



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Prof. dr Andrzej ZOLL

00-090 Warszawa
Al. Solidarności 77

Tel. centr. 551 77 00
Fax 827 64 53

Warszawa, 18 lipca 2002 r.

35647

RPO/414233-I/02/AA

Pan
Profesor MARIUSZ ŁAPIŃSKI
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

W związku z przekazaniem do uzgodnień projektem ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, uprzejmie informuje, co następuje:

Wprawdzie konstytucyjne i ustawowe kompetencje Rzecznika Praw Obywatelskich nie pozwalają mi na formułowanie szczegółowych opinii na temat określonych projektów aktów prawnych oraz proponowanych rozwiązań legislacyjnych, jednakże w tym wypadku czuję się upoważniony do zwrócenia uwagi na niektóre kwestie, które moim zdaniem, są ważne z punktu widzenia gwarancji ochrony wolności i praw człowieka i obywatela oraz postanowień Konstytucji RP, a także praw pacjenta. Skoncentrowanie uwagi na wybranych zagadnieniach nie może być odczytywane jako milcząca akceptacja tych rozwiązań zawartych w projekcie, co do których się nie wypowiadam.

I.

Mając na uwadze powyższe wyjaśnienia, pragnę zauważyć, że o prawie obywateli do ochrony zdrowia oraz o obowiązkach w tym zakresie władz publicznych rozstrzyga art. 68 Konstytucji. Konstytucja nie określa zakresu i warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, odsyłając do ustawy zwykłej. Norma zawarta w art. 68 ust. 2 Konstytucji nie jest jedynie upoważnieniem ustawodawcy zwykłego do określenia warunków i zakresu świadczeń, lecz nakłada na ustawodawcę

taki obowiązek. Ustawodawca nie może zatem zrezygnować z wykonania tego zadania. Problem ten przedstawiłem w wystąpieniu skierowanym do Prezesa Rady Ministrów (kopia pisma w załączeniu).

II.

Uważam iż, reformowany system ochrony zdrowia powinien:

1. gwarantować bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, a szczególnie zapewniać, że w przypadku choroby, każdy obywatel uzyska odpowiednie do jego potrzeb zdrowotnych i możliwie najlepsze świadczenia zdrowotne, bez obawy, czy z powodu kolejki lub sytuacji materialnej doczeka terminu wyznaczonej wizyty, badania lub leczenia szpitalnego i ewentualnej operacji albo leku, przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego czy leczniczego środka technicznego,

2. eliminować mechanizmy blokujące dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym szczególnie limitowanie świadczeń, promesy lub inne formy administracyjnego ustalania dostępu do świadczeń,

3. stwarzać przejrzyste mechanizmy funkcjonowania pacjenta oraz świadczeniodawców w systemie, zapewniając odpowiedni dostęp do informacji o prawach pacjenta i zasadach funkcjonowania systemu,

4. eliminować patologie związane z dostępem do świadczeń zdrowotnych, szczególnie deficytowych,

5. zapewniać sprawną i przyjazną pacjentowi organizację udzielania świadczeń zdrowotnych,

6. zapewniać bezpieczne podstawy finansowania systemu oraz równoprawnego funkcjonowania świadczeniodawców i płatnika,

7. uprościć obowiązujące procedury, ograniczyć biurokrację,

8. wprowadzić skuteczne mechanizmy eliminacji szarej strefy i okoliczności sprzyjających korupcji.

III.

W związku z powyższym, ustawa rozstrzygająca ten problem powinna:

1. zawierać mechanizmy zapewniające bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, a w szczególności:

a/ gwarantować dostęp pacjenta do wybranego lekarza oraz innego świadczeniodawcy, urzeczywistniając zasadę, że "pieniądze idą za pacjentem",

b/ ustalać maksymalny okres oczekiwania na poszczególne świadczenia zdrowotne (podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia szpitalnego i innych świadczeń),

c/ wskazywać drogę postępowania oraz podmiot właściwy w sprawie ustalenia realnych możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w razie, gdy pacjent nie może

uzyskać świadczeń w ustawowo określonym terminie lub po wyczerpaniu możliwości korzystania ze świadczeń u wybranego świadczeniodawcy (np. po zrealizowaniu ustalonej w umowie ilości świadczeń),

d/ gwarantować osobom obłożnie chorym i niepełnosprawnym możliwość korzystania ze świadczeń lekarzy specjalistów oraz z rehabilitacji medycznej w warunkach domowych,

e/ wprowadzać jasne zasady korzystania ze świadczeń zdrowotnych, w tym szczególnie lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych, leczniczych środków technicznych,

f/ uniemożliwiać przerzucanie kosztów świadczeń (np. badań pomocniczych, konsultacji) na innego świadczeniodawcę lub na pacjenta,

g/ w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych (głównie kosztownych, wysokospecjalistycznych) wprowadzać oparte na kryteriach medycznych, klarowne i poddające się kontroli procedury dostępu do tych świadczeń oraz wdrażać nadzór nad przestrzeganiem ustalonych procedur i list oczekujących,

h/ wprowadzać porównywalne warunki kontraktowania świadczeń z poszczególnymi świadczeniodawcami,

2. zawierać postanowienia odnośnie rodzaju świadczeń zdrowotnych, które mogą być przedmiotem umowy oraz ustalania ogólnych standardów świadczeń i ich wyceny, a także mechanizmów kontroli przestrzegania tych standardów, tak aby w całym kraju dostępność i jakość były porównywalne,

3. zawierać mechanizmy zapewniające odpowiednią jakość świadczeń zdrowotnych i godne warunki korzystania z tych świadczeń, w tym instytucje powszechnej i obowiązkowej akredytacji świadczeniodawców oraz możliwość zawarcia umowy o udzielanie świadczeń wyłącznie z legalnie działającym świadczeniodawcą, spełniającym określone warunki i wymagania (w tym w zakresie realizacji ustawowych praw pacjenta) oraz posiadającym uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych,

4. zapewniać wiarygodny system gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych oraz czytelny sposób dokumentowania uprawnień do świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego.

IV.

Uważam, iż należy skorzystać z dotychczasowych sprawdzonych rozwiązań i upowszechnić je, usuwając jednocześnie występujące wady systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Pod rozagę Pana Ministra podaję również:

1. zasadność instytucjonalnego przebudowania formy płatnika (kas chorych na Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz związane z tym koszty, w sytuacji utrzymywania wielu

dotychczasowych rozwiązań systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w tym jego wad,

2. zasadność ograniczenia w projekcie ustawy możliwości ustalenia w drodze rozporządzenia badań diagnostycznych niezbędnych przy udzielaniu specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (art. 56 projektu ustawy),

3. zasadność rezygnacji z art. 46 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, umożliwiającego przyznanie pomocy finansowej osobie, która znajduje się w trudnej sytuacji bytowej i ponosi znaczne wydatki na zakup leków i materiałów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych,

4. umożliwienie w projekcie ustawy, osobom powyżej 60 lat pobierającym emeryturę, nabywania leków za opłatą ryczałtową (art. 62) - w sytuacji utrzymywania ograniczeń w tym zakresie w stosunku np. do inwalidów wojennych oraz niezrozumiałego wykluczenia z możliwości ulgowego nabywania leków osób powyżej 60 lat pobierających renty,

5. rezygnacji z udziału (opinii) przedstawicieli środowiska medycznego przy wydawaniu aktów wykonawczych o charakterze medycznym, np. przy ustalaniu list leków i wykazu chorób (art. 59 ust. 4, art. 60 ust. 2, art. 62 ust. 2, art. 65 ust. 3), wzorów recept (art. 68), skierowań na leczenie uzdrowiskowe (art. 70 ust. 5),

6. uproszczenie zasad dostępu do leków - obowiązujący system, utrzymywany w projekcie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, głównie z powodu limitów cen na leki, jest skomplikowany i nieczytelny, szczególnie dla pacjentów,

7. uproszczenie systemu identyfikacji ubezpieczonych oraz poboru składki i zgłaszania do ubezpieczenia - obowiązujący system, utrzymywany w projekcie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, jest skomplikowany i kosztowny, pomimo iż ubezpieczeniem zdrowotnym objęci są prawie wszyscy obywatele, a zakres świadczeń z tytułu tego ubezpieczenia nie jest uzależniony od wysokości składki wnoszonej przez poszczególne osoby. Składka jest podatkiem od przychodów, a zatem możliwa i zasadna jest rezygnacja z systemu identyfikacji ubezpieczonych oraz poboru składki i zgłaszania do ubezpieczenia właściwego dla ubezpieczeń.

8. uregulowanie problemu pobytu w szpitalu z hospitalizowanym noworodkiem lub niemowlęciem matki, dziecka. Obciążanie matek kosztami ich pobytu w szpitalu stwarza dla wielu z nich barierę finansową w opiekowaniu się dzieckiem i karmieniu piersią, uniemożliwiając realizację ustawowego prawa, wynikającego z art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z póź. zm.)

9. uregulowanie zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami w gabinetach szkolnych,

10. uregulowanie sprawy zwrotu kosztów przejazdu ubezpieczonego do odległego zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza - rezygnacja ze zwrotu powyższych kosztów po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a następnie uchylenie art. 33 ust. 2 cytowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ogranicza ubezpieczonym (głównie z małych miast i wsi, osobom ubogim) dostęp do lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej udzielających specjalistycznych świadczeń zdrowotnych,

V.

Ponawiam również prośbę o rozpatrzenie kwestii, które sygnalizowałem we wcześniejszych wystąpieniach, a mianowicie:

1. trudności z potwierdzaniem skierowań na leczenie sanatoryjne, utrudnionego dostępu do tej formy leczenia (szczególnie osób niepełnosprawnych) oraz umocowanie w obowiązujących przepisach wytycznych Krajowego Konsultanta w dziedzinie balneologii i fizjoterapii w sprawie wskazań i przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego (RPO-383323/01/I z dnia 14 sierpnia, 4 października i 17 grudnia 2001 r.),

2. uproszczenie procedur wymaganych do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego, zapewnienie ich właściwej dystrybucji, wprowadzenie obowiązku zorganizowania przynajmniej w każdym powiecie jednego punktu kompleksowego zaopatrzenia w standardowe przedmioty i środki, wprowadzenie wolnego rynku w zakresie dostawców przedmiotów i środków, rozpowszechnienie systemu wtórnej dystrybucji przedmiotów i środków (RPO-395073/01/I z dnia 18 grudnia 2001 r.),

3. dookreślenia przepisów w sprawie korzystania z leczniczych środków technicznych (głównie implantów, endoprotez dużych stawów, soczewek wewnątrzgałkowych) oraz ustalenie przejrzystych i podlegających nadzorowi zasad dostępu do tych środków - obecne przepisy stwarzają pole do różnych interpretacji uprawnień ubezpieczonych oraz obowiązków szpitali, a także umożliwiają zróżnicowanie postępowanie. Z listów obywateli wynika, że publiczne szpitale nadal stosują praktyki obciążania ubezpieczonych kosztami zastosowania drogich środków leczniczych oraz praktyki uzależniania wykonania zabiegu od poniesienia przez ubezpieczonego kosztów takich środków. Podczas tych praktyk szpitale nie informują pacjentów o możliwości bezpłatnego dostępu do wspomnianych świadczeń i nie ustalają kolejności zabiegu bądź też przedstawiają kilkuletnie perspektywy oczekiwania w kolejce. Zdesperowanym, nie jednokrotnie cierpiącym pacjentom, zdecydowanym na zakup leczniczego środka z własnych dochodów, nie wyznaczają natomiast terminu zabiegu przed okazaniem przez pacjenta lub jego bliskich potwierdzenia zakupu tego środka za pośrednictwem, wskazanej zwykle przez szpital, firmy oraz konta bankowego, co następnie utrudnia dochodzenie przez pacjenta roszczeń z tytułu bezprawnego obciążenia przez szpital kosztami dostarczenia leczniczego środka technicznego (RPO-319918/99/I z dnia 9

sierpnia 1999 r., RPO-345767/00/I z dnia 24 sierpnia 2000 r. oraz RPO-372349/01/I z dnia 22 marca 2001 r.),

