

# FUNDACJA

## NA RZECZ DOBREJ LEGISLACJI



---

[www.legepharmaciae.org.pl](http://www.legepharmaciae.org.pl)

POTENCJAŁ POLSKICH SZPITALI  
-  
JAK GO WYKORZYSTAĆ DLA DOBRA PACJENTA?

*SEMINARIUM EDUKACYJNE DLA PARLAMENTARZYSTÓW*

*WARSZAWA, 27 czerwca 2012 r.*



# Fundacja Lege Pharmaciae

**Efektywne wykorzystanie potencjału** szpitali, a szczególnie szpitali publicznych z ich zapleczem sprzętowym i kadrowym, jest kluczowe dla zwiększenia realnego dostępu pacjentów do leczenia.

Obowiązująca **interpretacja zakazująca p.zozom pobierania jakichkolwiek opłat** od pacjentów ubezpieczonych skutecznie ten dostęp blokuje.

Jest ona wadliwa prawnie, gdyż w obecnym porządku prawnym **brak jest zakazu pobierania opłat od pacjentów przez p.zozy za świadczenia spoza zakresu świadczeń udzielanych na podstawie kontraktu z NFZ.**



Już w świetle przepisów obowiązujących przed wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej **pobieranie przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat od pacjentów za świadczenia nie finansowane ze środków publicznych było dopuszczalne i zgodne z prawem,**

co zostało przedstawione w „Opinii odnośnie do możliwości pobierania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat za udzielenie świadczenia zdrowotnego ” z marca 2010 r.

*Autorzy:*

**Adwokat Paulina Kieszowska-Knapik** – Kancelaria Baker&McKenzie  
Przewodnicząca Rady Nadzorczej Fundacji Lege Pharmaciae

**Radca prawny Natalia Łojko** – Kancelaria Baker&McKenzie

**Prof. UW Michał Kulesza, radca prawny** – Kancelaria Domański Zakrzewski  
Palinka Przewodniczący Rady Programowej Fundacji Lege Pharmaciae



**Wejście w życie ustawy o działalności leczniczej nie tylko nie zmienia tej konkluzji, ale znacząco ją wzmacnia**, co znajduje odzwierciedlenie w drugiej

*OPINII PRAWNEJ dotyczącej dostępu pacjentów do świadczeń innych, niż finansowane ze środków publicznych – oraz wiążącej się z tym możliwości pobierania, w szczególności przez szpitaly, opłat za udzielenie świadczenia zdrowotnego -*

przygotowanej w związku ze zmianą stanu prawnego przez tych samych autorów.

Ta właśnie opinia jest tematem niniejszej prezentacji.



## PRZEDSTAWIENIE ARGUMENTÓW PRAWNYCH, CO DO MOŻLIWOŚCI WNOSZENIA OPŁAT PRZEZ PACJENTÓW P.ZOZÓW

**PROF. MICHAŁ KULESZA**



## PRAWO KAŻDEGO OBYWATELA DO OCHRONY WŁASNEGO ZDROWIA KONSTYTUCJA

### **Art. 68.**

- 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.**
- Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
- Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
- Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
- Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.



## PRAWO KAŻDEGO OBYWATELA DO OCHRONY WŁASNEGO ZDROWIA TRYBUNAŁ KONSTYTUCYJNY

Trybunał Konstytucyjny w sprawie K/14/03:

*„Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń, czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. Pewne ograniczenia swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości.*

***Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, iż system ten - jako całość - musi być efektywny”.***





## PRAWO DO OCHRONY ZDROWIA WG AKTUALNEJ WIEDZY MEDYCZNEJ

### USTAWA O PRAWACH PACJENTA

Art. 6. 1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom **aktualnej wiedzy medycznej**.

2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, **opartej na kryteriach medycznych**, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.



