

Przed nami boom na prywatne, płatne wizyty u specjalistów



PEŁZAJĄCA KONTRREWOLUCJA, CZYLI WIELKI POWRÓT PRYWATNYCH

Wdrożona sieć szpitali tylko pozornie dotyczyła zmian w leczeniu zamkniętym. Miała też przenieść pacjentów AOS do poradni przyszpitalnych. Nie przeniosła. Pacjenci coraz częściej decydują się na wizyty komercyjne. To dzisiaj. Jest więcej niż pewne, że wkrótce państwowa ochrona zdrowia będzie niedomagać w kolejnych segmentach, np. w ratownictwie. I jedynym sposobem na te niedomogi okażą się świadczenia płatne. Prezentujemy analizę Rafała Janiszewskiego.

PACJENCI, UZYSKUJĄC ŚWIADCZENIA ODPLATNE,

ZMNIJSZAJĄ RYZYKO,

ŻE WRÓCĄ DO SYSTEMU PUBLICZNEGO

Z POGŁĘBIONĄ CHOROBA WYMAGAJĄCĄ

WIĘKSZYCH NAKŁADÓW ZE STRONY NFZ



Złudna nadzieja w szpitalach

Poczucie okazało się złudne, bowiem przedłużający się protest lekarzy rezydentów, dołożenie obowiązku zapewnienia nocnej i świątecznej pomocy medycznej oraz trudności reorganizacyjne sprawiły, że wykonanie budżetu wymagało sporego wysiłku. Pomimo to wielu świadczeniodawców zrealizowało ryczałty, choć również spora liczba odnotowała niedowyożonania.

Mnożą się spekulacje, kto zachował się bardziej racjonalnie: ten, kto przekroczył ryczałt, czy ten, kto ma niedowyożonania. Z jednej strony na przekroczenie trzeba mieć pieniądze, ponieważ NFZ nie gwarantuje zapłaty za świadczenia zrealizowane powyżej kwoty zobowiązania, z drugiej jest to szansa na uzyskanie wyższego następnego ryczałtu. Jednak tylko szansa, bowiem od dawna płatnik wyraźnie podkreśla, że



Fot. Archiwum

Grzegorz Ziemiak

partner w Instytucie Zdrowia i Demokracji

W kwestii prywatnych podmiotów w ochronie zdrowia rzeczywiście nastąpiło lekkie złagodzenie retoryki, ale moim zdaniem wśród rządzących nie ma mowy o zmianie podejścia co do doktryny, wizji systemu. W dalszym ciągu faworyzowany jest sektor publiczny. I widać to dokładnie w decyzji o upaństwowieniu ratownictwa. Taka jest wizja ochrony zdrowia i w najbliższym czasie nie spodziewałbym się odejścia od polityki faworyzowania podmiotów publicznych.

To wcale nie oznacza, że sektor prywatny nie będzie się rozwijał wbrew tej oficjalnej polityce. Rosnie siła nabywczą Polaków, coraz więcej rodzajów świadczeń pozostaje w bezpośrednim zasięgu coraz szerszych grup. Ludzie stawiają na jakość, terminowość, a te atuty jednoznacznie wskazują na podmioty prywatne. To spory potencjał rozwojowy. Coraz więcej Polaków traktuje składkę NFZ jako rodzaj ubezpieczenia (i to niepewnego) przed najdroższymi w leczeniu chorobami. Leczenie tych tańszych Polacy załatwiają coraz częściej sami, bez oglądania się na niewydolną publiczną ochronę zdrowia.

Wdrożona sieć szpitali tylko pozornie dotyczyła zmian w lecznictwie zamkniętym. Skategoryzowane placówki otrzymały budżety określone i modyfikowane na podstawie wzorów. Niejednokrotnie miały poczucie sukcesu w związku z niespodziewaną wysokością ryczałtu. Został on obliczony na podstawie wykonań z 2015 r., wzbogacony o tzw. nadwyożonania (liczone według wycen świadczeń) i dawał poczucie bezpieczeństwa finansowego.

