



Wojna rynku z monopolem

Rozmowa z Andrzejem Wojtyłą,
wiceprzewodniczącym
sejmowej komisji zdrowia,
byłym ministrem

fot. Agencja AGORA

Który z programów zdrowotnych dużych partii jest panu najbliższy?

Nie ukrywam, że uczestniczyłem w tworzeniu programu Platformy Obywatelskiej, a więc z nim się identyfikuję. Z jednym zastrzeżeniem: uważam, że nie można w służbie zdrowia wprowadzać całkowicie wolnego rynku, bo nigdzie na świecie rynek bez regulacji nie funkcjonuje.

A który z programów obecnie działających partii jest dla pana najdalszy?

Wszystkie propozycje zakładające powrót do budżetowego finansowania opieki zdrowotnej. Gdy byłem ministrem, na własnej skórze odczuwałem, jak fatalnie działa taki system. Wewnątrz rządu ciągle odbywała się walka o przydział środków, a minister finansów i tak znajdował oszczędności zawsze w dwóch resortach: zdrowia i edukacji. System budżetowy sprowadza wszystkie problemy do permanentnego braku pieniędzy, całkowicie ignorując konieczność wprowadzania mechanizmów obniżających koszty, a podwyższających jakość usług. Tę wiedzę posiadałem nie tylko będąc ministrem, ale również potem, obserwując i studiując funkcjonowanie chyba wszystkich ważniejszych rozwiązań stosowanych na świecie.

A zatem który system byłoby najkorzystniejszy u nas?

Na początku lat 90. byliśmy zafascynowani systemem angielskim, bo wówczas, gdy mieliśmy system scentralizowany, wydawał się on najłatwiejszy do przeniesienia do Polski. Jednak tak się nie stało i teraz nie ma już powrotu do tej drogi. Dziś uważam, że systemu ochrony zdrowia nie można mechanicznie przenieść z jednego kraju do drugiego, bo jest on ściśle związany z lokalnymi warunkami, typowymi dla danych nacji zachowaniami, z tradycją i przyzwyczajeniami obywateli. Jednak jeżdżąc po świecie, spotykam się ciągle z uwagami, dlaczego my w Polsce, przeprowadzając różne eksperymenty, tak uparcie ignorujemy podstawowe rozwiązania, których opis można znaleźć w każdym podręczniku organizacji ochrony zdrowia na świecie.

Co ignorujemy na przykład?

Choćby podstawową zasadę mówiącą o tym, że organizacja ochrony zdrowia musi opierać się na równowadze między konkurencją a regulacjami administracyjnymi. Ta zasada równowagi powinna dotyczyć zarówno popytu na usługi, jak i ich podaży. W systemie organizacji ochrony zdrowia występują odmien-

ne prawidłowości niż w klasycznej ekonomii – podaż nie równoważy popytu, ale go kreuje. Im więcej łóżek szpitalnych, tomografów, specjalistycznego sprzętu, tym więcej będzie badań. Dlaczego? Bo tutaj działa reguła dyskretnego wpływu świadczeniodawców na pacjentów. Klientem w służbie zdrowia nie jest pacjent, tylko lekarz. On ma wiedzę, niezbędne i niedostępne dla innych uprawnienia, licencję na leczenie, a więc działa na rynku paramonopolistycznym. To nie pacjent decyduje o leczeniu, ale – mający nad nim olbrzymią przewagę – lekarz.

Obecnie pacjent nie jest chyba jednak aż tak bezbronny, bo opinii jednego lekarza może przeciwstawić opinie innych. A gdy powierzy swoje zdrowie firmie ubezpieczeniowej, to partnerami lekarzy dążących do nadudzielania świadczeń będą inni lekarze – przedstawiciele firm ubezpieczeniowych – dążący do ich ograniczenia.

