

Warszawa, 2008-01-11

IX Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy  
Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

W pierwszych słowach mojego wystąpienia chciałbym wyrazić serdeczne podziękowanie za zaproszenie Rzecznika Praw Obywatelskich na Zjazd.

Dziękuję również za dotychczas wyrażone zainteresowanie i poparcie dla podejmowanych przeze mnie działań na rzecz ustanowienia nowego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Stanowiska przedstawione przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (w dniu 27 lipca 2007 r.) oraz Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie (w dniu 20 lipca 2007 r.) - kierowaną przez obecnego wiceministra zdrowia, Pana Andrzeja Włodarczyka - oraz obecność przedstawicieli Rady i Izby podczas odbywających się z mojej inicjatywy debat publicznych, w czasie których prezentowano i dyskutowano propozycje reformy, stanowiły dla mnie dowód tego, że również środowisko lekarskie opowiada się za wprowadzeniem zasadniczych, żeby nie powiedzieć radykalnych zmian w obszarze ochrony zdrowia.

Postępowanie polegające na stosowaniu jedynie doraźnych rozwiązań doprowadziło bowiem do głębokiego kryzysu i dekompozycji systemu. Nie mogą one prowadzić do oczekiwanej stabilizacji zawodowej i ekonomicznej pracowników służby zdrowia, przede wszystkim jednak - nie mogą zagwarantować realizacji podstawowych praw pacjenta, który jest głównym podmiotem wszelkich działań w tym zakresie.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich stoję na straży praw wszystkich obywateli, w szczególności jednak tych najsłabszych. Pacjent w systemie ochrony zdrowia jest tym, który wymaga szczególnego wsparcia. Mając powyższe na względzie od początku pełnienia powierzonej mi funkcji jestem zaangażowany w sprawy służby zdrowia.

W 2006 roku wziąłem udział w debacie sejmowej, w czasie której ówczesny Minister Zdrowia prezentował założenia swojej reformy. Podjąłem wówczas także decyzję o powołaniu przy moim urzędzie zespołu eksperckiego ds. reformy systemu ochrony zdrowia. W toku prac sformułowano szczegółowe założenia, które przedstawiałem Panu Prezydentowi, jak również poprzedniemu, jak i obecnemu Ministrowi Zdrowia. Są one opublikowane na stronie internetowej Rzecznika. Chciałbym podkreślić, że z

satisfakcją niektóre z przedstawionych punktów w odnajduje w prezentowanych obecnie propozycjach rządu (na co pozwoliłem sobie zwrócić uwagę Pani Minister Kopacz w piśmie z dnia 17 grudnia 2007 r.).

Warto zauważyć, że reforma nie może się dokonać bez pełnej akceptacji wszystkich głównych sił politycznych. Ten fakt trudno jest zaakceptować politykom, którzy wydają się sądzić, iż to właśnie ich stronnictwu uda się dokonać zasadniczej reformy. Ambicje poszczególnych partii stanowią przeszkodę dla wprowadzenia pożądanych zmian - nie bierze się pod uwagę, iż system opieki zdrowotnej opiera się na umowie społecznej. Umowa społeczna musi być podstawą modyfikacji systemu. Zakres koniecznych zmian i ich charakter wymaga merytorycznej debaty publicznej - o co od dłuższego czasu się upominam. Zrozumienie przesłanek warunkujących określone rozwiązania jest bowiem podstawą uzyskania akceptacji społecznej. Tymczasem, tkwiliśmy ciągle na etapie walki politycznej. Przykro stwierdzić, ale żaden z rządów nie miał przygotowanej propozycji docelowego systemu; z przebiegu wydarzeń wynikało i niestety nadal wynika, że również niewiele w tym kierunku było robione. Pozostaje mi wyrazić nadzieję, że ogłoszona w dniu wczorajszym inicjatywa Pana Prezydenta powołania „okrągłego stołu” z udziałem środowiska medycznego i przedstawicieli głównych sił politycznych doprowadzi do stworzenia odpowiedniego forum wypracowania docelowego modelu systemu ochrony zdrowia oraz sposobów jego realizacji (etapów dojścia). Liczę, że w dalszych pracach uwzględnione zostaną również sugestie Rzecznika Praw Obywatelskich i jego ekspertów.

Stoimy obecnie przed koniecznością podjęcia decyzji o wyborze formuły zwiększenia zasobów finansowych systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim podniesienia efektywności zarządzania nimi. Osiągnięcie tego celu potencjalnie możliwe jest na dwa sposoby.

Po pierwsze, odpowiedzialność może wziąć na siebie państwo i z budżetu wyasygnować dodatkowe pieniądze na „bezpośrednie” potrzeby systemu, czyli finansowanie świadczeń, w czym zawarte są wynagrodzenia dla pracowników. Ale istnieją sfery, które muszą zostać sfinansowane, aby system mógł funkcjonować efektywnie, a o których właściwie się nie mówi. Konieczne jest bowiem stworzenie systemu informatycznego i informacyjnego, bez których nie można oczekiwać jawności i przejrzystości, odpowiedniej sprawozdawczości, kontroli i możliwości prawdziwego planowania. Niezbędne jest również zadbanie o jakość, standardy i wyceny. Nie można zwlekać z przygotowaniem RUM-u (Rejestru Usług Medycznych), czy wycenami świadczeń zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Podnoszenie wysokości składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego o kolejne

