



**Sojusz Lewicy
Demokratycznej**

**Zdrowie to nie towar,
szpital to nie fabryka**

Zdrowie to nie towar, szpital to nie fabryka

Zapewnienie Obywatelom bezpieczeństwa w zakresie ochrony zdrowia jest konstytucyjnym obowiązkiem Rządu. W krajach Unii Europejskiej – im wyższy stopień cywilizacyjnego rozwoju, tym większa troska rządzących o zdrowie społeczeństwa.

W Polsce w ciągu ostatnich czterech lat podjęto szereg decyzji zmieniających funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, które zmierzają do pozbycia się przez Rząd odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa. Zrzucanie przez Państwo odpowiedzialności za zdrowie Polaków na samorządy lokalne lub wprost na podmioty gospodarcze nastawione na zysk (spółki kapitałowe, prywatne szpitale) jest powodem dramatycznego obniżenia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego i niezadowolenia z systemu ochrony zdrowia. W jednym z ostatnich badań OBOP aż 75% Polaków potwierdziło swoje niezadowolenie z tego jak funkcjonuje system.

Nadrzędną zasadą cywilizowanych systemów ochrony zdrowia **jest równy dostęp do świadczeń. Ta zasada w Polsce od kilku lat jest fikcją.** Szansa na szybkie i skuteczne wyleczenie coraz częściej staje się pochodną grubości portfela – kilka procent społeczeństwa stać na dodatkowe opłaty, bądź leczenie w prywatnych klinikach, inni skazani są na coraz dłuższe kolejki. Ich długość jest odwrotnie proporcjonalna do szansy na wyleczenie.

Z codziennych relacji prasowych i telewizyjnych wyłania się obraz pacjenta odsyłanego od drzwi do drzwi, zmuszanego do zdobywania: potwierdzeń, zaświadczeń, skierowań i innych dokumentów, bezradnego wobec wszechwładzy urzędników NFZ lub Ministerstwa Zdrowia. Pacjent traktowany jest jak **petent, niechciany i namolny klient, stale czegoś żądający.** To musi się zmienić.

Prawo do opieki zdrowotnej, do poczucia bezpieczeństwa, do leczenia na najwyższym poziomie to podstawowe prawo przysługujące polskim Obywatelom. Pacjent powinien wreszcie znaleźć się w centrum całego systemu, **to system jest dla pacjenta, a nie pacjent dla systemu.**

Obywatele powinni mieć realny wpływ na to, jak są wydawane pieniądze z ich składek. Niech zasada „**pieniądz idzie za pacjentem**” przestanie być pustym frazesem.

Sposób zarządzania systemem ochrony zdrowia lansowany przez ostanie cztery lata jest krytykowany przez wszystkie środowiska opinio-twórcze; świadczeniodawców, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, samorządy lokalne, korporacje zawodowe: lekarzy i pielę-gniarek, diagnostów, pracowników systemu ochrony zdrowia oraz co najważniejsze – pacjentów.

Codziennie rozmawiamy z pacjentami o ich potrzebach i proble-mach. To oni powiedzieli nam jakie mają oczekiwania wobec służby zdrowia w Polsce. Wiemy jak je zrealizować i potrafimy to zrobić. Nie składamy obietnic bez pokrycia, nie zapowiadamy wielkiej reformy, ale przedstawiamy propozycję uporządkowania systemu, która wreszcie sprawi, że pacjent będzie w jego centrum, a Obywatele zyskają poczucie bezpieczeństwa.

**Zdrowie to nie towar,
szpital to nie fabryka**

Sojusz Lewicy Demokratycznej
proponuje przywrócenie
odpowiedzialności Państwa
za ochronę zdrowia Obywateli,
rzeczywistą równość
w dostępie do świadczeń
zdrowotnych, likwidację
lub skrócenie kolejek do
procedur diagnostycznych
i terapeutycznych i zniesienie
limitów na świadczenia
bezpośrednio służące
ratowaniu życia i zdrowia.

1. Dostępność do świadczeń medycznych.

**Chory potrzebuje lekarza wtedy, kiedy jest chory.
Czekanie nie leczy.**

Bezpieczeństwo Obywateli jest dla nas najważniejsze. Obywatel musi być pewny, że kiedy zagrożone jest jego życie i zdrowie nie będzie pozostawiony sam ze swoimi problemami. Pacjent nie powinien być „złem koniecznym”, „klientem stojącym w kolejce” i „namolnym petentem”, bo przecież to dla Niego i za Jego pieniądze stworzono cały system ochrony zdrowia.

