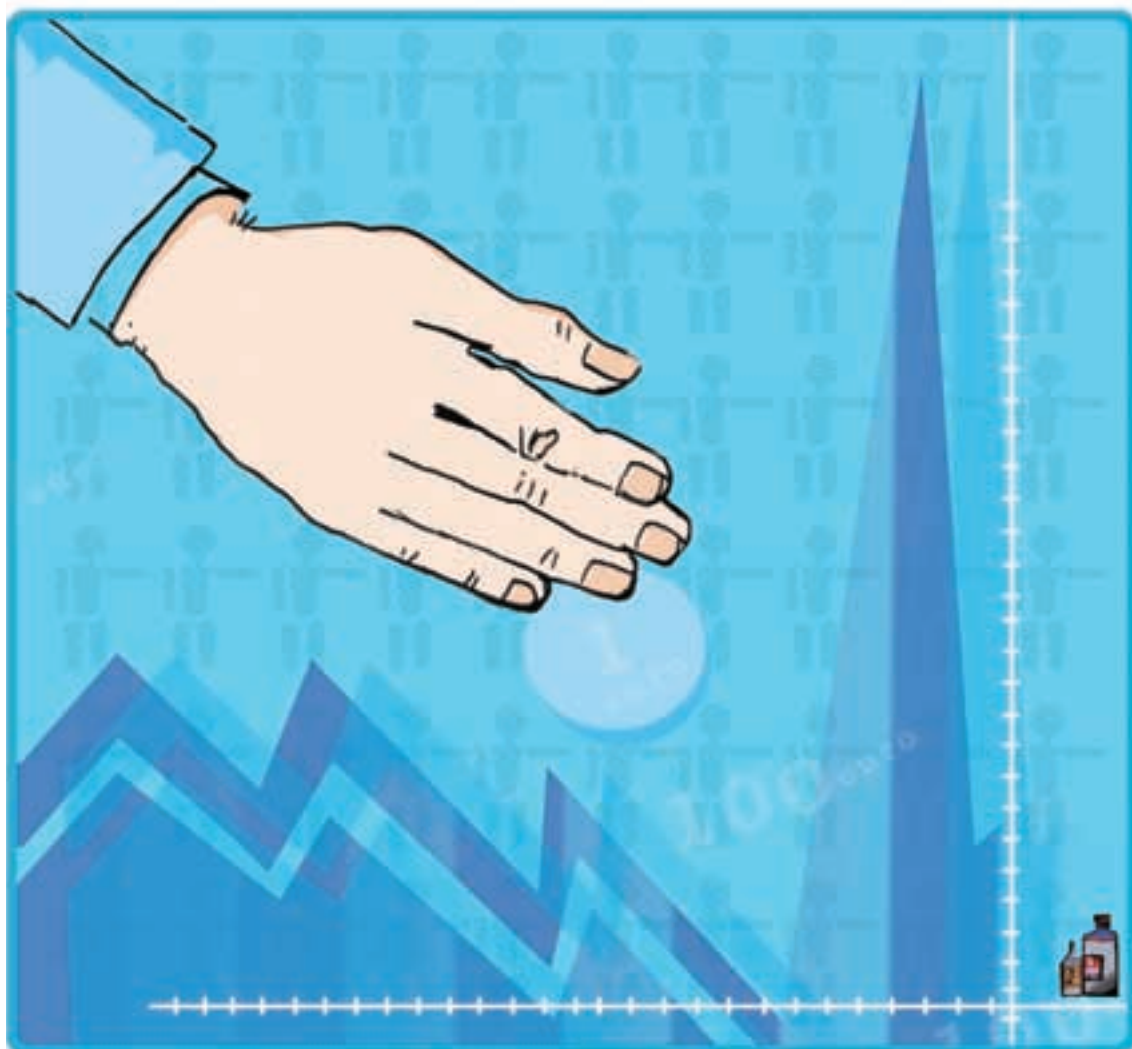


Pierwsza w Polsce symulacja efektów ekonomicznych połączenia oddziałów NFZ



graf. Natalia Gościński

Chroniczny podział

Mariusz Tarhoni

Polska nie jest jednolitym krajem pod względem zagęszczenia ludności, wielkości ośrodków miejskich, wskaźników dotyczących bezrobocia i innych. Podział administracyjny wyznaczył granice województw, powiatów i gmin. W ten podział wpisany został terytorialny, pokrywający się z granicami województw, zasięg działania oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy taki podział kraju jest optymalny dla systemu płatniczego?

Od połowy 2001 r. w publicznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych ilość środków pieniężnych zaczęła się zmniejszać, wzrosły zobowiązania, a niektóre regionalne kasy chorych okazały się kompletnie niewydolne finansowo. Aby poprawić sytuację w płynnym regulowaniu zobowiązań przez najmniejsze i będące w najgorszej sytuacji finansowej kasy chorych, stworzono projekt rozwiązania legislacyjnego, dającego możliwość łączenia tych instytucji.

Przygotowanie zmian

Nigdy nie został on zrealizowany, mimo wprowadzenia ustawowo takiej możliwości przez Sejm. Po wejściu w życie ustawy o ubezpieczeniu w NFZ sytuacja finansowa nie uległa poprawie, nastąpiło nawet dalsze jej pogorszenie po wprowadzeniu tzw. ustaw o budżetowych. Mimo że w systemie NFZ nie przewidziano możliwości łączenia oddziałów wojewódzkich w większe instytucje finansowe, koncepcja ta nadal była rozważana w Ministerstwie Zdrowia oraz Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej. Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie: czy połączenie obecnych oddziałów Funduszu w większe regionalne instytucje finansowe mogłoby po-

W takich warunkach logiczne wydaje się przyspieszenie wprowadzenia jednorodnego, akceptowanego systemu płatniczego.

Kasy jak granice

W celu uzyskania odpowiedzi na główne pytanie tego artykułu zachodzi potrzeba cofnięcia się w czasie, do początku działania ustawy PUZ (ustawa z 6 lutego 1997 r. *O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, DzU 1997, nr 28, poz. 153 z późn. zm.) i powstania w jej wyniku pozabudżetowego systemu płatniczego. Pierwszym instytucjonalnym podmiotem powołanym przez ustawodawcę były kasy chorych – instytucje samorządne, nie nastawione na zysk, których zadaniem było zapewnienie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych, mających na celu zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. W celu realizacji tych zadań kasy chorych gromadziły środki finansowe pochodzące ze składek, zarządzały nimi oraz zawierały ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie usług zdrowotnych, zarówno w zakresie profilaktyki, jak i leczenia.

