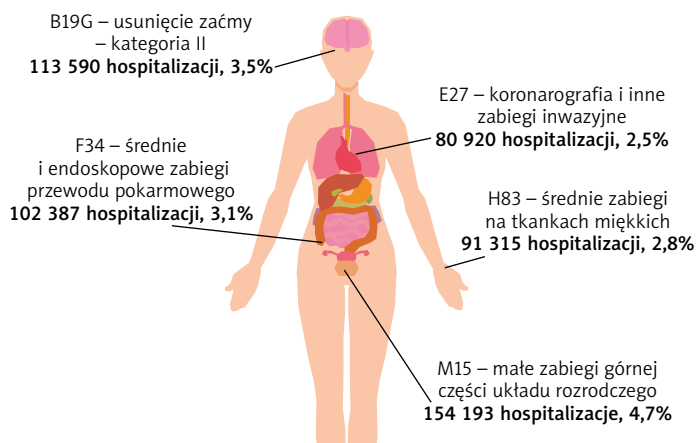


Płatnik, wydając więcej na sektor publiczny, przyczynia się do zmniejszenia realnego finansowania świadczeń



Fot. Zx1istockphoto.com

Kłopoty systemu opieki zdrowotnej w Polsce zostały opisane i zdiagnozowane wielokrotnie. Do najważniejszych przyczyn jego dysfunkcji zalicza się brak odpowiedniego finansowania, niedobór kadr medycznych i złą organizację. Hasła te wypełniły przestrzeń medialnej dyskusji na temat naszej branży. Nie będę z nimi polemizować. Trudno zaprzeczyć stwierdzeniu, że przy obecnie funkcjonującym modelu udzielania świadczeń problemy te występują. A jaki jest ten model?



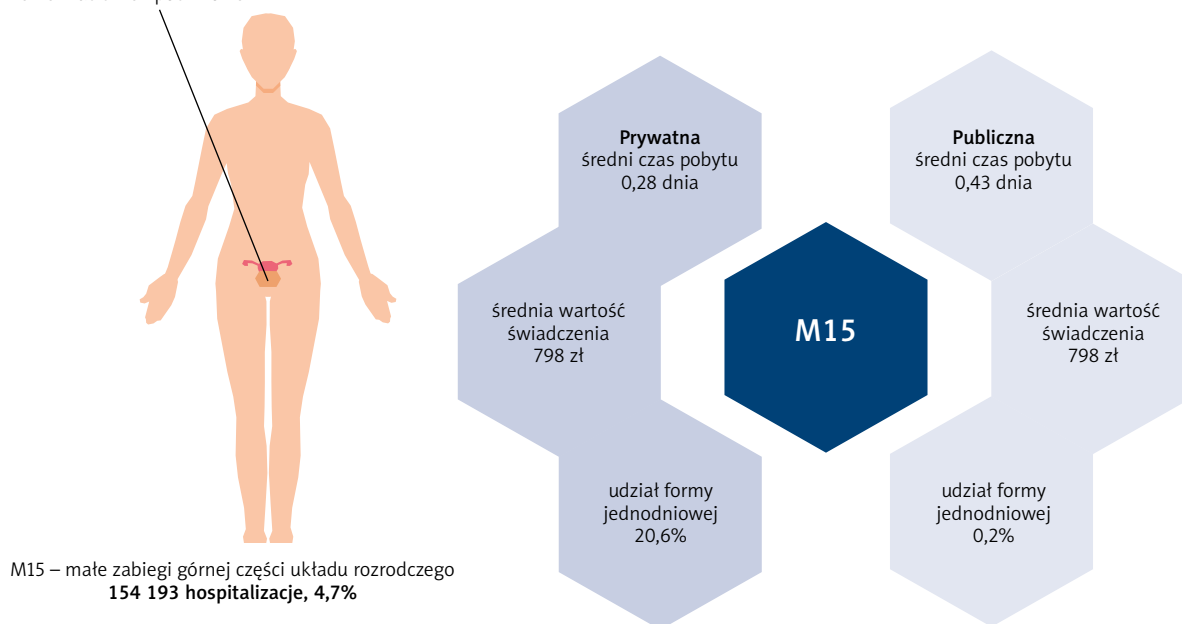
Rycina 1. Zakres dla pięciu najpopularniejszych świadczeń w 2018 r. sfinansowanych przez NFZ w sektorze prywatnym i publicznym

