

Czy w Polsce może funkcjonować prawdziwy biznes medyczny czy tylko sieć interesów z NFZ

Justyna Wojteczek



Orły z kukułczego jaja

Po komunikatach centrali NFZ o malejących wpływach ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, pogarszających się wskaźnikach makroekonomicznych i rosnącym zadłużeniu szpitali publicznych – w tym wymagalnym, należy się zastanowić, czy w biznesie medycznym można zarobić czy tylko stracić. Orły winny być zdolne wykluć się nawet z kukułczego jaja – brzmi sentencja Stanisława Leca. W kontekście polskiego biznesu medycznego ta przewrotna myśl ma pewien sens.

Żeby odpowiedzieć na postawione pytanie, warto się przyjrzeć jednemu z podstawowych elementów powodzenia biznesu – skali popytu.

Mapa potencjalnych klientów

Polska to kraj zamieszkiwany przez prawie 38 mln ludzi. Społeczeństwo się starzeje, co ma konsekwencje epidemiologiczne. Zapotrzebowanie na usługi zdrowotne będzie wzrastać. Co bardzo istotne, zdrowie w Polsce jest nie tylko pożądanym produktem, ale i najważniejszą wartością, co pokazują wyniki Diagnozy Społecznej (wszystkie dane z projektu Diagnoza Społeczna na podstawie „Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków” pod red. Janusza Czapińskiego i Tomasza Panka) z kolejnych lat. W ostatnim badaniu, z 2011 r., po raz kolejny respondenci najczęściej wskazywali na zdrowie jako wartość (64,1 proc. respondentów), a w dalszej kolejności na udane małżeństwo (53,4 proc.). Jeśli zdrowie – należące wszak przede wszystkim do usług publicznych – porównamy z inną wartością z tej kategorii, czyli wykształceniem, widać wyraźnie, która sfera jest Polakom bliższa – na wykształcenie jako wartość wskazań było 5,6 proc.

Darmowych lunchów, nawet w sferze społecznej, nie ma. Ile więc Polak może wydać na zdrowie? Niestety, w ostatnich latach ten obszar nie jest dokładnie badany w Diagnozie. Wiemy jednak, jaka jest skala rezygnacji z usług zdrowotnych. Niespodzianki nie ma: największa grupa gospodarstw domowych była zmuszona z powodu braku pieniędzy zrezygnować z zakupu leków i leczenia zębów.

Ile wydajemy na zdrowie? Przeciętnie najwięcej kosztowały leczenie i badania ambulatoryjne (550 zł), w dalszej kolejności był zakup leków (375 zł); tzw. dowody wdzięczności, czyli łapówki, to średnio 311 zł. Przeciętna opłata w szpitalu publicznym nie przekraczała 300 zł, a wysokość szczerego dowodu wdzięczności wręczanego za uzyskaną opiekę wyniosła średnio 142 zł.

612 złotych z własnej kieszeni

Z kolei GUS podaje, że w 2011 r. przeciętny Polak wydawał z własnej kieszeni na leczenie i leki 51 zł miesięcznie, czyli 612 zł rocznie. Dane GUS pokazują, że wydatki na zdrowie rosną – ich skala była o 6,3 proc. większa niż w 2010 r. i o ponad 40 proc. większa niż w 2005 r. Przeciętna czteroosobowa rodzina przeznaczająca rocznie na swoje zdrowie niemal 2,5 tys. zł. Oczywiście są duże różnice między poszczególnymi grupami społeczeństwa. Na przykład czteroosobowe gospodarstwo domowe rolników przeznaczowało w ubiegłym roku na ten cel średnio 1305 zł, podczas gdy dwuosobowe gospodarstwo emerytów aż 2,2 tys. zł.