” Pomysł łączenia słabszych oddziałów NFZ, który nie doszedł do skutku w czasach kas chorych jednak nie stracił aktualności i jest wart przemyślenia ”

prawić ich zdolność do regulowania zobowiązań? Okazuje się, że przyjęcie takiego rozwiązania może być korzystne w wypadku jednoczesnego wprowadzenia rozwiązań dotyczących problemu zadłużenia szpitali, sprawniejszego systemu kontroli świadczeniodawców, zmiany form własności szpitali oraz wdrożenia systemu dodatkowych lub alternatywnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Jak wynika z doświadczeń, należy dokładnie przygotować się do wszelkich zmian dotyczących struktury i organizacji płatnika, ponieważ łatwo ten system nieodwracalnie rozregulować.

Podział terytorialny

Podział administracyjny kraju na 16 województw spowodował przyjęcie podobnego układu (wojewódzkiego) dla terytorialnej działalności regionalnych kas chorych. Każde z województw różni się w znacznym stopniu strukturą demograficzną, infrastrukturą rolniczą, przemysłową, a także – przejętą po wcześniejszym systemie – infrastrukturą bazy szpitalnej.

Powstanie nowych województw spowodowało konieczność scalania przez wojewodów często różnych systemów informatycznych, płatniczych, organizacyjnych, w tym systemu ochrony zdrowia charakteryzującego się dużym zróżnicowaniem.

Zgodnie z art. 69a ww. ustawy, regionalna kasa chorych jest podstawową jednostką organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego. Wprowadzając system, utworzono 16 regionalnych kas chorych oraz branżową kasę chorych dla służb mundurowych.

Obszar działania kasy chorych powinien uwzględniać granice administracyjne jednego lub kilku województw. Od września 2001 r. możliwe stało się łączenie kas chorych w drodze uchwały podjętej na wspólnym posiedzeniu rad łączących się jednostek. Obszar działania kasy chorych powstałej w wyniku połączenia określa się jako wspólny obszar działania łączących się kas. Kasa powstała w wyniku połączenia wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotami były łączące się podmioty, bez względu na charakter tych stosunków, a ubezpieczeni łączących się kas stają się ubezpieczonymi w jednostce powstałej w wyniku połączenia. Tyle można przytoczyć z definicji na temat możliwości formalnoprawnych, które stworzono w czasie działania systemu płatniczego, zgodnie z ustawą o PUZ w instytucjach, jakimi były kasy chorych.

Akceptacja polityczna

Przytoczona powyżej możliwość łączenia się kas została przygotowana przez ówczesny Zarząd

Ministerstwa Zdrowia, a za jego realizację była odpowiedzialna podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia – Anna Knysok. W tamtym okresie brałem udział w przynajmniej dwóch nieformalnych spotkaniach z panią minister, na temat połączenia niektórych słabszych regionalnych kas w większe organizmy finansowe. Proces ten wymagał jednak akceptacji politycznej. W początkowej fazie dotyczył włączenia pod wspólny zarząd i połączonej radę dwóch mniejszych i będących w złej sytuacji finansowej instytucji na zachodzie kraju, w układzie politycznym zdominowanym przez partie opozycyjne (lewicowe), oraz na wschodzie, przy prorządowym układzie politycznym. Połączenie tych instytucji powinno być akceptowane przez stronę opozycyjną i rządową, pozostawiając układ wpływów politycznych na system kas chorych w Polsce w sferze równowagi z 8:8 na 7:7 (nie licząc kasy branżowej 17B), co mogłoby otworzyć drogę do zmniejszenia liczby kas regionalnych w przyszłości do kilku, ale posiadających duży potencjał ludnościowy.

System według banku

Według ekspertów Banku Światowego optymalnym modelem kasy chorych jest instytucja mająca 2,5–3,0 mln ubezpieczonych. Do takiego modelu prowadziłoby łączenie silniejszych z

Centralne sterowanie

Nowy system 16 wojewódzkich oddziałów NFZ sterowanych przez centralę, mający uzdrowić sytuację, doprowadził do jeszcze większych różnic w finansowaniu poszczególnych regionów kraju (województw). Zakwestionowanie ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia przez Trybunał Konstytucyjny oraz wprowadzenie od 1 października 2004 r. nowej ustawy z 27 sierpnia 2004 r. *O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, nie doprowadziło do jakiegokolwiek poprawy sytuacji finansowej systemu. Można przyjąć, że ustawa ta przy okazji niejako regulowała również kwestie dostosowania się do prawodawstwa unijnego w zakresie ochrony zdrowia po wejściu Polski do UE w maju 2004 r. Pozostawiła jednak praktycznie niesprawdzający się, centralnie sterowany system NFZ. Ponadto, po likwidacji UNUZ, nie było instytucji powołanej do kontroli nad systemem. Fasadowość Rady Nadzorczej NFZ, działającej od 1 kwietnia 2003 r. do 1 października 2004 r., stworzyła możliwość praktycznie jednoosobowego sterowania środkami w systemie płatniczym. Co prawda decyzje oficjalnie były podejmowane przez Zarząd, jednak częste zmiany personalne na stanowisku prezesa NFZ (w kolejności: Aleksander Nauman, Mirosław Manicki, Maciej Tokarczyk, Krzysztof Panas, Lesław Abramowicz, Marek

” Obszar działania kasy chorych powinien uwzględniać granice administracyjne jednego lub kilku województw. Od września 2001 r. możliwe stało się łączenie kas chorych w drodze uchwały podjętej na wspólnym posiedzeniu rad łączących się kas ”

słabszymi. Jednak już na tym etapie największa trudność wynikała z ambicji politycznych poszczególnych województw, dążących do posiadania własnych instytucji płatniczych. Opisany przypadek zakończył się jednak tylko na wstępnych konsultacjach politycznych i nie doprowadził do wprowadzenia niewygodnej koncepcji wzmocnienia systemu płatniczego.

Na prezentowanych rysunkach widać wyraźnie, że problemy finansowe systemu rozpoczęły się w połowie 2001 r. Krzywa środków pieniężnych zaczęła się zmniejszać po osiągnięciu wartości maksymalnej. Zjawisko to wystąpiło w całym systemie, ale najbardziej odczuwalne było w kasach regionalnych, które od początku swojego istnienia miały deficyt finansowy. Środki pieniężne znajdowały się poniżej krzywej zobowiązań. Problem pozostał i uległ jeszcze nasileniu po wprowadzeniu od początku 2002 r. ustaw tzw. okofobudżetowych.

