
Magánszolgáltatók az EU tagországok egészségügyi ellátásában



Egészségügyi Rendszertudományi Iroda

2008. május

Tartalom

Vezetői összefoglaló.....	3
<i>A magánszereplők súlya az egészségügyi szolgáltatásokban.....</i>	<i>3</i>
<i>A magánszereplők erősödésének okai.....</i>	<i>5</i>
<i>A magánszerep jövője.....</i>	<i>6</i>
<i>Összefoglaló táblázat az egészségügyi szolgáltatók tulajdonviszonyairól.....</i>	<i>7</i>
Részletek.....	13
<i>Régi tagországok - társadalombiztosítási rendszerek.....</i>	<i>13</i>
Németország.....	13
Ausztria.....	16
Hollandia.....	18
Franciaország.....	19
Belgium.....	20
Luxemburg.....	20
<i>Régi tagországok - állami egészségügyi szolgálatok.....</i>	<i>21</i>
Egyesült Királyság.....	21
Írország.....	24
Svédország.....	25
Finnország.....	25
Dánia.....	26
Olaszország.....	26
Portugália.....	27
Spanyolország.....	27
<i>Új tagországok.....</i>	<i>28</i>
Magyarország.....	28
Csehország.....	29
Szlovákia.....	29
Lengyelország.....	30
<i>Források:.....</i>	<i>32</i>

Vezetői összefoglaló

Tényként fogadható el, hogy Európa hagyományosan sok állami funkcióval meghatározott egészségügyi ellátásában a magánszerep erősödik (ennek bizonyítására elegendő a magán kórházi ágyak összes ágyszámon belüli arányát tekinteni, amely az EU-ban az 1980-as 15%-ról 2006-ra 21%-ra emelkedett). A magánszerep erősödése az európai szolidaritási, méltányossági értékek, az ellátás univerzális biztosításának elve miatt korlátozottan jelenik meg az egészségügy finanszírozásában, annál erőteljesebben jellemzi az egészségügyi szolgáltatások különböző szintjeit. A szolgáltatásokban a magánszerep legerősebb formája a tulajdonjog birtoklása. Vannak területek, amelyekben a magántulajdon erőteljesebb, mint másokban: pl. fogászat, pszichoterápia, fizioterápia, idősek krónikus ellátása. A magántulajdonban lévő szolgáltatók mellett több egyéb példa is tükrözi a magán megjelenését: az egészségügyi szolgáltatók menedzsmentjének magánszereplőre bízása (pl. Németország közkórházainak gyakorlata), a működésbe magánszereplő bevonása (egyres területek, pl. mosoda, étkeztetés, biztonsági szolgálat, adminisztratív szolgáltatások kiszervezése - outsourcing, vagy ezek működtetésére saját cég létrehozása - insourcing, diagnosztikai és egyéb szolgáltatások magáncégtől vásárlása), a beruházásokba magánforrások bevonása (angol NHS kórházakba történő magántőke befektetés). Ezek a területek többé-kevésbé le is fedik a magán előfordulását a közfinanszírozott egészségügyi ellátásban.

Az állami és magánszolgáltatók között nehéz éles határvonalat húzni, hasonlóképpen nincsenek csak az egyikkel vagy csak a másikkal azonosítható tulajdonságok sem. Hagyományosan a magánszektort a piaccal kerül összefüggésbe, holott több helyen pl. a piacnál erőteljesebb az állami szabályozás hatása a magánszereplők működésére (pl. Franciaország magánkórházainak tarifáit is az állam határozza meg). A magánszereplő a versennyel sem azonosítható, magánszereplő is lehet monopol helyzetben. A magán és a köz a működésben sem határolódik feltétlenül el. A járóbeteg ellátást pl. nyújthatja önállóan, vagy másokkal együtt rendelő magánvállalkozás kereteiben dolgozó orvos a saját rendelőjében vagy köztulajdonban lévő rendelőben. A köz és a magán együttműködésére jellemző pl. a köztulajdonban lévő kórházak vezetésének magánkézbe adása. Egy másik új modell - az Egyesült Királyságban Private Finance Initiative elnevezéssel jellemzik - lényege az, hogy a köztulajdonú kórházak a magánszektortól kölcsönöznek pénzt az infrastruktúra fejlesztésére. Az egészségügyi szolgáltatók gyakran egyszerre rendelkeznek a köz- és a magánellátókra jellemző tulajdonságokkal, szereplőkkel, ezért sokkal inkább jellemezhetők az állami-magán valamilyen keverékével (public-private mix).

