


Wyszków, 18.07.2013 r.

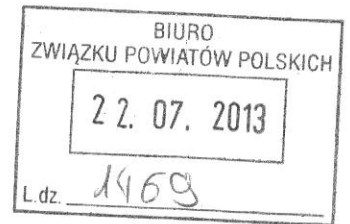
**Konwent Powiatów
Województwa Mazowieckiego**

Pk.KP.0351.39.2013

*PP
- Biuro ZPi
+ do omówienia na
kolejnym posiedzeniu
2013*



22.07.13

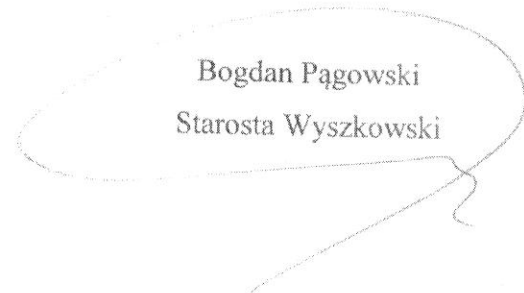


Pan
Marek Tramś
Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich
ul. Górna 2
59-100 Polkowice

W załączeniu przesyłam Panu wspólne stanowisko Marszałka Województwa Mazowieckiego i Konwentu Powiatów Województwa Mazowieckiego w sprawie proponowanych zmian w przepisach dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Przewodniczący Konwentu Powiatów
Województwa Mazowieckiego

Bogdan Pągowski
Starosta Wyszkowski



Warszawa, 13.06.2013 r.

**Wspólne stanowisko Marszałka Województwa Mazowieckiego i Konwentu Powiatów
Województwa Mazowieckiego w sprawie proponowanych zmian w przepisach
dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia**

W wyniku szczegółowej analizy obecnych przepisów prawa regulującego funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia proponujemy:

1. W sprawie zmian w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.).
 - 1) Wyłączenie stosowania art. 16 ww. ustawy w przypadku organizacji pożytku publicznego (możliwość korzystania z wolontariatu, darowizn i odpisów podatkowych w działalności charytatywno-opiekuńczej),
 - 2) Wprowadzenie dobrowolności zawarcia przez podmiot leczniczy, udzielający świadczeń szpitalnych, umowy ubezpieczenia (art. 25) z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
 - 3) usunięcie zapisu art. 36, dotyczącego znaków identyfikacyjnych pacjentów - utrudnienie identyfikacji pacjenta stanowi bezpośrednie zagrożenie dla jego zdrowia i życia w nagłych przypadkach.
 - 4) Zmiana treści art.197 pkt 2) lit. b) proponuję się brzmienie - istnieniu w dniu przekształcenia przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, pożyczek bankowych, porozumień bankowych spełniających wymogi umów kredytowych.
 - 5) Artykuł 216 w obecnym brzmieniu wskazuje, że obowiązek podmiotu tworzącego dotyczący zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jego likwidacji, jeżeli ujemny wynik finansowy tego zakładu nie może być pokryty w sposób określony w art. 59, powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy. W praktyce dotyczy to roku 2012 czyli pokrycie wyniku ujemnego powinno mieć miejsce w 2013 roku, a decyzja o zmianie formy organizacyjno-prawnej lub likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinna zapaść najpóźniej do 30 września 2014 roku.

Rozwiązanie kwestii obciążeń finansowych podmiotów tworzących wynikających ze zmiany formy organizacyjno-prawnej (powyżej wskaźnika 0,5 obowiązek przejęcia zobowiązań) albo o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zawarte w art. 190 oraz następnych jest niewystarczające.

Przede wszystkim aby skorzystać z pomocy z budżetu państwa w przypadku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej należy złożyć wniosek do dnia 31 grudnia 2013 roku oczywiście po sporządzeniu aktu przekształcenia. Aktualnie umorzeniu podlegają znane na dzień 31 grudnia 2009 r. zobowiązania podmiotu tworzącego przejęte od samorządu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wraz z odsetkami określone w art. 191 ustawy.

Ograniczenie zobowiązań podlegających umorzeniu jedynie do znanych na dzień 31 grudnia 2009 roku, powoduje, że pomoc z budżetu państwa nie stanowi znacznego wsparcia dla podmiotu tworzącego.

