



Nie jestem rewolucjonistą

Rozmowa z Jerzym Millerem, prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

Dotychczasowa pańska kariera dowodzi, że był pan zwolennikiem rozwiązań rynkowych. Jak to się więc stało, że przyjął pan posadę prezesa NFZ, olbrzymiego monopolisty?

Nadal jestem zwolennikiem rozwiązań rynkowych, ale nie wszystkie mechanizmy wolnego rynku powinny i mogą regulować funkcjonowanie służby zdrowia. Natomiast jestem przeciwnikiem rozwiązań monopolistycznych. Dlaczego? Bo mam świadomość, że każdy monopol wcześniej czy później się wynaturza. Trzeba mieć konkurenta, bo on zmusza do wysiłku, do podnoszenia jakości pracy. Płatnik monopolista może nie dostrzegać wymagań ubezpieczonego i świadczeniodawcy. Jeśli

A więc na święty nigdy.

Nie, mam wrażenie, że obie strony, świadczeniodawcy i płatnik, dążą do możliwie szybkiego rozpoczęcia dialogu.

Na razie ten dialog polega na tym, że jedni oszukują drugich. NFZ udaje, że negocjuje, a świadczeniodawcy kombinują, jak by tu wyszarpnąć od monopolisty trochę więcej. Jak w takiej sytuacji może pan kierować NFZ, skoro ten system wygląda dosyć bezsensownie?

Ależ za bezsensowny uznałbym go dopiero wtedy, gdyby się nie zmieniał, gdyby trwał w obecnej postaci. A tak nie będzie.

” Jestem zwolennikiem rozwiązań rynkowych, ale nie wszystkie mechanizmy wolnego rynku powinny i mogą regulować funkcjonowanie służby zdrowia ”

płatników będzie kilku, to sytuacja się zmieni. Jednak nie może to być 16 wojewódzkich kas chorych, bo one i tak będą monopolistami na swoim terenie. Muszą to być jednostki konkurujące o tego samego ubezpieczonego.

A może dwie konkurencyjne sieci w całym kraju?

Może dwie, może więcej... Ale na tak szczegółowe dyskusje jeszcze mnie pan nie namówi. Najpierw społeczeństwo powinno rozstrzygnąć problem podstawowy: czy chcemy mieć w służbie zdrowia monopol, czy konkurencję?

Jest pan na pozycji monopolisty, który marzy o tym, żeby mieć konkurenta. Trochę to schizofreniczne, nie uważa pan?

Powiem więcej: jestem prezesem instytucji, która powinna zmienić formułę swego działania.

Kiedy?

Nie jestem rewolucjonistą. Służba zdrowia już tyle razy dostosowywała się do nowych reguł finansowania, że jest tym bardzo zmęczona. Dlatego, moim zdaniem, należy możliwie szybko zmienić instytucję płatnika, ale wcześniej, wspólnie ze świadczeniodawcami, ustalić stabilne zasady działania.

Załóżmy... Jakie zadania jednak stawia pan sobie na dziś? Jak rozumiem, widzi pan swoją rolę jako dyrektora przedsiębiorstwa, które musi przestać istnieć, mimo że obecnie ma komfortową sytuację. Nie bardzo chce mi się wierzyć, żeby potrafił pan być jego likwidatorem.

– Instytucja, którą kieruję, musi na razie funkcjonować możliwie jak najlepiej. Jednocześnie mam świadomość, że z czasem będzie musiała się zmienić. Kiedy? Przy kosztownych decyzjach trzeba ograniczać poziom ryzyka, a więc najpierw trzeba rozpatrzyć kilka możliwych wariantów, trzeba przyjrzeć się rozwiązaniom zagranicznym.

Ależ to wymaga czasu. Powtarzam więc – na święty nigdy?

Wybór rozwiązania należy do polityków. Na te decyzje trzeba poczekać. My jednak nie będziemy w tym czasie próżnować. Uważam, że najpilniejszym zadaniem jest opisanie i analiza aktualnego stanu służby zdrowia w Polsce z punktu widzenia płatnika. Trzeba postawić diagnozę i odkłamać rzeczywistość pokazywaną w statystykach, odkłamać informacje.

Żyjemy w świecie nieprawdziwych danych i fatalnie ustawionych bodźców.



Jeśli nagle rośnie nam liczba hospitalizacji o 30 proc., a w kraju nie ma epidemii, to oznacza... że zmieniono cennik. Nie powinienem więc budować kolejnych szpitali, a raczej przyrzeć się cennikowi. Pamiętamy przecież, że kiedyś, gdy ceny ogrzewania były sztucznie zaniżane, mieliśmy olbrzymie zużycie ciepła, które wskazywało na klimat prawie polarny. Gdy urealniono ceny, okazało się, że zużycie energii spadło, a klimat w Polsce nie zmienił się przecież na śródziemnomorski. Nie wolno motywować ludzi do fałszywych zachowań.

A to, że np. szpital publiczny jest największym pracodawcą w regionie, nie będzie was interesowało?

Powinno interesować gospodarza regionu, czyli marszałka, ale nie NFZ. Fundusz reprezentuje ubezpieczonych, a nie pracowników szpitala. Gdybym był dyrektorem takiego szpitala, o jakim pan mówi, to dbałbym o to, aby być najlepszym oferentem, a nie zastąpił się sztyldem szpitala publicznego.

