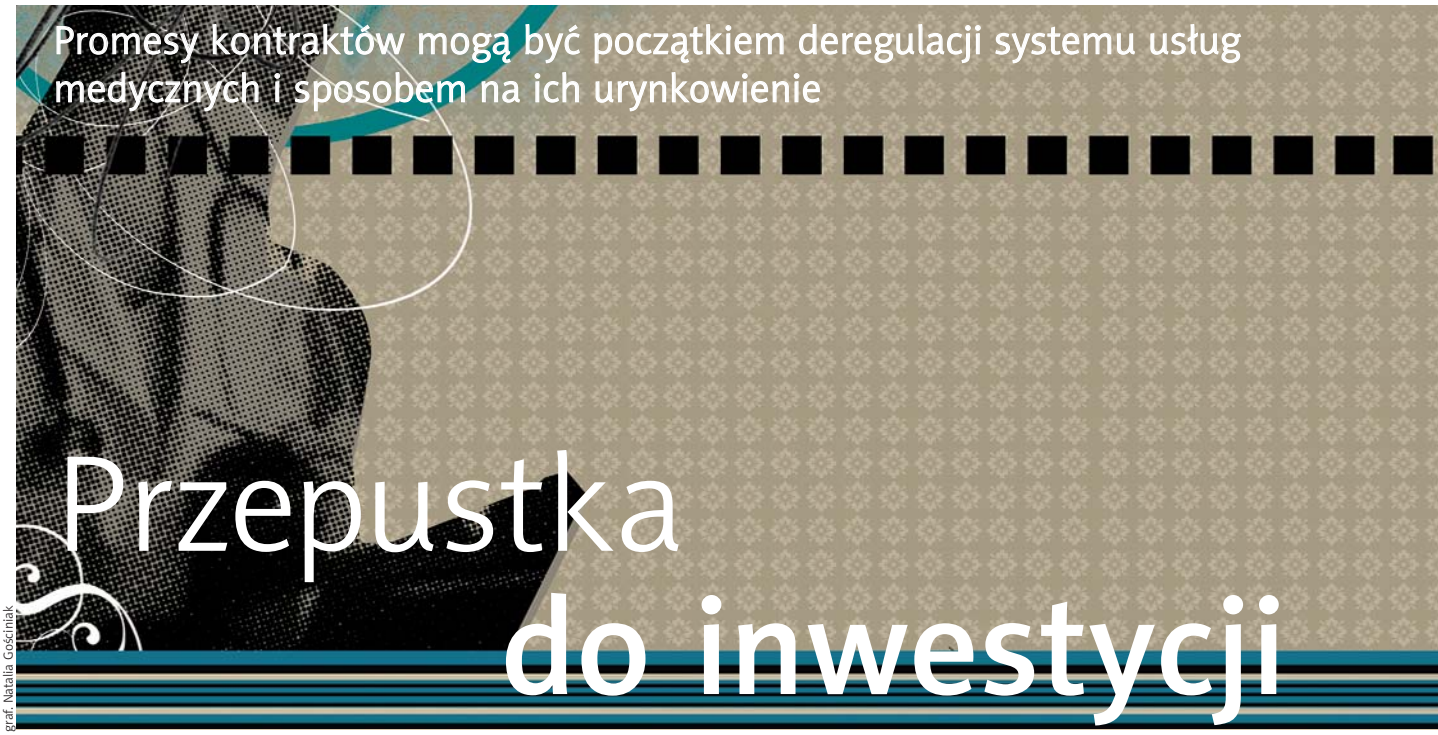
Trup w szafie

Gdyby tylko urzędnicy NFZ zechcieli wydawać promesy kontraktów, które gwarantowałyby zakupienie określonych świadczeń medycznych, mielibyśmy do czynienia z niepohamowanym rozwojem nzoz-ów. Prywatne szpitale zaczęłyby powstawać nie tylko w wielkich i bogatych aglomeracjach, ale także na tzw. prowincji. Przychodnie ambulatoryjne zamieniłyby się w miejsca przyjazne pacjentom, którzy nie musieliby już czekać w wielomiesięcznych kolejkach. Że tak byłoby, świadczy np. deklaracja Andrzeja Mądrali, właściciela kliniki okulistycznej Mavit, który jest gotowy otworzyć 24-godzinny oddział, jednak warunkiem jest podpisanie przez NFZ promesy kontraktu. Z kolei Piotr Gerber, prezes Zarządu spółki EMC Instytut Medyczny, niemal natychmiast jest w stanie pozyskać 100 mln zł na inwestycje szpitalne, jeśli tylko urzędnicy Funduszu zawrą z nim umowę przedwstępną. Jeden z ekspertów z północnej Polski przygotowuje biznesplany dla wielkich zagranicznych inwestorów, którzy dopytują o możliwość podpisania promes – tak jak np. w Wielkiej Brytanii, na 20 lat. To najlepiej pokazuje, co można zrobić, dodając