A magánszereplők súlya az egészségügyi szolgáltatásokban

A magánszolgáltatók szerepe különböző az egyes országokban. Általánosságban úgy tűnik, hogy a közfinanszírozott magánszereplő a régi EU tagországok tekintetében a biztosítási rendszerekkel jellemezhető országokban jelentősebb (magánpraxisok az alap és járóbeteg ellátásban, magánkórházak a fekvőbeteg ellátásban). Az állami egészségügyi rendszerekben gyakrabban fordul elő, hogy a magánszolgáltató alapítása, működése ellenállásba ütközött (Svédországban a magánpraxisok létrehozásának lehetősége a 90-es években hol támogatott, hol ellenzett volt), mégis terjedő. Változó annak a gyakorlata is, hogy a magántulajdonban lévő szolgáltató részesül-e közfinanszírozásban. Az alapellátásban kötődik mindenütt legszorosabban a közfinanszírozás a magánszolgáltatókhoz. A Járóbeteg szakellátásban és a fekvőbeteg ellátásban Írországban, Angliában

a magánszolgáltatók állami finanszírozása szerződések alapján az állami szektor várólistáinak megszüntetésére irányul. Az önkormányzatok, mint az ellátási felelősei magánszolgáltatóktól is vásárolhatnak szolgáltatásokat Finnországban is, Svédországban is, vagy a déli országokban (Spanyolország, Olaszország) is, a magánszolgáltatók finanszírozása azonban nem teljes, a betegek választása bármely magánszolgáltatóra nem terjed ki. A biztosítási rendszerekkel működő országokban a magánszolgáltatók az ellátók szerves részét képezik, az alapellátás, járóbeteg szakellátás teljes egészét lefedik és a fekvőbeteg ellátásban is egyre jelentősebb a szerepük.

A társadalombiztosítással működő országokban a házi orvosok általában szerződés alapján dolgozó szabadfoglalkozásúak, míg a nemzeti egészségügyi szolgálatokat fenntartó országokban lehetnek szabadfoglalkozásúak (Egyesült Királyság), vagy fizetéssel rendelkező közalkalmazottak (Finnország). A kelet-európai új tagországokban közfinanszírozott magánszolgáltatókkal főként az alapellátásban (házi orvosi praxisok), szakorvosi ellátásban (Csehország, Szlovákia) és a gyógyszerellátásban (patikák) találkozhatunk.

A régi EU tagállamok közül Észak-Európában, a nemzeti egészségügyi szolgálattal rendelkező országokban (pl. a skandináv országokban és az Egyesült Királyságban) a kórházi ágyaknak kevesebb, mint 10%-a privát. Angliában a magánszektor és az állami egészségügy szorosabb együttműködése 2005-ben kezdődött. A kormány a magánszektorra veszi igénybe a várólisták csökkentése érdekében. 2005-2010 között 3 milliárd fontot meghaladó szerződéseket kötnek a független ellátó központokkal (Independent Sector Treatment Centres, ISTC), az összes elektív műtét 11%-át várhatóan a magánszektor fogja végezni.

A dél-európai, szintén nemzeti egészségügyi rendszert fenntartó országokban magasabb a magán kórházi ágyak százalékos aránya, Olaszországban, Portugáliában és Spanyolországban 23-35% között mozog, s ezeknek mintegy fele for-profit intézményben található.

