

**REKOMENDACJE
KONFERENCJI „BIAŁEGO SZCZYTU”
z dnia 17 marca 2008 r.**

I. Zasady systemu ochrony zdrowia

1. Pacjent znajduje się w centrum systemu ochrony zdrowia; bezpieczeństwo pacjenta jest podstawowym priorytetem reformy i zasadniczym celem dalszych prac ustawodawczych.
2. Konieczne jest uczynienie z reformy ochrony zdrowia jednego z głównych kierunków polityki społecznej państwa.
3. Należy stworzyć transparentne zasady obowiązujące w systemie ochrony zdrowia. Realizacją tego zadania będzie m. in. wprowadzenie jednakowych reguł postępowania wobec sektora publicznego i prywatnego.
4. Niezbędne jest zbudowanie mocnych podstaw finansowych systemu ochrony zdrowia. Jest to warunek prawidłowego funkcjonowania systemu, dostępności i jakości udzielanych świadczeń oraz zapewnienia godziwych warunków pracy i płacy jego pracownikom.
5. Warunkami prawidłowego funkcjonowania systemu są także precyzyjne określenie zakresu gwarancji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz opracowanie zgodnych z zasadami gospodarki i ekonomii form organizacji i zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.

II. Biały szczyt w pierwszej kolejności objął swoją analizą cztery obszary tematyczne konieczne do realizacji celów określonych w punkcie pierwszym obejmujące:

1. Status zakładów opieki zdrowotnej.
2. Finanse i ubezpieczenia.
3. Prawa pacjenta.
4. Pracowników służby zdrowia.

1. Status zakładów opieki zdrowotnej

Przekształcenia własnościowe

Dominujący pogląd wyrażony w dyskusji wskazywał, iż formy organizacyjne publicznych zoz nie przystają do obecnych realiów i wyczerpały swoje możliwości. Zdecydowana większość uczestników widzi konieczność umożliwienia przekształcania publicznych zoz w spółki prawa handlowego. Przyszła regulacja ustawowa powinna wyraźnie określać ramy prawno-organizacyjne przekształceń. Wyrażono przekonanie, że przepisy prawa powinny zapewniać, aby prowadzenie publicznych zoz przez spółki prawa handlowego nie pozostawało w sprzeczności z podstawową misją zakładów opieki zdrowotnej.

Restrukturyzacja zadłużenia

Warunkiem przekształceń własnościowych publicznych zoz jest systemowe rozwiązanie problemu zadłużenia sp zoz.

Przenoszenie własności sp zoz na szczebel wojewódzki

Wyrażono powszechną zgodę co do tego, że nie należy wprowadzać obowiązkowego przekazania szpitali powiatowych marszałkom województw.

Równość podmiotów publicznych i niepublicznych

Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej powinno przebiegać na tych samych zasadach bez względu na formę własności świadczeniodawców. Docelowo, zasadą powinno być zastąpienie konkursu ofert dopuszczeniem do udzielania świadczeń wszystkich świadczeniodawców spełniających określone prawem wymagania i przyznanie pacjentowi prawa do swobodnego wyboru miejsca leczenia (środki od płatnika podążałyby za pacjentem). Już dziś uczestnicy „Białego szczytu” widzą możliwość rozszerzenia listy świadczeń opieki zdrowotnej, które nie są limitowane.

2. Finanse i ubezpieczenia

Dopłaty do świadczeń

W celu racjonalizacji zachowań pacjentów i świadczeniodawców wymagane jest wprowadzenie niewielkiej odpłatności przynajmniej za część zdrowotnych świadczeń gwarantowanych oraz za świadczenia towarzyszące (m.in. koszty zakwaterowania i wyżywienia pacjentów). Jednocześnie należy stworzyć system pomocy finansowej osobom, dla których dopłaty mogłyby stanowić barierę dostępu do świadczeń. Rozwiązanie to pozwoli również na dopływ dodatkowych środków finansowych do systemu.

Sprzedaż świadczeń w ramach „wolnych mocy”

Publiczne i niepubliczne podmioty opieki zdrowotnej powinny mieć równe prawo wolnej sprzedaży świadczeń. Nie może to naruszać praw osób korzystających ze świadczeń gwarantowanych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Koszty świadczeń gwarantowanych

W celu ustalenia zakresu i warunków udzielania świadczeń niezbędne jest jak najszybsze określenie kryteriów kwalifikowania świadczeń oraz ich standardu (w tym maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania), a następnie stworzenie wykazów świadczeń bezpłatnych, częściowo odpłatnych i odpłatnych, a także opisanie gwarantowanych warunków ich wykonywania. Wymaga to w pierwszym rzędzie określenia kryteriów kwalifikacji świadczeń z uwzględnieniem aspektów społecznych, medycznych i możliwości finansowych systemu. Zdaniem uczestników obrad prace w tym zakresie powinny się zakończyć się w terminie do końca czerwca 2008 r.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne

System prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może przybierać kształt zarówno ubezpieczeń dodatkowych - komplementarnych w stosunku do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (obejmujące to, co nie jest zagwarantowane w jego ramach), jak i ubezpieczeń alternatywnych dla ubezpieczenia powszechnego w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Docelowo, uczestnicy widzą potrzebę budowania takiego systemu który pozwalałby na przejmowanie zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez konkurujących ubezpieczycieli publicznych i niepublicznych z zachowaniem zasady solidaryzmu społecznego.

