



Promesa czy certyfikat potrzeby?

# Hazard inwestycyjny

Jacek Paszkiewicz

Propozycje promes kontraktów to obecnie jedynie nierealne marzenie prywatnych inwestorów. Dlaczego? Bo jednym z największych problemów polskiej opieki zdrowotnej jest długookresowe planowanie inwestycji. Poruszany przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia problem, który zaowocował deklaracją zmian ustawowych alternatywnych do sieci, to tylko jedna strona medalu.

Problem planowania długookresowego inwestycji zdrowotnych dotyczy nie tylko Polski, ale i całej Europy. Zasadniczym celem takiego planowania powinno być jednakże nie tylko to, żeby prywatny przedsiębiorca mógł zainwestować bezpiecznie 100 czy 200 milionów złotych z gwarantowanym przychodem, ale przede wszystkim to, by regulować podaż świadczeń w zależności od potrzeb zdrowotnych na danym tere-

nie. Trzeba pamiętać, że istnieją tu dwie strony medalu, które w pewnym uproszczeniu można określić jako strona popytu i podaży świadczeń.

## Wrogie środowisko

Przyjrzyjmy się najpierw tej stronie medalu, która dotyczy najbardziej prywatnych inwestorów. Jest wiele przykładów planowanych inwestycji (wykonanych nawet po wstępnym uzgodnieniu z NFZ), które nie doczekały się finansowania, często z niezbyt jasnych przyczyn. Świadczy to o tym, w jak trudnej sytuacji znajdują się prywatni przedsiębiorcy w Polsce, próbujący inwestować w opiekę zdrowotną. Ryzyko jest szalenie duże, biorąc pod uwagę znaczną niepewność finansowania. Wystarczy spojrzeć na stronę internetową Ministerstwa Zdrowia, by stwierdzić, że liczba prywatnych szpitali od lat utrzymuje się prawie na niezmiennym poziomie. Poważni inwestorzy prywatni wolą lokować kapitał w poz, specjalistykę, stomatologię. Mało kto się poważy na inwestycję w szpital czy ciężką radiologię. Tu koszty są naprawdę duże, a ryzyko rośnie, bo trzeba

pamiętać o konkurencji z publicznymi placówkami, które nie dość, że mają wpływowe organy założycielskie, to jeszcze zaprzyjaźnionych polityków, mogących intensywnie wpływać na zachowania publicznego płatnika. Brak przy tym w Polsce przykładów partnerstwa publiczno-prywatnego w zdrowiu na dużą skalę. Publiczne organy założycielskie traktują prywatne formy własności w zdrowiu jedynie jako konkurencję dla swoich przychodni i szpitali, mimo że jednocześnie pełnią funkcję gospodarza powiatu czy miasta, i takie partnerstwo tworzyłoby potencjalną wartość dodaną dla mieszkańców.

### Niedobór informacji

Przyczyną braku poważnych inwestycji jest również brak wiarygodnych informacji, które posłużyłyby do stworzenia biznesplanu i gwarantowałyby jego realizację. NFZ nie publikuje długofalowych planów zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne (nie znaczy to, że ich nie ma). Tymczasem to tylko NFZ wie, jakie są potrzeby na danym terenie i czy potrzebuje świadczeń więcej, czy mniej. Tą wiedzą NFZ dzieli się jednak nader oszczędnie. Dzieje się tak dlatego, że nawet mimo drobiazgowego planowania, żaden dyrektor oddziału NFZ nie potrafi dokładnie ocenić, ile z planu uda mu się zrealizować w kolejnym konkursie ofert. Przyczyną jest liczba niezależnych zmiennych,

zapytać dyrektora oddziału, czy ma szansę, np. za 3 lata na finansowanie publiczne prywatnego szpitala zabiegowego. Tyle że odpowiedź będzie salomonowa. A już pytanie o przewidywaną wartość kontraktu pozostanie bez odpowiedzi. Przyczyną jest – po pierwsze – obawa przed posądzeniem o stwarzanie sytuacji potencjalnie korupcyjnej. Drugi, bardziej prozaiczny powód jest taki, że wyniki konkursu ofert nie są całkowicie przewidywalne. Wbrew temu, co większość osób spoza NFZ myśli i uważa, możliwości wybrania przez urzędników tego, a nie innego podmiotu, za określoną sumę pieniędzy, nie są na szczęście w pełni przewidywalne.

