

Trzy nowe definicje jakie znalazły się w uchwalonej przez Sejm nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych (ciągłość i kompleksowość świadczeń oraz poradnia przyszpitalna), wprowadzą sporo zmian na rynku podmiotów leczniczych.

Ustawa została uchwalona w dniu 11 października br. i choć z pozoru wprowadza niewiele korekt do obowiązujących wcześniej przepisów, jej konsekwencje dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia będą znaczące. Przede wszystkim dotkną najmniejsze podmioty lecznicze, zarówno publiczne jak i prywatne i to bez względu na zakres realizowanych przez nie świadczeń. Nadchodzi czas na ograniczanie miejsc świadczenia usług wysokospecjalistycznych zarówno na poziomie szpitalnym jak i opieki ambulatoryjnej.

Definicje, które zmieniają system

Nowelizacja uzupełnia podstawowe pojęcia ustawy o definicje: ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, co pozwolić ma na dalsze zastosowanie ich w przepisach regulujących postępowanie konkursowe. Wyodrębniono też pojęcie poradni przyszpitalnej, wprowadzając możliwość udzielania w niej ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych i odrębnego zawierania umów na te świadczenia.

Kluczowa dla sieci podmiotów leczniczych jest zmiana w art. 142 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych. Przepisy tego artykułu przesadzają o zasadach wyboru świadczeniodawcy w konkursach prowadzonych przez NFZ.

W największym uproszczeniu: do tej pory o wygranej w tych konkursach decydowała przede wszystkim skala dostępności do świadczeń i proponowana cena usługi medycznej.

Od 11 października świat wygląda już zupełnie inaczej. Nowy zapis art. 142, ust. 5 pkt 1 brzmi następująco:

„W części niejawnej konkursu ofert komisja może:

1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i ich dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia;”

Czyli teraz o wynikach konkursu (rozstrzygających o być lub nie być na rynku usług medycznych) decydować będą 3 czynniki:

- ciągłość udzielanych świadczeń,
- kompleksowość świadczeń,
- cena za usługę.

Analizując definicje ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń, nie mam wątpliwości, konkursy organizowane przez NFZ wygrywać będą duże podmioty, posiadające rozbudowany zakres świadczeń zarówno w poziomie (np. szpital posiadający oddziały: ortopedyczny, reumatologiczny, chirurgiczny,

rehabilitacyjny itd.) jak i w pionie (np. szpital prowadzący oddział onkologiczny i poradnię onkologiczną).

Definicje te są zresztą niezwykle nieprecyzyjne i pozostawiają duże pole manewru Prezesowi NFZ, który będzie je mógł dowolnie interpretować.

Zgodnie z ustawą: ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej to organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów.

Wątpliwość budzi celowość zawarcia w definicji ciągłości świadczeń wyrazu „w szczególności”.

Ta definicja jest w założeniu na tyle ogólna i nieprecyzyjna, że istnieje będzie wiele różnych interpretacji jej stosowania. Określenie „w szczególności” czyni z zamierzonego niedookreślenia pojęcie nadmiernie nieostre.

Tak rzecz jasna być nie powinno, tym bardziej, że mamy do czynienia z definicją zawartą w części ustawy wyjaśniającej pojęcia stosowane w kolejnych przepisach!

Jeszcze bardziej zagmatwana jest sytuacja z pojęciem „kompleksowości”.

Znów problemem będzie sformułowanie „w szczególności”, ale także „struktura świadczeń opieki zdrowotnej”.

Kompleksowość udzielanych świadczeń, w myśl przepisów ustawy to: „*możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmująca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie*”.

Konia z rzędem temu, kto wie jak rozumieć pojęcie struktura świadczeń zdrowotnych w danym zakresie. Czy przesądzające mają być dla tej struktury kwestie natury organizacyjno-zarządczej czy medycznej?

Nieco inaczej wygląda sytuacja w przypadku trzeciej z naszych tytułowych definicji, dotyczącej poradni przyszpitalnych. Tym razem ustawodawca otwarł się maksymalnie, pozwalając na zakwalifikowanie do tej kategorii maksymalnie dużej grupy poradni.

W trakcie procesu legislacyjnego można było się zastanawiać, czy dla regulatora a potem płatnika o zakwalifikowaniu do grupy poradni przyszpitalnej będzie miejsce świadczeń czy np. adres podmiotu. Stało się jednak zupełnie inaczej. Definicja poradni przyszpitalnych jest bowiem bardzo pojemna, to „*ambulatorium podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowane w budynku albo zespole budynków oznaczonych tym samym adresem co szpital, albo innymi adresami, ale położonych obok szpitala i tworzących funkcjonalną całość, w którym udzielane są te same lub zbliżone rodzajowo świadczenia co w szpitalu*”.

