

Rozmowa
z prof. Tomaszem
Hermanowskim,
kierownikiem
Studium
Farmakoeconomiki,
Marketingu i Prawa
Farmaceutycznego
Szkoły Biznesu
Politechniki
Warszawskiej

Gry rynkowe

foto. Dzięki

Jak długo będą trwały w Polsce strajki lekarzy i pielęgniarek, a w efekcie zawirowania w służbie zdrowia?

Do czasu sprywatyzowania szpitali, bo w prywatnych jednostkach protestów nie będzie. Z tego chyba nie zdają sobie sprawy związkowcy z OZZL, bo gdy kiedyś wreszcie dojdzie do prywatyzacji, oni nie będą potrzebni.

Czy to znaczy, że Krzysztof Bukiel i jego koledzy kopią sobie grób?

Oczywiście – wystarczy spojrzeć, co stało się w innych branżach. Tam centrale związkowe już nie mają wielkich wpływów. Pozostał jeszcze tylko skansen publicznego systemu ochrony zdrowia, działający jak w czasach PRL-u.

Co hamuje przekształcenia?

System ochrony zdrowia w Polsce to wypadkowa działań różnych grup. Tak trudno go zmienić, bo jest korzystny dla wielu interesariuszy. Poza tym nie ma dostatecznie atrakcyjnej generalnej koncepcji, która pozwoliłaby się dostosować wspomnianym grupom interesu do nowych zasad.

Ależ propozycje są – wszyscy mówią o urynkowaniu, prywatyzacji. Sam Zbigniew Religa rozpiął swój plan reform na 7 lat, a to oznacza, że już za 5 lat będziemy mieli system mieszany.

ponieważ pojawia się zjawisko tzw. hazardu moralnego, czyli pokusa nieograniczonego popytu na wiele świadczeń, czego najlepszym przykładem są leki. Dlatego trzeba wprowadzić chociażby zasadę udziału własnego chorego w finansowaniu niektórych świadczeń. Kraje, które weszły w medycynie w XXI wiek – USA, państwa skandynawskie czy Irlandia – wiedzą, że jeżeli opieka zdrowotna ma się stać jednym z filarów gospodarki narodowej, należy *upodmiotowić* pacjenta, by stał się on jednym z graczy na rynku.

Jak to zrobić?

W Irlandii postawiono na udział własny obywateli w finansowaniu służby zdrowia. Jeżeli miesięcznie wydają oni na leki mniej niż 85 euro, muszą za nie zapłacić z własnej kieszeni. Dopiero później wkracza płatnik publiczny. Ale w ramach tych 85 euro pacjent sam podejmuje decyzje ekonomiczne, co sprawia, że zanika zjawisko hazardu moralnego. Taki sam mechanizm funkcjonuje, np. w Danii – jeśli ktoś potrzebuje jednego czy dwóch opakowań leków rocznie, nie ma powodu, żeby dostawał je za darmo. Gdy go na nie nie stać, bo żyje poniżej progu ubóstwa lub cierpi na ciężką chorobę przewlekłą bądź nowotworową, przysługuje mu refundacja, której wielkość rośnie w miarę wzrostu rocznych wydatków na farmaceutyki, aż do 100 proc. ceny leku, jeśli koszty są wyższe niż równowartość 10 tys. zł rocznie.

„ Nie ma sensu rozpoczynanie reform od prywatyzacji, zwłaszcza szpitali. Wszelkie zasadnicze zmiany należałoby rozpocząć od zmiany systemu finansowania opieki zdrowotnej ”

Ależ te koncepcje nie są przemyślane... Przecież nie ma sensu rozpoczynanie reform od prywatyzacji, zwłaszcza szpitali. Najpierw trzeba zlikwidować monopol finansowania świadczeń przez NFZ. Wszelkie zasadnicze zmiany należałoby rozpocząć od zmiany systemu finansowania opieki zdrowotnej.

