

Rozwój sektora prywatnego jest nieunikniony



Fot. iStockphoto.com

BOGATY I BIEDNY

To wielkie wyzwanie dla Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, aby równo traktować podmioty prywatne i publiczne oraz pozwolić na wdrożenie preferencji dla podmiotów prywatnych, które zdecydują się na koordynację kluczowych obszarów ochrony zdrowia. Wyzwanie i konieczność – w przeciwnym wypadku grozi nam funkcjonowanie w systemie, w którym obywatele muszą płacić daninę na utrzymanie zasobów publicznej ochrony zdrowia i jednocześnie kupować w sektorze prywatnym usługi medyczne objęte gwarancją tej daniny.

Od wielu lat w Polsce zwiększa się liczba podmiotów leczniczych prowadzonych przez przedsiębiorców. Jednym z czynników stymulujących do utworzenia bądź przekształcenia podmiotu leczniczego w prywatny jest nieadekwatny do kosztów sposób finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie jest przecież tajemnicą, że podmioty, które w stu procentach realizują umowy z NFZ, wykazują w swoim wyniku finansowym straty. Wiele prywatnych podmiotów za-

biega o umowy z publicznym płatnikiem, ale nie jest to dla nich główne źródło utrzymania, a raczej sposób na przyciągnięcie do siebie pacjentów, którzy najczęściej swoją ścieżkę diagnostyki i leczenia rozpoczynają właśnie od świadczeń finansowanych przez NFZ. Często jest też zjawisko tworzenia niepublicznych podmiotów lub przekształcania w taką formę w celu zmiany sposobu zarządzania. Zmiany ukierunkowanej na zarządzanie zorientowane na jakość i powiązany z nią wynik

finansowy. Zaryzykuję zatem tezę, że rozwój sektora prywatnego jest ściśle powiązany z niedomogami sektora publicznego.

Co jest przyczyną?

Przede wszystkim to, że publiczny płatnik stawia bardzo wysokie wymagania i oczekiwania nie tyle co do efektywności i jakości leczenia, ile wymogów organizacyjnych, sprzętowych i kadrowych, a to nie zawsze bezpośrednio przekłada się na efektywność terapii czy komfort pacjenta.

Istotne są również spore utrudnienia komunikacji z płatnikiem w zawiązywanych umowach – ta rozbudowana sprawozdawczość i ta powszechna niepewność jutra. Wszystko to stanowi istotny czynnik ryzyka prowadzenia działalności opartej na umowie z NFZ. Przyczyną są również elementy rynkowe, czyli faktyczne potrzeby pacjenta: jego oczekiwania i potrzeby diagnostyczno-terapeutyczne. Prywatna placówka zdobywa wiedzę o potrzebach pacjenta od niego samego, natomiast system publiczny najczęściej lepiej wie, co pacjentowi się należy, i dość często stawia wiele barier w uzyskaniu tego, czego pacjent chce. Sektor publiczny ma również sporo ograniczeń w zakresie inwestycji, rozwoju i adekwatnej do potrzeb organizacji udzielania świadczeń.

Tworzy się zupełnie nowy rynek

Nowy rynek, który budowany jest z jednej strony na podstawie wiedzy medycznej, osiągnięć nauki i techniki, a z drugiej strony na podstawie potrzeb pacjentów zarówno w zakresie samego postępowania medycznego, jak i warunków, w jakich leczenie jest realizowane. Sektor prywatny rozwija się również dlatego, że zapewnia lepsze warunki do pracy medykom. Dla przedsiębiorcy jest oczywiste, że specjalista musi mieć właściwe narzędzia i musi otrzymać godziwe wynagrodzenie za swoją wiedzę, umiejętności i wykonywaną pracę. Coraz częściej obserwuję powstawanie nowych, niewielkich lecznic tworzonych przez grupy lekarzy, którzy – jak to mówią – „przechodzą na prywatę”. Jest to dla nich oczywiście wielki wysiłek, bo najczęściej całe swoje życie poświęcili wyłącznie pracy w publicznych placówkach, gdzie ich odpowiedzialność ograniczała się do wykonywania swojego zawodu. Tutaj natomiast wchodzi w obszar biznesu, ekonomii, prawa, a nawet marketingu. Zadanie mają jednak w pewien sposób ułatwione, gdyż rynek ten kreują potrzeby pacjentów. Przy niedomogach systemu publicznego w Polsce, aby zdobyć prywatnego pacjenta, nie trzeba bardzo dużo wysiłku. Pacjent sam poszukuje pomocy, widząc, że w publicznej ochronie zdrowia ma utrudniony dostęp do świadczeń. W tym momencie można by oczywiście zadawać pytania o sytuację finansową pacjentów i ich możliwości sfinansowania prywatnej ochrony zdrowia.

