

Aspekty ekonomiczne i rynkowe funkcjonowania sektora kardiologii w Polsce

Economic and market functioning aspects of cardiology in Poland

Ewa Uścińska¹,
Małgorzata Chlabicz^{2, 3},
Katarzyna Tyrakowska⁴,
Magdalena Nowicka¹,
Agnieszka Tycińska¹

¹Klinika Kardiologii,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Klinika Kardiologii Inwazyjnej,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Zakład Medycyny Populacyjnej i Prewencji
Chorób Cywilizacyjnych,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Polski system ochrony zdrowia opera się na modelu ubezpieczeniowym. Dysponentem środków pochodzących z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), którego obowiązek stanowi zapewnienie osobom ubezpieczonym kompleksowej opieki zdrowotnej.

Głównym filarem sektora kardiologii w Polsce jest obecnie lecznictwo szpitalne z rocznym kontraktem na procedury przekraczającym 3 mld zł. Wysoka koncentracja rynku w większości województw, wysokie bariery wejścia i wyjścia oraz monopsoniczny model nabywania usług sprawiają, że nie jest to rynek otwarty na nowych konkurentów. Rehabilitację kardiologiczną kieruje się do ograniczonej grupy pacjentów (głównie po zabiegach) i dysponuje ona znacznie mniejszym kontraktem na świadczenia (ok. 144,6 mln zł), stosunkowo niskimi barierami wejścia i wyjścia. Model nabywania usług jest także monopsoniczny, gdyż zainteresowanie tego typu świadczeniami z prywatnych źródeł finansowania jest niewielkie. Kardiologia ambulatoryjna ma największy rynek, jeśli chodzi o liczbę klientów/pacjentów. Wysokość rocznych obrotów finansowanych ze środków publicznych jest znacznie niższa w porównaniu z opieką stacjonarną — kontrakt z NFZ to ok. 320 mln zł. Bariery wejścia i wyjścia są niskie, niska jest również koncentracja rynku, jest on zatem otwarty na nowych konkurentów. Jego atrakcyjność obniża niedoszacowanie procedur ambulatoryjnych. Środki pochodzące z prywatnych źródeł przeznaczone na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne stanowią wielokrotność wielkości kontraktu z NFZ na ambulatoryjną opiekę kardiologiczną.

Pomimo stosunkowo dużej liczby kardiologów w Polsce oraz wydatków na sektor kardiologiczny nadal choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną zgonów w Polsce. Najbardziej niedoszacowanym sektorem jest kardiologia ambulatoryjna. Stworzenie optymalnej opieki ambulatoryjnej jest możliwe jedynie dzięki współlistnieniu finansowania ze środków publicznych i prywatnych.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, źródła finansowania, ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), lecznictwo szpitalne, rehabilitacja kardiologiczna

Kardiol. Inwazyjna 2021, 16 (3), 96–101

ABSTRACT

The Polish health care system is based on the insurance model. The administrator of funds from the general health insurance is the National Health Fund, whose duty is to provide the insured persons with comprehensive health care.

The main pillar of the cardiology sector in Poland is currently hospital treatment with an annual contract for procedures exceeding PLN 3 billion. Due to the high concentration of the market in most voivodeships, high entry and exit barriers, and the monopsonic model of purchasing services, it is not a market open to new competitors. Cardiac rehabilitation is addressed to a limited group of patients (mainly after procedures), has a much smaller contract for services (about PLN 144.6 million), relatively low entry and exit barriers. The model of purchasing services is also monopsonic, as there is little interest in this type of benefits from private financing sources. Outpatient cardiology has the largest market in terms of the number of clients/patients. The amount of annual turnover financed

from public funds is much lower compared to inpatient care — the contract with the National Health Fund is approximately PLN 320 million. Barriers to entry and exit are low, and market concentration is also low, so it is open to new competitors. Its attractiveness reduces the underestimation of outpatient procedures. Funds from private sources allocated to outpatient cardiological services are a multiple of the size of the contract with the National Health Fund for outpatient cardiological care.

