

Jolanta Świderska

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Denticus w Szczecinie

ROZWÓJ DZIAŁALNOŚCI PLACÓWEK NIEPUBLICZNYCH W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA

1. Wstęp

Ciągle pogłębianie wiedzy medycznej oraz postęp techniczny, który pozwala na stosowanie coraz droższej aparatury, powodują, że koszty świadczenia usług medycznych stale rosną [Gbur, 2004]. Coraz większe koszty usług zdrowotnych są przyczyną problemów finansowych w systemach ochrony zdrowia praktycznie wszystkich krajów Europy, również tych najbogatszych [Włodarczyk, 2003, s. 31]. Mimo to wiele krajów Unii Europejskiej stara się nadal stosować takie zasady dostępności do usług medycznych, by potrzeby zdrowotne mogły być zaspokojone niezależnie od stanu zamożności osób potrzebujących [Krakowińska, 2006, s. 37]. Chęć zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, przy ograniczonych zasobach środków finansowych, wymaga racjonowania wydatków na opiekę medyczną oraz skłania do poszukiwania nowych źródeł finansowania ochrony zdrowia.

W krajach Unii Europejskiej zdecydowana większość funduszy na opiekę medyczną pochodzi z podatków lub z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. Środki te zasilają budżet państwa i następnie wykorzystywane są do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania określonego systemu opieki zdrowotnej [Hibner, 2003, s. 41].

2. Podmioty świadczące usługi medyczne w systemie ochrony zdrowia

Na rynku usług medycznych istnieją dwa sektory działalności: sektor publiczny oraz sektor niepubliczny, czyli prywatny. Właścicielami placówek publicznych są organy administracji centralnej lub samorządy terytorialne, z kolei właścicielami niepublicznych zakładów są osoby fizyczne lub prawne [Dziubińska-Michalewicz 2004, s. 4]. Zakłady opieki zdrowotnej zarówno z sektora publicznego, jak i niepu-



Rys. 1. Świadczeniodawcy w systemie opieki zdrowotnej i źródła ich finansowania

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce – Raport Case*, część II, Warszawa 2005, s. 25.

blicznego mogą oferować świadczenia pacjentom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Prywatne placówki medyczne mogą być finansowane zarówno z dochodów indywidualnych ludności lub firm, jak i ze środków publicznych zgromadzonych w budżecie państwa, Narodowym Funduszu Zdrowia i jednostkach samorządu terytorialnego (rys. 1).

3. Rozwój sektora prywatnego w ambulatoryjnej i stacjonarnej opiece zdrowotnej

Uchwalenie w dniu 1 stycznia 1999 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym było istotnym krokiem w usprawnianiu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Nowe regulacje prawne dotyczyły realizacji świadczeń zdrowotnych, opartej na umowach zawartych przez płatnika – poprzednio kasy chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia – z publicznymi i prywatnymi świadczeniodawcami usług zdrowotnych.

Dzięki licznym reformom systemowym prywatna opieka medyczna zaczęła się dynamicznie rozwijać. Szczególnie istotne zmiany zauważa się w prywatnym leczeniu ambulatoryjnym. Dotyczą one zakresu działalności, liczebności oraz rozmieszczania zakładów opieki zdrowotnej. Pogłębiające się przez lata trudności finansowe placówek publicznych spowodowały, że liczba publicznych placówek ambulatoryjnych, ośrodków zdrowia, a także zakładów świadczących usługi z zakresu medycyny pracy systematycznie malała. Zmiany te przedstawia tab. 1.

Po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (1999 r.) odnotowano dynamiczny wzrost liczby prywatnych placówek ambulatoryjnych. Prywatne gabinety lekarskie i stomatologiczne zawierały kontrakty z kasami chorych na świadczenia zdrowotne, zwiększając dostępność usług medycznych dla pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej, głównie w ramach ubezpieczenia w kasie chorych.

