

Co nas czeka w ochronie zdrowia – Nostradamus 2009–2011

Mijający rok obfitował w zapowiedzi i już skutkuje kilkoma spektakularnymi klapami. Nie ma katastrofy (jeszcze), ale czas biegnie, zniecierpliwienie rośnie i pojawia się realne zagrożenie spadku puli pieniędzy w systemie; głównie za sprawą kryzysu gospodarczego, a w konsekwencji – prawdopodobnego wzrostu bezrobocia i spadku wynagrodzeń. Co nas czeka? Na pewno nie rewolucja.



Aby spróbować odpowiedzieć na powyższe pytanie, postanowiliśmy powtórzyć naszą *sondę-wrózkę*. Po raz pierwszy przeprowadziliśmy ją wiosną 2005 r., przed wyborami parlamentarnymi. Pierwotnie sonda miała zaprezentować plany polityków, którzy mieli szansę na objęcie kluczowych urzędów w najbliższej przyszłości. Ponieważ jednak liczba liczących się partii była ograniczona, uznaliśmy, że ciekawiej będzie zapytać: *Co z tego wyjdzie?*

Po ponad roku rządów Donalda Tuska i sprawowania urzędu prezydenta przez Lecha Kaczyńskiego jest już sporo danych, na podstawie których można prognozować przyszłość i ocenić, jakie panują nastroje. W tym celu przygotowana zo-

stała ankieta, w której zarysowano różne scenariusze rozwoju sytuacji.

Nasi respondenci zostali poproszeni o wpisanie prawdopodobieństwa, z jakim określony scenariusz ma szansę zaistnieć do 2011 r., czyli końca kadencji Sejmu. Nie wymagaliśmy, by prawdopodobień-

BRUNO

stwa się sumowały do 100 proc., nie eliminowaliśmy sprzeczności w odpowiedziach. Ankieta nie ma charakteru naukowego, jest raczej zabawą, choć zarówno respondenci, jak i autor mieli odczucie, że jest w niej dużo prawdy. Ankietę skierowaliśmy do wybranych 20 osób, które w takim czy innym wymiarze mają możliwość wpływania na system ochrony zdrowia; czy to z uwagi na swoją działalność polityczną, związkową czy też ze względu na obecność w mediach.

Otrzymaaliśmy, do dnia przygotowywania niniejszego materiału, dziewięć odpowiedzi. W naszej zabawie wzięli udział:

- Marek Balicki (poseł lewicy, były minister zdrowia),
- Krzysztof Bukiel (przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy),
- Maria Ilnicka-Mądry (przewodnicząca zespołu negocjacyjnego dyrektorów szpitali klinicznych),
- Jarosław Kozera (wiceprezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ),
- Wiktor Masłowski (prezes Federacji Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, były wiceminister zdrowia),
- Bolesław Piecha (poseł PiS, były wiceminister zdrowia),
- Konstanty Radziwiłł (prezes Naczelnej Rady Lekarskiej),
- Andrzej Sokołowski (prezes Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych),
- Marek Wójtowicz (były dyrektor oddziału Mazowieckiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

Dzięki temu, że na ankietę odpowiadały niektóre osoby, które poprzednio także wzięły udział w tej zabawie, a także dlatego, że posłużyliśmy się podobnym zestawem pytań, możemy nie tylko podać czytelnikom wróżby na 2011 r., ale także typy respondentów sprzed trzech lat. W poprzedniej wersji ankiety odpowiedzi otrzymaliśmy od:

- Krzysztofa Bukiela,
- Krzysztofa Kuszewskiego,
- Bolesława Piechy,
- Jarosława Pinkasa,
- Konstantego Radziwiłła,
- Andrzeja Rysia,
- Andrzeja Sośnierza,
- Władysława Szkopa,
- Andrzeja Wojtyły,
- Marka Wójtowicza.

Poniżej omówiono poszczególne pytania oraz odpowiedzi naszych respondentów. Komentarz ograniczono do minimum, aby umożliwić wysnuwanie wniosków samodzielnie przez czytelników.

Kto będzie płacić za zdrowie?

Pacjenci mają prawo do (generalnie) bezpłatnego korzystania z usług świadczeniodawców, którzy podpisali kontrakty z NFZ.

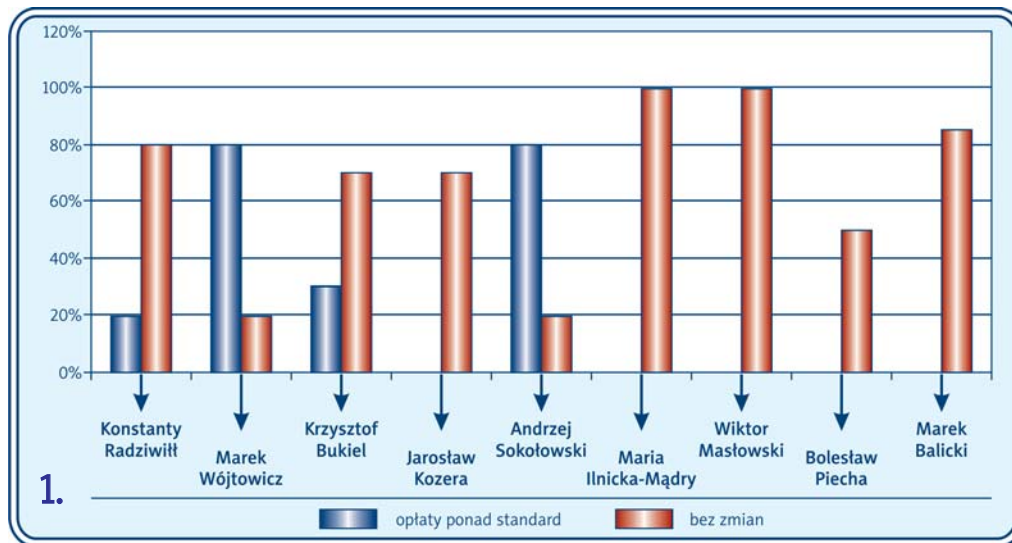
Opcje:

- Pacjenci uzyskują dodatkowo prawo do refundacji kosztów poniesionych na usługi zdrowotne u niekontraktowanych (w tym zagranicznych) świadczeniodawców.
- Zastosowany zostaje mechanizm, że pacjenci ponoszą koszty usług u świadczeniodawców (płacą za nie), które później są refundowane przez płatnika publicznego (jak we Francji).
- Sytuacja nie zmienia się w porównaniu z 2008 r.

Pierwsze pytanie dotyczyło sposobu uzyskiwania usług w sektorze publicznym; obecnie pacjenci mają prawo w większości do bezpłatnego korzystania z usług kontraktowanych świadczeniodawców. Chcieliśmy poznać opinie respondentów, na ile wydaje się im prawdopodobne, by możliwe było refundowanie przez NFZ kosztów, jakie pacjent poniósł w placówce *post factum*. Pytaliśmy zatem o taką cechę systemu, która jest pierwotnie ubezpieczeniowa: refundację kosztów. Obecnie takie formy finansowania świadczeń nie są częste, a w Europie występują jedynie w Belgii, Luksemburgu i we Francji. Respondenci w większości ocenili, że w tej dziedzinie nic się nie zmieni w porównaniu z 2011 r. Jedynie Maria Ilnicka-Mądry i Andrzej Sokołowski typowali po 10–20 proc. prawdopodobieństwa, że zastosowane zostaną mechanizmy *zwrotu kosztów* poniesionych przez pacjenta, czy to na usługę u niekontraktowanego świadczeniodawcy (jak wynika pośrednio z projektu dyrektywy o prawach pacjenta w opiece transgranicznej), czy po prostu zwrot kosztów poniesionych – jak to ma miejsce w krajach frankofońskich. W poprzedniej edycji respondenci przewidywali możliwość takiej sytuacji dwukrotnie częściej.



fol. Images.com/Corbis



1.



fot. KFP

Andrzej Sokołowski,
prezes Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych

Myślę, że wpływ kryzysu ekonomicznego na ochronę zdrowia w Polsce będzie niewielki. Nasze zapóźnienia w tej dziedzinie wymuszają ciągły, choć wolniejszy wzrost. Niestety, nasza klasa polityczna zajęta jest głównie podstawianiem nóg przeciwnikom i grzebanieniem się w teczkach. Trudno zatem przewidzieć, jak potoczą się reformy, tym bardziej że do chwili obecnej nie ma konsensusu społecznego co do zasadniczego kierunku zmian. Chyba nic nie powstrzyma jednak wzrostu rynku abonamentowego i jego powolnego cywilizowania się w kierunku powstawania firm ubezpieczenia zdrowotnego. Sektor niepubliczny nadal będzie się też rozrastał, choć nie wróżę tu oszałamiającego tempa. Wzrost liczby obywateli posiadających pakiety ubezpieczenia zdrowotnego spowoduje powolny rozwój szpitalnictwa prywatnego.

Czy i jak zapłacimy za ponad standard?

Pacjenci mają prawo do świadczeń kontraktowanych i jeśli chcą podnieść standard usług, muszą pokrywać pełne ich koszty.

Opcje:

- Pacjenci mają prawo do bezpłatnych świadczeń wg określonego standardu, a za dodatkowy standard (np. lepszą soczewkę w operacji zaćmy) dopłacają sami.
- Sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Drugie pytanie dotyczyło możliwości podnoszenia standardu za dopłatą. Jak widać na wykresie, większość respondentów typowała brak zmian w tym obszarze. Były jednak odmienne opinie; największych zmian spodziewają się panowie: Sokołowski i Wójtowicz, bo dają aż 80 proc. szans, że zostanie wprowadzony mechanizm dopłat za ponadstandard, jakkolwiek miałyby to być zrealizowane. Również panowie: Bukiel i Radziwiłł widzą pewne prawdopodobieństwo takich zmian. Rozkład odpowiedzi na to pytanie ilustruje wykres nr 1 (powyżej).

W poprzedniej edycji naszej sondy zdecydowanie częściej wskazywano na taką możliwość. W szczególności poseł Piecha typował 80 proc. szans na takie rozwiązanie.

