

Medexpress, 2019-10-25 11:13

Komunikat i stanowisko OZZL ws. warunków racjonalnego systemu publicznej ochrony zdrowia

25 października br. OZZL przedstawił komunikat oraz stanowisko ws. warunków, jakie powinien spełniać racjonalny system publicznej ochrony zdrowia w Polsce.

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy przyjął Stanowisko, w którym przedstawia warunki, jakie powinien spełniać racjonalny system publicznej ochrony zdrowia. Przyjęcie takiego stanowiska jest reakcją na programy dotyczące ochrony zdrowia, prezentowane przez ogromną większość ugrupowań biorących udział w ostatnich wyborach do parlamentu. Prawie wszystkie one, chociaż zawierały liczne obietnice poprawy funkcjonowania ochrony zdrowia w różnych aspektach, nie wskazały jednak mechanizmów które do tej poprawy miałyby doprowadzić. Brakowało też wizji spójnego, logicznego i samoregulującego się systemu, który funkcjonowałby bez potrzeby nieustających, doraźnych interwencji rządu, jak to się dzieje od lat i obecnie.

ZK OZZL nie przedstawia projektu konkretnego systemu, uznając, że możliwe są różne modele publicznej ochrony zdrowia, które mogą okazać się równie dobre. (Autorski model tzw. bonu zdrowotnego został przez OZZL zaprezentowany w roku 2005). Decyzja o wyborze konkretnego modelu należy do rządzących. Konieczne jest jednak aby system był racjonalny, to znaczy logiczny, spójny, biorący pod uwagę ludzkie motywacje i prawa ekonomiczne. ZK OZZL przedstawił warunki, jakie - w ocenie OZZL - musi spełniać taki system. Stanowisko zostanie przesłane do mediów oraz do parlamentarnych ugrupowań politycznych, Prezesa Rady Ministrów i Ministra Zdrowia.

Stanowisko OZZL w sprawie oczekiwanego, racjonalnego systemu publicznej ochrony zdrowia, przyjęte uchwałą ZK OZZL z dnia 18 października 2019 r.

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

System publicznej ochrony zdrowia musi być systemem wydolnym, to znaczy takim, w którym nie ma strukturalnych, trwałych kolejek do świadczeń zdrowotnych, a każdy pacjent otrzymuje pomoc medyczną w odpowiednim czasie i o odpowiedniej jakości - adekwatnie do jego faktycznych potrzeb. Musi to być system samoregulujący, który potrafi dostosować się do zmian demograficznych, wzrastających potrzeb zdrowotnych, zmieniających się kosztów itp.

Niedopuszczalne jest administracyjne limitowanie liczby świadczeń refundowanych, które mogą wykonać poszczególne podmioty lecznicze. Jest to obecnie główna przyczyna kolejek do diagnostyki i leczenia, która powoduje istotne ograniczenie dostępu chorych do pomocy medycznej.

Kolejki są zawsze 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 i zakresem oraz liczbą udzielanych

bezpłatnych świadczeń gwarantowanych. Trzeba też wprowadzić mechanizmy, które na stałe tę równowagę utrzymają. Musi to być kombinacja następujących elementów: efektywnego systemu udzielania świadczeń, mechanizmów ograniczających nieuzasadnione korzystanie z pomocy medycznej przez pacjentów i „mnożenie” niepotrzebnych świadczeń przez świadczeniodawców oraz mechanizmu elastycznego dopasowywania się wielkości nakładów na publiczną ochronę zdrowia do rzeczywistych kosztów i potrzeb.

Nakłady publiczne

Wysokość publicznych nakładów na ochronę zdrowia jest efektem politycznej i arbitralnej decyzji ekipy rządzącej. Zawsze jednak powinna zapewnić, że system będzie wydolny, czyli „bezkolejkowy” - przy danej organizacji systemu i wielkości koszyka świadczeń bezpłatnych. Jeśli zatem zakres świadczeń bezpłatnych będzie szerszy, to poziom nakładów publicznych musi być wyższy. W ocenie wielu ekspertów, przy obecnym zakresie świadczeń refundowanych w Polsce, kwota 6,8 proc. PKB jest określana jako minimalna wielkość nakładów publicznych, która daje nadzieję na sprawny system publicznej ochrony zdrowia.

Sposób finansowania:

Środki publiczne przeznaczone na ochronę zdrowia mogą pochodzić z podatków ogólnych lub celowanej daniny np. składki na ubezpieczenie zdrowotne, która też może być zdefiniowana w różny sposób. W ocenie OZZL najważniejsze jest nie tyle źródło pieniędzy publicznych, ile pewność ich uzyskania, adekwatność ich ilości do zakresu świadczeń gwarantowanych, elastyczność (mechanizmy zapewniające wzrost środków przy wzroście potrzeb i kosztów) oraz sprawiedliwe obciążenie wszystkich obywateli ciężarami na rzecz publicznej ochrony zdrowia.

Gdyby zachować obecną formułę składki zdrowotnej to należałoby:

- zwiększyć jej wysokość tak, aby ilość środków umożliwiła stworzenie systemu wydolnego „bezkolejkowego”) - gdyby odnieść się do podobnych systemów „składkowych” w innych krajach, gdzie wydolność publicznej ochrony zdrowia jest zadawalająca, np. do Czech, to składka powinna wynosić 13,5 proc. podstawy,
- zlikwidować obecne nierówności polegające na tym, że część obywateli płaci składkę procentową od dochodów, część ryczałtową (na czym korzysta głównie budżet państwa, „przechwytyjący” pozostałe środki), część nie płaci wcale, a państwo, które płaci składki za niektórych obywateli, obniża sobie wysokość składki w stosunku do średniej wysokości.

