

1. Ograniczony budżet NFZ, a zmiany w wycenie świadczeń

Niedobór finansowania był, jest i pozostanie problemem sektora ochrony zdrowia. Prowadzi do tzw. „przesuwania” środków przeznaczonych na finansowanie jednych obszarów terapeutycznych na inne. Dzieje się tak poprzez modyfikację wyceny świadczeń kontraktowanych przez NFZ. Jak dotąd, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zarekomendowała np. wzrost taryf w psychiatrii o ok. 20%. Jest to dziedzina, która przez wiele lat miała wyraźnie zaniżone finansowanie. W przyszłym roku przewidujemy kolejne zmiany idące w kierunku realokacji środków wydawanych na leczenie (tj. zarówno podwyżek jak i obniżek taryf). Te ostatnie dotyczyć mogą przede wszystkim obszarów, które dzięki bardzo dobremu poziomowi finansowania odnotowały w ostatnich latach dynamiczny rozwój jak np. kardiologia czy okulistyka.



2. Kolejne oddłużenie sektora publicznego

Od roku 1998 do dnia dzisiejszego mieliśmy do czynienia z wieloma tzw. „akcjami oddłużania” sektora publicznej ochrony zdrowia. Aktualnie, wyniki finansowe szpitali publicznych są złe, a obserwowany trend pokazuje systematyczne ich pogarszanie. Prognozy wskazują, że bez kolejnej ingerencji ze strony państwa, sektor publiczny może osiągnąć poziom zadłużenia, powodujący, że jego obsługa bieżąca nie będzie już możliwa (zwłaszcza, że znaczną część planowanego wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne pochłonie realizacja podjętych niedawno zobowiązań dotyczących podwyżek płac do 2018 roku). Dodatkowym zobowiązaniem są planowane nakłady inwestycyjne na dostosowanie szpitalnej infrastruktury do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia. Ingerencja ze strony budżetu państwa może się okazać konieczna również wcześniej. Powodem są ewentualne skutki podniesienia kwoty wolnej od podatku PIT do ok. 8 tys. zł rocznie, co jak się szacuje uszczupliłoby wpływy ze składki zdrowotnej do NFZ, o ok. 2 mld zł rocznie.



3. Reorganizacja opieki szpitalnej

W Polsce jest 800 szpitali oraz ok. 220 tysięcy łóżek szpitalnych, co daje blisko 6 łóżek szpitalnych na tysiąc mieszkańców. Jest to jeden z najwyższych wskaźników w Europie. Szpitale czeka restrukturyzacja z uwagi na szereg czynników tj.: demografia, przesuwanie procedur do leczenia ambulatoryjnego, wymagane nakłady inwestycyjne (dostosowanie do nowych wymogów). Reorganizacja w wielu przypadkach może prowadzić do: zmiany przeznaczenia niektórych oddziałów (np. zmiana oddziałów ginekologiczno-położniczych czy pediatrycznych na geriatryczne, lub onkologiczne), zmiany profilu całego szpitala (np. nastawione na opiekę długoterminową), a niekiedy nawet do zamknięcia szpitali, które pogrążą się w długach. Wygrać mogą te jednostki, które najszybciej się zreorganizują oraz skutecznie przekonają NFZ do zamiany obecnego kontraktu na taki, który można będzie bardziej efektywniej wykorzystać.



4. Zwiększenie roli efektywności operacyjnej szpitali (np. lean management)

Średnio i długoterminowa perspektywa sektora to wielokrotnie odsuwana w czasie poprawa efektywności operacyjnej szpitali. Jest to optymalny kierunek zmian, biorąc pod uwagę ograniczone środki i niemal z góry ograniczoną stronę przychodową szpitali (przynajmniej w przypadku jednostek bazujących na limitowanych kontraktach NFZ). Narzędzia zarządcze dające szansę na poprawę efektywności operacyjnej / kosztowej obejmują m.in.: centralizację funkcji zakupowych, centralizację funkcji wsparcia, optymalizację procesów tzw. lean management, konsolidację podmiotów oraz wprowadzenie wynagrodzeń uzależnionych od sukcesów. Rozpatrzone powinny zostać także inicjatywy konsolidacji funkcji wsparcia sieci szpitali publicznych, co istotnie wpłynęłoby na poprawę ich rentowności.



5. Turystyka medyczna (w tym dyrektywa transgraniczna)

Turystyka medyczna rozwija się w Europie Środkowo-Wschodniej w tempie ok. 12-15% rocznie. Do Polski już teraz przyjeżdża niemal 400 tysięcy pacjentów zagranicznych rocznie (zarówno z krajów zachodnich jak i wschodnich). Są to jednak głównie kuracjusze klinik dentystycznych, uzdrowisk, medical SPA czy ośrodków opieki długoterminowej. Potencjał jest dużo większy, zwłaszcza, jeśli chodzi o medycynę specjalistyczną tj.: operacje plastyczne, leczenie otyłości, kardiologię, onkologię czy okulistykę. Wartość rynku szpitalnego pacjentów zagranicznych w Europie Środkowo-Wschodniej szacuje się na ok. 400 mln zł, co daje ok. 26,5 tysięcy pacjentów szpitalnych rocznie, z czego ok. 6-8 tysięcy przypada na Polskę. Rozwój turystyki medycznej w Polsce w zakresie tych dziedzin wymaga kapitału i właściwej strategii pozyskiwania pacjentów. Wzorem do naśladowania może być Turcja, która przy wsparciu rządu bardzo mocno rozwinęła tą działalność branży medycznej.

