



Stanowisko Grupy ds. zdrowia przy Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych w konsultacjach społecznych dotyczących nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w ramach tzw. pakietu kolejkowego.

1. We wszystkich nowo powoływanych ciałach decyzyjnych w ochronie zdrowia z zasady należy uwzględniać reprezentację organizacji działających na rzecz pacjentów lub osób z niepełnosprawnością. Jest to od dawna uznany, realizowany i respektowany trend w krajach europejskich. Jest to także obecnie powszechna praktyka przynosząca wymierne korzyści budżetom publicznym wydawanym na zdrowie. Nadzór społeczny i reprezentacja społeczna w procesie podejmowania decyzji w ochronie zdrowia zapewnia, że środki publiczne przeznaczone na zdrowie są wydawane bardziej racjonalnie i przynoszą więcej korzyści z perspektywy zdrowia publicznego. Kryteria wyłaniania reprezentacji do ciał decyzyjnych w ochronie zdrowia powinny być wyłącznie merytoryczne. Reprezentacja taka powinna być wyłaniania w mechanizmie konkursu kompetencji, który obejmowałby wiedzę z zakresu organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia a także z zakresu zdrowia publicznego. Jedynie konkursowy mechanizm wyłaniania przedstawicieli ciał decyzyjnych zapewnia, że ciała te będą przestrzegały interesu optymalnego wydawania publicznych środków na zdrowie. Mechanizm konkursowy powinien dotyczyć wszystkich ciał decyzyjnych i wszystkich przedstawicieli tych ciał – zarówno wywodzących się z kręgów administracji publicznej jak i z kręgów reprezentacji społecznej. Ten mechanizm ma szansę w dłuższej perspektywie przyczynić się do poprawy rządzenia w ochronie zdrowia i lepszego wykorzystania istniejących ograniczonych środków publicznych na zdrowie.
2. W sytuacji, w której to już nie Premier tylko Minister Zdrowia ma mianować Prezesa NFZ oraz Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich i samodzielnie zarządzać największym publicznym budżetem w wysokości 67 mld PLN niezwykle istotna staje się społeczna kontrola nad wydawaniem tych publicznych środków. Środowiska pacjenckie z zadowoleniem przyjęły więc zapis w nowelizacji ustawy o świadczeniach, który włączył do Rady NFZ przedstawiciela organizacji działających na rzecz pacjentów. Uważamy, że zapis ten należy rozszerzyć o członkostwo przedstawiciela osób z niepełnosprawnością i powinien on przyjąć następujące brzmienie w art. 99 ust. 1 pkt. 4: „dwu członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje działające na rzecz pacjentów lub osób z niepełnosprawnością”. Analogicznie brzmiący zapis powinien się znaleźć w zapisie art. 106 ust. 2 pkt. 5 dotyczącym powoływania członków Rady Oddziału Wojewódzkiego Funduszu. Istotne jest kryterium kompetencyjne, które powinni spełnić przedstawiciele wszystkich instytucji zasiadających w Radzie Funduszu i w Radach Oddziałów Wojewódzkich Funduszu. Z uwagi na odpowiedzialność związaną z nadzorem nad bardzo wysokimi środkami publicznymi, o których wykorzystaniu decydują członkowie tych Rad, należy wprowadzić jako główne kryterium członkostwa w tych gremiach decyzyjnych kryterium konkursu merytorycznego. Wszyscy członkowie Rady Funduszu i Rad Oddziałów Wojewódzkich NFZ powinni być wyłaniany w mechanizmie konkursu oceniającego ich wiedzę z zakresu organizacji systemu ochrony zdrowia, finansowania świadczeń zdrowotnych oraz zdrowia publicznego. Obecnie obowiązujące kryterium posiadania uprawnień do zasiadania



w radach nadzorczych jednoosobowych spółek skarbu państwa jest niewystarczające i nieadekwatne do pełnionej funkcji. NFZ nie jest jednoosobową spółką skarbu państwa a wiedza potrzebna do efektywnej pracy w Radzie jest wiedzą z zakresu systemu ochrony zdrowia a nie prawa spółek publicznych. Nowelizacja ustawy o świadczeniach powinna adresować tę zmianę kryteriów doboru reprezentantów Rady Funduszu.

Uważamy także, że niezasadne jest wykluczenie z Rady Funduszu oraz z Rad Oddziałów Wojewódzkich Funduszu przedstawicieli Rady Działalności Pożytku Publicznego. Przedstawiciele organizacji pozarządowych reprezentujących interes obywateli składających się na budżet NFZ byli i pozostają nadal uzasadnionymi i ważnymi członkami tego ciała społecznego nadzoru nad wydawaniem największych środków publicznych w Polsce. Są gwarancją, że perspektywa obywateli nie zostanie pominięta w procesie decyzyjnym.