punkty procentowe, przy nieefektywności zarządzania środkami, nie wydaje się być właściwym rozwiązaniem - chociaż nie musi skutkować wzrostem bezpośrednich obciążeń ubezpieczonych (podniesienie stawki ubezpieczenia nie musi pociągać za sobą większych obciążeń ze strony płacących, gdyż można zwiększyć odpis od PITu, co oznacza twardsze ograniczenie budżetowe dla Ministra Finansów, gdyż zmniejszy dochody podatkowe przeznaczone na inne wydatki budżetu państwa). Przede wszystkim należy dążyć do osiągnięcia efektywności ekonomicznej, finansowej; wówczas możliwe będzie zrealizowanie podstawowych celów przekazania do systemu dodatkowych środków, tj. zwiększenie dostępności i jakości świadczeń medycznych.

Można postawić, retoryczne raczej, pytanie: czy państwo jest w stanie podołać tym zadaniom? Dotychczasowa bezradność wydaje się prowadzić do jednoznacznego wniosku.

Należy więc rozważyć drugi sposób osiągnięcia wskazanego celu: przez wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń, także w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych - i demonopolizację płatnika (wprowadzenie systemu mieszanego). Można liczyć, że prywatni ubezpieczyciele (i świadczeniodawcy) przyniosą ze sobą *know-how*, a konkurencja między nimi wymusi odpowiednią ilość i jakość świadczeń oraz usług towarzyszących. Dla pacjentów nie ma większego znaczenia, czy leczy ich lekarz „prywatny”, czy „publiczny”, jeśli leczy skutecznie. Przy obecnej fali niechęci i strachu obywateli przed prywatyzacją warto przypomnieć, że ponad 80 % podmiotów ochrony zdrowia ma aktualnie status jednostek niepublicznych.

Konkurencja i mechanizm rynkowy nie jest doskonały, ale nikt nie odkrył lepszych rozwiązań. Oczywiście, w pewnych sferach niezbędna jest obecność państwa, stojącego na straży praworządności i chroniącego w szczególności interesy najsłabszego uczestnika systemu -pacjenta.

Chciałbym zwrócić uwagę, że ogromnym niebezpieczeństwem byłoby pozostawienie monopolisty w obszarze koszyka świadczeń podstawowych. Spowoduje to bowiem ogromne rozwarstwienie społeczne. Obywatele o wyższych dochodach znajdą się prawdopodobnie poza systemem opieki zdrowotnej, korzystając z ubezpieczeń dodatkowych. Te zaś będą koncentrować się nie tyle na podniesieniu jakości usług medycznych, co na podniesieniu komfortu. Oznacza to, że znaczna część pieniędzy zamiast na świadczenia medyczne przeznaczona będzie na realizację takich celów jak zmniejszenie kolejek, czy operacje plastyczne. Z pewnością nie na takich efektach powinno nam zależeć

System ochrony zdrowia powinien opierać się na odpowiedzialności pacjenta za

swoje zdrowie, stanowić odpowiedź na potrzeby poszczególnych grup społecznych -przy korelacji solidaryzmu społecznego z suwerennością jednostki. Uważam także, iż konieczne jest przywołanie odrzuconego postulatu o odpowiedzialności samorządów za opiekę zdrowotną. To właśnie samorząd najlepiej zna potrzeby i potencjał członków danej wspólnoty. Dlatego też należy zdefiniować nową rolę samorządu terytorialnego, wzmacniającego bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Do obowiązków samorządu powinno należeć nie odpowiadanie za długi szpitali, ale wspieranie osób słabszych społecznie i materialnie. Aby zaś samorząd mógł zapewnić im pomoc, musi otrzymać odpowiednie narzędzia.

Do rozważenia pozostaje zatem bardzo wiele kwestii, w tym o fundamentalnym znaczeniu - należy to czynić z należytą starannością, jeśli oczekujemy zbudowania systemu stanowiącego logiczną i spójną całość. Oczywiście jest to naszym wspólnym, na razie niestety raczej dość odległym celem. Musimy jednak podjąć odważne działania, wyzbywając się egoistycznej nierzadko optyki.

Sytuacja środowiska medycznego: liczba lekarzy i pielęgniarek, którzy mogą i chcą pracować w nowych warunkach po 1 stycznia 2008 i ich wynagrodzenia, liczebność w poszczególnych przedziałach wieku lekarzy i pielęgniarek, średni wiek pracowników poszczególnych specjalności, liczba młodych lekarzy podejmujących trud zdobycia specjalizacji, liczne wyjazdy za granicę, jest wystarczającą podstawą dla domagania się podjęcia niezwłocznych działań; dalsze zaniechania doprowadzą do utraty odpowiedniej opieki medycznej przez obywateli, do czego nie możemy dopuścić. Chciałbym jednak w tym miejscu z całą stanowczością stwierdzić, że podnoszenie stawek wynagrodzeń kosztem ilości i jakości świadczeń medycznych dostępnych dla osób potrzebujących pomocy musi budzić wątpliwości, nie tylko natury etycznej. Takie rozwiązanie musi spotkać się moim sprzeciwem. Mam jednak nadzieję, że decydenci znajdą inne rozwiązania, które zapewnią bezpieczeństwo zdrowotne obywateli oraz satysfakcję lekarzy z wykonywanej pracy.

Zapewniam o swojej otwartości na współpracę, do której gorąco zachęcam.