Leyk, Jerzy Miller, dające wskaźnik 1 zmiana na mniej niż 3 miesiące urzędowania) przy jednoczesnej ciągłości personalnej w obsadzie stanowiska wiceprezesa ds. finansowych NFZ, kierującego pionem finansowym centrali NFZ, sprawiły, że to właśnie do niego należały kluczowe decyzje.

Na proces stabilizacji systemu nie wpłynęły także zmiany personalne w Ministerstwie Zdrowia. Podejmowane działania miały charakter doraźny, a środki finansowe były rozdzielane bez zachowania jakichkolwiek prawidłowości, na zasadzie interwencji w oddziałach mających w danej chwili największe trudności finansowe.

Jednym z ważniejszych czynników warunkujących ilość środków pieniężnych na rynku usług medycznych i obrotu lekami, które byłyby ewidencjonowane, byłoby powstanie równoległego, dodatkowego lub alternatywnego prywatnego systemu płatniczego, nad którym prowadzono prace koncepcyjne.

Łączenie ciągle aktualne

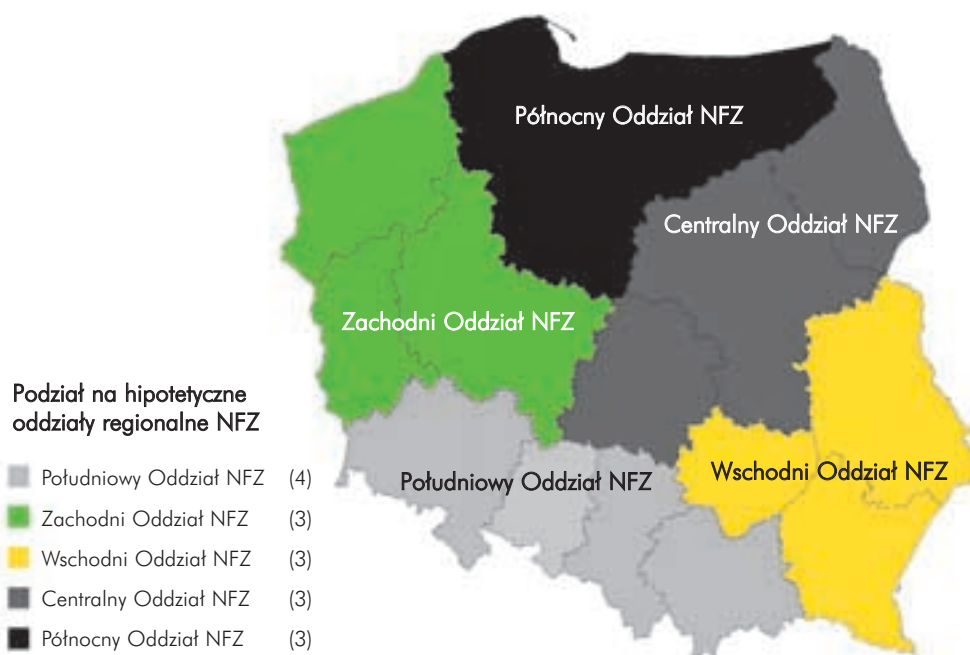
Opisane wyżej czynniki prowadzą do stwierdzenia, iż pomysł łączenia słabszych oddziałów NFZ, który nie doszedł do skutku w czasach kas chorych, nie stracił aktualności i jest wart przemyślenia, a nawet działań studyjnych. Powstanie NFZ miało zmniejszyć koszty administracyjne. Zmniejszenie liczby urzędników po komasacji oddziałów wojewódzkich NFZ jest nieistotne dla sprawy w aspekcie finansowym. Jak można wyliczyć z dostępnych materiałów, wydatki na administrację nie zmniejszyły się w zauważalny sposób. W stosunku do prawie 33 mld zł budżetu stanowią nadal podobną pozycję w planie finansowym.

Biorąc pod uwagę przedłużający się okres przygotowania podstaw prawnych do tworzenia w Polsce dodatkowych systemów ubezpieczeń zdrowotnych oraz znalezienia źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, logiczne wydaje się szukanie rozwiązań, mogących poprawić kondycję publicznego systemu płatniczego. W statucie nadanym rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z 29 września 2004 r. Narodowemu Funduszowi Zdrowia nic się nie mówi o możliwości łączenia oddziałów wojewódzkich Funduszu, a w par. 6 wymienia się istniejące oddziały i nie ma tam żadnego odniesienia do możliwości tworzenia innych podmiotów, niż te wymienione. Również w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. nie ma przesłanek prawnych do jakiegokolwiek zmiany zasięgu terytorialnego oddziałów. Można więc powiedzieć, że co nie jest wyraźnie zakazane przepi-

sami, możliwe jest do przeprowadzenia, a zapisy nowelizacji ustawy o PUZ z 20 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o PUZ i niektórych innych ustaw, gdzie wprowadza się takie rozwiązanie, powinno być wykonalne na drodze legislacyjnej. Jest natomiast mało prawdopodobne, by do końca 2006 r. poważnie podjęto takie inicjatywy z powodu ryzyka politycznego takich decyzji. Historyczne trwanie przy centralistycznym systemie rozdzielania pieniędzy na zdrowie może więc mieć, niestety, ciąg dalszy.

Zatem zwiększenie efektywności finansowej w zarządzaniu środkami w obrębie większych instytucji finansowych nie wpłynie na ilość środków w systemie, powinno poprawić jednak miary płynności finansowej w słabszych oddziałach oraz przełożyć się na finansowanie kapitałowe, które charakteryzuje się nierzadko nieuzasadnionymi dużymi różnicami w poszczególnych województwach. W 2003 r. różnica w wysokości stawek kapitałowych przypadających na jednego ubezpieczonego w poszczególnych województwach wyniosła ok. 220 zł, natomiast – dla porównania – w systemie kas chorych ok. 120 zł. Zatem w odniesieniu do naszego systemu ubezpieczenia zdrowotnego trudno stwierdzić, że w miarę upływu czasu i nabywania kolejnych doświadczeń zmienia się on na lepszy, sprawiedliwszy i korzystniejszy dla podmiotów w nim uczestniczących: płatnika, świadczeniodawcy i ubezpieczonego.