A társadalombiztosítási rendszert fenntartó nyugat-európai országokban a kórházi ágyak kb. 45%-a privát (főleg non-profit), nagyobb, mint a nemzeti egészségügyi rendszerekkel jellemzett államokban. Hollandiában a kórházi ágyak 90%-a magánkézben van, non-profit intézményként. Belgiumban a non-profit kórházakban működő ágyak az összes ágy közel 60-70%-át teszik ki. Franciaországban 35% körül van a magánkórházi ágyak részesedése az összes ágyból, ennek for-profit és non-profit megoszlása 20-15%. Németországban az összes ágy 45%-a magán, ebből 12% for-profit, 33% non-profit intézményben található. Tekintettel arra, hogy ezekben az országokban a vásárló és a szolgáltató különválása természetes, minden köztulajdonban lévő kórház vezetése is rendelkezik bizonyos fokú függetlenséggel, és az intézmények autonóm illetve gyakran társasági formában működnek.

Az új EU tagországokban a kórházi ágyak mindössze 5-6%-a van magántulajdonban (Ciprus és Csehország kivételével, ahol az arány 50-18%, mindenütt csak néhány százalékos részesedés jellemzi a privát ágyakat), túlnyomó részük köztulajdonban van, többségük a helyi önkormányzatokhoz tartozik, kisebb hányaduk pedig a központi kormányzathoz. Több országban napirenden van a kórházak átalakulása gazdasági társaságokká, elsősorban részvénytársaságokká (pl. Szlovákia, a kormányváltás azonban a folyamatot leállította, Csehország, Lengyelország), az átalakított önkormányzati tulajdonú kórházakban leginkább továbbra is az önkormányzat az egyedüli tulajdonos. Kétségkívül nagyobb az esély azonban a magántulajdon, magánbefektető bevonására.

A magánszereplők erősödésének okai

- ▶ A privatizáció megjelenése a politikai orientációkban és preferenciákban jellemző változásokat is tükrözi. Európa szerte erősödik a neoliberális megközelítések súlya a közpolitikákban, ezzel együtt az egészségügyi ellátásban is. A privatizációtól a politika azt reméli, hogy nő a teljesítmény, a társadalmi jólét, javul az ellátás minősége. Az állami szolgáltató szervezet magánszervezetté alakítása a várakozások szerint javítja a hatékonyságot. Piaci versenyben a magánszervezet életképesebb, mint az állami. A jobb teljesítmény iránti elvárás elsősorban a nem klinikai területeken jellemző.
- ▶ Szerepe van a privatizációban a költségvetési megszorításoknak is. A költségek felügyelet alatt tartása a 70-es évek óta feladat Európában. A költség kontroll kikényszeríti az ellátás racionalizálását, ennek eszköze lehet a privatizáció pl. az outsourcing-on keresztül.
- ▶ A privatizációt segíti az állami rendszerek elégtelen működése is. Az állami rendszert jellemző alacsony minőség, magas várólisták helyett a betegek támogathatják a magánellátást.
- ▶ Hasonlóan segítő befolyásoló tényező a jólét növekedése, amely keresletet teremt a magánszolgáltatások iránt (ha azok csak részben vagy egyáltalán nem tartoznak is közfinanszírozás alá).
- ▶ Változik az orvosi technológia is. A high-tech-ről alacsonyabb szintre kerül számos eljárás, a fekvőbeteg ellátás helyett az egynapos ellátás és a járóbeteg ellátás old meg több problémát. Jó példa erre a cataract sebészet, amely high-tech beavatkozásból mára rutin eljárássá vált, nem igényelve széles infrastruktúrát. Így tehát a korábban nagy (állami) kórházakban végezhető ellátások kis magánklinikákon is kivitelezhetőkké váltak.
- ▶ A privatizáció nem választható el a tágabb politikai, társadalmi fejlődéstől (német egyesülés, kelet-európai rendszerváltások), amelyben a központi állami tervezéstől a piaci versenyre, az egyéni felelősségre, a fogyasztói választásokra helyeződik a hangsúly.

A privatizáció komplex folyamat, sokkal inkább a különböző determinánsok eredménye, mint önmagában meghatározott cél. A privatizációnak vannak korlátai is. Csak az egészségügyi szolgáltatások területét nézve többek között az alábbi ellenérveket említi a magánszerep növekedése kapcsán:

- ▶ A hatékony makro költség kontroll ellehetetlenülése
- ▶ Költség elvonás a közszférától,
- ▶ A haszon lefőlzése a magánszférában,
- ▶ Az állam növekvő függősége a magánszereplőktől,
- ▶ Korlátozott hozzáférés az ellátáshoz,
- ▶ A nyilvános elszámoltathatóság kisebb esélye.

Korlátot jelenthet az egészségügyi ellátás intézményes struktúrája is. Az egészségügyi reformok főként a korporatista kormányzati struktúrák miatt ritkán követnek radikális mintákat. Jellemzők rájuk a konszenzus keresés, a politikai kompromisszumok. Hasonlóképpen gátolhatja a folyamatot a központi állami és helyi szintek viszonya is. Svédországban és Dániában pl., ahol a megyék szerepe jelentős, a helyi politikai erők nehezen adják fel az egészségügy fölötti befolyásukat. Működik ez ellenkezőképpen is, amikor a központi kormányzat keresztezi a helyi privatizációk útját.

A magánszerep jövője

A jövőt illetően az egészségügyi szolgáltatásokban a magán erősödése várható minden területen. Ha a magánszolgáltatók szerződnek a közfinanszírozást nyújtó intézményekkel, mint ahogy ez ma Franciaország és Németország legtöbb for-profit kórházában tapasztalható, nem sérül a szolgáltatásokhoz való univerzális hozzáférés elve. Minden bizonnyal bővül az állami és magánszféra együttműködése, a szolgáltatások nyújtására vonatkozó hosszú távú szerződésekkel, a kockázat és a profit megosztásával (Angliában a Virgin magánegészségügyi központok hálózatában működő GP-k részesülni fognak a központok nyereségéből).

Fontos kérdés, hogy a privatizáció hogyan hat az egészségügy kulcsfontosságú paramétereire, mint a költségek, a fenntarthatóság, a hatékonyság, az elérhetőség, a szolidaritás, az ellátás minősége, az egészségi állapot, vagy a választás szabadsága. Képes-e jobban teljesíteni egy nagyobb magánrészesedéssel bíró rendszer a meghatározóan államinál? Ennek megválaszolására ma még nincsenek megfelelő eredmények, a válasz a jövő kutatásaiban rejlik.

Összefoglaló táblázat az egészségügyi szolgáltatók tulajdonviszonyairól

	Alapellátás	Járóbeteg szakellátás	Fekvőbeteg ellátás	Speciális ellátások
Ausztria	Teljes egészében önálló magánpraxis Szerződés: társadalombiztosítókkal, a kereteket az Osztrák Társadalombiztosítók Főszövetsége és az orvosi kamarák határozzák meg (honorárium, szolgáltatások, szolgáltatók száma)	Önálló magánpraxis, szakrendelő, egészségügyi központ, kórházi ambulancia Szerződés: társadalombiztosítókkal, a kereteket az Osztrák Társadalombiztosítók Főszövetsége és az orvosi kamarák határozzák meg	Magántulajdonban van az ágykapacitás 26,7%-a. Közülük az ágykapacitás 11%-a non-profit érdekeltséggel, 15%-a profitérdekeltségű magántulajdonban működik.	
Belgium	Többnyire privát egyéni praxis, ill. terjed a csoportpraxis	Többnyire privát egyéni praxis, ill. terjed a csoportpraxis	2006-ban az ágyak 61%-a magán, 39%-a állami tulajdonban	
Bulgária				
Ciprus	állami és privát praxis			
Cseh Köztársaság	privát praxis	Többnyire privát praxis	Részvénytársasági formában működő magánkórházban található az ágyak 18%-a	A diagnosztikai, laboratóriumi, RTG, ultrahang szolgáltatásokat többnyire privát intézmények végzik
Dánia	Általában magán csoportpraxis	Privát praxis	Döntően állami tulajdonban lévő kórházak, csak néhány magán kórház (főleg elektív szolgáltatások területén)	

