

Konkurencji potrzebujemy jak kania dżdżu

Kruszenie betonu

Zbigniew Kowalski

Polskie szpitale to ewenement na skalę światową – są w praktyce bezkonkurencyjne. A to dlatego, że nasz system ochrony zdrowia utrudnia, a często nawet uniemożliwia pacjentowi dokonanie wyboru płatnika i świadczeniodawcy. Pacjenta, w przeciwieństwie do konsumenta, nie chronią mechanizmy rynkowe. I dlatego system działa źle.

Temat zdrowia i rynku usług medycznych od lat nie schodzi z czołówek prasy i poczesnych miejsc w serwisach informacyjnych radia i telewizji. Prawdopodobnie przez kolejne lata niewiele się zmieni. Zapóźnienie służby zdrowia, powstałe jeszcze w czasach socjalizmu, jej niedoinwestowanie oraz w latach późniejszych stały niedobór pieniędzy, które pozwalałyby realnie, bez kolejek i w przyzwoitych warunkach leczyć pacjentów, powodują, że dziś przeciętny Polak odnosi się do państwowej służby zdrowia z dużą niechęcią i obawą.



Brać, nie marudzić

Obraz usług medycznych w oczach Polaków jest następujący: do szpitala idzie się tam, gdzie mnie skierują i gdzie mnie przyjmą, a nie do najlepszego, który sobie wybrałem na podstawie dostępnych danych i informacji. Pomimo iż od dawna tworzone i publikowane są rankingi szpitali, chorzy nie traktują ich jako kryterium wyboru: zachorowałem na serce, więc zamierzam się leczyć w najlepszej klinice i jej przekazać za pośrednictwem NFZ moją część składki. Teoretycznie, ustalając kontrakty, NFZ powinien dawać więcej lepszym, sprawniej działającym i osiągającym lepsze wyniki, ale w praktyce się tak nie dzieje lub dzieje się tak w nieznacznym stopniu. A przecież już reforma forsowana przez rząd premiera Buzka zakładała, że pieniądze mają *iść za chorym*. Czyli – im więcej przyjmujemy pacjentów, tym większe mamy fundusze na ich leczenie. Potem jednak Buzek przegrał wybory, przyszli kolejni polityczni *usprawniacze* służby zdrowia, polikwidowano kasy chorych, zapomniano, co to takiego Rejestr Usług Medycznych i... jak zwykle niewiele zrobiono.

Gorący kartofel

Niestety, choć wszyscy wiemy, że do leczenia potrzebne są pieniądze, nie akceptujemy faktu, że troska o zdrowie jest również towarem podlegającym mechanizmom rynkowym. Temat ten jest niezwykle wrażliwy społecznie i każdy kolejny rząd, każdy kolejny szef resortu zdrowia podchodził do niego jak do gorącego kartofla, który mógłby stać się potencjalnym zagrożeniem w kolejnych wyborach, przekładającym się bezpośrednio na słupki poparcia dla poszczególnych partii. Po roku 1989 próbowano różnych sposobów uzdrowienia sytuacji w państwowej służby zdrowia, ale najczęściej były to jedynie nieśmiałe próby, z których wycofywano się natychmiast, gdy tylko usłyszano pomruk niezadowolenia społecznego. Prawdą jest, że wielu ministrów mówiło o konieczności przynajmniej częściowego urynkwienia rynku usług medycznych, odejścia od urawniłowki, powodującej coraz mniejszą dostępność np. do badań wysokospecjalistycznych, a więc i najdroższych, dla pacjentów naprawdę ich potrzebujących. Z lepszym lub gorszym skutkiem, najczęściej z gorszym, niestety, uciekano się do dopuszczania do badań osób ich niepotrzebujących, byle tylko mieć to złudne poczucie niewybrania mniejszego zła. A już stosowanie takiego systemu było pewnym wyborem. Wyborem, który dziś owocuje tym, że na wizytę u specjalisty, dajmy na to endokrynologa, w dużych ośrodkach miejskich trzeba czekać prawie trzy lata, w mniejszych zaś około roku. Ilu pacjentów zmarło dzięki takiej polityce? To ta *szara strefa*, która nigdy już się nie wypowie.



