



Po raz kolejny przedstawiamy prognozę rozwoju sytuacji w ochronie zdrowia opracowaną na podstawie opinii ekspertów. Naszym dwunastu rozmówcom zadaliśmy podobne pytania jak w 2015 r., dzięki czemu możemy zestawiać aktualne odpowiedzi z poprzednimi i prześledzić występujące trendy, a także przekonać się, jak pewne koncepcje ulegają dezaktualizacji. Założenie *Wróżki* polega na tym, że nie pytamy, jakie zmiany należałoby wprowadzić, ale co ma szansę na realizację. To ważna różnica, ponieważ osoby, z którymi rozmawiamy, często są zaangażowane w kształtowanie systemu ochrony zdrowia i mogłyby prezentować swoje pomysły czy poglądy, a nie prognozy dotyczące przyszłych zdarzeń. Poza tym w ramach prezentujemy siedem komentarzy ekspertów dotyczących tego, co ich zdaniem wydarzy się w 2020 r.

„Duża część zmian zapowiadanych przez ministra Konstantego Radziwiłła nie została wdrożona. Nie zlikwidowano NFZ, nie zmieniono sposobu finansowania na budżetowy, nie wprowadzono powszechności dostępu do świadczeń – na kształt sytuacji z czasów PRL”

W celu opracowania prognozy przygotowaliśmy ankietę, która przedstawia określone, mierzalne scenariusze zmian w 15 wybranych obszarach, a następnie zapytaliśmy naszych respondentów, jakie jest prawdopodobieństwo, że dany scenariusz się spełni. Pytamy o zmiany w perspektywie obecnej kadencji Sejmu. Wyniki ankiety wraz z omówieniem prezentujemy poniżej.

Poniżej oczekiwań

Ostatnich kilka lat w ochronie zdrowia nie przyniosło istotnych zmian w systemie. Dobra koniunktura gospodarcza powodowała dość szybki wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia, ponieważ przy niskim bezrobociu i rosnących płacach służył składki szybko wzrastał. Duża część zmian zapowiadanych przez ministra Konstantego Radziwiłła nie została wdrożona. Nie zlikwidowano NFZ, nie zmieniono sposobu finansowania na budżetowy, nie wprowadzono powszechności dostępu do świadczeń – na kształt sytuacji z czasów PRL. Najważniejsze zmiany to wprowadzenie sieci szpitali oraz zmiana w zakresie kontraktowania szpitali i rozliczania świadczeń. Wprowadzono ustawę o POZ, choć praktycznych jej skutków jest niewiele. Rozwija się regulacja w zakresie płac personelu medycznego, co powoduje dużą presję finansową na placówkę. Wdrażane są pilotaże różnych rozwiązań organizacyjnych, co wcześniej nie było możliwe, bo zasada równości dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie dopuszczała możliwości różnicowania fragmentów systemu dla różnych odbiorców. Wprowadzono również ustawę deklarującą wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB, ale po pierwsze te 6 proc. przeliczane jest w stosunku do PKB sprzed dwóch lat, a po drugie silne wzrosty przewidziano dopiero w bieżącej kadencji Sejmu, zatem na okres poprzedniej kadencji ustawa nie wpływała. Pod koniec zeszłej kadencji pojawiły się głosy, że ochrona zdrowia jest poza obszarem zainteresowania rządu PiS, stąd tak mała skala i tak słabe tempo

zmian. Jednak z poprzednich edycji *Wróżki* wiemy już, że zakres zmian jest zawsze znacznie poniżej oczekiwań. Także oczekiwań naszych respondentów.

Poprzednie doświadczenia *Wróżki*

W 2015 r. scenariusz decentralizacji NFZ do 2019 r. uznano za prawdopodobny 4 z 10 respondentów. Jeden respondent uważał, że nastąpi likwidacja NFZ i wprowadzenie systemu budżetowego. Ani jedno, ani drugie się nie wydarzyło. Również 4 na 10 osób spodziewały się wprowadzenia mechanizmu wspomaganego rozwoju sektora ubezpieczeń dodatkowych poprzez ulgi podatkowe dla osób, które takie polisy wykupują (pytanie 8.). Nic z tego. W 2015 r. wzrost składki ubezpieczeniowej o co najmniej jeden punkt procentowy, z obecnego poziomu 9 proc. do 10 proc. (pytanie 11.), za prawdopodobny lub wręcz pewny uznala większość respondentów. Zgoda w ocenie wśród ankietowanych ekspertów była w tym obszarze największa. Podobny optymizm panował w sprawie wzrostu wydatków na zdrowie w PKB – 4 na 10 respondentów było pewnych (na 100 proc.) wzrostu wydatków całkowitych ponad 8 proc. PKB w roku 2019, a kolejnych 4 uznalo taki scenariusz za bardzo prawdopodobny. Składki nie podniesiono, a wydatki całkowite w dalszym ciągu są na poziomie 6,8 proc. PKB.

Zwiększenie wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, które obecnie stanowią ok. 30 proc. wydatków ogółem, do powyżej 35 proc. prawie wszyscy respondenci uznali za umiarkowanie prawdopodobne. Nic takiego się nie wydarzyło.