A jakie są dochody potencjalnych klientów? Różowo nie jest. Autorzy Diagnozy podają, że średni dochód netto w marcu 2011 r. wyniósł w badanych gospodarstwach w przeliczeniu na osobę 1295 zł i w ostatnich dwóch

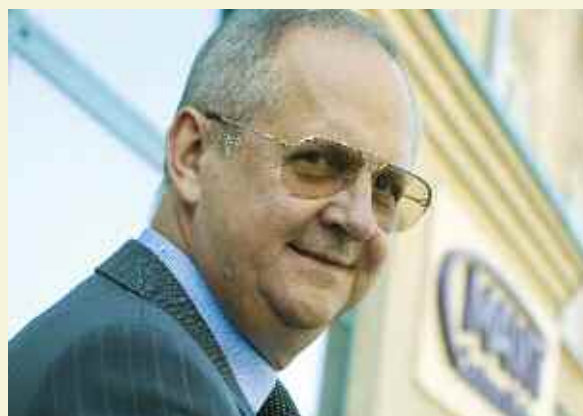


foto. Dzieli

Andrzej Mądrala

prezes Zarządu Centrum Medycznego Mavit,
wiceprezydent Pracodawców RP

Nie ma mowy o biznesie medycznym, przemyśle medycznym bez biznesu ubezpieczeniowego w ochronie zdrowia. Sytuacja, w której zamiast konkurencji między ubezpieczalnią mamy do czynienia z monopolem płatnika, wyklucza racjonalne funkcjonowanie biznesu medycznego, wynaturza go. Nie można go ani racjonalnie zaplanować, ani prowadzić w sytuacji, gdy powodzenie całego przedsięwzięcia nie zależy od popytu i podaży, lecz od arbitralnej decyzji urzędnika. Doskonale wyczuwa to rynek. W Polsce w ostatnim czasie za prywatne pieniądze nie powstały duże szpitale, duże firmy medyczne, a te, które funkcjonują, walczą o przetrwanie. Coraz mniej można liczyć na pacjentów spoza NFZ, a to oni byli osnową wielu planowanych i otwieranych biznesów. Racją bytu wielu funkcjonujących przedsięwzięć jest zatem oczekiwanie na zmiany, na to, że obecny system okaże się na tyle niewydolny, że decydenci zdecydują się na jego zmianę.

latach wzrósł realnie o 4 proc. Na szczęście, nie ma występującego w latach 90. i na początku tego stulecia ostrego wzrostu nierówności dochodowych, choć tempo wzrostu dochodów w ostatnich latach wyraźnie zmalało.

Warto jeszcze uzmysłowić sobie, że aż 34 proc. gospodarstw domowych deklarowało w marcu 2011 r., że przy aktualnym dochodzie wiąże koniec z końcem z pewną trudnością, prawie 20 proc. radziło sobie z trudnością, a prawie 18 proc. z wielką trudnością. W marcu 2011 r. 62 proc. rodzin nie miało oszczędności, a wśród deklarujących posiadanie oszczędności wyraźnie dominują gospodarstwa o oszczędnościach stanowiących równowagę od miesięcznych do 3-miesięcznych ich dochodów (ponad 33 proc.). Ponad 39 proc. badanych dekla-



foto Leszek Szymanski/PAP

Bożena Janicka

właściciel NZOZ w Kazimierzu Biskupim (Wielkopolska), prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia

Szansy na rozsądne i planowe prowadzenie biznesu medycznego nie ma. Przyczyną jest sposób, w jaki funkcjonują w praktyce zapisy dotyczące koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych. Zawarto tam zbyt wiele, więcej niż może pokryć płatnik, pojawiają się braki, arbitralne decyzje urzędników, ręczne sterowanie, uznaniowość. To nie jest podstawa, na której można budować biznesplan, brać długoterminowe kredyty. Równocześnie zaś chroniczna niewydolność sterowanego przez NFZ systemu stwarza szansę na otwarcie wielu solidnych i elastycznych biznesów. Pod istotnym warunkiem – biznes nie może dotyczyć świadczeń drogich, lecz takich, na które będzie stać pacjenta płacącego z własnej kieszeni. Mamy stały na popyt na ominięcie kolejek do specjalisty, do zabiegu – np. usunięcia zaćmy. I dzięki temu funkcjonuje wiele medycznych przedsięwzięć, drobnych i średnich. Możliwość powstania większych, oferujących drogie świadczenia, jest w tej chwili praktycznie zablokowana.

rowało w marcu 2011 r. korzystanie z pożyczek i kredytów. Zadłużenie gospodarstw domowych najczęściej wynosiło powyżej ich rocznych dochodów. Wciąż jesteśmy krajem na dorobku, o niskich dochodach ludności. Czy da się tu zarobić?

Gdzie ten biznes

– *Pula pieniędzy na ochronę zdrowia, zarówno jeśli chodzi o wydatki publiczne, jak i prywatne, będzie raczej stała, czyli pozostanie mniej więcej na tym samym poziomie około 100 mld zł rocznie* – mówi Adam Kozierekiewicz.

Oczywiście w tej puli największą część stanowią pieniądze z sektora publicznego – z wydatkami Narodowego



„ Największa grupa polskich gospodarstw domowych zmuszona była z powodu braku pieniędzy zrezygnować z zakupu leków i leczenia zębów ”

wego Funduszu Zdrowia, budżetu państwa i samorządów terytorialnych to niemal 70 mld zł. Jednocześnie wiadomo, że w stosunku do potrzeb ta góra pieniędzy to wciąż za mało. Badania zespołu prof. Stanisławy Golinowskiej, który podjął się opracowania Zielonej Księgi Ochrony Zdrowia, wykazały, że w systemie chronicznie brakuje co najmniej 5 mld zł rocznie, pomimo że – jak podaje GUS – w latach 2003–2009 pieniędzy przybyło aż o 91 proc.!

Biorąc pod uwagę możliwości finansowe Polaków, nie można się dziwić, że dominuje sektor publiczny. Autorzy Diagnozy podają, że korzystanie przez gospodarstwa domowe z usług zdrowotnych opłacanych przez NFZ jest słabo zróżnicowane w różnych przekrojach społeczno-demograficznych.



foto: iStockphoto

NFZ rządzi

Według deklaracji gospodarstw domowych z marca 2011 r., ponad 91 proc. z nich w ostatnim roku korzystało z placówek służby zdrowia opłacanych przez NFZ, ale też prawie połowa korzystała z usług placówek, w których trzeba płacić z własnej kieszeni, i ponad 6 proc. z placówek opłacanych przez pracodawcę (abonament lub ubezpieczenie). W porównaniu z poprzednimi latami znacząco wzrósł odsetek gospodarstw korzystających z abonamentu. W szpitalu z powodów innych niż cięża przebywał w minionym roku ktoś z członków co czwartego gospodarstwa domowego.

Jeszcze w latach 90. wyrażano poglądy, że można dużo zarobić na usługach zdrowotnych opłacanych tylko bezpośrednio z kieszeni pacjenta. To już przeszłość – każda większa placówka prywatna (z wyjątkiem sektora usług stomatologicznych, w których koszyk świadczeń gwarantowanych jest bardzo precyzyjnie i skąpo zdefiniowany) stara się o kontrakt z NFZ. Nawet ośrodki specjalizujące się w abonamentach często starają się o kontrakt z NFZ na podstawową opiekę zdrowotną. W ten sposób POZ jest wabikiem dla ubezpieczonych, którzy po bezpłatnej wizycie u lekarza rodzinnego będą chcieli ominąć kolejkę i zapłacić za wizytę u specjalisty. Kiedy powstał pierwszy onkologiczny szpital prywatny, szybko stało się jasne, że bez kontraktu z NFZ dłu-



foto: KFP

Andrzej Sokołowski

NZOZ Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Mamy do czynienia jedynie z quasi-biznesem medycznym. NFZ wie lepiej, dysponuje „własnymi danymi”, chodzi własnymi drogami, nieustannie zmienia warunki finansowania ochrony zdrowia, z dnia na dzień zmienia wymagania dotyczące warunków jej funkcjonowania. Z NFZ można się zgodzić i mieć z tego pieniądze – lub nie mieć. W polskich warunkach oznacza to, że na większe pieniądze może liczyć tylko ten, kto potrafi się dogadać z monopolistycznym urzędem. A umiejętne dogadywanie się z urzędem to jeszcze mało, by swoje przedsięwzięcie nazwać biznesem. Powstało wiele firm medycznych. Ale tak naprawdę powstały tylko dlatego, że od lat jesteśmy karmieni nadzieją, że monopol odejdzie w niepamięć. Wielu kalkulowało w ten sposób: skoro monopol i tak odejdzie, warto zadomowić się na rynku, zanim to nastąpi. Wielu ambitnych lekarzy otworzyło własne przedsięwzięcia, bo nie widzieli możliwości rozwoju w zhierarchizowanej publicznej ochronie zdrowia. Z myślą: „wytwać do zmian”. Nadzieja na te zmiany jeszcze nie umarła, więc przedsięwzięcia trwają.

go nie pociągnie. Zarządzający szpitalem, w związku z początkowymi oporami NFZ wobec zawarcia kontraktu, zorganizowali wokół swojego problemu sporą kampanię medialną.

Zdaniem ekspertki ekonomiki zdrowia prof. Stanisławy Golinowskiej z *Collegium Medicum* UJ, organizacja polskiego systemu ochrony zdrowia pogłębia nierównowagę finansową. „Istotnym czynnikiem równoważenia systemu ochrony zdrowia pod względem finansowym jest zakreślenie przestrzeni dla rozwoju sektora prywat-



foto: Archiwum

Zenon Wasilewski

ekspert BCC

To nie biznes medyczny, to najwyżej sieć wspólnych interesów prywatnych przedsiębiorców z NFZ. Przy czym od razu dodajmy, że dla prywatnych inwestorów pozostawiono w tej sieci wspólnych interesów niewiele miejsca. Działają oni w obszarach, w których system sterowany przez fundusz okazuje się wyjątkowo niewydolny, o których prawidłowe funkcjonowanie nikt nie chce zadbać.

Dodajmy jednak, że tych obszarów jest coraz więcej. NFZ coraz gorzej radzi sobie z należytym finansowaniem procedur niskokosztowych i funduje pacjentom wydłużające się kolejki. Złe jest również z finansowaniem procedur wysokokosztowych, o czym świadczy niska pozycja Polski w rankingach dostępu pacjentów do tych procedur. NFZ tak bardzo nie radzi sobie z konkurencją – czy to krajową, czy to z wyścigiem konkurencyjnym w ochronie zdrowia pomiędzy państwami Europy i świata, że coraz mocniej otwiera drogę do tego, by nie tylko decydenci, ale i wyborcy – pacjenci – powiedzieli: basta. To przyczyni się do otwarcia prawdziwych biznesów, przemysłu medycznego.

nego, który efektywnie mógłby przejąć pewne świadczenia oraz pewne grupy pacjentów. Rozwój prywatnego sektora i tak się dokonuje, chociaż w warunkach nie zakreślonych granic: w sytuacji formalnego prawa każdego ubezpieczonego do wszystkich świadczeń oraz obowiązku ubezpieczenia w systemie publicznym (opłacania składki) bez względu na to, czy się z jego usług zdrowotnych korzysta, czy też nie” – pisała w artykule „System ochrony zdrowia po dotychczasowych reformach” opublikowanym w materiałach Fundacji Naukowej CASE.

Nisze

Inwestorzy prywatni szybko dostrzegli nisze, w których mogą się rozwijać. Od wielu lat działało silne lob-

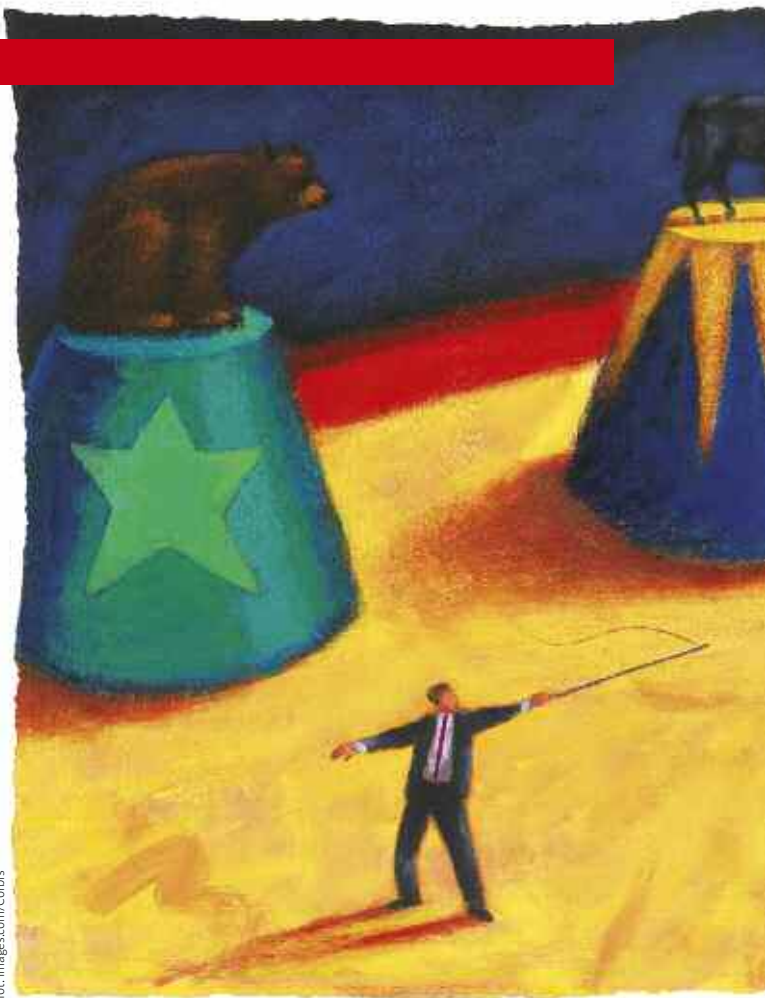


foto: Images.com/Cobis

by kardiologiczne, dzięki czemu udało się uzyskać dobre wyceny świadczeń kardiologii inwazyjnej i rozwinęło się wiele podmiotów prywatnych działających na tym rynku. Podobnie stało się z okulistyką czy położnictwem w dużych miastach. – Mam opracowanie zawierające dane około 600 podmiotów medycznych z lat 2002–2008. Wynika z niego, że na tym rynku działają podmioty osiągające rentowność 30 proc. – mówi Adam Kozierekiewicz. To przede wszystkim kliniki kardiologii inwazyjnej.

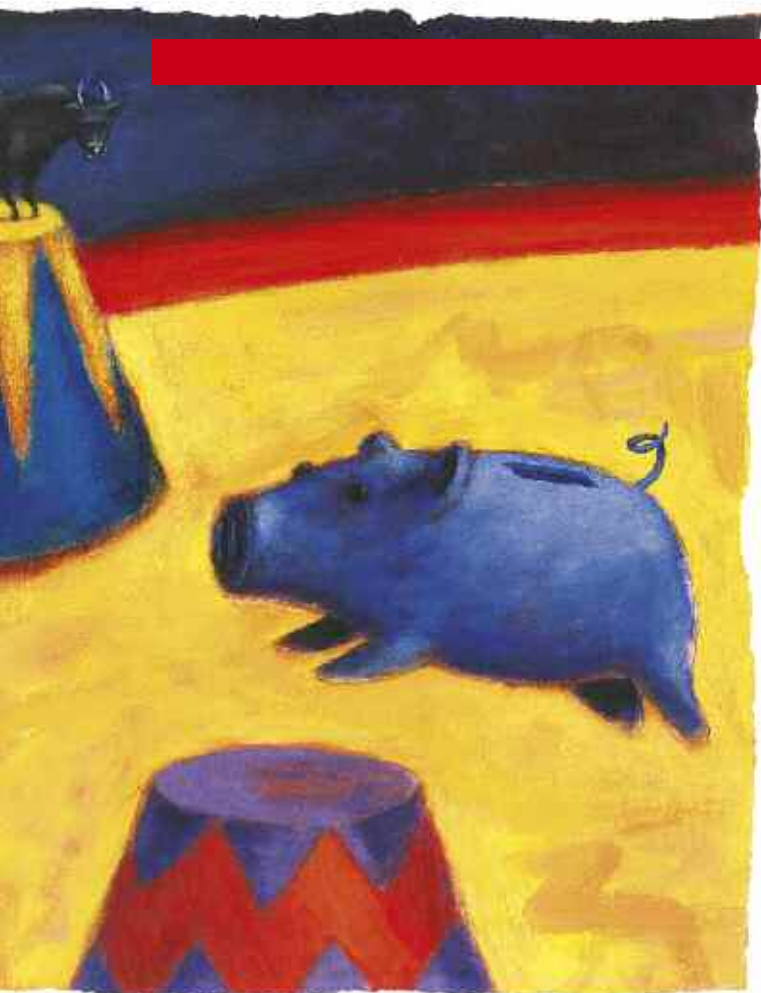
Wśród innych uczestników rynku ten sukces wywołał sporo zawiści. Nic dziwnego, bo szpitale wieloprofilowe często mają szczęście, jeśli w ogóle osiągają rentowność. Zawiść jest niesłuszna o tyle, że dzięki temu rozwojowi Polska ma jednych z najlepszych specjalistów w tej dziedzinie na świecie, a ich efektywność i wiedza wydatnie przyczyniły się do poprawy wskaźników zdrowotnych.

Dobre czasy kardiologii jednak już mijają wobec wyzwań stojących przed starzejącym się społeczeństwem i dramatycznego niedofinansowania innych dziedzin, jak psychiatria, szpitalne oddziały ratunkowe czy krwiobieg współczesnej medycyny – interna.

Krótką kotdra

– Niedofinansowanie opieki zdrowotnej jest faktem, jednak w systemie są rezerwy – mówi prezes zarządu NFIS Anna Szczerbak, od kilku lat z powodzeniem prowadząca szpitale kardiologiczne w Lesznie, Sieradzu i Łęczycy.

Wskazuje na coś, co można nazwać brakiem zdrowego rozsądku w opiece zdrowotnej nad pacjentem, a co wynika przede wszystkim z niskiego poziomu koordynacji



poszczególnych działań i braku priorytetu dla kompleksowości usług. – *Zbyt często dzieje się tak, że pacjenta wypisuje się ze szpitala bez zaleceń, nie zapewnia mu się rehabilitacji i właściwego prowadzenia, co skutkuje powikłaniami i ponownymi bezsensownymi hospitalizacjami oraz drogimi procedurami medycznymi, których po prostu można było uniknąć* – mówi.

Inna kwestia to zakupy sprzętowe i lekowe dla szpitali. Często publiczne placówki kupują po prostu drożej niż prywatne (znowu brak koordynacji oraz *know-how* po stronie zarządzających takimi szpitalami i uleganie wpływom liderów opinii – lekarzy z danego szpitala).

Zeby biznes medyczny był opłacalny, koniecznych jest kilka czynników. Anna Szczerbak wymienia: po pierwsze *know-how*, po drugie dobra kadra zarządzająca, zwracając uwagę także na relacje z podległymi pracownikami i współpracownikami, wysoki poziom wykształcenia i umiejętności lekarzy oraz *last, but not least* – swoisty etos pracy białego personelu, jego identyfikacja z miejscem pracy, przekładająca się na efektywne stosowanie możliwych metod leczenia, leków i odczynników.

– *Na rynku medycznym mamy do osiągnięcia sprzeczne cele. Z jednej strony biznes, a zatem generowanie zysku, a z drugiej dostępność usług medycznych i dbałość o zdrowie społeczeństwa* – mówi prof. Golinowska. Dodaje, że opłacalny biznes można robić na dobrze wycenionych procedurach. – *Szeroka prywatyzacja doprowadza do wybierania opłacalnych świadczeń oraz opłacalnych pacjentów, czyli takich, którzy są tylko „trochę chorzy”* – mówi.

Zarządzanie w sektorze ochrony zdrowia jest zawsze zarządzaniem ograniczonymi zasobami w sytuacji dużej



Maciej Murkowski

ekspert w dziedzinie systemów ochrony zdrowia

Biznes jest tam, gdzie jest rynek. A że w Polsce nie mamy rynku medycznego, nie mamy także biznesu medycznego. Funkcjonujące w sektorze firmy porównałbym do działających pod koniec PRL firm polonijnych. Młodszym Czytelnikom przypomnę, że wtedy obowiązywała w Polsce nieudolna gospodarka centralnie sterowana, prywatny biznes tolerowany był jedynie wtedy, gdy prowadzono go na małą skalę, i na dodatek tylko w tych segmentach, w których kierowane przez centralę przedsiębiorstwa państwowe nie dawały sobie rady.

Mam olbrzymi szacunek dla wielu biznesmenów, którzy wtedy podjęli się budowy firm polonijnych. Podobnie jak dla osób próbujących uruchomić prywatne przedsięwzięcia medyczne. I widzę, jak oni, podobnie jak większość obserwatorów polskiej ochrony zdrowia, czekają na zmiany. Jasne jest dla mnie, że powodowani są chęcią dotrwania do zmian, entuzjazmem streszczającym się w powiedzeniu: „nie czekajmy, zacznijmy już teraz”. Większość ekspertów i praktyków nie od dziś doskonale zdaje sobie sprawę, że zmiany są nieuchronne. I oparcie biznesplanu na tym spostrzeżeniu nie jest błędem. Tylko te przeciągające się terminy, nieprzewidywalność... To duże ryzyko.

go popytu. – *Nie możemy udawać, że biznes nam to ułatwi. Najpierw powinny być stworzone ścisłe regulacje państwa, które zapobiegą zjawisku spijania śmietanki. To można zrobić. W Szwajcarii system opiera się w dużej mierze na prywatnych ubezpieczeniach, ale ściśle kontrolowanych przez państwo* – wyjaśnia prof. Golinowska.

Co dalej

Thomas Getzen, amerykański ekonomista zajmujący się problemami ochrony zdrowia, jeden z najlepszych specjalistów z tego zakresu na świecie, powiada tak: sprze-

„ Jeszcze w latach 90. wyrażano poglądy, że można dużo zarobić na usługach zdrowotnych opłacanych tylko bezpośrednio z kieszeni pacjenta. To już przeszłość ”

dawcy nieruchomości pytani o najważniejsze czynniki w określaniu wartości odpowiadają: położenie, położenie, położenie. Ekonomiści zajmujący się ekonomią zdrowia pytani o to, co określa wartość pieniędzy wydanych na zdrowie, odpowiadają: alokacja, alokacja, alokacja (zasobów, funduszy, usług itp.).

W związku z kryzysem i realizacją ustawy o działalności leczniczej, która wywoła rewolucję na rynku szpitalnym, już w najbliższych 5 latach będziemy obserwować działania inwestorów, którzy do tej pory branżą



medyczną nie byli zainteresowani. Adam Kozierkiewicz zwraca uwagę, że w strategiach rozwoju niektórych funduszy inwestycyjnych pojawił się w planach na 2013 r. fragment dotyczący inwestycji w ochronę zdrowia. Tego wcześniej nie było. – *To bezpieczniejsze niż inwestowanie na przykład w motoryzację, bo jest zapewniony zarówno popyt, jak i wysoki priorytet ze strony państwa* – mówi. Zeby się udało, niewątpliwie potrzebne są jednak przedmioty orla – w starożytnym Egipcie był on symbolem oświecenia i mocy. ■

„ *W najbliższych 5 latach będziemy obserwować działania inwestorów, którzy do tej pory branżą medyczną nie byli zainteresowani. To dla nich bezpieczniejsze niż inwestowanie na przykład w motoryzację* ”



foto: Archiwum

Krzysztof Opolski

ekspert w dziedzinie ekonomiki ochrony zdrowia
Uniwersytetu Warszawskiego

W Polsce biznes medyczny rozwija się z roku na rok. I będzie rósł, zwłaszcza w dziedzinie nazywanej biznesem okotomedycznym, opiekuńczym. Świadczą o tym przede wszystkim dane demograficzne, starzenie się społeczeństwa. To zrodzi wzmożony popyt na usługi opiekuńcze, konieczność rozbudowy systemu zakładów opiekuńczych, pomocy domowej. Z tym popytem nie poradzą sobie placówki państwowe, będzie się więc rozwijał sektor w stu procentach prywatny lub oparty na zasadach partnerstwa publicznego. Prywatny biznes medyczny rozwija się wszędzie, od podstawowej opieki zdrowotnej po transport sanitarny. Rzeczywiście nie dotyczy to świadczeń wysokokosztowych. Ale to niekoniecznie zły znak. Tu prywatne firmy zaczęły inwestować w Polsce, gdy sytuacja w szpitalach publicznych była bardzo zła. Wiele biznesów opierało się na obserwacji, że w placówkach publicznych poziom opieki pozamedycznej jest fatalny. To się szczęśliwie zmieniło na lepsze, trudniej dziś w Polsce konkurować jakością usług okotomedycznych. Zresztą, może to lepiej? W stawianych za wzór krajach zachodniej Europy z biznesem okotomedycznym firmy prywatne radzą sobie lepiej. Ale ich przewaga w zakresie świadczeń wysokokosztowych nie jest już tak oczywista.