



Fot. iStockphoto.com

Mechanizmy rynkowe ujawniają się niezależnie od tego, czy są oficjalnie uwzględniane czy nie. Jest tak dlatego, że wynikają one z naturalnych ludzkich motywacji i zachowań. Każdy wybierze towar lepszy i tańszy, a nie gorszy i droższy, każdy chce mieć usługę bardziej odpowiadającą jego potrzebom i na wyższym poziomie, każdy chce lepiej zarabiać i pracować w lepszych warunkach itd. Jest też oczywiste, że gdy towaru jest mało, a chętnych dużo, to znajdzie się ktoś, kto zechce zapłacić więcej niż inni za to samo, co spowoduje wzrost cen, a gdy produktów jest za dużo, to znajdzie się taki producent, który ceny obniży, byle tylko sprzedać towar. Jeżeli te mechanizmy nie są oficjalnie uwzględniane w gospodarce, to ujawniają się jako tzw. czarny rynek. W ochronie zdrowia mechanizmy rynkowe też się ujawniają, nawet jeśli rządzący i eksperci twierdzą, że „rynek w służbie zdrowia nie działa”. To właśnie one powodują, że w polskich warunkach mamy do czynienia z pełzającą prywatyzacją świadczeń zdrowotnych.

Jakiś czas temu jedna z pacjentek skarżyła mi się, że nie może wykonać pewnego badania (USG piersi) w swoim powiatowym mieście w ramach finansowania przez NFZ. Ma co prawda skierowanie, ale nikt w publicznej placówce takiego badania nie robi. Dlaczego? Najprawdopodobniej wycena tej usługi jest tak niewielka, że publiczne jednostki nie są w stanie odpowiednio zapłacić (deficytowym) radiologom (znowu mechanizm rynkowy: mało lekarzy – wyższe pensje). Może zresztą placówkom wcale nie zależy, aby takie badanie było wykonywane, jeżeli nie jest ono opłacane odrębnie, ale jako element procedury złożonej, której akurat dana jednostka nie wykonuje. Nie jest to wprawdzie podejście „pacjentocentryczne”, jak postulują rządowi eksperci, ale przecież szpital musi się jakoś zbilansować. Wspomnianą usługę pacjentka mogłaby bez trudu i niemal nazajutrz wykonać w swoim powiatowym mieście w prywatnej placówce, ale odpłatnie.

Ten przykład to ilustracja szerszego zjawiska, jakim jest kurczenie się oferty publicznej ochrony zdrowia i poszerzanie prywatnej. Jest to widoczne szczególnie

w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, gdzie ceny za poszczególne usługi są stosunkowo niewielkie i coraz większą liczbę Polaków stać, aby za nie zapłacić, mimo że płacą również składkę na NFZ.

Wybór oczywisty

Prywatna opieka zdrowotna w porównaniu z publiczną ma wiele zalet i to zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i pracownika medycznego. Od strony pacjenta – łatwiej się dostać, bo godziny przyjęć są bardziej dopasowane do realnego życia i kolejki ciągle jeszcze mniejsze lub nie ma ich wcale. Także wybór lekarzy większy – można np. pójść na wizytę do profesora, który w publicznej przychodni jest niedostępny. W większości przypadków nie potrzeba żadnych skierowań. Z reguły można też wybrać albo usługę pojedynczą (np. tylko operację kolana), albo kompleksową (diagnostykę przedoperacyjną, operację, rehabilitację, wizyty kontrolne itp.). Można pójść do renomowanej (droższej) „kliniki” albo do ośrodka dopiero zaczynającego działalność. Nikt nikomu tego nie narzuca, nikt nikomu nie broni. Jedynym mankamentem jest konieczność płacenia za świadczenia z własnej kieszeni, a ceny zwykle nie są niskie.

Prywatna opieka zdrowotna ma też zalety dla pracownika, który często jest również właścicielem zakładu, bo taka sytuacja, zwłaszcza w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, jest bardzo popularna. W tym przypadku też elastyczność i swoboda organizacji mają wielkie znaczenie. Nikt lekarzowi nie zabroni iść na urlop (jak to robi NFZ) bez znalezienia zastępstwa, bo przecież pacjent zawsze znajdzie innego specjalistę lub lekarz umówi się z nim na wizytę po urlopie. Godziny i dni przyjęć ustala sam lekarz, bez konieczności uzgadniania tego z kimkolwiek. Może pracować codziennie, może trzy razy w tygodniu – jak mu odpowiada i jak potrzebuje. Kontakty z pacjentem też są bardziej elastyczne. Jeśli trzeba, można do pacjenta zadzwonić, może on skorzystać z teleporady (w publicznej ochronie zdrowia dopiero epidemia wymusiła akceptację takiego sposobu udzielania świadczeń). Odpada też zmu-