Zapewnienie ochrony zdrowia Obywatelom jest obowiązkiem Państwa. Konsekwentnie przeciwstawiamy się dzieleniu pacjentów na lepszych i gorszych, bardziej i mniej uprzywilejowanych do korzystania z dobrodziejstw nowoczesnej medycyny.

Niezależnie od ilości pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia Obywatele mają prawo żądać ich sprawiedliwego podziału. Obecny sposób zarządzania systemem powoduje, że na porządku dziennym jest zamykanie przychodni lub oddziałów szpitalnych z powodu nie podpisania kontraktów przez NFZ. Dotyczy to wszystkich rodzajów świadczeń od podstawowej opieki zdrowotnej do wysokospecjalistycznych procedur (jak np. chemioterapia niestandardowa). Odpowiedzialność za ten stan rzeczy ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia i Minister Zdrowia.

Wielomiesięczne lub nawet kilkuletnie kolejki do wybranych specjalistów bądź procedur występują obok świadczeń wykonywanych bez żadnych ograniczeń, do których pacjenci są zachęcani lub namawiani głównie przez prywatne szpitale lub niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Nieprawidłowa wycena świadczeń i kierowanie przez NFZ znacznych środków do wybranych świadczeniodawców powoduje, iż z jednej strony wybrane firmy medyczne czerpią ogromne zyski z realizacji świadczeń medycznych, podczas gdy w innych dziedzinach pacjenci bezskutecznie oczekują na leczenie.

- ➔ Wprowadzimy przejrzysty system ustalania, jaki zakres leczenia przysługuje pacjentom (określimy standardy, koszty i zasady leczenia, a także ustalimy jaki jest **dopuszczalny czas** oczekiwania na wszystkie pilne procedury medyczne).
- ➔ Na bieżąco będziemy ustalać w jakich dziedzinach konieczna jest likwidacja limitów – na początku **zlikwidujemy limity dla onkologii, kardiologii i neurologii** – pacjenci, którzy wymagają takiego leczenia nie będą stali w kolejkach.
- ➔ Gwarantujemy, że współpraca z przedstawicielami pacjentów, środowisk medycznych i świadczeniodawców będzie ważnym elementem prowadzonych działań porządkujących i stabilizujących system ochrony zdrowia w Polsce.

Przywrócimy zaufanie do systemu opieki zdrowotnej

- ➔ **Przygotujemy kompleksowy i czytelny zbiór aktów legislacyjnych – KODEKS ZDROWIA, z wiodącą, systemową ustawą o bezpieczeństwie zdrowotnym.**
- ➔ **Gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego uczynimy rzeczywisty dostęp do świadczeń zdrowotnych, określimy maksymalny okres oczekiwania na realizację świadczenia, skrócimy kolejki, zniesimy limity porad, konsultacji oraz przyjąć do szpitala.**

*Sposoby realizacji powyższych propozycji opracowane przez zespół ekspertów powołany przez Sojusz Lewicy Demokratycznej znajdują się w projekcie **ustawy o bezpieczeństwie zdrowotnym Obywateli.***

1.1. Finansowanie ochrony zdrowia

W opinii wielu ekspertów poziom finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest niewystarczający. **Ochrona zdrowia Obywateli nie była w ostatnich latach priorytetem rządu.** Czas to zmienić!

Budowa nowoczesnych szpitali jest dla ludzi ważniejsza niż budowa stadionów. Funkcjonujące w każdej miejscowości lub w każdej dzielnicy większego miasta, przychodnia, bądź ośrodek zdrowia są co najmniej równie ważne dla mieszkańców, co boisko do piłki nożnej.

Wszyscy jesteśmy pacjentami. Mamy prawo decydować jakie środki finansowe będą przekazywane na ochronę zdrowia, w tym również środki z budżetu państwa.

Sojusz Lewicy Demokratycznej w przyszłym parlamencie doprowadzi do wzrostu nakładów na ochronę zdrowia.

1.2. Publiczne placówki ochrony zdrowia.

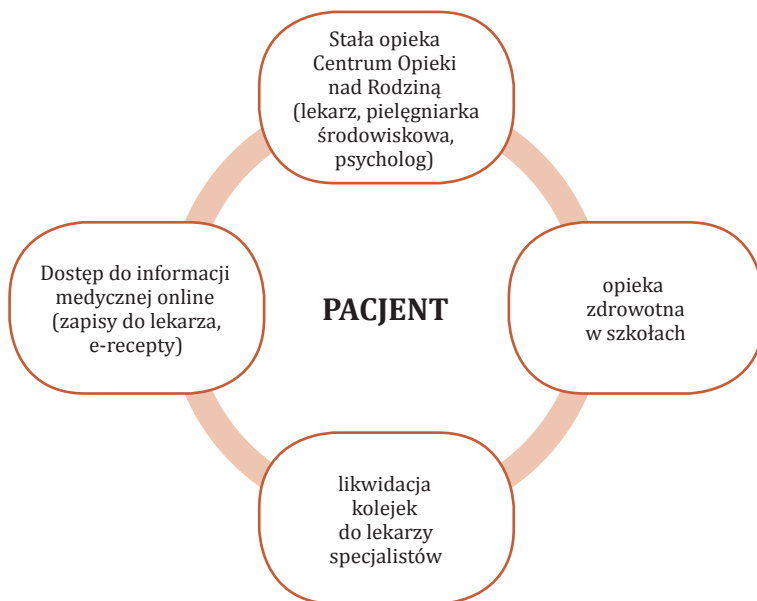
Pogarszająca się dostępność pacjentów do świadczeń jest pochodną ograniczania liczby i roli publicznych placówek ochrony zdrowia. Widoczne w ostatnich latach obsesyjne dążenie rządu do skomercjalizowania i sprywatyzowania wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali doprowadziła do dramatycznego obniżenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

Szpitala powinny służyć dobru wspólnemu, a ich nadrzędnym celem powinna być ochrona zdrowia nie zaś wypracowywanie zysku. Dlatego muszą zachować publiczny, niekomercyjny charakter.

Nikt rozsądny nie oczekuje od straży pożarnej, policji, wojska czy sądów wypracowywania zysków. Są to instytucje powołane do ochrony społeczeństwa – podobnie jak szpitale.

Sojusz Lewicy Demokratycznej gwarantuje zachowanie (lub przywrócenie) publicznego charakteru szpitali powiatowych i wojewódzkich.

2. Kompleksowa opieka nad pacjentem i jego rodziną



- ➔ Podstawowej Opiece Zdrowotnej przywrócimy rolę „przewodnika” po systemie, łączącego zadania medycyny z wewnętrznym i społecznym życiem rodziny.
- ➔ Współpracujące ze sobą placówki sieci medycznej utworzą **CENTRUM OPIEKI NAD RODZINĄ**, gdzie udzielane będą kompleksowe świadczenia medyczne oraz oferowane wsparcie psychologiczno – socjalne **trzem pokoleniom rodziny: dzieciom i młodzieży, rodzicom/opiekunom, dziadkom**. Centrum będzie realizować profesjonalne i kompleksowe usługi medyczne w zakresie: podstawowej opieki zdrowotnej, szczepień ochronnych, konsultacji i porad lekarzy specjalistów, usług stomatologicznych, rehabilitacji leczniczej, profilaktycznych programów polityki zdrowotnej, porad psychologa oraz diagnostyki laboratoryjnej i medycznej.

- ➔ Działania medyczne Centrum koordynowane będą przez lekarza rodzinnego, a pielęgniarka środowiskowa będzie **OPIEKUNEM RODZINY**, który zaplanuje pacjentom odpowiednie porady i konsultacje oraz będzie swoistym przewodnikiem i doradcą w sprawach zdrowia.

