

UWARUNKOWANIA EKONOMICZNE MOŻLIWOŚCI KOMERCYJNEGO ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH PRZEZ POLSKIE SZPITALA PUBLICZNE

Waldemar Malinowski

Przewodniczący Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych

Ewelina Nojszewska

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

e-mail: enojsz@sgh.waw.pl

DOI: 10.15611/noz.2017.3.01

Streszczenie: W artykule od strony teoretycznej i aplikacyjnej przedstawione są podstawy uzasadniające wprowadzenie w polskich szpitalach możliwości leczenia pacjentów na warunkach komercyjnych przy zagwarantowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego dzięki wprowadzeniu właściwej regulacji prawnej. W pierwszej części na podstawie literatury przedstawiono uwarunkowania efektywnego finansowania szpitali. W drugiej, aplikacyjnej części policzono koszty spowodowane niewykorzystaniem łóżek w szpitalach ogólnych w Polsce, na Dolnym Śląsku oraz na oddziałach chirurgii ogólnej w Polsce. W ostatniej części znajduje się propozycja rozwiązania problemu niewykorzystania dużej liczby łóżek szpitalnych w Polsce.

Słowa kluczowe: koszty łóżek szpitalnych, marnotrawstwo zasobów, leczenie komercyjne.

1. Wstęp

Pomimo że w Polsce ochrona zdrowia finansowana jest przede wszystkim przez publiczne środki, to jednak asymetria informacji i niesprawności mechanizmu rynkowego oddziałują na jej finansowanie i funkcjonowanie. Niepożądanym skutkiem tych oddziaływań ma przeciwdziałać odpowiednia regulacja prawna, która, jak wiadomo, determinuje wszystkie decyzje podejmowane przez wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia. Dlatego tak ważne jest badanie skutków zmian przepisów prawa po stronie finansowania i funkcjonowania ochrony zdrowia, aby nieustająco dążyć do skuteczności klinicznej i efektywności ekonomicznej, które wzajemnie się warunkują [Stiglitz 2004].

W przedkładanym artykule uwaga jest skoncentrowana na problemie optymalnej liczby łóżek w szpitalach publicznych (Samodzielnych Publicz-

nych Zakładach Opieki Zdrowotnej, SPZOZ). Można ją rozumieć jako liczbę gwarantującą realizację kontraktu z NFZ oraz zagwarantowanie gotowości w obliczu masowych i nieprzewidywalnych zdarzeń zdrowotnych. Przy takim podejściu posiadanie większej liczby łóżek oznacza koszty, które stanowią marnotrawstwo. Jednak w obliczu kolejek oczekujących na leczenie szpitalne warto rozważyć, czy szpitale publiczne nie powinny mieć możliwości wykorzystania tych dodatkowo posiadanych łóżek w celu komercyjnego świadczenia usług, tym bardziej że gospodarstwa domowe dysponują pieniędzem na zakup komercyjnego leczenia. Sytuację szpitali publicznych dopełnia ich zadłużenie. W obliczu niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych oraz zadłużenia szpitali, do którego przyczyniają się straty spowodowane niewykorzystaniem posiadanych łóżek, autorzy wykazują, że warto zmienić *status quo* i umożliwić równoległe leczenie zarówno pacjentów korzystających ze spo-

łecznego ubezpieczenia, jak i pacjentów leczonych na zasadach komercyjnych.

W pierwszej części artykułu opisano uwarunkowania wynikające z ekonomii finansowania ochrony zdrowia dla efektywnego finansowania szpitali, gdyż jest to problem, z którym borykają się ministrowie zdrowia na całym świecie. Następnie przedstawiono analizę ekonomiczną badającą wpływ nadmiaru łóżek na wielkość marnotrawstwa tym spowodowanego. W ostatniej części zaprezentowano propozycję rozwiązania tego problemu.

2. Uwarunkowania efektywnego finansowania szpitali wynikające z ekonomii finansowania ochrony zdrowia

Konstruując regulację prawną dla finansowania ochrony zdrowia, w tym finansowania szpitali, należy pamiętać, że niezależnie od rodzaju systemu zawsze do realizacji tego finansowania (i funkcjonowania) włączają się siły rynkowe, przez co ostateczny rezultat może być odmienny od zakładanego. Dlatego oddziaływanie mechanizmu rynkowego nie może być ignorowane przy wprowadzaniu zmian w systemie finansowania ochrony zdrowia [Donaldson, Gerard 2005]. Oddziaływanie rynkowe to decyzje podejmowane przez wszystkich uczestników systemu pod wpływem bodźców finansowych stworzonych przez regulację prawną.

