

Pieniądze NFZ na regiony dzielone są politycznie,
a nie merytorycznie

Algorytm hipokryzji

Justyna Wojteczek

Czy można wymyślić idealny algorytm, dzięki któremu pieniądze z Centrali NFZ zostaną sprawiedliwie podzielone? W żadnym wypadku. W przyrodzie takie rozwiązanie nie istnieje. Zawsze się okazuje, że decydenci coś przeoczyli, czegoś nie wzięli pod uwagę, coś muszą poprawić, ktoś czuje się pokrzywdzony. I tak na koniec rozstrzyga decyzja polityczna. A skoro polityka, to i lobbging, dramatyczne artykuły w mediach i nieustanne, żenujące przeciąganie liny między Warszawą a Śląskiem, Poznaniem a Krakowem, „ścianką wschodnią” i „murkiem zachodnim”. Raz krzywdzeni są jedni, innym razem drudzy.

Algorytm jak algorytm – jego wynik jest skutkiem obliczeń matematycznych, przejrzystych i sprawdzalnych. Wojna toczy się zatem o to, aby w algorytm wstawić takie zmienne, by wynik był jak najkorzystniejszy dla lobbującej strony. Jak w „Samych swoich”: „sąd sądem [algorytm algorytmem], ale sprawiedliwość musi być po naszej stronie”. Wygrywa ten, kto ma mocniejsze łokcie i plecy w centrali.

Żołądki równe w teorii

W idealnym świecie Narodowego Funduszu Zdrowia wszyscy mają jednakowe potrzeby, żołądki, dochody, choroby i tak dalej. Niestety, jak przytom-

nie zauważył lis w rozmowie z Małym Księciem, świat nie jest idealny, a różnice są faktem. Gdybyśmy żyli w świecie idealnym, podział pieniędzy ze składki na ubezpieczenie zdrowotne pomiędzy regiony byłby prostym zadaniem arytmetycznym na poziomie czwartej klasy podstawówki. Świat nie jest idealny, więc trzeba było wymyślić inny sposób – nazwany potocznie algorytmem. Światu jeszcze dalej do ideału, kiedy zmienne dobiera się ze względów politycznych.

Otóż z taką nieidealną – delikatnie mówiąc – sytuacją mamy do czynienia niemal od początku działania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Pół biedy, gdyby dotyczyło to jedynie papierowych



i na Podlasiu – najniższe. Gdyby więc zostawić kasom jedynie te fundusze, które uzyskały od „swoich” ubezpieczonych, doszłoby do rażących nierówności. „Między kasami chorych występują znaczne różnice zarówno po stronie przychodów, jak i po stronie wydatków. Można nawet mówić o tak znaczących dysproporcjach, iż wykonanie zadań stojących przed niejedną kasą chorych (co w efekcie odbiłoby się na obywatelach) nie byłoby możliwe bez systemu wyrównania korygującego wysokość przychodów kas” – głosiło sprawozdanie pełnomocnika rządu ds. wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Ustawodawca przewidział tę sytuację i zapisał mechanizm wyrównania, uwzględniający kryterium dochodowe oraz wiekowe. Gdybyż to był jedyny problem z podziałem...

Kolejnym – i być może większym – była identyfikacja składek. Żeby przekazać składkę danej kasie, trzeba było wiedzieć, od kogo pochodzi. Na początku ZUS miał z tym olbrzymi kłopot. Kiedy wprowadzono kasy chorych, nie można było zidentyfikować pochodzenia ponad jednej trzeciej składek. Zostawała zatem spora suma, co do której nie było wiadomo, do kogo należy. To na tym poziomie następowało pierw-

„ W trakcie poszukiwań *algorytmu idealnego* systemem wstrząsały kolejne zmiany w przepisach dotyczących konstruowania planu finansowego „

kalkulacji. Skutki działania algorytmu oraz wysokości środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne odczuwają w bolesny – bądź wprost przeciwnie, dobroczynny – sposób placówki medyczne skazane na kontrakt wcześniej z kasami chorych, obecnie z jednym z oddziałów NFZ. No i przede wszystkim pacjenci.

Etap śląsko-warszawski

1 stycznia 1999 r. działalność rozpoczęło 17 kas chorych. Miały płacić placówkom medycznym pieniędzmi ze składek ubezpieczonych. Wysokość składki była (i jest) pochodną osiąganego dochodu. Zbierały je (i zbierają nadal) ZUS oraz KRUS, które miały przekazywać pieniądze konkretnym kasom – w myśl zasady „pieniądz idzie za pacjentem”, czyli składka trafiała do kasy, której członkiem był ubezpieczony. I tu pojawiał się pierwszy problem: na Śląsku i na Mazowszu dochody były najwyższe, na Podkarpaciu

szcze wyrównanie. – *Trzeba to było jakoś podzielić i dzielić się procentem* – mówi ówczesna pełnomocnik Anna Knysok. Upraszczając – transponowano odsetek zidentyfikowanych składek na odsetek w puli niezidentyfikowanej. Sprawa była poważna, a na biurku pani minister lądował codziennie raport o osiągalności i poziomie identyfikacji składek.

