

Przyszłość sektora prywatnego ochrony zdrowia w Polsce



Fot. gettyimages/Elly Walton

WYBRAŃCY

I ODTRĄCENI

A powiedz mi taką rzecz: ten lekarz w znaczeniu ścisłym, o którym mówiłeś przed chwilą, czy to jest ktoś, kto robi pieniądze, czy też ktoś, kto dba o chorych? Na pytanie Sokratesa zadane Trzymachowi blisko dwa i pół tysiąca lat temu jest tylko jedna odpowiedź: lekarz to ten, który dba o chorych. Trzymach, mimo że był sofistą hołdującym idei sprawiedliwości realizowanej w interesie silniejszego, nie miał wątpliwości, że ochrona zdrowia to przede wszystkim misja niesienia pomocy słabszemu. Czy to oznacza, że realizacja misji wyklucza zarabianie pieniędzy?

Tak jak w czasach Platona, tak i dziś toczy się dyskusja o relacji pomiędzy pełnieniem misji a pobieraniem wynagrodzenia. Kształtowanie relacji pomiędzy misją a zyskiem wymaga zrównoważonego i bardzo odpowiedzialnego podejścia. Nie pomaga temu ani huraoptymizm liberalnego rynku, ani ślepa wiara w sprawczość centralnej służby.

Dorównać Holendrom

Dyskusja o zależności pomiędzy służbą a wynagrodzeniem trwa w Polsce od początków transformacji, nie znajdując przez ponad dwie dekady punktu równowagi. Z jednej strony sprzeciw wobec prywatyzacji służby zdrowia przybrał na fali populizmu formę manifestu, gruntującego polityczny opór przeciwko udziałowi sektora prywatnego w realizacji zadań publicznych. Z drugiej – słuszne nadzieje, jakie dawała konkurencja, wyzwolenie inwencji i zdrowe zasady działania nie zostały wsparte właściwą koncepcją regulacyjną porządkującą rynek i panujące na nim relacje. Finałowi trudno się dziwić. Z tej perspektywy powinniśmy zazdrościć Holendrom. W czasie, gdy my toczyliśmy spór, oni zbudowali system, który – choć oparty na tak krytykowanym obecnie w Polsce zasadach rynkowych – dzięki mechanizmom regulacyjnym, a w szczególności zasadom redystrybucji zysku, jest oceniany jako jeden z najlepszych pod kątem jakości opieki na świecie. Zbliżenie się do tych rozwiązań zajmie nam co najmniej ćwierć wieku. Należy jasno powiedzieć, że nie jest to zbyt optymistyczna perspektywa dla sektora prywatnego, co jednak nie znaczy, że jest on bez szans.

Rząd kontra prywatni

W krótszej perspektywie prognozowanie przyszłości sektora prywatnego ochrony zdrowia w Polsce wymaga w pierwszej kolejności oceny najbliższych kierunków

PACJENCI PONIOSĄ NAJWIĘKSZY KOSZT.

MIMO ZASTRZEŻEŃ FORMUŁOWANYCH

POD ADRESEM SEKTORA PRYWATNEGO –

LUKI PO NIM NIE DA SIĘ ŁATWO

I SZYBKO ZAPEŁNIĆ

rozwoju polityki i koncepcji gospodarczych. Skupiając się na ostatnich kilku latach – negatywny stosunek obecnego rządu do prywatnych inwestycji służących świadczeniu usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zapisany został w programie Prawa i Sprawiedliwości w 2014 r. Jako naganną opisano w nim sytuację, w której infrastruktura ochrony zdrowia „służy za istotne źródło wzbogacania się”, a „obciążenie wydatków na służbę zdrowia rentą, z której korzystają nowi właściciele (...), prowadzi do znacznego ograniczenia możliwości placówek medycznych i leczniczych”.

