



Układ

Jakie stanowisko musiałby pan piastować, by zrealizować swoje pomysły na uzdrowienie systemu ochrony zdrowia?

Pracuję w określonym układzie politycznym i jestem wobec niego lojalny. Przestałem być solistą, dlatego nie ma mowy o realizacji wszystkich koncepcji. Nie do mnie też zależy wybór stanowiska.

Czy – gdyby była taka możliwość – powieliłby pan we wszystkich oddziałach model działania Śląskiej Kasy Chorych, którą pan kierował?

Rozwiązania, jakie zastosowaliśmy na Śląsku, są uniwersalne. Dlatego uważam, że większość pomysłów można wdrożyć w całej Polsce. Jednak... Andrzej Sośnierz ma swoje pomysły, ale

i słucha innych. Po wielu miesiącach wahań, uważam, że najbardziej zbliżona do moich propozycji reform jest sugestia wprowadzenia bonu zdrowotnego.

Temu pomysłowi poświęcone było niedawno *cover story Menedżera Zdrowia*. Co się panu w tej koncepcji tak bardzo podoba?

Z jednej strony, jej korzenie sięgają budżetu, który chroni systemowo wszystkich obywateli. W ten sposób realizuje się idea egalitaryzmu. Z drugiej strony, wprowadzenie bonu zainicjuje budowanie wolnego rynku usług medycznych, bo firmy ubezpieczeniowe zaczną po prostu o ten bon konkurować.

Jaką wartość powinien mieć bon?

W wielkim uproszczeniu, około tysiąca złotych na obywatela. Mógłby on przekazać te pieniądze dowolnej ubezpieczalni, a te zarabiałaby, starając się pozyskać jak największą liczbę ubezpieczonych. Oczywiście, te pieniądze nie będą przekazane obywatelowi w gotówce. Dla tych firm to wielki interes, ponieważ bon będzie pokrywał usługi powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a właśnie tu są największe pieniądze. Żadne ubezpieczenie dodatkowe nie zapewni takich obrotów, jak ubezpieczenie powszechne.

Taki model będzie obciążony dużym ryzykiem, związanym zwłaszcza z ubezpieczeniem osób starszych i schorowanych. Czy firmy ubezpieczeniowe zgodzą się na taki wariant?

Ryzyko może zostać zrównoważone zróżnicowaniem wartości bonu w zależności od wieku. W tej sytuacji ubezpieczalnie będą się starały pozyskać jak największą liczbę ubezpieczonych. W ten sposób ich ryzyko spadnie do tzw. ryzyka populacyjnego. Decydując się na ten model, zmusimy firmy do konkurencji o jak największą liczbę ubezpieczonych.

Zalóżmy, że koncepcja bonu zdrowotnego zyska akceptację polityczną. Jaki powinien być scenariusz reformy?

To jeden z warunków. Bo to, czy ubezpieczalnie przejmą schedę po NFZ, zależy od stanu tej instytucji. Dzisiaj byłoby to trudne, bo np. system kontraktowania urzędnicy Funduszu skomplikowali do granic możliwości. W rezultacie proces ten jest nieprzejrzysty, a więc podatny na zachowania korupcyjne. Przygotowanie reformy powinno zająć niewiele ponad 1,5 roku. Tyle potrzeba, żeby powołać RUM i uprościć zasady kontraktowania oraz ograniczyć biurokrację.

Jakie powinny być kolejne zmiany?

Należałoby podzielić NFZ na niezależne firmy regionalne (na wzór kas chorych), a w miejsce funduszu powołać Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Pragnę podkreślić, że to, co mówię, jest moim pomysłem, do którego będę starał się przekonać polityków. Na pewno nie jest to jeszcze autoryzowany pomysł Prawa i Sprawiedliwości.

Prawo i Sprawiedliwość nie da się jednak tak łatwo przekonać do rozwiązań rynkowych. Przecież PiS mówi o budżetowym finansowaniu służby zdrowia.

