

**Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich na spotkaniu  
z przedstawicielami prywatnych świadczeniodawców w ochronie zdrowia  
Warszawa, 23 lutego 2010 r.**

Szanowni Państwo!

Pragnę wyrazić uprzejme podziękowanie przedstawicielom prywatnego sektora świadczeń zdrowotnych za przyjęcie mego zaproszenia na dzisiejsze spotkanie.

Na wstępie chciałem się podzielić z Państwem kilkoma spostrzeżeniami dotyczącymi obecnej sytuacji w ochronie zdrowia.

Po pierwsze należy mieć na uwadze fakt, że prawo do ochrony zdrowia należy do podstawowych, chronionych także przez Konstytucję RP, praw człowieka. Z tej przyczyny kwestie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli są od początku kadencji przedmiotem mojego szczególnego zainteresowania.

Pogłębiający się w Polsce kryzys systemu ochrony zdrowia nie stwarza właściwych warunków do realizacji konstytucyjnych praw obywateli, co znajduje pełną dokumentację w Białej Księdze. Opublikowany przeze mnie w czerwcu ubiegłego roku Raport prezentuje całokształt kontaktów pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Rzecznikiem Praw Obywatelskich i poprzez pryzmat indywidualnych i zbiorowych spraw zaświadcza, że w sferze polityki zdrowotnej brakuje nam dalekosiężnej strategii, a cząstkowe reformy są nieskoordynowane i mało efektywne. Dokument ten przekazałem najważniejszym osobom w państwie ale głównym adresatem była Minister Zdrowia, Pani Ewa Kopacz, bowiem Raport nie tylko dokumentuje główne wyzwania zdrowotne i mało efektywne sposoby radzenia sobie z nimi przez władze ale zawiera szereg pomocnych dla resortu informacji co do rozwiązań zaradczych służących zdrowiu obywateli.

Po drugie, od początku sprawowania funkcji Rzecznika było dla mnie oczywiste, że możliwość realnego rozwiązania istniejących problemów w obszarze ochrony zdrowia zależy od podjęcia merytorycznej debaty publicznej i od uzgodnienia warunków ustanowienia nowego systemu ochrony zdrowia (SOZ). W celu włączenia się do tej debaty powołałem zespół ekspertów, którzy opracowali podstawowe założenia systemu ochrony zdrowia.

Wyniki działalności zespołu zostały przedstawione opinii publicznej podczas trzech debat w drugiej połowie 2007 roku.

Z pracami programowymi współgrały podejmowane przeze mnie wysiłki na rzecz wprowadzenia konkretnych zmian legislacyjnych, warunkujących powodzenie reform. W mojej ocenie wyłączenie rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu z ponoszenia ciężarów składki na ubezpieczenie zdrowotne – pomimo wykazywania dochodowej zdolności płatniczej – nie znajdowało racjonalnego uzasadnienia. Wobec powyższego w dniu 12 listopada 2007 r. skierowany został wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją zasad finansowania z budżetu państwa składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników.

W lutym 2008 roku miałem możliwość, wraz z grupą ekspertów, przedstawienia Pani Minister Zdrowia uwag co do reformy SOZ oraz poszerzonych informacji dotyczących założeń projektu reformy. W marcu tego samego roku uczestniczyłem, także wraz ze współpracownikami, w pracach Białego Szczytu przedstawiając konstruktywne propozycje rozwiązań.

Niestety w kolejnych miesiącach debata publiczna zaczęła zanikać. Moje wystąpienie z kwietnia 2008 r. w sprawie udzielenia przez resort informacji o stanie prac nad fundamentalną dla reformy kwestią koszyka świadczeń gwarantowanych, doczekało się, po upływie ponad czterech miesięcy, lakonicznej odpowiedzi Podsekretarza Stanu.

Jeszcze 24 czerwca 2008 r., organizując seminarium poświęcone prywatnym ubezpieczeniom w systemie ochrony zdrowia i koszykowi gwarantowanych świadczeń medycznych, usiłowałem ożywić dialog z resortem zdrowia w sprawie reformy SOZ. Zwróciłem wówczas po raz kolejny uwagę na potrzebę debaty merytorycznej o poszczególnych elementach stanowiących podstawę nowego systemu. Wyraziłem także wątpliwości, czy wykorzystywane są zalecenia opracowane w trakcie Białego Szczytu i czy strona społeczna ma rzeczywisty wpływ na projekty reformy.

Obawy te znalazły potwierdzenie, gdy umownie zwane „pakietem ustaw zdrowotnych”, **poselskie** projekty ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej, o przepisach wprowadzających ustawy z zakresu

ochrony zdrowia poselskim projekcie, o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, o akredytacji w ochronie zdrowia, o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia – zostały zaprezentowane w Parlamencie. W proponowanych rozwiązaniach trudno się było doszukać wyraźnego związku z wynikami debaty społecznej i postulatami zespołu ekspertów Rzecznika.

W grudniu 2008 r. Sejm nie odrzucił weta Prezydenta zgłoszonego do pierwszych trzech z wymienionych sześciu ustaw, które przewidywały m.in. obligatoryjne przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

Brak spójnej polityki zdrowotnej na szczeblu krajowym utrudnia realizację zadań na wszystkich szczeblach administracji publicznej, czego dowodzą wyniki kontroli NIK dotyczące funkcjonowania samorządowego lecznictwa szpitalnego. Okazuje się, że przeprowadzane w ostatnich latach działania mające na celu usprawnienie m.in. lecznictwa szpitalnego (ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z kwietnia 2005 r.) oraz poprawę warunków płacowych jej pracowników (ustawa o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń z lipca 2006 r.), nie wpłynęły zasadniczo na sytuację ekonomiczną szpitali i podniesienie standardów udzielanych świadczeń. Zmniejszenie zadłużenia szpitali spowodowane zostało jednorazowymi umorzeniami niektórych zobowiązań i udzielenia innych form pomocy publicznej. Na niewielkie efekty wpłynęły także nierealne planowanie i nierzetelna realizacja przyjętych w programach restrukturyzacyjnych zadań naprawczych.

Ustalenia NIK potwierdzają formułowane przeze mnie opinie o potrzebie głębokiego zreformowania systemu funkcjonowania samorządowego lecznictwa szpitalnego, co wymaga wypracowania przez Ministra Zdrowia stabilnej koncepcji jego funkcjonowania, uwzględniającej m.in. wyposażenie jednostek samorządu terytorialnego, współodpowiedzialnych ustawowo za zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w możliwości finansowe pozwalające na efektywną realizację tego obowiązku.

Jak wynika z doniesień prasowych („Rzeczpospolita”), w tym roku na leczenie wpłacimy ze składek ok. 50 mld zł, 3,4 mld zł budżet zapłaci za rolników, co sprawi, że budżet Narodowego Funduszu Zdrowia wyniesie w tym roku 53,4 mld zł. a ponad 6 mld zł będzie miał do dyspozycji resort zdrowia. Poza tym Polacy z własnej kieszeni wydadzą około 30 mld

zł na leki i prywatną opiekę medyczną. Zadłużenie placówek służby zdrowia wyniesie ok. 9 – 10 mld zł. To mniej więcej tyle samo co w poprzednich latach, ale przez ten czas zrealizowano kilka programów oddłużenia. Oznacza to, że szpitale i przychodnie wciąż popadają w nowe długi., a kondycja publicznej służby zdrowia jest niezmiernie niska.

Po trzecie, wyzwania współczesności, takie jak chociażby przewidywany rozwój procesów demograficznych, nie pozwalają nam na bierne przyglądanie się sytuacji. Za dzisiejsze zaniechania z przyjdzie nam zapłacić w przyszłości, obawiam się, że cenę wyższą niż się możemy spodziewać. Dlatego korzystam z każdej okazji do reanimowania debaty publicznej o sytuacji w ochronie zdrowia. Taką sposobność stworzył np. raport Zespołu Doradców Strategicznych Urzędu Rady Ministrów, *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*. Dokonane w ramach dyskusji nad tym Raportem ustalenia moich ekspertów odnoszące się do wyzwań w zakresie ochrony zdrowia związanych z przyszłością demograficzną skłaniają do poważnych refleksji a przede wszystkim do podjęcia pilnych działań zaradczych:

