

## JUNGTINIŲ AMERIKOS VALSTIJŲ VALSTYBINIŲ LIGONINIŲ PRIVATIZAVIMAS

**Vladimiras Obrazcovas**

Mykolo Romerio universitetas  
Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva

*Straipsnio tikslas – išnagrinėti Jungtinių Amerikos Valstijų (toliau – JAV) viešųjų ligoninių privatizavimą, koku tikslu ji vykdoma, kokios egzistuoja privatizavimo galimybės, kaip viešosios ligoninės restruktūrizuojamos, kaip keičiasi ligoninių jurisdikcija ir koks jų privatizavimo tipas, kodėl bendruomenės palaiko privatizaciją, taip pat nustatyti pagrindines kliūtis, trukdančias restruktūrizuoti ligonines.*

***Pagrindinės sąvokos:** valstybinės ligoninės, privatizavimas, valstybės turtas, sveikatos priežiūra.*

***Key words:** public hospitals, privatisation, state and municipal property.*

### Įvadas

**Temos aktualumas.** Lietuvos Respublikos valstybinis turtas buvo privatizuotas per dešimtmetį. Nuo 1991 iki 1995 m. buvo privatizuota apie 40 proc. valstybinio turto. Nuo 1996 m. buvo inicijuota didelio masto privatizacija. Šiuo metu apie 70 proc. darbo jėgos yra įdarbinta privačiame sektoriuje. Vis dėlto sveikatos priežiūros sektoriaus privatizavimas yra apribotas. 1999 m. dar nebuvo parengta planų, kaip paremti investicijas į privatųjį sveikatos sektorių (1).

**Problema.** Apie valstybinių ligoninių privatizavimą Lietuvoje dar nediskutuojama. Yra įsteigta keletas privačių stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų, tačiau jų paslaugos brangios ir reikia papildomai susitarti su valstybinėmis ligonių kasomis, kad už tokias paslaugas būtų sumokėta. Teisiškai tai įmanoma, tačiau tokia praktika nėra paplitusi. Todėl žmonės labiau linkę kreiptis pagalbos į valstybines ligonines.

*Vladimiras Obrazcovas* – Mykolo Romerio universiteto Viešojo valdymo fakulteto Viešojo administravimo katedros profesorius, daktaras.

El. paštas vobraz@mrni.eu

*Vladimiras Obrazcovas* – Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, Department of Public Administration, Prof. Dr.

E-mail: vobraz@mrni.eu

1995 m. spalio mėn. atliktame tyrime mažiau nei 25 proc. sveikatos priežiūros profesionalų ir politikų pažymėjo, kad privatus sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir rinka yra ypač svarbu planuojant Lietuvos sveikatos sektoriaus plėtrą ir skiriant jam lėšas. Tikėtina, kad tokia nuomonė iš esmės dar nepasikeitė (2).

***Straipsnio objektas.*** Nagrinėjamos JAV antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo privatizacijos prielaidos, strategija bei galimi modeliai. Stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos labai brangios: reikalingas gausus personalas, specifiniai įrenginiai, brangūs vaistai ir kita. Ligoninių išlaidos 2004 m. sudarė trečdalį sumos (1,6 milijardo dolerių) išleistos Jungtinių Valstijų sveikatos apsaugai. JAV Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, nuo 1990 iki 2000 m. vidutinės paciento buvimo valstybinėse ligoninėse išlaidos didėjo apie 50 proc., o privačiose ligoninėse – 20 proc. 2001 m. valstybinių ligoninių pacientų aptarnavimo išlaidos (7 400 dolerių) 24 proc. buvo didesnės už privačių ligoninių (5 972 doleriai) (3).

Deja, didelės išlaidos neužtikrina geresnės pacientų priežiūros, ji valstybinėse ligoninėse dažniausiai nėra geresnė negu privačiose. Paskutiniaisiais tyrimais nustatyta, kad finansinės naudos siekiančiose ligoninėse siūlomos geresnės kokybės paslaugos (4). Valstybines ligonines slepia didesnių mokesčių našta, atsirandanti dėl netinkamos apskaitos, be to, suvaržytas personalas ir griežtas teisinis reguliavimas, maža personalo atskaitomybė.

***Straipsnio tikslas.*** Atsižvelgiant į esamą JAV teisinę sistemą ir konkrečios vietovės išorinę rinką, aptariamos viešųjų ligoninių ir sveikatos klinikų privatizavimo galimybės.

***Uždaviniai:***

- išanalizuoti viešųjų ligoninių ir sveikatos klinikų privatizavimo galimybes,
- atskleisti galimų privatizavimo būdų analizę,
- ištirti, kaip JAV restruktūrizuojamos viešosios ligoninės.

***Metodai:*** mokslinės literatūros sisteminė ir lyginamoji analizė, duomenų sisteminimas, kompleksinis apibrendinimas bei santykinių rodiklių analizė.

## **Privatizavimo galimybės**

Biurokratizmas, popierizmas ir pasenusios ataskaitos gali ne vien padidinti išlaidas, bet ir sukelti grėsmę pacientų gyvybėms. Apskaičiuota, kad menkavertė apskaita amerikiečiams kainuoja apie 500 milijardų dolerių per metus. Tai sudaro apie 30 proc. sumos, išleidžiamos sveikatos apsaugai. Kalbant apie pinigus svarbiausia turėtų būti žmonių gyvybės. Dėl medikų klaidų kasmet miršta 44 000–98 000 amerikiečių, kitaip sakant, nuo 15 iki 30 kartų daugiau, negu žuvo per teroristų atakas 2001 m. rugsėjo 11 d. Medikų klaidas galinčios sumažinti priemonės yra investicijos į naują diagnostikos įrangą ir naujausias informacines technologijas. Neefektyviai valdant viešąsias ligonines bei kapitalą technologijos nuolat atsilieka. Valstybė turi nuspręsti, ar ji gali toliau valdyti valstybines ligonines, rinkti mokesčius naujoms technologijoms įsigyti.

Egzistuoja nemažai alternatyvų, kurios naudingos ir mokesčių mokėtojams, ir vargingai gyvenantiems asmenims. Savivaldybės visada pabrėždavo valstybei, kad galima daug svariiau atstovauti skurstantiems parduodant valstybinių ligoninių turta ir taip pereinant į privatųjį sektorių. JAV bendruomenės dažnai gauna sąskaitas išpirkti skolas ir įkurti visuomenės sveikatos apsaugos kredito fondus. Nuo 1994 m. labdaros įstaigos išgelbėjo nuo pardavimo daugiau kaip 100 ligoninių, kurių bendra vertė yra 5 mlrd. dolerių.

