

Wyborcza demonopolizacja Narodowego Funduszu Zdrowia

# Trzynasty priorytet

W poprzednim numerze „Menedżera Zdrowia” pozwoliłem sobie na porównanie programów wyborczych partii aspirujących do rządzenia w częściach dotyczących ochrony zdrowia. Wówczas nie znaleźliśmy jeszcze programu wyborczego Platformy Obywatelskiej, który ogłoszono 10 września. Program ten można chwalić, ale także krytykować. Zdziwiająca jest to, że nie ma w nim ani słowa o wprowadzeniu ubezpieczeń dodatkowych, co jeszcze niedawno było sztandarowym hasłem resortu zdrowia.



Twierdzenie, że jednym z dokonań mijającej kadencji było umożliwienie podniesienia kwalifikacji na studiach pomostowych blisko 30 tysiącom pielęgniarek, oraz deklaracja, że ta ścieżka kształcenia będzie kontynuowana, wywołuje uśmiech na twarzy. Zwłaszcza że za chwilę, w zamierzeniach na następną kadencję, obiecuje się doprowadzenie do uznania przez kraje UE kwalifikacji polskich pielęgniarek bez potrzeby odbywania dodatkowych studiów.

Do napisania tego artykułu zainspirował mnie jednak deklarowany zamiar wpuszczenia do systemu ubezpieczycieli prywatnych, którzy konkurowaliby z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) i operowali podstawową, powszechną składką zdrowotną. Pomysł

ten znalazł się nawet na liście 21 priorytetów PO, których liczba pewnie nieprzypadkowo nawiązuje do 21 postulatów sierpnia 1980. Priorytet ten ma numer – nomen omen – 13.

## Redakcja

Każdy program polityczny jest niestety tak redagowany, aby pokazywać zamiary, a nie wdawać się w szczegóły techniczne. Z tego też powodu nie mamy bliższej wiedzy, w jaki sposób proponowane rozwiązania miałyby zostać zrealizowane. Minister Ewa Kopacz deklaruje, że nie dojdzie do likwidacji NFZ ani nawet jakiegś istotnej jego przebudowy. Fundusz ma istnieć tak jak do tej pory, ze swoją centralą i szesnastoma oddziałami

wojewódzkimi. Nowi, prywatni płatnicy mają powstać już od 2013 r., niejako równolegle, a przez to tworzyć „zdrową” konkurencję. Każdy obywatel będzie miał prawo przekazać swoją składkę zdrowotną do wybranego przez siebie nowego funduszu zdrowotnego, który w jego imieniu będzie kupował świadczenia w konkurujących ze sobą podmiotach leczniczych. Konkurujący ze sobą płatnicy i konkurujące ze sobą podmioty mają wreszcie zapewnić oczekiwaną przez wszystkich jakość i efektywność systemu. „Na oko” to brzmi dobrze, ale przypominając żartobliwe powiedzenie – „na oko to chłop trafił do szpitala”.

### Marzenia liberata

Wprowadzenie proponowanego systemu w sposób, jaki zaprezentowano w programie wyborczym, wydaje się realizacją marzeń każdego człowieka o choć trochę liberalnych poglądach. Obywatel będzie mógł sam zdecydować, gdzie trafi jego składka, i nie będzie w to ingerować żaden polityk, żadna administracja. Jednocześnie jednak klóci się to z podstawową zasadą ubezpieczeń zdrowotnych, wywodzącą się jeszcze z ustaw Bismarcka, które zakładają płacenie składek proporcjonalnych do dochodu i otrzymywanie identycznych świadczeń przez wszystkich ubezpieczonych. Co prawda niektóre kraje uznały, że solidarność poboru składki nie jest tożsama z postępowaniem „janosikowym” i wyłączyły osoby o ekstremalnie wysokich dochodach z obowiązku uczestnictwa w systemie podstawowym, zobowiązując je jednocześnie do ubezpieczenia dodatkowego. Jest to zresztą istota tzw. ubezpieczeń substytucyjnych. Można zaryzykować twierdzenie, że proponowane przez PO rozwiązanie upowszechnia ubezpieczenia substytucyjne, zmieniając je z ubezpieczeń dodatkowych w unikalną formę ubezpieczenia podstawowego. Niezależnie od uzyskiwanych dochodów mamy nabyć prawo zrezygnowania z ubezpieczenia u publicznego płatnika i przeniesienia składki do wybranego przez siebie – prywatnego.