3. W skład kolejnego nowopowolywanego ciała decyzyjnego w ochronie zdrowia - Rady Taryfikacji poza 3 przedstawicielami organizacji świadczeniodawców powinno również wchodzić co najmniej 3 przedstawicieli organizacji działających na rzecz pacjentów lub osób z niepełnosprawnością. Obecność przedstawicieli świadczeniobiorców w Radzie Taryfikacji ma na celu zagwarantowanie, że wycena świadczeń będzie sprzyjała poprawie jakości i skuteczności świadczeń zdrowotnych oraz dbaniu o interes pacjentów. Bez reprezentacji przedstawicieli świadczeniobiorców w Radzie Taryfikacji istnieje istotne ryzyko braku uwzględnienia perspektywy pacjentów podczas podejmowania decyzji o wycenie świadczeń i braku zrównoważenia interesów świadczeniodawców, świadczeniobiorców i budżetu państwa. Stwarza to istotne ryzyko podejmowania decyzji o wycenie świadczeń takich, jak ma to obecnie miejsce np. w przypadku wyceny amputacji stopy cukrzycowej wyższej niż wycena jej zachowawczego leczenia. Brak reprezentacji świadczeniobiorców w Radzie Taryfikacji stwarza istotne ryzyko, że interes pacjentów nie będzie uwzględniany podczas podejmowania decyzji terapeutycznych przez świadczeniodawców dążących do maksymalizacji korzyści finansowych. Zapewnienie reprezentacji świadczeniobiorców równoważącej reprezentację świadczeniodawców w Radzie Taryfikacji jest najprostszym sposobem na zagwarantowanie, że interesy pacjentów będą zauważone w systemie ochrony zdrowia.
4. Reprezentacja przedstawicieli organizacji działających na rzecz pacjentów lub osób z niepełnosprawnością powinna być także obecna w kolejnym nowopowolywanym ciele decyzyjnym – w Wojewódzkich Radach do Spraw Potrzeb Zdrowotnych. Brak reprezentacji świadczeniobiorców w tych Radach stwarza istotne ryzyko, że interesy reprezentowane przez konsultantów krajowych i administrację publiczną nie zostaną zrównoważone interesami pacjentów i decyzje podejmowane w tych Radach ds. Potrzeb Zdrowotnych w dalszym ciągu nie będą uwzględniały zdrowotnych potrzeb ani interesów pacjentów. Reprezentacja organizacji działających na rzecz pacjentów i osób z niepełnosprawnością w tych Radach sprawi, że podejmowane przez nie decyzje będą zmierzały do takiej organizacji opieki zdrowotnej w województwie, której głównym celem jest lepsze gospodarowanie dostępnymi publicznymi środkami na zdrowie, sprzyjające w długiej perspektywie poprawie jakości i skuteczności świadczeń zdrowotnych oferowanych pacjentom. Brak przedstawicieli pacjentów w Radach ds. Potrzeb Zdrowotnych jest pozbawieniem tych Rad wiedzy na temat potrzeb zdrowotnych głównego interesariusza systemu opieki zdrowotnej – pacjentów.



5. Na mocy przepisów Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483) władze publiczne zostały zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom z niepełnosprawnością i osobom w podeszłym wieku. Minister Zdrowia natomiast jako jedyny priorytet zdrowotny określił w pakiecie kolejkowym onkologię. Na jakiej podstawie został więc dokonany bez szerszego zebrania opinii publicznej wybór onkologii jako jedynej dziedziny priorytetowej w ochronie zdrowia? Jakimi kryteriami kierował się Minister Zdrowia samodzielnie i arbitralnie określając, że teraz priorytetem finansowania ma zostać ta właśnie jedna przez niego wybrana dziedzina medycyny? W sytuacji braku środków na finansowanie ochrony zdrowia ustalanie priorytetów zdrowotnych wychodzące poza Konstytucję powinno odbywać się ze wskazaniem źródeł finansowania danego zdrowotnego priorytetu oraz w mechanizmie dialogu i konsensusu społecznego. Nigdy odpowiedzialność za wybór priorytetu nie powinna spadać wyłącznie na barki administracji publicznej. Wnioskujemy o przeprowadzenie debaty społecznej na temat określenia priorytetów w wydawaniu publicznych środków na zdrowie i uzyskanie zgody społecznej na to, że obecnie ma nim być wyłącznie onkologia. Proponujemy dokonanie zmiany w zapisie art. 31a ust 2, w którym Minister Zdrowia ustala priorytety zdrowotne po przeprowadzeniu konsultacji społecznych w tej sprawie. Zachęcamy do lektury, w jaki sposób w krajach europejskich dokonywano w mechanizmie dialogu społecznego wyboru kryteriów alokacji środków publicznych na zdrowie, który był wynikiem umowy społecznej: <http://mypacjenci.org/aktualnosci/148-oddajmy-zdrowie-obywatelom.html>.

W imieniu Grupy ds. Zdrowia przy OFOP,

Urszula Jaworska
Przewodnicząca Grupy
Fundacja Urszuli Jaworskiej