

Trendy w polskiej ochronie zdrowia

—  2017  —

Prezentujemy kluczowe trendy w polskiej ochronie zdrowia na rok 2017, w których wskazujemy także nasze rekomendacje.

Trendy te powinny być wzięte pod uwagę przez wszystkich interesariuszy systemu (Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, samorządy jak i prywatnych inwestorów krajowych i zagranicznych). To one będą miały zasadnicze znaczenie dla rozwoju efektywnej ochrony zdrowia w Polsce w najbliższych latach.



pwc

pwc.pl/ochronazdrowia

1.



Kontynuacja reformy systemu ochrony zdrowia

Niedobór finansowania był, jest i pozostanie problemem numer jeden sektora ochrony zdrowia, ale samo zwiększanie poziomu finansowania, wbrew temu co mogłoby się wydawać, nie rozwiąże jego problemów. Wymagany jest wzrost efektywności gospodarowania przeznaczanymi na ochronę zdrowia środkami, identyfikacja kluczowych obszarów wymagających inwestycji/rozwoju w średnio i długookresowej perspektywie oraz wypracowanie konsensusu wobec konieczności zrównoważenia stale rosnących oczekiwań pacjentów (a także rosnącej podaży coraz bardziej zaawansowanych technologii medycznych) oraz możliwości płatnika/płatników.

Istotne jest przy tym poprzedzenie działań reformatorskich pogłębioną analizą istniejącego stanu rzeczy, określeniem strategicznych celów podejmowanych działań oraz wypracowaniem praktycznych rozwiązań w zakresie monitorowania i korygowania procesu ich wdrażania.

Warunkiem sukcesu, będzie objęcie reformą wszystkich elementów systemu ochrony zdrowia w naszym kraju (od POZ, przez AOS, szpitale, diagnostykę, opiekę długoterminową, aż po usługi sanatoryjne i rehabilitacje). System ochrony zdrowia jest bowiem wielowymiarowy, a jego poszczególne segmenty, których rola i znaczenie podlega bardzo szybkim zmianom, muszą nie tylko ze sobą

bezproblemowo współpracować, ale także realizować wspólną strategię koncentrując się na priorytetowych z punktu widzenia zdrowia publicznego obszarach. Podejście takie powinno pozwolić na realizację jednego z podstawowych celów reform tj. zwiększeniu efektywności (umożliwiając np. wypracowanie właściwej proporcji pomiędzy ilością i obciążeniem łóżek szpitalnych – gdzie pobyt pacjenta kosztuje 300-500 złotych dziennie, oraz łóżek istniejących w ramach opieki sanatoryjnej, szpitali uzdrowiskowych oraz opieki długoterminowej, gdzie koszt pobytu pacjenta zaczyna się od 100 złotych dziennie).

Należy także, zwrócić uwagę na fakt, że ze względu na dynamikę zachodzących w ochronie zdrowia procesów epidemiologicznych, demograficznych oraz ekonomicznych jakkolwiek reforma oparta o długoterminową strategię musi podlegać systematycznej weryfikacji i ewentualnym korektom. Oczekujemy, że najbliższe lata przyniosą pogłębienie procesu realokacji środków finansowych pomiędzy poszczególnymi obszarami terapeutycznymi (wynikające głównie z historycznego przeszacowania, bądź niedoszacowania poszczególnych procedur, lecz także, ze zmieniających się kosztów np. cen wykorzystywanych technologii, czy wynagrodzeń specjalistów).



Proces ten rozpoczął się częściowo już w roku 2016 (kardiologia, diagnostyka obrazowa, psychiatria) i będzie kontynuowany. Co ciekawe, wiele krajów regionu Europy Środkowo-Wschodniej rozpoczęło (lub rozważa rozpoczęcie) szeroko zakrojonych projektów analitycznych mających na celu zrozumienie realnych kosztów związanych z poszczególnymi procedurami medycznymi (w zakresie opieki podstawowej, specjalistycznej, szpitalnictwa, rehabilitacji itd.). Założeniem jest uwzględnienie we wspomnianych kosztach odpowiedniej marży uzależnionej od wielu czynników (o czym piszemy dalej), co stanowić będzie z kolei podstawę do ustalenia właściwego poziomu finansowania publicznego. Co ważne, proces weryfikacji nie będzie procesem jednorazowym, lecz okresowo powtarzającym.

Ostatecznie, w celu stabilizacji systemu ochrony zdrowia, należy zadbać o finansowanie i jego adekwatny wzrost. Wydaje się, że dobrym punktem startowym byłby przegląd wszystkich obecnych źródeł finansowania tj. NFZ, Ministerstwo Zdrowia, samorządy, fundacje oraz środki prywatne, oraz potwierdzenie, że są one właściwie wykorzystywane. W dalszej kolejności należałoby przeanalizować nowe/alternatywne źródła finansowania, które mogłyby być wykorzystywane dla finansowania zreformowanego systemu.

2.



Zmiany w infrastrukturze ochrony zdrowia

Infrastrukturę ochrony zdrowia można podzielić na dwa typy: dzienną (jak ośrodki POZ, AOS, diagnostyki, rehabilitacji) oraz stacjonarną (jak szpitale, sanatoria, szpitale uzdrowiskowe czy domy opieki długoterminowej). Odrębnym tematem jest leczenie stacjonarne w domu pacjenta z wykorzystaniem nowych technologii (o czym piszemy dalej).

Infrastruktura dzienna podlegała w ostatnich latach bardzo dużym zmianom szczególnie tam, gdzie właścicielem był kapitał prywatny. Infrastruktura stacjonarna wciąż wymaga znacznej reorganizacji.

W Polsce działa ok. 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 czy 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), 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 efektywnie wykorzystać.

W Polsce funkcjonuje 198 sanatoriów, 52 szpitale uzdrowiskowe oraz 1800 obiektów opieki długoterminowej, co daje 172 tysiące łóżek w tych obiektach. Są to obiekty dużo tańsze, świadczące często bardzo dobrej jakości usługi ochrony zdrowia i także czekające na możliwość wykorzystania ich potencjału w pełnym zakresie. Doba pobytu w tego typu obiektach kosztuje system od 100 zł, podczas gdy w szpitalu od 300 do 500 zł.

Relatywnie niedawno powstały w Polsce mapy potrzeb zdrowotnych, co jest bardzo dobrym sygnałem. Kolejnym krokiem powinno być zmapowanie całościowej infrastruktury dziennej ochrony zdrowia i przeprowadzenie kompleksowej racjonalizacji jej wykorzystania. Część jednostek będzie musiała zostać zamknięta, część zmieni profil, inne zyskają nowych pacjentów, ale ogólnie skorzysta na tym cały sektor.

3.



Rosnące koszty ochrony zdrowia

Koszty ochrony zdrowia będą rosły, niektóre w dużo szybszym tempie niż wzrost nakładów na ochronę zdrowia. W rezultacie, samo zwiększanie finansowania bez potrzebnych reform, nie zapewni poprawy sytuacji, w tym dostępności i poprawy jakości usług.

Koszty działania podmiotów leczniczych to przede wszystkim (w oparciu o przykładowe podmioty z różnych segmentów): koszty personelu (około 52% kosztów), koszty usług zewnętrznych, w tym żywienia pacjentów (około 24% kosztów), koszty materiałów (około 18% kosztów), koszty amortyzacji infrastruktury (około 4% kosztów), koszty zarządu i administracji (około 2% kosztów), oraz inne koszty obecnie nieskantyfikowane, np. koszty obsługi zadłużenia.

Praktycznie wszystkie te koszty po głębszej analizie wskazują tendencje rosnące. Najbardziej koszty wynagrodzeń, co jest racjonalne, ponieważ wynagrodzenia w polskiej ochronie zdrowia są na zdecydowanie niższym poziomie niż w innych krajach. Z drugiej strony niniejsza publikacja wskazuje na szereg zmian strukturalnych, mających poprawić wykorzystanie środków NFZ, infrastruktury, zasobów kadrowych, w tym głównie specjalistów – tak, aby wykonywali zadania, do których są desygnowani i w pełni wykorzystywali swoje kompetencje. Potrzeba zmian nie dotyczy tylko chęci obniżenia kosztów, ale przede wszystkim lepszego wykorzystania zasobów, których zaczyna w Polsce brakować (dotyczy to w szczególności lekarzy niektórych specjalności i pielęgniarek).



Coraz większa rola danych

Wzrost roli przetwarzania danych to obszar w ochronie zdrowia, w kierunku którego podąża świat i od którego Polska także nie ucieknie. Celem jest wdrożenie mechanizmów umożliwiających jak najdokładniejsze planowanie na poziomie każdej jednostki, mierzenie efektów (zarówno klinicznych jak i ekonomicznych), a następnie wynagradzanie najlepszych podmiotów np. dodatkowym finansowaniem. Istotne jest także wypracowanie skutecznych mechanizmów, które skłonią podmioty osiągające gorsze wyniki do podjęcia działań naprawczych. Jest to wdrożenie do systemu ochrony zdrowia mechanizmów proefektywnościowych, podobnych do tych działających w firmach komercyjnych, ale według jasnych zasad oraz pod nadzorem odpowiednich organów.

Polska nie jest krajem jednorodnym pod kątem wielkości zarobków, czy kosztów usług obcych, opracować więc trzeba wskaźniki standardowe oraz odpowiednie mechanizmy korygujące (np. koszty pracy pielęgniarki są różne w różnych rejonach kraju). Wskaźniki takie mogłyby obejmować następujące grupy: stan aktualnej infrastruktury i potrzeb na przyszłość (jakość, powierzchnia, standard, dostępny i brakujący sprzęt), zadowolenie pacjentów z placówki (wg różnych kryteriów), skuteczności terapii czyli wskaźniki kliniczne jak i wiele innych. W rezultacie powstałaby metodologia, która premiowałaby dobre praktyki za pomocą tzw. Wskaźnika Ogólnej Sprawności (WOS). Im wyższy wskaźnik, tym podmioty otrzymywałyby wyższe finansowanie, natomiast im niższy, przeciwnie. Mogłyby być inicjowane oddzielne fundusze i programy restrukturyzacji, w celu wsparcia słabszych jednostek w uzyskaniu co najmniej średnio-rynkowych rezultatów.



Nowe technologie przyszłością ochrony zdrowia

Dostępne są już bardzo zaawansowane technologie, których wdrożenie jest receptą na problemy krajów takich jak nasz, w których brak jest dostatecznego finansowania oraz występują braki w infrastrukturze (wymagające dużych nakładów). W rezultacie, nowe technologie to szansa dla pacjentów:

- a) Usługi telemedyczne / telekonsultacyjne z wykorzystaniem dostępnych narzędzi są powoli wdrażane, natomiast istnieje potrzeba szybszych zmian regulacyjnych oraz finansowania publicznego tych rozwiązań. 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.
- b) Rozwój konsumenckich usług ochrony zdrowia, które polegają na świadczeniu usług w istniejących punktach obsługi klienta jak apteki, drogerie, sieci handlowe i inne. Usługi mogą być świadczone bezpośrednio (w dedykowanych miejscach) lub poprzez telekonsultacje. Wiele przykładów z krajów rozwiniętych pokazuje jak dużo oszczędności można uzyskać.
- c) Dane to potężne źródło informacji tylko bez odpowiednich systemów informatycznych nie jesteśmy w stanie ich wykorzystać. Potrzebne są systemy i digitalizacja danych medycznych. W oparciu o to data mining oraz sztuczna inteligencja dostarcza możliwości, które są w stanie w sposób przełomowy pomóc w diagnostyce, znacznie ją przyspieszyć, a także minimalizować popełniane błędy.
- d) Biotechnologia, z nielicznymi wyjątkami rozwijała się w Polsce, w organicznym zakresie. Jest to także przyszłość ochrony zdrowia, w szczególności w profilaktyce, diagnostyce oraz farmacji. Konieczne jest stworzenie warunków zapewniających środki na badania przed-kliniczne i kliniczne, które umożliwią rozwój tej nowoczesnej dziedziny w Polsce.

6.



Zwiększenie roli efektywności operacyjnej podmiotów ochrony zdrowia (np. lean management)

Średnio i długoterminowa perspektywa sektora ochrony zdrowia to wielokrotnie odsuwana w czasie poprawa efektywności operacyjnej szpitali, jak i innych podmiotów (choć w mniejszym stopniu). 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, a w przyszłości na planowanym finansowaniu budżetowym).

Narzędzia zarządcze dające szansę na poprawę efektywności operacyjnej i kosztowej obejmują m.in. centralizację funkcji zakupowych, centralizację funkcji wsparcia, optymalizację procesów tzw. lean management, konsolidację podmiotów oraz wprowadzenie wynagrodzeń uzależnionych od realizacji celów. Rozpatrzone powinny zostać także inicjatywy konsolidacji funkcji wsparcia sieci szpitali publicznych, co istotnie wpłynęłoby na poprawę ich rentowności.

Jako przykład pierwszy, można przedstawić ekonomikę pojedynczego szpitala w porównaniu do grupy wielu szpitali. Nasze doświadczenia wskazują, że uzyskanie korzyści skali w obszarach takich jak wspólne zakupy, centralizacja IT, centralizacja administracji oraz funkcji wsparcia – umożliwiła uzyskanie oszczędności kosztowych

rzędu 10-15% rocznie (przy budowie grup składających się z 10-20 podmiotów, przy większych grupach te oszczędności jeszcze rosą). Przy budżecie na szpitalnictwo w wysokości ~40 mld zł, kosztach działań opisanych wyżej obszarów ~16 mld zł, to roczne oszczędności wyniosłyby ~2.0 mld zł. Przeznaczenie uzyskanych oszczędności na świadczenie usług (scenariusz pogładowy), umożliwiłoby na jednoczesne zlikwidowanie kolejek oczekujących na zabieg leczenia zaćmy, pokrycie kosztów refundacji insuliny i sfinansowanie około 10 tys. dodatkowych zabiegów pełnej endoplastyki stawu biodrowego.

