

**PRACE NAUKOWE**

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

**RESEARCH PAPERS**

of Wrocław University of Economics

**266**

# Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia



Redaktorzy naukowi

**Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn,  
Dariusz Wasilewski**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2012

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Wiesław Koczur, Teresa Lubińska,  
Krystyna Piotrowska-Marczak

Redakcja wydawnicza: Jadwiga Marcinek

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

[www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl), [www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com),

The Central and Eastern European Online Library [www.ceeol.com](http://www.ceeol.com),

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

[http://kangur.uek.krakow.pl/bazy\\_ae/bazekon/nowy/index.php](http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php)

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się  
na stronie internetowej Wydawnictwa

[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie  
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2012

**ISSN 1899-3192**

**ISBN 978-83-7695-278-9**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

## Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

---

### Część 1. Przekształcenia – uwarunkowania systemowe

---

<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska</b> , Przekształcenia własnościowe w systemie ochrony zdrowia – rys historyczny.....	13
<b>Ewelina Nojszewska</b> , Ekonomiczne determinanty racjonalnego funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce .....	23
<b>Henryk Kromolowski</b> , Socjopolityczne i ekonomiczne uwarunkowania procesów restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia .....	38
<b>Paulina Pieprzyk</b> , Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia – szanse, możliwości i zagrożenia .....	46
<b>Maria Węgrzyn</b> , Aktywne działania władz samorządowych a kreacja zmian na rynku usług medycznych (na przykładzie Dolnego Śląska) .....	58

---

### Część 2. Przekształcenia – nowe formy wspierania prowadzenia działalności

---

<b>Beata Zaleska</b> , Wybrane zmiany zasad funkcjonowania szpitala jako samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej .....	75
<b>Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska</b> , Partnerstwo międzysektorowe: panaceum na współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia?.....	84
<b>Ewa Książek</b> , Partnerstwo publiczno-prywatne w sektorze ochrony zdrowia .....	99
<b>Dorota Korenik</b> , Prawnofinansowe przesłanki wykorzystania partnerstwa publiczno-prywatnego w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.....	109
<b>Izabela Witczak</b> , Zastosowanie partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia w Polsce i na świecie .....	121
<b>Agnieszka Bem</b> , Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia.....	133
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Prywatni ubezpieczyciele jako podstawowe źródło finansowania opieki zdrowotnej w Europie .....	143

---

### Część 3. Przekształcenia – ocena pracy ZOZ jako element budowania świadomego zarządzania

---

<b>Monika Truszkowska-Kurstak</b> , Finansowe i organizacyjne skutki kształtowania wybranych kategorii finansowych samorządowego SP ZOZ w świetle zmian wprowadzonych ustawą o działalności leczniczej.....	157
<b>Mariola Dwornikowska-Dąbrowska</b> , Zarządzanie efektywnością w szpitalu – wielopłaszczyznowość systemu oceny.....	181
<b>Paulina Ucieklak-Jeż</b> , Czynniki kształtujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.....	194
<b>Dariusz Kotarski</b> , Doskonalenie zarządzania jakością usług w sanatoriach uzdrowiskowych.....	209

---

### Część 4. Przekształcenia – realizacja funkcji personalnej

---

<b>Joanna Jończyk</b> , Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej.....	221
<b>Beata Buchelt</b> , Wpływ zmian legislacyjnych na sprawowanie funkcji personalnej w jednostkach świadczących usługi medyczne.....	229
<b>Danuta Kunecka</b> , Restrukturyzacja w sektorze zdrowia a zarządzanie zasobami ludzkimi.....	246

## Summaries

<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska</b> , Ownership changes in healthcare system – historical background.....	22
<b>Ewelina Nojszewska</b> , Economic determinants of rational functioning of healthcare system in Poland.....	37
<b>Henryk Kromolowski</b> , Sociopolitical and economic determinants of restructuring processes in health protection.....	45
<b>Paulina Pieprzyk</b> , Local government in healthcare system – threads and opportunities.....	57
<b>Maria Węgrzyn</b> , Actions of local authorities and active creation of changes on the market of medical services as it is done in Dolny Śląsk.....	71
<b>Beata Zaleska</b> , Selected changes in the principles of the operation of a hospital as an independent public healthcare centre in the light of the act on medical activity.....	83
<b>Nina Szczygiel, Małgorzata Rutkowska-Podołowska</b> , Intersectoral partnerships: a panacea for current challenges of health and social care systems?.....	98
<b>Ewa Książek</b> , Public-Private Partnership in healthcare sector.....	108