- Zmiany przewidziane prognozą demograficzną będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną naszego społeczeństwa
- Wydłużenie życia i starzenie się populacji ( które samo w sobie z ludzkiego punktu widzenia jest przecież zjawiskiem pozytywnym i pożądanym ) zwiększy zapotrzebowanie na podstawową i specjalistyczną opiekę medyczną, leczenie szpitalne, leki, sprzęt i aparaturę medyczną oraz na usługi opiekuńcze
- Znajdujemy się rzeczywiście w obliczu prawdziwej pandemii XXI wieku chorób przewlekłych (takich jak: choroba wieńcowa, udar mózgu, rak, astma, cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze), musimy być przygotowani na pojawienie się nowych zagrożeń pandemicznych ( np. nowe postacie grypy) oraz na ryzyko powrotu zdawałoby się dawno opanowanych zakażeń(np. gruźlica )
- Opieka nad kobietą ciężarną, małym dzieckiem i młodzieżą staje się polską racją stanu
- Szanse dla pacjenta i zagrożenia dla równowagi budżetowej mogą się wiązać z realizacją unijnej dyrektywy o transgranicznej opiece zdrowotnej. Czy dla uniknięcia wykorzystywania tej nowej możliwości przez naszych obywateli (co może spowodować odpływ krajowych zasobów finansowych) podniesimy jakość swojej opieki zdrowotnej i skrócimy czas oczekiwania na leczenie? A może nasza opieka medyczna będzie atrakcyjna dla cudzoziemców w stopniu odczuwalnym przez budżet i bez szkody dla poziomu opieki nad naszymi obywatelami?

- Który z możliwych wariantów skłonni będziemy wybrać w celu zrównoważenia budżetu ochrony zdrowia, np.:
  - zwiększanie wymiaru składki ubezpieczenia zdrowotnego?
  - ograniczanie świadczeń?
  - postawienie na promocję zdrowia, profilaktykę zagrożeń i chorób oraz zwiększenie efektywności obecnego systemu z wprowadzeniem pewnych mechanizmów rynkowych, współodpłatności za usługi przez pacjenta, standaryzacji świadczeń?
- Jakie decyzje zostaną podjęte w sprawach personelu medycznego, w tym w zakresie kształcenia, szkolenia, zachęcenia lekarzy i pielęgniarek do pozostania w kraju?

Niestety Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów przyjmując najbardziej optymistyczny wariant rozwoju sytuacji zdrowotnej ludności Polski nie przedstawił jednak, w przeciwieństwie do pozostałych sfer życia społecznego jakichkolwiek rekomendacji bezpośrednio odnoszących się do zdrowia publicznego i do systemu ochrony zdrowia. Skoro nie zawiera tych danych kluczowy dokument programowy Rządu, to z nieufnością podchodzę do pojawiających się ostatnio informacji mających świadczyć o wzmożeniu aktywności reformatorskiej resortu zdrowia.

Na przeźroczach( załącznik poniżej) przedstawiam informację prasową z Ministerstwa Zdrowia z 8 lutego 2010 roku i proszę pozwolić, że nie będę jej odczytywał. Gdy jednak przyjrzeć się treści komunikatu to wydaje się, że dziś znajdujemy się po raz kolejny w punkcie wyjścia. Także w odniesieniu do deklaracji o potrzebie równego traktowania publicznych i niepublicznych ZOZ. Te deklaracje zderzają się z doniesieniami prasowymi świadczącymi o dyskryminacyjnych praktykach w traktowaniu podmiotów prywatnych, co stało się przesłanką zaproszenia państwa na dzisiejsze spotkanie:

- *Prywatnych szpitali przybywa, choć kontrakty mają coraz niższe* (Dziennik, WOK/Rynek Zdrowia 2010-01-18 ) Jak podaje Ministerstwo Zdrowia, przybywa prywatnych placówek medycznych. Jeśli w styczniu 2007 roku było ich 229, to dwa lata później już 286.
- *Dyskryminacja prywatnej służby zdrowia* ( Rzeczpospolita, 13-01-2010 ). NFZ zaproponował prywatnym placówkom dużo gorsze warunki umów niż publicznym. Narodowy Fundusz Zdrowia zaoferował prywatnym szpitalom i przychodniom kontrakty 10 – 15 proc. niższe niż rok temu. Z kolei szpitale publiczne zagwarantowały sobie, iż ich tegoroczne umowy nie będą niższe niż w 2009 r. Przedsiębiorcy uważają, że są dyskryminowani w stosunku do placówek publicznych.

W mojej opinii 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. Oczywiście, w pewnych sferach niezbędna jest obecność państwa, stojącego na straży praworządności i chroniącego w szczególności interesy najsłabszego uczestnika systemu - pacjenta.

Spodziewam się, że dzisiejsza dyskusja pozwoli na zweryfikowanie doniesień nt. problemów z jakimi borykają się świadczeniodawcy prywatni oraz na ustosunkowanie się do wypowiedzianych w tej sprawie deklaracji politycznych. Liczę także na konstruktywne propozycje rozwiązań zaradczych, także w odniesieniu do całokształtu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.