**Uporządkujmy dyskusję o naprawie publicznej ochrony zdrowia – odpowiedzi OZZL**

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

OZZL uważa, że w Polsce powinna funkcjonować publiczna ochrona zdrowia, finansowana ze środków publicznych.

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).**

System publicznej ochrony zdrowia musi być systemem wydolnym, to znaczy takim w którym nie ma „systemowych” (strukturalnych, trwałych) kolejek do świadczeń zdrowotnych, a każdy obywatel (objęty systemem) powinien otrzymywać pomoc medyczną w odpowiednim czasie i o odpowiedniej jakości – adekwatnie do faktycznych potrzeb. Jeżeli by przyjąć, że system ma być niewydolny- „kolejkowy” (jak obecnie) to byłoby to w rzeczywistości oszukiwanie obywateli i zastawianie na obywateli pułapki przez państwo. Obywatele bowiem wierząc, że państwo gwarantuje im publiczną opiekę zdrowotną – z jednej strony nie mieliby motywacji aby samemu zabezpieczać się od kosztów leczenia, z drugiej – nie mieliby odpowiedniej ilości środków, bo płaciliby obowiązkową daninę na publiczne lecznictwo. Tak jest obecnie: <http://ozzl.org.pl/index.php/13913-publiczna-ochrona-zdrowia-czyli-pulapka-zastawiona-na-obywateli>

Nie trzeba dodawać, ze system „kolejkowy” jest wybitnie korupcjogenny. W ocenie OZZL lepiej stworzyć system z mniejszym „koszykiem” ale wydolny i pewny niż z formalnie bardzo bogatym zakresem świadczeń gwarantowanych ( jak obecnie), a w praktyce niewydolny i nie dający pewności, że pacjent otrzyma odpowiednią pomoc, gdy będzie jej potrzebował.

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

Administracyjne limitowanie liczby świadczeń refundowanych , które mogą wykonać poszczególne podmioty lecznicze powinno być ZAKAZANE. Jest to najbardziej prymitywna metoda ograniczenia popytu, jest główną, nieraz jedyną, przyczyną kolejek systemowych do refundowanych świadczeń zdrowotnych. Znakomitym dowodem na to jest zniknięcie kolejek do leczenia operacyjnego zaćmy po likwidacji administracyjnego limitowania tego zabiegu przez NFZ. Administracyjne limitowanie jest również „ślepe” jeśli chodzi o dostęp do leczenia, tzn. pierwszeństwo ma ten, „na kogo wypadnie” (kto pierwszy zachoruje i wpisze się w kolejkę) , a nie ten, który faktycznie najpilniej potrzebuje pomocy.

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

Kolejki zawsze są efektem nierównowagi między podażą a popytem. W warunkach publicznej ochrony zdrowia podaż jest ograniczona przede wszystkim ilością środków przeznaczanych na lecznictwo i następowym limitowaniem świadczeń. Trzeba zatem doprowadzić do równowagi między ilością środków publicznych przeznaczanych na publiczne lecznictwo a zakresem i liczbą udzielanych bezpłatnych świadczeń gwarantowanych oraz wprowadzić mechanizmy, które tę równowagę utrzymają. Musi to być kombinacja następujących elementów: efektywnego systemu udzielania świadczeń, mechanizmów ograniczających nieracjonalne (nieuzasadnione merytorycznie) korzystanie ze świadczeń, mechanizmów ograniczających „mnożenie” (niepotrzebnych) świadczeń przez świadczeniodawców oraz mechanizmu elastycznego dopasowywania się wielkości nakładów na publiczną ochronę zdrowia.

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

To jest decyzja polityczna i arbitralna ekipy rządzącej. Wszystko zależy od tego jak wielki ma być zakres świadczeń gwarantowanych –bezpłatnych, czy będzie współudział środków prywatnych w finansowaniu (częściowym) świadczeń publicznej ochrony zdrowia (współpłacenie), jaka będzie efektywność organizacji udzielania świadczeń. W ocenie OZZL **wysokość nakładów powinna być taka aby – przy danej organizacji systemu – zapewnić, że system będzie wydolny tj. „bezkolejkowy”** Wielu ekspertów wskazuje na kwotę 6,8%PKB jako minimalną kwotę, która daje nadzieję na sprawny systemu publicznej ochrony zdrowia.

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

Oryginalnym pomysłem, zgłoszonym wiele lat temu przez OZZL (i popartym przez wiele organizacji) było finansowanie z budżetu państwa z wydzieleniem określonej kwoty („składki”)przeznaczonej na obywatela. Bazowa kwota miałaby być taka sama dla każdego obywatela, a kwota faktyczna zależna od przedziału wiekowego. Ta kwota (nazwana przez nas „bonem zdrowotnym”) kierowana byłaby przez obywatela do wybranego przez niego funduszu (firmy, kasy ) ubezpieczenia zdrowotnego, który byłby zobowiązany do zapewnienia (bezkolejkowego !) dostępu do ustalonego zakresu świadczeń gwarantowanych, przy czym niektóre z tych świadczeń podlegałyby możliwości współpłacenia przez chorych. Poszczególne fundusze (kasy) konkurowałyby o ubezpieczonych – jakością świadczeń, zakresem współpłacenia i ew. innymi dodatkowymi „bonusami”.

 OZZL uznaje jednak, że możliwe są także inne formy finansowania publicznej ochrony zdrowia, jednak zawsze powinny być zachowane następujące zasady: wielkość finansowania powinna być adekwatna do zakresu i liczby świadczeń refundowanych (z uwzględnieniem ew. współpłacenia) aby system był wydolny, powinny być też mechanizmy ograniczające nieuzasadnione korzystanie ze świadczeń przez pacjentów i nieuzasadnione „mnożenie” świadczeń przez świadczeniodawców. W sytuacji konkurencji między płatnikami jest większe prawdopodobieństwo (niż przy jednym publicznym płatniku), że płatnicy sami zadbają o to, aby pieniądze przeznaczane na świadczenia refundowane były wydawane oszczędnie, a przy tym celowo.

Ciekawym sposobem finansowania mogą być indywidualne konta zdrowotne czyli pieniądze obowiązkowo odkładane przez obywateli na specjalne konta, z których środki można przeznaczać wyłącznie na leczenie swoje i rodziny. Taki sposób wymusza b. racjonalne korzystanie ze świadczeń (na przykładzie państwa, gdzie takie konta są wprowadzone np. Singapur).

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 ?**

OZZL zaproponowało (przed laty) aby funkcję płatnika spełniały konkurujące ze sobą instytucje, które dysponowałyby „bonem zdrowotnym” tych osób, które by daną instytucję wybrały. Każda instytucja (kasa, fundusz) byłaby zobowiązana do zapewnienia tego samego zakresu świadczeń (z ewentualnymi różnicami w zakresie współpłacenia za część świadczeń, które powinno być prawnie dozwolone w określonym zakresie świadczeń).

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

W ocenie OZZL trudno byłoby stworzyć publiczną ochronę zdrowia WYDOLNĄ (czyli bezkolejkową) przy założeniu, że każde świadczenie będzie w pełni bezpłatne dla pacjenta. Lepiej stworzyć ograniczony zakres świadczeń do których dostęp będzie pewny (niezawodny) i „bezkolejkowy” niż system, który – pozornie – zapewnia wszystkim wszystko, a w praktyce jest swoistą loterią (nie wiadomo który chory otrzyma odpowiednią pomoc w chwili, kiedy będzie potrzebował.

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

Należy stworzyć mechanizmy MOTYWUJĄCE PACJENTÓW do ograniczenia (wyeliminowania) korzystania ze świadczeń bez merytorycznie uzasadnionej potrzeby. Takie mechanizmy powinny uwzględniać motywację finansową. Może to być współpłacenie za niektóre świadczenia (te, które mogą być nadużywane, które są stosowane stosunkowo często ) albo całkowite „wyjęcie” z koszyka świadczeń refundowanych niektórych świadczeń (prostych, stosunkowo tanich, często nadużywanych) z ew. rekompensatą dla każdego obywatela np. odpowiednio podniesioną kwotą wolną od podatku lub stworzenie „elektronicznego portfela” ze środkami przeznaczonymi wyłącznie na świadczenia zdrowotne dla danej osoby ew. rodziny, z której dana osoba opłacałaby określony zakres świadczeń (te, które najłatwiej mogą być nadużywane jak niektóre badania, porady lekarskie itp.) Dobrym sposobem wydają się też indywidualne konta zdrowotne, o których wspomniano wyżej.