Vyksta tikra sveikatos apsaugos revoliucija, t. y. siekiama, kad viešosios sveikatos priežiūros paslaugos būtų teikiamos tik skurstantiems ir neapdraustiems žmonėms. Nepanašu, kad po 10 metų vyriausybė pageidautų strategiškai valdyti privačias ligonines ir klinikas. Be mažėjančių valstybinių išteklių, kita svarbi šio pokyčio priežastis yra didelė pelno ir pelno nesiekiančių ligoninių konkurencija dėl vargingųjų gydymo. Daugelis bendruomenių, netgi tos, kurioms paslaugas tiekia valstybinės įstaigos, turi galimybę rinktis tiekėją. Susikūrusios sveikatos valdymo organizacijos (HMOs) skatina restruktūrizuoti ligonines. Šalutinė to priežastis yra mažėjantis ligoninių lovų poreikis.

Kaip atsakas į šiuos pokyčius yra vyriausybės atliekama galimų privatizavimo būdų analizė. Atsižvelgiant į esamą teisinę sistemą ir konkrečios vietovės išorinę rinką aptariamos viešųjų ligoninių bei sveikatos klinikų privatizavimo galimybės. Galimi šie privatizavimo būdai:

1. *Pardavimas*. Pardavus viešąją ligoninę, grynus pinigus būtų galima panaudoti skoloms gražinti ir bendruomenės sveikatos globos fondui įkurti. Pardavus valstybinę ligoninę Konrojuje, Teksase, už 104 mln. dolerių buvo įkurtas bendruomenės sveikatos apsaugos fondas siekiant tenkinti didėjančius bendruomenės poreikius.
2. *Nuoma*. Tai pardavimo alternatyva – valdymo įmonei išnuomoti ligoninę arba kliniką ir jų įrenginius. Pavyzdžiui, Austine, Teksase, yra sudaryta 30 metų nuomos sutartis su Setono sveikatos apsaugos tinklu valdyti vešąsias ligonines. Sveikatos apsauga prieinama visiems skurstantiesiems. Tam kasmet skiriama 17 mln. dolerių valstybės subsidija.
3. *Susitarimas dėl bendrojo valdymo*. Vyriausybė atiduoda ligoninę valdyti privačiam sektoriui, tačiau išlaiko įtaką paskirdama dalį bendros įmonės valdybos narių. Pavyzdžiui, Oklahomos valstija pagal 50 metų abipusį susitarimą perdavė valstijos ligonines valdyti Kolumbijos sveikatos priežiūros korporacijai (SPK). Kiekviena iš valstijų skiria po 5 direktorius į naujos bendrojo valdymo ligoninės direktorių valdybą.
4. *Bendra įmonė*. Vyriausybė parduoda dalį viešosios ligoninės aktyvų grynaisiais, taip pat pasilikdama teisę paskirti dalį valdybos narių. Pavyzdžiui, 1997 m. Kalifornijos Sekvojos sveikatos priežiūros organizacijos, prie jos prijungus Katalikų sveikatos priežiūros korporaciją, gavo 30 mln. dolerių grynojo pelno.
5. *Paslaugų atsisakymas (neteikimas)*. Atsižvelgiant į vietos rinkos sąlygas, ligoninės vieta, jos įvaizdį ir kitus veiksnius gali būti neracionalu vykdyti ligoninės veiklą. Tokiu atveju vyriausybė gali atsisakyti ligoninės verslo ir perduoti ligoninės įrenginius arba žemę, ant kurios stovi pastatai.

6. *Bendruomenėje paplitusi viešoji – privati partnerystė.* Atsisakiusi ligoninės vyriausybė iš privačių vietos ligoninių ir klinikų perka tiek lovų, kiek reikia priežiūrai. Pavyzdžiui, Kalifornijos valstijos Orindžio grafystės valdžia neturi ir nevaldo jokių ligoninių. Bet ji turi sudariusi sutartis su 28 privačiomis vietos ligoninėmis, kurios teikia sveikatos priežiūros paslaugas ir taip veiksmingai valdo išlaidas.
7. *Visapusiškas išorinis šaltinis.* Viešosios ligoninės sudaro sutartis su visomis organizacijomis, pradedant verslo dariniais ir baigiant klinikų tarnybomis. Pavyzdžiui, *Nassau County Medical Center* Niujorke sudarė sutartis su ortopedinėmis tarnybomis ir vietos gydytojų grupėmis. Iš vietos biudžeto apskaičiuojama beveik milijonas dolerių atlyginimams.

Taigi privatizavus padaugės lėšų grynais pinigais, sumažės skolų ir bus sukurta geresnė paslaugų sistema neturtingiesiems. Tačiau perėjimas nuo valstybinių ligoninių valdymo prie privačios sistemos reiškia, kad reikia įveikti daugybę reguliavimų pasirenkant geresnę struktūrą, kuri atitiktų vietinius tikslus, diskutuoti dėl geriausio varianto bei derinti profesinių sąjungų ir valstybės interesus.

### Ligoninių privatizavimo dinamika

Saugaus tinklo<sup>1</sup> ligoninės (viešosios ir ne pelno) bus paveiktos mokesčių mažinamo biudžeto. Be to, mokama už konkretų žmogų, pacientai gali rinktis kitas privačias sveikatos priežiūros įstaigas. Dėl šių priežasčių iki 2005 m. saugaus tinklo ligoninės galėjo būti uždarytos (5).

Visos JAV valstybinės ligoninės patiria sunkius išbandymus (6). Kasmet 1 iš 100 viešųjų ligoninių uždaroma, o 2 privatizuojamos. Nuo 1985 iki 1995 m. viešųjų ligoninių JAV sumažėjo net 14 proc. Viešųjų ligoninių, pereinančių į privatųjį sektorių, skaičius visoje šalyje labai nevienodas. 12 valstijų pareiškė, kad 1985–1995 m. vidutiniškai apie du trečdaliai viešųjų ligoninių buvo privatizuotos. Viešasis sektorius sparčiai privatizuojamas pietinėje JAV dalyje.