Już w chwili obecnej wiadomo, że znaczną część zobowiązań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowią zobowiązania powstałe po tej dacie. Wydłużenie okresu wynikającego z art. 216 bez objęcia możliwością umorzenia zobowiązań powstałych co najmniej go 31 grudnia 2011 roku całkowicie zniweczy zamysł ustawy o działalności leczniczej oraz proponowanej zmiany.

Poważną barierę stanowi również regulacja wynikająca z art. 60 ust. 4, który wyraźnie wskazuje, że okres od otwarcia likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do jej zakończenia nie może być dłuższy niż 12 miesięcy i nie może być dodatkowo przedłużany.

W przypadku zmiany formy organizacyjno-prawnej polegającej na przekształceniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę terminy również nie są zbyt odległe - ustawa przewiduje, że niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki kapitałowej składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców (KSH daje 6 miesięcy).

Wpis do KRS jest dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, a zgodnie z art. 72 ustawy ewentualny obowiązek przejęcia zobowiązań powinien nastąpić przed dniem przekształcenia.

2. W sprawie zmian w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.).

Zgodnie z ustawą od 2012 roku obowiązują nowe zasady kształtowania poziomu odpłatności pacjentów za leki refundowane. Na listach refundacyjnych publikowanych co dwa miesiące, uwzględnione zostały m.in.: kategoria dostępności refundacyjnej, poziom odpłatności, urzędowa cena zbytu, cena detaliczna, wysokość limitu finansowania, wysokość dopłaty świadczeniobiorcy oraz grupa limitowa. W rezultacie nastąpił duży wzrost współpłacenia pacjentów za leki refundowane, co jednocześnie przynosi oszczędności dla Narodowego Funduszu Zdrowia. W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia pozostają środki niewykorzystane na refundację, powinny one zostać przeznaczone na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej których finansowanie jest daleko niewystarczające oraz na świadczenia opieki zdrowotnej, których koszty zostały już poniesione przez podmioty lecznicze. Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych takiej możliwości nie przewiduje. W związku z powyższym, konieczna jest zmiana wyżej cytowanej ustawy uprawniająca Prezesa NFZ do dokonywania zmian w planie finansowym w części dotyczącej budżetu przeznaczonego na refundację. Niezwykle ważne jest, aby środki z niewykorzystanej kwoty refundacji zostały przeznaczone na wszystkie te zakresy świadczeń, których niedobór jest najbardziej dotkliwy społecznie oraz na świadczenia, których koszty realizacji zostały już poniesione przez podmioty lecznicze.

3. W sprawie zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
 - 1) Zmiana zasad podziału środków finansowych pomiędzy Centralę NFZ oraz oddziały wojewódzkie uwzględniająca realne koszty udzielania świadczeń opieki

zdrowotnej oraz wprowadzająca taki podział, który nie będzie dyskryminował żadnego oddziału wojewódzkiego (Mazowsze najniższa dynamika wzrostu finansowania świadczeń, konieczność uruchamiania funduszu zapasowego w celu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim). Saldo migracji dla Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w 2011 roku wyniosło 543 081 tys. Gdyby rozliczenia między oddziałami przebiegały płynnie i bez zakłóceń to byłaby to korzystna sytuacja. Jednak konieczność kredytowania świadczeń dla pacjentów z innych województw oraz niepewność odzyskania środków lub odzyskanie ich z dużym opóźnieniem zagrażają zapewnieniu dostępności do świadczeń zdrowotnych mieszkańcom Mazowsza. W konsekwencji pogarsza się sytuacja finansowa podmiotów leczniczych, które generują straty oraz zadłużają się w sposób przekraczający możliwość spłaty zobowiązań.

Obecnie obowiązujący algorytm podziału środków NFZ określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

Zasadne jest rozważenie projektowania budżetu danego oddziału wojewódzkiego NFZ na podstawie świadczeń udzielonych w pierwszym półroczu roku poprzedzającego, bez względu na to w jakim oddziale byli ubezpieczeni pacjenci. Pozwoliłoby to na realną realizację zasady, że pieniądź podąża za pacjentem. Warte rozważenia jest umieszczenie puli środków na świadczenia kosztochłonne na poziomie centralnym, gdyż podział wynikający z algorytmu nie odzwierciedla faktycznych kosztów wykonania tych świadczeń w poszczególnych województwach.

Zaproponowanie konkretnych zmian w algorytmie podziału środków wymaga prac ekspertów z wielu dziedzin.