Na ryc. 1. przedstawiony został podział Polski na hipotetyczne, połączone oddziały NFZ, dobrane tak, aby nie zmieniać przyjętego podziału wo-



Ryc. 1. Przykładowy podział Polski na połączone oddziały NFZ. Podział taki przyjęto do celów demonstracyjnych na potrzeby niniejszego opracowania
Źródło: opracowanie własne



Ryc. 2. Zachodni Oddział NFZ, powstały z połączenia Zachodniopomorskiego OW NFZ, Lubuskiego OW NFZ oraz Wielkopolskiego OWN NFZ, wybrany do zilustrowania uzyskiwanych podczas łączenia oddziałów wskaźników płynności finansowej

Źródło: opracowanie własne

jewództw. Przy łączeniu warto wziąć pod uwagę m.in. alokację istniejącej bazy szpitalnej, która nie podlega zmianom lokalizacji ze względu na małą liczbę likwidowanych szpitali i małą liczbę powstających nowych jednostek.

Holding Zachód

Dla zobrazowania rozważań nad efektem łączenia oddziałów NFZ w większe instytucje płatnicze wybrany został na potrzeby tego opracowania Zachodni Oddział NFZ.

„ Mający uzdrowić sytuację nowy system 16 wojewódzkich oddziałów NFZ sterowanych przez centralę doprowadził do jeszcze większych różnic w finansowaniu poszczególnych regionów kraju „

nych kas chorych, a od 1 kwietnia 2003 r. oddziałów wojewódzkich NFZ, pokazane dla środków pieniężnych i zobowiązań. Na ryc. 3. przedstawiono dane otrzymywane z tzw. sprawozdań dekadowych dla środków pieniężnych i zobowiązań dla Lubuskiej RKCh/Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Przedstawione cienkimi przerywanymi liniami wielkości to faktyczne dane pochodzące ze sprawozdań dekadowych. Linie ciągłe o większej grubości to uśrednione wielkości będących fotografią stanu środków pieniężnych i zobowiązań w Oddziale Lubuskim wykonywanych w odstępnie 10 dni. Na ryc. 3. widać, że w województwie lubuskim pozytywne zjawisko przewagi środków pieniężnych nad zobowiązaniami występowało w pierwszym okresie istnienia kasy, tj. od 1 stycznia 1999 r. do końca listopada 2000 r. Pod koniec listopada 2000 r. następuje przecięcie linii zobowiązań z linią środków pieniężnych i w dalszych okresach ka-

„ Według ekspertów Banku Światowego optymalnym modelem kasy chorych jest instytucja licząca 2,5–3,0 mln ubezpieczonych. Łączenie silniejszych ze słabszymi prowadziłyby do takiego modelu „

Hipotetyczny Zachodni Oddział NFZ utworzony zostałaby z Zachodniopomorskiego OW NFZ, Lubuskiego OW NFZ oraz Wielkopolskiego OW NFZ. Można byłoby wybrać inny podział kraju na regionalne oddziały funduszu, jednak wyniki uzyskane dla symulacji byłyby podobne. Ustawodawca, przyjmując dla kas chorych możliwość łączenia, nie dopuścił możliwości, aby łączyły się kasy niegraniczące ze sobą terytorialnie.

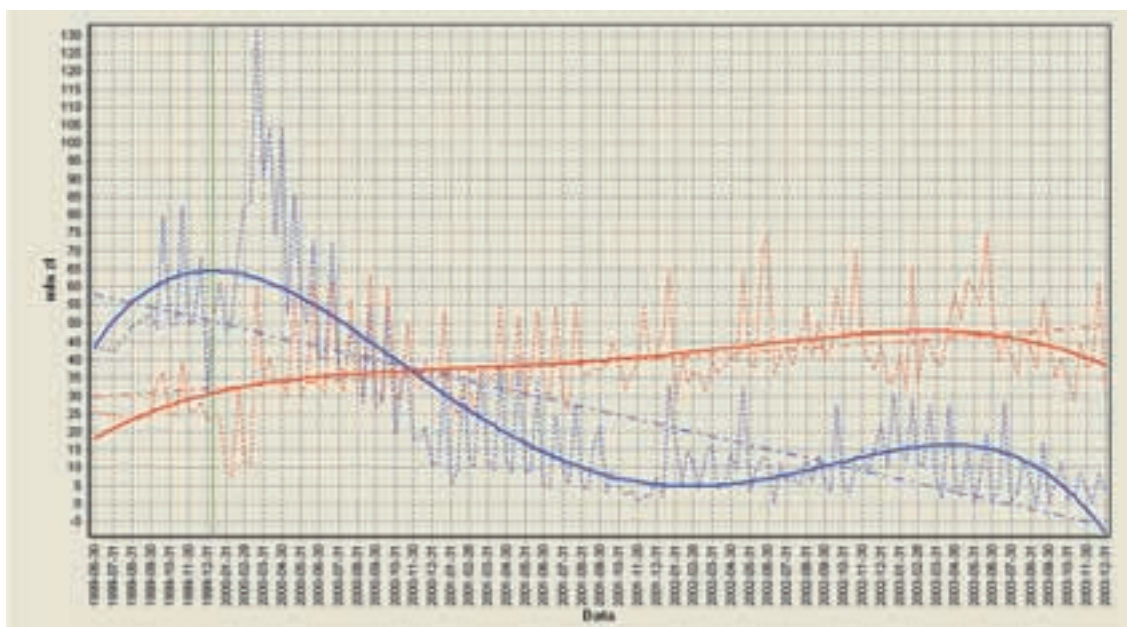
Wracając do pytania zawartego w tytule, przeanalizujemy wykresy dla wybranych regional-

sa/oddział posiada stałą przewagę zobowiązań nad przychodami.

Na ryc. 4. przedstawiono przebiegi środków pieniężnych i zobowiązań dla Wielkopolskiej RKCh/Wielkopolskiego OW NFZ, na którym widać okres, w którym ten, trzeci w kolejności największy w Polsce płatnik wojewódzki, miał spór przewagę środków pieniężnych nad zobowiązaniami. Przejście linii środków pieniężnych pod linię zobowiązań nastąpiło dopiero na początku grudnia 2002 r. Oddział ten jednak, w porówna-

Lubuska RKCh-LOW NFZ

--- środki (dane) --- zobowiązania (trend) --- środki (wygładzona) --- zobowiązania (wygładzona) --- środki (dane)
--- zobowiązania (trend) • series 7



Ryc. 3. Środki pieniężne i zobowiązania w latach 1999–2003 w Lubuskiej Regionalnej Kasie Chorych/Lubuskim Oddziale Wojewódzkim NFZ; zielona pionowa linia określa maksimum dla środków pieniężnych; dane DEF UNUZ, centrala NFZ

Źródło: opracowanie własne

niu z innymi, wykazywał i tak większą płynność finansową. Należy dodać, że województwo to jest bardzo dobrze oszacowane finansowo po dokonaniu agregacji.