Konkurencija rinkoje verčia restruktūrizuoti visas viešąsias ligonines (7). Šios kaitos priežastis – atnaujintas sveikatos priežiūros teikimo metodas. Pagrindinis etapas yra didėjantis priežiūros valdymas, nulemtas valstybinių ir privačių sveikatos priežiūros teikėjų konkurencijos (9). Valdoma priežiūra – tai įsigijimo ir pirkimo metodai, kuriuos darbdaviai pritaikė mažindami sveikatos pašalpas savo darbuotojams. Valdomos sveikatos priežiūros administratoriai darbdavių grupių vardu derasi su atskiromis ligoninėmis ir pirminės sveikatos priežiūros centrais dėl mažesnių išlaidų ir geresnės kokybės. Paprastai jie reikalauja naudotis pasirinktų tiekėjų paslaugomis.

<sup>1</sup> Saugaus tinklo teikėjai – sveikatos priežiūros teikėjai, kurie yra teisiškai įpareigoti teikti priežiūrą asmenims, negalintiems savarankiškai jos gauti. Paprastai ši samprata apima valstybinės universitetinės mokymo ligonines, federacijos finansuojamas sveikatos centrus bei miesto ir grafystės departamentus. Teikėjų sąvoka taip pat apima ne pelno siekiančias ligonines, kurios teikia neatlyginamas paslaugas ir tai yra jų įsipareigojimas bendruomenei.

Konkurencija dėl valdomos priežiūros suardė 40 metų gyvavusį ligoninių konkurencijos kainų barjerą. Norėdamos sustiprinti savo derybinę galią ligoninės į tai reagavo sukurdamos didesnes organizacines struktūras (10). Tokie integruoti centrai vietoj senų ligoninių subūrė korporacines sistemas, kurios veikia nacionaliniu mastu ir yra labai sudėtingos. Valstybinės ligoninės dėl to tapo konkurencingesnės, pakeitė savo statusą į ne pelno siekiančią įstaigą ( 1 lentelė).

1 lentelė. 1975–1995 m. JAV ligoninių ir jų lovų skaičius pagal klasifikaciją, tūkst.

	1975		1995		Pakitimas		Pakitimas, proc.	
	Ligoninės	Lovų skaičius	Ligoninės	Lovų skaičius	Ligoninės	Lovų skaičius	Ligoninės	Lovų skaičius
Ne pelno	3 339	658 000	3 092	610 000	-247	-48 000	-8%	-8%
Pelno siekiančios	775	73 000	752	106 000	-23	33 000	-3%	45%
Valstijos/vietinės	1 761	210 000	1 350	157 000	-411	-53 000	-30%	-34%
Federalinės	<u>1 177</u>	<u>519 000</u>	<u>1 071</u>	<u>144 000</u>	<u>-106</u>	<u>-375 000</u>	<u>-10%</u>	<u>260%</u>
Iš viso:	7 052	1460000	6 265	1017000	-787	-443 000	-13%	-44%

\* Šaltinis: *California Healthcare Association, California Health Care: 1995–2005: A View or the Future.*

Per dvidešimt metų JAV pelno siekiančių ligoninių ir jų lovų skaičius sumažėjo 8 proc. Pelno siekiančių ligoninių skaičius sumažėjo tik 3 proc., o lovų skaičius jose padidėjo 45 proc. Tai rodo, kad pelno siekiančios ligoninės pagal lovų skaičių tampa didesnės. Labai sumažėjo federalinių ligoninių (10 proc.), valstijų arba vietos ligoninių (30 proc.) ir lovų jose skaičius (federalinėse ligoninėse – 260 proc., valstijų – 34 proc.).

1995 m. 447 JAV ligoninės buvo parduotos, sujungtos arba išsigyotos. 2 lentelėje pateikiama JAV kai kurių privatizuotų ligoninių jurisdikcija ir jų privatizavimo tipas.

2 lentelė. 1995 m. JAV privatizuotos ligoninės ir jų tipas

<i>Jurisdikcija</i>	<i>Privatizacijos tipas</i>
Cincinačio universitetinė ligoninė	Ne pelno siekianti ligoninė
Oklahomos medicinos centras	Valdomas bendrai pasidalijus tarp valstijos ir <i>Columbia/HCA</i> korporacijos
Spalvingo regioninė ligoninė	Parduota suteikiant galimybę išpirkti po 15 metų
Bostono ligoninė	Ne pelno ligoninė
Vašingtono pagrindinė ligoninė	Ne pelno ligoninė
Šiaurės vakarų Misisipės regioninės medicinos	Išnuomota korporacijai <i>Health Management</i>

<i>Jurisdikcija</i>	<i>Privatizacijos tipas</i>
nos centras	<i>Associates</i>
Veiko apygardos medicinos centras, Šiaurės Karolina	Parduotas ir suteikta ne pelno ligoninės statusas
Brakenridžo ligoninė, Teksasas	Ilgam laikui išnuomota Setono sveikatos priežiūros centrui
Dykumos ligoninė, Palm Springsas, Kalifornija	Ne pelno ligoninė, vėliau parduota nuomininkui ir paversta pelno siekiančia ligonine
Edžo regioninis medicinos centras, Troja, Alabama	Parduotas
Šiaurės vakarų sveikatos priežiūros centras, Amarilsas, Teksasas	Parduotas universaliai sveikatos priežiūros sistemai
Sekvojos ligoninė, Redvudo miestas, Kalifornija	Bendros įmonės sutartis su <i>Catholic Healthcare West</i>
Folbruko ligoninė, Folbrukas, Kalifornija	Išnuomota (30 metų) korporacijai <i>Columbia/HCA</i>
Vakarų Kontra Kosta sveikatos priežiūros apygardos centras, Ričmondas, Kalifornija	Parduotas nuomininkui
Stanisloso apygardos viešoji ligoninė	Ligoninė uždaryta (paslaugos nebeteikiamos); sudaryta priežiūros sutartis su nuomininku
Konrou regioninis medicinos centras	Parduotas fondui „ <i>Health Trust/Columbia</i> ”
Edeno medicinos centras, Kastro slėnis, Kalifornija	Išteigta Jungtinė bendrovė su „ <i>Sutter Health</i> ”

Šaltinis: Richard L. Tradewell. Privatizing Public Hospitals. *Policy Study Np. 242, August, 1998.*

