

Szpitaly prywatne są efektywniejsze i leczą lepiej

# Pacjent skorzysta na prywatyzacji

Anna Wieczorkowska



fot. Forum 2x

Szpitaly prywatne nie tylko wypracowują zyski, ale także oferują wyższy poziom usług. Przykład niemiecki dowodzi, że dzięki dobremu systemowi zarządzania jakością prywatyzacja może być korzystna dla pacjentów.

W RFN z roku na rok coraz więcej placówek publicznych zmienia właściciela – samorządy pozbywają się kłopotliwego balastu, sprzedając szpitale, najczęściej wielkim koncernom.

W 1992 r. udział prywatnych lecznic wynosił tylko 15 proc., a w 2008 r. już 31 proc. Odwrotny trend obserwujemy w udziale placówek publicznych – w 1992 r. było ich 45 proc., a w 2008 r. tylko 32 proc. Najbardziej zmiany dotyczą tak zwanych szpitali *non profit*: w 1992 r. było ich 40 proc., a w 2008 r. niewiele mniej, bo 37 proc. Placówki *non*

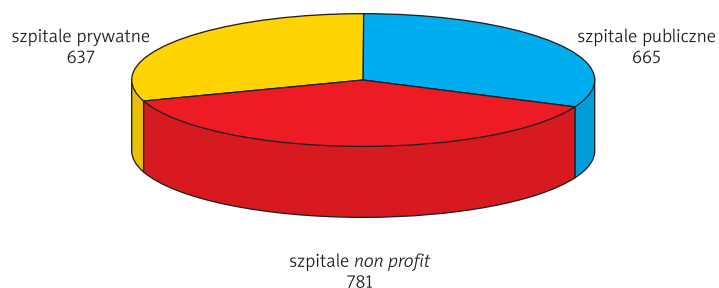
*profit* (zwane również charytatywnymi) właściwie też są szpitalami prywatnymi, ale stanowiącymi własność kościołów, związków wyznaniowych, fundacji, stowarzyszeń itd.

W żadnym innym europejskim państwie w ostatnim dwudziestoleciu nie sprywatyzowano tak wiele szpitali jak w Niemczech. Niemcy pierwsi w Europie sprywatyzowali nawet klinikę uniwersytecką (Gießen-Marburg).

## Przyczyny prywatyzacji

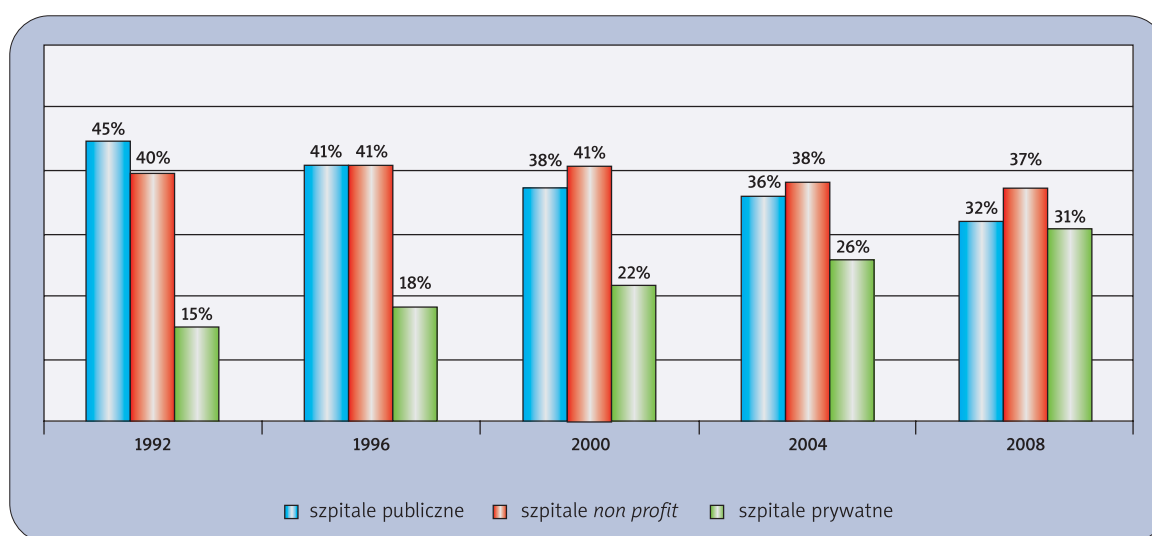
Przyczyny prywatyzacji mają podłoże ekonomiczne. Po pierwsze, znaczna część placówek publicznych ponosi straty – szczególnie trudno jest im się zbilansować po wprowadzeniu systemu DRG (jednorodnych grup pacjentów). Po drugie, ich właściciele (samorządy), odpowiedzialni za pokrycie strat, również borykają się z kłopotami finansowymi i narastającym zadłużeniem, pogłębianym ostatnio przez kryzys finansowy,