---

<b>Dorota Korenik</b> , Financial law – rationale of the use of Public-Private Partnership in the Polish health sector .....	120
<b>Izabela Witczak</b> , Implementation of Public-Private Partnerships in health care in Poland and worldwide.....	132
<b>Agnieszka Bem</b> , Application of Alzira’s model in the health care sector.....	142
<b>Paweł Prędkiewicz</b> , Private insurers as primary healthcare financing agents in Europe.....	154
<b>Monika Truszkowska-Kurstak</b> , Financial and organizational effects of shaping chosen financial categories of local self-government’s independent public healthcare centre in the light of act on healing activity .....	180
<b>Mariola Dwornikowska-Dąbrowska</b> , Management of effectiveness in a hospital – multilevel nature of the evaluation system .....	193
<b>Paulina Ucieklak-Jeż</b> , Factors affecting functioning of health care system ...	208
<b>Dariusz Kotarski</b> , Improvement of service quality management in sanatoriums .....	218
<b>Joanna Jończyk</b> , Human resources as a critical component of health care change .....	228
<b>Beata Buchelt</b> , The influence of the legislative changes on a personnel function realization within the health care entities .....	245
<b>Danuta Kunecka</b> , Restructuring in the healthcare sector and human resource management (HR).....	258

**Agnieszka Bem**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

---

## ZASTOSOWANIE MODELU ALZIRA W OCHRONIE ZDROWIA

---

**Streszczenie:** Partnerstwo publiczno-prywatne staje się coraz powszechniejszym sposobem rozwiązania problemu niedoboru środków inwestycyjnych w ochronie zdrowia. Specyfika modelu Alzira polega na przejęciu przez inwestora odpowiedzialności za świadczenie usług zdrowotnych dla określonej populacji w zamian za wynagrodzenie w formie kapitału. Artykuł prezentuje ewolucję modelu i ocenę funkcjonowania.

**Słowa kluczowe:** ochrona zdrowia, partnerstwo publiczno-prywatne, model Alzira.

### 1. Wstęp

Konieczność poszukiwania bieżącej równowagi w systemie finansowania ochrony zdrowia spycha na dalszy plan przedsięwzięcia związane z odtworzeniem istniejącej oraz budową nowej infrastruktury. W sytuacji dużego zapotrzebowania na kapitał w sektorze ochrony zdrowia jednym z rozwiązań może stać się partnerstwo publiczno-prywatne (PPP) – forma współpracy między sektorem publicznym i prywatnym w celu realizacji projektu lub świadczenia usług tradycyjnie dostarczanych przez sektor publiczny [Brzozowska 2010, s. 10]. Dzięki umowom typu PPP korzyści odnosi zarówno partner publiczny, którego ustawowym zadaniem jest zapewnienie dostępu usług publicznych (lub finansowanie), jak i prywatny, którego celem jest prowadzenie działalności gospodarczej i osiągnięcie zysku. Partnerstwo publiczno-prywatne stanowi więc alternatywę dla prywatyzacji, najczęściej niezbyt korzystnie postrzeganej przez opinię publiczną, ponieważ dostępność i jakość świadczeń pozostaje na tym samym poziomie (odpowiada za nie podmiot publiczny), natomiast w ręce podmiotu prywatnego zostają przekazane zadania związane z budową, finansowaniem, eksploatacją lub zarządzaniem przedsięwzięciem inwestycyjnym.

Celem artykułu jest prezentacja i ocena modelu Alzira, który został stworzony i wdrożony w Hiszpanii. Model ten może być rozpatrywany jako potencjalne rozwiązanie problemu niedoboru środków finansowych na inwestycje oraz alternatywa dla procesów prywatyzacyjnych również w Polsce, pomimo istnienia różnic w systemie finansowania ochrony zdrowia (system zaopatrzeniowy w Hiszpanii i system powszechnego ubezpieczenia w Polsce).

