



KONFEDERACJA
WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ

ROZDZIAŁ IX

ROZBICIE MONOPOLU NFZ



Wielowymiarowy kryzys

Polska ochrona zdrowia znajduje się od lat w **wielowymiarowym i pogłębiającym się kryzysie**. Jest to dostrzegalne zarówno w międzynarodowych rankingach i statystykach, jak też odczuwalne na gołej skórze przez niemal każdego, kto musi korzystać z państwowego systemu ochrony zdrowia.

Wielomiesięczne (a czasem wieloletnie) oczekiwanie na wyznaczony termin wizyty jest często zwieńczone... wielogodzinnym przesiadywaniem na korytarzach przychodni i szpitali w oczekiwaniu na pojawienie się lekarza. Po części za te problemy odpowiadają **braki kadrowe** - według danych Eurostatu Polska jest unijnym liderem braków kadrowych wśród m.in. lekarzy specjalistów i pielęgniarek, a w pozostałych zawodach medycznych sytuacja nie jest wiele lepsza.

Jednak w dużej mierze za kolejki odpowiada fakt, że publiczny system ochrony zdrowia jest **głęboko zdezorganizowany i skrajnie nieefektywny na każdym szczeblu swojego działania**. Typowa polska przychodnia to obiekt, do którego nie sposób się nawet dodzwonić, nie mówiąc już o zapewnieniu dostępu do tak oczywistych w dzisiejszych czasach usług, jak umawianie i odwoływanie wizyt przez Internet. Dyrektorzy placówek medycznych poświęcają całą swoją energię na realizowanie przerośniętych biurokratycznych wymogów NFZ, ale nie mają już czasu, środków ani motywacji do wdrożenia najbardziej elementarnych standardów obsługi klienta. Efektem jest sytuacja, w której lekarz w trakcie wizyty skupia się na pospiesznym wypełnianiu dokumentów i zaniedbuje pacjenta, bo ostatecznie rozliczany jest właśnie z wypełnienia dokumentów - a nie z jakości zapewnianej opieki medycznej.

Przez lata myśleliśmy, że gorzej już nie będzie, ale stało się inaczej. W okresie pandemii COVID-19 nastąpiła całkowita zapaść systemu i administracyjne odcięcie dostępu większości Polaków do opieki zdrowotnej. Na kilkanaście miesięcy normą stała się tzw. "teleporada", czyli parodia wizyty lekarskiej, oznaczająca w wielu wypadkach po prostu odmowę diagnozowania i leczenia choroby. Efekt to przerażająca liczba **dwustu tysięcy nadmiarowych zgonów**. Dług zdrowotny z okresu pandemii w postaci niezdiagnozowanych i nieleczonych chorób będziemy spłacać jako społeczeństwo jeszcze przez wiele lat.

Problem **braku efektywności**, a nie braku pieniędzy

Smutnym standardem w polskiej debacie publicznej jest **sprowadzanie problemów ochrony zdrowia wyłącznie do kwestii nakładów finansowych**. Politycy wszystkich partii starego układu PiS-PO-SLD-PSL najchętniej załatwiają pytania o kondycję polskiej ochrony zdrowia zwodniczo prostą odpowiedzią: "trzeba podnieść nakłady do 5% / 6% / 7% PKB" i uważają sprawę za załatwioną - choć jednocześnie nie potrafią wskazać, skąd te pieniądze wziąć i kto miałby zapłacić o wiele wyższe podatki, aby taki cel zrealizować.

Prawda jest jednak taka, że szeroko pojętą jakość polskiej ochrony zdrowia da się radykalnie podnieść nawet bez zwiększania nakładów finansowych. Problem tkwi dużo głębiej - w samym modelu organizacji ochrony zdrowia, opartym o monopol państwowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Ten biurokratyczny moloch stanowi relikwitu komunistycznego myślenia o świecie i państwie - choć przecież NFZ powołany został do życia dopiero w 2003 roku, dawno po upadku PRL. **Organizacja oparta o nieograniczony, scentralizowany monopol pań-**

stwowego urzędu jest rozwiązaniem katastrofalnym. Brak mechanizmów konkurencji, biurokratyczne (a nie biznesowe) standardy zarządzania, połączone z brakiem personalnej odpowiedzialności decydentów to przepis na zmarnowanie każdych pieniędzy, które zostaną wrzucone do takiego systemu. W tych warunkach zwiększanie nakładów nie będzie przynosić proporcjonalnych rezultatów - a jedynie przyczyni się do dalszego podniesienia poziomu korupcji i marnotrawstwa.