Ostatnie pytanie, dotyczące koncepcji opieki koordynowanej, zadawaliśmy w sytuacji, gdy taki model nie był prawie w ogóle stosowany. W rozważanym scenariuszu zakładano upowszechnienie tego rodzaju opieki i objęcie nią co najmniej 20 proc. populacji. Za dość lub bardzo prawdopodobne uznalo to 5 na 10 osób.

W tegorocznej ankiecie przedstawiliśmy scenariusze zmian w 15 wybranych obszarach, opatrzone mierzalnymi wskaźnikami. Poprosiliśmy naszych respondentów o wskazanie, z jakim prawdopodobieństwem przewidują, że dany scenariusz się spełni do końca obecnej kadencji Sejmu.

Konwencja i respondenci *Wróżki* 2019

W tegorocznej edycji *Wróżki* respondenci podawali prawdopodobieństwo ziszczenia się danego scenariusza w procentach, w skali od 0 do 4 lub opisowo. W związku z tym do oceny prawdopodobieństwa użyliśmy pięciostopniowej skali, w której:

0 – oznacza prawdopodobieństwo 0–15 proc. lub określenia typu „wykluczone”; w tabeli strzałka w dół;

1 – oznacza prawdopodobieństwo 15–35 proc. lub określenia typu „mało prawdopodobne”; w tabeli strzałka po skosie w dół;

2 – oznacza prawdopodobieństwo 35–65 proc. lub określenia typu „dość prawdopodobne”, „średnio prawdopodobne”; w tabeli strzałka w bok;

3 – oznacza prawdopodobieństwo 66–85 proc. lub określenia typu „duże prawdopodobieństwo”; w tabeli strzałka po skosie w górę;

4 – oznacza prawdopodobieństwo 86–100 proc. lub określenia typu „bardzo prawdopodobne”, „prawie pewne”; w tabeli strzałka w górę.

W ten sposób uzyskaliśmy porównywalność odpowiedzi, choć niektóre z nich zostały spłycone i pozbawione niuansów, za co ich autorów z góry przepraszamy.

Ankieta skierowaliśmy do ponad 20 wybranych osób, z których odpowiedziało 12:

- Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,
- Bogna Cichowska-Duma, dyrektor generalna INFARMY,
- Szczepan Cofta, przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych i dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu,
- Piotr Czuderna, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i koordynator Sekcji Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju, były prezes Agencji Badań Medycznych,
- Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarzkiego,
- prof. Wiesław Jędrzejczak z Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- Roman Kolek, wicemarszałek województwa opolskiego,
- Romuald Krajewski, były wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
- Andrzej Matyja, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
- Andrzej Mądrala, wiceprezydent Pracodawców RP,
- Andrzej Sokolowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych,
- Andrzej Sośnierz, poseł klubu PiS związany z Porozumieniem Jarosława Gowina, członek sejmowej Komisji Zdrowia.

Podsumowanie odpowiedzi

Ankieta była złożona z 15 zagadnień, dla których przygotowano możliwy scenariusz rozwoju. Zadaniem respondenta było wskazanie, z jakim prawdopodobieństwem przewiduje, że dany scenariusz zrealizuje się w czasie do 2023 r.

Pierwsze pytanie dotyczyło upowszechnienia na rynku krajowym mechanizmu wynikającego z dyrektywy o prawach pacjenta w opiece transgranicznej, znanego na przykład z leczenia zaćmy w Czechach. Rozważana zmiana oznaczałaby wprowadzenie możliwości rozliczania kosztów poniesionych u polskich świadczenio-

„Decentralizacja NFZ została chyba najbardziej zgodnie uznana za nieprawdopodobną. W komentarzach wskazywano na kierunek odwrotny – dalszą centralizację systemu, co było proponowane w poprzedniej kadencji Sejmu. Jedynie Andrzej Sośnierz wyraził w tym względzie inną opinię”

dawców, którzy nie mają kontraktu, na zasadach podobnych do rozliczania świadczeń okulistów z Czech. Większość respondentów nie widzi żadnej możliwości jej realizacji w kolejnych czterech latach, jedynym wyjątkiem jest Roman Kolek.

Drugie pytanie – o możliwość obciążania pacjentów kosztami świadczeń posiadających element „ponadstandardowy” – przyniosło bardziej zróżnicowane odpowiedzi. Dwóch respondentów, Romuald Krajewski oraz Roman Kolek, uznało ten scenariusz za pewny, przy czym pierwszy z nich wskazał, że on działa obecnie pomimo braku możliwości prawnych. Dwie inne osoby uznały to za prawdopodobne.

Pytanie trzecie zakładało scenariusz, w którym NFZ pokrywa określoną kwotę wydatków na dane rodzaje świadczeń, a różnicę między ceną świadczeniodawcy z refundacją bierze na siebie pacjent. Takie rozwiązanie uznano za bardzo mało prawdopodobne.

Nie widać również możliwości przyspieszenia przyjęcia (ominięcia kolejki), jeśli pacjent lub jego prywatny ubezpieczyciel wniósłby określoną oficjalną opłatę, a także oficjalnego współpłacenia – ani za usługi ambulatoryjne, ani szpitalne (pytania 5. i 6.).

Scenariusz siódmy – rewizja koszyka i selektywne usunięcie niektórych pozycji (np. ograniczenie usług sanatoryjnych, stomatologicznych dla dorosłych itp.) respondenci także uznali za nieprawdopodobny.

