

Prywatny sektor ochrony zdrowia

Więcej zagrożeń niż szans

Po zapowiedzi przejścia z systemu ubezpieczeniowego na budżetowy na prywatne placówki ochrony zdrowia padł strach. Czy słusznie?

Do reform ochrony zdrowia, jak mawiali bohaterowie filmu „Sami swoi”, był czas przywyknąć. Trudno dzisiaj o koncepcję, która by nas zaskoczyła innowacyjnością, choć nigdy nie jestem zadziwiony wielką odwagą i determinacją kreatorów polityki zdrowotnej w forsowaniu swoich pomysłów. Zaczyna się od wielkich zapowiedzi, a następnie rzeczywistość poznana z bliska okazuje się brutalna. Najważniejsze, aby w porę się zorientować i modyfikować sposób realizacji koncepcji.

Służba czy ochrona

Objęcie władzy przez PiS to realizacja zapowiedzi powrotu do służby zdrowia i odejścia od systemu ubezpieczeniowego, tak długo budowanego z myślą o współdziałaniu pacjenta w jego kształtowaniu, a co najistotniejsze – w finansowaniu. Zapowiadany model budżetowy ma zapewnić równy i nieograniczony uprawnieniami (wszak ochrona zdrowia ma być dla wszystkich obywateli) dostęp do opieki zdrowotnej.

Jednak taki projekt jest umiejscawiany w określonych realiach. Powszechna komercjalizacja placówek zdrowotnych, nakręcona dodatkowo ideą wyrażoną w ustawie o działalności leczniczej, powoduje liczne obawy o dalszy los lecznic niepublicznych. Nikt na razie nie dopatruje się dobrodziejstw, jakie może nieść ze sobą finansowanie z budżetu państwa, a raczej często słyszę zaniepokojenie zbliżającą się koniecznością dostosowania placówki do reguł korzystania z funduszy publicznych.

Aby wskazać możliwe zagrożenia wynikające z przejścia systemu na finansowanie budżetowe, warto najpierw przez chwilę rozważyć możliwy sposób finansowania świadczeń.

Różne narzędzia – jedna koncepcja i jeden cel

W finansowaniu świadczeń z budżetu państwa można zastosować wiele instrumentów. Począwszy od powołania nowej instytucji płatnika, którego zadaniem może być rozdzielanie pieniędzy według klucza ustalonego przez ministra zdrowia na podstawie szczegó-



wych map potrzeb, poprzez wykorzystanie istniejącej infrastruktury NFZ do oceny potencjału i jego wykorzystania w celu określenia budżetu placówki ochrony zdrowia na dany rok, na powierzeniu zadania przekazania funduszy urzędowi wojewódzkim skończywszy.


Trzeba jednak pamiętać, że nadrzędną zasadą musi być traktowanie przekazywanych pieniędzy jako finansów publicznych. Zatem sposób ich wydatkowania przez lecznice musi podlegać określonym regułom opartym na właściwej kontroli wydatkowania, a co za tym idzie – rachunku kosztów. Cóż, temat rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej wraca jak bumerang i nigdy nie został właściwie rozwiązany. Biorąc pod uwagę, że najczęściej mamy do czynienia z samodzielnymi podmiotami, ich reguły prowadzenia rachunku są różne. Nie ma zatem sensu szukać kolejnych

wersji regulacji tego obszaru, a raczej skłaniam się do koncepcji utworzenia swoistego algorytmu przydzielania budżetu. Algorytmu opartego na podstawowych zmiennych, jakimi są zasoby oraz potencjał wykonawczy lecznicy mierzony liczbą udzielonych świadczeń.

Jakich świadczeń? Takich, jakich wymaga pacjent zgodnie z najlepszą wiedzą terapeuty. Określony współczynnik wykonalności można by korygować poprzez zmianę budżetu w kolejnym roku budżetowym na podstawie wykonania oraz ewentualnych zmian (zwiększenie lub zmniejszenie) zasobów w powiązaniu z ich

się pytanie o owe standardy. Jeśli bowiem chcemy nałożyć na terapeutę obowiązek postępowania zgodnie z nimi i stosować regres w wypadku ich naruszenia, to powinny one być opracowane.