### Brak realizmu

Odrębnym problemem są finanse. Teoretycznie NFZ planuje przychody na 3 lata. Niestety, tylko teoretycznie. W zależności od polityki Ministerstwa Finansów, zasadnicze wskaźniki makroekonomiczne z roku na rok mogą ulec istotnym zmianom, zmieniając prognozy. Powstaje również problem spełniania różnych oczekiwań społecznych z wykorzystaniem funduszy z NFZ. Dynamiczny wzrost środków finansowych (które pojawiły się i mają się pojawić w NFZ w najbliższych latach) stał się przedmiotem roszczeń różnych grup zawodowych. Jeżeli na skutek strajków roszczenia zostaną zaspokojone w postaci ugruntowa-

„ Przyczyną braku poważnych inwestycji jest brak jakichkolwiek wiarygodnych informacji, które posłużyłyby do stworzenia biznesplanu i gwarantowałyby jego realizację ”

w postaci chociażby nieplanowanych nacisków polityków różnego szczebla oraz przeróżnych związków i stowarzyszeń społecznych. Osobnym problemem są zmieniające się z roku na rok warunki kontraktowania świadczeń. Krótko mówiąc, to, co zostanie zakontraktowane, jest zawsze efektem kompromisów. I nie ma w tym nic dziwnego, bo wpływy tego rodzaju odgrywają wielką rolę na całym świecie. Problem jednakże tkwi w proporcjach. A zdrowie w Polsce jest stanowczo zbyt upolitycznione. Dla niektórych rodzajów świadczeń w związku z tym ryzyko wybrania bardziej kompromisowej drogi kontraktacji świadczeń jest większe, a dla innych mniejsze. Celem minimalizacji tych efektów przy planowaniu zakłada się pewne marginesy błędów i rezerwy planistycznych. Dlatego dyrektor oddziału NFZ zwykle jak ognia unika wiążących obietnic. Oczywiście, każdy świadczeniodawca może

nie się praktyki kierowania osobnego strumienia pieniędzy na płace, to w najbliższych latach wpłynie to znacząco na plany zakupu świadczeń dla społeczeństwa. Dostępność do świadczeń zostanie ograniczona poprzez zaciśnięcie bramki limitów świadczeń, bo pieniądze pójdą na podwyżki płac. Zresztą ciekawe jest, że strajkujący oraz często politycy traktują fundusze NFZ jak środki budżetowe, nie przyjmując do wiadomości, że należą one do ubezpieczonych, którzy przeznaczyli je na swoje zdrowie i których może wypadałoby zapytać, czy chcą je przeznaczyć na płace lekarzy. W takim otoczeniu społeczno-polityczno-ekonomicznym oczekiwanie na konkursy dotyczące świadczeń, które będą realizowane za kilka lat jest raczej mrzonką (tym bardziej, że ich następstwem miałyby być promesy o określonej wartości, co jest raczej dowodem braku realizmu).

„ Każdy prywatny świadczeniodawca może zwrócić się z pytaniem do dyrektora oddziału, czy ma szansę za 3 lata na finansowanie publiczne, powiedzmy, szpitala zabiegowego. Tylko że już odpowiedź będzie absolutnie salomonowa ”

