

# Publiczne-prywatne

W *Menedżerze Zdrowia* nr 3/2005 ukazała się *cover story* pt. *Prywatne jest piękne*. Zamieszczone w nim teksty wzbudziły duże zainteresowanie. Wielu Czytelników przekazało do redakcji uwagi, będące wyrazami akceptacji dla tez zawartych w artykułach. Pojawiły się też głosy krytyczne. W *Menedżerze Zdrowia* nr 4/2005 zamieściliśmy polemiczny artykuł dyr. Jacka Łukomskiego (*Równość praw i obowiązków*). Teraz publikujemy dwa kolejne teksty, będące głosami w dyskusji na temat rynku zdrowotnego w naszym kraju.

## Bez ryzyka

Adam Jacyna Onyszkiewicz

Z uwagą zapoznałem się z wypowiedzią prezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych, zamieszczone w nr 3/2005 *Menedżera Zdrowia* pod tytułem *Pogrobowcy komuny*. Nie mogę pozostać obojętny wobec niektórych stwierdzeń pana prezesa Sokołowskiego, który domaga się zrównania podmiotów publicznych i niepublicznych w dostępie do źródeł finansowania ze strony sektora państwowego. Byłbym skłonny również optować za takim sposobem finansowania, gdyby obowiązki i obciążenia podmiotów prywatnych były podobne do obciążeń podmiotów publicznych. A różnice są znaczne. Spróbuję je kolejno przedstawić, używając dla uproszczenia terminów: *szpital publiczny i szpital niepubliczny*.

Szpital niepubliczny przyjmuje nieodpłatnie chorych do momentu wyczerpania limitu przyznanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a wszyscy chorzy przyjmowani po wyczerpaniu tego limitu muszą płacić za leczenie. Szpital publiczny nie ma takiej możliwości. Jest zmuszony do przyjęcia chorych wymagających leczenia, mimo przekroczenia limitu. Utrzymanie limitu przyjęć jest często bardzo trudne, ponieważ szpitale publiczne najczęściej muszą pełnić ostre dyżury.

Szpital niepubliczny przyjmuje chorych o małym ryzyku wystąpienia powikłań oraz takich, u których procedura jest korzystnie wyceniona. Szpital publiczny musi przyjąć wszystkich chorych wymagających leczenia, również tych, u których wystąpiły powikłania podczas leczenia w szpitalu niepublicznym, a nawet tych, którzy byli odpłatnie leczeni w szpitalu niepublicznym, a z powodu wydłużenia się leczenia nie są w stanie dalej finansować tego procesu.

Do szpitali niepublicznych nie są przyjmowani tzw. chorzy uciążliwi, a więc: chorzy z marginesu społecznego, bezdomni, nieubezpieczeni, pijani, wulgarni, awanturujący się, a także chorzy starzy, zniepełniający i samotni. Często po zakończeniu leczenia chorych tych nie można wypisać ze szpitala, bo nie mają gdzie mieszkać bądź nie ma kto się nimi opiekować. Chorzy tacy często przez długi czas blokują łóżka szpitalne.

Do szpitali niepublicznych przyjmuje się głównie chorych, u których trzeba wykonać zabiegi planowe, dlatego tym szpitalom łatwo utrzymać się w przyznanym limicie przyjęć. Szpitale publiczne muszą ograniczać przyjęcia planowe, aby zostawić rezerwę punktów dla chorych przyjmowanych w ramach

ostrego dyżuru. Koszt leczenia chorych przyjmowanych w ramach ostrego dyżuru jest znacznie wyższy od kosztów leczenia chorego przyjmowanego planowo. Z powodu niskich limitów punktów przyznanych przez NFZ, szpitale publiczne wyznaczają bardzo odległe terminy przyjęć chorym zgłaszającym się na zabiegi planowe. Długi okres oczekiwania zniechęca wielu chorych do leczenia w tych szpitalach i dlatego udają się do szpitali niepublicznych. Szpitalom publicznym wymyka się zatem możliwość przyjęcia chorych, których leczenie jest mało kosztowne. Ich leczenie pomogłoby zrekompensować koszty leczenia z reguły niedoszacowanych schorzeń pacjentów przyjmowanych w czasie ostrego dyżuru.

Szpital publiczne są zmuszane do pełnienia całodobowych ostrych dyżurów również w zakresie pomocy doraźnej. Zapłata za pomoc doraźną oferowana przez NFZ nie pokrywa nawet kosztów gotowości dyżurowej. Dla przykładu podam, że w kierowanym przeze mnie szpitalu koszt gotowości dyżurowej wynosi 5 200 zł dziennie, a NFZ płaci szpitalowi zaledwie 1 600 zł. Przy kontraktowaniu usług na 2005 r. postawiono warunek: musimy świadczyć pomoc doraźną, bo innego kontraktu NFZ nie podpisze.

Szpital publiczne i niepubliczne otrzymują środki z NFZ, które są pieniędzmi publicznymi, pochodzącymi ze składki zdrowotnej. Dlaczego zatem tylko szpitale publiczne muszą stosować przy zakupach przepisy ustawy o zamówieniach publicznych? Zmusza to je do utrzymania kosztownej komórki ds. zamówień publicznych, a ponadto utrudnia elastyczne poruszanie się na rynku przy często zmieniających się cenach.

Na szpitale publiczne najczęściej spadają koszty kształcenia podyplomowego. Szpitale niepubliczne natomiast bardzo chętnie podbierają wyszkolonych lekarzy i pielęgniarki, którzy dobrze sprawdzili się w pracy, mają bowiem możliwość zaoferowania im lepszych zarobków.

NFZ, przynajmniej w Wielkopolsce, wychodzi z założenia, że należy podpisać kontrakt z każdym nowo powstałym szpitalem niepublicznym. Chyba w żadnej innej branży nie istnieje obowiązek zapewnienia dochodów podmiotom prywatnym wchodzącym na rynek świadczeń. Dziwi to tym bardziej, że stale powtarza się, iż jest za dużo łóżek szpitalnych.

Pan prezes Sokołowski zatytułował swoją wypowiedź *Pogrobowcy komuny*. Tytuł ten ma wydźwięk pejoratywny. Ciekaw jestem, kto jest tym pogrobowcem komuny: czy szpitale publiczne wykonujące najcięższą, źle opłacaną pracę, czy może Narodowy Fundusz Zdrowia, który rozdziela szpitalom limity bez określonych algorytmów, w dowolny, uznaniowy sposób.