## WSPÓŁFINANSOWANIE ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO USTAWA O ŚWIADCZENIACH („Ustawa koszykowa”)

- Nowa definicja świadczenia gwarantowanego. Jest to „*świadczenie opieki zdrowotnej **finansowane w całości lub współfinansowane** ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie*” (art. 5 pkt 35);
- Pojęcie „świadczeń gwarantowanych” z samej swej definicji nie jest zatem równoznaczne z pojęciem „świadczeń w całości finansowanych ze środków publicznych”, bowiem ustawodawca wyraźnie dopuszcza współpłacenie przez pacjenta za świadczenia gwarantowane.
- Zmiana charakteru koszyka świadczeń gwarantowanych **z negatywnego na pozytywny**.



## DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PODMIOTÓW LECZNICZYCH

### USTAWA O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ (1/3)

- **Uchylenie art. 38 ust. 5** ustawy o zozach powoływanego dotychczas w wyrokach sądów, jako jedna **z głównych prawnych barier współpłacenia**:  
*„osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie mogą być obciążane opłatami za ich udzielanie, nawet gdy świadczeń zdrowotnych udziela publiczny zakład opieki zdrowotnej nie będący właściwym ze względu na obszar lub rejon swojego działania.”;*
- Wprowadzenie zasady, że **działalność lecznicza jest działalnością gospodarczą**, co oznacza, że także samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej prowadzą działalność, która musi się **bilansować w sensie ekonomicznym**, pomimo że nie są one przedsiębiorcami w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej.



## POBIERANIE OPŁAT PRZEZ PZOZY JAKO NIE-PRZEDSIĘBIORCÓW USTAWA O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ (2/3)

- Elementy regulaminu organizacyjnego (art. 24 odnoszący się do wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą): „*organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych **w przypadku pobierania opłat***” (pkt 10) oraz „***wysokość opłat** za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych*” (pkt 12).
- Możliwość pobierania opłat przez podmiot leczniczy „nie będący przedsiębiorcą”, a więc również przez spzoz (art. 44): „*Podmiot leczniczy nie będący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, **za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.***”



## ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PZOZÓW

### USTAWA O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ (3/3)

- Źródła dla pozyskiwania przez p.zoz. środków finansowych (art. 55)

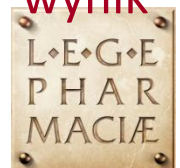
„1. Spzoz może uzyskiwać środki finansowe:

1) z **odpłatnej działalności leczniczej (...)**;

2) z **wydzielonej działalności gospodarczej** innej niż wymieniona w pkt 1, jeżeli statut przewiduje wykonywanie takiej działalności; (...)

2. **Umowy dotyczące odpłatnych świadczeń zdrowotnych**, o których mowa w ust. 1 pkt 1, mogą być również zawierane przez zakład ubezpieczeń (...).

- Ramy gospodarki finansowej p.zoz. **opartej jest na zasadzie samofinansowania i samodzielności** (art. 52): „Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania”; Spzoz decyduje o podziale zysku oraz pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy (art. 58 i 59.1).



## WYKONAWCY USŁUG „KOSZYKOWYCH” A PRAWO DO ZAPŁATY

- ZOZ' y publiczne vs. Zozy niepubliczne
- Z punktu widzenia konstytucyjnych praw pacjenta ZOZ to jedynie „warsztat”, a NFZ to „PZU”
- Niezależnie od formy prawnej działalności zoz w zakresie koszyka i poza koszykiem pacjent powinien mieć wszędzie **te same gwarancje prawne**, w tym możliwość samodzielnego dbania o własne zdrowia ponad standard oferowany przez NFZ.
- Podstawy prawne przed 1 lipca 2011 r.
  - Ustawa o zoz'ach.
  - Ustawa o świadczeniach.
- Podstawy prawne po 1 lipca 2011 r.
  - Ustawa o działalności leczniczej.
  - Ustawa o świadczeniach.



## Świadczenia pokrywane ze składki ubezpieczeniowej (SFERA KOSZYKOWA)

Świadczenia finansowane ze środków publicznych określa koszyk świadczeń zdefiniowany przez MZ na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

Koszyk powinien być zakontraktowany przez NFZ ze świadczeniodawcami, ale w rzeczywistości treść kontraktu definiują zarządzenia Prezesa NFZ, które precyzują:

- Rodzaj świadczenia (np. operacja stawu biodrowego),
- Zakres świadczenia (np. rodzaj leczenia farmakologicznego),
- Liczbę świadczeń (np. X zabiegów na ½ roku).

Poza limitem: leczenie stanów nagłych i zagrożenia życia.



# Wadliwość obecnej interpretacji

Obowiązująca interpretacja zakazująca p.zozom pobierania jakichkolwiek opłat za usługi świadczone poza kontraktem z NFZ wobec pacjentów objętych ubezpieczeniem zdrowotnym

jest wadliwa z następujących powodów:





# Wadliwość interpretacji - argumenty

## I. POMIJA PRAWO CZŁOWIEKA DO OCHRONY ZDROWIA OGRANICZAJĄC JE DO ZAKRESU ŚWIADCZEŃ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH.

KONSTYTUCJA RP:

*Art. 38 Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia.*

*Art. 68 ust. 1 Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.*

*2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.*

*Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.*

- System musi zapewnić każdemu możliwości – instytucjonalne i kadrowe – do ochrony własnego życia i zdrowia. Tak rozumiane prawo nie może być w żaden sposób ograniczane.
- Pacjenci, których ochrona zdrowia wymaga świadczeń spoza koszyka świadczeń gwarantowanych nie mogą być dyskryminowani poprzez ograniczenie ich leczenia do zakresu kontraktu p.zozu z NFZ.
- Brak możliwości udzielania płatnych świadczeń poza koszykiem przez p.zozy jest rażącym naruszeniem prawa zagwarantowanego w Konstytucji RP.



# Wadliwość interpretacji - argumenty

- II. POMIJA NATURĘ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO, KTÓRE JEST OGRANICZONE DO ŚWIADCZEŃ WYMIENIONYCH W „KOSZYKU”, PRZY KTÓREJ TO KONSTRUKCJI ISTNIEJĄCA INTERPRETACJA JEST NIEZASADNA.**
- Koszyk świadczeń jest zmienny i, co do zasady, jest ograniczony definiowaniem jego zawartości przez MZ i kontraktowaniem przez NFZ.
  - Potencjał p.zozu jest często większy, niż możliwości finansowe płatnika (NFZ).
  - Wydłużające się kolejki są konsekwencją niewykorzystania, w dużej części, istniejącego potencjału p.zozów.
  - Ściśle zdefiniowany koszyk i limitowane środki finansowe, co do zasady, nie mogą sprostać potrzebom zdrowotnym społeczeństwa oferując jedynie ograniczony, a często nawet nierealny, dostęp do świadczeń.



# Wadliwość interpretacji - argumenty

## III. PODTRZYMUJE ILUZORYCZNOŚĆ BEZPŁATNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA I BLOKUJE DOSTĘP DO LEGALNEGO ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Polska znajduje się w czołówce krajów z przewagą finansowania prywatnego w opiece zdrowotnej.

- Obok USA, Kanady i Turcji w Polsce występuje największe finansowanie leków ze środków prywatnych.  
*(Analiza OECD „Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market ” z września 2008 r.)*
- *„(...) już niemal połowa gospodarstw ponosi jakieś wydatki na usługi zdrowotne z własnej kieszeni. Spójrzmy teraz, na co i w jakiej wysokości szły te pieniądze w okresie jednego tylko kwartału poprzedzającego badanie. Przeciętnie najczęściej kosztowały gospodarstwa ponoszące dany rodzaj wydatków leczenie i badania ambulatoryjne (526 zł), w dalszej kolejności były tzw. dowody wdzięczności, czyli łapówki, dzięki którym pragnęły pozyskać czy szybszą opiekę, czy opiekę lepszej jakości (np. większe zainteresowanie problemami pacjenta, więcej troski o jego zdrowie, wybór lekarza operującego lub opiekującego się pacjentem w szpitalu, przyspieszenie usługi itp.) o średniej wartości 475 zł.”*  
*(Raport „Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków ”, pod red. Janusza Czapieńskiego)*

