

system za 4 lata

- scenariusze rozwoju sytuacji

for. FPM



Zbliżają się wybory. Jak mantra powtarzane są słowa o konieczności zmian, reform, naprawy sytuacji. Jednak – w przeciwieństwie do poprzednich edycji wyborów parlamentarnych – nie widać hucznych zapowiedzi naprawy systemu. Politycy i eksperci są raczej ostrożni w formułowaniu zapowiedzi, choć niektórzy, przyciskani przez dziennikarzy, definiują swoje poglądy i programy.

Niniejsza publikacja pierwotnie miała być przeglądem programów politycznych dotyczących ochrony zdrowia. Ponieważ jednak liczba liczących się partii, tzn. takich, które mogą w przyszłej kadencji wpływać na kształt opieki zdrowotnej, jest ograniczona, a przy tym mają one dość rozbieżne propozycje programowe, uznaliśmy, że ciekawiej będzie zapytać, *co mamy szansę zrealizować w określonych warunkach politycznych, społecznych, finansowych i gospodarczych?* Wszyscy, łącznie z politykami, zdają sobie bowiem sprawę, że kształt systemu ochrony zdrowia, jak zresztą wszystkich innych dziedzin życia społecznego, jest wynikiem oddziaływania wielu różnych sił. Parlament i rząd to tylko jedna strona. Wola i chęci dokonywania zmian ze strony władz państwowych zderzają się z istniejącymi uwarunkowaniami prawnymi i ekonomicznymi, stanowiskiem grup interesu i poszczególnych środowisk czy w końcu z opinią społeczną, a jeszcze bardziej z opinią *mediów*.

W tej sytuacji postanowiliśmy zapytać nie o *jakie macie plany?*, tylko *jak myślicie, co stanie się w ciągu najbliższych kilku lat?* W tym celu przygotowaliśmy ankietę, w której zarysujemy różne scenariusze. W sumie przedstawiliśmy warianty rozwoju sytuacji w 18 aspektach: od uprawnień pacjentów począwszy, na stosunkach własnościowych w placówkach opieki zdrowotnej skończywszy. Tam, gdzie to możliwe, podawaliśmy wielkości liczbowe i scenariusze zmian w tym zakresie.

Nasi respondenci zostali poproszeni o wpisanie prawdopodobieństwa, z jakim dany scenariusz ma szansę zostać zrealizowany do 2009 r., czyli do końca przyszłej kadencji Sejmu. Nie wymagaliśmy, by prawdopodobieństwa się sumowały do 100 proc., nie eliminowaliśmy sprzeczności w odpowiedziach. Ankieta nie ma charakteru naukowego, jest raczej zabawą, choć tak respondenci, jak i autor mieli odczucie, że jest w niej wiele prawdy.

W pierwszym rzędzie ankietę skierowaliśmy do kilkunastu wybranych 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. Do chwili przygotowania niniejszego materiału otrzymaliśmy 10 odpowiedzi od tzw. VIP-ów. Imienne odpowiedzi otrzymaliśmy od:

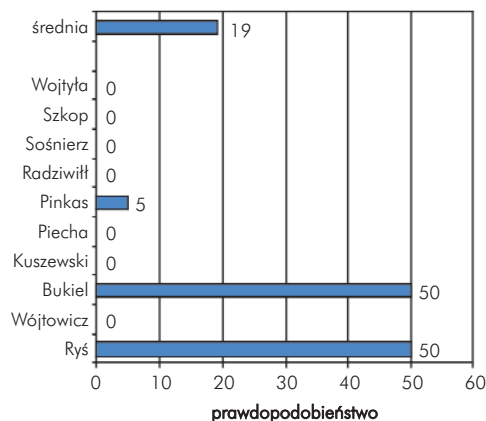
- Krzysztofa Bukieła,
- Krzysztofa Kuszewskiego,
- Bolesława Piechy,

- Jarosława Pinkasa,
- Konstantego Radziwiłła,
- Andrzeja Rysia,
- Andrzeja Sośnierza,
- Władysława Szkopa,
- Andrzeja Wojtyły,
- Marka Wójtowicza.

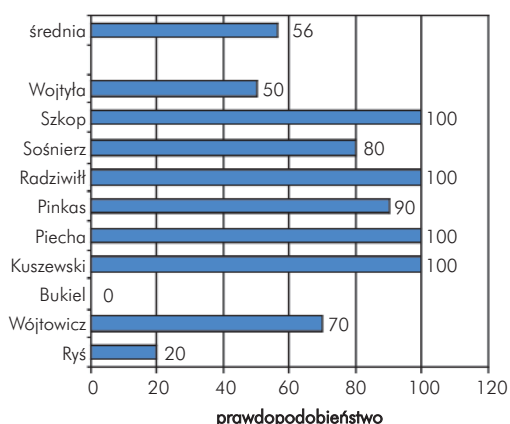
Poza tym otrzymaliśmy blisko 100 anonimowych ankiet od użytkowników portalu www.termedia.pl. W naszym sondażu ci respondenci stanowią tzw. *vox populi*, do którego odnoszone są wskazania naszych VIP-ów.

