



Siła przebicia

Rozmowa z Krzysztofem Bukielem, przewodniczącym Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, który przygotował projekt ustawy *O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*

foto: PAP

Czy zwycięstwo PiS może oznaczać koniec rynku w służbie zdrowia?

Nie wiem, co można wyróżnić z tej koalicji. Warto jednak pamiętać, że dotychczas nie było prawdziwego rynku. Były natomiast pewne elementy rynkowe, które dawały w niektórych przedsiębiorstwach dobre efekty i nadzieję, że dla decydentów mogą one być dowodem na skuteczność działań prywatyzacyjnych. Wracając do koalicji: nawet przy budżetowym finansowaniu służby zdrowia możliwe jest wprowadzenie elementów rynkowych do rozdziału pieniędzy.

Jednak jeżeli chodzi o służbę zdrowia i jej finansowanie, PiS i PO są jak ogień i woda. Czy można spodziewać się pozytywnych efektów połączenia programów tych partii?

Jeśli politycy zechcą zastosować naszą propozycję – finansowanie służby zdrowia z budżetu w postaci bonu zdrowotnego, a alokację środków przeprowadzić w sposób rynkowy, to możliwe będzie połączenie, jak pan mówi, ognia i wody.

Przygotowaliście państwo dosyć rewolucyjny projekt ustawy zdrowotnej. Czy pacjenci nie muszą się jej obawiać? Przecież kolejne artykuły państwa projektu pisali działacze związków zrzeszających lekarzy.

Uważna lektura naszego projektu wskazuje, że interes pacjenta jest chroniony, natomiast lekarzy i szpitale wystawiamy na działanie rynku usług zdrowotnych, a ten bywa bezlitosny. W naszym projekcie zakładamy, że szpitale mają być spółkami prawa handlowego, czyli jednostkami, które będą upadać, jeśli będą źle zarządzane. Kolejne artykuły projektu wzmacniają pozycję pacjenta, o którego mają za-

biegać ubezpieczalnie i szpitale, które nie będą skrupowane konkursem i limitem ofert. Oczywiście, dla pacjenta pojawiają się pewne ciężary, takie jak chociażby konieczność współpłacenia za niektóre świadczenia. To obciążenie jest konieczne, bo wg naszych szacunków bez udziału środków prywatnych pacjent nie stanie się podmiotem, a decyzje o tym, gdzie i za ile leczyć, będzie podejmował urzędnik, a nie sam zainteresowany.

Wasz projekt ustawy zakłada finansowanie ochrony zdrowia także ze środków prywatnych. Co to znaczy? Czy nie wystarczy wypuszczenie na rynek dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń?

Specjalnie używamy określenia *środki prywatne*, aby to pojęcie stało się na tyle pojemne, że obejmie pacjentów, którzy zechcą dopłacać do leczenia z własnej kieszeni, nie ubezpieczając się dodatkowo, oraz tych, którzy przeznaczą środki właśnie na to ubezpieczenie.

Chcicie więc, aby wszystkie środki przeznaczane na służbę zdrowia płynęły do 4–6 odrębnych funduszy, a również do niepublicznych funduszy powoływanych przez dowolne podmioty?

Przez dowolne podmioty rozumiemy spółki akcyjne, towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, a nawet osoby prywatne. Jednak w każdej sytuacji musi być określona minimalna kwota kapitału wyjściowego. Chcieliśmy tym zapisem pokazać, że nie stosujemy żadnych doktrynalnych przeszkód w tworzeniu rozwiązań rynkowych w służbie zdrowia.

» Nawet przy budżetowym finansowaniu służby zdrowia rozdział pieniędzy powinien się odbywać na zasadach rynkowych »

W waszym projekcie istotną rolę pełni wprowadzenie bonu zdrowotnego. Ale bon nie zadziała, dopóki nie będzie słownika procedur medycznych oraz Rejestru Usług Medycznych, a tych nie możemy się dorobić od 15 lat.

To już nie nasza wina. W projekcie piszemy, że wprowadzenie bonu zdrowotnego powinno być poprzedzone zastosowaniem pewnych koniecznych rozwiązań. Zaliczamy do nich rozpoczęcie działalności Agencji Oceny Technologii Medycznych, Komisji Refundacyjnej i Instytutu Standaryzacji i Oceny Świadczeń Medycznych. Te oraz inne działania powinny stworzyć przedpole do wejścia ustawy.

Czy do tworzenia koszyka świadczeń nie wystarczyłoby działanie resortu zdrowia i NFZ? Czy potrzebna jest aż Agencja Oceny Technologii Medycznych?

Agencja jest potrzebna, bo w przeciwnym wypadku tworzenie koszyka świadczeń stanie się sprawą polityczną, jak wszystko dotychczas w służbie zdrowia. Przecież do tej pory o wpisaniu jakiegoś świadczenia na listę refundacyjną decydowała także siła przebicia profesora, reprezentanta lobby, który załatwiał takie sprawy osobiście z ministrem. Podobnie rzecz się ma z firmami farmaceutycznymi. W naszym projekcie zakładamy, że Agencja ocenia technologię, następnie komisja refundacyjna wpisuje daną technologię do koszyka lub tego nie robi. Ale wszystko staje się transparentne – kryteria są znane, a decyzje są podawane na stronach internetowych.

Czy wasz projekt zakłada likwidację tej uznaniowości, która tak naprawdę w wydaniu wspomnianego profesora lub koncernów była swoistą lub dostówną korupcją?