Wiadomo, że ze względu na rolę zdrowia i życia ludzkiego finansowanie i dystrybucja świadczeń zdrowotnych, a przede wszystkim leczenia szpitalnego, nie może być realizowane wyłącznie przez mechanizm rynkowy. Tak więc każde społeczeństwo za pomocą procesu politycznego realizowanego przez reprezentantów tego społeczeństwa formułuje zasady finansowania i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Poszczególne systemy, czy finansowane z podatków ogólnych, czy z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, mające swoje zalety i wady jednocześnie podlegają oddziaływaniom sił rynkowych [Feldstein 2007]. Ryzyko i niepewność zachorowania i skuteczności leczenia są jednymi z najważniejszych charakterystyk ochrony zdrowia [Arrow 1963]. Dlatego finansowanie leczenia poprzez ubezpieczenie jest wyjątkowo korzystnym rozwiązaniem instytucjonalnym odpowiadającym na zagrożenie wysokimi kosztami leczenia. Jednak konstruując ubezpieczenia zdrowotne, należy wziąć pod uwagę niesprawności w postaci niekorzyści małej skali, pokusy nadużycia i negatywnej selekcji, których skutkiem ustawodawca musi przeciwdziałać [Folland, Goodman, Stano 2013]. Dla świadczeniodawców oznacza to, że po

określeniu przez polityków potrzeb zdrowotnych na podstawie wiedzy demograficznej i epidemiologicznej zawsze należy uwzględnić margines zasobów umożliwiających bycie w gotowości do uporania się z masowymi, nieprzewidywalnymi zdarzeniami zdrowotnymi. W odniesieniu do szpitali oznacza to konieczność posiadania odpowiedniej liczby łóżek, czyli także wolnych łóżek, ponad ich liczbę wynikającą z kontraktu z płatnikiem. Jednakże liczba ta musi być określona w sposób optymalny, gdyż jej przekroczenie oznaczać będzie marnotrawstwo zasobów, a więc ograniczenie dostępu do świadczeń dla pacjentów.

Niesprawnością mechanizmu rynkowego obecną w finansowaniu ochrony zdrowia są efekty zewnętrzne i asymetria informacji prowadząca do wielu konsekwencji, które trzeba przewidzieć i przeciwdziałać im, aby system jako całość, a przede wszystkim szpitale, mogły dążyć zarówno do skuteczności klinicznej, jak i efektywności ekonomicznej [Zwiefel, Breyer, Kifmann 2009]. Politycy w ochronie zdrowia muszą za pośrednictwem odpowiedniej regulacji prawnej dążyć do uporania się z przejawami pokusy nadużycia po stronie pacjentów, świadczeniodawców i instytucji, a także doprowadzić do równości dostępu do świadczeń, czemu po stronie mechanizmu rynkowego przeciwdziała negatywna selekcja oraz selekcja ryzyka. Z perspektywy tematu przedkładanego artykułu oddziaływanie przede wszystkim ryzyka i asymetrii informacji oznacza konieczność dążenia do eliminowania marnotrawstwa zasobów szpitali, co umożliwi obniżanie kosztów do niezbędnego minimum, przy dbałości o jakość i dostępność świadczeń. Jednym z podstawowych zagadnień jest więc właściwa alokacja zasobów, czyli optymalna liczba łóżek szpitalnych. W odniesieniu do publicznych szpitali jawi się problem spowodowany interpretacją prawa uniemożliwiającą komercyjne świadczenie usług. Ponieważ popyt na leczenie szpitalne [Grossman 1972] znacznie przekracza możliwości strony podaży, to warto zastanowić się nad zwiększeniem dostępności do świadczeń i skróceniem kolejek oczekujących dzięki umożliwieniu komercyjnego leczenia po wprowadzeniu właściwej regulacji prawnej.

