



ZARZĄD

PREZES

Andrzej Płonka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Tadeusz Chrzan
POWIAT JAROSŁAWSKI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁANCUCKI

Krzysztof Maćkiewicz
POWIAT WĄBRZESKI

Marian Niemirski
POWIAT PRZYSUSKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Mariusz Bieniek
POWIAT PŁOCKI

Mirosław Czapa
POWIAT MALBORSKI

Jarosław Dudkowiak
POWIAT GŁOGOWSKI

Ewa Janczar
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Józef Matysiak
POWIAT RAWSKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Wojciech Pałka
POWIAT KRAKOWSKI

Andrzej Potępa
POWIAT BRZESKI

Dariusz Szustek
POWIAT ŁUKOWSKI

Tomasz Tamborski
POWIAT KOŁOBRZESKI

Małgorzata Tudaj
POWIAT KĘDZIERZYŃSKO-KOZIELSKI

Mirosław Walicki
POWIAT GARWOLIŃSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Józef Swaczyna
POWIAT STRZELECKI

Z-CA PRZEWODNICZĄCEGO

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

CZŁONKOWIE

Zdzisław Brezeń
POWIAT OŁAWSKI

Andrzej Ciołek
POWIAT GOŁDAPSKI

Zdzisław Gamański
POWIAT CHELMIŃSKI

Andrzej Opala
POWIAT ŁÓDZKI WSCHODNI

Waldemar Trelka
POWIAT RADOMSKI

Bogdan Zieliński
POWIAT WYSOKOMAZOWIECKI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Borusiewicz

Or.A.0714/9/21

Warszawa, 20 stycznia 2021 roku

Szanowni Państwo

Starostowie i Prezydenci miast na prawach powiatu

- wszyscy

Szanowni Państwo,

23 grudnia 2020 r. Minister Zdrowia wydał zarządzenie w sprawie utworzenia Zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Celem tego gremium będzie opracowanie projektu ustawy, który obejmował będzie:

- 1) restrukturyzację szpitali, w tym ich zobowiązań;
- 2) przekształcenia właścicielskie;
- 3) konsolidację sektora szpitalnictwa, przeprofilowanie szpitali oraz zmianę struktury świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale;
- 4) zwiększenie efektywności i jakości procesów zarządczych oraz nadzorczych;
- 5) utworzenie podmiotu odpowiedzialnego za centralny nadzór nad procesami restrukturyzacyjnymi w sektorze szpitalnictwa i za jego rozwój;
- 6) tworzenie korpusu restrukturyzacyjnego, w skład którego będą wchodzić certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia;
- 7) utworzenie korpusu menadżerskiego, w skład którego będą wchodzić certyfikowani menadżerowie w ochronie zdrowia;
- 8) uwzględnienie specyfiki instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna.

Z wypowiedzi Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego oraz wiceministra zdrowia Sławomira Gadomskiego, wynika, że pod pojęciem „przekształcenia właścicielskie” rozumie się odebranie szpitali powiatom. Nie jest jasne, kto miałby te szpitale przejąć: czy samorząd województwa, czy Skarb Państwa (Minister Zdrowia użył słowa nacjonalizacja).

Sytuacja ta budzi w środowisku samorządowym ogromny niepokój oraz wzburzenie. Argumentów przeciwnych tym pomysłom nie brakuje.

Przykładowo, w sygnalizowanych założeniach, tzw. reformy zupełnie pomija się kwestię poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce, która ma istotne znaczenie dla obecnego funkcjonowania systemu. Dlatego też Związek Powiatów Polskich przygotował specjalny raport zatytułowany „Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD” (przesyłamy go w załączeniu), w którym przedstawia szczegółową informację, jak wyglądało finansowanie służby zdrowia w Polsce w ostatnich 10 latach.

Z ww. raportu wynika, że na 27 europejskich krajów będących członkami OECD (Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) Polska jest na końcu zestawienia. W 2019 r. na ochronę zdrowia wydatkowano w Polsce środki publiczne w wysokości 4,3% PKB (trzecie miejsce od końca). Średnia dla analizowanych 27 Państw wyniosła 6,53%, a mediana 6,42%. Wszystkie kraje sąsiadujące z Polską będące członkami OECD, w tym Czechy, Słowacja i Litwa są przed nami.