Tabela 1. Zmiany liczebności niektórych zakładów opieki ambulatoryjnej w latach 1999-2002

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	Dynamika 2002/1999 (w %)
Przychodnie	5425	5685	5776	5657	104,3
Przychodnie medycyny pracy	1176	1104	633	611	52,0
Ośrodki zdrowia	2802	2503	2235	2170	77,4
Prywatne zakłady opieki ambulatoryjnej	873	2448	3575	3895	446,2

Źródło: „Roczniki Statystyczne” za lata 1999-2002, GUS, Warszawa 2003.

Tabela 2. Prywatne gabinety lekarskie i stomatologiczne udzielające świadczeń w oparciu o środki niepubliczne w latach 1999-2002 (w tys.)

Wyszczególnienie \ Lata	1999	2000	2001	2002
Gabinety lekarskie	44,3	30,4	31,0	22,3
Gabinety dentystyczne	17,3	10,6	9,7	7,0

Źródło: „Roczniki Statystyczne” za lata 1999-2002, GUS, Warszawa 2003.

Rejestry praktyk lekarskich prowadzone są przez okręgowe izby lekarskie. Informacje dotyczące praktyk lekarskich nie odzwierciedlają rzeczywistej liczby osób w nich zatrudnionych ze względu na brak danych co do skali działalności poszczególnych praktyk. Powszechnie występującym zjawiskiem jest połączenie działalności indywidualnej w formie praktyki lekarskiej z pracą w zakładach opieki zdrowotnej. Indywidualne praktyki lekarskie są podstawowym miejscem pracy głównie dla lekarzy dentystów. W przypadku praktyk grupowych liczba pracujących tam lekarzy nie jest znana, dlatego liczba praktyk nie odzwierciedla prawdziwej liczby osób tam pracujących [*Projekt reformy...*, 2005, s. 20].

Tabela 3. Liczba praktyk lekarskich zarejestrowanych w okręgowych izbach lekarskich, stan na dzień 31.12.2003

Praktyki	Lekarskie	Stomatologiczne
Praktyki indywidualne ogólne	7 707	11 844
Praktyki indywidualne specjalistyczne	42 084	8 728
Praktyki grupowe	350	191
Praktyki wyjazdowe	15 683	323
Razem	65 824	21 086

Źródło: dane Centrum Systemów Informacji Opieki Zdrowotnej za 2003 rok, www.csioz.gov.pl, 02.08.2006.

Stale rosnąca liczba porad udzielanych przez prywatne gabinety lekarskie i dentystyczne świadczy o dużym popycie na usługi świadczone w sektorze prywatnym ochrony zdrowia. Coraz więcej porad udzielanych jest w prywatnych gabinetach lekarskich finansowanych ze środków publicznych.

Tabela 4. Porady udzielone w prywatnych gabinetach lekarskich i stomatologicznych (w tys.) w latach 1999-2002

Lata \ Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002
Porady lekarskie	15 487* 70 001**	13 800* 130 001**	12 100* 170 001**	13 000*
Porady stomatologiczne	11 738*	5400*	7800*	5700*

* Podmioty udzielające świadczenia wyłącznie w oparciu o środki niepubliczne.

** Usługi finansowane ze środków publicznych.

Źródło: „Roczniki Statystyczne” za lata 1999-2002, GUS, Warszawa 2003.

Jednym z powodów dużego zainteresowania pacjentów usługami świadczonymi przez gabinety prywatne jest większa niż w zakładach publicznych dostępność do świadczeń zdrowotnych. Szybki rozwój prywatnego sektora opieki medycznej wpływa na zawieranie przez świadczeniodawców prywatnych coraz liczniejszych kontraktów z dysponentami środków finansowych na świadczenia zdrowotne.

Wprowadzenie w 1999 r. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jedynie w niewielkim stopniu przyczyniło się do wzrostu liczby prywatnych szpitali. Dopiero ustawa o prywatyzacji jednostek państwowych dała szansę na rozwój prywatnego sektora w opiece stacjonarnej. Dzięki niej możliwe było uruchomienie placówek prywatnych, które korzystały z zasobów dawnych placówek publicznych.