Bon jest właśnie rozwiązaniem budżetowym. PiS nie musi z niczego się wycofywać, a przyszłość i mechanizm pewnych rozwiązań nie zostały jeszcze określone. Zresztą nie ma kontrproponcji. Najlepiej świadczą o tym głosy człon-

” System kontraktowania urzędnicy Funduszu skomplikowali do granic możliwości. W rezultacie jest on nieprzejrzysty, a więc podatny na zachowania korupcyjne ”

Przede wszystkim należałoby rozpocząć od zmian w NFZ, który w tej chwili jest opanowany przez *różnych funkcjonariuszy*. Fundusz powinien być instytucją profesjonalną i elastyczną, przygotowaną do podziału na niezależne, mogące z sobą rywalizować kasy ubezpieczeniowe. Konieczne jest też stworzenie Rejestru Usług Medycznych, który będzie narzędziem do monitorowania wszystkich przekształceń.

O tym, że RUM jest podstawą wszystkich zmian, wiadomo od 16 lat. Dlaczego nie udaje się go stworzyć?

Niedawno byliśmy już blisko powołania RUM, jednak grupa oligarchów znowu zablokowała tę inicjatywę, a kierownictwo NFZ uległo naciskom.

Oligarchów? Wydaje się, że konieczne jest po prostu uproszczenie zasad finansowania ochrony zdrowia.

ków mojej dawnej partii, Platformy Obywatelskiej. Mam wrażenie, że zaczynają oni konkurować z populistami z Samoobrony – jedynym pomysłem PO na służbę zdrowia wydaje się pomysłowanie w nią więcej pieniędzy.

Wiceminister Piecha mówi o systemie budżetowym, koalicjant Samoobrona nie chce nawet słyszeć o wolnym rynku w medycynie, a pan proponuje rozczłonkowanie NFZ i wprowadzenie konkurencji towarzystw ubezpieczeniowych... Trochę to karkołomne.

Przecież bon jest produktem budżetowym. Gdyby dzisiaj minister Religa zaproponował wprowadzenie bonu, który zapoczątkowałby reformę, zyskałby przychyłność większości parlamentarnej. PiS już prawie udało mi się przekonać do tego pomysłu. Problemem jest to, że minister zdrowia o tym nie myśli. On po prostu



„ Gdyby minister Religa zaproponował wprowadzenie bonu, zyskałby przychylność większości parlamentarnej. Problemem jest to, że minister zdrowia o tym nie myśli „

chce być szefem resortu zdrowia. Nic więcej go nie obchodzi.

Jak proponowane przez pana zmiany byłyby rozłożone w czasie?

Niezależne kasy ubezpieczenia zdrowotnego mogłyby powstać już w roku 2008. W tym samym roku lub rok później mogłyby się starać o pozyskanie bonów również firmy prywatne. Także w 2008 r. powinien zacząć funkcjonować system ubezpieczeń dodatkowych. Oczywiście to, co mówię, jest tylko zarysem scenariusza, natomiast szlag mnie trafia, gdy widzę, że reformowanie opieki zdrowotnej jest w zasięgu ręki, a zatrzymaliśmy się z powodu dyskusji politycznych i układu. Układu, który wie, że w zreformowanym systemie nie będzie dla niego miejsca.

Skąd wzięła się siła tego układu?

Parasol ochronny wydaje się roztaczać nad nim resort zdrowia. To koteria urzędnicza – i nie tylko – jest zainteresowana woluntarystycznym kierowaniem strumienia pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia.

Ale ewidentnej korupcji dotychczas nie stwierdzono. Mamy tylko dowolność interpretacji przepisów i opóźnianie decyzji o kontraktowaniu.

A co się działo w Małopolsce? Przecież tam zatrzymano połowę kierownictwa oddziału NFZ. Podobnych spraw było więcej. Dowolność w traktowaniu przepisów jest właśnie emanacją układu, który w NFZ robi, co chce.

Czemu zatem służą spory o koszyk świadczeń gwarantowanych, dodatkowe ubezpieczenia czy sieć szpitali?

No właśnie – to chyba pozorowana gra na potrzeby opinii publicznej, bo przecież tych *produktów* nie ma, więc nie ma się o co spierać. Wszyscy wiedzą, że koszyk trzeba w końcu określić, jest na to przyzwolenie polityczne. Tylko do jego konstrukcji potrzebni są kompetentni ludzie. Koszyk ma być *produktem* dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych oraz elementem tworzenia równoważenia finansów systemu ochrony zdrowia. Niestety, kierownictwo resortu zdrowia nie ma koncepcji, do czego ma służyć koszyk.