Decentralizacja NFZ została chyba najbardziej zgodnie uznana za nieprawdopodobną. W komentarzach wskazywano na kierunek odwrotny – dalszą centralizację systemu, co było proponowane w poprzedniej kadencji Sejmu. Jedynie Andrzej Sośnierz wyraził w tym względzie inną opinię.

Pytanie dziewiąte dotyczyło dość prostego i niedrogiemu (szacunkowo kilkaset milionów rocznie) mechanizmu wspomagania rozwoju sektora ubezpieczeń dodatkowych poprzez ulgi podatkowe dla osób, które wykupują takie polisy. Nasi respondenci, z wyjątkiem Andrzeja Sośnierza i Bogny Cichowskiej-Dumy, nie spodziewają się takich zmian.

W pytaniu dziesiątym przedstawiliśmy scenariusz upowszechnienia się ubezpieczeń prywatnych (do których zaliczono także usługi abonamentowe, mimo że formalnie nie są tak kwalifikowane). Zadaliśmy pytanie, jak prawdopodobne jest, by udział wydatków na ubezpieczenia prywatne wzrósł z obecnych ok. 10 proc. do ok. 30 proc. wydatków prywatnych. Spośród 12 osób 3 uznały taki scenariusz za możliwy: Szczepan Cofta, Bogna Cichowska-Duma i Roman Kolek.

Scenariusz jedenasty – zwiększenie składki ubezpieczeniowej o co najmniej jeden punkt procentowy, z obecnego poziomu 9 proc. do 10 proc. podstawy opodatkowania – 2 osoby (Andrzej Sośnierz i Szczepan Cofta) uznały za pewny, a dwie kolejne (Roman Kolek i Andrzej Matyja) za prawdopodobny.

W pytaniu dwunastym nawiązaliśmy do ustawy 6 proc. i zapytaliśmy o prawdopodobieństwo realizacji planu zawartego w tej ustawie. Zakłada on, że wydatki publiczne na ochronę zdrowia w 2023 r. osiągną wartości zapowiadane w ustawie, tj. 5,8 proc. PKB z 2021 r. (i 5,3 proc. PKB z 2023 r.). Trzy osoby (Szczepan Cofta, Andrzej Sośnierz i Andrzej Matyja) uznały, że to się na pewno wydarzy, a kolejnych 7, że jest to bardzo prawdopodobne. Tym samym przedstawiony scenariusz jest najpowszechniej podzielaną prognozą.

W pytaniu trzynastym odnosiliśmy się do wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, które obecnie stanowią ok. 30 proc. wydatków ogółem. Scenariusz, który poddaliśmy ocenie, to wzrost tego odsetka powyżej 35 proc. Z takim przewidywaniem także zgodzili się prawie wszyscy respondenci, tylko Małgorzata Gałązka-Sobotka uznała to za mało prawdopodobne.

Pytanie czternaste dotyczyło przekształceń szpitali w spółki. Respondenci zgodnie stwierdzili, że takie przemiany w szpitalnictwie są bardzo mało prawdopodobne.

Ostatnie pytanie odnosiło się do koncepcji opieki koordynowanej. Przedstawiony scenariusz zakładał upo-

wszechnienie tego rodzaju opieki i objęcie nią co najmniej 20 proc. populacji. W ustawie o POZ założono wprowadzenie tego mechanizmu w POZ już w 2020 r. Większość respondentów uznała, że jest to mało prawdopodobne nawet w 2023 r.

Wnioski

Z przedstawionych analiz wynika, że wiele zmian od lat diskutowanych i planowanych straciło obecnie jakiegokolwiek perspektywy realizacji. Istnieje powszechna zgoda, że rozwiązania o charakterze rynkowym, takie jak udział sektora prywatnego, przekształcenia szpitali w spółki, partycypacja pacjentów w płaceniu za usługi medyczne czy decentralizacja płatnika, mają znikome szanse na realizację w obecnej kadencji Sejmu. Na przeciwnym biegunie są działania zwiększające finansowanie ze środków publicznych. Realizacja zapisów ustawy o 6 proc. PKB oraz zwiększenie składki zdrowotnej to dwie najbardziej prawdopodobne zmiany do 2023 r.

Mimo tych oczekiwań nasi respondenci uznają za bardzo prawdopodobne zwiększanie się udziału wydatków prywatnych – z ok. 30 proc. przez ostatnie ponad 20 lat do ponad 35 proc. Taka ewolucja wydatków byłaby możliwa, gdyby przez następne lata utrzymywały się lub nasilały problemy z dostępem do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Śledząc odpowiedzi z poprzednich edycji *Wróżki* oraz wydarzenia, które rzeczywiście później miały miejsce, można wywnioskować, że nawet wśród ekspertów, do których się zwracamy, nie mówiąc już o politykach, istnieje tendencja do spodziewania się większych i szybszych zmian, niż później rzeczywiście następują. Najłatwiej dokonują się zmiany w instytucjach bezpośrednio podlegających administracji. Połączyć kasy chorych w NFZ można stosunkowo łatwo, ale dokonać faktycznej przebudowy działania takich instytucji i wywołać efekt populacyjny jest dużo trudniej.