CENTRUM OPIEKI NAD RODZINĄ

Pacjenci i ich rodziny będą objęci kompleksową opieką zdrowotną na każdym etapie ich życia, ze szczególnym uwzględnieniem:

DZIECI I MŁODZIEŻ	RODZICE	DZIADKOWIE
Profilaktyka;	Profilaktyka – dostęp do badań profilaktycznych wskazanych dla danej grupy wiekowej;	Stała opieka lekarza rodzinnego, który będzie monitorował zdrowie pacjenta, zalecał odpowiednie badania lekarskie i kierował do właściwego lekarza specjalisty;
Edukacja zdrowotna;	Stała opieka lekarza rodzinnego, który kompleksowo zajmie się zdrowiem pacjenta – od badań profilaktycznych,	Zniesienie limitów i kolejek do lekarzy najważniejszych specjalizacji (m.in. kardiolog, onkolog, urolog);
Lekarz, pielęgniarka i stomatolog w szkole;	okresowych badań lekarskich po kierowanie pacjenta do właściwego specjalisty;	Łatwiejszy dostęp do rehabilitacji;
Zniesienie limitów i kolejek do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów;	Zniesienie limitów i kolejek do lekarzy najważniejszych specjalizacji (m.in. kardiologia, onkologia);	Pomoc finansowa Państwa w zakupie leków;
		Zniesienie ograniczeń wiekowych w dostępie do leczenia;

3. Dzieci i młodzież pod szczególną opieką

Człowiek potrzebuje lekarza wtedy, kiedy jest chory, a nawet wcześniej.

Profilaktyka jest nie tylko najtańszym, ale i najbardziej efektywnym sposobem dbania o zdrowie społeczeństwa. Szczególne znaczenie ma kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci i młodzieży. W tym też okresie (przed-szkolnym i szkolnym) wykrycie wad, nieprawidłowości i chorób najlepiej poddaje się korekcji bądź leczeniu. To z kolei zapewnia wejście w dorosłość zdrowych pokoleń, które mogą w pełni wykorzystać swój potencjał.

Najmłodszy Obywatele mają prawo do kompleksowej opieki zdrowotnej niezależnie od poziomu zamożności, świadomości rodziców, miejsca zamieszkania (miasto czy wieś). Tego typu nadzór i profilaktykę zapewnić może jedynie infrastruktura zdrowotna powiązana z instytucjami oświatowymi.

W każdej szkole zapewnimy opiekę medyczną nad dziećmi i młodzieżą, przywracając instytucję lekarza szkolnego jako konsultanta, pielęgniarkę i stomatologa.

4. To Ty będziesz decydować jak wydawać Twoje pieniądze na zdrowie

Mimo, iż system ochrony zdrowia w Polsce nazywany jest ubezpieczeniowym miliony Polaków nie mają żadnego wpływu na to jak wydawane są ich pieniądze.

Decyzje Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ dotyczące przekazywania pieniędzy są niejasne i kontrowersyjne i pozostające poza rzeczywistą kontrolą społeczną. Za błędne decyzje nikt nie ponosi odpowiedzialności nawet, jeśli niosą za sobą tragiczne następstwa (np. przerwanie terapii onkologicznej).

- ➔ Proponujemy powołanie **demokratycznie wybranych przedstawicieli pacjentów** (ubezpieczonych) uprawnionych do kontroli i współdecydowania o zakresie kontraktowania świadczeń w danym województwie/powiecie.
- ➔ Proponujemy przyznanie uprawnień w zakresie współdecydowania o podziale środków finansowych starostom, prezydentom, marszałkom województw w powiązaniu z decyzjami dotyczącymi inwestycji infrastrukturalnych (zakup sprzętu medycznego, budowa i remonty szpitali).
- ➔ Dla poprawy nadzoru i koordynacji świadczeń powrócimy do instytucji lekarza powiatowego, miejskiego, wojewódzkiego i kraju, z ustawowym określeniem ich zakresu obowiązków i uprawnień.

5. Racjonalne i efektywne wydawanie pieniędzy w ochronie zdrowia

Minister Zdrowia przy współpracy z ekspertami i specjalistami w każdej dziedzinie medycyny ustali **standardy leczenia pacjentów**

Na podstawie ustalonych standardów Minister Zdrowia z ekspertami **wyceni wszystkie procedury** – szpitale otrzymają właściwą zapłatę za wykonywane usługi

Minister Zdrowia na bieżąco będzie określał, które procedury powinny być finansowane i **które z nich nie powinny być limitowane** – dostęp do najpotrzebniejszych usług medycznych nie będzie ograniczony

Pacjent będzie miał gwarancję, że opieka zdrowotna z której korzysta jest **najwyższej jakości**;

Placówki ochrony zdrowia będą miały gwarancję, że wykonywane przez nie procedury medyczne są **właściwie wycenione**;

