

Dlaczego amerykańskie szpitalnictwo jest drogie?

23 lipca 2022

Na temat systemu ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych panuje wiele mylnych wyobrażeń np. co do jego rynkowego charakteru. W rzeczywistości system ten od wielu dekad podlega silnym rządowym interwencjom obejmującym zarówno stronę popytową, jak i podażową. Prowadzi to do znacznego ograniczenia działalności podmiotów prywatnych: ubezpieczycieli zdrowotnych, producentów leków oraz urządzeń medycznych czy szpitali. Ta ostatnia grupa od dawna objęta jest wieloma regulacjami, które podwyższają ceny usług szpitalnych oraz ograniczają konkurencję. Zdarzają się jednak przypadki, że prywatne szpitale decydują się na niekonwencjonalną strategię, która skutkuje prowadzeniem biznesu poza ramami interwencyjnego systemu. Do takich przykładów można zaliczyć prywatny szpital – Surgery Center of Oklahoma (SOC).



Struktura oraz wybrane problemy

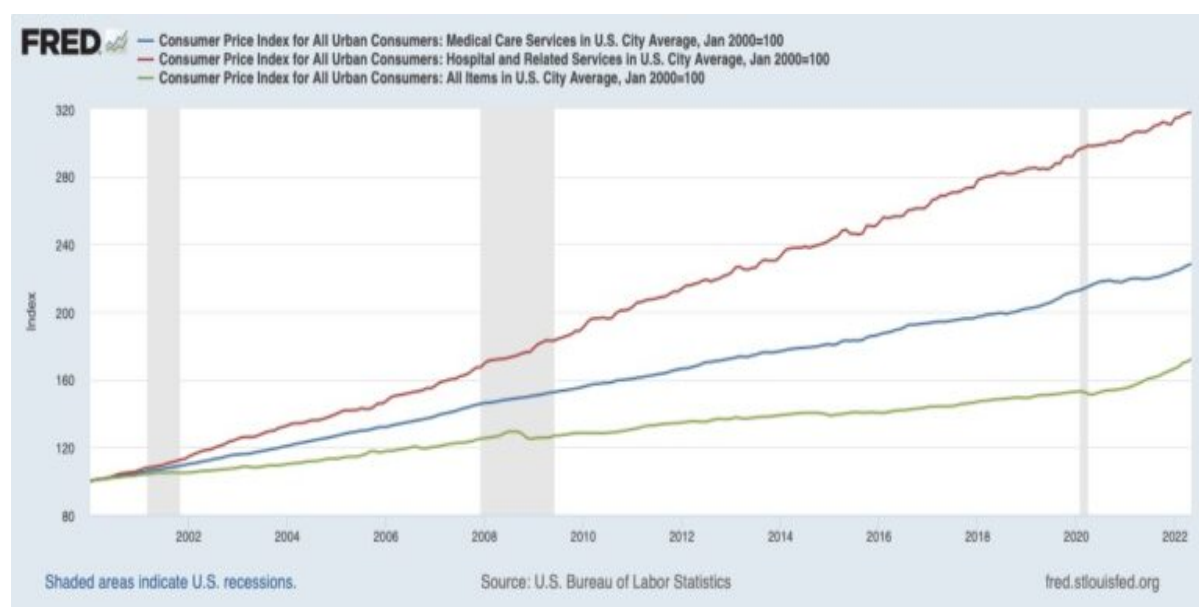
amerykańskiego szpitalnictwa

Obecna struktura własnościowa szpitali w USA, w której dominują instytucje nie nastawione na zysk (non-profit), jest wynikiem wcześniejszych regulacji, które faworyzowały właśnie tę formę prowadzenia działalności.

Według danych Amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitali (American Hospital Association – AHA) w 2018 r. w USA funkcjonowało łącznie 6146 szpitali, z których najwięcej (5198) zaliczanych jest do tzw. szpitali wspólnotowych/społecznych (community hospitals). To w zdecydowanej większości na tych podmiotach spoczywa ciężar zapewniania usług szpitalnych większości Amerykanom. Do szpitali tego typu zalicza się: szpitale niefederalne, szpitale świadczące usługi krótkoterminowe, szpitale oferujące usługi specjalistyczne (np. położnictwo, ginekologię, długoterminową opiekę doraźną, rehabilitację, ortopedię itp.) oraz akademickie centra medyczne lub inne szpitale dydaktyczne. Największy odsetek (56,5%; 2 937 placówek) z tego typu szpitali stanowią niepaństwowe szpitale non-profit. Z kolei odsetek szpitali prywatnych i nastawionych na zysk wynosi niecałe 25% (1296 placówek). Resztę (18,5%; 965 placówek) stanowią stanowe i lokalne szpitale rządowe. Pozostałą część szpitali (948 placówek) uzupełniają: federalne szpitale rządowe, szpitale psychiatryczne oraz inne podmioty.

Do korzyści podatkowych szpitali nienastawionych na zysk zaliczyć można m.in. zwolnienie/ulgę z: federalnego podatku dochodowego od osób prawnych; stanowych podatków dochodowych od osób prawnych; zwolnienia ze stanowych i lokalnych podatków od sprzedaży oraz podatków od nieruchomości. Dodatkowe korzyści pochodzą z tytułu emisji obligacji, których oprocentowanie nie podlega opodatkowaniu od zysków kapitałowych, co sprawia, że zakup tego typu instrumentów jest atrakcyjniejszy dla inwestorów. W 2011 r. łączną wartość tego rodzaju korzyści oszacowano na około 24,6 mld USD[1]. Szpitale nastawione na zysk nie mogą liczyć na tego typu przywileje.

Krytycy systemu amerykańskiego, sugerujący jego rynkowy charakter, często podnoszą kwestię znacznych wydatków na opiekę zdrowotną jako odsetek PKB. W tym wypadku USA, z wynikiem 16,8%, istotnie odbiegają od innych krajów rozwiniętych: Niemiec (11,7%), Szwajcarii (11,3%), Francji (11%), Szwecji (10,9%) czy Kanady (10,9%). Jednak głównego problemu USA nie stanowi wcale wcześniej przytoczony wskaźnik, ale dynamika wzrostu cen w opiece zdrowotnej – z reguły zawsze przekraczająca wskaźnik cen i towarów konsumpcyjnych (CPI). Od 2000 r. do 2022 r. ceny usług opieki medycznej w USA wzrosły o 128%, a ceny usług szpitalnych aż o 218%. Tymczasem wskaźnik CPI wzrósł „zaledwie” o około 72% (rysunek 1.).



Rysunek 1. Porównanie wskaźników cen usług opieki medycznej (CPI – medical care services) oraz cen usług szpitalnych (CPI – hospital and related services) z ogólnym poziomem cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI) w latach 2000-2020. Źródło: FRED.

Taka sytuacja jest spowodowana kilkoma czynnikami.

Po pierwsze, interwencje w postaci wprowadzenia rządowych programów zdrowotnych (Medicare, Medicaid) oraz przyznania specjalnych ulg podatkowych tylko dla prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zawieranych przez pracodawcę prowadzą do sztucznego pobudzania popytu, co skutkuje wzrostem cen. W

efekcie usługi medyczne, które miały być bardziej dostępne dla społeczeństwa, stają się coraz bardziej kosztowne.

Po drugie, większość społeczeństwa płacąca jedynie ułamek kosztów nie doświadcza bezpośrednio ich stałego wzrostu oraz nie potrafi określić rzeczywistych kosztów tych usług. Przeznaczanie ułamka kosztów zaniża cenę płaconą przez gospodarstwa domowe oraz prowadzi do iluzji dużej dostępności usług medycznych mimo stale rosnących kosztów. Amerykanie nie potrafią także oszacować rzeczywistego kosztu tych usług. Rządowe interwencje prowadzą więc do sytuacji, w której najdroższe usługi mogą wydawać się najtańsze. Przykładowo, na początku lat 90. Amerykanie wydawali średnio (z własnej kieszeni) 4,5 centów (z 1 USD) na opiekę szpitalną, ale już 68 centów na zakup leków. Zatem dla pacjentów terapia szpitalna wydaje się być tańsza niż farmakoterapia, podczas gdy w rzeczywistości jest zdecydowanie odwrotnie[2]. Sytuacja przedstawia się podobnie także w XXI. W kontekście usług szpitalnych krążą zabawne anegdoty mówiące o tym, że pacjent w amerykańskim szpitalu może liczyć na wiele wysokiej jakości usług, ale o wiele trudniej uzyskać mu jakąkolwiek informację o ich cenach. Takie pytania często są kwitowane odpowiedziami w stylu: po co ci takie informacje, skoro większość kosztów i tak pokrywa ubezpieczyciel. Transparentność cenowa to jeden z problemów amerykańskiego szpitalnictwa.

Po trzecie, dominacja płatników trzeciej strony spowodowała, że dla lekarzy bardziej opłacalne było także świadczenie usług w szpitalu niż poza nim. P. Starr powołując się na badania przeprowadzone przez Marka Blumberga wskazuje, że w latach 70. XX w. lekarze zarabiali około 50-60% więcej podczas ich pracy w szpitalach niż w swoich własnych gabinetach. Sytuacja ta nie zmieniała się nawet w przypadku upraszczania procedur. W efekcie, ceny takich usług jak np. operacja zaćmy pozostawały na relatywnie wyższym poziomie mimo stopniowego upraszczania procedur prowadzącego do niższych kosztów. Prowadzi to również do sytuacji, w której struktura szpitali (nastawione na zysk

lub non-profit) nie ma aż takiego znaczenia, gdyż takie placówki będą zwyczajnie dążyły do zawyżania kosztów pokrywanych np. przez Medicare lub prywatnych ubezpieczycieli.

Po czwarte, systematyczny wzrost kosztów stawał się coraz większym problemem dla władz stanowych i federalnych, co skończyło się kolejnymi nieskutecznymi regulacjami mającymi na celu ich ograniczenie – szczególnym problemem okazało się wprowadzenie tzw. certyfikatów potrzeby (Certificate of Need – CON). CON to stanowe regulacje wpływające na proces zakładania nowych i rozbudowę już istniejących placówek medycznych (np. szpitali). W każdym stanie, w którym istnieje takie prawo, funkcjonuje stanowa Agencja ds. Planowania Zdrowotnego (State Health Planning Agency) zatwierdzająca tego typu wydatki inwestycyjne. Stosowanie takich ograniczeń opiera się na założeniu, że budowa nowych placówek prowadzi do wzrostu kosztów.

W rzeczywistości CON utrudniają powstawanie nowych obiektów, rozbudowę już istniejących placówek, budowę placówek opieki długoterminowej, placówek rehabilitacyjnych czy placówek przeznaczonych na usługi ambulatoryjne. Nowe obiekty mogą świadczyć usługi po relatywnie niższych cenach, ale dla istniejącego systemu szpitalnego, przez dekady funkcjonującego w oparciu o podwyższanie cen, stanowi to zagrożenie utraty części przychodów i zysków, czyli tak naprawdę korzyści wynikających z tzw. pogoni za rentą (rent seeking).

W istocie, perspektywa pojawienia się nowej konkurencji i idącej za nią presji na obniżkę cen prowadzi do blokowania tego typu inicjatyw w obszarze regulacyjnym. Obecnie prawa CON w różnym zakresie obowiązują w 35 stanach oraz Dystrykcie Kolumbii.

Po piąte, wysiłki Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego, spowodowały, że konkurencja w postaci specjalistycznych szpitali kierowanych przez lekarzy – Physician Owned Hospital (POH) – rozwija się wolniej. Jest to spowodowane m.in.

zapisami w ObamaCare zakazującymi nowym jednostkom POH otrzymywanie funduszy z rządowych programów Medicare i Medicaid. Co ciekawe, wejście w życie ObamaCare w 2014 r. zbiegło się z wcześniejszą aktywnością monopolistycznych grup szpitalnych, które dokonywały zakupów kolejnych podmiotów w celu umocnienia swojej pozycji.

Po szóste, towarzystwa ubezpieczeniowe nie mogą skorzystać z oferty tańszych konkurentów (dostawców świadczeń). Wynika to z faktu, że szpitale posiadające większość placówek w ramach swoich sieci i pozycję monopolistyczną potrafią ją wykorzystać w celu ograniczenia konkurencji w postaci innych dostawców poprzez restrykcyjne wymogi w umowach z ubezpieczycielami. Jako przykład może posłużyć umowa między ubezpieczycielem Cigna Corp a Szpitalem Prezbiteriańskim w Nowym Jorku (NewYork-Presbyterian). Według zapisów tej umowy ubezpieczyciel nie mógł korzystać z dodatkowych usług konkurencyjnego dostawcy – Northwell Health – w celu obniżenia kosztów. Ubezpieczyciel nie mógł także podpisać umowy wyłącznie z tańszym dostawcą, gdyż ten zwyczajnie nie dysponował odpowiednią liczbą placówek.

Powyższe uwarunkowania prowadzą do ogromnych rozbieżności cenowych pomiędzy szpitalami w przypadku najczęstszych procedur medycznych (np. usunięcia wyrostka robaczkowego, histerektomii, cesarskiego cięcia czy wymiany stawu kolanowego). Przykładowo w Kalifornii cena za usunięcie wyrostka robaczkowego może wynosić od 1529 USD do nawet 182 955 USD w zależności od miejsca, w którym taki zabieg jest wykonywany. Powodem nie są jednak różnice w kosztach tych zabiegów, ale monopolistyczne przywileje szpitali. To dlatego podczas wyjazdu do USA dobrze jest rozważyć wykupienie (turystycznego) ubezpieczenia zdrowotnego z maksymalną sumą ubezpieczenia – tak na wszelki wypadek.

Surgery Center of Oklahoma – nadzieja na lepsze czasy

Świadomy tych i innych problemów systemu amerykańskiego, dr Keith Smith, postanowił spróbować innej ścieżki. Dr Smith nie chciał wprowadzać swojej placówki do obsługi rządowych programów czy polegać na współpracy z prywatnymi ubezpieczycielami, gdyż zbyt dobrze rozumiał instytucjonalne wady takich rozwiązań. Zamiast tego postawił na niespotykane w USA rozwiązanie polegające na oferowaniu świadczeń medycznych tylko w ramach płatności bezpośrednich tj. bez udziału płatnika trzeciej strony. Mogłoby się wydawać, że taki model biznesowy nie ma szans z ofertą ubezpieczycieli. Jednak rzeczywistość pokazała, że to dr Smith miał rację, gdyż dzięki jego pomysłom oferowane świadczenia medyczne stały się lepiej a nie gorzej dostępne. Tak rozwinęła się działalność, dobrze znanego wielu Amerykanom, prywatnego szpitala – Surgery Center of Oklahoma (SOC).

Pierwszą istotną zmianą było... pokazanie cen za wybrane świadczenia medyczne. Potem, wraz z rozwojem Internetu, ceny były już (i nadal są) systematycznie publikowane na stronie placówki. Dzięki temu prostemu zabiegowi, konsumenci zyskali informację o konkretnych świadczeniach oraz ich cenach. W USA popularny jest pogląd, że tak finansowane świadczenie musi być droższe niż w przypadku oferty ubezpieczyciela. Jest to błąd, gdyż rynek prywatnych ubezpieczeń w USA podlega wielu regulacjom: od tych nakazujących rozszerzanie zakresu o świadczenia nie mające zbyt wiele wspólnego z ryzykiem ubezpieczeniowym po przepisy, które zakazują ubezpieczycielom różnicowania składek o wybrane kryteria. Co ciekawe, do klientów SOC zaliczyć można zarówno ubezpieczonych i nieubezpieczonych Amerykanów, jak i osoby z zagranicy np. Kanadyjczyków.

SOC bazując na płatnościach bezpośrednich, aby zachować konkurencyjność, dąży do utrzymywania kosztów na optymalnym

poziomie, jednocześnie zachowując jakość. Przykładowo operacja zatok w SCO kosztuje 5,8 tys. USD w porównaniu do 33,5 tys. USD w przypadku starszego gracza na rynku – Integris, a jest to cena tylko za samą hospitalizację w przypadku tego drugiego podmiotu. Tak wysoka różnica w cenie wynika głównie z kosztów, jakie potrafią wygenerować szpitale. Na tę cenę składa się między innymi: 360 USD za steryd dostępny w sprzedaży hurtowej za jedyne 75 centów czy 630 USD za trzy dawki środka przeciwbólowego, które razem kosztują szpital około 1,50 USD.

W kolejnym przypadku, jeden ze szpitali w Kalifornii wycenił koszt tomografii komputerowej na 6,7 tys. USD, z czego ubezpieczony pracownik z własnej kieszeni zapłacił 2,3 tys. USD. Gdyby płatność została dokonana w prywatnej klinice detalicznej całkowity koszt wyniósłby 1 tys. USD[3]. Takie dane dobrze pokazują potencjał tego typu placówek. Dzieje się tak często dlatego, że oprócz coraz wyższych składek dla ubezpieczonych prywatnie Amerykanów problem stanowi rosnący poziom limitu wydatków własnych przy planie ubezpieczeniowym. Wysoki poziom np. udziału własnego (deductible) czyni, de facto, prywatne ubezpieczenie produktem nie spełniającym swoich podstawowych założeń.

Sam Dr Smith także chętnie przytacza różne historie swoich pacjentów, z którymi się spotkał. Do jednych z nich można zaliczyć Kanadyjczyków poszukujących alternatywy dla ich powszechnego systemu publicznego, gdzie mediana czasu oczekiwania na gwarantowane świadczenie wynosi ponad cztery miesiące. Wg relacji dr Smitha pierwsze pytanie pacjentów z Kanady dotyczyło długości czasu oczekiwania na świadczenie. Kiedy padła odpowiedź, że w SOC nie występuje takie zjawisko, wielu z nich zwyczajnie nie dowierzało. Bezpośrednie płatności za usługę oraz szybki czas realizacji świadczenia rozwiązywało problemy z nawet kilkuletnim oczekiwaniem na „gwarantowane” świadczenia w systemie kanadyjskim.

Inna ciekawa historia dotyczy pacjenta ze stanu Georgia, któremu jeden z tamtejszych szpitali pewien zabieg wycenił na

40 tys. USD, a było to cena tylko za samą hospitalizację. Dla porównania, całkowity koszt w SOC wyniósł... 4 tys. USD. Wówczas jeden z lekarzy tego szpitala wymusił na kierownictwie obniżkę kosztów, gdyż był to już kolejny przypadek, w którym tracił pacjenta. W takiej sytuacji szpital ze stanu Georgia „nagle” obniżył cenę do 4 tys. USD. Potem sam pacjent żartował, że dzięki SOC oszczędził 36 tys. USD, nawet nie korzystając z ich usług.

Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku pacjentki, która chciała zapłacić z własnej kieszeni za operację usunięcia guza piersi. Wycena SOC to 1,9 tys. USD w porównaniu do 19 tys. USD – oferty innego szpitala. Wszystkie te historie pokazują do czego prowadzi interwencjonizm w systemie ochrony zdrowia. Co ciekawe, SOC wychodzi także z inicjatywą rozłożenia płatności za usługi za pomocą specjalnego planu finansowego, który jest mniej kosztowny niż kredyt bankowy.

Warto także wspomnieć, dlaczego pomimo niewątpliwych sukcesów SOC, nie następują radykalne zmiany na rynku szpitalnym w USA. Powodem są regulacje oraz dalsze próby ograniczania konkurencji np. poprzez stanowe przepisy – nic nowego w historii USA. Sam dr Smith wskazuje na kilka tego typu działań ze strony uprzywilejowanych szpitali. Polegały one m.in. na próbie zakazu prowadzenia placówek przez samych lekarzy poprzez stanową legislację zakazującą takim podmiotom leczenia pacjentów po urazach. Na szczęście część decydentów zaangażowanych w ten proces (oraz dostrzegających pozytywne efekty działalności SOC) w porę zareagowała.

Inny przykład to próba uchwalenia tzw. prawa 30% (30 percent law). Wymuszałoby ono na danych placówkach, aby minimum 30% ich przychodów pochodziło z Medicare, Medicaid lub opieki nierekompensowanej. Ujmując rzecz inaczej, SOC musiałoby zacząć obsługiwać programy rządowe – w przeciwnym wypadku na szpital nałożona zostałaby kara odpowiadająca 30% jego przychodom. Ponownie, próba uchwalenia tego typu prawa nie powiodła się. W jeszcze innym przypadku duże szpitale

próbowały uzyskać dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w SOC, co było działaniem nieuprawnionym i także nie uzyskało powodzenia.

Takie odgórne próby ograniczania działalności mniej licznych, ale efektywniej działających prywatnych szpitali są jednym z powodów, dlaczego mimo pozytywnych skutków ich działalności, w amerykańskim systemie wciąż dominują placówki znacznie zawyżające koszty.

Podsumowanie

Działalność SOC jest kolejnym po rynku chirurgii kosmetycznej dowodem, że nieskrępowane procesy rynkowe, oparte na racjonalnej kalkulacji ekonomicznej, prowadzą do poprawy dostępności dóbr i usług, nawet tych bardziej kosztownych. Rozwój tego typu inicjatyw może zostać wydatnie przyspieszony poprzez usunięcie prawnych barier oraz przywilejów monopolistycznych lekarzy oraz szpitali w USA. Dlatego tak ważne jest nagłaśnianie sukcesów takich placówek jak SOC – są to bowiem realne dowody ich działalności, w przeciwieństwie do nieefektywnych regulacji rządowych.

Autorstwo: Łukasz Jasiński

Wykres: Fred.stlouisfed.org

Zdjęcie: Stanfordedtech (CC BY-NC-ND 2.0)

Źródło: Mises.pl

Przypisy

[1] S. Rosenbaum i in., „The Value of The Nonprofit Hospital Tax Exemption Was \$24.6 Billion In 2011”, „Health Affairs” 2015, nr 7, s. 1228.

[2] G. Robbins, A. Robbins, J. C. Goodman, „How are your health care system works”, National Center For Policy Analysis, Dallas 1993.

[3] D. A. Hyman, C. Silver, „Overcharged: Why Americans Pay Too Much For Health Care”, Cato Institute, USA 2018, s. 332-333.

Źródłografia

1.
https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=US&most_recent_value_desc=true
2. <https://fred.stlouisfed.org/series/CUSR0000SAM2>
3.
<https://fee.org/articles/why-you-re-paying-more-and-more-for-health-care/>
4. <https://surgerycenterok.com/>
5.
<https://mises.pl/blog/2016/11/22/wplyw-reformy-zdrowotnej-w-stanach-zjednoczonych-na-biznes-ubezpieczeniowy/>
6.
<https://mises.org/wire/why-arent-there-more-free-market-surgery-centers-and-clinics>
7.
<https://mises.pl/blog/2022/02/01/jasinski-kanadyjski-system-ochrony-zdrowia/>
8. <https://surgerycenterok.com/get-financing/>
9.
<https://www.aha.org/fact-sheets/2020-01-06-fact-sheet-uncompensated-hospital-care-cost>
10.
<https://mises.pl/blog/2020/09/09/jasinski-czy-rozwoj-technologiei-prowadzi-do-wzrostu-kosztow-w-opiece-zdrowotnej/>