○ ile asymetria informacyjna dotyczy relacji lekarz – pacjent, to również występuje między firmą ubezpieczeniową a lekarzem. To firma – sprawująca przez lata opiekę nad pacjentem – wie o nim więcej niż pojedynczy lekarz. Zawsze jednak na końcu łańcucha znajduje się pacjent. Dlatego tak ważne jest limitowanie podaży, aby nie dochodziło do nadmiernego rozdmuchania liczby wykonywanych świadczeń.

wody podstawowe, jakie pomocnicze, jakie techniczne. Ponadto trzeba zdefiniować prawa pacjenta w systemie oraz gwarancje państwa. I wreszcie określić ustawowe zadania państwa i innych władz publicznych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia. Należy także wreszcie powołać urząd oceny nowych technologii medycznych oraz określający standardy i wytyczne dotyczące udzielanych świadczeń. Jesteśmy bodaj jedynym krajem w naszej części Europy nieposiadającym takiej naukowej i eksperckiej instytucji. Kontraktowane zaś przez NFZ świadczenia nie zawsze odpowiadają zasadom ich skuteczności, wydajności kosztowej czy bezpieczeństwa. A jeżeli mówimy o paramedycynie... Nie trzeba całkowicie zamknąć dostępu do leczenia ludziom, którzy nie są wykształconymi lekarzami. W wielu krajach działają oni oficjalnie, ale muszą ukończyć podstawowe kursy, ich gabinety powinny spełniać odpowiednie standardy, a oni sami poddają się też systematycznej kontroli. Nie to co u nas, dzicz i wolnoamerykanka...

I nie dotyczy to jedynie usług paramedycznych.

Niestety. Żeby cokolwiek zmieniać, trzeba zacząć od ustawowego uregulowania, jak ma wyglądać nasz system, jakie są gwarancje państwa, a czego państwo obywatelom nie gwarantuje, trzeba ustalić standardy świadczeń zdrowotnych. W obecnym sys-

” Wielu członków zespołu prof. Religi, prawdopodobnie wraz z nim samym, zdaje sobie sprawę, że projekt utworzenia 6 kas chorych musi ulec modyfikacji ”

W publicznej służbie zdrowia limitowanie idzie tak daleko, że coraz więcej ludzi korzysta z wizyt u szarlatanów medycznych. Dzięki pańskiemu limitowaniu ogromna ilość pieniędzy zasila sektor znachorów i paramedyków.

Nie jest to wina limitowania środków, lecz fatalnie działającego systemu. Wszędzie na świecie obowiązuje reguła, że jeżeli sektor publiczny działa źle, to ludzie zwracają się ku znachorom i paramedykom. Jednak ten rynek też trzeba regulować. Politycy zajmujący się zdrowiem powinni mieć wizję całości systemu i stwarzać bodźce do jego rozwoju w pożądanym – ich zdaniem – kierunku.

Jest pan takim politykiem, a więc jaka jest pańska wizja całości?

Uważam, że najpierw trzeba zrobić to, co próbowaliśmy na początku lat 90., a potem w 2000 r. rozwinęła minister Cegielska – opracować ustawę opisującą ustrój polskiej ochrony zdrowia. Nie wolno systemu zmieniać częściowo, np. zajmując się jedynie finansowaniem, ale trzeba zająć się opisem wszystkich elementów. W takiej ustawie należy np. określić, kto w ogóle może działać na rynku, a kto nie, jakie są za-