4. zapewnienie równego dostępu obywateli do leków oraz stworzenie systemu pomocy finansowej umożliwiającego realne wsparcie osób ubogich w przypadku podjęcia lub kontynuowania leczenia drogimi środkami farmaceutycznymi zalecanymi przez lekarza i odnoszącymi pozytywne efekty zdrowotne, ale nie podlegającymi refundacji kas chorych i budżetu państwa (RPO-371642/01/I z dnia 15 marca i 13 czerwca 2001 r.),

5. uregulowanie zakresu świadczeń udzielanych mieszkańcom domów pomocy społecznej oraz placówek opiekuńczo - wychowawczych na terenie tych domów i placówek oraz ustalenie warunków dostępu do tych świadczeń - mieszkańcy domów, z uwagi na trudności związane z poruszaniem się oraz z transportem niepełnosprawnych pacjentów, mają utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej (RPO/297965/99/XI z dnia 29 stycznia i 19 maja 1999 r. oraz RPO/317521/99/I z dnia 15 lipca 1999 r.).

6. zachowanie rzeczników praw pacjenta i zapewnienie im niezależności oraz umocowanie prawnie i zobowiązanie przyszłych struktur terenowych ubezpieczenia zdrowotnego do tworzenia lokalnych Kart Praw Pacjenta (RPO-412291/02/I z dnia 20 czerwca 2002 r.).

7. dokonanie zmiany dotychczasowych, utrzymywanych w projekcie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, obciążeń składkowych i podatkowych w kierunku wprowadzenia zróżnicowanego (co do źródeł przychodów) i sprawiedliwego podatku na opiekę zdrowotną, co będzie przesłanką ukształtowania "opieki zdrowotnej", a nie ubezpieczenia zdrowotnego z jego obecnymi pozorami. W świetle obecnych uregulowań, jedni obywatele opłacają bardzo wysoką składkę (od wszystkich przychodów), inni - tylko symboliczną lub wcale, a za licznych - symboliczną składkę opłaca budżet państwa. Wielokrotne opłacanie składki przez tego samego ubezpieczonego musi być traktowane nie jako składka na ubezpieczenie zdrowotne, ale dodatkowe obciążenie podatkowe. Przyjęte rozwiązanie jest niesprawiedliwe, powoduje nierówne traktowanie obywateli w zakresie ponoszenia składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz w zakresie rekompensaty tych składek w podatku dochodowym, a także uderza w osoby, które często dla poprawy sytuacji materialnej rodziny, podejmują legalnie dodatkową działalność gospodarczą (RPO/300438/99/I z dnia 17 lutego 1999 r.). Obowiązująca obecnie wysokość dodatkowej składki powoduje niewspółmierne do osiąganych dochodów obciążenie: przekraczające znacząco wysokość ustawowo ustalonej składki (obecnie 7,75%) w przypadku osób osiągających niewielkie dochody oraz niskie - w przypadku osób osiągających znaczne dochody.

Sytuacja ta praktycznie uniemożliwia podejmowanie drobnych przedsięwzięć gospodarczych. Problem ten ilustruje list obywatela, którego kopie załączam.

Zastrzeżeń co do konstytucyjności powołanych przepisów, sformułowanych we wniosku Rzecznika z dnia 19 grudnia 2000 r. do Trybunału Konstytucyjnego, nie usunęła zmiana art. 22, dokonana ustawą z dnia 20 lipca 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ... (Dz.U. Nr 88, poz. 961). Nowela ta rozszerzyła natomiast krąg osób ponoszących dodatkowe obciążenia nakładając obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego na osoby pobierające świadczenia zagraniczne (art. 7 pkt 14, art. 16 ust. 3 oraz art. 24 ust. 6 ustawy).

VI.

Pragnę jednocześnie przypomnieć o konieczności zapewnienia zgodności z art. 92 Konstytucji upoważnień do wydania aktów wykonawczych do projektowanej ustawy, w tym w zakresie ustalenia wytycznych dotyczących treści aktu (np. w art. art. 66 ust. 4, art. 69 ust. 5).

Z wyrazami szacunku

/-/

Załącznik - 2