Polska nie potrzebuje dosypywania więcej pieniędzy do dziurawego worka i utrwalania archaicznego, skrajnie niewydolnego modelu ochrony zdrowia. Polska potrzebuje głębokiej, systemowej reformy i przejścia ochrony zdrowia na zupełnie inny model.



Konfederacja sprzeciwiała się ograniczeniom w dostępie do ochrony zdrowia (20.01.2021)
Od lewej: Tomasz Grabarczyk, Witold Stoch, Włodzimierz Skalik. Z tyłu: Janusz Korwin-Mikke

Systemowa reforma ochrony zdrowia



Dobrze działający system ochrony zdrowia musi spełniać dwa podstawowe warunki. Z jednej strony musi gwarantować dostęp do ochrony zdrowia wszystkim obywatelom państwa. Zaś z drugiej strony powinien opierać swoje funkcjonowanie o mechanizmy **rynkowej konkurencji**, które są najskuteczniejszym mechanizmem podnoszenia jakości, ograniczania kosztów i przeciwdziałania marnotrawstwu.

Dążenie do pogodzenia tych dwóch założeń nie jest niczym nowym. Wiele państw na całym świecie eksperymentowało z różnymi odpowiedziami na ten problem - i wiele z tych państw zajmuje dziś czołowe pozycje w rankingach najlepszych systemów ochrony zdrowia. Każdy rząd zdeterminowany do podniesienia jakości ochrony zdrowia jest w stanie czerpać z wielu dobrych wzorców i dziesiątków interesujących, sprawdzonych rozwiązań.

Przedstawiony poniżej program Konfederacji jest oparty na najbardziej oczywistej inspiracji - modelu skutecznie zastosowanym w znakomicie ocenianym niemieckim systemie ochrony zdrowia. Rozwiązanie to może być skutecznie łączone z innymi dobrze ocenianymi rozwiązaniami z całego świata - takimi jak np. mechanizm medycznych kont oszczędnościowych zastosowany w Singapurze czy popularny w polskiej prasie branżowej mechanizm współpłacenia.

Likwidacja monopolu NFZ i **bon zdrowotny**

Różnica między obecnym systemem a propozycją Konfederacji polega (w największym uproszczeniu) na **likwidacji państwowego monopolu NFZ i umożliwieniu pacjentom dokonywania swobodnego wyboru ubezpieczyciela**, z którego usług będą korzystać. Każdy ubezpieczyciel będzie miał obowiązek zapewnić pacjentom dostęp do (określonego prawem) koszyka świadczeń gwarantowanych. Ubezpieczyciele będą konkurować o pacjentów m.in. dodatkowymi świadczeniami spoza koszyka gwarantowanego czy jakością obsługi klienta. Co istotne, każdy obywatel będzie miał prawo zapisać się do jednego, wybranego przez siebie ubezpieczyciela, a ubezpieczyciel nie będzie mógł nikomu odmówić zapisu.

Zmiana ta będzie kluczowa nie tylko z perspektywy pacjentów, ale także z perspektywy świadczeniodawców (szpitali, przychodni, praktyk lekarskich). Obecnie świadczeniodawcy działający w publicznej ochronie zdrowia są skazani na współpracę z monopolistą NFZ - muszą przyjmować takie stawki i warunki rozliczania świadczeń, jakie ustalają urzędnicy z centrali NFZ. **W systemie wielu ubezpieczycieli pozycja świadczeniodawców ulegnie radykalnemu wzmocnieniu** - będą mogli swobodnie nawiązywać współpracę z jednym lub wieloma ubezpieczycielami i negocjować z nimi indywidualne stawki oraz warunki współpracy. Z drugiej strony ubezpieczyciele będą też stawiać świadczeniodawcom warunki dotyczące usprawnienia procedur i podniesienia efektywności, czego NFZ w tej chwili nie robi w ogóle. Z polskiej ochrony zdrowia szybko znikną nieosiągalne linie telefoniczne, wielogodzinne przesiadywanie w poczekalni i przyjmowanie pacjentów "po znajomości".

