

**Likwidacja monopsonu NFZ
i wprowadzenie konkurencji płatników w oparciu
o podstawową składkę zdrowotną**

NFZ musi mieć konkurencję, a pacjent możliwość wyboru.

A. NFZ jako monopson

NFZ działa na zasadach monopsonu ze wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami. NFZ nie dba o efektywność systemu opieki zdrowotnej, gdyż jest instytucją wysoce upolitycznioną i ręcznie sterowaną, która finansuje rozrastającą się infrastrukturę bez względu na potrzeby zdrowotne i bez względu na bardzo niskie wykorzystanie rozrastającej się, jak rak infrastruktury przy nieustannie wydłużających kolejkach do świadczeń zdrowotnych.

B. Pacjent-klient

Pacjent nie ma możliwości wyboru. Składka (de facto parapodatek, słusznie nazywany przez Prof. Szumlicza „składatką”) trafia zawsze i tylko do NFZ. Bez możliwości wyboru instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (de facto instytucji „zabezpieczenia” zdrowotnego) nie mogą działać podstawowe mechanizmy konkurencji i dbałości ze strony ubezpieczyciela o klienta, czyli ubezpieczonego.

C. Regulacja rynku ubezpieczeń konkurujących o składkę podstawową

Oczywiście rynek ubezpieczeń zdrowotnych powinien być regulowany. Regulacje powinny niwelować jego niedoskonałości w odniesieniu do teorii rynku doskonale konkurencyjnego. Polska powinna w tym zakresie wzorować się na krajach, w których system opieki zdrowotnej działa najlepiej tj. Australii, Holandii, Singapurze, Szwajcarii.

Wszystkie partie władzy w Polsce po 2005 roku obiecywały "podział NFZ" lub „likwidację NFZ”.

Wprowadzenie rynku ubezpieczeń konkurujących o składkę podstawową może być dokonane bez kosztowo, a może wnieść do systemu opieki zdrowotnej w okresie transformacji nawet 100-300 mld Euro inwestycji i to przy podniesieniu efektywności zarządzania, przy wzroście wydajności wykorzystania istniejącej infrastruktury i zasobów ludzkich oraz przy skróceniu kolejek.

Wprowadzenie konkurencji ubezpieczeń o składkę podstawową jest warunkiem sine qua non, by postawić pacjenta-klienta w centrum systemu opieki zdrowotnej. Instytucje czy firmy ubezpieczeniowe konkurujące o składkę podstawową będą dbały o wydajność świadczeniodawców, ograniczą koszty funkcjonowania przez ograniczenie marnotrawstwa i nieuzasadnionych kosztów, przy konieczności wypełnienia obowiązków zapisanych w koszyku

świadczeń gwarantowanych, zadbają też o jakość opieki zdrowotnej oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych.

Likwidacja monopsonu NFZ i wprowadzenie konkurencji płatników w oparciu o podstawową składkę zdrowotną może być dokonana na dwa sposoby:

1. Podział NFZ na 4-6 Kas Chorych konkurujących o składkę podstawową na obszarze całego kraju. Następnie prywatyzacja wszystkich utworzonych Kas Chorych lub tylko niektórych z nich.
2. Otworzenie rynku na inwestycje w instytucje lub firmy ubezpieczeniowe konkurujące z NFZ o składkę podstawową. Przy zachowaniu odpowiednich regulacji (przede wszystkim w zakresie zasad wpisywania/usuwania świadczeń do/z koszyka świadczeń gwarantowanych oraz zasad taryfikacji świadczeń w koszyku) można oczekiwać dużego zainteresowania ze strony międzynarodowego rynku kapitałowego i poważnych inwestycji.

