Szczecin dnia 18 sierpnia 2019

**Odpowiedź na 14 pytań postawionych przez OZZL,**

**a dotyczących naprawy publicznej ochrony zdrowia**

1. **Czy w Polsce powinna istnieć publiczna ochrona zdrowia czy wyłącznie prywatna, finansowana ze środków prywatnych i/lub z dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych ?**

W Polsce powinien istnieć przyjazny pacjentowi publiczny system ochrony zdrowia, dla którego sektor prywatny będzie efektywnym uzupełnieniem i partnerem. Dbanie o dobry stan i rozwój sektora publicznego SOZ ma zasadnicze znaczenie, gdyż tylko ten sektor może dać faktyczne bezpieczeństwo zdrowotne zarówno bogatym, jak i biednym. Jednak dla zapewnienia lepszego zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa warto dodatkowo wykorzystać istniejący już obecnie potencjał sektora prywatnego oraz jego zdolności rozwojowe. Pożądany efekt można uzyskać, jeżeli dwa równolegle działające sektory systemu: publiczny i prywatny, będą działać w oparciu o jasne zasady, wynikające z ich odmiennego charakteru. Warunki wzajemnej koegzystencji będą czyste, jeżeli oba sektory będą finansowane niezależnie, w całkowicie odmienny sposób, to znaczy nie będą konkurowały o te same zasoby. W proponowanym układzie sektor publiczny będzie finansowany w sposób budżetowy, tj. bezpośrednio ze środków publicznych, podczas gdy sektor prywatny będzie zarabiał na swoje utrzymanie sprzedając usługi na rynku, na którym pojawi się dużo klientów dysponujących swoimi indywidualnymi pakietami ubezpieczeń medycznych, podstawowych i dodatkowych oraz własnymi portfelami. Obecność systemu prywatnego pozwoli zwiększyć ilość i asortyment powszechnie dostępnych usług medycznych.

1. **Czy możliwa i czy konieczna jest likwidacja kolejek do leczenia w publicznej ochronie zdrowia? Nie chodzi tutaj o kolejki „techniczne”, które mogą występować w najbardziej nawet sprawnych organizacjach, ale o kolejki „systemowe”, które są stałym elementem systemu i stanowią istotne utrudnienie w dostępie do odpowiednich świadczeń medycznych, skutkujących niebezpieczeństwem dla zdrowia i życia chorych (tak, jak to jest obecnie w Polsce).**

Likwidacja kolejek jest możliwa, pojawia się tylko pytanie: czy pełna likwidacja. Wydaje się, że wystarczającym będzie ograniczenie kolejki do około 30 dni, przy zapewnieniu możliwości realizowania świadczeń w trybie pilnym (natychmiast lub w ciągu 2-3 dni) w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta.

1. **Czy dopuszczalne jest administracyjne limitowanie liczby świadczeń refundowanych, które mogą wykonać poszczególne szpitale czy przychodnie?**

Nie jest dopuszczalne. Jednostki publicznego systemu ochrony zdrowia powinny wykonywać tyle usług, ile jest potrzebnych, aż do granic posiadanych możliwości, a nie tyle na ile pozwala przyznany limit. Środki publiczne zostaną wtedy wykorzystane efektywniej. Skończą się walki o kontrakty i ich rozliczanie, co będzie oznaczało radykalne ograniczenie rozmiarów biurokracji i kosztów administracyjnych. Nie będzie potrzeby kładzenia pacjentów ambulatoryjnych na 3 - 5 - 7 dni tylko po to, żeby możliwe było rozliczenie wykonanego świadczenia medycznego. Żeby było to możliwe trzeba będzie podjąć wiele konkretnych działań organizacyjnych, które pozwolą poprawić wydolność systemu cierpiącego na niedobory kadrowe. Trzeba odciążyć lekarzy i pielęgniarki od wykonywania wielu uciążliwych procedur administracyjnych. Trzeba szereg rutynowych zadań, wykonywanych obecnie przez lekarzy, powierzyć dyplomowanym pielęgniarkom, czy asystentom lekarza. Z kolei wiele zadań pielęgniarek mógłby wykonywać personel pomocniczy.

