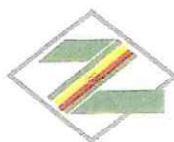


## Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Samorządowych



### Stanowisko Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Samorządowych<sup>1</sup> z dnia 6 lipca 2018 r.

#### w sprawie: aktualnych problemów w systemie ochrony zdrowia

Problemy dotyczące funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju obejmują szeroki zakres zagadnień. Poniżej przedstawiamy niektóre wybrane, ważniejsze elementy:

- 1) niedofinansowanie w ochronie zdrowia;
- 2) nowe zasady finansowania świadczeń po wprowadzeniu sieci szpitali - ryczałty i nadwykonania;
- 3) brak środków na pokrycie podwyżek dla personelu medycznego;
- 4) niedobory kadrowe lekarzy i pielęgniarek, w tym wypowiedziane klauzule *opt-out*;
- 5) nie ogłaszanie konkursów na nowe świadczenia, a jedynie na kontynuowane;
- 6) udzielanie kontraktów dla niepublicznych podmiotów;
- 7) funkcjonowanie systemu powiadamiania ratunkowego w praktyce;
- 8) stwierdzanie zgonów.

#### Ad 1)

Przyczyn niewydolności służby zdrowia jest wiele, ale jednym z ważniejszych czynników jest niedofinansowanie (przy czym nadal niespełnionym postulatem jest racjonalne wykorzystywanie środków). Na publiczną służbę zdrowia przeznaczają się w naszym kraju 4,5 proc. dochodu narodowego. To piąty najgorszy wynik w Unii Europejskiej. Gorsze pod tym względem od nas są tylko Rumunia, Litwa, Łotwa i Cypr, a perspektywa zwiększenia tych nakładów jest odległa, choć Ministerstwo Zdrowia planuje przyspieszenie

<sup>1</sup> Stanowisko OPOS zostało przyjęte przez dziewięć organizacji-sygnatariuszy Porozumienia, tj.:

Podkarpackie Stowarzyszenie Samorządów Terytorialnych  
Stowarzyszenie Gmin Regionu Południowo-Zachodniego Mazowsza  
Stowarzyszenie Związków Gmin i Powiatów Regionu Łódzkiego  
Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski  
Śląski Związek Gmin i Powiatów  
Zrzeszenie Gmin Województwa Lubuskiego  
Związek Gmin Lubelszczyzny  
Związek Gmin Pomorskich  
Związek Gmin Warmińsko-Mazurskich

tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia, by od 2024 r. nie mniej niż 6 proc. produktu krajowego brutto było przeznaczane na ten cel. Projekt w tej sprawie został skierowany 8 maja br. przez Ministerstwo Zdrowia do konsultacji publicznych.

Wysokość środków przeznaczanych na ochronę zdrowia to jedno, ale nie mniej ważne jest racjonalne ich wykorzystanie. Z uwagi na fakt, iż każdy nowy świadczeniodawca może ubiegać się o środki publiczne na realizację świadczeń zdrowotnych, rozwija się rynek usług świadczonych przez sektor niepubliczny (co ma swoje pozytywne strony), jednak dostęp do środków publicznych winien być regulowany. Praktyka pokazuje, że niepubliczne zakłady świadczą usługi w trybie planowym lub jednego dnia, wybierając wyłącznie rentowne dziedziny medycyny. Nie prowadzą całodobowych izb przyjęć, nie pracują w systemie ostrodyżurowym 24-godzinnym, nie utrzymują w gotowości bloków operacyjnych, pracowni diagnostycznych, laboratoriów, nie ponoszą kosztów dyżurów lekarskich itd. Zatem ponoszą niewspółmiernie niższe koszty w stosunku do szpitali publicznych, które dźwigają ciężar zabezpieczenia całodobowego, leczenia ciężkich nierentownych przypadków, ludzi obarczonych nie tylko wiekiem, ale również wieloma schorzeniami, a także często ponoszą koszty leczenia powikłań z sektora niepublicznego.

Ad 2)

Od października 2017 roku wprowadzono Podstawowy System Zabezpieczenia (PSZ). Przewiduje on, że podstawowym źródłem finansowania szpitali obecnie jest ryczałt, powiększony o odrębne finansowanie niektórych świadczeń i ewentualne środki z innych umów, jeżeli są one przez dany szpital realizowane.

