Samorządzie - dopłać do leczenia

Kategoria: Felietony
Opublikowano: niedziela, 15, maj 2016 00:00
Grzegorz P. Kubalski
Odsłony: 2342

Ministerstwo Zdrowia uznało, że najprostszym sposobem zmniejszenia problemów z żądaniami pełnego finansowania świadczeń gwarantowanych jest wplątanie jednostek samorządu w to finansowanie.

Opracowana w resorcie nowelizacja ustawy o działalności leczniczej wprowadza bowiem przepis, że jednostka samorządu terytorialnego może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. W przypadku, gdy dana jednostka samorządu jest podmiotem tworzącym dla podmiotu leczniczego albo ma większościowy pakiet udziałów lub akcji w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym, czyni to poprzez zawarcie umowy z tym właśnie podmiotem. Projektodawcy podkreślają, że ustawa nie nakłada obowiązku finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty, a jedynie daje taką możliwość. Jako taka nie nakłada nowych zadań, a zatem nie ma potrzeby przyznania jednostkom samorządu terytorialnego nowych, dodatkowych środków finansowych.

Propozycję Ministerstwa uznać należy za dalece niefortunną.

Po pierwsze – resort musi się zdecydować jaki system finansowania świadczeń gwarantowanych ma w kraju obowiązywać. Jeśli z budżetu publicznego mają być bezpośrednio finansowane powszechne świadczenia gwarantowane to znaczy, że przechodzimy na budżetowe finansowanie ochrony zdrowia. Jeśli tak to jednostki samorządu powinny otrzymać odpowiednią pulę środków – z dotychczas znajdujących się w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Środków takich jednak nie będzie.

Po drugie – zgodnie z zaproponowanym przepisem podmiot trzeci będzie finansował czyjeś świadczenia. Jeśli tak to co stoi na przeszkodzie by w podmiotach leczniczych mających zawarty kontrakt z NFZ możliwe było odpłatne udzielanie świadczeń gwarantowanych ponad przyznany limit. Jeśli po jego wyczerpaniu jako pacjent może mieć szansę na świadczenie jeśli mu gmina (czy powiat) za to zapłaci, to dlaczego nie może sam zapłacić – jeśli ma takie możliwości. Korzystają na tym wszyscy – pacjent, bo będzie leczony; podmiot leczniczy, bo ma dodatkowe środki finansowe; inni oczekujący – bo w przyszłym roku nie zajmę części puli przyznanej w ramach limitu. Takiej zmiany jednak próżno w nowelizacji szukać.

Po trzecie – cyniczne jest wpisanie uprawnienia na rzecz wszystkich jednostek samorządu terytorialnego. Jeśli już nawet mielibyśmy przyjąć, że samorząd terytorialny ma finansować ponadlimitowe świadczenia gwarantowane to zgodnie z zasadą subsydiarności powinny to robić gminy. W obowiązującym systemie prawno-finansowym to one mają najwięcej środków, a zatem też i największe możliwości. Co więcej – mówimy tu nie o fizycznym wykonywaniu świadczeń, tylko o zapłacie za nie – więc nie ma problemu, aby gmina w trosce o swoich mieszkańców środki na ten cel przeznaczyła. Trudno oprzeć się wrażeniu, że włączenie w to również powiatów ma jeden konkretny cel – odepchnięcie od administracji rządowej roszczeń z tytułu nadwykonań w szpitalach powiatowych. To co obecnie jest wskazywane jako działanie fakultatywne, za chwilę w praktyce okaże się obligatoryjne. Zwłaszcza jeśli z ust przedstawicieli Ministerstwa padają stwierdzenia, że to przecież lepiej jak powiat zapłaci wcześniej za nadwykonania, skoro jeśli tego nie zrobi to będzie musiał pokryć stratę. Do tego należy dodać presję społeczną na zwiększenie dostępności – szpital powiatowy jest blisko, a NFZ i Ministerstwo Zdrowia – daleko, więc łatwiej domagać się pokrycia oczekiwanych świadczeń przez podmiot lokalny.

A wtedy w budżecie centralnym zostanie więcej pieniędzy. Pytanie tylko na co zostaną przeznaczone – bo chyba nie na szpitale powiatowe.

Grzegorz P. Kubalski

Phoca PDF