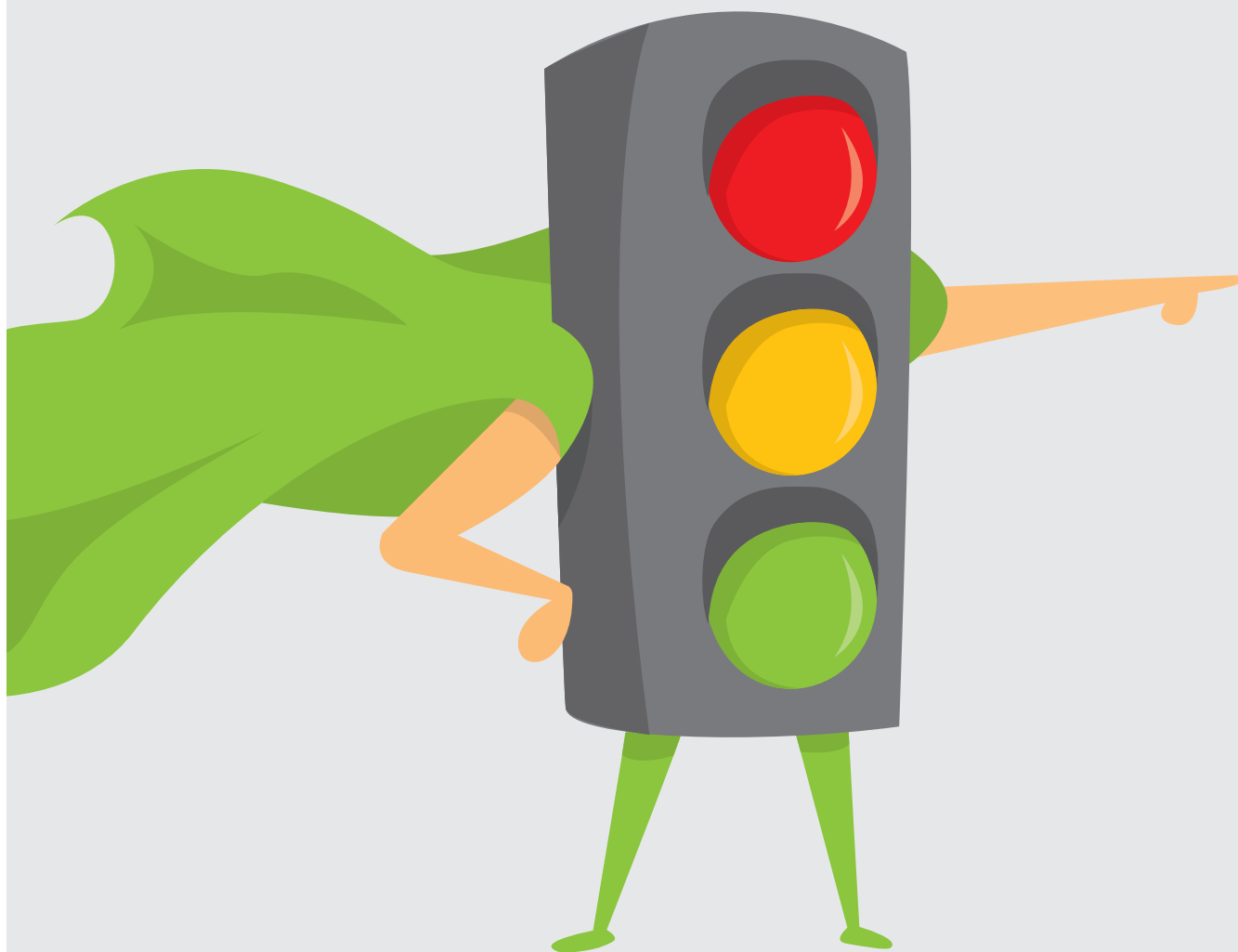


Działalność komercyjna SP ZOZ-ów



Światło zielone czy żółte migające?

Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało nowelizację ustawy o działalności leczniczej, która ma umożliwić placówkom publicznym pobieranie opłat za świadczenia opieki zdrowotnej. I choć obecnie w przepisach nie ma wyraźnego zakazu podejmowania takiej działalności, to zapowiedź ta stanowi wyraźny przełom, albowiem do tej pory resort wypowiadał się w tej kwestii negatywnie, czym blokował rozwój działalności komercyjnej placówek publicznych.

Kwestia dopuszczalności udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcą, w tym SP ZOZ-y, od wielu już lat jest tematem dyskusji. Spór na tym tle zarysował się jeszcze na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i nie rozwiązała go także, pomimo pokładanych w niej nadziei, ustawa o działalności leczniczej.

W czym tkwi problem?

Przepisy zawarte zarówno w poprzedniej, jak i w obecnie obowiązującej ustawie są na tyle nieprecyzyjne, że pozwalają na swobodną interpretację nie tylko zwolennikom, lecz także przeciwnikom pobierania przez publiczne placówki opłat za leczenie. Wątpliwości nie budzi jedynie pobieranie opłat w sytuacji, gdy do podmiotu publicznego zgłosi się pacjent nieuprawniony do świadczeń finansowanych ze środków publicznych albo gdy świadczenie nie jest objęte tzw. koszykiem świadczeń gwarantowanych. W odniesieniu do pozostałych świadczeń w doktrynie toczy się spór, na tle którego ukształtowały się trzy zasadnicze poglądy.

Najdalej idąca, rygorystyczna koncepcja zakłada, że placówka publiczna ma całkowity zakaz pobierania od pacjentów opłat za udzielanie świadczeń podlegających co do zasady finansowaniu ze środków publicznych. Teoria ta dopuszcza możliwość pobierania opłat tylko za te świadczenia, które nie zostały wyszczególnione w koszyku świadczeń gwarantowanych. Nie ma przy tym znaczenia fakt niezawarcia przez dany podmiot leczniczy umowy z NFZ na realizację danego zakresu świadczeń ani wyczerpania limitu finansowania tego zakresu. Istotna jest jedynie możliwość uzyskania nieodpłatnie takiego świadczenia u jakiegokolwiek świadczeniodawcy, który ma podpisaną umowę z NFZ.

Drugi, pośredni pogląd zakłada, że placówka publiczna może wprawdzie pobierać opłaty za świadczenia gwarantowane, ale jedynie w przypadku, gdy na ich realizację nie ma podpisanej umowy z NFZ. Podmioty mają zatem wybór, czy dany zakres chcą realizować na zasadzie komercyjnej czy w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Wejście do systemu powszechnego w myśl tej koncepcji zamyka im drogę do udzielania tożsamych świadczeń odpłatnie.

Wreszcie najbardziej liberalna koncepcja, w myśl której podmiot publiczny pomimo udzielania świadczeń realizowanych w ramach umowy z NFZ – oczywiście pod pewnymi warunkami i przy odpowiednim zorganizowaniu procesu udzielania świadczeń – ma pełne prawo pobierać od pacjentów opłaty za świadczenia zdrowotne z tego samego zakresu, który jest objęty umową.

Interpretacja resortu

Do tej pory z największym uznaniem Ministerstwa Zdrowia spotykała się właśnie pierwsza, najbardziej re-

” Przepisy są na tyle nieprecyzyjne, że pozwalają na swobodną interpretację nie tylko zwolennikom, lecz także przeciwnikom pobierania przez publiczne placówki opłat za leczenie ”

strykcyjna koncepcja. I choć stanowisko resortu ze swej istoty nie stanowi ani źródła prawa, ani też wiążącej interpretacji obowiązujących przepisów, to jednak dla wielu podmiotów leczniczych było istotną przeszkodą w rozwijaniu działalności komercyjnej.

W kontekście tak jednoznacznego, utrwalonego stanowiska Ministerstwa ostatnie wypowiedzi stanowią istotny przełom. Wydaje się, że jest to zielone światło dla podejmowania przez publiczne placówki komercyjnej działalności leczniczej.

