

Мікроекономіка

Іга РУДАВСЬКА

**ПРОБЛЕМИ ПРИВАТИЗАЦІЇ
ШПИТАЛЬНОГО СЕКТОРУ ПОЛЬЩІ****Резюме**

Зміни, що виникли у зв'язку із зростанням цін на оплату охорони здоров'я, правовою стороною відповідних установ та демографічним розвитком, вплинули на структуру шпитального сектору Польщі. Розглянуто реальне сучасне становище польської медицини та визначено ряд можливих варіантів її приватизації. Обґрунтовано ймовірні результати кожного конкретного виду приватизації у сфері менеджменту, людських ресурсів та обслуговування. Проарґументовано ряд аспектів приватизації громадських лікарень, що є одним з найактуальніших і найсуперечливіших політичних рішень.

Ключові слова

Приватизація, охорона здоров'я, шпитальний сектор, громадський сектор, Польща.

© Іга Рудавська, 2005.

Рудавська Іга, доктор, факультет економічних наук та менеджменту, Університет Щецина, Польща.

Переклад Хайнюк Людмили.

Вступ

Впродовж останнього десятиріччя в структурі управління системою охорони здоров'я Польщі відбулися суттєві реорганізаційні зміни. Значна кількість недоліків, що виникли в секторі охорони здоров'я, відіграли важливу роль у появі нової хвилі реформи. Поряд із демографічними, політичними та соціальними факторами, переломним моментом стало очікування вдосконалення чинної системи з боку громадян та пацієнтів. Поляки, як і інші мешканці Європи, вимагають від влади поліпшеного, орієнтованого на пацієнта, медичного обслуговування. Клієнти мають тверде переконання щодо необхідності забезпечення особистого вибору та якості обслуговування у сфері охорони здоров'я, регулярно компенсуючи ці вимоги незначною оплатою послуг.

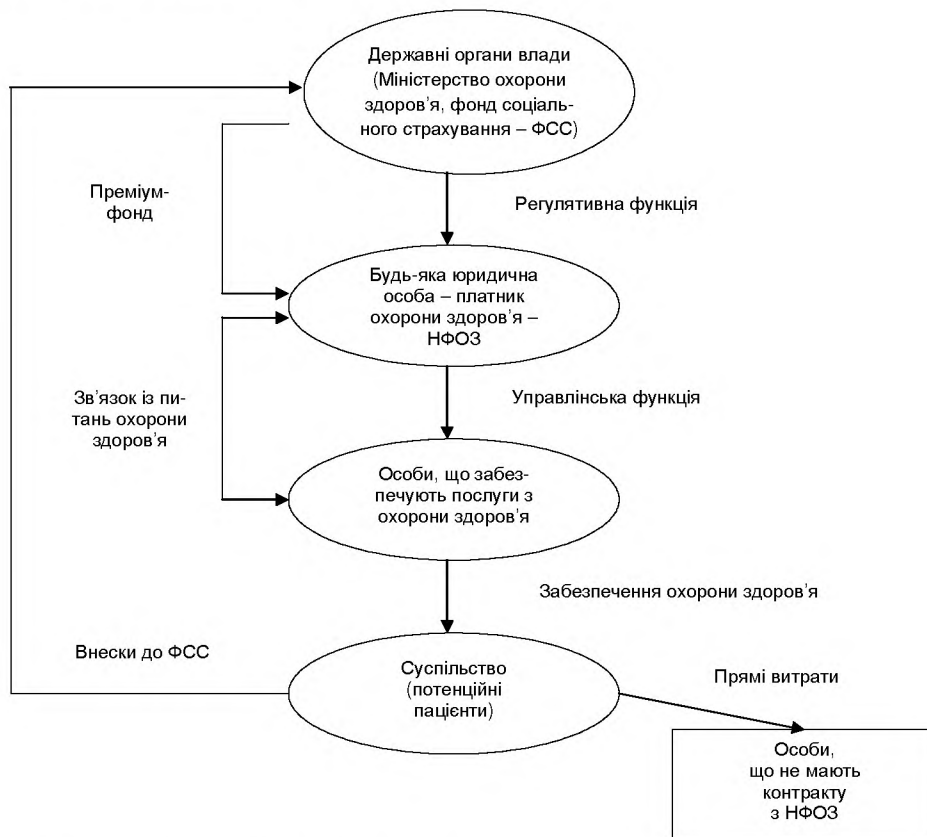
З метою належного забезпечення громадян усіма важливими та якісними послугами, а також з метою утримання стабільності цін на предмети масового медичного застосування варто звернути увагу на приватизацію. Отже, мета цієї статті полягає в обґрунтуванні оптимальних шляхів приватизації з її позитивними здобутками та негативними наслідками.

1. Реформування польської системи охорони здоров'я

Ряд ринкових механізмів було запроваджено у кількох сферах системи охорони здоров'я: фінансування охорони здоров'я та багатьох підвидах функціонування медичного обслуговування (наприклад, лікарні, надання першої медичної допомоги, розміщення). У 1999 р. уряд, використовуючи конкурентну схему в галузі охорони здоров'я, розробив реформу забезпечення охорони здоров'я, згідно з якою пацієнти обирали відповідний рівень обслуговування. Такий вид ринку, спланованого в результаті рекламної компанії (publicly-planned market), який отримав назву вічного ринку, громадської конкурентності, або квазі-ринку [3; 159], відокремлює покупця від постачальника на умовах, передбачених у контракті. Становлення нових методів та форм фінансування і зменшення частки бюджетних коштів на фінансування системи охорони здоров'я стало вагомим аспектом, який відображав змінну участь держави [8; 281–293]. Іншим, не менш важливим моментом став перехід відповідальності до нижчих рівнів громадського сектору. Нарешті, підвищений інтерес до даної інституційної діяльності на мікрорівні вплинув на якість відносин між пацієнтами. Для багатьох працівників сфери охорони здоров'я ця реформа, а також деякі реформи, заборонені в інших країнах, стали б рушієм задоволення всіх потреб пацієнта, за умови, якщо значна частина їхнього прибутку співпадала б із сукупною кількістю клієнтів [5; 57–64].

Рисунок 1.

Модель системи охорони здоров'я Польщі



Джерело: на основі авторських досліджень.

Таким чином, усі постачальники в структурі охорони здоров'я працюють над наступними завданнями: збільшити доступ, зменшити витрати та підвищити рівень якості. У зв'язку з чим вони опрацювали декілька способів. Приватизація є одним з них.

У системі охорони здоров'я (рис. 1) функцію головного платника виконує Національний фонд охорони здоров'я, який було засновано 1 квітня 2003 р. Відповідно до акту № 6 від 6 лютого 1997 р., Фонд витіснив пункти охорони здоров'я, які функціонували з 1999 р. Суть даного проекту призвела до інституційного розподілу платника як особи, відповідальної за купівлю таких послуг у сфері охорони здоров'я, які б задовольнили відповідні вимо-

ги платника. Проте купівля послуг є одним із завершальних етапів здійснення функцій платником [4; 3]. З метою розміщення фінансових надходжень за страхувальними внесками Національний фонд охорони здоров'я та первинні пункти охорони здоров'я мають виконувати зобов'язання, які б забезпечили належний рівень послуг з охорони здоров'я для страхувальників та мешканців шістнадцяти областей Польщі. Чіткий план дій щодо реалізації вимог, здійснення послуг, фінансування постачальників і контроль за виконанням умов, зазначених у договорі, є важливим аспектом діяльності НФЗ. Виконуючи свої завдання, виконавчі органи Національного фонду охорони здоров'я, разом із 16 територіальними одиницями Польщі, мають бути поінформовані щодо видів, кількості та цін на послуги, а також володіти даними про постачальників тих чи інших послуг. З іншого боку, контроль за здійсненням умов договору дасть, принаймні, ґрунтовну інформацію про точність прийнятих рішень і дасть змогу перевірити якість послуг.

На початковому етапі функціонування медичного страхування положення від 1 січня 2002 р. «Акту про медичне страхування» [1] дало підстави сподіватись на певні зміни в цій структурі, а саме: громадяни, які є підлеглими конкретних установ у системі охорони здоров'я, будуть спроможні виконувати відповідні доручення не тільки в державних пунктах охорони здоров'я (тепер Національний фонд фінансування охорони здоров'я), а й в інших інституціях охорони здоров'я, що функціонуватимуть на основі окремих постанов, відповідно до страхування. Однак, відповідно до зміненого акту за листопад 2000 р. [2], сподівання на модернізацію цієї структури згасли або, принаймні, були відтерміновані на невизначений час.

2. Оцінка ситуації, що склалась у шпитальному секторі Польщі

Для багатьох лікарень, за винятком великих обласних та освітньо-навчальних, організаційна зміна свідчила про перетворення їхньої власності з державної на окружну чи міську. На сьогодні жодна з 736 функціонуючих державних лікарень не перевела своєї власності у приватні компанії (тобто, у прибутковий або неприбутковий сектор). Ситуацію, яка склалася в шпитальному секторі, можна простежити на основі показників, наведених у табл. 1.

Давно відомо, що загальний стан державних лікарень залишає бажати кращого – відсутність ремонту приміщень, застаріле устаткування та виплати на їхнє утримання не є достатніми, щоби підтримати наявний рівень чи запровадити сучасну технологію. Вартісне обладнання, спеціалізоване хірургічне устаткування та сучасна фармакологія також не настільки доступні, як, наприклад, у Західній Європі. Доступ до обмеженої кількості дорогих лікувальних центрів, що практикують найновітніші технології, поповнюється

довгими списками пацієнтів легально або нелегально, через неформальні зв'язки та додаткову оплату. Крім того, лікарні швидкої медичної допомоги демонструють найвищий відсоток витрат на охорону здоров'я. Певні ознаки неефективності виникають через відносно тривалий період перебування в лікарні. Рівні зайнятості місць у лікарнях становлять у середньому 74,6%, значно вищі показники в центральних клініках та районних лікарнях, і значно нижчі – в сільських лікарнях. У 2001 р. середня тривалість перебування пацієнта в лікарні становила 8,4 дні. Тому високий рівень зайнятості становить догляд за стаціонарним пацієнтом.

З іншого боку, детальніше вивчення приватних лікарень свідчить про те, що за показниками середньої кількості ліжок, історій хвороби, а також кількості днів перебування в лікарні значно програє державним лікарням. Цей факт доводить те, що приватні лікарні у своїй більшості спеціалізовані та невеликі, з обмеженою кількістю відділів. Таким чином, більшість приватних лікарень практикують своєрідне прибуткове сортування всіх медичних випадків [11].

У таких умовах, враховуючи демографічний розвиток та зростання цін на послуги у сфері охорони здоров'я, постає нагальна потреба в якісному управлінні політикою державної лікарні. Приватизація є одним з оптимальних шляхів досягнення цієї мети.

Таблиця 1.

Показники стану лікарень Польщі

Загальна кількість лікарень	736 (у тому числі 45 лікарень недержавної форми власності)
Кількість койко-місць (на 10 000 осіб)	48,7
Кількість лікарів (на 10 000 осіб)	22,4
Середня тривалість перебування (у добах)	8,4
Середній рівень зайнятості лікарень	74,6%

Джерело: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, GUS, Warszawa 2002.

3. Основні положення приватизації державних лікарень

В 1991 р. приватизація державних лікарень стала одним з найважливіших аспектів політики в системі охорони здоров'я. Ключовим положенням її обговорення стала відмінність між приватизацією власності та діяльності. Серед найактуальніших положень процесу приватизації виділяють наступні:

- введення професійного рівня управління;
- подолання бюрократизму серед державних посадовців і здійснення неефективних цілей, тобто захист зайнятості у лікарнях, працівники яких підлягають скороченню;
- створення сприятливих умов для підтримання ділових зв'язків між установами в структурі охорони здоров'я;
- пошук топ-менеджерів та інвестицій;
- подолання морального дискомфорту лікаря, пов'язане з переведенням частини коштів на лікування пацієнта з приватної на бюджетну форму державної інституції;
- уникнення утворення негативних коаліцій політиків, менеджерів державних установ і власників державних ресурсів, метою чого є реалізація приватних інтересів.

З іншого боку, опоненти приватизації вірять у те, що саме її здобутки матимуть негативні результати [9]:

- зміни у порядку здійснення діяльності лікарні (усунення певного виду послуг позначатиметься на їх використанні пацієнтами);
- прагнення нового власника, метою якого є отримання максимального прибутку за короткий проміжок часу, принесе нищівні наслідки в майбутньому;
- експлуатація придбаного устаткування у сфері охорони здоров'я, зокрема землі, є предметом обговорення.

Сприятливою є також позиція Міністерства охорони здоров'я щодо процесу приватизації. Наступним кроком є складання акту з питань охорони здоров'я. У цьому документі обговорюються основні вимоги приватизаційного курсу, а саме: лікарні потрібно переформувати у спільні компанії під керівництвом комерційного права та інших установ. Однак детальніший аналіз свідчить про те, що ці концепції, які розробляють власні ініціативи під час розвитку інфраструктури лікарні в урядовій адміністрації, органах місцевої влади та у приватних інвесторів, не є прозорими [16]. На думку Міністерства, така неясність впливає на інтерпретацію всієї програми привати-

зації і, в результаті, характеризується невизначеністю способу приватизації. Незважаючи на це, Міністерство відстоює затверджену ідею та підтримує ініціативи не лише методом загального голосування, а й за підтримки реклами та неформальних публікацій.

Згідно з реформою 1999 р., місцевий уряд став власником лікарень, проте все ще не отримав коштів на їхню експлуатацію. У такому випадку, відповідно до положень програми приватизації, існує можливість не лише відмовитись від відповідальності, пов'язаної із керівними установами, але також, у період кризи, поліпшити інфраструктуру місцевих державних доходів. Крім того, існує гарантія тривалого забезпечення послугами у сфері охорони здоров'я.

Впродовж декількох років громадська думка формувалася на основі моделі Сіماشко, під впливом якої й утворилась польська система охорони здоров'я. Незадоволення станом державних лікарень призвело до ідеалізації приватного сектору. В 1993 р., на початку перетворень, було проведено низку досліджень і виявлено високі показники на користь приватного забезпечення сектору охорони здоров'я. Через декілька років переважна більшість респондентів (56%) підтримала, повністю або частково, ідею приватизації лікарень та 32% у проведених опитуваннях опротестували її [8]. Однак на запитання, чи варто проводити приватизацію в найближчому майбутньому, коефіцієнт показників відрізнявся на користь опонентів (48%). Таким чином, гіпотеза стосовно приватизації лікарень залишається не реальною перспективою для членів суспільства, а цілком ідеалізованим аспектом. А від'ємний приріст кількості прихильників процесу приватизації можна пояснити загальним розчаруванням положеннями реформи загалом. Нещодавно проведені дослідження показали, що 60% поляків переконані у тому, що приватизація лікарень призведе до обов'язкових додаткових витрат [14].

Представники керівних груп твердо переконані у позитивних наслідках процесу приватизації. Вони виступають на користь популяризації приватизації лікарень, особливо наголошуючи на необхідності усунення політичного впливу, яке неодмінно включає призначення, оцінку діяльності та звільнення керівника [13].

4. Оптимальні шляхи приватизації державних лікарень

Реформа у сфері охорони здоров'я Польщі не встановила чітких розмежувань між державним та приватним сектором [6]. Відповідно, існує значна невідповідність між конституційними постановами права у сфері охорони здоров'я та можливостями її реалізації. Вона утворена не лише з обмеженого обсягу коштів, а й із чинних механізмів.

Автор пропонує детальніший аналіз приватизації (табл. 2).

Таблиця 2.

Можливі варіанти здійснення приватизації

Власник	Управління	Функціонування	Характеристика
Держава	державне	приватне	залучення значних ресурсів на клінічні та допоміжні послуги лікарні в приватний сектор
Держава	приватне	державне	укладання угод на управління послугами
Держава	приватне	приватне	залучення до приватного сектору клінічного та допоміжного функціонування
Приватний власник	державне	державне	приватний сектор забезпечує лікарню і/або устаткування для державного сектору
Приватний власник	приватне	приватне	розпродаж державних активів

Джерело: G. Greenshields, Cele i strategie prywatyzacji opieki szpitalnej w Polsce, Raport koncowy, listopad 2000.

Варіант 1.

Залучення зовнішніх коштів для вирішення власних проблем

Підписання угоди на послуги у сфері громадського харчування, прання та прибирання є звичним для польських лікарень. Позитивний досвід з такою стратегією позначається на попиті та пропозиції ринку послуг пацієнта. Для клієнта (пацієнта) результати стають помітні невдовзі після покра-

щення якості неклінічних послуг. З точки зору постачання послуг, потенціал коштів збільшено методом рівноправної участі в контрактах приватних постачальників. Контрактники використовують менше робочої сили, і тому їхні зарплати значно вищі, порівняно з державним сектором. Проте в такому випадку керівникам лікарень загрожує проблема персоналу. Оскільки вони працюють на різних власників в одній лікарні, то їхня зарплата теж не є однаковою (тобто роботодавець-контрактник проти роботодавця лікарні). Відповідно до зниження рівня зайнятості працівників такий варіант теж не є політично стійким.

Варіант 2.

Залучення зовнішніх ресурсів на клінічні послуги

Останнім часом у Польщі поширилась тенденція укладання угод на забезпечення профілактичними та лікувальними клінічними послугами. Метою даної стратегії є поліпшення виробництва державних ресурсів шляхом використання значних здобутків у сфері приватного сектору. З іншого боку, вимоги приватного сектору полягають у здійсненні чіткого контролю та управлінні основними положеннями контракту, що в окремих випадках може призвести до зниження ефективності цих переваг. Тому часто такий процес варто заздалегідь передбачити в контракті та вимагати державних інвестицій перед отриманням прибутків.

Найчастіше практикують залучення зовнішніх ресурсів з метою доставки необхідних послуг лабораторіям, послуг з візуалізації та радіології. Такі види послуг вимагають високого задовільного рівня оснащення, а тому і результат удосконалення забезпечення медичним обладнанням є очевидним. Керівники лікарень укладають угоди з постачальниками послуг радше на основі оцінки виробництва (тобто задовільного забезпечення послугами лабораторії), ніж затрат (працівників). Співпраця державних лікарень із приватною шведською компанією має позитивні результати. «*Nova Medical Poland*» внесла організаційні зміни у центральні лабораторії лікарень, пристосовуючи стандарти праці з метою використання якісної системи відповідно до міжнародних норм PN-EN ISO/IEC 17025.

Незважаючи на позитивний вплив на якість послуг, дана стратегія не спрямована на основний аспект фінансування. Враховуючи теперішній стан будівель, сумнівним є укладання угод на послуги лікарні без суттєвих інвестицій з боку державних лікарень [7].

Варіант 3.

Залучення зовнішніх ресурсів для управління послугами

Укладання угод з приводу управління комп'ютерними послугами чи виплати зарплат не набуло широкої популярності в польських державних лікарнях. Менеджери віддають перевагу купівлі обладнання з програмним

забезпеченням. Часто співвласники керівництва лікарні залучають комп'ютерні системи, забуваючи при цьому дотримуватися принципів їх ефективного використання.

Варіант 4.

Приватизація клінічних послуг

У рамках даної опції з метою забезпечення клінічних послуг приватний сектор укладає угоди безпосередньо з лікарняним фондом. У цьому напрямку використовують технологічно якісне устаткування, яке б забезпечило високий рівень проведення ренального діалізу та ендоскопії. Основна перевага буде на боці встановлених цін на технічне устаткування та видів клінічних послуг, які б здійснювалися за межами лікарні.

Аналогічно варіанту 2, ця стратегія не допоможе подолати основну проблему недостатнього фінансування. Однак якісніше устаткування зазвичай передбачає підвищення приватного доходу, який, у свою чергу, сприяє субсидізації цін та збільшенню постачання провізії. Залучення зовнішніх ресурсів для реалізації послуг відбувається внаслідок укладення договору, тоді як менеджмент сучасної лікарні є юридично відповідальним. Це може привести до значної концентрації ідей та думок, що, відповідно, поліпшить державний сектор управління навичками. Існує також мала ймовірність загального вдосконалення фінансових і клінічних інформаційних систем, але це може трапитись у сфері залучення зовнішніх ресурсів. Ключовим аспектом даної концепції є реакція медичного персоналу, зокрема лікарів. Не всі працівники підтримують цю ідею, оскільки це може суттєво зменшити рівень їхніх неофіційних доходів (так звану «сіру зону»), яка, зазвичай, в умовах недостатньої доступності стаціонарного лікування пацієнта, подвоюється.

Варіант 5.

Розпродаж державних активів

Зазвичай приватизація лікарень не є інтенсивним процесом. Окрім багатьох невирішених питань так званої соціальної резистентності та моральної поведінки, головною причиною цієї ситуації є її не цілком прозорий легальний статус. За відсутності обов'язкових правил єдиним визнаним та поширеним способом приватизації державних лікарень залишається ліквідація, яка виникає після продажу чи внесків активів у компанію. Цей метод застосовують у невеликих амбулаторних клініках, тоді як у великих лікарнях виникає безліч проблем і труднощів, зокрема такі недоліки, як високі ціни (розрив в оплаті), тривала та ускладнена легальна процедура або ризик стосовно оплати боргових зобов'язань керівником ліквідованої лікарні. Таким чином, на основі цих двох процесів виникає ряд методів [12]:

- внесок державною лікарнею частини активів або усієї господарської організації компанії, заснованої інвестором чи персоналом,

замість внесення акцій у нову компанію, кінцевою метою чого стане ліквідація лікарні та рішення встановленого органу на основі ліквідованих активів. Такі методи передбачають широкий спектр приватизації, менш ускладнену легальну процедуру, нижчі ціни та прийняття лікарні як нової приватної одиниці за сприяння чинності закону;

- оренда чи продаж частини або усієї частки активів лікарнею або місцевим урядовим органом (після ліквідації лікарні). У деяких випадках така процедура є доволі вигідною та сприятливою, особливо тоді, коли долю активів вирішує місцевий уряд.

Висновки

Аналізуючи викладене, можна зазначити, що не існує формальних або легальних перешкод на шляху до приватизації лікарень. Чому ж тоді донині не відбулася приватизація польських лікарень? Пояснити це можна трьома головними причинами:

- недостатня прозорість проведення формальної та легальної процедури (тобто, складання актів про приватизацію державних лікарень); хоча існує низка можливих перетворень, процес приватизації ускладнений із законодавчої точки зору і не є загальноприйнятним у суспільстві. Крім того, у більшості випадків завдяки непростому легальному статусу (головним чином, у сфері приватної власності) здійснення даного процесу є неможливим;
- побоювання місцевого уряду втратити контроль та вплив на майбутні функціональні одиниці у сфері охорони здоров'я. Доволі суперечливим та подекуди негативно соціальним є ставлення персоналу сфери охорони здоров'я до приватизації лікарень;
- відповідно до високого інвестиційного ризику, пов'язаного з нестабільною системою фінансування сектору охорони здоров'я Польщі, та незадовільного розвитку системи приватного страхування охорони здоров'я, помітна відсутність інтересу інвесторів у процесі приватизації державних лікарень Польщі.

Деякі польські амбулаторні підрозділи та органи сектору охорони здоров'я вже приватизовано, а стаціонарна система послуг охорони здоров'я незабаром також зазнаватиме приватизаційних змін. Тенденції приватизації (з огляду на її переваги), які відбуваються в рамках дії місцевого уряду та дії політиків (стосовно прогресивної діяльності у сфері охорони здоров'я), є найоптимальнішим напрямком подальшого розвитку лікарень, вдосконалення якості та забезпечення доступності клінічних послуг.

Висвітлюючи функціонування шпитального сектору, необхідно провести паралелі між державним та публічним сектором у контексті прав на послуги, фінансовані як з боку держави, так і з приватних джерел. Введення приватного страхування може бути одним із шляхів вирішення цієї проблеми. Наступним кроком має бути відповідь на питання щодо заміни звичайного страхування приватним, а також їхнього одночасного функціонування.

Література

1. Act of 6th February 1997 on Common Health Insurance (Journal of Laws No. 28, Item 153, Article 4a).
2. Art. 1 Item 2 of the Act of 30th November 2000 on Amending of the Act on Common Health Insurance (Journal of Laws No. 122, Item 1311).
3. Critical challenges for health care reform in Europe, Saltman R.B., Figueras J., Sakellariades C., Open University Press, Buckingham – Philadelphia 1998.
4. Czepulis-Rutkowska Z., Function and Behavior of the Payer, in: The Diagnosis of Health Care System after Three Years Health Reform Functioning. Improve – Where and How?, ed. S. Golinowska, Conference Materials, Krakow 2002.
5. Gabbott M., Hogg G., Choice of GP: facts or fiction?, «Journal of Management in Medicine» 1993, Volume 7, Number 1.
6. Golinowska S., Health Care Reform in Poland after 3 Years; Challenges for New Authorities, Operation of Health Care Institutions after the Reform. Promises for Changes, CASE Foundation 2001.
7. Greenshields G., Cele i strategie prywatyzacji opieki szpitalnej w Polsce, Raport koncowy, listopad 2000.
8. Kozlowski A., Szpitale kliniczne wobec prywatyzacji, «Szpital Polski» 2000, No. 3.
9. Marciniak J., Prywatyzacja ochrony zdrowia. Rozwiazania optymistyczne, «Służba Zdrowia» 2000. No. 1–2.
10. Piotrowska-Marczak K., Kietlinska, K., Reforming health and social services in Poland, «Public Management Review» 2001, Volume 3, Number 2.
11. Prause G., Rudawska I., Privatization Strategies for European Hospitals – an International Case Study between Germany and Poland, in: Challenging the Frontiers in Global Business and Technology, ed. N. Delener, C. Chao, Global Business and Technology Association, USA 2003.
12. Przybyła W., Prywatyzacja w służbie zdrowia, «Przewodnik Menedzera Zdrowia» 2001, No 2.

13. Sławatyniec T., Polityka kontra zdrowy rozsadek, «Służba Zdrowia» 2000, No. 75–77.
14. Sondaz «Rzeczpospolitej»: Na zdrowiu lepiej nie zarabiać, «Rzeczpospolita», 24.03.2001, No. 71.
15. Tymowska K., Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce, «Prawo i Medycyna» 2000, No. 5.
16. Ustawa o ochronie zdrowia: Kontrowersje i wątpliwości, «Służba Zdrowia» 2000, No. 18–19.

Стаття надійшла до редакції 2 червня 2005 р.