



**STANOWISKO**  
**III Zgromadzenia Ogólnego**  
**Związku Powiatów Polskich**  
Kraków, 7 kwietnia 2001 r.

**w sprawie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia**

Gremia ZPP zajmujące się oceną funkcjonowania zdrowia generalnie nie kwestionują potrzeby reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Kwestionowane są mankamenty, dotyczące kształtu reformy i sposobu jej wprowadzania.

Dotyczą one trzech zasadniczych grup tematycznych:

- wady prawne systemu,
- wady finansowe,
- wady organizacyjne i społeczne.

Brak systemowego sposobu monitorowania przebiegu reformy służby zdrowia, nie pozwala na właściwe reakcje i usuwanie na bieżąco wad systemu.

Powiaty Polskie stały się organami założycielskimi największej części placówek sektora ochrony zdrowia – największej a najbardziej zaniedbanej, niedoinwestowanej i źle zorganizowanej w okresie sprzed reformy. Jednocześnie kłopoty, jakie przeżywały organy powiatów na etapie budowania własnych struktur w początkach swego samorządowego bytu, nie pozwalały, aby całą właściwą uwagę i energię poświęcić reformie służby zdrowia. Ten przejściowy okres samoinwencji oraz braku jasnych i klarownych podstaw polityki zdrowotnej i kierunków reformy służby zdrowia, a także znaczna z reguły niechęć środowisk objętych reformą, spowodowała, że faktyczne skutki reformy w jej początkach nie przyniosły oczekiwanych rezultatów.

Dziś powiaty, jako organy założycielskie, znajdują się w trudnej sytuacji, zwłaszcza finansowej, wobec znacznego zadłużenia placówek służby zdrowia.

Jako pilne postulujemy przygotowanie zmian prawnych, organizacyjnych i finansowych w systemie ochrony zdrowia.

Bez zdecydowanych działań Parlamentu, Rządu, Ministerstwa Zdrowia i Kasy Chorych, ukierunkowanych na zmianę systemu prawnego, organizacyjno-strukturalnego i finansowego kryzys w systemie będzie się pogłębiał.

Za najpilniejsze zadania w tym zakresie Związek Powiatów Polskich uważa:

1. Zapewnienie udziału samorządom terytorialnym w kształtowaniu polityki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, realizowanej przez niepubliczne bądź publiczne SPZOZ-y (plany opieki ambulatoryjnej) art. 55a ustawy o p. u. z.
2. Opracowanie jasnych i klarownych ścieżek prawnych, zgodnych z kodeksem handlowym procesów likwidacji, przekształceń i prywatyzacji w systemie ochrony zdrowia.
3. Uporządkowanie sprawy poziomów referencyjnych oddziałów, poprzez rezygnację z poziomów referencyjnych szpitali, bądź korektę poziomów referencyjnych sieci szpitali.
4. Ustanowienie listy świadczeń zdrowotnych, określających, czego może oczekiwać pacjent od służby zdrowia w Polsce i określenie dopłat do niektórych świadczeń.
5. Wprowadzenie standaryzacji usług medycznych
6. Wydzielenie środków na promocję i profilaktykę chorób w oddzielnej podziałce budżetowej budżetu Państwa i skierowanie ich do realizacji przez samorządy. Samorządy powiatowe, na podstawie art. 4 ust. 1, pkt 2 ustawy o samorządzie powiatowym, czując się odpowiedzialne za sprawy związane z profilaktyką, promocją ochrony zdrowia, od dwóch lat nie otrzymują środków na ten cel.
7. Umieszczenie w systemie prawnym i w systemie finansowym medycyny w środowisku nauczania i wychowania, jako najważniejszego ogniwa promocji i profilaktyki ochrony zdrowia.
8. Wprowadzenie zapisu ustawowego, dającego samorządom powiatowym możliwość wpływu na wyłanianie członków Rad Kas Chorych.
9. Zakończenie procesu oddłużania szpitali poprzez przejęcie zadłużenia szpitali za okres sprzed 1999r. przez Skarb Państwa.
10. Zakończenie procesu legislacyjnego nad ustawą o ratownictwie medycznym i pilne wprowadzenie jej w życie. Jest to warunek do „ruszenia” zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego.

