



Fot. istockphoto.com

Koronawirusowa wróżka

W poprzednich latach przedstawialiśmy przepowiednie Wróżki z okazji wyborów parlamentarnych, w tym roku postanowiliśmy zapytać ekspertów o ich przewidywania, bo wszystkie prognozy z zeszłego roku zostały anulowane. Czarny łabędź w postaci COVID-19 wywrócił wszystko – nie tylko w ochronie zdrowia, lecz także w gospodarce, życiu społecznym i geopolityce. Silni słabną, a słabi rosną w siłę. Są też silni, którzy jeszcze bardziej rosną, i słabi, którzy jeszcze bardziej słabną. W każdym razie – jest inaczej niż rok temu. W naszej zabawie we wróżkę chcieliśmy użyć zbiorowej mądrości ekspertów, by spróbować choć trochę uporządkować myślenie o przyszłości.

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 aktywnie zaangażowane w kształtowanie systemu ochrony zdrowia i mogłyby prezentować swoje pomysły czy poglądy, a nie prognozy dotyczące przyszłych zdarzeń. W celu opracowania prognozy przygotowaliśmy ankietę, która przedstawia określone, mierzalne scenariusze zmian w 13 wybranych obszarach, a następnie zapytaliśmy naszych respondentów, jakie jest prawdopodobieństwo, że dany scenariusz się spełni. Wyniki ankiety wraz z omówieniem przedstawiam poniżej.

Konwencja i respondenci *Wróżki*

W tegorocznej edycji *Wróżki* odpowiedzi uzyskiwaliśmy w różnym formacie – niektórzy respondenci podawali prawdopodobieństwo ziszczenia się danego scenariusza w procentach, inni w skali od 0 do 4 lub opisowo. W związku z tym do oceny prawdopodobieństwa użyliśmy 5-stopniowej skali, w której:

- 0 – oznacza prawdopodobieństwo 0–15 proc. lub określenia typu: „wykluczone” (w tabeli strzałka w dół);
- 1 – oznacza prawdopodobieństwo 16–35 proc. lub określenia typu: „mało prawdopodobne” (w tabeli strzałka po skosie w dół);
- 2 – oznacza prawdopodobieństwo 36–65 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 doprowadziliśmy do pewnej porównywalności odpowiedzi respondentów, choć niektóre z odpowiedzi zostały spłaszczony i pozbawione niuansów, za co ich autorów z góry przepraszamy.

Ankieta skierowana do dwudziestu wybranych osób, odpowiedziało dziewięć:

- Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy,
- Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych,
- prof. Bolesław Samoliński, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i przewodniczący zespołu ekspertów Continue Curatio,
- Bogna Cichowska-Duma, dyrektor generalna Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA,
- Roman Kolek, wicemarszałek województwa opolskiego i przewodniczący Komisji ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Związku Województw RP,

Krzysztof Bukiel



Wojciech Surdziel A/G

Pandemia i wszystko, co się w związku z nią działo, wzmocni u rządzących przekonanie, że ochrona zdrowia (publiczna) powinna być jeszcze bardziej scentralizowana, jeszcze bardziej ręcznie sterowana, najlepiej osobiście przez ministra zdrowia. Przyzwolenie na obniżenie standardów leczenia w czasie pandemii spowoduje, że i później będzie się do nich podchodziło bardziej liberalnie – czyli pozostanie przyzwolenie na bylejąkość.

Andrzej Sokołowski



PAP/Roman Jocher

Pandemia pokazała, jak duże są braki w koordynacji zarządzania masą szpitalno-ambulatoryjną. Nie użyłem słowa systemem, bo koronawirus udowodnił, że systemu nie ma. Potwierdził, że sektor prywatny w trudnych sytuacjach bardzo się przydaje. Przyznawano to wstydliwie i nieśmiało, że po ogłoszeniu „1000 prywatnych łóżek covidowych” sięgano po cichu po kolejne.