Jeśli będziecie w tych poglądach konsekwentni, to znając naturalną przewagę sfery prywatnej nad pu-

» Społeczeństwo powinno rozstrzygnąć problem podstawowy: czy chcemy mieć w służbie zdrowia monopole, czy konkurencję? »

Jakieś to – z waszego punktu widzenia – skomplikowane. Przecież wiadomo, że jak by nie ustawiać wskaźników, to NFZ i tak finansuje szpitale, w których marnotrawstwo aż woła o pomstę do nieba.

Ja nie jestem dyrektorem szpitala. Nie pytam świadczeniodawcy o jego sytuację finansową. Pytam jedynie, czy jest gotowy i ma środki, aby wykonywać zakontraktowaną usługę co najmniej przez najbliższe 12 miesięcy.

A więc jeśli do wykonania danej usługi zgłosi się inny kandydat, np. prywatny, to czym będzie się pan kierował przy wyborze?

Jakością i ceną usługi.

bliczną, można prognozować, że nastąpi rozkwit medycyny prywatnej, a zadłużone, leczące drogo i kiepsko placówki publiczne zaczną upadać.

To zależy od samorządów. Im dany samorząd będzie lepiej kierował szpitalem, tym trudniejsze warunki startu będzie miał inwestor prywatny.

Już widzę te naciski na was, te kolejki działaczy samorządowych przed pana gabinetem i lamenty, że szpitale im padają, że trzeba pomóc... Nie ugiąłby się pan i nie dał im kontraktu?

Na pewno nie, ponieważ zrobiłbym krzywdę moim ubezpieczonym. A to ich reprezentuję, a nie lokalnych polityków.



foto: 3 x Piotr Waniornek

Rozumiem więc, że za pańskiej kadencji nastąpi zrównanie szans publicznej i prywatnej służby zdrowia.

Oczywiście, ale taką równość ustawa gwarantuje już teraz. Tylko że ja będę oczekiwał od obu stron uczciwej gry. Będę walczył z takimi patologiami, że jest np. miniszpital prywatny, który świadczy usługę dopóki wszystko jest dobrze, a gdy podczas zabiegu wyłaniają się komplikacje, to nagle pacjent ląduje w szpitalu publicznym, bo powikłania generują olbrzymie koszty. A więc, przy całej życzliwości dla sfery prywatnej, nie powinniśmy tolerować nieuczciwości na styku prywatny – publiczny.

Panie prezesie, kiedy nastąpi stabilizacja polskiego systemu ochrony zdrowia?

To dla mnie za trudne pytanie. Proszę przyjrzeć się innym sferom naszego życia społecznego. Niektóre z nich ustabilizowały się dopiero po 15 latach, a inne – jeszcze nie. Zależy to od gotowości środowiska do poddania się takim regułom gry, w których przegrana będzie wynikała tylko albo z kiepskich umiejętności, albo z zaniechań. Powinno być inaczej niż było do tej pory. Menedżerowie służby zdrowia już kilka razy przekonali się, że nie warto się wychylać, np. oddłużyć szpitali, bo z czasem i tak ten dług zostanie umorzony. A ci, którzy się starali, pozostają z po-

” Służba zdrowia już tyle razy dostosowywała się do nowych reguł finansowania, że jest tym bardzo zmęczona ”

czuciem, że ich oszukano i że niepotrzebnie podejmowali olbrzymi wysiłek.

Zawsze zadaję moim rozmówcom pytanie-test: ile powinno być, pańskim zdaniem, prywatnej służby zdrowia w systemie?

Są dziedziny, w których może jej być 100 proc., ale są też takie, w których zdecydowanie powinien dominować sektor publiczny. Jeżeli chodzi o szkolnictwo czy zaplecze kliniczne, to nie rokuje prywatnym jednostkom rozkwitu. Z drugiej strony, będę się bardzo dziwił, jeśli nadal gminne jednostki zdrowia pozostaną własnością samorządową. Jestem zwolennikiem medycyny prywatnej, jednak nie bezkrytycznym. Problem bowiem polega na tym, że prywatny świadczeniodawca może nagle, bez uprzedzenia, zamknąć podwoje. Polskie prawo nie przewiduje zmuszania podmiotu prywatnego do usługi publicznej. Nie można zmusić prywatnego świadczeniodawcy, aby od czasu podjęcia decyzji o zamknięciu zakładu kontynuował, jeszcze przez powiedzmy 2 lata, działalność po to, by dać czas na uzupełnienie publicznej sieci opieki. Taki stan może w szczególnych przypadkach stworzyć rzeczywiste zagrożenie dla ciągłości i dostępności świadczeń medycznych. A więc nie jestem za *hurraprywatyzacją*, za patrzeniem na wszystkie publiczne jednostki jak na relikty poprzedniego systemu. Uważam, że przede wszystkim trzeba nimi dobrze zarządzać, a niekoniecznie je prywatyzować. Potrafię odróżnić *prywatne* w sensie własności od *prywatnego* w sensie mentalności. Są przecież menedżerowie, którzy zakład publiczny, którego nie są właścicielami, prowadzą z taką dbałością, jakby był ich własny. Szkoda tylko, że nie zawsze mają oni poczucie stabilizacji. Nie może być tak, że jak się zmienia starosta, to zmienia się też dyrektor szpitala.

Rozmawiał Janusz Michałak