### Bramkowanie świadczeń

Teraz druga strona medalu. W 2006 r. marszałek województwa mazowieckiego przeznaczył na finansowanie szpitali (których jest organem założycielskim) ok. 200 mln zł. Środki te przeznaczono głównie na inwestycje oraz remonty infrastruktury. Szpitale i przychodnie, dla których organem założycielskim jest prezydent miasta Warszawy, podjęły równie ambitne wyzwanie, przeznaczając ok. 60 mln zł na konieczne remonty oddziałów szpitalnych oraz zakupy sprzętu diagnostycznego i leczniczego. Biorąc pod uwagę trudne do oszacowania kwoty, jakie przeznaczyły samorządy terytorialne (a w roku wyborów samorządy miały hojną rękę), oraz prywatne inwestycje, to można śmiało powiedzieć, że inwestycje w służbę zdrowia na Mazowszu w 2006 r. zamknęły się kwotą co najmniej 400 mln zł. Oczywiście jest, że taki poziom inwestycji w infrastrukturę i sprzęt skutkował otwieraniem nowych oddziałów szpitalnych, poradni czy pracowni, a to z kolei stworzyło zapotrzebowanie na nowe usługi i wygenerowało popyt. Reasumując: każda złotówka wydana na infrastrukturę medyczną wymagała kolejnych nakładów, które trzeba było przeznaczyć na finansowanie działalności nowych podmiotów. Warto bowiem pamiętać, że występowanie zjawiska popytu wzbudzonego zwiększoną podażą świadczeń skutkuje dla płatnika dynamicznym wzrostem wartości nadwykonań. Zwiększa się też liczba potencjalnie możliwych do wykonania świadczeń, których płatnik publiczny nie jest w ogóle w stanie zakupić. Zupełnie inną sprawą jest, czy świadczenia te są potrzebne, czy nie. Nieuchronnym efektem jest oczywiście bramkowanie systemu po stronie popytu, czyli wyznaczanie limitów na świadczenia, które przy zwiększonym popycie robią się bardziej dotkliwe. Płatnik publiczny w takim wypadku zwyczajnie nie nadąza za wzbudzonym popytem. Należy również zwrócić uwagę, że NFZ stosuje twarde limitowanie, które jest szczególnie dotkliwe, nie korzystając z wielu elastycznych metod zarządzania limitami opracowanych w kasach chorych. W wielu krajach Europy stwierdzono, że takie działania są niepopularne społecznie i powodują zwiększenie nacisku na wzrosty kosztów świadczeń, dlatego szukano innych rozwiązań.

### Ograniczanie podaży

Alternatywą jest kontrola podaży świadczeń. W wielu dziedzinach Polska dotarła już do takiego poziomu świadczeń, w którym należy podjąć poważne dyskusje o ograniczaniu ich podaży. Problem polega na tym, że wydatków na infrastrukturę medyczną w skali kraju czy województwa nikt nie koordynuje. Panuje tu absolutna dowolność i jedyną barierą jest posiadanie środków finansowych przez organ założycielski lub inwestora. Nikt nawet nie pyta płatnika, czy ma on pieniądze na zakupienie nowego panelu świadczeń. Kupuje się sprzęt, otwiera pracownię czy oddziały i już. Pół biedy, jeżeli organ założycielski realizuje jakiś plan (co akurat na terenie Mazowsza ma miejsce co do niektórych organów założycielskich). Wtedy ruchy inwestycyjne organu założycielskiego są przewidywalne. Niestety, są również samorządy powiatowe, które nie realizują na ogół żadnego planu, a ich pomysły inwestycyjne są wypadkową operatywności dyrektora szpitala lub pomysłowego ordynatora (lub kandydata na ordynatora, bo oddział ma właśnie powstać). Takich zrealizowanych już pomysłów inwestycyjnych, które z góry skazują szpital na problemy finansowe jest mnóstwo. W tym wypadku istnieje konieczność ograniczania podaży świadczeń tam, gdzie stworzenie bazy instytucjonalnej w postaci oddziału czy pracowni nie ma wskazań merytorycznych i przesłanek ekonomicznych (stąd też pomysł, by płatnik publiczny mógł udzielać odpowiedzi potencjalnemu inwestorowi na pytanie o zasadność prowadzonej inwestycji). Należy bowiem oddzielić od siebie dwie kwestie. Po pierwsze: czy określona inwestycja jest potrzebna na danym terenie, a po drugie: jaki jest możliwy poziom finansowania.

### *Certificate of needs*

W Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ, bazując na doświadczeniach innych krajów, podjęliśmy próbę wyjścia naprzeciw temu pierwszemu pytaniu. Niestety, odpowiedź na drugie pytanie w długofalowych prognozach jest trudna i obciążona dużym stopniem niepewności. Dlatego przy obecnym systemie planowania, corocznych zmianach sposobów

kontraktowania, niepewnych prognozach finansowych, promesa na umowę jest niemożliwa do udzielenia (niezależnie od problemów z transparentnością i prewencją antykorupcyjną). Natomiast odpowiedź na pytanie: czy i w ogóle? (z pominięciem tego za ile), leży w zasięgu możliwości merytorycznego prospektywnego planowania przez oddział NFZ. W tym kierunku poszły też prace nad stworzeniem w oddziale mazowieckim NFZ procedury opiniowania wniosków o uruchomienie nowego zakresu lub rodzaju usług na danym terenie. Założyliśmy przy tym, że decyzja o udzieleniu certyfikatu potrzeby nie będzie wprost decyzją dyrektora oddziału, ale będzie ona opiniowana przez gremium społeczne, jakim jest Rada Oddziału Mazowieckiego NFZ. Rada taka, zbierając się raz w miesiącu, jest w stanie zaopiniować wniosek świad-

