

STANOWISKO GRUPY ROBOCZEJ d/s ETYKI w SŁUŻBIE ZDROWIA – działającej przy Programie Przeciw-Korupcji Fundacji im. Stefana Batorego

W dniu 27 sierpnia 2004 r. została poddana głosowaniu w Sejmie Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. który orzekł niezgodność niektórych przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia - z postanowieniami Ustawy zasadniczej, podjęto prace nad nadaniem przepisom nowego kształtu, które w efekcie powinny doprowadzić do wprowadzenia przejrzystych zapisów regulujących zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Grupa ds. etyki w służbie zdrowia działająca przy Programie Przeciw Korupcji Fundacji im. Stefana Batorego od kilku lat podejmuje działania zmierzające do wskazania obszarów w służbie zdrowia, które są zagrożone zjawiskami korupcji – starając się wykreować rozwiązania prawnofunkcjonalne przeciwdziałające korupcji.

W tym roku na zwołanej w dniu 22 kwietnia konferencji prasowej przedstawiliśmy dwa projekty, które w naszym odczuciu powinny posłużyć jako gotowe rozwiązania (opracowanie projektu dotyczącego regulacji prawnych i praktycznego **funkcjonowania list pacjentów oczekujących na deficytowe świadczenia zdrowotne**) oraz **listy kontrolnej** (uniwersalne narzędzie umożliwiające publiczną ocenę skutków proponowanych zmian w rozwiązaniach ustawowych jeszcze przed ich ostatecznym wprowadzeniem).

Czujemy się w obowiązku poinformować Państwa **o zagrożeniach zjawiskami korupcyjnymi**, które płyną z zapisów poddawanej właśnie głosowaniu Ustawy.

Oceny Ustawy dokonano głównie w aspekcie zagrożeń korupcją, dokonując analizy pod względem:

- 1) możliwych zagrożeń zjawiskami korupcyjnymi w ochronie zdrowia wynikających z proponowanych w Ustawie regulacji prawnych;
- 2) obszarów potencjalnych zagrożeń korupcją z uwagi na brak w Ustawie zapisów dotyczących unormowania niektórych istotnych elementów warunkujących przejrzyste funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce.

W obszarze proponowanych w Ustawie przepisów, szczególną uwagę zwrócono na zagrożenia wynikające z następujących regulacji:

1) art. 20-23 – [tworzenie i zarządzanie listami regulującymi dostęp do deficytowych świadczeń zdrowotnych]

Należy wyrazić zadowolenie, że po kilku latach „lobbyingu” na rzecz usankcjonowania *list oczekujących* znajdujemy w projekcie ustawy zapisy regulujące tą materię. Niestety zapisy te mają w naszej opinii wiele wad, które mogą spowodować, że wykonanie obowiązków z nich wynikających będzie niemożliwe, a tym samym cała idea *list oczekujących* zostanie zdyskredytowana w oczach opinii społecznej, jak stało się już wielokrotnie z innymi dobrymi pomysłami. Najważniejsze wady to:

a) pominięto możliwość wykorzystania, istniejących od 3 lat w polskim systemie prawnym, ksiąg oczekujących, które stanowią element dokumentacji medycznej, wprowadzając osobny twór w postaci *listy oczekujących*, które wydają się nie podlegać regulacjom wykonawczym dotyczącym dokumentacji medycznej. Spowoduje to zamieszanie interpretacyjne w kwestiach tworzenia i udostępniania informacji tam zawartych, doprowadzając do niepotrzebnej krytyki ze strony środowisk medycznych i ostatecznie także pacjentów.

b) nie wprowadzono elementu „kategoryzacji” pacjentów pod względem ich stanu zdrowia i odpowiedniemu w związku z tym ustalaniu terminu udzielenia świadczenia. Zamieszczono możliwość „przeskakiwania kolejki” w oparciu o „kryteria medyczne”, co jest zupełnie zrozumiałe i uzasadnione. Niestety nie skorzystano z dobrych wzorców krajów stosujących *listy oczekujących* od wielu lat (np. Australii), ograniczających dowolność ustalania kryteriów omijania kolejki.

c) zapisano koncepcję wg której listy oczekujących przekazywane są do Funduszu i przedstawiają „*planowany czas oczekiwania*” pacjenta na świadczenia; w ten sposób powstaje złudzenie, że Fundusz będzie w stanie monitorować termin zapisu na listy i termin realizacji usługi w stosunku do danej osoby. Przy tak masowym zjawisku jak przyjęcia szpitalne, a tym bardziej wizyty ambulatoryjne, jest to niemożliwe i cała idea może zostać w ten sposób skompromitowana. Naszym zdaniem należy rozróżnić „*planowany czas oczekiwania*” podawany pacjentowi i orientacyjnie przedstawiany publicznie, od „*faktycznego czasu oczekiwania*”, który jest różnicą pomiędzy datą wykonania usługi a datą wpisu na listę. Fundusz powinien gromadzić i publikować w formie zestawień statystycznych dane dotyczące zakresu „*faktycznego czasu oczekiwania*”.

d) jednoosobowy nadzór Ministra Zdrowia w kwestii określenia kolejności na liście oczekujących na zabieg wysoko specjalistyczny może być źródłem nadużyć i prowadzić do podejmowania arbitralnych decyzji opartych na pozamedycznych kryteriach. Widzimy konieczność powołania zespołu złożonego np.: z Ministra Zdrowia, Dyrektora Placówki udzielającej wysoko specjalistycznego świadczenia oraz konsultanta krajowego z danej dziedziny medycyny.