# Wadliwość interpretacji - argumenty

## IV. OGRANICZA I CZYNI NIEREALNYM DOSTĘP PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ.

### - KORZYSTANIE PRZEZ PACJENTÓW P.ZOZÓW ZE ŚWIADCZEŃ ZNAJDUJĄCYCH SIĘ POZA „KOSZYKIEM”

Pacjent ze schorzeniem nie znajdującym się na liście świadczeń powinien mieć możliwość leczenia się w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Świadczenie gwarantowane to świadczenie finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych. Świadczenie gwarantowane nie jest tożsame ze świadczeniem finansowanym w całości, a możliwe jest współpłacenie pacjenta.

Świadczeniem gwarantowanym powinno być jednak każde świadczenie dostępne w ramach systemu opieki zdrowotnej. Gwarancją dostępności świadczenia nie może być jego powiązanie ze środkami publicznymi.

### - REALNY WPŁYW NA ZAKRES SWOJEGO LECZENIA

Pacjent może zdecydować czy zadowala go gwarantowany zakres świadczenia czy też chciałby być leczony ponadstandardowo.

Brak przeszkód prawnych, aby usługi zdrowotne w powyższym zakresie, które nie są objęte koszykiem, mogły być udzielane odpłatnie.

### - LECZENIE W WARUNKACH WYCZERPANIA LIMITU

Gdy przyspieszenie udzielenia świadczenia jest wymagane standardem opieki zdrowotnej lub stanem zdrowia pacjenta, ewentualnie wniesione opłaty powinny być niezwłocznie refundowane przez system. W pozostałym zakresie pacjent powinien mieć możliwość przyspieszenia udzielenia mu świadczenia poprzez wniesienie opłaty, jednak w takiej sytuacji byłoby to równoznaczne z rezygnacją z uprawnienia do zwrotu tej opłaty ze środków publicznych.

- ✓ Przyspieszenie poprzez wniesienie opłaty, nie może powodować wydłużenia czasu oczekiwania innych osób na świadczenie należne im w ramach ubezpieczenia.
- ✓ Istotny jest problem informacji o dostępności usług.



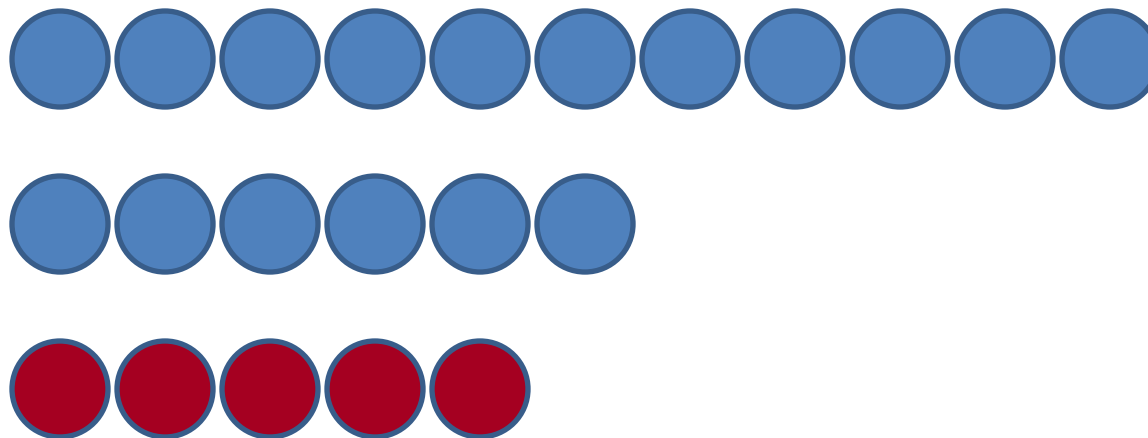
# Wadliwość interpretacji - argumenty

## V. WYPACZA ZASADĘ SOLIDARYZMU SPOŁECZNEGO.

PRZYJĘCIE ZASAD WSPÓŁPŁACENIA SZANSĄ NA SKRÓCENIE CZASU OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIE

Solidaryzm społeczny w ochronie zdrowia to solidaryzm w równym i realnym dostępie do leczenia, a nie solidaryzm w równym braku dostępu do leczenia.