A pana zdaniem, w jakim celu powinien on powstać?

Na jego podstawie należy tworzyć system ubezpieczeń dodatkowych, które byłyby sprzedawane na wolnym rynku. Nie może być tak, jak proponują niektórzy, że do koszyka dorzuca się usługi ewidentnie gorszej jakości. Bo co to ma oznaczać?

Ze mamy się ubezpieczać dodatkowo, by korzystać z gorszych usług? W koszyku musi być miejsce na usługi o porównywalnej lub nieco wyższej skuteczności, lecz znacznie droższe. Wtedy współczynnik ekonomiczny będzie dla tych usług niekorzystny z punktu widzenia ubezpieczenia powszechnego i w ten sposób mogą się one stać *produktem* dla ubezpieczeń dodatkowych. W efekcie osoby chcące skorzystać z tych usług będą obsłużone nieco lepiej, ale za wyższą cenę. To jednak będzie już wolny wybór obywatela. Przykładem mogą być stenty. Oczywiście, powinny one być dostępne dla wszystkich. Jednak osoby bogatsze będą stać na stenty powlekane. Warto również pamiętać, że to, co dzisiaj jest luksusem, niebawem będzie standardem. Dlatego koszyk musi być ciągle modyfikowany.

By podjąć takie działania, potrzebne są pieniądze, a te minister Religa obiecał.

No i co z tego?! Poszerzymy strumień pieniędzy, który będzie rozdysponowany wg takich samych reguł, jakie obowiązują dzisiaj. I wszystko zostanie znowu zmarnowane. Tak się nie stanie tylko wtedy, gdy zostanie zreformowany system.

dować szpitali powiatowych czy *wyciągać* z nich określonych oddziałów, bo w ten sposób sieć będzie rozrywana już na początku. Sieć powstanie sama, gdy zacznie funkcjonować prawdziwy rynek usług zdrowotnych. Nie odbędzie się to jednak na drodze nakazowej, ale poprzez dobór naturalny. Przetrwają tylko placówki oferujące usługi najwyższej jakości i optymalnie zlokalizowane.

Nie boi pan się oporu społecznego?

Dzisiaj trwa polowanie na sektor prywatny. Problemem jest to, że gdy rozpoczyna się nagonkę, zawsze znajdzie się nieprawidłowości. Jak odwrócimy armaty i zaczniemy polowanie na sektor publiczny, tam także znajdziemy nieprawidłowości. Dlatego stwórzmy, na Boga, system, w którym to pacjent będzie najbardziej wartościowym elementem decydującym o jego kształcie. Wtedy nie będzie dyskusji i *oporu społecznego*.

Czy w Polsce powinna przeważać państwowa, czy prywatna służba zdrowia?

Czy pyta pan pacjenta, w jakim zakładzie chce się leczyć? W państwowym czy prywatnym? Nie – pacjent chce być dobrze leczony. Ważne

” Szlag mnie trafia, gdy widzę, że reformowanie opieki zdrowotnej jest w zasięgu ręki, a zatrzymaliśmy się z powodu dyskusji politycznych i układu. Układu, który wie, że w zreformowanym systemie nie będzie dla niego miejsca ”

Bon zdrowotny i wszystkie sugerowane przez pana zmiany są załącznikiem wolnego rynku usług medycznych. Pan jest jego zwolennikiem niezmiennie od początku swojej kariery menedżerskiej. W związku z tym pytanie: jak to się stało, że znalazł się pan w PiS?

Moje rozwiązania nie są sprzeczne z polityką Prawa i Sprawiedliwości, bo koncepcja bonu zdrowotnego łączy bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i egalitaryzm z wolnym rynkiem.

Czy bezpieczeństwo zdrowotne powinna zapewnić sieć szpitali, czy wystarczy wolny rynek konkurujących z sobą jednostek?

