**Ochrona zdrowia w kontekście zbliżających się wyborów parlamentarnych**

**FINANSOWANIE**

**Polska ochrona zdrowia zmaga się z ciągłym niedofinansowaniem.**

1. **Czy Państwa zdaniem środki finansowe obecnie przeznaczane na finansowanie ochrony zdrowia są wystarczające? A jeśli nie, to skąd przenieść środki do jej dofinansowania?**

Środki finansowe obecnie przeznaczane na finansowanie ochrony zdrowia zdecydowanie nie są wystarczające. Więcej, system ochrony zdrowia (SOZ) wymaga pilnego zwiększenia finansowania. Jeśli chcemy europejskiej opieki zdrowotnej dla naszych współobywateli, wydatki dedykowane zdrowiu muszą zbliżyć się do średniego poziomu wydatków europejskich. Szalejąca inflacja i spodziewana trudna sytuacja budżetowa Państwa w roku 2024 (całej prawdy o dziurze budżetowej i rzeczywistych możliwościach budżetu finansowanie zakresu zadań dowiemy się dopiero po przejęciu władzy po zbliżających się wygranych wyborach) nie pozwalają na pełną dowolność przedstawianych propozycji. Pierwszym zadaniem powinna być zmiana metodologii liczenia środków dedykowanych zdrowiu (dziś punktem odniesienia jest PKB sprzed dwóch lat, co powoduje, że rzeczywista kwota na zdrowie to nie 6% PKB, jak twierdzi minister Niedzielski, a jedynie około 5%PKB). W pierwszej kolejności proponujemy likwidację tzw. paradoksu N-2, tzn. finansowania ochrony zdrowia obliczanego na podstawie PKB sprzed dwóch lat. Powinniśmy stosować takie same wskaźniki jak wszystkie pozostałe kraje OECD. Przesunięcie środków w ramach systemu finansów publicznych, które dzisiaj proponujemy to: (a) przekierowanie do systemu całości lub odpowiedniej części dochodów państwa z akcyzy za wyroby tytoniowe i alkohol, opłat cukrowej, hazardowej oraz nowej opłaty od „niezdrowej żywności”; (b) powrót do finansowania niektórych wydatków zdrowotnych ze środków pochodzących z budżetu państwa w formie dotacji celowej, przy czym dotyczy to przede wszystkim świadczeń wysokospecjalistycznych, jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz strategicznych inwestycji w systemie i oddłużenia podmiotów leczniczych; (c) wykorzystanie środków europejskich jako dodatkowego źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce – przede wszystkim udział w Europejskim Programie Walki z Rakiem oraz inwestycje i działania edukacyjne, co pozwoli na przeznaczenie większości środków ze źródeł krajowych bezpośrednio na leczenie obywateli; (d) wprowadzenie swoistych reguł wydatkowych (na poziomie deklaracji politycznej), np. przekazywanie całości lub określonej nadwyżki dochodów budżetowych w stosunku do dochodów z roku ubiegłego w formie dotacji do NFZ do czasu osiągnięcia odpowiedniego progu finansowania systemu ochrony zdrowia; (e) ograniczenie niektórych wydatków państwa i przekazanie przeznaczonych na ten cel środków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli. Należy również przypomnieć, że rząd na mocy Polskiego Ładu zlikwidował odpis podatkowy składki zdrowotnej. To posunięcie było neutralne dla budżetu ochrony zdrowia, jednakże istotnie zwiększyło dochody budżetu Państwa. Postulujemy aby te środki wróciły do obywateli w postaci zwiększenia budżetu Systemu Ochrony Zdrowia. Uważamy również, że należy zweryfikować system rozmaitych przywilejów dotyczących opłacania składki zdrowotnej, włączając w dyskusję obywateli, partnerów społecznych, partii politycznych i samorządów zawodowych oraz dialog z nimi.

Jest jednak jeden kluczowy warunek. W chwili rozpoczęcia tych rozmów, tego dialogu społecznego, rozmówcy muszą mieć przedstawioną wizję naprawy systemu ochrony zdrowia. Ta wizja musi się zacząć realizować. Zwiększanie środków w systemie musi się dokonywać razem z jego reformami tak, aby nowe środki nie wpadały w „czarną dziurę” nieefektywnie działającej maszyny. Bez systemowej reformy nie należy podwyższać składki zdrowotnej. Większość płacących składki zdrowotne obywateli dzisiaj nie odczuwa, że cokolwiek za te składki otrzymuje w zamian, a udział własny Polek i Polaków w finansowaniu świadczeń zdrowotnych to ponad 50 mld zł środków z tzw. własnej kieszeni.

1. **Jaki procent PKB chcą Państwo przeznaczyć na finansowanie ochrony zdrowia?**

Jak napisano w punkcie 1, w pierwszej kolejności likwidacja paradoksu N-2, tzn. finansowania ochrony zdrowia obliczanego na podstawie PKB sprzed dwóch lat. W drugiej kolejności dojście do poziomu 7% PKB w ciągu maksymalnie dwóch lat.

1. **Czy składki zdrowotne powinny być zależne od dochodu płatnika, czy ich wysokość powinna być stała?**

Przede wszystkim składki zdrowotne powinny być sprawiedliwe. Postulujemy aby składka zdrowotna, za wyjątkiem najuboższych, stanowiła jednakowe obciążenie dla wszystkich obywateli, co jest zgodne z Konstytucją. Kolejno – z budżetu Państwa nadal powinny być opłacane składki do NFZ za tych obywateli, którzy składek nie płacą (najubożsi rolnicy i ich rodziny, studenci, doktoranci, dzieci mieszkające w placówkach, niektórzy żołnierze, niektórzy kombatanci, bezrobotni bez prawa do zasiłku i wszystkie pozostałe grupy społeczne nie opłacające składek). W tej chwili swoimi składkami „dzielimy się” z obywatelami niepłacącymi składek. Ten ciężar powinien jednak ponosić budżet Państwa. W jednym z naszych dokumentów programowych w cyklu Plan dla Polski pod tytułem „Plan dla gospodarki. Jak zapewnić dobrobyt w XXI wieku” wspominamy o oparciu systemu podatkowo-składkowego o prosty w poborze podatek jednolity. Jest to danina pobierana w wielkości zależnej od dochodu płatnika. W związku z powyższym składka zdrowotna każdego z płatników podatku również powinna zależeć od wielkości dochodu płatnika. Nie należy podnosić wymiaru składki zdrowotnej przed wprowadzeniem kompleksowej reformy systemu.

**KSZTAŁCENIE**

**Obecnie kolejne uczelnie niemedyczne, zarówno publiczne jak i prywatne, ubiegają się o możliwość otwarcia kierunków lekarskich.**

1. **Czy Państwa zdaniem faktycznie istnieje potrzeba tak drastycznego zwiększenia liczby lekarzy kosztem jakość kształcenia?**

Nie ma takiej potrzeby, jest to wręcz szkodliwe. Według danych GUS, już dzisiaj widać wzrost liczby i udziału procentowego lekarzy z dwóch najmłodszych grup wieku: poniżej 35 lat oraz w grupie 35–44 lata. Liczba 11 tysięcy studentów, którzy będą rozpoczynać studia każdego roku, a obserwując działania Ministrów Czarnka i Niedzielskiego, ta liczba w dalszym ciągu będzie rosnąć, to liczba o co najmniej 2 tysiące za duża. Wymienieni ministrowie zapewne mają świadomość, że tak niezrozumiały wzrost liczby uczelni medycznych musi prowadzić do obniżenia jakości poziomu nauczania, tym samym do pozyskiwania absolwentów o zasadniczo różnych kompetencjach i umiejętnościach. Przemawia za tym sprowadzenie Lekarskiego Egzaminu Końcowego do egzaminu, którego trudno nie zdać. Procent pytań pochodzących z tzw. Puli pytań sprawił, że nagle LEK zaczęła zdawać większość studentów obcojęzycznych, co jeszcze kilka lat temu (nie tylko z przyczyn językowych) nie było możliwe. To pokazuje, że LEK przestał być egzaminem weryfikującym cokolwiek. Dla systemu ochrony zdrowia i kierujących nim ministrów głównym przedmiotem zatroskania zamiast lekarzy powinna stać się liczba pielęgniarek i położnych w systemie, bo tu tendencje demograficzne są katastrofalne.

Jako Polska 2050 Szymona Hołowni proponujemy skrócenie czasu studiów lekarskich na uniwersytetach medycznych, przy jednoczesnym zapewnieniu wysokiej jakości kształcenia. Dziś szósty rok studiów nie jest wykorzystywany. Rozwiązaniem byłaby reforma idąca w kierunku studiów prowadzonych według systemu bolońskiego. Po wprowadzeniu systemu bolońskiego byłoby możliwe nadawanie częściowego Prawa Wykonywania Zawodu osobom z licencjatem z medycyny (np. po pięciu latach edukacji), a następnie kierowanie ich na 12-, 18-miesięczne studia magisterskie, których największą składową byłaby praktyka zawodowa. Taka praktyka mogłaby odbywać się w szpitalu nieklinicznym, z którym uczelnia miałaby podpisaną umowę na czas praktyki zawodowej. W przeciwieństwie do sytuacji obecnej, gdzie studenci szóstego roku w znakomitej mierze wracają do klinik, w których już byli, a które równocześnie są odpowiedzialne za równoległe kształcenie studentów lat wcześniejszych, proponujemy relokację studentów ostatnich lat do innych, mniej przeciążonych jednostek. Studenci byliby rozmieszczani w możliwie licznych jednostkach (nawet w dokładnie tych samych szpitalach, które obecnie przyjmują na staż podyplomowy lekarzy stażystów), w tym w szpitalach nieakademickich, przy czym nauka w tych szpitalach musiałaby się odbywać z udziałem mentorów, pod nadzorem uniwersytetu medycznego.

1. **Czy w kontekście jakości przyszłych świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjentów należy podnieść wymogi stawiane uczelniom niemedycznym prowadzącym kierunki lekarskie.**

Zdecydowanie tak, ale przede wszystkim należy natychmiast zatrzymać proces uruchamiania kolejnych kierunków lekarskich na kolejnych uczelniach niemedycznych. Studia na kierunku lekarskim, które zostały uruchomione w ciągu ostatnich dwóch lat, powinny zostać poddane surowej ocenie właściwych tu komisji. Powinien również zostać wprowadzony obowiązek prowadzenia zajęć w oparciu o własną, a nie wynajmowaną bazę dydaktyczną. Prowadzenie zajęć na bazie obcej jest równoznaczne z obniżeniem jakości zajęć studentów uczelni wynajmującej bazę. Postulujemy aby kształcenie lekarzy mogło się odbywać tylko na uniwersytetach prowadzących badania naukowe w dziedzinie medycyny. Przyszły lekarz musi być kształcony z możliwością kontaktu z najnowocześniejszymi osiągnięciami medycyny, z profesorami, naukowcami i nowoczesnymi laboratoriami.

**WSPÓŁPRACA Z MEDYKAMI**

1. **Czy widzą Państwo potrzebę zacieśnienia współpracy z samorządem lekarskim oraz innymi instytucjami medycznymi?**

Zdecydowanie tak. Ta współpraca jest niezwykle ważna, ale nie powinna się ona ograniczać wyłącznie do samorządu lekarskiego. Powinna ona dotyczyć również samorządów innych zawodów medycznych, ale też przedstawicieli korporacji zawodowych dotychczas nie uregulowanych.

1. **Jak Państwa zdaniem powinna wyglądać współpraca rządu z samorządem lekarskim**

W naszej ocenie powinna ona polegać na stałych spotkaniach, których częstotliwość nie powinna być rzadsza niż 1 raz na pół roku, a optymalnie 1 raz na kwartał. Spotkania te powinny być poświęcone konsultowaniu aktów prawnych na etapie ich planowania, a następnie tworzenia, wszystko na zasadach partnerskiej współpracy. Każdy akt prawny, przed jego powstaniem musi podlegać konsultacji ze środowiskiem pracowników ochrony zdrowia, również w przypadku tworzenia projektów ustaw dla pracowników systemu ochrony zdrowia bolesnych. Prezentacja stanowisk, dążenie do porozumienia w oficjalnych, ale partnerskich spotkaniach są dużo lepszym sposobem na współpracę niż konfrontacja stanowisk poprzez media, czy obserwowany obecnie całkowity brak współpracy resortu zdrowia z dowolnymi samorządami zawodowymi. Przykładem niech tu będzie nieobecność ministra zdrowia na organizowanym przez NRL spotkaniu poświęconym jakości w ochronie zdrowia.

1. **W jakim zakresie widzą Państwo potrzebę współpracy?**

Przykładem naszej dotychczasowej współpracy z samorządem lekarskim było stanowisko i proponowane poprawki Koła parlamentarnego Polska 2050 w kilku procedowanych ustawach, np. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników systemu ochrony zdrowia, czy tożsame stanowisko Polski 2050 w sprawie zatrudnienia pochodzących z Ukrainy lekarzy, lekarzy dentystów w placówkach ochrony zdrowia na stanowisku opiekuna medycznego (stanowisko zbieżne z apelem nr 22 Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 11 marca 2022 roku). Przykładem oczekiwanej i mamy nadzieje przyszłej współpracy powinno być przygotowanie i później uchwalenie dobrej ustawy „No Fault” dedykowanej wszystkim zawodom medycznym, z wcześniejszym uruchomieniem systemów rejestrujących zdarzenia niepożądane oraz nowelizacją Ustawy o izbach lekarskich. Można by tu wymieniać liczne punkty styku pomiędzy NRL a klubem poselskim Polska 2050 Szymona Hołowni w Sejmie kolejnej kadencji, bo większość uchwalonego w ciągu ostatnich 8 lat prawa wymaga co najmniej przeglądu.

**PUBLICZNA OCHRONA ZDROWIA**

1. **Jak powinien być rozłożony ciężar zadań systemowych między prywatną i publiczną ochroną zdrowia?**

Powinniśmy postawić na rozwój mieszanego, dwusektorowego systemu ochrony zdrowia, w którym sektor publiczny i prywatny będą ze sobą współpracowały i wzajemnie się uzupełniały, z zachowaniem zasady kooperacji i komplementarności, a nie konkurencji.

