



„BIAŁY SZCZYT” W OCHRONIE ZDROWIA

PODSUMOWANIE PRAC ZESPOŁÓW ROBOCZYCH POWOŁANYCH W RAMACH „BIAŁEGO SZCZYTU” W OCHRONIE ZDROWIA

W poprzedniej „Kronice związkowej” informowaliśmy, że w celu usprawnienia debaty w ramach „Białego szczytu” zostały powołane cztery zespoły robocze. W skład każdego z zespołów wchodzi od 50 do 70 reprezentantów różnych środowisk: związków zawodowych, samorządów zawodów medycznych, samorządu terytorialnego, pracodawców, związków branżowych.

O wynikach prac w Zespole Roboczym ds. zmian organizacyjnych w obszarze zakładów opieki zdrowotnej informowaliśmy w poprzedniej „konice”,

W obecnym numerze „Kroniki związkowej” publikujemy wyniki prac kolejnych dwóch zespołów. (rg)

ZESPÓŁ ROBOCZY DO SPRAW PRAW PACJENTA POWOŁANY W RAMACH „BIAŁEGO SZCZYTU” W OCHRONIE ZDROWIA

Zgodnie z decyzją podjętą na pierwszym posiedzeniu Komitetu Sterującego w dniu 29 stycznia 2008 r. w sprawie zakresu tematycznego stanowiącego podstawę prac poszczególnych zespołów roboczych powołanych w ramach „Białego szczytu” – zaproponowano, aby **tematyka zespołu roboczego do spraw Praw Pacjenta** obejmowała „zagadnienia tematyczne dotyczące obszaru praw i obowiązków pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz zasady funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta, a także problematykę praktyk naruszających prawa pacjenta”.

Praca zespołu roboczego koncentrowała się głównie wokół poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, przekazanego do konsultacji społecznych. Strona rządowa uczestnicząca w obradach wskazała, iż wiodące cele, wokół których powinna skupiać się praca zespołu dotyczą:

- wypracowania katalogu najważniejszych kwestii do ustawowego uregulowania w zakresie problematyki związanej z prawami pacjenta
- uzupełnienia wyżej wymienionej problematyki o kwestie, które nie zostały uwzględnione w projekcie ustawy.

Uzgodniono, że w początkowej części prac zespół zajmie się **identyfikacją ogólnych problemów, które związane są z prawami pacjenta i ustaleniem, jakie dodatkowe istotne prawa pacjenta powinny zostać ustawowo uregulowane.**

Po wielogodzinnej dyskusji, w końcowej części pierwszego spotkania **członkowie zespołu, w trybie głosowania przyjęli następujące ustalenia:**

- ustawa o prawach pacjenta jest potrzebna i należy ją uchwalić, z założeniem, iż ustawa ma służyć pacjentom,
- ustawa powinna uwzględnić wszystkie uzgodnione przez zespół wnioski,
- oprócz praw pacjentów - należy określić również i obowiązki pacjentów,
- pacjent powinien mieć prawo do ochrony informacji genetycznej,
- nie należy zapisywać prawa pacjenta do wyrażenia woli co do leczenia obowiązującej w przypadku utraty przez pacjenta możliwości decydowania.

Na kolejnych posiedzeniach wspólnie rozważano:

- czy potrzebny jest urząd Rzecznika Praw Pacjenta (RPP)?
- czy Rzecznik powinien występować jako strona w sądach?
- czy Rzecznik powinien mieć uprawnienie do wymierzania kar?
- czy pacjent powinien mieć prawo do odszkodowania za zły wynik leczenia bez konieczności dowodzenia winy?
- czy ustawa powinna pomijać obowiązki płatnika i władzy publicznej?

Spierano się także o **zakres zadań nałożonych na Rzecznika Praw Pacjenta.** Wyrażano wątpliwości co do zasadności powoływania i funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta w kształcie proponowanym w projekcie ustawy jak też jego rolą jako oskarżyciela posiłkowego w sprawach karnych lub wszczynanie postępowań cywilnych. Zgłoszono propozycję pozostawienia Biura Rzecznika Praw Pacjenta jako organu nadzorującego rzeczników funkcjonujących w zakładach opieki zdrowotnej lub w strukturach Narodowego Funduszu Zdrowia Wskazano na potrzebę określenia wymagań, jakie powinna spełniać osoba powołana na stanowisko Rzecznika.