Adam Kozierekiewicz

Jarosław Kończyło

dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu



Fot. powiat.kedzierzyn-kozle.pl

Deficyt personelu medycznego jest istotnym determinantem polityki prowadzonej przez kierownictwo szpitalnych podmiotów leczniczych. Można się spodziewać, że rok 2020 będzie kolejnym, w którym szpitale, szczególnie powiatowe, będą poszukiwać optymalnej liczby pracowników medycznych. Pozyskiwanie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego nie będzie miało charakteru znajdowania przewagi konkurencyjnej, ale będzie w istotnej części elementem utrzymania oddziału szpitalnego. Można przypuszczać, że lekarze i pielęgniarki, którzy osiągnęli wiek emerytalny, nadal będą chcieli kontynuować zatrudnienie w szpitalu, ale będzie ono realizowane w wymiarze nie-

pełnego etatu. Szpitale nadal będą dążyły do zatrzymania lekarzy specjalistów w pracy na pełny etat na oddziale funkcjonującym w trybie dyżurowym. Istnieje jednak perspektywa, że praca w podmiocie ambulatoryjnym działającym komercyjnie może być dla części z nich bardziej atrakcyjna. Jest prawdopodobne, że dostępność personelu lekarskiego i pielęgniarskiego zacznie być odmiennie interpretowana z perspektywy bliskości i dostępu do ośrodków akademickich oraz miast wojewódzkich.

Jednak niemożność odliczenia podatku VAT będzie traktowana jednoznacznie przez wszystkie szpitale, niezależnie od lokalizacji.

Pewne jest to, że bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa jest elementem nadrzędnym, dlatego należy się spodziewać pilnego wdrażania rozwiązań, których nie będą dotyczyły podziały polityczne.

Dariusz Madera

dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego w Opolu, członek rady naczelnej
Polskiej Federacji Szpitali



Fot. Archiwum

Jest co najmniej kilka powodów, dla których nadchodzący rok dla wielu podmiotów leczniczych będzie trudny, a nawet bardzo trudny.

Obowiązujące od stycznia 2020 r. zwiększenie płacy minimalnej bez przeznaczenia na to odpowiednich pieniędzy spowoduje pogorszenie i tak już trudnej sytuacji finansowej jednostek medycznych. Należy pamiętać, że koszt podniesienia minimalnej pensji będzie powiększony o dodatek stażowy. Wprowadzenie wyższej płacy minimalnej skutkuje zwiększeniem kosztów outsourcingu i dostaw. Ta podwyżka dotknie wszystkie podmioty. Należy zwrócić uwagę, że wzrost pensji minimalnej wywoła niezadowolenie i roszczenia pozostałych pracowników. Doprowadzi to do spłaszczenia wynagrodzeń. To kolejny kłopot dla zarządzających publicznymi placówkami leczniczymi.

Dodatkowo na zwiększenie kosztów istotny wpływ będą miały m.in. takie czynniki, jak dostępność kadry medycznej, wzrost cen energii elektrycznej i utylizacji odpadów medycznych. Jeżeli nie zostaną zaplanowane i zabezpieczone odpowiednie pieniądze na zwiększenie wycen procedur medycznych, a co za tym idzie – na podniesienie ryczałtów oraz kontraktów, to spodziewany

wzrost kosztów może doprowadzić do utraty płynności wielu podmiotów medycznych.

W 2020 r. możemy się spodziewać dalszego ograniczania działalności medycznej poszczególnych podmiotów leczniczych, głównie z powodu braku lekarzy. Będzie się na nas mścić nierozwiązany od wielu lat problem dostępności kadry medycznej. Słuszne decyzje o zwiększeniu liczby miejsc kształcenia przyszłych lekarzy oraz limitów przyjęć na kierunki medyczne będą mieć wpływ na rynek dopiero za wiele lat, natomiast kryzys jest odczuwalny już teraz. Proces stopniowego odchodzenia lekarzy ze szpitali będzie trwał, a pogłębi go rozwój podmiotów prywatnych, które będą potrzebowały doświadczonej kadry lekarskiej. Dziś stawki oferowane przez prywatne podmioty lecznicze są znacznie wyższe od tych, które są w stanie zaproponować jednostki publiczne. Zapowiedź Ministerstwa Zdrowia o wprowadzeniu nielimitowanych usług w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej może pogłębić ten problem.

Powinniśmy również obserwować dalsze procesy konsolidacyjne szpitali, gdyż aby funkcjonować w tak trudnych warunkach, szpitale będą zmuszone łączyć się w większe podmioty.

Z pozytywów można wskazać, że przyszły rok powinien przynieść, po okresie wdrożenia, korzyści ze stosowania e-recept, e-skierowań czy też wprowadzonych już e-zwolnień lekarskich i e-konsultacji w POZ.

Jacek Kopacz

International Alliance Director CEE,
Incision Group



Fot. Archiwum

Rok 2020 będzie przełomowy w wielu obszarach systemu ochrony zdrowia, ale jeden z nich będzie szczególnie ważny – zarządzanie kapitałem ludzkim. W kontekście szeroko otwierającego się dla pracowników medycznych niemieckiego rynku pracy mamy ostatnią szansę, aby podjąć szeroko zakrojone działania ułatwiające dostęp do pracy w systemie ochrony zdrowia w Polsce lekarzom, pielęgniarkom i położnym z Ukrainy i Białorusi, władającym językiem polskim. Dzięki temu moglibyśmy uzupełnić dramatyczne niedobory kadry medycznej.