Źródło: JSKonsulting

Najlepiej opisuje to udział środków przeznaczanych przez NFZ na poszczególne zakresy świadczeń – dominuje stacjonarne, całodobowe leczenie szpitalne, czyli formy dziewiętnastowieczne, ewentualnie z początku dwudziestego wieku. Nasuwa się pytanie, dlaczego nasz model opieki jest odporny na zdobycze technologii i postęp w farmakologii oraz dlaczego najnowsze szpitale budowane są według XIX-wiecznych wzorców – w zabudowie pawilonowej, w której 20 proc. personelu medycznego tylko się przemieszcza.

Niemal każda debata ekspercka i specjalistyczna analiza systemu ochrony zdrowia kończy się stwierdzeniem

nieprawidłowe krwawienia maciczne i pochwowe, nieokreślone; rozrost gruczołowy błony śluzowej macicy; inne określone nieprawidłowe krwawienie maciczne i pochwowe



Rycina 2. M15 – małe zabiegi górnej części układu rozrodczego – sektor publiczny vs prywatny

Źródło: JSKonsulting

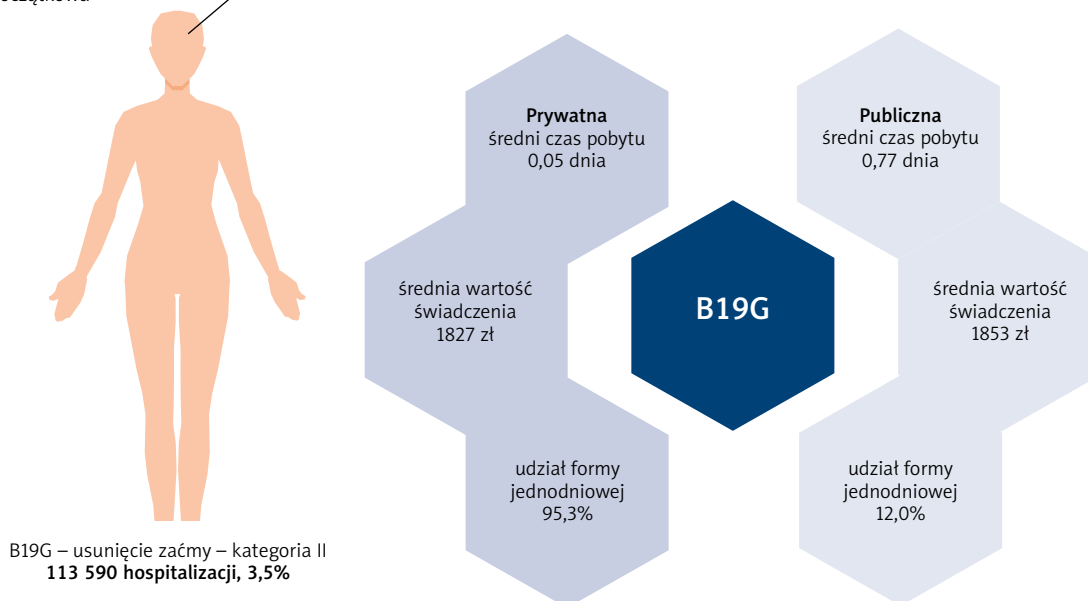
niem „to dla dobra i bezpieczeństwa pacjentów”. Ale czy na pewno? Spróbuję sprawdzić, ile nas to kosztuje i czy rzeczywiście jest korzystne dla pacjentów. Analizę, podobnie jak w artykule „W sieci? To się rozleci!” opublikowanym w numerze 5-6/2019 „Menedżera Zdrowia”, przeprowadzę za pomocą analizatora *big data* „Pulpit menedżera zdrowia”.

