



Rynek jest piękny

Rozmowa z Jerzym Millerem, wojewodą małopolskim,
byłym prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

Gdyby mógł pan samodzielnie przeprowadzić reformę ochrony zdrowia, co uznałby pan za priorytety?

Po pierwsze, zmienilibym relację między ubezpieczycielem a ubezpieczonym. Na razie Narodowy Fundusz Zdrowia jest monopolistą i dlatego nie musi dbać o klientów. Pacjenci nie są podmiotem w systemie, ponieważ ubezpieczyciel musi rozmawiać ze służbą zdrowia, ale nie z nimi. NFZ powinien więc mieć konkurenta.

Po drugie, zainwestowałbym w informatyzację, ale nie należy tego utożsamiać z RUM. Nie da się bowiem właściwie kierować systemem, nawet o wiele mniej złożonym, nie dysponując wszystkimi niezbędnymi danymi. Niestety, my zatrzymaliśmy się na etapie papierowej kartoteki pacjenta, rozproszonej w bardzo wielu miejscach. Potrafimy znaleźć pieniądze na nowoczesną aparaturę diagnostyczną, a równocześnie brakuje ich na zmianę archaicznego sposobu komunikowania się. Straty są oczywiste. Gdy się słyszy o konieczności eliminowania dziur w systemie, to mam nadzieję, że nie mówimy o nadużyciach, tylko o braku współdziałania. Bo to powoduje dodatkowe, niepotrzebne koszty, co nie jest korzystne dla pacjentów.

Po trzecie, zezwoliłbym na prywatyzację każdego publicznego podmiotu generującego straty. Dlaczego? Bo to oznacza, że pozbywamy się problemu – publicznego problemu. Ponadto, jeżeli dzięki zmianie zasad zarządzania placówka zacznie być rentowna, powróci do systemu. Oprócz tych priorytetów musi być jeszcze coś, zmiana jakościowa. Nadrzędnym celem systemu opieki zdrowotnej powinno się stać to, abyśmy żyli dłużej i w lepszej kondycji.

Czy w debacie publicznej zauważa się ten cel?

Niestety, nie. A przecież to najważniejsza sprawa, ważniejsza niż te, o których mówiłem wcześniej. Ponieważ z badań wynika, że największy wpływ na osiągnięcie tego celu ma pacjent, szczególnie nacisk trzeba położyć na prewencję. Jeśli wytłumaczymy ludziom, co powinni robić, by żyć dłużej i w lepszej kondycji, prawdopodobnie będziemy mogli o wiele lepiej wykorzystać pieniądze, które teraz przeznaczamy na medycynę interwencyjną. Oczywiście, działania prewencyjne powinny podejmować nie tylko placówki opieki zdrowotnej, ale także np. szkoły. Skoro uczymy dzieci, co powinny robić, żeby lokować pieniądze w najmniej ryzykownych przedsięwzięciach, tym bardziej powinniśmy je nauczyć, jak dobrze gospodarować tym, co jest nieodtworzalne – zdrowiem.

Wiele osób uważa, że w ochronie zdrowia nie można mówić o typowym produkcie i grze rynkowej.

Spójrzmy na rynek usług stomatologicznych. Celowo mówię *rynek*, bo chociaż jesteśmy społeczeństwem

w 100 proc. ubezpieczonym, bardzo wielu Polaków decyduje się na zakup usług stomatologicznych, tak jakby nie byli ubezpieczeni. Cen nikt nie reguluje, a rynek usług stomatologicznych nie jest w regresie.



„ Zezwoliłbym na prywatyzację każdego publicznego podmiotu generującego straty. Dlaczego? Bo to oznacza, że pozbywamy się problemu – publicznego problemu ”

Polacy zajmują jednak niechlubne pierwsze miejsce wśród obywateli krajów Unii Europejskiej, jeśli chodzi o choroby zębów.

Nie dlatego, że nasi stomatolodzy źle leczą, tylko dlatego, że nie dbamy o zęby. Przychodzimy do dentysty po usługę naprawczą, podczas gdy inni zapobiegają problemom.

Stomatologia nie jest zresztą jedyną dziedziną, w której obowiązują prawa rynku. Podobnie jest np. z usługami ginekologicznymi. Wiele kobiet odwiedza wyłącznie prywatne gabinety i płaci za wizyty. Oczywiście, w tych aglomeracjach miejskich, gdzie mogą sobie pozwolić na taką usługę. Dlatego moim zdaniem teza, że świadczenia medyczne są specjalnymi usługami, niepodlegającymi prawom rynku, jest błędna. Rynek usług medycznych wymaga wysiłku państwa, aby pacjent miał dostęp do informacji potrzebnej do analizy produktu rynkowego przez osobę bez specjalistycznej wiedzy medycznej.