3. Ekonomiczne uwarunkowania funkcjonowania szpitali – koszty spowodowane niewykorzystaniem łóżek

Liczba łóżek szpitalnych w PRL zdeterminowana była zagrożeniem konfliktem zbrojnym i po zmianie systemu społeczno-gospodarczego w 1989 r. znacznie przekraczała zapotrzebowanie. Pomimo powolnego procesu zmniejszania liczby łóżek w dalszym ciągu

mamy ich nadmiar. Porównując liczbę łóżek przypadających na 1000 osób w Polsce i krajach członkowskich OECD, można zauważyć, że należymy do krajów z największą ich liczbą¹. Na tle tego porównania rodzi się pytanie, czy potrzeba aż tyle łóżek w szpitalach i czy są one efektywnie wykorzystywane. Aby odpowiedzieć na tak postawione pytanie, należy rozważyć kilka równoległych i złożonych problemów, gdyż na liczbę pacjentów i ich czas pobytu w szpitalu wpływa konstrukcja systemu finansowania ochrony zdrowia jako całości. Przykładowo sposób finansowania POZ determinuje przesuwanie pacjentów do AOS i szpitali, a wycena procedur szpitalnych określa stosowane metody leczenia oraz czas trwania hospitalizacji. Ponieważ leczenie szpitalne jest najdroższe, idąc za przykładem innych krajów, można by w coraz większym zakresie wykorzystywać szpitalne leczenie jednodniowe oraz oddziały dzienne, a także leczenie ambulatoryjne. Autorzy koncentrują się wyłącznie na koszcie niewykorzystanych łóżek stanowiącym marnotrawstwo zasobów.

Do zobrazowania wykorzystania łóżek szpitalnych wykorzystywane są trzy wskaźniki. Pierwszym jest średni czas hospitalizacji, czyli iloraz wszystkich osobodni i liczby hospitalizowanych. Drugi wskaźnik to przelotowość – określająca, ilu chorych korzystało z jednego łóżka, czyli jest to iloraz liczby hospitalizowanych i liczby łóżek. Trzeci wskaźnik wykorzystania łóżek można przedstawić w dwóch formułach. Po pierwsze, jako iloraz wszystkich osobodni i liczby łóżek dający liczbę dni wykorzystania łóżka w roku, a po drugie, w ujęciu procentowym dla 365 dni. W dalszej części artykułu będzie wykorzystany ten trzeci wskaźnik, jednakże pełen obraz wykorzystania łóżek szpitalnych daje jednocześnie posługiwanie się wszystkimi trzema. Przykładowo jeśli na oddziale jest obłożenie dochodzące do 100%, to nie musi ono oznaczać znakomitego zarządzania tym oddziałem, gdyż tak wysokie obłożenie może być spowodowane wysokim wskaźnikiem czasu hospitalizacji, a to może się przekładać na przetrzymywanie pacjentów z różnych powodów, jak np. powikłania, niemożność szybkiej diagnostyki lub zapełnianie oddziału. I odwrotnie – na oddziale może być niskie obłożenie spowodowane dużo krótszym czasem hospitalizacji takich samych przypadków jak w szpitalu o wysokim wykorzystaniu łóżek. Wartości, jakie przyjmują poszczególne wskaźniki, są reakcją na sposób pokrywania kosztów szpitala przez płatnika, więc pokazują realizację stosowanych narzędzi polityki zdrowotnej.

W prezentowanej analizie przedstawione są szacunki kosztów ponoszonych przez szpitale na skutek niewykorzystania łóżek. Analiza obejmuje lata 2010–2014. Jako początek analizowanego okresu wybrano 2010 r., gdyż w lipcu 2008 r. wprowadzono JGP jako narzędzie rozliczeń z płatnikiem, a w roku 2009 uczono się tego narzędzia. Natomiast najnowsze dane są dostępne dla 2014 r. Oszacowano straty dla trzech sytuacji. Po pierwsze, dla szpitali ogólnych w Polsce, po drugie, dla szpitali ogólnych na Dolnym Śląsku i po trzecie, dla oddziałów chirurgii ogólnej w Polsce. Obliczenia oparte są na założeniu, zgodnie z którym przyjęto, że w każdym szpitalu zawsze jest liczba/udział łóżek w gotowości do hospitalizacji ofiar losowych/nieprzewidzianych zdarzeń. Autorzy uznali więc, że stopa pełnego wykorzystania łóżek szpitalnych uwzględniająca potrzeby gotowości (oznaczona jako t_u) przyjmuje następujące wartości: dla szpitali ogólnych w Polsce $t_u = 0,85$, gdzie pozostałe 15% to łóżka pozostające w gotowości, dla szpitali ogólnych na Dolnym Śląsku $t_u = 0,90$, a dla oddziałów chirurgii ogólnej w Polsce $t_u = 0,80$.

W ramach analizy statycznej obliczone zostały dwa wskaźniki, a ich wartości można porównywać dla różnych lat bez konieczności poznawania zmian następujących z roku na rok.