foto: Bartosz Bobrowski / Agencja Gazeta

„ Szpital jest przedsiębiorstwem, które winno działać w realiach rynkowych, a więc i szefem tego przedsiębiorstwa winna być osoba o umiejętnościach menedżerskich, nie zaś manualnych ”

Polskie *no pasaran*

Pamiętam próby wprowadzenia przynajmniej częściowej odpłatności za wizyty u lekarzy, jak choćby w Czechach, gdzie system, choć z początku silnie oprotestowany, powoli zaczyna się rozwijać z sukcesem. Strach przed wyborcami nie pozwala jednak choćby na minimalną komercjalizację usług medycznych, a rzeczywistość skrzeczy kolejkami, kolejnymi protestami lekarzy i pielęgniarek, przemęczonymi lekarzami, popełniającymi podstawowe błędy. Oczywiście, należy pamiętać, że kwestia bezpośredniego ratowania życia w żadnym wypadku nie powinna być poddawana komercjalizacji, tu wymogi powinny być bardzo jasno określone i poza wszelkimi wątpliwościami etycznymi czy finansowymi.

Dał nam przykład... dentysta

A przecież można inaczej. Można, co udowodnili stomatolodzy, oddolnie poddając usługi dentystyczne prawom rynku. Niezauważalnie, ale stopniowo ta



Adam Koziarkiewicz,
ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia

Konkurencja zawsze oznacza, że trzeba dać z siebie więcej. Na konkurencji zawsze ktoś traci, ktoś zyskuje: trzeba starać się o to, by trafić do tej lepszej grupy. Starać nie o to, by co do joty wypełnić procedury i przepisy, odrobić pańszczyznę, ale o to, by każdą rzecz wykonać lepiej i taniej niż konkurent, bo kara jest bezwzględna – ucieczka pacjentów do tych, którzy starają się bardziej. Właśnie tego starania w polskiej ochronie zdrowia dziś brakuje najbardziej.

Przede wszystkim ze strony płatnika. Nie może tu być mowy o tym, by NFZ starał się zrobić coś lepiej niż konkurent, bo tego konkurenta nie ma. Narodowy Fundusz Zdrowia nie może w rozmowach ze świadczeniodawcami odnieść wyceny swoich usług do wycen konkurencji – bo takie nie istnieją. Nie może też odnieść i zweryfikować zasadności oczekiwań pacjenta, spróbować określić, co jest realne do osiągnięcia w ramach posiadanego budżetu z tym, jak i za ile z podobnymi oczekiwaniami radzi sobie konkurent – bo tego konkurenta brak. Efektem jest dążenie, by jak najlepiej wydać budżet, na którego wysokość NFZ ma niewielki wpływ. Ale nie o to, by jak najlepiej, i jak najtaniej spełnić oczekiwania pacjenta.

W USA normalną rzeczą między płatnikami i instytucjami opieki kierowanej jest konkurencyjna walka na hasła: „ubezpieczeni u nas rzadziej chorują na raka”; „mamy najmniejszy u nas poziom powikłań po leczeniu schorzenia X”. Za każdym takim hasłem stoją lata ciężkiej pracy, wysiłku i starań całej grupy fachowców, oraz szansa na to, że przełożą się one na nowych klientów, czyli satysfakcję finansową dla zespołu, który te starania podjął. Dopóki u nas podobne wysiłki nie będą się kończyć premią dla tych, którzy osiągnęli sukces, a stratą dla tych, którzy starań zaniedbali, sensowność podejmowania dodatkowych działań będzie podważona.

dziedzina medycyny zaczęła się prywatyzować i to bez protestów społecznych. Wiadomo, gdy ząb boli, trzeba iść do lekarza, a jeśli ten ból podczas zabiegu może być mniejszy albo wyeliminowany, trzeba iść do takiego gabinetu, który nam to zagwarantuje. Obserwując rozwój prywatnych gabinetów, potem przychodni,

a w konsekwencji sieci przychodni dentystycznych, od razu można było zauważyć powiększający się rozdźwięk pomiędzy tym, co Polacy otrzymują za pieniądze, a państwową służbą zdrowia, niedoinwestowaną i odstającą rozwojowo od najnowszych technik dentystycznych. Co charakterystyczne, komercjalizacja usług stomatologicznych odbyła się bez protestów społecznych. Musimy zatem przyjąć, że czynnikiem decydującym o konkurencyjności jest jakość usługi. Dobrze wykonany zabieg, właściwie podjęta decyzja terapeutyczna itp. – tym można konkurować.