To kolejny obszar, którego nie udało się dotychczas zagospodarować. Przyczyną jest konstrukcja systemu konsultantów krajowych i wojewódzkich w Polsce. W mojej ocenie ich rola ekspercka powinna być nie tylko większa, lecz także silniej umocowana w systemie. Jestem za funkcją wyznaczającą kierunki, uwzględniającą istotną rolę edukacyjno-propagatorską oraz rozstrzy-



„ Często słyhać glosy zaniepokojenia zbliżającą się koniecznością dostosowania placówek medycznych do reguł obowiązujących przy korzystaniu z funduszy publicznych ”

wykorzystaniem. Oczywiście wszystko będzie zależało od operatywności i gospodarności świadczeniodawcy, który wypracowując zysk, będzie mógł zainwestować go w powiększenie zasobów i jednocześnie wykorzystanie dodatkowych mocy na leczenie chorych. Spełnienie tych warunków w danym roku spowoduje zwiększenie współczynnika wykonalności, a tym samym będzie podstawą do wzrostu budżetu w roku kolejnym.

Taki system spowoduje odejście od tzw. nadwykonań, płacenia za wymyślone świadczenia, wydawania pieniędzy na wycenę świadczeń i ich klasyfikację.

Rola konsultantów

Nadrzędną normą określającą kształt świadczenia powinny być standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Oczywiście w tym miejscu nasuwa

gającą w wypadku wątpliwości. Polegam jednak na wiedzy terapeuty i jego odpowiedzialności zawodowej, więc daleki jestem od stawiania tezy, że przy budżetowym sposobie finansowania ochrony zdrowia świadczeniodawca będzie oszczędzał na pacjencie, aby wypracować maksymalny zysk. Przy tej okazji trzeba pamiętać, że właściwe określenie współczynnika wykonalności będzie również swoistym narzędziem do weryfikacji rodzaju czynności, procedur, jakie wykonywać będzie lecznica.

Wykorzystanie narzędzi NFZ

Tu właśnie pojawia się rola instytucji w rodzaju NFZ. Nie powinno się odchodzić od statystyki medycznej, sprawozdawania kodów rozpoznań i procedur, jest to bowiem dobry słownik do zastosowania przy ocenie aktywności świadczeniodawcy. Taka instytucja

„Zaczyna się od wielkich zapowiedzi, a następnie rzeczywistość poznana z bliska okazuje się brutalna. Najważniejsze, aby w porę się zorientować i modyfikować sposób realizacji koncepcji”

może być odpowiedzialna za zbieranie i przetwarzanie danych oraz określanie współczynnika wykonalności na kolejny rok budżetowy. Trzeba bowiem pamiętać, że w systemy informatyczne obecnego płatnika zainwestowano spore pieniądze, a informatyzacja w dużej części opiera się na tych zasobach i ma je wykorzystać do monitorowania zjawisk w systemie. Jest to jednak jedno z zagrożeń, jeśli bowiem nie uda się szybko dokończyć projektu informatyzacji, może się okazać, że nie jesteśmy w stanie planować budżetu adekwatnie do potrzeb zdrowotnych i znów zaczynamy finansować koszty utrzymania lecznic.

Nie można również zapominać, że projekt informatyzacji, a co za tym idzie – wiele działań podjętych przez NFZ, musi zachować swoistą ciągłość. Nie tylko z powodu finansowania, dotacji, umów, lecz także ze względu na to, iż zasoby zgromadzone przez płatnika stanowią źródło wiedzy o zasobach świadczeniodawców i epidemiologii. Nawet jeśli będziemy mówili o budżetowym sposobie finansowania, zawsze padnie pytanie: finansowania czego? Istotne pytanie w sytuacji, gdy nie mówimy o pokrywaniu kosztów funkcjonowania instytucji publicznej.

Zagrożenie dla prywatnych placówek

Gdyby dotychczasowa składka zdrowotna była odprowadzana do budżetu państwa i traktowana jako składowa jego struktury, wówczas można pokusić się o dodatkowe zasilanie systemu na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia wynikających np. z działań profilaktycznych, procedur innowacyjnych, wysokospecjalistycznych etc.