jeden akt prawny w ustawie zdrowotnej. Otwarcie możliwości podpisywania promes kontraktów (ze wszystkim rygorami dla obu stron) w krótkim czasie podniosłoby polską medycynę do europejskiego poziomu. Jednak decydenci wszystkich szczebli – od wójta gminy począwszy,



Promesy kontraktów mogą być początkiem deregulacji systemu usług medycznych i sposobem na ich urynkowienie

Przepustka do inwestycji

graf. Natalia Gościniak

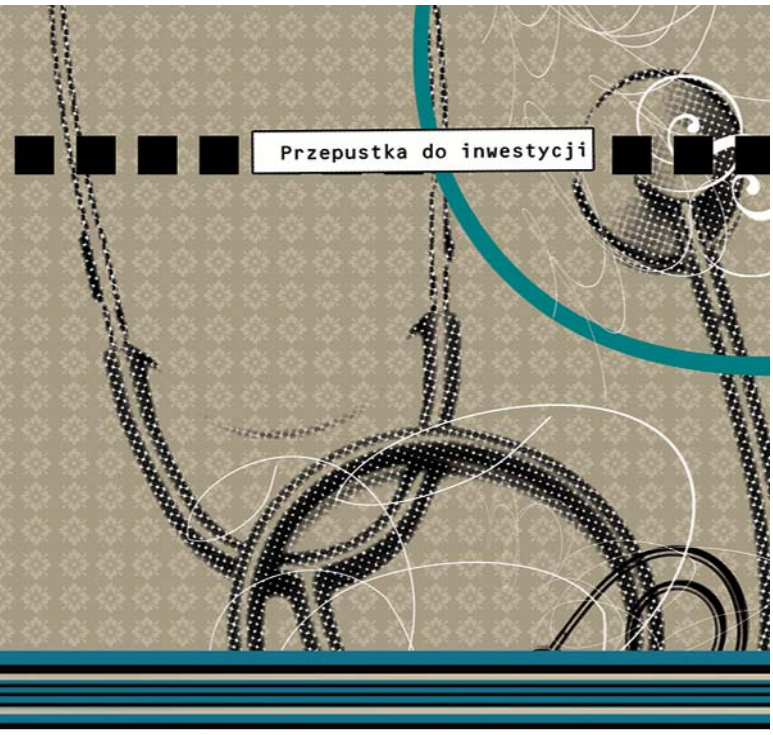
Adam Kozierkiewicz

Pierwszym krokiem, jaki wykonał rząd Wielkiej Brytanii po II wojnie światowej była nacjonalizacja instytucji opieki zdrowotnej. Podobne działania podejmowały także inne państwa. Jednak po latach silnego wpływu administracji, systemy opieki zdrowotnej podlegają stopniowej deregulacji i liberalizacji. Jej elementem jest też komercjalizacja oraz dopuszczenie do publicznego systemu opieki zdrowotnej prywatnych świadczeniodawców. W Polsce hasło nzoz wywołuje w Ministerstwie Zdrowia gęsią skórkę. Tymczasem to właśnie prywatny biznes medyczny mógłby w istotny sposób wesprzeć szpitale publiczne. Trzeba tylko otworzyć dla niego furtkę. Mogłyby to być promesy kontraktów.