**CZĘSTO PACJENCI, KIEDY CHCĄ WYKONAĆ
MORFOLOGIĘ KRWI, UDAJĄ SIĘ OD RAZU
DO PRYWATNEGO LABORATORIUM
I TO TAM ROBIĄ BADANIA.
BEZ SKIEROWANIA I BEZ KOLEJKI**

Bezsprecznie pacjenci od lat poszukują alternatywy

Wiele lat temu pojawiły się pierwsze prywatne abonamenty czy nawet quasi-prywatne ubezpieczenia zdrowotne i ta branża w jakimś zakresie się rozwija. Wygląda na to, że głównie w obszarze swoistej podstawowej opieki zdrowotnej, czyli możliwości uzyskania porady specjalisty nie wtedy, kiedy uzyskamy skierowanie i odczekamy swoje w kolejce, ale wtedy, kiedy odczuwamy taką potrzebę. Po latach funkcjonowania systemów abonamentowych pacjenci zorientowali się, że przy akceptowalnym kwotowo abonamencie nie otrzymują wszystkiego, bo po prostu „wszystkiego” przy niskim abonamencie nie da się sfinansować – za wiele rzeczy trzeba dopłacić lub wykupić wyższy pakiet. To właśnie jest obszar rozwoju świadczeń udzielanych *ad hoc*, czyli diagnostyki wysokokosztowej czy operacji. Nie mam wątpliwości, że w społeczeństwie coraz powszechniej akceptowane jest opłacanie prywatnych świadczeń zdrowotnych.

Zachęcam czytelników „Menedżera Zdrowia”, by odpowiedzieli sobie teraz na pytanie, co robią, kiedy zachoruje im dziecko. Szukacie prywatnie pediatry, prawda? Najlepiej takiego, który przyjedzie do domu. Smutne jest to, że również często pacjenci poszukują prywatnie dostępu do specjalistów z tak niewralgicznych dziedzin, jak choćby onkologia. Trzeba zaznaczyć, że jest to spowodowane zmniejszonym zaufaniem do publicznych placówek medycznych. Poszukujemy dostępu do znanego onkologa, pracującego w ośrodku onkologicznym, który ma kontrakt z NFZ, a jednak chcemy się z nim spotkać prywatnie. Dlaczego?

Po pierwsze dlatego, że do placówki publicznej trudniej się dostać, bo są kolejki. Po drugie dlatego, że placówka prywatna daje gwarancję, że specjalista poświęci nam więcej czasu. Pacjenci mają też często przekonanie, że prywatnie ten sam specjalista będzie do nich podchodził inaczej – z większym zaangażowaniem, z większą empatią.

Osobiście wolę w to nie wierzyć. Wolę przyjmować za pewnik, że polski lekarz każdego pacjenta traktuje tak samo. Z równie wielką troską. I że w jego leczenie angażuje całą swoją wiedzę bez względu na to, czy prowadzi go w placówce publicznej czy prywatnej.



Fot. istockphoto.com

**POSZUKUJEMY DOSTĘPU DO ZNANEGO
ONKOLOGA PRACUJĄCEGO W OŚRODKU,
KTÓRY MA KONTRAKT Z NFZ,
A JEDNAK CHCEMY SIĘ Z NIM
SPOTKAĆ PRYWATNIE**

Obserwuję swoistą migrację personelu medycznego i przenoszenie ciężaru aktywności zawodowych na placówki prywatne. Dostrzegam czasem niebezpieczne zjawisko, które polega na tym, że pacjent podczas porady w placówce publicznej uzyskuje informację, że aby zachować ciągłość leczenia i uzyskać dostęp do wszystkich potrzebnych technologii, powinien rozważyć skorzystanie z usług prywatnego podmiotu, w którym prowadzący go specjalista praktykuje. Często zauważam, że lekarze pracujący w danym szpitalu jednocześnie praktykują w prywatnych podmiotach, a równocześnie widzę liczbę skierowań do publicznego sektora ze strony tych samych lekarzy z placówek prywatnych.

Tutaj obecnie zachodzi swoista synchronizacja, pewna synergia – lekarze starają się korzystać z zasobów, które są niedostępne czy mniej dostępne w placówce publicznej, na gruncie placówek prywatnych.