„ NFZ musi mieć konkurenta. Nie publicznego, bo na to szkoda pieniędzy. I wtedy naprawdę będzie rynek. Wtedy także dobry szpital nie będzie musiał się godzić na cenę, jaką za daną usługę proponuje mu ubezpieczyciel ”

Mimo to politycy upierają się przy obecnym, mało rynkowym finansowaniu usług zdrowotnych. Za nasze usługi płaci ubezpieczyciel. Obowiązek ubezpieczenia się jest konsekwencją braku przezorności większości z nas. Tak jak system emerytalny nie jest oparty na zaufaniu, że obywatel z każdej wypłaty będzie zbierał część na emeryturę, tylko państwo poprzez obowiązujące prawo zmusza nas do tego, by płatnik nas zastąpił. Ale my decydujemy, któremu towarzystwu emerytalnemu przekazać naszą składkę. Ubezpieczyciel w ochronie zdrowia ma dwa zadania. Przede wszystkim musi wybrać świadczeniodawców, którzy są dostatecznie sprawni, żeby dobrze leczyć, czyli jest weryfikatorem podstawowej jakości. Drugie zadanie to wzięcie na siebie ryzyka wypłacalności ubezpieczonego. Pytanie: czy jest rynek łączący ubez-

piezyciela ze świadczeniodawcą? Oczywiście – nie ma, bo nie może być, gdy jest jeden ubezpieczyciel. Stąd moje przekonanie, że NFZ musi mieć konkurenta. Nie publicznego, bo na to szkoda pieniędzy. I wtedy naprawdę będzie rynek. Wtedy także dobry szpital nie będzie musiał się godzić na cenę, jaką za daną usługę proponuje mu ubezpieczyciel.

Świadomie w 1999 r., na początku reformy systemu, wyeliminowaliśmy rynek w ubezpieczeniach zdrowotnych. Miało to być rozwiązanie przejściowe, ale politykom zabrakło odwagi i z rozwiązania przejściowego przeszliśmy do rozwiązania stabilnego. Oby do zmian doszło jak najszybciej. Nie dzielimy jednak publicznego na kilka publicznych, tylko pozwólmy prywatnemu konkurować z publicznym.

Konkurencja jednak kosztuje – marketing, assekuracja...

Nie wolno zrezygnować z obligatoryjności ubezpieczenia zdrowotnego, bo nie będziemy w stanie zapłacić za usługi medyczne w starszym wieku. Ale to ubezpieczony powinien decydować, do którego funduszu płaci składkę. Wtedy fundusze zaczną promować. Konkurencja daje większy efekt pozytywny niż dodatkowy koszt wynikający z konieczności reklamowania usługi. Czy dziś szpital chce dotrzeć do pacjenta z informacją, że jest najlepszą placówką w mieście? Nie, bo pacjent nie jest podmiotem systemu. Szpital chce rozmawiać z NFZ, ale nie z pacjentem. A pacjent wybiera miejsce

leczenia po zebraniu informacji od rodziny, znajomych. To, czego się obawiamy to nieuczciwa reklama. Nie mylmy reklamy z informacją adresowaną do ubezpieczonego. To, że system nie wydaje pieniędzy na informację, nie jest jego zaletą, lecz wadą. Prawdopodobnie dlatego często podejmujemy złą decyzję.

Będzie też trzeba powołać urząd regulacyjny. Państwo ma bowiem obowiązek sprawdzania, czy podmioty działające na rynku stosują uczciwą konkurencję. Mamy urząd regulacji dbający o to, by ceny nośników energii nie rosły lawinowo. Tym bardziej państwo musi regulować rynek usług dotyczących ludzkiego życia i zdrowia.

Jest wiele urzędów regulacyjnych, a mimo to ceny połączeń GSM w Polsce należą do najwyższych w Europie, chociaż nie jesteśmy najbogatszym krajem...

Rynek funkcjonuje prawidłowo wtedy, gdy nie na każdy towar czy usługę jest popyt. Dopiero w takiej sytuacji świadczeniodawca musi walczyć o klienta i nie robi łaski, że go przyjmuje.

Popyt w ochronie zdrowia można jednak kreować w nieskończoność. Pamięta pan pewnie ze swojej prezesury w NFZ epidemie chorób, których leczenie było w danym momencie korzystnie wycenione...