Składki zdrowotne będą płacone jak dotychczas, jednak zamiast trafiać do skarbca NFZ, będą rozdzielane w formie bonu zdrowotnego pomiędzy wszystkich pacjentów. Ubezpieczyciel, do którego w danym miesiącu jest zapisany pacjent, będzie otrzymywał przypisaną do tego pacjenta kwotę bonu. Zasady wyliczania kwoty powinny być jasne, proste i przejrzyste - przewidujemy, że wysokość bonu będzie różnicowana głównie ze względu na wiek pacjenta.

Co bardzo istotne, proponowaną przez nas reformę można (i należy) przeprowadzać bardzo ostrożnie i stopniowo. System ochrony zdrowia jest bardzo złożony i próby wprowadzenia z dnia na dzień ogólnokrajowej rewolucji mogłyby przynieść fatalne skutki pomimo dobrych założeń. Rozmontowywanie monopolu NFZ należy zaplanować wieloetapowo i każdy etap poprzedzać ograniczonymi terytorialnie pilotażami. Reformę rozpocząć należy od tych sektorów ochrony zdrowia, które dzisiaj są i tak w większości sprywatyzowane (np. opieka dentystyczna). Sektory najtrudniejsze do przekształcenia, takie jak np. ratownictwo medyczne czy onkologia, należy zreformować w ostatniej kolejności, po poddaniu ich dalszym szczegółowym analizom. Zasady rządzące poszczególnymi sektorami systemu nie muszą być identyczne - celem reformy jest dobro pacjenta, podniesienie jakości ochrony zdrowia i ograniczenie jej kosztów, a nie spełnienie jakichś sztywnych ideologicznych założeń.



Konferencja prasowa na temat bonu zdrowotnego (9.02.2023)
Od lewej: Michał Wawer, Konrad Berkowicz

 Konferencja prasowa

Tab. 5. **Proponowana reforma** Porównanie ze stanem obecnym

	Jak jest teraz?	Jak będzie po reformie Konfederacji?
Ubezpieczyciel	Jeden, państwowy i obowiązkowy ubezpieczyciel-monopolista: Narodowy Fundusz Zdrowia.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wielu konkurujących ze sobą ubezpieczycieli, państwowych, samorządowych, społecznych i prywatnych. ▶ Ubezpieczyciel może działać na terenie całego kraju lub na wybranym obszarze (np. konkretnego powiatu). ▶ Każdy ubezpieczyciel ma obowiązek zawrzeć umowę na swoich standardowych warunkach z każdym zgłaszającym się klientem.
Pozycja pacjenta	Pacjent występuje w roli petenta , skazanego na korzystanie z NFZ i zdanego na łaskę urzędników.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pacjent jest klientem, o którego konkurują ubezpieczyciele i świadczeniodawcy. ▶ Może swobodnie wybrać ubezpieczyciela, który będzie mu najbardziej odpowiadał pod względem oferty i jakości usług. ▶ Jeżeli jest niezadowolony z oferty lub obsługi - może przenieść się do innego ubezpieczyciela.
Pozycja świadczeniodawcy	Świadczeniodawca (czyli np. szpital, przychodnia, lekarz) jest skazany na współpracę z monopolistą NFZ . Musi przyjmować kwoty i zasady rozliczania świadczeń narzucone przez NFZ, choćby były skrajnie niekorzystne.	Świadczeniodawca zawiera umowy z ubezpieczycielami na zasadach rynkowych. Może współpracować z wieloma ubezpieczycielami i negocjować z nimi korzystne dla siebie warunki.