Koordinacji nie będzie

Nie spodziewam się jednak koordynacji między tymi dwoma sektorami – wręcz przeciwnie! Od kilku

lat dostrzegam swoistą migrację zarówno medyków, jak i pacjentów w stronę placówek niepublicznych. To oczywiście stanowi pewien mandat placówek prywatnych do uzyskiwania finansowania z NFZ. Jasne jest bowiem, że uprawnienie do tego finansowania ma pacjent, a nie placówka. To nie prywatnej lecznicy płatnik daje kontrakt – to pacjentowi finansuje leczenie w prywatnej placówce.

Powstaje zatem pytanie, czy NFZ będzie to robił chętnie oraz czy prywatne lecznice będą w przyszłości zabiegały o kontrakty. Obawiam się, że nie. Jak wspomniałem, wyceny świadczeń i warunki, jakie trzeba spełnić do realizacji umowy, odbiegają od oczekiwań prywatnych lecznic. Pozostaje zatem sprzedaż wolnorynkowa.

W dużej mierze górę bierze aspekt finansowy, z którym zainteresowani zaczynają sobie coraz lepiej radzić. Pacjenci mają coraz większą świadomość, że za pewne rzeczy po prostu trzeba zapłacić. Lecznice z kolei starają się dostosować swoją ofertę tak, by była jak najbardziej akceptowalna i przystępna dla chorych.

Pojawiają się również specyficzne instrumenty finansowania prywatnej opieki zdrowotnej. Bardzo często bezpośrednio w prywatnych placówkach pacjenci mogą uzyskać kredyt na leczenie, a niektóre ośrodki tworzą nawet własne systemy abonamentowe. Słyszałem na przykład o pakietach obejmujących prowadzenie ciąży. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej proponował pa-

cjentkom ryczałtowy sposób finansowania wszystkich standardowych świadczeń. Wydaje się zatem, że niezależnie od działań systemu publicznego najstarsza zasada popytu i podaży tutaj właśnie się ziszcza – działa. Przyczyniła się do tego również epidemia SARS-CoV-2, która spotęgowała popyt na usługi sektora prywatnego. Szpitale są zajęte COVID-19, więc pacjenci szukają pomocy prywatnie. Potrzeba świadczenia usług rośnie.

Deklaracje prezydenta Andrzeja Dudy

Oczywiste jest, że medycy dostrzegają to zjawisko. Z jednej strony to oni, powodowani przede wszystkim swoim powołaniem i chęcią pomocy pacjentom, tworzą i organizują przestrzeń, w której mogą im pomagać – ale oczywiście za opłatą. Z drugiej strony przedsiębiorcy, których oczekiwaniem jest zysk, tworzą instrumenty i narzędzia do skutecznego świadczenia usług, na które jest popyt, do podnoszenia ich jakości i konkurencyjności z sektorem publicznym. Bo cóż to jest innego, jeśli nie właśnie konkurencyjność? I trzeba jasno powiedzieć, że to sektor prywatny jest często bezkonkurencyjny, mimo że za swoje usługi bierze pieniądze. Dlaczego? Po pierwsze – może usługę zaoferować, po drugie – może ją zaoferować na dobrym poziomie, po trzecie wreszcie – bardzo często pacjent nie ma alternatywy. I na nic tutaj deklaracja prezydenta Andrzeja Dudy, z której wynika, że nie będzie dochodziło do prywatyzacji służby zdrowia. Bo o ile funkcjonuje sieć publicznych szpitali, która w jakimś zakresie będzie zabezpieczała podstawowe potrzeby zdrowotne obywateli, o tyle świadomość zdrowotna społeczeństwa – coraz większe przywiązywanie wagi do profilaktyki, czujność w kwestii własnego zdrowia – sprawi, że pacjenci będą poszukiwać poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. W efekcie stanie się tak, że obywatele pewną część świadczeń będą widzieć w sieci szpitali, ale coraz większą w sektorze prywatnym. Z całą pewnością deklaracja prezydenta może być zrealizowana w tym zakresie, że szpitale publicznych faktycznie nie będą się przekształcać w prywatne. Ale tak na marginesie, powiedzmy sobie szczerze – ile szpitali publicznych chciałoby dziś realizować usługi komercyjne? Myślę, że wiele. Twierdzą nawet, że każdy publiczny szpital ma taki obszar, w którym chciałby rozwijać działalność komercyjną! Dlaczego? Bo to dodatkowy zastrzyk pieniędzy. Ogromne znaczenie ma też to, że świadczenia komercyjne są we właściwy sposób skalkulowane – ich cena, pozostając przy ściśle ekonomicznej nomenklaturze, pokrywa koszty wytworzenia. W przypadku świadczeń finansowanych przez NFZ stanowi ona swoisty ryczałt nie tylko wartości umowy, ale wartości każdego świadczenia.