Popyt można kreować wtedy, gdy jest tylko relacja pacjent–świadczeniodawca. Jako pacjent mam pomocnika – ubezpieczyciela. Jeżeli środowisko medyczne w sposób niekontrolowany podwyższałoby popyt, stratny byłby przede wszystkim ubezpieczyciel. Dlatego w jego interesie jest obserwowanie, czy lekarze nie kreują sztucznie potrzeb medycznych. Z jednej strony ubezpieczyciel działa w interesie pacjenta, a z drugiej – w swoim.

Może się zdarzyć, że ubezpieczyciel stanie się niewypłacalny. Co wtedy?

Na szczęście mamy zreformowany system ubezpieczeń emerytalnych. To pytanie już sobie zadaliśmy w wypadku tych ubezpieczeń. Każda firma ubezpieczeniowa musi spełnić określone warunki, by mogła działać. Instytucja nadzorująca w imieniu państwa sprawdza ubezpieczyciela, aby ryzyko bankructwa było zminimalizowane.

To także kosztuje...

Trzeba jednak zapytać, co jest droższe: obecne rozwiązanie, czy bardziej urynkwione, gdzie nie ma policjanta, czyli NFZ, który ma udowodnić szpitalowi, że źle leczył. Dziś kierownictwo szpitala mówi, że za cenę proponowaną przez NFZ nie może leczyć, bo to jest niedoszacowany koszt, i powołuje się zespoły ekspertów, mających to wykazać. Przecież to jest postawione na głowie. Czy ktoś ustala uzasadniony koszt

samochodu? Jeśli cena auta zostanie podniesiona w sposób nieumiarkowany, producenta zje konkurencja. Tak samo będzie z usługami medycznymi. A ile zyskamy, likwidując instytucje, które nie robią niczego poza poprawianiem dobrego samopoczucia urzędników, którzy udają przed społeczeństwem, że coś porządkują!

Nie uważa pan, że w takiej sytuacji składki na ubezpieczenie zdrowotne musiałyby wzrosnąć?

To jest pytanie do ubezpieczonych: czy są gotowi płacić wyższą składkę, jeśli oferta ubezpieczyciela jest bogatsza. Oni muszą na to pytanie odpowiedzieć. Nie jesteśmy tacy sami. Dlaczego w zakresie usług medycznych mamy być równi?

Jednak konstytucja zapewnia równy dostęp do świadczeń finansowanych z funduszy publicznych...

Konstytucja mówi tylko tyle, że w ramach oferty publicznej mamy być równo traktowani. Oprócz oferty publicznej można jednak korzystać z dodatkowych, płatnych świadczeń. Ale mówimy o czymś innym, że mamy różne stawki i różne zakresy, i jedna osoba zdecydowanie się na większy, inna na mniejszy. Przecież nie można podchodzić do kwestii opieki zdrowotnej w sposób odległy od rzeczywistości.

W ochronie zdrowia trudno jednak wybrać mniejsze zakresy.

Zgadzam się. Wiem, że załącznik do ustawy, czyli koszyk negatywny, odbiega od rzeczywistości. Przecież nie każdy wprowadzany w Polsce lek jest refundowany. Nie każda nowa procedura medyczna jest dostępna dla ubezpieczonych. Koszyk negatywny praktycznie kształtuje NFZ poprzez swój katalog świadczeń kontraktowanych z jednostkami służby zdrowia. Prawda jest taka, że nie wszystko, co nie jest zapisane w załączniku do ustawy, jest finansowane z pieniędzy publicznych.

Wracając do rynku ubezpieczeń. Ubezpieczony otrzyma od ubezpieczyciela dokładną informację, dotyczącą świadczeń i usług dodatkowych objętych ubezpieczeniem. Prawdopodobnie oferty poszczególnych ubezpieczycieli nie będą się różniły tym, że jeden zapewni telewizor w sali szpitalnej, a inny nie, bo to nie jest istotne, kiedy jest się chorym. Różnica polegać będzie na tym, że jeden będzie miał taką usługę medyczną, której nie ma inny. Jestem przekonany, że rywalizacja będzie dotyczyła dwóch sfer – wysokości składki i zakresu usług. Wtedy minister nie będzie się zajmował koszykiem, rynek sam będzie to kształtował, a urząd regulacyjny będzie pilnował, by ten zakres nie był mniejszy niż minimum, które jest gwarancją za-



„Prawdopodobnie oferty poszczególnych ubezpieczycieli nie będą się różniły tym, że jeden zapewni telewizor w sali szpitalnej, a inny nie, bo to nie jest istotne, kiedy jest się chorym. Różnica polegać będzie na tym, że jeden będzie miał taką usługę medyczną, której nie ma inny”

dbania o ludzkie życie. O komfort, alternatywne sposoby leczenia – nie, bo to będzie kwestia umowy między ubezpieczonym a ubezpieczycielem.

