

MARIUSZ SKRZYPEK<sup>1</sup>, JOLANTA SZYMAŃSKA<sup>2</sup>, BARTŁOMIEJ BUCZEK<sup>3</sup>

## Złożoność procesu planowania zakupu świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia

## The complexity of the process of service purchase planning by the National Health Fund

### Streszczenie

Planowanie zakupu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych to skomplikowany proces zarządczy, uwarunkowany wieloma ograniczeniami o charakterze prawnym, ekonomicznym i politycznym. Zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia jest optymalne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych.

Kluczowym etapem jest prognozowanie potrzeb zdrowotnych uprawnionych osób. Wymaga to doprecyzowania pojęcia „potrzeby zdrowotne”, identyfikacji, klasyfikacji i pomiaru potrzeb. Jednakże perspektywa ich zaspokojenia często koliduje z perspektywą utrzymania istniejących zasobów świadczeniodawców, a to świadczeniodawcy mają narzędzia, zdolność i interes do narzucania płatnikowi swojej perspektywy. Przekłada się to na kształt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

Przeanalizowano kluczowe uwarunkowania procesu planowania zakupu świadczeń przez NFZ, jako publicznego płatnika:

1. Prognozowanie potrzeb zdrowotnych wybranych populacji, w tym ich identyfikowanie, mierzenie i jakość danych źródłowych.
2. Polityczną konieczność pogodzenia przez płatnika potrzeb pacjenta (potrzeby zdrowotne) i świadczeniodawcy (utrzymanie zasobów/infrastruktury).
3. Ograniczone i niewystarczające środki publiczne na świadczenia.

### Abstract

Planning of health service purchase from public funds is a complicated management process, influenced by numerous legal, economic and political limitations. The task of the National Health Fund is to guarantee the fulfilment of health needs of all entitled individuals.

The key stage of the process is the prognosis of the entitled clients' health needs. This calls for a precise definition of the concept of "health needs", identification, classification and measurement of the needs. However, the perspective of meeting the needs collides with the perspective of maintaining the resources of service providers. It is the latter that have instruments, ability and interest to impose their perspective on the payer. This translates into the form the plan of healthcare service purchase.

The key factors influencing the process of service purchase planning by the National Health Fund as a public payer were analyzed:

1. Predicting selected populations' health needs, including their identification, measurement and the quality of source data.
2. Political necessity to bring together the needs of the patient by the payer (health needs) and the needs of the service provider (preservation of resources, infrastructure).
3. Limited and insufficient public means available for the services.

**Słowa kluczowe:** ochrona zdrowia, polityka zdrowotna, potrzeby zdrowotne, świadczenia zdrowotne.

**Keywords:** health care, health policy, health needs, health services.

<sup>1</sup> Wydział Informatyki, Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ w Lublinie

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup> Izba Gospodarcza Medycyna Polska, Warszawa

## WPROWADZENIE

Planowanie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych jest bardzo skomplikowanym procesem zarządczym. Głównym jego celem jest optymalne zabezpieczenie/zaspokojenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych. Należy przy tym uwzględnić wiele złożonych uwarunkowań, w tym ograniczeń, które mają charakter prawny i ekonomiczny, a także polityczny.

Ze względu na cel analizowanego procesu, kluczowym etapem jest prognozowanie potrzeb zdrowotnych uprawnionych (ubezpieczonych). Wymaga to doprecyzowania pojęcia „potrzeby zdrowotne”, ich identyfikacji, klasyfikacji i pomiaru. Jednakże perspektywa zaspokojenia potrzeb pacjentów, wyznaczona przez główny cel procesu, często koliduje z perspektywą utrzymania istniejących zasobów świadczeniodawców. Z drugiej strony to świadczeniodawcy (przede wszystkim zarządzający i lekarze) mają narzędzia, zdolność i interes do narzucania płatnikowi swojej perspektywy, co z kolei przekłada się na kształt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

## KLUCZOWE UWARUNKOWANIA PROCESU PLANOWANIA ZAKUPU ŚWIADCZEŃ PRZEZ NFZ, JAKO PUBLICZNEGO PŁATNIKA

### Świadczenia opieki zdrowotnej

Świadczenia opieki zdrowotnej dzielimy na:

- świadczenia zdrowotne,
- świadczenia zdrowotne rzeczowe,
- świadczenia towarzyszące.

Świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania. Świadczenia te w szczególności związane są z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem,
- porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,
- badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych i niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Świadczenia zdrowotne rzeczowe to przedmioty (wyroby, rzeczy) związane z procesem leczenia, w szczególności leki, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Świadczenia towarzyszące to zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.