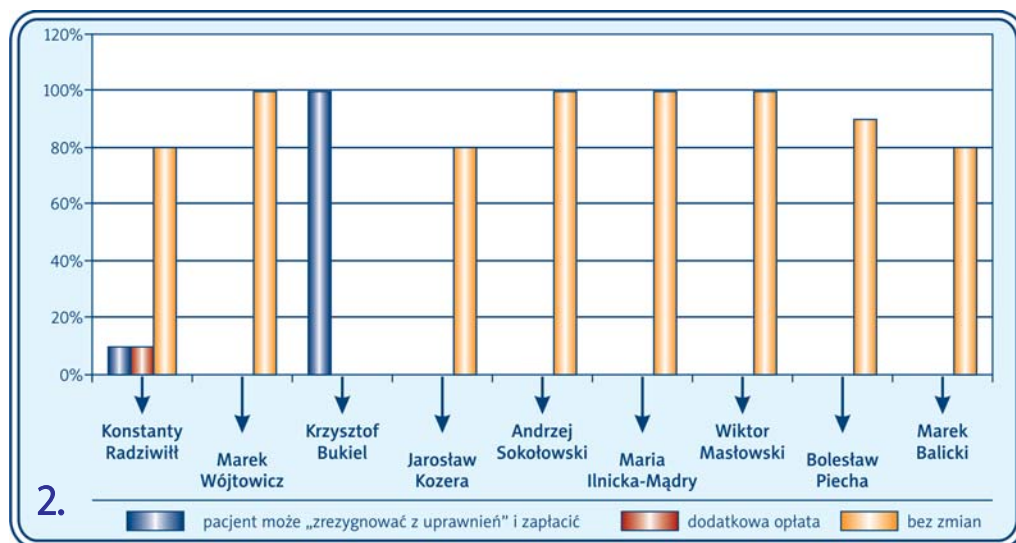
Jaki wpływ będzie to miało na ceny płatnika?

Kontraktowany świadczeniodawca musi zaakceptować ceny określone przez NFZ.

Opcje:

- Świadczeniodawca może pobierać dodatkowe kwoty od pacjentów, będące różnicą między jego ceną na daną usługę a ceną określoną przez NFZ.
- Sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Odpowiedzi w tym aspekcie były dość jednolite: **nic się nie zmieni**. Jedynie Maria Ilnicka-Mądry i Andrzej Sokołowski wskazywali na niewielkie prawdopodobieństwo zmiany w tym zakresie (10–20 proc.). Także, co ciekawe, zmian nie wykluczał Bolesław Piecha, choć nie podał prawdopodobieństwa przedstawionej opcji.



Listy oczekujących a opłaty pacjenta

Pacjent jest przyjmowany do placówki kontraktowanej generalnie wg kolejności zgłoszeń (listy oczekujących).

Opcje:

- Pacjent może zrezygnować ze swoich uprawnień ubezpieczonego i zapłacić prywatnie za usługę w placówce publicznej.
- Pacjent za pewną dodatkową oficjalną opłatą przeskakuje na wyższe miejsca w kolejce.
- Sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Większość respondentów uznała, że nie będzie zmian w tym zakresie. Prawie żaden z respondentów (prócz Radziwiłła, choć marginalnie) nie widzi możliwości powstania sytuacji, że za *omijanie kolejki* płaci się oficjalne stawki. Jedyne, co może się zdarzyć, zdaniem Krzysztofa Bukiela, to pojawienie się możliwości, że pacjent (w publicznych placówkach) będzie miał prawo zrzec się swoich uprawnień ubezpieczonego i zapłacić za swoje leczenie. Wtedy teoretycznie będzie mógł skorzystać ze świadczeń niezależnie od kolejki do świadczeń publicznych. Rozkład odpowiedzi na to pytanie ilustruje wykres nr 2 (powyżej).

W 2005 r. szansę na tę pierwszą zmianę respondenci oceniali wysoko; średnio na 49 proc., przy czym najczęściej typowali 80 proc. W 2008 r. są zatem zdecydowanie bardziej sceptyczni.

„ Większość respondentów obawia się wzrostu zadłużenia szpitali w razie spadku wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia ”

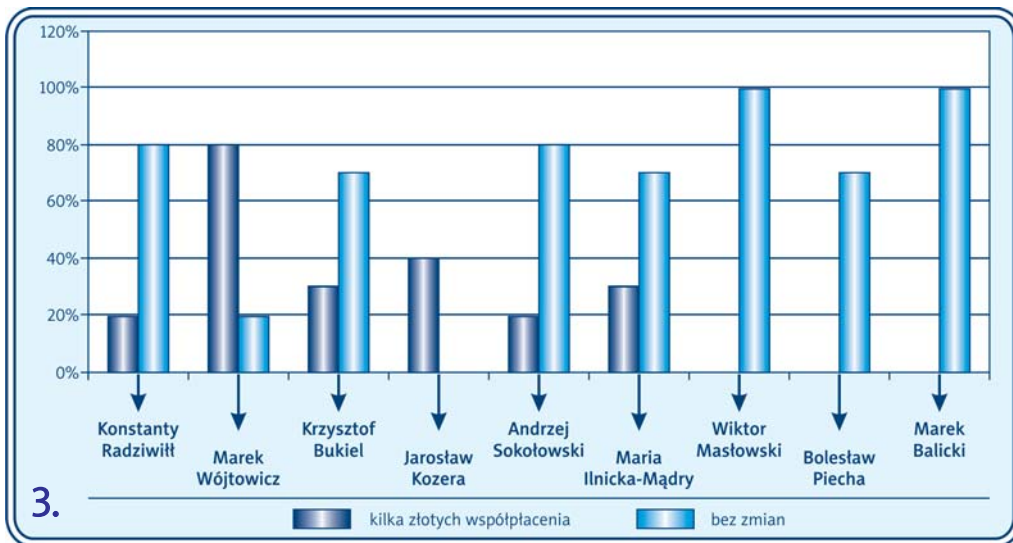
Czy nadal bezpłatnie?

