

## Prywatna ochrona zdrowia



**CO NIE ZABIJE,**

**TO WZMOCNI**

Tak jak każdy kij ma dwa końce, tak niemal każda sytuacja, podjęta decyzja lub celowe działanie mają zarówno dobre, jak i złe strony. Czasem przyjmowane rozwiązania przynoszą skutek paradoksalny, odwrotny do zamierzonego. Czy tak będzie w wypadku prywatnej ochrony zdrowia w Polsce?

Ustawa tworząca tzw. sieć szpitali ma w opinii Ministerstwa Zdrowia wprowadzić nowe rozwiązania, które usprawnią organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale i przychodnie przyszpitalne. Ma ona również poprawić dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Mimo że sieć szpitali formalnie rozpocznie funkcjonowanie dopiero w październiku br., to już dzisiaj skutki jej wprowadzenia dotkliwie odczuwa prywatny segment polskiego rynku ochrony zdrowia.

### W poszukiwaniu logiki

Sytuacja w polskiej ochronie zdrowia jest dzisiaj niespójna i pozbawiona logiki. W większości została ona już sprywatyzowana. Sektor prywatny dominuje w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), stomatologii, leczeniu uzdrowskim oraz zdobywa coraz większą część rynku rehabilitacji i opieki długoterminowej. Jedynie leczenie szpitalne wciąż pozostaje domeną świadczeniodawców publicznych, chociaż również w tym obszarze w minionych latach zaczął się dynamicznie rozwijać sektor prywatny i z roku na rok na rynku pojawiało się coraz więcej szpitali prywatnych oraz sprywatyzowanych szpitali publicznych.

### Leczenie szpitalne

Nowelizacja Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112 poz. 654) z 10 czerwca 2016 r. całkowicie wstrzymała proces prywatyzacji szpitali publicznych. Co prawda prywatyzacja jest nadal możliwa w przypadku już skomercjalizowanych i przekształconych w spółki kapitałowe szpitali publicznych, ale w myśl zapisów znówelizowanej ustawy prywatny inwestor nie może posiadać więcej niż 49% udziałów w skomercjalizowanym szpitalu publicznym, co powoduje, że tego typu podmioty przestały być atrakcyjne dla potencjalnych inwestorów. Przejęcie szpitala publicznego może w dalszym ciągu odbywać się w ramach tzw. dzierżawy operatorskiej (notabene dzierżawa operatorska to nic innego jak prowadzenie działalności leczniczej przez prywatny podmiot w wynajmowanych przez niego budynkach szpitalnych należących do lokalnego samorządu), ale samorządy, będące podmiotami tworzącymi dla szpitali publicznych, w obawie przed utratą finansowania ze środków publicznych nie decydują się już na wydzierżawienie swoich szpitali na bazie tego typu umowy.

Jak wspomniano na wstępie, stworzenie na mocy Ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 844) systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. sieci szpitali, która zacznie obowiązywać od 1 października br., najbardziej uderzyło w szpitale prywatne, co w konsekwencji spo-

**JEDYNE LECZENIE SZPITALNE**

**POZOSTAJE WCIĄŻ DOMENĄ**

**ŚWIADCZENIODAWCÓW PUBLICZNYCH**

woduje wstrzymanie na jakiś czas dalszego rozwoju tego segmentu rynku ochrony zdrowia w Polsce.

Szpitalne prywatne wraz z publicznymi sprywatyzowanymi stanowią dzisiaj według szacunków ok. 11% z ponad 1400 zarejestrowanych w Polsce szpitali, co daje liczbę ok. 150 szpitali prywatnych (wiele z nich to szpitale monospecjalistyczne posiadające tylko po kilka łóżek) i sprywatyzowanych publicznych. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Ministerstwo Zdrowia do sieci szpitali zostały zakwalifikowane łącznie 593 szpitale, w tym 4%, czyli ok. 24 szpitale, stanowią szpitale prywatne i publiczne sprywatyzowane. Oznacza to, że z łącznej liczby ok. 150 szpitali prywatnych i sprywatyzowanych szpitali publicznych aż 126, tj. 84% (sic!), utrzymujących się dotychczas w dużej mierze (a czasami wręcz głównie) dzięki kontraktom z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ),



Fot. PAP/Marcin Obara

**Jerzy Gryglewicz**

ekspert Uczelni Łazarskiego

Z tego, co dzieje się na naszych oczach, można wyciągnąć wnioski, że przyszłość szpitala prywatnego może zależeć od... miejsca, w którym został posta-

wiony. Prezes NFZ Andrzej Jacyna scedował na dyrektorów oddziałów wojewódzkich ogromne uprawnienia decyzyjne w zakresie finansowania szpitali w konkretnych regionach. I dyrektorzy wojewódzcy z tych uprawnień rzeczywiście korzystają.

W efekcie mamy trochę powrót do zasady „co krąk, to obyczaj”. Polityka i decyzje w tym zakresie są ogromnie zróżnicowane w zależności od regionu. Generalnie w dużych ośrodkach, takich jak Warszawa, pole manewru jest znacznie mniejsze. Chodzi o obecność dużych szpitali klinicznych. One obligatoryjnie wchodziły do sieci i miały zagwarantowany odpowiedni udział w budżecie lokalnego NFZ. Pole manewru pozostało niewielkie. Inaczej jest w regionach, gdzie szpitali klinicznych jest niewiele. Tam możliwości przesuwania środków między placówkami jest znacznie więcej.