Tabela 5. Podstawowe dane dotyczące prywatnych szpitali w latach 1999-2002

Lata \ Dane	1999	2000	2001	2002
Liczba szpitali	16	30	45	61
Liczba oddziałów	54	102	138	211
Liczba łóżek	446	1574	2476	4221
Liczba leczonych w tys.	23,0	69,7	102,9	167,3
Średni pobyt w dniach	3,2	5,5	5,6	5,6
Odsetek szpitali prywatnych do ogólnej liczby szpitali	2,2%	4,1%	6,1%	8,2%

Źródło: „Roczniki Statystyczne” za lata 1999-2002, GUS, Warszawa 2003.

Analizując dane z tab. 5, można zauważyć dynamiczny wzrost liczby szpitali prywatnych. W roku 2000 liczba prywatnych szpitali zwiększyła się o 87,5% w porównaniu z rokiem 1999, w roku 2001 – o 50% w porównaniu z rokiem 2000, w roku 2002 zaś o 52,5% w porównaniu z rokiem 2001. Liczba pacjentów leczonych w szpitalach prywatnych w roku 2002 wzrosła siedmiokrotnie w porównaniu z rokiem 1999.

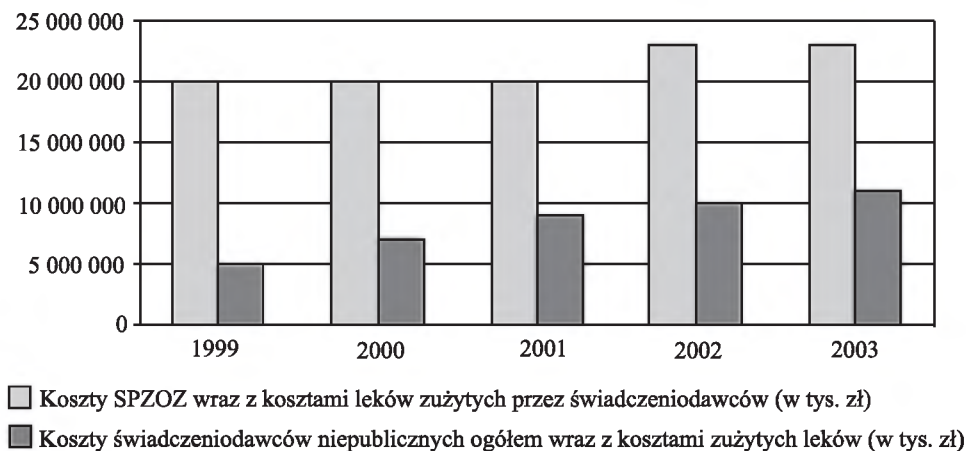
4. Finansowanie placówek publicznych i niepublicznych

Od roku 1999 systematycznie wzrasta poziom finansowania placówek niepublicznych ze środków kas chorych (do 2003 r.), a obecnie z Narodowego Funduszu Zdrowia. W 1999 r. koszty świadczeniodawców niepublicznych stanowiły 21,4% całości kosztów podmiotów świadczących usługi medyczne w systemie ochrony zdrowia. Udział kosztów świadczeniodawców niepublicznych w całości kosztów wszystkich świadczeniodawców systematycznie wzrastał i w 2003 r. wyniósł 32,8% całości kosztów świadczeniodawców w systemie ochrony zdrowia.

Tabela 6. Koszty świadczeniodawców publicznych i niepublicznych w latach 1999-2003 (w tys. zł)

Koszty \ Lata	1999	2000	2001	2002	2003
Koszty SPZOZ wraz z kosztami zużytych leków przez świadczeniodawców	19 836 510,06	19 742 100	20 264 800	21 575 000	21 497 800
Koszty świadczeniodawców niepublicznych ogółem wraz z kosztami zużytych leków	5 398 057	6 765 343	8 563 740	9 844 888	10 486 794

Źródło: Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce – Zielona Księga, Warszawa 2004.