- prof. Paweł Mierzejewski, były zastępca dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
- dr n. med. Szczepan Cofta, przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych i dyrektor Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu,
- prof. Marcin Czech, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki w Instytucie Matki i Dziecka, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, były wiceminister zdrowia,

prof. Piotr Czauderna



PAP/Rafał Guz

Z pewnością epidemia COVID-19 obnażyła jeszcze bardziej słabości polskiego systemu ochrony zdrowia i uwidoczniła konieczność jego reformowania, aby zbudować system bardziej zrównoważony i odporny na wyzwania, a także innowacyjny oraz zapewniający świadczenia możliwie wysokiej jakości, a jednocześnie skoncentrowane na rzeczywistych potrzebach ludzkich.

Wymaga to jednak konsensusu społeczno-politycznego oraz ewolucyjnych, ale konsekwentnych zmian. Wszystkie te warunki wydają się niestety trudne do spełnienia. System powinien służyć wydłużeniu życia obywateli w zdrowiu oraz poprawie jego jakości w chorobie poprzez wszechstronną, skuteczną i nowoczesną opiekę medyczną skoordynowaną z polityką społeczną państwa.



Fot. iStockphoto.com

Roman Kolek

Fot. Archiwum własne

Wydaje mi się, że po okresie pandemii zwiększy się rola komunikacji wirtualnej, liczba teleporad, kontaktów telefonicznych, także z wykorzystaniem specjalnych infolinii oraz *call-center*. Państwo nie będzie skłonne tworzyć mechanizmów ulg podatkowych dla osób ponoszących wydatki na opiekę zdrowotną. Mam nadzieję, że zauważone zostały niedobory w nakładach na zdrowie, więc liczę na większą skłonność do uwzględnienia tego w budżecie. Obawiam się, że doświadczenia zarządzania systemem bezpieczeństwa w okresie pandemii przełożą się na przekonanie rządzących, że zarządzanie ochroną zdrowia należy powierzyć wojewodom, a to nie jest w mojej ocenie dobry kierunek. Liczę na zwiększenie współpracy z samorządem terytorialnym w zakresie wspólnej polityki zdrowotnej, w tym programów profilaktycznych.

prof. Marcin Czech

Fot. Termedia

Konsekwencjami pandemii będą: zaległości w planowych zabiegach chirurgicznych, więcej zaawansowanych przypadków, próby szukania efektywności w systemie, zdrowie częściej traktowane jako element dyskusji politycznych, redystrybucja środków (np. w kierunku psychiatrii, specjalności priorytetowych), podwyżki dla kadr medycznych, większe znaczenie epidemiologii oraz szansa na rozwój zdrowia publicznego (np. ze środków z „podatku cukrowego”).

– prof. Piotr Czauderna, koordynator sekcji ochrony zdrowia Narodowej Rady Rozwoju i kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Co wyróżzyli?

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

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 świadczeniodawców, 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 Szczepan Cofta.

Drugie pytanie – o możliwość obciążania pacjentów kosztami świadczeń posiadających element „ponadstandardowy” – przyniosło bardziej zróżnicowane odpowiedzi. Dwoje respondentów, Bogna Cichowska-Duma oraz Roman Kolek, uznało ten scenariusz za dość prawdopodobny, a Szczepan Cofta za prawdopodobny.

W punkcie trzecim pytaliśmy, czy pacjent za pewną dodatkową, oficjalną opłatą będzie mógł skrócić czas oczekiwania na świadczenie. Większość odpowiadających uznała, że jest to nieprawdopodobne.

W odpowiedzi na pytanie czwarte, kilkoro ankietowanych – w szczególności Szczepan Cofta – uznało, że

Bogna Cichowska-Duma



Fot. AG

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 uświadomiło światu, w tym Polsce, jak istotny dla funkcjonowania każdego kraju jest dobrze zorganizowany i odpowiednio dofinansowany system ochrony zdrowia.