Na podstawie dostępnych danych wybrałem pięć najpopularniejszych zabiegowych grup JGP. Dane z dokładnością do pojedynczych hospitalizacji zostały integrowane z danymi z różnych źródeł, tj. NFZ, CSIOZ. Powstała baza zawierająca ok. 180 mln rekordów, opisująca każdą hospitalizację w okresie 2017–2018, a integracja z rejestrem podmiotów leczniczych pozwoliła na podziały tych hospitalizacji według form prowadzenia i form własności podmiotów leczniczych. Taka baza w połączeniu z odpowiednim narzędziem umożliwia przeprowadzenie analizy opartej na faktach i dowodach, zgodnie z ideą *evidence-based management*, co w wolnym tłumaczeniu oznacza „nie wierzyć piosenkom, czytajcie u źródeł”.

Z opisanej bazy danych wybrano świadczenia zabiegowe i okazało się, że oprócz porodów najliczniejszymi świadczeniami zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym są:

- M15 – małe zabiegi górnej części układu rozrodczego,
- B19G – usunięcie zaćmy – kategoria II,
- F34 – średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego,
- H83 – średnie zabiegi na tkankach miękkich,
- E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne.

Inne postacie zaćmy starczej; zaćma wiktająca; zaćma starcza jądrowa;
zaćma starcza początkowa



Rycina 3. B19G – usunięcie zaćmy – kategoria II – sektor publiczny vs prywatny

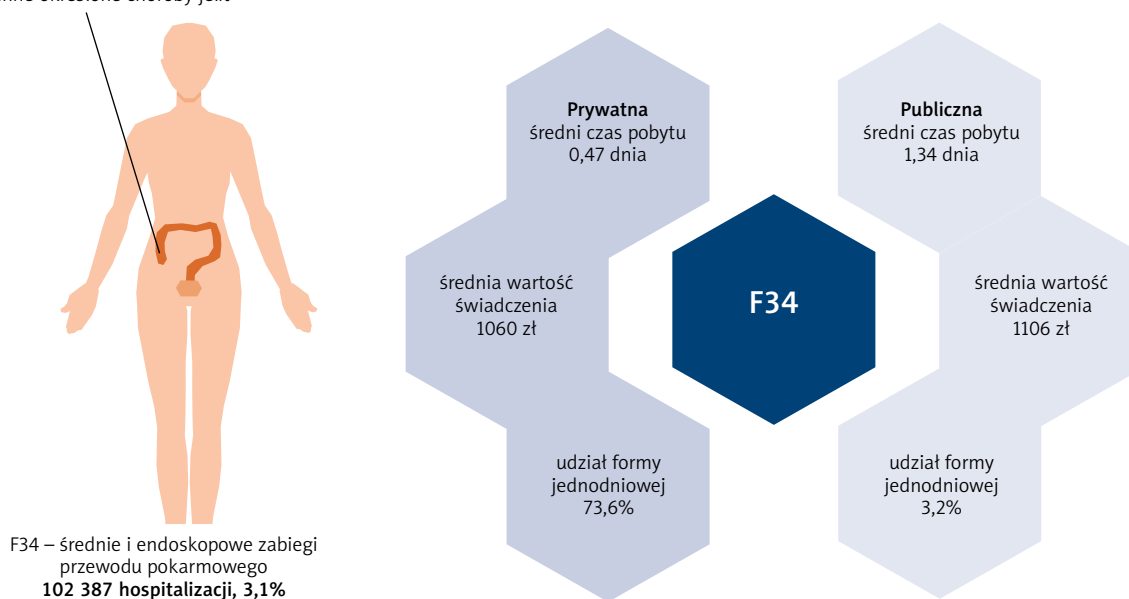
Źródło: JSKonsulting

Ta lista to duże zaskoczenie, ponieważ znalazły się na niej świadczenia proste, niewymagające zaangażowania kompleksowych zasobów szpitalnych. Z uwagi na fakt, że w strukturze świadczeń odnotowano znaczące różnice między sektorem publicznym i prywatnym, przeprowadzono analizę z podziałem na te sektory. Miało to również na celu sprawdzenie różnic w realizacji analizowanych świadczeń.