Oficjalnie w systemie publicznym większość usług zdrowotnych ambulatoryjnych jest całkowicie bezpłatna.

Opcje:

- W systemie publicznym występuje oficjalne, powszechne i drobne (kilka złotych) współpłacenie za większość usług ambulatoryjnych.
- W systemie publicznym występuje oficjalne, powszechne współpłacenie, jako procent ceny usługi za większość usług ambulatoryjnych.
- Sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Obecnie współpłacenie w opiece ambulatoryjnej nie występuje (poza „ponad standardem” w stomatologii). Większość respondentów nie spodziewa się zmian w tym zakresie; jednak niektórzy nie wykluczają kilkuzłotowej opłaty. Jedyne Marek Wójtowicz typuje, na 80 proc., że zostanie ona wprowadzona do 2011 r. Nikt nie typował wprowadzenia opłaty proporcjonalnej do ceny (procent ceny, jak np. we Francji czy Belgii). To by wskazywało, co potwierdzają także komentarze, że opłata ta na dobre kojarzy się jako narzędzie regulowania popytu, a nie jako dodatkowe źródło finansowania, co jeszcze kilka lat temu nie było tak oczywiste. Rozkład odpowiedzi na to pytanie ilustruje wykres nr 3 (na kolejnej stronie).



for. PAP/Rodek Pietruszka

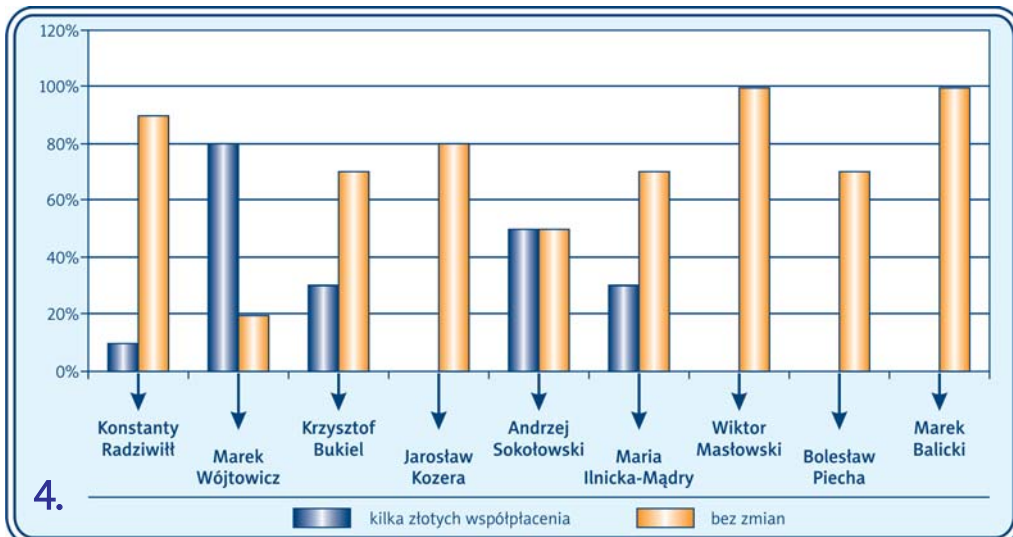
Oficjalnie w systemie publicznym większość usług zdrowotnych w szpitalach jest całkowicie bezpłatna.

Opcje:

- W systemie publicznym występuje oficjalnie, powszechnie i drobne (kilka złotych) współpłacenie za pobyt w szpitalu.
- W systemie publicznym występuje oficjalnie, powszechnie współpłacenie, jako procent ceny usługi za większość usług szpitalnych.
- Sytuacja nie zmienia się w porównaniu z 2008 r.

Większość respondentów, podobnie jak w wypadku opłat w ambulatorium, nie spodziewa się zmian w tym zakresie; choć Marek Wójtowicz typuje (na 80 proc.), że zostanie ona wprowadzona do 2011 r. Podobnego zdania był Andrzej Sokołowski, a także – choć w mniejszym stopniu – Maria Ilnicka-Mądry, Krzysztof Bukiel czy Konstanty Radziwiłł. Nikt nie uznał, że zostaną wprowadzone opłaty proporcjonalne do ceny. Rozkład odpowiedzi na to pytanie ilustruje wykres nr 4 (poniżej).

W 2005 r. respondenci mieli bardziej zdecydowane zdanie; uznawali, że prawdopodobieństwo pojawienia się opłat w obu miejscach wykonywania świadczeń wynosi 50 proc. i więcej. Najmniejsze szanse tym rozwiązaniem dawali posłowie: Piecha i Szkop, lecz nawet w ich opiniach był to dość możliwy scenariusz.



Koszyk świadczeń

Obecnie dostępny zakres świadczeń zdrowotnych (koszyk świadczeń) jest szeroki, ograniczony jedynie w kilku obszarach (dentystyka, chirurgia plastyczna i niektóre procedury z Załącznika do Ustawy) i niezależny od statusu materialnego.

