



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2008 -06- 23

MZ-UZ-F-070-12117-1/HZ/08

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 24.06.08.

nr. 3953 podpis.....

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Biuro Prac Senackich
wpłynęło dn. 24.06.08.
nr. 3953 podpis.....

Szanowny Panie Marszałku

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Bohdana Paszkowskiego Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, złożone podczas 12 posiedzenia Senatu RP w dniu 15 maja 2008 r., przesłane przy piśmie Marszałka Senatu RP z dnia 21 maja 2008 r. (znak: BPS/DSK-043-499/08), które nawiązuje do pisma Zarządu Województwa Podlaskiego wyrażającego zaniepokojenie „zbyt niskim finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej w województwie podlaskim na tle innych regionów Polski oraz wiąże to z funkcjonowaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centrale i oddziały wojewódzkie NFZ z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w załączeniu przekazuję kopię udzielonej odpowiedzi Marszałkowi Województwa Podlaskiego w przedmiotowej sprawie.

2

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Marek Twardowski



MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-F-71-10469-7/RW/08

Warszawa,

20.06.2008

Pan

Jarosław Zygmunt Dworżański

Marszałek Województwa Podlaskiego

ul. Kardynała S. Wyszyńskiego 1

15-888 Białystok

Spakowky Marie Marszałka

W związku z pismem Pana Marszałka z 30 kwietnia 2008 r., znak: ZD.I.8025-5/08, w którym Zarząd Województwa Podlaskiego wyraża zaniepokojenie „zbyt niskim finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej w województwie podlaskim na tle innych regionów Polski” oraz wiąże to z funkcjonowaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 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 171, poz. 1210), uprzejmie proszę o przyjęcie następującego stanowiska.

Wątpliwości zgłaszane przez Zarząd Województwa Podlaskiego odnoszące się do ww. rozporządzenia dotyczą przede wszystkim możliwości zastosowania do wyliczenia wskaźnika wynikającego ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 118 ust. 3 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), wskaźników dotyczących przeciętnego miesięcznego dochodu do dyspozycji przypadającego na 1 osobę w gospodarstwie domowym publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny. Jednocześnie Zarząd Województwa Podlaskiego proponuje

wykorzystanie wskaźników dotyczących przeciętnego wynagrodzenia w sekcji „ochrona zdrowia i opieka społeczna”.

Pragnę poinformować, że dodatkowy wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej został wprowadzony przez Parlament jesienią 2007 r. Dodanie ww. wskaźnika było argumentowane zróżnicowaniem sytuacji w poszczególnych województwach, która ma wpływ na możliwości zabezpieczenia przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu dla ubezpieczonych w Funduszu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od miejsca rejestracji ubezpieczonego.

W ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia, odpowiednio do regulacji ustawowej, wprowadzono ten dodatkowy wskaźnik. W ramach kosztu jednostkowego świadczenia zdrowotnego największy udział - w większości przypadków - mają koszty pracy. Właśnie tej części kosztów świadczeń dotyczy ta dodatkowa korekta. Pozostała część kosztu jednostkowego świadczenia zdrowotnego nie jest poddana dodatkowej korekcie ze względu na brak danych, które mogłyby wskazywać na zróżnicowanie pomiędzy województwami w tym zakresie. Do określenia zróżnicowania kosztów wytworzenia jednostkowego świadczenia wykorzystano dostępne wielkości, które mogą być użyte jako mierniki zróżnicowania kosztów wytworzenia jednostkowych świadczeń zdrowotnych między poszczególnymi województwami. Spośród nich wybrano informacje dotyczące poziomu dochodów w poszczególnych województwach, które są zbierane w sposób systematyczny od wielu lat (eliminacja danych okazjonalnych lub pochodzących od kompetentnych podmiotów incydentalnie zbierających te dane) i których metoda pozyskiwania jest znana i akceptowana. Ze względu na stabilność populacji świadczeniobiorców, stabilność struktur organizacyjnych ochrony zdrowia oraz względną stabilność stosowanych technologii medycznych pożądane jest wykorzystywanie danych, które pozwoliłyby określić mierniki zróżnicowania kosztów wytwarzania łagodzące wpływ zmian krótkookresowych, lecz reagujące na zmiany długookresowe. Przykładem takich mierników są mierniki określane jako średnie wartości mierników rocznych dla kilku kolejnych lat. Jako możliwe do wykorzystania wskazano dane o poziomie dochodów gospodarstw domowych na terenie poszczególnych województw, gdyż pozostałe dostępne dane (np. o wynagrodzeniach), nawet gdy określane są dla poszczególnych województw, na ogół zorientowane są na inne problemy. Ostatecznie zdecydowano się na miernik oparty o dane dotyczące przeciętnego miesięcznego dochodu gospodarstwa domowego do dyspozycji w poszczególnych województwach, określane w corocznych badaniach Głównego Urzędu Statystycznego