Wysoki wzrost zobowiązań w Zachodniopomorskim OW NFZ wynika z faktu, że w pierwszej kolej-

ko pierwsza w kraju, uwalniając również rynek szpitalny w zakresie specjalności zabiegowych. Niedoszacowanie tego zjawiska przy agregacji umów przez centralę pogorszyło również sytuację finansową oddziału, który, jak wynika z wykresu, należał do bardziej efektywnych.

” Jednym z ważniejszych czynników warunkujących ilość środków pieniężnych na rynku usług medycznych i obrotu lekami, które byłyby ewidencjonowane, byłoby powstanie równoległego, dodatkowego lub alternatywnego prywatnego systemu płatniczego ”

ności ustalono plan finansowy w zakresie kosztów przy przychodach oszacowanych jeszcze dla kasy chorych (rzetelne planowanie), a następnie po kilku miesiącach ustalono plan przychodów w wysokości zaniżonej dla ZOW. Ponadto w obliczu trudności z utrzymaniem płynności finansowej środki finansowe z centrali, konieczne do realizacji bieżących płatności, były przekazywane pod postacią pożyczki, w wyniku czego wzrosły zobowiązania. Niebagatelną też rolę odegrały nielimitowane świadczenia medyczne, ZRKCh wprowadziła je ja-

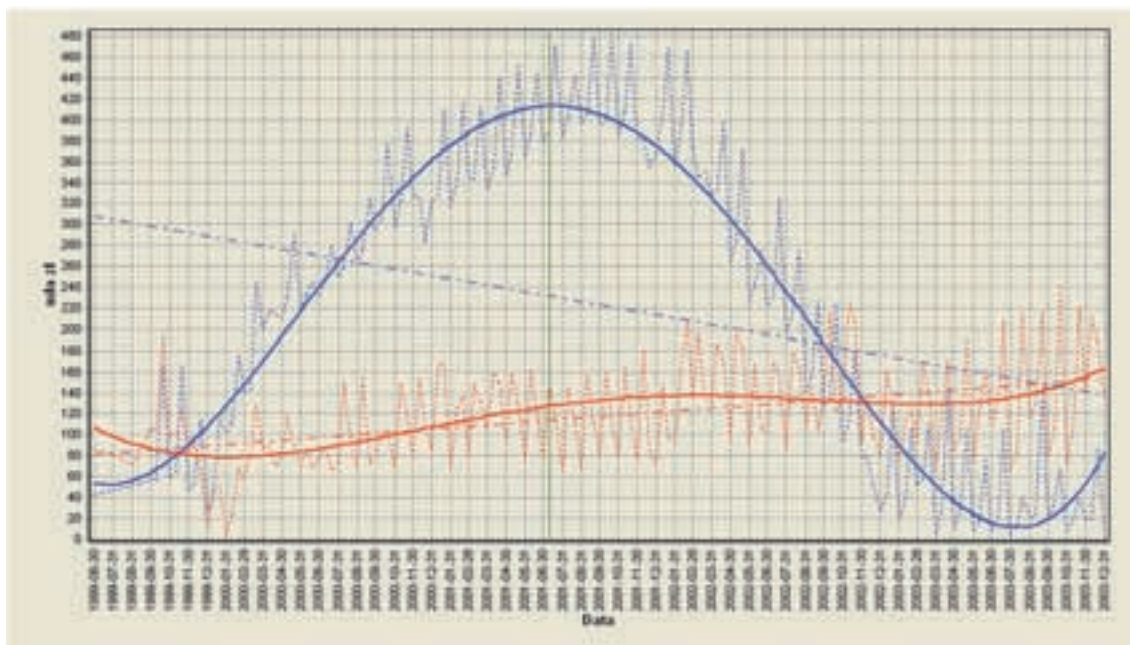
Przy porównywaniu przedstawionych wykresów należy wziąć pod uwagę wielkość budżetów opisywanych oddziałów, która jest wprost proporcjonalna do liczby ubezpieczonych.

Wielka symulacja

Na ryc. 5. przedstawiona jest sytuacja finansowa, dotycząca środków pieniężnych i zobowiązań dla Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych/ZOW NFZ. Podobnie jak w Wielkopol-

Wielkopolska RKCh-WOW NFZ

- - - - - środki (dane) - - - - - zobowiązania (dane) ——— środki (wygładzona) ——— zobowiązania (wygładzona) - - - - - środki (trend)
 - - - - - zobowiązania (trend) • series 7



Ryc. 4. Środki pieniężne i zobowiązania w latach 1999–2003 w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych/Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ; dane DEF UNUZ; centrala NFZ

Źródło: opracowanie własne

sce, aż do końca sierpnia 2002 r. utrzymywała się tu znaczna przewaga środków pieniężnych nad zobowiązaniami. Zachodniopomorskie należy do najbiedniejszych w kraju województw pod względem stawki kapitałowej przypadającej na jednego ubezpieczonego. Przez dłuższy czas,

nansowej uzyska się poprzez lepszą alokację środków pieniężnych na obszarze działania płatnika, przekładającą się na wzrost dostępności do świadczeń medycznych oraz na stopniową poprawę struktury i wzajemnych zależności pomiędzy świadczeniodawcami.

” Pomysł łączenia kas chorych w sprawniejsze instytucje finansowe, realizowany w systemie NFZ, na pewno poprawiłby sytuację w oddziałach funduszu, mających chroniczną przewagę zobowiązań nad środkami pieniężnymi ”

w wyniku błędów centrali w dokonywaniu agregacji umów, województwo to pod względem stawki kapitałowej znajdowało się na ostatniej pozycji.