### Planowanie – proces, struktura i efekt

Planowanie stanowi jeden z kluczowych elementów zarządzania. To proces, który polega na decydowaniu o podjęciu działań zorientowanych na wywołanie zjawisk, do których by nie doszło samoistnie. Proces planowania obejmuje 3 podstawowe etapy:

- 1) prognozowanie,
- 2) programowanie,
- 3) tworzenie planu.

Plan, jako efekt procesu planowania, powinien być celowy, kompletny i realizowalny.

Z uwagi na czas realizacji, można wyróżnić następujące rodzaje planowania:

- strategiczne – powyżej 5 lat,
- długoterminowe – od 2 do 5 lat,
- średnioterminowe – od kilku miesięcy do roku,
- krótkoterminowe – do trzech miesięcy,
- bieżące – codziennie.

Ze względu na obszar objęty tym procesem, można wyróżnić 3 poziomy planowania: (1) lokalny, (2) regionalny, (3) krajowy.

Płatnik opracowuje plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z okresem budżetowania, czyli w perspektywie kolejnego roku kalendarzowego – plan średnioterminowy. Poziomy planowania zależy od rodzaju świadczeń:

- świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej – lokalny (gmina, powiat),
- operacje okulistyczne – regionalny (województwo),
- przeszczepy serca – krajowy (ponadregionalny).

Analiza planowania zakupu świadczeń opieki zdrowotnej tylko w 3 podstawowych wymiarach: (1) czasu (okres), (2) terytorium, (3) rodzaju świadczeń, bez uwzględniania innych czynników, uwarunkowań i ograniczeń, pozwala uświadomić sobie złożoność procesu i jego wyniku (efektu), czyli planu.

### Potrzeby zdrowotne

Punktem wyjścia opracowania planu jest prognozowanie potrzeb zdrowotnych w skali roku dla poszczególnych rodzajów świadczeń na właściwym poziomie. Na tym etapie natrafiamy na podstawową trudność – brak jednolitej definicji pojęcia „potrzeby zdrowotne”.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa potrzeby zdrowotne jako „zakłócenia w stanie zdrowia lub samopoczuciu społecznym, które wymagają interwencji w postaci działań leczniczych, rehabilitacyjnych lub pomocy społecznej lub działań zapobiegawczych”. Według koncepcji Masłowa, potrzeby zdrowotne charakteryzują się następującymi cechami:

- ich niezaspokojenie powoduje chorobę,
- ich zaspokojenie zapobiega chorobie,
- ich przywrócenie leczy chorobę,
- nie są aktywne ani odczuwane przez osobę zdrową [1].

Takie ujęcie powoduje skupienie się na działaniach reaktywnych, czyli ukierunkowanych na przywrócenie naruszonego zdrowia pacjenta. Współcześnie akcentuje się

proaktywny charakter opieki zdrowotnej, czyli utrzymanie pacjenta w zdrowiu jak najdłużej. Bradshaw z kolei dzieli potrzeby zdrowotne na:

- normatywne – określone przez ekspertów,
- odczuwane przez osobę,
- wyrażane – tam, gdzie potrzeba doprowadziła do poszukiwania jej zaspokojenia [1].

### Identyfikacja potrzeb zdrowotnych

Przyjęcie definicji potrzeb zdrowotnych determinuje dalsze działania w kierunku ich identyfikacji, a następnie ich zaspokojenia. Kolejny istotny problem w zakresie budowy planu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych stanowi ich właściwa identyfikacja. Najczęściej identyfikuje się je na podstawie wskaźników epidemiologicznych, którymi w odniesieniu do ustalonej populacji są w szczególności:

- umieralność z powodu danej jednostki chorobowej,
- zachorowalność na daną jednostkę chorobową,
- liczba osób leczonych na daną jednostkę chorobową,
- liczba wykonanych procedur medycznych,
- liczba osób oczekujących na dane świadczenie zdrowotne.

Wskaźniki te stanowią podstawowe źródło informacji o potrzebach zdrowotnych danej populacji. Należy jednak pamiętać, że mogą być one obciążone błędami, zwłaszcza wskaźniki wyliczane w oparciu o dane zgromadzone przez płatnika.

Płatnik (NFZ) posiada jedynie dane o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Identyfikacja potrzeb nie obejmuje:

- świadczeń zdrowotnych finansowanych całkowicie ze środków prywatnych,
- potrzeb odczuwanych, lecz nieujawnionych, gdy z różnych przyczyn (lekceważenie, strach, uwarunkowania kulturowe) osoby uprawnione nie korzystają z usług publicznego sektora opieki zdrowotnej.

Dane o zrealizowanych świadczeniach opieki zdrowotnej w pewnym stopniu zależą od metod i poziomu ich finansowania na danym obszarze lub w odniesieniu do określonej populacji. Wpływ sposobu finansowania objawia się w skłonności świadczeniodawców do kodowania zrealizowanych procedur i stawianych diagnoz, w taki sposób, by uzyskać jak najwyższy efekt finansowy. Dotyczy to przede wszystkim sposobu płatności za usługi, których akceptacja po stronie płatnika zależy od „prawidłowego” zakodowania świadczenia (Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP)).