Wskaźnik udziału wykorzystania łóżka w jego koszcie: $t_u - t_r$ (kolumny 1). Jest to wyrażona w punktach procentowych różnica między stopą pełnego wykorzystania łóżek szpitalnych (uwzględniającą potrzeby gotowości) i stopą rzeczywistego wykorzystania łóżek. Wskaźnik ten pokazuje wpływ niewykorzystania łóżka na koszty niezwrócone, czyli ile procent całkowitego kosztu łóżka stanowią koszty niezwrócone w porównaniu z pełnym obłożeniem.

Wskaźnik udziału kosztu niezwróconego przy rzeczywistym wykorzystaniu łóżka: $(t_u - t_r)/t_r$ (kolumna 2). Jest to procentowy udział kosztu niezwróconego do zwróconego przy rzeczywistym, a więc niepełnym wykorzystaniu łóżek. Jego wartość powinna dążyć do zera, gdyż wtedy łóżko jest w pełni wykorzystane.

Dla analizy dynamicznej najważniejsze są względne zmiany stopy rzeczywistej i pełnego wykorzystania łóżka, a to pokazują kolejne dwa wskaźniki.

Wskaźnik przyrostu względnego stopy rzeczywistego wykorzystania: $(t_r^t - t_r^{t-1})/t_r^{t-1}$ (kolumna 4). Jest to wskaźnik informujący o kierunku i sile zmian stopy rzeczywistego obłożenia w odniesieniu do okresu poprzedniego.

¹ Na przykład: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/04/03/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2013-34-en&mimeType=text/html.

Tabela 1. Szpitale ogólne w Polsce

Rok	t_u (%)	t_r (%)	1 (p. p.)	2	3	4	5	6
2010	85	68,1	16,9	0,248164				
2011	85	67	18	0,268657	-1,1	-0,01615	0,983847	0,016153
2012	85	67,3	17,7	0,263001	0,3	0,004478	1,004478	-0,00448
2013	85	67,1	17,9	0,266766	-0,2	-0,00297	0,997028	0,002972
2014	85	67,3	17,7	0,263001	0,2	0,002981	1,002981	-0,00298

Opis tabeli: dla lat 2010-2015 przedstawione są stopa pełnego wykorzystania łóżek szpitalnych uwzględniająca potrzeby gotowości, t_u , stopa wykorzystania łóżek, t_r . Kolumna 1: różnica między tymi stopami, $t_u - t_r$. Kolumna 2: iloraz tej różnicy i stopy wykorzystania łóżek, $(t_u - t_r)/t_r$. Kolumna 3: różnica stóp wykorzystania łóżek między okresami, $t_r^t - t_r^{t-1}$. Kolumna 4: iloraz tej różnicy i stopy wykorzystania łóżek z roku poprzedniego $(t_r^t - t_r^{t-1})/t_r^{t-1}$. Kolumna 5: stosunek stopy wykorzystania łóżek między okresami, t_r^t/t_r^{t-1} . Kolumna 6: różnica $1 - t_r^t/t_r^{t-1}$.

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, tab. 4.2.1.

Tabela 2. Szpitale ogólne na Dolnym Śląsku

Rok	t_u (%)	t_r (%)	1 (p.p.)	2	3	4	5	6
2010	90	64,6	25,4	0,393189				
2011	90	64,3	25,7	0,399689	0,995356	0,015408	0,995356	0,004644
2012	90	65,3	24,7	0,378254	1,015552	0,015794	1,015552	-0,01555
2013	90	65,1	24,9	0,382488	0,996937	0,015267	0,996937	0,003063
2014	90	67	23	0,343284	1,029186	0,015809	1,029186	-0,02919

Opis – jak pod tab. 1.

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, tab. 4.2.1.

Wskaźnik zróżnicowania względnych zmian stóp wykorzystania: $1 - t_r^t/t_r^{t-1}$ (kolumna 6). Jest to różnica między względną zmianą stopy pełnego wykorzystania łóżek (tutaj równą 1) i względną zmianą stopy rzeczywistego wykorzystania łóżek. Ponieważ t_r powinna dążyć do t_u , to wielkość tego wskaźnika powinna dążyć do zera. Zróżnicowanie zmian względnych oznacza rozchodzenie się rzeczywistego i pełnego wykorzystania łóżek.

Dane liczbowe służące do obliczeń dla szpitali ogólnych w Polsce przedstawia tab. 1.