Analiza przypadku

Najpopularniejszym świadczeniem udzielanym przez podmioty były M15 – małe zabiegi górnej części układu rozrodczego, które stanowiły ok. 5 proc. wszystkich świadczeń w Polsce (zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym). W sumie pięć grup świadczeń (M15, B19G, F34, H83, E27) stanowiło ok. 16,6 proc. wszystkich świadczeń zrealizowanych w kraju w 2018 r.

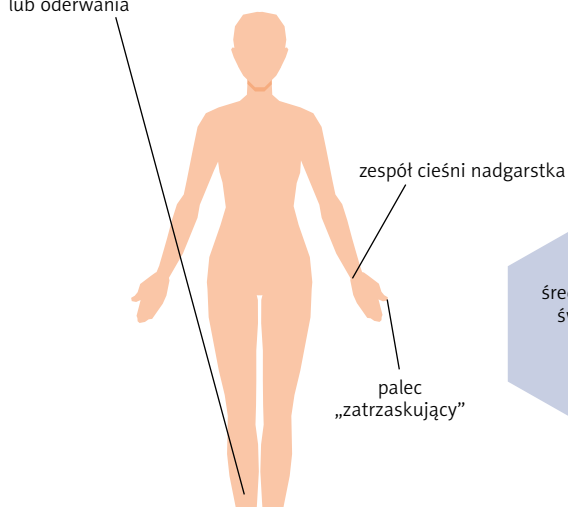
choroba uchyłkowa jelita grubego bez przedziurawienia lub ropnia;
okrężnica; inne określone choroby jelit



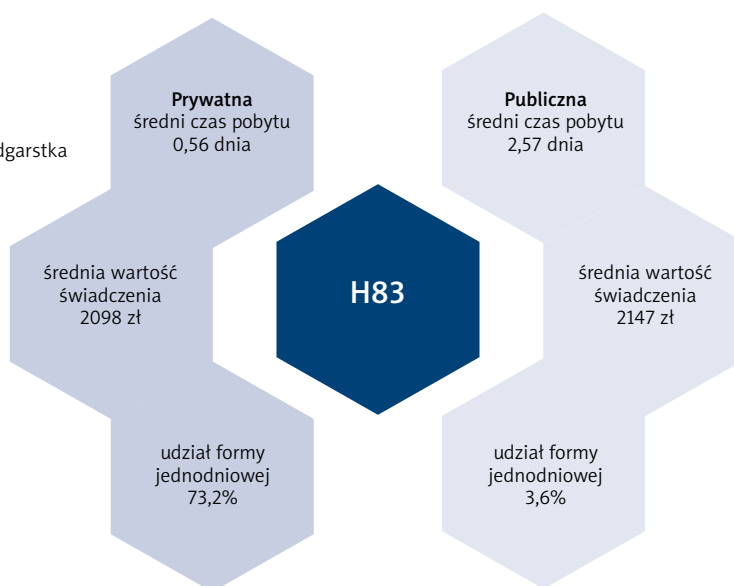
Rycina 4. F34 – średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego – sektor publiczny vs prywatny

