

A jednak aneksowanie 2015 – kto zyska, kto straci

# Dla kogo raj,

# dla kogo piekło



foto: Stephanie Carter/ImageZoo/Corbis

Kolejny rok nie będzie kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Podobnie jak w zeszłym roku, również i teraz Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowuje się do przeprowadzenia procedury aneksowania umów na rok 2015.

Niestabilność postanowień decydentów systemu opieki zdrowotnej w tym zakresie prowadzi do chaosu i dezorientacji zarówno świadczeniodawców działających w branży medycznej, jak i inwestorów chcących wejść na ten rynek. Jak rezygnacja z kontraktowania świadczeń może wpłynąć na kształtowanie się rynku zdrowotnego w Polsce? Dokonajmy krótkiej analizy tego problemu. A zatem – dla kogo raj, a dla kogo piekło aneksowania?

## Raj

Obecni na rynku świadczeniodawcy usług medycznych mogą w pewnym sensie odetchnąć z ulgą, że

nie będą musieli konkurować z innymi o kontrakt – w efekcie mogliby np. go nie podpisać lub wynegocjować mniej korzystne warunki niż dotychczas. Taka sytuacja zachęca te podmioty lecznicze do swego rodzaju marazmu i uśpienia oraz zniechęca do podejmowania jakichkolwiek ryzykownych decyzji związanych z rozwojem placówki i rozszerzaniem usług, na czym tracą pacjenci. Utrzymanie *status quo* staje się swego rodzaju strategią działania tych placówek i wyznacznikiem ich przetrwania. Jednakże stagnacja w dłuższej perspektywie hamuje rozwój placówki i grozi jej wypadnięciem z rynku, o czym nie można zapomnieć. Najwyższa kadra kierownicza szpitali może też zakładać, że kontrak-

towanie to będzie już problem ich następców, więc po co szukać dodatkowego ryzyka i stresów.

Czy z perspektywy funkcjonowania rynku ktoś jeszcze może zyskać na aneksowaniu usług medycznych? Odpowiedź jest jedna – nie. Wydaje się jednak, że ta sytuacja ma więcej negatywów, ale większość decydentów nie dostrzega zagrożeń, gdyż patrzą tylko z perspektywy najbliższego roku, nie prowadząc rzetelnych rachunków i rejestru kosztów odkładanych, a niezbędnych decyzji.

### Piekło

Na aneksowaniu tracą przede wszystkim pacjenci, czyli główny beneficjent usług zdrowotnych, ponieważ kontraktowanie świadczeń powinno być prowadzone dla nich i z myślą o nich, a nie dla świadczeniodawców i NFZ. Pacjent jest przecież kluczowym elementem konkurencji. W prawidłowo funkcjonującym systemie zdrowotnym to właśnie jego decyzja powinna wpływać na interakcje pomiędzy świadczeniodawcami i w konsekwencji na decyzje w sprawie finansowania świadczeń podejmowane przez płatnika, czego niestety nadal brakuje na polskim rynku usług zdrowotnych. Pacjenci w tej sytuacji zostaną być może pozbawieni dostępu do nowoczesnych i rozwojowych usług, które mogłyby być im udzielane przez nowe podmioty lecznicze, które zawarłyby kontrakt z NFZ. A tymczasem pozostaje im korzystanie z usług medycznych u dotychczasowych świadczeniodawców, niezależnie od tego, czy są z tych świadczeń zadowoleni czy też nie.

### Przegrani inwestorzy

Drugim wielkim przegranym są ci inwestorzy, którzy chcą wejść na rynek usług zdrowotnych, a brak kontraktacji zamyka im drogę. W tej sytuacji ich działalność może się opierać tylko na udzielaniu świadczeń komercyjnych, co powoduje ograniczanie oferty do świadczeń, na które jest największy popyt, a w konsekwencji hamuje rozwój i możliwość pełnego wykorzystania potencjału sprzętowego czy kadrowego.

