

Zakładom opieki zdrowotnej potrzebna jest stabilność finansowania

Równość praw i obowiązków

Jacek Łukomski

Do potrzeby istnienia silnego sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia nie trzeba już chyba nikogo przekonywać. Sektor ten wprowadził m.in. nieznanne przedtem zjawisko konkurencji w przekształconych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Jako jednostki budżetowe cierpiały one co prawda na znaczne niedobry finansowe, ale w wielu przypadkach nie odczuwały potrzeby zmian w swoich strukturach i poprawy efektywności ze względu na utrzymanie pozycji monopolisty.

Konstytucyjne obowiązki

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej nie stanowią jedynie uzupełnienia dla sektora publicznego, lecz są silnymi, samodzielnymi podmiotami rzucającymi wyzwanie placówkom publicznym. Pojawiające się głosy mówiące o potrzebie sprywatyzowania całej służby zdrowia na zasadach wolnorynkowych, wg mnie świadczą o niezrozumieniu faktu, iż Konstytucja RP zobowiązuje do konieczności zaspakajania potrzeb zdrowotnych wszystkich obywateli naszego kraju, szczególnie zaś dzieci i młodzieży, osób niepełnosprawnych i starszych. Oczywiście, zakres tej opieki (tzw. koszyk świadczeń) ciągle nie jest określony. Nie powinno się to odbywać na zasadzie *urawniłowki* znanej z przeszłości, bo przecież ludzie zamożni i wpływowi będą uprzywilejowani zawsze i w każdym systemie. Choć wprowadzenie list oczekujących wykazało, że będąc VIP-em nie można liczyć na szczególne przywileje, zwłaszcza iż publiczne placówki nie mogą pobierać jakichkolwiek opłat. Oczekujemy oparcia takiego uprzywilejowania, gdy się pojawi, na jawnych, czytelnych zasadach.

Mity i rzeczywistość

Nienormalna jest sytuacja, gdy politycy obiecują wszystkim obywatelom naszego kraju, iż wszystko w opiece zdrowotnej będzie bezpłatne, a następnie publicznie mówią, że w niektórych przypadkach można złamać kryterium równości. Oznacza to, że można łamać prawo, które zostało ustanowione przez samych polityków. Wystarczy spojrzeć na wydatki na leki, których większą część ponoszą chorzy

z własnej kieszeni. System ochrony zdrowia oparty na jawnych, czytelnych zasadach, wynikających m.in. z możliwości wydatkowania środków finansowych odpowiednich do zakresu udzielanych świadczeń oraz efektywnego ich wykorzystywania, to jedyna droga do rzeczywistej poprawy systemu opieki zdrowotnej. Likwidacja *szarej strefy* przez prywatyzację, zalecana przez niektóre środowiska, to mit. Potwierdzają to ostatnie wydarzenia związane z dochodzeniem prowadzonym przez małopolską prokuraturę, które wykazują, że możliwość wystąpienia korupcji, która istnieje między pacjentem a publicznym zakładem opieki zdrowotnej, w sektorze prywatnym może pojawić się na styku niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej i płatnika.

Uznaniowe kontraktowanie

Dotychczasowe systemy kontraktowania świadczeń zdrowotnych należy ocenić negatywnie ze względu na ich uznaniowy charakter, brak racjonalnych i jawnych kryteriów wyboru kontrahenta, określenia kwoty i zakresu kontraktu, zbyt krótki czas trwania konkursu ofert oraz pozorny charakter negocjacji. Praktyki te w istotny sposób naruszały ustawę o finansach publicznych.

Próby poprawy tego stanu rzeczy nie przynoszą spodziewanych efektów z następujących powodów:

- konieczności respektowania aktualnie obowiązującego prawa, podlegającego zbyt często doraźnym celom politycznym;
- negatywnego wpływu zorganizowanych, monopolistycznych grup świadczeniodawców;
- uznaniowego charakteru decyzji;
- braku systematycznych studiów nad funkcjonowaniem systemu.

Konieczne jest opracowanie systemu kontraktowania pozbawionego tych wad. Obecnie obowiązujący system ochrony zdrowia nie uregulował zasad wynikających z orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego.

tucyjnego, który 7 stycznia 2004 r. wskazał m.in. na brak gwarancji dla ubezpieczonych w zakresie równego dostępu do świadczeń, fikcyjność ich praw i nieprecyzyjność regulacji.

W opinii znacznej części świadczeniodawców finansowanie świadczeń oparte na dwóch różnych sposobach: kapitałowym i za procedury, sprzyja przeliczaniu kosztów pomiędzy tymi obszarami i zdecydowanie utrudnia funkcjonowanie systemu zgodnie z założeniami organizacji świadczeń medycznych.