Swoje decyzje Minister Zdrowia będzie przekazywał płatnikowi – ta instytucja będzie odpowiedzialna za podpisanie umów ze szpitalami i innymi placówkami leczącymi chorych, terminowe opłacanie wykonanych usług i **kontrolę jakości tych usług**

- ➔ Koszty świadczeń zdrowotnych muszą być precyzyjnie i rzetelnie liczone, a wycena procedur powinna odpowiadać faktycznym nakładom (uwzględnienie kosztów lekarzy, sprzętu, elektryczności, eksploatacji, itp.).
- ➔ Podział środków wydawanych na ochronę zdrowia przez różne instytucje (budżet Ministerstwa Zdrowia, NFZ, samorządy) musi być racjonalny i sprawiedliwy. Powinien uwzględniać potrzeby pacjentów, sytuację demograficzną i zdrowotną Obywateli oraz możliwości placówek ochrony zdrowia.
- ➔ Środki finansowe na wybrane świadczenia zdrowotne (np. profilaktyka dzieci i kobiet w ciąży, ratownictwo medyczne, wysokospecjalistyczne świadczenia – transplantologia) nie mogą podlegać żadnym ograniczeniom.
- ➔ Placówki, które inwestują w swój rozwój, sprzęt medyczny, technologie, a także zapewniają najwyższą jakość świadczonych usług powinny być premiowane.
- ➔ Docelowo, konieczne jest wprowadzenie ujednoczonego systemu ubezpieczeniowego – tak by świadczenia zdrowotne finansowane były z jednego źródła (połączenie ubezpieczenia zdrowotnego, chorobowego i wypadkowego).
- ➔ Zmiany demograficzne związane z tzw. starzeniem się populacji spowodują, że w 2020 roku ponad 20% polskiego społeczeństwa należeć będzie do grupy poprodukcyjnej, a popyt na świadczenia pielęgnacyjne znacznie wzrośnie i trzeba będzie zapewnić odpowiednie ich finansowanie (ZOL, ZPO, DPS). Dlatego też należy tak przekształcać system finansowania ochrony zdrowia by w efekcie wydzielić specjalny fundusz, w ramach, którego możliwe będzie zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej tej grupie Obywateli.
- ➔ Należy stworzyć jak najwięcej ułatwień fiskalnych dla służby zdrowia (m.in. 0% stawka VAT), dzięki którym możliwe będzie obniżenie

kosztów działalności medycznej, a tym samym cen udzielanych świadczeń.

- ➔ Rozwój medycyny i innowacyjnych technologii wykorzystywanych w ochronie zdrowia sprawia, że Państwo musi zabezpieczyć odpowiednie środki finansowe umożliwiające ich finansowanie. Niezbędne jest wydzielenie odpowiedniej puli pieniędzy gwarantującej możliwość finansowania pacjentom najnowocześniejszych metod leczenia.

6. Leki to nie jest zwykły towar

Wydatki na leki ponoszone przez polskich pacjentów **są najwyższe w Europie**. Udział współpłacenia pacjenta (jak podaje Dziennik Gazeta Prawna z 19.05.2011 r.) w ogólnych wydatkach na leki wynosi 67%. Podczas gdy np. w Wielkiej Brytanii jest to 25% a w Niemczech 26%. W żadnym kraju Unii Europejskiej pacjenci z własnej kieszeni nie ponoszą więcej niż 50% ogólnych wydatków na leki. Tak wysoki poziom obciążenia budżetów domowych pacjentów jest nie tylko sprzeczny z ideą solidarnego systemu zabezpieczenia zdrowotnego, **ale stanowi wprost zagrożenie dla zdrowia i życia wielu grup pacjentów, których nie stać na wykupienie koniecznych lekarstw.**

Sojusz Lewicy Demokratycznej proponuje wprowadzenie maksymalnego rocznego limitu wydatków na leki po przekroczeniu, którego pacjent na podstawie przedłożonych rachunków będzie miał prawo ubiegania się o zwrot pieniędzy wydanych na zakup lekarstw.