Jednocześnie placówka realizująca zadanie publiczne (finansowane z budżetu państwa) powinna podlegać regulacjom i reżimowi adekwatnemu do rodzaju tego zadania. Istotnie może to zmienić rynek lecznic publicznych, ale również ograniczyć swobodę lecznic niepublicznych. Rodzi się tylko pytanie, czy realizujące takie zadanie lecznice nie powinny być wyłączone z owej swobody. Wygląda na to, że tak. Wszak mówi się o służbie zdrowia, zatem odczytuję to jako realizację zadania publicznego, której sposób określa państwo i jako takie tworzy wszelkie instrumenty kontroli sposobu wydatkowania funduszy. Spodziewam się, że jeśli ktoś będzie chciał prowadzić działalność leczniczą

w szerszym zakresie swobody działalności gospodarczej, wówczas będzie musiał zawierać umowy bezpośrednio z pacjentem. To z kolei może powodować niemożność wykorzystania zasobów objętych finansowaniem z pieniędzy publicznych. Wówczas będzie można mówić o ubezpieczeniach indywidualnych na finansowanie leczenia w placówkach prywatnych nierealizujących zadania publicznego. Jednak zagadnienie dodatkowych ubezpieczeń jest odrębnym, szerokim tematem.

Mimo że funkcjonujemy w systemie niby-ubezpieczeniowym, w społeczeństwie nie ugruntowała się wiedza na temat zasad jego działania. W meandrach przepisów, ograniczeń, warunków kwalifikacji i kategorii dostępności pacjent ma poczucie niesprawiedliwości. Tworzy to antagonizmy pomiędzy terapeutami a chorymi, którzy nie mają poczucia wartości składki zdrowotnej, a nawet jeśli mają, to są przekonani, że ich pieniądze są „gdzieś” marnowane. Jeśli założyc, że finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa daje możliwość zwiększenia nakładów, to istnieje szansa, że zwiększy to dostęp do lecznic. Rodzi się jednak pytanie o nowe technologie, wzrost kosztów wymuszony oczekiwaniami pacjentów. Mówiąc wprost: ile państwo jest w stanie dołożyć do leczenia obywateli i czy jest w stanie dołożyć tyle, aby ci powiedzieli: „jest dobrze”.

Spółeczeństwo w Polsce oczekuje równego dostępu do świadczeń, które w jego odczuciu finansowane są przez państwo. Nie do końca polscy pacjenci przyjęli do wiadomości fakt, iż tak naprawdę to oni są finansującymi świadczenia. Przyczynił się do tego również sam system, który mimo zapewnień nie reagował na ich zachowania i oczekiwania. Pieniądze nie poszły za pacjentem, a decyzję o tym, jak są wydawane, podejmowano często bez uwzględnienia jego zachowań i potrzeb. Nie ma akceptacji społecznej dla podwyższenia składki zdrowotnej, natomiast jest oczekiwanie likwidacji barier dostępu. Mimo iż na rynku pojawiło się wiele niepublicznych placówek medycznych, największe poczucie bezpieczeństwa dają ludziom lecznice „państwowe”. Może właśnie to jest kierunek zmian, jaki proponuje nowy minister zdrowia, przyznając, że obowiązkiem państwa jest organizacja właściwego dostępu do zasobów świadczeniodawców zapewniających podstawowe działania niezbędne do ratowania życia i zdrowia. Sądzę jednak, że ostatecznie nakłady na ochronę zdrowia znacznie wzrosną, a pełnego zadowolenia pacjentów nie osiągniemy. Z pewnością mamy szansę na poprawę dostępności. Pytanie tylko: do czego? Czy do tego poziomu jakości i innowacyjności, jakiego będziemy oczekiwać? Myślę, że będzie to system bazowy, gwarantujący powszechny dostęp do podstawowych zaopatrzeń ratujących życie i zdrowie. Na brak tego, co powyżej, zaczniemy narzekać przed kolejną reformą.

Rafał Janiszewski
Autor jest właścicielem kancelarii doradczej.