Opcje:

- drogie i wysokospecjalistyczne (np. niektóre transplantacje),
 - dentystyczne (z wyjątkiem dzieci i kobiet w ciąży),
 - dentystyczne w ogóle,
 - rehabilitacja (z wyjątkiem np. powypadkowej),
 - sanatoria,
 - procedury nowe i eksperymentalne,
 - najnowsze technologie wykonania danej operacji (np. endoskopowe),
 - świadczenia na rzecz osób nietrzeźwych, pod wpływem działania środków odurzających itp.,
 - świadczenia podnoszące jedynie komfort życia (np. zaćma lub zwyrodnienia stawu biodrowego u osób niepracujących),
 - środki protetyczne (np. okulary, protezy dentystyczne),
- Sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Odpowiedzi są różnorodne, ale generalnie można uznać, że respondenci spodziewają się ograniczenia koszyka świadczeń do 2011 r. Wśród obszarów wymienianych jako potencjalnie wykluczone najczęściej pojawiają się: usługi dentystyczne (z wyjątkiem dzieci i słabszych społecznie grup), sanatoryjne, nowe i eksperymentalne. Panowie: Bukiel i Piecha, jako bardzo prawdopodobne typowali także wykluczenie niektórych usług dla osób nietrzeźwych.

Obecnie dostępny zakres świadczeń zdrowotnych jest szeroki, ograniczony jedynie w kilku obszarach (dentystyka, chirurgia plastyczna i niektóre procedury z Załącznika do Ustawy) i niezależny od statusu materialnego.

Opcje:

W systemie publicznym **nikt**, prócz osób z grup ubogich, nie uzyskuje usług, które są:

- drogie i wysokospecjalistyczne (np. niektóre transplantacje),
 - dentystyczne (z wyjątkiem dzieci i kobiet w ciąży),
 - dentystyczne w ogóle,
 - rehabilitacyjne (z wyjątkiem np. powypadkowej),
 - sanatoryjne,
 - procedury nowe i eksperymentalne,
 - najnowsze technologie wykonania danej operacji (np. endoskopowe),
 - świadczenia na rzecz osób nietrzeźwych, pod wpływem działania środków odurzających itp.,
 - świadczenia jedynie podnoszące komfort życia (np. zaćma lub zwyrodnienia stawu biodrowego u osób niepracujących),
 - środki protetyczne (np. okulary, protezy dentystyczne),
- Sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Układ odpowiedzi podobny jak wyżej. W 2005 r. wśród respondentów zdania były równie podzielone. Za bardzo prawdopodobne uznano usunięcie z koszyka usług dentystycznych, szczególnie wykonywanych dla osób innych niż kobiety w ciąży i dzieci. Jednocześnie wyeliminowanie usług dentystycznych



for. archiwum

Wojciech Bieńkiewicz,
prezes Polskiej Unii Szpitali Klinicznych

Największym zagrożeniem jest chaos, którego konsekwencją jest demoralizacja. Tu są źródła korupcji, postaw roszczeniowych zarówno pacjentów, jak i pracowników systemu ochrony zdrowia. Chaos jest powodowany wprowadzaniem słabo przygotowanych reform, poprzedzonych kiepskimi pilotażami, według metody „skok na głęboką wodę”. W takiej sytuacji przyszłość staje się nieprzewidywalna dla potencjalnych inwestorów, pacjentów, pracowników i menedżerów. Wszyscy wykonują ruchy obronne: pacjenci chcieliby leczyć się na zapas, inwestorzy wstrzymują decyzje, pracownicy nie chcą cierpliwie czekać na wzrost wynagrodzeń.

w ogóle typowano na 27 proc. prawdopodobieństwa, lecz wiele osób wskazywało zerowe szanse takiego rozwiązania. Respondenci raczej nie dostrzegali możliwości wyłączenia rehabilitacji z koszyka świadczeń, natomiast widzieli dość duże prawdopodobieństwo wyłączenia usług sanatoryjnych. Poza wymienionymi rodzajami usług, najczęściej uznawano, że jest możliwe wyłączenie poza koszyk świadczeń na rzecz nietrzeźwych i odurzonych. Generalnie, wyłączenie wymienionych grup świadczeń uznano za możliwe w przedziale od 25 do 45 proc. szans. W tym zakresie zatem niewiele się zmieniło; respondenci nadal przewidują wprowadzenie pewnych ograniczeń w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych.



Marek Wójtowicz,
wicedyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Lublinie,
współzałożyciel Stowarzyszenia
Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ

Po tegorocznej porażce projektu przekształcenia SPZOZ-ów w spółki będzie trudno wykręsać wśród parlamentarzystów kolejne pokłady entuzjazmu dla innych projektów zdrowotnych. Największe szanse do 2011 r. może mieć wdrożenie modelu sprawdzonego w Czechach z symbolicznym współpłaceniem służącym przede wszystkim samodyscyplinowaniu się ubezpieczonych w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. W obliczu ogólnosiwiatowego kryzysu finansowego nie ma co liczyć na jakiegokolwiek ulgi podatkowe jako rekompensatę za zwiększone współpłacenie na zdrowie. W dziedzinie finansowania spodziewam się więc raczej zmian kosmetycznych, w postaci zwiększenia udziału budżetu państwa w finansowaniu systemu ratownictwa w taki sam sposób jak teraz finansuje się usługi pogotowia ratunkowego (dojdzie finansowanie z budżetu szpitalnych oddziałów ratunkowych). Być może nastąpi powrót do pełnego finansowania z budżetu państwa procedur wysokospecjalistycznych.