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

Odpowiedź - jak wyżej

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 )**

Podmioty lecznicze – co do zasady – powinny działać „dla zysku” jak normalne (usługowe) przedsiębiorstwa, tzn. że powinny być samofinansujące się z przychodów uzyskiwanych ze sprzedaży swoich usług publicznemu płatnikowi (i ew. innym podmiotom np. komercyjnym ubezpieczalniom, prywatnym pacjentom itp.). Powinny konkurować z innymi podmiotami o pacjenta i o ubezpieczalnię. Sposób rozliczenia powinien ustalić płatnik, który (jeżeli będzie konkurował z innymi płatnikami) wybierze sposób najbardziej efektywny. Tych sposobów może być kilka w zależności od pomysłowości płatnika i wyboru ubezpieczonego (np. konieczność leczenia przez ubezpieczonego w placówkach wskazanych przez płatnika – czyli brak wyboru świadczeniodawcy – w zamian za określone korzyści dla ubezpieczonego np. brak dopłat itp.)

Należy się zastanowić nad tym, czy od tej generalnej zasady nie uczynić wyjątku dla tych podmiotów, które – z natury rzeczy – są monopolistami i które nie mogą konkurować z innymi takimi samymi podmiotami np. dla szpitali powiatowych zwłaszcza w tzw. powiatach ziemskich.

.

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

Generalnie pacjent powinien mieć prawo wyboru podmiotu leczniczego a podmioty te powinny konkurować o pacjenta. Powstaje pytanie o podmioty, które są (faktycznie) monopolistami na danym terenie lub w danym zakresie świadczeń. Takimi monopolistami mogą być szpitale powiatowe – zwłaszcza w powiatach ziemskich, oraz placówki, które udzielają bardzo rzadkich, niezwykle wysokospecjalistycznych świadczeń. W takich przypadkach nie będzie wyboru placówki z natury rzeczy (jeżeli będzie to np. jedna placówka w kraju) lub można rozważyć rejonizację (i budżetowanie) w przypadku szpitali powiatowych.

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 ?**

Generalnie powinna obowiązywać zasada, że nie ma znaczenia forma prawna i własnościowa podmiotu leczniczego udzielającego refundowanych świadczeń zdrowotnych, byleby spełniały te same warunki. Jeżeli okaże się, że w wolnej konkurencji podmioty prywatne lepiej sobie radzą, to – być może – będą miały liczbową przewagę w danych rodzajach świadczeń. Należy zastanowić się czy dopuszczalna jest prywatyzacja podmiotów (i w ogóle udział podmiotów prywatnych) oraz działanie na zasadach „dla zysku” w tych przypadkach, gdy istnieje (bardziej lub mniej naturalny ale faktyczny) monopol. Taki monopol może dotyczyć rodzaju świadczeń (np. dla b. rzadkich świadczeń może wystarczyć jeden ośrodek w kraju) albo terytorium –np. naturalnymi monopolistami mogą być szpitale powiatowe (przynajmniej niektóre zwłaszcza w tzw. powiatach ziemskich).

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? )**

W ocenie OZZL generalną zasadą powinno być rynkowe kształtowanie wynagrodzeń, również w ochronie zdrowia. Jednak warunkiem aby tak się stało muszą być rynkowe uwarunkowania w jakich powinny funkcjonować podmioty lecznicze. W sytuacji, jaka jest obecnie, że ceny za świadczenia są dyktowane przez państwo (przez państwowego płatnika NFZ) i w ogromnej większości zaniżone w stosunku do kosztów, jakie powinno się koniecznie ponieść, szpitali praktycznie nie stać na jakiekolwiek wynagradzanie personelu, a co dopiero powiedzieć o wynagradzaniu adekwatnym do rangi zawodu. Widać to wyraźnie obecnie, gdy ustawowe podwyżki płac minimalnych spowodowały dramatyczne kłopoty wielu szpitali. Jeżeli pensje niektórych zawodów nie są obecnie skrajnie zaniżone to tylko „dzięki” strajkom i innym akcjom protestacyjnym oraz dzięki temu, że wielki deficyt pracowników (zwłaszcza lekarzy) umożliwia im skuteczną walkę o podwyżki. Dlatego OZZL proponuje – jeżeli warunki zewnętrzne, w tym zwłaszcza sposób finansowania świadczeń przy udziale NFZ pozostaną jak dotychczas – uregulowanie wartości minimalnych wynagrodzeń zawodów medycznych przez zawarcie ponadzakładowego układu zbiorowego pracy w publicznej ochronie zdrowia lub przez przyjęcie odpowiedniej ustawy o płacach minimalnych (na wzór obowiązującej obecnie ustawy, ale z radykalnie poprawionymi stawkami np. dla lekarza specjalisty w wysokości 3 „średnich krajowych” ).

Opracował: Krzysztof Bukiel – na podstawie wielu wcześniejszych ( z ostatnich 30 lat) stanowisk i opracowań OZZL .