Analiza bieżących publicznych nakładów na ochronę zdrowia *per capita*, z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza w danym Państwie również wskazuje, że nakłady na ochronę zdrowia w Polsce znacząco odbiegają od średniej europejskiej. W Polsce wskaźnik ten wyniósł 1568,1\$ (piąte miejsce od końca). Tymczasem średnia dla 27 państw wynosi 3270,4\$, a mediana 3536,5\$. Co istotne, dystans pomiędzy Polską a wysokorozwiniętymi państwami OECD zamiast kurczyć, zwiększa się. Jednocześnie Polska ma najniższy wskaźnik spośród wszystkich państw sąsiadujących z Polską, będących członkami OECD.

Jeszcze gorzej wygląda sytuacja, jeżeli bierzemy pod uwagę wydatki na mieszkańca, w ujęciu nominalnym. Dla Polski wskaźnik ten wynosi 2593,4 zł (trzecie miejsce od końca). Natomiast średnia dla analizowanej grupy wynosi 11210,9 zł, a mediana 13004 zł. Ponownie porównując sytuację w Polsce i u naszych sąsiadów, Polska notuje najgorszy wynik.

Szanowni Państwo,

w założeniach tzw. reformy duży nacisk kładzie się na kwestię kompetencji osób zarządzających szpitalami oraz nadzorujących szpitale. Pojawia się więc pytanie, dlaczego Minister Zdrowia nie zaczyna od własnych podmiotów leczniczych i własnego departamentu nadzoru. Analizując dane z 13 instytutów badawczych „nadzorowanych” przez Ministra Zdrowia, a prowadzących szpitale, w 2019 roku dodatni wynik finansowy na działalności podstawowej (na sprzedaży) odnotowało 0 (zero) instytutów. Z kolei zysk na całej działalności odnotowały tylko dwa podmioty. Łączna strata finansowa instytutów nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, prowadzących szpitale wyniosła przeszło 122 mln złotych i to pomimo zastrzyku finansowego, jakim były przekazane tym instytutom w 2019 r. dotacje w wysokości 75 mln zł. Fundusz własny instytutów z poziomu 195 mln na koniec 2016 r. spadł do poziomu minus 144 mln na koniec 2019 r. Poziom funduszu podstawowego z 737 mln zł spadł do 509 mln zł w 2019 r. Stosunek zobowiązań i rezerw na zobowiązania w stosunku do aktywów wynosi 104,77%, w tym w 8 instytutach jest powyżej 100%, w tym w dwóch powyżej 200%, tylko w jednym instytucie wskaźnik ten jest niższy niż 50%. Spoglądając na rok 2016 stosunek zobowiązań do aktywów wynosił 100,87%.

W praktyce oznacza to, że instytuty nadzorowane przez Ministra Zdrowia mają więcej zobowiązań niż majątku, a sytuacja na przestrzeni ostatnich kilku lat uległa pogorszeniu. Zatem można stwierdzić, że gdyby nie gwarancja z art. 18 ust. 5 ustawy o instytutach badawczych mówiąca o tym, że niewykonane zobowiązania likwidowanego instytutu uczestniczącego w systemie ochrony zdrowia przechodzą na Skarb Państwa, to część z nich zapewne nie mogłaby prowadzić normalnej działalności.

Odnosząc to teraz do stwierdzeń osób reprezentujących resort zdrowia, że przyczyną zadłużenia podmiotów leczniczych są braki kompetencyjne osób zarządzających tymi podmiotami, to zasadnym wydaje się zadanie pytania, dlaczego Minister Zdrowia nic z tym nie robi we własnych podmiotach. Jeżeli jednak przyczyną jest w pierwszej kolejności niewłaściwy poziom i sposób finansowania ochrony zdrowia, to dlaczego odpowiedzialność za ten stan rzeczy przerzuca się na powiaty i dyrektorów szpitali powiatowych?

Szanowni Państwo,

z posiadanych przez Związek Powiatów Polskich danych wynika, że luka w finansowaniu samorządowych SP ZOZ w latach 2015-2017 kształtowała się na zbliżonym poziomie 1,5 mld zł. W 2018 r. (był to pierwszy rok funkcjonowania tzw. sieci szpitali) zwiększyła się do 2,2 mld zł a w 2019 skoczyła do 2,8 mld złotych. Trudno nie odnieść wrażenia, że obecnie planowana reforma ochrony zdrowia jest próbą przykrycia wcześniejszej, najwyraźniej nieudanej zmiany z 2017 r.

Ponadto, naszym zdaniem Ministerstwo Zdrowia niestety nie uczy się na swoich błędach, bowiem w Zespole ds. restrukturyzacji podmiotów leczniczych poza jednym wyjątkiem, nie ma osób, które miałyby praktyczne doświadczenie na stanowisku kierownika podmiotu leczniczego.