## 2. Obszary zastosowań partnerstwa publiczno- prywatnego w ochronie zdrowia

Partnerstwo publiczno- prywatne znajduje szerokie zastosowanie w sektorze ochrony zdrowia, a zakres projektów realizowanych w tej formule może obejmować:

- projekt i budowę szpitala: budowa obiektu, sprzęt medyczny, finansowanie kapitałowe;
- usługi pozakliniczne: urządzenie i obsługa informatyczna, stołówka, pralnia, sprzątanie, księgowość;
- usługi wsparcia klinicznego: laboratorium, diagnostyka, utrzymanie sprzętu medycznego;
- specjalistyczne usługi kliniczne: dializa, radioterapia, chirurgia jednego dnia, inne usługi specjalistyczne;
- zarządzanie szpitalem: zarządzanie jednym szpitalem lub siecią szpitali i klinik [Drapała 2007, s. 42].

Przy czym projekt może dotyczyć zarówno finansowania budowy, wyposażenia i eksploatacji nowych obiektów, jak i modernizacji, utrzymania i eksploataowania istniejących placówek.

W tabeli 1. przedstawiono najczęściej występujące na świecie formy umów PPP w sektorze ochrony zdrowia. Popularność poszczególnych rozwiązań jest zróżnicowana w różnych krajach. W Wielkiej Brytanii najczęściej stosowanym typem umów jest DBFO m.in. dlatego, że umożliwia finansowanie inwestycji infrastrukturalnych bez powiększania zadłużenia publicznego. Doświadczenia brytyjskie były wykorzystywane, choć w mniejszej skali, w Kanadzie, Portugalii, Hiszpanii i Irlandii. Alter-

**Tabela 1.** Modele partnerstwa publiczno- prywatnego

Model	Opis
Franchising	Władze publiczne zawierają z prywatnym podmiotem umowę na zarządzanie istniejącym szpitalem
DBFO ( <i>design, build, finance, operate</i> )	Podmiot prywatny projektuje inwestycję, opierając się na specyficznych wymaganiach określonych przez podmiot prywatny, finansuje, buduje i zarządza powstałym obiektem
BOO ( <i>build, own, operate</i> )	Władze publiczne kupują usługi zdrowotne na określony czas (np. 30 lat); po tym okresie właścicielem pozostaje prywatny dostawca
BOOT ( <i>build, own, operate, transfer</i> )	Władze publiczne kupują usługi zdrowotne na określony czas (np. 30 lat); po tym okresie właścicielem staje się podmiot publiczny
BOLB ( <i>build, own, lease back</i> )	Podmiot publiczny buduje obiekt, podmiot publiczny przejmuje obiekt w leasingu zwrotnym i zarządza nim
Model Alzira	Podmiot prywatny buduje i zarządza obiektem, zawierając z podmiotem publicznym kontrakt na dostarczanie usług zdrowotnych określonej populacji

Źródło: [McKee i in. 2006, s. 893].

natywny model – franchising, w którym nie powstaje nowa infrastruktura, a jedynie zostaje przejęte zarządzanie istniejącą jednostką, zaadaptowano przede wszystkim w Szwecji i we Włoszech [McKee i in. 2006, s. 890-898].

Model Alzira to model PPP, w którego ramach partner prywatny zobowiązuje się do budowy infrastruktury oraz dostarczenia zintegrowanych usług określonej populacji w zamian za wynagrodzenie w formie kapitału. Dalsza część opracowania zostanie poświęcona genezie modelu i ocenie jego funkcjonowania.

### 3. Geneza modelu Alzira

Z punktu widzenia genezy modelu Alzira istotne jest nakreślenie tła, a więc podstawowych zasad funkcjonowania ochrony zdrowia w Hiszpanii. Cechy charakterystyczne to:

- uniwersalny dostęp do świadczeń, finansowanych przede wszystkim przez środki publiczne;
- przekazanie zadań w zakresie ochrony 17 regionom (Comunidades Autónomas), które dysponują w tym zakresie daleko idącą autonomią [García-Armesto i in. 2010, s. 75].

Wydatki na usługi zdrowotne pochłaniają ok. 10% PKB (9,5% PKB w 2009 r.). Zdecydowana większość środków finansowych w systemie pochodzi ze źródeł publicznych (73,6% w 2009 r.). Wydatki *per capita* kształtują się w okolicy średniej dla państw OECD – na poziomie 3067 PPP USD w 2009 r. [OECD 2011].

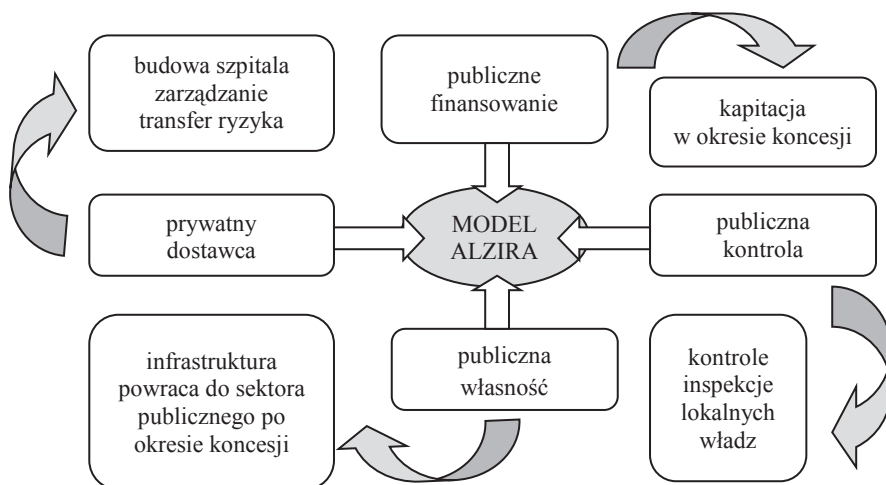
Środki publiczne, dominujące w systemie, pochodzą z podatków lokalnych i państwowych, których podział jest oparty na ponadregionalnym mechanizmie wyrównawczym. Autonomiczne regiony są podzielone na mniejsze jednostki administracyjne Área de Salud, które integrują działanie centrów medycznych, oraz na Zona de Salud lub Zona Básica de Salud, które obejmują populację 5000-20 000 mieszkańców, obsługiwanych przez szpital ogólny i centrum specjalistycznych świadczeń [Rechel i in. 2009, s. 11-13].

Model Alzira narodził w regionie Valencia (Comunidade Autónoma), w którym finansowanie świadczeń zdrowotnych dla ok. 5 mln mieszkańców pochłaniało ok. 40% rocznego budżetu. Departament Zdrowia (Área de Salud) La Ribeira, odpowiedzialny za świadczenia dla populacji ok. 250 000 osób, jest jednym z 22 w regionie [Pardo 2008]. W okresie inicjowania umowy o partnerstwie jako jedyny nie posiadał szpitala ogólnego, co skłoniło władze do poszukiwania innowacyjnych rozwiązań umożliwiających zapewnienie mieszkańcom świadczeń stacjonarnej opieki zdrowotnej, tym bardziej że władze już w 1982 r. podjęły polityczne zobowiązania związane z budową szpitala, ponieważ mieszkańcy musieli szukać pomocy w placówkach odległych o 40 km [Recheli in. 2009, s. 14-15].



#### 4. Model Alzira I (1999-2003)

Umowa o partnerstwie publiczno-prywatnym, która stała się bazą dla modelu Alzira, została zawarta w 1997 r. pomiędzy władzami a spółką celową, której zadaniem była budowa i zarządzanie nowym szpitalem. Spółkę celową utworzyły firma ubezpieczeniowa<sup>1</sup> Adeslas SA (51%) i spółka lokalnych banków Ribera Salud SA (45%), a pozostałe udziały objęły firmy budowlane Dragados i Lubasa (po 2%). Koszt budowy szpitala, który rozpoczął działalność w 1999 r., wyniósł ok. 61 mln EUR (według cen z 1999) [Acerete i in. 2011, s. 13-14].



Rys. 1. Zasady funkcjonowania modelu Alzira

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Trescoli 2006; Rechel i in. 2009].

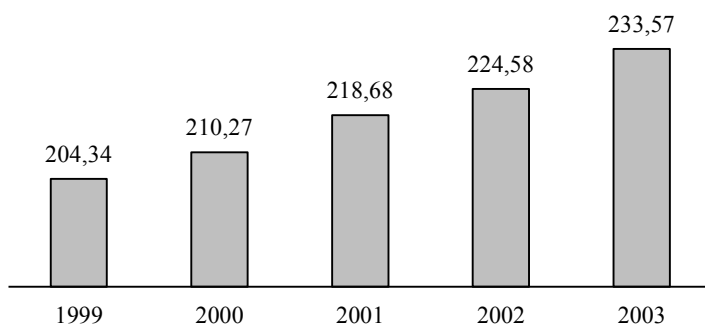
Umowa koncesyjna została zawarta na 10 lat z możliwością przedłużenia do 15 lat. Podstawowe zasady funkcjonowania porozumienia przedstawiono na rysunku 1. [McKee i in. 2006, s. 16; Trescoli 2006]:

- prywatny dostawca świadczeń: konsorcjum zostało zobowiązane do budowy, wyposażenia i zarządzania szpitalem oraz zapewnienia świadczeń zdrowotnych dla populacji ok. 250 000 osób (w początkowym okresie 230 000) w zamian za wynagrodzenie w formie kapitaacji – efektem wynagradzania w tej formie jest transfer ryzyka na operatora szpitala, którego obowiązkiem jest zapewnienie niezbędnych świadczeń (w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych); zaletą rozwiązania jest stały budżet (po stronie przychodów), który umożliwia długoterminowe planowanie (np. inwestycji);

<sup>1</sup> Oferująca prywatne ubezpieczenia zdrowotne i posiadająca sieć prywatnych placówek medycznych.

- publiczne finansowanie: w okresie trwania koncesji płatnik publiczny finansuje świadczenia zdrowotne na podstawie płatności kapitacyjnej, co z jego punktu widzenia ma kolosalne znaczenie w sytuacji ciągłej presji na zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia; początkowa wartość kapitaacji została ustalona na poziomie 204 EUR na osobę i miała rosnąć zgodnie ze wskaźnikiem inflacji (CPI) (rys. 2 i 3);
- publiczna kontrola: w ciągu całego okresu trwania umowy działalność szpitala podlega kontroli władz publicznych, zwłaszcza w zakresie dostępności i jakości świadczeń – płatność w formie kapitaacji nie stwarza bowiem bodźców do zwiększania liczby i jakości usług;
- publiczna własność: zbudowana infrastruktura po okresie zakończenia koncesji ma zostać przekazana władzom publicznym.

W związku z przyjętym kapitacyjnym systemem wynagradzania istotne dla funkcjonowania systemu było zbudowanie zachęt dla świadczeniodawcy, które stwarzałyby bodźce dla zwiększania jakości i liczby udzielanych świadczeń. Rolę taką odgrywa mechanizm „pieniądze za pacjentem” – w przypadku gdy pacjent należący do obszaru działania szpitala wybiera inną placówkę, szpital jest zobowiązany do pokrycia 100% kosztów udzielonego świadczenia opartego na DRG (Diagnosis Related Group, Jednorodne Grupy Pacjentów). Jednocześnie szpital otrzymuje 80% kosztów świadczeń (DRG) za pacjentów spoza obszaru działania. Różnica ma zniechęcać do przyjmowania zbyt wielu pacjentów spoza rejonu, co potencjalnie mogłoby zmniejszyć dostępność usług dla „rodzimych” pacjentów [Serranoi in. 2010, s. 4].



**Rys. 2.** Wysokość stawki kapitacyjnej w okresie pierwszej umowy PPP w latach 1999-2003

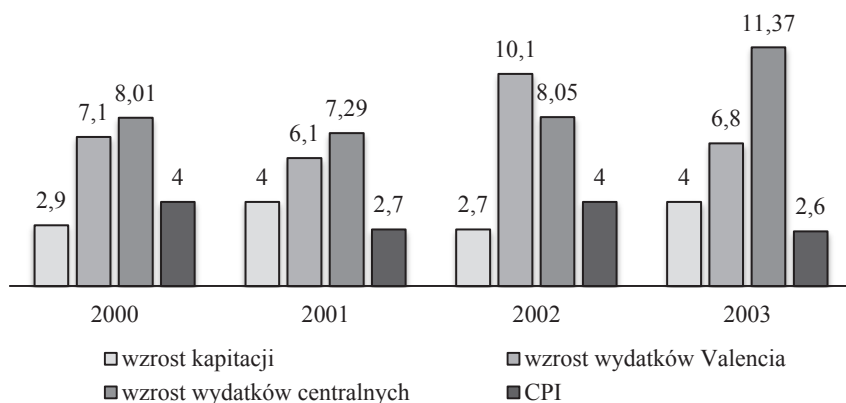
Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Acerete i in. 2011, s. 36].