Pacjenci nie będą musieli podejmować trudnych decyzji, które leki kupić, a z których zrezygnować, bo są za drogie. Leki, to nie jest zwykły towar, dlatego Państwo musi wpływać na ich ceny tak aby nikt nie wychodził z apteki bez potrzebnych mu lekarstw. **Osobom w najtrudniejszej sytuacji materialnej zostanie zapewnione wsparcie, jeżeli ich wydatki na leki przekroczą rocznie 500 zł.**

7. Inwestycje w innowacje i nowe technologie

Przyszłością medycyny są nowe technologie, innowacyjne rozwiązania informatyczne i nowe rozwiązania w zarządzaniu. Polska nie może pozostawać w tyle. Polski pacjent zasługuje w takim samym stopniu na dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia, jak pacjenci w innych krajach Unii Europejskiej. Polscy naukowcy nie mogą wyjeżdżać za granicę, by tam realizować swoje ambicje i wprowadzać najnowsze rozwiązania w zakresie medycyny.

Dysponujemy znakomitą kadrą medyczną i bardzo zdolnymi młodymi ludźmi, którzy powinni mieć zapewnioną możliwość rozwoju w Polsce. Chcemy by nasi naukowcy mogli się realizować w kraju, by mieli zapewnione jak najlepsze warunki do edukacji i dzielenia się swoją wiedzą i osiągnięciami z Polakami.



- ➔ Dla uporządkowania obiegu informacji medycznej o pacjencie i procedurach medycznych oraz w celu monitorowania rozliczeń i kosztów, jak najszybciej wdrożymy system elektroniczny, który usprawni funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce.
- ➔ Pacjent musi mieć możliwość szybkiego i wiarygodnego sprawdzenia gdzie i w jakim czasie możesz skorzystać z leczenia. Dlatego będziemy dążyć do jak najszybszego z informatyzowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.
- ➔ Widzimy w postępie technologicznym szansę dla polskiej medycyny. Będziemy wspierać i wdrażać nowe rozwiązania informatyczne poprawiające jakość i dostępność leczenia (np. telemedycyny).
- ➔ Zwiększymy udział Państwa w rozwoju nowych technologii, metod zapobiegania i leczenia chorób. Miejscem wdrażania innowacji i centrum doskonalenia kadr medycznych będą instytuty i kliniki.

Sposoby realizacji tych celów zawarte są w przygotowywanym przez ekspertów projekcie
ustawy o bezpieczeństwie zdrowotnym Obywateli.

10 PRIORYTETÓW

Demokracja dla zdrowia

- **Dostępność** do świadczeń zdrowotnych gwarancją bezpieczeństwa zdrowotnego. W zależności od potrzeby, sytuacji i pory doby zapewni ją placówka podstawowej opieki zdrowotnej, poradnia specjalistyczna, szpital a w stanach zagrożenia życia pogotowie ratunkowe.
- **Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia** są drogą do zachowania i poprawy stanu zdrowia. Zapewni ją właściwie skonstruowany program szkolny, media publiczne oraz oświata zdrowotna prowadzona w zakładach opieki zdrowotnej.
- **Młodzież i dzieci w centrum polityki zdrowotnej** Państwa i profilaktycznych programów zdrowotnych.
- **Opieka nad osobami w wieku podeszłym oraz osobami niepełnosprawnymi**, aktywizacja samorządu gminnego w tym zakresie.
- **Kodeks Zdrowia** gwarancją realizacji praw pacjenta i pracownika w ochronie zdrowia.
- **Równanie szans na zdrowie** między wsią a miastem, między ubogimi a bogatymi. Wszyscy równi w zdrowiu.
- **Aktualizacja kosztów ochrony zdrowia**, akumulacja finansów z różnych źródeł, zapewnienie udziału budżetu państwa, nakłady samorządowe. Monitoring wydatków na zdrowie.
- **Centra Opieki Medycznej**, nowe jednostki organizacyjne podstawowej opieki zdrowotnej, zapewniające podstawowe świadczenia w miejscu zamieszkania, a szpital z poradniami specjalistycznymi.
- **Jakość świadczeń** zdrowotnych wyzwaniem dla pracowników medycznych i nadzoru specjalistycznego. Aдекватne do jakości, zakresu świadczeń i wkładu pracy płace lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników sektora ochrony zdrowia.
- **Akademickie Kliniki i Instytuty** miejscem rozwoju nauk medycznych, wdrażania nowych technologii, metod zapobiegania i leczenia, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych, udzielania wysoko-specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Ustawa o bezpieczeństwie zdrowotnym Obywateli

Założenia

Forsowana przez ostatnie lata przez koalicję rządową koncepcja przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce zmierza do urynkowania świadczeń zdrowotnych. Według tych założeń wszystkie zakłady opieki zdrowotnej mają wypracowywać zyski co oznacza, że część publicznych środków kierowanych na ochronę zdrowia Obywateli (nie wiadomo jak duża) nie będzie przeznaczona na leczenie.

