

Doświadczenia niemieckie – szpitale *nonprofit* są najefektywniejsze

Publiczne kopalnie długów



foto: iStockphoto

Niemieckie doświadczenia z ostatnich lat wskazują jednoznacznie, że szpitale publiczne są najbardziej rozrzucone i jeżeli marzy się o efektywnej ochronie zdrowia, to z tej formy własności trzeba rezygnować. Ale czy receptą jest prywatyzacja? Otóż okazuje się, że najlepszym rozwiązaniem jest działalność *nonprofit*.

Z powodu coraz większych problemów w finansowaniu ochrony zdrowia w całej Europie obserwuje się trend do jej ekonomizacji, czyli do wzrostu udziału kapitału prywatnego, wprowadzania mechanizmów rynkowych oraz adaptacji prywatnych zasad zarządzania i efektywności.

Po co ta reforma

Reformy systemów zdrowotnych krajów europejskich, których zadaniem było zmniejszenie dynamiki wzrostu

kosztów, dotyczyły nie tylko finansowania ochrony zdrowia, w tym szpitali (na przykład poprzez wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów), lecz także reformy całego systemu podmiotów – dostawców usług zdrowotnych. Trzeba jednak przyznać, że w pierwszej kolejności dotyczyły szpitali i obejmowały przemiany ich struktury własnościowej.

Najbardziej radykalne w Europie zmiany zmierzające do zwiększenia efektywności funkcjonowania lecznictwa zamkniętego przeprowadza się od wielu lat

w Niemczech. W tym kraju sprywatyzowano najwięcej placówek i sprzedano pierwszy szpital uniwersytecki.

Na przekształcenia zdecydowano się przede wszystkim ze względu na trudną sytuację finansową szpitali oraz niemieckich władz publicznych – ich właścicieli, a także niedostateczne inwestycje w placówkach medycznych. To niemieckie państwa związkowe (landy) ponoszą główną odpowiedzialność za planowanie ekonomiczne w szpitalach oraz finansowanie w nich inwestycji, ale z uwagi na trudności finansowe w coraz

mniej stopniu są w stanie wypełniać te ustawowe zadania.

Dlaczego prywatyzacja

Prywatyzacja jest dobrym wyjściem dla niemieckich władz publicznych. Zysk ze sprzedaży szpitali pozwala na redukcję zadłużenia urzędów. Dodatkowo władze publiczne przestają być odpowiedzialne za pokrycie strat sprywatyzowanej placówki i za sfinansowanie niezbędnych inwestycji. Te obowiązki przejmuje prywatny wła-

Tabela 1. Struktura własnościowa szpitali w Niemczech w latach 1991–2011

Lata	Szpitale publiczne			Udział liczby szpitali <i>nonprofit</i> w ogólnej liczbie szpitali (%)	Udział liczby szpitali prywatnych w ogólnej liczbie szpitali (%)
	udział szpitali publicznych w ogólnej liczbie szpitali (%)	udział szpitali publicznych o formie prawnej publicznej w ogólnej liczbie szpitali publicznych (%)	udział szpitali publicznych o formie prawnej prywatnej w ogólnej liczbie szpitali publicznych (%)		
1991	46	–	–	39	15
1992	45	–	–	40	15
1993	43	–	–	40	16
1994	42	–	–	41	17
1995	42	–	–	41	18
1996	41	–	–	41	18
1997	41	–	–	41	19
1998	39	–	–	41	20
1999	38	–	–	41	21
2000	38	–	–	41	22
2001	37	–	–	40	23
2002	37	28	72	39	24
2003	36	31	69	39	25
2004	36	37	63	38	26
2005	35	44	56	38	27
2006	34	51	49	38	28
2007	32	56	44	38	30
2008	32	58	42	37	31
2009	31	59	41	37	32
2010	31	58	42	37	33
2011	30	59	41	36	33



ściciel. Także roszczenia pracowników nie są już więcej problemem władz publicznych. Równocześnie prywatny właściciel ma więcej możliwości, aby prowadzić działalność bardziej efektywnie.

Świadczenia zdrowotne w Niemczech są finansowane przede wszystkim przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne, do którego należą kasy chorych, prywatne ubezpieczenia oraz z opłat bieżących pacjentów.

Niemieckie szpitale mają różnych właścicieli. Część z nich należy do państwa, krajów związkowych, samorządów, okręgów, powiatów, gmin – jest to grupa placówek publicznych. Niektóre z nich mają formę prawną charakterystyczną dla przedsiębiorstw gospodarczych (na przykład spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjne), inne zaś funkcjonują w formie prawnej publicznej (odpowiednik naszych SPZOZ). Drugą grupą to szpitale niedziałające dla zysku, które są własnością kościołów, organizacji społecznych i fundacji. Trzecią zaś są placówki prywatne.

Źródła przychodów

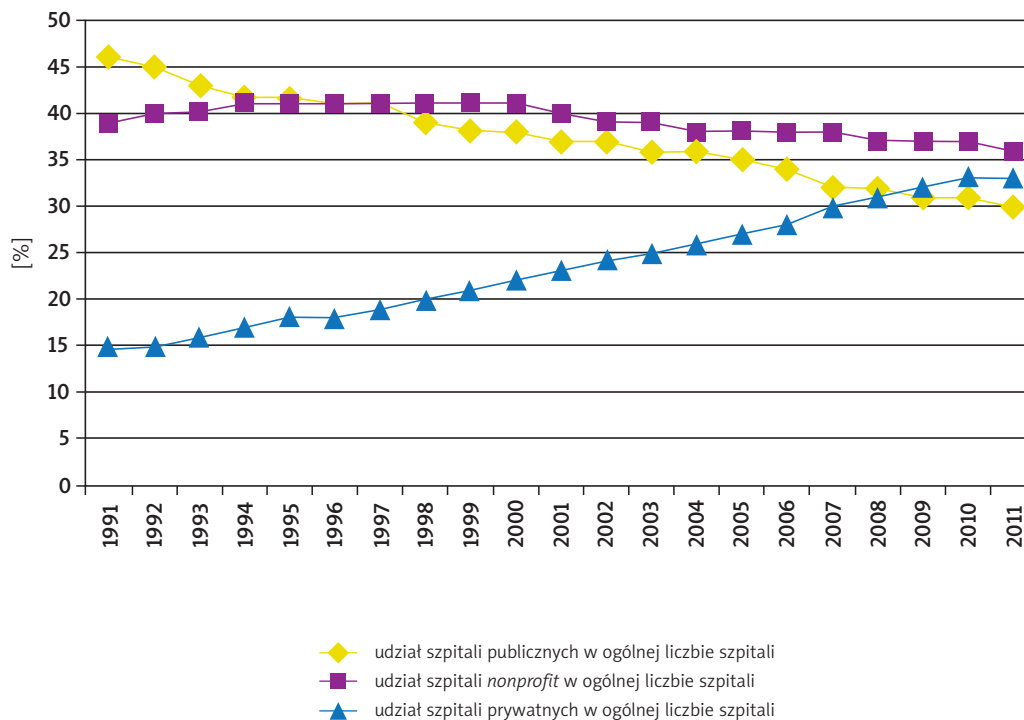
Niemieckie szpitale publiczne mają zasadniczo dwa źródła przychodów (tak zwany dualny system finansowania): z instytucji ubezpieczeniowych (głównie kas chorych) na pokrycie kosztów bieżącej działalności oraz z budżetów krajów związkowych (ewentualnie od właścicieli) na sfinansowanie inwestycji.

W latach 1991–2011 udział placówek prywatnych wzrósł z 15 proc. do 33 proc., podczas gdy publicznych zmniejszył się z 46 proc. do 30 proc. Udział szpitali *non-profit* pozostał na prawie niezmiennym poziomie – 39 proc. w 1991 r. i 36 proc. w 2011 r. (ryc. 1.).

System DRG

Od kilku lat niemieckie szpitale rozliczają się z kasami chorych w systemie DRG, którego wprowadzenie nazywane jest w Niemczech największą od trzydziestu lat reformą strukturalną w ochronie zdrowia. Głównym

Rycina 1. Struktura własnościowa szpitali w Niemczech w latach 1991–2011



celem tego przedsięwzięcia była poprawa efektywności wykorzystania funduszy na leczenie szpitalne. System ten miał ponadto zwiększyć transparentność i porównywalność świadczeń, podnieść jakość usług, a także wymusić konkurencję pomiędzy szpitalami.

W niemieckim systemie szpitalnym wprowadzono wiele regulacji prawnych. Najistotniejsze z punktu widzenia celów systemu zdrowotnego są te związane z jakością usług oraz ich dostępnością. Jednym z głównych powodów prywatyzacji placówek jest dążenie do poprawy efektywności ich funkcjonowania. Także wprowadzenie DRG miało przede wszystkim zwiększyć ich efektywność. Obawiano się, że wzrost efektywności mógłby spowodować pogorszenie jakości usług oraz zmniejszyć dostępność świadczeń dla pewnych grup pacjentów. Aby zniwelować to ryzyko, wprowadzono bardzo rozbudowany system kontroli, monitorowania i regulacji jakości świadczeń wykonywanych w szpitalach.

Badania

Na potrzeby pracy doktorskiej (obronionej na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu w październiku ubiegłego roku) przeprowadzono wiele badań efektywności niemieckich szpitali. Stworzono m.in. ranking

efektywności grup szpitali w całych Niemczech (prywatnych, *nonprofit*, publicznych o formie prawnej prywatnej i publicznej) w latach 2003–2010 – od tych o najniższej efektywności do placówek o najwyższej efektywności. Wykorzystano do tego metodę DEA (ang. *data envelopment analysis*; metoda granicznej analizy danych).

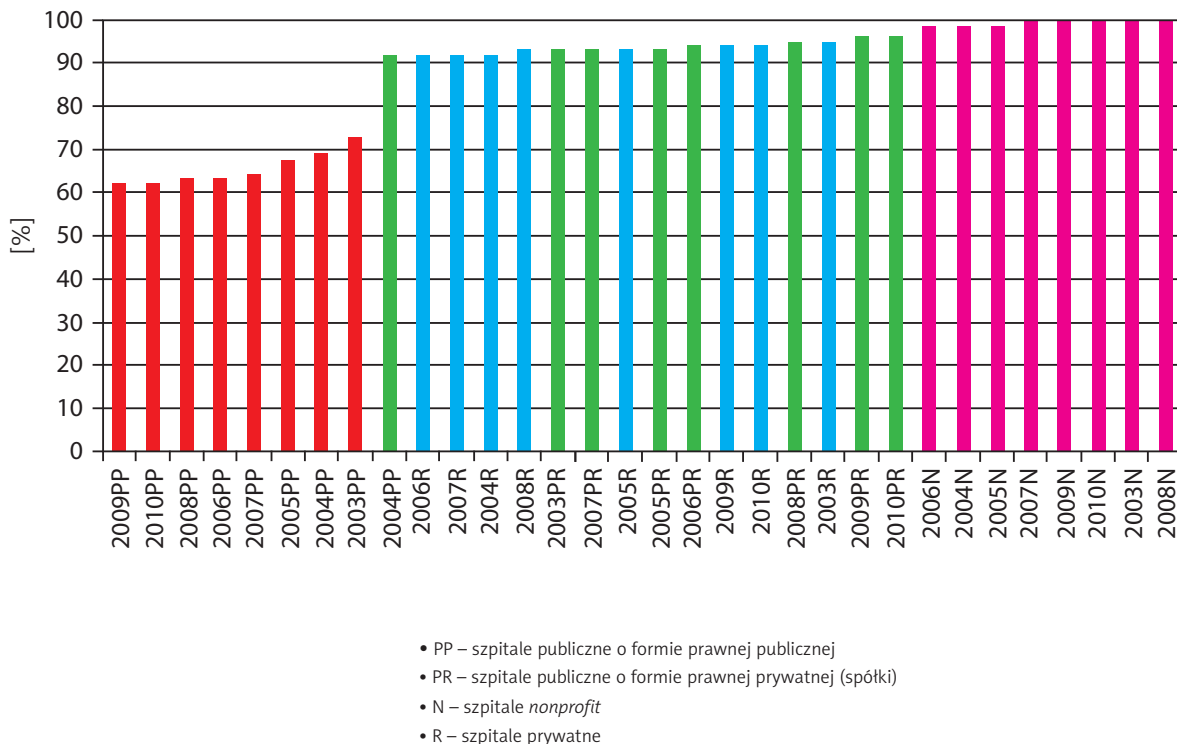
Wykres na rycinie 2. przedstawia ranking grup szpitali o różnej formie własności w latach 2003–2010, począwszy od najmniej efektywnych do najbardziej efektywnych.

Wyniki tych badań były zaskakujące. Okazało się, że najwyższą efektywnością mogły się poszczycić szpitale *nonprofit* (od 98,5 proc. do 100 proc.).

Wyniki

Placówki publiczne o formie prawnej publicznej miały najniższą efektywność (od 62,4 proc. do 72,6 proc.). Średnia wyniosła 65,7 proc. W środku rankingu znalazły się jednostki publiczne o formie prawnej prywatnej (od 91,6 proc. do 96,2 proc.) oraz prywatne (od 91,9 proc. do 95,3 proc.). Okazuje się zatem, że szpitale prywatne – owszem – są efektywniejsze od publicznych, ale jeśli porówna się je z publicznymi o formie prawnej prywatnej, to te ostatnie są efektywniejsze.

Rycina 2. Ranking szpitali dotyczący efektywności w latach 2003–2010 w zależności od formy prawnej



Średnia efektywność placówek publicznych o prywatnej formie własności wyniosła 94,2 proc. (zaledwie o 0,8 proc. mniej niż szpitale prywatne).

Najefektywniejsze okazały się szpitale *nonprofit*, których średnia efektywność sięgnęła 99,3 proc. Średnia efektywność placówek prywatnych wyniosła natomiast prawie 6 punktów procentowych mniej – 93,4 proc.

Ogólny wniosek z badań przeprowadzonych w ramach pracy doktorskiej był taki, że szpitale prywatne są efektywniejsze od publicznych, szczególnie duża różnica występuje w stosunku do szpitali publicznych o formie prawnej publicznej. Jednocześnie przy okazji badań stwierdzono, że jednostki *nonprofit* oraz publiczne o formie prawnej prywatnej mogą osiągać wyższą efektywność niż prywatne.

Na podstawie analizy literatury przedmiotu i prezentowanych wyników badań można stwierdzić, że szpitale prywatne w Niemczech nie osiągają gorszych wyników jakościowych od publicznych. Co więcej, studia literatury przedmiotu oraz dostępne wyniki badań potwierdzają, że dostępność usług szpitalnych nie pogorszyła się na skutek prywatyzacji.

Rola władz

Władze publiczne, sprzedając swoje szpitale prywatnym inwestorom, pozbywają się obowiązku finan-

sowania coraz bardziej zadłużonych placówek. Ciężar ten przerzucają na prywatnych inwestorów. Nie mogą jednak dopuścić do tego, aby prywatne szpitale w pogoni za zyskiem dokonywały selekcji pacjentów czy też skupiały się na najbardziej dochodowych dziedzinach leczenia. Nie mogą pozwolić, by pacjenci starsi, bardziej schorowani oraz mieszkający na terenach słabiej zaludnionych zostali pozbawieni opieki.

Po sprywatyzowaniu szpitali władze nie są bezsilne. Mają wiele narzędzi, aby niwelować niedoskonałości rynku, na którym działają szpitale: mogą stworzyć odpowiedni system płatności i system bodźców, wprowadzić i modyfikować system dystrybucji usług zdrowotnych. Mogą także właściwie alokować fundusze i wprowadzać uregulowania prawne. Wszystkie te elementy struktury systemu zdrowotnego wpływają również na efektywność, jakość i dostępność świadczeń. Wprowadzając zmiany w strukturze dostawców usług polegające na prywatyzacji szpitali, należy odpowiednio wpływać na pozostałe elementy systemu zdrowotnego, aby nie pogorszył się poziom realizacji jego celów.

Jak pokazało doświadczenie niemieckie, odpowiednio przemyślana prywatyzacja nie musi mieć negatywnych następstw w postaci ograniczenia dostępności czy też obniżenia jakości leczenia.

Anna Wieczorkowska