

Andrzej Mądrała

Zamknąć prywatne szpitale??!

Wykonują te najbardziej dochodowe operacje, albo te najłatwiejsze. Nie chcą leczyć chorych w ciężkich stanach klinicznych. Nie interesują ich pacjenci, którzy zbyt długo mogą zajmować szpitalne łóżka. To konkluzje z tzw. raportu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego dotyczącego prywatnych szpitali, które niedawno wzbudziły społeczne (i, niestety, polityczne) emocje.

Świadomie napisałem „tzw. raportu”, gdyż dokument niebawem po opublikowaniu okazał się propagandowym gniotem; wadliwym metodologicznie i jednostronnym merytorycznie. Nie chcę spekulować na czyje został napisany zamówienie, choć nietrudno to odgadnąć. Przygotowany później, na zlecenie Prezesa NFZ, raport obejmujący znacznie dłuższy przedział czasu i terytorium całej Polski nie potwierdził tez stawianych przez „ekspertów” GUMed. Nie można więc mówić o zjawisku preselekcji pacjentów przez szpitale prywatne, a różnice pomiędzy realizacją świadczeń wynikają ze struktury zawartych umów, a nie różnych form własności.

Państwowy czy prywatny?

A jakie to ma znaczenie? Dla pacjenta ważne jest tylko to, czy szpital posiada kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia i czy w związku z tym może on uzyskać bezpłatną poradę oraz czy zapewnia mu się odpowiedni standard świadczonych usług. A jednak od lat toczy się - regularnie podsycany przez szpitale publiczne - spór o to, czy te prywatne zawłaszczają najbardziej opłacalne procedury, powodując straty sektora publicznego. Trudno oprzeć się wrażeniu, że używana argumentacja jest próbą zrzucenia odpowiedzialności za - łagodnie

mówiąc - nienajlepsze zarządzanie dyrektorów szpitali publicznych powodujące coraz trudniejszą sytuację finansową placówek.

W Polsce istnieje ponad 1100 szpitali prywatnych, z tego tylko około połowa posiada kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wykonują one rocznie kontrakty o wartości ok. 2 mld zł, co stanowi zaledwie 6% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia wydawanego na leczenie szpitalne i niespełna 3% środków publicznych wydawanych na zdrowie. Sektor prywatny, jak widać, na razie jest relatywnie mały i nie ma większego udziału w budżecie NFZ. W tym kontekście argumenty sektora publicznego - którego sumaryczne zadłużenie wynosi prawie 11 mld zł i który posiada 2,6 mld zł zobowiązań wymagalnych - brzmią niedorzecznie. Być może te dodatkowe 2 mld złotych poprawiłyby krótkoterminowo sytuację kilku szpitali publicznych, ale czy także zwiększyłyby zadowolenie i dostępność do świadczeń dla pacjentów? Szczerze wątpię.

Prawda o prywatnych

Szpitale prywatne rozwijają się ewolucyjnie, bardzo różnie w poszczególnych regionach kraju. Wynika to m.in. z poziomu zurbanizowania województwa, majątności jego mieszkańców, zasobności i polityki Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Najwięcej pieniędzy płatnik wydaje na kontrakty w województwie śląskim i mazowieckim, najmniej w podlaskim i zachodniopomorskim. Szpitale prywatne tak naprawdę muszą liczyć na komercyjnych pacjentów, aby móc utrzymać się na rynku. Pokazują to niewielkie wielkości kontraktów, jakie otrzymują. Mimo, że jak już zaznaczono, tylko połowa z nich ma zawartą umowę z NFZ, to zaledwie jedna czwarta ma kontrakt powyżej 1 miliona złotych rocznie. Ponad 200 prywatnych szpitali realizuje kontrakt niższy niż 10 mln zł a tylko wobec 20 z nich płatnik ma zobowiązania

przekraczające 20 milionów złotych. Konieczność zabiegania przez prywatne szpitale o pacjentów komercyjnych jest jednak ich niewątpliwą zaletą; wymusza dbałość o jakość obsługi i troskę o zadowolenie wszystkich pacjentów. Statystyki jednoznacznie pokazują, że podmioty prywatne oferują bardzo szeroki wachlarz usług i nie koncentrują się tylko na najbardziej dochodowych świadczeniach. Ze wspomnianego raportu NFZ wynika, że posiadają umowy w ponad 90% zakresów hospitalizacji jednego dnia i w 75% hospitalizacji planowej. Tylko w zakresie pełnej hospitalizacji szpitale prywatne pokrywają ok. 10% zakresów świadczeń, co wynika ze skali ich działania ograniczonej brakiem gwarancji państwa dla realizacji tak dużych inwestycji. Szpitale prywatne nie boją się jednak realizacji złożonych i trudnych procedur, co potwierdza analiza obrazująca odsetek świadczeń zabiegowych wykonywanych w różnych rodzajach szpitali. Okazuje się, że w wielu zakresach największy odsetek zabiegów kompleksowych wykonywanych jest nie w szpitalach klinicznych czy wojewódzkich, ale właśnie w prywatnych podmiotach (np. ginekologia onkologiczna), zaś wiele relatywnie prostych zabiegów „niepotrzebnie” wykonują szpitale o wysokim poziomie specjalizacji, a więc i wysokich kosztach.

Nasza propozycja – uczciwa konkurencja

Konkurencja i rywalizacja są stałym elementem gospodarki wolnorynkowej. Szpitale prywatne od ponad 20 lat skutecznie zmagają się ze szpitalami publicznymi, przyciągając pacjenta wysokim standardem świadczonych usług. Na naszych oczach narodziły w ostatnim dziesięcioleciu sprawnie działające, współpracujące z samorządami, kierujące się zdrowiem pacjentów grupy medyczne. Pacjenci Polsko-Amerykańskich Klinik Serca, szpitali EMC Instytutu Medycznego czy Grupy Nowy Szpital to doceniają. Swoje miejsce i

uznanie znalazły inne szpitale jak Medicover w Warszawie, Scanmed w Krakowie czy też Centrum Medyczne Mavit w Warszawie i Katowicach. Tymczasem większość szpitali publicznych odpowiada żądaniom ograniczenia roli szpitali prywatnych w systemie ochrony zdrowia; tak naprawdę domagając się ich likwidacji. Tylko, czy to jest uczciwa konkurencja? Czy pacjent nie ma prawa oczekiwać świadczeń wysokiej jakości? Czy efektywność nie powinna być także priorytetowym elementem wyboru świadczeniodawców w sektorze ochrony zdrowia? Czy stać Polskę na odrzucenie, z powodów ideologicznych, prywatnych inwestorów z sektora ochrony zdrowia, którzy co roku wydają bardzo znaczące kwoty na ważne dla pacjentów inwestycje ?

Dajmy więc pacjentom możliwość „głosowania nogami” i pozwólmy pieniądзом iść za pacjentem. Takie działanie wspiera Unia Europejska mocą *Dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej* z marca 2011r. Umożliwia ona *de facto* pacjentowi leczenie w każdym szpitalu na terenie Unii, z możliwością jego refinansowania w wysokości kosztu zakupu świadczenia przez regionalnego płatnika. Zwolennikiem tego rozwiązania nie przypadkiem jest właśnie sektor szpitali prywatnych, bo zna jakość swoich usług i wie kogo pacjenci wybiorą.

Wracając zaś do tytułowego pytania: to pacjenci powinni wybierać gdzie chcą się leczyć – a nie płatnik, nie politycy, nie szpitale publiczne. Ale, jak się wydaje, pacjenci już wybrali, tylko niektóre środowiska nie są w stanie się z tym pogodzić!