



**STANOWISKO NR 11**  
**KONWENTU MARSZAŁKÓW WOJEWÓDZTW RP**  
**z dnia 3 sierpnia 2016 roku**

***w sprawie zwiększenia nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, realizowane przez podmioty lecznicze***

Jednostki samorządu terytorialnego są podmiotami tworzącym dla podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą oraz właścicielami szpitalnych spółek prawa handlowego.

Przedmiotowe jednostki ochrony zdrowia udzielają świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów zawartych z płatnikiem, określających zakres oraz wartość kontraktu. W większości przypadków środki przewidziane w planach finansowych płatnika są niewystarczające w stosunku do realnego zapotrzebowania na leczenie pacjentów oraz możliwości kadrowych i medyczno-technicznych jednostek.

Wysokość obecnie obowiązujących umów kontraktowych pozostaje od kilku lat na tym samym poziomie i jest niedoszacowana. Biorąc pod uwagę, że koszty udzielania świadczeń (leki, media) corocznie ulegają zwiększeniu, w drastyczny sposób powodują zmniejszanie przychodu jednostek. Wpływ na powyższe mają również wartość punktu oraz niska wycena świadczeń, które są nieadekwatne do faktycznie ponoszonych kosztów przez świadczeniodawców. Brak systematycznego – dostosowanego do realiów i potrzeb – wzrostu kontraktów i wynikające bezpośrednio z tego faktu niewykorzystanie potencjału jednostek ochrony zdrowia, powodują przede wszystkim wydłużanie się listy oczekujących na świadczenia planowe oraz zwiększanie okresu oczekiwania.

Podmioty lecznicze są ustawowo zobowiązane do udzielania świadczeń zdrowotnych i to często bez gwarancji uzyskania pełnej zapłaty z Funduszu. Coroczne, niepełne finansowanie przez płatnika nadwykonań, które są przecież odzwierciedleniem potrzeb mieszkańców oraz powszechnie znana praktyka niekorzystnego dla szpitali sposobu rozliczania nadwykonań stanowi poważny problem. Podmioty lecznicze, wykonując swoją misję niesienia pomocy chorym, starają się zabezpieczać w sposób ciągły świadczenia opieki zdrowotnej według obowiązujących standardów, stwarzając zagrożenie dla swojego bezpieczeństwa ekonomicznego. Realizowane przez jednostki ochrony zdrowia nadwykonania (z wyjątkiem ratujących życie) w stosunku do zawartego kontraktu nie są niestety w sposób bieżący regulowane, a wypłacane są tylko częściowe kwoty, na podstawie zawartych ugod z płatnikiem. Środki, które w ten sposób otrzymują mogą podlegać dalszym, uciążliwym kontrolom i weryfikacjom, których efektem może być utrata odzyskanych środków finansowych. Powoduje to pogorszenie się sytuacji ekonomicznej podmiotów, które może skutkować nawet utratą płynności finansowej.



W przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej obowiązujące prawo zakłada, że jeżeli podmiot leczniczy nie pokryje ujemnego wyniku finansowego, to jest do tego zobowiązany podmiot tworzący w celu zapewnienia dalszego funkcjonowania jednostki. W przypadku ewentualnego niepokrycia ujemnego wyniku finansowego przez podmiot tworzący, konieczne byłoby podjęcie decyzji o likwidacji szpitala. W odniesieniu do szpitalnych spółek prawa handlowego, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem, w chwili utraty płynności finansowej zarząd spółki powinien złożyć stosowny wniosek o ogłoszenie jej upadłości, co w konsekwencji może spowodować zagrożenie dalszego udzielania świadczeń medycznych.

Istniejąca w wielu podmiotach leczniczych podległych sytuacja nieotrzymywania należności za nadwykonania budzi realne niebezpieczeństwo, że z uwagi na wykorzystanie już przyznaných limitów, podmioty lecznicze w perspektywie zaprzestaną czasowo realizacji niektórych zabiegów planowych. Jest to oczywiście ostateczność, niemniej jednak takie zagrożenie jest realne, szczególnie w kontekście zapewnienia dalszego właściwego funkcjonowania podmiotów pod względem ekonomicznym.

Wymieniane powyżej sposoby procedowania mogą nasuwać wnioski, iż podmioty lecznicze, które posiadają niewystarczające wartości kontraktów i realizują świadczenia zdrowotne ponad limit, pokrywają nadwykonania ze środków własnych, niejako w sposób pośredni prowadzą swego rodzaju nieoprocentowane kredytowanie płatnika i przejmując niejako jego rolę.

Obarczanie odpowiedzialnością podmiotów leczniczych (oraz pośrednio również samorządów województw) za realizowanie świadczeń zdrowotnych, za które płatnik może, ale nie zawsze płaci, jest nieracjonalne i niezasadne. W konsekwencji może prowadzić do utraty płynności finansowej placówek, ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych mieszkańców lub w ostateczności może skutkować nawet ich likwidacją.

Wobec powyższych uzasadnień Konwent Marszałków Województw RP stoi na stanowisku, iż powinny zostać zweryfikowane zasady finansowania świadczeń przez płatnika, w szczególności w zakresie wysokości kontraktów oraz regulacji nadwykonań.

Jednocześnie Konwent Marszałków Województw RP apeluje do Ministra Zdrowia o uwzględnienie niniejszego stanowiska.

**Przewodniczący  
Konwentu Marszałków Województw RP**

**Olgierd Geblewicz**

Powyższe stanowisko kieruje się do:

Pana Konstantego Radziwiłła – Ministra Zdrowia