być krótszy niż cykl powołań członków Rady, ta forma nadaje dokumentowi, jaki otrzymuje świadczeniodawca status większej trwałości (uniezależniając opinię od zmian na stanowiskach kierowniczych w NFZ). Oczywiście, na razie opiniowane są wnioski zarówno publicznych, jak i niepublicznych podmiotów (z przewagą tych pierwszych). Przyjęliśmy również, że w ten sposób będą opiniowane wnioski o inwestycje, których realizacja wiązać się będzie z aplikowaniem o znaczny poziom finansowania, istotnie wpływający na plany zakupu świadczeń. Jednakże przewidujemy, że nawet jeśli rady ds. szpitalnictwa przejmą opiniowanie wniosków inwestycyjnych jedynie szpitali sieciowych (lub aplikujących do sieci), to nadal będą istniały potrzeby wydawania opinii w sprawach inwestycji pozaszpitalnych (czego Rada

„ Złotówka wydana na infrastrukturę medyczną wymaga kolejnych nakładów, które trzeba przeznaczyć na finansowanie działalności nowych podmiotów. To skutkuje dynamicznym wzrostem wartości nadwykonań ”



czenniodawcy obecnego lub przyszłego (należy podkreślić duże zrozumienie i chęć współpracy, jakie wykazała Rada Społeczna Oddziału Mazowieckiego NFZ dla tej inicjatywy).

Realizowana od roku procedura rozpoczyna się od opiniowania wniosku, który wpłynął do oddziału. W przypadku wątpliwości (lub zwyczajnie – braku planu długookresowego dla danego rodzaju usług), wnioski o opinie kierowane są do konsultanta w danej dziedzinie medycyny, a następnie – po skompletowaniu – kierowane na posiedzenie Rady. Na posiedzenie Rady zapraszany jest wnioskujący, konsultant (jeżeli zechce uczestniczyć) i strona opiniująca, a więc przedstawiciele właściwego działu merytorycznego oddziału NFZ. Prezentowane są skrótowe wyniki analiz, a następnie poddawane, protokołowanej przez Radę, dyskusji (niekiedy bardzo burzliwej). Finałem jest podjęcie w jawnym głosowaniu przez Radę uchwały o przychyleniu się do wniosku, o zasadności planowania zakupu danego świadczenia lub nie. Kilkakrotna analiza tej procedury wskazuje, że spełnia ona wymogi transparentności. Uchwała Rady spełnia również ważną funkcję obli-gującą dla dyrektora oddziału. Biorąc pod uwagę, że cykl pozostawiania na stanowisku dyrektora może

ds. Szpitalnictwa nie ma w kompetencjach, a co nadal pozostanie w kompetencji oddziału).

### Cywilizacja standardów

Pragnę zauważyć, że opisana procedura znacznie ucywilizowała relacje między inwestorami a oddziałem NFZ, niezależnie od tego, że wielu wnioskodawców przeżyło rozczarowanie. Dlatego też mocno studząc ambicje inwestorów prywatnych, powinni oni liczyć się z tym, że z punktu widzenia płatnika publicznego, sama możliwość zainwestowania środków finansowych nie zawsze jest pożądana. Trzeba jeszcze wiedzieć, gdzie i w jaki segment rynku warto zainwestować. Gratulując wielu inwestorom możliwości finansowych wydania np. 100 mln zł czy natychmiastowego uruchomienia oddziału zabiegowego, należy jednak liczyć się z tym, że opiniując taki wniosek, płatnik zapyta: po co i dla jakiej grupy docelowej ta inwestycja ma powstać? Odpowiedź niekiedy będzie mocno rozczarowująca. Ale lepiej się rozczarować przed wydaniem dużych pieniędzy niż po.

*Dr n. med. Jacek Paszkiewicz jest zastępcą dyrektora ds. medycznych Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Tytuł i śródtytuły pochodzą od redakcji*