Uważamy, że istnieje konieczność sporządzenia raportu odnoszącego się do wprowadzenia zmian na liście oczekujących.

Nadmieniamy, że projekt rozwiązań w tym zakresie opracowany przez członków Grupy został przekazany do Ministerstwa Zdrowia w dniu 14 kwietnia 2004 r.

2) zapisy dotyczące zawierania umów ze świadczeniodawcami:

a) art. 135 – brak w zapisach Ustawy sankcji za nieprzestrzeganie jawności umów; tekst umowy powinien być zamieszczony także na stronie internetowej świadczeniodawcy;

b) art. 142; 147 i 148 – brak precyzyjnych kryteriów wyboru najkorzystniejszej oferty – stwarza pole do dużej swobody w tym zakresie; konieczne jest publiczne udostępnienie informacji o stawkach i taryfach stanowiących podstawę zawarcia i rozliczania umów

3) **art. 9 ust 2** – do zadań własnych gminy należy: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia świadczeniobiorców na terenie gminy – a więc w „jednych rękach” spoczywa realizacja i ocena programów zdrowotnych!

4) przepisy dotyczące kontroli dokumentacji medycznej

art. 64 pkt 4

kwestia kontroli dokumentacji medycznej co do sposobu i jakości jej prowadzenia. Możliwość zlecenia kontroli osobie zewnętrznej. Brak jednoznacznych i przejrzystych kryteriów i warunków kiedy taka sytuacja może mieć miejsce.

Ponadto wskazano obszary zagrożeń korupcją wynikające z braku unormowania następujących zagadnień:

1. Brak dostępu do informacji o szczegółowych warunkach umów zawieranych przez Fundusz ze świadczeniodawcami [stawki i taryfy stanowiące podstawę rozliczeń].

2. Konieczność wprowadzenia zapisu gwarantującego, że każda skarga pacjenta związana z usługami finansowanymi ze środków publicznych będzie sprawdzona i że odpowiedni dyrektor szczebla regionalnego Funduszu przedstawi szybką i wyczerpującą odpowiedź na piśmie [konieczność raportowania zawierającego analizę skarg i zażaleń].

Brak ogólnej informacji co do właściwego organu funduszu (centrali oraz władz terenowych) odnoszącej się do kwestii rozpatrywania skarg pacjentów. Nie ma informacji o sposobie i trybie ich rozpatrywania. Zbyt mała dostępność do informacji publicznej: zamieszczanie informacji jedynie na stronach internetowych zamyka wielu pacjentom możliwość uzyskania aktualnej informacji.

Widzimy konieczność uruchomienia bezpłatnej infolinii 0-800

3. Wprowadzenie jasnego i zrozumiałego dla obywateli podziału usług zdrowotnych na: **usługi podstawowe** (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, oraz na **usługi uzupełniające** – nie objęte pakietem podstawowym, w pełni finansowane ze środków prywatnych.

Przypominamy, że brak precyzyjnego określenia uprawnień ubezpieczonych, do jakich świadczeń mają konstytucyjnie zagwarantowane prawo w zamian za opłacaną składkę zdrowotną, było jednym z najbardziej ważkich argumentów uzasadniających orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego w sprawie zaskarżonej Ustawy (brak realizacji wymagań określonych w art. 68 ust. 2 zd 2 Konstytucji).

4. Wprowadzenie ustawowych instrumentów gwarantujących obywatelom rzeczywisty dostęp do usług podstawowych zgodnie z ustalonymi zasadami.

5. Wprowadzenie regulacji dotyczącej zasad **współpracy placówek publicznych i prywatnych** w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, np. w ramach outsourcingu (outside resource using), w tym rozliczeń finansowych.

6. Wprowadzenie **jawnych i przejrzystych procedur** ustalania list leków refundowanych oraz zasad i wielkości refundacji.

7. Wprowadzenie zasady 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.

Wszystkie kwestie omówione powyżej zostały wskazane w Liście kontrolnej jako sprawy wymagające zajęcia stanowiska w regulacji prawnej dotyczących systemu opieki zdrowotnej.

Pragniemy poinformować, że Grupa chętnie podzieli się rezultatami swoich prac - w celu ich wykorzystania dla wprowadzenia przejrzystej regulacji prawnej w zakresie ochrony zdrowia w naszym kraju.