Dylemat pacjenta

Jedyny, ale za to znaczący problem polega na tym, że z perspektywy pacjenta często jakość usług jest najtrudniejszym do oceny aspektem korzystania z usług medycznych. Pacjent wyleczony powinien równać się pacjentowi zadowolonemu. Ale czy tak jest rzeczywistość? Można być wyleczonym, ale przez całą terapię leżeć pod brudną koldrą na korytarzu szpitalnym, dostając dodatkowo mikroskopijne porcje żywnościowe. Pacjent, skierowany do szpitala na planowany zabieg (operację), pojawia się na oddziale z piżamą i torbą pełną zapasów, bo czeka go kilka dni poza domem. Jest przyzwyczajony do tego, że raz na kilka godzin ktoś go o coś zapyta lub wykona drobną procedurę diagnostyczną, jak pomiar temperatury czy ciśnienia. Gdy przy łóżku pojawi się lekarz, jest już prawdziwe święto, więc trzeba zamilknąć i w pokorze wysłuchać, a już, nie daj Boże, próbować wdawać się w dyskusje. Ponieważ jakość informacji oraz forma ich przekazania jest zbyt trudna do przyjęcia, pacjent najczęściej w ogóle nie rozumie, co się z nim dzieje i na co czeka. Wielu pacjentów uważa to za „normalność”. Oczywiście, zdarzają się chlubne wyjątki, na szczęście coraz częstsze, szczególnie wśród młodych lekarzy, ale już po kilku latach funkcjonowania w przychodniach czy w szpitalu, także młodzi przesiąkają „kulturą organizacyjną” polskiej służby zdrowia. Gdy dwa lata temu rozmawiałem z dyrektorem spółki przejmującej w zarządzanie i prywatyzującej polskie szpitale, mówił, że największym zaskoczeniem było dla ich pacjentów to, iż jednego dnia robiono im wszystkie badania, a po południu operowano. Jeśli stan zdrowia pozwalał, następnego dnia pacjent opuszczał szpital.

Organizacja

Drugim narzędziem konkurowania jest sprawna organizacja pracy jednostki świadczącej usługi. Czas spędzony na oczekiwaniu, uciążliwość procedur medycznych to rzeczy, które wszędzie da się uporządkować bez większych kosztów, a silnie wpływają one na odbiór przez pacjenta i opinię na temat szpitala czy poradni. Przez wiele lat w państwowej służbie zdrowia funkcjonował stereotyp, że dyrektorem placówki

winien być lekarz, bo tylko lekarz zna prawdziwe potrzeby szpitala. Nic bardziej mylnego – szpital jest przedsiębiorstwem, które winno działać w realiach rynkowych, a więc i szefem tego przedsiębiorstwa winna być osoba o umiejętnościach menedżerskich, nie zaś manualnych, wykorzystywanych głównie przy stole operacyjnym. Dobry chirurg nie musi być dobrym menedżerem, tak jak menedżer nie zastąpi przy stole operacyjnym chirurga. Ale to właśnie menedżer, szef czy dyrektor ma starać się o to, żeby chirurg miał czym i za co operować. Oczywiście, szef nie powinien być technokratą, musi mieć pewną ludzką wrażliwość, niezbędną do kreowania wizerunku placówki służby zdrowia jako tej, której zależy na pacjencie, i w której pacjent czuje się podmiotem, nie zaś wyłącznie przedmiotem leczenia.