PRZY NIEDOBORACH KADROWYCH

I ŚWIADOMOŚCI, ŻE ZWIĘKSZONA LICZBA

UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ NIE ZOSTANIE

ZAPŁACONA, SYTUACJA ZBLIŻA SIĘ DO PARALIŻU



Fot. igettyimages.com



Fot. PAP/Roman Jocher

Andrzej Sokołowski
prezes Ogólnopolskiego
Stowarzyszenia Szpitali
Niepublicznych

Wygląda na to, że słuszna okazała się doradzana wcześniej strategia „na przeczekanie”

(mniej więcej półtora roku) przyjęta przez podmioty prywatne. Polegała na tym, by ograniczyć nieco działalność, postawić na diagnostykę i opiekę ambulatoryjną i obserwować zmiany zachodzące na rynku, rezultaty zaproponowanego przez resort eksperymentu.

I już są pierwsze wnioski z tych obserwacji. Reforma sieciowa się sypie, widać to gołym okiem w wypadku AOS. Reforma zachęcała do przejęcia AOS przez poradnie przyszpitalne, już dziś widać, że szpitale w większości nie są w stanie tego zadania wykonać. Przewiduję, że w najbliższym czasie okaże się, iż szpitale publiczne znalazły się w tak trudnej sytuacji, że nie zdołają realizować kolejnych zadań wyznaczonych im w planie reformy sieciowej. Skala braków wkrótce wyjdzie na jaw, coś trzeba będzie z tym zrobić, inaczej cały system stanie się dysfunkcyjny. Co wtedy? Albo rozwinie się rynek ubezpieczeń, albo administracja będzie musiała szerzej zaprosić podmioty prywatne do współpracy.

wartość umowy jest ustalana na podstawie algorytmu, którego jednym z elementów jest to, czy dany oddział płatnika ma wolne środki. Brak kadry, a w szczególności brak godzin pracy lekarzy spowodował zwiększenie kosztów pracy, a w skrajnych przypadkach niemożność zapewnienia obsady.

Przy niedoborach kadrowych i świadomości, że za zwiększoną liczbę udzielonych świadczeń nie będzie zapłaty, sytuacja zbliża się do paraliżu. W niektórych placówkach niemożność realizacji świadczeń w poszczególnych profilach skłania płatnika do wypowiedzenia „umowy sieciowej”. Jeśli bowiem w poszczególnych profilach zakwalifikowanych do sieci szpitali placówka nie jest w stanie spełnić wymagań dotyczących obsady lekarskiej, to kontrola płatnika nie może skończyć się inaczej.

AOS unosi głowę spod topora

Jedną z regulacji wynikających z utworzenia sieci szpitali jest przyporządkowanie oddziałom poradni przyszpitalnych. Uzasadnieniem tego rozwiązania miało być zapewnienie ciągłości i kompleksowości opieki nad pacjentami. W rzeczywistości jest to sprytny mechanizm umieszczający pieniądze za udzielanie porady w jednym budżecie sieciowym.

W zasadzie nic oprócz tego, gdyż poradnie jak działały, tak działają. Nadal leczeni są tam pacjenci, których ścieżka terapeutyczna niekoniecznie jest związana z leczeniem na oddziale, a świadczeniodawcy niechętnie używają poradni przyszpitalnej do wykonywania diagnostyki poprzedzającej zabiegi chirurgiczne. Coraz częściej słyszę o przypadkach odsyłania pacjentów z placówki do placówki, a i sami chorzy szukają możliwości uzyskania świadczenia szpitalnego na własną rękę. Coraz częściej SOR-y stają się swoistym zderzakiem odbijającym pacjentów od łóżka szpitalnego, choć w większości przypadków prowadzą podstawową diagnostykę i leczenie. Wzrasta liczba czynności diagnostyczno-terapeutycznych wykonywanych na SOR-ach, choć z uwagi na małą liczbę lekarzy czas ich przeprowadzania jest długi.

Konieczność zapewnienia kompleksowej opieki przy stałym budżecie i zbyt małej liczbie terapeutów budzi już nie tylko niepokój świadczeniodawców. Realizacja pierwszych ryczałtów i rachunek kosztów realizacji „umowy sieciowej” pokazują istotny wzrost wyniku ujemnego. Wszak aby spełnić wymagania wynikające z kwalifikacji do sieci, trzeba ponieść większe koszty. Oczekiwania placowe niektórych grup pracowników nie wynikają tylko z wykorzystania kryzysowej sytuacji, ale również z drastycznie większego obciążenia pracą.