Zagrożeniem dla przeprowadzenia podziału płatnika i wsparcia rozwoju konkurencji o ubezpieczonego może być słaba jakość zaproponowanych przez rząd rozwiązań. Jeżeli zmiany wejdą w życie, to łagodnie: w pierwszym etapie do 2011 r. przemianowanie Centrali NFZ w Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, a oddziałów NFZ w... oddziały NFZ w liczbie równej liczbie województw (16) lub liczbie medycznych ośrodków akademickich (11).

Jeszcze przez lata będziemy *skażeni* historycznym dziedzictwem modelu państwowej, opiekuńczej służby zdrowia, a każda próba liberalizacji i przeniesienia finansowej odpowiedzialności za jakość opieki zdrowotnej na obywateli będzie poprzedzona długotrwałą, pełną populizmu walką polityczną. Do trudnych fundamentalnych zmian potrzeba charyzmatycznych liderów z mocną pozycją polityczno-społeczną.



Jaki płatnik?

Obecnie ubezpieczenie zdrowotne organizowane i zapewniane jest przez jedną instytucję (NFZ).

Opcje:

- zabezpieczenie zdrowotne organizowane i zapewniane jest przez administrację rządową szczebla centralnego i wojewódzkiego,
- zabezpieczenie zdrowotne organizowane i zapewniane jest przez administrację samorządową,
- ubezpieczenie zdrowotne organizowane i zapewniane jest przez jedną instytucję (NFZ),
- ubezpieczenie zdrowotne organizowane i zapewniane jest przez samodzielne niekonkurujące podmioty publiczne,
- ubezpieczenie zdrowotne organizowane i zapewniane jest przez samodzielne konkurujące podmioty publiczne,
- ubezpieczenie zdrowotne organizowane i zapewniane jest przez samodzielne konkurujące podmioty publiczne i prywatne,
- sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Respondenci typowali różne scenariusze rozwoju przyszłości NFZ, jednak najczęściej (80 proc.) uznawali, że sytuacja się nie zmieni. Niemniej dość często, np. w odpowiedziach Andrzeja Sokołowskiego, Krzysztofa Bukieła czy Konstantego Radziwiłła, pojawiły się typy, że na 30–50 proc. NFZ zostanie zdecentralizowany. Co ciekawe jednak, nie ma to doprowadzić do konkurencji, a jedynie regionalnej niezależności struktur ubezpieczyciela. Na możliwość powstania konkurujących ubezpieczycieli wskazuje właściwie wyłącznie Krzysztof Bukiel (na 50 proc.) i marginalnie Konstanty Radziwiłł.

Na podobne pytanie w 2005 r. odpowiadano, że płatnikiem będzie administracja (23 proc. prawdopodobieństwa). Mimo że nie dyskutowano, tak jak i obecnie, o opcji samorządowej opieki zdrowotnej, prawdopodobieństwo takiego rozwoju wypadków określano średnio na 20 proc. Opcja z zachowaniem NFZ wydała się możliwa średnio na 34 proc., przy czym panowie Ryś, Kuszewski, Szkop i Wojtyła wskazali zdecydowanie na większe prawdopodobieństwo takiej sytuacji.

Ile ubezpieczenia?

Obecnie zaledwie 5 proc. wydatków prywatnych na zdrowie przechodzi przez ubezpieczenia zdrowotne realizowane przez firmy ubezpieczeniowe i quasi-ubezpieczeniowe (abonamentowe).

- Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez firmy ubezpieczeniowe stanowią co najmniej 30 proc. prywatnych wydatków.
- Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez firmy abonamentowe stanowią co najmniej 30 proc. prywatnych wydatków.
- Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez ubezpieczenia wzajemne stanowią co najmniej 30 proc. prywatnych wydatków.
- Sytuacja nie zmienia zasadniczo się w porównaniu z 2008 r.

Na możliwość zwiększenia znaczenia ubezpieczeń lub abonamentów na rynku usług finansowanych prywatnie wskazywali Andrzej Sokołowski (bardziej: ubezpieczenia) i Jarosław Kozera (bardziej: abonamenty). Reszta respondentów nie widziała możliwości, by w 2011 r. znaczenie tych form „przedpłaconych” znacznie wzrosło.

W 2005 r. prawdopodobieństwo rozwinięcia powyższych form finansowania usług typowano znacznie wyżej: zwykle na 30 proc., a kilku naszych respondentów wskazywało na 80–90 proc. szans znacznego rozwoju tych form.

Czy składka wzrośnie?

Obecnie składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9 proc.

Opcje:

- Składka po 2009 r. pozostaje na poziomie 9 proc.
- Składka po 2009 r. ulega dalszemu wzrostowi w wyniku decyzji parlamentu.

Składka raczej wzrośnie – tak można by wnioskować z typów naszych respondentów. Są oni w tym różnie optymistyczni, najbardziej: Marek Wójtowicz, Krzysztof Bukiel i Marek Balicki, najmniej Maria Ilnicka-Mądry i Konstanty Radziwiłł.