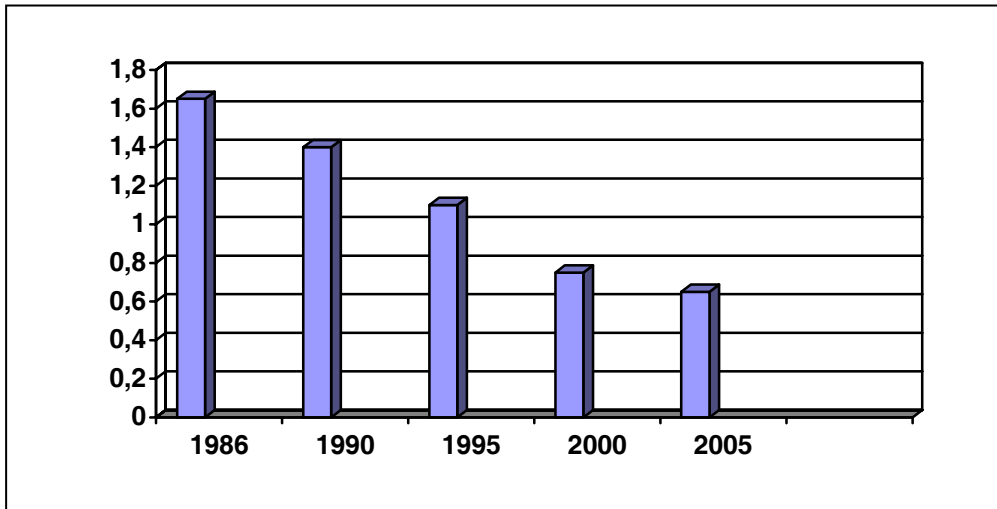
Ligoninių firmos (pelno ir ne pelno siekiančios) klesti, kadangi jos mažina kainas ir laimi valdomos sveikatos priežiūros konkursus. Pavyzdžiui, Vakarų katalikų sveikatos priežiūros įstaiga (*Catholic Healthcare West*) per ketverius metus padidėjo keturis kartus ir dar veda derybas dėl keleto naujų objektų (3 lentelė).

### 3 lentelė. JAV ligoninės lyderės

<i>Pelno siekiančios</i>	<i>Skaičius, vnt.</i>
<i>Columbia/HCA</i>	338
<i>Tenet HealthCare</i>	127
<i>Health Management Associates</i>	30
<i>Ne pelno (atrinkti pavyzdžiai)</i>	
<i>Daughters of Charity</i>	40
<i>Catholic Healthcare West</i>	39
<i>Mercy Health Systems</i>	37
<i>Intermountain Health Care</i>	22

Praėjus 10 metų amerikiečiai turės mažiau, bet efektyviau ir geriau integruotų ligoninių (1 pav.). Viešųjų ligoninių skaičius JAV per dvidešimt metų labai sumažėjo.

Pavyzdžiui, 1975 m. JAV buvo 1761 viešoji ligoninė (federalinės ir valstijų), o 1995 m. jų sumažėjo iki 1 250, arba 23 proc. (1 lentelė).



1 pav. 1986–2005 m. užimtų lovų skaičius 1000 Kalifornijos gyventojų

Šaltinis: Kalifornijos sveikatos apsauga 1996–2005 m., Kalifornijos sveikatos apsaugos asociacija, 1996.

Sistemos kaita padėtų ir skurstantiesiems asmenims, ir mokesčių mokėtojams, nes gerėjantis produktyvumas reiškia, kad mažesnėmis kainomis gydoma daugiau pacientų.

### Kaip bendruomenės vertina ligoninių privatizavimo privalumus?

Amerikoje valstybinės ligoninės ilgai nebuvo reformuojamos. Dauguma jų buvo pastatytos Didžiosios depresijos metais ir tenkino vargingųjų poreikius. Viešosios ligoninės buvo ypač svarbios nuolatiniais miesto gyventojams ir vargiai tiko kaimo gyventojams aptarnauti. Tačiau dėl vidinių ir išorinių veiksnių poveikio viešosios ligoninės dabar neatitinka naujų sveikatos priežiūros reikalavimų. Didėjanti priklausomybė verčia veikiančias valstybines ligonines keistis (10). Nustatytos aštuonios pagrindinės šios kaitos priežastys.

#### 1. Biurokratinės priežastys

Lėtai priimami vyriausybės sprendimai, orientacijos į rinkos poreikius trūkumas, sudėtingas viešųjų ligoninių valdymas, pernelyg didelės išlaidos pašalpoms varžo valstybinių ligoninių galimybę konkuruoti greitai besikeičiančioje rinkoje (11). Dau-

gumą šių problemų sunku spręsti dėl profesinių sąjungų opozicijos ir vietinės bendruomenės pasipriešinimo. Norint išlikti ypač konkurencingoje rinkoje reikia veikti greitai ir efektyviai.

Per paskutinius dvidešimt metų viešųjų ligoninių JAV skaičius mažėjo. Pastaraisiais metais viešosios ligoninės labiau nei ne pelno arba pelno siekiančios ligoninės buvo linkusios keisti savo nuosavybės statusą. Paprastai vyriausybė teisinį ligoninės statusą pakeičia iš viešosios ligoninės į ne pelno siekiančios. Nuo 1990 iki 1993 m. 88 proc. valstybinių ligoninių pakeitė savo statusą į ne pelno siekiančias. Kai kuriais atvejais vyriausybė išlaiko tik pastatų arba žemės nuosavybę, nuomodama juos ne pelno siekiančioms organizacijoms, sukurtoms ligoninei valdyti.

Pažymėtina, kad daugiau viešųjų ligoninių yra reorganizuojamos į ne pelno nei į pelno siekiančias. Nors viešųjų ligoninių statusas kol kas daugiau keitėsi į ne pelno siekiančių, 1998 m. atsirado ir pelno siekiančių ligoninių. Nuo 1990 iki 1993 m. tik 19 proc. reorganizuojamų ligoninių statusas buvo pakeistas į pelno siekiančių.

Paprastai tokie pakyciai vyksta tose valstijose, kur yra didelė priežiūros valdymo konkurencija (Kalifornijoje, Arizonoje, Teksase, Floridoje, Tennesyje, Niujorke) (4 lentelė).

4 lentelė. 1980–1993 m. JAV ligoninių statuso pasikeitimo į pelno siekiančias skaičiais

Valstija	1980–1990			1990–1993		
	Pakycių skaičius	Iš ne pelno	Iš visuomeninės	Pakycių skaičius	Iš ne pelno	Iš visuomeninės
Alabama	16	5	11	nėra	nėra	nėra
Kalifornija	16	13	3	7	7	0
Florida	21	14	7	5	4	1
Džordžija	18	3	15	nėra	nėra	nėra
Misūris	nėra	nėra	nėra	5	4	1
Oklahoma	11	6	5	nėra	nėra	nėra
Tenesis	11	1	10	nėra	nėra	nėra
Teksasas	28	19	9	7	5	2

Šaltinis: Needlemanas J. „Hospital Conversion Trends“, *Health Affairs*, March/April, 1997.

Šiose valstijose valstybinių ligoninių pasikeitimai dažnai apibūdinami kaip pastangos pagerinti efektyvumą ir viešųjų pirkimų reguliavimo taisykles arba kaip atsakas į vietos valdžios nenorą teikti mokesčių subsidijas.

1998 m. JAV susiklostė tokia nuosavybės teisių į ligoninę struktūra:

- valstijų ir vietos viešosios ligoninės sudarė apie 22 proc. visų 6265 JAV ligoninių; jose buvo apie 157 000 lovų. Apie 30 proc. šių ligoninių buvo mieste, kitos – kaimiškuose arba pusiau kaimiškuose rajonuose;
- federalinės valdžios ligoninės sudarė mažiau nei 17 proc. visų ligoninių ir jose buvo 14 proc. visų ligoninių lovų.



Ateityje tose ligoninėse bus įdiegta kompiuterinė pacientų apskaita, skaitmeniniai receptai, telemedicina ir kitos informacinių technologijų naujovės. Šios investicijos atsipirks esant mažesnėms išlaidoms ir ligoninės taps saugesnės (12, p. 6). Šiuo metu apie 17 proc. ligoninių naudoja kompiuterinę registracijos sistemą, 13 proc. turi įdiegusios elektroninę pacientų apskaitą (13, p. 80).

Privačios ligoninės labiau nei valstybinės suinteresuotos diegti informacinių technologijų naujoves. Kai visi 3,2 mln. pacientų Šiaurės Kalifornijoje pradėjo mokėti iš anksto, buvo skatinama mažinti išlaidas, taip pat geriau gydyti pacientus. Kiekvienas pacientas turi elektroninius medicininius įrašus, kuriuose yra laboratoriniai tyrimo rezultatai, nuotraukos, diagnozės, receptai ir kita informacija. Pavyzdžiui, visa tai prieinama visiems 5 000 Kaizerio m. gydytojų, 12 000 tyrimo kabinetų (14). Gydytojai gali greitai susipažinti su paciento istorija ir testo rezultatais, kompiuterizuota sistema gali įspėti apie netinkamus receptinius vaistus arba per dideles jų dozes.

Kitas informacinių technologijų investicijų pavyzdys – Šv. Vincento ligoninėje Birmingeme, Alabamoje, įdiegta didžiausia privati ne pelno siekianti sveikatos sistema. Gydytojai, naudodamiesi bevieliu ryšiu, gali greitai pasisiųsti laboratorijos rezultatus, rentgenogramas ir tyrimo katalogus. Robotai atlieka tikslias operacijas, kompiuteriai parenka vaistus pagal brūkšninius kodus, operacijos įrankius. Medicinos seserys, kompiuteriu nuskaičiusios tam tikro paciento duomenis, gali tinkamai prižiūrėti pacientą ir teikti vaistų pagal daktaro įrašą. Profesionali kompiuterinė sistema automatiškai tikrina vaistų sąveiką ir alergiją nuo jų, padeda gydytojams parinkti tinkamus vaistus (12, p. 6).

Investicijos į naują įrangą gali padėti išsaugoti nemažai gyvybių. Privačių ligoninių sąjunga (HCA) daugelyje jai priklausančių ligoninių diegia kompiuterinę vaistų užsakymų sistemą. Užsakymas iš karto siunčiamas seselėms bei vaistininkams. Gavęs užsakymą vaistininkas iš karto siunčia vaistus į palatą ir seselė čia pat gali jų duoti ligoniui. Sąrašas automatiškai įrašomas, seselės skeneriais patikslina, ar vaistai tinkami, taip pat jų dozę. Taip modernizavus perpus buvo sumažintas vaistams skirti laikas ir iki 20 000 galimų klaidų skaičius (13, p. 80).

Šiuo metu kompanija IBM padeda atnaujinti privačią Mayo kliniką. Jos tikslas – pagerinti elektroninės medicinos analizės įrašus ir greitai iširti paciento būklę, įdiegti naujus vėžio ir kitų ligų diagnozavimo būdus (14).

Remiantis Medicinos instituto mokslininkų nuomone, skaitmeniniai duomenys turi padėti sumažinti mirčių arba komplikacijų dėl medikų padarytų klaidų skaičių. Kuo mažiau popierizmo, tuo mažiau administracinių išlaidų.

*2. Skurstantieji gali pasirinkti paslaugų teikėjus: dabar visos ligoninės konkuruoja dėl paslaugų teikimo skurstantiesiems.*

Istoriškai viešosios ligoninės neturėjo konkurentų. Skurstantys piliečiai būdavo aptarnaujami beveik visose apskrityse, miestų ir kaimų viešosiose ligoninėse. Dabar privačios ir viešosios ligoninės dėl skurstančiųjų pacientų konkuruoja. Trylika Los Andželo privačių ligoninių, labai sumažėjus ligonių skaičiui jose, pasisiūlė Los Andželo grafystės pacientus gydyti sumažintomis kainomis siekiant, kad nebūtų tuščių

lovų (8). „Konkurencija tapo tokia didelė, kad privačių paslaugų (kaip *Medicaid*) paklausa padidėjo ir privatininkai mažina kainas“ (16, p. 82).

Viešosios ligoninės privalo konkuruoti, kad pritrauktų pacientų ir juos išlaikytų. Net tos, kurioms pagalbą teikia valstybė, turi galimybę naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis ir kitose bendruomenėse. Viešosios ligoninės valdymas skiriasi nuo kitų panašių valstybės tarnybų. Tai didelė rizika konkurencinėje rinkoje. Jei ligoninė valdoma blogai, pacientai vyksta gydytis kitur (17).