Umowa PPP w kształcie z roku 1997 funkcjonowała w latach 1999-2003. Nie można jej było kontynuować w dotychczasowym kształcie z kilku przyczyn [Acerete i in. 2011, s. 14-19]:

- straty ponoszone przez inwestora, spowodowane m.in. niską stawką kapitacyjną, która w 1999 r. wynosiła 204 EUR, przy wydatkach *per capita* w regionie

na poziomie 362 EUR (świadczenia szpitalne i specjalistyczne ambulatoryjne); w okresie 1999-2003 stawka wzrosła o 14%, przy 28-procentowym wzroście wydatków na świadczenia zdrowotne w regionie (rys. 2, 3);

- konieczność tworzenia rezerwy związanej z przekazaniem infrastruktury sektorowi publicznemu po wygaśnięciu umowy (3,5% kosztów operacyjnych);
- problemy z płynnością i większe zapotrzebowanie na kapitał doprowadziły do wzrostu wskaźnika długu do kapitału własnego (co zaniepokoiło banki finansujące projekt);
- wzrost kosztów finansowania kapitału (4,1-5,9%), m.in. w związku z podniesieniem stóp procentowych;
- brak koordynacji między POZ a opieką specjalistyczną – część pacjentów POZ była kierowana do placówek spoza rejonu, co generowało dodatkowe koszty dla szpitala (średni koszt świadczenia w szpitalu La Ribeira jest ok. 20-25% niższy niż średnio w regionie).



**Rys. 3.** Wzrost kapitaacji, wydatków centralnych i regionalnych na ochronę zdrowia oraz wskaźnik inflacji (CPI) w latach 2000-2003

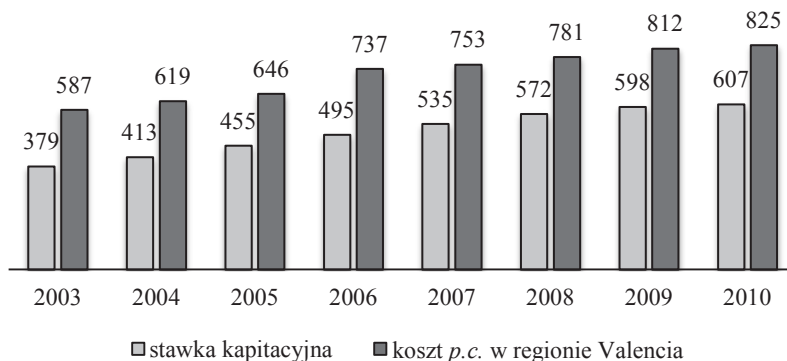
Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [Acerete i in. 2011, s. 36].

W efekcie ponoszonych strat kontynuowanie działalności okazało się na tyle problematyczne, że w 2003 r. doszło do zakończenia umowy – władze publiczne wykupiły infrastrukturę łącznie za 3,9 mln EUR (43,3 mln EUR i 26 mln EUR odszkodowania za utracone zyski). Następnie inwestor, w drodze otwartego przetargu, odkupił infrastrukturę za 72 mln EUR i zawarł nową umowę koncesyjną [Acerete i in. 2011, s. 20].

## 5. Model Alzira II (2003-2018)

Nowa umowa koncesyjna, zawarta w 2003 r., wprowadziła uregulowania, które w istotny sposób wpłynęły na funkcjonowanie szpitala. Została zawarta na dłuższy okres, 15 lat, z możliwością przedłużenia o kolejne 5, i objęła nie tylko świadczenia opieki stacjonarnej i specjalistycznej, ale również podstawowej opieki zdrowotnej. Inwestor zobowiązał się do zainwestowania kolejnych 68 mln EUR w centra opieki świadczące usługi POZ i specjalistyczne ambulatoryjne [Acerete i in. 2011, s. 20-21].

Zmianie uległy również uregulowania w zakresie ustalania stawki kapitacyjnej. Za bazową w roku 2003 przyjęto 379 EUR rocznie (co oznacza wzrost w stosunku do stawki 233,57 EUR w 2003 r. wynikającej z wygasłej umowy – choć wzrost jest w dużej mierze rezultatem zwiększenia zakresu świadczonych usług o POZ). Stawka jest obecnie rewaloryzowana nie na podstawie wskaźnika inflacji, lecz wskaźnika wzrostu budżetu ochrony zdrowia dla regionu Walencja, co jest zdecydowanie korzystniejsze z punktu widzenia inwestora (rys. 3). Jednocześnie nowa umowa wprowadziła ograniczenia dotyczące zysków inwestora do ROI na poziomie 7,5% – w przypadku osiągnięcia wyższej stopy zwrotu nadwyżka ma być odprowadzona do publicznego budżetu [Rechel i in. 2009, s. 17]. Wzmocniono również zachęty do ograniczania przyjęć pacjentów spoza regionu, pomijając fakt, że szpital za „zewnętrznych” pacjentów otrzymuje tylko 80% kosztów leczenia – umowa przewiduje 12,5-procentowe dyskonto dla kapitaacji, gdy wpływy z leczenia „zewnętrznych” pacjentów przekroczą 20% budżetu, aż do 25%, gdy przekroczą 40%. Efektem zmian była poprawa sytuacji finansowej szpitala, jednak wskaźnik ROI (według inwestora) nadal kształtuje się na poziomie 1-2% (1,6% w 2009 r.) [Acerete i in. 2011, s. 21-22].