Polska huczała, że premiowany jest Śląsk – macierzysty region Anny Knysok. Przyznaje ona, że powyższa kalkulacja była obarczona sporym błędem, a Śląsk dostawał sporo, bowiem odsetek składek zidentyfikowanych był tam jednym z najwyższych. Podobnie zresztą jak w kilku innych (niestety, będących w mniejszości) województwach.

Janosik pomaga Podkarpaciu

Nawet gdyby przed zastosowaniem mechanizmu wyrównania między kasami władze dysponowały kon-



foto: archiwum

Leszek Sikorski

były minister zdrowia, dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Polacy chcą zasady solidaryzmu społecznego w ochronie zdrowia i dopóki nie zmienią w tej kwestii zdania, jakąś formę algorytmu zachować powinniśmy. Ale broń Boże w takiej formie jak dzisiaj. Obecnie bowiem jest tak, że system rozdziału pieniędzy, choć broni najstarszych, przy okazji stanowi karę dla najlepszych, rozwojowych i inwestujących szpitali. Regiony i samorządy nie są nagradzane za to, że dobrze dbają o podlegające im szpitale, są wynagradzane „z automatu” przez algorytm, niezależnie od tego, czy zrobiły coś dla poprawy jakości leczenia czy nie zrobiły w tej sprawie nic.

Mam konkretną propozycję. Tak się składa, że od lat nieustannie zwiększa się pula środków w systemie ochrony zdrowia. Zostawmy algorytm tam, gdzie jest w tej chwili, w takich kwotach, jakie obowiązują dziś. Ale wypłatę nadwyżek tych środków, które pojawiają się wskutek wzrostu nakładów, uzależnijmy od inwestycji, poprawy jakości. W przeciwnym razie algorytm pociągnie całą polską ochronę zdrowia w dół. Będzie gwarantować spokojne funkcjonowanie placówek słabych kosztem dobrych.

kretną wiedzą, od kogo składki pochodzą i której kasie się należą, zadowolonych by nie było. Zwłaszcza w tzw. bogatych regionach. To chyba wtedy pojawił się termin „janosikowe”. „Planowane przychody kas w 1999 r. zmieniają się wskutek przepływów w sposób istotny. Największy wzrost przychodów dotyczył kasy podkarpackiej, gdzie wpływy ze składek zostały powiększone o 20,07 proc. [...]. Największy spadek przychodów ze składek nastąpił w kasie mazowieckiej, która przekazać miała innym kasom 14,9 proc. wpły-

„ Trwa odwieczne i żenujące przeciąganie liny między Warszawą a Śląskiem, Poznaniem a Krakowem, ścianką wschodnią i murkiem zachodnim ”



foto: imagecoo/images.com/Corbis

wów ze swoich składek” – czytamy w cytowanym już sprawozdaniu. Śląskie pochodzenie pani pełnomocnik nie pomogło jej małej ojczyźnie – Śląsk był drugi w tym rankingu, oddał 12,3 proc. swoich składek.

Mączenie wody

W miarę upływu czasu zmiennych do obliczania algorytmu przybywało. Doszło różnicowanie ze względu na płeć (leczenie płci pięknej kosztuje więcej z uwagi na dłuższe życie i macierzyństwo), wiek z uwzględnieniem najmłodszych, wskaźnik migracji, stopień ryzyka zdrowotnego, zakres procedur wysokospecjalistycznych itd. W trakcie poszukiwań systemem wstrząsały kolejne zmiany w przepisach dotyczących konstruowania planu finansowego, a zatem i wyrównania. Na przykład przez sześć lat (od 2004 r.) siedem razy nowelizowano ustawę w tym zakresie! Jeszcze częściej zmieniano rozporządzenia i uchwały zarządu NFZ.

Za każdym razem pojawiały się mniej lub bardziej zawołowane podejrzenia o ręczne sterowanie. Najwięcej dotyczyło ministra zdrowia Mariusza Łapińskiego, który dokonał rewolucji, centralizując system w trakcie trwania roku budżetowego. Tylko przez pięć miesięcy (od kwietnia do sierpnia 2003 r.) przeprowadzono trzy zmiany uchwał zarządu NFZ w sprawie podziału pieniędzy pomiędzy oddziały. Każda miała w podstawie prawnej ustawę, ale tylko pierwsza odnosiła się do kwot wyrównania finansowego ustalonych przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Pozostałe uchwały poprzednią i zawierały załącznik w postaci tabelki z procentowym udziałem dla każdego z oddziałów. Różnice pomiędzy tabelkami były spore. Pierwsza uchwała, z kwietnia, przyznawała



Mazowszu 14,4822 proc. całej puli na świadczenia, a Podkarpaciu – 5,4430 proc., ostatnia zaś odpowiednio 16,0543 proc. i 4,9825 proc.

Wpisy strajkowe

Kolejna rewolucja to czasy ministra Zbigniewa Religi. Wtedy wpływ na zmiany algorytmu podziału miały strajki pracowników medycznych. Wprowadzono m.in. korektę dotyczącą udziału kosztów pracy w cenie usługi zdrowotnej. Przyjęte rozwiązanie wprowadziło 30-procentowe podwyżki płac w placówkach służby zdrowia. Ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne na wzrost wynagrodzeń zarezerwowano w 2007 r. 4,48 mld zł. Wywracało to do góry nogami koncepcję jednego strumienia pieniędzy na świadczenia zdrowotne i komplikowało rozliczenia oraz wyliczenia.

Kopacz pochyla się nad biedą...

Kolejna rewolucja ma zaledwie kilka miesięcy i jest dziełem minister Ewy Kopacz, która ulżyła doli tzw. biednych oddziałów NFZ (przede wszystkim na ścianie wschodniej). W 2009 r. w pięciu województwach na wschodzie odbyły się pikety, których uczestnicy domagali się zmiany algorytmu. Minister Kopacz odbyła swoiste *tournée*. Zmiany zapowiedziała m.in. na konferencji prasowej w Lublinie.

– *Chcemy odstąpić od algorytmu, co będzie oczywiście wymagać zmiany ustawowej, i podzielić pieniądze w całej Polsce tak, aby trafiły do każdego pacjenta dokładnie w takiej proporcji i takich przelicznikach, jakie obowiązują w tej chwili w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli uwzględniając specyfikę wieku od 60 do 65 lat oraz wieku dziecięcego* – oświadczyła w kwietniu 2009 r.



foto: Rafał Guzik/Fotorecepta

Adam Koziarkiewicz

ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia

Mamy w Polsce kiepski algorytm – najzupetniej na własne życzenie. Algorytmu idealnego oczywiście napisać się nie uda, można jednak napisać go dobrze. Czyli tak, by jak najlepiej służył celom polityki zdrowotnej państwa. U nas główny kłopot polega na tym, że nie zdefiniowaliśmy tych celów. Nie zdajemy sobie sprawy z rzeczywistych potrzeb, nie potrafimy odpowiedzieć na pytanie, ile świadczeń znajdzie się w koszyku, ile będzie podlegać współpłaceniu, co refundować, czego nie.

W efekcie algorytm wygląda tak, jakby informatyk zaprogramował komputer, wbudowując w podstawy jego systemu sprzeczne dane. Nieustannie dochodzi do wpadek, konieczności wprowadzania korekt i poprawek – do kłótni i niestabilności. Poszczególne regiony, zamiast dostosować się do jasnych reguł, próbują te reguły zmieniać, bo tylko to, a nie trzymanie się zasad, daje nadzieje na większe pieniądze. O wiele prostsze i jaśniejsze rozwiązanie przyjęto przy pisaniu algorytmu w Niemczech. Oparty jest na systemie oceny ryzyka, jakie niesie ze sobą 40 najgroźniejszych schorzeń. Choć i w Niemczech często dochodzi do sporów, to są one mniejsze, a system stabilniejszy.

Goszcząc w Tarnobrzegu w czerwcu tego roku, znalazła też szybko winnego kłopotów tamtejszego szpitala. Był nim algorytm wprowadzony przez PiS. I zapowiedziała, że nowy algorytm – wprowadzony przez PO – pomoże Podkarpaciu. Czy to, że w województwach wschodnich PiS w wyborach zdobywa przewagę, miało jakieś znaczenie?

...i krzywdzi bogatych

Nowy algorytm rzeczywiście premiuje tzw. biedne rejony. Problemem jest to, że nie tam znajduje się najwięcej instytutów i klinik leczących najciężej chorych – również z tych województw. Teoretycznie biedne regiony powinny płacić za swoich pacjentów, ale



foto: archiwum

Renata Jażdż-Zaleska

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych

Algorytm i dziś jest po trosze fikcją. Bo mimo tego, że zapewnia w miarę solidarny rozdział środków pochodzących ze składki zdrowotnej, w praktyce nie gwarantuje równego dostępu do świadczeń medycznych, dostępu do równej jakości. Już choćby dlatego, że w jednym województwie samorząd bardziej dba o ochronę zdrowia, w innym mniej. A to przekłada się na inwestycje, dostęp do funduszy unijnych, zakupy sprzętu – a ostatecznie na jakość leczenia.

