

Anna Lachowska

Wpływ dekonstrukcji na funkcjonowanie rynku usług medycznych w Polsce

Ekonomiczne Problemy Usług nr 46, 175-182

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ANNA LACHOWSKA*

WPLYW DEKONIUNKTURY NA FUNKCJONOWANIE RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH W POLSCE

Wstęp

Przyjętym w 1989 r. modelem gospodarki Polski jest model gospodarki społeczno-rynkowej (art. 20 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*). Model ten, oparty na bazie koncepcji Alfreda Müllera-Armacka i Ludwiga Erharda, jest połączeniem gospodarki rynkowej z szerokim zabezpieczeniem socjalnym państwa. Rynkowy charakter przyjętego modelu poddaje gospodarkę Polski cykliczności wzrostu oraz wahaniom koniunkturalnym.

Rynek usług medycznych uznawany jest za obszar względnie stabilny, gdzie relatywnie niska elastyczność popytu na specyficzny rodzaj usług chroni rynek przed wahaniami decyzji konsumpcyjnych. Niemniej jednak czynniki bezpośrednio niezależne od decyzji indywidualnych konsumentów (pacjentów) – takie jak zapowiadany w wyniku kryzysu spadek finansowania sektora, podyktowany wzrastającym bezrobociem – skorygują prognozy rozwoju. Celem artykułu jest wyeksponowanie wpływu bieżącej koniunktury na funkcjonowanie rynku usług medycznych w Polsce.

Symptomy dekonunktury

W okresie 20 lat funkcjonowania polska gospodarka dwukrotnie weszła w fazę dekonunktury. Okres pierwszego spowolnienia gospodarczego przypadł na lata 2000–2002, kończąc fazę szybkiego wzrostu gospodarczego, charakte-

* Anna Lachowska – mgr, Katedra Biznesu Międzynarodowego, Wydział Ekonomii i Informatyki, Zachodniopomorska Szkoła Biznesu.

rystycznego dla początku okresu transformacji¹. Produkt krajowy brutto (PKB) omawianego okresu wzrastał w tempie 1,5% rocznie². Dekoniunktura objawiała się rosnącą liczbą bankructw przedsiębiorstw – i tak, w 2002 r. liczba ogłaszanych upadłości przedsiębiorstw wzrosła o 83% w stosunku do 1999 r.³ Miało to swoje skutki w postaci powiększającego się bezrobocia – jego stopa wzrosła w owym okresie z poziomu 15,1% w 2000 r. do poziomu 19,8% w 2002 r.⁴ Symptodem trwającej dekonunktury początku lat 90. był spadek poziomu konsumpcji do 3% rocznie, z poziomu 5–6% w latach 90. ubiegłego wieku⁵.

Okres drugiego spowolnienia gospodarczego przypadł na połowę roku 2008 i trwa do dziś. Pomimo że prognozy przedstawiane zarówno przez rząd, jak i niezależne instytucje wykluczają możliwość wejścia gospodarki polskiej w fazę kryzysu, istnieje wiele przesłanek wskazujących na recesję w sektorach przemysłu oraz usług. Tempo wzrostu PKB w 2008 r. wyniosło 4,3%, w porównaniu z ponad sześcioprocentowym wzrostem w roku poprzednim⁶. Spodziewana stopa wzrostu PKB w roku 2009 wynosi zaledwie 0,5%⁷. Prognozowana liczba upadłości w tymże roku w Polsce wzrośnie o ok. 25% w stosunku do roku 2008, w którym liczba ta spadła o 17% w stosunku do roku poprzedniego⁸. Analogicznie do okresu poprzedniego wzrasta liczba bezrobotnych – prognozowana stopa bezrobocia w 2010 r. ma sięgnąć 13,8% w porównaniu do poziomu 11,4% z roku 2007⁹.

Badanie wpływu dekonunktury na kondycję podmiotów gospodarczych, przeprowadzone przez firmę Club New Connect w listopadzie 2008 r.¹⁰, wykazuje rosnące zaniepokojenie konsumentów. Około 34% badanych spodziewa się, że recesja negatywnie wpłynie na poziom ich życia. Obawy te wydają się uzasadnione: wysokość wynagrodzenia nominalnego w 2009 r. wzrosnąć ma o zaledwie 2,1%, gdy w latach 2008 i 2007 wzrastała odpowiednio o 8,6 i 8,7%¹¹.

¹ A. Zelek, *Dekoniunktura gospodarcza – wyzwanie czy bariera dla zarządzania strategicznego*, w: *Zarządzanie strategiczne. Problemy i kierunki badań*, red. R. Krupski, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2009, s. 14.

² *Polska na tle świata i Europy (w liczbach) 1995–2007*, <http://www.mg.org.pl> (20.06.2009).

³ A. Zelek, *Dekoniunktura gospodarcza...*, s. 16.

⁴ *Polska na tle świata i Europy...*

⁵ A. Zelek, *Dekoniunktura gospodarcza...*, s. 13.

⁶ *Polska na tle świata i Europy...* oraz *Analiza sytuacji gospodarczej Polski w 2008 r.*, <http://www.mg.org.pl> (20.06.2009).

⁷ *Założenia do projektu budżetu państwa na 2010 rok*, <http://www.mf.gov.pl> (18.06.2009).

⁸ A. Zelek, *Dekoniunktura gospodarcza...*, s. 8.

⁹ *Polska na tle świata i Europy...* oraz *Założenia do projektu budżetu...*

¹⁰ *Jak odczuwamy kryzys?*, <http://www.newconnect.pl> (1.06.2009).

¹¹ *Założenia do projektu budżetu...* oraz *Polska 2008 – raport o stanie gospodarki*, <http://www.mg.gov.pl> (29.06.2009).

Rola płatnika – NFZ

W świetle podanych informacji należy się spodziewać, iż spowolnienie gospodarcze nie pozostanie bez wpływu na funkcjonowanie rynku usług medycznych w Polsce. Ograniczone, skromne środki przeznaczane na opiekę zdrowotną w Polsce (ok. 6% PKB; dla porównania: USA – 18%¹², Niemcy – 10,7%, Szwajcaria – 11,5%, Słowacja – 6%)¹³ pomniejszone zostaną w wyniku rosnącego bezrobocia. Wpływy Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) ze składek zdrowotnych, naliczanych od wynagrodzenia zatrudnionych osób (w obecnej wysokości 9%¹⁴), obniżane są w wyniku spadającej liczby zatrudnionych oraz wysokości ich wynagrodzenia. Daje to podstawę do kwestionowania uzyskania założonych przez NFZ przychodów na rok 2009 w wysokości 56,5 mld zł (w 2008 r. wydatki NFZ wyniosły 51 mld zł, a w 2007 r. 41 mld zł). Przywołując wypowiedź prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza: płatnik znalazł się w nietypowej sytuacji, w której wysokość gromadzonych przez NFZ składek maleje z miesiąca na miesiąc i z roku na rok, a prognozy wysokości spadku wpływów wynoszą 1,6 mld zł¹⁵. Należy również pamiętać, iż wzrost bezrobocia zwiększy jednocześnie obciążenie wydatków państwa w związku z opłacaniem składki zdrowotnej dla osób bezrobotnych.

Podjmując środki zaradcze, Ministerstwo Zdrowia zapowiada podwyżkę składki zdrowotnej o jeden procent od początku 2010 r. Miałoby to jednak sens po zapowiadającym uszczelnieniu systemu w postaci przeprowadzonych przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zgodnie z planem „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” (tzw. plan B). W przeciwnym razie środki mogą zostać zmarnotrawione, a podwyższona wysokość składki podniesie niepotrzebnie koszty pracy.

Tymczasem władze NFZ, aby nie złamać ustawowego zapisu o zachowaniu co najmniej takiego samego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych, jak w roku poprzednim, dopuszczają sytuację, w której płatnik będzie wydawać więcej, niż posiada – poprzez pokrywanie bieżących wypłat z zaciąganych kredytów.

¹² Z. Tytko, *Brukselski sztab zdrowia*, „Menedżer Zdrowia” 2009, nr 4.

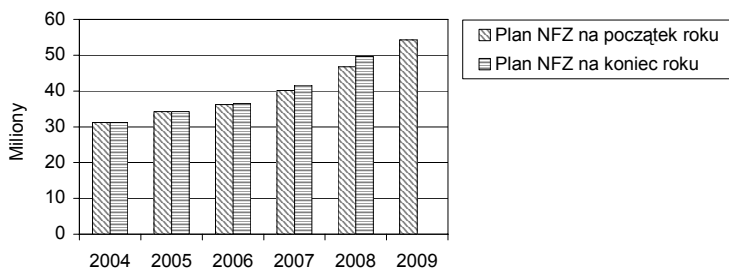
¹³ *Health at a Glance. OECD Indicators 2007*, <http://www.who.int> (23.10.2008).

¹⁴ *Minimalna podstawa (60%) wymiaru i wysokość składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne i fundusze pozaubezpieczeniowe od 1 stycznia 1999 r.* (plik PDF, 48 kB), <http://www.zus.pl> (23.06.2009).

¹⁵ J. Paszkiewicz, *Witajcie w ciężkich czasach*, „Gazeta Prawna” 2009, nr 77.

Sytuacja zakładów opieki zdrowotnej

Spadek wpływów ze składek zdrowotnych przełoży się na obniżenie finansowania ochrony zdrowia, a w szczególności szpitali, na które przeznaczane jest ok. 40% przychodów NFZ (w 2008 r. – 21 mld zł; planowane w 2009 r. – 23,9 mld zł). Panująca do tej pory sytuacja, w której planowane przychody przewyższały planowane wydatki, pozwalała na podział nadwyżki i pokrycie kosztów tzw. nadwykonań, czyli dodatkowych niezakontraktowanych wcześniej świadczeń. Plany finansowe NFZ, pozwalające na rozdysponowanie nadwyżki, ulegały zmianie nawet kilka razy do roku¹⁶. Kontrakty szpitali, podpisywane z NFZ na drugą połowę 2009 r., nie tylko nie przewidują wzrostu zakontraktowanych świadczeń, ale w niektórych wypadkach – np. w województwie dolnośląskim – zmalały o 30%¹⁷.



Wielkość wpływów NFZ ze składek (2004–2009)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Planów finansowych NFZ* na lata 2004–2009, <http://www.mz.gov.pl> (15.06.2009).

Jednocześnie prezes NFZ zapowiada, iż nie ma realnej szansy podwyższenia ceny punktu (obecnie 51 zł) w lecznictwie szpitalnym, zaskarżonej przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy¹⁸. Oznacza to, że i tak niemałe zadłużenie szpitali prawdopodobnie powiększy się jeszcze bardziej. Należy zaznaczyć, iż łączna wartość zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce według stanu na koniec grudnia 2008 r. wynosi ok. 9,7 mld zł, w tym

¹⁶ *Plany finansowe NFZ*, <http://www.mz.gov.pl> (15.06.2009).

¹⁷ *Dolny Śląsk: kontrakty na drugie półrocze o 30 proc. niższe*, <http://www.rynekzdrowia.pl> (17.06.2009).

¹⁸ J. Paszkiewicz, *Witajcie w ciężkich czasach...*

2,6 mld zł stanowią zobowiązania wymagalne¹⁹. Część jednostek w wyniku zaistniałej sytuacji zacznie limitować świadczenia, co wydłuży kolejki oczekujących pacjentów. Co więcej, należy oczekiwać, iż pojawiające się na rynku bariery kredytowe zahamują rozwój inwestycji szpitalnych, ciągle bardzo potrzebnych w polskim sektorze opieki zdrowotnej, w tym działań mających przystosować jednostkę do wymogów sanitarnych do 2012 r. Sytuację kredytową utrudniać będą dodatkowo inwestycje rządowe, na których potrzeby sprzedaż obligacji wyniesie 155 mld zł²⁰. Wypieranie inwestycji prywatnych przez rząd zmniejszy sumę środków dostępnych na finansowanie działalności pozostałych podmiotów, w tym instytucji rynku usług medycznych.

Charakterystyczna dla fazy dekonstrukcji niestabilność warunków utrudni przeprowadzenie planu restrukturyzacji polskich szpitali w ramach wspomnianego programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”, mającego na celu przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego z większościowym udziałem państwa. Trudno bowiem oczekiwać gwarancji NFZ na zakontraktowanie usług w sytuacji nieprzewidywalności spływu składek zdrowotnych. Słabnąca złotówka przyczyni się do wzrostu cen leków, a przez to również kosztów funkcjonowania szpitali, które przeznaczają na ten cel ok. 20–30% swojego budżetu. W związku z tym dyrektorzy szpitali nie będą prawdopodobnie zainteresowani wzięciem dodatkowej odpowiedzialności na swój zakład w postaci zawilego procesu przekształceń.

Dekonstrukcja nie wyeliminuje najsłabszych jednostek, jak ma to miejsce w przypadku przedsiębiorstw działających na wolnym rynku. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej chronione są bowiem zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, uniemożliwiającymi przeprowadzenie upadłości tych jednostek. Z pewnością jednak spowolnienie gospodarcze oraz idące za nim zmniejszone finansowanie zakłóca działanie tych podmiotów.

Działania rządowe

W wyniku konieczności poszukiwania oszczędności w budżecie państwa, podyktowanych dekonstrukcją gospodarczą, Ministerstwo Zdrowia ograniczyło planowane wydatki o 314 mln zł. Wskutek planowanych oszczędności w 2009 r. nie zostaną podjęte żadne nowe inwestycje. Ograniczony zostanie również dostęp

¹⁹ *Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podziale na województwa*, <http://www.mz.gov.pl> (12.12.2008).

²⁰ *Rząd musi sprzedać obligacje za 155 mld zł*, <http://www.rp.pl> (3.02.2009).

szpitali do środków w ramach projektu wzmocnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów (ok. 1 mln zł na szpital)²¹. Obowiązek pokrycia kosztu części procedur wysokospecjalistycznych, finansowanych dotychczas z budżetu państwa, przekazany został do NFZ. W sytuacji dodatkowego obciążenia płatnika ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych wydaje się nieuniknione.

Do działań zaradczych rządu, oprócz wspomnianej zapowiedzi podniesienia składki zdrowotnej o jeden procent, należy opracowywana nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wprowadzane zmiany w postaci opracowania gwarantowanego koszyka świadczeń, przy jednoczesnym wprowadzeniu możliwości zawierania ubezpieczeń w celu pokrycia kosztu świadczeń niegwarantowanych lub świadczeń na wyższym poziomie, miałyby być impulsem do rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych. Rynek ten mógłby być źródłem dodatkowych środków finansowych w systemie, po części przekierowanych z obrotów w szarej strefie. Niestety, spodziewana malejąca skłonność do konsumpcji, tak jak miało to miejsce w okresie pierwszego spowolnienia gospodarczego, stanowić będzie poważną barierę rozwoju tego rynku. Przekreśli to dodatkowe potencjalne źródło finansowania systemu.

Rynek prywatnych usług medycznych

Rosnące bezrobocie oraz towarzysząca mu zazwyczaj ograniczona skłonność do wydatkowania pieniędzy wpłyną negatywnie na prężnie rozwijający się rynek prywatnej opieki zdrowotnej. Według raportu firmy PMR pt. *Private healthcare market in Central and Eastern Europe 2009* („Prywatny rynek usług medycznych w środkowej i wschodniej Europie 2009”) rynek usług medycznych w roku 2008 osiągnął w Polsce wartość 26 mld zł, co oznacza wzrost o 13% w stosunku do roku poprzedniego. Wartość ta obejmuje koszty rehabilitacji, diagnostyki oraz wizyt u lekarza, które są pokrywane bezpośrednio z kieszeni pacjentów, jak również koszty abonamentów medycznych wykupionych w firmach medycznych wraz z usługami medycyny pracy oraz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Rozwój omawianego rynku jest odpowiedzią na niedofinansowanie oraz niesprawność powszechnego systemu opieki zdrowotnej. Jest również szansą na poprawę jakości systemu świadczeń medycznych.

Niestety, w wyniku braku regulacji rynku ubezpieczeń dodatkowych w Polsce oraz wpływu dekonjunkury, wzrost tego rynku w roku 2009 wynieść ma

²¹ R. Boruc, J. Wojteczek, *Mapa zagrożeń w ochronie zdrowia*, „Menedżer Zdrowia” 2009, nr 1.

tylko 7%²². Oznacza to, że zarówno publiczny, jak i prywatny system świadczeń usług medycznych zostaną dotknięte skutkami spowolnienia gospodarczego.

Rynek farmaceutyczny

Rynek farmaceutyczny charakteryzuje się zwykle większą odpornością na negatywne wpływy dekonunktury gospodarczej. Dotyczy to głównie leków przepisywanych na receptę, na które popyt nie podlega wielkim wahaniom. Ma to związek z charakterem danego dobra, mającego na celu zaspokajanie podstawowych potrzeb człowieka. Mimo to należy się spodziewać opóźnień w spłatach za dostarczane leki. Na początku bieżącej dekady zaległości w spłatach Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie sięgały pół roku²³. Jest to poważne zagrożenie dla płynności finansowej małych aptek i hurtowni. Wstrzymanie akcji kredytowej na rynku finansowym spowoduje, iż producenci leków niechętnie będą kredytować hurtowników, a ci z kolei – aptekarzy. Prawdopodobnie nastąpią także konsolidacja hurtu farmaceutycznego. Mimo to prognozy dla rynku farmaceutycznego są optymistyczne: według raportu firmy PharmaExpert wartość sprzedaży rynku farmaceutycznego w Polsce wyniosła w 2008 r. 24 mld zł i zwiększyła się o 11% w stosunku do roku poprzedniego. W 2009 r. rynek będzie wzrastał w tempie 5%, co w porównaniu z innymi sektorami uznać należy za dobry wynik²⁴.

Podsumowanie

Rynek opieki zdrowotnej, pomimo względnej odporności wynikającej z niskiej elastyczności popytu na jego dobra czy usługi, jest rynkiem poddanym rzeczywistym wpływom dekonunktury gospodarczej. Spadek finansowania, wstrzymane inwestycje czy dalsze zadłużanie się szpitali to niektóre ze wskazanych w artykule efektów wpływu globalnego kryzysu na funkcjonowanie rynku opieki zdrowotnej w Polsce w nadchodzącym czasie. Poziom weryfikacji założonego rozwoju rynku zależeć będzie od sprawności działania znajdujących się na nim podmiotów. Rozpoczęte w połowie roku 2008 spowolnienie gospodarcze zapewne nie wyeliminuje najsłabszych elementów polskiego systemu, choć z pewnością wskaże te elementy.

²² *Private healthcare market in Central and Eastern Europe 2009*, <http://www.pmrpublications.com> (12.06.2009).

²³ R. Boruc, J. Wojteczek, *Mapa zagrożeń...*

²⁴ Tamże.

Streszczenie

Przyjętym w 1989 r. modelem gospodarki Polski jest model gospodarki społeczno-rynkowej. Rynkowy charakter modelu poddaje gospodarce wpływom cykli koniunkturalnych. Sektor opieki zdrowotnej, pomimo względnej odporności na wahania koniunktury, odczuje negatywne skutki rozpoczętej w 2008 r. fazy spowolnienia gospodarczego. Spadek finansowania zarówno ze źródeł publicznych jak i prywatnych, wstrzymanie inwestycji czy dalsze zadłużanie się szpitali zweryfikuje prognozy rozwoju tego rynku.

Summary**IMPACT OF RECESSION
ON HEALTH CARE MARKET IN POLAND**

Model of Polish economy implemented in year 1989, is social market economy. Market feature of this model decides about influence of business cycles on the economy. Although certain resistance to business cycle phases, health care sector in Poland has been affected by recession started in 2008. Decrease in public as well private sources of sector financing, hold of investments or continuation of process of going into dept of hospitals will verify predictions of sector development.