**Rys. 4.** Składka kapitacyjna i koszty *per capita* usług zdrowotnych w regionie Walencja w latach 2003-2010

Źródło: opracowanie własne, na podstawie: [The search for low-cost integrated healthcare 2011, s. 8; Acerete i in. 2011, s. 36].

Włączenie podstawowej opieki zdrowotnej do zakresu usług świadczonych przez zarządzającego szpitalem umożliwiło integrację usług POZ, specjalistycznych i stacjonarnej opieki, co poprawiło zarządzanie „strumieniem” pacjentów i doprowadziło do zmniejszenia liczby zbędnych hospitalizacji poprzez skierowanie ich do centrów ambulatoryjnych. Kluczem do sukcesu okazał się system o kulturze organizacyjnej zorientowanej na pacjenta – umożliwia swobodny wybór lekarza, szeroki dostęp do świadczeń (w godzinach 8.00-21.00), redukuje czas oczekiwania na świadczenia (maksymalnie 90 dni w przypadku procedur chirurgicznych). W efekcie wskaźnik zadowolenia pacjentów na poziomie 9,1 (w skali 0-10) jest zdecydowanie wyższy niż średni w regionie Walencja – 7,2 [The NHS Confederation 2011, s. 13].

## 6. Podsumowanie

Model Alzira stworzony w Hiszpanii jest obecnie dość szeroko wykorzystywany w krajach o zaopatrzeniowym systemie finansowania ochrony zdrowia (przede wszystkim w Wielkiej Brytanii, gdzie formuła partnerstwa publiczno-prywatnego jest jedną z uznanych form dostarczania dóbr publicznych). Z punktu widzenia podmiotów publicznych, zwykle cierpiących na niedobory środków, zwłaszcza na zadania inwestycyjne, oznacza to możliwość wytworzenia nowoczesnej infrastruktury. Niebagatelne znaczenie ma sposób finansowania świadczeń w formie kapitulacji, co stabilizuje wydatki na ochronę zdrowia i pozwala planować ich wysokość w lokalnych budżetach. W omawianym przypadku łączne koszty świadczeń są średnio o 20-25% niższe niż w innych placówkach w regionie [Pardo 2008, s. 20].

Platność kapitulacyjna oznacza całkowity transfer ryzyka na świadczeniodawcę, co stawia przed zarządzającymi jednostką wysokie wymagania i kładzie nacisk na poprawę efektywności działania (np. poprzez skrócenie średniego czasu hospitalizacji). Źródłem części oszczędności są również systemy wynagradzania<sup>2</sup>, które wymuszają dłuższy czas pracy personelu (poprzez powiązanie z efektami pracy) – zdaniem związków zawodowych niższe koszty wiążą się przede wszystkim z niedoborem kadr medycznych (na poziomie ok. 25%) [Bes 2009, s. 892-893], przy czym koszty osobowe stanowią ok. 85% kosztów świadczeń [Acerete i in. 2011, s. 37].

Z pewnością wdrożenie modelu ma wiele zalet z punktu widzenia partnera publicznego. Jednak z punktu widzenia prywatnego inwestora wskaźnik ROI na poziomie 1-2% wydaje się zdecydowanie za niski dla podjęcia projektu, co nie dyskwalifikuje modelu, ale wymusza ostrożniejsze kalkulowanie poziomu stawki kapitulacyjnej. Przedstawiciel konsorcjum stwierdził, że nie do przecenienia są korzyści wynikające z korzystnego wizerunku firmy, co pomaga pozyskiwać klientów w innych dziedzinach działalności przedsiębiorstwa [Bes 2009, s. 892] – dla wielu potencjalnych inwestorów to prawdopodobnie za mało.