Wprowadzony system PSZ i utworzona sieć szpitali nie spowodowała jednak zmiany zasad wyceny świadczeń. Niedoszacowane wyceny większości procedur medycznych pozostają nadal główną kwestią wpływającą na brak bilansowania się szpitali.

Ryczałt oparty został na podstawie historycznego wykonania z 2015 roku, co powoduje określone problemy związane z nadwykonaniami. Możliwości zwiększenia ryczałtu pojawią się dopiero w następnym okresie kontraktowania i to maksymalnie o 5% przy spełnieniu wszystkich dodatkowych warunków, gdy tymczasem system medycyny ratunkowej wymusza przeniesienie procedur diagnostycznych ze szpitalnych izb przyjęć do hospitalizacji, co automatycznie powoduje przekroczenie świadczeń finansowanych ryczałtowo.

Izby przyjęć w szpitalach, które nie posiadają w swoich strukturach szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), pracują tak jak SOR, ale otrzymują ryczałt w wysokości ok. 4 tys. zł za osobodzień, a SOR ok. 30 tys. zł.

Ponadto świadczenia odrębnie finansowane Nielimitowane powinny być finansowane do wysokości ich wykonania (głównie dotyczy to świadczeń onkologicznych), ale w praktyce ich finansowanie następuje po weryfikacji i to z dużym opóźnieniem, co generuje dodatkowe koszty.

Ad 3)

W związku z obowiązującą ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1473), istnieje konieczność dokonywania w podmiotach leczniczych sukcesywnych podwyżek wynagrodzeń.

Aktualnie są zabezpieczone środki w NFZ na podwyżki tylko dla pielęgniarek do 31 sierpnia 2019 r. jako pochodna regulacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września

2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 1146). Natomiast po dniu 31 sierpnia 2019 r. zakłada się jedynie wprowadzenie enigmatycznego tzw. współczynnika korygującego, ustalanego przez Prezesa NFZ.

Ponadto zgodnie z ww. ustawą, podwyżkami wynagrodzeń należy objąć cały zatrudniony personel, gdy tymczasem ustawodawca nie przewidział żadnych dodatkowych środków na realizację postanowień ustawy, ani dla lekarzy, ani dla pozostałego zatrudnionego personelu.

W kontekście regulacji wynagrodzeń w podmiotach leczniczych, należy także zasygnalizować wyjątkowo trudną kwestię dotyczącą poziomu wynagrodzeń pielęgniarek zatrudnionych w DPS-ach, który odbiega znacząco od wynagrodzeń pielęgniarek w szpitalach, a zakres ich obowiązków i odpowiedzialności jest co najmniej porównywalny.

Nierówności płacowe i coraz większy niedobór kadry pielęgniarskiej na rynku pracy prowadzą do sytuacji, w której wykwalifikowana kadra pielęgniarska już rezygnuje z pracy w domach pomocy społecznej, co w praktyce pogarsza sytuację mieszkańców tych domów.

Ad 4)

Problemem wymagającym podjęcia pilnych działań w polskiej służbie zdrowia jest niedobór lekarzy i pielęgniarek oraz średnia ich wieku. Pod względem liczby lekarzy praktykujących, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, jesteśmy na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej. Wpływa to bezpośrednio na możliwość zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Problemy kadrowe potęguje wypowiedzenie przez lekarzy klauzuli *opt-out*, umożliwiającej wykonywanie przez nich pracy w wymiarze powyżej 48 godzin tygodniowo, co w wielu szpitalach pozwalało zapewnić całodobową obsadę lekarską.

Istotnym problemem staje się „podkupywanie” lekarzy specjalistów, często przez podmioty niepubliczne, które obok posiadanych kontraktów z NFZ, mogą - w przeciwieństwie do podmiotów publicznych - świadczyć usługi komercyjne. Dochodzi do sytuacji, w których z powodu braku personelu konieczne jest zawieszanie pracy oddziałów szpitalnych lub poradni, a następnie ich likwidacja.

Pilnym zatem jest podjęcie działań systemowych, które prowadziłyby do zwiększenia liczby osób kształcących się w zawodzie lekarza, pielęgniarki czy położnej oraz wprowadzenie rozwiązań zachęcających do podjęcia przez nich pracy w kraju. Przy obecnym deficycie kadrowym konieczne są również rozwiązania, które pozwolą na zwiększenie efektywności pracy lekarzy i pielęgniarek, np. poprzez mniejsze obciążenie ich prowadzeniem dokumentacji, którą może wykonywać personel pomocniczy.

