

LISTA KONTROLNA

do oceny projektów zmian w opiece zdrowotnej

Lista kontrolna - czyli lista spraw i kwestii, które powinny być sprawdzone zanim ustawy, rozporządzenia i wszelkie zmiany w opiece zdrowotnej zostaną wprowadzone w życie - może być użytecznym narzędziem ułatwiającym ocenę projektów zmian i ewentualnych skutków ich wprowadzenia.

Dotychczas, w kilkunastoletniej historii reformowania opieki zdrowotnej w Polsce, nie stosowano takich narzędzi. Utrudniało to publiczną ocenę możliwych skutków zmian jeszcze przed ich wprowadzeniem. Nie ułatwiało także pełnej realizacji zasady przejrzystości życia publicznego. Zgodnie z tą zasadą praktyczne środki realizacji reformy opieki zdrowotnej powinny być poprzedzone otwartą publiczną debatą i pełnym poinformowaniem. Tworzenie list kontrolnych i związana z nimi debata będzie temu sprzyjać.

Lekarska Grupa Robocza działająca przy Programie Przeciw Korupcji Fundacji Batorego opracowała propozycję przykładowej listy kontrolnej w formie pytań zogniskowanych na kwestiach, które wiążą się ze zjawiskami korupcyjnymi. Przygotowane pytania nie obejmują przeglądu wszystkich istotnych problemów reformy opieki zdrowotnej. Uwzględniają one przede wszystkim perspektywę zgodną z głównym obszarem zainteresowań Grupy. Lista ta w żaden sposób nie może traktowana jako wyczerpująca. Celem Grupy jest zainicjowanie stosowania tego instrumentu w ocenie projektów reformy opieki zdrowotnej.

Zamiarem Grupy było sformułowanie pytań w sposób jasny i czytelny. Ich treść odnosi się do konkretnych spraw i rozwiązań co powinno ułatwiać ocenę. Dla ułatwienia w pytaniach użyto czasu teraźniejszego. Ponieważ nie jest dzisiaj znana nazwa nowej (lub nowych) instytucji, która zastąpi Narodowy Fundusz Zdrowia przyjęto w pytaniach określenie „Fundusz”.

1. Informacje dla obywateli:

- 1.1. Czy są publicznie dostępne **plany zdrowotne i finansowe** oraz projekty tych planów?
- 1.2. Czy Fundusz (oraz oddziały regionalne Funduszu) publicznie udostępnia **sprawozdanie roczne** ze swojej działalności, włączając w to sprawozdanie finansowe?
- 1.3. Czy są publicznie dostępne informacje o **szczegółowych warunkach umów** zawieranych przez Fundusz ze świadczeniodawcami, w tym o **stawkach i taryfach** stanowiących podstawę rozliczeń?
- 1.4. Czy regionalny oddział Funduszu publikuje **coroczny raport o działalności szpitali, opieki specjalistycznej i pogotowia ratunkowego** z obszaru jego działania, w tym zawierający informacje o stopniu osiągnięcia powszechnie ustalonych standardów, o zdarzeniach niepożądanych, umieralności itp?
- 1.5. Czy szpitale, większe placówki opieki specjalistycznej, pogotowie ratunkowe są zobowiązane do **publikowania szczegółowych corocznych raportów** dotyczących ich działalności medycznej oraz sprawozdań finansowych, zawierających m. in. informacje o stopniu osiągnięcia powszechnie ustalonych standardów, o zdarzeniach niepożądanych, umieralności itp.?

- 1.6. Czy regionalny oddział Funduszu ogłasza co miesiąc (lub częściej w niektórych przypadkach - np. chorób nowotworowych co 2 tygodnie) **czas oczekiwania i liczbę oczekujących** na poszczególne usługi zdrowotne finansowane ze środków publicznych, udzielane w trybie planowym?
- 1.7. Czy każdy zainteresowany może otrzymać szczegółową pisemną **informację o lokalnej opiece zdrowotnej** finansowanej ze środków publicznych wraz z informacją o oczekiwanych standardach opieki, okresach oczekiwania na usługi zdrowotne, wykazem praktyk lekarzy rodzinnych (lekarzy POZ¹) i innych placówek POZ w jego miejscu zamieszkania (gmina, powiat) z informacją o liczbie osób objętych opieką przez każdą z tych praktyk (osób wpisanych na listę), itp.?
- 1.8. Czy każdy zainteresowany może otrzymać kopię sprawozdań, raportów i informacji, o których mowa w powyższych punktach np. za pośrednictwem **internetu** lub **zamawiając telefonicznie** pod ogólnokrajowym numerem służby informacyjnej Funduszu 0-800 ?