Sytuację kadrową w szpitalach i placówkach leczniczych poprawiłoby uproszczenie i ujednoczenie procesu nostryfikacji, z jasno sprecyzowanymi wymaganiami i opłatami, a w dalszym etapie uzyskania prawa wykonywania zawodu przez lekarzy i pielęgniarki zza wschodniej granicy. Warto rozważyć zwolnienie z opłat aplikantów posiadających Kartę Polaka. Za pilną kwestię do systemowego załatwienia należy uznać przewlekłość

postępowań administracyjnych związanych z legalizacją pobytu i pozwoleniami na pracę pracowników medycznych, którzy wzorem innych krajów europejskich są objęci szybką ścieżką procesowania ze względu na strategiczną dla interesów państwa profesję.

Oczywiście nie sposób pominąć istotnej sprawy różnic programowych w trybie szkolenia specjalizacyjnego w Polsce i na Ukrainie czy Białorusi. Zmapowanie takich różnic na bazie współpracy resortów odpowiedzialnych za edukację medyczną i opracowanie programów wyrównujących, również w wersji e-learningowej dostępnej on-line, stanowiłoby milowy krok i wymierną pomoc dla lekarzy i pielęgniarek, przesądającą o podjęciu pracy czy kontynuowaniu szkolenia podyplomowego w Polsce, a nie np. w Niemczech.

Analogicznie, w zakresie podnoszenia umiejętności językowych warto rozważyć uruchomienie kursów przygotowawczych do państwowego egzaminu językowego dla zawodów medycznych zarówno w kraju, jak i na Ukrainie, w formie stacjonarnej i e-learningowej. Można pomyśleć o wykorzystaniu zasobów Instytutu Polskiego.

Łukasz Jankowski

prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie



Fot. PAP/Tomasz Gzell

Czeka nas kolejny rok pod znakiem sprawdzania. Sprawdzania, ile jeszcze wytrzymają tonące w długach szpitale. Ile z nich i gdzie zostanie zamkniętych? Ile oddziałów – z konieczności – będzie zawieszonych lub będzie zmuszonych „się remontować”? Ile wytrzyma przeciążona kadra lekarska i pielęgniarska? Będzie to sprawdzanie dramatyczne, bo zjawiska te będą zachodzić bez planu i chaotycznie. Nie obędzie się też bez katastrof, które pozostaną niestety bez prawdziwych systemowych rozwiązań.

Sądzę, że w 2020 r. pogorszy się – z wielu przyczyn – dostępność specjalistów. Mam wrażenie, że będzie dominował pogląd, że „ochrona zdrowia nie upadła przez 30 ostatnich lat, więc i teraz sobie poradzi”, co w połączeniu ze strategią gaszenia pożarów oraz brakiem odpolitycznienia sektora spowoduje pogłębienie się kryzysu.

W nadchodzącym roku będzie też okazja sprawdzenia, ile warte są słowa rządzących, że ochrona zdrowia jest priorytetem. Nadchodzą wybory prezydenckie, więc pewnie zostanie to powtórzone jeszcze kilka razy przez różnych aktorów sceny politycznej. Jestem pewien, że usłyszymy również wiele innych wypowiedzi dotyczących zdrowia – ile z nich będzie potączonych z wprowadzaniem w życie dobrych rozwiązań?

Sprawdzimy również realizację Porozumienia z 8 lutego 2018 r., w którym zapisano m.in. renegeccję jego warunków. Wobec niespełnienia przez Ministerstwo Zdrowia wielu ustaleń Porozumienia – poprzez wypaczenie zapisów dotyczących drogi dojścia do 6 proc. PKB i stosowanie księgowych sztuczek – trudno będzie się do negocjacyjnego stołu. A jeśli to się stanie, obawiam się, że nie doczekamy się istotnych, satysfakcjonujących dla pacjentów zapisów, jak choćby dalszego, koniecznego przyspieszenia zwiększania nakładów. Nie wiąże z nadchodzącym rokiem w ochronie zdrowia wielkich nadziei na zmianę.

Robert Motłach

Instytut Zdrowia i Demokracji



Fot. PAP/Roman Jocher

W 2020 r. dojdzie do głosu nowa linia podziałów w ochronie zdrowia. Przyrost środków będzie powodował, że tradycyjne obszary napięć stracą na znaczeniu. Częściej niż skąd brać środki, aby zaspokajać potrzeby pacjentów czy pracowników systemu, będziemy pytać, na co i w jakiej kolejności je wydać. A w tę dyskusję włączą się zupełnie nowi gracze.

Gdyby minister zdrowia miał po raz kolejny podnieść wynagrodzenie pielęgniarek o 4 razy 400 zł brutto, zrodziłoby to skutki dla budżetu rządu 5 mld zł. Dużo i mało. Gdy te miliardy rozłożyć na trzy lata, w skali 100 mld zł budżetu systemu widać realną proporcję. Coś co jeszcze parę lat temu dla ministra Zembali graniczyło z niemożliwością, dla ministra Szumowskiego staje się kwestią wyboru. Nie inaczej jest z listą leków refundowanych czy świadczeniami Nielimitowanymi. Efekty już obserwujemy, a potencjał działań jest nieporównywalny z tym, z czym mieliśmy do czynienia do tej pory.