Należałoby zadać także pytanie, jak poważnie traktować resort zdrowia, który przykładowo w 2019 r. odpowiadając za projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (ustawa, którą podniesiono tzw. kwotę bazową stanowiącą podstawę do ustalania minimalnych wynagrodzeń) w Ocenie Skutków Regulacji do tego projektu w pozycji skutki finansowe dla sektora finansów publicznych nie wykazało żadnych kwot, a w uzasadnieniu wskazało cyt.: „jej wdrożenie i sfinansowanie odbędzie się w ramach dodatkowych środków finansowych przekazywanych do świadczeniodawców w związku z dokonanymi już przez NFZ w 2019 r. podwyżkami wyceny świadczeń.” Rzecz w tym, że uzgodniona wcześniej podwyżka wyceny świadczeń nie była powiązana z dodatkową (nieplanowaną) podwyżką wynagrodzeń, tylko z wcześniejszym niedoszacowaniem kosztów udzielania świadczeń.

W uzasadnieniu wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 20 listopada 2019 r. K 4/17 wprost wskazano, że: „w ocenie TK, przeprowadzona (...) analiza obowiązującego stanu prawnego i jego ewolucji daje podstawę do sformułowania tezy, że ciągłe i powszechne pojawianie się w wynikach finansowych s.p.z.o.z. straty netto, prościej ujmując: stałe narastanie zadłużenia tych zakładów, nie jest tylko skutkiem nieudolności, braku profesjonalizmu czy należytej staranności osób zarządzających tymi zakładami i nadzorujących je, lecz ma także przyczyny obiektywne, zewnętrzne. Wpływają one na zwiększenie kosztów niezależnie od najwyższej nawet staranności dyrektorów zakładów i sprawujących nad nimi nadzór j.s.t.”.

Dalej wskazano, że Trybunał nie znalazł dowodów wskazujących na to, że „prawodawca policzył całość kosztów wynikających ze zmieniających się przepisów powodujących wzrost kosztu świadczonych usług zdrowotnych, które - z założenia - mają być finansowane przez NFZ. Powtarzający się brak takich ustaleń na etapie projektowania nowych przepisów oraz ignorowanie ich konsekwencji finansowych w wycenie świadczeń zdrowotnych, a także podejmowane później kolejne ustawowe akcje oddłużeniowe świadczą o braku mechanizmów systemowych, które umożliwiłyby podmiotom leczniczym prowadzenie rzetelnego rachunku ekonomicznego i ograniczyły powstawanie deficytu.”.

Za taki stan rzeczy odpowiadali kolejni Ministrowie Zdrowia, ale zamiast wyciągnąć z tego wnioski dzisiaj fundowana jest nam kolejna zmiana systemowa, która prawdopodobnie cofnie nas do stanu sprzed 1999 r.

Szanowni Państwo,

o tym, jak opłakane mogą być skutki zarządzania ochroną zdrowia z pozycji administracji rządowej świadczy sytuacja sanepidów, które w 2020 r. weszły kompletnie nieprzygotowane do wypełniania zadania, jakim była walka z epidemią. W tym miejscu należy przypomnieć, że uprawnienia podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w stosunku do wojewódzkiej i powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej posiada wojewoda, a same sanepidy są „finansowane” z budżetu państwa. Za niedofinansowanie, niskie wynagrodzenia pracowników sanepidu, braki sprzętowe i kadrowe odpowiada administracja rządowa. Mieszkańcy telefonowali do starostw ze skargami na działalność stacji, nie mając świadomości, że nie są to instytucje podległe starości. W dobie epidemii to do powiatów kierowano prośby ale zdarzały się i polecenia wojewodów o skierowanie pracowników starostw do pomocy sanepidom. Jeżeli tak jak w sanepidach ma wyglądać przyszłość polskiej służby zdrowia, to mienić się ona będzie w czarnych barwach.

Dlatego też Związek Powiatów Polskich podejmuje wielopłaszczyznowe działania, aby zapobiec nacjonalizacji szpitali powiatowych. W tej sprawie 14 stycznia br. Zarząd przyjął stanowisko (przesyłam w załączeniu). Podejmowana jest stała debata z resortem zdrowia, aby zapobiec planowanym zmianom. O kolejnych działaniach będziemy Państwa informowali. Zachęcam również do śledzenia strony internetowej Związku (www.zpp.pl) oraz lektury Dziennika Warto Wiedzieć (www.wartowiedziec.pl), gdzie na bieżąco będą zamieszczane kolejne informacje.

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich
Andrzej Płonka

Załączniki:

- Stanowisko Zarządu Związku Powiatów Polskich w sprawie planów Ministerstwa Zdrowia dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne
- „Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD” – raport Związku Powiatów Polskich