1. **Co należy zrobić aby zlikwidować „systemowe” kolejki do świadczeń w publicznej ochronie zdrowia?**

Po pierwsze trzeba zidentyfikować wszystkie przyczyny powstawania kolejek. W przypadku AOS (można te zasady przekładać na inne składowe systemu) długie kolejki wynikają z kilku elementów:

1. Po pierwsze zbyt małej kwoty, którą NFZ na specjalistykę wciąż przekazuje, chociaż w każdym kolejnym roku tych pieniędzy jest więcej.
2. Po drugie liczba lekarzy specjalistów jest ograniczona i zbyt mała, żeby w oparciu o jednostki publiczne można byłoby zachować np. miesięczny okres realizacji konsultacji.
3. Po trzecie zbyt małe możliwości decyzyjne pozostawiono w rękach lekarzy POZ, z przesunięciem tych obowiązków na specjalistykę.
4. Po czwarte pacjenci zapisują się w kilku miejscach jednocześnie i wizyt pozostałych nie odwołują lub na wizyty nie przychodzą.
5. Po piąte sami lekarze specjaliści nie są zainteresowani zwiększeniem ilości wizyt tzw. publicznych. Wiedzą, że pacjent zarejestrowany w publicznej Jednostce na za pół roku przyjdzie do nich prywatnie.

Najprościej byłoby istotnie zwiększyć kwotę przeznaczoną na specjalistykę, ale samo przesunięcie funduszy gwarancji sukcesu nie da. Bez uszczelnienia systemu każda ilość pieniędzy zostanie skonsumowana bez uzyskania znaczącej poprawy w zamian. Co prawda zniesienie limitów na wykonanie operacji leczenia zaćmy skutkowało opanowaniem jeszcze nie tak dawno wielomiesięcznej kolejki, ale już takie samo zniesienie limitów na badania TK i NMR takiego efektu już nie dało. Liczba lekarzy specjalistów nie zwiększy się w przewidywalnie krótkim czasie. Zwiększenie limitu miejsc rezydenckich też nie przyniesie sukcesu, jeżeli w zasadniczy sposób nie zostaną poprawione szeroko rozumiane warunki pracy (finanse, osoba od prowadzenia dokumentacji, sprzęt do badania np. USG na miejscu, etc.). Ci lekarze specjaliści, którzy już są, pozostają obarczeni ogromem obowiązków, które z powodzeniem chociaż częściowo można przesunąć na lekarzy POZ. Przestańmy demonizować specjalistykę. Problem zapisywania się chorych w kilku Jednostkach jednocześnie i nie odwoływania wizyt pozostałych lub nieobecność na umówionej wizycie najprościej rozwiązać przez monitorowanie i pilnowanie, żeby osoba o określonym numerze PESEL była zarejestrowana tylko u jednego lekarza danej specjalności. Ważne jest przypominanie o wizycie telefoniczne czy wiadomością SMS. Wreszcie osoba, która ma umówiony termin i na nim się nie pojawi, powinna zapłacić za ustalenie kolejnego terminu wizyty, chyba że nieobecność zostanie w sposób wiarygodny usprawiedliwiona. Najtrudniej rozwiązać problem nr 5. Jednym z rozwiązań jest zmiana dla systemu ochrony zdrowia niemalże ustrojowa: podzielenie lekarzy na trzy grupy. Pierwsza grupa to lekarze zatrudnieni wyłącznie w publicznej służbie zdrowia, bez możliwości zatrudnienia w sektorze niepublicznym. Druga grupa to lekarze, którzy pracują wyłącznie poza strukturami publicznej służby zdrowia, co ważne bez możliwości dzierżawienia sprzętu i pomieszczeń publicznej służby zdrowia. Wreszcie trzecia grupa lekarzy specjalistów to lekarze mogący pracować zarówno w publicznych strukturach służby zdrowia jak i dodatkowo niepublicznych, pod warunkiem zobowiązania się do realizowania konsultacji specjalistycznych w ramach pracy w jednostce niepublicznej za cenę wizyty wynegocjowaną z Ministerstwem Zdrowia. Tu pojawia się pytanie, w jaki sposób za konsultacje realizowane w gabinetach prywatnych zapłacić ? Czy NFZ płaci lekarzowi na podstawie, rachunku, czy też powstanie inna forma płatności za usługę. Wreszcie ile zapłacić, jeśli popularne świadczenie AOS w zakresie endokrynologii kosztuje 89 PLN, a prywatna wizyta w takim samym zakresie 150-200 PLN ? Należy się zgodzić z założeniem, że opłacanie składki w powszechnym systemie ubezpieczeń powinno dać możliwość skorzystania z usług placówki prywatnej, która nie jest upubliczniona umową z NFZ. Konieczne jest jednak zachowanie zasady wielkości dopłaty / zwrotu poniesionych kosztów do wysokości świadczenia realizowanego w publicznej jednostce. Jeżeli coś w jednostce publicznej kosztuje 89 PLN, a w jednostce niepublicznej 200 PLN, 89 PLN pokrywa NFZ, resztę pacjent z własnych środków. Jest to rozwiązanie (wielkość dopłaty) dla chorego trudne do zaakceptowania, ale w pierwszym etapie naprawy ochrony zdrowia najprostsze do wprowadzenia, choćby od jutra. Równolegle trzeba rozstrzygnąć, czy jest możliwe podwyższenie wyceny świadczeń NFZ, tak żeby wielkość udziału własnego pacjenta maksymalnie zmniejszyć, czy jest możliwe wprowadzenie zasady odliczania własnych wydatków na zdrowie od podstawy dochodu, oraz czy jest możliwość i jaka skłonienia lekarzy do obniżenia wyceny świadczeń realizowanych w systemie niepublicznym. Zupełnie inną sprawą jest, czy zgoda na refundację kosztów świadczenia według cennika NFZ ma następować każdorazowo w zależności od woli chorego, czy dopiero po zrealizowaniu zasady przekroczenia oczekiwania w kolejce w sektorze publicznym o 1 miesiąc.