Rys. 2. Koszty świadczeniodawców w latach 1999-2003

Źródło: Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce – Zielona Księga, Warszawa 2004.

Według danych UNUZ¹, w 1999 r. blisko 4000 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej miało podpisane kontrakty z Kasami Chorych, a w lutym 2001 r. liczba kontraktów z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej była czterokrot-

¹ Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

nie wyższa w stosunku do roku 1999. Struktura kontraktów w 2001 r. wskazywała, że kontrakty z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej przeważały w podstawowej opiece zdrowotnej, stomatologii, opiece specjalistycznej i leczeniu uzdrowiskowym. W odniesieniu do opieki szpitalnej i pomocy doraźnej dominowały kontrakty z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej [Klich, 2004, s. 210].

Sektor publiczny i prywatny w ochronie zdrowia różnią się od siebie pod wieloma względami. Przede wszystkim zauważalne są różnice związane z wyposażeniem gabinetów, jakością świadczonych usług, dostosowaniem strategii placówek do warunków rynkowych, czy możliwością kontraktowania świadczeń w Narodowym Funduszu Zdrowia [*Projekt reformy...*, 2005, s. 25].

Prywatna opieka zdrowotna funkcjonuje lepiej od publicznej w takich aspektach, jak: sprawność działania, stosowanie nowoczesnych metod leczenia, dostępność do świadczeń, gwarantowanie szybkiej pomocy, poczucie bezpieczeństwa, sposób traktowania pacjenta. Sektor prywatny, oprócz większej dostępności do świadczeń, zaspokaja też inne potrzeby pacjentów: poczucie zrozumienia, intymność w kontaktach z personelem medycznym, możliwość konsultacji ze specjalistą bez skierowania od lekarza rodzinnego, ciągłość leczenia oraz opieki.

5. Podsumowanie

Sektor niepubliczny w opiece zdrowotnej rozwija się bardzo dynamicznie. Placówki niepubliczne są lepiej wyposażone i oferują wyższą jakość usług aniżeli placówki publiczne. Z powodu stale rosnącej liczby podmiotów świadczących usługi medyczne w sektorze prywatnym opieki zdrowotnej coraz większą rolę zaczęły odgrywać elementy konkurencji rynkowej. Konkurencja między placówkami dotyczy przede wszystkim starań o pozyskanie pacjenta i sprostanie jego oczekiwaniom, a także o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Indywidualne podejście do pacjenta sprawia, że jakość usług świadczonych przez placówki prywatne oceniana jest wyżej niż jakość usług świadczonych w placówkach publicznych. Jednak mimo tak dynamicznego rozwoju sektora prywatnego sektor publiczny nadal dominuje w polskiej służbie zdrowia, szczególnie w opiece stacjonarnej.

Literatura

- Dziubińska-Michalewicz M., *Sektor prywatny w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2004.
 Gbur G., *Koszty świadczeń zdrowotnych*, „Buchalter” 2004 nr 40.
 Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003.
 Klich J., *Przedsięwzięcia w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.

Krakowińska E., *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW, 2006 nr 1.

Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce – Raport Case, cz. II, Warszawa 2005.

Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003.

THE DEVELOPMENT OF NON-PUBLIC MEDICAL INSTITUTIONS IN HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND

Summary

The private sector of health care in Poland has been developing rapidly. The number of private medical institutions increased every year. The development of medical private sector is noticeable also in using the latest medical devices. Moreover, medical institutions compete with each other and as a result of this they offer their patients better quality of all providing services. The individual attitude towards each patient gives the private medical institutions chance to fulfill people's expectations. Non-public sector, having a signed agreement with the National Healthcare Fund, can offer services covered by insurance.