Conclusions: Despite the relatively large number of cardiologists in Poland and expenditure on the cardiology sector, cardiovascular diseases are still the main cause of death in Poland. Outpatient cardiology is the most underestimated sector. It is only possible to create optimal outpatient care through the coexistence of public and private funding.

Key words: health care system, sources of financing, outpatient specialist care, hospital treatment, cardiac rehabilitation

Kardiol. Inwazyjna 2021, 16 (3), 96–101

Wstęp

Polski system ochrony zdrowia jest oparty na modelu ubezpieczeniowym. Dysponentem środków pochodzących z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), którego obowiązkiem jest zapewnienie osobom ubezpieczonym kompleksowej opieki zdrowotnej w formie koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli wykazu określonych ustawą świadczeń i procedur finansowanych bądź współfinansowanych ze środków publicznych. Przysługujące zakresy świadczeń to między innymi podstawowa opieka zdrowotna (POZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza, ratownictwo medyczne, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne.

Publiczne źródła finansowania pokrywają około 70% wszystkich kosztów opieki medycznej w Polsce, z czego składka zdrowotna stanowi ponad 85%, a pozostałymi publicznymi źródłami przychodów sektora są transfery z budżetu centralnego i lokalnych samorządów. Budżet państwa pokrywa część świadczeń wysokospecjalistycznych, jak przeszczepy płuc, serca, wątroby, operacje kardiochirurgiczne, a także przedszpitalne ratownictwo medyczne. Ponadto jednostki samorządu terytorialnego mogą wykupować w podmiotach leczniczych realizację programów polityki zdrowotnej [1].

Około 30% kosztów opieki medycznej pochodzi z prywatnych źródeł (dodatkowe ubezpieczenia w postaci abonamentów, „portfel” pacjenta) [2]. Przeznaczone są głównie na leki, świadczenia stomatologiczne, badania diagnostyczne oraz konsultacje ambulatoryjne. Warto podkreślić, że prywatne środki na opiekę medyczną to 30% wszystkich kosztów diagnostyki i leczenia, natomiast niemal w całości alokowane są w obszarze ambulatoryjnej opieki medycznej. Oznacza to, że ambulatoryjna opieka medyczna opiera się głównie na prywatnych źródłach finansowania,

Tabela 1. Procentowe wydatki sektora publicznego i prywatnego na ochronę zdrowia w Polsce w roku 2012 [3]

Rodzaj wydatków	Sektor publiczny (%)	Sektor prywatny (%)
Szpitalne	47,6	4,8
Ośrodki opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej	1,9	1,7
Ambulatoryjna opieka zdrowotna	28,1	36,9
Farmaceutyki i wyroby medyczne	11,0	54,3
Programy zdrowotne	1,9	0,4
Koszty administracyjne	1,7	–
Pozostałe	7,8	2,0
RAZEM	100,00	100,00

których wartość stanowi wielokrotność kwoty pochodzącej z NFZ (tab. 1 [3]).

Cechą charakterystyczną polskiego systemu opieki zdrowotnej jest nadmierne uzależnienie od leczenia szpitalnego oraz wysoki poziom możliwych do uniknięcia hospitalizacji. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej, Polska ma jeden z najwyższych współczynników liczby łóżek szpitalnych przypadających na 100 tys. mieszkańców. W raporcie Najwyższej Izby Kontroli podkreśla się niekorzystną strukturę kosztów świadczeń finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego. Przeniesienie leczenia prostych przypadków do opieki ambulatoryjnej jest trudne z powodu niewydolności tego segmentu, a także nieoptymalności wykonywania wielu procedur w trybie ambulatoryjnym. Średni czas oczekiwania pacjentów na tak zwaną pierwszorazową wizytę w poradni kardiologicznej wynosił w 2019 roku aż 117 dni dla przypadków stabilnych. Z powodu braku możliwości uzyskania w odpowiednim czasie porady ambulatoryjnej część pacjentów decyduje się na leczenie komercyjne, a część trafia do szpitala z zaostrzeniem objawów choroby.

Charakterystyka sektora kardiologii w Polsce

Podłoże demograficzne i epidemiologiczne chorób układu krążenia

Częstość występowania chorób układu krążenia wzrasta wraz z wiekiem, zatem starzenie się pol-

skiego społeczeństwa wiąże się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na świadczenia kardiologiczne. W wyniku wydłużania się życia oraz utrzymującego się w ostatnich dziesięcioleciach ujemnego przyrostu naturalnego, mediana wieku statystycznego Polaka jest coraz wyższa. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2018 roku wynosiła 41 lat, od 2000 roku wzrosła o ponad 5 lat, a od 1950 roku o ponad 15 lat. W 1990 roku osoby w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat) stanowiły 29,6% populacji, natomiast w 2018 roku tylko 18,1%. Jednocześnie odsetek osób powyżej 65. roku życia w 1990 roku wynosił 10,2%, a w ostatnim czasie wzrósł do 17,5% [4]. Prognozuje się, że przy utrzymaniu tej dynamiki w 2050 roku ponad 40% społeczeństwa będą stanowiły osoby powyżej 60 roku życia [5].

Długość życia ludności oraz umieralność są podstawowymi wskaźnikami stanu zdrowia i jakości opieki medycznej. Choć zdrowie Polaków stopniowo poprawia się w porównaniu z krajami Europy Zachodniej proces ten jest wyraźnie wolniejszy. Według danych Eurostatu z 2017 roku średnia długość życia mężczyzn w Polsce to 74 lata, a kobiet to 81,8 roku. Różnica w długości życia poszczególnych płci wynosi 7,8 roku i jest większa w porównaniu z krajami wysoko rozwiniętymi. Większa umieralność jest notowana w okresie ich aktywności zawodowej (25–64 lata), a szczególnie po 45. roku życia.

Dominującą przyczyną zgonów na świecie są choroby układu krążenia. Według danych GUS są one naszym krajem odpowiedzialne za 43,3% wszystkich zgonów (38,2% u mężczyzn i 48,8% u kobiet). Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) z przyczyn sercowo-naczyniowych rocznie umiera 17,7 mln ludzi na świecie, 3,9 mln w Europie i 175 tys. w Polsce.

Struktura i rola sektora kardiologii

Ze względu na trendy demograficzne, dane epidemiologiczne oraz społeczne i ekonomiczne następstwa chorób układu krążenia sektor kardiologii stanowi jeden z podstawowych elementów systemu opieki zdrowotnej. Jego zadania to: diagnostyka i leczenie chorób układu krążenia, rehabilitacja po przebytych incydentach sercowo-naczyniowych oraz profilaktyka wtórna, mająca na celu jest zatrzymanie progresji choroby, redukcję śmiertelności i poprawę jakości życia.

Kompleksowość opieki kardiologicznej zapewniają trzy segmenty sektora: lecznictwo stacjonarne, opieka ambulatoryjna oraz rehabilitacja kardiologiczna. W szerszym ujęciu sektor kardiologii tworzą: płaćnik, świadczeniodawcy wraz z wykwalifikowanym personelem i specjalistycznym sprzętem oraz populacja pacjentów.

Szacuje się, że w Polsce jest 3,5–4 tys. specjalistów kardiologii (w zależności od źródła danych: NFZ v. Naczelna Izba Lekarska). W przeliczeniu na 1 mln mieszkańców przypada około 100 kardiologów, co jest zgodne z normami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC, *European Society of Cardiology*). Dystrybucja kardiologów nie jest jednokowa w poszczególnych regionach Polski. Z Map Potrzeb Zdrowotnych z 2018 roku wynika, że liczba specjalistów przypadająca na 100 tys. mieszkańców różni się znacząco w zależności od województwa. Województwo mazowieckie dysponuje największą reprezentacją kardiologów, która jest niemal 3-krotnie liczniejsza w porównaniu z 3 województwami o najniższej liczbie specjalistów na 100 tys. mieszkańców (tab. 2).

Tabela 2. Liczba kardiologów na 100 tys. mieszkańców z podziałem na województwa

Województwo	Liczba kardiologów na 100 tys. mieszkańców
mazowieckie	17,33
małopolskie	12,83
śląskie	12,39
zachodniopomorskie	6,67
warmińsko-mazurskie	6,54
lubuskie	6,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2018 roku

Podstawą sektora kardiologii jest lecznictwo szpitalne, które prawie całkowicie jest finansowane ze środków publicznych. Wycena procedur zabiegowych wystymulowała na przestrzeni ostatnich dwóch dekad wzrost liczby podmiotów udzielających świadczeń interwencyjnych. Odnotowano również zwiększenie udziału placówek niepublicznych realizujących umowę z NFZ w tym zakresie z 20,72% w 2009 roku do 29,79% 2012 roku. Warto tu podkreślić, że w 2016 roku najwyższe w kraju wartości kontraktu na świadczenia z zakresu kardiologii stacjonarnej posiadały dwie prywatne spółki: American Heart of Poland S.A. (128 767 750 zł) oraz Scanmed S.A. (95 652 992 zł). Dopiero kolejne miejsca zajmowały placówki publiczne: Górnośląskie Centrum Medyczne Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (92 616 752 zł) oraz Instytut Kardiologii w Aninie (90 163 188 zł). Według danych NFZ z 2016 roku liczba wszystkich świadczeniodawców w zakresie kardiologii stacjonarnej to 210 podmiotów, z łączną liczbą zakontraktowanych łóżek około 7560. Spośród wszystkich wyżej wymienionych szpitali, 160 posiadało pracownie hemodynamiczne i aż 153 z nich pełniło całodobowy dyżur.

Ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w sektorze kardiologii tworzy sieć poradni kardiologicznych wraz z pracowniami diagnostycznymi. Funkcjonują one zarówno na podstawie kontraktu z NFZ, w ramach abonamentów medycznych, jak i usług medycznych opłacanych bezpośrednio „z kieszeni” pacjenta. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki kardiologicznej finansowanej ze środków publicznych w 2014 roku realizowało 1215 placówek dla dorosłych. Liczba podmiotów prywatnych jest trudna do ustalenia, gdyż należałoby wziąć pod uwagę nie tylko sieciowe placówki medyczne i prywatne poradnie kardiologiczne, ale również indywidualne praktyki lekarskie.

Rehabilitacja kardiologiczna to dopełnienie kompleksowości terapii. Jej głównym celem jest poprawa jakości życia, zahamowanie progresji choroby, ograniczenie ryzyka powikłań (również zgonu), zmniejszenie stopnia niepełnosprawności w różnych aspektach funkcjonowania, w tym powrót do pełnej aktywności w życiu społecznym oraz zawodowym. W ramach kontraktu z NFZ jest realizowana w trzech formach — w warunkach stacjonarnych, w systemie dziennym (pacjent przyjeżdża na ustalone sesje rehabilitacyjne) oraz w formie telerehabilitacji hybrydowej, która rozpoczyna się w ośrodku stacjonarnym, a następnie pacjent pod nadzorem specjalistów rehabilituje się w domu. Ten ostatni model rehabilitacji został włączony do koszyka świadczeń gwarantowanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z grudnia 2016 roku. Celem powyższej nowelizacji było zwiększenie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej oraz obniżenie kosztów jej realizacji.

Według danych NFZ z 2018 roku w Polsce były 102 miejsca udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej. Świadczenia telerehabilitacji hybrydowej w warunkach domowych były realizowane przez 16 świadczeniodawców. W 2017 roku wszystkich świadczeń udzielono 45 298 pacjentom (w tym 10 233 pacjentom w trybie dziennym, 35 065 w trybie stacjonarnym).

Finansowanie sektora kardiologii w Polsce

W ostatnich latach zwalczanie chorób układu krążenia należało do priorytetów polskiego systemu opieki zdrowotnej, co znalazło odzwierciedlenie w wielkości nakładów ze środków publicznych. Wydatki płatnika publicznego na leczenie szpitalne w zakresie kardiologii wzrastały corocznie od 2004 roku z poziomu 1 mld zł, poprzez 2,9 mld zł w 2012 roku, a w 2016 roku łączna suma kontraktów na kardiologię stacjonarną wyniosła 3 076 827 524,37 zł. Udział wydatków na sektor kardiologii szpitalnej w 2004 roku stanowił 8,4% budżetu NFZ przeznaczanego na leczenie szpitalne ogółem, a w 2016 roku już 11,5%. Nieproporcjonalnie wysokie finansowanie zostało skierowane na kardiologię inwazyjną, w tym przy-

padku nakłady wzrosły aż sześciokrotnie, z 0,2 mld do 1,2 mld zł [6]. Już w 2012 roku wartość rozliczonych świadczeń zabiegowych w ostrych zespołach wieńcowych (OZW) wyniosła 39% ogólnej wartości stacjonarnych świadczeń kardiologicznych, a wszystkie procedury zabiegowe w dziedzinie kardiologii stanowiły 57% wysokości rocznego kontraktu. Po utworzeniu tak zwanej „sieci szpitali” wprowadzono ryczałty wyliczane na podstawie wykonania kontraktu z 2016 roku.

Wartość wszystkich zakupionych przez NFZ świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w 2011 roku wynosiła około 4,44 mld zł, w 2012 roku wzrosła niemal o 14%, a w 2013 roku o kolejne 18%, osiągając wartość 5,25 mld zł. Udział porad z zakresu kardiologii ambulatoryjnej stanowił odpowiednio w 2011 roku 5,16%, w 2012 roku 6,05% i w 2013 roku 6,01% budżetu NFZ przeznaczanego na AOS. Oznacza to wzrost całkowitych nakładów o 38% w ciągu dwóch lat. Plan finansowy NFZ na 2021 roku zakłada zwiększenie wydatków na AOS do ponad 6,2 mld zł. Dla porównania — na POZ zaplanowane są wydatki rzędu prawie 14 mld zł, a na leczenie szpitalne około 47,5 mld zł. Choć część nakładów na przyszpitalną opiekę ambulatoryjną została włączona do finansowania placówek, które znalazły się w sieci szpitali, nie zmienia to faktu, że procedury w AOS są nadal niedoszacowane.

Wartość zrealizowanych umów w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w 2018 roku wyniosła około 144,6 mln zł (tryb stacjonarny 130,6 mln zł; tryb dzienny 14 mln zł), z czego tylko 93,5 tys. zł wydano na telerehabilitację (blisko 60% tej ostatniej kwoty została zrealizowana w Instytucie Narodowym im. Stefana Wyszyńskiego w Warszawie).

Analiza strategiczna rynku sektora kardiologii

Na dotychczasowy rozwój sektora kardiologii w Polsce miały wpływ czynniki demograficzne i epidemiologiczne, postęp medycyny, nowe technologie oraz alokacja środków finansowych. Obecnie sektor posiada cechy dojrzałej fazy rozwoju: stabilny popyt na usługi, ostra walka konkurencyjna, spadek dochodu, obniżka cen, bardziej wymagający klienci/pacjenci, konieczność doskonalenia technologii.

System opieki zdrowotnej wraz z sektorem kardiologii jest gałęzią gospodarki i podlega uniwersalnym prawom rynkowym, dlatego w procesie formułowania strategii organizacji należy uwzględnić takie czynniki jak: rywalizacja między istniejącymi konkurentami, groźba wejścia nowych konkurentów, siła przetargowa nabywców i dostawców, zagrożenie ze strony substytutów. Istnieje zależność pomiędzy natężeniem sił konkurencyjnych w sektorze a jego rentownością — im mniejsze natężenie sił konku-

rencyjnych, tym większy potencjał rentowności i odwrotnie [7].

Najwyższym rocznym budżetem dysponuje segment kardiologii stacjonarnej, dlatego w tym obszarze walka konkurencyjna jest najdynamiczniejsza, a siła rynkowa poszczególnych podmiotów uzależniona jest od koncentracji rynku. Wraz ze wzrostem poziomu koncentracji rynku wzrasta prawdopodobieństwo braku efektywnej konkurencji. Analiza wskaźnika CR4 (wielkość rynku obsługiwana przez cztery największe podmioty) w sektorze kardiologii szpitalnej w odniesieniu do wysokości wykonanych kontraktów przez poszczególnych świadczeniodawców wykazała niski stopień koncentracji sektora w skali kraju. Cztery największe na rynku podmioty obsługują około 10% wartości kardiologicznych świadczeń szpitalnych. Z uwagi na regionalny zasięg działalności placówek stacjonarnych (szczeg. pracowni hemodynamicznych) ważniejsza jest ocena koncentracji rynku dla poszczególnych województw — tutaj CR4 waha się w zakresie 38–100% (ryc. 1). Wśród skrajnych wyników znajdziemy województwa mazowieckie i wielkopolskie z niską koncentracją, dużą liczbą ośrodków, ale i dużym zaludnieniem oraz dużym zapotrzebowaniem na procedury. Na drugim końcu jest opolskie. Na terenie województwa są tylko 4 podmioty, co oznacza 100-procentową koncentrację.

Biorąc pod uwagę fakt, że jedynym nabywcą usług jest płatnik państwowy można stwierdzić, że nie ma związku między stopniem koncentracji a wysokością cen za procedury, ponieważ wynikają one z oficjalnego taryfikatora ustalanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jeśli

mielibyśmy do czynienia z sytuacją rynkową, większy stopień koncentracji oznaczałby silną pozycję negocjacyjną ośrodków, jednak w monopsonicznym systemie opieki zdrowotnej świadczeniodawcy negocjacji podlegają jedynie zakres wykonywanych procedur i wielkość kontraktu z NFZ.

Obecnie pomimo zaawansowanych technologii medycznych i paramedycznych nie istnieją substytuty procedur ratujących życie w ostrych stanach kardiologicznych, a czynności eliminujące zagrożenie życia nie mogą odbywać się bez bezpośredniego kontaktu z wykwalifikowanym personelem medycznym. Nie ma też alternatywy opieki kardiologicznej w chorobach przewlekłych, przebiegających łagodnie. Potencjalnie w przyszłości sztuczna inteligencja w połączeniu z samoleczeniem mogą zastąpić lekarza w niektórych obszarach, takich jak diagnostyka obrazowa czy stawianie rozpoznania i zalecanie terapii, na podstawie algorytmów opartych na objawach i wynikach badań. W obecnej sytuacji jedyną działalnością, jaką można rozpatrywać w kategoriach substytutu procedur kardiologicznych, jest profilaktyka, która mogłaby zmniejszyć populację osób z chorobami układu krążenia i zredukować liczbę incydentów sercowo-naczyniowych. Według danych WHO wyeliminowanie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego pozwoli na uniknięcie aż 80% przypadków chorób układu krążenia. Jest to jednak sytuacja abstrakcyjna i nie stanowi realnego zagrożenia dla funkcjonowania sektora kardiologii.

Podsumowanie

Głównym filarem sektora kardiologii w Polsce jest obecnie lecznictwo szpitalne z rocznym kontraktem



Rycina 1. CR4 na podstawie całkowitej wartości umów z NFZ
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

na procedury przekraczającym 3 mld zł. Wysoka koncentracja rynku w większości województw, wysokie bariery wejścia i wyjścia oraz monopsoniczny model nabywania usług sprawiają, że nie jest to rynek otwarty na nowych konkurentów. Jest on nadal opłacalny dla obecnie funkcjonujących placówek, ale wymaga od nich ciągłego doskonalenia technik diagnostyczno-leczniczych, poszerzenia portfolio wykonywanych procedur i minimalizowania powikłań, aby stanowić atrakcyjne miejsce pracy dla wykwalifikowanego personelu i przyciągnąć pacjentów zapewniając im wysoką jakość usług i bezpieczeństwo.

Rehabilitacja kardiologiczna skierowana jest do ograniczonej grupy pacjentów (głównie po zabiegach), dysponuje znacznie mniejszym kontraktem na świadczenia (ok. 144,6 mln zł), stosunkowo niskimi barierami wejścia i wyjścia. Model nabywania usług jest także monopsoniczny, gdyż zainteresowanie tego typu świadczeniami z prywatnych źródeł finansowania jest niewielkie. Rynek ten w ostatnich latach się wysycił. Aktualnie opłacalne może być utworzenie oddziałów rehabilitacji przy istniejących już oddziałach szpitalnych, które dostarczają pacjentów wymagających rehabilitacji oraz dedykowanego personelu.

Kardiologia ambulatoryjna ma największy rynek, jeśli chodzi o liczbę klientów/pacjentów. Wysokość rocznych obrotów finansowanych ze środków publicznych jest znacznie niższa w porównaniu z opieką stacjonarną — kontrakt z NFZ to około 320 mln zł. Bariery wejścia i wyjścia są niskie, niska jest również koncentracja rynku, jest on zatem otwarty na nowych konkurentów. Jego atrakcyjność obniża niedoszacowanie procedur ambulatoryjnych. Ostatnie decyzje Ministerstwa Zdrowia o zniesieniu limitów na leczenie w AOS oraz zwiększenie założonych w budżecie na 2021 roku wydatków wskazują na tendencję do przeniesienia siły ciężkości sektora z opieki szpitalnej na ambulatoryjną.

Środki pochodzące z prywatnych źródeł przeznaczone na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne stanowią wielokrotność wielkości kontraktu z NFZ

na ambulatoryjną opiekę kardiologiczną. Im gorzej funkcjonuje opieka finansowana ze środków publicznych, tym atrakcyjniejsza jest to sytuacja dla rozwoju placówek funkcjonujących na podstawie prywatnych źródeł finansowania.

Wnioski

Pomimo stosunkowo dużej liczby kardiologów w Polsce oraz wydatków na sektor kardiologiczny nadal choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną zgonów w Polsce. Najbardziej niedoszacowanym sektorem jest kardiologia ambulatoryjna. Stworzenie optymalnej opieki ambulatoryjnej jest możliwe jedynie dzięki współfinansowaniu ze środków publicznych i prywatnych.

Piśmiennictwo

1. Paszkowska M. Podstawy prawne funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, Zarządzenie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Difin, Warszawa 2015: 32.
2. Skrzypczak Z. Finansowanie prywatne ochrony zdrowia w Polsce. In: Suchecka J. ed. Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2015: 122.
3. Kautsch M, pod re. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2015: 113.
4. Główny Urząd Statystyczny (GUS).
5. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Nowotwory. *Journal of Oncology*. 2013; 63(3): 269–269, doi: 10.5603/njo.2013.0010.
6. Raport: System Ochrony Zdrowia w Polsce - stan obecny i pożądane kierunki zmian, NIK 2018. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>(30.03.2021).
7. <https://poradnikprzedsiębiorcy.pl/-5-sil-portera-analiza-atrakcyjnosci-sektora> (30.03.2021).

Adres do korespondencji:

Agnieszka Tycińska
Klinika Kardiologii UMB
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15–276 Białystok
e-mail: agnieszka.tycinska@gmail.com