2. Rozpatrywanie skarg:

- 2.1. Czy wprowadzone są odpowiednie gwarancje prawne powodujące, że każda **skarga i zażalenie pacjenta** związane z usługami finansowanymi ze środków publicznych (niezależnie od tego czy usługi oferuje publiczna czy prywatna placówka) będzie sprawdzona i że odpowiedni dyrektor szczebla regionalnego Funduszu przedstawi szybką i pełną odpowiedź na piśmie, wyjaśniając również jak mogło dojść do zdarzenia w kategoriach systemowych i jakie kroki zostaną podjęte celem ograniczenia tego rodzaju nieprawidłowości?
- 2.2. Czy regionalne oddziały Funduszu publikują coroczne **raporty zawierające analizę skarg i zażaleń** wraz z informacją dotyczącą liczby i charakteru skarg dotyczących poszczególnych placówek oraz analizą systemową stwierdzanych nieprawidłowości oraz podjętych działań ich skuteczności w eliminowaniu nieprawidłowości?

3. Dostępność usług zdrowotnych:

- 3.1. Czy jest wprowadzony **jasny i zrozumiały** dla obywateli podział usług zdrowotnych na:

***usługi podstawowe** - objęte pakietem podstawowych usług zdrowotnych (tzw. koszykiem), zagwarantowane ustawowo wszystkim obywatelom, finansowane ze środków publicznych; w przypadku niektórych usług mogą być wprowadzone zryczałtowane dopłaty (współpłacenie), których wysokość nie jest związana z rzeczywistymi kosztami usług; dopłaty nie mogą stanowić bariery dostępności dla pacjentów o niskich dochodach; państwo zapewnia organizacyjne i finansowe warunki realizacji tej gwarancji;*

***usługi uzupełniające** - nie objęte pakietem podstawowym, w pełni finansowane ze środków prywatnych;*

¹ POZ – podstawowa opieka zdrowotna

- 3.2. Czy istnieją dostatecznie jasne i jednoznaczne **kryteria formalne** oraz ustalona w ustawie **procedura**, zgodnie z którymi można ustalić w przypadku konkretnego pacjenta zakres należnych mu usług podstawowych?
- 3.3. Czy istnieją ustawowe **instrumenty gwarantujące** obywatelom rzeczywisty dostęp do usług podstawowych zgodnie z ustalonymi zasadami?
- 3.4. Czy w przypadku istnienia dopłat (współpłacenie) przy korzystaniu z niektórych usług podstawowych (np. opłata hotelowo-żywnieniowa za dzień pobytu w szpitalu) funkcjonuje **system osłonowy** dla osób o niskich dochodach?
- 3.5. Czy łatwo i szybko **można zmienić swojego lekarza** rodzinnego (lekarza POZ)?
- 3.6. Czy jest zagwarantowany swobodny **wyбір szpitala** i innych placówek specjalistycznych?

np. dotychczasowa zasada limitowania usług w kontrakcie ze szpitalem, gdy szpital dysponuje zasobami (łóżka, sale operacyjne itd.) i możliwościami pozwalającymi na leczenie większej liczby pacjentów niż określa limit jest sprzeczna z zasadą swobodnego wyboru szpitala; rezultatem takiego limitowania jest zmuszanie pacjenta do leczenia się w innym niż wybrany szpitalu, który limitu nie przekroczył mimo, że w wybranym przez niego szpitalu są wolne miejsca;