nad gospodarstwami domowymi, za okres ostatnich 5 lat. Pragnę jednocześnie zwrócić uwagę, że rozwiązaniem pożądanym w tym zakresie byłoby wykorzystanie wskaźników dotyczących wynagrodzenia w systemie opieki zdrowotnej. Jednak nie było to możliwe ze względu na brak takich danych spełniających wymienione wyżej wymogi metodologiczne (czyli systematyczność zbierania, znana i akceptowana metodologia).

Odnosząc się do propozycji Zarządu Województwa Podlaskiego, aby używać wskaźniki przeciętnego wynagrodzenia dotyczące agregatu, jakim jest wynagrodzenie w ochronie zdrowia i opiece społecznej, pragnę zwrócić uwagę na następujące aspekty.

Przede wszystkim należy pamiętać o różnicach w wynagrodzeniach w ochronie zdrowia oraz w opiece społecznej. Główny Urząd Statystyczny w opracowaniu „Struktura wynagrodzeń wg zawodów w październiku 2006” podaje następujące przeciętne wynagrodzenia dla wyróżnionych grup zawodowych: (a) specjaliści w ochronie zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych) - 3938,54 zł; (b) pielęgniarki i położne - 2242,46 zł; (c) średni personel ochrony zdrowia - 2001,49 zł oraz (d) pracownicy pomocy społecznej i pracownicy socjalni - 1987,33 zł. Wyżej wymienione przeciętne dotyczą grup zawodów, a nie miejsca pracy. Nie można wykluczyć, że dotyczą one także pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej. Jednak można szacować, że wynagrodzenia w pomocy społecznej są o 25% - 30% niższe niż w ochronie zdrowia. Ponadto wynagrodzenia te są regulowane w dużej mierze przez regulacje ogólnopolskie, gdyż dotyczą sfery budżetowej („siatka” płac), w przeciwieństwie do wynagrodzeń w ochronie zdrowia, które są w dużej mierze konsekwencją kontraktów zawieranych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a poszczególnymi świadczeniodawcami.

Należy brać pod uwagę również różnice w strukturze zatrudnienia w poszczególnych województwach. Porównując dane z opracowania GUS „Pracujący w gospodarce narodowej w 2006 r.” i danych zbiorczych z formularza MPiPS-03 opublikowanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej można stwierdzić, że udział zatrudnienia w pomocy społecznej w agregacie „ochrona zdrowia i pomoc społeczna” jest różny w różnych województwach. A zatem w różnym stopniu w poszczególnych województwach zatrudnienie i wynagrodzenia w opiece społecznej wpływają na przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sekcji „ochrona zdrowia i opieka społeczna”.

Złożenie dwóch wymienionych czynników może doprowadzić do wypaczonego obrazu w zakresie wynagrodzeń w ochronie zdrowia.

Jedynie wskaźniki dotyczące systemu opieki zdrowotnej byłyby w największym stopniu poprawne dla odzwierciedlenia ww. wskaźnika wymienionego w ustawie. Nie są one jednak publikowane w standardowych opracowaniach Głównego Urzędu Statystycznego.

Pragnę jednocześnie poinformować, iż jednym z priorytetów Rządu w dziedzinie ochrony zdrowia, co zostało przedstawione zarówno w exposé Prezesa Rady Ministrów, jak również w „Informacji Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce”, jest decentralizacja i demonopolizacja instytucji płatnika w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W Ministerstwie Zdrowia trwają obecnie uzgodnienia projektu dotyczącego przedmiotowego zagadnienia. Wraz z wejściem w życie projektowanych rozwiązań możliwe byłoby też inne uregulowanie kwestii przedmiotowego podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy płatników.

Natomiast odnosząc się do poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na terenie działania Podlaskiego OW NFZ, uprzejmie informuję, że w wyniku dokonanych w czerwcu br. oraz planowanych w najbliższym czasie zmian planu finansowego NFZ Podlaski OW NFZ otrzyma dodatkowe środki na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w łącznej wysokości ok. 120 mln zł.

L
Kowalska
Ewa Kowalska