temie konkursy ofert często wygrywają jednostki, które wcale nie udzielają kompleksowego świadczenia. Na przykład zleca się wykonywanie badania mammograficznego, aby potem dać pacjentce zdjęcie i... niech sobie sama dalej radzi. Tymczasem standardem w cywilizowanych krajach jest skierowanie takiej pacjentki – jeśli badanie wykazało coś niepokojącego – do chirurga onkologicznego, aby wykonać biopsję cienkoigłową czy badanie histopatologiczne. A potem – w razie potrzeby – operację chirurgiczną. I to w ściśle określonym czasie. Częściowa usługa nie ma sensu, może bowiem grozić pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, gdy jest np. zbyt często wykonywana. Tymczasem u nas jeśli gabinet wystąpi w konkursie z taką ofertą, to zapewne przegra z lekarzem, który wykonuje tylko zdjęcie, bo będzie od niego droższy. Brak opracowania standardów lub inaczej wytycznych klinicznych powoduje, że efekty leczenia się nie poprawiają, a koszty rosną. Dopiero po opracowaniu standardów powinniśmy ewentualnie zmieniać zasady finansowania zdrowia. Bez tego wrzucamy pieniądze do worka bez dna, bo obecny system skonsumuje każde środki, jakie mu damy.

Pańskim zdaniem wyrzucamy pieniądze w błoto, zwiększając składkę na zdrowie? A ewentualne wprowadzenie współpłacenia też nie ma sensu?

Niestety. Z powodu uregulowań ustawowych co roku płacimy coraz więcej, za rok będzie to już 15 proc. składki pochodzącej z naszych kieszeni (!), a nie znajduje to żadnego odzwierciedlenia w poprawie dostępności do świadczeń i w racjonalnym wykorzystaniu zwiększonych środków. A zatem pomysły lansujące współpłacenie jako metodę zasilania budżetów placówek ochrony zdrowia też nie zmienią tej sytuacji, a spowodują szkodliwy społecznie efekt – poczucie złamania zasady solidaryzmu. Współpłacenie powinno się z czasem wprowadzać nie po to, aby uzyskiwać bezpośrednio dodatkowe środki, ale po to, aby zmniejszyć ewentualnie nadużywanie niektórych usług czy skierować strumień pacjentów w stronę tańszych i skuteczniejszych form opieki nad nimi, np. przez lekarza rodzinnego. Współpłacenie jest rynkową regulacją popytu na świadczenia. A więc trzeba pamiętać o kolejności działań – najpierw należy uregulować stronę podażową rynku świadczeń ubezpieczenio-

Gdy opracowywaliśmy ten projekt, była inna sytuacja. Obecnie, po uchwaleniu ustawy o NFZ, wielu członków tego zespołu, prawdopodobnie wraz z prof. Religą, zdaje sobie sprawę z tego, że początkowy projekt powinien zostać zasadniczo zmodyfikowany. Uznajemy, że powrót do iluś tam kas chorych jest nierealny, a jednocześnie NFZ musi mieć konkurencję.

Wolna droga dla prywatnych, alternatywnych ubezpieczeń? A może też zagranicznych?

Oczywiście, przy założeniu, że te podmioty spełnią określone kryteria ekonomiczne i formalne, zapobiegające np. ich bankructwu. Poza tym nie powinny one działać dla zysku, czyli powinny być organizacjami *non-profit*. Przy takich ograniczeniach wzorem innych krajów, nie nastąpi to tak szybko...

To kto może stworzyć realną konkurencję dla sieci NFZ?

Weźmy na przykład KRUS, który ma gotową ogólnokrajową sieć placówek. Gdyby go powiązać z ogólnopolskim systemem ochrony zdrowia, oka-

„ Gdy byłem ministrem, na własnej skórze odczuwałem, jak fatalnie działa budżetowy system finansowania opieki zdrowotnej „

wych, eliminując monopol Narodowego Funduszu Zdrowia, a potem dopiero myśleć o zmianach dotyczących popytu, wprowadzając ze wspomnianych powyżej względów symboliczne współpłacenie na poziomie szpitala i specjalistyki. Przy założeniu zwiększenia roli lekarza pierwszego kontaktu nieporozumieniem jest więc wprowadzanie opłat na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Nie można przy tym zapominać o ochronie biednych i upośledzonych. Takie są standardy międzynarodowe i to – jako państwo należące do UE – musimy uwzględnić.

Należy wrócić do kas chorych?