Uwaga na pułapki

Ograniczenia w podejmowaniu przez placówki publiczne działalności komercyjnej nie wynikają wprost z zakazów zawartych w obowiązujących regulacjach prawnych. Wręcz przeciwnie – można wskazać, że istnieją wyraźne podstawy prawne ku temu, aby dopuścić możliwość pobierania przez podmioty publiczne opłat za świadczenia, także te, które znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Tytułem przykładu można wskazać chociażby przepis art. 55 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że SP ZOZ może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Nie ma przepisu, który jednoznacznie i wprost zakazywałby udzielania takich świadczeń. A więc to nie przepisy stanowią przeszkodę – najczęściej jest nią zachowawcze podejście podmiotów tworzących SP ZOZ, podyktowane właśnie zajęciem negatywnego stanowiska w tej kwestii przez Ministerstwo Zdrowia.

Po zgodę do podmiotu tworzącego

Pierwszym krokiem ku rozwinięciu działalności na rynku usług komercyjnych jest uzyskanie akceptacji podmiotu tworzącego. Wymóg ten nie wynika oczywiście z żadnych nakazów ustawowych, ale ma raczej na celu minimalizowanie ryzyka ewentualnej odpowiedzialności kierownika na płaszczyźnie służbowej za sprzeciwienie się woli podmiotu tworzącego. Tu najczęściej pojawiały się pierwsze problemy, bo samorządy – zamiast samodzielnie analizować problem i wy-



„Pierwszym krokiem ku rozwinięciu działalności na rynku usług komercyjnych jest uzyskanie akceptacji podmiotu tworzącego”

pracowały własne rozwiązania – odwoływały się do stanowiska Ministerstwa, czym blokowały rozwój swoich placówek. W tym właśnie kontekście szczególnego znaczenia nabierają ostatnie wypowiedzi przedstawicieli resortu, które zdają się ukierunkowywać publiczną służbę zdrowia w zupełnie nową stronę.

Działalność komercyjna a umowa z NFZ

Udzielanie świadczeń komercyjnych wymaga dogłębnego przemyślenia, odpowiedniego przygotowa-

nia i organizacji, tak aby nie naruszyć zasad przyświecających publicznemu systemowi ochrony zdrowia, w szczególności zasady równego dostępu do świadczeń. Decyzja o podjęciu działalności komercyjnej stwarza pewne ryzyko zastosowania sankcji, dlatego musi być podejmowana po dokładnym zbadaniu organizacyjnych możliwości placówki i określeniu warunków, na jakich działalność ta miałaby być realizowana.

W szczególności trzeba wyraźnie rozgraniczyć potencjał techniczny i osobowy, który zostanie wykorzystany do realizacji umowy z NFZ i do działalności odpłatnej. Jeżeli zadeklarowano udzielanie świadczeń finansowanych przez NFZ przez określony personel, przy wykorzystaniu konkretnego sprzętu i zgodnie z ustalonym harmonogramem, to ani ten personel, ani sprzęt w czasie wykazanym w tym harmonogramie nie może służyć działalności odpłatnej. Działalność od-

płatna nie może zatem utrudniać skorzystania z tego potencjału przez pacjenta zgłaszającego się w ramach umowy z NFZ.

Wyodrębnienie potencjału może się opierać np. na rozdziale czasowym, kiedy to ten sam personel przy wykorzystaniu tych samych pomieszczeń, sprzętu i aparatury świadczy usługi odpłatnie, ale po godzinach pracy placówki zgłoszonych do NFZ. Takie rozwiązanie sprawdza się jednak jedynie w odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych. W przypadku świadczeń szpitalnych potrzebne są dalej idące działania – wówczas z uwagi na charakter świadczeń nie ma możliwości czasowego rozdzielenia wykorzystania potencjału, dlatego należy zabezpieczyć potencjał dodatkowy (np. utworzyć i wyposażać dodatkowy oddział, który nie zostanie wykazany w umowie z NFZ).

Reasumując – przy organizowaniu działalności komercyjnej podstawowa zasada jest taka, że ta dodatkowa działalność nie może mieć wpływu na jakość, dostępność i sposób udzielania świadczeń w ramach umowy z NFZ. W przeciwnym razie placówka może spotkać się z zarzutem niewłaściwej realizacji umowy, ograniczania dostępu do świadczeń oraz pobierania nienależnych opłat za świadczenia objęte umową. Ten ostatni zarzut zaś nie tylko rodzi ryzyko nałożenia na placówkę kar umownych, lecz także stanowi wykroczenie.

