

Załącznik  
do uchwały nr 217/16  
Sejmiku Województwa Mazowieckiego  
z dnia 19 grudnia 2016 roku

**Stanowisko nr 5/16  
Sejmiku Województwa Mazowieckiego  
z dnia 19 grudnia 2016 r.**

**dotyczące niedofinansowania opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim oraz destabilizacji wynikającej z projektowanych zmian w systemie ochrony zdrowia**

**Sejmik Województwa Mazowieckiego wyraża stanowczy sprzeciw wobec niedofinansowania opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim oraz destabilizacji wynikającej z projektowanych zmian w systemie ochrony zdrowia**

Sejmik Województwa Mazowieckiego apeluje do Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o:

- niezwłoczne dokonanie zmiany zasad finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym podziału środków finansowych pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, a także zapewnienia realnego wzrostu nakładów finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim, uwzględniających w szczególności zwiększone koszty pracy;
- ponowną analizę projektowanych aktów prawnych regulujących system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

**Wiceprzewodniczący Sejmiku  
Województwa Mazowieckiego**

**Tomasz Kucharski**

## Uzasadnienie

Plan finansowy Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r. jest wyższy o 625 867 000 zł niż pierwotny plan finansowy na 2016 r. Pomimo widocznego wzrostu przewidziane w nim środki finansowe są nadal niewystarczające dla zabezpieczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na właściwym poziomie. Przeporządkowana kwota środków dla Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia opieki zdrowotnej w 2017 r. nie uwzględnia specyfiki finansowania opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim związanej w szczególności z dużą liczbą mieszkańców województwa, migracjami ubezpieczonych a także funkcjonowaniem znacznej liczby instytutów, co w konsekwencji nie znajdzie bezpośredniego odzwierciedlenia w zwiększeniu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy pamiętać, że w ramach wzrostu planu finansowego znajdują się środki na podwyższanie wynagrodzeń dla pielęgniarek, które niewątpliwie powinny otrzymywać godne wynagrodzenie za pracę, jednak wzrost ten również nie przekłada się bezpośrednio na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej. Rosną również wymagania finansowe pozostałych grup zawodowych w podmiotach leczniczych, natomiast środki przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie pozwalają na spełnienie zgłaszanych oczekiwań. Tymczasem zaplanowany od dnia 1 stycznia 2017 r. wzrost wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę (na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 września 2016 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1456)) oraz wzrost wysokości minimalnej stawki godzinowej (zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 21 września 2016 r. w sprawie wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2017 r. (M. P. z 2016 r. poz. 934)), nie znajduje odzwierciedlenia w propozycjach finansowych przekazanych na 2017 r. przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia i zdecydowanie pogorszy sytuację finansową podmiotów leczniczych. Minimalne wynagrodzenie od 2009 r. do 2017 r. wzrosło o 56,7% (z 1276 zł do planowanych 2000 zł), podczas gdy w tym samym przedziale czasu wycena punktu rozliczeniowego w lecznictwie szpitalnym nieznacznie wzrosła z 51 do 52 zł. Ponadto ustawowy wzrost minimalnego wynagrodzenia spowoduje konieczność podniesienia wynagrodzenia nie tylko najniższym zarabiającym pracownikom, ale także innym, tak aby zachować proporcję w poziomie wynagrodzeń adekwatną do wykonywanych zadań. Wpłynie również na wzrost wysokości składki rentowej i emerytalnej. Ponadto wzrost wysokości minimalnej stawki godzinowej, spowoduje wzrost cen usług świadczonych przez podmioty zewnętrzne w ramach tzw. outsourcingu (w zakresie żywienia, prania, transportu etc.).

Pozostając przy kosztach osobowych ponoszonych przez podmioty lecznicze, należy również zwrócić uwagę na przygotowany przez Ministra Zdrowia projekt z dnia 27 września 2016 r. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, która ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2017 r. Realizacja przez podmioty lecznicze obowiązku podwyższenia wynagrodzenia pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, winna nastąpić w terminie do dnia 1 lipca 2017 r. Z oceny skutków realizacji niniejszego projektu wynika wprost, że „skutek finansowy, który musiałby zostać poniesiony przez podmioty lecznicze w przypadku jednorazowego podwyższenia wynagrodzeń do docelowego poziomu najniższych wynagrodzeń obliczonych w sposób określony w projektowanej ustawie, szacowany jest na ok. 6,7 mld zł”.

W związku z tym, by zapewnić środki na realizację ww. projektu ustawy przychody NFZ ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które w 2016 r. wynoszą 69,3 mld zł, powinny wzrosnąć o prawie 10% i o tyle też powinny wzrosnąć z tego tytułu ceny jednostkowe świadczeń zdrowotnych.

Znaczący wpływ na sytuację podmiotów leczniczych, obok wzrostu kosztów osobowych wynikającego z przepisów prawa, ma również wysokość wynagrodzenia na Mazowszu, które

jest najwyższe w Polsce. Według obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 29 maja 2015 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w województwach w pierwszym kwartale 2015 r. w województwie mazowieckim wynosiło ono 5 156,30 zł i było najwyższe w Polsce. Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego przeprowadził analizę otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia danych dotyczących wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych za marzec 2015 r. z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe. Spośród 12 grup zawodowych biorąc pod uwagę wynagrodzenie zasadnicze najwyższe płaca są województwie mazowieckim. Podkreślić należy, że również pozostałe koszty prowadzenia działalności na Mazowszu należą do najwyższych w Polsce.

