



rys. Olga Reszeliska

Hipokryzja w publicznej służbie zdrowia

Szpitala mogą dorabiać

Nie ma przeciwwskazań, aby w obowiązującym systemie prawnym publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogły pobierać opłaty za usługi wykraczające poza kontrakt z NFZ – przekonują eksperci Fundacji Lege Pharmaciae. Dlaczego więc tego nie robią?

Mecenas Paulina Kieszowska-Knapik i aplikant radcowski Natalia Łojko z kancelarii Baker & McKenzie oraz prof. Michał Kulesza, kierownik Zakładu Nauki Administracji na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, autorzy *Opinii prawnej odnośnie do możliwości pobierania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat za udzielenie świadczenia zdrowotnego*, nie mają wątpliwości, że prawo daje ubezpieczonym możliwość pokrywania kosz-



tów świadczeń, które nie zostały ujęte w koszyku świadczeń gwarantowanych, są wykonywane poza limitem określonym w umowie z NFZ i mają wyższy standard od zakontraktowanego przez Fundusz.

(Nad)interpretacja przepisów

„Z zestawienia przepisów ustawy o ZOZ-ach i znowelizowanej ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych nie wynika jednoznaczny zakaz pobierania przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat od pacjentów za świadczenia spoza zakresu świadczeń udzielanych na podstawie kontraktu z NFZ. Przepisy ustawy o ZOZ-ach są w tym zakresie bardzo ogólne i częściowo niespójne. Przepisy ustawy o świadczeniach, realizowane w praktyce przez akty niższego rzędu oraz kontrakty pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami, również nie zawiera-

ją szczegółowej regulacji tej kwestii. Tymczasem zarówno Sąd Najwyższy, jak i Naczelny Sąd Administracyjny, opierając się na wykładni systemowej, przyjęły interpretację zakazującą, co do zasady, publicznym ZOZ-om pobierania opłat od pacjentów ubezpieczonych” – czytamy w opinii prawnej Fundacji Lege Pharmaciae.

Według jej autorów, ta utrwalona interpretacja przepisów odnosi się do świadczeń, które NFZ „ilościowo, zakresowo i przedmiotowo zakontraktował lub które musi pokryć z mocy prawa, czyli leczenia stanów nagłych lub zagrożenia życia”. – *Rozszerzenie jej na usługi spoza tego zakresu oznacza de facto odebranie pacjentowi konstytucyjnego prawa do ochrony własnego zdrowia* – tłumaczą.

„ Z zestawienia przepisów ustawy o ZOZ-ach i znowelizowanej ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych nie wynika jednoznaczny zakaz pobierania przez placówki publiczne opłat od pacjentów ”

Strach przed ministerstwem

Opinię ekspertów Fundacji Lege Pharmaciae podziela wielu, o ile nie większość, szefów publicznych placówek, ale nie chcą o tym oficjalnie mówić. Dlaczego? Bo nie chcą narażać się Ministerstwu Zdrowia i Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który – jak twierdzą – w rewanżu mógłby ich pozbawić kontraktów, stanowiących o ich być albo nie być. W pamięci mają słowa wypowiedziane niedawno przez wiceministra Jakuba Szulca, który stwierdził, że NFZ podpisuje z publicznymi placówkami umowy na świadczenie usług zdrowotnych 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku.

Niektórzy wolą wynajmować sale operacyjne i wdzierżawiać aparaturę NZOZ-om lub fundacjom oraz wykonywać usługi na ich rzecz. Nikt im nie zarzuci, że pobierają pieniądze od pacjentów, skoro płatnikiem są firmy...

Nasi rozmówcy zwracają uwagę na jeszcze jeden istotny argument. – *Wysokość wynagrodzeń dyrektorów publicznych ZOZ-ów ogranicza ustawa kominowa. Nie zależy im na zysku, bo i tak nic z tego nie mają* – tłumaczy szef dużego szpitala wielospecjalistycznego.



Jakub Szulc

sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

– Obecnie obowiązujące przepisy uniemożliwiają pobieranie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat od pacjentów za świadczenia opieki zdrowotnej. Wejście w życie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych, polegającej na wprowadzeniu tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych, w którym jednoznacznie określono zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, spowodowało zmianę stanu prawnego w zakresie dopuszczalności odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych przez publiczny zakład opieki zdrowotnej osobom ubezpieczonym.