<p>Wyceny świadczeń</p>	<p>▶ Świadczenia medyczne są wyceniane przez urzędników NFZ w sposób całkowicie arbitralny i oderwany od realiów rynku.</p> <p>▶ Zmiany wycen nie nadążają za zmianami rynkowymi i technologicznymi.</p> <p>▶ Nieuchronnie powstają luki i patologie w systemie wycen, takie jak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rozkładanie pobytu w szpitalu na kilka dni zamiast skumulowania badań w jeden dzień (bo w niektórych sytuacjach kilkudniowa hospitalizacja przynosi wyższą wypłatę z NFZ), • wykonywanie tych samych badań dwukrotnie (bo inaczej nie można rozliczyć innych badań występujących w pakietach z pierwszymi), • rozliczanie fikcyjnych świadczeń. 	<p>▶ Wyceny świadczeń są negocjowane między ubezpieczycielem a świadczeniodawcą</p> <p>▶ Świadczeniodawcy konkurują o kontrakty z ubezpieczycielami, a ubezpieczyciele konkurują o kontrakty ze świadczeniodawcami.</p> <p>▶ Zapewnia to rynkową równowagę cen - nikt nie ma pozycji dominującej i nie jest wyzyskiwany, a jednocześnie mechanizm konkurencji uniemożliwia zawyżanie cen.</p> <p>▶ Świadczenia wykonywane są w sposób efektywny, oszczędny i przyjazny dla pacjenta.</p>
<p>Efektywność systemu</p>	<p>NFZ łączy wszystkie patologie rynkowego monopolisty i państwowego urzędu:</p> <p>▶ Marnotrawstwo powierzonych środków na masową skalę</p> <p>▶ Skostniały biurokratyzm</p> <p>▶ Koncentracja na własnych problemach wewnętrznych i politycznych</p> <p>▶ Reagowanie z dużym opóźnieniem na wszelkie zmiany rynkowe, technologiczne i społeczne</p> <p>▶ Olbrzymie problemy z wdrażaniem wszelkich zmian.</p>	<p>▶ Mechanizmy konkurencji i wymogi rynku zapewniają wysoką jakość świadczonych usług oraz obsługi klienta, a także wysoki poziom finansowej efektywności.</p> <p>▶ Mali ubezpieczyciele (działający lokalnie) zapewniają wysoką organizacyjną sprawność działania i minimalizację biurokracji. Duży ogólnokrajowy ubezpieczyciele dzięki efektowi skali utrzymują niski poziom kosztów. W obu wypadkach przekłada się to na finansową efektywność i systemową poprawę stosunku kosztów systemu do otrzymywanych efektów.</p>

<p>Zakres świadczeń objętych ubezpieczeniem</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Niejasny, ciągle zmieniający się koszyk świadczeń refundowanych. ▶ Budowanie przez populistycznych polityków powszechnego przekonania, że NFZ płaci za "wszystko". Uzasadnione poczucie krzywdy u ludzi, którzy potem zderzają się w praktyce ze świadczeniami nerefundowanymi. ▶ Trwała niezdolność państwa do zaspokojenia społecznych oczekiwań w zakresie ochrony zdrowia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Konkretny, zrozumiały koszyk świadczeń gwarantowanych, które ma obowiązek zapewniać każdy ubezpieczyciel. ▶ Powszechna świadomość społeczna, że świadczenia nieobjęte koszykiem gwarantowanym wymagają dodatkowego ubezpieczenia lub płatności. ▶ Zmiany w koszyku świadczeń gwarantowanych przeprowadzane w sposób przejrzysty dla opinii publicznej, przy współudziale wszystkich uczestników systemu (pacjentów, świadczeniodawców i ubezpieczycieli).
<p>Zarobki w zawodach medycznych</p>	<p>Bardzo niskie (w porównaniu do innych krajów) wynagrodzenia pracowników publicznej służby zdrowia - lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych.</p> <p>Efekt: silna motywacja dla wszystkich fachowców do przechodzenia do sektora prywatnego lub wyjazdu za granicę, i pogłębiający się kryzys kadrowy systemu ochrony zdrowia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Konkurencja między ubezpieczycielami i między świadczeniodawcami przekłada się na wzrost zarobków w zawodach medycznych. Ubezpieczyciele i świadczeniodawcy inwestują w przyciąganie najlepszych pracowników - bo przekłada się to na większe zainteresowanie pacjentów i wyższe zyski. ▶ Dzięki ograniczeniu gigantycznego marnotrawstwa i korupcji pieniądze na podwyżki są uzyskiwane bez zwiększania nakładów na cały system. ▶ Przejrzyste reguły pozwalają pozyskać dodatkowe środki na wynagrodzenia ze świadczenia dodatkowych usług spoza koszyka świadczeń gwarantowanych.