### Prekursorzy

Gdybyśmy wprowadzili ten model, to byłibyśmy prawdziwymi prekursorami. Nie można go praktycznie porównywać z żadnym istniejącym do tej pory, na pewno nie w Europie. Dążąc do podziału monopolistycznego płatnika, chce się go dalej zachować w myśl zasady – mieć ciastko i zjeść ciastko. Z drugiej strony w pogoni za efektywnością ekonomiczną systemu chce się po raz kolejny rozkręcić mechanizm konkurencji, który przez kilkanaście lat, pomimo wielu prób, nie zdał egzaminu. Zwłaszcza wobec wszechobecnej biurokracji i ingerencji politycznych.

Czy naprawdę nie można skorzystać z już istniejących benchmarków, takich jak np. system obowiązujący w Holandii, uważany powszechnie za najsprawniejszy. Tam dopuszczono wielość prywatnych płatników i praktycznie powszechnie sprywatyzowano podmioty

opieki zdrowotnej. Nie odbywa się to jednak na drodze konkurencji, ale realizacji przez nie określonych przez władze publiczne zadań. Także składka zdrowotna trafia do operujących regionalnie płatników nie na podstawie prostego wyboru, ale na podstawie algorytmów zapewniających wyrównywanie składki w zależności od wieku, płci, obszaru kraju itp. Wprowadzono także powszechnie system ubezpieczeń dodatkowych, którymi operują ci sami płatnicy co w systemie podstawowym. Zadanie publiczne połączono z efektywnością podmiotów prywatnych i ten system po prostu działa. Wymagało to jednak kilkuletniej pracy przy jego tworzeniu i przeprowadzenia odpowiednich symulacji przed uruchomieniem, aby przewidzieć wszystkie możliwe zaburzenia. U nas natomiast obiecuje się wprowadzenie całkowicie nowatorskiego rozwiązania już za rok, na podstawie pilotażu w dwóch województwach. Aż strach pomyśleć, jakie mogą być tego efekty. Pocieszeniem jest tylko wspomnienie, że dwa lata temu też mówiono o wprowadzeniu nowych, konkurujących ubezpieczycieli i także miał to poprzedzić pilotaż w dwóch zupełnie innych województwach. Ani ubezpieczycieli dotąd nie ma, ani pilotaż się nie odbył.

### A gdyby jednak

Spróbujmy sobie wyobrazić, co mogłoby się stać, gdyby projekt jednak wszedł w życie. W najprostszym wariancie, jaki został zawarty w wyborczym priorytecie, każdy mógłby sobie swobodnie wybrać ubezpieczyciela na terenie całego kraju. Załóżmy, że jednolita wysokość składki tak jak do tej pory byłaby ustalana ustawowo oraz ubezpieczyciel nie mógłby odmówić przyjęcia do ubezpieczenia. Jeżeli całe należne składki zdrowotne obywateli trafiałyby do różnych ubezpieczycieli, to siłą rzeczy doszłoby do rozwarstwienia ich przychodów. Istnieje coś takiego jak społeczna inercja, co obserwowaliśmy przy zapisach do OFE czy wymianie dowodów osobistych. Duża część społeczeństwa, zwłaszcza ta mało aktywna, a najczęściej są to ludzie ubodzy i starzy, dokonuje zmiany w ostatnim momencie, praktycznie do tego przymuszona. Można się spodziewać, że ludzie bardziej aktywni, zwłaszcza stymulowani przez akwizytorów nowych towarzystw, przeniosą do nich swoje składki. Pozostali zostaną w NFZ-owskim skansenie, który ze względu na spadek przychodów albo drastycznie obniży finansowanie, a przez to standard usług, albo po prostu zbankrutuje. Pozostaje pytanie, co z osobami, za które płaci państwo, np. bezrobotnymi? Czy to państwo wybierze dla nich ubezpieczyciela? A może oni ze swoją śmieszoną, kilkudziesięciotową składką pozostaną w NFZ?

### Co z rolnikami

Co z rolnikami, do których od obecnego roku składka nawet nie jest przypisana, bo na ten i na następny rok zapisano ją w budżecie jako stawkę kwotową za wszyst-

kich ubezpieczonych w KRUS. Jest co prawda wyrok Trybunału Konstytucyjnego nakazujący ustalenie dla nich wysokości opłacanej bezpośrednio składki, ale ma to dotyczyć tylko tych, u których będzie można określić dochód, a więc dość wąskiej grupy. Większość mieszkańców wsi mających niewielkie gospodarstwa prawdopodobnie nie będzie uzyskiwać dochodów pozwalających na oskładkowanie. Zresztą o taką interpretację zadba już PSL.