Lista wyborów, przed jakimi staje minister zdrowia, gwałtownie się wydłuża. Kiedy nie było pieniędzy, to nie było o czym dyskutować. Są pieniądze – chętnych do dyskusji jest aż za dużo. Tam gdzie są pieniądze, duże pieniądze, tam gwałtownie pojawia się polityka. Polityka to – mówiąc najkrócej – starcie wpływów i interesów. Wzdłuż i wszerz, od ponad 14 mld zł zadłużenia szpitali po postulat, że co trzecia złotówka ze wzrostu wydatków będzie przeznaczona na podstawową opiekę zdrowotną. Od niespełna 14 mld zł, które pochłonie refundacja, po blisko 3 mld zł, które ma szansę otrzymać NFZ z podatku cukro-

wego. Od – przypuśćmy – 10 mld zł na ochronę zdrowia z nowych funduszy unijnych aż po 1,5 mld zł na program rozwoju badań klinicznych. To duże liczby. Skończył się czas, gdy budżet NFZ był konstruowany na zasadzie procentowego wzrostu jego poszczególnych pozycji skorygowanego o rozwiązane rezerwy.

O wielkości tej zmiany i niepewności, jaką powoduje, niech świadczy fakt, że w planie finansowym NFZ na 2020 r. nieobowiązkowe rezerwy stanowią 7 mld zł, podczas gdy w pierwotnym planie finansowym na 2019 r. był to zaledwie 1 mld zł. To jest rzeczywista skala wyzwania, przed jakim stoi minister zdrowia w 2020 r.

W związku z tym niech nikogo nie dziwi nieznośnie wlekąca się dyskusja o kształcie refundacyjnego trybu rozwojowego, nagła rezygnacja prezesa ABM, nieoczekiwana zmiana zdania ministra zdrowia w sprawie podatku cukrowego czy wizyty prezesów światowych koncernów. Pieniądze lubią ciszę. Dostrzegamy tylko wierzchnią warstwę globalnych procesów polityczno-gospodarczych, które w coraz większym stopniu obejmują ochronę zdrowia. Bądźmy przygotowani na to, że 2020 r. przyniesie ich intensyfikację.

Będzie to czas próby dla ministra zdrowia. Wystąpi już nie tylko w roli koncyliacyjnego inicjatora dialogu i punktowych działań naprawczych systemu. Będzie musiał przyjąć postawę twardego politycznego gracza, przesuującego figury warte miliardy złotych, zdolnego zyskiwać dla swych działań szerokie wsparcie polityczne, krystalizującego środowiska swoich oponentów i realizującego założone cele mimo gradu ciosów, które na niego spadną. To początek starcia tytanów. Kto okaże się tytanem zdrowia? Przekonamy się po wyborach prezydenckich.

Marcin Pakulski

były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Podobnie jak w 2019 r. nastąpi dalsza stopniowa dekompozycja systemu opieki zdrowotnej. W pierwszym kwartale będzie szacowanie strat wynikających ze wzrastających kosztów i stagnacji przychodów szpitali. Stopniowo, z różnym nasileniem, szybciej lub wolniej będzie postępować proces redukcji zasobów. Spodziewam się dalszego odpływu specjalistów do opieki ambulatoryjnej, w tym w dużej części do sfery świadczeń komercyjnych. Te zjawiska niestety nasilą nierówności w zdrowiu. Być może pojawią się kolejne protesty o zasięgu ogólnokrajowym. Prawdopodobnie do wyborów prezydenckich większość z nich będzie rozwiązywana poprzez izolowane decyzje odnoszące się do wąskich grup interesów, co w efekcie pogłębi rozregulowanie systemu. Będziemy mieli falę restrukturyzacji, wymiany kadr menedżerskich, nie zawsze na lepsze. Zakłady lecznicze przetrwają przy wsparciu zdeterminowanego właściciela.

W drugiej połowie roku problemy się nasilą, a wraz z nimi spór o pieniądze na kontrakty, który stanie się



Fot. Archiwum

sporem politycznym wokół systemu opieki zdrowotnej. Rozwiązaniem będzie nowy minister zdrowia z nowym planem naprawy. Doskonale będą się mieć sieci ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, głównie te finansowane ze środków prywatnych. W swoim tempie rozwijać się będzie podstawowa opieka zdrowotna, co oznacza brak możliwości skompensowania przez nią innych deficytowych obszarów ochrony zdrowia. Z pewnością pojawi się kilka nowych inicjatyw w obszarze zdrowia publicznego wartych poparcia. Gdzieś skróci się czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Konsekwentnie, stopniowo będzie postępować cyfryzacja systemu opieki zdrowotnej.

Ale mogę się mylić... I zaraz na początku 2020 r. poznamy nowe projekty ustaw dotyczących zmiany finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, w tym ubezpieczeń dodatkowych, zmian w systemie kształcenia lekarzy i pielęgniarek oraz nowych kompetencji zawodowych dla pielęgniarek i pomocniczych zawodów medycznych, a także nowych modeli wieloletnich umów z podmiotami leczniczymi.