Cud nad Wisłą

W latach 90. ubiegłego wieku w Polsce pojawiły się pierwsze przychodnie sieciowe (Medicover, CM LIM itp.). I, rzecz niebywała w naszym kraju, pacjenci korzystający z ich usług z uśmiechem na twarzy i nieukrywaną satysfakcją opowiadali o tym, że w recepcji dostali kartę, z którą zgłosili się do określonego gabinetu, gdzie bez kolejki zbadali ich lekarz. Następnie zostali zaprowadzeni do drugiego gabinetu (też bez zbędnego czekania), potem do kolejnego itd. Tak właśnie wygląda sprawna organizacja pracy i szanowanie czasu klienta, czyli samego pacjenta. Kliniki i szpitale państwowe również w pewnej chwili, acz często bezskutecznie, próbowały się otwierać na pacjentów. Szczególnie widoczne było to w okresie, gdy zgodnie z zapowiedziami rządu mówiono, że za każdym pacjentem będą szły konkretne pieniądze. Lekarzom pierwszego kontaktu (bo i taką instytucję powołano), czyli internistom w przychodniach, też zaczęło zależeć na jak największej liczbie pacjentów, bo miały iść za nimi realne pieniądze. I co? Nic z tego nie wyszło, mimo że najlepsi lekarze mieli zapisanych po kilka tysięcy osób. Ten system też miał swoje wady, gdyż przy takiej liczbie pacjentów przypadającej na lekarza wykluczone było przeprowadzenie chociażby rzetelnego wywiadu lekarskiego, a co dopiero mówić o postawieniu diagnozy, zaordynowaniu leczenia, przekonaniu pacjenta do współpracy w leczeniu, wypisaniu recepty? Okazało się, że lekarz pierwszego kontaktu poświęca średnio pacjentowi od 7 do 10 minut. Podobnie rzecz się miała i ma ze specjalistami. Podjęto jednak próbę. Patrząc na tamten okres, nie sposób również nie zauważyć, że w wielu szpitalach dokonano remontów i inwestycji, stały się, przynajmniej zewnętrznie, znacznie przyjaźniejsze, zmieniła się gama barw otaczających chorych na bardziej optymistyczne, zniknęły wszechobecne żółtobure lamperie, a zamiast rejestracji zaczęły powstawać recepcje. W recepcjach tych, przynajmniej w założeniu, pracowa-



prof. Tomasz Opala,
dyrektor Ginekologiczno-Położniczego
Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu

Konkurencja to moje marzenie. Bardzo chciałbym móc któregoś dnia powiedzieć podczas negocjacji z płatnikiem: *bardzo przepraszam, ale cena, którą państwo proponujecie jest za niska. Wasz konkurent za to samo w naszym szpitalu proponuje o 10 proc. więcej.*

Bez konkurencji między płatnikami konkurencja w każdym innym obszarze ochrony zdrowia jest mocno upośledzona. W tej chwili można powiedzieć, że są elementy konkurencji między świadczeniodawcami. Jedni inwestują w sprzęt i kadrę więcej, inni mniej, są ośrodki, które dbają o renomę, są podmioty – giganty, takie jak moja klinika; są i mniejsze szpitale, kliniki, które starają się wypełnić niszę. Jest rywalizacja. Ale sędzią w tej rywalizacji nie jest pacjent, nie rynek, a urzędnik Funduszu. Do tego Fundusz jest sędzią, od którego decyzji w praktyce nie można się odwołać – choćby do konkurencji.

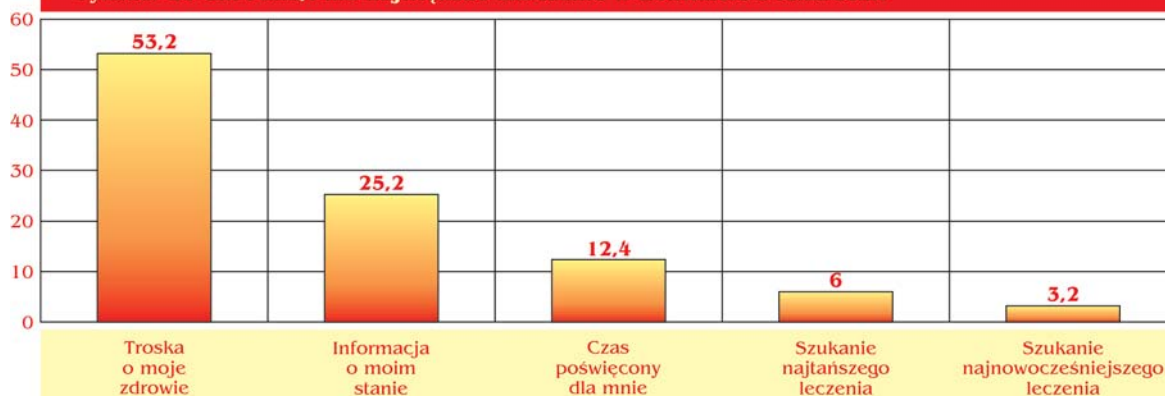
Wszystko to mocno zakłóca planowanie, inwestowanie. Nam w gruncie rzeczy łatwiej przewidzieć, czego oczekiwać będą od nas pacjenci, na co będzie zapotrzebowanie – trudniej przewidzieć to, jak zadecyduje urzędnik Funduszu. Odbyna się to ze szkodą dla pacjentów, którzy nie mogą za rozsądną cenę spełnić swoich oczekiwań. Bo dostępne dla nich jest nie to, czego potrzebują, lecz to, za co płaci Fundusz.