Ad 5)

Dużym utrudnieniem w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych jest brak kontraktowania przez NFZ nowych świadczeń. Udzielane są kontrakty tylko na świadczenia kontynuowane. Taki sposób kontraktowania sprawia, że publiczny podmiot, będący w sieci szpitali, chcąc świadczyć kompleksowe usługi nie może uruchomić pełnej działalności diagnostycznej z uwagi na brak kontraktu, przez co zmuszany jest zakupić usługę, ponosząc

odpowiednie koszty (np. brak kontraktu na rezonans magnetyczny w szpitalu onkologicznym).

Ad 6)

Dodatkowym elementem, na który należy zwrócić uwagę, jest niezrozumiały sposób kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ, w postaci zawierania umów z NZOZ-ami, na jednoimienne świadczenia konkurujące z profilem działalności szpitali publicznych, funkcjonujących dosłownie w ich bezpośrednim sąsiedztwie. Takie praktyki NFZ-tu powodują szereg komplikacji dla publicznych podmiotów, dotyczących przede wszystkim odpływu kadr do lepiej wynagradzających podmiotów.

Ad 7)

Istniejące regulacje prawne, tj. ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego oraz rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego, określają zadania i zasady działania systemu. W ramach tego systemu funkcjonują centra powiadamiania ratunkowego do obsługi zgłoszeń alarmowych o zdarzeniach dotyczących przede wszystkim nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Powyższe regulacje określają procedury postępowania w zakresie przyjmowania i przekazywania zgłoszeń. W praktyce jednak osoba zgłaszająca musi kilkakrotnie przedstawiać sytuację kolejnym rozmówcom, co nie tylko wydłuża czas reakcji służb ratowniczych, ale przede wszystkim wpływa negatywnie na osobę zgłaszającą, będącą najczęściej w dużym stresie, oczekującą na udzielenie szybkiej pomocy. Zatem centralizacja dyspozytorni nie usprawniła systemu, a tymczasem procedowana aktualnie tzw. mała nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zakłada dalszą redukcję dyspozytorni – przykładowo w woj. śląskim: z pięciu do dwóch, co wręcz może stworzyć niebezpieczeństwo dla pacjentów wymagających natychmiastowej pomocy. Należałoby podjąć energiczne działania zmierzające do szybkiej zmiany tej sytuacji.

Ad 8)

Od kilku lat samorządowcy postulują konieczność nowelizacji przepisów dotyczących stwierdzenia zgonu, który nastąpił poza szpitalem, gdyż obecnie obowiązujące regulacje prawne są archaiczne (z lat 60-tych) i nie przystają do rzeczywistości. Mimo wielu zapowiedzi i deklaracji ze strony decydentów, do tej pory sprawa ta nie została uregulowana.

Określenie wzoru karty zgonu, co miało miejsce w 2015 r. i znowelizowanie rozporządzenia w tym zakresie w grudniu 2017 r., nie rozwiązuje problemu – gdyż w dalszym ciągu nie wiadomo, kto kartę ma wypełnić. Niezbędnym jest bardzo pilne określenie zasad stwierdzania zgonów oraz zasad finansowania tych zadań, ponieważ brak jednoznacznej regulacji w tym zakresie stwarza określone problemy dla rodzin osób zmarłych, które niejednokrotnie borykają się z trudnościami w uzyskaniu karty zgonu, co w obliczu śmierci osoby bliskiej, jest po prostu nieludzkie.

PRZEWODNICZĄCY  
Zarządu ZGWM  
Stanisław Trzaskowski

Otrzymują:

1. Łukasz Szumowski – Minister Zdrowia
2. Pan Marek Kuchciński – Marszałek Sejmu RP
3. Pan Stanisław Karczewski – Marszałek Senatu RP
4. Pan Andrzej Maciejewski – Przewodniczący Sejmowej Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej, Poseł na Sejm RP
5. Pan Piotr Zientarski – Przewodniczący Senackiej Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej, Senator RP
6. Pan Szymon Wróbel – Sekretarz Strony Rządowej, Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego
7. Pan Andrzej Porawski - Sekretarz Strony Samorządowej, Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego
8. [portalsamorzadowy.pl](http://portalsamorzadowy.pl)
9. [wartowiedziec.org](http://wartowiedziec.org)
10. [samorzad.pap.pl](http://samorzad.pap.pl)