	Alapellátás	Járóbeteg szakellátás	Fekvőbeteg ellátás	Speciális ellátások
Egyesült Királyság	NHS-szel szerződésben álló szabadfoglalkozású orvosok.	A szakellátás a háziorvosi trösztök (PCT-k) vagy az NHS (kórházi) trösztök keretein belül történik.	Az ellátást többségében az állami egészségügyi intézményrendszer nyújtja, a kórházakat az NHS-trösztök menedzselik.	Krónikus ellátásban erőteljes magánszerep növekedés volt 2001-ig az állami ellátás hiányainak kitöltésére, azóta törvényi változások miatt visszaesés.
Észtország	privát egyéni v. csoportpraxis	Többségében kórházi ambulanciák, állami, önkormányzati tulajdonban	Többség állami, önkormányzati kórház	
Finnország	Többszörre állami praxisban dolgozó orvosok,	Állami és magán praxisok, melyek aránya szolgáltatásonként változó (döntően privát: szemészet, fogászat, szülészet-nőgyógyászat)	Döntően állami kórházak. 2006-ban 4,03% volt a magán kórházi ágyak aránya az összes kórházi ágyon belül.	
Franciaország	Elsősorban magán praxisok	Többségében privát egyéni praxis	2000-ben a kórházak 38%-a for-profit, 32%-a állami, 30%-a non-profit.	
Görögország	állami és a biztosítókkal szerződésben álló magán praxisok			
Hollandia	Biztosítókkal szerződésben álló magánorvosok.	A szakorvosok a kórházzal (járóbeteg osztály) szerződéses viszonyban álló független vállalkozók.	Kórházak több mint 90%-a magánjellegű non-profit intézmény, 10%-a állami egyetemi kórház.	

	Alapellátás	Járóbeteg szakellátás	Fekvőbeteg ellátás	Speciális ellátások
Írország	HSE-vel szerződésben álló szabadfoglalkozású orvosok.	Vegyes állami alkalmazotti és privát praxis.	1. a regionális testületi kórházak (77); 2. állami finanszírozású non-profit magánkórházak (30); 3. profitorientált magánkórházak (18).	
Lengyelország	állami és privát (egyéni és csoport) praxis		Főként állami, önkormányzati kórházak	Outsourcing: labor, magáncégek szerepet vállalnak a dialízis központok és a mentőszolgálat szolgáltatásaiban is
Lettország	Többség önkormányzati rendelő, de növekvő privát egyéni v. csoportpraxis	Egészségügyi centrumok, részben az orvosok tulajdonában, részben kommunális tulajdonban valamint magánorvosok egyéni és csoportpraxisban	Főként állami, önkormányzati intézmények, non-profit formában működtetve, helyenként az alkalmazottak szövetkezetei	
Litvánia	Növekvő privát egyéni v. csoportpraxis	Rendelőintézetek, egészségügyi központok, állami, önkormányzati tulajdonban	Állami, önkormányzati tulajdon a meghatározó	