wać miały miłe i kompetentne osoby, udzielające pacjentom pierwszych niezbędnych informacji.

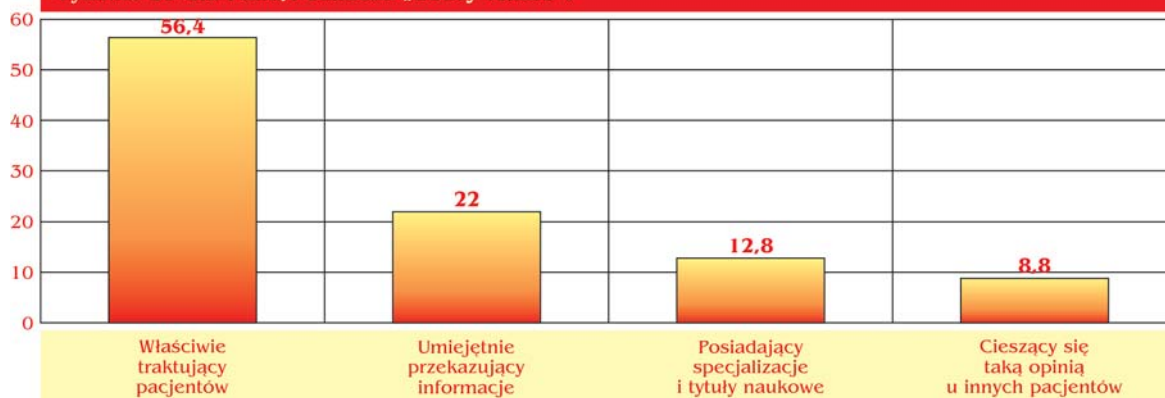
Leczenie pudrem

Cóż z tego, kiedy polska rzeczywistość znowu zaskrzeczała, a zmiany można zaliczyć do gatunku kosmetycznych, bez jakiegokolwiek głębszej podbudowy, zmian systemu organizacji pracy oraz mentalności, w której pacjent jest intruzem. Nie w rejestracjach, lecz w recepcjach cierpliwie musimy odstać swoje, obsługują nas obrażone panie, a na wizytę jesteśmy zapisywani za kilka lub kilkanaście miesięcy. Dla-

Pytanie: Co dla Pana/i ma największe znaczenie w kontakcie z lekarzem?



Pytanie: Co dla Pana/i oznacza „dobry lekarz”?



tego obraz przychodni prywatnych dla wielu jest marzeniem. Niestety, o wiele częściej marzeniem niż doświadczeniem, co wynika z cienkiego portfela Polaków. Usługi w gabinetach czy przychodniach są bowiem płatne, co wiąże się z ograniczonym dostępem do nich. Ale, i to jest pocieszające, coraz więcej firm i zakładów pracy wykupuje pakiety medyczne w takich placówkach dla swoich pracowników. Każdy pracownik może wybrać dla siebie pakiet usług

„ Obraz usług medycznych w oczach przeciętnego polskiego pacjenta jest taki: do szpitala idzie się tam, gdzie mnie skierują i gdzie mnie przyjmą, a nie do tego najlepszego ”



foto: imagezoo/images.com/Corbis



medycznych – od podstawowego, najtańszego, po naprawdę ekskluzywną, łączone z leczeniem szpitalnym. Niejednokrotnie przychodnie sieciowe wykupują dla swoich pacjentów miejsca w szpitalach. Oczywiście, nie można w tych rozważaniach pominąć kwestii zróżnicowania pacjentów w tym samym szpitalu, bo jak mówią sami lekarze – pacjenci płatni leżą w Szwajcarii, a bezpłatni na Ukrainie – w ramach tego samego oddziału.