Pacjent bierze sprawę w swoje ręce

Wbrew pozorom beneficjentem kryzysu zmiany jest pacjent. Ten, który miał czuć się w całości zaopiekowany, a który widząc pozorność kompleksowości i zwiększające się kolejki, bierze zorganizowanie sobie dostępu do leczenia w swoje ręce. Przed napisaniem tego artykułu dzwoniłem do kilkunastu prywatnych podmiotów leczniczych z pytaniem, czy i jaka jest kolejka do świadczeń komercyjnych. Celowo wyszukałem podmioty, w których leczenie prowadzą lekarze pracujący jednocześnie w miejscowych szpitalach. Okazało się, że czas oczekiwania na wizytę u specjalisty (komercyjnie) się wydłużył. W niektórych specjalnościach nawet o 2 tygodnie. Czy jest to wynik przechylenia szali aktywności zawodowej lekarza w stronę prywatnych praktyk, czy też zmniejszenia liczby godzin w prywatnym podmiocie wobec większej potrzeby pracy w szpitalu? Tego nie wiem. Pewne jest jednak, że istotnie zwiększyła się liczba pacjentów korzystających ze świadczeń komercyjnych. Dotyczy to już nie tylko samych porad, lecz także diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej, a nawet małych zabiegów chirurgicznych.

W ten sposób pacjenci (teoretycznie) odciążają system publiczny, a uzyskując świadczenia odpłatne, zmniejszają ryzyko, że wrócą do niego z pogłębioną chorobą wymagającą większych nakładów ze strony NFZ. Wówczas jest zagrożenie, że wobec ryczałtowego finansowania świadczeń będą mieli kłopot ze znale-



Fot. PAP/Marcin Obara

Jerzy Gryglewicz ekspert Uczelni Łazarskiego

Już od exposé Mateusza Morawieckiego, już od minixposé Łukasza Szumowskiego w Sejmie wiemy, że poprzedni kurs – nieprzyjazny wobec firm prywatnych – zostanie zmieniony. I tak też się dzieje. Mamy przecież przesunięte kontraktowanie dla AOS. Już wiemy, że odbędzie się ono na zupełnie innych zasadach, niż pierwotnie zakładano. Przyjaźniejszych dla firm prywatnych.

Na marginesie chciałbym zauważyć bardzo charakterystyczne zjawisko. Dostrzegliśmy już, że poradnie przyszpitalne przegrywają konkurencję z prywatnymi, gdy chodzi o pacjentów. A ja chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedno istotne pole konkurencji – o lekarzy. W warunkach niedoboru kadr to bardzo istotne, że prywatne firmy są w stanie zaoferować nie tylko lepsze płace, lecz także warunki pracy. Bez dodatkowych obciążeń. I to jeszcze jeden bardzo istotny argument przemawiający za tym, że przed firmami prywatnymi otwierają się coraz jaśniejsze perspektywy.

zieniem świadczeniodawcy, który podejmie się leczenia i nie odeśle ich do innego szpitala.

Pieniądzy ciągle mało

Pomimo wstępnej selekcji szpitali w ramach kwalifikacji do sieci sposób dystrybucji pieniędzy nie poprawił sytuacji. Nadal jest ich za mało w stosunku do potrzeb. Zmniejszenie liczby świadczeniodawców przy jednoczesnym agregowaniu usług i tworzeniu kompleksowych