Prawo refundacji

Pierwsze pytanie dotyczyło sposobu uzyskiwania usług w sektorze publicznym; obecnie w większości przypadków pacjenci mają prawo do bezpłatnego korzystania z usług kontraktowanych świadczeniodawców. Chcieliśmy zapytać, na ile prawdopodobne wydaje się respondentom, 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 w pewnym stopniu we Francji, choć sytuacja ta może się zmienić w związku z orzecznictwem trybunału luksemburskiego. Jak widać na ryc. 1., szanse na zaistnienie takiej sytuacji respondenci oceniają średnio na poziomie 20 proc., przy czym najczęściej typowano prawdopodobieństwo równe zero. W porównaniu do *vox populi* największą szansę na taki rozwój sytuacji widzi Bukiel i Ryś. Przeciwnego obrotu spraw, czyli utrzymania zasady uzy-



Ryc. 1. Prawo do refundacji kosztów poniesionych



Ryc. 2. Świadczenia u kontraktowanych świadczeniodawców

skiwania bezpłatnych świadczeń u kontraktowanych świadczeniodawców, spodziewali się pozostali VIP-owie, przy czym Szkop, Radziwiłł, Piecha i Kuszeński byli tego pewni w 100 proc. (ryc. 2.).

Za dopłatą

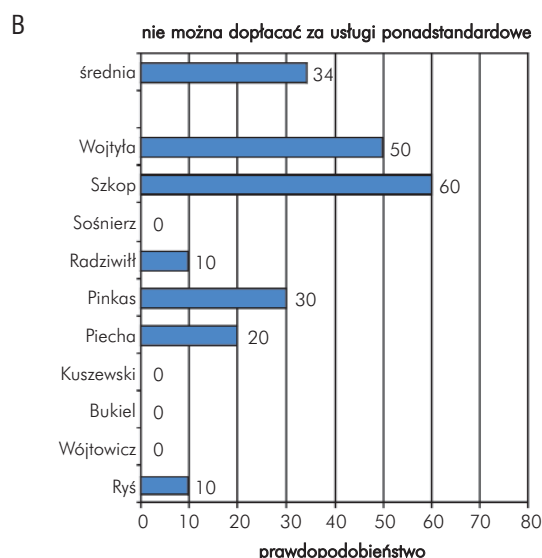
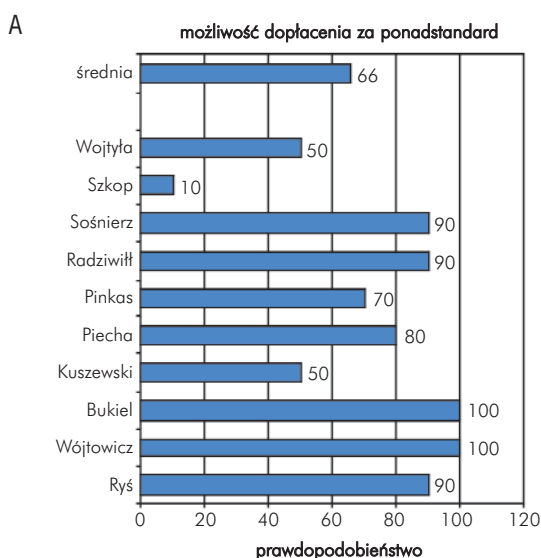
Drugie pytanie dotyczyło możliwości podnoszenia standardu za dopłatą. Jak wiadomo, obecnie pacjenci mają prawo do świadczeń kontraktowanych i jeśli chcą podnieść standard, muszą pokrywać koszty całości świadczenia (np. nie można legalnie dopłacić do lepszego wypełnienia stomatologicznego). Pytanie dotyczyło możliwości legalnego dopłacenia za usługi ponadstandardowe. Średnia ocena prawdopodobieństwa takiego obrotu spraw

„ Szanse refundowania przez NFZ *post factum* kosztów, jakie pacjent poniósł w placówce, oceniono na 20 proc., przy czym najczęściej typowano prawdopodobieństwo równe 0 „

była wysoka i wynosiła 66 proc. Najczęściej typowano 50-procentową szansę takiego scenariusza. Spośród VIP-ów tylko posłowie Szkop i Wojtyła dali mniejszą szansę temu scenariuszowi, pozostali znacznie powyżej, do 100 proc. pewności u Bukiela i Wójtowicza. Konsekwentnie, zachowanie w 2009 r. *status quo* przewidywali Szkop i Wojtyła (ryc. 3.).

Pacjencie, dopłać

Kolejne pytanie dotyczyło możliwości pobierania od pacjenta przez świadczeniodawcę kwoty wynikającej z różnicy między jego ceną a kwotą, jaką opłaca NFZ. Taka opcja była przedstawiana m.in. w programie OZZL i występuje w niektórych systemach, np. u części lekarzy francuskich czy niemieckich, kontrak-



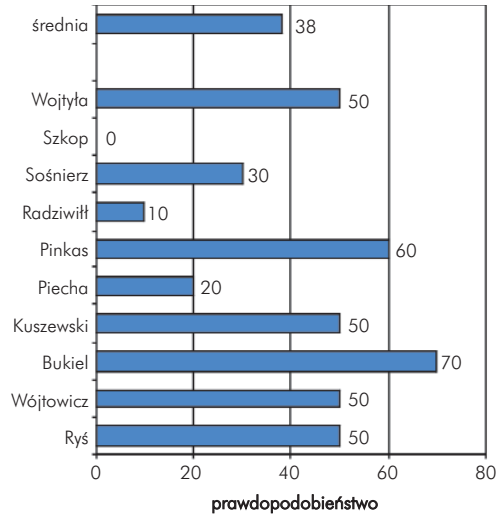
Ryc. 3. Podwyższenie standardu za dopłatą

towanych przez prywatne kasy chorych. Prawdopodobieństwo takiego (radykałnego) scenariusza zostało ocenione zaskakująco wysoko: średnio 38 proc., najczęściej wskazywano 50 proc. Grupa VIP-ów dość wysoko oceniła możliwość wystąpienia takiej sytuacji; na 50 i więcej procent, jedynie poseł Szkop nie dał szansy takiemu scenariuszowi, a Piecha, Radziwiłł i Sośnierz byli nieco sceptyczni (ryc. 4.).