Sektor prywatny rozwija się dziś we wszystkich obszarach – począwszy od diagnostyki. Często pacjenci, kiedy chcą wykonać morfologię krwi, udają się od razu do prywatnego laboratorium i to tam robią badania.

ROZWÓJ SEKTORA PRYWATNEGO JEST ŚCIŚLE POWIĄZANY Z NIEDOMOGAMI SEKTORA PUBLICZNEGO

Bez skierowania i bez kolejki. Wiele prywatnych podmiotów oferuje nie tylko wykonanie tych badań, lecz także konsultację lekarską po uzyskaniu wyników.

Prywatna ochrona zdrowia to również duży sektor świadczeń zabiegowych. W Polsce są niepubliczne szpitale jednoprofilowe zajmujące się na przykład wyłącznie zabiegami ortopedycznymi. Jeszcze kilka lat temu wykonywały one zaledwie jeden, wybrany rodzaj operacji, ale dzisiaj budują kompleksowe usługi wokół zabiegów. Oferują pacjentom zarówno kwalifikację do operacji, jak i wykonanie zabiegu oraz późniejszą rehabilitację. To wymarzony układ dla pacjenta, który po pierwsze nie czeka w kolejce (a przynajmniej nie tak długo jak w sektorze publicznym), a po drugie dostaje wszystko w pakiecie. Kompleksowo. Oczywiście za opłatą. Sektor prywatny to dziś również duży obszar rehabilitacji, a nawet opieki długoterminowej czy paliatywnej.

Proces nie do powstrzymania

W każdej dziedzinie medycyny rozwijają się podmioty prywatne, to proces nie do powstrzymania. Pojawia się tylko pytanie, czy państwo powinno ingerować w ten rozwój, w strukturę prywatnych podmiotów, a może przede wszystkim – czy powinno szukać możliwości koordynacji i współpracy z nimi. Mówimy przecież o dziedzinie szczególnie regulowanej prawem: zarówno pracy medyka określonej w ustawach zawodowych, jak i specyficznym rodzaju samej działalności wynikającej z ustawy o działalności leczniczej. Regulowana jest dlatego, że dotyczy bezpieczeństwa obywateli. Państwo reguluje wszystkie takie obszary. W mojej ocenie należy poszukiwać możliwości koordynacji, współpracy pomiędzy sektorami publicznym i prywatnym. Trzeba tworzyć różnego rodzaju przestrzenie, w których nie zgubi się troska o pacjenta, bez względu na to, kto za to płaci. Dziś tego nie ma. Coraz częściej obserwuję natomiast zjawisko koordynacji pomiędzy samymi lecznicami niepublicznymi, nawiązywania współpracy mającej na celu zachowanie ciągłości leczenia i delegowanie pacjenta na kolejny etap opieki medycznej. To jest załączek czegoś, co przez lata budowano w sektorze publicznym, czyli zależności pomiędzy podmiotami i dziedzinami medycyny opartych na standardach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Dziś bardzo dużym atutem prywatnej lecznicy jest to, że jest skoordynowana z innymi placówkami i dzięki temu może zapewnić pacjentowi ciągłość opieki medycznej. Jeśli oczywiście sama nie



Fot. iStockphoto.com

**KAŻDY PUBLICZNY SZPITAL
MA TAKI OBSZAR,
W KTÓRYM CHCIAŁBY ROZWIJAĆ
DZIAŁALNOŚĆ KOMERCYJNĄ**

gwarantuje omawianej już kompleksowości. Kiedy do takiej koordynacji dojdzie na dużą skalę, będzie to kolejny argument za bezkonkurencyjnością podmiotów prywatnych.

To jednak wcale nie oznacza, że sektor publiczny przestanie istnieć czy nie będzie sobie dawał rady. Sektor publiczny zawsze będzie stanowił bazę – podstawowe zabezpieczenie bezpieczeństwa zdrowotnego – i to nie tylko dla tych, których nie stać na leczenie prywatne. Sektor publiczny to głównie obszar ratowania życia. Niepodważalny jest też aspekt potencjału intelektualnego, który placówki publiczne potrafią skupiać i organizować. Przecież w centrum onkologii czy dużym szpitalu klinicznym interdyscyplinarne konsylia są dziś na porządku dziennym! W podmiotach publicznych nie jest to jeszcze takie łatwe i oczywiste.