I tego nie unikniemy. Zawsze będzie funkcjonował algorytm chroniący zasadę solidaryzmu społecznego i zawsze znajdą się tacy, którzy na ochronę zdrowia wydawać będą więcej niż inni. Należy ten proces jak najbardziej ucywilizować, nadać mu odpowiednie ramy prawne, dopuścić ubezpieczenia dodatkowe. Inaczej zawsze będzie strach, że twórcy algorytmu coś przeoczyli, kogoś skrzywdzili. Tak jak w wypadku obecnego algorytmu, wprowadzanego trochę na zasadzie „rozpoznania bojem”. Tak naprawdę efekty jego działania poznamy w przyszłym roku. Do tego czasu pozostanie nam ogromna niepewność o los wielu szpitali, regionów, przychodni. A bez rozwiniętej infrastruktury ubezpieczeń dodatkowych możliwości korekty ewentualnych błędów będą mniejsze.

Mazowsze na przykład nie może wygzekwować od innych oddziałów 118 mln zł za leczenie chorych spoza swego oddziału w 2009 r. – *A teraz nie ma wskaźnika migracyjnego. Nie może być tak, że inne oddziały nie płacą za swoich ubezpieczonych i nie ma reakcji* – oburza się były minister zdrowia Marek Balicki.

„ Przez sześć lat (od 2004 r.) siedem razy nowelizowano ustawę w zakresie funkcjonowania algorytmu. Jeszcze częściej zmieniano rozporządzenia i uchwały zarządu NFZ ”

Po zatwierdzeniu planu na 2011 r. zaprotestowały tzw. bogate województwa, które nie miały szans, by utrzymać wartość kontraktów przynajmniej na poziomie z 2010 r. Po kilku dniach Ministerstwo Zdrowia poprosiło o zmianę planu. Wystąpił o to wiceminister Jakub Szulc, prosząc prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza o zwiększenie wydatków na leczenie o kwotę, jaka zostanie w funduszu zapasowym po pokryciu ubiegłorocznych strat, przy czym każde województwo miało dostać co najmniej tyle na leczenie, ile ma w 2010 r.

– *Ta sytuacja powinna dać do myślenia. Oczywiście, nie ma czegoś takiego jak sprawiedliwy algorytm, ale trzeba się zastanowić, czy obecny jest właściwy, skoro abstrahuje od bazy medycznej, jaką mają Mazowsze czy Śląsk* – skomentował tę sytuację dla „Gazety Wyborczej” prezes NFZ Jacek Paszkiewicz, który spełnił prośbę wiceministra, naginając przepisy.

Sprawiedliwy inaczej

Resort zaś forsuje tezę, iż obecny algorytm jest „bardziej sprawiedliwy” niż poprzedni. O tym, że konkurs został przesunięty, bo ostateczny plan przygotowano dopiero we wrześniu, nie mówi się w ogóle. Ale czy sprawiedliwy dla wszystkich? – *Wysłaliśmy pismo do premiera, informując go o niesprawiedliwej polityce prezesa NFZ wobec naszego województwa* – mówi Edward Hartwich, wicemarszałek województwa kujawsko-pomorskiego, odpowiedzialny za ochronę zdrowia. – *Kilka tygodni temu prezes funduszu podzielił 850 mln zł z rezerwy finansowej między najbogatsze województwa. Nasz oddział NFZ został pominięty* – wyjaśnia Hartwich.

Jak dzielić?

Marek Balicki uważa, że Niemcy zastosowali algorytm bliższy ideałowi. Jego podstawą jest liczba ubezpieczonych z uwzględnieniem wieku i płci, skorygowana o pacjentów, których koszty leczenia są wyższe od przeciętnej o ponad 50 proc. Niedoskonałym odpowiednikiem tego ostatniego wskaźnika jest w Polsce wskaźnik procedur wysokospecjalistycznych. Niestety, nie tylko procedury wysokospecjalistyczne odzwierciedlają wysokie koszty leczenia pewnych grup chorych (na przykład z kilkoma współistniejącymi chorobami, których jednostkowy koszt leczenia nie jest bardzo wysoki). Należałoby też przeprowadzić badania na temat różnic w kosztach funkcjonowania świadczeniodawców w poszczególnych regionach i zastanowić się, czy nie powinien to być także współczynnik korygujący.

Idealnego rozwiązania nie ma, przy czym największym problemem obecnego (i każdego innego – jeśli by taki był) algorytmu jest brak pieniędzy. Platforma tymczasem milczy w sprawie podwyższenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Najlepszy algorytm nie załata dziury finansowej. Balicki przypomina, że Niemcy, wprowadzając nowy algorytm, podwyższyli składkę na ubezpieczenie zdrowotne. ■