To nie ma sensu. Za dużo już się stało, społeczeństwo nie zaakceptuje kolejnej radykalnej zmiany. Mamy już sieć NFZ i trzeba się pogodzić, że będziemy z nią żyć. Powinniśmy tylko wprowadzić konkurenta lub konkurentów. Bo nie może tak być, że z jednej strony mamy wolny, a właściwie dziki, nieregulowany rynek świadczeniodawców, a z drugiej monopol jednego płatnika – NFZ. Między obydwoma elementami powinna być równowaga.

Zaraz, zaraz... Przecież był pan członkiem zespołu prof. Religi, który opracował projekt utworzenia 6 konkurujących ze sobą kas chorych. A tutaj proponuje pan zachowanie sieci NFZ?

załoby się, że np. obejmuje blisko trzecią część społeczeństwa, głównie na prowincji. Podobnie teoretyczną alternatywę wobec NFZ mógłby stworzyć ZUS, który przecież dysponuje doskonale rozbudowaną siecią. Na świecie działalnością ubezpieczeniową zajmują się towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. W Polsce one też już funkcjonują. Dla tych instytucji dołączenie do oferty ubezpieczeń zdrowotnych nie stanowiłoby problemu.

Brr, ZUS, KRUS... Proszę wybaczyć, ale osobiście mam fatalne doświadczenia z biurokracją ZUS-owską i od razu uciekałbym do innych prywatnych, może zagranicznych ubezpieczeń. Nie obawia się pan, że podobnie postąpiliby lepiej zarabiający i młodszy obywatele? A nasze postkomunistyczne molochy pozostałyby ze starszymi i biednymi ubezpieczonymi, co doprowadziłoby system do rychłego bankructwa?

Podobnych argumentów używano, gdy wykreślano z ustawy paragraf 4a, dopuszczający możliwość wprowadzenia ubezpieczeń alternatywnych. Nieśluszenie. Przecież normalną praktyką jest wprowadzanie współczynników odpowiednich dla wieku, które niwelują to zagrożenie. Zgodnie z tą zasadą ubezpieczalnia za leczenie osób, powiedzmy po 60. roku życia albo obciążonych wyższym ryzykiem

zdrowotnym, uzyskuje więcej pieniędzy. Zatem – tylko z tej przyczyny – na pewno nie grozi jej bankructwo. Przeciwnie, o takich drogich pacjentów kasy będą konkurowały. Rozdział środków zebranych w postaci składek musi mieć charakter obiektywny. Jeśli w jakimś funduszu zdrowotnym, nawet prywatnym, ubezpieczy się większa liczba pacjentów młodych, to winien otrzymać on proporcjonalnie mniejszą ilość środków, bo ryzyko ubezpieczeniowe populacji ludzi młodych jest mniejsze i wydatki związane z opieką i leczeniem również są niższe. Takie rekomendacje dla krajów naszej części Europy przedstawia wielu ekspertów zagranicznych, np. wybitny ekonomista uniwersytetu w Harvardzie Janos Kornai. Uważa on, że środki zbierane w postaci składek należy rozdzielać wg obiektywnego wskaźnika uwzględniającego płeć, demografię (głównie wiek) oraz w miarę możliwości miejsce zamieszkania ubezpieczonego. Takie podejście zapobiega wystąpieniu zjawiska *spijania śmietanki*, czyli ubezpieczania w niepublicznych ubezpieczalniach ludzi zdrowych i młodych, co w ekonomii zdrowotnej nazywa się *selekcją ryzyka*. Wiele krajów rozwiniętych przećwiczyło ten problem. Wystarczy tylko poznać doświadczenia USA czy innych

NFZ nie potrafi ich wykrywać?

Powiedzmy szczerze; jakimi środkami ma to robić? Skoro na funkcjonowanie administracji NFZ przeznaczamy niewiele ponad 1 proc., a np. w Ameryce niektóre firmy ubezpieczeniowe na ten cel wydają nawet do 25 proc. niebotycznie większej składki?! Obcinając radykalnie pieniądze na administrację NFZ wylaśmimy dziecko z kąpielą.

