

Szybka adaptacja nowych technologii stanie się specjalnością podmiotów prywatnych



Wojna na słowa

Zmiany w ustawie o działalności leczniczej to nie tylko odstępianie od dotychczasowego nazewnictwa (z przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego na zakład leczniczy), lecz także szereg modyfikacji mających na celu dekomercjalizację podmiotów realizujących leczenie za pieniądze publiczne. Słowa mają tu ogromne znaczenie, bo niosą ze sobą poważne skutki prawne. Jakież? Warto przeanalizować główne zmiany i rozważyć, jakie skutki one przyniosą zarówno dla sektora publicznego, jak i prywatnego. Wszak pieniądze na finansowanie świadczeń zdrowotnych obecnie powinny być dostępne na równych zasadach dla obu grup.

Rozprawianie się z długami

Zastąpiono określenie „ujemny wynik finansowy” terminem „strata netto”. Ma to szczególne znaczenie wobec określonego w ustawie obowiązku pokrywania strat podmiotu. Artykuł 59 wskazuje na konieczność pokrywania we własnym zakresie straty netto, przy czym ustawodawca określa, iż po 9 miesiącach od zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ podmiot tworzący jest zobowiązany pokryć tę stratę za rok obrotowy. Definicja wskazuje dodatkowo, że w skład tej straty należy zaliczać również koszty amortyzacji.

Od lat lecznice borykają się z problemem bilansowania się działalności, w czym lepiej lub gorzej wspierają je organy założycielskie. Różne formy restrukturyzacji, programów naprawczych, przekształceń dawały ulgę na dłuższą lub krótszą chwilę. Jednym z powszechnych działań było przekształcenie w spółkę kapitałową. Nowa treść ustawy nie tylko wprowadza zakaz takich praktyk, lecz także blokuje możliwość zbywania akcji albo udziałów spółki Skarbu Państwa czy jednostki samorządu terytorialnego powyżej 49 proc. Zatem mechanizm oddłużania placówek sprowadza się do obowiązku pokrycia straty przez organ tworzący, a w przypadku niemożności – likwidacji SPZOZ.

Systematyczne raporty

Jeśli dodamy do tego zawarte między innymi w art. 53 i art. 121 ust. 2 zwiększenie narzędzi nadzoru w postaci obowiązku sporządzania systematycznych raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ oraz w postaci nadzoru pod względem celowości i gospodarności, to można powiedzieć, że ustawa wprowadza swoisty program opieki państwa nad tą grupą placówek. Nie bez powodu użyłem tu słowa „opieki”, bowiem w przeciwieństwie do podmiotów prywatnych, lecznice publiczne nie tylko mogą liczyć na wymierne wsparcie z zapisanym obowiązkiem dofinansowania. Warto wspomnieć, że jednostki samorządu terytorialnego mają prawo finansować świadczenia opieki zdrowotnej. To również ścieżka do indywidualnej pomocy, gdzie samorząd może finansować świadczenia w prowadzonym przez siebie SPZOZ bez wcześniejszego przeprowadzenia konkursu ofert.

Zatem organ prowadzący, aby nie narazić się na powstanie straty netto, może finansować świadczenia w zakresie nadwykonań, które najczęściej są przyczyną zadłużania się lecznicy. Powstaje oczywiście pytanie, czy samorząd będzie posiadał środki na ich zakup oraz czy będą samorządy, które skorzystają z określonego w art. 9a prawa do finansowania świadczeń u świadczeniodawców, których nie są organem prowadzącym, po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert. Nie sądzę również, aby dla zaspokojenia potrzeb wspólnoty samorządowej jednostki samorządu terytorialnego chciały finansować świadczenia w lecznicach prywatnych. Nadrzędny jest jednak fakt, że zarówno pie-

niądze na pokrycie straty, jak i na zakup dodatkowej liczby świadczeń (ponad finansowanie z NFZ) będą pochodzić ze środków publicznych. Jest to więc jawna pomoc państwa dla podmiotów publicznych. Nawet zwiększony nadzór odczytuję jako pomoc, w kontroli bowiem nie chodzi przecież o to, aby kogoś ukarać, ale aby wskazać mu obszary wymagające poprawy. Jeśli jednocześnie skutki niedociągnięć pokrywa kontrolujący (nadzorujący), to z całą pewnością placówki otrzymują kompleksowe wsparcie.