Rozważmy zależność pomiędzy liczbą specjalistów na danym terenie, a liczbą osób, u których zdiagnozowano określone choroby. Zasadne wydaje się pytanie: Czy brak specjalistów i niższe wskaźniki zachorowalności świadczą o braku potrzeb, czy o niskiej dostępności świadczeń? Większy dostęp do specjalistów sprzyja wyższej wykrywalności chorób. Wysoki poziom finansowania określonego rodzaju świadczeń (wysoka marża) stanowi z kolei ekonomiczny bodziec ich realizacji, nawet w przypadku, gdy możliwa jest tańsza alternatywna terapia.

Według Włodarczyka nadmierne skoncentrowanie infrastruktury ochrony zdrowia prowadzi do bardziej intensywnego korzystania, także ponad miarę, z usług. Niedostatek zasobów stanowi zaś barierę także dla osób, które opieki medycznej bezwzględnie potrzebują [2].

Publiczny płatnik nie posiada informacji na temat potrzeb w zakresie nowych świadczeń opieki zdrowotnej, których finansowanie dopiero się rozpoczyna:

- zapotrzebowanie na usługi telemedyczne,
- refundacja nowych leków.

Brak danych historycznych sprawia, że płatnik nie może nawet oszacować zapotrzebowania na takie świadczenia.

Oczywiście, dane epidemiologiczne nie są jedyną podstawą prognozowania potrzeb zdrowotnych. Istotnym źródłem są:

- raporty i wskaźniki WHO (analiza porównawcza),
- badania statystyczne dotyczące zarówno potrzeb zdrowotnych, jak i poziomu satysfakcji z usług zdrowotnych,
- badania/wywiady z określonymi grupami lekarzy specjalistów, którzy na podstawie swojej wiedzy potrafią zidentyfikować potrzeby zdrowotne,
- informacje uzyskane od pracowników opieki socjalnej, którzy są w stanie określić potrzeby grup społecznych, wśród których pracują (osób starszych, osób chorych psychicznie),
- ocena potrzeb w zakresie leczenia określonych schorzeń na podstawie wielkości refundowanej farmakoterapii.

Epidemiologia odpowiada na pytanie: Jak kształtowało się dane zjawisko w przeszłości? Planowanie wiąże się z prognozowaniem wielkości zjawisk. Dlatego należy, szczególnie w dłuższej perspektywie, uwzględnić dynamikę zjawisk demograficznych oraz rozpoznawać trendy rozwoju badanych zjawisk.

### Uwarunkowania podażowe i finansowe

Prawidłowe prognozowanie to pierwszy krok do przygotowania planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. W kolejnych należy uwzględnić dwa kluczowe czynniki.

Pierwszy to możliwość realizacji świadczeń przez podmioty lecznicze, wynikająca z ich potencjału, określonego w szczególności przez:

- liczbę i strukturę komórek organizacyjnych (oddziałów, poradni),
- liczbę personelu medycznego o określonych kompetencjach,
- sprzęt niezbędny do realizacji usług.

Drugi czynnik stanowi wielkość środków finansowych, którymi dysponuje publiczny płatnik.

Aby zaspokoić potrzeby zdrowotne, konieczny jest właściwy, czyli dostosowany do potrzeb, poziom podaży określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Obecnie dominują w zakresie lecznictwa szpitalnego podmioty publiczne. Ze względu na interes prawny, ekonomiczny i polityczny, ich organy założycielskie starają się o takie ukształtowanie przez płatnika planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, by przede wszystkim utrzymać istniejącą infrastrukturę. Ministerstwo Zdrowia dostrzega ten problem. W uzasadnieniu do projektu ustawy o sieci szpitali, jako główne problemy wskazano:

- strukturę łóżek w wielu specjalnościach medycznych,
- strukturę organizacyjną szpitali pod względem specjalistycznego poziomu opieki szpitalnej (oddziały/kliniki wysokospecjalistyczne w lokalnych szpitalach),
- nierównomierną lokalizację jednostek opieki szpitalnej [3].

Finansowanie infrastruktury niedopasowanej do potrzeb zdrowotnych prowadzi w skali kraju do braku ich zaspokojenia. Jedną z ról, jaką powinien spełniać plan zakupu świadczeń, jest stopniowe, ewolucyjne dostosowywanie infrastruktury do prognozowanych potrzeb zdrowotnych. Planowanie zakupu świadczeń powinno mieć charakter oddziaływania długofalowego.