Tylko to umożliwi wprowadzenia mechanizmów rynkowych?

W systemie centralnego planowania zawsze mieliśmy do czynienia z totalną nierównowagą we wszystkich działach gospodarki. Dzisiaj np. już nie ma problemów w branży mięsnej, choć tak bardzo wszyscy się bali wprowadzenia mechanizmów rynkowych, wieszcząc szalony wzrost cen. Jak jednak widać, rynek sam się uregulował i ludzie nie głodują. W służbie zdrowia zasady ekonomii nie obowiązują, bo obywatele otrzymują wszystko za darmo. To dla budżetu tragedia,

Czyli refundacja w Danii opiera się na kryterium populacyjnym.

Zgadza się. I dzięki temu zyskuje system, ponieważ gdyby dostępu do leków nie mieli chorzy, których nie stać na dopłaty, trafialiby oni do szpitala, a tam koszty leczenia są o wiele wyższe.

Aby jednak taki system wprowadzić, należy kumulować roczne wydatki na wszystkie świadczenia – po przekroczeniu pewnej sumy zaczyna płacić NFZ. Przecież z byle stłuczką samochodową nie biegniemy do ubezpieczyciela, natomiast przy każdej migrenie chcielibyśmy mieć tomografię komputerową.

Jakie zatem hamulce byłyby skuteczne?

Przede wszystkim – udział własny. Oczywiście, nie można z dnia na dzień urynkować wszystkich usług medycznych, bo doprowadziłoby to do katastrofy, takiej jak

w Chinach. Ceny niektórych usług medycznych przekraczają bowiem możliwości płatnicze obywateli. Do pewnego poziomu możliwe jest jednak upodmiotowienie pacjenta, co spowoduje, że dokonując wyboru, zacznie się on kierować mechanizmami ekonomicznymi. Zgadzam się z ministrem Religą, który mówi, że nie można wprowadzić odpłatności za każdą wizytę, czy każdy dzień pobytu w szpitalu, bo to uderzy w najuboższych. Możliwe jest to wyłącznie na zasadzie wspomnianego rocznego udziału własnego, a najuboższych należy zwolnić z opłat. Jeśli nie określimy górnej granicy współpłacenia, społeczeństwo na nie nigdy nie wyrazi zgody.

Jak można by przeprowadzić taką operację?

Na przykład ogłosić, że nie podwyższamy składki zdrowotnej, ale np. pierwsze 200 zł rocznie za świadczenia medyczne, czy leki płacimy z własnej kieszeni. To radykalnie ograniczyłoby pokusę nadużywania podstawowej opieki medycznej czy leków.

Czy państwo byłoby przygotowane do elektronicznego monitoringu takiego systemu?

Polskie firmy informatyczne poradziłyby sobie z takim zadaniem. Poza tym kontrolowanie dopłat do leków nie wymaga wprowadzania kosztującego 400 mln zł centralnego rejestru usług medycznych, czy elektronicznych kart pacjenta. Interesującym przykładem, jak można tego dokonać – przy minimalnych nakładach z budżetu państwa – jest przeprowadzona w 2003 r. modernizacja systemu refundacji leków w Danii. Wydatki na leki monitoruje się teraz w czasie rzeczywistym, za pośrednictwem baz danych o receptach refundowanych. Administratorami tych baz są apteki. Uzupełnieniem jest retrospektywna kontrola wtórna, przeprowadzana w systemie *offline*, w centralnej bazie danych – *Danish Medicines Agency's Central Reimbursement Register*. Koszty ponoszone przez ubezpieczonego kontroluje wybrana przez niego apteka, w której musi się zarejestrować – podobnie, jak dokonuje wyboru lekarza rodzinnego. Każdy pacjent ma indywidualne konto, więc przy realizacji każdej recepty wiadomo, czy i o ile należy zwiększyć refundację.

Ale to uniemożliwia konkurencję na rynku aptecznym.