Wskaźnik udziału wykorzystania łóżka w jego koszcie (1) wzrósł na początku, aby utrzymać się właściwie na niezmiennym poziomie, wskazując, że prawie 1/5 kosztów łóżek nie jest sfinansowana. Wskaźnik udziału kosztu niezwróconego przy rzeczywistym wykorzystaniu łóżek (2) powinien dążyć do 0, a przyjmuje stabilnie wartość ponad 25%, co wskazuje na skalę marnotrawstwa zasobów. Natomiast wskaźnik przyrostu względnego rzeczywistego wykorzystania (4) na przemian zwiększa się i zmniejsza minimalnie, czyli właściwie nie ma zmiany między okresami. Wskaźnik zróżnicowania względnych zmian stóp wykorzystania łóżek (6) również na przemian zwiększał się i zmniejszał minimalnie, czyli

właściwie nie było zmiany między okresami. Okazuje się, że sytuacja w Polsce jest stabilna i niekorzystna, gdyż utrzymują się wysokie koszty niezwrócone niewykorzystanych łóżek.

Dane liczbowe służące do obliczeń dla szpitali ogólnych na Dolnym Śląsku przedstawia tab. 2.

Wskaźnik udziału wykorzystania łóżka w jego koszcie (1) przez pierwsze cztery lata zmniejszał się nieznacznie, aby w 2014 r. ulec dalszemu obniżeniu. Wskaźnik udziału kosztu niezwróconego przy rzeczywistym wykorzystaniu łóżek (2) powinien dążyć do 0, a zmniejsza wartość od prawie 40% do ponad 30%, co wskazuje na skalę marnotrawstwa zasobów. Natomiast wskaźnik przyrostu względnego rzeczywistego wykorzystania (4) właściwie nie zmienia się między okresami. Wskaźnik zróżnicowania względnych zmian stóp wykorzystania łóżek (6) na przemian zwiększa się i zmniejsza minimalnie, czyli właściwie nie ma zmiany między okresami. Okazuje się, że sytuacja na Dolnym Śląsku jest stabilna i niekorzystna jak w całej Polsce, gdyż utrzymują się wysokie koszty niezwrócone niewykorzystanych łóżek.

Dane liczbowe służące do obliczeń dla oddziałów chirurgii ogólnej w Polsce przedstawia tab. 3.

Tabela 3. Oddziały chirurgii ogólnej w Polsce

Rok	t_u (%)	t_r (%)	1 (p.p.)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2010	80	62,4	17,6	0,282051					21539	0,176	3790,864	17911,68	67 900 743
2011	80	61,6	18,4	0,298701	0,987179	0,01582	0,987179	0,012821	21610	0,184	3976,24	17911,68	71 221 138
2012	80	61,8	18,2	0,294498	1,003247	0,016286	1,003247	-0,00325	21178	0,182	3854,396	17911,68	69 038 708
2013	80	61,6	18,4	0,298701	0,996764	0,016129	0,996764	0,003236	20870	0,184	3840,08	17911,68	68 782 284
2014	80	61,8	18,2	0,294498	1,003247	0,016286	1,003247	-0,00325	20808	0,182	3787,056	17911,68	67 832 535

Opis – jak pod tab. 1; kolumna 7: liczba łóżek, kolumna 8: odsetek łóżek niewykorzystanych, kolumna 9: liczba niewykorzystanych łóżek, kolumna 10: roczny koszt jednego łóżka, kolumna 11: roczny koszt niewykorzystanych łóżek.

Źródło: obliczenia własne na podstawie: *Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, tab. 4.3.1.

Wskaźnik udziału wykorzystania łóżka w jego koszcie (1) minimalnie się waha, przyjmując średnią wartość 18,3. Wskaźnik udziału kosztu niezwróconego przy rzeczywistym wykorzystaniu łóżek (2) powinien dążyć do 0, a sięga prawie 30%, co wskazuje na skalę marnotrawstwa zasobów. Natomiast wskaźnik przyrostu względnego rzeczywistego wykorzystania (4) właściwie nie zmienia się między okresami. Wskaźnik zróżnicowania względnych zmian stóp wykorzystania łóżek (6) na przemian zwiększa się i zmniejsza minimalnie, czyli właściwie nie ma zmiany między okresami. Okazuje się, że sytuacja na oddziałach chirurgii ogólnej jest stabilna i niekorzystna w całej Polsce. W tym przypadku do dalszych obliczeń wykorzystana została informacja, że koszt miesięczny łóżka na chirurgii ogólnej w anonimowym szpitalu w pierwszym kwartale 2015 r. wyniósł 17 911,68 zł. Wartość ta została wykorzystana do oszacowania rocznego kosztu niewykorzystanych łóżek w kolumnie 11. Od 2011 r. koszt ten zmalał z ponad 70 mln zł do prawie 68 mln zł. Zmniejszenie się tego kosztu jest słusznym kierunkiem, ale jego wartość pokazuje skalę marnotrawstwa, a więc skalę zmniejszania dostępności świadczeń.