„Nie sądzę, aby leczeniem poza systemem publicznym byli zainteresowani wyłącznie ludzie bogaci”

Zawieranie umów

Jeszcze się okaże, czy będzie to – jak dotychczas – zakup świadczeń przez publicznego płatnika, czy też umów na realizację zadania publicznego w zakresie ochrony zdrowia. Jeśli dobrze czytam założenia i zapowiedzi rządu, to intencją jest raczej to drugie. Będzie się to wiązać z nieco odmiennym podejściem do wykorzystywania środków, jakie budżet państwa odda lecznicy do dyspozycji na pokrycie kosztów leczenia obywateli. Jeśli bowiem dojdzie do zmiany płatnika (z NFZ na budżet państwa), to będziemy mogli w pełni powiedzieć, że są to środki publiczne. Ich wydawanie jest obwarowane szeregiem przepisów mających na celu racjonalność, gospodarność, a co za tym idzie – dyscyplinę finansów.

Jeśli również w pełni odczytamy sens realizacji zadania publicznego, to jego realizacja nie ma w sobie elementu działalności komercyjnej, a składowe kosztów takiego zadania mogą być (i często są) regulowane przez państwo. W takim przypadku można się spodziewać, nie tylko określenia wynagrodzeń pracowników podmiotów realizujących zadanie publiczne, lecz także ustalania urzędowych cen na leki, wyroby medyczne oraz inne składowe kosztów świadczeń. Wpisuje się w to również ostatni projekt IOWISZ, którego celem jest ocena inwestycji w ochronie zdrowia. Jedni mówią, że znowelizowana ustawa o działalności leczniczej wiązuje ręce zarządzającym lecznicami oraz stawia przed ścianą ich organy prowadzące, inni zaś dopatrują się w przepisach obowiązku partycypowania państwa w kosztach opieki zdrowotnej. Tak czy owak, system zmierza w stronę upublicznienia, czy jak to określił minister zdrowia – dekomercjalizacji.

Wszystkich, każdego adekwatnie do wielkości jego udziału w publicznych środkach na zdrowie, w jakiś

„Wydawanie pieniędzy publicznych na nowoczesne technologie może się wydać ministrowi mało racjonalne. Tu dostrzegam obszar dla podmiotów prywatnych”

sposób dekomercjalizacja dotknie. Nie widzę tu wielkiej szansy dla podmiotów prywatnych, bowiem ich celem działalności (oczywiście obok misji niesienia pomocy pacjentom) jest zysk. Niedobór środków przeznaczanych na leczenie skłonił rząd do wdrożenia mechanizmów silnego nadzoru nad ich wydawaniem, ale również podziałem. Na chwilę umilkły dyskusje nad rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie szczegółowych warunków, jakie muszą spełniać świadczeniodawcy chcący zawrzeć umowę z płatnikiem, jednak spodziewam się niebawem powrotu do treści tej regulacji. Z pewnością będzie ona swoistym narzędziem wspierającym realizację map potrzeb zdrowotnych, które teraz nabiorą zupełnie innego wymiaru i znaczenia. Wszak od wojewody będzie zależało, kto dostanie kontrakt. Będzie on też nadzorował jego realizację, mając ciągle na myśli konieczność utrzymania niezbędnych zasobów, ale również racjonalność wykorzystania pieniędzy.

Niezbędny może oznaczać minimalny

Od lat płatnik boryka się z problemem obszerności koszyka świadczeń gwarantowanych. Liczne próby kolejnych ekip rządzących spęły na niczym, a dostęp do nowoczesnych technologii jest niezauważalny, choć przecież nie jest na najgorszym poziomie. Sterowanie koszykiem świadczeń od dłuższego czasu jest domeną NFZ, który poprzez zapisane w przepisach kompetencje określa warunki realizacji świadczeń określonych przez ministra zdrowia.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma to istotnie zmienić. Zgodnie z art. 11.1 do zadań ministra zdrowia będzie należeć m.in. określanie taryfy świadczeń, natomiast art. 31e ust. 2 stanowi, że minister zdrowia może dokonać zmiany technologii medycznej, działając z urzędu. W efekcie sprowadzi się to do możliwości sterowania kosztami realizacji zadania publicznego, jakim jest opieka zdrowotna, i to w zasadzie na wszystkich płaszczyznach wpływu – od map potrzeb zdrowotnych poprzez szczegółowe warunki zawierania umów aż po koszyk świadczeń gwarantowanych wraz

z ich taryfikacją. Taka pełna kontrola nad budżetem nie stanowi jednak pełnej kontroli nad całością systemu. Dla zbilansowania wydatków minister zdrowia może używać narzędzi określających składowe kosztów, rodzaje i standardy udzielanych świadczeń, ale tym samym stworzy przestrzeń technologii i warunków, które pozostaną poza systemem publicznym. Będzie bowiem poszukiwać minimalnego poziomu i zakresu, który z jednej strony zagwarantuje podstawowy dostęp do niezbędnych technologii, ale z drugiej ograniczy wejście do koszyka tych, które nie będą ewidentną determinantą zasadniczego efektu terapeutycznego. Nie chcę przez to powiedzieć, że system publiczny zapewni byle jaki poziom, ale dla wszystkich, choć jest takie zagrożenie.

Ucieczka do przodu

Chcę jednak wskazać, że w sytuacji, kiedy pacjenci nie mają dostępu do powszechnych, nieskomplikowanych procedur, wydawanie pieniędzy publicznych na nowoczesne technologie może się wydać ministrowi mało racjonalne. Tym bardziej jeśli będzie chodziło o nowości niestanowiące istotnego przełomu w leczeniu. Tu dostrzegam obszar dla podmiotów prywatnych, które nie zdecydują się na poddanie dyscyplinie finansów publicznych i zaadresują swoją ofertę do pacjentów skłonnych zapłacić za leczenie z własnej kieszeni. Ten rynek jest już dość duży, a zwiększająca się liczba usług finansowych pozwalających na pokrycie kosztów leczenia sprawia, że nawet jeśli kogoś nie stać na jednorazowy wydatek, to skorzysta z ubezpieczenia dodatkowego.

Nie sądzę, aby leczeniem poza systemem publicznym byli zainteresowani wyłącznie ludzie bogaci. Wzrastająca świadomość konieczności dopłat nie powoduje gotowości do zapłacenia wyższej składki zdrowotnej, a raczej przyczynia się do zwiększenia liczby polis i abonentów. Kluczową kwestią jednak jest to, czy podmioty prywatne będą w stanie szybko zidentyfikować obszary stanowiące słabość systemu publicznego. Systemu, który w każdym kraju wyznacza bazę, podstawę niezbędną do zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego. Ponadto pozostaje jeszcze kwestia zorganizowania jego funkcjonowania, a to ma być w Polsce poprzedzone wielkimi zmianami: likwidacją NFZ, objęciem opieką zdrowotną wszystkich obywateli oraz nowym sposobem zawierania umów. Wielka zmiana, szereg trudności na poziomie organizacyjnym i legislacyjnym, które będzie trzeba rozwiązać. To wymaga czasu, który może zagrać na korzyść podmiotów prywatnych.

Czy zatem są to zmiany na lepsze czy na gorsze? To zależy od tego, co dla kogo jest lepsze. Jeśli ktoś ma coś, to chce mieć coś lepszego, jeśli ktoś nie ma nic, to chce mieć przynajmniej coś.

*Rafał Janiszewski
Autor jest właścicielem kancelarii doradczej.*