Ponadto podmioty lecznicze mierzą się z obowiązkami finansowymi wynikającymi z konieczności dostosowania bazy lokalowo-sprzętowej do wymogów sanitarno-epidemiologicznych wynikających z art. 207 ustawy o działalności leczniczej (Dz.U z 2016 r., poz. 1638) oraz do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U z 2016 r., poz. 1353 ze zm.).

Pierwotny plan finansowy Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wartość kontraktów zawartych przez podmioty lecznicze z płatnikiem nie są w stanie pokryć zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na Mazowszu, o czym świadczą dokonywane zwiększenia planu finansowego oraz wartość generowanych w podmiotach leczniczych nadwykonań.

Tylko w podmiotach leczniczych, dla których Samorząd Województwa Mazowieckiego jest podmiotem tworzącym lub właścicielem wartość niezapłaconych świadczeń w latach 2011 – 2015 udzielonych ponad limity zawartych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia przekracza 141 000 000 zł.

Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia podejmuje działania pozwalające sfinansować jak najwięcej najistotniejszych z punktu widzenia pacjenta świadczeń, jednak z uwagi na brak środków nie ma możliwości sfinansowania wszystkich świadczeń udzielonych pacjentom oraz sfinansowania ich w 100%.

Na poziom destabilizacji sytuacji w ochronie zdrowia wpływa również tworzony system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Aktualnie trwają prace dotyczące utworzenia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Analizowane są projekty:

ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (projekt z dnia 26 września 2016 r.);

rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy system zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów (projekt z dnia 26 września 2016 r.).

Projekty te dotyczą części zakresów świadczeń w ramach lecznictwa szpitalnego. Kontraktowanie świadczeń na pozostałe zakresy lecznictwa szpitalnego, na psychiatrię i leczenie uzależnień, rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową będzie odbywało się na dotychczasowych zasadach.

Projektowana nowelizacja prowadzi do rewolucyjnej zmiany dotychczasowego systemu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakłada ona odstępianie od dotychczasowego sposobu finansowania pojedynczych procedur medycznych na rzecz finansowania ryczałtowego, które uzyskają oddziały szpitalne kwalifikujące się do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Projektowane rozwiązania odnoszą się do tworzenia sieci nie tyle szpitali, co oddziałów lub bardziej precyzyjnie zakresów udzielanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w trybie hospitalizacja w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. To nie podmiot leczniczy ma się znaleźć w sieci, czyli mieć zagwarantowane finansowanie w formie ryczałtu, tylko

określone zakresy świadczeń w lecznictwie szpitalnym będą kwalifikowane do sieci. Należy zaznaczyć, że oddziały realizujące umowy z NFZ w poszczególnych zakresach nie funkcjonują samodzielnie lecz w oparciu o zaplecze m.in. diagnostyczne, sterylizatornię, aptekę i administrację projektowane z myślą o całym szpitalu.

Opiniowane projekty przewidują głębokie zmiany udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w lecznictwie szpitalnym finansowanych ze środków publicznych oraz wzbudzają szereg wątpliwości, zwłaszcza w zakresie finansowania świadczeń szpitalnych i kryteriów wejścia do systemu zabezpieczenia szpitalnego.

Obawy budzą oddziały, które nie zostaną zakwalifikowane do danego poziomu, a tym samym nie będą miały zagwarantowanego kontraktu z płatnikiem. Powyższa sytuacja poprzez likwidowanie oddziałów szpitalnych, a niekiedy nawet szpitali ograniczy kompleksowość podmiotów leczniczych oraz doprowadzi do zmniejszenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zasadniczo nie został określony sposób finansowania świadczeń, ani zasady naliczania ryczałtu. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano 85% środków do rozdysponowania w ramach ryczałtu oraz 15% środków do rozdysponowania w ramach postępowań konkursowych. Pomimo, że zostało wskazane sześć poziomów tworzących system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, które skonsumują 85% środków na leczenie szpitalne nie określono jaki wpływ na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie miał poziom, do którego zostanie zakwalifikowany dany świadczeniodawca.

Zgodnie z uzasadnieniem projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 26 września 2016 r. pierwsze wykazy podmiotów zakwalifikowanych do systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej sporządzone przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zostaną ogłoszone nie później niż do dnia 30 kwietnia 2017 r. z terminem obowiązywania od dnia 1 lipca 2017 r.

Powyższa sytuacja prowadzi do destabilizacji w systemie ochrony zdrowia. Zarządzający podmiotami leczniczymi nie wiedzą czy kierowane przez nich szpitale zostaną zakwalifikowane do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czy będą zmuszone do zaprzestania działalności medycznej.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sejmik Województwa Mazowieckiego ponownie wskazuje na konieczność zintensyfikowania działań zmierzających do zapewnienia realnego wzrostu nakładów finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim.

Należy podkreślić, że działania reformujące system ochrony zdrowia powinny być poparte pilotażem, z którego wynikają konsekwencje finansowe dla poszczególnych uczestników systemu oraz stopniowo wdrażane. Bezwzględnie muszą im towarzyszyć dodatkowe środki finansowe z budżetu państwa, bez których żadna reforma systemu ochrony zdrowia nie zakończy się pomyślnie. Przerzucanie odpowiedzialności za niedofinansowanie ochrony zdrowia na jednostki samorządu terytorialnego, co ma już miejsce w przypadku wprowadzenia do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nowych zapisów w postaci art. 9a i 9b, dających możliwość finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń opieki zdrowotnej, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, nie może być traktowane jako rozwiązanie o charakterze systemowym. Sejmik Województwa Mazowieckiego wyraził wolę skierowania wniosku do Trybunału Konstytucyjnego wniosku o uznanie przytoczonych powyżej zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako niezgodne z Konstytucją RP.