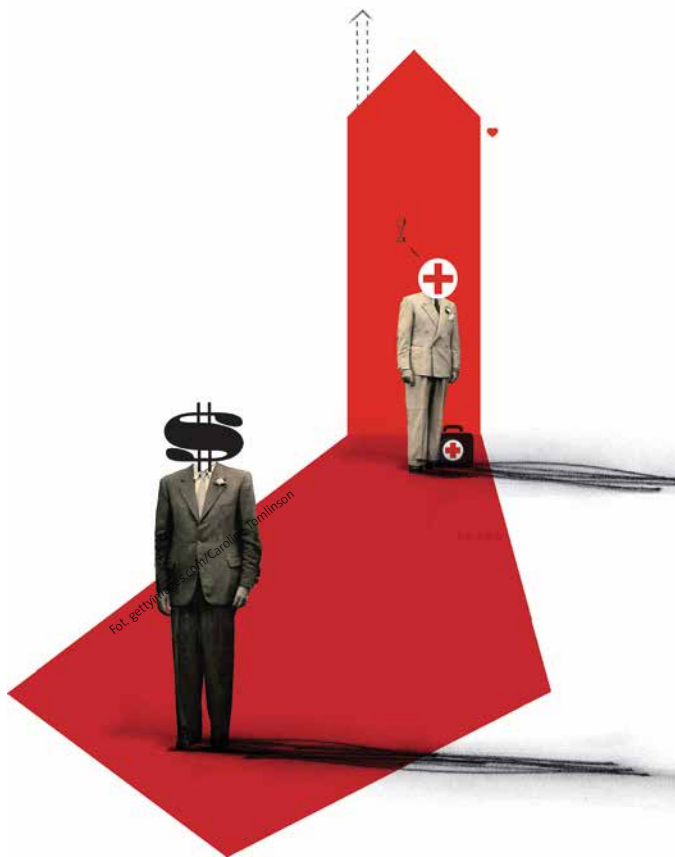
Wiele miejsca dla szpitali prywatnych tworzy też zwiększenie puli środków przeznaczonych na wszczęcie endoprotez i leczenie zaćmy.

**AŻ 126 SZPITALI PRYWATNYCH**

**BĘDZIE MUSIAŁO PODJĄĆ DECYZJĘ**

**O DALSZYM PROWADZENIU**

**LUB O ZAPRZESTANIU DZIAŁALNOŚCI**



będzie musiało podjąć decyzję o dalszym prowadzeniu lub o zaprzestaniu działalności. Przyczynił się do tego absurdalny warunek nie tylko posiadania, lecz także udzielania świadczeń w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie umowy z NFZ przez okres co najmniej dwóch ostatnich lat. Warunek ten jest o tyle pozbawiony sensu, że w przeszłości NFZ odwołał (zresztą słusznie) szpitale prywatne od kontraktowania świadczeń z zakresu izby przyjęć. Ministerstwo Zdrowia, formułując w ten sposób wymagania sieciowe, z góry wiedziało, że uderza w sektor szpitali prywatnych.

### Konkursy, czyli złudne nadzieje

Zgodnie z ustawą szpital, który nie został zakwalifikowany do sieci, może ubiegać się o pozyskanie finansowania ze środków publicznych w ramach postępowania konkursowego na takich zasadach jak dotychczas. Jednak, po pierwsze, takie postępowanie

może w ogóle nie zostać przez NFZ ogłoszone (a jeśli zostanie ogłoszone, to tylko wtedy, gdy szpitale z danego regionu, które znalazły się w sieci, nie pokryją całości zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne), a po drugie, budżet przeznaczony na realizację umów w ramach leczenia szpitalnego zawieranych poza siecią szpitali wyniesie zaledwie 7% całego budżetu przeznaczonego na leczenie szpitalne.

Jeżeli prywatne szpitale, które w zdecydowanej większości nie zostały zakwalifikowane do sieci, nie będą kontynuować działalności finansowanej ze środków publicznych, to NFZ niewątpliwie odnotuje pewne oszczędności, które z wielką pompą w świetle telewizyjnych jupiterów przekaże szpitalom publicznym jako dodatkowy zastrzyk gotówki. Korzyści z tego działania dla szpitali publicznych okażą się niewielkie, natomiast straty społeczne będą niepowetowane. Pacjenci czekający na leczenie lub na zabieg w placówkach prywatnych finansowanych dotychczas ze środków publicznych wypadną z kolejek i będą zmuszeni do ustawienia się na końcu kolejek do szpitali publicznych, które zakwalifikowały się do sieci.

### Trudni pacjenci

Z kolei zastąpienie dotychczasowego systemu finansowania szpitali, polegającego na płaceniu za wykonane konkretne procedury medyczne, nowym – budżetowym sposobem finansowania szpitali sieciowych nie będzie motywowało tych placówek do leczenia trudnych pacjentów i spowoduje, że szpitale sieciowe będą robiły wszystko, aby takich pacjentów nie przyjmować. Kto zatem będzie ich leczył?

Trudno liczyć na to, że wszystkich pacjentów leczących się dotąd na koszt NFZ w prywatnych szpitalach, które po wprowadzeniu reformy utracą kontrakty z płatnikiem, będzie stać na świadczenia zdrowotne udzielane przez te podmioty na zasadach komercyjnych. Szczególnie dotyczy to procedur szpitalnych, których koszty zaczynają się od kilku tysięcy złotych. Większość pacjentów będzie zatem zmuszona stanąć w kolejce do ośrodków, które zakwalifikowały się do sieci.

Paradoksalnie jednak, gdy pacjenci zorientują się, że nie mogą liczyć na szybką pomoc szpitali sieciowych, zaczną wracać po pomoc komercyjną do szpitali prywatnych. W przyszłości szpitale prywatne, w szczególności te najlepsze, mogą więc być jedynymi wygranymi przeprowadzonej reformy i będą wdzięczne ustawodawcy za zwiększenie liczby pacjentów komercyjnych.

Sytuacja ta stworzy również okoliczności do dynamicznego rozwoju rynku polis dodatkowych i ubezpieczeń prywatnych. Rynek ten nie jest jeszcze w Polsce rozwinięty, z jednej strony niezbędna byłaby ustawa regulująca prywatne ubezpieczenia zdrowotne (co przy aktualnej polityce rządu wydaje się niemożliwe), a z drugiej strony minie zapewne kilka lat, zanim społeczeństwo

zaakceptuje konieczność dodatkowego ubezpieczenia się, aby zapewnić sobie standard opieki zdrowotnej zgodny z aktualną wiedzą medyczną i uwzględniający nowoczesne technologie.

A jaki wpływ będą miały ustawa o sieci szpitali oraz inne wdrożone lub planowane akty prawne na obszary ochrony zdrowia poza leczeniem szpitalnym?

### Ratownictwo medyczne

Kolejny element dyskryminujący podmioty prywatne przewiduje projekt nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia. Zakłada on m.in. likwidację konkursów ofert, a także niedopuszczenie podmiotów prywatnych do zawierania umów na świadczenie usług ratowniczych. W myśl zapisów projektu umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie ratownictwa medycznego mogą być zawierane wyłącznie z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, jednostkami budżetowymi oraz spółkami kapitałowymi z co najmniej większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub publicznych uczelni medycznych. Wykluczenie sektora prywatnego z tego segmentu rynku ochrony zdrowia oznacza spore straty dla tych podmiotów, które zainwestowały duże środki w sprzęt związany z ratownictwem medycznym.

### Podstawowa opieka zdrowotna

Chociaż ustawa o sieci szpitali odbiera podmiotom prywatnym możliwość świadczenia usług z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przekazując ten zakres szpitalom sieciowym, to pozostałe zmiany dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ, pielęgniarka i położna POZ) będą miały pozytywny wpływ na rozwój tego w pełni już sprywatyzowanego obszaru ochrony zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia pracuje nad projektem nowelizacji ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, który ma na celu:

- budowę zespołu POZ złożonego z lekarza, pielęgniarki, pielęgniarki szkolnej i położnej oraz opcjonalnie dietetyka, jeśli będzie taka potrzeba;
- koordynację opieki nad pacjentem przez POZ w całym systemie służby zdrowia, m.in. poprzez przejęcie odpowiedzialności za losy pacjenta po leczeniu szpitalnym;
- finansowanie nowej POZ w postaci tzw. części kapitałowej obejmującej opiekę nad pacjentem (obok stawki podstawowej pojawi się komponent motywacyjny za profilaktykę i promocję zdrowia, dodatki za opiekę nad pacjentem przewlekle chorym oraz za wyniki leczenia pacjentów z niektórymi chorobami przewlekłymi), a także tzw. części powierzonej, przeznaczanej na sfinansowanie badań diagnostycznych i specjalistkę (AOS).



### Zbyszko Przybylski

dyrektor szpitala we Wrześni

Na pierwszy rzut oka rzeczywiście wydawało się, że szpitale publiczne będą miały spokojne życie i dobre finansowanie. Ale im dalej w las, tym więcej wątpliwości.

Chodzi o to, że do sieci trafiały nie tyle całe szpitale, co ich konkretne oddziały. To spowoduje zapewne konieczność łączenia tych oddziałów, a więc trend odwrotny do obserwowanego w ostatnim dziesięcioleciu – wydzielania i uruchamiania nowych oddziałów.

Tak też może być. Trudno polemizować z argumentem, że małych, drobnych oddziałów jest w Polsce za dużo. Kłopot z tym, że nie znamy wyliczeń, ile będą zarabiać takie na nowo łączone oddziały. Czekamy na okres dużej niepewności finansowej w czasie, gdy będziemy przeprowadzać zmiany organizacyjne.

Jest jeszcze coś, co może spędzać sen z powiek placówkom publicznym. To mizeria finansowa. Jeżeli sieć nie spowoduje wzrostu przychodów i dochodów placówek publicznych, grozi nam to, że po prostu nie będziemy mogli sprostać oczekiwaniom finansowym pracowników. I mowa tu o konkurowaniu nie tylko o personel medyczny, lecz także o innych pracownikach, choćby administracji, którzy kuszeni lepszymi zarobkami po prostu przechodzą do innych branż.

Do konsultacji społecznych trafił projekt zarządzenia prezesa NFZ, który zwiększa finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej – jeszcze w tym roku na łączną kwotę ok. 190 mln zł. Jest to kolejna podwyżka świadczeń w POZ i jak wynika z informacji podanej przez Porozumienie Zielonogórskie – nie ostatnia (w czwartym kwartale tego roku mają się odbyć kolejne negocjacje w tej sprawie).

Pozycja prywatnych podmiotów działających w obszarze POZ wydaje się niezagrażona i z perspektywami dalszego rozwoju.

### Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Niestety nie można tego samego powiedzieć o ambulatoryjnej opiece specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych. Ustawa o sieci szpitali przesuwając AOS w kierunku przychodni przyszpitalnych, co w konsekwencji ogranicza środki publiczne, które będą dostępne dla dotychczasowych podmiotów (głównie prywatnych) działających w tym obszarze. W ramach sieci szpitali ma zostać rozdysponowane ok. 37% budżetu AOS, więc prywatne podmioty będą walczyć o AOS-owy tort pomniejszony o te 37%.

Ograniczy to – podobnie jak w przypadku leczenia szpitalnego – i tak już utrudniony dostęp do lekarzy



## Grzegorz Byszewski

zastępca dyrektora Centrum  
Monitoringu Legislacji  
przy Pracodawcach RP

Decyzja wielu dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ o aneksowaniu umów, a nie o kontraktowaniu świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, jak wcześniej zapowiadano, zdecydowanie opóźnia rezultaty założonej ustawy o zmianie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Szpitale prywatne na chwilę pozostają w starym układzie, na dotychczasowych zasadach prowadzonej działalności medycznej. Dzięki temu, z punktu widzenia pacjenta, krótko po 1 października br. nic formalnie się nie zmieni. Tylko czy będzie to można uznać za sukces? Zapowiadana przez ministra zdrowia prawie od dwóch lat wielka, rewolucyjna reforma, która ma uzdrowić nasz system, zostaje odłożona o kilka miesięcy. Natomiast szpitale prywatne w wielu regionach wstrzymują oddech i oczekują, że przez ten czas ministrowi zdrowia uda się zmienić rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert. Dalej uważamy, że bez jednoznacznego, rozsądnego doprecyzowania zapisów rozporządzenia konkursy się nie powiodą. Oczekuje się także, że plan finansowy NFZ na rok 2018 ulegnie istotnemu zwiększeniu. W oddziałach NFZ słyszymy, że bez wzrostu budżetu płatnika w wielu regionach kontraktowania w ogóle nie będzie albo będzie bardzo mocno ograniczone. Oczywiście zapewnienia ministra zdrowia o pozostałych środkach w wysokości 7% na tryb konkursowy zostaną bez pokrycia.

specjalistów, co przeloży się na wzrost zainteresowania pacjentów świadczeniami komercyjnymi. W przypadku świadczeń ambulatoryjnych nie ma takiej bariery cenowej jak w przypadku komercyjnego leczenia szpitalnego. Można więc kolokwialnie stwierdzić, że w tym obszarze dla podmiotów prywatnych szykuje się prawdziwe eldorado.

### Stomatologia

Stomatologia była pierwszym całkowicie sprywatyzowanym obszarem ochrony zdrowia w Polsce. Wprowadzane przekształcenia w żaden negatywny sposób nie wpłyną na rynek sprywatyzowanej stomatologii. Jedynie zapowiadany powrót do gabinetów stomatologicznych w szkołach – co w związku z katastrofalnym stanem uzębienia dzieci i młodzieży należy uznać za jak najbardziej wskazane działanie – wprowadza

kosmetyczną zmianę w tym segmencie rynku ochrony zdrowia.

### Rehabilitacja lecznicza

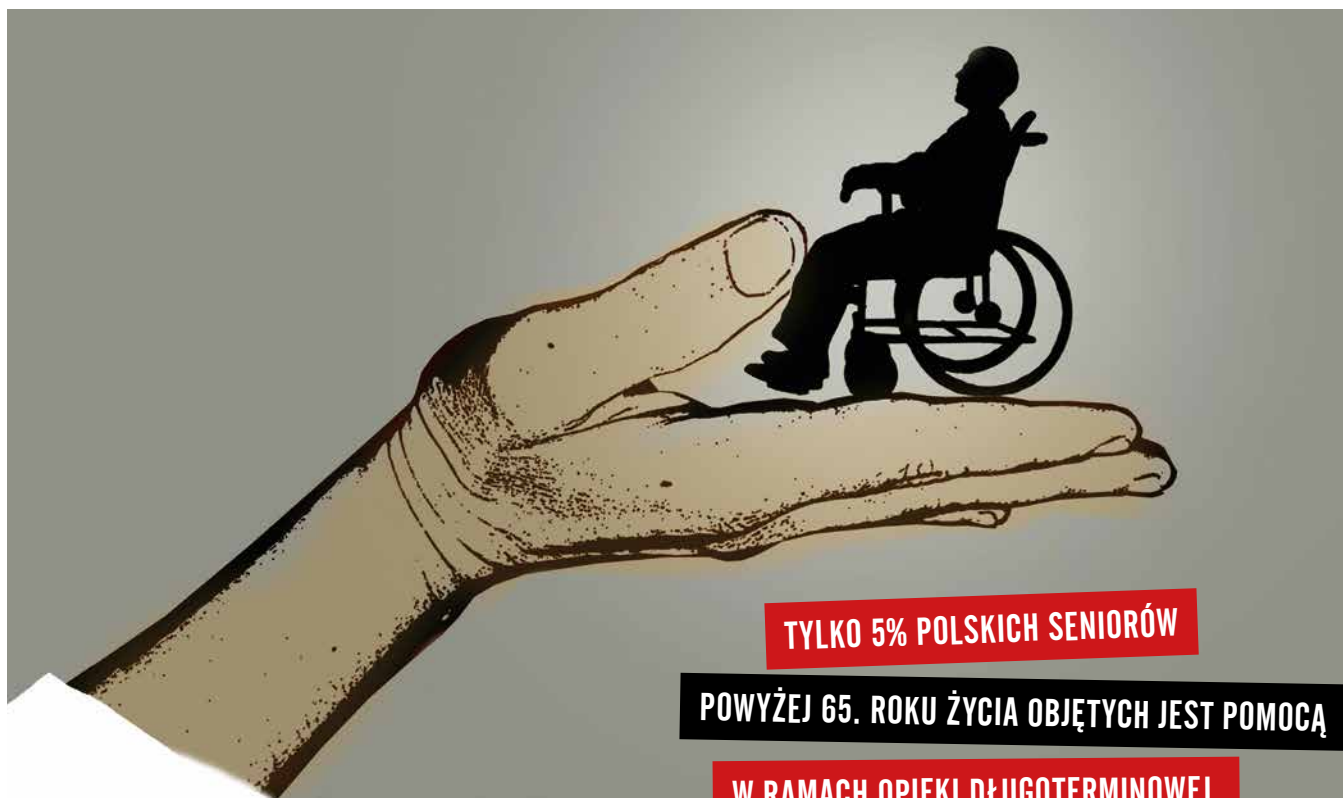
Po długich konsultacjach do sieci szpitali zostały włączone świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowane w warunkach stacjonarnych i w ramach ośrodka lub oddziału dziennego, jednakże tylko te, które funkcjonują w ramach szpitala wieloprofilowego (sieć nie obejmuje monospecjalistycznych szpitali rehabilitacyjnych). Dotychczas nie określono, na jaką pulę środków mogą liczyć podmioty rehabilitacyjne niewłączone do sieci. Wykluczenie szpitali rehabilitacyjnych z sieci przy jednoczesnym włączeniu do niej stacjonarnych i dziennych oddziałów rehabilitacji funkcjonujących w wielospecjalistycznych szpitalach sieciowych oraz brak konkretnych i precyzyjnych informacji w kwestii finansowania szpitali rehabilitacyjnych spoza sieci nasuwa podejrzenie, że albo Ministerstwo Zdrowia nie ma pomysłu na zasady, według których szpitale te mają funkcjonować w całym systemie, albo dąży do tego, by ich zadania przejęły szpitale sieciowe. Nie wielka liczba szpitali prywatnych zakwalifikowanych do sieci oznacza, że rehabilitacja lecznicza, szczególnie ta funkcjonująca w ramach oddziałów dziennych i stacjonarnych, nie będzie obszarem, w którym prym będą wiodły podmioty prywatne.

### Opieka długoterminowa

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze znalazły się poza profilami zakwalifikowanymi do sieci szpitali.

Prognozy demograficzne wskazują na lawinowy wzrost zapotrzebowania w najbliższych latach na ośrodki opieki nad seniorami, co mocno kontrastuje z ograniczoną ofertą opieki długoterminowej oraz brakiem systemowej opieki nad pacjentem przewlekle chorym. Szacuje się, że w Polsce jest nawet 1,2 mln osób, które określają się jako niesamodzielne i potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Z tej populacji ponad 800 tys. osób objętych jest jedynie nieformalną opieką rodziny. Jak wynika z danych opublikowanych przez PwC, Polska na tle krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD) wypada bardzo blado – tylko 5% seniorów powyżej 65. roku życia objętych jest pomocą w ramach opieki długoterminowej, podczas gdy średnia OECD to 14%, a najlepsza w rankingu Szwajcaria osiąga wskaźnik 20%.

Tę lukę coraz częściej wypełniają prywatne domy seniora, zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. O atrakcyjności tego obszaru świadczy przejście przez francuskiego giganta na rynku opieki długoterminowej ORPEA polskiej sieci ośrodków rehabilitacji stacjonarnej i opieki długoterminowej MEDI-system. ORPEA zakłada powiększenie bazy



**TYLKO 5% POLSKICH SENIORÓW**

**POWYŻEJ 65. ROKU ŻYCIA OBJĘTYCH JEST POMOCĄ**

**W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ,**

**PODCZAS GDY ŚREDNIA OECD TO 14%**

Foto: gettyimages.com/ Gary Waters

łóżkowej przejętego podmiotu z 700 łóżek do 3–5 tys. łóżek (sic!).

Czy płatnik publiczny będzie miał wystarczające środki, aby pokryć odpowiednio wycenione koszty opieki nad osobami starszymi? Bo jeżeli tych środków nie będzie, to należy zapytać: czy potencjał finansowy pacjentów potrzebujących opieki pozwoli im na korzystanie z usług opiekuńczych na wysokim poziomie?

Warto przypomnieć, że jeśli ktoś decyduje się na opiekę w jednostce finansowanej ze środków publicznych, to musi jej oddać 70% swojej emerytury lub renty. Wiemy jednak, że poziom emerytur w stosunku do poziomu wynagrodzeń będzie w naszym kraju coraz niższy, co oznacza, że bez zdecydowanej interwencji państwa pacjent emeryt za swoje świadczenie emerytalne będzie mógł kupić coraz mniejszy pakiet opieki długoterminowej. Istnieje realna obawa, że dużej części populacji seniorów w ogóle nie będzie stać na tego typu opiekę.

Na razie – mimo szeregu obietnic resortu zdrowia – odnotowaliśmy tylko wzrost wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, które są dużo bardziej zbliżone do realnych kosztów niż wyceny w zakładach opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-opiekuńczych. Prywatni przedsiębiorcy najwyraźniej liczą na podobne zmiany w pozostałych obszarach opieki długoterminowej.

### Diagnostyka laboratoryjna

Wartość polskiego rynku diagnostyki *in vitro* (diagnostyki laboratoryjnej) firma PMR szacuje na ok.

1,4 mld zł. Rocznie ma on wrosnąć o ok. 8%, by w 2021 r. sięgnąć 2,2 mld zł. Czynnikiem, który napędza ten rynek, jest wzrost znaczenia działań prewencyjnych oraz wczesnego wykrywania chorób. Na rynku tym mikrobiologia stanowi niewiele ponad 5%, natomiast segment ten rośnie bardzo szybko, zwłaszcza w zakresie świadczeń na rzecz szeroko rozumianego przemysłu.

W coraz większej mierze rynek diagnostyki laboratoryjnej jest zdominowany przez podmioty prywatne. Lider rynku – firma Diagnostyka SA – posiada aktualnie ponad 130 laboratoriów. Do tego dochodzą laboratoria takich firm sieciowych, jak Alab Laboratoria czy Synevo.

Według ekspertów przyszłością tego obszaru są badania, które dotychczas w ogóle nie były wykonywane lub dopiero się rozwijają, np. badania biologii molekularnej. Wydaje się, że laboratoria, które mają dzisiaj w swojej ofercie wszystkie badania i dodatkowo będą wykonywały również badania biologii molekularnej, wygrają z tymi, które specjalizują się tylko w diagnostyce laboratoryjnej.

Wydawałoby się, że od prywatyzacji tego obszaru nie ma już odwrotu, ale na rynku pojawiły się niepokojące sygnały, że od szpitali będących w sieci, z których wiele zlikwidowało w przeszłości swoje laboratoria i przekazało usługi laboratoryjne zewnętrznym pod-

## Z OSTATNIEJ „DIAGNOZY SPOŁECZNEJ”

WYNIKA, ŻE CO DRUGI POLAK

DECYDUJE SIĘ NA KORZYSTANIE

Z PRYWATNYCH USŁUG MEDYCZNYCH

miotom prywatnym zlokalizowanym na terenie szpitali, będzie się wymagać, aby wszystkie pomocnicze usługi medyczne – w tym laboratoryjne – realizowały we własnym zakresie, co byłoby katastrofalne w skutkach dla podmiotów prywatnych. Pocieszeniem dla podmiotów prywatnych jest fakt, że takie działania naraziłyby szpitale na konieczność bardzo dużych nakładów finansowych na odtworzenie laboratoriów i na kary umowne wynikające z przedterminowego rozwiązania umów zawartych z laboratoriami prywatnymi.

### Diagnostyka obrazowa

Podobne trendy obserwujemy na rynku diagnostyki obrazowej. W coraz większym stopniu jest on zdominowany przez podmioty prywatne, m.in.: Voxel, Lux Med Diagnostyka, Wizja, Helimed.

Z analizy rynku diagnostyki obrazowej dokonanej przez firmę PMR wynika, że czynnikiem w znacznym stopniu wpływającym na wartość ich usług diagnostycznych jest polityka państwa w zakresie zawierania umów ze świadczeniodawcami oraz wysokość wydatków publicznych na diagnostykę. Część prywatnych firm medycznych chce świadczyć usługi także na podstawie kontraktów z NFZ, a zdecydowana większość pacjentów jest zmuszona polegać na świadczeniach finansowanych przez państwo, głównie z uwagi na wysokie koszty badań.

Dlatego też, ze względu na dość stałe nakłady NFZ na ten cel, PMR prognozuje stabilny i umiarkowany wzrost wartości rynku usług diagnostyki obrazowej w najbliższych latach. Zdaniem PMR czynnikiem napędzającym rynek będą wydatki prywatne (*fee-for-service*, abonamenty i ubezpieczenia zdrowotne), choć tu świadczeniodawcy borykać się będą ze spadkiem cen. Ogólnie rzecz biorąc – prognoza PMR zakłada rozwój rynku usług diagnostyki obrazowej na poziomie 5–6% w latach 2016–2021, aż do wartości 6,4 mld zł w 2021 r.

Zagrożeniem dla rynku diagnostyki obrazowej może być systemowe odejście od *outsourcingu* przez szpitale sieciowe.

### Co drugi Polak

Z danych zgromadzonych w ostatniej „Diagnozie społecznej” wynika, że co drugi Polak decyduje się na korzystanie z prywatnych usług medycznych. Według deklaracji gospodarstw domowych w 2015 r. ponad 93% z nich wybrało placówki służby zdrowia opłacane przez NFZ, ale jednocześnie prawie 54% korzystało z usług placówek, w których trzeba było zapłacić z własnej kieszeni, a tylko niecałe 7% z placówek opłacanych przez pracodawcę, który wykupił abonament. Oznacza to, że niemal połowa gospodarstw domowych ponosiła jakieś wydatki na usługi zdrowotne z własnej kieszeni. Przeciętnie najwięcej kosztowały leczenie i badania ambulatoryjne (591 zł), w dalszej kolejności był zakup leków i innych artykułów farmaceutycznych (376 zł) oraz tzw. dowody wdzięczności, czyli łapówki, dzięki którym próbowano pozyskać lepszą lub szybszą opiekę (np. większe zainteresowanie problemami pacjenta, więcej troski o jego zdrowie, wybór lekarza operującego lub opiekującego się pacjentem w szpitalu publicznym, przyspieszenie usługi), co przekładało się średnio na koszt 377 zł. Przeciętna opłata w szpitalu publicznym wyniosła 293 zł, a średnia wysokość szczerego dowodu wdzięczności wręczanego już za uzyskaną opiekę – 148 zł. W ciągu ostatnich czterech lat poprzedzających wydanie „Diagnozy społecznej” wzrósł odsetek gospodarstw domowych płacących łapówki i znacząco wzrosła ich realna wysokość (o 16,6%). Przypomnijmy, że dane te dotyczą placówek publicznych.

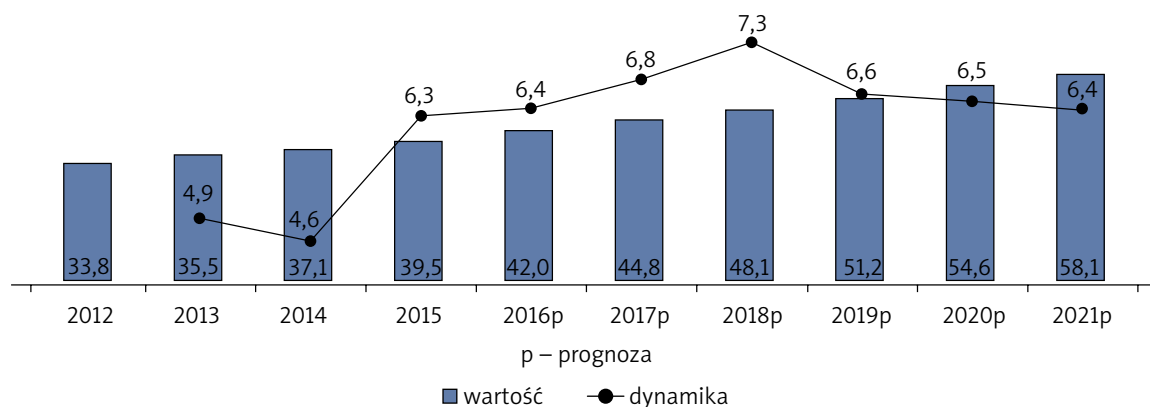
Co ciekawe, z „Diagnozy społecznej” wynika, że w 2015 r. 73,5% respondentów nie było zainteresowa-



**Ewa Książek-Bator**  
członek zarządu Polskiej  
Federacji Szpitali

Nie dziwię się obawom szefów szpitali publicznych. Cóż, dla nich sieć to także niepewność. Ale ich problemy są jednak niewielkie, gdy porównać je z sytuacją szefów lecznic prywatnych. Szpitale publiczne po zakwalifikowaniu się do sieci mają w miarę stabilną sytuację finansową. Dla szpitali prywatnych najbliższe miesiące będą czasem walki o przeżycie. Tak być nie powinno, współczuję i właścicielom, i pracownikom szpitali prywatnych, którzy w swoje placówki zainwestowali nie tylko duże pieniądze, lecz także sporo serca i pracy.

Co do całej sieciowej reformy, jest jeszcze jeden istotny znak zapytania. Szpitale sieciowych, publicznych wcale nie czeka eldorado. Wraz z zapewnieniem w miarę stabilnego finansowania spadnie na nie ogromny zakres nowych obowiązków związanych z zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych obywateli. Także tych, które dotychczas zapewniały dość sprawnie podmioty prywatne. Pozostaje pytanie, jak szpitale publiczne poradzą sobie z tymi nowymi zadaniami. Bo wcale nie jest pewne, że dobrze. Możliwe zatem, że w niedalekiej przyszłości konieczne będą istotne korekty reformy.



**Rycina 1.** Wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce (mld zł) i dynamika (%) 2012–2021

Źródło: raport „Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2016. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2016–2021”, PMR 2016

nych wykupieniem dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, podczas gdy w 2013 r. i w 2011 r. wartości te wynosiły odpowiednio 72,4% i 67,1%. Oznacza to, że z biegiem czasu zainteresowanie dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym było niewielkie i na dodatek spadało, mimo że w tym okresie znacznie wzrosły wydatki gospodarstw domowych na usługi w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Z kolei z danych Banku Światowego wynika, że wydatki prywatne pacjentów na ochronę zdrowia w Polsce wahały się w ostatnich latach od 1,47% PKB do 1,64% PKB i stanowiły kwotowo łącznie równowartość ok. 1/3 wydatków publicznych na ochronę zdrowia obywateli.

Cytowane powyżej liczby mówią same za siebie. Jest jednak światełko w tunelu.

### Rynek prywatnej opieki medycznej w Polsce

W 2015 r. rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce wzrósł o ok. 6% w stosunku do roku poprzedniego i osiągnął wartość blisko 39,5 mld zł. Dla porównania przypomnijmy, że budżet NFZ w 2015 r. wynosił 67,5 mld zł, a w 2016 r. – 69,5 mld zł. Firma analityczna PMR oszacowała, że w Polsce w latach 2016–2021 prywatne wydatki na ochronę zdrowia będą rosły o 7% rocznie, czyli o ok. 3 mld zł.

Według prognoz firmy PMR, nieco wbrew danym cytowanym w „Diagnozie społecznej”, dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne będą najszybciej rozwijającym się segmentem finansowania prywatnego leczenia w latach 2016–2021. Według tego samego źródła dwucyfrowy wzrost osiągną abonamenty medyczne kupowane przez firmy dla pracowników, zwiększą się też wydatki na bezpośrednie wizyty u prywatnych lekarzy.

Wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce w miliardach złotych oraz jego dynamikę w procentach w latach 2012–2021 przedstawiono na rycinie 1.

Można z dużą dozą prawdopodobieństwa przyjąć, że odpływ z prywatnych placówek pieniędzy publicznych finansujących realizowane tam dotychczas świadczenia

medyczne – i związane z tym chwilowe zawirowanie w prywatnym sektorze ochrony zdrowia – w dłuższej perspektywie może się przełożyć na poprawę kondycji całego rynku, m.in. dlatego, że pacjenci zmuszeni czekać na diagnostykę w jeszcze dłuższych kolejkach do publicznych przychodni przyszpitalnych zdecydują się zapłacić prywatnemu podmiotowi za szybkie badanie. Niestety na drodze prywatne leczenie szpitalne nie wszystkich będzie stać.

### Własność szpitala a zdrowie pacjenta

Temat własności szpitali jest tematem zastępczym, który nie ma żadnego znaczenia dla chorego człowieka. Rynki na przestrzeni lat udowodniły, że własność prywatna lepiej służy rozwojowi gospodarczemu niż własność państwowa, a dane jednoznacznie dowodzą, że prywatne przedsiębiorstwa są bardziej efektywne niż publiczne – państwowe, samorządowe czy spółdzielcze. Przewaga przedsiębiorstw prywatnych nad publicznymi wynika m.in. z wyższej jakości nadzoru właścicielskiego oraz z wyższej jakości kadry i sposobu zarządzania.

Placówki prywatne są dzisiaj istotnym elementem rynku usług szpitalnych w Polsce. Istotność ta nie wynika z udziału szpitali prywatnych w rynku leczenia szpitalnego (umowy ze szpitalami prywatnymi stanowią zaledwie 6% budżetu NFZ w zakresie leczenia szpitalnego), ale z wyznaczania standardów jakościowych, głównie w zakresie infrastruktury i stosowania innowacyjnych metod leczenia, jak również – a może przede wszystkim – w zakresie zarządzania.

Przykładowo warto tu wskazać placówki specjalizujące się w kompleksowych świadczeniach kardiologicznych, w tym ratującej życie pacjentów kardiologii inwazyjnej. Nie ulega wątpliwości, że szybkość uzyskania pomocy medycznej w razie wystąpienia zawału czy innej niewydolności sercowo-naczyniowej jest kluczowa w kontekście ratowania życia pacjenta. Tymczasem na skutek wprowadzenia sieci szpitali i wynikającego stąd ograniczenia liczby placówek zabezpieczających dostęp do świadczeń z zakresu kardiologii interwencyjnej na



terenie danego województwa pacjent nie może już być pewien, że w razie pilnej potrzeby będzie mógł skorzystać z usług prywatnego ośrodka znajdującego się w jego pobliżu. Już dzisiaj – jeszcze przed wejściem w życie sieci szpitali – prywatne placówki kardiologii inwazyjnej rozpoczęły proces zamykania swoich oddziałów, pozbawiając rzesze faktycznych i potencjalnych pacjentów pomocy medycznej ratującej ich zdrowie i życie. Czy o to chodziło pomysłodawcom i realizatorom idei sieci szpitali? Jaki sens w tej sytuacji ma dogmat o wyższości medycznej placówki publicznej nad taką samą placówką prywatną?

### Czarny scenariusz

Wygląda na to, że czarny scenariusz, zgodnie z którym gros prywatnych podmiotów leczniczych straci kontrakt z publicznym płatnikiem, wchodzi w fazę realizacji. W krótkim okresie spowoduje on istotne ograniczenie w funkcjonowaniu, a być może nawet likwidację części prywatnych szpitali, co wpłynie na dostęp pacjentów do leczenia szpitalnego. Szacuje się, że w wyniku wprowadzenia w życie sieci szpitali ponad 50 tys. pacjentów straci miejsce w kolejce czekających na zabieg. W mniejszym stopniu ograniczenie odczują

pacjenci poszukujący diagnostyki oraz specjalistycznej porady ambulatoryjnej. Podobnie stanie się z profilaktyką zdrowotną.

Mimo że prywatne podmioty lecznicze niezakwalifikowane do sieci szpitali deklarują udział w przyszłych konkursach NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych, część z nich rozpoczęła już definitywną likwidację swojej działalności. Pustki po nich nie zdołają wypełnić sieciowe placówki publiczne, nawet te z rezerwami potencjału wykonawczego, bo ich budżety po prostu na to nie pozwolą. W konsekwencji m.in. wydłużą się kolejki pacjentów czekających na limitowane świadczenia zdrowotne.

Prywatny rynek ochrony zdrowia w Polsce już nieraz obronił się przed różnego rodzaju reformami wprowadzanymi przez polityków. Czy jednak pacjenci przetrwają realizowany aktualnie eksperyment? Trudno dzisiaj jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Czas pokaże.

*Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz*

*Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali oraz ekspertem Formedis Medical Management and Consulting.*

*Piotr Magdziarz jest partnerem zarządzającym Formedis Medical Management and Consulting.*

## Czy prywatnym podmiotom grozi... szansa?

W sieci to nie przepisy, ale podmioty publiczne same określą w praktyce koszyk świadczeń gwarantowanych. Zostaną do tego zmuszone. Należy się spodziewać, że z braku środków... pozostawią sporo miejsca podmiotom prywatnym. Kolejne zmiany sprawiają, że pojedyncze nowelizacje powoli, systematycznie budują podstawę do nowego systemu. W efekcie pojawi się zupełnie nowa rzeczywistość, w której podstawowe świadczenia zapewni gwarantowana sieć świadczeniodawców. Będą oni realizatorami narodowej służby zdrowia zapewniającej bazalne bezpieczeństwo zdrowotne. Bazalne i często odbiegające od wykształconych już nawyków oraz rosnącej świadomości zdrowotnej obywateli. Właśnie ci świadomi, znający swoje potrzeby i możliwości współczesnej medycyny nie odnajdą poczucia bezpieczeństwa w sektorze publicznym.

Obserwacje rynku świadczeń komercyjnych wskazują, że rynek dynamicznie rośnie. Największy wzrost dotyczy jednak pojedynczych świadczeń. Wzrasta też wysokość jednorazowego wydatku na świadczenie i coraz częściej pacjenci korzystają z kosztownych zabiegów operacyjnych, z endoprotezoplastyką włącznie. Często źródłem finansowania drogiego leczenia są kredyty, nie jest to jednak argument przeciw systemom ubezpieczeniowym czy pakietowym. Wręcz przeciwnie, jeśli bowiem ktoś decyduje się na dźwignięcie ratального spłacania kilkunastu tysięcy, mając jednocześnie dodatkowo obciążenie korzystaniem z innych odpłatnych świadczeń zdrowotnych, to znaczy, że dobrze skonstruowany system ubezpieczeniowy będzie dla niego lepszy.

Najbliższy rok to w mojej ocenie rok kryzysu, w którym ogrom zasobów szpitalnych nie znajdzie nabywcy na swoje usługi. Nabywcą jest bowiem publiczny płatnik, który stworzył zabetonowany system budżetów przydzielonych wybranym lecznicom. W tym wszystkim faktyczny beneficjent systemu, prawdziwy nabywca – pacjent, pójdzie kupić świadczenie na rynku komercyjnym. Istnieje obawa, że rynek ten na razie zapewni mu w miarę bieżący dostęp do wybranych świadczeń.

Brak koordynacji, kompleksowości i zbyt mała w stosunku do kosztów zasobność portfela pacjenta może sprawić, że trudne przypadki trafią do sieci publicznej. Drogie procedury, powikłane schorzenia wymagające kompleksowego leczenia i kosztochłonne terapie obciążą system publiczny, który do tej pory jakoś panował nad epidemiologią.

Szansą dla rynku komercyjnego w najbliższych dwóch latach jest to, że faktyczny koszyk świadczeń gwarantowanych określą sami świadczeniodawcy publiczni. To oni zmuszeni są do wyznaczania środka pomiędzy bezwzględną potrzebą zdrowotną chorego a wielkością środków, jakie posiadają na zapewnienie dostępu wszystkim, którzy się do nich zgłoszą.

Czy to szansa, czy raczej zagrożenie, że dyktujący warunki, kupujący usługę pacjent będzie oczekiwał od prywatnego podmiotu inwestycji, rozwoju, kompleksowości, czyli wszystkiego tego, na co prywatne podmioty tak długo czekają, że nie wiadomo, na ile są na to dzisiaj gotowe? Obawiam się, że ta szansa im grozi.