Bardzo długo dyskutowano na temat zakresu praw pacjenta, część zebranych wypowiedziała się za określeniem tylko tych praw, które nie budzą trudności interpretacyjnych. Inni uczestnicy proponowali wskazanie ogólnych praw, przy jednoczesnym określeniu sposobu gwarantującego ich realizację. Zgłoszono postulat objęcia regulacją projektowanej ustawy zagadnienia dotyczącego **prawa do ochrony informacji genetycznej.** Zgłoszono postulat rozważenia możliwości **wprowadzenia instytucji odszkodo-**

wania dla pacjenta za zły wynik leczenia bez orzekania o winie. Zaproponowano szerszą promocję edukacji zdrowotnej. Zaproponowano nowe brzmienie tytułu ustawy: o prawach pacjenta i o Rzeczniku Praw Pacjenta. Wskazano na potrzebę umieszczenia w ustawie tzw. słowniczka, w którym sprecyzowane zostałyby określenia zawarte w ustawie. Zaproponowano, by ustawę uzupełnić preambułą, w której podkreśli się, że **pacjent jest obowiązany do stosownej dbałości o własne zdrowie**. W trakcie dyskusji nad dalszymi przepisami projektu ustawy **odrzucono propozycję, aby prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy uzależnić od ich dostępności w danym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych**. Zaakceptowano zapis o prawie pacjenta do wskazania mu przez lekarza realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego podmiotu/lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych, gdy lekarz odstępuje od leczenia. Zaproponowano też dodanie przepisu, iż **pacjent ma prawo do ogólnodostępnej informacji o programach promocji zdrowia i programach profilaktyki zdrowotnej dostępnych w ramach finansowania ze środków publicznych**. Na tym zakończono prace zespołu roboczego.

**ZESPÓŁ ROBOCZY
DO SPRAW FINANSOWANIA SYSTEMU
OCHRONY ZDROWIA ORAZ UBEZPIECZEŃ
DOBROWOLNYCH
POWOŁANY W RAMACH „BIAŁEGO SZCZYTU”
W OCHRONIE ZDROWIA**

Zgodnie z decyzją podjętą na pierwszym posiedzeniu Komitetu Sterującego w dniu 29 stycznia 2008 r. w sprawie zakresu tematycznego stanowiącego podstawę prac poszczególnych zespołów roboczych powołanych w ramach „Białego szczytu” – zaproponowano, aby **celem zespołu roboczego do spraw finansowania systemu ochrony zdrowia oraz ubezpieczeń dobrowolnych było „zdefiniowanie propozycji partnerów społecznych - w jaki sposób i w jakim przedziale czasowym należy rozwiązać problemy finansowania systemu ochrony zdrowia. Ustalono, iż obszar prac tego zespołu powinien również obejmować oczekiwania i propozycje strony społecznej związane z propozycją wprowadzenia, jako dodatkowego źródła finansowania systemu dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Uwagi przedstawione przez stronę społeczną w tym zakresie byłyby z jednej strony pomocne w planowaniu i wdrażaniu szczegółowych rozwiązań systemu, a z drugiej strony pozwoliłyby na identyfikację tych rozwiązań, które zdaniem strony społecznej są kluczowe z punktu widzenia docelowego systemu dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego”**.

