

# Prywatne szpitale w Unii Europejskiej



Alberta Sciachi

Europejska Unia Szpitali Prywatnych (UEHP) reprezentuje sektor szpitali prywatnych w Europie. Najaktywniejsze z prywatnych szpitali Unii Europejskiej pochodzą z Austrii, Belgii, Francji, Grecji, Węgier, Włoch, Monako, Portugalii, Wielkiej Brytanii i wreszcie z Niemiec, gdzie reprezentantem jest Stowarzyszenie Spółdzielcze Szpitali (PEG).

Wspólne cele statutowe Unii to:

- ▶ Wspieranie udziału szpitali prywatnych w krajowych systemach opieki zdrowotnej w Europie.
- ▶ Promowanie warunków sprzyjających rozwojowi niezależnych inicjatyw w zakresie ochrony zdrowia.
- ▶ Opracowywanie lepszych rozwiązań w zakresie zarządzania i poprawy jakości w szpitalach prywatnych.

Wnioski i inicjatywy podejmowane przez UEHP są często prezentowane na forum Komisji Europejskiej oraz dyskutowane w innych instytucjach unijnych, takich jak np. Parlament Europejski. Najważniejsze z zaleceń dotyczą następujących zagadnień:

- ▶ Programu zapewnienia jakości oraz zarządzania ryzykiem dla ochrony pacjentów.
- ▶ Mobilności pacjentów wewnątrz Unii Europejskiej.
- ▶ Karty podstawowych praw.
- ▶ Odpowiedzialności cywilnej za świadczenie usług w sektorze ochrony zdrowia.
- ▶ Kwalifikacji zawodowych.
- ▶ Wartości, jakości oraz finansowania usług w zakresie ochrony zdrowia.
- ▶ Strategii rynku wewnętrznego.

▶ Forum Ochrony Zdrowia: komentarzy dotyczących rozszerzenia na wschód oraz prowadzonych aktualnie badań.

Odpowiadając na potrzeby strategii ochrony zdrowia Wspólnoty Europejskiej, Komisja ogłosiła utworzenie Forum Ochrony Zdrowia UE. Pełni ono rolę informacyjną oraz konsultacyjną, a jego uczestnikami są przedstawiciele organizacji pacjentów, osoby zawodowo zajmujące się ochroną zdrowia oraz świadczące usługi w tym zakresie.

Jednym z głównych zagadnień, jakie dyskutowali ostatnio członkowie Forum, była kwestia podstawy prawnej działań podejmowanych w obszarze ochrony zdrowia. Dzięki Europejskiemu Publicznemu Sojuszowi Ochrony Zdrowia (EPHA) przedstawiciele Stowarzyszenia mieli okazję do zapoznania się, krok po kroku, z pracami Konwencji Europejskiej, zwołanej w celu opracowania projektu pierwszej konstytucji europejskiej.

Ostateczna propozycja Konwencji zaprezentowana została Radzie Europejskiej w Tesalonikach 19 i 20 czerwca.

W pierwszym komunikacie przedłożonym Radzie i Parlamentowi Europejskiemu przez Komisję, prezentowanym na wiosennym posiedzeniu Rady w roku 2001, temat służby zdrowia jest szczególnie eksponowany. Komunikat dotyczy Przyszłości ochrony zdrowia oraz ochrony osób starszych: gwarantowania dostępności, jakości oraz zdolności finansowej. Komisja podkreśla, że podczas gdy organizacja systemów ochrony zdrowia – ich finansowania oraz planowania jako funkcji potrzeb danej populacji – pozostaje kwestią kraju członkowskiego, to odpowiedzialność ta jest coraz silniej wpisana w ogólny za-

kres działań, z którym wiąże się wiele zasad polityki Wspólnoty.

Dla potrzeb analizowania oraz porównywania działalności narodowych systemów ochrony zdrowia Komisja zaproponowała 3 podstawowe kryteria oceny: **dostępności do ochrony zdrowia, poprawy jakości świadczonych usług oraz zdolności finansowej systemu.**

Wartości te powinny być przyjęte zarówno przez władze europejskie, jak i władze w poszczególnych krajach. Dopiero wtedy możliwe będzie prowadzenie wnikliwej debaty nad głównymi zagadnieniami dotyczącymi ochrony zdrowia.

W drugim komunikacie przedłożonym przez Komisję Radzie w Brukseli na początku bieżącego roku mowa jest o innej ważnej perspektywie: *Narodowe zasady polityki muszą pozostawać w zgodzie z zasadami rynku wewnętrznego, z włączeniem w to zasad konkurencji oraz zasad swobodnego przepływu ludzi, towarów oraz usług. Przepisy prawne Europejskiego Sądu Sprawiedliwości mówią o odpowiedzialności krajów członkowskich za organizowanie systemów opieki społecznej, ale jakiegokolwiek ograniczenia wolności rynku wewnętrznego muszą być odpowiednio uzasadnione. Powoływana jest obecnie grupa, której zadaniem będzie ocena zagadnień, wynikających ze wzrastającej mobilności pacjentów i coraz większego oddziaływania na siebie tych systemów ochrony zdrowia.*

W rzeczywistości jednoznaczne wydzielenie krajowego sektora ochrony zdrowia pozostaje mirażem w scenariuszu wdrożenia rynku wewnętrznego.

W perspektywie europejskiej integracji ekonomicznej swobodny przepływ ludzi, towarów, usług i kapitałów, gwarantowany przez traktat, w sposób nieuchronny – jeśli przeło-

żymy to na obszar ochrony zdrowia – stanie się swobodnym przepływem: lekarzy i specjalistów z zakresu ochrony zdrowia oraz pacjentów, środków farmaceutycznych, technologii i artykułów medycznych, a także usług oraz inwestycji w zakresie ochrony zdrowia i ubezpieczeń.