---

<sup>2</sup> W szpitalu funkcjonują 2 systemy wynagradzania: 27% pracowników wcześniej zatrudnionych jest opłacanych na podstawie zasad przewidzianych dla sektora publicznego, 73% jest wynagradzanych jak w sektorze prywatnym.

Czy model Alzira mógłby być zastosowany również w Polsce? Odpowiedź na to pytanie z pewnością wymaga pogłębionej analizy, przekraczającej ramy niniejszego opracowania. Należy jednak stwierdzić, że różnica pomiędzy zaopatrzeniowym (hiszpańskim) a ubezpieczeniowym (polskim) systemem finansowania ochrony zdrowia nie jest znacząca z punktu widzenia funkcjonowania modelu, przede wszystkim z uwagi na istnienie dominującego publicznego płatnika (NFZ)<sup>3</sup>. Implementacja modelu wydaje się możliwa na poziomie dużego powiatu lub związku powiatów (mając na uwadze, że średnia liczba mieszkańców powiatu w Polsce wynosi ok. 88 tys. i populacja taka może być zbyt niska dla korzystnego rozłożenia ryzyka). Inne problemy, które należy podkreślić, to:

- nieprecyzyjnie określony koszyk świadczeń gwarantowanych (co generuje istotne ryzyko z punktu widzenia wynagrodzenia w formie kapitału);
- koordynacja pomiędzy POZ a opieką stacjonarną – potencjalny inwestor musiałby rozważyć nawiązanie współpracy z istniejącą siecią POZ (w tym z podmiotami prywatnymi), z uwagi na dobrze rozwinięty w Polsce ten sektor opieki zdrowotnej;
- wysokie nakłady inwestycyjne związane z budową infrastruktury, które są barierą dla wielu inwestorów – ewentualnym rozwiązaniem mogłoby tu być przejście istniejącego szpitala (co zmniejsza skalę niezbędnych inwestycji).

## Literatura

- Acerete B., Stafford A., Stapleton P., *Spanish healthcare Public Private Partnerships: the 'Alzira model'*, "Critical Perspectives on Accounting" 2011, vol. 22, issue 6.
- Bes M., *Spanish health district tests a new public-private mix*, "Bulletin of the World Health Organization" 2010, vol. 87.
- Brzozowska K., *Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie. Cele, uwarunkowania, efekty*, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Drapała A., *Partnerstwo publiczno-prywatne szansą dla anestezjologów*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2007, nr 1.
- García-Armesto S., Abadía-Taira M., Durán A., Hernández-Quevedo C., Bernal-Delgado E., *Spain. Health system review*, "Health Systems in Transition" 2010, vol. 12/4.
- McKee M., Edwards N., Atun R., *Public-private partnerships for hospitals*, "Bulletin of the World Health Organization" 2006, vol. 84.
- OECD Health Data 2011.
- Pardo J.L., *Spanish Alzira Model. NHS contracting out a geographical area*, 4th International Health Summit, Prague 7, April 2008.
- Rechel B., Erskine J., Dowdeswell B., Wright S., McKee M., *Capital Investment. Case studies from Europe*, "Observatory Studies Series" 2009, no. 18.
- Serrano C.T., Morato T.Q., Ferrer M.M., *The Alzira Model: PPP in an Integrated Health Services Organization*, "Euro Observer" 2010, vol. 12, no. 1.

---

<sup>3</sup> Co nie wyklucza możliwości finansowania w tym modelu pacjentów ubezpieczonych w innych podmiotach, tym w prywatnych.

Sikora D., *Budżet dofinansuje remonty w szpitalach i przychodniach*, "Gazeta Prawna" 30.12.2008.

*The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia*, The NHS Confederation. NHS European Office, Brussels 2011.

Trescoli C., *Alzira model: a PPP experience. Planning & Investing for Health*, Budapest 9-21 April 2006.

## APPLICATION OF ALZIRA'S MODEL IN THE HEALTH CARE SECTOR

**Summary:** The public-private partnership is becoming a more and more popular way to solve the problem of the shortage of investment in health care. Alzira's model consists in taking over by the investor the responsibility for providing health services for specific population in return for the remuneration in the form of capitation. The article presents the evolution of the model and the evaluation of the operation.

**Keywords:** healthcare, public-private partnership, Alzira's model.