	Alapellátás	Járóbeteg szakellátás	Fekvőbeteg ellátás	Speciális ellátások
Luxemburg	Privát egyéni praxis		14 kórházából egy, a szülészeti ellátást nyújtó intézmény profit-orientált. A további 13 létesítmény vagy non-profit szervezetek kezelésében működik, vagy helyhatósági irányítás alatt áll.	
Magyarország	Magántulajdon aránya (a szolgáltatók száma alapján) 75% (a háziorvos 86,5%), a finanszírozás összege alapján 70.4% (a háziorvos 85,3%) Ellátási felelősség az önkormányzaté	Magántulajdon aránya (a szolgáltatók száma alapján) 34%, a finanszírozás összege alapján 16,9% A működtető (Hospinvest, Medisyst) magán a rendelők 0,5%-ában. Ellátási felelősség az önkormányzaté.	Magántulajdon aránya (a szolgáltatók száma alapján) 25,3%, a finanszírozás összege alapján 6,2% A működtető (Hospinvest, Medisyst) magán a kórházak 2,2%-ában Ellátási felelősség az önkormányzaté.	CT, MRI szolgáltatók 22,6%-a magán (finanszírozási összeg alapján 24,6% magán) Házi szakápolók 91,1%-a magán (finanszírozási összeg alapján 94,7% magán) művesekezelők 40,9%-a magán (finanszírozási összeg alapján 91,2% magán)
Málta	Többségében magán, kisebb részben állami praxis			

	Alapellátás	Járóbeteg szakellátás	Fekvőbeteg ellátás	Speciális ellátások
Németország	Teljes egészében önálló magánpraxis, csoportpraxis, praxishálózat. társasági forma: polgárjogi társaság, kft, közhasznú kft. (pl. egészségügyi ellátóközpontok), rt. (pl. praxishálózatok) Szerződés: Pénztári Orvosok Egyesülete vagy közvetlenül a pénztárakkal	Önálló magánpraxis, csoportpraxis, praxishálózat, kórházi ambulancia társasági forma: polgárjogi társaság, kft, közhasznú kft. (pl. egészségügyi ellátóközpontok), rt. (pl. praxishálózatok) Szerződés: Pénztári Orvosok Egyesülete vagy közvetlenül a pénztárakkal	Az összes ágy 45%-a magán, ebből 12% for-profit, 33% nonprofit intézményben található. Magán kórházfenntartók társasági formái: kft., közhasznú kft., rt., közhasznú rt. Állami és közhasznú fenntartók: főként közhasznú kft.	Outsourcingban magán-szolgáltatóknak: beszerzés, konyha, tisztító, mosoda, futárszolgálat, labor, radiológia, management tevékenység, informatikai, dokumentáció
Olaszország	Az orvosok többsége az állami egészségügyi rendszeren belül alkalmazottként vagy szerződéses alapon tevékenykedik		Többnyire állami tulajdonban. 2005-ben a kórházi ágyak 23,13%-át tették ki a magánkórházi ágyak. A magánkórházak többsége szerződésben áll a nemzeti egészségügyi szolgálattal	
Portugália	Az alapellátást állami (alapellátó központok az NHS-en belül) és magánegészségügyi ellátók (egyéni és csoportpraxisban, szerződésben az NHS-el) együtt nyújtják	A járóbeteg-ellátás helyszíne általában a kórház. A kórházi orvosok látják el az ambuláns feladatokat is.	2002 óta a public-private partnership a meghatározó forma. 2005-ben a magánkórházi ágyak az összes kórházi ágy 24%-át tették ki.	Magán szektor elsősorban a fogorvosi ellátás, laborvizsgálatok, radiológia területén.
Románia				

	Alapellátás	Járóbeteg szakellátás	Fekvőbeteg ellátás	Speciális ellátások
Spanyolország	Állami csoportpraxisok , ahol közalkalmazottak dolgoznak	Állami csoportpraxisok , ahol közalkalmazottak dolgoznak	A kórházi ellátás 15-20%-át non profit magánkórházak biztosítják. (Katalóniában 2/3-át). 2005-ben az összes kórházi ágy 34,29%-át tették ki a magánkórházi ágyak.	
Svédország	Állami (90%) vagy magán praxis (10%)	Állami (90%) vagy magán praxis (10%)	Döntően állami, csak néhány magán kórház	A magánellátás szerepe jelentősebb a többi területnél az egynapos sebészetben, a rehabilitációban és a vesedialízisben.
Szlovákia	Többnyire privát praxis	Döntően privát praxis	A magán kórházi ágyak aránya elenyésző (néhány kisebb intézmény).	
Szlovénia	Állami és privát praxis (egyéni és csoport)	Kórházak ambulanciái, rendelőintézetek állami tulajdonban	Állami tulajdonú kórházak	