PACJENT ZACZYNA REALIZOWAĆ

SWOJE POTRZEBY POZA SYSTEMEM

PUBLICZNYM, A OPŁACANĄ SKŁADKĘ

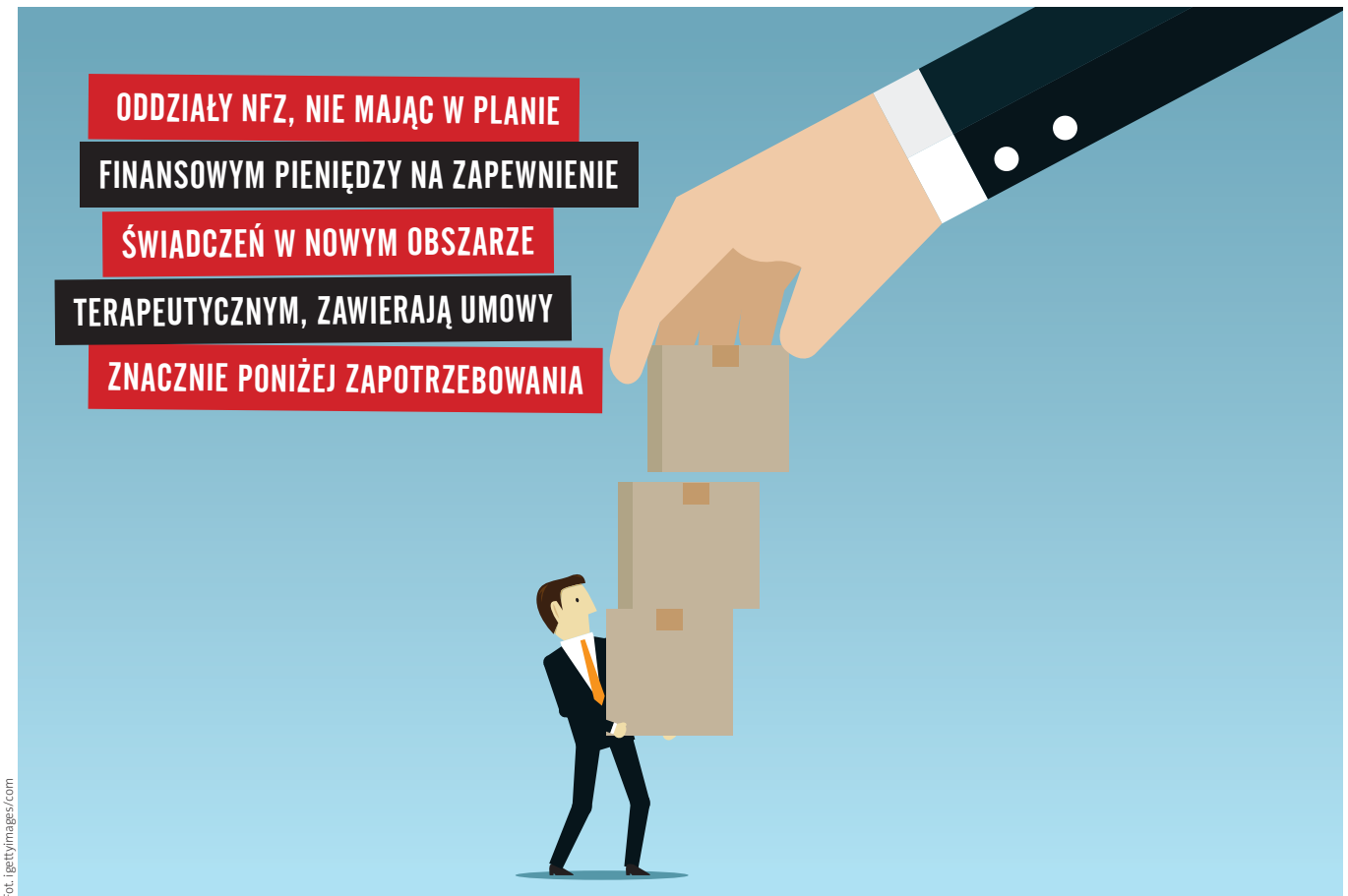
TRAKUJE JAK OBLIGATORYJNĄ

DANINĘ DAJĄCĄ NADZIEJĘ

NA DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ,

NA KTÓRYCH OPŁACENIE Z WŁASNEJ

KIESZENI GO NIE STAĆ



Fot. | gettyimages.com

usług niczego nie zmieni. Na razie nikt nie zadaje sobie pytania, jaki związek z obecną sytuacją (zwiększonym zapotrzebowaniem na świadczenia i wzrostem kosztów ich udzielania) ma pogorszenie stanu zdrowotnego obywateli. Postęp diagnostyczny i wzrastająca świadomość zdrowotna społeczeństwa z całą pewnością przyczyniają się do zwiększenia oczekiwań ilościowych i jakościowych.