Źródło: JSKonsulting

zestarzałe uszkodzenie łokotki w wyniku przebytego urazu lub oderwania



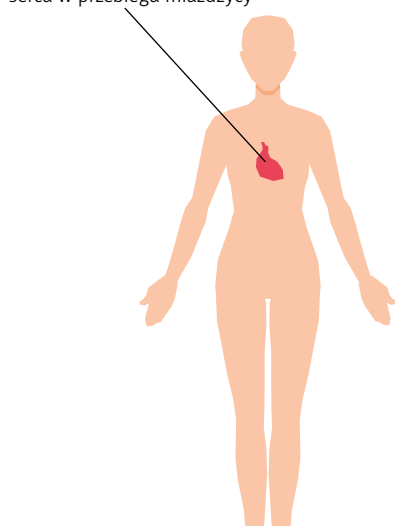
H83 – średnie zabiegi na tkankach miękkich
91 315 hospitalizacji, 2,8%



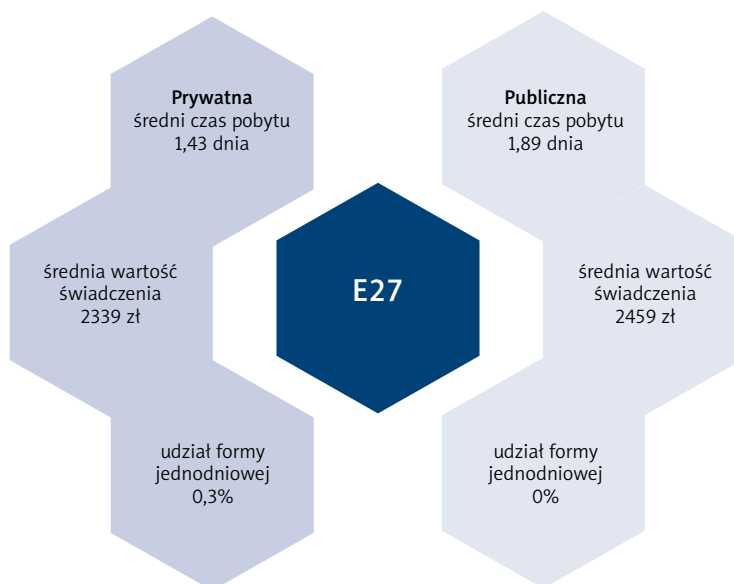
Rycina 5. H83 – średnie zabiegi na tkankach miękkich – sektor publiczny vs prywatny

Źródło: JSKonsulting

choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy; choroba serca w przebiegu miażdżycy



E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne
80 920 hospitalizacji, 2,5%



Rycina 6. E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne – sektor publiczny vs prywatny

Źródło: JSKonsulting

M15 – małe zabiegi górnej części układu rozrodczego

Udział jednodniowej formy opieki w sektorze prywatnym wynosi ponad 20 proc. w porównaniu z 0,2 proc. w sektorze publicznym. Średni czas pobytu w placówce w sektorze publicznym jest prawie 2 razy dłuższy w porównaniu z sektorem prywatnym.

B19G – usunięcie zaćmy – kategoria II

Podobnie jak w przypadku M15, udział formy jednodniowej stanowi ponad 95 proc. w sektorze prywatnym w porównaniu z 12 proc. w sektorze publicznym. Średni czas pobytu w placówce również jest o wiele dłuższy w sektorze publicznym w porównaniu z prywatnym. Nie można zapominać, że średni czas pobytu

0,05 dnia świadczy o tym, że prawie wszystkie świadczenia wykonywane w sektorze prywatnym to w tym przypadku maksymalnie 1 dzień pobytu (zgodnie z zasadą NFZ dzień przyjęcia i dzień wypisu stanowią 0 dni).

Kolejna grupa świadczeń to F34, gdzie udział jednolitej formy opieki wynosi ponad 73,6 proc. w sektorze prywatnym w porównaniu z 3,2 proc. w sektorze publicznym. Średni czas pobytu w placówce jest również prawie 3 razy dłuższy w sektorze publicznym w porównaniu z prywatnym.

Następna grupa świadczeń to H83, gdzie udział jednolitej formy opieki wynosi ponad 73,6 proc. w sektorze prywatnym w porównaniu z 3,6 proc. w sektorze publicznym. Średni czas pobytu w placówce jest również prawie 4,5 razy dłuższy w sektorze publicznym w porównaniu z prywatnym.