foto: Archiwum

Maciej Murkowski,
Szpitale Polskie SA

Przeciwnicy wolnego rynku w polskiej ochronie zdrowia chętnie szermują hasłem, że po jego wprowadzeniu zdrowie będzie tylko dla bogatych. Bardzo się mylą. W Polsce już dziś dobry dostęp do świadczeń medycznych mają wyłącznie bogaci. Pozostali są go pozbawieni. Właśnie dlatego, że w Polsce nie ma konkurencji.

Tylko bogatych stać w Polsce, by po tym, jak z ich pensji potrąciła swoją dziesięć państwowa ochrona zdrowia – opłacić z pozostałych w kieszeni środków pobyt w porządnej klinice prywatnej. Takiej, gdzie nie ma kolejek, gdzie od ręki wykonuje się odpowiednie badania i konsultacje, umawia w szybkim terminie na zabieg. Tylko bardzo bogatych stać i na to, by ominąć polskie kolejki, i leczyć się za granicą. Pozostałym pozostaje jedno: pomoc udzielona z opóźnieniem, przy złej organizacji pracy, często w niewygodzie. Strach o to, czy lekarz przyjmie czy nie, bo jego placówka wykonała limity. Nie ma nic pośrodku: albo bardzo wysokie ceny, albo publiczna urawnitówka. Albo mercedes klasy S, albo motoriksza. Żadnych opli, seatów czy daewoo.

Konkurencja jest nam potrzebna przede wszystkim po to, by wypełnić rynek usług medycznych produktami ze *średniej półki*, dostosowanymi jakością i ceną do potrzeb pacjenta. Ta najwyższa i najbardziej kosztowna *półka* już jest, ta najniższa, na której zabieg bez wielomiesięcznej kolejki okazuje się niewykonalny – też. Konkurencja potrzebna jest nam właśnie po to, by porządna ochrona zdrowia i przyzwoita jakość były dostępne nie tylko dla bogatych i bardzo bogatych.

„ Ilu polskich pacjentów zmarło dzięki naszej polityce zdrowotnej? To ta szara strefa, która nigdy już się nie wypowie ”



fot. Archiwum

Robert Mołdach,
przewodniczący Rady Nadzorczej
szpitali MedPolonia

Tam, gdzie pojawia się konkurencja – zawsze podnosi się jakość usług i spadają koszty. Twórcy wszelkiego rodzaju monopoli, karteli, gildii i cechów – tworzyli je właśnie po to, by maksymalnie wydrenować kieszenie klientów, i mieć *spokojną głowę*, gdy chodzi o mocowanie się z problemem redukcji kosztów, czy podnoszenia jakości. Taką *spokojną głowę* mają polscy monopolisci w ochronie zdrowia. Chodzi o to, by ta głowa była *niespokojna*, chodzi o to, by tą głową *ruszyć*. I to właśnie wymusi konkurencja. Korzyści odniosą i pacjenci, świadczeniodawcy i płatnik.

Pacjenci w pierwszej kolejności zyskają znacznie lepszą jakość usług okotomedycznych i lepszą organizację pracy. Skończy się nieuprzejmość w rejestracji, wielogodzinne kolejki do gabinetu i marnowanie czasu. Zaczną: umawianie, uzgadnianie terminu, harmonogram. Znacznie poprawi się też jakość informacji udzielanej pacjentom. Z czasem polepszy się też jakość usług wymagających inwestycji w sprzęt i procedury. Kto nie będzie nadążał za postępem medycyny, wypadnie z gry rynkowej – więc inwestycje pojawią się na pewno. Świadczeniodawcy, którzy dziś i tak między sobą w praktyce konkurują, zyskają rzecz bezcenną – czytelne reguły gry konkurencyjnej.