Pandemia COVID-19 w sposób bardzo bezpośredni uwydatniła wiele niedomagań naszego systemu i jego głębokie niedofinansowanie. Pokazała również, że ochrona zdrowia i gospodarka to system naczyń połączonych. Mimo że ta zależność była wskazywana przez ekspertów od lat, bardzo długi proces oddziaływania stanu zdrowia na rozwój ekonomiczny i społeczny sprawiał, że nie miała ona odzwierciedlenia w działaniach decydentów.

W związku z pandemią zdrowie stało się priorytetowym obszarem aktywności poszczególnych państw i instytucji na całym świecie. Zaczyna być postrzegane jako kluczowy element bezpieczeństwa narodowego. Polskie społeczeństwo również dostrzega potrzebę gruntownych zmian w ochronie zdrowia i konieczność dofinansowania tego obszaru.

Z pewnością polski rząd będzie dążył do tego, aby wypełnić postanowienia tzw. ustawy o 6 proc. PKB, a można nawet przewidywać, że docelowy poziom wydatków na ochronę zdrowia zostanie osiągnięty wcześniej, niż przewidywano. Pewne trudności mogą się pojawić w związku ze spowolnieniem gospodarczym i recesją, wynikającymi z zamrożenia gospodarki w czasie pandemii. Wydatki na ochronę zdrowia są bowiem liczone od poziomu PKB sprzed dwóch lat – być może ta metodologia w związku ze zmianą okoliczności zostanie zrewidowana. Nie ulega jednak wątpliwości, że zarówno decydenci, jak i eksperci rozumieją, że nawet najbardziej optymalna alokacja środków nie będzie miała przełożenia na poprawę sytuacji, jeżeli do systemu nie wpłyną nowe pieniądze.

Oczywiście te środki powinny być konsumowane w sposób efektywny, który zapewni najlepsze efekty zdrowotne i umożliwi Polakom leczenie zgodne z europejskimi wytycznymi klinicznymi. Pandemia

SARS-CoV-2 pokazała, że utrzymywanie obywateli w dobrej kondycji dzięki odpowiedniej profilaktyce, diagnostyce i optymalnemu leczeniu jest kluczowe w momencie pojawienia się tego rodzaju kryzysu zdrowotnego. Wiemy, że najcięższe powikłania COVID-19 dotyczą właśnie pacjentów obciążonych tzw. chorobami współistniejącymi. Niestety w Polsce dostęp do nowoczesnego leczenia wciąż jest mocno ograniczony – tak w zakresie poddawanej terapii populacji chorych, kryteriów wejścia, jak i czasu trwania terapii. To jednak wymagałoby zmiany alokacji środków wewnątrz systemu.

Z pewnością model alokacji środków ma szansę się zmienić dzięki przekierowaniu części konsultacji do systemu e-zdrowia i telemedycyny. Te rozwiązania, stosowane w sposób zrównoważony, mogą nie tylko zoptymalizować wykorzystanie kadr medycznych, ale również zapewnić oszczędności, które będzie można przeznaczyć na skuteczne świadczenia medyczne, m.in. na terapie zgodne z wytycznymi medycznymi.

Rozwiązania obecnego kryzysu zdrowotnego należy upatrywać w innowacyjnej szczepionce i ewentualnie nowej terapii, która pomoże walczyć z wirusem. Bez badań i rozwoju nie byłoby postępu w medycynie, a co za tym idzie – pozostawalibyśmy zupełnie bezradni wobec pandemii. To bezprecedensowa sytuacja, w której cały świat wypatruje antidotum, jakim bezsprzecznie jest innowacja. Wydaje się, że dostrzeżona została jej rola i wartość, a wyciągnięte wnioski otworzą na nowoczesność całą ochronę zdrowia, sprawiając, że decydenci we współpracy z ekspertami będą starali się poszukiwać mechanizmów jej szerokiego wdrażania.

Jeżeli wnioski wyciągnięte z obecnego kryzysu zdrowotnego pozostaną z nami na dłużej, mamy szansę w perspektywie kilku lat dokonać gruntownych przemian i zbudować pacjentocentryczny, efektywny system ochrony zdrowia, zapewniający bezpieczeństwo wszystkim Polakom.

możliwość drobnego współpłacenia za usługi w AOS jest prawdopodobna.