Zdecydowanie tak. Poza tym wprowadzamy jeszcze jeden dodatkowy element. Każdy fundusz będzie miał prawo wyboru – w ramach tego samego preparatu, spośród wielu zamienników – jednego leku, który może refundować. To sprawi, że fundusz stanie się dodatkowym graczem, który będzie mógł negocjować ceny z wybraną firmą farmaceutyczną.

Jak rozumiem, ma się to przełożyć na warunki fiskalne, w jakich będą działać świadczeniodawcy. Państwo zakładacie, że – upraszczając – szpitale zaczną konkurować o pacjentów. Trudno uwierzyć w to, aby ustawowe mechanizmy zastąpiły nawyki socjalistycznego zarządzania szpitalami.

Na pewno w początkowym okresie wielu szefów placówek nie zorientuje się, o co w ogóle chodzi. Jednak z czasem, gdy okaże się, że zaczęła się konkurencja, a szpitale zaczną upadać, dyrektorzy w końcu zrozumieją, że nie ma już parasola ochronnego, który pozwala bezkarnie się zadłużać.

Zakładacie możliwość upadków szpitali. To rodzi pytanie o ich liczbę – czy nie mamy zbyt wielu placówek?

Nie wiem, czy jest za dużo szpitali. Ich liczbę zweryfikuje rynek, choć na pewno wiele jednostek przestanie istnieć, bo dziś działają tylko dzięki zewnętrznym dotacjom. Przypuszczam też, że powstaną nowe szpitale.

Czy będą to szpitale prywatne?

Jeśli zostaną wprowadzone zasady, które my proponujemy, powstaną warunki do rozwoju prywatnego



szpitalnictwa. To wręcz nieuchronny kierunek zmian, bo w warunkach rynkowych to właśnie prywatni właściciele potrafią działać skutecznie.

Projekt zakłada wprowadzenie elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Czy koszt jej wprowadzenia przełoży się na wymierne zyski (należy pamiętać, że za kartą musi stać RUM)?

Doświadczenia Andrzeja Sośnierza wskazują, że koszty zwracają się bardzo szybko. A karta jest wręcz niezbędna, dlatego że w projekcie proponujemy system bezadministracyjnego limitowania usług. W takiej sytuacji ścisły nadzór elektroniczny jest po prostu konieczny, aby zapobiec naciąganiu cen i świadczeń przez świadczeniodawców.

W polskim systemie zdrowia rocznie obraca się kwotą ok. 60 mld zł, z czego tylko połowa wpływa do NFZ. Czy wasz projekt zakłada zagospodarowanie całej tej kwoty?

Uważam, że tak, ponieważ nasz projekt nie zostawia wolnej przestrzeni na prywatne leczenie, rozumiane jako przyjmowanie pacjentów nieubezpieczonych. Pieniądze przejdą do stworzonego systemu i nikomu – ani pacjentom, ani lekarzom czy szpitalom nie będzie się opłacało unikanie ubezpieczycieli.

Czy w takiej sytuacji nie pojawi się opór lobby lekarskiego, które dziś korzysta z nieformalnych opłat?

Oczywiście, że będzie opór. W pierwszej kolejności przeciwnikami ustawy będą zapewne ludzie, którzy swoją pozycję tak naprawdę zawdzięczają głównie pewnym przywilejom, jakie daje im uznaniowy rozdział środków. Wielu spośród nich to cieszący się powszechnym szacunkiem profesorowie lub kierownicy klinik. Ich sztandarowym hasłem będzie obrona interesów pacjenta, który przecież nie może dopłacać. Taka postawa będzie wynikać

” Szpitale mają być spółkami prawa handlowego, czyli jednostkami, które będą upadać, jeśli będą źle zarządzane ”

z lęków przed konkurencją i brakiem ochrony dotychczasowych działań. Z czasem jednak, jak myślę, nawet oni nauczą się funkcjonować w warunkach prawdziwej konkurencji i staną się gorącymi zwolennikami rozwiązań rynkowych.

Projekt zakłada wzrost wydatków na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB. Czy tu nie obawiacie się oporu politycznego, którego źródłem będzie obawa o wzrost kosztów pracy?

To wcale nie musi oznaczać wzrostu kosztów pracy, bo nie postulujemy wzrostu podatków. Po prostu te pieniądze powinny się pojawić po ograniczeniu wydatków na inne dziedziny – pomoc przedsiębiorstwom publicznym, dofinansowanie partii politycznych, dotacje dla nierentownych przedsiębiorstw itd. Ten wzrost jest konieczny, bo tyle wydają Słowacy, Czesi czy Węgrzy. Jesteśmy jedynym krajem w tej części Europy, który tak niewiele wydaje na finansowanie służby zdrowia.

Czy regulacje waszego projektu powstrzymają emigrację lekarzy, z jaką obecnie mamy do czynienia?

Dzisiaj wynagrodzenia personelu medycznego są sztucznie ograniczane, bo w zasadzie jest to jedyny element, na jaki dyrektorzy szpitali mają wpływ. Nasz projekt zakłada powiększenie przestrzeni dla prywatnej inicjatywy lekarzy i pielęgniarek oraz zwiększenie podaży usług, a także wzrost finansowania leczenia. W efekcie wynagrodzenia muszą wzrosnąć.

Projekt ustawy przygotowało grono specjalistów. Czy macie nadzieję, że ktokolwiek weźmie go do ręki i że chociaż część jego zapisów zostanie zrealizowanych?

Boję się, że politycy nie będą chcieli korzystać z rad i dokumentów ośrodków zewnętrznych, bo stopień ich zadufania jest tak wielki, że wierzą tylko sami sobie.

Rozmawiał Jacek Szczęsny

Pełną treść projektu ustawy prezentowanej przez OZZL wraz z komentarzami można znaleźć na stronie www.menedzertdrowia.pl