Ryzyko zwrotu dotacji

Pułapek czyhających na podmioty chcące zarabiać na usługach komercyjnych jest więcej. Często zdarza się taka sytuacja, że placówki publiczne są wyposażane w sprzęt i aparaturę medyczną dzięki środkom pochodzącym z różnego rodzaju dotacji. Warunkiem ich przyznania niejednokrotnie jest zobowiązanie do wykorzystania ich wyłącznie dla celów społecznych, z wyłączeniem działalności zarobkowej. Sprzęt zakupiony czy współfinansowany z pieniędzy publicznych nie może więc służyć działalności zarobkowej. Zanim zaangażujemy go do działalności komercyjnej, powinniśmy zatem dokładnie zbadać umowę przekazania środków finansowych, bowiem od stopnia szczegółowości określenia celu, na jaki zostały one przekazane, zależy swoboda beneficjenta w ich wykorzystaniu. Warto przeanalizować to wcześniej i ewentualnie uzyskać zgodę finansującego na zmianę sposobu wykorzystania środków, aby nie narazić się na ryzyko zwrotu dotacji.

Interes pacjenta

W idei świadczeń komercyjnych udzielanych przez placówki publiczne najważniejsze są dobro i interes pacjenta. Pacjent, w granicach i na zasadach określonych przez ustawodawcę, ma prawo do korzystania z nieodpłatnej opieki zdrowotnej. Nie oznacza to jednak, że gdy zapewniona przez państwo opieka nie spełnia jego

„Wyodrębnienie potencjału może się opierać na rozdziale czasowym, kiedy ten sam personel przy wykorzystaniu tej samej infrastruktury świadczy usługi odpłatnie, ale po godzinach pracy zgłoszonych do NFZ”

oczekiwań, nie może on samodzielnie czynić starań w celu poprawy swojej sytuacji i uzyskania świadczenia w satysfakcjonującym go czasie i standardzie. Odpowiedzią na takie potrzeby pacjentów są właśnie świadczenia komercyjne. Udzielając ich, placówka powinna kłaść szczególny nacisk na uświadamianie pacjentów co do ich praw. Bardzo często zarzewiem konfliktów na linii pacjent – podmiot leczniczy jest bowiem błędne przekonanie pacjenta, że udzielenie mu świadczenia jest uzależnione od uiszczenia odpowiedniej opłaty. Stan taki wynika z jednej strony z niezajomości zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej przez pacjentów, a z drugiej – z niedołożenia przez personel medyczny dostatecznych starań, aby pacjenta w pełni uświadomić. Organizując świadczenia komercyjne, trzeba więc pamiętać, że pacjent musi być prawidłowo poinformowany o przysługującym mu prawie do uzyskania bezpłatnego świadczenia w późniejszym terminie (zgodnie z kolejką oczekujących), a także o możliwości uzyskania świadczenia w innej placówce, która zawarła umowę z NFZ. Dopiero taka wiedza pozwoli mu świadomie podjąć decyzję w sprawie samodzielnego ponoszenia kosztów leczenia.

Reasumując – to nie przepisy, ale niedostateczna świadomość praw i obowiązujących reguł stała na przeszkodzie rozwijaniu świadczeń komercyjnych w placówkach publicznych. Do kadry zarządzającej napływały sprzeczne informacje dotyczące dopuszczalności pobierania opłat za świadczenia, a odpowiedzialność względem podmiotu tworzącego, często reprezentującego zachowawcze stanowisko, powstrzymywała dyrektorów przed podejmowaniem stanowczych działań. Z tego względu już same deklaracje Ministerstwa Zdrowia mogą być istotnym czynnikiem stymulującym rozwój placówek publicznych w zakresie świadczeń komercyjnych.

Marta Bogusiak
Autorka jest adwokatem i radcą prawnym
w Kancelarii Fortak & Karasiński Radcowie Prawni Sp. p.