- 3.7. Czy są określone **zasady wyboru lekarza** spośród lekarzy pracujących na danym oddziale szpitalnym, w tym objęcia opieką przez ordynatora?
- 3.8. Czy jest określony **maksymalny czas oczekiwania** w innych przypadkach niż w przypadkach nagłych zachorowań i wypadków, uszczegółowiony do poszczególnych dziedzin medycyny lub procedur w przypadkach, w których jest to jest uzasadnione:
 - 3.8.1. na wizytę u lekarza rodzinnego (POZ)?
 - 3.8.2. na wizytę u specjalisty?
 - 3.8.3. na wizytę u psychiatry?
 - 3.8.4. na przyjęcie do szpitala w trybie planowym?
 - 3.8.5. na leczenie choroby nowotworowej?

uwaga: maksymalny czas oczekiwania może być przekroczony w przypadku wizyty u specjalisty lub przyjęcia do szpitala, gdy pacjent wybrał bardzo popularnego lekarza lub szpital, a lekarz kierujący wyraził zgodę na dłuższe oczekiwanie kierując się wyłącznie przesłankami medycznymi

- 3.9. Czy maksymalny czas oczekiwania jest określony **w dwóch przedziałach**:
 - 3.9.1. pierwszy przedział obejmujący 90% zgłoszeń (tzn. 9 na 10 zgłoszonych pacjentów)
 - 3.9.2. drugi przedział obejmujący 100% zgłoszeń (tzn. każdy pacjent zostanie przyjęty w określonym czasie)
- 3.10. Czy są wprowadzone jasne i przejrzyste **zasady i standardy monitorowania czasu oczekiwania** na usługi zdrowotnej oraz **prowadzenia i zarządzania listami oczekujących** przez oddziały regionalne Funduszu - uniemożliwiające omijanie kolejki bez wskazań medycznych określonych w wytycznych i standardach postępowania medycznego?

- 3.11. Czy ominięcie kolejki (z wyj. sytuacji wynikających ze zmiany stanu zdrowia) pociąga za sobą konieczność pokrycia **pełnego kosztu** usługi?
- 3.12. Czy istnieją instrumenty gwarantujące, że leczenie komercyjne poza kolejką, o którym mowa wyżej nie będzie **przedłużać czasu oczekiwania** pozostałych pacjentów?

4. Organizacja i finansowanie

- 4.1. Czy plan (plany) finansowy Funduszu pozostaje pod **kontrolą Parlamentu**?
- 4.2. Czy **podział środków** na poszczególne struktury Funduszu (np. oddziały regionalne w przypadku przyjęcia struktury regionalnej) zarządzające środkami publicznymi dokonuje się według jasnych i przejrzystych zasad ustalonych ustawowo?
*np. składki pobierane są przez ZUS zgodnie z zasadą solidaryzmu, tj. proporcjonalnie do zarobków, a wartość kwoty przekazywanej przez ZUS do regionalnego oddziału Funduszu na poszczególnego ubezpieczonego jest dostosowana do indywidualnego ryzyka (wiek i płeć ubezpieczonego oraz ewentualnie inne kryteria ustawowe);
przyjęcie takiego rozwiązania wymaga wprowadzenia okresu przejściowego oraz wydzielenia w planie finansowym Funduszu środków na niektóre procedury wysokospecjalistyczne oraz placówki o zasięgu ponadregionalnym?*
- 4.3. Czy jest utworzona niezależna od Funduszu oraz świadczeniodawców instytucja (instytucje) zajmująca się:
 - 4.3.1.1. **oceną technologii medycznych**, opracowywaniem wytycznych oraz standardów medycznych,
 - 4.3.1.2. **określanie warunków**, które musi spełnić świadczeniodawca ubiegający się o dostęp do środków publicznych,
 - 4.3.1.3. **ustalaniem stawek i taryf** dla poszczególnych usług medycznych lub zakresów usług medycznych,
- 4.4. Czy funkcjonuje wydzielona podległa wojewodzie **'inspekcja medyczna'** zajmująca się kontrolą prawidłowości funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej publicznych i niepublicznych w zakresie usług medycznych? Czy raporty z przeprowadzonych kontroli są jawne i publicznie dostępne?
- 4.5. Czy zagwarantowane jest stosowanie obiektywnych kryteriów i procedur przy przeprowadzaniu **konkursów ma stanowiska kierownicze** w publicznych zakładach opieki zdrowotnej?
- 4.6. Czy są szczegółowe regulacje dotyczące zasad **współpracy placówek publicznych i prywatnych** w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, np. w ramach outsourcingu (outside resource using), w tym rozliczeń finansowych?