Na omówionych zasadach, pacjent może zdecydować się na opłacenie danego świadczenia w ramach płatnej kolejki. Tym bardziej, iż w ten sposób daje pacjentom „z ubezpieczenia” szansę na wcześniejsze skorzystanie z należnych im świadczeń.



- To pacjent, czyli **obywatel jest ubezpieczony** w systemie opieki zdrowotnej i to za nim, a nie za szpitalem, powinny „iść” pieniądze.
- Obecne **„LIMITY”** w kontraktowaniu z NFZ powinny być zastąpione **„ZALICZKAMI NA POCZET WYKONANIA”**. Pacjenci chorują bowiem również POZA LIMITEM nie tracąc w związku z tym **konstytucyjnego prawa** do świadczeń finansowanych ze środków publicznych (**są bowiem UBEZPIECZENI**), a także prawa do ochrony zdrowia w ogólności.
- Jedynie legalne opłaty mogą **przerwać stan systemowego marnotrawstwa w sektorze publicznym ochrony zdrowia**, który obecnie jest wykorzystywany jedynie w części swojego potencjału.
- Legalne opłaty to:
  - **poprawa w dostępności leczenia**, jakości świadczonych usług, a tym samym zdrowotności,
  - ograniczenie szarej strefy i **prawdziwa realizacja zasady solidaryzmu społecznego** (sukcesywne skracanie kolejek).



DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ!



Fundacja LEGE PHARMACIAE

ul. Czackiego 19 lok. 6

00-043 WARSZAWA

tel: + 48 22 556 86 86 fax: + 48 22 556 86 99

[www.legepharmaciae.org.pl](http://www.legepharmaciae.org.pl), [biuro@legepharmaciae.org.pl](mailto:biuro@legepharmaciae.org.pl)



# Ministerstwo Zdrowia

## KOSZYK POZYTYWNY art. 68 ust 2 Konstytucji

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

## LECZENIE POZA KOSZYKIEM ??? art. 68 ust. 1 Konstytucji

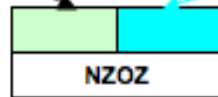
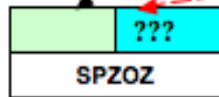
1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

### Finansowanie przez NFZ

- CO? / STANDARD?
- DLA KOGO – KRYTERIA OBJECIA LECZENIEM?
- KIEDY- KOLEJKA?



SSS



LEKI DROŻSZE NIŻ LIMIT – pacjent może dopłacić

ŚWIADCZENIA INNE NIŻ FINANSOWANE PRZEZ NFZ – pacjent może dopłacić

**ŚWIADCZENIA W RZECZYWISTOŚCI NIE GWARANTOWANE - PACJENT NIE MOŻE ZAPŁAĆ - UTRATA ZDROWIA/ŚMIERĆ PACJENTA - ART 68 UST 2 ZAMIENIA SIĘ WE WŁASNĄ KARYKATURĘ - BLOKUJE REALIZACJE ART 68 UST 1**

- Co ma zrobić pacjent z chorobą Leśniowskiego-Crohna, gdy waży więcej niż wymagane do leczenia w programie NIE LECZEĆ SIĘ I BYĆ KALEKĄ
- Co ma zrobić pacjent z reumatoidalnym zapaleniem stawów gdy ma za mało „punktów zapalnych”? – NIE LECZEĆ SIĘ I BYĆ KALEKĄ
- Co ma zrobić pacjent z chorobą nowotworową, gdy nie spełnia kryteriów włączenia do programu bo ma za mało przerzutów albo był wcześniej leczony w sposób inny niż opisany w programie? - UMRZEĆ
- Co ma zrobić pacjent, któremu NFZ odmawia chemioterapii niestandardowej? - UMRZEĆ
- Co ma zrobić rodzica niespełniająca kryteriów do znieczulenia przy porodzie? – RODZIĆ W BÓLACH