### 3. Daugiau nereikia viešųjų ligoninių lovų

Vietų užimtumas visų bendruomenių ligoninėse – ir viešosiose, ir ne pelno, ir pelno siekiančiose – jau mažesnis daugiau negu 60 proc., Kalifornijoje – 50 proc. (5 lentelė) ir dar mažėja.

5 lentelė. Užimtų vietų Kalifornijos ligoninėse ir gyventojų skaičius 1986–2005 m.

Metai	Licencijuotos vietos centrinėje „Acute-Care“ ligoninėje	Užimtų vietų skaičius	Užimtos vietos, proc.	Gyventojų skaičius	Užimtų vietų skaičius 1 000 gyventojų
1986	85 031	45 836	53,9	27 052 000	1,69
1987	84 789	45 547	53,7	27 717 000	1,64
1988	83 862	44 603	53,2	28 393 000	1,57
1989	84 305	44 155	52,4	29 142 000	1,52
1990	83 644	43 132	51,6	29 976 100	1,44
1991	83 512	42 325	50,7	30 654 800	1,38
1992	82 530	40 391	48,9	31 306 200	1,29
1993	80 673	37 568	46,6	31 746 400	1,18
1994	79 353	35 697	45,0	32 140 000	1,11
1995	78 000	35 000	44,9	32 681 000	1,07
2000	68 800	29 252	42,5	35 590 000	0,82
2005	59 300	26 675	45,0	38 636 200	0,69

Šaltinis: Kalifornijos sveikatos apsaugos asociacija „*California Health Care: 1996–2005: A View of the Future*“.

Užimtų vietų skaičius ligoninėse pastaruosius 10 metų sparčiai mažėja. Jei visos ligoninės veiks visu pajėgumu, pasekmės sveikatos priežiūros pacientams gali būti neprognuojamos.

Kaip teigia Matthewas Milleris „Naujojoje Respublikoje“, „ligoninių lovų perteklius nėra geras dalykas. Silpnos ligoninės sekina stipresnes. Lovų perteklius reiškia, kad draudėjai gali pirkti nenaudojamas lovas pasinaudodami didesnėmis nuolaidomis. Tai mažina ligoninių uždarbį, riboja jų galimybę investuoti į pirminę bendruomenės priežiūrą ir ligų prevencijos programas, kurios yra gyvybiškai būtinos ateityje gerinant visuomenės sveikatą“ (22).

4. *Valdoma planinė priežiūra, konkuruojanti dėl sveikatos draudimo (Medicaid) lėšų ir narių, aplenkia viešąsias ligonines. Konkurencija aptarnaujant gyventojus mažina skirtumus tarp tradicinių viešųjų ir privačių ligoninių paslaugų.*

Viešosios ligoninės yra įpusėjusios nedeklaruojamą konkurencinę kovą dėl sveikatos draudimo pacientų su *Medicaid* ligoninėmis. Daugelis JAV valstijų leidžia *Medicaid* pacientams pasirinkti konkurencinius viešųjų, ne pelno ir pelno siekiančių, sveikatos priežiūros įstaigų planus arba projektus (23, p. 92).

Greita valdomos sveikatos priežiūros *Medicaid* sferos plėtra didina konkurenciją dėl schemų, projektų, skatinančių mažinti išlaidas, taip pat pertvarkyti ligonines į pirminius sveikatos priežiūros centrus bei sukurti daugiau vietų. Ši tendencija taip pat reiškia, kad dauguma sveikatos valdymo organizacijų (HMOs) gali pasiūlyti savo nariams privačias ligonines, o ne tipiškas senas ir ne tokias patrauklias viešąsias ligonines. Tai skatina dar didesnę konkurencinį spaudimą viešosioms organizacijoms.

5. *Valdomos sveikatos planai teikia pirmenybę privatiems, galintiems nekelti kainų, sveikatos paslaugų teikėjams*

Investuotojų valdomi ligoninių tinklai užėmė dalį rinkos sėkmingai konkuruodami dėl priežiūros valdymo sutarčių (24). Šie konkurenciniai pranašumai buvo pasiekti įdiegus tokias naujoves kaip didmeninio pirkimo sistemos, standartizavimas, pasekmių valdymo sistemos, kompiuterizuotos valdymo sistemos, leidžiančios įvertinti skirtingai atliekamų tų pačių procedūrų išlaidas, gydytojų praktikos valdymas, technologiškai pažangios pacientų priežiūros, žmogiškųjų išteklių ir informacijos sistemų valdymas. Dėl šių naujovių teikiamos geresnės paslaugos mažesnėmis kainomis. Vietos valdžiai dažnai trūksta priemonių ir kapitalo konkuruoti šiuo lygiu. Paprasčiausiai vietos valdžiai veiksmingiau gauti paslaugų iš regioninio integruoto priežiūros tinklo nei iš atskirų viešųjų ligoninių.

6. *Jei viešosios ligoninės gali būti restruktūrizuotos, kad konkuruotų agresyviau, tokia „sėkmė“ gali pastūmėti kitas tokio „saugaus tinklo“ ligonines į bankrotą.*

Jei bendruomenei apskritai mažiau reikia ligoninių, kai kurias jų reikia uždaryti. Konkurencija naikina ribas tarp viešųjų ir privačiųjų ligoninių pacientų kontingento. Siekdamas išvengti didėjančių mokesčių už subsidijas viešosios ligoninės ieško privačiai apdraustų pacientų norėdamos pagerinti savo mokėjimo struktūrą. Šiuo metu skurdieji jau nėra vien tik viešųjų ligoninių pacientai. Laikai, kai viešosiose ligoninėse gydėsi tik vargingieji, baigėsi. Dabar konkuruojama dėl kiekvieno paciento, kuriam ligoninėje reikalinga lova.

Tačiau yra tam tikras nepatogumas. Vietos valdžia siekdama išlaikyti viešąsias ligonines turi galią padidinti vietos mokesčius. Ne pelno siekiančios ligoninės pradėjo kelti bylas viešosioms ligoninėms, kad šios nustotų žaisti savo nešvarų žaidimą dėl privačiai apdraustų pacientų (25, p. 24–27).