Ponadto należy wziąć pod uwagę, że zarządzający szpitalami czy innymi podmiotami leczniczymi, mając zarówno w roku 2014, jak i 2015 perspektywę kontraktowania przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ, rozpoczęli modyfikowanie działalności tak, by spełnić wymogi konkursowe – kupują drogi sprzęt czy aparaturę medyczną, pozyskują rzadkich specjalistów i przeprowadzają kosztowne remonty infrastruktury. Wielu z nich podjęło się przeprowadzenia zmian administracyjnych związanych z dokonaniem odpowied-

nych wpisów do księgi rejestrowej podmiotów prowadzących działalność leczniczą, na przykład w zakresie rozpoczęcia działalności nowych poradni czy oddziałów szpitalnych w placówce. Poniesione koszty, nierzadko ogromne, zostają w tej sytuacji zmarnowane, gdyż brak kontraktu oznacza brak możliwości realizacji świadczeń i generowania przychodów.

### Brak stabilności

Jak widać na powyższym przykładzie, brak stabilności decyzyjnej prowadzi do poważnych reperkusji rynkowych, o czym nie wolno zapominać. Aneksowanie uderza także w rynkową zasadę konkurencji, gwarantującą rozwój usług zdrowotnych w Polsce. Po

raz kolejny mechanizm rynkowy zostaje zdławiony przez decydentów systemu zdrowotnego, choć to właśnie oni powinni czuwać nad tym, by ten mechanizm pobudzać, rozwijać, chronić, a nie ograniczać. To właśnie decydenci poprzez tworzenie uwarunkowań prawnych powinni formułować swego rodzaju zaproszenie dla konkurencji, a tymczasem brak zdecydowanych kroków w tym względzie prowadzi do swoście pojmowanej tymczasowej stabilizacji.

Czego zatem możemy się spodziewać? Czy w roku 2016 nadal będzie aneksowanie świadczeń

zdrowotnych? Czy nowe szpitale nadal zostaną bez kontraktów? Próżno szukać we wszechobecnym chaosie konkretnych odpowiedzi na te pytania. Próżno też szukać prawdziwej i zdrowej konkurencji rynkowej usług zdrowotnych. Pomimo że są budowane nowe szpitale, a te, które istnieją, deklarują chęć rozszerzania swojej działalności poprzez tworzenie nowych oddziałów czy poradni, nawet jeśli nie ma kontraktowania, jednostki te pozostaną poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Dodatkowo kryteria kontraktowania przewidują preferowanie w konkursach dotychczasowych świadczeniodawców, co może na bardzo długo utrzymać obecny stan rzeczy. Ponadto każda zmiana reguł w trakcie gry prowadzi do chaosu i rodzi emocje oraz niezdrowe reakcje społeczne. Decyzja o odstąpieniu od kontraktowania świadczeń burzy zaplanowany harmonogram funkcjonowania systemu z przewidywalnym, cyklicznym kontraktowaniem i możliwością wejścia na rynek nowych podmiotów lub zakontraktowania dodatkowych oddziałów podmiotu funkcjonującego w publicznym systemie. Każdy szpital i podmiot leczniczy powinien się liczyć z ryzykiem biznesowym, jednak decydenci systemu powinni mieć także większą świadomość, że ich decyzje mają ogromny wpływ na

„Obecni na rynku świadczeniodawcy usług medycznych mogą odetchnąć z ulgą, że nie będą musieli ponownie konkurować z innymi podmiotami o kontrakt”

funkcjonowanie całego systemu zdrowotnego. Uwarunkowania świadczenia usług zmieniają się zbyt często, a wynikające z tego ryzyka i niepewności są dodatkowo generowane przez niestabilny system alokacji zasobów finansowych, jakimi dysponuje NFZ.

### Białe plamy

Nie można wykluczyć, że poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ, w zależności od potrzeb i tzw. białych plam na mapie świadczeń zdrowotnych, mogą ogłosić konkurs ofert na realizację właśnie tych usług. Ale czy to rozwiąże piętrzące się problemy? Zapewne nie.

Kontrowersji w tej kwestii jest wiele. Dlatego tak niezmiernie ważne jest wprowadzenie do systemu kompleksowych zmian i reform zmierzających do trwałego rozwoju zarówno publicznego, jak i prywatnego rynku zdrowotnego. Jednym z podstawowych elementów tych zmian jest konkurencja. Dlatego bezwzględnie należy stworzyć mechanizm, który sprawi, że świadczeniodawcy będą zabiegać o pacjenta. Z kolei pacjent musi być pewny, że mając wolny wybór pomiędzy świadczeniodawcami, ale także między wieloma płatnikami, kształtuje rynek medyczny. Płatnicy powinni mieć mocną pozycję, która pomoże im wymusić na świadczeniodawcach konkurowanie o zawarcie kontraktu. Szpitale i inne placówki medyczne muszą się przyzwyczaić do tego, że mogą zawierać kontrakt nie tylko z jednym płatnikiem, jakim obecnie jest NFZ, ale z wieloma na różne rodzaje usług.