Z tych wszystkich różnic krajowych systemów wyłania się model typowo europejski. Bierze on pod uwagę kompleksowość ochrony zdrowia jako sektora o znaczących wartościach społecznych, ale również ekonomicznych.

Reformy sektora ochrony zdrowia przeprowadzane w ostatnich dwóch dekadach w krajach członkowskich UE miały ten sam główny cel: zmianę nastawienia i zaszczepienie podejścia przedsiębiorczego po to, aby polepszyć efektywność świadczonych usług bez negowania zasad uniwersalności, wartości i solidarności.

Wspólne zasady europejskiego modelu usług w zakresie ochrony zdrowia opierają się na prawie obywateli do wolności wyboru, jako fundamentalnej zasadzie określania statusu obywatelstwa europejskiego. Realny wybór i konkretną alternatywę gwarantuje z kolei pluralizm publicznych i prywatnych podmiotów świadczących usługi medyczne. Równie ważna jest konkurencja oparta na jakości, ponieważ w okresach ograniczeń budżetowych instytucje oferujące najlepsze usługi przy odpowiednio określonych kosztach muszą być wspierane przy pomocy odpowiednich bodźców stymulujących. Standardy jakości oraz uczciwą konkurencję zapewnić mogą natomiast niezależne instytucje kontrolujące.

Dla uzyskania trudnej równowagi pomiędzy dostępem do usług, jakością leczenia oraz kontrolą kosztów europejskie systemy ochrony zdrowia zmierzają w stronę modelu,

w którym koncepcja usług publicznych nie może być identyfikowana z tymi świadczonymi przez firmy publiczne lub z monopolem publicznym. Byłoby to bowiem w sprzeczności z zasadami *Traktatu Rzymskiego*: swobodnego przepływu ludzi, towarów, usług i kapitału.

Z tego punktu widzenia rolą państwa jest ustalenie priorytetów i głównych zasad działania po to, aby zagwarantować równość w warunkach dostępu do usług dla obywateli i w warunkach akredytacji dla podmiotów świadczących usługi medyczne. Chodzi też o gwarancję kontroli jakości i finansowania, opartych na jednolitych kryteriach dla wszystkich podmiotów – publicznych i prywatnych, jak również powszechny dostęp do informacji o podaży oraz o jakości usług dla obywateli i agencji finansowych.

Prywatne szpitale, jeśli zaakceptują te same zobowiązania co szpitale publiczne, mają takie same prawa w zintegrowanym systemie. Ich działalność może przyczynić się do racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia, a jednocześnie pozwoli uniknąć racjonowania samych usług.

UEHP popiera europejski model usług w zakresie ochrony zdrowia, odpowiadający zobowiązaniom usług na poziomie generalnego zainteresowania – uniwersalności, wartości, solidarności, bezpieczeństwa – opartym na przemieszaniu sektora publicznego i prywatnego.

Jesteśmy przekonani, że wolność wyboru i alternatywa to siła napędowa jakości. Niejako ponad istniejącymi systemami ochrony zdrowia w krajach europejskich większość ludzi popiera system, w którym wolny wybór jednostki przy pluralizmie podmiotów świadczących usługi i działających na zasadzie konkurencyjnej współpracy prowadzi do stałej

poprawy standardów terapeutycznych i pomocy przy wykorzystaniu dostępnych środków. W Europie zmierzającej w kierunku takiego modelu ochrony zdrowia, którego ce-

**Prywatne szpitale, jeśli zaakceptują te same zobowiązania co szpitale publiczne, mają takie same prawa w zintegrowanym systemie**

lem jest zharmonizowanie gwarancji socjalnych i efektywności rynkowej, ideologiczna opozycja pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym skazana jest na marginalizację.

W rzeczywistości głównym zadaniem wewnątrz Unii Europejskiej jest **promowanie wysokiego poziomu ochrony zdrowia obywateli Europy**. Jest to naszym podstawowym celem, który dzielimy ze wszystkimi krajami wschodnimi. UEHP jest przekonana, że kwestia rozszerzenia Unii na wschód musi być rozpatrywana z punktu widzenia takiego samego poziomu jakości, jaki odnosi się np. do uznawania dyplomów zawodowych.

Niemniej jednak zasada prawa inicjatywy oraz równego dostępu w prywatnym sektorze szpitalnictwa jest jednym ze sposobów realizowania dodatkowych inwestycji oraz przepływu know-how w celu wypełnienia możliwych, istniejących w tym zakresie luk.

Autorka jest prezesem Rady Europejskiej Unii Szpitali Prywatnych (UEHP). Odpowiada za Departament Stosunków Międzynarodowych Włoskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych (AIOP), reprezentuje Confindustria (Włoską Unię Branżową) w Komitecie Doradczym z Zakresu Przedsiębiorczości i Przemysłu przy Organizacji Współpracy i Rozwoju Gospodarczego (OECD).

Artykuł dr Alberty Sciacchi otwiera cykl prezentacji prywatnych szpitali w polskim systemie ochrony zdrowia. Każdy z kolejnych tekstów będzie jednocześnie opatrzony komentarzem krajowych ekspertów z dziedziny zarządzania w służbie zdrowia. Dokonają oni zestawienia rozwiązań zagranicznych z polskimi, analizując ewentualne możliwości ich implementacji na rynku krajowym. Opracowania i autoryzacji artykułów podjął się Instytut Medyczny EuroMediCare.