Nieprawda, bo jeśli np. w danej miejscowości jest 10 aptek, pacjent wybiera tę, która oferuje najlepszą opiekę. Oczywiście, apteki są sprawdzane przez odpowiedni urząd, ale kontrola jest przeprowadzana *ex post*. Jeżeli ktoś realizuje receptę poza miejscem zamieszkania, płaci za leki 100 proc. ceny, ale po zakończeniu cyklu rozliczeniowego otrzymuje zwrot nadpłaconych pieniędzy. Rozliczenie w jego *aptece rodzinnej* odbywa się w czasie rzeczywistym – system komputerowy sam podlicza konto i pokazuje, czy klient musi zapłacić jeszcze 50 proc. ceny leku, czy tylko 5 proc. Co najciekawsze, duńską re-



formę systemu refundacji wprowadzono z inicjatywy samorządu aptekarskiego.

Jaka powinna być wysokość kwoty, którą samodzielnie dysponowałby polski pacjent?

To wymagałoby analizy średnich wydatków na leki. Na pewno zaś dopłaty z funduszy publicznych powinny mieć charakter progresywny. W USA pacjenci Medicare do 250 dolarów rocznie płacą z własnej kieszeni. Następnie – do 2250 dolarów – refundacja wynosi 75 proc. ceny. Jeśli koszty są wyższe, pacjent wpada w tzw. *dziurę w pączku*, w której obowiązuje zero dopłat. System ten został stworzony z myślą o emerytach, którzy zużywają sporo statyn czy leków hipotensyjnych. 2250 dolarów rocznie wystarcza na pokrycie kosztów najczęściej stosowanych w tej grupie wiekowej leków. Gdyby jednak wspomniany emeryt chciał dodatkowo kupić, np. viagrę, prawdopodobnie będzie musiał za nią zapłacić 100 proc. ceny. Chyba że jest okazem zdrowia i oprócz viagry nie potrzebuje innych leków. *Dziura w pączku* kończy się, gdy wydatki przekraczają 5,1 tys. dolarów rocznie. Terapia nowoczesnym cytostatykiem na pewno jest droższa. W takiej sytuacji refundacja wynosi 95 proc. ceny leków. W systemie refundacji, wprowadzonym podczas reformy pro-



„ W służbie zdrowia mechanizmy ekonomiczne nie działają, bo pacjent otrzymuje wszystko za darmo. Jeżeli opieka zdrowotna ma stać się ważnym elementem gospodarki narodowej, należy upodmiotowić pacjenta, by stał się on jednym z graczy na rynku ”

gramu Medicare, uprzywilejowani są najubożsi i przewlekłe chorzy. W Polsce względną opieką otaczamy drugą grupę, ale nie zajmujemy się ludźmi żyjącymi poniżej progu ubóstwa, chociaż w naszym społeczeństwie jest ich znacznie więcej niż w Stanach Zjednoczonych.

Czy proponowane zmiany zbliżą nas do takiego modelu?

Absolutnie nie, bo mówiłem o systemie refundacji opartym na kryterium populacyjnym, w którym kładzie się szczególny nacisk na dostęp pacjentów do leków. A nasz system oparty jest na dostępie świadczeniodawcy do funduszy publicznych. Do tej grupy zaliczają się szpitale, lekarze i producenci leków. Dzięki modelowi populacyjnemu można zaś łatwo zauważyć, którzy pacjenci generują największe koszty. To z kolei pozwala rozpoznać błędy w leczeniu, stwierdzić, kto chodzi do różnych lekarzy lub samowolnie zmienia farmakoterapię. Wtedy wiadomo, że jeszcze raz należy się przyjrzeć pacjentowi i dokonać ponownej diagnozy. Nasz system *gubi* takich ludzi. Rozwiązań podobnych do naszych nie znajdziemy w państwach rozwiniętych. Funkcjonują one jedynie w Nigerii, czy w innych krajach Trzeciego Świata.