W 2005 r. typowania w tej dziedzinie były podzielone – część respondentów wskazywała na dalszy wzrost składki po 2009 r., część twierdziła, że wzrost zostanie zatrzymany. Na razie ta druga grupa respondentów wydaje się mieć rację. Co prawda w ustawach zdrowotnych zaplanowano wzrost składki, ale zostały one zawetowane przez prezydenta.

„ Przewidywania co do wzrostu przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia są raczej optymistyczne ”

Ile na zdrowie?

Obecne wydatki na ochronę zdrowia w sumie stanowią ok. 6,3 proc. PKB.

- Wydatki na ochronę zdrowia w sumie stanowią między 6,3 a 7,8 proc. PKB.
- Wydatki na ochronę zdrowia w sumie stanowią ponad 8 proc. PKB.
- Sytuacja nie zmieni się zasadniczo w porównaniu z 2008 r.

Udział wydatków na zdrowie w PKB zależy od dwóch rzeczy: wydatków na zdrowie i PKB. Udział ten może wzrosnąć, jeśli wydatki na zdrowie rosną szybciej niż PKB (lub gdy spadają wolniej niż PKB). Niewielki wzrost udziału wydatków na zdrowie typują Marek Wójtowicz, Krzysztof Bukiel, a także Jarosław Kozera, Konstanty Radziwiłł i Andrzej Sokołowski,



Fot. Bartosz Janowski/Fotozebra

„ Respondenci spodziewają się ograniczenia koszyka świadczeń gwarantowanych do 2011 r. ”

zdecydowany wzrost typuje Marek Balicki, a zachowanie obecnych proporcji pozostali respondenci.

W 2005 r. wśród VIP-ów panował duży optymizm; aż trzech z nich było pewnych (na 100 proc.) wzrostu tych wydatków ponad 8 proc. PKB w 2009 r. Jedynie posłowie Szkop i Wojtyła nie przewidywali takiej sytuacji i okazało się, że mieli rację.



for. dziki

Bolesław Piecha,
poseł Prawa i Sprawiedliwości,
przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia

Liczba informacji o przyszłych działaniach rządu jest wysoce niewystarczająca. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło jedynie mgliste zapowiedzi przyszłych działań, na tyle ogólnych, że nie jestem w stanie odczytać, co tak naprawdę rząd zamierza i w jakim kierunku będzie działać w zakresie ochrony zdrowia. Dla mnie groźnym sygnałem było „NIE” premiera Donalda Tuska do rekomendacji *białego szczytu* w sprawie wprowadzenia opłat administracyjnych (za receptę, wizytę w przychodni itd.). Bez próby regulacji popytu na świadczenia zdrowotne poprzez wprowadzenie symbolicznych opłat administracyjnych trudno będzie reformować system opieki zdrowotnej w Polsce.



for. Jakub Ostalowski/Falazepa

Wiktor Masłowski,
dyrektor szpitala Attis w Warszawie,
prezes Federacji Związków Pracodawców
Zakładów Opieki Zdrowotnej

Żadnej rewolucji nie będzie, żadnej całościowej reformy. Na wprowadzanie zmian systemowych czas jest jedynie na początku kadencji i już czas ten minął. Rząd skoncentruje się na bieżącej działalności. Można się spodziewać jedynie zmian kadrowych; nie wykluczam, że odejdzie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecnie Fundusz ma olbrzymie nadwyżki budżetowe, co nie powinno mieć miejsca.

Proces przekształceń będzie postępował powoli. Choć jestem zwolennikiem spótek w ochronie zdrowia, to jednak uważam, że weto prezydenta do ustaw zdrowotnych zakładających przekształcenia było słuszne. Nie wykluczam też protestów pracowników medycznych.



Ile prywatnego w ochronie zdrowia?

Obecnie działa ok. 1600 publicznych placówek opieki ambulatoryjnej.

- Liczba publicznych placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej spadnie poniżej 1000.
- Liczba publicznych placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wzrośnie w porównaniu z 2008 r.
- Sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Tu zdania są podzielone: Konstanty Radziwiłł, Krzysztof Bukiel, Jarosław Kozera i Andrzej Sokołowski obstawiają dalszy spadek liczby publicznych placówek ambulatoryjnych, Bolesław Piecha – zachowanie obecnych proporcji, natomiast Marek Wójtowicz i Maria Ilnicka-Mądry – wzrost ich liczby.

Z odpowiedzi w 2005 r. wynikało, że dalsza szybka prywatyzacja wydawała się dość prawdopodobna – średnio 38 proc. szans na spadek liczby publicznych ZOZ-ów poniżej 1000. Okazało się jednak, że rację mieli ci, którzy wskazywali na bardziej powolne zmiany: panowie Sośnierz, Kuszewski i Wójtowicz.

Obecnie jedynie kilka procent szpitali stanowią szpitale niepubliczne (pod względem liczby łóżek).

- Udział niepublicznych szpitali na rynku świadczeń będzie niższy niż 10 proc.
- Udział niepublicznych szpitali na rynku świadczeń wyniesie między 10 a 30 proc.
- Udział niepublicznych szpitali na rynku świadczeń wyniesie ponad 30 proc.
- Sytuacja nie zmieni się w porównaniu z 2008 r.