7. *Vietos valdžios institucijos, susidurdamos su ribotomis galimybėmis didinti mokesčius, nustato, kad viešosios ligoninės naudoja daugiau lėšų, nei kad leidžia jų riboti šaltiniai*

Viešosios ligoninės yra brangios. Vienas lovdienis JAV dažnai kainuoja 1 600 dolerių. Vietos valdžia, vis dar valdydama šias ligonines, kontroliuoja, kad ligoninės, linkusios išleisti didėjančią disproporcinę dalį pajamų mokesčio, dažnai paimdamos šiuos pinigus iš kitų viešųjų programų, neviršytų tam tikrų limitų. Taip yra Los Andželo grafystėje, kur valdžia vis dar valdo šešias ligonines. Iš biudžeto šioms grafystės valdomoms ligoninėms nuo 1977–1978 m. iki 1995–1996 m. skirta 526 proc. lėšų daugiau (nuo 351 mln. iki 2,2 milijardo dolerių) o lėšos prevencinėms sveikatos priežiūros programoms nuo 1994 m. sumažėjo 24 proc. (26, p. 127).

#### *8. Kai kurios viešosios ligoninės dėl geografinės vietos morališkai pasensta*

Dažnai geografinės ribos, nustatytos politinės jurisdikcijos, trukdo viešosioms ligoninėms konkuruoti. Kai kurių privačių ligoninių tinklas įtraukia sveikatos paslaugų teikėjus į integruotą priežiūros struktūrą, siekiančią vyrauti regione. Senos politinės miesto, grafystės arba rajono jurisdikcijos ribos šiuo atveju nelabai svarbios.

Pavyzdžiui, viešųjų ligoninių rajonai, aptarnaujantys pusiau kaimiškas vietas, dabar gali egzistuoti esant lovų pertekliui tankiai apgyvendintose kaimiškose vietovėse, kuriose ligoninių pasirinkimas didelis. Priešingai, esant šiuolaikinei rinkos struktūrai kaimiškose vietovėse rajonai daugiau negali valdyti mažos, nepriklausomos 50 lovų ligoninės. Kalifornijos sveikatos priežiūros rajonų asociacijos prezidentas Vicas Biswellis pažymi, kad keletui kaimiškų rajonų reikia sumažinti savo išlaidas dalijantis integruota valdymo įmone, kuri gali valdyti ligoninių paslaugas ir derėtis dėl priežiūros valdymo sutarčių didelėje regiono vietovėje (28).

Miestų ligoninės taip pat turi vadovautis regioniniu principu. Jos turi būti dalis gyvybingo, integruoto regioninio tinklo, kad galėtų konkuruoti dėl sveikatos priežiūros valdymo.

Be abejo, vietos valdžia vis dar yra atsakinga už savo regionų varginguosius ir neapdraustus asmenis jų geografinėje jurisdikcijoje. Paprasčiausiai vietos valdžiai yra naudingesnė regioninio integruoto priežiūros tinklo veikla, o ne atskirai veikiančios viešosios ligoninės teikiamos paslaugos. Toks medicinos priežiūros tinklas stengiasi gydyti vargingus asmenis pirminiuose sveikatos centruose, esančiuose arti jų namų, ir tik prireikus ligoninės siunčia pacientus į regionų centrus.

Integruota regioninė ligoninė ir klinikų tinklas pradeda veikti panašiai kaip Sveikatos valdymo organizacijų tinklas (HMO). *Suther Health* korporacija Šiaurės Kalifornijoje privatizavo Edeno medicinos centrą ir gavo licenciją, leidžiančią aptarnauti didesnės geografinės srities pacientus. Ji finansiškai atsako už savo paslaugas ir jų kokybę. Loma Lindos universiteto medicinos centro ir Cedars-Sinai medicinos centro Pietų Kalifornijoje strategija tokia pati (18).

## **Išvados**

1. Ligoninės pereina į privatųjį sektorių norėdamos atsigauti arba išvengti finansinių sunkumų, dažniausiai atsirandančių didėjant konkurencijai dėl klientų bei gaudamų pajamų. Šie rinkos pokyčiai, galima sakyti, turi tokios pat įtakos ir viešosioms,

ir privačioms bendruomenės ligoninėms, kurios jau anksčiau galėjo patirti šių rinkos faktorių įtaką.

2. Viešasis sektorius suvaržydavo tas ligonines, kurios bandė konkuruoti su privačiuoju sektoriumi. Šie suvaržymai – tai negebėjimas padidinti kapitalo, pailios ar neefektyvios pirkimo arba kompensavimo sistemos, reikalavimas viešai plėtoti konkurencingą strategiją.

3. Paprastai valstybės subjektai nebenori, kad ligoninių veikla ir toliau būtų vykdoma nesiderinant prie rinkos sąlygų, nenori teikti visų paslaugų, išskyrus vargšams. Tad norint sustiprinti silpnėjančią viešųjų ligoninių padėtį dažnai siekiama rasti būdą, kad jos gebėtų konkuruoti ir būti naudingos visiems, net ir mažas pajamas turintiems, žmonėms. Tai rodo, kad unikalūs rinkos bruožai turėjo įtakos keičiant ligoninių statusą. O kiekvienos ligoninės trokštamas pokyčių rezultatas – sėkminga veikla vietos rinkoje.

4. Viešosios ligoninės tapo privačiomis pirmiausia dėl to, kad bandė arba atsigauti po finansinių nuostolių, arba jų išvengti. Finansinių problemų ligoninėms kilo daugiausia dėl to, kad jų aplinka darėsi konkurencingesnė bei jog didėjant kontroliuojamai priežiūrai ir viešuosiuose, ir privačiuose sektoriuose keitėsi išmokos. Viešosioms ligoninėms iškilo pavojus prarasti ir pacientus, ir pajamas. Veiksniai, skatinantys šias pertvarkas, ir pokyčiai, kuriuos jie galiausiai sukėlė, daugiausia buvo tai, ką dauguma privačių ligoninių prieš kurį laiką jau patyrė.

5. Suvaržymai, kurie buvo taikomi šioms ligoninėms kaip viešosioms įstaigoms, labai trukdė joms prisitaikyti prie naujos konkurencingos aplinkos. Viešo susirinkimo reikalavimai, sumažintas ligoninių darbuotojų skaičius arba darbuotojų sudėties pakeitimas dėl vyriausybės darbo taisyklių ar politinės opozicijos apribojimų, negalėjimas pasamdyti aukščiausios kvalifikacijos vadovų, kliūtys įregistruoti bendras įmones, ribotos galimybės padidinti kapitalą skolinantis pasunkino galimybę perimti ligoninės administratoriams gero verslo praktiką.