Co zyska płatnik? Narodowy Fundusz Zdrowia w takiej formie, w jakiej istnieje dziś, straci pozycję monopolisty. Sporo zyskają natomiast najlepsi urzędnicy NFZ, bo dla nich otworzy się w pełni rynek pracy, dzisiaj ograniczony. Zyska też sam sposób funkcjonowania instytucji płatnika. Płatnicy będą musieli postępować wg czytelnych reguł, dzięki czemu staną się odporniejsi na nieformalne naciski i presję, która utrudnia ich pracę dziś.

Prywatny Jekyll, państwowy Hyde

W Polsce mamy już również płatny system opieki zdrowotnej i powinniśmy to zaakceptować. Nie do zaakceptowania jest jednak to, że ci sami lekarze, którzy lecząc w segmencie płatnym mają czas dla pacjen-

ta, potrafią z nim porozmawiać, doradzić, zamykając za sobą drzwi i przechodząc do segmentu bezpłatnego, stają się urzędowi, oschli i wiecznie niemający czasu. Przecież – tak wynika z badań, które sam prowadziłem – należy zwrócić szczególną uwagę na jakość informacji i formę ich przekazywania. Są to najważniejsze aspekty oceny jakości usług medycznych. „Dobry lekarz” to zdaniem pacjentów ten, który ich właściwie traktuje i umie powiedzieć, co im dolega, oraz co ich jeszcze czeka w trakcie leczenia. Ciekaw-



fot. Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

Krzysztof Opolski,
Wydział Nauk Ekonomicznych
Uniwersytetu Warszawskiego

Zasady funkcjonujące na rynku zdrowia po wprowadzeniu konkurencji powinny być zbliżone do tych, które obowiązują w sektorze bankowym. Przede wszystkim należy zadbać o to, by każdy podmiot działający na rynku usług czy to bankowych, czy medycznych gwarantował bezpieczeństwo swych usług. Pod tym względem rynek musi być mocno kontrolowany przez nadzór publiczny. Po spełnieniu tego warunku – im więcej konkurencji, tym lepiej.

Gdy dziś próbuję sobie wyobrazić, na czym polegać będzie walka konkurencyjna w polskiej ochronie zdrowia, widzę, że przede wszystkim na podnoszeniu jakości usług, i dostępności do kluczowych informacji. Wyboru dokonywać będzie pacjent czy działający w jego imieniu płatnik. Szpitale, by wygrać walkę konkurencyjną chwalić się będą *twardymi danymi*, dotychczas skrzętnie ukrywanyymi przed opinią publiczną. Najlepsze chwalić się będą najmniejszą liczbą zakażeń szpitalnych, powikłań, najwyższymi wskaźnikami całkowitego wyleczenia, a w chorobach przewlekłych – jakością i długością życia. Najstabsi świadczeniodawcy będą robić wszystko, by móc się pochwalić podobnymi wskaźnikami, inaczej wypadną z gry, stracą pacjentów. Już to samo w sobie stanowić będzie potężny impuls rozwojowy dla polskiej ochrony zdrowia. Choćby tylko po to warto wprowadzić do niej jak najwięcej elementów konkurencji. Bo – mówiąc bez cienia przesady – tu chodzi o ludzkie życie.

wostką jest to, że tytuły naukowe i specjalizacje lekarza są niemal cztery razy mniej istotnym czynnikiem, który wpływa na dobrą opinię o lekarzu niż sposób, w jaki traktuje on pacjenta. I choć z pewnością znakomite podyplomowe wykształcenie medyczne oraz dokonania naukowe nie szkodą konkurencyjności, to jako takie rzadko zapewniają w niej szanse na wygraną.

Jakość usług medycznych oceniana subiektywnie przez pacjenta ma wpływ na opinię na temat jednostki służby zdrowia. Większość chorych dzieli się zarówno złą, jak i dobrą opinią. Pozostaje zatem zadać pytanie, na czym polegać ma konkurencyjność na rynku usług medycznych. Wspominałem o prywatyzacji gabinetów dentystycznych, dzięki czemu na rynku tychże usług osiągnęliśmy pełną konkurencyjność zarówno finansową, jak i w kwestii standardów obsługi pacjenta. Oczywiście, spotykam się z zarzutami, i sam je częściowo podzielam, że państwowej służby zdrowia nie da się sprywatyzować, że taki zabieg byłby zabójczy dla dużej części społeczeństwa. Ale czy służba zdrowia w jej obecnym stanie organizacyjnym i z jej mentalnością nie jest zabójcza? Stąd to wołanie na puszczy o choćby częściową odpłatność za niektóre procedury. Jestem przekonany, że wielu Polaków, mając alternatywę: będę miał tomografię komputerową za trzy lata bezpłatnie bądź za miesiąc, przy częściowej, nawet niewysokiej odpłatności – wybrałoby tę drugą opcję.