Projekt PO musiałby być wprowadzony, co oczywiste, drogą ustawową. Trzeba więc napisać ustawę, która uwzględniając powyższe zastrzeżenia, sprawi, że jej efekt nie będzie sprzeczny z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP gwarantującym każdemu obywatelowi równość dostępu do finansowanych ze środków publicznych świadczeń opie-

„ Każdy program polityczny jest tak redagowany, aby pokazywać zamiary, a nie szczegóły techniczne. Z tego też powodu nie mamy bliższej wiedzy, w jaki sposób proponowane rozwiązania miałyby zostać zrealizowane „

ki zdrowotnej, niezależnie od jego sytuacji materialnej. A to może się okazać niewykonalne.

Diabeł najczęściej tkwi w szczegółach, a jak widać, tych już na pierwszy rzut oka jest dość sporo.

### Mechanizmy

Ponieważ jednak w programie Platformy zapisano, że „system (...) będzie zawierał mechanizmy zapobiegające jakiejkolwiek dyskryminacji pacjentów ze względu na wiek, płeć i stan portfela”, można domniemywać, że przewiduje się jednak jakieś mechanizmy wyrównujące przepływ składki. Tyle że w takim wypadku ja już swojej składki nikomu nie przekażę, tylko jakaś instytucja sterująca przepływem pieniędzy w systemie przekaze określoną kwotę na moje leczenie wynikającą z algorytmu podziału składki. Wyjaśnienie tej sprzeczności jest istotne, ponieważ werbalna wymowa programu jest jasna – płacę kilkaset złotych składki ubezpieczeniowej bezpośrednio określonemu towarzystwu.

### Limity

Kolejną wątpliwością są nieszczęsne, ale ciągle obowiązujące, zasady kontraktowania i limitowania świadczeń. Jeżeli na terenie całego kraju powstanie np. sześć

towarzystw ubezpieczeniowych, to czy będą je obowiązywały ww. zasady, zwłaszcza dotyczące limitowania ilości zakontraktowanych świadczeń? Jeszcze kilka miesięcy temu wszystkim nam tłumaczono, że odejście od nich doprowadzi do finansowej ruiny systemu. Z drugiej strony, jak ustalić te limity w procesie kontraktowania? Jak przeprowadzić kontraktowanie? Każdy płatnik z wszystkimi oferentami w kraju? Nawet tam, gdzie swoją składkę przekazał jeden człowiek?

Ten węzeł gordyjski można przeciąć w sposób dość oczywisty, bo po prostu przez odejście od limitowania i dotychczasowego kontraktowania na rzecz systemu otwartego, opartego na certyfikacji podmiotów leczniczych. Po prostu świadczenia mógłby wykonywać każdy podmiot posiadający certyfikat wynikający z „rozporządzeń koszykowych”, dopuszczający go do udzielania świadczeń w ramach systemu. Pacjent miałby swobodę wyboru świadczeniodawcy, a płatnicy byłiby wyłącznie płatnikami. Przybliżyłoby to nas do realizacji dyrektywy o transgranicznej opiece zdrowotnej. Nie mamy jednak mechanizmów kontrolujących potrzebę wykonywania świadczeń i ich prawidłowość, więc finansowy upadek systemu byłby jak najbardziej realny. Wprowadzenie tych mechanizmów wiązałoby się z kolei z potrzebą rzetelnego opracowania koszyka świadczeń gwarantowanych, mającego pokrycie w ściąganej składce; wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych, ale pokrywających koszty leczenia chorób spoza koszyka lub podwyższonego standardu, a nie omijanie kolejek; stworzenia prawdziwych struktur kontrolnych u płatników, co z kolei podniosłoby ich koszty znacznie powyżej tych, jakie ponosi dotychczas NFZ. Konieczne byłoby wprowadzenie sprawnego rejestru usług medycznych lub jakiegoś jego ekwiwalentu. Niewykluczone, że nie uniknęlibyśmy któregoś z form współpłacenia.

### Ból głowy

Jak widać, od wątpliwości i niedomowień głowa może rozboleć. Zwłaszcza że proponowany w programie system w żaden sposób nie jest spójny z propozycjami wysuwanymi wcześniej przez Ewę Kopacz. Nie jest to dyskutowany podział funduszu. Nie jest to wpuszczenie prywatnych ubezpieczycieli operujących składką dodatkową. Ba, w ogóle nie odnosi się on do ubezpieczeń dodatkowych, które z programu wyparowały. Wygląda on niestety na kolejną efektowną wrzutkę, która ma upiększyć obraz partii w wyborach.

Pozostaje tylko ostatnie pytanie. Z kim PO ten projekt przeprowadzi? Nie wyobrażam sobie współpracy z PSL, chociażby z uwagi na problemy ze składkami rolniczymi. Marek Balicki w imieniu SLD już wyraził swoje negatywne zdanie. Na poparcie PiS tym bardziej nie można liczyć. Czy po wyborach znowu usłyszymy, że arytmetyka sejmowa nie pozwala na realizację programu?

Maciej Biardzki