Jednak są sytuacje graniczne. W medycynie trudno jasno określić, że dana terapia jest niepotrzebna... Wyraźnie odróżniam to, co jest niezbędne do życia, od tego, co jest ważne, lecz nie niezbędne – np. chirurgia plastyczna po chorobie nowotworowej i chirurgia estetyczna, mająca poprawić nasze samopoczucie. Taki sam zabieg, ale tylko w jednym wypadku niezbędny. Rynek spowodowałby odkłamanie tego, co dziś jest nadużywającym hasłem, że państwo gwarantuje wszystkim usługi na równym poziomie.

Wprowadziłby pan bezpośrednie dopłaty pacjentów?

Wprowadziłbym, wraz z zasadą nagrody za właściwe zachowanie. Czy kobieta, która w określonym wieku regularnie poddaje się badaniu mammograficznemu, nie powinna być nagrodzona za to, że zmniejsza ryzyko dużego wydatku w wypadku leczenia zaawansowanego stadium nowotworu? Powinna. A nie jest. W związku z tym, zamiast mówić o dopłacie, ja bym

inaczej to ujął. To naturalne, że płacę składkę. Dzięki temu ubezpieczam się od ryzyka poniesienia bardzo dużych kosztów leczenia w przyszłości. Tym samym przenoszę ryzyko ponoszenia tych dużych kosztów na ubezpieczyciela. Ale to nie powinno być 100 proc. Zatem dopłata jest opłatą za usługę, tylko nie w pełnej wysokości. Przecież ten mechanizm już funkcjonuje – w aptekach. Nie dostajemy leków, tylko je kupujemy. Czemu ta zasada nie ma dotyczyć usługi medycznej? Jeśli mam grypę i idę do lekarza, ile zapłacę za tę wizytę – 40–60 zł? A kiedy ponownie będę miał grypę? Może za rok. Czy rzeczywiście jestem tak ubogi, że nie mogę zapłacić 40–60 zł raz na rok? Czy od tego muszę się ubezpieczyć? Nie, bo od takich drobiazgów się nie ubezpiecza. W ogóle źle nazywamy problemy. Mówimy o dopłacie, a tu nie ma dopłaty. Zawsze za wszystko płacę, a ubezpieczam się, by nie przeżywać stresu niewypłacalności w sytuacji wysokich kosztów leczenia. Powiedziałem bardzo niepopularne rzeczy...

Zwłaszcza na temat dopłat. Dla wielu Polaków 40–60 zł rocznie to dużo pieniędzy.

Mylimy system opieki społecznej z systemem opieki zdrowotnej. Oczywiście, powinienem płacić za opiekę medyczną i to nie w symbolicznej wysokości. Mam być motywowany, by dbać o zdrowie. Czy jest lepsza motywacja niż poprzez mój wydatek? Zgadza się, że takie rozwiązanie jest trudne do przyjęcia dla najbiedniejszych warstw społeczeństwa. Jak sobie z tym poradziliśmy, jeśli chodzi o leki? Z tego, że nie wszystkich stać na wykupienie leków nie wynika, że leki mają być wydawane bezpłatnie, tylko system opieki społecznej refunduje osobom o bardzo niskich dochodach wydatki na leki. W taki sam sposób trzeba podejść do odpłatności za usługi medyczne. Koszt leczenia powinna zrefundować pomoc społeczna tym, którzy tych pieniędzy rzeczywiście nie mają. Dzięki temu, że ubezpieczony będzie płacił częściowo za wizytę, jego składka będzie mogła być niższa. Jeśli bowiem ubezpieczyciel bierze całe ryzyko na siebie, składka jest wysoka, gdy zaś jest ono w jakimś stopniu dzielone, składka jest niższa. To jest uczciwa dyskusja o tzw. dopłacie czy współpłaceniu.

Podniósłby pan składkę na ubezpieczenie zdrowotne?

Nie ma uzasadnienia do podniesienia składki. Składka to podatek. Niższe podatki zwiększają konkurencyjność Polski na globalnym rynku. To, ile pieniędzy możemy przeznaczyć na ochronę zdrowia, zależy od gospodarki, a nie wysokości składki. Dwa proc. od wysokich kwot to może być więcej niż 20 proc. od niskich. Uczciwość nakazuje, by powiedzieć jasno, że im wyższa składka, tym niższy wzrost gospodarczy i mniej pieniędzy na wydatki zdrowotne.

Rozmawiała Justyna Wojteczek