Na podstawie dokonanych obliczeń można sformułować wniosek, że łóżka szpitalne, których nie można wykorzystać w ramach kontraktu z NFZ, powinny być dostępne komercyjnie przy zagwarantowaniu właściwej regulacji prawnej.

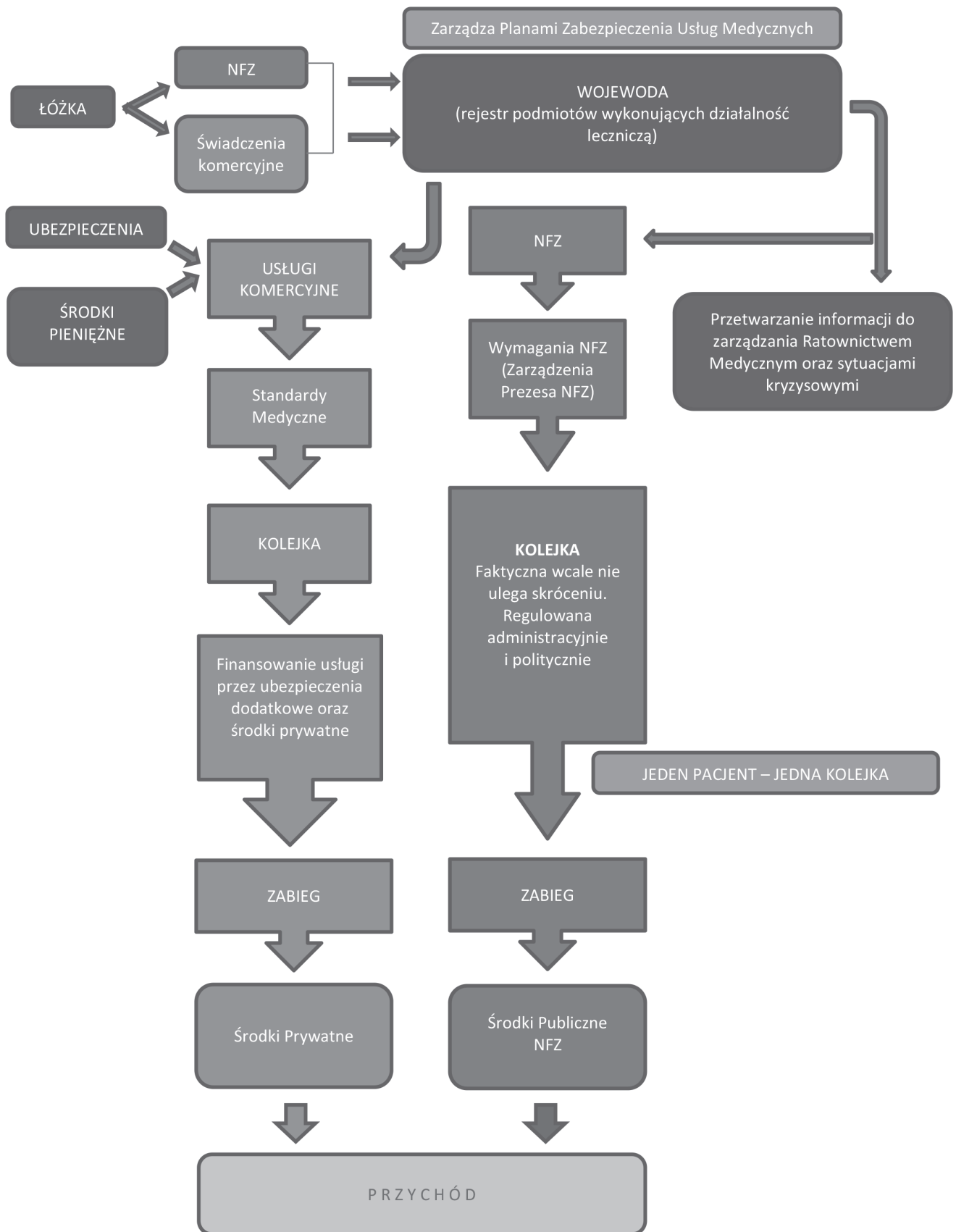
Okazuje się, że zasoby szpitalne są znacznie większe niż zasoby potrzebne do realizacji kontraktu z NFZ. Należy uwzględnić gotowość w obliczu zdarzeń masowych i nieprzewidywalnych, ale liczba niewykorzystanych łóżek przekracza liczbę potrzebną do spełnienia warunku gotowości, czyli ujawnia marnotrawstwo. Problemem tym zainteresowali się również