więc decydują się na sprzedaż szpitali prywatnym właścicielom. W ten sposób pozbywają się balastu, a jeszcze dzięki prywatyzacji pozyskują dodatkowe pieniądze. I w końcu po trzecie: także niemieckie landy, odpowiedzialne za przekazywanie pieniędzy szpitalom na niezbędne inwestycje w infrastrukturę, sprzęt medyczny itp., nie są w stanie wypełniać tego obowiązku. W przeciwieństwie do publicznych szpitali prywatne nie mają większych problemów z pozyskaniem kapitału na inwestycje od banków czy też z giełdy. Nawet w dobie kryzysu wielkie koncerny medyczne posiadające po kilkadziesiąt szpitali w swoim portfolio postrzegane są przez potencjalnych inwestorów jako bardzo dobra inwestycja.



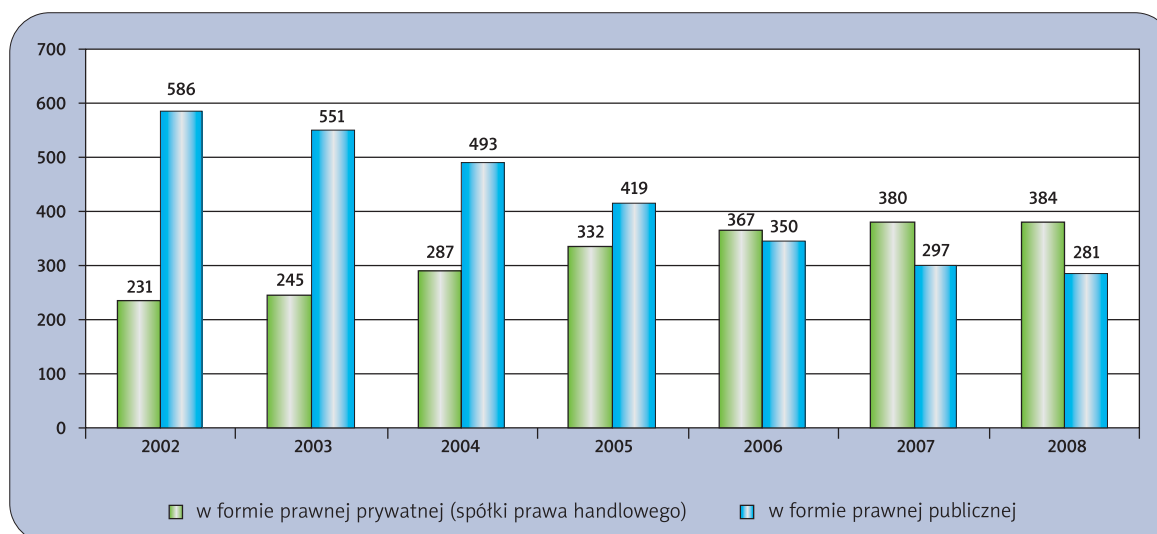
Źródło: Niemiecki Urząd Statystyczny – [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

**Rycina 1.** Liczba szpitali o różnych formach własności w Niemczech w 2008 r.



Źródło: Niemiecki Urząd Statystyczny – [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

**Rycina 2.** Udział procentowy szpitali o różnych formach własności w Niemczech w latach 1992–2008



Źródło: Niemiecki Urząd Statystyczny – [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

**Rycina 3.** Liczba szpitali funkcjonujących w różnych formach prawnych w Niemczech w latach 2002–2008

Tabela 1. Porównanie jakości w szpitalach podzielonych według formy własności

| Lokalizacja leczenia                             | Wskaźnik jakości   | Procentowy udział szpitali, których dany wskaźnik zawiera się w obszarze referencyjnym |                            |                   |
|--|--|--|----------------------------|-------------------|
|  |  | szpitale publiczne   | szpitale <i>non profit</i> | szpitale prywatne |
| Usunięcie woreczka żółciowego                    | Wyjaśnienie przyczyn zagęszczonej żółci przed usunięciem woreczka żółciowego           | 63,54  | 76,10                      | 75,81             |
|  | Histopatologiczne badanie usuniętego woreczka żółciowego                               | 44,03  | 46,65                      | 47,83             |
|  | Nieplanowana następna operacja (następne operacje) w wyniku komplikacji                | 49,54  | 43,40                      | 58,62             |
| Położnictwo                                      | Przedporodowa dawka leków w celu wsparcia rozwoju płuc wcześniaków                     | 43,48  | 48,60                      | 37,04             |
|  | Czas od podjęcia decyzji o konieczności wykonania cesarskiego cięcia do porodu         | 83,09  | 77,99                      | 84,21             |
|  | Obecność pediatry przy przedwczesnych porodach   | 58,11  | 52,78                      | 61,11             |
| Ginekologia                                      | Zapobiegawcza dawka antybiotyków przy usunięciu macicy                                 | 75,82  | 75,73                      | 77,78             |
|  | Zapobiegawcza dawka leków w celu uniknięcia skrzepów krwi przy usunięciu macicy        | 96,29  | 93,21                      | 96,61             |
| Wstawienie rozrusznika serca                     | Decyzja o leczeniu rozrusznikiem serca   | 60,56  | 55,74                      | 66,67             |
|  | Wybór systemu rozrusznika serca  | 72,11  | 72,33                      | 77,32             |
|  | Decyzja o leczeniu rozrusznikiem serca i wyborze systemu rozrusznika serca             | 66,46  | 65,88                      | 73,03             |
|  | Komplikacje podczas albo po operacji   | 52,41  | 39,72                      | 62,50             |
|  | Komplikacja: przesunięcie sondy dokomorowej  | 63,58  | 58,02                      | 75,00             |
|  | Komplikacja: przesunięcie sondy doprzedsiolkowej                                       | 42,66  | 39,67                      | 61,11             |
| Proteza stawu biodrowego                         | Nieplanowana kolejna operacja (operacje) z powodu komplikacji                          | 91,53  | 93,17                      | 97,69             |
|  | Zwichnięcie sztucznego stawu biodrowego po operacji                                    | 90,68  | 91,86                      | 97,47             |
| Operacje tętnic szyjnych                         | Zapalenie obszaru operacyjnego po operacji   | 80,20  | 82,65                      | 91,67             |
|  | Decyzja o operacji przewężenia tętnicy szyjnej bez rozpoznawalnych objawów chorobowych | 90,86  | 91,24                      | 96,88             |
|  | Decyzja o operacji przewężenia tętnicy szyjnej z rozpoznawalnymi objawami chorobowymi  | 92,06  | 92,09                      | 93,55             |
|  | Udar mózgu lub śmierć w następstwie operacji rozszerzenia tętnicy szyjnej              | 93,97  | 91,61                      | 98,48             |
| Proteza stawu kolanowego                         | Nieplanowana kolejna operacja (operacje) z powodu komplikacji                          | 93,06  | 92,09                      | 97,03             |
|  | Zapalenie obszaru operacyjnego po operacji   | 72,27  | 81,29                      | 92,98             |
| Badanie i leczenie w kierunku cewnikowania serca | Decyzja o badaniu w kierunku cewnikowania serca  | 91,27  | 87,06                      | 89,33             |
|  | Decyzja o leczeniu w kierunku cewnikowania serca                                       | 83,85  | 78,57                      | 79,17             |
|  | Odbudowa ukrwienia naczyń wieńcowych   | 92,49  | 91,67                      | 96,83             |
| Operacja naczyń wieńcowych                       | Umieralność podczas pobytu stacjonarnego   | 96,00  | 100,00                     | 100,00            |
| Guzy piersi                                      | Badanie rentgenowskie usuniętej tkanki po operacji                                     | 51,65  | 60,43                      | 63,89             |
|  | Określenie wrażliwości hormonalnej komórek rakowych                                    | 76,25  | 80,00                      | 81,13             |
|  | Margines bezpieczeństwa do zdrowej tkanki (przy kwadrantektomii)                       | 47,30  | 56,03                      | 52,17             |
|  | Margines bezpieczeństwa do zdrowej tkanki (przy całkowitym usunięciu piersi)           | 43,14  | 51,23                      | 55,81             |



„ W RFN w 1992 r. udział prywatnych szpitali wynosił tylko 15 proc., a w 2008 r. już 31 proc. „

### Lepsza jakość, cena ta sama

Przeciwnicy prywatyzacji uważają, że szpitale prywatne osiągają wyższą efektywność, ponieważ świadczą usługi gorszej jakości. Jest to jednak mit, który w wypadku Niemiec można łatwo obalić.

W wielkim skrócie mówiąc, szpitale mogą konkurować o klienta (pacjenta) ceną usługi bądź jakością. W niemieckiej rzeczywistości placówka musi wykonywać zdefiniowane przez państwo świadczenia medyczne po cenie z góry ustalonej. Zatem ma przewagę konkurencyjną tylko wtedy, gdy ma niższe koszty. Możliwe jest zatem, że będzie świadczyć usługi niższej jakości, aby ponosić niższe koszty. Jednakże gorsza jakość usług może spowodować, że pacjenci zaczną taki szpital omijać. Ale jak wybrać lepszy, czyli taki, który lepiej leczy? Pacjenci oraz lekarze kierujący pacjentów na leczenie muszą być rzetelnie informowani o jakości usług w konkretnym szpitalu. Wydaje się, że Niemcom udało się taki system zbudować.

W 2002 r. wraz z wprowadzeniem nowego systemu rozliczeniowego z kasami chorych, czyli jednorodnych grup pacjentów (DRG), wprowadzono bardzo rozbudowany system zarządzania jakością (patrz artykuł *Niemcy metodyczni do bólu* MZ 4/2009). Wszystkie szpitale muszą przysyłać dane o wykonanych procedurach do jednej instytucji – BQS (w skali Niemiec jest to ponad 17 mln przypadków, według DRG), która je zbiera i wylicza odpowiednie wskaźniki jakościowe dla każdej placówki.

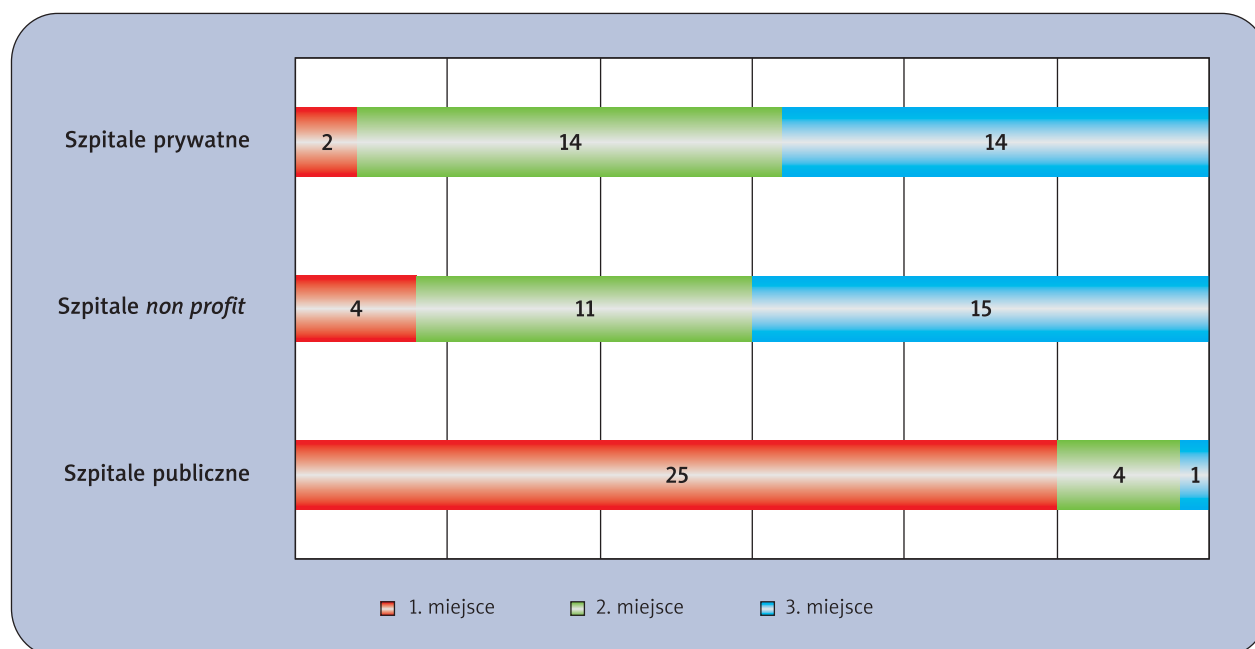
BQS przekazuje następnie szpitalom informację zwrotną, która pozwala im na określenie swojego miejsca odnośnie do jakości wykonanych świadczeń i jest punktem wyjścia do porównania z najlepszymi (po angielsku *benchmarking* – równaj do najlepszych). W wypadku placówek, których konkretne wskaźniki jakościowe wykraczają poza przyjęte obszary referencyjne, prowadzony jest tak zwany systematyczny dialog, którego celem jest wykrycie powodów nieosiągnięcia przez nie odpowiedniej jakości oraz niejako zmuszenie ich do podniesienia jakości usług.

### Twarde dowody

Co roku publikowany jest raport zawierający dane o kilkuset wskaźnikach jakościowych. Jest on dostępny na stronach internetowych Instytutu AQUA.

Szpitala mają jeszcze jeden obowiązek – muszą co dwa lata sporządzać i publikować raporty o wybranych wskaźnikach jakościowych. Pierwszy opublikowany został w 2005 r. i zawierał dane o usługach wykonanych w 2004 r. Raporty jakościowe sporządzane są według ustalonego schematu, co pozwala na porównanie jakości danej placówki z pozostałymi. Dzięki temu zniwelowano tak zwane zjawisko niedoskonałości (asymetrii) informacji w relacji pacjent – lekarz. Chodzi o to, że pacjent, udając się do lekarza, jest w gorszej sytuacji, gdyż musi się zdać na jego wiedzę, doświadczenie i umiejętności. Dzięki jednolitym raportom chory może łatwo pozyskać informacje o jakości usług, nie wnikając w szczegóły procedur





Źródło: Heller 2009, s. 18

**Rycina 4.** Ranking jakości świadczeń w szpitalach o różnych formach własności (szpitaly publiczne, szpitaly *non profit* i szpitaly prywatne)

„ W niemieckim rankingu jakości szpitaly prywatne aż w 25 kategoriach były na pierwszym miejscu i tylko raz na ostatnim „

medycznych placówki. Raporty publikowane są na stronach internetowych szpitali. Istnieją również portale wykorzystujące te dane do porównania wskaźników jakościowych poszczególnych szpitali.

Drugim celem wprowadzenia obowiązku sporządzania i publikowania raportów jakościowych było wymuszenie konkurencji o pacjentów – szpitaly, które lepiej leczą, uzyskują większe wpływy, a w końcu wyższe zyski. Chodzi ponadto o to, aby wyeliminować z rynku placówki świadczące usługi złej jakości albo zmusić je do poprawy jakości.

Dostępne są w Niemczech badania, które potwierdzają, że szpitaly prywatne są efektywniejsze – osiągają wyższe zyski z działalności, ale także leczą pacjentów lepiej od swoich publicznych konkurentów.

Na przykład w raporcie „Krankenhaus Rating Report 2008 Qualität und Wirtschaftlichkeit” pokazano związek pomiędzy sytuacją ekonomiczną a jakością. Zestawiono wskaźniki jakościowe z ratingiem wyliczonym na podstawie danych ze sprawozdań finansowych szpitali. Okazało się, że placówki mające gorszy rating finansowy miały również gorsze wskaź-

niki jakościowe, przy czym prywatne osiągały lepszy rating niż publiczne.

Ciekawe wyniki dotyczące porównania jakości poszczególnych grup szpitali w zależności od formy własności opublikowano w opracowaniu „Qualitätsvergleich deutscher Krankenhäuser. Eine Studie der Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung” (Heller 2009).

Z 24 podmiotów leczenia, które były objęte procesem BQS w 2007 r. (dane za rok 2006), wybrano te, które zgodnie z oceną lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli pacjentów dostarczają pacjentom oraz lekarzom, którzy kierują pacjentów do szpitali, wystarczającą informację o jakości danego szpitala.

Wartości procentowe przedstawione w tabeli 1. pokazują, jak często szpitaly z poszczególnych grup (publiczne, *non profit*, prywatne) osiągają wskaźniki jakościowe na poziomie referencyjnym określonym przez BQS.

Na podstawie pojedynczych wartości procentowych wskaźników jakościowych autor badań stworzył ranking poszczególnych grup właścicieli (publiczni, *non profit*, prywatni). Wyniki rankingu przedstawiono na rycinie 4. Szpitaly prywatne w 25 przypadkach były na pierwszym miejscu, cztery razy na drugim miejscu i raz na trzecim miejscu. Publiczne zajęły pierwsze miejsce zaledwie dwukrotnie, czternaście razy znalazły się na drugim miejscu i tyle samo na trzecim miejscu.

Jak stwierdził autor badania (Heller 2009, s. 31), mnogość przebadanych wskaźników jakości daje podstawy, by twierdzić, że szpitaly prywatne częściej wykazują dobrą jakość niż pozostałe (czyli *non profit* i publiczne). ■