Perspektywa rozwoju szpitali niepublicznych (czyli prywatnych lub tzw. samorządowych) jest, zdaniem respondentów, zdecydowanie bardziej prawdopodobna. Osiągnięcie 30 proc. łóżek *niepublicznych* uznają za pewne Maria Ilnicka-Mądry, Jarosław Kozera i Marek Wójtowicz, nieco mniej wróżą Wiktor Masłowski, Konstanty Radziwiłł i Krzysztof Bukiel. A zachowanie obecnego stanu – poniżej 10 proc. łóżek niepublicznych – przewidują Marek Balicki i Andrzej Sokołowski.

W 2005 r. penetracja rynku usług szpitalnych przez sektor prywatny wydawała się mniej prawdopodobna; średnio 21 proc. uważało, że sektor ten może zwiększyć swój udział do 30 proc. Rację zatem mieli ci, którzy wskazywali na bardziej powolne zmiany.



for: Images.com/Corbis

Ile pieniędzy w NFZ?

W ostatnich latach (2006–2008) średnie roczne przyrosty wielkości budżetu NFZ wynosiły ponad 10 proc. Jaka sytuacja może wystąpić w obliczu światowego kryzysu finansowego?

- Średni przyrost wielkości budżetu NFZ z roku na rok będzie wynosić od 5 do 10 proc.
- Średni przyrost wielkości budżetu NFZ z roku na rok będzie wynosić od 0 do 5 proc.
- Średni spadek wielkości budżetu NFZ z roku na rok będzie wynosić od 0 do –5 proc.
- Średni spadek wielkości budżetu NFZ z roku na rok będzie wynosić od –5 do –10 proc.

Mimo światowego kryzysu finansowego przewidywania na temat wzrostu przychodów NFZ są raczej optymistyczne; Marek Balicki, Wiktor Masłowski i Krzysztof Bukiel mówią, że na pewno roczne wzrosty do 2011 r. wyniosą od 5 do 10 proc. Bolesław Piecha, Andrzej Sokołowski, Maria Ilnicka-Mądry oraz Konstanty Radziwiłł są nieco ostrożniejsi; typują wzrost 0–5 proc. rocznie. Jarosław Kozera wieszczy (70 proc. prawdopodobieństwa) spadek przychodów NFZ od 0 do –5 proc.

Jeśli mniej, to co?

Czy w przypadku spadku przychodów z NFZ:

- Nastąpią decyzje o ograniczeniu „koszyka świadczeń gwarantowanych” (ministerstwo zdrowia i parlament)?
- Nastąpią decyzje o zmniejszeniu liczby nabywanych świadczeń (NFZ)?
- Nastąpi obniżenie kosztów (np. poprzez ograniczenie płac) w placówkach?
- Nastąpi pogłębienie problemu zadłużenia placówek?

Gdyby taka sytuacja nastąpiła, większość respondentów wróży, że zwiększy się zadłużenie placówek, któremu może towarzyszyć zmniejszenie kontraktowanej liczby usług i obniżenie wynagrodzeń (Bukiel) lub ograniczenie zakresu koszyka (Piecha).

Ostatnich dwóch pytań nie było w 2005 r.; mieliśmy przed sobą świetlaną, nie do końca jasną przyszłość. Obecnie perspektywy średnioterminowe, jeśli chodzi o rozwój ekonomiczny kraju, a tym samym kondycję sektora, są gorsze. Nie zapominajmy jednak, że – jak zawsze – wiele może nas w przyszłości zaskoczyć.



for: Images.com/Corbis

Podsumowanie

Generalnie, szczególnie w porównaniu z odpowiedzią na te same pytania zadawane trzy lata temu, nasi respondenci nie wróżą pojawienia się radykalnych zmian w systemie. Nie widzą perspektywy likwidacji NFZ i wprowadzenia konkurencyjnych ubezpieczeń. Za mało prawdopodobne uważają wprowadzenie współpłacenia czy znacznego podwyższenia nakładów na ochronę zdrowia. Bardziej prawdopodobne wydają się ewolucyjne zmiany, kontynuacja zjawisk obserwowanych w przeszłości – postępująca prywatyzacja zarówno sektora ambulatoryjnego, jak i szpitalnictwa – oraz, co ciekawe, ograniczenia zakresu świadczeń gwarantowanych.

Co z tego wynika?

Wygląda na to, że weszliśmy w stadium zmian powolnych i ewolucyjnych – na następne rewolucje przyjdzie nam poczekać trochę dłużej. Politycy i ludzie podejmujący lub mający wpływ na decyzje na najwyższym szczeblu dostrzegają *opór materii* w ochronie zdrowia. Stąd niezależnie od bieżących deklaracji politycznych rządzących czy też własnych oczekiwań kreślą perspektywę zmian bardzo ostrożnie, jakby stracili optymizm. Stan systemu ochrony zdrowia nie jest jednak katastrofalny. Jesteśmy w fazie „małej stabilizacji”, gdzie – mimo ciągłych narzekań – ludzie dostrzegają korzyści wynikające z przewidywalności. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że wszyscy nasi respondenci, w sytuacji spadku nakładów na opiekę zdrowotną, oczekują wzrostu zadłużenia placówek medycznych. Nad tym trzeba się zastanowić.

Adam Kozierkiewicz