Zachodzące zmiany społeczno-ekonomiczne i ewoluujące potrzeby zdrowotne pacjentów wymuszają wprowadzenie kompleksowych zmian systemu ochrony zdrowia.

### Zmiany

Ministerstwo Zdrowia zapowiada prace nad ustawami wprowadzającymi zmiany związane z decentralizacją NFZ i w związku z tym, jak tłumaczy resort, fundusz będzie aneksował umowy na usługi zdrowotne ze świadczeniodawcami, a konkursy będą przeprowadzane dopiero po wprowadzeniu reformy. Co zakładają reformy proponowane przez resort zdrowia? Przewidują między innymi, że oddziały regionalne NFZ zyskają większą niezależność. Zlikwidowana zostanie warszawska centrala funduszu i powstanie odrębny urząd, który zajmie się wyceną świadczeń zdrowotnych oraz oceną ich jakości. Z kolei samorządy lokalne mają decydować o kształtowaniu regionalnej polityki zdrowotnej. Oddziały nie będą już wyceniać świadczeń, a podmioty lecznicze zyskają prawo do odwoływania się od decyzji oddziałów do odrębnego urzędu. Duże kontrowersje budzi kwestia wydzielenia z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poradni przyszpitalnych, co umożliwi NFZ rozpisywanie konkursu ofert na dwie tury – w pierwszej kontrakty otrzymywałyby poradnie działające przy szpitalach, a w drugiej oferty skierowane zostaną do innych podmiotów działających na rynku. Przedstawiona

„Aneksowanie uderza w rynkową zasadę konkurencji, która gwarantuje rozwój usług zdrowotnych w Polsce”

powyżej propozycja definicji ciągłości i kompleksowości świadczeń może podważać zasady równego traktowania podmiotów oraz zachowania uczciwej konkurencji.

A zatem po raz kolejny wracamy do punktu wyjścia, czyli do konkurencji i jej zbawiennego wpływu na trwały rozwój ochrony zdrowia w Polsce. Jeśli na skutek protestów i braku wspólnie wypracowanego stanowiska w sprawie proponowanych zmian reform dojdzie do zahamowania prac przy ich wdrażaniu, to co będzie dalej? Stagnacja, niezadowolenie i dalsza frustracja pacjentów, zahamowanie rozwoju i wyczekiwanie na lepsze jutro, a w konsekwencji kolejne aneksowanie świadczeń zdrowotnych na rok 2016 i ponowna blokada konkurencji?

„Na aneksowaniu stracą przede wszystkim pacjenci. Kontraktowanie świadczeń powinno być prowadzone dla nich i z myślą o nich, a nie dla świadczeniodawców i NFZ”

Należy wyraźnie podkreślić, że prawdziwa reforma w ochronie zdrowia nastąpi dopiero wówczas, gdy w systemie polskiej opieki zdrowotnej na stałe zagości zdrowa, efektywna konkurencja, a w jej wyniku zacznie się kształtować rynkowa, bardziej obiektywna wycena świadczeń zdrowotnych. Do tego czasu, niestety, działania reformatorskie ustawodawcy można uznać za ważne, ale niezmienną rzeczywistość i niewnoszące kluczowych zmian do systemu opieki zdrowotnej, których najbardziej wyczekują polscy pacjenci. Beneficjenci usług zdrowotnych oczekują, że szpitale będą sukcesywnie podnosić poziom wykonywanych usług, a poprzez zakup nowoczesnego sprzętu oraz podnoszenie kwalifikacji personelu zapewnią profesjonalne podejście do pacjenta. Będą dbać o miłą obsługę i ciepły stosunek do każdej osoby chorej. Nadal jest to wizja daleka od rzeczywistości, a szpitale coraz bardziej się zadłużają.

Greta Kanownik  
Autorka jest doktorantką Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie,  
Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie,  
kierownikiem Działu Administracji Medycznej  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku.