



**MINISTER ZDROWIA**

Warszawa, ..... 11. 10. 2013

MZ-DS-0761-3230-4/PJ/13

**Pan**  
**Władysław Kosiniak - Kamysz**  
**Minister Pracy i Polityki Społecznej**  
**Przewodniczący**  
**Trójstronnej Komisji**  
**do Spraw Społeczno-Gospodarczych**

W związku ze skierowaniem w trakcie Ogólnopolskich Dni Protestu do Ministra Zdrowia petycji z dnia 11 września 2013 r. sygnowanej przez przewodniczących trzech reprezentatywnych central związkowych uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego odniesienia do postulatów zgłoszonych przez stronę związkową.

**1. Odniesienie do postulatu *systematycznego zwiększania nakładów finansowych na ochronę zdrowia ze środków publicznych.***

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce ze środków publicznych odbywa się w oparciu o model mieszany ubezpieczeniowo – budżetowy, z przewagą tego pierwszego. Nakłady finansowe na ochronę zdrowia ze środków publicznych są finansowane z danin tzn. składek na ubezpieczenie zdrowotne (główne źródło finansowania) lub podatków.

Odnosząc się do części ubezpieczeniowej należy stwierdzić, że wielkość środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne uzależniona od sytuacji ekonomicznej kraju, a w szczególności od liczby osób płacących składki i ich dochodów. Przy nie zmienionej sytuacji gospodarczej nie można zwiększyć przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia ze składek (i tym samym nakładów na ochronę zdrowia) bez zmian ustawowych w kierunku zwiększenia obciążeń fiskalnych nakładanych na pracodawców/pracobiorców poprzez zwiększenie składki zdrowotnej.

Decyzje w tej sprawie, podobnie jak w przypadku kwestii kształtu budżetu państwa w pozycjach dotyczących sektora ochrony zdrowia wymagają uwzględnienia sytuacji makroekonomicznej oraz konglomeratu czynników wpływających na kondycję gospodarki oraz stabilizację finansów publicznych.

Należy przy tym odnotować, że następuje systematyczne zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia ze środków publicznych. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej dominującego płatnika, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia, wzrosły z 39 972 mln zł w roku 2007, w którym wysokość składki osiągnęła obecny poziom 9% podstawy, do 59 876 mln zł w 2012 r. Oznacza to średnie tempo wzrostu 8,4% rocznie. W latach 2010-2012 wzrost był słabszy, jedynie 3% w skali roku - co jednak jest dobrym wynikiem, również na skalę europejską. Przy czym, koszty świadczeń opieki zdrowotnej poniesione w roku 2011 przez NFZ stanowiły 86% bieżących publicznych wydatków na ochronę zdrowia (bez wydatków na administrację) jakie podał w swym obwieszczeniu o Narodowym Rachunku Zdrowia Prezes Głównego Urzędu Statystycznego.

Wraz z poprawą sytuacji na rynku pracy, która przełoży się na wzrost dochodów ubezpieczonych, powinien nastąpić wzrost środków pochodzących ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. To w konsekwencji powinno przełożyć się na lepsze zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## **2. Odniesienie do postulatu zahamowania procesu przekształceń własnościowych, w szczególności lecznictwa zamkniętego.**

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej podmioty tworzące mogą przekształcić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Udziały w tych spółkach mogą być zbywane innym podmiotom, w tym prywatnym. Nie istnieją żadne przesłanki do wprowadzania ustawowego ograniczenia uprawnienia podmiotów tworzących (w zdecydowanej większości przypadków – jednostek samorządu terytorialnego) w zbywaniu przez jednostki samorządu terytorialnego udziałów albo akcji w spółkach powstałych w wyniku przekształcenia. W tym kontekście przypomnienia wymaga brzmienie art. 16 ust. 2 Konstytucji RP, w myśl którego samorząd terytorialny uczestniczy w sprawowaniu władzy publicznej. Przysługującą mu w ramach ustaw istotną część zadań publicznych samorząd wykonuje w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność. A zatem decyzja o ewentualnym zbyciu części albo całości udziałów albo akcji w spółce pozostaje w kompetencjach władz jednostki samorządu terytorialnego. Należy podkreślić, iż podejmując decyzje w sprawach przekształceń

własnościowych, władze publiczne (w tym jednostek samorządu terytorialnego) powinny kierować się interesem publicznym. Ponoszą za to odpowiedzialność cywilną, karną i polityczną.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że uregulowania w zakresie przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mają przede wszystkim na celu poprawę efektywności zarządzania i funkcjonowania tych podmiotów oraz stwarzają możliwość wsparcia procesu restrukturyzacji zadłużenia poprzez udzielanie dotacji z budżetu państwa dla jednostek samorządu terytorialnego. Dotychczas udzielono takich dotacji na kwotę ponad 113 mln zł.