Wszystkim rozmówcom zadaję pytanie testowe: ile – pańskim zdaniem – w służbie zdrowia powinno być udziału prywatnego, a ile publicznego?

Doświadczenia europejskie wskazują, że prywatyzacja może objąć 20–30 proc. usług medycznych, a reszta powinna pozostać w rękach władz publicznych. Oczywiście, wszyscy świadczeniodawcy muszą spełniać takie same standardy usług, będące pod kontrolą państwa i korporacji zawodowych.

Podsumujmy. Trzeba uchwalić tylko 2 ustawy i nasz system radykalnie się poprawi. Najpierw ustawę o ustroju medycznym, obejmującą wszystkie standardy, a następnie ustawę ubezpieczeniową, dopuszczającą konkurencję na rynku finansowania świadczeń. Ile potrzeba na to czasu?

” Doświadczenia europejskie wskazują, że prywatyzacja może objąć 20–30 proc. usług medycznych, a reszta powinna pozostać w rękach państwa ”

krajów rozwiniętych lub choćby Chile. I wyciągnąć z tych doświadczeń wnioski. Ponadto dostępna jest bogata literatura na temat rozdziału środków na ochronę zdrowia. Nasi politycy jednak unikają korzystania z literatury i doświadczeń innych krajów, będąc przeświadczonymi o własnej nieomyślności. Moim zdaniem jest to podejście nieodpowiedzialne, a efekty tego obserwujemy obecnie.

Dlaczego obecnie – mimo rosnących środków na opiekę zdrowotną – nie ma poczucia zwiększenia dostępności usług i poprawy ich jakości?

To prawda, co roku rośnie składka, mamy wzrost gospodarczy, niezła jest ściągalskość składki, a więc pieniędzy jest więcej, a mimo to wszyscy są niezadowoleni. Z prostego powodu, wzrosła liczba podmiotów oferujących usługi – w Wielkopolsce np. o 30 proc. – a więc wszyscy otrzymują tych pieniędzy mniej. Dzieje się tak dlatego, bo nikt nie weryfikuje sposobu wykonywania świadczeń i deklarowanych przez placówki standardów. Ten system generuje wręcz olbrzymią ilość nadużyć. Sam znam takie przypadki, kiedy na jednym zestawie sprzętu pracują – oczywiście deklaratywnie – cztery różne podmioty. Mamy więc do czynienia z epidemią afer, z których udaje się wykryć znikomy procent.

Projekty obu ustaw mamy przygotowane. Potrzeba tylko woli politycznej. Literatura w tym zakresie i eksperci organizacji międzynarodowych zalecają, aby reformy zdrowotne przeprowadzać na początku kadencji rządu i parlamentu. Okres 1–2 lat po najbliższych wyborach będzie więc najlepszym terminem. Jak pokazuje doświadczenie, na świecie reformy służby zdrowia wprowadza się w życie najczęściej wtedy, gdy jest kryzys, czyli pod przymusem ekonomicznym. A powinno się to robić, gdy jest gospodarczy boom, bo wtedy zmiany są mniej dotkliwe społecznie i łatwiejsze do przeprowadzenia. Takie są zalecenia ekspertów publikowane w międzynarodowych raportach. U nas, przynajmniej przez najbliższe 2 lata, prawdopodobnie będzie się utrzymywał wzrost gospodarczy, a więc – teoretycznie – sytuacja jest korzystna. Dobrze, gdyby w tym czasie w Polsce przeprowadzono konieczne zmiany w finansowaniu i organizacji ochrony zdrowia. Jeśli wtedy się nie uda, poczekamy jeszcze całe lata, narzekając na brak środków i złą organizację ochrony zdrowia w Polsce. A sytuacja w ochronie zdrowia będzie główną przyczyną upadku kolejnych rządów.

Rozmawiał Janusz Michalak