Samo skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty nie przyniesie poprawy oceny funkcjonowania publicznej służby zdrowia. Uzyskanie poprawy na jednym z etapów wywoła deficyt na kolejnym. W programie powinna być zatem informacja, że będziemy się starali również o skrócenie kolejnych etapów łańcucha diagnostyczno-terapeutycznego we wszystkich dziedzinach medycznych. Tu pojawiają się elementy finansowej promocji poszerzania możliwości diagnostyczno-terapeutycznych jednostek ochrony zdrowia. Np. ustalenie zasady powiększania budżetu szpitala o nagrodę w wysokości 1-2% „kontraktu” w przypadku uruchomienia rehabilitacji, ZOL, łóżek geriatrycznych, etc., lub kara w wysokości utraty 1-2% „kontraktu”, gdy szpital takich działań nie wprowadza.

Na koniec tej części propozycja zapewne kontrowersyjnego sposobu zwiększenia liczby lekarzy świadczących usługi zarówno w szpitalach jak i w przychodniach. Czas trwania specjalizacji określony jest wymogami międzynarodowymi. Jeśli ten czas skrócilibyśmy, specjalizacje nie byłyby uznawane w Unii Europejskiej. Tego nie chcemy. Wszystkie muszą więc trwać 5 lub 6 lat. Pewnym pomysłem może być próba powrotu do przeszłości. Kiedyś mieliśmy specjalizację dwustopniową: I° i II°. Pełnym specjalistą stawaliśmy się po zdaniu egzaminu II stopnia. Ale po egzaminie na stopień I jako anestezjolog miałem prawo samodzielnie znieczulać i pracować, dyżurować w oddziale intensywnej terapii z zastrzeżeniem możliwości skonsultowania się z osobą zawodowo bardziej doświadczoną. Obecnie mamy modułowy system specjalizacji. Moduł I odpowiada historycznie I stopniu starej specjalizacji, ale po ukończeniu modułu I (podstawowego) lekarz rezydent wciąż nie ma prawa do samodzielnej pracy. Wystarczy dopracowanie programów specjalizacji, osiągnięcie konsensusu ze specjalistami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycznych, wprowadzenie egzaminu cząstkowego i uzyskamy armię lekarzy, którzy choć w części zapełnią braki systemu do czasu wprowadzenia pozostałych elementów naprawy ochrony zdrowia. Warunkiem podstawowym jest pozyskanie przychylności lekarzy rezydentów dla tego pomysłu, co można osiągnąć stymulacją finansową (patrz odpowiedź na pytanie nr 14).

1. **Jaka powinna być wysokość nakładów (ze środków publicznych) na publiczną ochronę zdrowia ?**

Rzeczywistych zmian w SOZ nie da się przeprowadzić bez rzeczywistego zwiększenia finansowania w opiece zdrowotnej. Wysokość nakładów ze środków publicznych na publiczną ochronę zdrowia powinna stopniowo wzrastać do 6,8% w roku 2022 (oczekiwanie zgodne z Porozumieniem Rezydentów OZZL), a następnie do 7,2% w ciągu kolejnych 2 lat (oczekiwanie zgodne z propozycją Wiosny Roberta Biedronia). W pierwszych dwóch latach wzrost finansowania powinien objąć przede wszystkim podwyższenie wynagrodzeń w zawodach medycznych, wyrównanie szans szpitali powiatowych i wojewódzkich w kwestii wyposażenia w sprzęt techniczny oraz informatyzację ochrony zdrowia.

1. **Jaki powinien być system finansowania: powszechna składka, finansowanie z budżetu państwa, indywidualne obowiązkowe konta zdrowotne, inne – jakie ?**

Działalność publicznego SOZ powinna być finansowana w sposób budżetowy, ze środków publicznych, pochodzących z budżetu państwa lub budżetów samorządowych. To jest najlepsze rozwiązanie, jeżeli chodzi o finansowanie usług publicznych, mających na celu pełne zaspokojenie ważnych potrzeb społecznych jakiegoś rodzaju, występujących na określonym terenie, których skali nie można urzędowo ograniczyć ani dokładnie zaplanować. W przypadku przyjęcia takiego sposobu finansowania działalności publicznego systemu ochrony zdrowia, całkowicie skończy się rola NFZ jako dawcy kontraktów, wyznaczającego limity i rozliczającego wykonanie usług. Sektor prywatny może i musi walczyć o zarobienie pieniędzy pochodzących z prywatnych zasobów gotówkowych pacjentów, abonamentów pracowniczych wykupywanych przez firmy prywatne lub składek skumulowanych w towarzystwach ubezpieczeniowych.

1. **Kto – jaka instytucja czy instytucje – powinny być płatnikami za świadczenia publicznej ochrony zdrowia: urząd państwowy, instytucja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego niezależna od władz publicznych, kilka konkurujących ze sobą instytucji (firm) ubezpieczenia zdrowotnego, w tym prywatne ?**

Finansowanie budżetowe. Właścicielem jednostek publicznej ochrony zdrowia powinna być instytucja, która ponosi odpowiedzialność prawną i polityczną za zapewnienie właściwej opieki medycznej dla mieszkańców danego terenu (gmina, powiat, województwo, kraj). A więc będą to samorządy odpowiedniego szczebla - w stosunku do sieci lokalnych, zaś Minister Zdrowia sam lub wspólnie z Samorządami - w stosunku do sieci ogólnokrajowych (np. psychiatria, onkologia – II przyczyna liczby zgonów, pulmonologia – III przyczyna liczby zgonów, centra urazowe – IV przyczyna liczby zgonów, kardiologia – I przyczyna liczby zgonów), a także placówek odgrywających rolę wiodących centrów leczniczych oraz klinik akademickich. Zdecydowanie musi zostać doprecyzowana rola szpitali akademickich, specjalistycznych instytutów, szpitali pomników, etc., również sposób i zakres ich finansowania. Podobną sytuację mamy w przypadku szpitali MSWiA i Wojskowych. Jeżeli szpitale te mają świadczyć usługi na rzecz obywateli, muszą być koordynowane przez jednostkę samorządową i podlegać tym samym przepisom, jak szpitale cywilne. Jeżeli będą miały działać jako jednostki wydzielone, to powinny być finansowane przez właściwe resorty. Samorząd (lub Ministerstwo Zdrowa) powinien być dysponentem budżetu przeznaczonego na finansowanie obsługi potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego terenu. To samorząd odpowiada za organizację obsługi obywateli i zna lokalne potrzeby, więc tylko on może pełnić rolę terenowego gospodarza, który widząc wszystko z bliska zadba o racjonalne wykorzystanie funduszy i majątku, oraz koordynację pracy różnych podmiotów działających na danym terenie. Samorząd powinien otrzymać z budżetu państwa środki finansowe, umożliwiające wykonanie tych zadań.

1. **Czy publiczna ochrona zdrowia powinna obejmować wszystkie świadczenia zdrowotne, czy powinny być świadczenia wyłączone z koszyka świadczeń refundowanych?**

Przy nakładaniu na Samorządy i Ministerstwo Zdrowia zadań z zakresu sprawowania publicznej opieki zdrowotnej konieczne będzie szybkie ustalenie, zmodyfikowanie obowiązującego koszyka świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo (zadanie to trzeba zrealizować najdalej w ciągu pół roku – da się, potrzeba tylko odważnej politycznej decyzji). Trzeba będzie dokładnie ustalić jakie rodzaje i zakres usług medycznych samorząd musi udostępniać mieszkańcom swojego terenu całkowicie nieodpłatnie. Punktem wyjściowym dla dyskusji może być załącznik nr 1a – Katalog grup w zarządzeniu nr 38/2019/DSOZ Prezesa NFZ. Zadanie to powinno zostać zrealizowane przez konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny, bądź przez wyznaczonych przez Ministra Zdrowia pełnomocników. Gdy w związku z zawartością „koszyka” pojawią się wątpliwości, dodanie świadczeń lub ich usunięcie będzie możliwe raz w kwartale (podobnie do zmian listy leków refundowanych).

1. **W jaki sposób zlikwidować (ograniczyć) nadużywanie refundowanych świadczeń zdrowotnych (korzystanie ze świadczeń bez merytorycznie uzasadnionej potrzeby) przez pacjentów?**

Można to uzyskać przez wzmocnienie roli lekarza POZ. Placówka POZ powinna stać się centrum organizacji kontaktów pacjenta z publicznym systemem ochrony zdrowia. Trzeba radykalnie zwiększyć odpowiedzialność lekarza rodzinnego za organizowanie całego procesu profilaktyki, diagnozowania i leczenia osób znajdujących się pod jego opieką. Lekarz rodzinny powinien mieć rozszerzone możliwości terapeutyczne z przejęciem części obowiązków lekarzy innych specjalizacji.To lekarz rodzinny powinien decydować o tym, jakie konsultacje i badania oraz sposoby leczenia są pacjentowi potrzebne, a jakie nie. Jeżeli uzna, że jakieś badania lub konsultacje są konieczne, to musi zorganizować ich przeprowadzenie nawet natychmiast, lub w ciągu 2-3 dni (jeżeli taka będzie potrzeba). On musi zająć się koordynacją opieki zdrowotnej sprawowanej nad zarejestrowanymi u niego osobami, także w zakresie badań i leczeń dokonywanych na jego skierowanie, w innych placówkach publicznej sieci. Lekarz pierwszego kontaktu powinien wiedzieć o wszystkich dolegliwościach swojego pacjenta oraz znać wyniki wszystkich badań, które ten przechodził. Powinien najlepiej wiedzieć, jakim badaniom dodatkowym należy poddać konkretnego pacjenta i jak to jest pilne. Jeżeli sprawa jest pilna, to jego placówka POZ musi znaleźć w systemie, lub obok niego, możliwość szybkiego jej załatwienia. Jeżeli zdaniem lekarza wykonanie badania, które chce odbyć pacjent, nie jest do niczego potrzebne, a także nie ma potrzeby konsultacji u lekarza w AOS, to powinien on wyperswadować pacjentowi dodatkowego obciążania sytemu, a jego decyzja jest ostateczna.

1. **Czy powinno być tzw. współpłacenie za niektóre świadczenia refundowane ze środków publicznych? Jakich świadczeń powinno to dotyczyć ?**

Zasada współpłacenia za świadczenia refundowane ze środków publicznych to temat tabu. Jest powszechna bojaźń przedstawicieli wszystkich partii przed nawet wspomnieniem o takiej możliwości regulatora rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne refundowane ze środków publicznych. Kto wspomni, ten przegra wyścig o władzę. Być może przy nasilających się problemach finansowych ochrony zdrowia, któraś z partii po przejęciu władzy i spokojnym, dokładnym wyjaśnieniu zasad odpłatności i sposobu ich rekompensowania uzyska świadomą akceptację społeczeństwa. Wprowadzenie niewielkiej (np. 10 PLN) odpłatności, z np. zastrzeżeniem, że opłaty mogą być na koniec roku odliczane od dochodu miałoby wpływ na zmniejszenie kolejek, nie tylko w specjalistyce, ale również w POZ i w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Skończyłby się też problem zapisów w kilku miejscach jednocześnie, czy wizyt u lekarza w celu towarzyskiego spotkania w poczekalni. Przykłady czeski, niemiecki, czy z innych krajów UE pokazują, że to ma sens.

W niektórych sytuacjach wprowadzenie zasady współpłacenia jest możliwe już teraz. Zastosowanie zasady współpłacenia na pewno powinno dotyczyć np. możliwości pobierania określonej części renty, emerytury, bądź innych świadczeń za pobyty w ośrodkach długotrwałej opieki nad osobami obłożnie chorymi czy w ośrodkach rehabilitacyjnych, ale także w szpitalach w sytuacji, gdy rodzina leczonego chorego odmawia jego odebrania ze szpitala, dla sprawowania nad nim dalszej opieki w domu, w tym także do czasu ustalenia możliwości przeniesienia chorego do ośrodka opieki długoterminowej. Osoba, która ma umówiony termin AOS i na nim się nie pojawi, powinna zapłacić jakąś karę finansową, albo zapłacić za umówienie kolejnego terminu, jeżeli nieobecność pozostanie nieusprawiedliwiona. Płatności za wykonanie świadczenia powinny podlegać wszystkie jednoznacznie nieuzasadnione wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego. Jednostką egzekwującą należność powinien być Urząd Skarbowy. Wzywający miałby oczywiście prawo do odwołania się od wykonania kary finansowej. Należy też powrócić do dyskusji o jakiejś określonej odpłatności za realizację świadczeń medycznych u osoby, gdy przyczyną zachorowania jest stan po spożyciu alkoholu i/lub środków farmakologicznych.

1. **Jak powinny być finansowane szpitale i przychodnie – czy za wykonane świadczenia czy ryczałtowo (budżetowo) – określono kwotą na rok w zależności od liczby osób objętych opieką, a może w inny sposób – jaki? Czy wszystkie placówki tak samo, czy różne różnie (np. inaczej szpitale powiatowe, inaczej kliniki)**

Samorząd powinien otrzymać z budżetu państwa środki finansowe, umożliwiające wykonanie tych zadań. Docelowo budżety wszystkich Jednostek Samorządowych powinny być ustalane w proporcji do ilości ich mieszkańców, na bazie ogólnie obowiązujących zasad. Przy ich ustalaniu będą musiały być stosowane odpowiednio zróżnicowane stawki kapitacyjne, dostosowane do charakteru jednostki (wielkomiejska, miejska, miejsko – wiejska i wiejska), zróżnicowania terytorialnego (Śląsk, Podlasie) oraz demograficznego (struktura wiekowa mieszkańców). Finansowanie klinik jest w tej chwili istotnie wyższe niż szpitali powiatowych. Różnicy pomiędzy wartościami tego finansowania nie powinniśmy powiększać.

Piszę o nowej sytuacji prawno-finansowej: likwidacja NFZ i finansowanie budżetowe z poziomu jednostek samorządu terytorialnego (JST). Na początek, w pierwszym roku, samorządy powinny otrzymać do dyspozycji budżety równe wartościom całkowitego finansowania konkretnego szpitala, lub sumy finansowań kilku jednostek powiatu, województwa, jakie obowiązywały za rok poprzedni, co pozwoli na uniknięcie ryzyka nierównego finansowania różnych obszarów województwa. Pod definicją „całkowite finansowanie” rozumiemy sumę wartości ryczałtu i wszelkich form innego, pozaryczałtowego finansowania np. świadczeń odrębnie kontraktowanych, świadczeń z zakresu onkologii, centrum urazowe, etc., pod warunkiem, że zakres tych wszystkich świadczeń będzie po reformie podlegał finansowaniu z budżetu JST. Jednocześnie JST zostaną zobowiązane do przeprowadzenia obowiązkowej restrukturyzacji sieci własnych jednostek ochrony zdrowia, dostosowania tej sieci do faktycznych potrzeb gminy/powiatu, a także do racjonalizacji funkcjonalnej i kosztowej posiadanych jednostek, zmierzającej do znacznego zwiększenia ich usługowej wydajności. Dzięki stosowaniu takiego rozwiązania unikniemy wprowadzania gwałtownych zmian w systemie po starcie reformy. Trzeba jednak pamiętać, że bez istotnego zwiększenia wartości PKB dedykowanej systemowi ochrony zdrowia, w tym pierwszym roku reformy niestety nie będziemy dysponowali środkami na dofinansowanie publicznego systemu, działającego na terenach obecnie bardzo słabo obsługiwanych. W pierwszej fazie reformy podstawowym zadaniem dla JST podejmujących wysiłki restrukturyzacyjne będzie realizacja zadań dotyczących osiągnięcia odpowiednich efektów w zakresie wzrostu ilości i jakości świadczonych usług. Jednak dodatkowo będą musiały brać pod uwagę zapowiedzi przesunięć finansowych, jakie mogą być dokonywane w następnych latach.