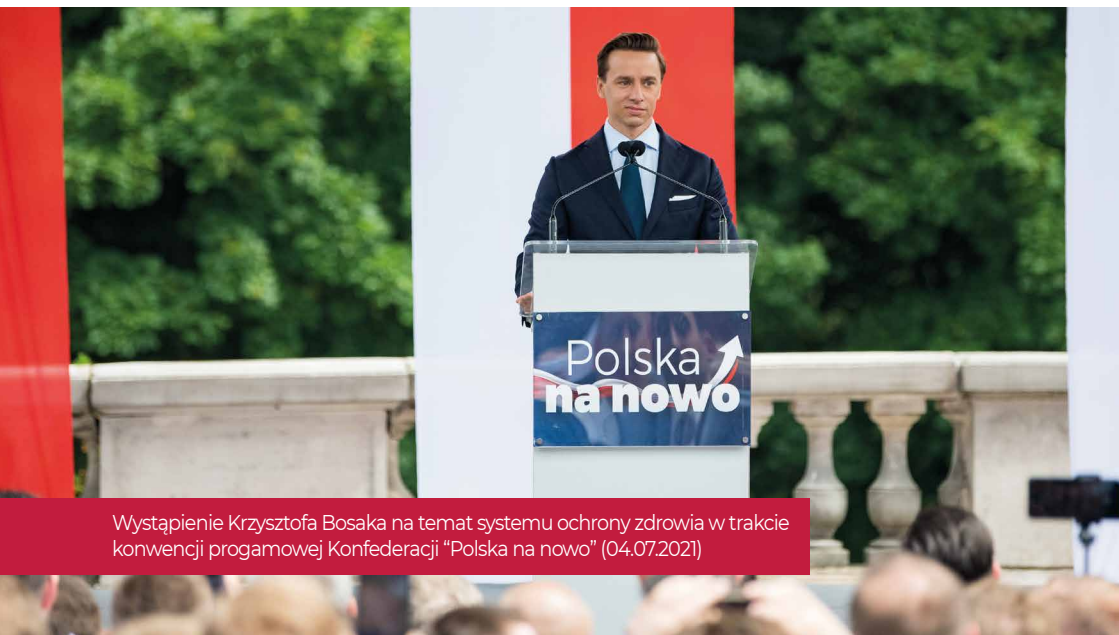
Rola państwa

Państwo odpowiada za wszystko i za nic. Z jednej strony państwo ma teoretyczny obowiązek dostarczyć wszystkim obywatelom pełny pakiet świadczeń medycznych (i pobiera za to od wszystkich składki), ale z drugiej strony nikt nie ponosi za to żadnej realnej odpowiedzialności - ani politycy, ani urzędnicy, ani nawet Skarb Państwa nie są w żaden sposób rozliczani z faktycznego wykonania tego obowiązku.

W efekcie państwo ze swoich zadań wywiązuje się **fatalnie**, a jednocześnie uniemożliwia efektywne działanie powszechnej ochrony zdrowia poza państwowym molochem.

► **Rola państwa jest ściśle zdefiniowana:** rząd organizuje funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i nadzoruje ubezpieczycieli oraz świadczeniodawców, ale sam nie zajmuje się świadczeniem usług zdrowotnych.

► Biurokracja zostaje odchudzona i zracjonalizowana, **jakość usług rośnie** dzięki mechanizmom konkurencji, a rząd ograniczony do precyzyjnie określonych zadań jest w stanie wykonywać je we właściwy sposób.



Wystąpienie Krzysztofa Bosaka na temat systemu ochrony zdrowia w trakcie konwencji programowej Konfederacji "Polska na nowo" (04.07.2021)