Rewizję koszyka i selektywne usunięcie niektórych pozycji (np. ograniczenie usług sanatoryjnych, stomatologicznych dla dorosłych) respondenci także uznali za mało prawdopodobną, z wyjątkiem Bolesława Samolińskiego i Bogny Cichowskiej-Dumy.

Chcieliśmy się też dowiedzieć, jakie jest prawdopodobieństwo, że udział wydatków na ubezpieczenia prywatne wzrośnie z obecnych 5 proc. wydatków ogółem do 10 proc. Kilka osób taki scenariusz uznało za prawdopodobny.

W pytaniu siódmym przedstawiliśmy scenariusz wzrostu składki ubezpieczeniowej o co najmniej jeden

punkt procentowy, z obecnych 9 proc. do 10 proc. podstawy opodatkowania. Większość naszych respondentów uznała, że jest to niezbyt prawdopodobne lub dość prawdopodobne, wspominając jednak, że w przeszłości wielokrotnie to rozważano i nigdy nie wprowadzono.

Pytanie ósme nawiązywało do ustawy o 6 proc. PKB, zgodnie z którą wydatki publiczne na ochronę zdrowia w 2023 r. osiągną wartość 5,8 proc. PKB z 2021 r. (i 5,3 proc. PKB z 2023 r.). Większość respondentów uznała, że jest to wysoce prawdopodobne.

W pytaniu dziewiątym odnosiliśmy się do wydatków prywatnych na ochronę zdrowia, które stanowią ok. 30 proc. wydatków ogółem. Scenariusz, który poddaliśmy ocenie, to wzrost tego odsetka powyżej

dr n. med. Szczepan Cofta

Fot. Termedia

W związku z sytuacją covidową niewątpliwie doszło do zmniejszenia dostępu do specjalistów. Wydaje się jednak, że możliwość współpłacenia bądź prawo do refundacji poniesionych kosztów leczenia może być alternatywą w kontekście drastycznego zmniejszenia dostępności. Perspektywa dopłat wydaje się bardziej prawdopodobna niż w erze przedcovidowej.

Wprowadzenie drobnych, ale powszechnych kwot współpłacenia to jedna z możliwości zwiększenia finansowania ochrony zdrowia przy jednoczesnym przyhamowaniu odpływu tych środków do sektora prywatnego. Trend polegający na zwiększaniu finansowania świadczeń zdrowotnych indywidualnie przez pacjentów jest bardzo prawdopodobnym scenariuszem.

Wydaje się, że z powodu deklarowanego obecnie niezadowolenia pacjentów z poziomu ochrony zdrowia trudno będzie wprowadzić zmianę wielkości składki. Ale jednocześnie naciski środowiska medycznego są tak duże, że trudno będzie wycofać się z podjętych zobowiązań w zakresie nakładów na ochronę zdrowia. Z uwagi na brak wydolności systemu spotęgowany sytuacją pandemiczną wydaje się również, że wydatki prywatne na ochronę zdrowia zdecydowanie wzrosną.

Pandemia ukazała duży potencjał w zakresie realizacji teleporad, nie tylko w ramach POZ, ale również w AOS. W mojej ocenie ten trend po okresie pandemii będzie się utrzymywał na wysokim poziomie i na pewno będzie też regulowany przez płatnika świadczeń.

prof. Bolesław Samoliński

PAP/Lešek-Szymański

Praktyka lat poprzednich wskazuje, że oczywiste potrzeby zdrowotne nie są w Polsce zaspokajane. Często ze względów ideologicznych, np. równość dostępu do świadczeń zdrowotnych. Niewiele więc zmieni się w ochronie zdrowia w nadchodzących latach, tym bardziej że wdrażane eksperymenty okazały się niewypałami – np. nocna pomoc lekarska przy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Kolejny – opieka koordynowana – nie ma żadnej szansy na wdrożenie, dopóki nie zlikwiduje się kolejek oczekujących na porady specjalistyczne i planowe hospitalizacje. Jedyną szansą na rozwiązanie tego problemu jest stworzenie opieki zintegrowanej, czyli procedury obejmującej kompleksową, całościową diagnostykę i leczenie aż do uzyskania efektu zdrowotnego, opłacanego przez NFZ. To już się dzieje w kardiologii i ma szansę na wprowadzenie w innych dziedzinach – onkologii, chirurgii, ortopedii itd.