Dekompozycja systemu

Istotnym problemem jest dekompozycja systemu ochrony zdrowia. Lekarze rodzinni wraz z podstawową opieką zdrowotną nie zajmują się opieką kompleksową i całodobową. Wzrasta liczba porad specjalistycznych, porad w izbach przyjęć i na oddziałach ratunkowych oraz liczba hospitalizacji. W szpitalu wojewódzkim, którym kieruję, liczba pacjentów, którzy trafili na oddział ratunkowy, wzrosła w ciągu ostatnich kilku lat z 30 do 45 tys. rocznie. System opieki zdrowotnej ulega coraz większemu rozdrobnieniu. Zbyt często preferowane są interesy poszczególnych grup świadczeniodawców. Obserwuje się kierunek odwrotny od deklarowanej opieki koordynowanej i kompleksowej. W opinii wielu dyrektorów szpitali publicznych

wysoko specjalistycznych, w przeszłości finansowanych z budżetu państwa (np. kardiologia inwazyjna, kardiochirurgia, implantacja materiałów biomedycznych itd.). W innym przypadku środki ze składki zdrowotnej będą finansować nowe zadania.

Należy pilnie rozważyć wprowadzenie mechanizmów regulacyjnych, takich jak współpłacenie, *fundholding* czy budżety globalne, przy równoczesnym szczegółowym monitorowaniu i nadzorowaniu sposobu wykonywania świadczeń. Należy też dążyć do ujednoczenia stawek za wszystkie świadczenia zdrowotne. Proces ten ulega, niestety, znacznemu spowolnieniu, a czasami wręcz podejmuje się działania odwrotne. Zmianą może być słynny *wskaźnik 1,2*, który umożliwił złamanie przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia własnej uchwały określającej maksymalną wartość punktu na poziomie 10 zł. Zarządzając stosowanie przelicznika 1,2, NFZ wprowadził w uprzywilejowanych jednostkach wartość punktu na poziomie 12 zł.

Katalogi jakości i schorzeń

Zapewnienie jakości usług medycznych powinno być oparte o istniejące na świecie systemy oceny zewnętrznej dokonywanej przez niezależne instytucje. Certyfikaty, dokumentujące zgodność poziomu

» Nienormalna jest sytuacja, w której politycy obiecują obywatelom, że wszystko w opiece zdrowotnej będzie bezpłatne »

następuje powrót do instytucji *lekarza rejonowego upychającego pacjentów do szpitali*.

Narastające zjawisko przeliczania kosztów powoduje istotny wzrost kosztów funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia, spowodowany fragmentaryzacją systemu i coraz większą emancypacją poszczególnych grup świadczeniodawców. To efekt siły organizacyjnej, sprawności argumentowania i wpływów politycznych, które ciągle wzrastają. Do szpitali trafia wielu chorych, którzy z powodzeniem mogliby być leczeni w trybie ambulatoryjnym, ale tam nie ma pieniędzy na badania diagnostyczne. Dlatego należy wprowadzić mechanizmy racjonalizujące zarówno po stronie popytu, jak i podaży usług zdrowotnych. Dotyczy to zarówno świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców.

Zaniedbania resortu

W ciągu kilku ostatnich lat obserwuje się praktykę zlecenia wykonywania procedur wysoko specjalistycznych finansowanych z budżetu państwa kasom chorych/oddziałom NFZ bez przekazywania niezbędnych środków. Należy ponownie zarezerwować odpowiednie środki w budżecie państwa i/lub NFZ na kontraktowanie różnych grup procedur

wykonywanej pracy z normami lub standardami, powinny być traktowane przez płatnika publicznego jako wytyczna do zawierania kontraktów z tymi jednostkami, które je posiadają, szczególnie w zakresach gwarantowanych świadectwem jakości.

Należy dążyć do tworzenia standardów sprawozdawania danych zgodnie z przyjętymi i powszechnie stosowanymi na świecie międzynarodowymi kodami, określającymi rozpoznania i zdarzenia medyczne, np. ICD-9CM, ICD-10, ICPC-2, CPT-4. Należy też zapoczątkować systematyczne prace nad katalogami schorzeń, procedur i świadczeń w oparciu o już istniejące katalogi typu ICD-9CM czy amerykański CPT-4.

Nowy sposób alokacji środków, który uwzględniłby różnice związane z odległością, zagęszczeniem, liczbą podmiotów, zakresem i sposobem funkcjonowania opieki zdrowotnej w dużych aglomeracjach i poza nimi (małe miasteczka, tereny górskie lub rolnicze) powinien poprawić proces zaspakajania potrzeb zdrowotnych, a nie utrzymywać bazę służby zdrowia.

Wobec różnych zakresów zadań istnieje istotna różnica w traktowaniu podmiotów publicznych i niepublicznych. Daje się odczuć bardzo silna pre-

sja ze strony sektora prywatnego na zrównanie praw podmiotów publicznych i niepublicznych, przy jednoczesnej daleko posuniętej nierówności w nałożonych obowiązkach, na niekorzyść publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nie kwestionuję konieczności równego traktowania sektora niepublicznego i publicznego, lecz należy oczekiwać zrównania zarówno praw, jak i obowiązków.

Przywileje prywatnych

Obecna sytuacja stawia niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w uprzywilejowanej sytuacji w stosunku do podmiotów niepublicznych z następujących powodów:

1. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą korzystać z umów zawartych z NFZ, a zarazem realizować świadczenia w pełni odpłatne i to najczęściej na rzecz osób ubezpieczonych. Według obecnej interpretacji prawa, publiczny zakład opieki zdrowotnej może udzielać świadczeń jedynie nieodpłatnie. Po wyczerpaniu limitów przyznanych przez NFZ osoby ubezpieczone nie mogą skorzystać z ich świadczeń, nawet gdyby dobrowolnie chciały za nie zapłacić (przykład: kasy chorych i NFZ zażądały od szpocz-ów zwrotu kosztów zakupu endoprotez dokonanych poza szpitalem, a poniesionych przez pacjentów, którym wszczepiono endoprotezy. Zwrot kosztów dokonany przez publicznego płatnika obejmował jedynie wykonanie procedury bez kosztu implantu).
2. Sytuacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w przypadku wyczerpania limitu świadczeń zapisanego w umowie z NFZ na dany rok, a wynikająca z niedoboru środków publicznych, stawia go natychmiast w niekorzystnej sytuacji w stosunku do zakładów niepublicznych, w których część przychodów może stanowić wykonywanie świadczeń odpłatnych – w tym samym systemie i od tej samej grupy ubezpieczonych pacjentów. Takie traktowanie podmiotów publicznych ogranicza znacznie ilość wykonanych procedur do limitów narzuconych wartością umowy zawartej z NFZ. Zjawisko to uniemożliwia wystąpienie tzw. efektu skali, który zdecydowanie poprawiłby sytuację finansową publicznego zoz-u.
3. Tzw. *ustawa 203* dotyczyła publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co doprowadziło do drastycznego wzrostu ich kosztów, podczas gdy sektor niepubliczny nie miał tego problemu.
4. Szpitale publiczne są obciążone dodatkowymi kosztami leczenia powikłań i stanów pogorszenia zdrowia lub zagrożenia życia pacjentów przekazywanych z niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wynika to z ustawowego obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego w stanach zagrożenia życia lub zdrowia, bez względu na możliwość sfinansowania poniesionych kosztów.
5. Większość niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej nie sprawuje opieki całodobowej lub robi to w bardzo ograniczonym zakresie, a więc nie ponosi wysokich kosztów gotowości i udzielania świadczeń w ramach pomocy doraźnej znacznie poniżej poziomu rentowności. Szczególnie dotyczy to działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych, gdzie przychody dużych placówek pokrywają 20 do 40 proc. ponoszonych kosztów.
6. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogą dokonywać doboru leczonych chorych po kątem minimalizacji ryzyka:
 - a. leczenie chorych bez chorób towarzyszących, co wynika z płacenia przez NFZ tylko za jedną procedurę w zdecydowanej większości przypadków;
 - b. unikanie leczenia chorych w starszym wieku;
 - c. selekcja wykonywanych procedur pod kątem opłacalności;
 - d. leczenie chorych nieubezpieczonych, głównie bezdomnych, odbywa się prawie wyłącznie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej;
 - e. unikanie przez placówki niepubliczne hospitalizacji chorych z tzw. względów społecznych.
7. Znacznie mniejsze koszty funkcjonowania niepublicznych zoz-ów wpływają na wzrost ich konkurencyjności w stosunku do placówek publicznych zarówno z powodów wymienionych powyżej, jak i również ze względu na:
 - a. znacznie wyższą stawkę ubezpieczenia OC w szpocz-ach, wynikającą z niedokonywania selekcji ryzyk;
 - b. zatrudniania na kontraktach w placówkach niepublicznych wielu pracowników zoz-ów publicznych, ponoszących wiele kosztów, które wynikają, np. ze stosunku pracy (składki na ZUS, wysokie koszty ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej itd.).

Dosyć prowizorki

Na zakończenie należy stwierdzić, że system ochrony zdrowia można poprawić nie tylko poprzez zmianę zasad i poziomu finansowania opieki zdrowotnej, lecz przez stworzenie takiego systemu ochrony zdrowia, w którym w sposób jednoznaczny, spójny i jawny określi się zasady finansowania, kompetencje i zadania oraz zależności administracji rządowej, samorządowej, wyższych uczelni itd. Należy też wreszcie uregulować działalność placówek służby zdrowia przez uchwalenia przez Sejm nowej, kompleksowej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i zapewnienie im stabilności finansowania. Nie jest sposobem załatwiania problemu poprawianie prowizorycznej ustawy, która miała w przeszłości tymczasowo wprowadzić pewne elementy tzw. samodzielności do skostniałych jednostek budżetowych. Można jedynie mieć nadzieję, że nie wszystkie prowizorki są wieczne. ■