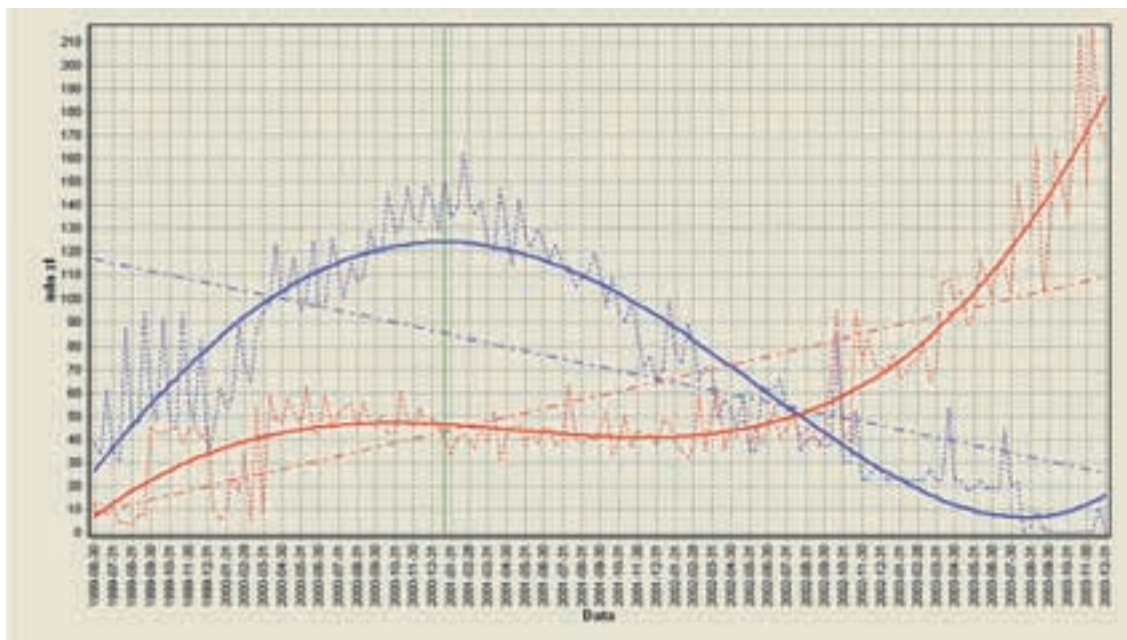
Hipotetyczne połączenie scharakteryzowanych powyżej instytucji płatniczych ubezpieczenia zdrowotnego w jedną dużą (posiadającą prawie 6,5 mln ubezpieczonych) firmę, powinno doprowadzić do poprawy sytuacji finansowej jej najsłabszych części składowych. Poprawę sytuacji fi-

Ryc. 6. przedstawia wykres środków pieniężnych i zobowiązań dla hipotetycznego Zachodniego Oddziału NFZ. Przebieg środków pieniężnych i zobowiązań charakterystyką przypomina trendy największego oddziału podlegającego komasacji – Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Charakterystyka dla połączonych oddziałów jest dużo bardziej korzystna niż indywidualnie dla Lubuskiego OW NFZ, jak również dla Zachodniopomorskiego OW NFZ.

Zachodniopomorska RKCh-ZOW NFZ

- - - środki (dane) - - - zobowiązania (dane) — środki (wygladzona) — zobowiązania (wygladzona) - - - środki (trend)

- - - zobowiązania (trend) • series 7



Ryc. 5. Środki pieniężne i zobowiązania w latach 1999–2003 w Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasie Chorych/Zachodniopomorskim Oddziale Wojewódzkim NFZ. Dynamika wzrostu zobowiązań od kwietnia 2003 r. wynika z prowadzenia specyficznej kreatywnej księgowości przez pion finansowy centrali NFZ

Źródło: opracowanie własne

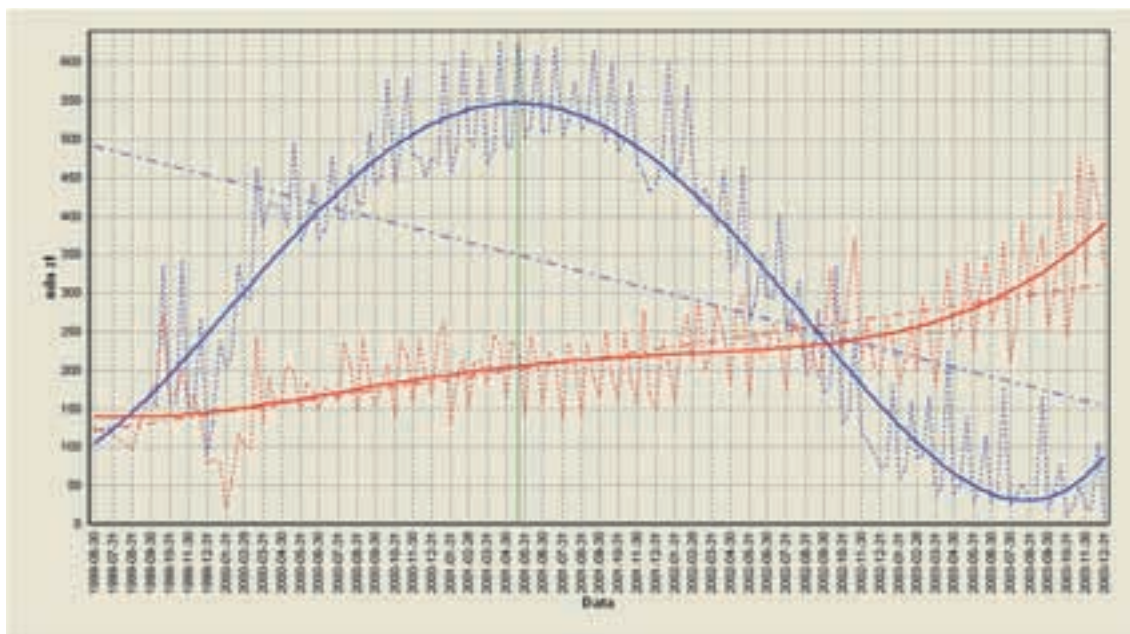
Dla instytucji finansowych, podobnie jak dla innych organizacji gospodarczych, elementem porównawczym może być miara płynności finansowej. W tym przypadku powinna być ona przeliczona w zależności od wielkości danego jej składnika. Przyjmując płynność finansową jako iloraz środków pieniężnych do zobowiązań ($Pf_n = \frac{S_p}{Z_n}$), należy dla każdego oddziału lub połączonych oddziałów przyjąć współczynnik, charakteryzujący wielkość instytucji finansowej zależną od liczby ubezpieczonych. Aby można było porównać parametry poszczególnych oddziałów wojewódzkich z wirtualnymi oddziałami regionalnymi, została dla potrzeb tego opracowania przyjęta miara płynności finansowej. Miara płynności, dająca możliwość porównywania ze sobą poszczególnych oddziałów NFZ, będzie w tym rozumieniu określona jako: $MPf_n = Pf_n \times W_n$, gdzie współczynnik proporcjonalności ($W_n = L_n / 10^6$, gdzie L_n to liczba ludności/ubezpieczonych w danym oddziale) jest tak dobrany, aby miara płynności finansowej (MPf_n) w wielkościach liczbowych zawierała się przedziale od 0 do 2, podobnie jak dla płynności finansowej. Taki sposób przedstawienia miar płynności finansowej dla oddziałów NFZ pozwoli na ich porównywanie pod

względem zdolności do terminowego regulowania zobowiązań lub wielkości opóźnień płatniczych.