Latem 2015 r., w trakcie Konwencji Programowej PiS, padła na tym tle zapowiedź kształtu planowanych rozwiązań: *Podstawą dla tych działań będą jednostki publiczne służby zdrowia, a niepubliczne będą stanowiły uzupełnienie systemu.* Kropkę nad i postawiła premier nowego rządu Beata Szydło, która w swoim exposé powiedziała: *Nie jesteśmy przeciwni istnieniu prywatnych ośrodków służby zdrowia tworzonych z własnych środków i utrzymywanych ze środków, które przeznaczają na ochronę zdrowia obywatela, (...) tę sferę trzeba wyraźnie oddzielić od publicznej służby zdrowia.* Sieć szpitali bez strukturalnego określenia roli szpitali jednego dnia oraz – poza nielicznymi wyjątkami – ośrodków jednospecja-

Krzysztof Kuszewski

były wiceminister zdrowia

Na koncepcji reformy przygotowanej przez obecny resort ciąży coś, co nazwałbym szpitalocentryzmem, czyli przekonanie, że duży podmiot, pracujący 24 godziny na dobę, z licznymi oddziałami, lepiej poradzi sobie z problemami zdrowotnymi obywatela niż podmiot mały. Z problemami wszystkimi, jak leci. Tymczasem to kompletna nieprawda, bo jak wiadomo, gdy coś jest do wszystkiego, to jest do... niczego. Oczywiście szpital poradzi sobie lepiej w wypadku leczenia wysokospecjalistycznego, ale np. do leczenia zwykłych przeziębień czy bieżącego prowadzenia pacjenta z cukrzycą nadaje się gorzej niż lekarz POZ czy AOS. Obowiązujące dziś przekonanie,



Fot. Wojciech Olkuszniak/Agencja Gazeta

że duży może więcej, przestania inną dawno potwierdzoną regułą, że z drobnymi i codziennymi problemami lepiej radzą sobie małe, lokalne i prężne podmioty.

I właśnie w tym szpitalocentryzmie upatrywałbym największego zagrożenia dla pacjentów, a także prywatnych inicjatyw w ochronie zdrowia. Planowane są zachęty, by szpitale przejmowały AOS, a także POZ. Gdy zadziałają, zagrożą to już nie tylko prywatnym szpitalom, ale wszystkim obecnie istniejącym przychodniom i prywatnym praktykom. Szpitale zaczną odgrywać rolę ZOZ-ów i przewiduję dantejskie sceny. Wszystko to uzasadnia się koniecznością lepszej koordynacji leczenia. Mylnie zakładając, że z tą koordynacją szpitale poradzą sobie lepiej niż lekarze rodzinni.

listycznych to tylko konsekwencja decyzji podjętych przed laty.

Wybrańcy...

Czy to oznacza, że przed prywatnym sektorem nie ma perspektyw? To zależy dla kogo i w jakim stopniu wykazał się on zdolnością przewidywania, gotowością wyjścia ze strefy komfortu. W obszarze usług finansowanych ze środków publicznych – jeśli ktoś zakłada, że po 31 marca 2018 r. zachowa swój stan posiadania, będzie to wyłącznie wynikiem szczególnej pozycji takiego przedsiębiorstwa na rynku usług medycznych. Należy zauważyć, że pewna część przedsiębiorstw była tworzona zgodnie z zasadą ostrożności – inwestycja następowała tylko w sytuacji, gdy podmiot mógł osiągnąć na wybranym rynku pozycję znaczącą, a najlepiej dominującą i zaspokajającą lokalne potrzeby. Jeśli inwestor zrobił to z rozważą, zbudował odpowiednie relacje z samorządami, współpracującymi szpitalami i lokalną społecznością, załagodził konflikty i napięcia, wykazał się otwartością, zademonstrował swoje pozytywne zamiary i wywiązał się z nich, to dziś – spełniając oczekiwania społeczne – jest właśnie tym, który uzupełnia infrastrukturę publiczną i może zakładać kontynuację swego rozwoju.

...i odtrąceni

Gorzej wygląda sytuacja podmiotów, które były tworzone w odpowiedzi na falę popytu, kierowały się wyceną usług lub kreowaną przez regulatora szansą wejścia na rynek w duchu wartości, jakie tworzy konkurencja. To tu popłynęła największa fala krytyki o wybieranie rodziników, spijanie śmietanki, segregację pacjentów, tak jakby model współpracy ośrodków jednospecialistycznych z dużymi szpitalami na świecie w ogóle nie istniał. Adresatem tej krytyki nie powinni jednak być przedsiębiorcy. W ferworze politycznej debaty nie tylko kompletnie przerysowano problem, lecz także całkowicie pominięto faktyczne jego źródło, czyli



Foto: gettyimages/Claire Fraser

brak stosownej regulacji rynku usług medycznych. Jeśli dodać do tego dość bezrefleksyjną wiarę wielu świadczonych dawców w swoje możliwości, relacje i miejsce oraz niedoceniając rolę dialogu i porozumienia, to taka kombinacja nie okazała się dobrym prognostykiem.

Osobną podgrupę stanowią te prywatne podmioty, które dokonywały inwestycji, wykorzystując publiczną infrastrukturę, co było działaniem szczególnie narażonym na zmianę relacji politycznych. Na niewiele zda się mówienie o potrzebach epidemiologicznych, sukcesach terapeutycznych, skali dokonanych inwestycji,

Andrzej Sokołowski

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych

Przed reformą mniej więcej 65% przychodów lecznic prywatnych pochodziło z NFZ. Po reformie, jak wstępnie obliczaliśmy, w zakładanym przez nas scenariuszu środki przekazywane firmom prywatnym przez instytucje państwowe zmniejszą się o połowę. To przecież katastrofa. Jaki biznes wytrzyma taką presję? To jasne, że odbywać się to będzie kosztem prywatnych pacjentów. Ale proszę zauważyć, że również kosztem pacjentów, którzy przecież chcą się leczyć w prywatnych lecznicach – na co



Foto: KPP

wskazują nie tylko sondaże, lecz także dotychczasowa codzienna praktyka. Czego się spodziewam w najbliższej przyszłości? Cóż – wiele podmiotów przyjmie strategię na przeczekanie „do następnego zakrętu”. Polska ochrona zdrowia rozwija się od kryzysu do kryzysu, od ściany do ściany. Rezultatem kolejnych wyborów są zmiany kursu nawet o 180 stopni w stosunku do obranego przez poprzedników. Można się spodziewać, że tak się stanie w bliższej czy dalszej przyszłości. Złe lata można próbować przeczekać, ograniczając zakres działalności, zakres ofert, nastawiając się na pacjenta prywatnego. I tego się spodziewam. Podkreślam – stanie się to kosztem dobra pacjenta.



poświęceniu rodzinnych majątków czy niewydolności podmiotów publicznych. Ta argumentacja, jeśli jeszcze ktoś by ją stosował, nie znajduje w ramach obowiązującej frazeologii oczekiwanej pochwały i uznania. Przyszłość całej tej grupy zależy od cechy leżącej u podstaw przedsiębiorczości – zdolności dostosowania się, umiejętności zrozumienia ograniczeń, odróżnienia tego, na co ma się wpływ, od tego, co pozostaje poza kontrolą.

Należy jasno powiedzieć, że wielkość swoich kontraktów z NFZ w tej grupie zachowują tylko nieliczni,

a pewna część podmiotów utraci kontrakt w ogóle. Ale to nie oznacza końca, jest tylko powodem do zmiany struktury działalności, której będzie towarzyszył okresowy spadek przychodów. Ci, którzy taką transformację już rozpoczęli, dostosowali koszty po stronie zasobów i zatrudnienia, uruchomili bądź poszerzyli ofertę o nowe rodzaje usług, otworzyli się na nowych płatników, uczestniczą w programach badań klinicznych, wykorzystują potencjał opieki transgranicznej – najpewniej odnajdą się w nowej rzeczywistości. Nie oznacza to, że nie poniosą kosztu transformacji, ale koszt ten należy traktować jako inwestycję realizowaną w odpowiedzi na zmieniające się warunki rynkowe. Oczywiście łatwiej jest działać w warunkach *status quo*, ale liczyć na stabilność otoczenia politycznego w Polsce na początku XXI wieku byłoby jednak pewną naiwnością.

Kto liczył na anioła biznesu?

Właściciele przedsiębiorstw medycznych, którzy zainwestowali w dobrej wierze, zakładając stałość warunków, znajdą się w najgorszej sytuacji. To ci, którzy uwierzyli, że kontrakt z NFZ zapewnia im stabilne wieloletnie finansowanie działalności, że można na nim oprócz dominującą część przychodów, a odnawianie tego kontraktu – kiedy poprawnie realizują zadania publiczne – nie powinno nastrożać trudności. Jeśli do tego są obciążeni kredytem bankowym zabezpieczonym majątkiem osobistym i zbudowanym pod taki kontrakt, to trzeba przyznać, że transformacja takiego biznesu nie będzie ani prosta, ani bezbolesna. W skrajnym przypadku może oznaczać rezygnację z działalności medycznej, sprzedaż infrastruktury i zamknięcie przedsiębiorstwa. To kosztowne zakończenie. Ci, którzy liczyli na anioła biznesu, który pojawi się z workiem pieniędzy i odkupi tracące na wartości przedsiębiorstwo z niepewną przyszłością, srogo się zawiedli. Zakładam, że dziś takich osób już nie ma, ale jeszcze trzy lata temu tego typu rozumowanie nie było rzadkością.

Rafał Janiszewski

właściciel kancelarii doradczej

Konstanty Radziwiłł, a szerzej – stojące za jego wyborem ugrupowanie polityczne obiecało wyborcom zbudowanie opartego na finansowaniu budżetowym systemu już nie ochrony zdrowia, ale służby zdrowia. Ma być darmowa, wydolna, sprawna i zaspokajać możliwie wszystkie potrzeby zdrowotne obywateli. W teorii niewiele w niej miejsca na podmioty prywatne. Czy zbudowanie takiej służby jest możliwe? W teorii tak, w praktyce nie. Przynajmniej nigdzie na świecie nikomu dotychczas się to nie udało.

Służba zdrowia będzie w wielu obszarach niedomagać. Im więcej tych obszarów, tym więcej pola działania



Fot. Michał Kozłowski

dla podmiotów prywatnych. Pierwszą barierą, na którą natknie się publiczna służba zdrowia, będą inwestycje. W budżecie po prostu nie ma pieniędzy np. na budowę wystarczającej liczby odpowiednio wyposażonych ośrodków onkologicznych. I właśnie onkologia stanie się jednym z pierwszych obszarów, gdzie prywatna ochrona zdrowia będzie skutecznie konkurować

z publiczną służbą o pieniądze, także państwowe.

Czy w budżecie są środki na budowę odpowiedniej sieci gabinetów AOS i POZ? Obserwując dyskusje o tym, jaki procent PKB mamy wydawać na zdrowie, śmiem wątpić. Tu też służba zdrowia trafi na barierę inwestycyjną. Braki trzeba będzie nadrobić kapitałem prywatnym – tym wielkim i tym drobnym.

NALEŻY JASNO POWIEDZIEĆ, ŻE SVOJE KONTRAKTY

Z NFZ W TEJ SAMEJ WIELKOŚCI ZACHOWAJĄ

TYLKO NIELICZNE PODMIOTY, A NIEKTÓRE

UTRACĄ KONTRAKT W OGÓLE.

ALE TO NIE OZNACZA KOŃCA

Wiele osób nie doceniało skali nadchodzącej zmiany. Tymczasem anioły przybywają tylko do tych, którzy sami wiedzą, dokąd zmierzają i jaki cel pragną zrealizować.

Stracony potencjał

Te refleksje prowadzą do konkluzji, w której przeważa wiara w siłę i wartość przedsiębiorczości, zdolność znajdowania nowych szans, unikania zagrożeń, uprzedzania zmian rynkowych. To kwestia osobistego nastawienia do życia i bardzo indywidualnej oceny, którą nie wszyscy muszą podzielać. Ale ci, którzy nie mają takich cech, prawdopodobnie w ogóle nie powinni podejmować gry w przedsiębiorczość. Przedsiębiorcy dadzą radę, nawet jeśli będą musieli za to zapłacić niemałą cenę czy będzie to wymagało nadzwyczajnego wkładu pracy. Z indywidualnej perspektywy nie ma tu miejsca na żal czy pretensje. Jest czas na inne działania, na inne rynki i kraje. Jednak z perspektywy społecznej strata jest niepowetowana, a szansa na wykorzystanie uwolnionego potencjału pokolenia utracona. Należy żałować pacjentów, którzy poniosą największy koszt tej zmiany. Bez względu na zastrzeżenia formułowane pod adresem sektora prywatnego i na niezaprzeczalny

potencjał sektora publicznego, nie da się łatwo i szybko zapełnić luki po sektorze prywatnym – po określonym profilu usług dostępnych w miejscu zamieszkania, po jakości, w której tworzeniu w niekwestionowany sposób uczestniczył, po zmianach, których był katalizatorem, oraz po dążeniu do innowacji.

Odpowiedź na niezaspokojone potrzeby

Pojawiają się głosy, że wielkość traconego w wyniku reformy potencjału wytwórczego państwa, problemy z jego zastąpieniem w ramach sektora publicznego, a jednocześnie potrzeba pilnego zademonstrowania korzyści może skłonić rząd do pewnej refleksji, do złagodzenia skali transformacji. Budżet zdrowia ma jednak swoje potrzeby. W ciągu dwóch lat deklarowana wartość świadczeń kontraktowanych poza siecią szpitali z blisko 30% stopniała do zaledwie kilku. Potrzeby finansowe sektora publicznego wydają się czynnikiem przeważającym. Czy sektor ten będzie jednak głównym beneficjentem reformy? Paradoksalnie najwięcej na reformie mogą skorzystać świadczeniodawcy prywatni, którzy dotąd w ogóle nie współpracowali z NFZ. Ich odpowiedź na niezaspokojone potrzeby pacjentów będzie najbardziej dynamiczna. Reprezentują oni obszar ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, chirurgii ambulatoryjnej, poradnie dziedzinowe, innowacyjne centra diagnostyki medycznej, kompleksowo podchodzące do leczenia praktyki medyczne, butikowe szpitale oferujące zaawansowane technologie medyczne. Czy jednak takie rozwiązanie niweluje nierówności w zdrowiu, lepiej dba o kapitał społeczny? Mimo wszystko powinno zaskakiwać, że na gruncie solidarnościowej myśli o zdrowiu rodzi się oto w Polsce system bazujący na koncepcjach sofistów w najczystszej postaci – pacjent będzie musiał albo się dostosować, albo zapłacić.

Robert Mołdach

Autor jest partnerem w Instytucie Zdrowia i Demokracji.

Marcin Szulwiński

prezes Grupy Nowy Szpital

Nasze szpitale, choć prywatne, wszystkie weszły do sieci. Ale przypominam sobie długie tygodnie obaw i lęku o ich przyszłość wywołanego samą zapowiedzią niechęci do ekonomizacji zdrowia, do prywatnych inwestorów w tej sferze. Obserwowałem na rynku, że już same zapowiedzi wywoływały poczucie niepewności nie tylko właścicieli prywatnych szpitali i przychodni, lecz także na przykład banków obsługujących ich działalność. I skutkiem tego było w wielu wypadkach wstrzymanie inwestycji, planowanych zakupów sprzętu czy zatrudniania personelu. Sektor prywatny zaczął nie tyle kuleć, co powłóczyć



Fot. Krzysztof Matysiak/Agencja Gazeta

noгами już znacznie wcześniej, długo przed wprowadzeniem sieci.

I ten stan się utrzyma, a nawet pogłębi w najbliższym czasie. Sprzyjać temu będzie podtrzymywanie zapowiedzi o niechęci rządzących do ekonomizacji ochrony zdrowia. Bardzo pokrętnie pojmowanej. Czy w szpitalach publicznych nie ma takich kategorii, jak zysk, wynagrodzenie, zapłata za dostarczone usługi, sprzęt?

Podmioty prywatne lepiej kontrolują swoje wydatki w tych obszarach. A publiczne mogą nawet deklarować brak zysków, ale nie można zaprzeczyć, że będą generować wydatki, które dla dostawców oznaczać będą po prostu... zysk.