sprawy są do wygrania. Podczas procesu można by powoływać się na argumenty, że choć kontraktu nie było – były prasowe zapowiedzi wypłat, szpitale były ustawowo zobowiązane do udzielania pacjentom pomocy – tyle, że taki proces musiałby trwać latami. W tym czasie szpital mógłby wskutek niespłaconych długów i zakłóconej współpracy z płatnikiem – monopolistą popaść w ruinę.

Straty na jednorodnych grupach pacjentów

W obronie lecznic stają ich właściciele, czyli samorządy. Mazowiecki chce uchwalić stanowisko skierowane do NFZ, które wzmocniłoby pozycję negocjacyjną jednostek. – *Nie chodzi jedynie o nadwykonania – przyznaje Roszkiewicz. – Dyrektorzy od dawna się skarżą, że po wprowadzeniu systemu jednorodnych grup pacjentów do szpitali miało trafiać więcej pieniędzy, a jest odwrotnie – mówi. We wrześniu szefowie jednostek spotkają się z radnymi Komisji Zdrowia i wtedy poznamy założenia stanowiska. – Chodzi o kilka milionów złotych w przypadku każdej lecznicy specjalistycznej, bo tyle tracą na wycenach świadczeń. Coś musi się zmienić, bo nawet najlepszy menedżer nic nie pomoże, jeśli otrzymuje zapłatę mniejszą niż poniesione koszty – komentuje Roszkiewicz. Dla naszych szpitali słowność też jest ważna – dodaje.*

Gumowa ściana

Kolejne publiczne instytucje i prywatni biznesmeni, prosząc w NFZ o jakiekolwiek decyzje – odbijają się jak od gumowej ściany. – *W Warszawie rocznie rodzi się o tysiąc dzieci więcej. Dwa lata temu, gdy zaczynał się baby boom chciałem dogadać się z NFZ co do uruchomienia szpitala z oddziałem położniczym. Bankowi, który miał sfinansować inwestycję, potrzebna była deklaracja, coś jakby promesa, że NFZ byłby ewentualnie zainteresowany zamawianiem tych usług – mówi jeden z biznesmenów medycznych. I opowiada o swojej przygodzie z NFZ, o wstępnym wielkim zainteresowaniu oddziału, odesłaniu do sąsiedniego departamentu, następnie do centrali. – I przez kilka miesięcy żadnej odpowiedzi, unikanie decyzji. Zrezygnowałem po pół roku. Dziś, gdy widzę, że warszawskie szpitale odsyłają pacjentki do innych miast, że po porodzie kobiety muszą leżeć na korytarzach, czuję żal, że urzędnikom nie chciało się wątku podjąć – mówi.*

O tym, jak trudno uzyskać jakąkolwiek decyzję, niemal codziennie przekonują się pacjenci wymagający niestandardowej terapii. Głośna była sprawa Igora, którego rodzice starali się o refundację terapii lekiem o nazwie synagis. Terapia kosztuje rocznie 18 tys. zł. Można go podawać dzieciom tylko w okresie od listopada do kwietnia. Mimo naglącego terminu, Wrocławski Oddział NFZ zwlekał z wydaniem jednoznacznej decyzji, czas nieubłagany mijał. Ostatecznie decyzja była pozytywna, ale zapadła dopiero w maju, kiedy już nie można było dziecku podawać leku. Podobnie trafionych i *pozytywnych* decyzji NFZ podejmuje więcej.

Jak uciec spod topora

– *Kluczem do sukcesu jest słowo dywersyfikacja* – mówi Robert Mołdach z Konfederacji Pracodawców Polskich. – *Ten, kto ma zróżnicowane dochody, ponosi mniejsze ryzyko finansowe* – dodaje. Wiele firm prywatnych w ogóle zatem rezygnuje ze współpracy z NFZ, nastawiając się wyłącznie na klientów płacących z własnej kieszeni, tak jak poznański szpital MedPolonia, w którym Mołdach kieruje Radą Nadzorczą. Usługi świadczone w ramach NFZ to tylko ułamek oferty szpitala, za resztę pacjenci płacą z własnej kieszeni.

W Warszawie powstał pierwszy w Polsce prywatny wieloprofilowy szpital firmy Medcover, gdzie w komfortowych warunkach przychodzą na świat dzieci. Dodatkowym plusem jest to, że ta prywatna lecznica prowadzi też OIOM noworodkowy. Standardowa cena pakietu porodowego to 12 tys. zł, a mimo to zainteresowanie porodami wciąż rośnie. Szpital nie wykluczał podpisania umowy z Funduszem. Teraz w oficjalnych rozmowach stwierdza, że woli polegać na kieszeni klientów. – *Stawiamy na jakość opieki. Chcemy, by pacjenci czuli się bezpiecznie, by dokładnie wiedzieli, czego mogą się spodziewać, korzystając z usług i by jakość wszystkich realizowanych tu świadczeń była jednakowo wysoka* – mówi Bartosz Maciejewski, rzecznik prasowy Medcover. Na pytanie, dlaczego nie sięgną po fundusze NFZ, odpowiada: – *Do tej pory nasza strategia nie zakładała współpracy z Funduszem, i nic się w tej kwestii nie zmieniło.*

Publiczna służba zdrowia jest w trudniejszej sytuacji niż niepubliczna, bo jest skazana tylko na pieniądzu z NFZ. Część szpitali zamierza w najbliższym czasie przekształcić się w spółki i skorzystać z tzw. rządowego planu B. Tak jest m.in. w przypadku najbardziej zadłużonych lecznic podległych marszałkowi województwa mazowieckiego. Wtedy będą one mogły szukać dochodów również poza Funduszem. Problemem jest jednak to, że personel i związki zawodowe mają tak nikle zaufanie do resortu, że boją się o pieniądze na oddłużenia. – *Wśród załóg pojawiły się głosy, że w związku z kryzysem w budżecie może zabraknąć pieniędzy na plan B. Musimy pracowników zapewnić, że tak nie jest, co też jest pewnym utrudnieniem* – stwierdza Roszkiewicz.

Podzielić się ryzykiem

Jeszcze na początku lipca prezes NFZ Jacek Paszkiewicz apelował do ministerstwa o podniesienie składki zdrowotnej, by utrzymać finansowanie świadczeń na tym samym poziomie. Oceniał on, że w przyszłym roku wpływy do NFZ będą niższe o ponad 1,8 mld zł w porównaniu z tym rokiem. Dziurę tę będzie można jeszcze załatać. Prognozy na lata późniejsze są bardziej zatrważające. W 2011 r. nie będzie już



for. iStockphoto

„ Gdyby poważna firma ubezpieczeniowa zachowała się tak jak NFZ, rozpętałoby się piekło, konkurencja zjadłaby taką niefrasobliwą instytucję na deser i w krótkim czasie odebrała jej klientów ”

z czego łątać dziury. Proponował podniesienie składki o 0,25 proc. Premiera to nie przekonało. – *Najpierw należałoby rozpocząć zmiany systemowe, utworzyć konkurencyjne fundusze ubezpieczeniowe i dokładnie określić koszyk świadczeń, później można się zastanawiać nad wpompowaniem do systemu większych pieniędzy* – komentuje Mołdach. – *Prywatni inwestorzy weszliby szerzej na ten rynek, gdyby istniała alternatywa dla NFZ* – ocenia. Ekspertcy są zdania, że prywatne lecznice nie chcą wiązać się z Funduszem, bo istnieje zbyt duże ryzyko, że ten zmieni zdanie lub będzie zbyt mało płacił. ■