W związku z powyższym, na podstawie art. 6 oraz art. 54 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, za dopuszczalne należy uznać udzielanie przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej odpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej osobom ubezpieczonym, jednak wyłącznie w zakresie świadczeń „spoza koszyka”. Nie może to ponadto naruszać „regulacji kolejkowych”, tzn. w pierwszej kolejności winny być wykonywane świadczenia gwarantowane, a pozostałe w ramach wolnych pomieszczeń, sprzętu, aparatury i możliwości personelu. Należy przyjąć, iż w takim zakresie świadczeniobiorca jest „osobą nieuprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, a zatem wysokość opłat za te świadczenia ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w którym świadczenie jest udzielane, na podstawie art. 34 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, kierując się przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 stycznia 2000 r. w sprawie sposobu ustalania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej osobom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 8, poz. 113).

Marnuje się publiczny majątek

– *Gdyby nie zakaz, moglibyśmy wykonywać co najmniej o 30 proc. więcej świadczeń, o ile oczywiście rynek byłby na tyle chłonny i przyjął naszą ofertę* – zastrzega w rozmowie z *Menedżerem Zdrowia* Wojciech Szrajber, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Mikołaja Kopernika w Łodzi. – *Na pewno nie zaburzy-*

łoby to ani planowych, ani ostrych przyjęć do szpitala – dodaje.

Wojciech Szrajber twierdzi, że publiczne szpitale, podobnie jak prywatne, powinny mieć możliwość świadczenia odpłatnych usług. – *Szkoda marnotrawić pieniądze zainwestowane w publiczny system opieki zdrowotnej. Poza tym mamy w tym przypadku do czynienia z nierównością podmiotów. Sektor prywatny nie dość, że wybiera rodzynki z tortu świadczeń finansowanych przez NFZ, bo nie prowadzi SOR-u ani izby przyjęć z prawdziwego zdarzenia, nie dyżuruje „na ostro”, nie ma deficytowych oddziałów i nie przyjmuje wszystkich przypadków, to jeszcze może leczyć pacjentów komercyjnych. Moim zdaniem, to głęboka nierównowaga – mówi szef łódzkiego Kopernika.*

– *Jeżeli placówki prywatne mają kontrakty z NFZ i jednocześnie bez żadnych przeszkód wykonują zabiegi komercyjne, dlaczego w gorszej sytuacji mają być zakłady publiczne?* – pyta dr hab. Marek Durlik, dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. Według niego, w sytuacji, gdy wydatki na leczenie obywatela są w Polsce trzykrotnie niższe niż w innych krajach europejskich, procedury wykonywane w ramach ubezpieczenia w NFZ są w znacznym stopniu niedofinansowane (przykładem jest leczenie ostrego zapalenia trzustki), a na dodatek Fundusz nie płaci za powikłania, publiczne placówki powinny mieć możliwość wykonywania usług odpłatnie. Tym bardziej że to one leczą pacjentów, których nie chcą przyjmować jednostki prywatne, m.in. z powodu braku odpowiedniego potencjału medycznego.

– *Pogotowie nie wiezie ciężko chorego pacjenta do Centrum Damiana czy do szpitala Medicoveru, lecz do nas. Nie widzę więc powodu, dlaczego nie mielibyśmy mieć prawa przyjmując pacjenta chcącego zapłacić za badania czy za zabieg operacyjny* – przekonuje dyr. Durlik. – *Jestem przekonany, że nie ma przeszkód, aby szpital wykonywał usługi komercyjne, jeżeli robi to w godzinach popołudniowych albo w wydzielonej części oddziału, na oddzielnej sali operacyjnej* – dodaje. Oczywiście pod warunkiem, że wywiązuje się w 100 proc. z kontraktu z NFZ.

Szefowie prywatnych placówek także mówią o nierównym traktowaniu, wskazując jednak na placówki publiczne, które – ich zdaniem – mają łatwiejszy dostęp do funduszy unijnych, pierwszeństwo w kontraktowaniu usług finansowanych z pieniędzy publicznych, otrzymują pomoc finansową od organów założycielskich i są zwolnione z podatku VAT na świadczenia medyczne. – *Jeśli publiczny szpital chce konkurować na rynku usług medycznych, niech płaci od dochodów komercyjnych podatek CIT i wycenia świadczenia, uwzględniając faktyczny rachunek ekonomiczny* – stwierdził Robert Mołdach, ekspert ds. ochrony zdrowia Konfederacji Pracodawców Polskich, podczas IV międzynarodowej konferencji *Hospital Management – Wyzwania 2010*, zorganizowanej w czerwcu w Warszawie. To, jak zastrzegł, opinia członków konfедера-

cji, czyli Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych i Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych.