Przy planowaniu zakupu określonych świadczeń opieki zdrowotnej należy uwzględnić przede wszystkim dostępność lekarzy specjalistów, którzy mogą je zrealizować. W tym zakresie sytuacja jest coraz bardziej niepokojąca:

„Z raportu demograficznego, który na podstawie danych z rejestru lekarzy przygotowała Naczelna Izba Lekarska, wynika, że w Polsce dwie trzecie aktywnych zawodowo lekarzy ma powyżej 40 lat. Ponad 50 lat ma prawie co piąty lekarz z prawem wykonywania zawodu w Polsce. We wszystkich grupach wiekowych dominują kobiety. A one przestają być aktywne zawodowo wcześniej niż ich koledzy. Lekarzy, którzy zbliżają się do wieku emerytalnego lub już go osiągnęli, nie będzie miał kto zastąpić. Zaledwie 8 proc. lekarzy w Polsce nie ukończyło jeszcze 30 lat. Średnia wieku to 47,6 dla kobiet i 48,5 dla mężczyzn” [4].

Opracowując plan zakupu świadczeń zdrowotnych, należy uwzględnić fakt, że lekarz w ciągu roku jest w stanie zrealizować ograniczoną liczbę świadczeń (procedur medycznych, porad) na odpowiednim poziomie. W przypadku niektórych specjalności (tzw. deficytowych) nawet znaczące zwiększenie finansowania nie przyniesie oczekiwanych efektów ze względu na brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów. Należy pamiętać, że kształcenie lekarza specjalisty trwa około 13 lat. Działania podejmowane dziś przyniosą efekt dopiero w takiej perspektywie. Z drugiej strony, dzięki inwestycjom w infrastrukturę publicznej opieki zdrowotnej ze środków Unii Europejskiej, dostępność sprzętu niezbędnego do realizacji świadczeń zdrowotnych przestaje być kluczowym ograniczeniem.

Po zbadaniu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, pozostaje jeszcze konieczność uwzględnienia możliwości ich sfinansowania. Każdy podmiot gospodarujący, w tym publiczny płatnik, w ochronie zdrowia dysponuje ograniczonymi środkami. Konieczne jest zatem dokonywanie wyborów zgodnie z zasadą efektywności. Jedynie przy zoptymalizowanych nakładach można uzyskać maksymalne efekty w zakresie ochrony zdrowia [5]. To zaś przede wszystkim zależy od poziomu świadomości i wiedzy decydentów, czyli polityków. Informowanie polityków winno być ważnym zdaniem dla środowisk medycznych, w szczególności konsultantów krajowych i wojewódzkich, Agencji Oceny Technologii Medycznych. Jednakowe traktowanie wszystkich metod dostępnych w koszyku świadczeń gwarantowanych wydaje się zbyt daleko idącym uproszczeniem.

## PODSUMOWANIE

Powtarzany co roku przez NFZ proces planowania zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w skali kraju charakteryzuje się ogromną złożonością, wieloma ograniczeniami prawnymi, ekonomicznymi i politycznymi.

Wśród kluczowych uwarunkowań tego procesu należy wymienić:

1. Prognozowanie potrzeb zdrowotnych wybranych populacji, w tym ich identyfikowanie, mierzenie, a zatem zapewnienie rzetelnych, kompletnych danych źródłowych.
2. Konieczność pogodzenia przez płatnika perspektywy pacjenta (potrzeby zdrowotne) i perspektywy świadczeniodawcy (utrzymanie zasobów/infrastruktury).
3. Ograniczone i niewystarczające środki publiczne na świadczenia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Topór-Mądry R, Gilis-Januszewska A, Kurkiewicz J, Pająk A. Szacowanie potrzeb zdrowotnych. Kraków: Wydawnictwo Vesalius; 2002.
2. Włodarczyk WC. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Kraków: Wydawnictwo Vesalius; 1998.
3. [www.zgzza.pl/attachments/UZASADNIENIEmatrix\\_\\_11052007.doc](http://www.zgzza.pl/attachments/UZASADNIENIEmatrix__11052007.doc)
4. Lisowska B. Lekarze nam się starzeją. Puls Medycyny. W: <http://pulsmedycyny.pl/2580913,34569,lekarze-nam-sie-starzeja>
5. Włodarczyk WC. Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Kraków: Wydawnictwo Vesalius; 1996.

## Informacje o Autorach

Mgr ekonomii MARIUSZ SKRZYPEK – naczelnik, Wydział Informatyki, Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ w Lublinie; dr hab. n. med. JOLANTA SZYMAŃSKA – Katedra i Zakład Stomatologii Wieków Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; BARTŁOMIEJ BUCZEK – Izba Gospodarcza Medycyna Polska, Warszawa.

## Adres do korespondencji

Mariusz Skrzypek  
ul. Tarasowa 4/105, 0-819 Lublin  
E-mail: [mariusz.skrzypek@wp.eu](mailto:mariusz.skrzypek@wp.eu)