

Kto komu podbiera maliny z koszyka świadczeń gwarantowanych

# Balladyny i Aliny



foto. 123RF

Szpitala prywatne wybierają maliny z koszyka świadczeń gwarantowanych – to popularna teza, której głosiciele uważają, że prywatni świadczeniodawcy wykonują opłacalne procedury, mniej opłacalne zostawiając publicznym. Rzeczywistość nie jest jednak czarno-biała, a znane na całym świecie zjawisko spijania śmietanki nie dotyczy jedynie sektora prywatnego. Publiczne szpitale też to robią. Rzadko w tej dyskusji pojawia się refleksja nad działaniami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia – instytucji, które decydują o kształcie opieki zdrowotnej, a także o tym, jaka może być skala wspomnianego zjawiska.

Stawianie placówek publicznych w opozycji do prywatnych (czy odwrotnie) powoduje, że powstaje pociągająca wizja konfliktu pomiędzy dwoma światami. Nie neguję istnienia różnic, ale opozycja prywatne – publiczne w polskiej ochronie zdrowia jest przerysowana. Trzeba przy tym pamiętać, że konflikty w ochronie zdrowia zazwyczaj są oznaką kryzysu, ewentualnie objawem występującym przed reformami systemowymi, które zmieniają dotychczas obowiązujące zasady. W ostatnich trzech latach wybuchały konflikty w sprawie wystawiania recept, sposobu raportowania przez POZ realizowanych świadczeń do NFZ, wokół wynagrodzeń czy zasad kontraktowania (w głównej mierze dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

## Creaming, czyli spijanie śmietanki

Bez względu na sposób prowadzenia sporów oraz ich częstotliwość nie traćmy z oczu faktu, że w systemie funkcjonują zarówno szpitale świetnie prosperujące i generujące nadwyżki finansowe, jak i takie, które z roku na rok coraz bardziej się zadłużają. Zjawisko to dotyczy i placówek publicznych, i prywatnych. Jak bardzo złożone są przyczyny sukcesu lub porażki danego przedsięwzięcia, pokazały badania pod kierunkiem Wojciecha Misiąga. Kilka lat temu bez powodzenia próbował on ustalić, które zmienne w organizacji i funkcjonowaniu szpitali są najsilniej skorelowane z wielkością zadłużenia (dane z lat 2004–2006 zaprezentowane w pracy „Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach”).

Zjawisko wybierania malin, nazywane w ekonomice ochrony zdrowia spijaniem śmietanki (*creaming*), zostało opisane w literaturze na podstawie badań przeprowadzonych w kilku krajach. W Polsce temat ten próbowali poruszyć naukowcy z Pomorza. W 2012 r. powstał raport Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUM). Moim zdaniem – i nie tylko moim – badania te nie do końca odzwierciedlały rzeczywistość.

Podstawowym wnioskiem sformułowanym w raporcie GUM była hipoteza, że podmioty niepubliczne dokonują selekcji pacjentów, tzn. świadczą usługi chorym bez dodatkowych obciążeń zdrowotnych, generującym niższe koszty hospitalizacji, którzy przynoszą zysk świadczeniodawcy. Raport GUM został opracowany na podstawie danych z realizacji świadczeń w województwie pomorskim i dotyczył ośmiu miesięcy (bez wskazania, którego roku).

W odpowiedzi centrala NFZ przygotowała analizę i ustosunkowała się do problemów zawartych w rapor-

cie. Analiza obejmowała trzy lata (2009–2011) i zawierała dane z systemu informatycznego z całego kraju. Opracowanie NFZ nie potwierdziło hipotez GUM.

Zwolennicy opozycji prywatne – publiczne często mówią, że prywatny świadczeniodawca koncentruje się na maksymalizacji zysku. To prawda, że musi on dbać o zysk. Ale czy to źle? Przecież brak troski o zysk to jeden z podstawowych zarzutów pod adresem zadłużonych placówek publicznych. Poza tym nie każdy prywatny świadczeniodawca dąży do zysku za wszelką cenę. Nadto organizatorem tworzącym ramy działalności w ochronie zdrowia są władze państwowe: rząd, ustawodawca, władze terenowe, NFZ. To te instytucje i organy decydują, ile wolno zarówno publicznemu, jak i prywatnemu świadczeniodawcy.

### Rola płatnika

Należy zwrócić uwagę na jeden z najważniejszych aspektów systemu ochrony zdrowia, jakim jest alokacja. Thomas Getzen – amerykański ekonomista zajmujący się ekonomiką zdrowia – zdefiniował alokację jako to, co określa wartość wydanych na zdrowie pieniędzy. Alokacja w tym znaczeniu odnosi się do dystrybucji zasobów, świadczeń zdrowotnych oraz dochodów dostawców tych świadczeń. W Polsce alokacja to przede wszystkim sposób kontraktowania funduszy publicznych, tj. podział świadczeń finansowanych z pieniędzy publicznych między poszczególne oddziały NFZ oraz alokacja tych funduszy między różnych świadczeniodawców i różne rodzaje świadczeń.

Doktor Katarzyna Tymowska – ekspert w zakresie ekonomiki zdrowia – niejednokrotnie wskazywała w swoich wystąpieniach i publikacjach, że „właśnie w tej alokacji rozstrzyga się wiele problemów, tu powstają silne motywacje do określonych zachowań i pacjentów, i pracowników, i urzędników NFZ”. Niewłaściwe zasady alokacji doprowadzają do konfliktów. Przykładów złej alokacji mamy w polskiej ochronie zdrowia zbyt wiele. Bódcze ukryte w kontraktach dla szpitali i AOS powodują, że powszechnie „wypycha się” pacjenta z ambulatorium do szpitala w celu przeprowadzenia diagnostyki. Coraz dramatyczniejszym problemem staje się pomoc doraźna, do której „wypychani” są pacjenci z POZ i ambulatoriów specjalistycznych. Przykłady można, niestety, mnożyć.

### Monospecjalizacja

Zwykło się też uważać, że monospecjalizacja (dominująca w sektorze szpitali prywatnych) jest bardziej opłacalna niż wielospecjalizacja. Monospecjalizacja w „technicznym” aspekcie działalności, rozumianym jako zrealizowanie usługi, może stanowić gwarancję sukcesu, jak w wielu dziedzinach gospodarki. Bez wątpienia też monospecjalizacja minimalizuje koszty. Ale – co istotne zwłaszcza w ochronie zdrowia – ułatwia maksymalnie podniesienie jakości usługi. Pamiętajmy też, że tyl-

„ To prawda, że prywatny świadczeniodawca musi dbać o zysk. Ale czy to źle? Poza tym nie każdy prywatny świadczeniodawca dąży do zysku za wszelką cenę ”

ko jednostki z dużym marginesem bezpieczeństwa finansowego mogą w tej chwili pozwolić sobie na komfort monospecjalizacji, poza dziedzinami, które historycznie takie są, np. stomatologia.

Nie mogę nie wspomnieć o tym, że prywatne szpitale chcą się rozwijać i większość zarządzających nimi dostrzega konieczność kompleksowej opieki nad pacjentem. Zdarza się jednak, że płatnik – faktyczny organizator opieki zdrowotnej – nie jest w stanie (z rozmaitych przyczyn) sprostać takim oczekiwaniom.

„ Prywatne szpitale chcą się rozwijać i większość zarządzających nimi dostrzega konieczność kompleksowej opieki nad pacjentem. Jednak płatnik – faktyczny organizator opieki zdrowotnej – często nie jest w stanie sprostać takim oczekiwaniom ”

Ochrona zdrowia jest specyficznym działem gospodarki. W żadnym kraju nie jest zdana na niewidzialną rękę rynku; ingerencje państwa mają szerszy bądź węższy zakres, jednak są zawsze. Świadczeniodawcy działający w tym sektorze funkcjonują w wyznaczonych przez państwo ramach. Warto podkreślić za Thomasem Getzenem i dr Tymowską, że opieka zdrowotna to działalność gospodarcza, która podmiotom w nią zaangażowanym przynosi różnie mierzone korzyści ekonomiczne (pacjentom, pracownikom opieki zdrowotnej, właścicielom instytucji, firmom zaopatrującym szpitale w leki, sprzęt, aparaturę, żywność, energię itp.). Podkreślali oni, że poszukiwanie efektywnych sposobów uzyskiwania tych korzyści i różnych metod ich pomiaru nie oznacza, że działalność ta traci swój etyczny wymiar.

Anna Szczerbak  
Autorka jest prezesem Nafis SA,  
spółki prowadzącej trzy szpitale specjalistyczne