Szefowie prywatnych placówek zgadzają się z argumentem, że w publicznych szpitalach marnuje się potencjał i gromadzony przez lata publiczny majątek. – *O godzinie 13.00 w większości z nich pustoszają sale operacyjne, a drzwi pracowni diagnostycznych, gdzie jest kosztowna aparatura, są zamykane na klucz. To dopiero marnotrawstwo!* – podkreślają nasi rozmówcy.



foto: Radek Pasternski/Fotozappa

Adam Koziarkiewicz

ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia

– Wbrew niektórym opiniom, rynek usług medycznych działa i obejmuje świadczenie usług na zlecenie NFZ. Zasadą działania rynków otwartych jest równość podmiotów. Jest mnóstwo regulacji na ten temat, na poziomie krajowym i unijnym, na które można się powoływać w procesach sądowych. Dziwi mnie, że dotychczas środowisko dyrektorów SPZOZ-ów nie wystąpiło ze skargą do sądu czy nawet do Trybunału Konstytucyjnego na nierówność traktowania. Może wyjaśnieniem będzie to, że w zamian za brak opłat za usługi świadczone prywatnie, SPZOZ-y mają dostęp do funduszy inwestycyjnych z pieniędzy publicznych, a co najważniejsze, nie podlegają prawu upadłościowemu. To jest dopiero nierówność! Nierówność wobec kontrahentów SPZOZ-ów, którzy wbrew praktyce i prawu regulującemu stosunki na rynku, nie mają możliwości dochodzenia swoich roszczeń. Jeśli Polska ma być państwem prawa, wszystkie aspekty działalności tzw. SPZOZ-ów i NZOZ-ów powinny zostać zrównane. A jeśli miałyby być jakaś forma preferencji, to silnie uzasadniona, wręcz bezalternatywna.

Komercja poza kontraktem

W Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu komercyjne usługi są świadczone od kilku lat. – *Moje oddziały pracują do 13.00 bądź 14.00, później prowadzę działalność komercyjną* – mówił Marek Nowak, dyrektor grudziądzkiej placówki, podczas debaty *Jak poprawić dostęp pacjentów do leczenia i sytuację szpitali w Polsce?*, którą w maju zorganizowała Fundacja Lege Pharmaciae.

Za odpłatne badania diagnostyczne rocznie do budżetu jego placówki wpływa od 1,5 mln zł do 2 mln zł. Wynajem sal operacyjnych (400–600 zł za godzinę) to

” Wysokość wynagrodzeń dyrektorów publicznych ZOZ-ów ogranicza ustawa kominowa. Nie zależy im na zysku, bo i tak nic z tego nie mają. Więc dorabiać nie chcą... ”



foto: Dominik Piasek/Fotozappa

prof. Michał Kulesza

radca prawny,
partner kancelarii Domański Zakrzewski Palinka,
jeden z autorów opinii prawnej Fundacji Lege Pharmaciae
na temat świadczenia komercyjnych usług przez SPZOZ-y

– Potencjał publicznej ochrony zdrowia jest niewykorzystany i marnuje się, co w rezultacie prowadzi do kryzysu. Narastają oczekiwania pacjentów, wydłużają się kolejki oczekujących na usługi medyczne, które mogłyby być świadczone, ale nie są, z powodu barier administracyjnych i interpretacyjnych. W myśl konstytucji – każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Nie można tego prawa ograniczać jedynie do świadczeń finansowanych z funduszy publicznych. Ograniczanie możliwości płacenia za usługi, które nie są finansowane z pieniędzy publicznych, jest niezgodne z konstytucją, a odmienna interpretacja przepisów przez organy założycielskie, Ministerstwo Zdrowia, a także niektóre sądy narusza nasze prawa podmiotowe. To samo dotyczy świadczeń, co prawda objętych koszykiem, lecz w praktyce niedostępnych dla pacjentów, choć ich stan zdrowia wymaga leczenia w czasie określonym wskazaniami medycznymi. W takiej – przymusowej – sytuacji ZOZ nie może odmówić udzielenia świadczenia, a chory powinien mieć możliwość zapłacenia za nie. Płatność dokonana w tych warunkach powinna być refundowana z pieniędzy publicznych.



Rudolf Borusiewicz

sekretarz generalny Związku Powiatów Polskich

– Narzucona przez Ministerstwo Zdrowia interpretacja zakazująca publicznym zakładom opieki zdrowotnej świadczenia usług komercyjnych jest bezpodstawna. Jestem jednak przekonany, że gdyby któryś z dyrektorów zdecydował się wytoczyć w tej sprawie proces, spotkałyby go za to retorsje, włącznie z odwołaniem z funkcji. Bo taka jest presja. Ze wszystkich rozmów na ten temat przebija demagogia.

