



Fot. © iStockphoto.com/4x

Globalizacja czy protekcjonizm?

Który z trendów wygra i w jaki sposób wpłynie na funkcjonowanie ochrony zdrowia?

Dyrektywa transgraniczna, turystyka medyczna, migracja lekarzy i pielęgniarek – prawie codziennie można się upewnić, że także podmioty działające w zakresie ochrony zdrowia nie mają już komfortu pracy w obszarze bliskiego i dobrze sobie znanego środowiska. Szanse i zagrożenia powstają bowiem nie tylko na lokalnym podwórku – coraz częściej ich źródłem są procesy globalne.

Tymczasem globalizacja nie tylko właśnie wyhamowuje, ale właściwie zmienia wektor z powrotem do obszarów protekcjonistycznych. Niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z początkiem wojny handlowej, czy tylko przejściową korektą kursu, za którą ponownie rozciąga się ocean międzynarodowych interesów, sytuacja ta powoduje pogłębiającą się niepewność na wszystkich poziomach decyzyjnych. Z tego powodu warto przeanalizować, czy dynamiczna sytuacja wpłynie na codzienną pracę dużych i małych szpitali, przychodni i samych specjalistów oraz w jakim stopniu.

Firmy farmaceutyczne: zamknięcie starego cyklu i otwarcie nowego?

Firmy farmaceutyczne zostały poddane presji globalizacji, a precyzyjniej – same te przemiany współtworzyły. Proces ten nie jest wcale nowy i wyjątkowy, a obecny kształt został ustanowiony już kilkadziesiąt lat temu. W Polsce był nieco opóźniony i nastąpił u schyłku epoki dominacji wielkich fuzji i przejęć w branży. Oprócz klasycznej koncentracji kapitału w znaczeniu finansowo-materialnym olbrzymią rolę odegrała w tym procesie także trudniejsza do uchwy-

cenia i zmierzania wartość intelektualna. Właśnie brak fizycznej możliwości odtworzenia wartości kapitału intelektualnego doprowadził do obserwowanego wyczerpywania się źródeł utrzymujących dotychczasowy model. Obserwując otoczenie, liderzy branży zaczynają szukać nowej formuły funkcjonowania. Jednym z potencjalnych kierunków, który może rzeczywiście wpłynąć na światowy obraz rynku usług zdrowotnych, jest rozszerzenie przedmiotu sprzedaży z samego produktu – cząsteczki chemicznej – na cały proces leczenia lub przynajmniej uzupełnienie sprzedaży leku o znaczącą część usług zdrowotnych. Tylko na pierwszy rzut oka jest to trudne do wyobrażenia. W istocie, gdyby powyższa strategia została szerzej wdrożona, mogłaby się przyczynić zarówno do poszerzenia wolumenu sprzedaży (choćby poprzez poprawę *compliance*), jak i zwiększenia niezależności i stabilności biznesu, mimo wygaśnięcia wielu praw patentowych i jednocześnie nieadekwatne pozyskiwanie nowych.

Ze względu na olbrzymi potencjał branży podmioty lecznicze będą zmuszone do reakcji na tak zredefiniowaną misję. Podobne wyzwanie stanie przed płatnikami i regulatorami rynku. Ostateczny sposób funkcjonowania jest oczywiście trudny do przewidzenia. Biorąc jednak pod uwagę siłę oddziaływania branży farmaceutycznej i względną słabość i rozproszenie podmiotów leczniczych i samych profesjonalistów, można założyć, że już niedługo lekarze (i w coraz większym stopniu pielęgniarki, ratownicy i przedstawiciele innych zawodów) przestaną być przedmiotem działań marketingowych branży, a staną się jej pracownikami. W nieco mniejszej skali powyższy scenariusz może dotyczyć także innych dostawców podmiotów leczniczych.

Opisany powyżej proces w oczywisty sposób będzie sprzyjał koncentracji i globalizacji usług zdrowotnych.

Stary dobry kapitał? Już nie taki ważny, także w ochronie zdrowia

Nie tylko nieruchomości, surowce czy nawet wartości intelektualne nie są już tak ważne jak jeszcze do niedawna. Wykorzystywane obecnie w medycynie technologie, nie tylko lekowe, stają się relatywnie coraz tańsze w odniesieniu do kosztów całkowitych usług zdrowotnych. Pojedyncze informacje dotyczące skrajnie wysokich jednostkowych cen leków na choroby sierocę mogą być w tym kontekście mylące. W istocie dotyczą przecież jedynie wąskich grup pacjentów, które tylko w niewielkim stopniu oddziałują na cały wolumen nakładów.

Mniejsze znaczenie kapitału dotyczy także infrastruktury. Polskie doświadczenie i w tym przypadku może dawać mylącą perspektywę. Obserwując trudności z podniesieniem standardów szpitali, wynikające przede wszystkim z niewystarczających nakładów finansowych, łatwo przeoczyć fakt, że relacja wartości



„Technologie wykorzystywane w medycynie, nie tylko lekowe, stają się coraz tańsze w odniesieniu do kosztów całkowitych usług zdrowotnych”

odtworzeniowej nieruchomości szpitalnych do rocznych przychodów szpitali jest coraz mniejsza. Inna sprawa, że wymogi w odniesieniu do nowych obiektów będą rosły i proste odtworzenie będzie po prostu niewystarczające. Inwestorzy z Wall Street prawie hurtem rozpoczęli wykupywanie amerykańskich szpitali z rąk lokalnych właścicieli, często działających w formie organizacji *non profit*. Co ciekawe, mimo powyższych inwestycji i następujących po nich fuzji dochody największych szpitali zaczęły się obniżać. Nie oznacza to, że inwestycje były z punktu widzenia inwestorów nieefektywne. Po pierwsze, z powodu polityki ekonomicznej rządów zasoby środków na nowe przedsięwzięcia pozostawały w nadmiarze. Z kolei z powodu innych wyzwań ekonomicznych, demograficznych i technologicznych organizacja świadczeń będzie po prostu musiała ulegć głębokiemu przeobrażeniu. Usługi zdrowotne jutra będą w mniejszym stopniu oparte na twardej infrastrukturze, a w większym na organizacji ciągłej opieki i elastycznym dostosowaniu do potrzeb.

Nowe technologie

Kapitał jest oczywiście potrzebny do rozwoju i wdrożenia nowych technologii w ochronie zdrowia, opartych na bazach danych rozproszonych w chmurze, sztucznej inteligencji, telemedycynie, indywidualizacji opieki, bioinżynierii i genetyce. Jednocześnie łatwo zauważyć, że cechą odróżniającą od poprzedniej generacji rozwiązań technologicznych, jest jeszcze krótszy czas osiągnięcia dojrzałości, z reguły prosta możliwość skopio-



„Rozpoczęta w ostatnich tygodniach wojna handlowa mogłaby sugerować, że procesy globalizacyjne zostaną odwrócone lub przynajmniej zahamowane. W praktyce takie rozumowanie należy jednak uznać za błędne”

wania rozwiązań lub opracowania podobnie działającej alternatywy. Oznacza to teoretycznie, że ceny nowych technologii będą szybko spadały i ich masowe zastosowanie z pożytkiem dla jakości i dostępności świadczeń będzie ułatwione. W praktyce mamy jednak taką sytuację, że przy większym ryzyku zaangażowania kapitału w rozwój technologii najwięksi gracze będą próbowali narzucać własne standardy. Celem pozostanie jak najdłuższe zamrożenie cen sprzedaży opracowanych rozwiązań. Taka sytuacja jest olbrzymim wyzwaniem dla regulatorów rynku, którzy tylko w niewielkim stopniu są gotowi na rodzące się wyzwania. Podtrzymanie podjętych w poprzednich latach decyzji o rozszerzeniu kompetencji AOTMiT jest warunkiem koniecznym zmierzenia się z tym wyzwaniem. Nie jest jednak warunkiem wystarczającym nawet dla największych europejskich krajów. W praktyce jest to olbrzymie wyzwanie dla całej Unii Europejskiej, do czego jeszcze wrócę.

Ryzyko dla szpitali

Ubiegłoroczny raport Deloitte przewiduje dalsze zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych praktycznie na całym świecie – największe w gospodarkach transformacji i w Europie Zachodniej (odpowiednio z 8,29/1000 mieszkańców do 7,7 i z 5,14 do 4,81 od 2010 r. do 2020 r.), a odpowiednio mniejsze w Ameryce Północnej (z 2,91 do 2,81). Jedynym wskazanym wyjątkiem jest Ameryka Łacińska, gdzie przewiduje się

symboliczny wzrost z 2,05 do 2,12. Jakkolwiek skala spadków wydaje się niewielka, to już w zestawieniu ze wskaźnikami demograficznymi robią one większe wrażenie. We wszystkich tych rejonach świata społeczeństwa starzeją się coraz szybciej. Polski wskaźnik (wg opracowania PZH z 2017 r., dane za 2012 r.) wynoszący 6,6, przy jednocześnie wciąż nieco lepszej demografii, jasno wskazuje olbrzymie zapóźnienie w transformacji sposobu organizacji świadczeń zdrowotnych. Nieśmiało przeprowadzany pilotaż w zakresie psychiatrii czy 1-procentowa zachęta dla szpitali, aby rozwijały opiekę ambulatoryjną, to o wiele za mało, żeby nadrobić zaległości reform organizacyjnych. Do przełomu nie doprowadziło też rzecz jasna wprowadzenie sieci szpitali.

Paradoksalnie największy wpływ na zmniejszenie podaży łóżek szpitalnych w najbliższych latach może mieć ograniczony dostęp szpitali do wykwalifikowanych kadr, jednak takie „zarządzanie przez kryzys” jest rozwiązaniem najbardziej kosztownym i ryzykownym dla pacjentów. Półśrodki w postaci propozycji przywrócenia systemu ostrych dyżurów szpitalnych czy zmniejszenia wymogów mają w tym kontekście więcej wad niż zalet. Co więcej, ta sytuacja osłabia same podmioty lecznicze. W przyszłości może stanowić ułatwienie dla wejścia na rynek rodzących się właśnie globalnych graczy w ochronie zdrowia.

W Polsce również można zaobserwować powolny proces konsolidacji samych placówek szpitalnych. Do pewnego stopnia jest on odwróceniem trendu dekoncentracji, który miał miejsce bezpośrednio po wprowadzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Przeprowadzenie fuzji jest jednak samo w sobie złożonym wyzwaniem, wymagającym dużych kompetencji zarządczych. Dodatkowo, jeśli mówimy o szpitalach publicznych, to reorganizację utrudnia i opóźnia kalendarz polityczny, zostawiając maksymalnie dwuletnie okienko na podjęcie trudnych decyzji.

Może jednak protekcjonizm?

Rozpoczęta w ostatnich tygodniach wojna handlowa mogłaby sugerować, że procesy globalizacyjne zostaną odwrócone lub przynajmniej zahamowane. W praktyce takie rozumowanie należy jednak uznać za błędne. Celem wypowiedzianej właśnie wojny handlowej nie jest bowiem przywrócenie zasady protekcjonizmu, ale interesy części korporacji. Analogie do protekcjonistycznych praktyk sprzed drugiej czy nawet w trakcie zimnej wojny są w tym przypadku głęboko mylące.

Nie wchodząc głębiej w istotę skutków podnoszenia części barier handlowych dla gospodarki, można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że nie wpłynie to na proces fundamentalnych zmian w organizacji opieki zdrowotnej.

Protekcjonizm w ochronie zdrowia został już w Polsce symbolicznie ogłoszony na samym początku obec-



nej kadencji parlamentu – w postaci zakazu komercjalizacji placówek, czyli w istocie zmiany formuły działania z SPZOZ w spółki prawa handlowego. Jednak decyzja ta nie ma praktycznego znaczenia z dwóch powodów. Po pierwsze jest niekonsekwentna, bo pozostawia „w spokoju” już przekształcone placówki. Po drugie już obecnie jest jasne, że to nie prowadzone głównie przez samorządy szpitale przejmują (i tym bardziej nie będą przejmować w przyszłości) największą część wartości dodanej z tych kilku procent, które wydajemy na ochronę zdrowia. Z powodów, o których wspominałem wcześniej, głównym beneficjentem nie będzie także branża farmaceutyczna, przynajmniej w swoich tradycyjnych obszarach aktywności.

Największe szanse na spijanie śmietanki mają korporacje, które ostatecznie wdrożą i sprzedadzą nowe rozwiązania rewolucjonizujące w ciągu najbliższych 10 lat system opieki zdrowotnej. Jeśli dopracujemy własną strategię rozwojową, możemy przynajmniej częściowo partycypować w tym procesie. Nie może ona jednak poprzestawać na kilku ogólnikowych slajdach w oficjalnych prezentacjach.

Chcemy subsydiarności? Dobrze byłoby samemu nie łamać jej zasad...

W powyższej perspektywie geopolitycznej jasne jest, że Unia Europejska jako obszar wspólnego rynku jest podmiotem rozgrywającym, ale często również rozgrywanym, dzięki wykorzystaniu wewnętrznych różnic interesów, ogłoszonej właśnie wojny handlowej. W zakresie publicznego systemu ochrony zdrowia obowiązuje zasada samodzielności państw członkowskich,

jednak otoczenie podmiotów ochrony zdrowia podlega uzgodnionym regulom. Przy czym o ile na globalnym rynku polskie podmioty z otoczenia ochrony zdrowia mają praktycznie zerowe szanse na ekspansję, to już na obszarze Europy sytuacja wygląda lepiej. Wymaga to wielowymiarowego prowadzenia polityki: szybkich, a jednocześnie opartych na twardych przesłankach efektywności i transparentnych decyzji o inkorporowaniu danego rozwiązania do publicznego systemu ochrony zdrowia. Tylko to może bowiem zapewnić odpowiedni do rozwoju wolumen wdrożenia. Jednocześnie decyzje te powinny zabezpieczyć nasz wciąż ubogi w zasoby i kapitał system ochrony zdrowia, choćby poprzez adekwatne mechanizmy dzielenia ryzyka.

Sukcesu takiej polityki nie można oczekiwać bez zapewnienia wewnątrz kraju i w obrębie poszczególnych branż maksymalnego poziomu subsydiarności. To z kolei wymagałoby rzeczywistego podzielenia się zarówno kompetencjami, jak i odpowiedzialnością za podejmowane decyzje.

Wreszcie, niezbędnym warunkiem sukcesu jest pójście o krok dalej w planowaniu i monitorowaniu zmian, niż tylko czyste wskaźniki ekonomiczne czy technologiczne. Oczywiście, że pieniądze powodują, że świat się obraca, co wiemy nie tylko z popularnego w ubiegłym wieku musicalu. Warto przypominać, że celem każdej organizacji, która chce trwać i się rozwijać, jest nie tyle generowanie gotówki, co skuteczne zaspokajanie potrzeb odbiorców.

*Tadeusz Jędrzejczyk
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia
i byłym prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.*