inni analitycy i przykładowo M. Wesołowski [*Ekonomia...*], próbując oszacować wymiar pieniężny tego marnotrawstwa, obliczył, że średnie obłożenie chirurgii wynosi 63%, a połowa z pozostałych 37% powinna gwarantować gotowość. Średni koszt dzienny pustego łóżka na chirurgii to ok. 250 zł, a więc w ciągu roku takie łóżko kosztuje szpital około 84 tys. zł. Szpitale, obliczając swoje koszty, wliczają koszty pustych łóżek do kosztów oddziałów, na których się znajdują, i tym sposobem nawet jeśli te oddziały zarabiają na zakontraktowanych przez NFZ łóżkach, to i tak ostatecznie ponoszą stratę². Jeśli przykładowo oddział chirurgiczny ma 30 łóżek, to przy średnim obłożeniu i po uwzględnieniu gotowości na tym oddziale powinno być 25 łóżek. Jeśli ustawodawca uznałby, że leczenie powinno odbywać się wyłącznie w ramach kontraktu z NFZ, to szpital powinien zlikwidować te nadmierne 5 łóżek. Jednak kolejki oczekujących na zabiegi oraz gotowość gospodarstw domowych do płacenia za leczenie sugerują, że rozwiązanie powinno uwzględniać leczenie finansowane zarówno przez publicznego płatnika, jak i prywatnie. M. Sokołowski obliczył, że 10% wartości kontraktu z NFZ zostaje zmarnowane, ponieważ szpitale pracują przy niepełnym obłożeniu, ponosząc koszty wszystkich łóżek i zasobów, np. etatów pracowników medycznych przypisanych do tych niewykorzystanych łóżek [Wesołowski, *Prawda...*]. Podsumowując, należy stwierdzić, że polskiej ochrony zdrowia nie stać na takie marnotrawstwo zasobów.

4. Propozycja rozwiązania

Autorzy postawili w artykule dwie tezy. Pierwsza to ewidentne, niedostateczne wykorzystanie zasobów będących w dyspozycji szpitali publicznych

² W przedstawianej analizie danych pomijany jest problem nadwykoniań, które prowadzą do dodatkowego zwiększenia kosztów szpitala.



Rys. 1. Propozycja zorganizowania efektywnego wykorzystania łóżek szpitalnych

Źródło: opracowanie własne.

oraz możliwości prawne wykonywania usług komercyjnych na podstawie tych zasobów. Jak wynika z przeprowadzonych analiz, niewykorzystane łóżka szpitalne nie są też tanie, co często powoduje straty finansowe. Żadne przedsiębiorstwo nie może sobie na to pozwolić. Przy niedostatecznym finansowaniu procedur, gdzie nie bierze się pod uwagę gotowości do udzielania świadczeń, taka sytuacja jest nie do przyjęcia. Jakie rozwiązanie można zaproponować dla tak postawionych problemów?

Po analizie potrzeb zdrowotnych opartej na badaniu demografii i epidemiologii na określonym terenie należy określić mapę zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne na danym obszarze. Na tej podstawie NFZ jako płatnik publiczny powinien kontraktować świadczenia dla konkretnej liczby łóżek. Reszta łóżek powinna być do dyspozycji dyrektorów szpitali w celu efektywnego ich wykorzystania. Dobrym rozwiązaniem byłyby zmiany w sposobie wpisywania do rejestrów wojewody podmiotów leczniczych. Po pierwsze, podmiot leczniczy na podstawie analiz określałby w swoich zasobach liczbę łóżek, które są do dyspozycji płatnika publicznego, oraz liczbę łóżek komercyjnych, które mogą być wykorzystane przez wojewodę w razie sytuacji kryzysowej. Stwarza to bardzo przejrzystą sytuację, jeżeli chodzi o wykorzystanie zasobów. NFZ na podstawie wpisów rejestrowych wie, jakie zasoby pozostawia szpital do jego dyspozycji, i może określić liczbę świadczeń, jakie może zakontraktować. Z drugiej strony, zarządzający szpitalami mogą poszukiwać klientów komercyjnych w celu pozyskania dodatkowych środków finansowych. Przez klientów komercyjnych należy rozumieć, oprócz klienta prywatnego, również instytucje ubezpieczeniowe (co już ma miejsce). Na pewno nie należy idealizować takiego rozwiązania. Społeczeństwo polskie kojarzy szpital publiczny z państwową służbą zdrowia, gdzie wszystko jest i powinno być bezpłatne. Podejście pokazane wyżej musi wymagać odpowiedniej akcji informacyjnej i edukacyjnej polskich pacjentów. Rozwiązania powyższe nie powinny spowodować nierównej dostępności do świadczeń medycznych dla pacjentów. Jakość świadczeń będzie również na tym samym poziomie, bo świadczenia będą wykonywane w ramach tych samych zasobów. Wprowadzenie usług komercyjnych na pewno skróci kolejki do świadczeń w ramach NFZ. Jest to system naczyń połączonych. Wykorzystanie „wolnych łóżek” w celu wykonywania medycznych świadczeń komercyjnych nie grozi wydłużeniem kolejek na świadczenia w ramach NFZ ani niebezpieczeństwem braku zabezpieczenia pacjentów w świadczenia medyczne, a przy dobrym planowaniu i operatywności