U nas nie ma kolejek do lekarza, ale do pieniędzy. Nie brakuje świadczeniodawców, problemem są limity przyjęć i terminy. Nie mogę zrozumieć, jak można przejść do porządku dziennego nad tym, że w majestacie prawa sankcjonujemy sytuację, w której pacjent nie może się leczyć w swoim szpitalu powiatowym, mimo że są w nim odpowiedni fachowcy, aparatura i wyposażenie. Zmusza się go do skorzystania z usług szpitala prywatnego, bo tylko on ma prawo wykonywać świadczenia odpłatnie. Gdzie tu logika? A jakie marnotrawstwo sprzętu, który jest eksploatowany tylko w 60–80 proc.!

Skoro, jak mówią w Ministerstwie Zdrowia, NFZ podpisuje ze szpitalem publicznym umowę na świadczenie usług medycznych 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku, to nie powinno być problemu z tzw. nadwykonaniami. Każdy pacjent zgłaszający się w tym czasie do szpitala powinien zostać do niego przyjęty, a NFZ powinien za niego zapłacić. A przecież tak nie jest.

kolejne 100 tys. zł. W ubiegłym roku szpital zarobił też 360 tys. zł na leczeniu nietrzeźwych. – *Dokonując restrukturyzacji, m.in. finansowej, majątkowej i kadrowej, można było dostrzec już pięć lat temu, że szpital może mieć własne, niezłe dochody. Dlatego w trybie pilnym zrezygnowano z outsourcingu* – tłumaczy Menedżerowi Zdrowia Marek Nowak. Obecnie, jak mówi, szpital sam zapewnia posiłki pacjentom, a na dodatek swoje usługi sprzedaje również w formie cateringu, oferując wyżywienie grudziądzkim szkołom. W gestii jego pracowników pozostaje również sprzątanie i prowadzenie parkingu. – *Przynosi to ok. 400 tys. zł miesięcznego przy-*

„ Szkoła marnotrawi pieniądze, które zainwestowano w publiczny system opieki zdrowotnej „

chodu, ale co ważniejsze – szpital robi to lepiej od firm zewnętrznych. Bardziej dba o jakość i epidemiologię. Aby poprawić atrakcyjność placówki, od września uruchamiam POZ, pawilon bandlowy dla zaopatrzenia ortopedycznego, a w przyszłości wygospodaruję 20–30 miejsc w pokojach hotelowych dla rodzin – dodaje szef Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Według niego, działalność komercyjna szpitali publicznych powinna się opierać na tych samych zasadach jak niepublicznych, ponieważ jedne i drugie podlegają tej samej ustawie, a co ważniejsze – w 95 proc. są finansowane z pieniędzy publicznych.

Jego opinię podziela dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA, w którym odpłatnie leczą się osoby nieubezpieczone, obcokrajowcy, pracownicy ambasad oraz posiadacze abonamentów medycznych. Z myślą o nich powstało m.in. Centrum Medycyny Sportowej. Organ założycielski placówki, którym jest Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, nie ma nic przeciwko temu, by podległa mu jednostka działała *pro publico bono*, nieźle przy tym zarabiając. – *To dodatkowe pieniądze. Dzięki nim możemy zatrzymać najlepszych operatorów, którzy uciekliby do prywatnych ośrodków, gdyby nie byli dobrze opłacani* – mówi Marek Durlik.

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA zarabia na komercyjnych usługach równowartość kilku procent rocznego budżetu, wynoszącego 300 mln zł.

Ministrze, pozwól nam zarabiać!

Związek Powiatów Polskich i Konwent Marszałków Województw, organizacje zrzeszające samorządy, które są organami założycielskimi 90 proc. placówek ochrony zdrowia w Polsce, od dłuższego czasu starają się przekonać resort zdrowia do zmiany stanowiska w sprawie możliwości prowadzenia działalności gospodarczej przez SPZOZ-y. Z szacunków ZPP wynika, że mogłyby one zarobić na usługach komercyjnych 3 mld zł rocznie, a to pozwoliłoby im zainwestować niezbędne fundusze w odnowę infrastruktury. Dla marszałków umożliwienie prowadzenia działalności gospodarczej SPZOZ-om byłoby szansą na poprawę ich kondycji finansowej, a równocześnie dowodem na równe traktowanie podmiotów na rynku usług medycznych.

– *W świetle prawa zakaz zawierania i realizacji umowy między publiczną placówką ochrony zdrowia a obywatelem, który chce zapłacić za leczenie, nie ma uzasadnienia* – podsumowuje Rudolf Borusiewicz, sekretarz generalny Związku Powiatów Polskich, powołując się na opinię prof. dr. hab. Zdzisława Kubota (SGH, Uniwersytet Wrocławski). – *Ten zakaz nie jest ujęty w żadnej umowie. Wywodzi się go z konstytucyjnego zapisu gwarantującego każdemu obywatelowi równy dostęp do świadczeń medycznych, który został opacznie zrozumiany i gwarantuje nam równy brak dostępu do usług medycznych.*

Mariola Markłowska-Dzierżak