Czasem zadaję sobie nawet pytanie, czy coraz to nowe obostrzenia oraz obniżanie wartości finansowania świadczeń nie mają na celu właśnie swoistego spłaszczenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Wszak to dyrektor szpitala, mając dziś budżet, czyli górną granicę finansowania, a także obowiązek udzielenia świadczeń każdemu, kto się do jego szpitala zgłosi (i oczywiście kwalifikuje się do wdrożenia leczenia), zaczyna ustalać kolejkę i względem każdego pacjenta czy grupy pacjentów musi ważyć, musi szukać złotego środka między budżetem, który posiada, a bezwzględną potrzebą tego pacjenta. Bezwzględność tę rozumiem w granicznym punkcie, w którym nakłady na leczenie będą pokrywały tylko, co niezbędne. Można zatem powiedzieć, że jakość koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli to, co lecznica zastosuje, by pacjenta leczyć, jest w rękach dyrektora publicznej placówki. I to na barki dyrektorów szpitali zrzucano odpowiedzialność za kształt faktycznego, ostatecznego koszyka świadczeń gwarantowanych, ponieważ muszą oni zbilansować placówki przy

budżetach, które mają. A warto podkreślić, że to nie lekarz generuje koszty. Koszty generuje pacjent. Jego potrzeby zdrowotne, które ustala się na podstawie stanu klinicznego i wiedzy terapeuty – to jest prawdziwy koszt. A nie to, za co zapłaci albo nie zapłaci NFZ.

Realia są niestety takie, że obywatele nie są gotowi płacić wyższej składki zdrowotnej. Powodów jest wiele. Przede wszystkim taki, że już dawno utracili zaufanie do publicznego płatnika. I choć myślę, że w pandemii udało mu się to zaufanie w znacznej mierze odzyskać, ponieważ zrobił rzeczy wiele propacjenckich, to pacjenci wciąż nie mają przekonania, że za składkę zdrowotną, którą płacą od lat, uzyskują to, co powinni. System publiczny trzeba zatem bilansować z tych pieniędzy, które do niego wpływają. A przecież świat, medycyna, technika idą do przodu. Pojawiają się nowe możliwości, które są dla chorego szansą na przeżycie, wyzdrowienie, a które tylko w ograniczonym zakresie są dostępne w placówce publicznej. Rozwój sektora prywatnego jest nieunikniony. Przewiduję wielką dynamikę wzrostu zarówno liczby placówek prywatnych, jak i zakresu oferowanych przez nie świadczeń zdrowotnych.

Odptyw

Poważnym zagrożeniem jest na pewno odpływ specjalistów, medyków, którzy w jakimś momencie zadadzą sobie pytanie, czy naprawdę muszą dalej pracować w takich warunkach finansowych, organizacyjnych i prawnych, jakie zapewnia im sektor publiczny, skoro w prywatnej lecznicy będą mogli leczyć za lepsze pieniądze, lepszymi narzędziami i w lepszej rzeczywistości organizacyjnej. Gdyby przyjąć, że tego zjawiska nie da się zahamować, to ogromną rolę do odegrania mają moderatorzy publicznej ochrony zdrowia. To wielkie wyzwanie dla ministra zdrowia i publicznego płatnika, bo jeśli działalność lecznicza jest regulowana, to można oczekiwać z jednej strony równego traktowania podmiotów prywatnych i publicznych w zakresie udziału w całości systemu, ale z drugiej strony podjąć trud wdrożenia preferencji dla podmiotów prywatnych, które zdecydują się na koordynację kluczowych obszarów ochrony zdrowia. Jestem przekonany, że przedsiębiorcy wejdą w takie partnerstwo publiczno-prywatne. W przeciwnym wypadku grozi nam funkcjonowanie w systemie, w którym obywatele muszą płacić daninę na utrzymanie zasobów publicznej ochrony zdrowia i jednocześnie kupować w sektorze prywatnym usługi medyczne objęte gwarancją tej daniny.

Nikt nie zmusi pacjenta, żeby zrezygnował ze swoich potrzeb i z szansy ratowania swojego zdrowia i życia. Pewne naturalne zjawiska trzeba widzieć i na nie reagować. Przez ostatnie lata sektor prywatny je widział i zareagował adekwatnie. W rezultacie dynamicznie się rozwija i coraz częściej w ogóle nie jest zainteresowany podpisywaniem umów z NFZ.

Rafał Janiszewski