Dyskusja członków zespołu toczyła się zarówno wokół poselskiego projektu ustawy o dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych, jak też szeroko rozumianej problematyki różnych modeli finansowania systemu ochrony zdrowia. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia przedstawili propozycje zagadnień do omówienia oraz zaprezentowali główne założenia projektu ustawy o dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Poruszane obszary problemowe podzielono na dwie grupy zagadnień:

Finansowanie w ochronie zdrowia - poruszono szereg kwestii z tym związanych, takich jak: „uszczelnienie” systemu; algorytm podziału środków na oddziały wojewódzkie NFZ zgodnie z zasadą solidaryzmu; wprowadzenie możliwości opłat za świadczenia ponadstandardowe; możliwość wprowadzenia

zerowej stawki VAT na usługi medyczne, leki i wyroby medyczne; zasady tworzenia koszyka świadczeń oraz pełnej wyceny procedur medycznych; podział NFZ; możliwości wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej dodatkowych środków publicznych m.in. z Funduszu Pracy, czy z ewentualnego zwiększenia składki zdrowotnej. Zebrani zwracali również uwagę na konieczność uwzględnienia inflacji, amortyzacji i wzrostu ustawowych wynagrodzeń przy finansowaniu świadczeń przez NFZ.

Dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – wskazywano na konieczność: ustawowego uregulowania kwestii podziału NFZ; określenie koszyków świadczeń gwarantowanych i niegwarantowanych; uregulowanie przekształceń własnościowych i równości sektorów publicznego i niepublicznego; określenia ryzyka ubezpieczenia; określenia zakresu świadczeń objętych ubezpieczeniami dobrowolnymi oraz sposobach kalkulacji składki.

W czasie posiedzeń zespołu przedstawiciele Polskiej Izby Ubezpieczeń oraz Konfederacji Pracodawców Polskich zaprezentowali projekty ubezpieczeń dodatkowych. W dalszej dyskusji uczestnicy generalnie poparli idee dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, **podkreślając konieczność dopracowania poszczególnych rozwiązań. Poparta została także konieczność dofinansowania systemu ochrony zdrowia do poziomu min. 6% PKB ze środków publicznych**. Dyskusyjną sprawą pozostawał natomiast czas dochodzenia do takiego poziomu oraz źródła dodatkowego finansowania. **Przedstawiciele rządu zgodzili się co do konieczności dofinansowania systemu**, stawiając jako cel wzrost poziomu środków publicznych do wysokości 6% PKB, jednocześnie **wskazując na możliwości dofinansowania systemu przez przejęcie finansowania przez budżet całego ratownictwa medycznego wraz z SOR, podniesienie składki w odpowiednim czasie i zastosowanie ulg podatkowych oraz utworzenie systemu ubezpieczeń dobrowolnych**.

Akcentowano, iż przed planowanym wzrostem nakładów musi nastąpić „uszczelnienie” systemu. Pytano również o korzyści, jakie winien uzyskać podstawowy beneficjent systemu – **pacjent**. Wskazano, że dodatkowe środki w systemie, zrównanie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, restrukturyzacja i zmiana zarządzania szpitalami powinny wpłynąć na wyższą jakość świadczeń, większą ich dostępność oraz większe bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

W trakcie dalszych obrad poruszono wybrane zagadnienia: *koszyka świadczeń* (wycena procedur i standardy ich wykorzystania), a w przypadku świadczeń gwarantowanych - konieczność umieszczenia wszystkich procedur ratujących życie i zdrowie; *podziału NFZ na fundusze ponadregionalne i włączenie do systemu płatników niepublicznych* (ubezpieczycieli prywatnych).

Do wszystkich ww. zagadnień członkowie zespołu wnosili szereg uwag i zdań odrębnych. W czasie obrad zespołu wiceminister Andrzej Włodarczyk przedstawił także **informacje dotyczące zasad opracowania tzw. koszyka niegwarantowanych świadczeń medycznych, informując, że „koszyk” zostanie przedstawiony do końca czerwca 2008 r.** wraz z ustawą wprowadzającą – data jego wejścia w życie to początek 2009 r. „Koszyk” będzie raz w roku uzupełniany. Zapewnił także, że w koszyku świadczeń gwarantowanych znajdują się wszystkie procedury ratujące życie i zdrowie.

Na ostatnim spotkaniu zespołu **przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych zaprezentował metodologię tworzenia koszyków świadczeń**. W dalszej części uczestnicy zespołu dyskutowali nad wszystkimi zagadnieniami przedstawionym przez resort zdrowia w zakresie tematyki będącej przedmiotem prac zespołu.