5. Gospodarka lekiem

- 5.1. Czy proces dopuszczania do obrotu produktów leczniczych (rejestracja) oraz ustalanie zasad refundacji są prowadzone przez dwa **odrębne centralne organy** administracji rządowej?

- 5.2. Czy zostały wprowadzone **jawne i przejrzyste procedury** ustalania list leków refundowanych oraz zasad i wielkości refundacji?
- 5.3. Jak tworzone są **komitety doradcze** w sprawie refundacji i cen urzędowych, jakie są kryteria wchodzenia w ich skład, czy informacja o tym jest jawna i publicznie dostępna?
- 5.4. Czy nazwiska ekspertów wchodzących w skład komitetów o których mowa wyżej są **jawne** i podane do publicznej wiadomości?
- 5.5. Czy w skład komitetów, o których mowa wyżej wchodzi przedstawiciele organizacji pozarządowych **reprezentujący konsumentów** (pacjentów) - nie związanych w żaden sposób ze świadczeniodawcami ani podmiotami zajmującymi się produkcją i obrotem produktów leczniczych i wyrobów medycznych?
- 5.6. Czy ktoś **monitoruje działalność komitetów**, o których mowa wyżej, czy muszą przygotowywać publicznie dostępne raporty?
- 5.7. Czy urzędowa cena detaliczna na leki refundowane ma charakter **bezwzględnie obowiązujący**, czy też dopuszczalne są odchylenia, m. in. w wyniku promocji i upustów?
- 5.8. Czy są ustalone **zasady ustalania cen** refundowanych leków generycznych (w stosunku do leków oryginalnych)?
- 5.9. Czy jest wprowadzona zasada stosowania przy przepisywaniu leku na receptę wyłącznie **'nazwy powszechnie stosowanej'** (tj. nazwy międzynarodowej zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia) w miejsce obecnej praktyki stosowania nazwy handlowej produktu leczniczego?
- 5.10. Czy apteki nie przestrzegające zasady proponowania realizującemu receptę tańszych odpowiedników leków wydawanych na podstawie recepty będą objęte określonymi w ustawie **sankcjami**?
- 5.11. Czy istnieje system **pozytywnego** motywowania aptek do proponowania tańszych odpowiedników leków?
- 5.12. Czy zagwarantowane są instrumenty prowadzące do wdrażania **wytucznych, rekomendacji i standardów** w postępowaniu lekarskim?
- 5.13. Czy wprowadza się z dniem 1 stycznia 2005 r. **monitoring ordynacji lekarskiej** obejmujący wszystkich lekarzy mających uprawnienia do wypisywania recept na leki refundowane?
 - 5.13.1. Czy każdy lekarz w określonych odstępach czasu (np. co miesiąc) otrzymuje **informację** dotyczącą jego ordynacji oraz dane porównawcze (np. przeciętna ordynacja lekarzy w tej samej dziedzinie medycynie, w określonym regionie)?
 - 5.13.2. Czy przewiduje się korzystanie przez lekarzy - zwłaszcza tych, u których odchylenia od średnich lub przyjętych standardów są istotne - z pomocy **doradcy w zakresie farmakoterapii**?
- 5.14. Czy jest utworzony jawny **'rejestr korzyści'** dla lekarzy obejmujący korzyści osiągnięte ze współpracy z producentami i dystrybutorami produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym z tytułu udziału w badaniach klinicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych (tj. nie obejmujący korzyści osiągniętych z

działalności leczniczej) na zasadach analogicznych, jak rejestr korzyści dla parlamentarzystów i osób pełniących funkcje publiczne?

5.14.1. Czy prowadzenie rejestru zostało powierzone **izbom lekarskim**?

5.14.2. Czy rejestr jest **dostępny** w sposób ciągły za pośrednictwem Internetu na zasadach analogicznych, jak w przypadku parlamentarzystów?

5.15. Czy zasada, o której mowa wyżej obejmuje odpowiednio **aptekarzy** i innych pracowników aptek?