### **3. Odniesienie do postulatu *odczuwalnej dla pacjentów poprawy dostępności do opieki zdrowotnej, głównie specjalistycznej, lecznictwa uzdrowiskowego oraz znaczącego zmniejszenia współpłacenia za leki refundowane.***

Odniesienie do tego postulatu z punktu widzenia ogólnosystemowego zostało ujęte w konkluzji zawartej w punkcie 1.

Natomiast w kwestii związanej z polityką lekową należy wskazać, że zmiany dopłat pacjenta, a w szczególności podwyżki, wynikają w zdecydowanej większości nie ze wzrostów cen leków refundowanych, lecz następują w wyniku objęcia refundacją nowych leków, będących odpowiednikami produktów refundowanych, które są tańsze, co prowadzi do obniżenia limitów finansowania. Należy jednocześnie podkreślić, iż mechanizm ten zapewnia dostępność tańszych odpowiedników, których zastosowanie nie powoduje różnicy terapeutycznej. W tym kontekście warto przypomnieć, iż zgodnie z art. 44 ustawy refundacyjnej, pacjent powinien być poinformowany przez aptekarza o możliwości nabycia tańszego zamiennika leku, przepisanego przez lekarza. Odnośnie do obniżek dopłat pacjenta należy wskazać, iż w dużej części wynikają one ze zgłoszonych przez producentów leków obniżek ich cen.

Obok procesu obejmowanie refundacją nowych tańszych leków, będących odpowiednikami produktów refundowanych, w kolejnych wykazach leków refundowanych dodawane są nowe substancje czynne, rozszerzane zakresy wskazań refundacyjnych oraz dodawane systematycznie kolejne, tańsze odpowiedniki leków objętych refundacją. W każdym z kolejnych obwieszczeń systematycznie rozszerzany jest zakres refundacji leków poza wskazaniami rejestracyjnymi – dotyczy to w szczególności pediatrii, hematologii i onkologii,

reumatologii, dermatologii oraz innych dziedzin. Nie bez znaczenia jest objęcie refundacją nowych technologii lekowych, m.in. nowoczesnych analogów insuliny.

Warto jednocześnie wskazać, iż prace zmierzające do obniżenia cen leków refundowanych są prowadzone na bieżąco, w świetle przepisów ustawy refundacyjnej, m.in. poprzez negocjacje z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego w zakresie ustalenia urzędowej ceny zbytu leków. Dzięki prowadzonym negocjacjom ceny produktów leczniczych w Polsce należą do najniższych w Europie.

Wprowadzane i przygotowywane zmiany mają na celu wdrożenie kolejnych rozwiązań i mechanizmów wpływających na zmniejszenie współpłacenia pacjentów za leki refundowane.

#### **4. Odniesienie do postulatu zagwarantowania państwowego charakteru służb państwowych i właściwego ich finansowania tj. Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej poprzez powrót tej inspekcji do pionowej struktury organizacyjnej.**

W odniesieniu do kwestii dotyczącej Państwowego Ratownictwa Medycznego należy wskazać na zasadność postrzegania ratownictwa medycznego w kontekście całego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym „w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne”. Z cytowanego przepisu wynika więc, że zapewnienie pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest zadaniem państwa. Nie oznacza to jednak, iż w zadanie to powinny być zaangażowane jedynie podmioty publiczne.

Zgodnie z art. 49 ust. 5 ustawy o PRM do postępowania w sprawie zawarcia umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zadania ZRM są świadczeniami opieki zdrowotnej, które zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowią działalność leczniczą.

Podkreślenia wymaga, że zakres świadczeń oraz warunki ich wykonywania, jakie nakładane są na mocy ww. umów na niepubliczne i publiczne podmioty lecznicze są takie same. Status

podmiotu leczniczego nie ma więc wpływu na jakość i dostępność do świadczeń ratowniczych.

Przywołane wyżej ustawy zakładają równość traktowania podmiotów leczniczych (publicznych i niepublicznych) przystępujących do konkursu ofert w Narodowym Funduszu Zdrowia i nie pozwalają na stworzenie służby ratownictwa medycznego, w kształcie podobnym do PSP lub Policji, także ze względu na możliwości i ramy prawne wykonywania zawodu przez kadry medyczne (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni). Zmiany legislacyjne dokonujące przekształcenia systemu PRM w służbę podległą np. wojewodzie, wymagałyby szerokiego zakresu zmian organizacyjnych w wielu obszarach (wprowadzenie pionowej struktury organizacyjnej i zarządczej, przekształcenia własnościowe, ograniczenie kompetencji jednostek samorządu terytorialnego, zmiany sposobu finansowania i rozliczania świadczeń lub usług itp.). Ponadto część publicznych zakładów opieki zdrowotnej (zwłaszcza szpitale powiatowych) przekształciła się już w podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami i są to często jedyne podmioty na terenie danego powiatu udzielające świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego.

