RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Prof. dr Andrzej ZOLL

00-090 Warszawa Tel. centr. 551 77 00
Al. Solidarności 77 Fax 827 64 53

Warszawa, dnia 10 października 2003 r.

36209

RPO-448906-XII/03/AR

Pan Profesor
Jerzy HAUSNER
Wiceprezes Rady Ministrów
Minister Gospodarki, Pracy
i Polityki Społecznej

Szanowny Panie Premierze,

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 określa zasadę równego dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Nakłada też na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, odsyłając równocześnie do rozstrzygnięcia w ustawie kwestii warunków i zakresu udzielania tych świadczeń. Mimo zapisu art. 236 ust 1 Konstytucji, który zobowiązał Radę Ministrów do przedstawienia w ciągu 2 lat od dnia wejścia w życie Konstytucji, projektów ustaw niezbędnych do stosowania Konstytucji, nie została dotychczas wydana ustawa, która określałaby konkretnie zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, należnych z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. „koszyka świadczeń gwarantowanych"). Na problem ten zwróciłem uwagę w wystąpieniach do Prezesa Rady Ministrów i Ministra Zdrowia w lipcu ub. r. Jednakże zaprezentowane w tych wystąpieniach stanowisko nie znalazło u ówczesnego Ministra Zdrowia zrozumienia, wywołało jedynie polemikę. W mojej ocenie, zobowiązanie zawarte w powołanej normie konstytucyjnej pozostaje niewypełnione, a problem nierozwiązany.

Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. nr 45 poz. 391 ze zm.), ubezpieczeni mają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego

„na zasadach określonych w ustawie". Art. 49 ustawy określa prawo osób ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych „odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej opartej na dowodach naukowych i praktyki medycznej, w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych". Tak skonstruowany przepis w praktyce przesądza, że rzeczywistym wyznacznikiem zakresu udzielanych świadczeń są środki finansowe posiadane przez Fundusz. W konsekwencji, nawet bardzo kosztowne procedury medyczne mogą być realizowane, jeżeli Fundusz posiada środki finansowe, natomiast najbardziej podstawowe i planowane leczenie nie będzie prowadzone, jeżeli środków zabraknie.

Informacje upowszechniane przez środki masowego przekazu w ostatnim czasie, tj. w końcu trzeciego kwartału br. oraz skargi wpływające od obywateli, pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, że system ochrony zdrowia znajduje się w stanie krytycznym. Brak środków finansowych sprawia, że szereg zakładów opieki zdrowotnej zawiesiło praktycznie swoją działalność. Planowane zabiegi przekładane są na rok przyszły, zaś limity przyjęć przez lekarzy specjalistów zostały wyczerpane. Na poradę specjalisty ubezpieczony czekać musi wiele miesięcy. Zakłady opieki zdrowotnej toną w długach, ich personel nie otrzymuje w terminie należnego uposażenia.

Utrwaloną praktyką lat poprzednich było to, że w drugiej połowie roku, gdy okazywało się, że limity zawarte w umowach są na wyczerpaniu, kasy chorych zwykle podpisywały aneksy do kontraktów, godząc się na płacenie za część wykonanych ponad limit świadczeń, najczęściej po niższych cenach. Zapisy o możliwości renegocjacji kontraktu i rozliczania świadczeń ponadlimitowych były zawarte w kontraktach. W bieżącym roku oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia odmawiają placówkom medycznym renegocjacji, zaś Sąd Najwyższy w precedensowym wyroku z dnia 7 sierpnia br. uznał, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma obowiązku płacenia za zabiegi nieujęte w kontrakcie, gdyż umowa między kasą chorych z samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej jest wiążąca.

Wśród zakładów opieki zdrowotnej, które przekroczyły zakontraktowane limity świadczeń, pozostają takie, w których do tego przekroczenia doszło z przyczyn od nich niezależnych, bez ich winy. Np. - jak donoszą media - Szpital Miejski w Zakopanem znacznie przekraczał zakontraktowane miesięczne limity usług zdrowotnych, udzielając pomocy wielu spośród setek tysięcy turystów przebywających na terenie miasta i Powiatu Tatrzańskiego. Szpital w Wyszkowie z powodu znacznej liczby wypadków drogowych na trasie przelotowej Warszawa - Białystok, zakontraktowany limit świadczeń medycznych na oddziale intensywnej terapii przekroczył już w marcu. Takich sytuacji z pewnością jest więcej, zdają się one potwierdzać, że zasada „pieniądze idą za pacjentem", która stanowić miała jeden z filarów nowej formuły finansowania świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, w praktyce funkcjonuje nienajlepiej.

Zakłady opieki zdrowotnej próbują wybrnąć z sytuacji powyższej w różny sposób, sięgają do działań na granicy prawa lub w sposób oczywisty niezgodnych z prawem. Jedną z form takich działań jest pobieranie pod różnymi tytułami opłat od ubezpieczonych. Sygnały o takich praktykach docierają przede wszystkim z terenu Warszawy. Jeden z warszawskich zakładów opieki zdrowotnej, wizytowany przez pracowników Biura RPO w związku z takimi sygnałami, zdecydował się na pobieranie opłat od pacjentów, którzy nie chcą oczekiwać przez kilka miesięcy na wizytę u specjalisty w ramach limitu zakontraktowanych świadczeń z ubezpieczenia. Wypada przy tym zauważyć, że wnoszenie tych opłat jest jawne, zaś ich wysokość została określona w sposób identyczny, jak ją w kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia - na 30 zł. za poradę specjalistyczną. Zważywszy, że wizyta u specjalisty w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej kosztuje znacznie więcej, pacjenci skazani na wielomiesięczne oczekiwanie w kolejce otrzymali możliwość wyboru. Takie rozwiązanie budzi jednak protesty ubezpieczonych, którzy oczekują należnych im świadczeń zdrowotnych na dotychczasowym poziomie i w ramach ubezpieczenia. Wątpliwa jest też zgodność takiej praktyki z obowiązującym prawem.

Sytuacja w zakresie finansowania świadczeń medycznych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest bez wątpienia dramatyczna. Z jednej strony, udzielanie świadczeń medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej ponad zakontraktowane limity, generuje dalsze zadłużanie tych zakładów. Z drugiej strony odmowa udzielania niezbędnych świadczeń godzi w konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia obywateli oraz narusza prawa ubezpieczonych w Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach tego ubezpieczenia.

Sytuacja ta stwarza poważne zagrożenia dla praw obywateli. Wymaga niewątpliwie pilnego podjęcia działań doraźnych oraz działań o charakterze systemowym. Skala negatywnych zjawisk jest ogromna, zaś dynamika ich narastania, zdaje się być nie do opanowania poprzez działania, leżące w możliwościach jedynie Ministra Zdrowia. Mając powyższe na względzie zwracam się więc do Pana Premiera o ustosunkowanie się do wskazanych problemów oraz o informację, dotyczącą koncepcji i planowanych przedsięwzięć, zmierzających do opanowania tej sytuacji.

Z wyrazami szacunku

/-/