11. Zobowiązanie Kasy Chorych do finansowania świadczeń, które zostały uruchamiane w wyniku realizacji programów restrukturyzacyjnych, finansowanych z Ministerstwa Zdrowia, poprzez nadanie regionalnym programom restrukturyzacji rangi dokumentów obowiązujących i prawnie wiążących uczestników programów.
12. Zmiana algorytmu wyrównawczego, zgodnie z zasadą solidaryzmu społecznego.
13. Zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do poziomu co najmniej 4,7% PKB, z uwzględnieniem opracowań dotyczących realnych potrzeb w tym zakresie.
14. Brak perspektywicznej polityki Kas Chorych w stosunku do ilości, rodzaju, oraz reguł kontraktowania świadczeń zdrowotnych powoduje brak możliwości dostosowania się placówek służby zdrowia w perspektywie. Jak uczy dotychczasowa praktyka, Kasy Chorych podają te informacje na 3-4 miesiące przed terminem zawarcia kontraktu na rok następny. Brak jest kontraktów wieloletnich. Należy wymóc na Kasach Chorych określenie perspektyw polityki kontraktów. Brak perspektywicznej polityki Kas Chorych wiąże się generalnie z brakiem planowania opieki zdrowotnej w skali kraju, województwa, powiatu.
15. W interesie samorządów powiatowych jest dążenie do zmiany przepisów o sposobie obsady stanowisk ordynatorów i pielęgniarek naczelnych - dotychczas odbywa się to w zasadzie poza szpitalem i bez udziału dyrekcji, oraz samorządów. W interesie samorządów powiatowych jest zmiana tych przepisów np. na certyfikaty wydawane przez samorząd lekarski, czy pielęgniarzski dla osób, które ich zdaniem mogą pełnić takie stanowiska, a spośród których dyrektor szpitala mógłby powołać daną osobę.

Odrębnie, ze względu na szczególną wagę problemu, należy potraktować ustawę z dnia 22 grudnia 2000r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 5 z 2001r., poz. 45).

Komisja Ochrony i Promocji Zdrowia nie zgadza się ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, wskazującego, że środki finansowe na podwyżki dla pracowników służby zdrowia znajdują się w podpisanych kontraktach na 2001r. Nadmieniamy, że proces negocjacji i kontraktów zakładów opieki zdrowotnej z Kasami Chorych rozpoczął się na początku IV kwartału 2000r. a zakończony został podpisaniem kontraktów przed wejściem w życie nowelizacji ustawy o

zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 5 z 2001r., poz. 45).

Oczekujemy od Ministra Zdrowia jednoznacznego określenia realnych źródeł sfinansowania podwyżek (203 zł.) pracownikom służby zdrowia.

Niskie kontrakty w 1999r. i 2000r. nie pokrywały kosztów działalności zakładów i spowodowały, że obecnie ponad 90% zakładów opieki zdrowotnej jest zadłużona, a wysokość zadłużenie niejednokrotnie sięga ponad 50% rocznych przychodów.

W związku z powyższym wskazywanie, że środki na podwyżki znajdują się w tegorocznych budżetach jest oszustwem i prowadzi do pogorszenia całego systemu zabezpieczenia opieki zdrowotnej i sytuacji finansowej poszczególnych zakładów.

Kolejnym argumentem za ponownym rozpatrzeniem tej ustawy jest fakt, że dotyczy ona tylko publicznych zakładów opieki zdrowotnej, co narusza konstytucyjną równość podmiotów.

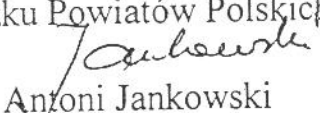
Wnioskujemy, aby Związek Powiatów Polskich zaskarżył ustawę do Trybunału Stanu.

Ochrona zdrowia to najdroższa dziedzina życia społecznego w Polsce, dlatego też musi być wolna od wad i błędów, które podnoszą jej koszty funkcjonowania.

ZPP uważa, że obok wymienionych niedociągnięć reformy, wciąż za mało jest dialogu, konsultacji i wzajemnego zrozumienia pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi bezpośrednio za ochronę zdrowia a stroną rządową.

Rzetelny dialog pomiędzy samorządami a stroną rządową jest podstawą naprawy, a w konsekwencji powodzenia reformy służby zdrowia.

Przewodniczący  
III Zgromadzenia Ogólnego  
Związku Powiatów Polskich

  
Antoni Jankowski