Na ryc. 7. w sposób graficzny przedstawiono miary płynności finansowych dla rozważanych oddziałów wojewódzkich i utworzonego hipotetycznego Zachodniego Oddziału NFZ. Na wykresie wyraźnie widać, że wypadkowa miara płynności finansowej jest niższa od największej składowej, w tym wypadku Wielkopolskiego OW NFZ, ale jednocześnie większa od miar płynności Zachodniopomorskiego OW NFZ i szczególnie Lubuskiego OW NFZ. Nie jest to odkrywcze i intuicyjnie wiemy, że połączenie słabszych jednostek organizacyjnych z silniejszymi finansowo w efekcie podnosi parametry finansowe słabszych, ale kosztem pogorszenia parametrów tych lepszych. W skali całego kraju ilość środków pieniężnych w systemie po dokonaniu operacji łączenia oddziałów NFZ w większe organizacje finansowe będzie taka sama, jednak ich alokacja inna. Ustawa o ubezpieczeniu w NFZ oraz ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wprowadza, tak jak ustawa o PUZ, narzędzia takiego, jak algorytm wyrównania finansowego, który wraz z upływem czasu powodował coraz

Zachodni Oddział NFZ
Lubuska RKCh-LOW NFZ • Wielkopolska RKCh-WOW NFZ • Zachodniopomorska RKCh-ZOW NFZ

--- środki (dane) - - - - - zobowiązania (dane) — środki (wygładzona) — zobowiązania (wygładzona) - - - - - środki (trend)
- - - - - zobowiązania (trend) • series 7



Ryc. 6. Sytuacja finansowa hipotetycznego Zachodniego Oddziału NFZ w latach 1999–2003, przedstawiona na podstawie trendów środków pieniężnych i zobowiązań otrzymanych z tzw. sprawozdań dekadowych; dane DEF UNUZ; centrala NFZ

Źródło: opracowanie własne

lepsze i bardziej sprawiedliwie społecznie rozdzielnie środków na poszczególne regiony kraju.

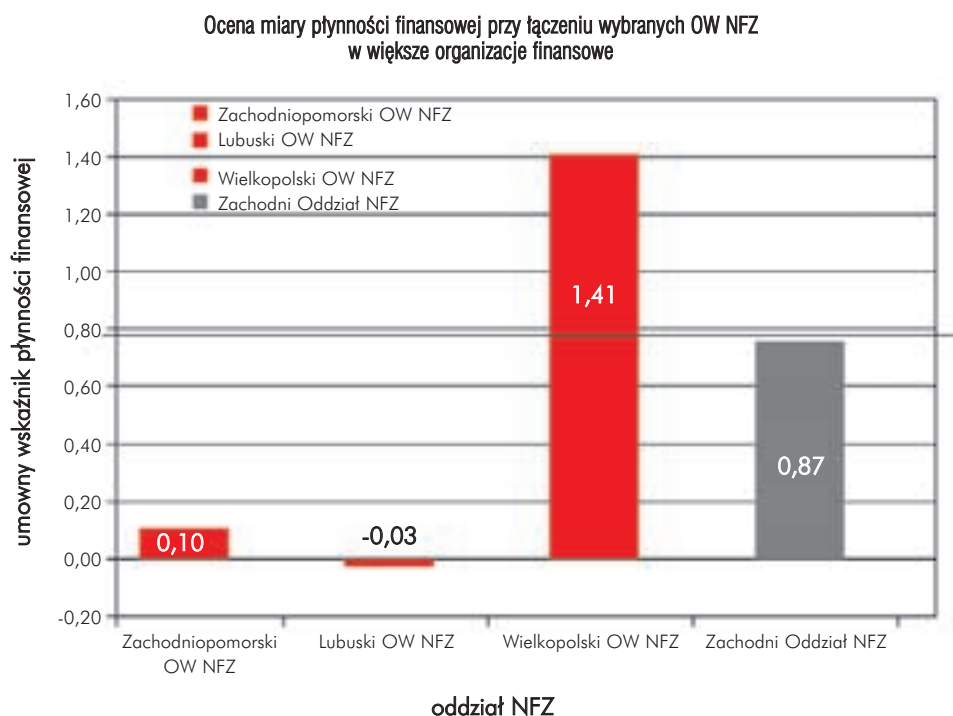
Rozpiętość w stawce kapitacyjnej, zamiast stopniowo się zmniejszać w centralnie zarządzanym systemie NFZ, zaczęła się zwiększać. Brak wprowadzenia do systemu instytucji finansujących świadczenia zdrowotne, równoległych do NFZ w postaci ubezpieczeń dodatkowych czy alternatywnych również nie powodował wzrostu środków pieniężnych, zasilających dodatkowo konkurujących ze sobą świadczeniodawców. Można zatem przyjąć na podstawie takiego rozumowania, że połączenie słabszych ekonomicznie oddziałów NFZ z silniejszymi spowoduje jedynie doprowadzenie do wyrównania ekonomicznego pomiędzy regionami. Będzie również miało negatywne skutki, pogłębi trend, jaki wprowadziła niefortanna ustawa o ubezpieczeniu w NFZ.

Dodatkowo działało tu zjawisko polegające na tym, że lepsze finansowanie danego regionu powoduje skutki odwrotne do procesu restrukturyzacji. Posługując się danymi otrzymanymi w wyniku inwentaryzacji świadczeniodawców wykonanych przez spółki konsultingowe wspomagane przez regionalne grupy wsparcia dla potrzeb regionalnych

programów restrukturyzacji, a szczególnie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, czyli bazy szpitalnej, możemy określić strukturę świadczeniodawców na rynku usług medycznych. Przykładem może być województwo dolnośląskie, które co prawda odziedziczyło nadmiernie rozbudowaną, niewykorzystywaną bazę szpitalną, jednocześnie otrzymując wysokie finansowanie świadczeń w układzie kapitacyjnym. Województwo zachodniopomorskie miało niższą stawkę kapitacyjną, mniej pieniędzy i w ten sposób zostało zmuszone do ich racjonalnego wydatkowania. Proces restrukturyzacji świadczeniodawców przebiegał tam intensywniej, szczególnie dotyczyło to poz, specjalistyki ambulatoryjnej, usług pogotowia oraz części szpitalnictwa, w tym opieki długoterminowej.