Nowoczesne systemy, o których mówimy, mają charakter dynamiczny i cały czas są reformowane.

W USA w zakresie ubezpieczeń pracowniczych wprowadza się tzw. celowe rachunki oszczędnościowe. Pracodawca, przez zwolnienia podatkowe, jest zachęcany do wykupywania ubezpieczeń zdrowotnych o wyższym udziale własnym. Krótko mówiąc – mniejsza składka – większy udział własny, a zaoszczędzone pieniądze wpłaca na konta pracowników, które są zwolnione od podatku dochodowego, jednak pod warunkiem, że zgromadzone kwoty są przeznaczone wyłącznie na świadczenia zdrowotne. To przypomina III filar emerytalny. Właściciel takiego pakietu może wykorzystać pieniądze na bieżące wydatki, ale może też je zaoszczędzić i przeznaczyć, np. na dom spokojnej starości. Średnio na takim koncie co roku gromadzi się 1,5 tys. dolarów.

Czy samodzielne dysponowanie przez pacjenta określoną kwotą zwiększa konkurencyjność usług medycznych?

Oczywiście, bo te pieniądze wydaje on wg własnego uznania – korzystając z usług najlepszej jakości. To rynek w czystej postaci, obejmujący 90 proc. najbardziej popularnych usług. W tym systemie chory trzy razy zastanowi się, na co wydać pieniądze. Również lekarz zupełnie inaczej podchodzi do pacjenta. W efekcie tzw. *walk-in clinics* powstają nawet w hipermarketach. Ubezpieczony, wchodząc do sklepu, dostaje pager i idzie na zakupy. Gdy lekarz może go przyjąć, przywoływany jest przez pager z sali zakupów. W recepcji przychodni wisi tablica z cenami świadczeń, jak w barach szybkiej obsługi.

To niemal idealne rozwiązania, które zlikwidowałyby wiele problemów naszego biednego, a zarazem rozrutnego systemu. Tymczasem często słyszę od naszych decydentów, że USA nie mogą być dla nas żadnym wzorem, bo mają fatalną opiekę medyczną, a 30–40 proc. ludzi pozostaje bez opieki.

Większość tych mieszkańców USA, którzy pozostają bez opieki, to nielegalni emigranci. A i tak niektóre stany, np. Floryda, tworzą dla nich osobne systemy. Krytyka wynika po prostu z niezajomości systemu amerykańskiego. Niektórzy nasi decydenci, wypowiadając ta-

kie opinie, zachowują się jak ślepy, którzy dotykają słonia i na tej podstawie opowiadają, jak on wygląda. Ten, który dotknął ogona, powie, że to włochate zwierzę, a ten, który dotknął kła, twierdzi, że jest ono pokryte pancerzem. Można powiedzieć wiele złego o amerykańskim systemie ochrony zdrowia, ale można też w nim zauważyć rozwiązania bardzo dobre, czy wręcz wytyczające kierunki rozwoju całego cywilizowanego świata.

Stany Zjednoczone mają najwyższy dochód narodowy, a i tak ciągle zwiększają odsetek PKB przeznaczanego na zdrowie. Dlaczego?

Obecnie Amerykanie na ochronę zdrowia przeznaczają 16 proc. PKB, ale wg prognoz w 2030 r. ma to być... 29 proc. To gigantyczna kwota! Dlaczego tak postępują? Bo zrozumieli, że niebawem stanie się ona motorem napędowym gospodarki. W amerykańskiej ekonomii już funkcjonuje termin *kapitał zdrowia*. Tamtejsi decydenci wiedzą, że wszystko, co jest związane z tą sferą gospodarki, można przekuć na pieniądze. Jeśli założymy, że średnia długość życia dzieci, które obecnie się

Tym bardziej, że polskie prywatyzacje odbywały się w sposób spontaniczny i dziki.

