

Liberalizacja i prywatyzacja ochrony zdrowia w Europie

Ekonomia leczenia

Anna Wieczorkowska



rys. Olga Reszelko

Jeszcze kilkanaście lat temu liberalizacja i prywatyzacja w ochronie zdrowia były czymś wyjątkowym. W ostatnich latach do tzw. ekonomizacji sektora ochrony zdrowia dochodzi właściwie we wszystkich państwach europejskich. Polega ona przede wszystkim na wprowadzeniu konkurencji pomiędzy dostawcami usług medycznych, instytucjami finansującymi te usługi, ale także na prywatyzacji szpitali.

W Europie zawsze było wiele instytucji finansujących ochronę zdrowia i świadczących usługi medyczne. Niektóre z nich są publiczne, a inne prywatne. W sektorze ochrony zdrowia funkcjonują również podmioty prywatne, świadczące usługi nie dla zysku, czyli organizacje *non-profit*. Są to np. szpitale należące do kościołów. W niektórych krajach organizacje *non-profit* odgrywają znaczącą rolę w dostarczaniu usług zdrowotnych.

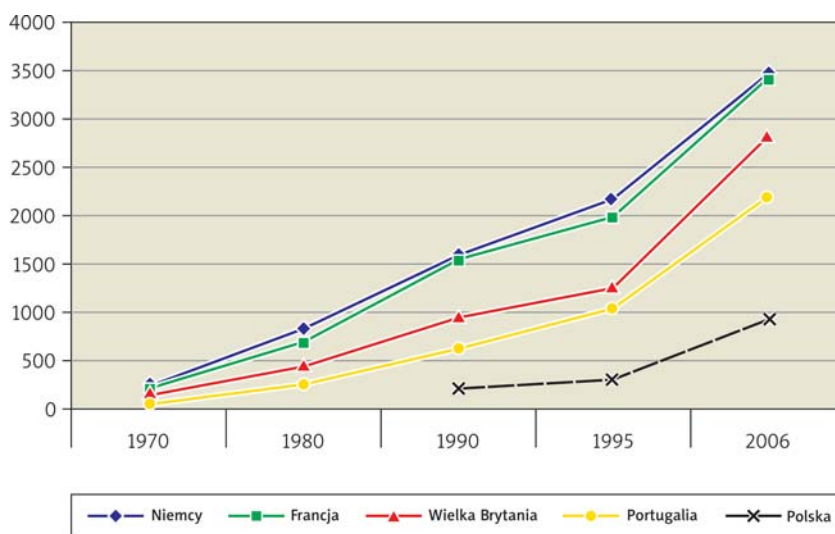
Europejskie systemy ochrony zdrowia mają charakter uniwersalny ze względu na obowiązkowe systemy ubezpieczeniowe oraz dominującą rolę państwa w planowaniu i kontroli. Inaczej jest w USA, gdzie około

40 mln obywateli nie ma ubezpieczenia zdrowotnego. Ale to też ma się zmienić, ponieważ w listopadzie 2009 r. Izba Reprezentantów przyjęła projekt reformy służby zdrowia. To wielki sukces Baracka Obamy. Rządowy plan reformy zakłada, że opieką zdrowotną zostanie objętych aż 96 proc. Amerykanów.

Korzenie systemów europejskich są dwojakie i w każdym kraju dochodzi do modyfikacji zasad. Jedną z koncepcji jest XIX-wieczny model Bismarcka, opierający się na obowiązkowych składkach potrącanych z pensji (część może pokrywać pracownik, a część pracodawca) i wpłacanych do jednego funduszu (bądź wielu zwanych również kasami chorych).

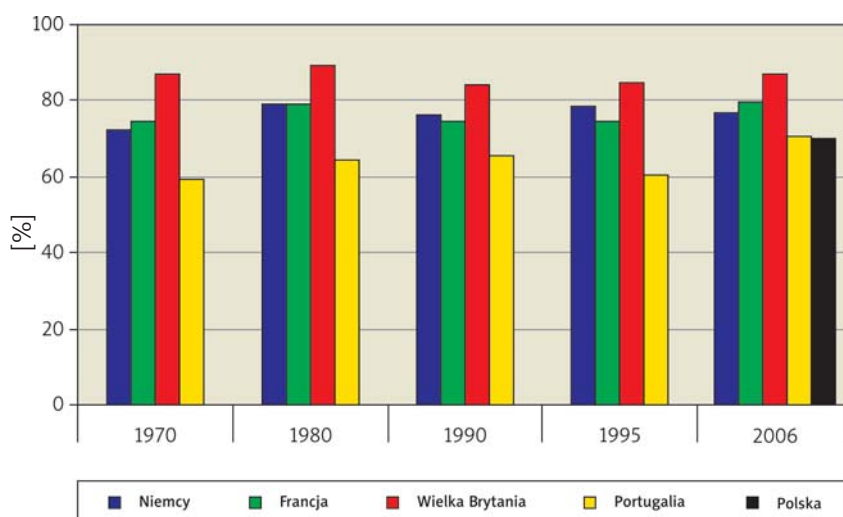


Całkowite wydatki na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca w wybranych państwach europejskich w latach 1970–2006 (w USD)



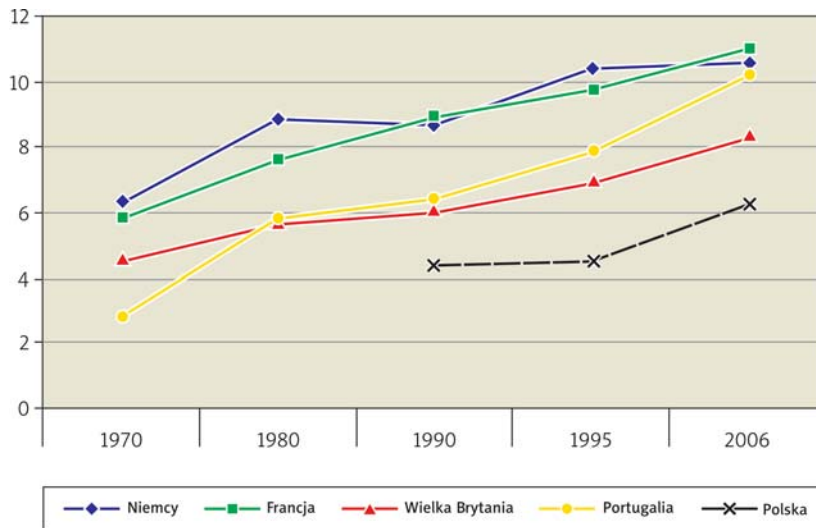
	1970	1980	1990	1995	2006
Niemcy	224	824	1602	2178	3465
Francja	206	701	1539	1984	3420
Wielka Brytania	144	444	955	1253	2815
Portugalia	43	260	614	1046	2199
Polska			216	296	919

Udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia w wybranych państwach europejskich w latach 1970–2006

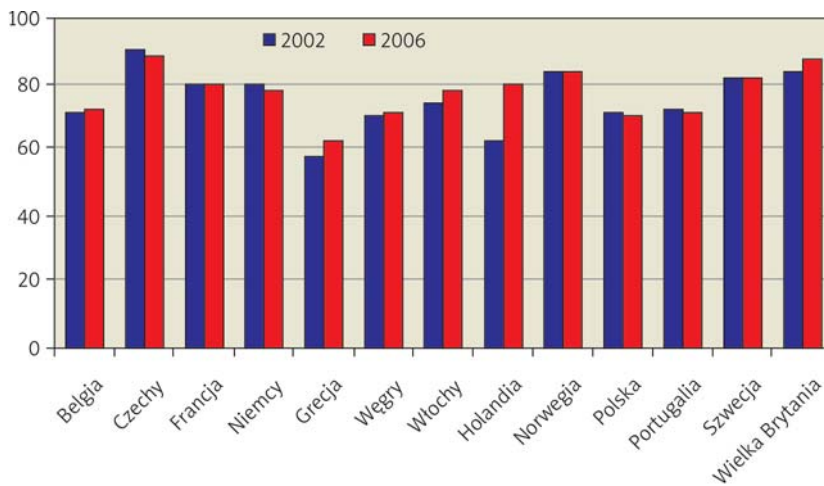


„ Kraje europejskie starają się obniżyć dynamikę wzrostu kosztów ochrony zdrowia, wprowadzając zmiany w jej finansowaniu ”

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia jako procent PKB w wybranych państwach europejskich



Udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia w wybranych państwach europejskich



Co spowodowało zmiany?

Wraz ze światowym kryzysem lat 70. wysokie koszty wywołane coraz droższymi procedurami i rosnącymi potrzebami zdrowotnymi przewyższyły wzrost PKB. Następstwem tego była konieczność przeznaczania coraz większej części publicznego budżetu na ochronę zdrowia.

Drugi system to model lorda Beveridge'a, reformatora społecznego, który po II wojnie światowej stworzył koncepcję nowoczesnego brytyjskiego państwa o rozbudowanym systemie ubezpieczeń społecznych. W tym wypadku koszty ochrony zdrowia pokrywane są z podatków.

Model Bismarcka występuje głównie na kontynencie europejskim, natomiast lorda Beveridge'a w Wielkiej Brytanii, w państwach nordyckich i w kilku południowo-europejskich.

Już w XVIII w. istniały dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, jednak państwo odgrywało decydującą rolę, co polegało przede wszystkim na tym, że większości społeczeństwa zapewniało bezpłatne usługi zdrowotne. W drugiej połowie XX w. państwa europejskie zwiększały swoją odpowiedzialność i czyniły to na wiele sposobów, między innymi planując podaż, finansując badania medyczne, regulując wykształcenie w zawodach medycznych, wprowadzając i kontrolując standardy medyczne i w końcu finansując ochronę zdrowia.

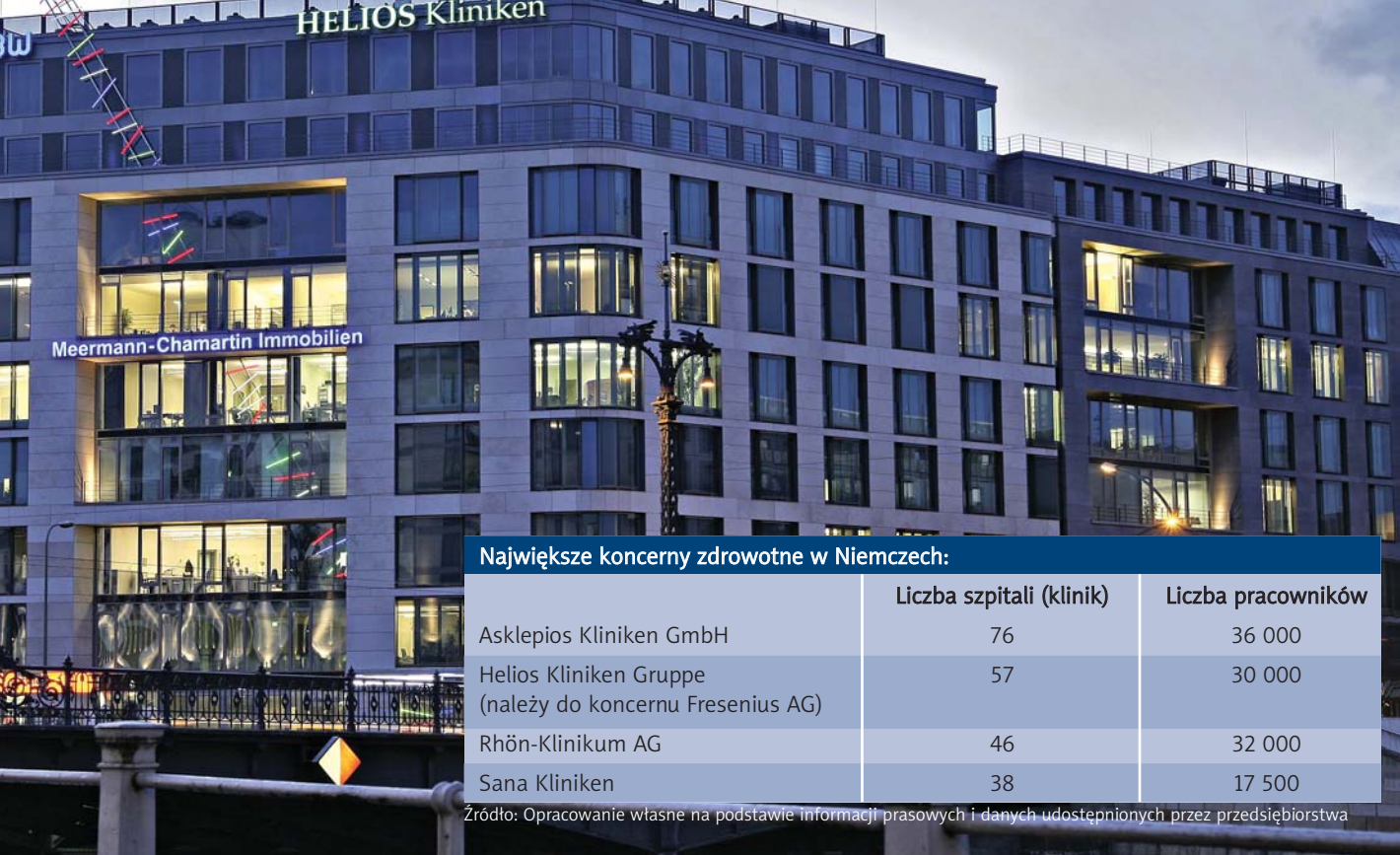
Przez kilkadziesiąt lat po wojnie wydatki na ochronę zdrowia, również publiczne, nieprzerwanie rosły. Nie było to jednak postrzegane jako problem do czasu, gdy wzrost produktu krajowego brutto miał podobną dynamikę.

W wielu krajach w czasach recesji nastąpiła zmiana rządów. Neokonserwatywne partie, które doszły do władzy, obiecywały w kampanii przedwyborczej obniżenie podatków, co miało doprowadzić do zmniejszenia roli państwa także w finansowaniu i dostarczaniu usług zdrowotnych. Najlepszym przykładem jest Margaret Thatcher w Wielkiej Brytanii, ale również w innych państwach Europy Zachodniej próbowano ograniczyć wydatki publiczne.

Ograniczenie wzrostu długu publicznego stało się najważniejszym celem Unii Europejskiej i zostało spisane w tzw. pakiecie stabilizacji i wzrostu. Wprowadzono ograniczenie poziomu rocznego nowego zadłużenia maksymalnie o 3 proc. PKB (ograniczenie deficytu finansów publicznych do 3 proc.).

Obniżka podatków i równocześnie nacisk na zmniejszenie zadłużenia państwa musiały wywołać kryzys w finansowaniu publicznej opieki zdrowotnej. Na przykład w Niemczech, kraju z ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym, szpitale są finansowane z dwóch źródeł. Jednym są kasy chorych płacące za procedury medyczne, a drugim landy, które przekazują pieniądze na finansowanie szpitalnej infrastruktury.

I kasy chorych, i landy mają kłopoty finansowe. Kasy chorych, ponieważ wpływy z ubezpieczenia maleją na skutek dużego bezrobocia, liberalizacji stosun-



Największe koncerny zdrowotne w Niemczech:

	Liczba szpitali (klinik)	Liczba pracowników
Asklepios Kliniken GmbH	76	36 000
Helios Kliniken Gruppe (należy do koncernu Fresenius AG)	57	30 000
Rhön-Klinikum AG	46	32 000
Sana Kliniken	38	17 500

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji prasowych i danych udostępnionych przez przedsiębiorstwa

tbl. www.vario-images.com/forum

ków o pracę (zamiast tradycyjnych umów o pracę pracownicy czasowi, nowe firmy jednoosobowe itp.) oraz stagnacji wysokości wynagrodzeń. A landy nie są już w stanie finansować rosnących potrzeb inwestycyjnych szpitali z uwagi na ich duże zadłużenie oraz zmniejszenie wpływów z podatków spowodowane przez kryzys finansowy.

W wielu krajach myśli się o rozszerzeniu podstawy, od której naliczany jest podatek lub składka ubezpieczenia zdrowotnego. Propozycje są różne, na przykład zniesienie górnej granicy naliczania składki zdrowotnej (podatków) oraz włączenie do podstawy wpływów niepowiązanych z dochodami z pracy.

Pomimo kryzysu budżetów publicznych oraz zahamowania wzrostu kosztów oczekuje się, że sektor ochrony zdrowia będzie się wzmacniał, choćby z powodu szczególnego zainteresowania nim prywatnych inwestorów. Wynika ono zaś z tego, że cechą charakterystyczną tego sektora jest to, że nie ma on cyklicznego charakteru w przeciwieństwie do innych sektorów gospodarki, które cierpią z powodu spadku popytu. Dzieje się tak, gdyż pacjenci potrzebują zabezpieczenia medycznego niezależnie od koniunktury.

Przyczyną wzrostu znaczenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stało się skreślenie z listy pewnych procedur medycznych dotychczas finansowanych z pieniędzy publicznych. Dobrym przykładem jest opieka stomatologiczna, w wielu krajach w znacznej części finansowana przez pacjentów. Redukcja udziału publicznego nastąpiła więc na skutek wprowadzenia lub podwyższenia dopłat.

Oprócz powolnej zmiany finansowania, polegającej na zmniejszeniu udziału funduszy publicznych kosztem prywatnych, w niektórych państwach uznano za cel zwiększenie konkurencji między firmami ubezpieczeniowymi. I chodzi tutaj o wymuszenie konkurencji nie tylko pomiędzy ubezpieczalniąmi prywatnymi

mi czy prywatnymi i publicznymi, ale również pomiędzy ubezpieczalniąmi publicznymi. Na przykład w Niemczech umożliwiono obywatelom swobodny wybór kasy chorych, a ponieważ składka jest taka sama dla wszystkich objętych ustawowym ubezpieczeniem zdrowotnym (wynosi ona 14,9 proc. dochodu!), kasy muszą konkurować o klientów, proponując bogatszą ofertę usług medycznych finansowanych w ramach ubezpieczenia. Podobne zmiany, polegające na prawie swobodnego wyboru ubezpieczalni, wprowadził kilka lat temu rząd Holandii.

W debatach publicznych pojawia się wiele argumentów za większym zaangażowaniem prywatnych firm ubezpieczeniowych w ochronę zdrowia. Mówi się o pozytywnym wpływie konkurencji, która ma zmusić towarzystwa do oferowania więcej za niższe składki. Okazuje się jednak, że prywatne firmy mają wyższe koszty administracyjne niż publiczne. Należy zadać zatem pytanie, jakim cudem te pierwsze mogą proponować tańsze i lepsze polisy ubezpieczeniowe?

Zwiększenie udziału prywatnego finansowania nie wpływa pozytywnie na wyhamowanie dynamiki wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. Ale umożliwienie dopływu do systemu finansowania opieki zdrowotnej funduszy prywatnych może mieć pozytywne skutki dla systemu. Chodzi o to, że koszty ponoszone są indywidualnie przez społeczeństwo i nie zwiększają długu publicznego, zatem nie mają wpływu na ograniczenia wynikające z pakietu stabilizacji i rozwoju. Dlatego konkurencja w systemach ochrony zdrowia jest mile widziana przez Komisję Europejską i została prawnie utwierdzona przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości. Sklasyfikował on w swoich wyrokach usługi zdrowotne jako ekonomiczne czynności, które powinny podlegać swobodnej wymianie w Unii Europejskiej. To zaś oznacza, że pacjent powinien mieć prawo do leczenia w wybranym przez siebie kraju.

„ Europa zmierza ku komercjalizacji i liberalizacji zarówno podmiotów finansujących usługi zdrowotne, jak i świadczących usługi medyczne ”

Państwa członkowskie stawiają temu oczywiście stanowczy opór.

Ekonomizacja systemu dostawców usług medycznych sposobem na redukcję kosztów systemu?

Reformy systemów zdrowotnych, których zadaniem było zmniejszenie dynamiki wzrostu kosztów, dotyczyły nie tylko finansowania ochrony zdrowia, w tym szpitali (na przykład poprzez wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów), ale również dostawców usług zdrowotnych.

Co ciekawe, te same cele w niektórych krajach doprowadziły do decentralizacji – szpitale stały się bardziej niezależne i jednocześnie przejęły więcej odpowiedzialności za zarządzanie kosztami. Decentralizacja wystąpiła na przykład w Wielkiej Brytanii i w Szwecji. W innych natomiast osiągnięto odwrotny efekt. Na przykład w Austrii i Belgii łączono mniejsze szpitale z większymi bądź włączano je do sieci szpitali.

Ale najbardziej radykalne zmiany dotyczące zwiększenia efektywności funkcjonowania szpitali prowadzi się od wielu lat w Niemczech. To tutaj najczęściej w Europie sprywatyzowano szpitale, tutaj też sprzedano pierwszy w Europie szpital uniwersytecki. Ze sprzedażą eksperymentowały również Szwecja i Austria. W nowych państwach członkowskich UE (także w Polsce) można z kolei zaobserwować trend do budowy nowych prywatnych placówek.

W ostatnich latach w Europie pojawiły się także inne centralne tendencje w transformacji systemów dostarczania usług zdrowotnych. Zalicza się do nich na przykład outsourcing i zwiększanie partnerstwa publiczno-prywatnego (ang. *Public Private Partnerships*), a w wypadku Wielkiej Brytanii korzystanie z prywatnego sektora przy budowie i utrzymaniu nowych placówek w ramach projektów *Private Finance Initiative*.

Prywatyzacja doprowadziła do wykształcenia się koncernów zdrowotnych mających po kilkadziesiąt placówek w wielu krajach europejskich.

W debatach publicznych wiele się mówi o większym zaangażowaniu prywatnych oferentów w ochronę zdrowia. Najpopularniejszym argumentem jest ten, że prywatne szpitale byłyby efektywniejsze.

Nie ma wątpliwości, że zarządzanie oraz organizacja pracy w publicznych placówkach nie są perfekcyjne. Jak wskazują eksperci, ważne źródła nieefektywności

to upolitycznienie, ekstremalnie hierarchiczna struktura, ale także niezbyt efektywna organizacja i niedostateczne inwestycje (prywatny szpital ma większe możliwości w pozyskaniu kredytu bankowego).

Równocześnie niektórzy eksperci twierdzą, że powodem większej efektywności szpitali prywatnych są niższe płace oraz gorsze warunki pracy. Do lepszych wyników przyczynia się ponadto outsourcing oraz specjalizacja w stosunkowo prostych i możliwych do wystandaryzowania leczeniach, podczas gdy terapia kompleksowych przypadków przekazywana jest do publicznych szpitali. „Wybieranie rodzynek” przez prywatne podmioty prowadzi do tego, że efektywność publicznych, które nie mogą odesłać żadnego pacjenta, jeszcze bardziej się pogarsza. Nieprzypadkowo wiele prywatnych szpitali lub centrów leczenia usytuowanych jest w pobliżu największych publicznych placówek. Równocześnie, jak pokazuje niemieckie doświadczenie, odpowiednie skonstruowanie systemu rozliczeniowego z kasami chorych oraz odpowiednie przepisy prawne mogą złagodzić negatywne skutki prywatyzacji szpitali. A placówki prywatne mogą leczyć pacjentów efektywniej (zarabiając na tym) i wcale nie gorzej.

Co powinni zrobić polscy decydenci?

Wszystkie problemy natury finansowej występują również w Polsce, tyle że z uwagi na wieloletnie zbyt niskie do potrzeb nakłady są one jeszcze poważniejsze. O ile kilka lat temu udawało się rządzącym przetrzymać te braki w finansowaniu służby zdrowia na nisko opłacanych lekarzy i pielęgniarki oraz niską jakość usług medycznych, o tyle teraz wydaje się, że już osiągnęliśmy dno. Lekarze i pielęgniarki chcą zarabiać podobnie jak w Europie Zachodniej, leki i sprzęt kosztują w Polsce praktycznie tyle samo co tam, a pacjenci domagają się podobnych usług i chcą się leczyć za granicą (i wygląda na to, że Komisja Europejska, w myśl zasady swobody przepływu usług, pozwoli im na to). A nakłady na ochronę zdrowia są kilka razy mniejsze niż w najbogatszych krajach europejskich. Co gorsze – wydaje się, że nie ma zgody społecznej na zwiększenie składki ubezpieczenia zdrowotnego, a więc taki ruch byłby trudny do przeforsowania.

Jakie jest wyjście z tej sytuacji? Europa zmierza ku komercjalizacji i liberalizacji zarówno podmiotów finansujących usługi zdrowotne, jak i świadczących usługi medyczne. Może warto skorzystać z doświadczeń innych krajów i włączyć się w ogólnoeuropejski trend, świadomie i dobrze planując reformy, a nie w myśl zasady „jakoś to będzie”?

Dane statystyczne wykorzystane w artykule pochodzą z publikacji WHO i OECD.

Autorka jest bankowcem, ekonomistą, uczestniczką seminarium doktoranckiego w Centrum Studiów Niemieckich i Europejskich im. Willy'ego Brandta, zajmuje się badaniem efektywności systemów zdrowotnych – polskiego i niemieckiego