na prezydencie RP kończąc, nie chcą wypuścić z rąk sznurków, którymi mogą wpływać na nastroje społeczne i politykę gospodarczą państwa. Tymczasem, gdyby na promesy przeznaczyć nawet te 200 mln zł, które ma kosztować przekształcenie lub likwidacja zbędnych łóżek szpitalnych w ramach tworzonej sieci, przekonalibyśmy się, do czego zdolny jest prywatny biznes. Najlepszym na to dowodem jest rozwój prywatnej medycyny. Jedna z pierwszych w kraju prywatnych lecznic, powstała w 1992 r., bez udziału publicznych pieniędzy. W identycznych warunkach powstawały kolejne kliniki, które do 1999 r. nie miały dostępu do publicznych środków. Sytuacja na chwilę zmieniła się po powstaniu kas chorych, gdy pojawiły się możliwości wejścia do systemu prywatnych placówek opieki medycznej. Gwałtowny wzrost liczby prywatnej medycyny została zahamowany przez Mariusza Łapińskiego, który utworzył NFZ. Okazało się jednak, że taka sytuacja odpowiada politykom wszystkich partii, frakcji i klubów parlamentarnych, a idea *pieniądza idącego za pacjentem*, została wrzucona na dno szafy. Czas na zmianę!

Redakcja

> ” Na promesy kontraktów czekają polscy i zagraniczni inwestorzy. A wraz z nimi pacjenci ”



Promesy takie zobowiązywałyby strony do zawiązania w określonym czasie umowy. Na jej podstawie świadczeniodawca dostarczałby pewną liczbę świadczeń o określonym rodzaju i cechach jakościowych, wg średnich cen, jakie w tym czasie będą obowiązywać w instytucji płatnika publicznego.

Obopólne zyski

Rozwiązanie takie pozwoliłoby na podejmowanie długoletnich przedsięwzięć inwestycyjnych, z gwarancją zakupu świadczeń wytwarzanych przez nowy podmiot. Przy czym warunki sprzedaży tych świadczeń powinny być podobne do tych, jakie będą w tym czasie obowiązywać innych dostawców.

Zawarcie promesy poprzedzone miałoby być stosownym postępowaniem – analogicznym, jak w przypadku umów o udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Należałoby jednak przy tym zachować odpowiedni trybu konkursu ofert albo (zdecydowanie rzadziej) rokowań.

Rozwój i przyszłość

Przedstawiona propozycja mówi zatem o rozwoju i przyszłości, a nie o przeszłości i zamykaniu szpitali, jak to się dzieje w przypadku sieci szpitalnej. W propozycji tej kluczową rolę pełni instytucja *promesy*, czyli umowy cywilnoprawnej między płatnikiem a inwestorem. Na jej podstawie inwestor ma gwarancję sprzedaży pewnego wolumenu usług, o ile zaakceptuje *publiczny* poziom cen. Ten mechanizm jest zatem alternatywą dla administracyjnej decyzji o wpisaniu do sieci szpitalnej, jaką proponuje projekt ustawy Ministerstwa Zdrowia. Obecnie w ustawie ministra Zbigniewa Religi nie ma zapisów, które wprost mówią o konsekwencjach *bycia czy niebycia* w sieci. Pojawiają się sugestie i spekulacje, że brak wpisania do sieci oznacza brak możliwości kontraktowania, co jednak następnie jest dementowane przez przedstawicieli ministerstwa. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia (OZPPSZ) proponuje zmiany legislacyjne, które doprowadziłyby do tego, że w *ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* znalazłby się plan rozwoju (w szczególności zmiany) infrastruktury oraz jako jego konsekwencja, konkurs na podmiot, który będzie tę infrastrukturę rozbudowywał (dostosowywał) i promesa, czyli deklaracja, że ktoś kupi usługi od tego podmiotu. Właśnie tego brakuje w regulacji ministra zdrowia. W końcu projekt zmiany w ustawie wprowadzałby (i sankcjonował) podstawową zasadę nowoczesnego państwa – zasadę pomocniczości. Zasada ta pozwala na rozwój gospodarczy oparty na konkurencji i kompetencji, a nie