Michał Kępowicz

dyrektor ds. relacji strategicznych
Royal Philips, District North CEE

Co może przynieść dla ochrony zdrowia kolejny rok? To pytanie pojawia się jako rodzaj podsumowania tego, co się wydarzyło, a równocześnie przewidywań na najbliższą przyszłość. Większość z nas zapewne powie, że w 2020 r. będziemy mieli *nihil novi sub sole* (nic nowego pod słońcem), czyli: wzrastającą presję płacową, rosnące zadłużenie szpitali, niekończące się debaty na temat kierunków i strategii rozwoju sektora czy w końcu niewystarczający dostęp do pączkujących z każdym rokiem innowacyjnych technologii lekowych i nielekowych. Dla pacjentów w dalszym ciągu wyzwaniem – często na miarę życia – jest i będzie fragmentacja i słaba koordynacja świadczeń zdrowotnych, która powoduje, że schorowana osoba wraz z rodziną błąka się po systemie, szukając w różny sposób „dojścia do lekarza”. Trudno założyć, że to wszystko się zmieni jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki.



Nowy rok jednak nie musi być i prawdopodobnie nie będzie podobny do poprzednich, bo otwiera nową dekadę i jest rzeczywistą oraz psychologiczną granicą dla wielu dotychczas realizowanych programów i inicjatyw. Szansę mogą mieć świeże pomysły, które na nowo zdefiniują działanie systemów ochrony zdrowia nie tylko w wymiarze krajowym, ale także międzynarodowym. Rok 2020 jest momentem rozliczenia i zamknięcia wielu programów i strategii międzynarodowych. Można tu












Fot. Archiwum

wspomnieć chociażby o funduszach strukturalnych 2014–2020, Horyzoncie 2020 czy pan-europejskiej inicjatywie WHO Health 2020. Równocześnie będzie okresem intensyfikacji prac Komisji Europejskiej w nowym składzie (być może w zakresie zdefiniowania roli Unii Europejskiej w kształtowaniu polityk zdrowotnych państw członkowskich), początkiem negocjacji nowych programów operacyjnych 2021–2027, kluczowym rokiem we współpracy państw biorących udział w rozwoju eHDSI w ramach europejskiego Jednolitego Rynku Cyfrowego, momentem uruchomienia Narodowej Strategii Onkologicznej 2020–2030 i wejścia w życie unijnych przepisów MDR (ważnych dla producentów wyrobów medycznych). I jeszcze dla refleksji – Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarki i Późnej, ogłoszonym przez WHO i stanowiącym rodzaj apelu o niezwłoczne działanie w związku z globalnym deficytem tej grupy zawodowej na niewyobrażalnym poziomie 9 mln osób!

Wygląda na to, że przyszły rok może być naprawdę ciekawy, a przynajmniej ma szansę być początkiem zmian, wymuszanych m.in. przez gwałtownie wzrastające oczekiwania społeczne. W tej karuzeli systemowych ewolucji i rewolucji nie powinniśmy jednak zapominać o ludzkim wymiarze naszego działania, o którym wspomina m.in. Olga Tokarczuk – nasza noblistka. Potrzebne jest więcej czułości i empatii w każdym z nas, bo systemy często są abstraktami, które nie uwzględniają tego, co jest najważniejsze nie tylko w chorobie, ale również w zdrowiu, czyli zrozumienia, szacunku i współczucia.