Zapętlony jak Narodowy Fundusz Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją źle zarządzaną, kierującą się, żeby chociaż rachunkiem ekonomicznym, ale nie, kierującą się jakimiś niezrozumiałymi dla zwykłego człowieka wytycznymi, które nijak się mają do codziennej rzeczywistości szpitala czy przychodni. Czyż nie pamiętamy sytuacji, gdy oddziały szpitalne były zamykane, ponieważ wyczerpały zakontraktowaną liczbę zabiegów, a chorzy musieli jeździć do innych miast, by dostać się do szpitala, bo tam sytuacja była lepsza? Czy zatem państwowej służbie zdrowia pozostaje być nieefektywną i słabą, byle mieścić się w rocznych kontraktach? Po co być dobrym, jeśli spowoduje to zamknięcie oddziału czy szpitala, bo przekroczone zostały limity? Marzeniem jest, żeby pacjent wychodził od lekarza zadowolony, bo usatysfakcjonowany pacjent, to bardzo konkretny odbiór służby zdrowia. Wystarczy zapoznać się z ryc. 3., która jasno mówi, że pacjenci niezadowoleni budują społeczną opinię o etosie zawodu lekarza oraz o całej publicznej służbie zdrowia. Podobnie jednak ma się rzecz z zadowolonymi, których potraktowano podmiotowo, poświęcono im należną uwagę. Oni też o tym mówią, tym bardziej że dochodzi tu efekt zaskoczenia choćby już tylko tym, że lekarz, pielęgniarka czy salowa są po prostu mili i otwarci.



foto. Dzięk

Marek Balicki,
były minister zdrowia,
dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie

Polemizowałbym z mitem, że konkurencję wprowadzić trzeba wszędzie. Zdrowy rozsądek nakazuje, by jej rozmiary ograniczyć. Nie warto budować kolejnego szpitala w Pułtusk, tylko po to, by pacjenci z regionu tego miasta mieli większą możliwość wyboru. Generalnie przedroży to tylko funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia. Podobnie byłoby z mnożeniem ponad miarę kolejnych centrów specjalistycznych.

Warto natomiast rozwijać konkurencję tam, gdzie to możliwe – o dodatkowe elementy. Rozwijając, bo *de facto* ona już istnieje. Lekarze przecież konkurują między sobą – nazwiskami. Warto tę konkurencję rozbudowywać o takie elementy, jak renoma ośrodka, renoma sieci medycznej, publikacje szczegółowych danych na temat liczby i jakości świadczeń i renoma ubezpieczyciela.

To ostatnie w szczególności, bo tak się składa, że w większości segmentów systemu ochrony zdrowia elementy konkurencji już funkcjonują, a w tym jednym nie. Ze szkodą dla wszystkich.

Niestety, wprowadzenie pełnej konkurencyjności usług medycznych nie jest dziś możliwe choćby z powodu niewielkiej zasobności naszych portfeli. Przeciętnego Polaka nie stać na płacenie w całości za opiekę medyczną. Tak jak nie stać na to również Niemca, Anglika czy Amerykanina. Jednak polski system ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych nie sprzyja temu, by pacjent leżał w dobrym szpitalu. Nie wszystko da się jednak tłumaczyć brakiem pieniędzy. Czasem wystarczy po prostu odrobina dobrej woli i ludzkiego traktowania pacjenta. To właśnie stanowi pierwszy element konkurencji, który, jestem tego pewien, zapoczątkuje lawinę zmian w służbie zdrowia.

Autor jest specjalistą w dziedzinie relacji lekarz–pacjent, wykładowcą akademickim oraz ekspertem rynku zdrowia.