W uchwalonej ustawie o działalności leczniczej nie przewidziano żadnych ograniczeń w likwidowaniu nierentownych rodzajów działalności (a nawet całych szpitali). Oznacza to (jeśli powyższa ustawa nie zostanie zmieniona w przyszłym parlamencie), że w perspektywie kilkunastu miesięcy niektóre grupy pacjentów pozbawione zostaną możliwości leczenia. Dotyczy to tak istotnych od lat nierentownych dziedzin jak choroby wewnętrzne, neurologia, rehabilitacja, laryngologia i wiele innych. Uchwalenie ustawy o działalności leczniczej wiosną 2011 roku oznacza, że wszystkie jej negatywne skutki ujawnią się po ok. 12–18 miesiącach. Będzie to już po wyborach parlamentarnych.

Gwarantujemy w przyszłym parlamencie przyjęcie rozwiązań ustawowych, w których priorytetem będzie pacjent jego prawo do ochrony zdrowia, a nie wynik ekonomiczny (zysk prywatnego przedsiębiorcy).

Wybrane założenia projektu **ustawy o bezpieczeństwie zdrowotnym Obywateli** – stanowiącego integralną część Programu wyborczego Sojuszu Lewicy Demokratycznej – maj 2011.

Zasady ubezpieczenia zdrowotnego;

- ➔ Powszechność i obowiązkowość,
- ➔ odpowiedzialność Państwa za bezpieczeństwo zdrowotne Obywateli,
- ➔ solidarność społecznej i równy dostęp do świadczeń zdrowotnych,
- ➔ samorządność,
- ➔ samofinansowanie i działalność nie dla zysku. Działalność dla pacjentów a nie dla zysku.

Organizacja systemu ochrony zdrowia;

- ➔ odpowiedzialność Ministra Zdrowia za kreowanie polityki zdrowotnej Państwa,
- ➔ określenie zakresu odpowiedzialności (i zdań) poszczególnych szczebli administracji państwowej i samorządowej za politykę zdrowotną (oraz relacji pomiędzy nimi),
- ➔ Wojewoda jako kreator i koordynator polityki zdrowotnej w województwie, starosta w powiecie,
- ➔ określenie standardu opieki medycznej w gminie i powiecie (gwarantowany minimalny zakres świadczeń i struktura szpitala powiatowego, gminnego ośrodka zdrowia),
- ➔ wprowadzenie **subwencji zdrowotnej** dla gmin i powiatów na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia,
- ➔ świadczeniodawcy – różnorodność form własnościowych zakładów opieki zdrowotnej z priorytetowym uwzględnieniem publicznego lecznictwa szpitalnego,
- ➔ organizacja płatnika – likwidacja centrali NFZ, przekazanie zadań

do Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia,

- odejście od idei płatnika monopolisty – samodzielne oddziały wojewódzkie NFZ i konkurencja w ubezpieczeniach.

Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego;

- określenie zakresu świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń nielimitowanych i świadczeń realizowanych niezwłocznie (bez konieczności oczekiwania pacjenta),
- standaryzacja procedur medycznych,
- realna wycena świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Organizacja udzielania świadczeń;

- określenie czytelnych i transparentnych zasad dostępności do świadczeń zdrowotnych,
- określenie maksymalnego czasu oczekiwania,
- określenie minimalnego zakresu świadczeń zdrowotnych dostępnych (zakontraktowanych) na danym terenie (w gminie, powiecie),
- określenie świadczeń finansowanych w trybie „za gotowość” (ostrych dyżurów w wybranych specjalnościach na danym terenie).

Kadry w systemie ochrony zdrowia;

- określenie zasad świadczenia pracy dla wszystkich zawodów medycznych (w tym min. minimalne normy zatrudnienia),
- określenie systemowych zasad wynagradzania w publicznym systemie ochrony zdrowia (w tym min. płaca minimalna lekarza, pielęgniarki i innych pracowników medycznych).