- 2) Propozycja podniesienia składki obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego do poziomu 12 proc.; Wprowadzenie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z możliwością odliczenia od podatku dochodowego. Szansa powodzenia ubezpieczeń dodatkowych będzie tylko wówczas, gdy obejmą one świadczenia albo warunki w jakich świadczenia są udzielane wykraczające poza zakres objęty ubezpieczeniem obowiązkowym.
- 3) Propozycja zmiany finansowania podstawowej opieki zdrowotnej polegającą na zapłacie za przyjętego pacjenta, a nie jak dotychczas objętego opieką. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej otrzymuje roczną stawkę kapitałową na jednego pacjenta zapisanego do tego lekarza, czyli otrzymuje fundusze za gotowość przyjęcia pacjenta, a nie za jego przyjęcie i udzielenie danego świadczenia. Lekarz z tych funduszy musi pokryć również koszty zleconych przez siebie badań. Przy aktualnym sposobie finansowania w interesie świadczeniodawcy jest udzielenie jak najmniejszej liczby świadczeń pacjentowi, co skutkuje przerzuceniem kosztów i obciążeniem specjalistycznej opieki ambulatoryjnej lub opieki szpitalnej.
- 4) Zgodnie z art. 64 cytowanej ustawy, NFZ jako podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych w upoważnieniu do prowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do jej przeprowadzenia. Zasadne jest aby zadania kontrolne zostały wyłączone z kompetencji NFZ i były realizowane przez niezależny podmiot. Będzie to służyło szeroko pojętemu interesowi ubezpieczonych.

4. W sprawie zmian w Rozporządzeniu w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).
 - 1) W projekcie nie zawarto sposobu obliczenia minimalnych norm zatrudnienia w następujących komórkach organizacyjnych: SOR z Izbą Przyjęć; w oddziałach dziennych np. gastroenterologii, onkologii; w pracowniach np. bronchoskopii, elektrofizjologii, onkologii; w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna; w centralnej sterylizatorni, która jest komórką usługową.
 - 2) Projekt pomija całkowicie świadczenia pielęgnacyjne wykonywane przez personel pomocniczy (opiekunów medycznych, sanitariuszy). Czy oznacza to, że należy się spodziewać zwolnień w tej grupie personelu przy jednoczesnym wzroście zatrudnienia pielęgniarek? Fakt ten przy jednoczesnym wymogu studiów wyższych dla pielęgniarek wygeneruje kolejny wzrost kosztów.
5. W sprawie zmian w Zarządzeniach Prezesa NFZ:
 - 1) zwiększenie stawki jednostkowej w następujących rodzajach i zakresach świadczeń do poziomu minimum:
 - a) w lecznictwie szpitalnym (56) PLN za punkt;
 - b) w leczeniu psychiatrycznym szpitalnym dla dorosłych (nazwa) - (12,3) PLN;
 - c) w leczeniu psychiatrycznym szpitalnym dla dzieci i młodzieży - (13) PLN.
 - d) w zakładach opiekuńczo leczniczych o profilu psychiatrycznym do poziomu uwzględniającego co najmniej przychody pochodzące dotychczas od pacjentów (i tak poniżej kosztów wystarczało).
 - 2) podwyższenie stawki za punkt rozliczeniowy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej o co najmniej (5) PLN przy procedurach zabiegowych oraz kosztochłonnych diagnostycznie.
6. W sprawie ustawy o zdrowiu publicznym – konieczność uchwalenia
Konieczne jest uregulowanie na poziomie ustawy zasad tworzenia systemu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w danym regionie, tak aby dostępność do wszystkich niezbędnych zakresów świadczeń gwarantowanych była jak najlepsza. Takim narzędziem mógłby być wojewódzki plan zdrowotny. Pozostaje kwestia właściwego podziału kompetencji pomiędzy organami samorządowymi a administracją rządową w zakresie jego realizacji.
Wojewódzki plan zdrowotny powinien mieć charakter wieloletniej strategii wojewódzkiej w obszarze zdrowia publicznego, zwłaszcza w kontekście pozyskiwania funduszy europejskich oraz wdrażania strategii rozwoju całego regionu. Powinien być uchwalany przez sejmik wojewódzki, po szerokich konsultacjach społecznych. Właściwym byłoby ponadto, aby istniał określony wzorzec do konstruowania planu we wszystkich województwach (w oparciu o porównywalne dane). Źródłem informacji, na bazie których tworzony byłby program stanowiłyby zasoby gromadzone przez Wojewodę.
W chwili obecnej ani Wojewoda ani Marszałek nie mają możliwości wpływania na podejmowanie określonych działań w obszarze ochrony zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego.