Wszystkie JST staną przed zadaniem uzyskania dużego wzrostu zaspokojenia zapotrzebowania na usługi systemu ochrony zdrowia na swoim terenie. Równocześnie JST, których budżety kontynuacyjne będą znacznie odbiegały w górę, od wysokości planowanych budżetów docelowych (wyliczanych przy zastosowanych normatywnych stawek kapitacyjnych, w odniesieniu do ilości mieszkańców terenu, czy profilu demograficznego) powinny się liczyć z tym, że w drugim roku wprowadzania reformy środki przekazywane im z budżetu zostaną ograniczone o wyliczony wskaźnik procentowy w stosunku do pierwotnego poziomu. Zakładamy, że regiony finansowane bardziej bogato będą musiały się nieco podzielić z tymi, które obecnie cierpią na duże niedofinansowanie oraz braki kadrowe i strukturalne. To oznacza, że te biedniejsze JST otrzymają w drugim roku reformy wyższe finansowanie, niż na początku. Zakładamy, że po pierwszym okresie (2-3 lata) szybkiej restrukturyzacji publicznego systemu ochrony zdrowia, w kolejnych latach nakłady finansowe kierowane na jego działalność powinny rosnąć, w miarę wzrostu potrzeb oraz możliwości budżetu państwa.

1. **Czy pacjent powinien mieć prawo wyboru szpitala i przychodni (lekarza), czy – przeciwnie – powinna być rejonizacja leczenia ?**

Zdecydowanie pacjent powinien mieć prawo wyboru szpitala i przychodni. Trochę gorzej może wyglądać realizacja wolnego wyboru szpitala, gdy samorząd organizujący system ochrony zdrowia na swoim terenie zdecyduje, że w powiecie pozostanie tylko jeden szpital, a dostępność do szpitali wojewódzkich, czy klinik, ze względu na obłożenie, będzie utrudniona.

1. **Czy świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych powinny być udzielane wyłącznie przez placówki, których właścicielem są władze publiczne czy też przez placówki (zakłady) prywatne i jeżeli tak, to czy warunki finansowania obu sektorów powinny być takie same ?**

W warunkach prawidłowo i dobrze finansowanego sektora publicznego SOZ, tylko on powinien być finansowany bezpośrednio ze środków publicznych. Obecnie publiczny SOZ jestzaniedbany i osłabiony zbyt niskim finansowaniem, więc nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić wszystkich potrzeb koszykowych. Sytuacja ta wymaga zatem wsparcia świadczeniami realizowanymi przez jednostki sektora prywatnego. Współpraca między obydwiema częściami systemu ochrony zdrowia jest możliwa, pod warunkiem wprowadzenia zabezpieczeń przed pozyskiwaniem przez jednostki sektora prywatnego zleceń dotyczących świadczeń z jednej strony korzystnych finansowo, z drugiej zaś mało uciążliwych i mało ryzykownych oraz mało uciążliwych. Sektor prywatny może pozyskiwać środki publiczne dla wykonania „koszykowych” usług zlecanych przez gospodarzy sektora publicznego, ale pod dwoma warunkami: (1) niewydolności publicznego SOZ w danej dziedzinie medycyny na danym obszarze oraz (2) spełnienia zasady kompleksowości świadczonych usług.Przykładem spełnienia zasady kompleksowości świadczonych usług przez jednostki sektora prywatnego jest zgoda na finansowanie ze środków publicznych wysoko wycenionych procedur z zakresu kardiologii interwencyjnej pod warunkiem zakontraktowania również kardiologii jako oddziału i rehabilitacji kardiologicznej oraz być może w pakiecie jakiejś puli łóżek geriatrycznych. W zakresie świadczeń zabiegowych, jednostka sektora prywatnego nie może pozyskać kontraktu na całą ortopedię urazową, a potem wykonywać wyłącznie procedurę artroskopii, czy proste technicznie i w założeniu nie powikłane operacje kręgosłupa, a całą resztę świadczeń, włącznie z leczeniem powikłań oraz z dyżurami medycznymi pozostawić sektorowi publicznemu. Można by przykłady mnożyć: np. stacje dializ i oddziały nefrologii, czy onkologia w całości (również ta operacyjna), a nie tylko jej mały fragment np. chemioterapia, czy radioterapia. W przypadku wypełnienia wymienionych dwóch warunków, finansowanie sektora prywatnego musi być w omawianym zakresie takie samo jak sektora publicznego.

1. **Jaki powinien być system (sposób) wynagradzania personelu medycznego ? (np. rynkowy: wynagrodzenie zależy od sytuacji finansowej placówki, a może z gwarantowanymi ustawowo minimalnymi wynagrodzeniami dla poszczególnych zawodów – jaka wtedy powinna być wartość tych wynagrodzeń- albo ze ściśle określonymi widełkami płac: płace minimalne i maksymalne dla każdego zawodu a może inny system – jaki? )**

Wynagrodzenie w sektorze publicznym powinno być gwarantowane ustawowo. Zasady wynagradzania lekarzy oparłbym na propozycji Marcina Stępnia (wynagrodzenie zasadnicze), opublikowanej w Termedia. Zasadnicze wynagrodzenie miesięczne lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne na zasadach rezydentury i lekarza odbywające szkolenie specjalizacyjne w trybie innym niż rezydentura, nie może być niższe niż:

* w 1 i 2 roku szkolenia specjalizacyjnego (od 1 do 24 miesiąca szkolenia specjalizacyjnego): 90 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS ;
* w 3-cim roku szkolenia specjalizacyjnego ( od 25 do 36 miesiąca szkolenia specjalizacyjnego): 110 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS;
* w 4-tym roku szkolenie specjalizacyjnego (od 37 do 48 miesiąca szkolenia specjalizacyjnego): 130 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS ;
* w 5-tym i kolejnym roku szkolenia specjalizacyjnego (od 49 miesiąca szkolenia specjalizacyjnego): 150 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS ;
* Dodatkowo w specjalizacjach deficytowych, priorytetowych (wg listy ogłaszanej przez MZ) od 3-go roku szkolenia specjalizacyjnego lekarzowi przysługuje dodatek w wysokości 10 % wynagrodzenia zasadniczego.

Zasadnicze wynagrodzenie miesięczne lekarza z I stopniem specjalizacji i co najmniej 15-letnim doświadczeniem zawodowym – wynosi nie mniej niż 170% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS.

Zasadnicze wynagrodzenie miesięczne lekarza specjalisty i lekarza z II stopniem specjalizacji nie może być niższa niż 250 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS.

Jeśli chodzi o wynagrodzenia pielęgniarek, powinna być wprowadzona zasada, żeby najwyżej opłacane były pielęgniarki z kursem specjalizacyjnym lub specjalizacją, a nie te jeszcze bez zawodowego doświadczenia, za to ze stopniem magistra. Tak jak w krajach Unii Europejskiej najwyżej powinny być uposażane pielęgniarki o najwyższych umiejętnościach fachowych.

Pielęgniarka rozpoczynająca pracę powinna zarabiać 100 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS, a pielęgniarka, która jest specjalistką w zawodzie 175% tzw. średniej krajowej wg GUS. Posiadanie kursu specjalistycznego lub specjalizacji w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, czy instrumentowania powinno skutkować uposażeniem w wysokości 200% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS. Posiadanie stopnia magistra podnosi uposażenie o 25%, maksymalnie 50% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS.

Uposażenie ratowników medycznych, fizjoterapeutów, techników radiologicznych, techników farmacji, dietetyków, pracowników Sanepidu powinno być tożsame z uposażeniem pielęgniarek, tj. od 100% na początku, do maksymalnie 175% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z ostatniego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego wg GUS, z ustaleniem mapy drogowej dochodzenia do stawki 175%.

Generalnie nie ulega wątpliwości, że trzeba znacznie podnieść zarobki wszystkich pracowników publicznego systemu ochrony zdrowia już zaraz. Najszybciej i najtaniej można będzie rozwiązać ten problem w przypadku równoległego przeprowadzenia w Polsce zasadniczej reformy sytemu podatkowego - wprowadzenia systemu podatku jednolitego, pobieranego wyłącznie przez Urzędy Skarbowe, obejmującego wszystkie zatrudnieniowe daniny publiczne, pobierane przez państwo, a obciążające pracowników i pracodawców (PIT + ZUS). Po wprowadzeniu proponowanego systemu podatkowego zwiększenie zarobków pracowników publicznego SOZ mogłoby zostać dokonane jednym ruchem ustawodawczym, w wyniku znacznego obniżenia stopy obciążającego ich podatku jednolitego, co skutkowałoby odpowiednim zwiększeniem wysokości otrzymywanych przez nich realnie wypłat. Jeśli wysokość podatku jednolitego pobieranego od pracowników publicznego SOZ zostałaby obniżona z obecnego poziomu danin pobieranych przez państwo (ok. 40%) do 20%, nastąpi skokowy wzrost wysokości wypłat otrzymywanych „do ręki” przez wszystkich pracowników o 33%.

Odpowiedzi opracował dr hab. n. med. Cezary Pakulski

Podstawą do udzielenia odpowiedzi jest dokument „Koncepcja Reformy Systemu Ochrony Zdrowia” autorstwa Marka Przygodzkiego i Cezarego Pakulskiego