E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne

Innym typem świadczeń są procedury z grupy koronarografii i innych zabiegów inwazyjnych (E27). Zarówno w przypadku sektora publicznego, jak i prywatnego udział jednolitej formy opieki jest znikomy, jednak w przypadku sektora prywatnego średni czas pobytu pacjentów w placówce jest o 30 proc. krótszy w porównaniu z sektorem publicznym.

We wszystkich pięciu analizowanych grupach świadczeń średni czas pobytu pacjenta w placówce był zdecydowanie krótszy w sektorze prywatnym w porównaniu z publicznym. W sektorze prywatnym znacznie częściej stosowano jednolitej formę opieki. Pozostaje nam podsumować jeszcze jedną kwestię, tj. średnią wartość świadczenia, czyli kwotę, za jaką publiczna

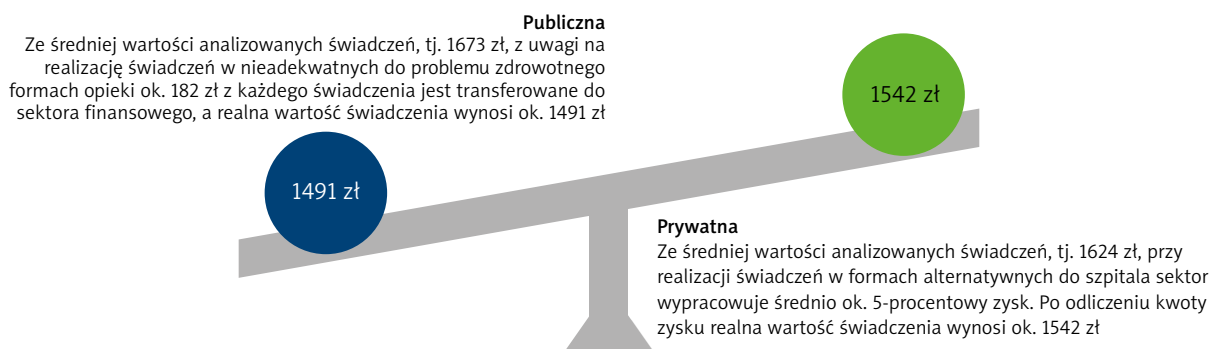


„Utrzymanie archaicznych form udzielania świadczeń obejmujących najpopularniejsze zabiegi i eliminacja sektora prywatnego z sieci szpitali doprowadza do sytuacji, w której płatnik, wydając więcej na sektor publiczny, przyczynia się do zmniejszenia realnego finansowania świadczeń”

Prywatna		vs	Publiczna	
B19G – usunięcie zaćmy – kategoria II			B19G – usunięcie zaćmy – kategoria II	
F34 – średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego			F34 – średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego	
H83 – średnie zabiegi na tkankach miękkich			H83 – średnie zabiegi na tkankach miękkich	
E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne			E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne	
M15 – małe zabiegi górnej części układu rozrodczego			M15 – małe zabiegi górnej części układu rozrodczego	
162 083 000 zł	wartość świadczeń		666 022 000 zł	
0 zł	średni koszt obsługi długu		182 zł na świadczenia	
5%	średni zysk dla podmiotu		0%	
1624 zł	średnia wartość świadczenia		1673 zł	
1542 zł	pieniądz dla pacjenta		1491 zł	

Rycina 7. Analiza porównawcza sektorów prywatnego i publicznego dla pięciu najczęściej udzielanych świadczeń zabiegowych

Źródło: JSKonsulting



Rycina 8. Analiza porównawcza realnych kwot przeznaczonych na świadczenia dla pacjentów w sektorze prywatnym i publicznym dla pięciu najczęściej udzielanych świadczeń zabiegowych

Źródło: JSKonsulting

„W szpitalach marnuje się i będzie marnować cenne zasoby i deficytowy kapitał ludzki”

i prywatna opieka zdrowotna leczyła pacjenta. I tu znowu okazuje się, że w sektorze prywatnym można leczyć nie tylko krócej, ale też taniej, a o ile – przekonamy się w dalszej części artykułu.