OZZL w roku 2005 przedstawił projekt (poparty przez wiele organizacji) finansowania publicznej ochrony zdrowia z budżetu państwa z wydzieleniem określonej kwoty przeznaczonej na obywatela. Bazowa kwota byłaby 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) 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 konkurowałyby o ubezpieczonych: jakością świadczeń, zakresem współpłacenia i ew. innymi dodatkowymi korzyściami.

Wartym poparcia sposobem finansowania mogą być też indywidualne konta zdrowotne, czyli pieniądze obowiązkowo odkładane przez obywateli na specjalne rachunki, z których środki można przeznaczać wyłącznie na leczenie swoje i rodziny. Taki sposób wymusza racjonalne korzystanie ze świadczeń, na co wskazuje przykład państw, gdzie takie konta są wprowadzone np. w Singapurze. Jego uzupełnieniem są różne formy pomocy państwa dla obywateli, którzy nie są w stanie zgromadzić wystarczających środków.

Jak ograniczyć nieracjonalne korzystanie z publicznej ochrony zdrowia.

W ocenie OZZL trudne lub wręcz niemożliwe będzie zbudowanie wydolnego systemu publicznej ochrony zdrowia bez mechanizmów wymuszających racjonalne korzystanie z refundowanych świadczeń zdrowotnych. Należy zatem stworzyć mechanizmy motywujące pacjentów do ograniczenia korzystania z pomocy medycznej bez uzasadnionej potrzeby. Szczególnie skuteczne mogą być tutaj motywacje finansowe np. w postaci opłat za umówione i niezrealizowane wizyty, współpłacenie za niektóre świadczenia albo całkowite „wyjęcie” z refundowanego „koszyka” niektórych świadczeń (prostych, stosunkowo tanich, często nadużywanych), z rekompensatą dla każdego obywatela, np. w postaci odpowiednio podniesionej kwoty wolnej od podatku. Dobrą alternatywą dla współpłacenia mogłoby być wprowadzenie tzw. „elektronicznego portfela”, czyli karty płatniczej korzystającej ze środków publicznych zgromadzonych w określonej ilości na specjalnym koncie danej osoby i przeznaczonych wyłącznie na odpłatne (lub współpłacone) świadczenia zdrowotne dla tej osoby i jej rodziny. Byłaby to odmiana wspomnianych wyżej indywidualnych kont zdrowotnych o mniejszym zakresie finansowania.

Organizacja świadczeń zdrowotnych.

Organizacja świadczeń zdrowotnych powinna wymuszać najbardziej efektywne funkcjonowanie podmiotów leczniczych, najlepszą jakość świadczeń i odpowiednią ich podaż – adekwatną do popytu. Najskuteczniejszym sposobem osiągnięcia tych celów jest zastosowanie następujących mechanizmów: konkurencji między podmiotami leczniczymi o pacjenta, wolnego wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta, konieczności zbilansowania się przez świadczeniodawców ze środków uzyskanych ze sprzedaży swoich usług, równość podmiotów niezależnie od ich formy własności i formy organizacyjnej, wolnych cen za świadczenia refundowane (lub cen uzgadnianych w równoprawnych rokowaniach między świadczeniodawcami i płatnikiem). Dlatego, w ocenie OZZL, należy wprowadzić te mechanizmy do publicznej ochrony zdrowia tak szeroko, jak to jest możliwe. Wyjątkiem mogą być sytuacje, gdzie funkcjonują „naturalni monopolisci”, i gdzie konkurencja nie jest możliwa (na przykład szpitale powiatowe w tzw. powiatach ziemskich)

Sposób wynagradzania personelu medycznego.

W ocenie OZZL generalną zasadą powinno być rynkowe kształtowanie wynagrodzeń w ochronie zdrowia, tzn. zależne od liczby udzielanych świadczeń, jakości leczenia, od tego jak pacjenci oceniają daną placówkę i – zależnej od tego - jej sytuacji finansowej. Jednak warunkiem, aby tak się stało, muszą być rynkowe uwarunkowania, w których powinny funkcjonować podmioty lecznicze (zakaz limitowania świadczeń przez płatnika, swobodna konkurencja między podmiotami, ceny adekwatne do rzeczywistych kosztów świadczeń itp.). W sytuacji, którą mamy obecnie, gdy ceny za świadczenia są dyktowane przez państwowego płatnika (NFZ) i w ogromnej większości są zaniżone w stosunku do kosztów, jakie koniecznie trzeba ponieść, szpitale nie stać na właściwe wynagradzanie pracowników. Widać to zwłaszcza teraz, gdy ustawowe podwyżki płac minimalnych spowodowały dramatyczne kłopoty wielu szpitali. Jeżeli pensje niektórych zawodów nie są obecnie skrajnie niskie, to tylko „dzięki” strajkom i innym akcjom protestacyjnym oraz wielkiemu deficytowi personelu medycznego, co umożliwia skuteczną walkę o wzrost wynagrodzeń. 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 albo 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”).

Źródło: OZZL