Lp.	Sytuacja w 2019 r.	Czego dotyczy prognoza do 2023 r.	 Szczepan Cofta	 Małgorzata Gałązka-Sobotka	 Andrzej Sośnierz
1	Pacjenci mają prawo do (generalnie) bezpłatnego korzystania z usług świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ	Pacjenci uzyskują dodatkowo prawo do refundacji kosztów poniesionych na usługi zdrowotne u niekontraktowanych (w tym zagranicznych) świadczeniodawców	↘ 1	↘ 1	↘ 1
2	Pacjenci mają prawo do świadczeń kontraktowanych i jeśli chcą podnieść ich standard, muszą pokrywać koszty całości świadczenia	Pacjenci mają prawo do bezpłatnych świadczeń wg określonego standardu, a za dodatkowy standard (np. lepszą soczewkę w operacji zaćmy) dopłacają sami	↘ 1	↗ 3	→ 2
3	Kontraktowany świadczeniodawca musi zaakceptować ceny określone przez NFZ	Świadczeniodawca może pobierać dodatkowe kwoty od pacjentów, będące różnicą między jego ceną na daną usługę a ceną określoną przez NFZ	↓ 0	↓ 0	↓ 0
4	Pacjent jest przyjmowany do placówki kontraktowanej generalnie wg kolejności zgłoszeń (listy oczekujących)	Pacjent za pewną dodatkową oficjalną opłatą (np. wnoszoną przez jego prywatnego ubezpieczyciela) może trafić na wyższe miejsce w kolejce	↓ 0	↘ 1	→ 2
5	Oficjalnie w systemie publicznym większość usług zdrowotnych, w tym ambulatoryjnych, jest całkowicie bezpłatna	W systemie publicznym na usługi ambulatoryjne obowiązuje oficjalne, powszechne i drobne współpłacenie	↘ 1	→ 2	↗ 3
6	Oficjalnie w systemie publicznym większość usług zdrowotnych, w tym szpitalnych, jest całkowicie bezpłatna	W systemie publicznym występuje oficjalne, powszechne i drobne współpłacenie za pobyt w szpitalu	↓ 0	↘ 1	→ 2
7	Obecnie dostępny zakres świadczeń zdrowotnych (koszyk świadczeń) jest szeroki, ograniczony jedynie w kilku obszarach (dentystyka, chirurgia plastyczna) i niezależny od statusu materialnego	Zasadnicze, choć selektywne ograniczenie zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych (np. usunięcie usług sanatoryjnych, dentystyki dla dorosłych)	↓ 0	→ 2	→ 2
8	Obecnie ubezpieczenie zdrowotne organizowane i zapewniane jest przez jedną instytucję (NFZ)	Scentralizowana struktura NFZ zostaje zniesiona i następuje decentralizacja płatnika (stan podobny do Kas Chorych) lub nawet konkurencja płatników publicznych	↓ 0	↘ 1	↗ 3
9	Brak ulg podatkowych dla obywateli ponoszących koszty leczenia	Ulgą podatkową za korzystanie z płatnych usług medycznych (w tym abonamenty) i/lub polisy prywatnego ubezpieczenia	→ 2	→ 2	↗ 3
10	Obecnie zaledwie 10 proc. (ok. 3,5 mld) wydatków prywatnych na zdrowie przechodzi przez firmy ubezpieczeniowe i quasi-ubezpieczeniowe (abonamentowe)	Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez firmy ubezpieczeniowe oraz abonamentowe stanowią co najmniej 30 proc. prywatnych wydatków	↑ 4	→ 2	↓ 0
11	Obecny poziom składki zdrowotnej wynosi 9 proc. i nie zmienił się od 2007 r.	Składka do 2023 r. ulega wzrostowi w wyniku decyzji parlamentu o co najmniej o 1 punkt procentowy	↑ 4	→ 2	↑ 4
12	Obecne wydatki publiczne na ochronę zdrowia stanowią ok. 4,5 proc. PKB (wartość spodziewana w 2019 r.)	Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w 2023 r. osiągają wartości zapowiadane w ustawie o 6 proc. PKB, tj. 5,3 proc. PKB z 2023 r. (i 5,8 proc. PKB z 2021 r.)	↑ 4	↗ 3	↑ 4
13	Obecnie wydatki prywatne (wydatki osób fizycznych, przedsiębiorstw i dobrowolne ubezpieczenia) na ochronę zdrowia szacowane są na ok. 30 proc. wydatków w ogóle	Udział wydatków prywatnych (wydatki osób fizycznych, przedsiębiorstw i dobrowolne ubezpieczenia) w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia jest wyższy niż w 2019 r. i wynosi ponad 35 proc. wydatków całkowitych na ochronę zdrowia	↑ 4	↘ 1	→ 2
14	Obecnie istnieje ok. 930 szpitali klasyfikowanych przez GUS jako ogólne, z czego ok. 150 ma status spółki prawa handlowego	Udział szpitali prowadzonych w formie spółek prawa handlowego osiągnie 30 proc.	↘ 1	→ 2	↓ 0
15	Prowadzone są pilotaże koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ) w POZ (POZ PLUS) obejmujące ok. 1 proc. populacji ubezpieczonych	Ponad 20 proc. ubezpieczonych w NFZ będzie korzystać z placówek prowadzących opiekę wg modelu koordynowanej opieki zdrowotnej	→ 2	↗ 3	→ 2

 Krzysztof Bukiel	 Andrzej Sokółowski	 Romuald Krajewski	 Bogna Cichowska-Duma	 Roman Kolek	 Piotr Czauderna	 Andrzej Matyja	 Andrzej Mądrala	 Wiesław Jędrzejczak	Średnia
↓ 0	↓ 0	↓ 0	→ 2	↗ 3	↓ 0	↘ 1	↓ 0	↓ 0	0,75
↓ 0	↗ 3	↑ 4	↗ 3	↑ 4	→ 2	→ 2	↘ 1	→ 2	2,25
↓ 0	↘ 1	↓ 0	↘ 1	↓ 0	↓ 0	↘ 1	↓ 0	↘ 1	0,33
↓ 0	↘ 1	↘ 1	↓ 0	↓ 0	↓ 0	↘ 1	↓ 0	↓ 0	0,50
↓ 0	↘ 1	→ 2	↓ 0	→ 2	↓ 0	↘ 1	↓ 0	↘ 1	1,08
↓ 0	↘ 1	→ 2	↓ 0	→ 2	↓ 0	↘ 1	↓ 0	↘ 1	0,83
↓ 0	↘ 1	→ 2	→ 2	↘ 1	↘ 1	↘ 1	→ 2	↓ 0	1,16
↓ 0	↘ 1	↓ 0	↘ 1	↓ 0	↓ 0	↓ 0	↓ 0	↓ 0	0,50
↘ 1	↘ 1	↓ 0	↗ 3	→ 2	→ 2	→ 2	→ 2	↘ 1	1,75
↘ 1	↘ 1	↘ 1	↗ 3	↗ 3	↘ 1	→ 2	↘ 1	↘ 1	1,66
→ 2	→ 2	→ 2	↘ 1	↗ 3	↘ 1	↗ 3	→ 2	→ 2	2,33
↘ 1	↗ 3	↗ 3	↗ 3	↗ 3	↗ 3	↗ 3	↑ 4	↘ 1	2,92
↑ 4	↑ 4	↑ 4	↗ 3	↑ 4	→ 2	↗ 3	↗ 3	↗ 3	3,08
↓ 0	↘ 1	↓ 0	↘ 1	↘ 1	↓ 0	↘ 1	↓ 0	↘ 1	0,66
↓ 0	↘ 1	→ 2	→ 2	→ 2	↘ 1	→ 2	↗ 3	↗ 3	1,91