Korupcja w środowisku medycznym stała się niestety zjawiskiem niemal powszechnym. Jak położyć kres nieuczciwości? Sprywatyzować zarządzanie składką, czy może zlikwidować stanowisko ordynatora?

Ostatnie doniesienia mediów unaoczniają problem korupcji w ochronie zdrowia w Polsce, którego skala – jak wynika zarówno z badań niezależnych instytucji i zagranicznych ośrodków naukowych, jak i z badań opinii publicznej – jest zatrważająca (vide załącznik – tabela).

Wśród przyczyn korupcji w ochronie zdrowia w Polsce wyróżnić można dwie zasadnicze grupy przyczyn: systemowe (wynikające z systemu zdrowotnego lub mechanizmów korupcjogennych) oraz kulturowo-historyczne (przyzwyczajenia pewnych grup społecznych, spuścizna państwa totalitarnego, a wcześniej doświadczenia biurokratycznej i skorumpowanej administracji państw zaborczych).

Przezwyciężenie przyczyn systemowych może się dokonać jedynie w wyniku dalszego reformowania systemu zdrowotnego w Polsce w kierunku modelu ubezpieczeniowego (Bismarcka).

Pozostaw to pole puste, jeśli jesteś człowiekiem:

Kluczowe wydaje się wprowadzenie kilku zmian.

1. **Wprowadzenie zakazu prowadzenia prywatnej praktyki lekarzom zatrudnionym w lecznictwie zamkniętym** (tak jak to ma miejsce w Niemczech)

W polskiej rzeczywistości prywatne praktyki zwłaszcza prowadzone przez ordynatorów często stają się swoistymi „izbami przyjęć” do dalszego leczenia w szpitalu. Wizyta w prywatnym gabinecie i związana z nią opłata niejednokrotnie jest przyczyną przyjęcia pacjenta na oddział (często poza kolejnością) lub wykonania zabiegu. Często wizyta w prywatnym gabinecie jest formą „zaksięgowania” łapówki.

2. **Wprowadzenie konkurencji pomiędzy ubezpieczycielami (prywatyzacja zarządzania składką)**

Monopson Narodowego Funduszu Zdrowia nie służy przejrzystości przepływu środków w ochronie zdrowia. Należy dać możliwość ubezpieczonemu wyboru

ubezpieczyciela (funduszu, kasy chorych). Konkurencja pomiędzy płatnikami w systemie wymuszona przez możliwość dokonania wyboru ubezpieczyciela służyć będzie uporządkowaniu kolejności przyjęć na oddział szpitalny oraz zwiększeniu jakości świadczonych usług. Konkurujący płatnicy dbać będą o to, by inne czynniki nie miały wpływu na kolejność i jakość procedur medycznych.

3. **Wprowadzenie opłat dodatkowych**

Dodatkowe bezpośrednie opłaty wnoszone w symbolicznej wysokości przez pacjenta za poszczególne procedury medyczne stanowią psychologiczny mechanizm przeciwdziałający opłatom nieformalnym („już raz zapłaciłem”).

4. **Zniesienie systemu ordynatorskiego** (wprowadzenie systemu opartego na konsultantach – jak w Wielkiej Brytanii)

Zniesienie systemu zarządzania oddziałem szpitalnym, w którym cała władza skupiona jest w rękach jednej osoby decydującej o kolejności i rodzaju leczenia, niewątpliwie służyć będzie ograniczeniu korupcji.

5. **Wprowadzenie prawnej możliwości pokrycia całości wydatków medycznych przez pacjenta poza systemem poowszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

Zamożny pacjent, który zechce za dodatkową (100%) opłatą zostać leczony poza kolejnością w publicznym szpitalu powinien mieć prawną możliwość zakupienia świadczenia medycznego (obecnie takiej możliwości nie ma, a pacjenci dokonują zakupu świadczeń zdrowotnych „pod stołem”).

Dostępne opracowania badań dotyczących zjawiska opłat nieformalnych w Polsce:

Opracowanie: Piotr Romaniuk

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl, autor: prof. Krzysztof Krajewski-Siuda.