W kolejce do skoku

Kolejna rozważana możliwość wprowadzenia prywatnych opłat dotyczyła *przeskakiwania* kolejek. Zapytaliśmy, jaka jest szansa, by: 1) pacjent mógł zrezygnować ze swoich uprawnień ubezpieczonego i w placówce publicznej za pieniądze *przeskoczyć* kolejkę, 2) pacjent mógł oficjalnie *dopłacić*, by przyspieszyć leczenie. Jak pamiętamy, szczególnie ta pierwsza możliwość była w ostatnim czasie szeroko dyskutowana w mediach i doczekała się oficjalnej interpretacji ministra zdrowia. Jak wynika z odpowiedzi, szanse na tę pierwszą zmianę respondenci oceniają wysoko, średnio na 49 proc., przy czym najczęściej typowali 80 proc. Wśród VIP-ów największe prawdopodobieństwo takiego rozwoju wypadków widzieli Radziwiłł oraz Pinkas i Wójtowicz. Posłowie Szkop i Piecha byli z kolei zdecydowanie bardziej sceptyczni wobec szans takiego rozwoju spraw (ryc. 5.).

Znacznie mniejsze szanse wprowadzenia wróżono takiemu rozwiązaniu, gdzie za dodatkową opłatą można przeskoczyć kolejkę. Śred-

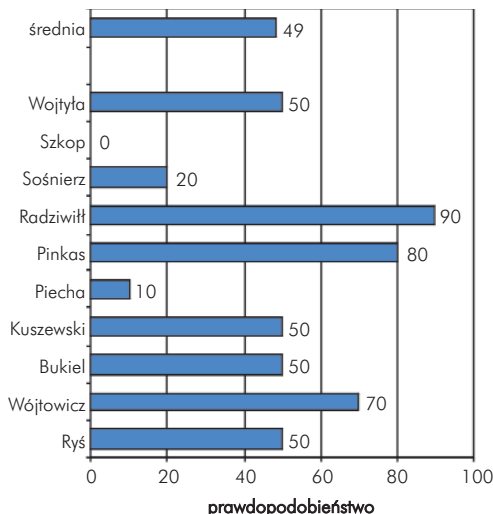


Ryc. 4. Pobieranie kwoty stanowiącej różnicę w cenie

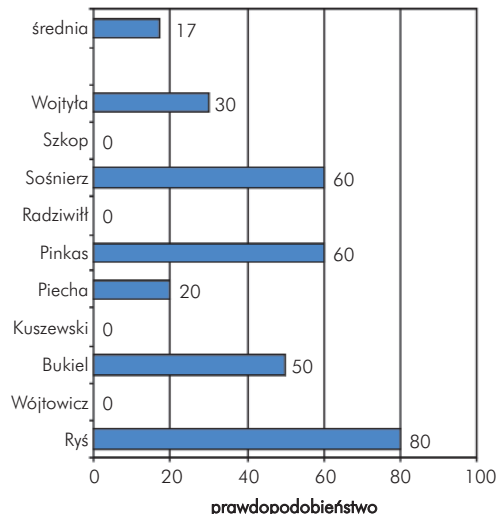
nio taką możliwość szacowano na 17 proc., przy czym najczęściej temu rozwiązaniu nie dawano żadnych szans. Kilku VIP-ów miało jednak odmienne zdanie, w szczególności Ryś, ale także Sośnierz, Pinkas czy Bukiel (ryc. 6.).

Współpłacenie

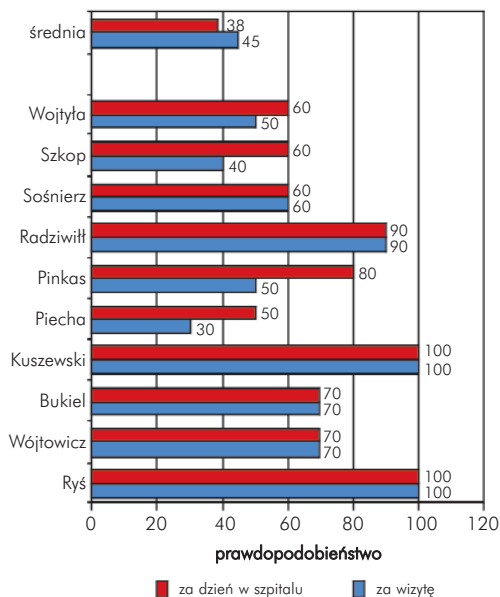
Kolejne 2 pytania dotyczyły współpłacenia, jakie miałyby zostać wprowadzone w związku z usługą ambulatoryjną czy szpitalną. Zapytano, jakie są szanse, że w 2009 r. pacjenci będą: 1) wносить drobne, kilkuzłotowe opłaty, czy 2) płacić pewien odsetek ceny świadczenia. Oczywiście, istniała także możliwość wybrania opcji *status quo*, czyli takiej, że nic się nie zmienia.



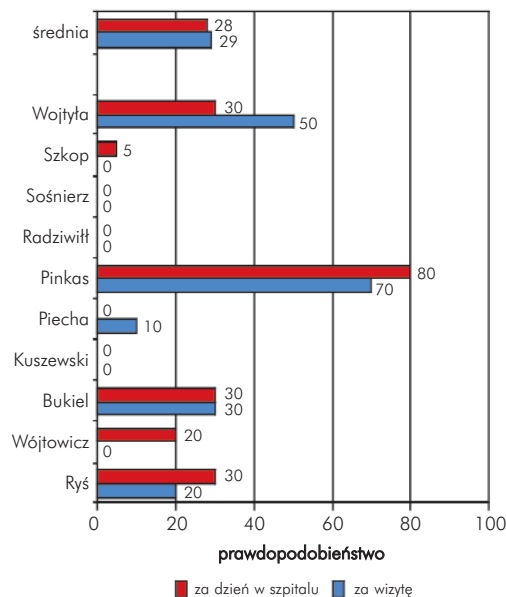
Ryc. 5. Rezygnacja z uprawnień ubezpieczonego



Ryc. 6. Opłata za przeskoczenie kolejki



Ryc. 7. Drobną, kilkuzłotową opłatą

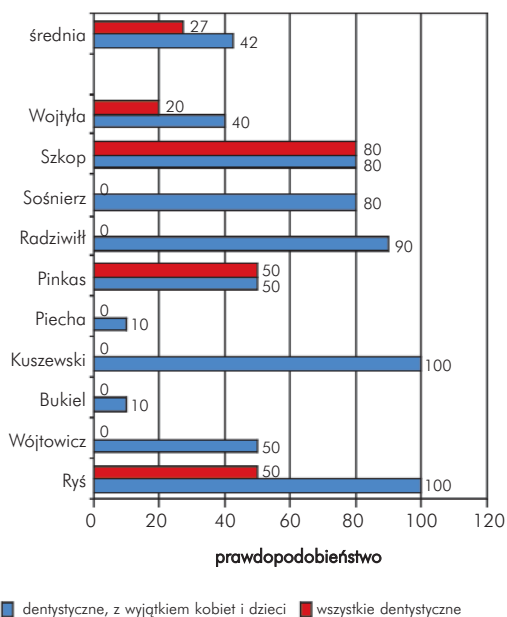


Ryc. 8. Procent ceny

Jak wynika z analizy odpowiedzi, respondenci *vox populi* wskazują na 45-procentowe prawdopodobieństwo wprowadzenia opłat za wizyty ambulatoryjne i nieco mniejsze, bo 38-procentowe, opłat za dzień pobytu w szpitalu. Nasi eksperci mają bardziej zdecydowane zdanie – dają ponad 50 proc. szans, że pojawią się opłaty w obu miejscach wykonywania świadczeń. Najmniejsze szanse wprowadzenia tych rozwiązań widzą posłowie Piecha i Szkop, lecz na-

wet w ich opiniach jest to dość możliwy scenariusz (ryc. 7.).

Dużo mniej prawdopodobne wydaje się VIP-om wprowadzenie opłat wnoszonych przez pacjenta, pokrywających pewien określony procent ceny świadczenia. Jedynie Pinkas typował wysoką wartość szans takiego rozwiązania, podczas gdy Radziwiłł, Sośnierz czy Kuszewski nie widzą żadnej możliwości wprowadzenia takiego rozwiązania (ryc. 8.).

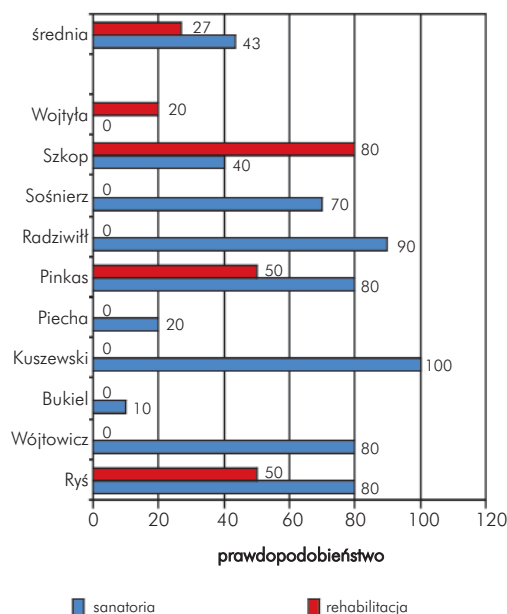


Ryc. 9. Poza koszykiem usług

„ Największą akceptację dla możliwości przeskakiwania kolejki za opłatą wyraził Konstanty Radziwiłł, Jarosław Pinkas i Marek Wójtowicz ”

Koszykowe decyzje

W pytaniu o koszyk usług i *szanse na jego wprowadzenie* postanowiliśmy wymienić pewne grupy usług, które w ramach decyzji *koszykowych* mogłyby zostać usunięte z zakresu świadczeń gwarantowanych w systemie publicznym. Wysokie prawdopodobieństwo przewidziano dla usunięcia usług dentystycznych, szczególnie wykonywanych u osób innych niż kobiety w ciąży i dzieci. Średnio taką możliwość przewiduje 42 proc. respondentów, przy czym Ryś i Kuszewski są pewni (100 proc.), że to nastąpi. Znacznie bardziej sceptyczni w tym zakresie są Bukiel i Piecha, którzy dali jedynie po 10 proc. szans na rozwój takiego scenariusza. Jednocześnie wyeliminowanie usług dentystycznych w ogóle może nastąpić z 27-procentowym prawdopodobieństwem, lecz wiele osób wskazywało zerowe szanse takiego rozwiązania (ryc. 9.).



Ryc. 10. Poza koszykiem usług

„ Respondenci *vox populi* na 45 proc. oceniają prawdopodobieństwo wprowadzenia opłat za wizyty ambulatoryjne i na nieco mniej, bo na 38 proc., opłat za dzień pobytu w szpitalu „

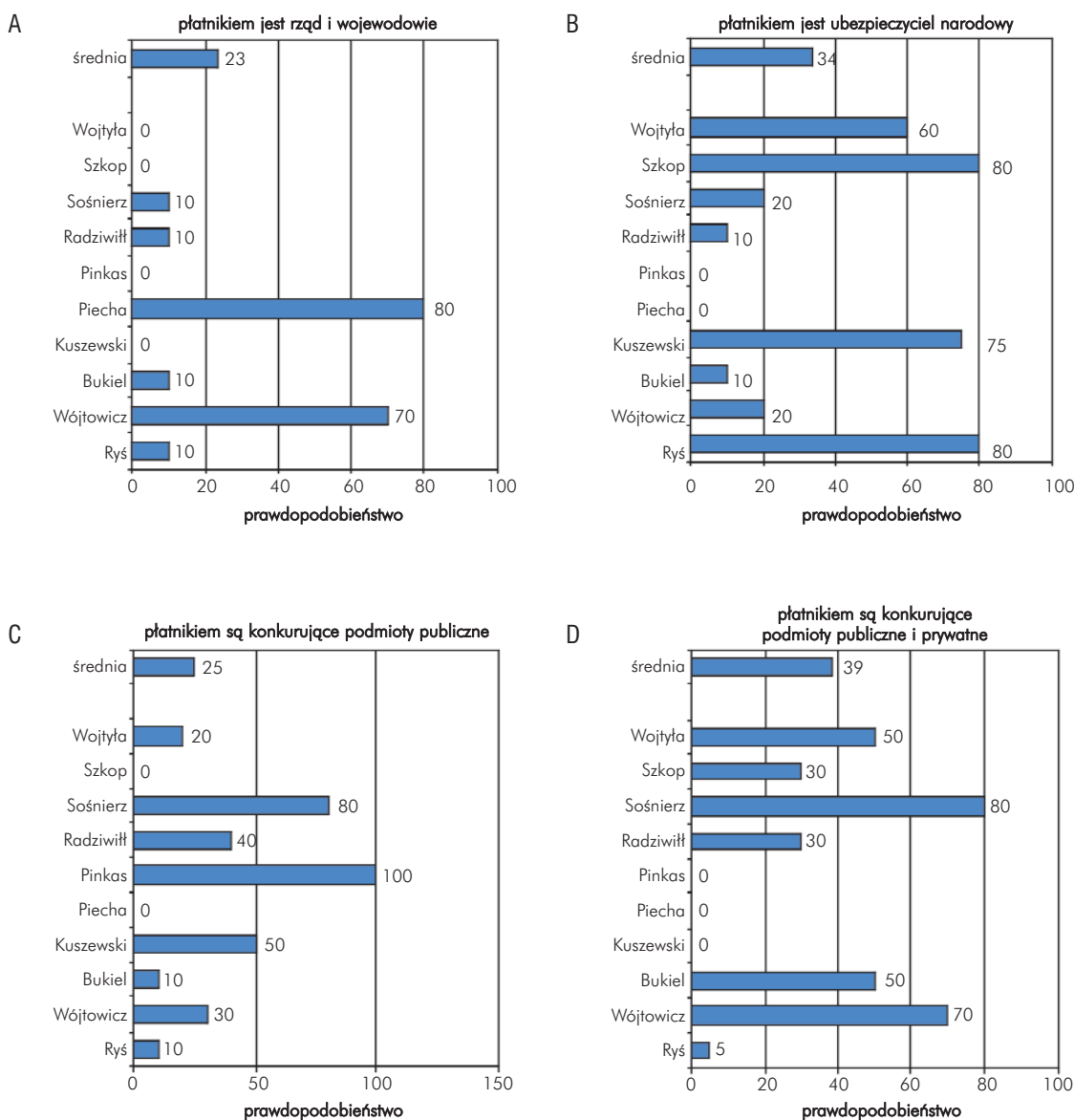
Wyłączenie poza koszyk respondenci typują jako możliwe w 43 proc., a wyłączenie, odpowiednio, rehabilitacji (pozasanatoryjnej, domyślnie i za wyjątkiem, np. powypadkowej) – w 27 proc. Wśród VIP-ów zdania są podzielone. Raczej nie widzą oni możliwości wyłączenia rehabilitacji (choć są wyjątki), natomiast dostrzegają dość duże prawdopodobieństwo wyłączenia usług sanatoryjnych. Poza wymienionymi rodzajami usług najczęściej uznawano, że jest możliwe wyłączenie poza koszyk świadczeń na rzecz nietrzeźwych i odurzonych, co pewnie stanowi reminiscencję własnych doświadczeń z takimi osobami np. w izbie przyjęć. Generalnie wyłączenia wymienionych grup świadczeń uznano za możliwe w przedziale od 25 do 45 proc (ryc. 10.).

Płatnik administracyjny

W kwestiach dotyczących organizacji systemu najpierw zapytano o to, kim będzie płatnik (ryc. 11.). Przedstawiono zestaw różnych opcji; od systemu budżetowego (rząd i wojewodowie), poprzez samorządowy, do ubezpieczeniowego, ubezpieczeniowego jednym ubez-

pieczycielem (NFZ), wieloma, w tym prywatnymi. Odpowiedzi, że płatnikiem będzie administracja, respondenci wskazywali średnio z 23-procentowym prawdopodobieństwem, przy czym spośród VIP-ów, co zrozumiałe, Piecha wskazał na wyższą możliwość takiego scenariusza. Prócz Wójtowicza, nikt nie uznał tej opcji za zbyt prawdopodobną. Mimo że nie dyskutuje się opcji samorządowej opieki zdrowotnej, prawdopodobieństwo takiego rozwoju wypadków określano średnio na 20 proc., przy czym Szkop dał jej aż 90 proc. szans na realizację. Opcja z zachowaniem NFZ wydała się możliwa średnio w 34 proc., przy czym Ryś, Kuszewski, Szkop i Wojtyła wskazali na zdecydowanie większe prawdopodobieństwo takiej sytuacji. W tym momencie, niestety, ujawniły się także braki w konstrukcji naszej ankiety, ponieważ dyskutowane opcje, jako wykluczające się, powinny w sumie dawać 100 proc. szans. W odpowiedziach wielu respondentów wielkości te były jednak wyższe.

Na drugim biegunie pojawiły się formy organizacji z wieloma instytucjami ubezpieczeniowymi, w jednym przypadku tylko publicz-



Ryc. 11. Kim będzie płatnik

nymi, w drugim także prywatnymi. Respondenci za zdecydowanie bardziej prawdopodobną uznali sytuację, w której ubezpieczenia powszechne realizowane są przez konkurujące ze sobą podmioty publiczne i prywatne niż tylko publiczne. Należy dopowiedzieć, że jeszcze jedna nieprzedstawiana tutaj opcja – wielu niekonkurujących podmiotów publicznych – wydała się respondentom jeszcze mniej prawdopodobna (tylko 17 proc. szans zaistnienia). Zatem szanse na pełną konkurencję ubezpieczycieli: publicznych i prywatnych, oceniono na 39 proc., przy czym wśród VIP-ów najsilniej wierzyli w to Sośnierz i Wójtowicz. Zupełnie nie przewidują takiej sytuacji Kuszewski, Piecha i Pinkas.

Pacjent z ulgą

Jednym ze sposobów ulżenia obywatelom, a przy tym pobudzenia prywatnych wydatków na ochronę zdrowia są ulgi podatkowe. Zapytaliśmy respondentów, czy przewidują powrót do ulg za koszty usług i wprowadzenie ulg za koszty polis prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. W obu przypadkach średnio w ponad 30 proc. uznawano, że ulgi te będą występowały w 2009 r. Wśród VIP-ów zdania były podzielone, przy czym zwraca uwagę zdanie posła Piechy, który za pewnik uznał ulgi na polisy ubezpieczenia prywatnego, a także optymizm w tym względzie Sośnierza (ryc. 12.).

system za 4 lata

- scenariusze rozwoju sytuacji

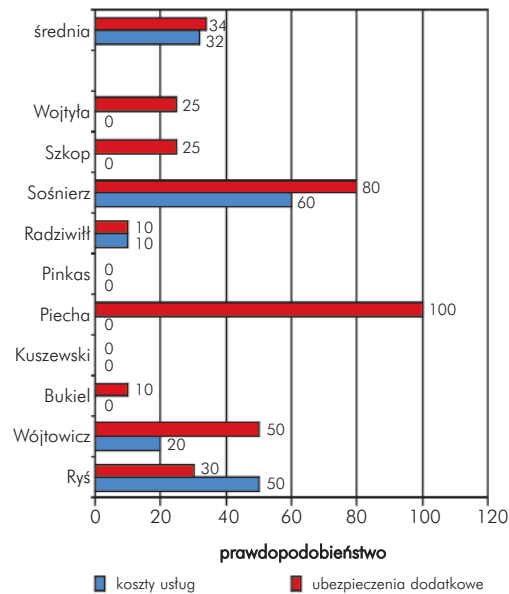
Zdrowie w abonamencie

Prywatne wydatki na ochronę zdrowia stanowią prawie 40 proc. całości wydatków, lecz tylko niewielka część z nich (nie więcej niż 5 proc.) to wydatki wchodzące do systemu za pośrednictwem firm ubezpieczeniowych. Ponieważ ubezpieczenia prywatne są często wymieniane przez polityków jako pożądane narzędzie w systemie, zapytaliśmy, jak oceniane są szanse rozwinięcia się różnych form ubezpieczeń zdrowotnych i zajęcia przez nie co najmniej 30 proc. rynku wydatków prywatnych (ryc. 13.). Dla uproszczenia przyjęto, że firmy abonamentowe też oferują swego rodzaju ubezpieczenia zdrowotne. Z odpowiedzi wynika, że średnio szansę tych firm na zajęcie 30 proc. rynku wydatków prywatnych oceniano na ok. 30 proc. Zdania VIP-ów są podzielone, przy czym najbardziej optymistycznie te perspektywy widzą Sośnierz, Bukiel i Radziwiłł. Charakterystyczne, że wysokie szanse na zaistnienie na rynku daje się ubezpieczeniom wzajemnym, które dotychczas w ogóle się nie pojawiały na tym rynku (mimo prób sięgających jeszcze początków lat 90.), a stosunkowo małe szanse silnie rozwijającym się firmom abonamentowym.

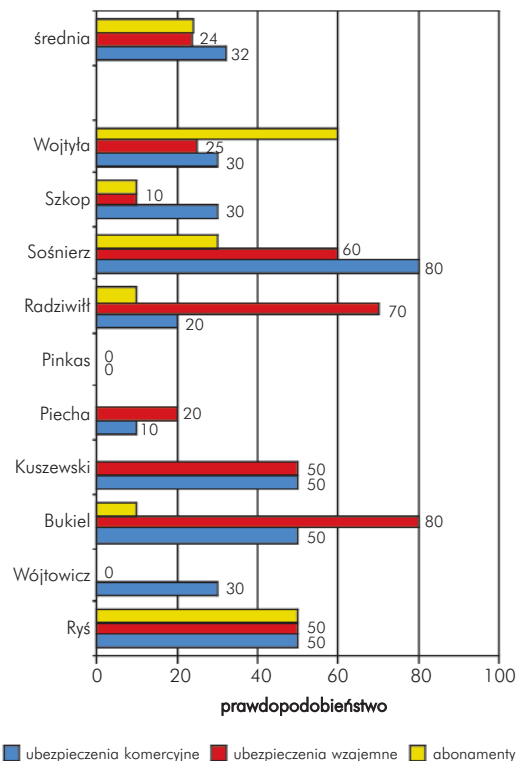
Drogie zdrowie

Jak wiadomo, obecnie w ustawie *O świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych* wskazano przyrost składki zdrowotnej do 9 proc. Ten coroczny przyrost na razie odsuwa dyskusje o dalszym zwiększaniu składki. Nie brakuje jednak głosów, że ilość pieniędzy publicznych w systemie należy znacznie powiększyć. Zapytaliśmy zatem, czy respondenci przewidują dalszy wzrost składki, po osiągnięciu poziomu 9 proc., w drodze zmiany zapisów ustawy.

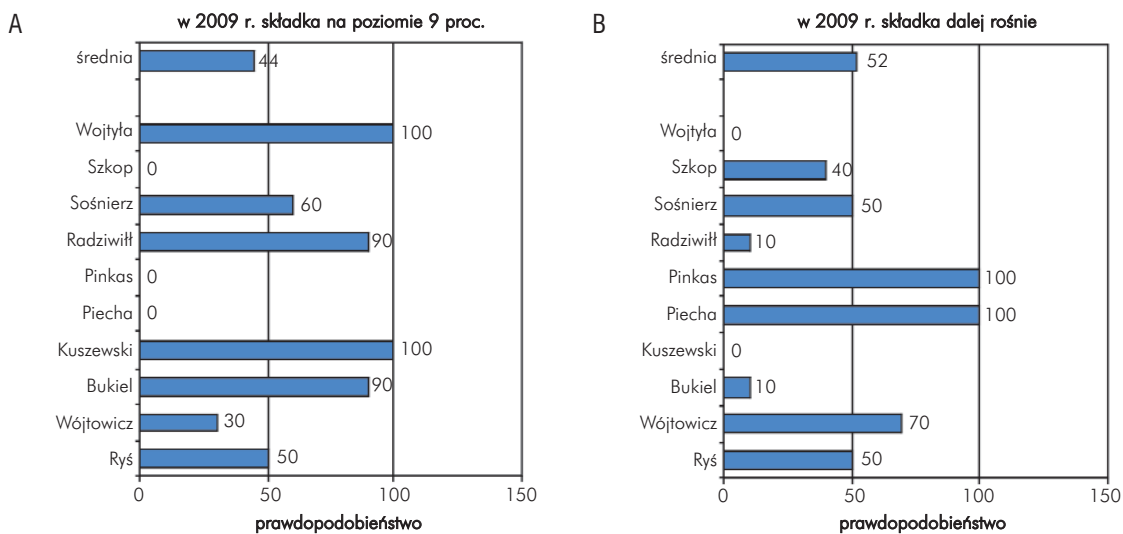
Jak widać na wykresach (ryc. 14.), głosy podzieliły się mniej więcej równo. Respondenci oceniali szanse dalszego wzrostu składki na ok. 50 proc., w połowie przewidywali jej zachowanie na obecnie określonym poziomie. Głosy VIP-ów także były podzielone, zatem... *na dwoje babka wróżyła.*



Ryc. 12. Ulgi podatkowe



Ryc. 13. Ubezpieczenie obejmuje minimum 30 proc. wydatków prywatnych



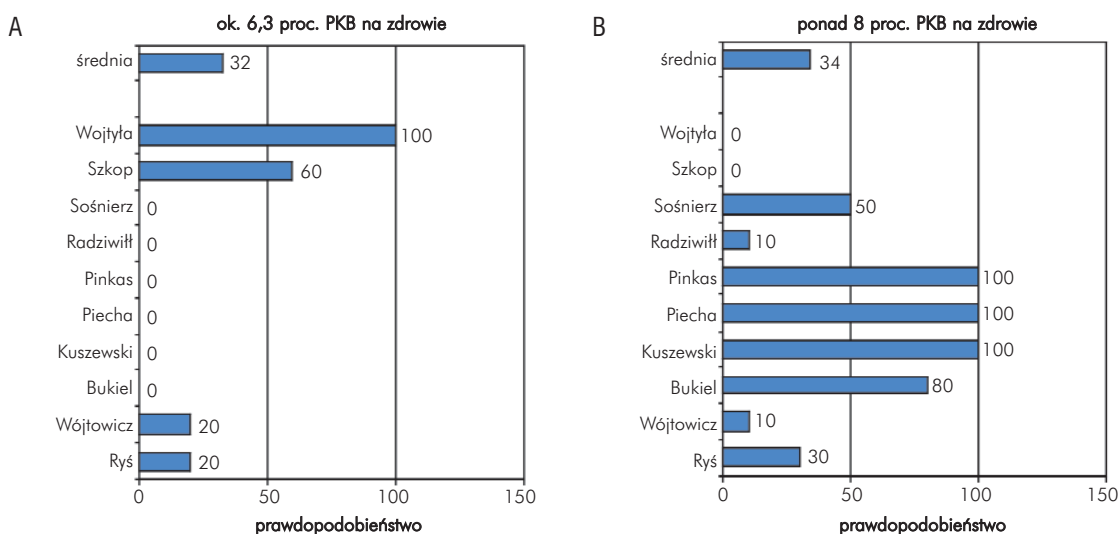
Ryc. 14. Wysokość składki w 2009 r.

„ Wysokie jest prawdopodobieństwo usunięcia z koszyka świadczeń gwarantowanych usług dentystycznych „

Najniższe w Europie

Ciekawe wyniki uzyskano w pytaniu o poziom wydatków na zdrowie w PKB. Jak wiadomo, obecnie wydatki te sięgają 6,3 proc. PKB (łącznie: publiczne i prywatne) i cały czas

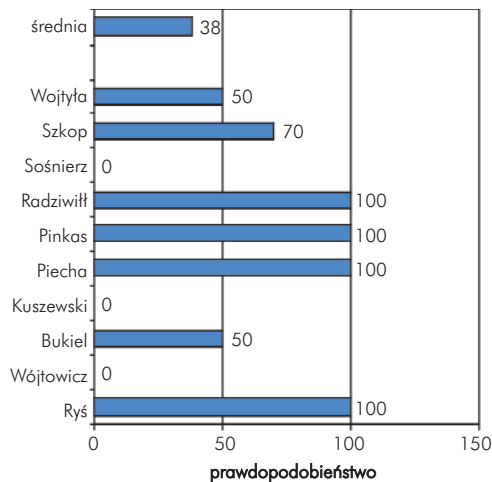
środowiska medyczne alarmują, że jest to jedna z najniższych wartości w Europie. Zapytaliśmy zatem, jakie perspektywy przyrostu tych wydatków widzą respondenci w przyszłości. Średnio typowano po ok. 30 proc. prawdopodo-



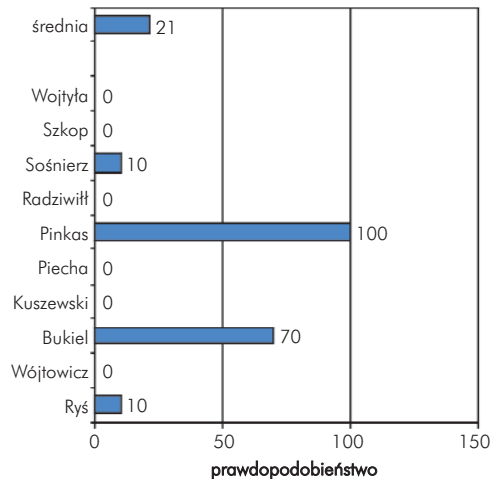
Ryc. 15. Poziom wydatków na zdrowie w PKB

system za 4 lata

- scenariusze rozwoju sytuacji



Ryc. 16. Szybka prywatyzacja opieki ambulatoryjnej



Ryc. 17. Ponad 30 proc. łóżek prywatnych

„ Wśród VIP-ów panuje duży optymizm; aż trzech z nich było pewnych, że wydatki na służbę zdrowia wzrosną ponad 8 proc. PKB w 2009 r. „

bieństwa na wszystkie 3 przedstawione przedziały; ok. 6,3, do 7,8 proc. oraz ponad 8 proc. Natomiast wśród VIP-ów zapanował 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 przewidują takiej sytuacji (ryc. 15.).

W prywatne ręce

Ostatnie 2 pytania dotyczyły perspektyw zmian własnościowych; prywatyzacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i szpitalnictwa. Obecnie w kraju działa ok. 1 800 publicznych ambulatoryjnych zakładów opieki zdrowotnej – pytaliśmy o prawdopodobieństwo spadku tej liczby poniżej 1 000, czyli znacznego postępu prywatyzacji. Natomiast w dziedzinie szpitalnictwa pytaliśmy, ile procent łóżek szpitalnych będzie działało w szpitalach prywatnych wiedząc, że

obecnie wartość ta sięga zaledwie kilku procent (ryc. 17.). Z odpowiedzi wynika, że dalsza szybka prywatyzacja wydaje się nam dość prawdopodobna – średnio 38 proc. szans na spadek liczby publicznych zoz-ów poniżej 1 000. Wśród VIP-ów pewni takiego rozwoju sytuacji są Radziwiłł, Pinkas, Piecha i Ryś (ryc. 16.). Natomiast penetracja rynku usług szpitalnych przez sektor prywatny wydaje się mniej prawdopodobna; średnio 21 proc. respondentów uważało, że sektor ten może zwiększyć swój udział do 30 proc. całości rynku. Spośród VIP-ów jedynie Pinkas jest pewny takiego scenariusza wydarzeń, także Bukiel w części podziela to zdanie. Pozostali respondenci są bardziej sceptyczni (ryc. 17.). Choć należy zauważyć, że generalnie przewidują oni wzrost sektora prywatnego w szpitalnictwie, tylko nieco bardziej umiarkowany i wolniejszy.

Adam Kozierekiewicz