Najpierw zrobiły to apteki, potem stomatologia, poz czy diagnostyka. Jednak nikt na szczeblu centralnym nigdy tego nie planował. Teraz firmy abonamentowe wyjęły z rynku część pacjentów. Jak tak dalej pójdzie, to zostanie to, czego nikt nie będzie chciał wziąć. Żeby ten proces zahamować i zmienić, należy zreformować system finansowania świadczeń zdrowotnych. Nieprzypadkowo Zbigniew Religa, nim został ministrem, proponował wprowadzenie ustawy o finansowaniu świadczeń zdrowotnych, bo kwestia organizacji jest tego pochodną. Ważne jest, kto i w jaki sposób wyłoży pieniądze na sfinansowanie usługi, a nie to, kto ją wykona, bo zawsze znajdzie się wielu chętnych, którzy będą ze sobą konkurowali.

Kiedyś prof. Religa mówił o konieczności podzielenia NFZ na 5, 6 konkurujących ze sobą funduszy i otwarciu rynku dla prywatnych firm ubezpieczeniowych.

„ Zbigniew Religa, zanim został ministrem, proponował wprowadzenie ustawy o finansowaniu świadczeń, bo kwestia organizacji jest tego pochodną. Ważne jest, kto zapłaci za usługę, a nie to, kto ją wykona ”

rodzą, będzie znacznie przekraczała 100 lat, to trzeba zmienić całą koncepcję cywilizacyjną. Ludzie nie będą bowiem chcieli przechodzić na emeryturę w wieku 65 lat; pozostaną dłużej aktywni. Zostaną zmuszeni do większej dbałości o zdrowie i radzenia sobie z nieuniknionymi schorzeniami.

Społeczeństwa się starzeją, więc rozwój usług związanych z opieką nad nimi jest nieunikniony. Ludzie po 65. roku życia ponad 50 proc. dochodów wydają na opiekę zdrowotną... W Polsce zaś traktuje się sferę zdrowia jak czarną dziurę, do której państwo z łaski wrzuca pieniądze.

Niedostrzeżenie elementów rynkowych w ochronie zdrowia jest świadectwem anachronicznego podejścia naszych polityków do tych spraw. Oni ciągle nie zauważają, w jakim kierunku zmierza świat. Jednocześnie nie twierdzą, że urynkowienie jest jedynym lekarstwem. Przecież nie dotyczy ono osób starszych, z których większość korzysta z ubezpieczeń publicznych, takich jak Medicare w USA. Dlatego – w moim odczuciu – w polskim wariantcie prywatyzacja nie powinna dotyczyć szpitali, lecz systemu ubezpieczeń.

Teraz jednak skupił się na rozwiązaniach administracyjnych, takich jak koszyk czy sieć szpitali. One niewiele dadzą – podobnie jak ustalanie cen świadczeń. W USA to samo świadczenie, w tym samym szpitalu może mieć 20 różnych cen – w zależności od tego, kto płaci i kto jest beneficjentem. Tym bardziej nie ma powodu, żeby w całym kraju cena określonego świadczenia była taka sama.

Czy to znaczy, że do czasu zmiany systemu finansowania wszystkie działania (koszyk, sieć itp.) będą tylko wprowadzały zamieszanie, a tak naprawdę nie zmienimy systemu ochrony zdrowia i strajki będą wybuchały co jakiś czas?

Bez rozważnego wprowadzania mechanizmów rynkowych niewiele dadzą próby uporządkowania systemu, a już na pewno nie uda się zlikwidować nierównowagi na rynku. A strajki... będą i tak wybuchały co jakiś czas, bo pieniędzy nigdy nie jest zbyt wiele. Na dłuższą metę w otoczeniu gospodarki rynkowej nie da się utrzymać skansu anachronicznego biurokratycznego systemu. Będzie tak do czasu, aż przeberze się miara...

Rozmawiał Janusz Michalak