6. Zmiana sposobu leczenia

Przejście z leczenia szpitalnego na leczenia ambulatoryjne to trend, który obserwujemy w całej Europie. Dynamika pobytów szpitalnych w największych krajach europejskich spada w dwucyfrowym tempie ok. 11-12%, a wzrost wykazują procedury ambulatoryjne i szpitale jednego dnia. Wynika to z coraz lepszych metod leczenia, szybszej rehabilitacji oraz możliwości zdalnego monitorowania pacjenta. Ponadto, przy zachowaniu tej samej lub wyższej jakości usług istotnie obniżają się koszty. Polska jest na początku drogi w tym obszarze np. tylko 26% zabiegów usuwania zaćmy odbywa się w ramach chirurgii jednego dnia, podczas gdy w największych krajach europejskich to między 97% a 99% zabiegów. Dlatego spodziewać się można przyspieszenia działań zmierzających w tym kierunku.



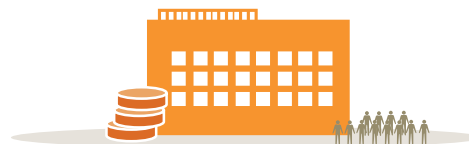
7. Opieka długoterminowa

Liczba osób 65+ w Polsce wzrośnie w ciągu najbliższych 20 lat o ok. 3 mln, czyli do 8,5 mln osób. Rosnący popyt na usługi opieki długoterminowej to trend w każdym starzejącym się społeczeństwie na świecie, jednakże w Polsce należy się spodziewać szczególnie dynamicznego wzrostu (ok. 6% rocznie). Czynniki jakie na to wpływają to m.in. większa zachorowalność na choroby przewlekłe, zmiana modelu rodziny oraz rosnąca liczba gospodarstw jednoosobowych. Szansą w tej sytuacji jest wykorzystanie potencjału pacjentów zagranicznych. Dużo niższe ceny, dobra jakość oraz nowe inwestycje powodują, że Polska może stać się zagłębiem dla emerytów Europy co już powoli się dzieje. Czas na opracowanie kompleksowego modelu działania, zarówno z punktu widzenia mikro- jak i makro-ekonomicznego (systemowego).



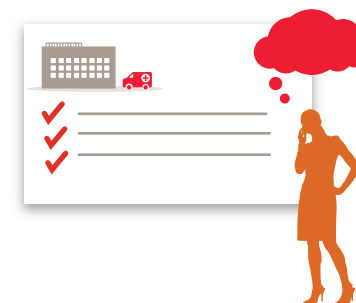
8. Udział sektora prywatnego i wpływ na system ochrony zdrowia

Sektor prywatny dominuje w świadczeniu usług w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece ambulatoryjnej, rehabilitacji, opiece długoterminowej czy leczeniu uzdrowiskowym. Jedynie leczenie szpitalne pozostaje domeną świadczeniodawców publicznych. Obserwacje wskazują, że wyższa jest rentowność i jakość świadczonych usług w tych obszarach, w których kapitał prywatny zaangażował się w rozwój danego segmentu. Oczywiście rola państwa jest i będzie istotna w zapewnieniu tak ważnej opieki szpitalnej, jednak udział sektora prywatnego (w różnych formach) wydaje się być nieunikniony, tak żeby osiągnąć w krótkim okresie spodziewane efekty.



9. Telemedycyna

Polska posiada wszystkie zasoby potrzebne do rozwoju telemedycyny: technologię, kapitał prywatny gotowy do inwestycji oraz pacjentów oczekujących na nowe rozwiązania. Paradoksalnie nie potrzeba dodatkowego finansowania, tylko przekierowania obecnego na tańsze oraz efektywniejsze rozwiązania telemedyczne. Korzyści to: wyższa jakość leczenia, niższy koszt świadczenia usług medycznych, mniej niepotrzebnych hospitalizacji oraz wizyt ambulatoryjnych. Nowe konkursy na finansowanie telekardiologii już wkrótce. Należy się spodziewać, że otworzy to szeroko drzwi do wdrażania innych usług telemedycznych i przyczyni się do poprawy jakości ochrony zdrowia w Polsce, a jednocześnie będzie szansą na ekspansję polskiej technologii zagranicę.



10. Ewolucja pacjenta i jego wymagań

Badania wskazują, że pacjenci są coraz bardziej wymagający i następuje zmiana ich mentalności z podejścia „udało mi się dostać do lekarza” na myślenie „chcę się dostać do bardzo dobrego lekarza i kliniki, która zapewni dobrą jakość”. Ewolucja pacjenta będzie postępowała. Pacjenci oczekują poprawy jakości usług, co będzie zwiększało konkurencyjność świadczeniodawców. Najlepsze podmioty już się do tego przygotowują i te mają szansę uzyskać największą przewagę konkurencyjną, zarówno jeśli chodzi o pacjentów opłacanych przez NFZ, ale także tych którzy płacą za leczenie z własnej kieszeni lub z wykupionego ubezpieczenia.