Wojewódzkie plany zdrowotne powinny być uchwalane (przyjmowane) przez sejmiki wojewódzkie, natomiast nadzór nad ich tworzeniem i realizacją powinny sprawować – w imieniu wojewodów - urzędy wojewódzkie.

Istotnym jest aby założenia do ustawy o zdrowiu publicznym uwzględniały mechanizmy regulujące dostępność do świadczeń i możliwość sprawowania nadzoru nad rozmieszczeniem świadczeń opieki zdrowotnej w województwie. Aktualnie brak takiego narzędzia. Ograniczenie lub zmiana profilu działalności nie wymaga zgody podmiotu tworzącego, a jedynie złożenia przez kierownika zakładu stosownego wniosku do organu prowadzącego rejestr, a następnie dokonania właściwych zmian struktury organizacyjnej w regulaminie organizacyjnym. Również wojewoda nie może w takich przypadkach odmówić dokonania odpowiedniego wpisu w rejestrze, gdyż ocenia wnioski tylko pod względem formalnym.

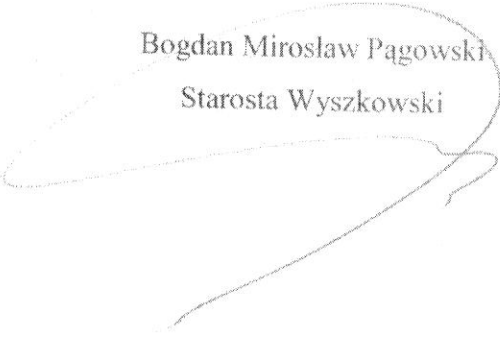
7. W sprawie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. nr 122, poz. 696).
Całkowite zniesienie dopłat pacjentów do limitów ceny refundowanych leków. Zgodnie z ustawą refundacyjną, dla leków finansowanych przez państwo określone są limity, do wysokości których są finansowane. Limit ceny leku jest górną granicą kwoty refundowanej. Jeżeli cena detaliczna leku jest wyższa od ustalonego limitu, pacjent dopłaca różnicę. NFZ nie może przeznaczać na refundację więcej niż 17 proc. swojego rocznego budżetu. Od 2014 r. urzędowa marża ma wynosić 5 proc. - do końca 2011 roku było to 8,91 proc. W 2012 r. marża wynosi 7 proc, w 2013 - wyniesie 6 proc. urzędowej ceny zbytu.”.
8. W sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.U. Nr 39, poz. 202).
 - 1) § 9 ust. 1 określa zasady ustalania wynagrodzenia za wykonywanie czynności związanych z wydawaniem karty zgonu,
 - 2) stwierdzenia zgonu, wystawienia karty zgonu i jego przyczyny powinny być finansowane w oparciu o ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), poprzez zawieranie stosownych umów z podmiotami leczniczymi.
9. W sprawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr.164, poz. 1027 ze zm.), akty wykonawcze do tej ustawy oraz zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, wydane w oparciu o art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ww. ustawy, w tym: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Za pobyt w zakładach opiekuńczo leczniczych proponuje się zmianę zasad finansowania polegającą na dopłacie przez pacjenta do 100% kosztów hotelowych. W przypadku niskich wartościowo emerytur czy rent proponuję dofinansowanie przez rodzinę zobowiązaną do alimentacji lub pomoc społeczną.

10. W sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy.
- 1) opracowania wykazów oraz aktualizacji limitów wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
 - 2) potrzeba powstania rozporządzenia dotyczącego całościowego zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Przewodniczący Konwentu Powiatów
Województwa Mazowieckiego

Bogdan Mirosław Pągowski
Starosta Wyszkowski



Otrzymują:

1. Bartosz Arłukowicz – Minister Zdrowia
2. Agnieszka Pachciarz- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
3. Jacek Kozłowski - Wojewoda Mazowiecki
4. Bolesław Piecha - Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
5. Adam Twarowski - Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
6. Cecylia Domżała – Prezes Związku Pracodawców Mazowieckiego Porozumienia Szpitali Powiatowych
7. Marek Tramś - Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich