



Szpitala prywatne w Wielkiej Brytanii

Clive Bath

National Health Service (NHS) został powołany do życia w roku 1948 przez ówczesny rząd socjalistyczny i pozostał od tego czasu podstawową instytucją ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii. Jednakże obecnie cierpi on na rodzaj *krzysu wieku średniego*, w przewyższenie którego zaangażowany jest obecny rząd socjalistyczny, przy osobistym wsparciu ze strony premiera Tony'ego Blaira.

Z punktu widzenia potrzeb wszystkich mieszkańców Wielkiej Brytanii NHS pozostaje bezpłatny, a źródłem opłat są ogólne zasady podatkowe. W ostatnich latach wprowadzono określone opłaty za niektóre usługi medyczne, takie jak wypisywanie recept – opłata za każdą z nich wynosi 6,20 funtów; usługi optyczne oraz dentystryczne – opłaty pobierane są na rzecz NHS, jednakże bardzo trudno znaleźć dentystę skłonnego do pracy dla NHS, tak więc coraz więcej ludzi leczy się u dentystów prywatnych. Pacjenci korzystający z zasiłków państwowych oraz emeryci i renciści są zwolnieni z tychże opłat.

Zła międzynarodowa reputacja NHS to wynik długiej listy oczekujących, czyli zorganizowania opieki zdrowotnej w taki sposób, aby odpowiadało to zasobom udostępnianym przez poszczególne rządy. Jeszcze kilka lat temu czas oczekiwania na wymianę stawu biodrowego wynosił w niektórych rejonach kraju do 3 lat, a na usunięcie katarakty czekało się ok. 2 lat. Jednakże leczenie nagłych przypadków pozostaje na dobrym poziomie, co odbywa się kosztem zabiegów operacyjnych *na zimno*.

Obecny rząd wpompował znaczącą ilość środków oraz kapitału do istniejącego systemu. Podejmuje też

działania, mające na celu przyciągnięcie spółek prywatnych i publicznych oraz inicjatyw finansowych ze strony podmiotów prywatnych, gdzie firmy prywatne – zwykle budowlane lub zarządzające – inwestują kapitał w nowe budynki w celu zarządzania nimi w okresie długoterminowym. Kontrakty te zwykle nie obejmują zarządzania usługami klinicznymi i tradycyjnie już firmy z niepublicznego sektora ochrony zdrowia nie są w te działania zaangażowane. Ów zastrzyk dodatkowych środków finansowych spowodował skrócenie czasu oczekiwania do ok. 9 mies., a docelowo zakłada się osiągnięcie poziomu 6 mies.

Niedoskonałość systemu państwowego doprowadziła do wzrostu niezależnego – niepublicznego sektora szpitalnictwa. Szpitale niepubliczne często oferują szybszy dostęp do usług chirurgicznych, chociaż nie ma zniżek podatkowych dla korzystających ze szpitali prywatnych. Pacjenci prywatni płacą więc na rzecz NHS oraz dodatkowo za prywatną opiekę medyczną.

Wielkość rynku niepublicznych ubezpieczeń zdrowotnych (PMI) mierzona liczbą osób korzystających z usług w latach 1991–2001 została przedstawiona w tab. 1.

W ciągu ostatnich 10 lat odnotowano bardzo mały wzrost w sektorze niepublicznych ubezpieczeń zdrowotnych (PMI), a ostatnio zaobserwowano na tymże rynku nowe produkty o niskich kosztach w odniesieniu do osób nieubezpieczonych.

Jedynie 12,3 proc. populacji Wielkiej Brytanii korzysta z jakiejś formy zabezpieczenia w zakresie ochrony zdrowia. Dla porównania: w Irlandii z tego typu zabezpieczenia korzysta 50 proc. populacji.

Wydaje się, że rośnie poziom niezadowolonia z działalności PMI, który to sektor jest postrzegany jako drogi, a koszty rosną wraz z wiekiem. Jednakże w samym sektorze PMI odnotowano stały wzrost świadczeń opła-

Tab. 1. Osoby objęte PMI oraz nieubezpieczone

	1991	2001
Osoby objęte niepublicznym ubezpieczeniem zdrowotnym (PMI)	6,65 mln	6,66 mln
Nieubezpieczeni	–	0,74 mln
Ogółem	6,65 mln	7,40 mln
Proc. populacji Wielkiej Brytanii		12,3 proc.

Materiały źródłowe: Laing and Buisson 2002

Clive Bath – dyrektor London International Healthcare

Przed podjęciem pracy w *London International Healthcare* Clive Bath przez 12 lat zajmował stanowisko dyrektorskie w *Nuffield Hospitals* – największej w Wielkiej Brytanii grupie szpitali niepublicznych, działających na zasadzie *not for profit*, zrzeszającej 44 szpitale w Anglii i Szkocji, których obrót wynosi 24 mln funtów rocznie (dane z roku 2002). Firma ta świadczy ponadto usługi w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia oraz prowadzi dom spokojnej starości. Przedtem Clive Bath pracował jako dyrektor ds. konsultacji i reprezentował Wielką Brytanię w *International Hospitals Group*.

Po ukończeniu uniwersytetu, gdzie uzyskał dyplom w zakresie nauk biologicznych, rozpoczął pracę w krajowym sektorze ochrony zdrowia i zdobywał doświadczenie w wielu departamentach i szpitalach w całej Wielkiej Brytanii. W tym czasie zajmował też kluczowe stanowisko kierownicze w głównym szpitalu (1 000 łóżek) na północy Anglii, specjalizującym się w transplantacji serca; później zajmował kluczowe stanowisko kierownicze w *Charing Cross Hospital* (londyński szpital kliniczny), a następnie w *St Mary's, Paddington* (londyński szpital kliniczny).

Był również wiceprezesem *National Health Service Trust*, a obecnie jest członkiem *Institute of Healthcare Management* (uzyskał dyplom) oraz członkiem *Institute of Directors*.



Fot. Tatiana Jachyra

canych przez firmy (13 proc. od roku 1991 do 2001), co można połączyć ze spadkiem w obszarze świadczeń opłacanych przez osoby prywatne (20-proc. spadek od roku 1991 do roku 2001), co obrazuje tab. 2.

Firmy wciąż muszą przyciągać do siebie wysoko kwalifikowanych pracowników, ale osoby prywatne zaczynają raczej płacić za siebie. Lepiej zaoszczędzić składki i kupić zestaw usług o stałej cenie od szpitala niepublicznego w miarę potrzeb w tym zakresie!

Nawet po tych ostatnio odnotowanych zmianach szpitale niepubliczne wciąż otrzymują 70 proc. przychodów od firm PMI; 20 proc. pochodzi od klientów opłacających leczenie samodzielnie, 5 proc. – z innych źródeł i wreszcie ok. 5 proc. – z kontraktów zawartych z NHS, co pokazuje ryc. 1.

W Wielkiej Brytanii istnieje ponad 250 niezależnych szpitali, plus 80 niepublicznych jednostek w szpitalach NHS. System prywatny dysponuje 10 tys. łóżek szpitalnych, wykonuje się w nim 1 mln zabiegów chirurgicznych rocznie, a w tym samym czasie liczba pacjentów korzystających z porad lekarskich wynosi 4 mln, 20 proc. całości zabiegów chirurgicznych *na zimno* oraz 30 proc. ze wszystkich zabiegów wymiany stawu biodrowego wykonywanych jest w niezależnym sektorze. Również 14 proc. zabiegów kardiochirurgicznych jest przeprowadzanych w szpitalach niepublicznych.

Forma własności niezależnych szpitali przedstawiona jest na ryc. 2.

Szpitale niepubliczne oferują usługi w następujących specjalnościach: ortopedii, chirurgii ogólnej, ENT, ginekologii, urologii, chirurgii plastycznej, kardiochirurgii, kardiologii. Z reguły niedostępne są następujące specjalności: ratownictwo powypadkowe, dializa i transplantacja nerek, chirurgia kompleksowa (np. wątroby), radioterapia, położnictwo.

Większość konsultantów – chirurgów utrzymuje się z pracy na pół etatu na rzecz NHS, oraz prowadzi własne praktyki w pozostałym czasie. Lekarze prowadzący praktyki prywatne nie są z reguły zatrudniani przez szpitale niepubliczne i obciążają opłatami bezpośrednio pacjentów lub ich firmy PMI. Wszyscy pozostali pracownicy kliniczni są zatrudnieni bezpośrednio przez dany szpital.

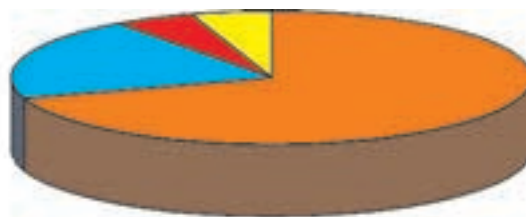
Niezależny sektor ochrony zdrowia działa obecnie stosownie do zapisów ustawy o standardach ochrony zdrowia (*Care Standards Act*) z roku 2000, a wszystkie szpitale niepubliczne i wszyscy lekarze prywatni muszą zostać zarejestrowani przez Komisję ds. Standardów Jakości. Począwszy od kwietnia 2004 roku ciało to zostanie zastąpione przez Komisję ds. Audytu oraz Inspekcji Ochrony Zdrowia (CHAI), która będzie odpowiedzialna przed parlamentem za regulacje prawne oraz ochronę zdrowia, zarówno w NHS, jak i sektorze niepublicznym. Komisja będzie organem niezależnym od ministra zdrowia.

Jak opisano powyżej, rząd postawił sobie za cel poprawę NHS i zobowiązał się do wydatków, osiągających średnią europejską, co będzie oznaczać wzrost rzędu 5–7 proc. ponad poziom inflacji każdego roku, co z kolei stanowić będzie dodatkowo 40 mld funtów w ciągu 10 lat. Niektóre z tych środków zostaną spoży-

Tab. 2. Podział osób objętych PMI

PMI	1991	2001
Świadczenia opłacane przez firmy	4,08 mln	4,60 mln
Świadczenia opłacane przez osoby prywatne	2,57 mln	2,06 mln
Ogółem	6,65 mln	6,66 mln

Materiały źródłowe: Laing & Buisson 2002



70 proc. PMI 20 proc. self pay 5 proc. other 5 proc. NHS

Ryc. 1. Źródła przychodów dla szpitali niezależnych

Materiały źródłowe: IHA 2001



32 proc. Not for Profit 43 proc. UK for Profit 11 proc. US for Profit
9 proc. EU for Profit 5 proc. other for Profit

Ryc. 2. Forma własności niezależnych szpitali w Zjednoczonym Królestwie

Materiały źródłowe: IHA 2001

kowe na sfinansowanie działalności centrów diagnostycznych i leczenia (DTC), zaprojektowanych w taki sposób, aby skrócić czas oczekiwania na zabiegi. Centra te będą specjalizować się w ortopedii, okulistyce oraz chirurgii ogólnej. Niektóre z tych centrów będą korzystały z prywatnych źródeł kapitałowych, inne zaś będą finansowane przez NHS. Jednakże z punktu widzenia realizacji tego ambitnego programu mamy do czynienia z niedoborem personelu medycznego, dlatego też zachęca się firmy prywatne do prowadzenia rekrutacji lekarzy i pielęgniarek poza granicami kraju, aby tę lukę wypełnić do czasu, kiedy programy szkoleniowe doprowadzą do pojawienia się odpowiedniej liczby absolwentów zdolnych do przejścia tych obowiązków.

Rząd przyjął za cel mieszaną ekonomię w odniesieniu do szpitali – przy zaangażowaniu państwa finansującego wszystkie rodzaje usług ochrony zdrowia, dostępne bezpłatnie w miejscu ich świadczenia – NHS oraz szpitale niepubliczne będą miały możliwość zawierania kontraktów na świadczenie usług ochrony zdrowia. Jest prawdopodobne, że zmiany te spowodują polepszenie efektywności działania NHS, jednakże wzrost wydajności na rynku prawdopodobnie uderzy w zyski szpitali niepublicznych, jako że spadnie liczba zabiegów i ich ceny. W najbliższej przyszłości sektor szpitali niepublicznych w Wielkiej Brytanii będzie musiał działać szybciej, aby pozostać na rynku.

Artykuł Clive'a Batha jest trzecim z cyklu prezentacji systemów ochrony zdrowia, stosowanych obecnie w UE. Treść artykułu odzwierciedla w szerokim ujęciu informacje prezentowane podczas wrocławskiej konferencji na temat *Roli i miejsca prywatnych szpitali w systemie opieki zdrowotnej*.