Ostatni projekt ministra zdrowia dotyczący regulowania zasad rozliczania świadczeniodawców w okresie wypowiedzenia umowy sieciowej daje do myślenia. Wygląda na to, że minister zdrowia zdecydował się na uregulowanie kwestii płacenia ryczałtu (a dokładnie niepłacenia) szpitalom, z którymi płatnik rozwiązuje umowę. Czyżby wiedział już, że zjawisko to będzie na tyle powszechne, że wymaga takiej zmiany? Przecież szpital, któremu NFZ wypowie umowę, w okresie wypowiedzenia (najczęściej) nadal świadczy usługi. W tym czasie i w okresie poprzedzającym jego koszty zwracane były ryczałtowo, a zatem niekoniecznie jednostkowo można było przyporządkować koszt do świadczenia. Ostatnie trzy miesiące stanowią kontynuację tego stanu rzeczy i jak to w ryczałcie bywa, raz świadczeniodawca dopłaci, a raz płatnik przepłaci. Jeśli jednak spodziewamy się, że zjawisko będzie miało dużą skalę, to regulacja jest racjonalna.

Zastanawiające jest jednak to, że przy wyselekcjonowanej grupie szpitali zakwalifikowanych do sieci spodziewamy się, że część z nich nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom regulatora. Powstaje również pytanie, czy spełnienie oczekiwań regulatora jest oczekiwaniem pacjenta. W mojej ocenie już nie. Pacjent zaczyna realizować swoje potrzeby poza systemem publicznym, a opłacaną składkę traktuje jak obowiązkową daninę (podatek) dającą nadzieję na dostęp do świadczeń, na których opłacenie z własnej kieszeni go nie stać.

Kosztochłonność

Pojawiają się jednak problemy wynikające nie tylko z dosyłania „kosztochłonnych” pacjentów, lecz także z konieczności swoistego kredytowania płatnika. Sztandarowym przykładem są programy lekowe – umowy zawarte na ich realizację opiewają na bardzo niskie kwoty. W niektórych przypadkach oddziały NFZ zawierały umowy na kilkadziesiąt złotych, a koszt jednego podania leku liczony był na tysiące. W trakcie roku lista leków refundowanych jest wzbogacana o kolejne substancje finansowane w ramach programów lekowych. Oddziały NFZ, nie mając w planie finansowym pieniędzy na zapewnienie świadczeń w tym nowym obszarze terapeutycznym,

zawierają umowy znacznie poniżej zapotrzebowania. Warto dodać, że zapotrzebowanie na terapię ustalone jest podczas podejmowania decyzji refundacyjnej, a ewentualne zwiększenia przewidywanej refundacji są pokrywane w ramach instrumentów dzielenia ryzyka przez firmy farmaceutyczne.

Co prawda od lat NFZ pokrywa koszty nadwykonań w programach lekowych, ale po pierwsze – dotyczy to tylko substancji czynnej (nie pokrywa 100% kosztów zwiększonej ilości świadczeń związanych z podaniem leków), a po drugie – zwrot za leki szpitale uzyskują często po kilku miesiącach od poniesienia faktycznego kosztu. Efektem tej sytuacji jest blokowanie dostępu do terapii przez świadczeniodawców, co przejawia się brakiem kwalifikacji spełniających kryteria do leczenia pacjentów. Argumentem lecznic jest przede wszystkim to, że poniesione koszty drogich terapii zostaną im zwrócone po zbyt długim czasie. Jeśli połączymy ten fakt z koniecznością monitorowania wykonania kontraktu miesiąc po miesiącu i analizy kosztów jego wykonania (a są to zasadnicze działania, jakie wykonują świadczeniodawcy w ramach ryczałtu), to informacja do ordynatora oddziału, że jego komórka się zadłuża przez kredytowanie leków, robi swoje.

Onkologia

Największą krzywdą jest jednak utrudniony dostęp do diagnostyki i leczenia onkologicznego. Szczególnie istotny jest wczesny dostęp do diagnostyki. Mówimy tu o etapie, na którym nie mamy jeszcze potwierdzenia choroby nowotworowej. Pomimo obowiązujących przepisów pakietu onkologicznego świadczeniodawcy coraz częściej nie wystawiają karty DILO, a pacjenci czekają na uzyskanie świadczenia diagnostycznego zbyt długo. Obserwuję również coraz częstsze przypadki zbyt długiego oczekiwania na leczenie zasadnicze (po uzyskaniu diagnostyki wstępnej). Nie wynika to bynajmniej z zamierzonej opieszałości świadczeniodawców, ale raczej z kolejek do wszystkich zakresów świadczeń. Pacjent podejrzewany o chorobę nowotworową (póki nie ma karty DILO) jest w tej samej grupie co pozostali. Nie mając statusu pacjenta z podejrzeniem choroby nowotworowej, nie jest widoczny w systemie jako szczególnie uprawniony. O wiele lepiej ta sytuacja wygląda w szpitalach onkologicznych, choć tu wydłużony czas oczekiwania wynika z tego, że spora część pacjentów, nie widząc perspektywy uzyskania świadczenia w innej placówce, kieruje się do centrum onkologii. Choć nadal diagnostyka nowotworów jest droga, to coraz więcej chorych wykonuje komercyjnie badania związane z wykrywaniem raka. Wzrasta liczba oznaczeń markerów nowotworowych w prywatnych laboratoriach, wykonywania badań obrazowych z podejrzeniem zmian rozrostowych. W ten sposób chorzy chcą przyspieszyć uzyskanie potwierdzenia lub wykluczenia choroby, by w tym pierwszym przypadku znaleźć się na uprzywilejowanej ścieżce w systemie publicznym.



Fot. Jarek Marczewski/Agencja Gazeta

Adam Koziarkiewicz ekspert ochrony zdrowia

W reformie sieciowej tkwił pewien błąd – ona toczyła się jakby na przekór ogólnoswiatowemu trendowi przenoszenia świadczeń do szpitali jednodniowych czy opieki ambulatoryjnej. Szpitale zostały z dnia na dzień postawione w konieczności konkurowania z przychodniami AOS – często lepiej wyposażonymi, mającymi odpowiednie kadry, lojalnych pacjentów. I nie poradziły sobie z taką konkurencją.

Zwróciłbym uwagę także na to, że wzrosła siła nabywczą naszego społeczeństwa. Coraz więcej rodzajów świadczeń pozostaje w zasięgu wielu pacjentów. Mając do wyboru niesprawną publiczną ochronę zdrowia i sprawną prywatną, coraz częściej wybierają tę drugą – bo już ich na to stać. To otwiera pole do rozbudowania systemów ubezpieczeniowych, ba, nawet konieczność. Każdy z przewidywanych scenariuszy rozwoju naszego systemu ochrony zdrowia zakłada powierzenie coraz większych ról prywatnym firmom medycznym.

Zmiany dla zmiany

Zmiany w sieci szpitali i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nie tyle wpłynęły na zachowania świadczeniodawców, co zmieniły zachowania pacjentów. Z całą pewnością transformacja się dokonuje i powodowana jest świadomością realiów systemu publicznego. Choć duża część terapii jest poza zasięgiem finansowym obywateli, a część poza możliwością wykonania przez sektor prywatny, to exodus następuje. Zapowiedź kolejnej modyfikacji organizacji udzielania świadczeń, w tym reforma POZ, może wzmocnić zmianę zachowania pacjentów. Rodzi się tylko pytanie, czy to będzie służyć wszystkim uczestnikom systemu. Czy nie dojdzie do sytuacji, w której do publicznej ochrony zdrowia trafiać będą pacjenci z pogłębionymi, zaawansowanymi schorzeniami? Czy tak jak w przypadku onkologii z uwagi na brak kompleksowości powiązanej z odpowiednim poziomem i sposobem finansowania pacjenci zaczną szukać pomocy na własną rękę? Niepokojące jest również to, że powoli pacjenci godzą się z faktem, że pieniędzy jest mniej, kolejki są dłuższe i coraz trudniej zastać lekarza na oddziale szpitalnym. Również lekarze godzą się z tym, że wzrost nakładów na ochronę zdrowia nie może nastąpić tak szybko i w takim wymiarze, jak oczekują. Jedni i drudzy idą tą samą ścieżką, która niekoniecznie będzie wspólna z nowymi regulacjami.

Rafał Janiszewski
Autor jest właścicielem kancelarii doradczej.