ne „kombinowanie”, żeby tak zdefiniować świadczenia, aby odpowiadały „wzorcowi” narzuconemu przez publicznego płatnika. W gabinecie prywatnym wykonuje się te badania, które uważa się za potrzebne, w gabinecie publicznym (z kontraktem NFZ) – te, które są zgrupowane w odpowiednie złożone procedury. Niektóre są niepotrzebne, inne trzeba rozdzielić na parę wizyt, chociaż można by zrobić od ręki. Trzeba tak manewrować, żeby na świadczeniu nie stracić, tylko zarobić. W prywatnej ochronie zdrowia odpada żmudna biurokracja w postaci liczenia określonych procedur, starania się, by zmieścić się w narzuconym przez NFZ limicie, odpadają sprawozdania do Funduszu, podważane co jakiś czas z takiego czy innego powodu. Pieniądze za pracę otrzymuje się zaraz, a nie z opóźnieniami, niekiedy wielomiesięcznymi. Lekarz praktykujący prywatnie nie musi się zastanawiać, czy wolno mu wykonać określone świadczenie, czy NFZ uzna go za kompetentnego i upoważnionego do takich działań. Kieruje się tylko swoimi umiejętnościami (i uczciwością). W prywatnej praktyce, zwłaszcza ambulatoryjnej, jest też często lepszy sprzęt, bardziej dopasowany do potrzeb pacjentów. Znam lekarza pewnej specjalizacji z powiatowego miasteczka, którego gabinet jest lepiej wyposażony niż podobny prowadzony przez klinikę uniwersytetu medycznego. I nie świadczy to wcale o zamożności tego lekarza ani tym bardziej o biedzie kliniki, tylko o tym, że prywatny właściciel w dobrze pojętym „działaniu dla zysku” (i dlatego zorientowany „pacjentocentrycznie”) zadbał o to, aby w jego gabinecie dostępna była jak najnowocześniejsza i możliwie kompleksowa diagnostyka. Dzięki temu ma więcej pacjentów i większe dochody. Kierownik kliniki nie był już tak mocno zainteresowany zwiększeniem liczby pacjentów poradni przyklinikowej, nie zabiegał zatem o unowocześnienie jej oferty. Nawet gdyby był, to droga od pomysłu do zakupu sprzętu w takiej instytucji jak państwowa klinika jest długa i najeżona licznymi przeszkodami.

Na koniec trzeba wspomnieć o jeszcze jednym ważnym impulsie w rozwoju prywatnej ochrony zdrowia. Są nim słabe wynagrodzenia w publicznych szpitalach i ich „chimeryczność”, przez co należy rozumieć nie tyle zależność od kaprysu pracodawcy, co od zdolności pracowników (lekarzy) do wywołania strajku, protestu lub innego niepokoju społecznego. Bez tego bowiem nie ma szans na jakiegokolwiek podwyżki. Właśnie ostatnio mieliśmy dobry tego przykład. W roku 2018 minister zdrowia Łukasz Szumowski zdecydował o podwyżkach pensji zasadniczej dla lekarzy specjalistów zatrudnionych w szpitalach do kwoty 6750 zł. Nie stało to się samo przez się, ale po pamiętnym proteście głodowym lekarzy rezydentów, który skupił uwagę społeczną przez ok. miesiąc. Kwota 6750 zł była równa ok. 1,6 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce za rok ubiegły (2017). I kiedy można byłoby przypuszczać, że jest to pierwszy krok na drodze do trwałego

W GABINECIE PRYWATNYM WYKONUJE SIĘ BADANIA,

KTÓRE UWAŻA SIĘ ZA POTRZEBNE,

W GABINECIE PUBLICZNYM (Z KONTRAKTEM NFZ) –

TE, KTÓRE SĄ ZGRUPOWANE

W ODPOWIEDNIE ZŁOŻONE PROCEDURY

i postulowanego wzrostu płac lekarzy w publicznej ochronie zdrowia, następca ministra Szumowskiego, działając już bez presji protestu lub strajku, zaproponował – przy okazji nowelizacji ustawy regulującej płace minimalne w ochronie zdrowia – faktyczne zmniejszenie tego wskaźnika do 1,31 „średniej krajowej” (za rok ubiegły). Nie był to pierwszy taki manewr rządzących. Podobnie potraktował kiedyś rezydentów rząd PO-PSL, gdy najpierw podwyższył kwotowo ich pensje do ok. 1,05 „średniej krajowej”, a później utrzymywał tę kwotę niezmienną przez prawie 9 lat, przez co jej relacja do przeciętnego wynagrodzenia spadła do poziomu ok. 0,77. Co mają uczynić lekarze (i inni medycy), przez lata „tresowani” w ten sposób przez rządzących? Zamiast organizować kolejne strajki i protesty – przechodzą krok po kroku do prywatnej alternatywy.

Nic więc dziwnego, że prywatna ochrona zdrowia w Polsce się rozwija. Wybierają ją pacjenci, wybierają medycy. Generalnie jest sprawniejsza, bardziej przyjazna tym, którzy z niej korzystają i którzy w niej pracują. Nie zmienia tego nawet fakt, że jej część stanowi patologia w postaci prywatnych gabinetów lekarskich (profesorskich, ordynatorskich, innych) umożliwiających bezkolejkowe (za to płatne) wejście do publicznego lecznictwa.

Gdyby rządzący kierowali się racjonalnością, bez trudu by zauważyli, że cechy, które rządowi eksperci uznali za tak pożądane, a jednocześnie tak trudne do realizacji w publicznym lecznictwie: „pacjentocentryzm”, kompleksowość opieki zdrowotnej, efektywność ekonomiczna, fachowe zarządzanie, są już od dawna – i dobrze – realizowane w prywatnej ochronie zdrowia. Zamiast zatem poszukiwać jakichś magicznych formuł, aby cele te zrealizować w państwowych (publicznych) placówkach, lepiej zastanowiliby się, co zrobić, aby prywatne lecznictwo wpleść w system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Bo tak naprawdę w systemie publicznej ochrony zdrowia potrzeba nam wiarygodnego, wydolnego, rzetelnego płatnika, a organizację udzielania świadczeń można powierzyć prywatnym przedsiębiorcom. Przydałby się także racjonalny nadzór państwa, aby uniemożliwić prywatnym podmiotom nieuczciwe zachowania. I to wszystko.

Krzysztof Bukiel