zarządzających może poprawić znacznie wynik finansowy szpitala.

Propozycję przedstawia rys. 1.

5. Zakończenie

Na podstawie analiz potrzeb zdrowotnych opartych na demografii i epidemiologii należy wyznaczyć liczbę łóżek do wykorzystania w każdym regionie, uwzględniając oczywiście zdarzenia losowe. Właściwa regulacja prawna ma zagwarantować jednakową dostępność do leczenia dla wszystkich pacjentów niezależnie od tego, czy są leczeni w ramach powszechnego ubezpieczenia, czy też komercyjnie. Dlatego dla każdego oddziału powinna być określona liczba łóżek do kontraktu z NFZ, a pozostałe łóżka powinny znaleźć się w dyspozycji zarządu szpitala, aby mechanizm rynkowy działał na korzyść szpitala i pacjentów, a nie prowadził do strat.

Literatura

- Arrow J.K., 1963, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, The American Economic Review, no. 52.
- Donaldson C., Gerard K., 2005, *Economics of Health Care Financing, the Visible Hand*, Palgrave Macmillan, wyd. 2.
- Feldstein P.J., 2007, *Health policy issues – an economic perspective*, AUPHA/HAP.
- Folland S., Goodman A.C., Stano M., 2013, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Goodman J.C., Musgrave G.L., Herrick D.M., 2008, *Jak uzdrowić służbę zdrowia*, Fijor Publishing, Chicago–Warszawa.
- Grossman M., 1972, *On the concept of health capital and the demand for health*, Journal of Political Economy, no. 82.
- Hass-Symoniuk M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonania szpitala*, Oficyna Wolters.
- Hausner J., 2007, *Pętle rozwoju – o polityce gospodarczej lat 2001-2005*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa
- Hibner E., 2003, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź.
- Kornai J., Eggleston K., 2002, *Solidarność w procesie transformacji – reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Wydawnictwo WSPiZ im. Koźmińskiego, Warszawa.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., 2011, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Nojszewska E., 2011, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Stiglitz J.E., 2004, *Ekonomia sektora publicznego*, PWN, Warszawa.
- Wesołowski M., *Prawda o naszym systemie ochrony zdrowia*, <http://www.sga.waw.pl/web/aktualnoci-artykuy-sga/228-prawda-o-naszym-systemie-ochrony-zdrowia>.
- Wesołowski M., *Ekonomia pustych łóżek*, <http://www.sga.waw.pl/web/aktualnoci-artykuy-sga/248-ekonomia-pustych-lozek>.
- Zwiefel P., Breyer F., Kifmann M., 2009, *Health Economics*, Springer.

ECONOMIC CONDITIONS OF THE POSSIBILITY OF COMMERCIAL PROVISION OF MEDICAL SERVICES BY POLISH PUBLIC HOSPITALS

Summary: The article shows the economic basis for the introduction of the possibility of commercial treatment of patients in Polish hospitals. Health security will be guaranteed by the introduction of proper legal regulation. The first theoretical part presents the determinants of effective funding of hospitals resulting from the literature. In the second empirical part of the article were calculated costs caused by non using beds in general hospitals in Poland, Lower Silesia and general surgery wards in Poland. In the last part of the article there is a proposal how to solve the problem of a large number of unused hospital beds in Poland.

Keywords: costs of hospital beds, waste of resources, commercial treatment.