6. Norėdami išsaugoti medicinos įstaigą, prieinamą mažas pajamas gaunantiems pacientams, kuriems ji buvo paskutinė viltis, už viešąsias ligonines atsakingi asmenys nusprendė, jog reikia, kad įstaiga dirbtų *kiekvienam*, t. y. išnaudoti rinką, kad ligoninė taptų finansiškai gyvybinga, pritrauktų ne tik tuos pacientus, kurie neišgali mokėti, bet ir tuos, kurie gali tai daryti. Pastebėjome, kad vyriausybė nebenori subsidijuoti ligoninės, kuri teiktų paslaugas tik vargšams. Šis bandymas panaudoti rinkos mechanizmus, siekiant išlaikyti socialinę ligoninių misiją, pareikalavo iš viešųjų ligoninių tam tikrų pokyčių, panašių į tuos, kurie buvo anksčiau įgyvendinti privačiose ligoninėse.

7. Valstybinės ligoninės daugiau negalėjo išgyventi kaip paprastai užsiimdamos verslu. Vienintelė ligoninės viltis – rasti privatų partnerį, kuris naujoje konkurencingoje aplinkoje įgyvendins ligoninės misiją.

Vietinės valdžios teisėta misija apginti ir palaikyti bendrą visuomenės sveikatą. Tačiau šiuolaikinės rinkos jėgos kvestionuoja esamą padėtį, kad valstybinis ligoninių valdymas yra vienintelis kelias įgyvendinti šią misiją.

## Literatūra

1. *Health care system in transition, 2000.*
2. Privatizing Public Hospitals. Strategic options in an era of industry -wide consolidation. By Richard L. Tradewell. *Policy Study, No. 242. August, 1998.*
3. Melesi F., Balaker T. Privatizing Public Hospitals: A Win-Win for Taxpayers and the Poor. *Policy Brief, 41, November, 2005.*
4. McClellan M., Staiger D. Comparing Hospital Quality at For-Profit and Non-for-Profit Hospitals, *WP #7324 Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, 2000.*
5. *California Health Care 1996 to 2005*, California Healthcare Association.
6. Jerome P., Kassirer M. D. Our Ailing Public Hospitals, *New England Journal of Medicine*, November 16, 1995.
7. Debra J. Lipson and Naomi Naierman, Effects of Health System Changes on Safety-Net Providers, *Health Affairs. Vol. 15. No. 2.*
8. Perspective: Why Health Costs Really Fell, *Investors Business Daily, March 5, 1997.*
9. David F. Drake Ph. D. Managed Care: A Product of Market Dynamics, *Journal of the American Medical Association*, February 19, 1997.
10. Needleman J. et al. Hospital Conversion Trends, *Health Affairs*, March/April, 1997.
11. For a detailed look at the internal inefficiencies of the nation's largest public hospital systems, see Jeffrey L. Rabi, How Public Health Care Got So Sick, *Los Angeles Times*, October 29, 1995.
12. Sean Parnell, Who's afraid of Specialty Hospitals *Privatization JWatch. Vol. 29. No. 1. 2005.*
13. Wherry R. Data Docs, *Forbes, June 20, 2005.*
14. Weintraub, D. A. Possible High-Tech Antidote to Rising Health Care Costs, *Monterey County Herald, November 29, 2004.*
15. Herper M. Doctors, Untethered: Could Wi-Fi be the Key to Cutting Down on Deadly Medical Mistakes? *Forbes, June 21, 2004.*
16. Wherry R. Data Docs, *Forbes, June 2, 2005.*
17. Callahan R. High-Tech Health: Hospitals Trying out Paperless Record Systems, *Monterey County Herald, August 6, 2004.*
18. Lohr S. Health Industry Under Pressure to Computerize, *New York Times, February 19, 2005.*
19. Quoted in The Perils of Imitating Sweden: Los Angeles County's General Fund, *The Economist*, July 29, 1995.
20. Duncan M. California Public Hospitals Dodge a Bullet, *Modern Healthcare, October 1996.*
21. Lemov P. Dumping the Public Hospital, *Governing*, September, 1966.
22. Matthew M. Taking Our Medicine, *The New Republic, December 2, 1996.*
23. *The Economist*, November 9, 1996.
24. Peter H. Emich, in Report on the Health Care Industry, *Alex Brown & Associates, January 21, 1997.*
25. Steven B. Frates and Eric S. Norby, An Analysis of Los Angeles County Government, Howard Jarvis Taxpayers Association (Rose Institute: Claremont McKenna College, May 1996).
26. David E. Janssen, County of Los Angeles 1997^98 Proposed Budget, April, 1997.
27. L. A. County Health Services Still Falter Despite U. S. Aid, *Los Angeles Times, September 28, 1997.*

28. Telephone conversation with Vic Biswell, President, Association of California Healthcare Districts, August 10, 1997.
29. Wartzman G. Hospitals Start to Look a Lot More Like HMOs, *Wall Street Journal*, August 27, 1997.

## **PRIVATIZATION OF PUBLIC HOSPITALS IN THE U. S.**

**Vladimiras Obrazcovas**

### Summary

*The article analyses the issues involved in the privatization of public hospitals in the U. S. Faced with increasing costs, many public hospitals are bleeding red ink and thus encounter difficulties when making investments necessary to cut costs and increase performance. Hospital expenditures accounted for almost a third of the \$1.6 trillion the United States spent on health care in 2000. According to the U.S. Department of Health and Human Services, over the ten-year period from 1990 to 2000 the average cost of an inpatient stay at a public hospital increased by nearly 50 per cent, compared to only 20 per cent at private for-profit hospitals. By 2001 the \$7,400 cost of a stay at a public hospital was 24 per cent greater than at a private for-profit (\$5,972). In the case of public hospitals, a conflicting mix of social, political, and business objectives results in weak incentives to control costs. Cost burdens come from inefficient accounting, restrictive government personnel and procurement regulations, a tangled web of bureaucracy, and a general lack of accountability. Most public hospitals lack the strategic advantages enjoyed by private hospitals including: a marketing orientation, volume purchasing systems, state-of-the-art information systems, standardization of supplies, outcome management systems, computerized case management systems with cost-per-procedure variables among physicians performing the same procedures, physician practice management, and technologically advanced patient care.*