

STANOWISKO
KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH
DO PROPONOWANYCH TEMATÓW PRZEZ KOMITET STERUJĄCY
"BIAŁYM SZCZYTEM", W KWESTIACH DOTYCZĄCYCH
ORGANIZACJI, STRUKTURY I FUNKCJONOWANIA ORAZ
UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PACJENTOM PRZEZ
JEDNOSTKI SŁUŻBY ZDROWIA

Krajowa Rada diagnostów Laboratoryjnych podnosi po raz kolejny brak systemowego podejścia do analizy niewydolności systemu opieki zdrowotnej RP, bowiem struktura organizacyjna i funkcjonowanie obecnej służby zdrowia jest sztywna i niereformowalna.

Gdyby system ochrony zdrowia był elastyczny, adaptowałby się na ten czas do zmieniających się warunków gospodarczych w kraju i oczekiwań społecznych.

Tak jak nie należy wlewać się do dziurawych naczyń płynu, za stanowiskiem Pana Premiera D. Tuska, tak też nie można włożyć obecnych projektów ustaw i pomysłów tych do realizacji, by dokonać sanacji struktur Służby Zdrowia. Dodatkowe ubezpieczenia: dobrowolne i suplementarne, wprowadzające dodatkowe finanse nie zagwarantują społeczeństwu obecnie sprawnej opieki zdrowotnej.

Trudno będzie przekonywać społeczeństwo o spodziewanych sukcesach i poprawie opieki zdrowotnej, która miałaby nastąpić, gdy system organizacji, zarządzania finansami służby zdrowia pozostawałby w tych samych rękach.

W projekcie ustaw: o świadczeniach zdrowotnych i organizacji służby zdrowia, należy wyodrębnić świadczenie i świadczeniodawców z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, tak w znaczeniu prawnym, jako podmiotu umów i kontraktów z płatnikiem, jak i fizycznym- gwarantujący pacjentowi przysługujące prawo w jakimś przedziale czasu do badania w MLD, które pozwoli mu ocenić na podstawie wyników tych badań stan swego zdrowia, bądź też w ramach profilaktycznego postępowania wcześniej rozpoznać stan zagrożenia dla zdrowia i życia; - natomiast w przedziale wiekowym "dzieci i młodzieży" od 10 do 25 roku życia należy proponować badania populacyjne, nastawione na rozpoznanie wszelakich uzależnień.

W przedkładanych projektach ustaw należy określić warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, w których będą opisane podmiot i miejsce w jakich mogą być świadczone usługi medyczne.

Usługi medyczne, czyli świadczenia zdrowotne powinny być zdefiniowane nie negatywnie lecz pozytywnie, tak w zakresie jak i rodzaju, posiadać muszą posiadać odpowiedni standard, mające właściwe sobie kategorie jakości oraz obligatoryjnie charakter postępowania medycznego, rozpisany i szacowany kosztami na każdym poziomie usługi medycznej.

Wszelkie usługi medyczne udzielane pacjentowi, winny znaleźć się w rejestrze wpisanym do ewidencji świadczeń udzielanych danemu pacjentowi.

Te same świadczenia zdrowotne udzielane temu samemu pacjentowi, nie będą wielokrotnie rozliczane ze środków publicznych.

Dopuszczenie ewentualnych towarzystw ubezpieczeniowych możliwe byłoby, gdyby nie stawały się one tylko podmiotami mającymi przed sobą cel finansowy, ponieważ każda odwrotna teza będzie demagogiczna, szczególnie kiedy wśród argumentów tych towarzystw pojawia się przekonanie, iż w takich programach ubezpieczeniowych zetknie się interes pacjenta i ubezpieczyciela.

Dobrowolne, dodatkowe ubezpieczenia miałyby rację bytu, gdyby obok roztaczanej wizji łatwiejszego i pełniejszego dostępu do świadczeń zdrowotnych znalazły się zachęty kierowane do pacjenta/klienta, których podstawowym motywem troski o własne zdrowie był nie tylko lęk przed chorobą i stąd dodatkowe ubezpieczenie, lecz także możliwość zwrotu części składki zapłaconej na dodatkowe ubezpieczenie z roku nieskonsumowanego świadczenia zdrowotnego, bądź przepisanie tej składki na przyszłe okresy ubezpieczeń, lub też na poczet ewentualnych świadczeń wysokoreferencyjnych, czy też o wyższym standardzie pobytu w jednostkach świadczących usługi z prawem do zwrotu składki w sytuacji jej niewykorzystania a będących wynikiem starań indywidualnej troski o zdrowie ubezpieczającego się.

Tym sposobem możliwe będzie uruchomienie szerokiego programu profilaktyki - troski o własne zdrowie nagradzanej po każdym roku rozliczeń z ubezpieczycielem zwrotem części zapłaconej składki na dobrowolne ubezpieczenie.

W kwestii przyznania prywatnym spółkom bądź podmiotom możliwości zarządzania finansami pochodzącymi z publicznych środków i dobrowolnych składek ubezpieczeniowych stanowisko Krajowej Rady jest ambiwalentne, ponieważ zarówno państwowy jak i prywatny nadzór dotąd nie gwarantował pewności, poza pewnym kredytem zaufania pokładanym, iż będą prowadzone rzetelnie i z społecznym pożytkiem.

Koncepcja koszyka gwarantowanego i niegwarantowanego, czy koszyka podstawowego kłóci się i przeczy filozofii, na której oparty jest system świadczeń zdrowotnych RP tj. solidaryzmu społecznego.

W świadomości społecznej nie przebija się nutka pełnej aprobaty dla propozycji zawartej w projektach ustawy o koszyku świadczeń zdrowotnych.

Głęboka pauperyzacja społeczeństwa dokonana, raz w ramach nacjonalizacji znaczących własności i mienia prywatnego, a po wtóre prywatyzacji znacjonalizowanej własności prowadzonej w sposób nieprogramowy i bez pełnej aprobaty społeczeństwa i bez udziału obywateli, stwarzają nieprzychylny klimat dla reglamentowania świadczeń zdrowotnych tak w zakresie dostępu, jak i jakości i rodzaju świadczeń.

Obecnie ten projekt jest przedwczesny a równość konstytucyjna zmierzać miała do wyrównania istniejącej nierówności fizycznej i społecznej, które są faktem niezaprzeczalnym. Wprowadzenie tak z ustawy dobrowolnych ubezpieczeń, jak i z propozycji Polskiej Izby Ubezpieczeń, czy też pracowniczych ubezpieczeń zdrowotnych (tzw. abonamentowych różnicować będzie jeszcze bardziej i dyskutować tę część społeczeństwa, na której wspiera się ciężar utrzymania państwa i systemu opieki zdrowotnej.

Dotychczasowy system opieki zdrowotnej jest niespójny, różnicujący społeczeństwo w sposób niejasny, i dowartościowuje tę część społeczeństwa, która niekoniecznie ma wysoki udział w wytwarzaniu PKB

Pacjent winien mieć swoje prawa, winien mieć narzędzia obrony swych praw i winien mieć pewność, że świadczenia, które otrzyma będą na poziomie medycyny XXI wieku z zachowaniem wszystkich jej standardów i możliwości technologicznych, oraz komfortu psychicznego i materialnego.

Prezes KRDL
(-) Henryk Owczarek