Drugi przykład jest jeszcze bardziej oczywisty, ponieważ rozwinięty w krajach zachodnich – jest to optymalizacja procesów, na przykład za pomocą metodologii lean management. Nawet gdy odłożymy na bok oszczędności kosztowe, bo nie zawsze one są najważniejsze, to mamy szereg innych zalet: lepsze rezultaty leczenia pacjentów, większe zadowolenie pacjentów z pobytów w ośrodkach leczniczych, zadowolone i bardziej zmotywowane kadry, które mogą zajmować się tym, w czym są wyspecjalizowane i nie tracą czasu np. na dokumentację lub obszary, które w naszej metodologii opisujemy jako „nie dodające wartości pacjentowi”, a często nawet odejmujące wartość pracowników.



Opieka nad seniorami, czyli opieka długoterminowa

Liczba osób w wieku 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 liczba zachorowań na choroby przewlekłe, zmiana modelu rodziny oraz rosnąca liczba domowych gospodarstw jednoosobowych. Szansą w tej sytuacji jest również wykorzystanie potencjału pacjentów zagranicznych. Dużo niższe ceny, dobra jakość oraz nowe inwestycje powodują, że Polska może stać się „zagłębiem” dla emerytów Europy.

Czas na opracowanie kompleksowego modelu działania, zarówno z punktu widzenia mikro- jak i makro-ekonomicznego (systemowego):

- a) Uporządkowanie obecnego i zapewnienie dodatkowego finansowania
- b) Opracowanie modeli działania (jasnych kryteriów) poszczególnych podmiotów, w zależności od funkcji, lokalizacji, rodzaju pacjenta, i inne
- c) Stworzenie sieci skupiającej podmioty tego typu i ich dedykowana reorganizacja działalności
- d) Określenie zasad współpracy z sektorem prywatnym, który już inwestuje w tym segmencie (zarówno przedsiębiorcy krajowi jak i zagraniczni)
- e) Opracowanie jasnych zasad przepływu pacjenta (kto zgłasza, jak działa kolejka, jakie są niezbędne kryteria)
- f) Zaprojektowanie całego systemu licencji i certyfikacji, zorganizowanie systemu standardów jakości itp.



Turystyka medyczna – obszar o bardzo dużym potencjale

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, ortopedię, 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.



Rozwój prywatnego sektora opieki zdrowotnej

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.

Spodziewamy się, że reforma i dalszy rozwój ochrony zdrowia w Polsce (nie tylko dzięki firmom medycznym, ale również telekomunikacyjnym, informatycznym, transportowym, etc.) będzie musiał oprzeć się o strukturę współpracy pomiędzy partnerem prywatnym, a partnerem publicznym. Istnieje wiele międzynarodowych

przykładów sukcesu takich rozwiązań jak np. amerykańska Grupa Centene inwestująca w ochronę zdrowia w Hiszpanii pod nazwą Ribera Salud.

W naszym kraju także należy wypracować system partnerstwa państwa z inwestorami prywatnymi w ochronie zdrowia, ponieważ przyniesie to korzyści wszystkim. Nasze analizy wskazują, że obecnie kapitał prywatny niechętnie i z dużą ostrożnością podchodzi do naszego rynku. Niezbędne elementy: przewidywalność, stabilność i otwartość na rozmowy muszą być spełnione. W ostatnich 2 latach widać bardzo duży spadek liczby transakcji fuzji i przejęć w sektorze ochrony zdrowia. W przypadku braku otwartości na reformy z udziałem kapitału prywatnego ten trend może się pogłębiać. W najbliższych latach jedyne transakcje mogą dotyczyć próby sprzedaży podmiotów ochrony zdrowia przez właścicieli, którzy stracili wiarę na dalszą możliwość rozwoju biznesu.

Osoby kontaktowe:

Szymon Piątkowski

Wicedyrektor PwC

Lider doradztwa biznesowego
dla sektora ochrony zdrowia

T: +48 519 507 781

E: szymon.piatkowski@pl.pwc.com

Mariusz Ignatowicz

Partner PwC

Lider zespołu

ds. rynku ochrony zdrowia

T: +48 502 184 795

E: mariusz.ignatowicz@pl.pwc.com