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne powinny obejmować finansowanie świadczeń spoza zakresu gwarantowanego oraz ponadstandardowe (w tym udzielanie świadczeń w czasie krótszym niż zagwarantowany), a zatem powinny mieć charakter komplementarny. Nie może to wpływać na sytuację osób korzystających wyłącznie z zakresu gwarantowanego powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Dodatkowe ubezpieczenia nie powinny obejmować swoim zakresem tego, co jest już zagwarantowane przez płatnika publicznego, ani prowadzić do zrzekania się uprawnień nabytych w ramach obowiązkowo opłacanego ubezpieczenia.

Ubezpieczenie zdrowotne rolników

Rolnicy powinni płacić składkę tak jak inni obywatele. Dopóki składki za nich opłacane są ze środków budżetu państwa, nie ma żadnego uzasadnienia, aby były one średnio niższe od płaconej przez obywateli za siebie. Wszyscy powinni uczestniczyć w tworzeniu funduszu ubezpieczenia zdrowotnego na takich samych zasadach. Budżet państwa powinien pokrywać

składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne jedynie za te osoby, które nie mają możliwości samodzielnego opłacania składek.

Rejestrowanie zdarzeń medycznych

Istnieje konieczność wprowadzenia przejrzystego systemu elektronicznej ewidencji zachorowań i rejestracji świadczeń zdrowotnych z jednoczesnym zachowaniem zasady szczególnego poszanowania ochrony danych medycznych obywateli.

3. Prawa pacjenta

Rzecznik praw pacjenta

Wobec istniejących wielu instytucji stojących na straży praw pacjentów należy uporządkować ten stan rzeczy poprzez wyodrębnienie niezależnej instytucji Rzecznika Praw Pacjenta. Ochrona praw pacjentów powinna być przedmiotem stałego monitoringu prowadzonego przez rzecznika praw pacjenta funkcjonującego w ramach urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich w systemowym kontakcie z organizacjami pacjentów. Należy rozważyć możliwość zasięgnięcia opinii w sprawie obsadzenia funkcji rzecznika praw pacjenta u organizacji zrzeszających pacjentów. Istnieje potrzeba instytucjonalizacji ochrony praw pacjenta obejmującej zarówno monitorowanie sytuacji pacjenta w systemie ochrony zdrowia, reprezentację pacjenta przed organami władzy publicznej, jak i występowanie do władz publicznych w sprawach systemowych rozwiązań poprawiających ochronę i egzekwowanie praw pacjenta.

„Biały szczyt” rozważał dwa warianty instytucjonalizacji ochrony praw pacjenta: w drodze utworzenia autonomicznego urzędu Rzecznika Praw Pacjenta oraz w drodze wzmocnienia aktywności Rzecznika Praw Obywatelskich w tej sferze.

Podstawowe prawo pacjentów

Podstawowe prawa pacjenta wymagają jasnej wyraźnej i jednoznacznej regulacji normatywnej. Dodatkowej regulacji wymaga przyznanie pacjentom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych prawa do postępowania medycznego uzależnionego wyłącznie od stanu ich zdrowia. Wymaga to przedstawienia precyzyjnie określonego według przejrzystych kryteriów i zasad tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych.

Prawo do informacji

Korzystając z coraz lepszych możliwości elektronicznej prezentacji informacji należy zapewnić pacjentom dostęp do informacji o świadczeniodawcach i świadczeniach udzielanych w systemie.

Inne prawa pacjentów

W związku z postępem nauk medycznych i zwiększającą się świadomością społeczną istnieje

konieczność wszczęcia publicznej debaty na temat nowych gwarancji dotyczących praw pacjentów.

3. Pracownicy służby zdrowia

Gwarancje wynagrodzeń pracowników medycznych

Wynagrodzenia personelu medycznego gwarantujące realizację postulatu systematycznego wzrostu płac powinny odzwierciedlać uzasadnione koszty procedur medycznych i stanowić jedną z podstaw koszyka świadczeń gwarantowanych, a w konsekwencji wysokości kontraktów zawieranych ze świadczeniodawcami. Powinna powstać ustawowa regulacja gwarantująca stopniowo wzrastające w ciągu 2 lat minimalne wynagrodzenia pracowników medycznych. Gwarancje minimalnych wynagrodzeń powinny obejmować cały sektor ochrony zdrowia.

Jedno miejsce zatrudnienia

W obecnej sytuacji nie należy ograniczać możliwości pracy pracowników medycznych do jednego miejsca. Byłoby to niesprawiedliwe w stosunku do nich oraz groźne dla pacjentów. Nie oznacza to jednak możliwości stosowania ograniczeń wynikających z zasady unikania działalności konkurencyjnej w umowach zawieranych przez pracowników z placówkami opieki zdrowotnej.

Czas pracy pracowników medycznych

Kwestie czasu pracy i dyżurowania powinny być uregulowane w zgodzie z przepisami dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy oraz orzeczeniami Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w tej sprawie.

III. Konieczność zwiększania publicznych nakładów na ochronę zdrowia

Uczestnicy konferencji, widząc konieczność przeprowadzenia wymienionych, a także innych zmian poprawiających efektywność systemu ochrony zdrowia, stwierdzają jednocześnie, że nowoczesny system nie może funkcjonować normalnie, jeśli poziom nakładów publicznych na ochronę zdrowia jest poniżej 6% produktu krajowego brutto. W związku z tym istnieje konieczność przedstawienia drogi dojścia do takich nakładów przede wszystkim poprzez stopniowy wzrost wymiaru składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne odliczanej w całości od podatku dochodowego. Bez spełnienia tego warunku szybka poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, równowagi finansowej placówek opieki zdrowotnej i całego systemu oraz spokoju społecznego w sektorze ochrony zdrowia nie jest możliwe.