Przerwany proces

Reasumując, można stwierdzić, że demontaż systemu kas chorych spowodował przerwanie pewnego procesu rozwoju w układzie płatnik – świadczeniodawca. Można nad tym ubolewać, ale nie można cofnąć czasu i podjętych zmian ustawowych. Powstał system niekontrolowany, działający



Ryc. 7. Umowny wskaźnik płynności finansowej dla hipotetycznego Zachodniego Oddziału NFZ, powstałego z połączenia Zachodniopomorskiego OW NFZ, Lubuskiego OW NFZ oraz Wielkopolskiego OW NFZ Źródło: opracowanie własne

doraźnie i do tego niewydolny finansowo. Zablokowano możliwość wspomagania finansów publicznych przez powstanie ubezpieczeń dodatkowych, a przeprowadzona tzw. agregacja umów z byłą Branżową Kasą dla Służb Mundurowych w sensie finansowym była przeprowadzona pośpiesznie, wymagałaby obecnie inwentaryzacji przez audytora. Wyraźnie uwidacznia się w systemie NFZ wpływy resortów siłowych i środowisk związanych z interesami świadczeniodawców resortowych.

wodują zachowanie w strukturach województw jak największej liczby urzędów, w tym oddziałów wojewódzkich NFZ. W strukturach powiatowych, odnośnie szpitali podległych starostom, opór przed likwidacją oddziałów szpitalnych i całych jednostek oraz ich restrukturyzacji będzie równie silny. Wielokrotnie akcenty takie pojawiały się na posiedzeniach konwentów starostów. Jednym z czynników sprzyjającym restrukturyzacji byłoby przekształcanie spoz-ów w spółki tzw. użyteczności publicznej,

» Względy polityczne spowodują zachowanie w strukturach województw jak największej liczby urzędów, w tym oddziałów wojewódzkich NFZ »

Pomysł łączenia kas chorych w sprawniejsze instytucje finansowe, realizowany w systemie NFZ na pewno poprawiłby sytuację w oddziałach funduszu mających chroniczną przewagę zobowiązań nad środkami pieniężnymi.

Niestety, poza poprawą w oddziałach, takich jak Dolnośląski OW, Lubelski OW, Lubuski OW, Opolski OW, Podlaski OW, Pomorski OW, Świętokrzyski OW kosztem oddziałów będących w lepszej kondycji finansowej, proces komasacji nie jest lekarstwem na wszelkie problemy systemowe. Można zatem powiedzieć, że względy polityczne spo-

przypominające w pewnym stopniu podmioty prawa handlowego. Jednak ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw będzie przenosiła także elementy hamujące proces prywatyzacji, np. polegające na specyfice spółek, w których samorzady posiadają udziały. Jest to zjawisko niebezpieczne, ponieważ wystarczy, by samorząd posiadał jeden udział lub akcję w spółce, co w następstwie powoduje pozycję dominującą w organach spółki. Będzie to na pewno zniechęcało potencjalnych inwestorów.

Ważąc zalety i wady komasacji instytucji płatniczych, na pewno warto prowadzić działania studialne, poddać analizie system ubezpieczeń zdrowotnych w różnych aspektach, aby uniknąć błędów popełnionych przy pochopnej zamianie regionalnych kas chorych na oddziały wojewódzkie NFZ.

Gdyby postawić dziś pytanie: czy łączenie słabszych ekonomicznie Oddziałów Wojewódzkich NFZ może wpłynąć na poprawę sytuacji finansowej systemu płatniczego, dziś nie można odpowiedzieć jednoznacznie. Analiza przedstawiona powyżej prowadzi do najbardziej, moim zdaniem, ważnego wniosku, że nie opłaca się pochopnie majstrować w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Każde prowadzone doraźnie działanie skutkuje zwiększaniem zakłóceń. Jak w procesach opisanych w fizyce, częste zmiany legislacyjne, przygotowywane w pośpiechu, zakłócenia te pod względem częstotliwości i amplitudy wzmacniają. Zakłócenia przenoszą się w sposób patologiczny na obszar całego rynku usług medycznych, ale co najważniejsze, również na samych ubezpieczonych. Można powiedzieć, że w budowie i ulepszaniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych obowiązuje zasada konsekwentnego monitorowania i poprawiania. Przykładem może tu być maleńka Estonia, mająca 1 mln 350 tys. mieszkańców i startująca po uzyskaniu niepodległości z prawie 90 szpitalami i systemem Siemaszki w najlepszym wydaniu. Władze utrzymały i modernizowały system kas chorych, który

po kilkunastu latach od wprowadzenia powoli zyskuje coraz większą przychylność społeczną, spowodowaną dobrym stanem ochrony zdrowia.

Łączenie słabszych ekonomicznie oddziałów wojewódzkich NFZ wpływa na poprawę sytuacji finansowej systemu płatniczego pod względem alokacji środków i zmniejszenia różnic w finansowaniu kapitałowym ubezpieczonych. Wprowadzenie takiego rozwiązania przy dzisiejszej skali deficytu środków pieniężnych w systemie, bez jednoczesnego wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych, zmniejszenia zadłużenia jednostek szpitalnych, przygotowania mechanizmów zachęty do ich przekształceń własnościowych i konstrukcji sprawnych systemów kontrolnych można zaliczyć do nieopłacalnych. Postawione w tytule pytanie w takim wypadku staje się czysto akademickie. Decydując się na takie zmiany w strukturze płatnika publicznego, należy dobrze się do tego przygotować, również pod względem ideologii. Teoretycy zajmujący się analizami systemów finansowania świadczeń zdrowotnych na świecie, opisując zjawiska przyczynowo-skutkowe, zaczynają od uwarunkowań politycznych i dominujących doktryn, które mają wpływ na przyjmowane rozwiązania legislacyjne.

*Mariusz Tarhoni
ekspert współpracujący z Zakładem Organizacji
i Ekonomiki Opieki Zdrowotnej oraz Szpitalnictwa
Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie
Szczecin, listopad 2004 r.*