Należy wskazać, iż już od początku reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce wraz z wprowadzeniem z dniem 1 stycznia 1999 r. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się na podstawie umów zawieranych ze świadczeniodawcami. Tak więc już od 13 lat zakłady opieki zdrowotnej, a obecnie podmioty lecznicze (publiczne i niepubliczne) mogą na równych prawach i jednakowych zasadach przystępować do konkursów ofert ogłaszanych na początku przez Kasy Chorych, a obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ponadto należy wskazać na podstawowe dane ilustrujące dynamikę nakładów finansowych na ratownictwo medyczne w Polsce. I tak poziom finansowania Zespołów Ratownictwa Medycznego wzrósł z kwoty 1 146 596 tys. zł w roku 2007 do kwoty 1 839 892 tys. zł w roku 2013. Finansowanie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych zwiększyło się z kwoty 314 711 tys. zł w 2007 roku do kwoty 813 653 tys. zł w roku 2013. Natomiast finansowanie Lotniczego Pogotowia Ratunkowego uległo zwiększeniu z poziomu 36 749 tys. zł w roku 2007 do poziomu 99 746 tys. zł w roku bieżącym.

W odniesieniu do kwestii Państwowej Inspekcji Sanitarnej należy wskazać, że w aktualnym stanie prawnym państwowy powiatowy i państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, stanowią zespólną administrację rządową. Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zmienionym ustawą z dnia 23 stycznia 2009 r. o zmianie

niektórych ustaw w związku ze zmianami w organizacji i podziale zadań administracji publicznej w województwie, państwowy wojewódzki i państwowy powiatowy inspektor sanitarny definiowani są jako organy zespolonej administracji rządowej odpowiednio w województwie i w powiecie. Spowodowało to m. in. przeniesienie części zadań Inspekcji z powiatów do województw, w rozumieniu art. 12 ust. 1a pkt 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Podkreślić przy tym należy, że Państwowa Inspekcja Sanitarna już funkcjonowała w warunkach zespolenia w latach 1999-2001. Jednak po dwóch latach zespolenie zostało zniesione.

Jednocześnie przypomnienia wymaga, że kwestia roli i systemowego usytuowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest od dłuższego czasu przedmiotem licznych dyskusji, od udziału w których nie uchyla się ani Minister Zdrowia ani Główny Inspektor Sanitarny. Przypomnę, że problematyka ta wielokrotnie już była tematem obrad branżowego Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z udziałem zarówno członków Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia jak i Głównego Inspektora Sanitarnego. Ponadto przy Głównym Inspektorze Sanitarnym działa zespół przygotowujący koncepcję zmian w ustawie o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w którego pracach czynny udział brali do tej pory przedstawiciele związków zawodowych.

***5. Odniesienie do postulatu zerwania z plagą umów śmieciowych wśród większości grup pracowniczych w ochronie zdrowia oraz zaprzestania wymuszania na pracownikach zmiany umów o pracę na niekorzystne umowy cywilnoprawne lub samozatrudnienie. Wprowadzenie systemowego uregulowania zasad zatrudniania i wynagradzania pracowników ochrony zdrowia.***

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wprowadzając w systemie ochrony zdrowia szereg zmian o charakterze ustrojowym, zapewnia osobom wykonującym zawody medyczne (w tym pielęgniarkom, położnym oraz lekarzom), możliwość swobodnego wyboru formy wykonywania zawodu. Należy przy tym podkreślić, że żaden z przepisów ustawy nie dopuszcza stosowania przez pracodawcę jakiegokolwiek formy nacisku na osoby zatrudnione, w celu zastąpienia umowy o pracę umową cywilnoprawną. Monitorowanie przestrzegania przepisów prawa w tym zakresie umożliwia art. 17 ust. 4 ww. ustawy o działalności leczniczej, który zobowiązuje kierownika podmiotu leczniczego do przekazywania, raz na kwartał, Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacji o liczbie osób, które wykonują zawód

medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną.

Ponadto, w celu zapobieżenia ewentualnym nieprawidłowościom w zakresie zatrudniania pielęgniarek i położnych, w art. 19 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej umieszczono następujące zapisy:

- ust. 4 *Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących ze względu na formę wykonywania zawodu przez pielęgniarkę i położną.*
- ust. 5 *Odmowa zmiany formy wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną wykonującą zawód w podmiocie leczniczym w ramach umowy o pracę nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy lub jego rozwiązanie bez wypowiedzenia.*

Powyższe przepisy, podobnie jak zbliżone postanowienia prawa pracy, dają możliwość dochodzenia swoich praw w przypadku ich naruszenia z uwagi na formę zatrudnienia.