W latach 90. w województwie katowickim było ponad 100 szpitali. Próbowaliśmy stworzyć sieć. Po tamtych doświadczeniach jestem sceptycznie nastawiony do tego, czy to przedsięwzięcie jest realne. Zadanie jest niebotycznie trudne i dlatego uważam, że sieć można stworzyć, ale jedynie ze szpitali wojewódzkich. Nie można bowiem likwi-

jest tylko, żeby firma ubezpieczeniowa finansowała procedury medyczne dobrej jakości.

Ale pieniędzy może zabraknąć. Czy nie należy wprowadzić dodatkowych opłat za leczenie?

Dopłaty są kontrowersyjnym, acz pożytecznym regulatorem rynku. Ze względu na wagę społeczną i polityczną tego pomysłu byłbym jednak gotów czasowo poświęcić dopłaty na rzecz prawdziwej reformy służby zdrowia. Dlaczego? Bo na fali dyskusji, jaka rozpęta się wokół dopłat, można zniweczyć ideę reformy. Dopłaty i tak zostaną w końcu wprowadzone, ale później. Zresztą paradoks polega na tym, że publiczni świadczeniodawcy, tak bardzo optujący za dopłatami nie zdają sobie sprawy, że... dostaną mniej pieniędzy. Bo ludzie zobowiązani do dopłacania za pobyt w szpitalu nie będą tak chętnie decydowali się na hospitalizację, a mniejsza liczba pacjentów to mniej pieniędzy dla placówki. Według naszych wyliczeń, dochody szpitali spadną o 5–10 proc.



for. (3x) Dziaki

Wielu ekspertów twierdzi, że przyczyną kryzysu naszych szpitali jest przede wszystkim słaba kadra menedżerska.

Uważam, że w większości szpitali mamy bardzo dobrą kadre. Ludzie ci jednak doskonale wiedzą, czego od nich się wymaga, i do tej gry się dostosowują. Gdy postawimy im inne wymagania, to na zasadzie mimikry nastąpi błyskawiczne przystosowanie. Odpowiedzialnością za długi szpitalne obarczałbym raczej właścicieli, w tym samorządy, które nie nagradzają menedżerskiej efektywności, a jedynie umiejętność działania w układzie. A przecież dobry dyrektor, to dyrektor dbający o interesy właściciela.

Niektórzy analitycy uważają, że głównym hamulcem reform jest rozdrobnienie właścicielskie szpitali.

To nie stanowi żadnego istotnego problemu. Czy jeśli jeden szpital przestanie być własnością starosty, a drugi miasta, to restrukturyzacja się powiedzie? Konia z rżędem tym wszystkim, którzy cokolwiek zrobią, jeśli będzie jeden właściciel. Marszałek w naszym województwie miał przecież kilkadziesiąt szpitali i niczego nie zrestrukturyzował. Dyskusja o własności szpitali jest tylko pretekstem do usprawiedliwienia bezczynności.

„ Stwórzmy, na Boga, system, w którym to pacjent będzie najbardziej wartościowym elementem decydującym o jego kształcie. Wtedy nie będzie dyskusji i oporu społecznego ”

Kto, pański zdaniem, rżądzi systemem – minister, szefowie oddziałów NFZ, Jerzy Miller czy... firmy farmaceutyczne?

Polskim systemem ochrony zdrowia zarządzają ludzie będący w nieformalnych układach. Jest wśród nich wielu funkcjonariuszy służb, koterii politycznych, przedstawicieli układów profesorsko-ordynatorskich, firm farmaceutycznych i producentów sprzętu.

Ostatnio rozpętała się kolejna burza wokół firm farmaceutycznych. Czy słusznie?

Firmy produkują leki, czyli pożyteczne produkty zdrowotne. Nie można w nich widzieć wroga medycyny. Trzeba natomiast ustalić jasne reguły gry. Dlaczego np. nie można przygotować klarownych zasad przetargu na leki generyczne?

Wokół pana także toczy się burza – ciągle procesy sądowe. Czy jest pan zagrożeniem dla układu?

Zgadza się. Najlepszym przykładem jest prowadzona przeze mnie firma abonamentowa. Nie zdążyłem sprzedać pierwszego abonamentu, a już złożono w prokuraturze pierwszą skargę. Ale proszę pamiętać, że mimo wszystkich nagłośnionych procesów, głosowało na mnie w wyborach do parlamentu aż 54 tys. osób.

Rozmawiał Janusz Michalak