Pandemia unaoczniała wiele mankamentów systemu, jednak najważniejszym jest dramatyczna sytuacja kadrowa. Oprócz istniejących braków należy się spodziewać, że wraz z dalszą informatyzacją oraz w efekcie zmęczenia pocovidowego nastąpi odejście dużej części pielęgniarek i lekarzy w wieku emerytalnym. To zmusi do zmiany systemu zatrudnienia w ochronie zdrowia – zbudowania nowych form zatrudnienia i stworzenia nowych stanowisk, np. pomocy przy chorym po kilkumiesięcznym przeszkoleniu. Otworzy się droga do emigracji zawodowej profesjonalistów ochrony zdrowia ze wschodu, którzy będą przybywać do Polski, by pracować na niższych stanowiskach,

w nadziei, że jeśli dostaną pozwolenie na pracę, to w przyszłości będą mieli szansę na podjęcie pracy zgodnej ze swoim wykształceniem. Będą do tego parli również pracodawcy placówek ochrony zdrowia, wbrew stanowisku samorządów zawodowych.

Niewiele zmieni się w finansach opieki zdrowotnej. Nadal będą istotne niedobory, choć pojawi się więcej pieniędzy z budżetu państwa. Będzie pogłębiać się nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej w zależności od regionu i stopnia ubóstwa. Szansę mają nowe koncepcje współfinansowania świadczeń zdrowotnych przez pacjentów w niektórych grupach, np. w zależności od wysokości dochodów lub wykonywanego zawodu. Rolnicy będą musieli wносить wyższe składki zdrowotne, choć jeszcze nie można przesądzić, w jakiej formie: od usługi czy jako comiesięczna danina na KRUS. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne pozostaną w sferze prywatnego systemu ochrony zdrowia, ewentualnie będą miały charakter komplementarny. Miejmy nadzieję, że połączą się systemy opieki zdrowotnej i socjalnej, co w obliczu rosnącego problemu demograficznego da szansę na lepsze, zintegrowane zajęcie się osobami w wieku podeszłym. Nasilą się problemy prawne w ochronie zdrowia. Będzie fala roszczeń, procesów i stosownych do tego zmian w zachowaniach lekarzy, ratowników i pielęgniarek, przyjmujących bardziej bezpieczne dla siebie postawy, nie zawsze zgodne z potrzebami chorych. Generalnie – praca w polskiej ochronie zdrowia będzie coraz mniej atrakcyjna i należy się spodziewać dalszych emigracji do krajów Europy Zachodniej.

prof. Paweł Mierzejewski



Fot. Termedia

Jeszcze rok temu nikt nie brał nawet pod uwagę, że może pojawić się nowy czynnik, który wywróci cały system do góry nogami. Czarne łabędzie, jak pokazuje historia, zdarzają się dosyć często. Problem polega na tym, że ponieważ nie potrafimy ich przewidywać, to je ignorujemy. Tak było i tym razem. W każdym scenariuszu powinno się zakładać także zdarzenia mało prawdopodobne, ale jednak możliwe. Pojawiają się więc pytania: Czy będzie kolejna pandemia? Czy dojdzie do kryzysu? Czy szczepionka na COVID-19 będzie skuteczna i bezpieczna? Jakie będą odległe powikłania po COVID-19? Epidemia nadal będzie tematem numer jeden. W najbliższym czasie rząd będzie dążył do zaszczepienia całej populacji przeciwko SARS-CoV-2. Niepożądane i odległe działania szczepionek mogą jednak wywołać kolejny kryzys leczniczy. Epidemia SARS-CoV-2 ujawniła niewydolność systemu opieki zdrowotnej, od kilku miesięcy mamy wyraźny wzrost umieralności, wielu pacjentów straciło zaufanie do systemu, dostęp do usług został znacznie ograniczony. Jeszcze rok temu wszyscy chcieli likwidować szpitale, dzisiaj stawiamy dodatkowe szpitale tymczasowe. Obawiam się, że decyzje co do zmian w systemie ochrony zdrowia będą w dużym stopniu zależały od korzyści politycznych. Dalej będą się nasilały ak-

tywności o charakterze propagandowym, a zdrowie publiczne będzie kartą przetargową w plebiscycie popularności. Ograniczenia w nakładach i wzrastające zadłużenie szpitali spowodują pogorszenie się sytuacji finansowej publicznego systemu, co będzie skutkowało pogorszeniem ogólnej kondycji zdrowotnej. Należy się liczyć z ryzykiem załamania systemu (ucieczka kadry). Niezależnie od tego nadal intensywnie będą się rozwijały systemy informatyczne i rosy zbiory danych, co spowoduje konieczność opracowania algorytmów wnioskowania i algorytmów decyzyjnych. Pacjent będzie traktowany przedmiotowo – jako rekord w bazie danych, produkt, który trzeba zaraportować i rozliczyć.

Ograniczona dostępność usług medycznych zwiększy ryzyko samoleczenia, rozwiną się portale internetowe i aplikacje wspierające samoleczenie. W domu każdy będzie miał nie tylko termometr i ciśnieniomierz, ale także pulsoksymetr, a być może też aparat do EKG, elektroniczny stetoskop itp. Będą się rozwijać teleusługi i e-usługi.

Zdrowie psychiczne będzie coraz większym problemem. Brak wystarczającej liczby psychiatrów i psychiatrów dziecięcych wymusi zmianę organizacji systemu opieki, prawdopodobnie większość pacjentów z zaburzeniami psychicznymi będzie musiała być pod opieką innych specjalistów.

35 proc. – zgodzili się z nim prawie wszyscy respondenci.

Kolejne pytanie dotyczyło planów podporządkowania szpitali wojewodom. Nie zakładano, że proces ten obejmie wszystkie placówki, ale że do 2023 r. stanie się tak w przypadku ok. 100 szpitali. Taki scenariusz został uznany ogólnie za średnio prawdopodobny.

Jaka jest szansa na spełnienie choć w części (30 proc.) założenia z ustawy o POZ, że lekarz rodzinny będzie prowadzić opiekę koordynowaną? Większości respondentów wydaje się to niezbyt prawdopodobne.

Pytanie dwunaste dotyczyło telemedycyny i założenia, że po pandemii ta forma opieki będzie dalej stosowana i obejmie co najmniej 30 proc. porad POZ. Ten scenariusz wydał się większości respondentów bardzo prawdopodobny.

Na koniec zapytaliśmy o dostęp do rynku pracy dla lekarzy spoza Unii Europejskiej. Zdania były podzielone – część respondentów twierdziła, że po obecnym rozluźnieniu rygorów warunki dostępu wrócą do stanu poprzedniego, ale część uznała, że łatwiejszy dostęp zostanie utrzymany na dłużej.

Podsumowanie

Z przedstawionych odpowiedzi wynika, że wiele zmian od lat diskutowanych i planowanych straciło

w obecnym czasie perspektywy realizacji. Rozwiązania o charakterze rynkowym, takie jak udział sektora prywatnego, partycypacja pacjentów w płaceniu za usługi medyczne, upowszechnienie ubezpieczeń prywatnych, mają małe szanse na realizację, choć wydaje się to bardziej prawdopodobne niż jeszcze rok temu.

Równocześnie działania zwiększające finansowanie ze środków publicznych, realizacja zapisów ustawy o 6 proc. PKB oraz perspektywa wzrostu składki zdrowotnej to bardzo prawdopodobne zmiany w czasie po COVID-19.

Część nowości, które pojawiły się wraz z pandemią, tj. powszechne teleporady, ma wielką szansę pozostać na dłużej. Inne, jak pomysły na podporządkowanie szpitali wojewodom czy rozluźnienie zasad dostępu do rynku pracy dla medyków spoza Unii Europejskiej, nie są na tyle dobrze utrwalone, by zaistnieć na dłużej.

Ogólnie system, który doznał silnego wstrząsu, mógłby podlegać istotnym zmianom. W opinii naszych ekspertów te zmiany jednak nie zajdą, ponieważ nikt nie wydaje się ich wspierać. Trzy elementy są bardziej prawdopodobne: zwiększone finansowanie ochrony zdrowia, rozwój telemedycyny i w nieco mniejszym stopniu – szerszy dostęp do rynku dla medyków spoza Unii Europejskiej.

Adam Kozierekiewicz

Lp.	Sytuacja w 2020 r.	Czego dotyczy prognoza do 2023 r.
1	Pacjenci mają prawo do (generalnie) bezpłatnego korzystania z usług świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ. W ostatnich latach obserwuje się „ucieczkę” lekarzy poza sektor publiczny, która nasiliła się w czasach COVID-19	Ponieważ dostęp do specjalistów w sektorze publicznym jest coraz trudniejszy, pacjenci uzyskają dodatkowo prawo do refundacji kosztów poniesionych na usługi zdrowotne u świadczeniodawców nieposiadających kontraktu (nie tylko zagranicznych, jak jest obecnie)
2	Pacjenci mają prawo do świadczeń kontraktowanych i jeśli chcą podnieść ich standard, muszą pokrywać koszty całości świadczenia	Pacjenci uzyskają prawo do dopłaty do lepszego standardu (np. lepsza soczewka w operacji zaćmy), zachowując prawo do finansowania podstawowej kwoty przez NFZ
3	W ostatnich latach dostępność się nie poprawia, a nawet w niektórych obszarach pogarsza. Jednocześnie pacjent jest przyjmowany do placówki generalnie wg kolejności zgłoszeń (listy oczekujących)	Pacjent za pewną dodatkową, oficjalną opłatą będzie mógł skracać czas oczekiwania
4	Oficjalnie większość usług zdrowotnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) jest całkowicie bezpłatna dla pacjenta. Jednocześnie dostępność jest niewystarczająca, co powoduje, że pacjenci coraz częściej korzystają z pełnopłatnych usług w sektorze prywatnym	W systemie publicznym zostaną wprowadzone oficjalne, powszechne i drobne kwoty współpłacenia za usługi AOS
5	Dostępny zakres świadczeń zdrowotnych (koszyk świadczeń) jest szeroki, ograniczony jedynie w kilku obszarach (dentystyka, chirurgia plastyczna). Jednocześnie ilość środków w systemie nie pozwala na równy, w skali kraju, oraz odpowiedni dostęp do świadczeń	Zasadnicze, choć selektywne ograniczenie zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych (np. usunięcie usług sanatoryjnych, dentystyki dla dorosłych)
6	Zaledwie 5,4 proc. wydatków na ochronę zdrowia przechodzi przez prywatne firmy ubezpieczeniowe i quasi-ubezpieczeniowe (abonamentowe). Jednocześnie w ostatnich latach rośnie udział firm ubezpieczeniowych i abonamentowych w wydatkach prywatnych	Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez firmy ubezpieczeniowe oraz abonamentowe będą stanowić co najmniej 10 proc. całkowitych wydatków na zdrowie
7	Poziom składki zdrowotnej wynosi 9 proc. i nie zmienił się od 2007 r.	Składka po COVID-19 zostanie zwiększona w wyniku decyzji parlamentu o co najmniej 1 punkt procentowy (do 10 proc.)
8	Wydatki publiczne na ochronę zdrowia stanowiły ok. 4,5 proc. PKB (wartość spodziewana w roku 2019). Jednocześnie tzw. ustawa o 6 proc. PKB zakłada ambitny plan wzrostu tych wydatków do 6 proc. w 2024 r.	Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w 2023 r. osiągną wartości zapowiadane w ustawie o 6 proc. PKB
9	Wydatki prywatne (wydatki osób fizycznych, przedsiębiorstw i dobrowolne ubezpieczenia) na ochronę zdrowia szacowane są na ok. 30 proc. wydatków w ogóle. Wydatki publiczne rosną, ale dostęp do opieki zdrowotnej się nie poprawia ze względu np. na braki kadrowe	Udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w 2023 r. będzie wyższy niż w 2019 r. i będzie wynosić ponad 35 proc. wydatków całkowitych na ochronę zdrowia
10	Istnieje ok. 930 szpitali klasyfikowanych przez GUS jako ogólne, z czego ok. 150 ma status spółki prawa handlowego, a dla ok. 700 organem założycielskim są samorządy wojewódzkie i powiatowe	Część szpitali (nie mniej niż 100) stanowiących własność samorządów zostanie przekazana pod zarząd wojewodów
11	Prowadzone są pilotaże koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ), w POZ (POZ PLUS) obejmujące ok. 1 proc. populacji ubezpieczonych. W ustawie o POZ założono, że od 2021 r. będzie ona prowadziła opiekę opartą na zasadach opieki koordynowanej	Ponad 30 proc. podopiecznych POZ będzie korzystał z placówek prowadzących opiekę wg modelu koordynowanej opieki zdrowotnej
12	W okresie poprzedzającym wybuch pandemii telemedycyna była marginesem działalności placówek opieki zdrowotnej. W czasie nasilenia epidemii wiosną i jesienią 2020 r. w niektórych placówkach POZ porady telemedyczne stanowiły nawet 70 proc. porad ogółem	Ponad 30 proc. porad POZ będzie realizowane w trybie telemedycznym, w formie porad telefonicznych lub wideofonicznych
13	Przed wybuchem pandemii droga do wykonywania zawodu lekarza w Polsce dla osób spoza Unii Europejskiej była bardzo trudna (egzaminatoryczne i językowe). W okresie pandemii rząd przyjął kilka przepisów ułatwiających podejmowanie pracy przez lekarzy spoza Unii Europejskiej	Zasady dostępu do polskiego rynku pracy dla lekarzy spoza Unii Europejskiej powrócą do stanu sprzed pandemii



Krzysztof Bukiel



Andrzej Sokołowski



Bolesław Samoliński



Bogna Cichowska-Duma



Roman Kolek



Paweł Mierzejewski



Szczepan Cofta



Marcin Czech



Piotr Czauderna

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↘ 3

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

→ 2

→ 2

↓ 0

↘ 3

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↘ 1

↘ 1

↘ 1

↓ 0

↘ 3

↓ 0

↓ 0

↓ 0

↓ 0

→ 2

→ 2

↘ 1

↘ 1

↓ 0

↘ 1

↓ 0

↑ 4

↘ 3

↓ 0

↘ 1

→ 2

↘ 1

↑ 4

↘ 1

↓ 0

↓ 0

↘ 3

→ 2

→ 2

↘ 1

↘ 1

↘ 1

→ 2

→ 2

↓ 0

↘ 3

→ 2

↘ 3

↘ 3

↘ 3

↑ 4

↘ 3

→ 2

↘ 3

↑ 4

↑ 4

↘ 3

→ 2

↘ 1

↑ 4

↘ 3

↘ 1

→ 2

↘ 1

↓ 0

↘ 3

↘ 3

→ 2

↘ 1

→ 2

↘ 1

↓ 0

↘ 1

↓ 0

→ 2

↘ 1

→ 2

→ 2

↓ 0

↘ 1

→ 2

↘ 3

↑ 4

↑ 4

↘ 3

↓ 0

↑ 4

→ 2

→ 2

↑ 4

↘ 3

↓ 0

↘ 1

↓ 0

→ 2

↘ 3

↘ 1

↓ 0