Zadaniem podstawowym jest utrzymanie sektora publicznego SOZ w dobrej formie, bo jego obecność i skuteczność w działaniu mają podstawowe znaczenie dla społecznego poczucia bezpieczeństwa oraz zachowania w kraju politycznej równowagi. Sektor publiczny SOZ musi odpowiadać za wypełnienie konstytucyjnych zobowiązań państwa i musi wypełniać je rzetelnie. To znaczy, że sektor publiczny powinien stworzyć możliwości korzystania z wszystkich usług zdrowotnych objętych pakietem gwarantowanym przez państwo (koszykiem), wszystkim obywatelom i absolutnie bezpłatnie. Działalność tego sektora powinna być finansowana wyłącznie i bezpośrednio ze środków publicznych. Państwo powinno dbać o jego utrzymanie i rozwój oraz o to, żeby objęte nim usługi były dostępne wszędzie i dla każdego. On musi być sprawny i zdolny do działania na wszystkich polach potrzeb zdrowotnych, szczególnie na tych najbardziej trudnych, na których nikt nie będzie chciał i potrafił go zastąpić. Musi też potrafić otoczyć wielką troską każdego, nawet najbiedniejszego pacjenta. Jednocześnie powinniśmy zadbać o rozwój sektora prywatnego SOZ. Dzisiaj nie można sobie wyobrazić funkcjonowania naszego SOZ bez udziału jego sektora prywatnego. Już obecnie nie jest możliwe zaspokojenie wszystkich potrzeb zdrowotnych społeczeństwa przy wykorzystaniu jedynie jednostek publicznych i publicznych środków finansowych. Tym bardziej nie będzie to możliwe w przyszłości. Sektor prywatny SOZ powinien oferować społeczeństwu usługi zdrowotne uzupełniające istniejące luki w zakresie świadczeń gwarantowanych, oraz dodatkowe lub alternatywne w stosunku do oferty sektora publicznego, o jak najszerszym zakresie i jak najwyższej jakości. W tych dodatkowych zakresach jego działalność powinna być finansowana głównie środkami pochodzącymi z kieszeni i ubezpieczeń prywatnych. Zarówno jednostki publiczne, jak i prywatne powinny mieć prawo do wykonywania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jednak z zachowaniem spełnienia zasady kompleksowości świadczonych usług. Przykładem spełnienia zasady kompleksowości świadczonych usług przez jednostki sektora prywatnego jest zgoda na wykonywanie wysoko wycenionych procedur z zakresu kardiologii interwencyjnej pod warunkiem realizowania również pakietu świadczeń z zakresu kardiologii i rehabilitacji kardiologicznej. W zakresie świadczeń zabiegowych, jednostka sektora prywatnego nie może pozyskać finansowania na całą ortopedię urazową, a potem wykonywać wyłącznie procedury 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.

Po naprawie systemu ochrony zdrowia i odbudowie kadr medycznych, obydwa współpracujące ze sobą systemy powinny podlegać kadrowemu rozdzieleniu, z zachowaniem prawa sektora prywatnego do wykonywania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

**BIUROKRACJA**

1. **Jak zamierzają Państwo ograniczyć ilość zadań czysto biurokratycznych, jakimi obłożeni są lekarze?**

Należy zreorganizować system tak, aby pozwolił on wykwalifikowanym medykom skupić się przede wszystkim na procesach związanych bezpośrednio z opieką nad pacjentem. W tym kontekście konieczne jest zatrudnienie w jednostkach POZ specjalistów zdrowia publicznego (jako koordynatorów medycznych) oraz promowanie nowych zawodów medycznych, takich jak asystent lekarza / asystent medyczny, sekretarka medyczna czy rejestratorka medyczna.

Najprostsze powinno być pozyskanie asystentów medycznych, bo tu wystarczy uruchomić czynności legislacyjne polegające na znowelizowaniu obecnie obowiązujących przepisów (Dz.U. 2018; poz. 1925 - USTAWA z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Asystent medyczny powinien, tak jak dotychczas, posiadać prawo do wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy, oczywiście na podstawie dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza i w jego imieniu, oraz prowadzenia dokumentacji medycznej, wystawiania e-recept, e-skierowań, e-zleceń, koordynacji działań profilaktyczno-prozdrowotnych, etc, oczywiście we współpracy z lekarzem.

Dodatkowym wsparciem dla kadr medycznych zajmujących się leczeniem pacjentów powinna stać się obowiązkowa w każdym szpitalu pomoc socjalno-prawna. Mamy tu na uwadze obowiązek zatrudnienia przez szpitale: (1) pracowników socjalnych, których zadaniem powinno być monitorowanie terminów ważnych z punktu widzenia zachowania ubezpieczenia przez pacjenta, przygotowywanie dokumentów dla zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności, wniosków o należne zasiłki stałe lub czasowe, poszukiwanie miejsc do opieki długoterminowej, miejsc gdzie można wypisać ze szpitala dziecko, które nie może wrócić do rodziny lub jej nie ma i inne oraz (2) osób o prawniczym przygotowaniu zawodowym. Obowiązki czasochłonnych prób kontaktowania się z ambasadami, konsulatami, czy konsulami honorowymi oraz działania w kierunku egzekwowania należności za prowadzony proces diagnostyczno-terapeutyczny, ustalanie docelowego miejsca przeniesienia chorego i pokrycia kosztów transportu medycznego to zadanie dla osób zawodowo przygotowanych a nie dla lekarzy.

**CUDZOZIEMCY**

1. **Czy należy chronić polski rynek medyczny przed napływem niewykwalifikowanych pracowników z innych krajów? Dlaczego TAK/ dlaczego NIE?**

Zdecydowanie tak. Polski rynek medyczny powinien być dostępny wyłącznie dla pracowników ochrony zdrowia posługujących się językiem polskim, z jednocześnie potwierdzonymi posiadanymi kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi.

Nie ma możliwości bezpiecznego wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty i pielęgniarki na rzecz polskiego pacjenta, gdy lekarz / pielęgniarka nie zna języka polskiego. W jaki sposób porozumieć się z pacjentem, zebrać wywiad i jak prowadzić dokumentację medyczną, która nawet dla pracownika ochrony zdrowia swobodnie posługującego się językiem polskim stanowi ogromne obciążenie. Uważamy, że do pracy w systemie ochrony zdrowia można dopuścić pracowników medycznych, których poziom wiedzy i posiadanych umiejętności medycznych został zweryfikowany. W różnych krajach różne są programy specjalizacji lekarskich, różny czas ich realizacji, różne oczekiwane efekty kształcenia zawodowego. Oczywiście posiadanego doświadczenia zawodowego nie można negować, ale należy je sprawdzić i ocenić.

Prezentowane przez nas stanowisko jest niezmienne od czasu rozpoczęcia prac nad projektem „ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa”, która ostatecznie została uchwalona w dniu 12 marca 2022 roku (Dz.U. 2022 poz. 583). Jako jedyna formacja polityczna, na kolejnych etapach procedowania projektu ustawy, wnosiliśmy poprawki dotyczące m.in. minimalnych kwalifikacji lekarza i lekarza dentysty, które uprawniałyby do pracy w naszym systemie ochrony zdrowia. Na każdym etapie poprawki te były odrzucane, również przez wszystkie pozostałe obecne w Sejmie formacje opozycyjne.

Potwierdzeniem powyższego są stenogramy z odpowiednich Komisji Zdrowia w Sejmie, ale również punkt 9. opublikowanego przez Instytut Strategie 2050 w dniu 2 kwietnia 2022 roku dokumentu „Wyzwania i rozwiązania dla systemu ochrony zdrowia w Polsce w związku z wojennym exodusem dorosłych i małoletnich obywateli Ukrainy”, dostępny pod adresem https://strategie2050.pl/publikacje/analiza-wyzwania-i-rozwiazania-dla-systemu-ochrony-zdrowia-w-polsce-w-zwiazku-z-wojennym-exodusem-doroslych-i-maloletnich-obywateli-ukrainy/

**MINISTERSTWO ZDROWIA**

1. Czy minister zdrowia powinien być lekarzem praktykiem?

Na to pytanie nie ma prostej odpowiedzi. Obecnie mamy fatalnie odnajdującego się na stanowisku ministra zdrowia ekonomistę Adama Niedzielskiego, ale przecież w naszej historii mieliśmy równie fatalnych ministrów zdrowia lekarzy (Mariusz Łapiński, Bartosz Arłukowicz, czy Łukasz Szumowski). Uważamy, że w Ministerstwie Zdrowia musi zostać zachowana równowaga. Minister zdrowia, jak każdy inny minister musi być politykiem, bo odpowiada za prowadzenie polityki zdrowotnej kreowanej przez partię/koalicję rządzącą. Nie ma tu znaczenia, czy ministrem zdrowia będzie lekarz, czy ekonomista. Ważne, żeby cały pozostały skład Ministerstwa Zdrowia stanowili kompetentni przedstawiciele zawodów medycznych, profesjonalnie przygotowani do pracy w resorcie. W przypadku ministra zdrowia lekarza, funkcję sekretarza lub podsekretarza stanu powinien pełnić ekonomista.