

Polski prywatny sektor ochrony zdrowia w 2020 r.



Fot. iStockphoto.com ZK

Jak było, tak było, ale jeszcze nigdy tak nie było, żeby jakoś nie było – te słowa dzielnego wojaka Szwejka jak ulał pasują do wszystkich podejmowanych w XX w. prób wyeliminowania „prywaciarzy”. Sektor państwowy prędzej czy później okazywał się niewydolny i bankrutował, a sytuację ratował sektor prywatny, który tak naprawdę nigdy nigdzie nie został zlikwidowany. Mimo wszystkich ograniczeń i utrudnień działał i w wielu dziedzinach okazywał się niezastąpiony. Czy tak będzie również z polską ochroną zdrowia? Jaką rolę będzie w niej odgrywał sektor prywatny w 2020 r.? To pytanie zadaliśmy Grzegorzowi Byszewskiemu z Pracodawców RP. Oto jego analiza.

Hasłem wyborczym obecnie rządzącej partii politycznej były słowa „dobra zmiana” i nikt nie może powiedzieć, że zmian nie ma. Jeśli spojrzymy na liczbę ustaw uchwalonych od momentu zaprzysiężenia Sejmu do końca pierwszego pełnego roku kalendarzowego rządów, to wyraźnie widać bardzo dużą aktywność legislacyjną. Uchwalono 246 ustaw, przy czym w kadencji 2007–2011 (najbardziej porównywalny okres) w takim samym okresie uchwalono 257 ustaw. Na pewno zatem mamy zmianę, a to, czy jest ona dobra, oceni jednak historia.

Od Bismarcka do Beveridge’a

W ostatnich latach zmiany w sektorze ochrony zdrowia były raczej kosmetyczne i znacznie mniejsze, niż oczekiwali eksperci. Przez ostatnie 17 miesięcy wyraźnie widzimy, że sektor zmierza w stronę radykalnych zmian – bo jak inaczej określić propozycję przejścia z systemu zbliżonego do systemu Bismarcka na system Beveridge’a. Z punktu widzenia pacjenta zmiana ta może nie ma kluczowego znaczenia, jeśli jednak chodzi o koncepcję funkcjonowania i finansowania systemu, jest to rewolucja. Licznie wprowadzane zmiany

– m.in. sieć szpitali, zmiany w POZ i funkcjonowaniu AOS – na razie nie składają się w jedną, wspólną wizję docelowego modelu systemu ochrony zdrowia. Brakuje również w przestrzeni publicznej analiz, które pokazałyby wyższość nowego modelu nad funkcjonującym dotychczas. A szkoda, bo to wywołuje wiele obaw i niepokoju wśród wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia. Pewne jest jednak to, że do nowej rzeczywistości będą musieli się dostosować wszyscy, a w pierwszej kolejności świadczeniodawcy, pracownicy medyczni oraz pacjenci.

Wróżenie z fusów

Na obecnym etapie trudno przewidzieć, jak zmiany wpłyną na prywatny sektor ochrony zdrowia – tak naprawdę prawie wszystkie scenariusze są możliwe. Wynika to z kształtu Ustawy z dnia 24 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wprowadzającej tzw. sieć szpitali), która daje niemal nieograniczone prerogatywy ministrowi zdrowia. To on będzie decydował, kto znajdzie się w sieci i w związku z tym, jak duży odsetek budżetu publicznego płatnika przeznaczanego na leczenie szpitalne będzie kontraktowany. Także zasady i warunki kontraktowania określa minister zdrowia (poprzez odpowiednie rozporządzenia). Ma on wszystkie instrumenty dające możliwość bądź włączenia prywatnych podmiotów leczniczych do publicznego systemu, bądź ich wyeliminowania. Trudno zatem oszacować skutki wprowadzanych zmian, bo według obecnego stanu prawnego (w momencie pisania artykułu prezydent nie podpisał jeszcze tej ustawy) mogą być one zarówno rewolucyjne, jak i praktycznie niezauważalne.

Miliardowe zyski

Prywatny sektor ochrony zdrowia nie bez przyczyny spodziewa się, że minister świadomie wybierze dla niego jeden z czarniejszych scenariuszy. A to wszystko przez slogan o „miliardowych zyskach”, których prywatni świadczeniodawcy nigdy nie mieli i – jak wskazuje zdrowy rozsądek – mieć nie mogli. W tłustych latach wszystkie 596 niepublicznych podmiotów (nie mylić z prywatnymi) otrzymywało na leczenie pacjentów ok. 5,6 mld zł rocznie. Rentowność prywatnych podmiotów średnio na pewno jest poniżej 8%. Jak z tego wynika, zyski (jeśli się pojawiają) nie są liczone na miliardy.

Z danych GUS wynika, że w ostatnich latach 1/3 inwestycji w ochronie zdrowia jest finansowana ze środków prywatnych inwestorów. Można więc zakładać, że skala inwestycji przekracza skalę „potencjalnych” zysków, a więc działanie to powinno być doceniane zarówno przez państwo polskie, jak i przez ministra zdrowia – wszak inwestycje służą przede wszystkim pacjentom, a nie inwestorom. Czemu „potencjalnych”

„Do nowej rzeczywistości będą musieli się dostosować wszyscy, a w pierwszej kolejności świadczeniodawcy, pracownicy medyczni oraz pacjenci”

zysków? Bo krótka lektura wyników finansowych spółek medycznych notowanych na giełdzie raczej nie nastroja optymistycznie – w ostatnich 10 latach większość z nich tylko okresowo była dochodowa, a zazwyczaj balansowała na granicy rentowności lub wręcz przynosiła niewielkie straty.

Zainteresowanie stratami?

Dlaczego więc w ogóle inwestorzy interesowali się tą dziedziną? Otóż jest to na pewno sektor z wielu względów bardzo perspektywiczny, a brak zysków wynikał z ogromnych inwestycji dla dobra pacjenta, często dokonywanych z wykorzystaniem kapitału pożyczonego. Dociekliwy czytelnik może pomyśleć: „Ha, czyli chcą zarobić w przyszłości”, lecz znowu odpowiedź jest prosta: tak, chcą zarobić, ale mają świadomość, że ochrona zdrowia to obszar o bardzo wysokiej regulacji państwa i wysokość zysków także zależy od ministra zdrowia, który z pomocą prezesa AOTMiT określa koszt procedur medycznych. Albo ministra stać na wykładanie co roku miliardów na inwestycje i finansuje je z własnej kieszeni, ale za to dramatycznie tnie wyceny procedur i tu oszczędza, albo trochę wyżej wyceni świadczenie medyczne i dzięki temu koszt inwestycji zostanie rozłożony na lata. Tu już jednak zaczyna się dyskurs polityczny, czy wybieramy państwo centralnie sterowane czy zdecentralizowane, a nim zajmować się nie będziemy.

Wracając do podmiotów prywatnych – jeśli zyski już się pojawiały, to były one porównywalne (albo nawet mniejsze) z zyskami wielu szpitali publicznych. Według listy szpitali opracowanej przez Puls Farmacji spośród 10 największych publicznych szpitali połowa wypracowała zysk, w tym w dwóch przypadkach przekraczał on 10 mln zł, a rekordzistą jest szpital, który osiągnął rok do roku prawie 30 mln zł zysku. Takie informacje dają nadzieję, że podmioty te będą się rozwijały, dostosowywały infrastrukturę do dzisiejszych potrzeb i przede wszystkim będą mogły inwestować w jakość świadczeń.

Debatą o zyskach

Szkoda, że nikt nie zorganizował debaty o zyskach w sektorze ochrony zdrowia, które są niezbędne do odtwarzania infrastruktury medycznej ratującej ży-



„Prywatny sektor ochrony zdrowia nie bez przyczyny spodziewa się, że minister świadomie wybierze dla niego jeden z czarniejszych scenariuszy”

cie pacjentom i których brak może wskazywać tylko na dwie możliwości – albo szpital jest źle zarządzany, albo państwo nie wywiązuje się odpowiednio ze swoich obowiązków i zaniża ceny procedur medycznych. Obie sytuacje są naganne i powinny być poddane natychmiastowej korekcie – niestety, zamiast tego mamy populistyczne hasła o bajecznych fortunach zarobionych na biednych pacjentach. Na razie brak kadr medycznych i w związku z tym rosące oczekiwania finansowe (nikt nie mówi, że niesłusznie – wszak lepiej zapłacić niż pozwolić, by pracownik wyemigrował) powodują, że to pracownicy medyczni, głównie wyżej wykwalifikowani, stają się istotnymi beneficjentami systemu ochrony zdrowia. Wystarczy przytoczyć nowelę „wedłowską” do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, aby się przekonać, że w okresie najszybszego wzrostu budżetu NFZ najbardziej skorzystali pracownicy – i dobrze. Inaczej pewnie już by ich w Polsce nie było.

Zmiany w ochronie zdrowia mogą skutkować różnymi scenariuszami w prywatnym sektorze ochrony zdrowia. Zanim jednak do tego przejdziemy, warto poruszyć kilka aspektów, które istotnie wpływają na wyjątkowy charakter ochrony zdrowia w każdym państwie.

Zdrowie to sektor, w którym zwykła analiza popytu i podaży jest obciążona błędem ze względu na bardzo dużą asymetrię wiedzy. Stroną silniejszą są lekarze, wykonujący zawód zaufania publicznego, których uznajemy za autorytet. Asymetria i przywiązanie do lekarza może w tym kontekście powodować ograniczoną skłonność do zmiany miejsca leczenia, niezależnie od tego, czy dany podmiot będzie miał kontrakt z publicznym płatnikiem, czy go straci.

Hierarchia wartości

Drugim ważnym aspektem jest hierarchia wartości Polaków. Od kilkunastu lat badania CBOS pokazują, że w życiu Polaków są dwie dominujące wartości: rodzina (82% wskazań) i zdrowie (74% wskazań), na dalszych miejscach znalazły się uczciwość czy praca zawodowa (20–30% wskazań). To dowodzi, że jedną z ostatnich rzeczy, z jakich Polacy zrezygnują, będzie wizyta u lekarza w razie choroby. Tak więc każde niedomaganie lub niewydolność publicznego sektora ochrony zdrowia w sposób naturalny będą zagospodarowane na rynku prywatnym. Widać to wyraźnie chociażby po rosnącej skali ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Co ciekawe, niezwykle dynamiczny, wręcz skokowy wzrost zainteresowania ubezpieczeniami zdrowotnymi w okresie od trzeciego kwartału 2015 r. do trzeciego kwartału 2016 r. dotyczył zarówno klientów indywidualnych, jak i grupowych. Trudno dzisiaj ocenić, czy wynika to z braku dostępności świadczeń w sektorze publicznym czy ze strachu przed planowanymi zmianami, ale faktem jest, że beneficjentem ro-

snącej skali ubezpieczeń będzie m.in. prywatny sektor ochrony zdrowia.

Bogacenie i starzenie

Kolejnym ważnym zjawiskiem, które będzie determinowało rozwój prywatnego sektora ochrony zdrowia, jest bogacenie i jednocześnie starzenie się polskiego społeczeństwa. Oba te czynniki będą powodowały szybki rozwój prywatnych podmiotów leczniczych, niezależnie od polityki resortu zdrowia. Warto także zwrócić uwagę, że prywatny sektor ochrony zdrowia zawsze działał pod dużą presją decydentów, dzięki czemu potrafił relatywnie szybko się adaptować do nowych warunków gospodarczych i prawnych. I teraz też tak będzie. Niestety, za nieudane zmiany w pierwszej kolejności zawsze płacił – dosłownie, bo z własnej kieszeni – pacjent.

Powyższe założenia pokazują, że sektory prywatny i publiczny nie są łatwo zastępowalne i każda próba ograniczenia roli jednego z nich może powodować nieoczekiwane dla decydentów reakcje pacjentów, np. zwiększenie skali finansowania świadczeń na zasadach *fee for service*.

Czarny scenariusz

Jak wcześniej wspomniano, istnieje ryzyko realizacji najgorszego scenariusza, zgodnie z którym gros prywatnych podmiotów straci kontrakt z publicznym płatnikiem. W krótkim okresie spowoduje to istotne ograniczenie oferty najsłabszych graczy i zapewne, niestety, część z nich ogłosi upadłość. Z rynku znikną w pierwszej kolejności prawdziwe szpitale, polscy przedsiębiorcy, którzy kosztem ogromnego wysiłku, wspierani kredytem, zainwestowali kilka lub kilkanaście milionów złotych w infrastrukturę szpitala – zwykle monospecjalistycznego.

W drugiej kolejności stracą podmioty oferujące tzw. leczenie w trybie jednego dnia, a najmniej podmioty oferujące usługi ambulatoryjne. Zmiany te spowodują zapewne konsolidację rynku i wzmocnienie silniejszych gospodarczo podmiotów poprzez przeniesienie się komercyjnych pacjentów do tych placówek, które pozostaną na rynku. Można zakładać, że w takiej sytuacji w średnim i długim okresie pozycja prywatnego sektora będzie możliwa do odbudowania. Zmieni się na pewno struktura płatników – wielu pacjentów zostanie przekierowanych do usług typu *fee for service* i z dużym prawdopodobieństwem nastąpi rozwój zarówno ubezpieczeń zdrowotnych, jak i rynku organizatorów opieki medycznej.

W tym scenariuszu publiczny płatnik rezygnuje z kupna świadczeń w ok. 350 podmiotach prywatnych, a kontrakt otrzymuje jedynie ok. 100 świadczeniodawców mających na tyle silną pozycję, że nie jest możliwe ich zastąpienie przez podmioty publiczne. Pracownicy tych podmiotów leczniczych na pewno znajdą pracę, ale nie zawsze za takie samo wynagrodzenie. Można się

więc spodziewać, że ograniczenie miejsc pracy dla lekarzy i tym samym zmniejszenie ich dochodów spowoduje albo wzrost oczekiwań finansowych od pracodawcy publicznego, albo kolejną falę emigracji.

Scenariusz ten teoretycznie jest możliwy, jednak wydaje się mało prawdopodobny, bo to by oznaczało, że ponad 50 tys. pacjentów straci miejsce w kolejce oczekujących na zabieg. Trudno przypuszczać, że racjonalna władza podejmie taką decyzję, wiedząc, że w polskim systemie ochrony zdrowia za każdy błąd medyczny (niesłusznie) odpowiedzialny jest minister zdrowia. Tu skala błędów musiałaby się skumulować, a to by oznaczało konieczność wdrożenia poważnej komunikacji kryzysowej.

Scenariusz neutralny

Drugim możliwym scenariuszem jest zachowanie *status quo*, czyli sytuacja, w której w konkursach o 9% środków na leczenie szpitalne zostanie maksymalnie odtworzona struktura dzisiejszych świadczeniodawców. Być może kilkanaście podmiotów zostanie wyeliminowanych z rynku, ale nie będzie to budziło większego niepokoju, bo będą to te z najniższym kontraktem. Scenariusz taki celowo nazywam neutralnym, gdyż odtworzenia tego, co dotychczas udało się zbudować, nie można nazwać rozwojem. Można się spodziewać, że planowany wzrost finansowania sektora ochrony zdrowia (o ile będzie rzeczywiście realizowany), zdecydowanie zbyt powolny i nieskierowany na osiągnięcie konkretnego rezultatu zdrowotnego, spowoduje zwiększenie zainteresowania komercyjnymi usługami zdrowotnymi. W średnim i długim okresie również w tym scenariuszu można przewidywać powolną konsolidację rynku prywatnego oraz wzrost jego wartości.

Nikt nie lubi zmian

Nikt nie lubi zmian, ale one nadchodzą. Niestety, jak już wspomniano, trudno określić, jaki cel jawny mają realizować, ale istnieje pewne podejrzenie, że celem ukrytym jest ograniczenie roli sektora prywatnego. Czy to się uda? Jak widać, w krótkim okresie może się udać, zaś w średnim i długim wyboru dokonają bogacący się pacjenci. Wydaje się, że wielu z nich ceni sobie komfort, indywidualne podejście i udogodnienia oferowane przez prywatne podmioty. Szkoda tylko, że proponowane zmiany na pewno zmniejszą nie tylko zainteresowanie inwestorów międzynarodowych naszym krajem, lecz także skłonność Polaków do inwestycji w sektor ochrony zdrowia. W długim okresie przegra budżet państwa, który będzie musiał sam finansować inwestycje – czyli my wszyscy, płatnicy podatku. Ale kto myśli o tym, co będzie dalej niż cztery lata od wyborów...

Grzegorz Byszewski
Autor jest zastępcą dyrektora
Centrum Monitoringu
Legislacji przy Pracodawcach RP.