Inwestycje kapitału polskiego i międzynarodowego w rynek ubezpieczeń podstawowych w Polsce wymagają spełnienia 3 warunków uczciwej konkurencji:

- I. Zapisanie koszyka świadczeń gwarantowanych za pomocą technologii medycznych (zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych i z ustawą refundacyjną oraz wytycznymi HTA [health technology assessment] na świecie: technologia medyczna to interwencja w określonym wskazaniu zdrowotnym) – części lekowe koszyka są już dziś w Polsce zapisane za pomocą technologii medycznych, ale części nielekowe koszyka wymagają zmian i doprecyzowania praw ubezpieczonych do określonego rodzaju diagnostyki, leczenia i profilaktyki; tylko zapisanie koszyka za pomocą technologii medycznych umożliwia prowadzenie prac aktuarialnych, co stanowi istotny element uczciwej konkurencyjnej gry na rynku ubezpieczeń;
- II. Prawo weta (lub inne przejrzyste zasady podejmowania decyzji np. w sposób większościowy) po stronie każdej z instytucji czy firm ubezpieczeń podstawowych co do wpisywania nowych drogich technologii medycznych do koszyka;
- III. Prawo weta (lub inne przejrzyste zasady podejmowania decyzji np. w sposób większościowy) co do zmian taryf świadczeń w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Każda z konkurujących instytucji czy firm ubezpieczeń podstawowych musiałaby oferować ten sam zakres benefitów ubezpieczeniowych określonych w koszyku świadczeń gwarantowanych tworzonych przez MZ.

Taryfy świadczeń z koszyka gwarantowanego należy regulować jako maksymalne, minimalne lub wolnorynkowe – przypisanie świadczeń do tych kategorii powinno być dokonywane i ew. Zmieniane po akceptacji konkurentów na rynku ubezpieczeń podstawowych, uzyskiwanych określonymi w ustawie metodami (chodzi o przewidywalność biznesowych warunków konkurencji).

Likwidacja monopsonu NFZ i wprowadzenie konkurencji płatników w oparciu o podstawową składkę zdrowotną może wprowadzić do systemu opieki zdrowotnej w okresie transformacji nawet 100-300 mld Euro inwestycji i to przy podniesieniu efektywności zarządzania, przy wzroście wydajności wykorzystania istniejącej infrastruktury i zasobów ludzkich oraz przy skróceniu kolejek do świadczeń z koszyka gwarantowanego. Zarówno w przypadku podziału NFZ na 4-6 Kas Chorych i ich prywatyzacji, jak też w przypadku stworzenia warunków prawnych do konkurencji NFZ, można oczekiwać dużego zainteresowania kapitału międzynarodowego i polskiego w zakresie inwestycji w rynek ubezpieczeń podstawowych w Polsce.

Należy przy tym zabezpieczyć rynek ubezpieczeń podstawowych przed nieuczciwą konkurencją (kapitał spekulacyjny), zminimalizować polityczny wpływ na ten rynek oraz wprowadzić uczciwe, przewidywalne oraz stabilne uczciwej, ale twardej reguły gry rynkowej.

Należy zapobiec wejściu kapitału spekulacyjnego na rynek ubezpieczeń podstawowych w Polsce. Firmy konkurujące na rynku ubezpieczeń podstawowych powinny być reasekurowane. Zasady przystępowania do ubezpieczenia powinny być zbliżone lub identyczne do dzisiejszych, co zapobiega wykluczeniu, ale jednocześnie należy wprowadzić jasne reguły kompensacji dla konkurentów na rynku ze względu na stan zdrowia osób ubezpieczonych.

Dla podmiotów leczniczych i pracowników medycznych należy stworzyć rozwiązania, w tym informatyczne, które uprościć będą sposób obsługi i rozliczania świadczeń dla pacjentów z różnych Kas Chorych.

Przygotowanie odpowiednich przepisów wymaga zgody politycznej co do zasadniczego kierunku oraz szczegółów regulacji. Warto się w tym względzie wzorować na rozwiązaniach przyjętych w Szwajcarii, Holandii, Australii czy Singapurze, które posiadają najlepiej funkcjonujące systemy opieki zdrowotnej na świecie.

Krzysztof Łanda