Przepis art. 19 ust. 4 w praktyce nie pozwala podmiotowi zatrudnającemu na różne traktowanie pielęgniarek z uwagi na formę zatrudnienia i w zakresie tego przepisu znajdują się sprawy szczegółowe a jednocześnie ważne, takie jak warunki pracy i płacy (wysokość wynagrodzenia, zmiany, zaplecze itp.).

Wymienione przepisy ustaw służą zabezpieczeniu pielęgniarek i położnych przed dyskryminacją. Uwzględniają one interesy całego środowiska, a więc również tej części, która jest zatrudniona na kontraktach, jest zadowolona z tej formy zatrudnienia i wielokrotnie zwracała się do Ministra Zdrowia o jej utrzymanie.

Należy podkreślić, że postulat ograniczenia dopuszczalności umów cywilnoprawnych jest zgłaszany przede wszystkim przez związki zawodowe reprezentujące pielęgniarki i położne. W przypadku środowisk lekarskich, gdzie w zauważalnie większym stopniu występuje zjawisko zatrudniania na podstawie umów cywilnoprawnych, postulat ten jest podnoszony jedynie incydentalnie.

Zgłaszane do Ministra Zdrowia, przez organizacje związkowe lub grupy pielęgniarek, przypadki rażącego naruszenia przepisów wyżej wymienionych ustaw były kilkakrotnie wnikliwie badane przez Ministerstwo, z zaangażowaniem organów założycielskich, kierowników podmiotów leczniczych i Państwowej Inspekcji Pracy. W większości przypadków zastrzeżenia do pracodawców były przedwczesne i formułowane zarzuty nie potwierdziły się.

Analizując systemowe usytuowanie kwestii wynagrodzeń w ochronie zdrowia należy zwrócić uwagę, że większa część pracowników sektora zatrudniona jest w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcą działających w formie sp zoz. Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej za zarządzanie takim podmiotem odpowiada jego kierownik, do niego zatem należy decydowanie w sprawach dotyczących organizacji i funkcjonowania podmiotu, w tym w kwestiach związanych z zatrudnianiem i wynagradzaniem pracowników. Jego działania winny być uzasadnione rzeczywistymi potrzebami i możliwościami występującymi w tym konkretnym, zarządzanym przez niego podmiocie, z zachowaniem daleko idącej samodzielności, stanowiącej jeden z filarów systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Kolejną liczną grupę pracowników sektora ochrony zdrowia stanowią pracownicy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami (dawnych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej). Również w odniesieniu do tych pracowników Minister Zdrowia nie posiada kompetencji do podejmowania działań zmierzających do kształtowania polityki wynagrodzeniowej.

Kształtowanie poziomu wynagrodzeń w danym podmiocie leczniczym pozostaje zatem w istotnej zależności od kondycji ekonomicznej podmiotu, dostępnej wielkości nakładów finansowych, realiów lokalnego rynku pracy, a bazuje na wewnętrzzakładowych rozwiązaniach organizacyjnych i regulaminowych.

Wspomniana wcześniej samodzielność podmiotów leczniczych decyduje o tym, że Minister Zdrowia nie posiada uprawnień do ingerowania w kwestie kształtowania poziomu wynagrodzeń w podmiotach leczniczych, dla których nie jest podmiotem tworzącym.

### **Podsumowanie**

Wszystkie ze zgłoszonych w trakcie Ogólnopolskich Dni Protestu postulaty dotyczące sektora ochrony zdrowia były już dyskutowane w toku dialogu społecznego prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia ze stroną związkową. Wielokrotnie poddawane były w naszym resorcie analizom zarówno pod względem formalnoprawnych możliwości ich uwzględnienia w obowiązującym ładzie prawnym, jak również możliwości odpowiedniego przeformułowania tego ładu bez stwarzania zagrożeń dla realizacji podstawowego celu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, jakim jest dobro i bezpieczeństwo pacjenta. Prowadzone analizy uwzględniały również kondycje i możliwości finansów publicznych oraz realia ustroju gospodarczego zbudowanego w naszym kraju.



Biorąc pod uwagę wszystkie wskazane powyżej uwarunkowania i argumenty Ministerstwo Zdrowia liczy na zrozumienie środowisk związkowych dla przesłanek, jakimi kierował się resort prezentując stanowiska w odniesieniu do zgłoszonych postulatów. Jednocześnie wyraża gotowość kontynuowania dialogu obejmującego wszelkie zagadnienia i problemy dotyczące ochrony zdrowia w Polsce.

Z wyrazami szacunku  
Bartosz Artukowicz  
*Bartosz Artukowicz*