Ile nas kosztuje dominacja szpitala i brak konkurencyjności w sektorze ochrony zdrowia

Analiza porównawcza pokazuje, jak przedłużone czasy pobytu i nieadekwatność formy udzielania świadczeń wpływają na koszty. W sektorze publicznym jest nie tylko dłużej, ale też drożej. W przypadku pięciu najpopularniejszych grup świadczeń udzielonych w Polsce w 2018 r. średnia kwota przeznaczona przez NFZ w sektorze publicznym była o ok. 50 zł wyższa niż w sektorze prywatnym. Jednak realną wartość świadczeń udzielonych pacjentowi otrzymujemy po odliczeniu wypracowanych zysków w sektorze prywatnym (średnio ok. 5%) i kosztu obsługi długu w sektorze publicznym (ok. 182 zł na świadczenie, co stanowi realny transfer środków przeznaczonych na leczenie do sektora finansowego). I tu proporcje się odwracają. Realnie w zakresie analizowanych świadczeń to sektor prywatny więcej przeznaczają na opiekę nad pacjentem – o ok. 51 zł. Jest to ogromna kwota, gdyż analizowaliśmy ok. 16,6 proc. wszystkich świadczeń zabiegowych udzielonych pacjentom w Polsce w 2018 r.

Dlaczego wydając więcej, otrzymujemy mniej?

Populiści wielokrotnie przedstawiali naszą branżę jako tę, w której dochodzi do nieetycznego zarabiania na pacjentach, oczywiście dotyczyło to podmiotów wy-

pracujących zysk netto. Zarzut ten dotyczył głównie sektora prywatnego. Oczywiście są nieliczne wyjątki publicznych podmiotów wypracowujących zysk (chylę czoła przed ich kierowniczkami i kierownikami), lecz giną one w tej narracji, ponieważ stanowią niewielki odsetek jednostek. Wykorzystując te hasła, niszczy się konkurencję, czy słusznie? Prosta analiza wykazała, że utrzymanie archaicznych form udzielania świadczeń obejmujących najpopularniejsze zabiegi oraz praktycznie eliminacja sektora prywatnego z sieci szpitali doprowadza do sytuacji, w której płatnik, wydając więcej na sektor publiczny, przyczynia się w istocie do zmniejszenia realnego finansowania świadczeń. Zagadnienie to wymaga pogłębionych badań, lecz ta prosta analiza dobitnie obrazuje, że populistyczne hasła pogarszają sytuację polskiego pacjenta. Jak to zmienić? Dać szefom szpitali takie mechanizmy finansowania, aby kierowała nimi racjonalność, w tym przypadku możliwość zmiany form udzielania świadczeń ze stacjonarnych całodobowych na alternatywne. Dlaczego jest to tak ważne? Bo dyskusja powinna rozpocząć się od pytania: Z jakiego powodu w Polsce w XXI wieku na pięciu pierwszych miejscach pod względem liczby udzielonych świadczeń znajdują się procedury, które w znakomitej większości należałoby realizować poza szpitalem? Dopóki nie odpowiemy na to pytanie, możemy bez końca analizować i przekonywać się, które świadczenia powinny mieć krótszy czas pobytu, który sektor jest bardziej wydajny itp. Ale to nie zmieni istoty problemu.

W szpitalach marnuje się i będzie marnować cenne zasoby i deficytowy kapitał ludzki, bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentem. Formy alternatywne, które możemy upowszechnić dzięki postępowi technologicznemu, są bardziej bezpieczne dla pacjentów, eliminują traumę odizolowania, a przede wszystkim nie narażają na powikłania związane z pobytem na oddziale szpitalnym. A ile nas to kosztuje? To już odrębna historia. Odpowiedzi będę szukał w kolejnej analizie.

Jarosław Kozera