To zapis bardzo korzystny dla szpitali.

Przewidywania dotyczące przyszłości

Informacja ma dziś swoją cenę (wysoką). Dlatego pisząc o zawartości tytułowych trzech definicji, pozwalam sobie na przedstawienie wizji potencjalnych efektów ich obowiązywania. Po to by zarządzający podmiotami leczniczymi mogli jak najszybciej zareagować na szykujące się zmiany.

W mojej opinii, mniej więcej za dwa podstawowe okresy zawierania umów z NFZ (6 lat) sieć świadczeniodawców znacząco się zmieni.

Po pierwsze, uważam iż zapisy znowelizowanej ustawy preferować będą w konkursach organizowanych przez NFZ duże podmioty szpitalne (przed wszystkim będące w rękach publicznych), eliminując jednocześnie:

- mniejsze szpitale ogólne, które nie będą w stanie utrzymać kontraktów na już istniejące oddziały specjalistyczne,
- poradnie AOS zlokalizowane obok gabinetów POZ w mniejszych ośrodkach gminnych czy międzygminnych (pozostanie AOS w podmiotach prowadzących kilkanaście czy kilkadziesiąt poradni, posiadających sporą infrastrukturę i specjalistyczną aparaturę diagnostyczną oraz rzecz jasna przy szpitalach).

Przewiduję, że ograniczeniu ulegnie także liczba podmiotów prowadzonych przez osoby wykonujące zawody medyczne i posiadających kontrakt z NFZ.

Częstszy będzie proces rozbudowy potencjału istniejących już świadczeniodawców, niż tworzenie nowych podmiotów leczniczych.

Bardzo szybko przybywać będzie oddziałów w największych szpitalach, kosztem mniejszych szpitali powiatowych, miejskich i tych będących w rękach prywatnych.

Podobnie, „na gwałt” uruchamiane będą nowe poradnie AOS przy szpitalach. Bo będzie to gwarancja na uzyskanie dodatkowego kontraktu z NFZ.

W bardzo trudnej sytuacji znajdą się podmioty prywatne o niewielkiej skali działania. Moim zdaniem będą musiały się zdecydować na jeden czterech wariantów:

- zakończyć działalność wobec utracenia kontraktu z NFZ,
- próbować się ratować inwestując ogromne środki gwarantujące znaczne rozszerzenie działalności (ten wariant obciążony będzie dużym ryzykiem nieefektywności),
- próbować łączyć swój potencjał innymi niewielkimi podmiotami,
- wejść w skład dużego podmiotu (także prywatnego).

W tym ostatnim i bardzo prawdopodobnym przypadku, cena za jaką się będą sprzedawać swoje aktywa będzie niska. Nadchodzi więc dobry czas dla istniejących już dużych podmiotów typu Lux Med czy Scanmed, które przejmować będą zasoby mniejszych graczy, za niewielkie zresztą pieniądze.

Kontynuowany będzie proces tworzenia instytucjonalnie powiązanych sieci szpitali. Dotyczyć to będzie zarówno sieci takich jak Grupa Nowy Szpital czy też EMC, ale i także tych „branżowych” takich jak

Kategoria: Felietony

Opublikowano: niedziela, 27, październik 2013 17:06

Odsłony: 2207

Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca, Carint, Fresenius Nephrocare Polska, BBraun Avitum, Euromedic, Diaverum, Avitum, Centrum Dializa.

Należy oczekiwać, że coraz trudniejsza sytuacja finansowa szpitali publicznych wymusi na samorządach terytorialnych decyzje o łączeniu prowadzonych przez siebie podmiotów (głównie samorząd województwa) oraz tworzenia instytucjonalne powiązanych, subregionanych sieci szpitali (głównie konsolidacja zasobów podmiotów powiatowych, miejskich i gminnych).

Efekty nowelizacji ustawy o świadczeniach finansowanych z środków publicznych widoczne będą już w roku 2014, by przybierać na sile przed kolejnymi konkursami organizowanymi przez NFZ w następnych latach.

Taki obraz zmian na rynku świadczeniodawców wydaje się bardzo prawdopodobny, chyba że politycy wpadną na jakiś kolejny, rewolucyjny pomysł na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Ale może nie martwmy się na zapas, bo przed nami i tak już spore zamieszanie wynikające z treści 3 z pozoru niewinnie wyglądających definicji.

Marek Wójcik