Részletek

Régi tagországok - társadalombiztosítási rendszerek

Németország

Ambuláns ellátás

A német lakosság járóbeteg-ellátását elsősorban az önálló praxisában vagy csoportpraxisban/praxishálózatokban tevékenykedő 133 ezer (2004) orvos látja el. A privát praxist folytató orvosok többsége (118 ezer orvos) szerződéses viszonyban van a kötelező egészségbiztosítási rendszerrel. A jellemző társasági forma a polgárjogi társaság és a korlátolt felelősségű társaság, de újabban bejegyzésre kerülnek közhasznú korlátolt felelősségű társaságok (például egészségügyi központok esetében), részvénytársaságok és bejegyzett társaságok (például a praxishálózatok esetében).

A 2004-ben végrehajtott egészségügyi reformnak köszönhetően az ambuláns ellátás területén előtérbe került az egészségügyi ellátóközpontok (Medizinische Versorgungszentren) fejlesztése. A legtöbb központot letelepedett orvosok alapították. 62,4 % azoknak a központoknak az aránya, melyek fenntartói szerződéses orvosok Németországban jelenleg a négy nagy klinikalánc - a Helios, Rhön, Asklepios és a Sana - 33 orvosi ellátóközpontot tart fenn.

2007 júniusában az egészségügyi ellátóközpontok száma elérte a 809-et (2006-ban számuk 491). A központok elsősorban Bajorországban, Berlinben és Alsó-Szászországban találhatóak. Jelenleg az egészségügyi ellátóközpontokban 3263 orvos tevékenykedik, akiknek több mint kétharmada alkalmazotti státuszban végzi munkáját. Az orvosi ellátóközpontokkal szemben megfogalmazott egyik legfőbb kritika az, hogy sok ellátóközpont túl kicsi ahhoz, hogy ott széles körű ellátás biztosítható legyen, de az is problémát jelent, hogy sok ilyen központot magán klinikaláncok működtetnek, melyek az ambuláns ellátást követően a lánchoz tartozó fekvőbeteg intézménybe utaltatják a betegeket. Németországban

Az ambuláns ellátás területén a szerződéses orvosok (házi orvosok, szakorvosok) a Pénztári Orvosok Egyesületeivel számolnak el. A Pénztári Orvosok Egyesületei a betegpénztáraktól kapják meg az egy bizonyos régióban működő orvosok össz-díjazását. Ez az össz-díjazás általában biztosított tagonként vagy biztosítottanként fejkvóta alapú elszámolás alapján kerül meghatározásra, mely összegből az adott régióban nyújtott összes szolgáltatást fedezni kell. A Pénztári Orvosok Egyesületei és a betegpénztárak közötti szerződéseket szövetségi kerettarifák szerződéses és globális szerződéses által szabályozzák. A szerződéses orvosok díjazását a Pénztári Orvosok Egyesületei biztosítják.

Fekvőbeteg-ellátás

A Kórházfinanszírozási Törvény alapján a fekvőbeteg-ellátás tartományi hatáskörbe tartozik, minthogy ezen a szinten dolgozzák ki a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó terveket és beruházási programokat. Az ország fekvőbeteg-ellátását 2005-ben mintegy 2139 kórház biztosította 523824 ágygal. A kórházak közül 751 állami kezelésben lévő (35%), 818 közhasznú¹ (38%) és 570 magán for-profit kórház (27%). Az ágyak megoszlási aránya az állami, közhasznú és for-profit tekintetében 53% (egyetemi klinikák által fenntartott ágyak megoszlási aránya ezen belül az összes ágyhoz viszonyítva 8,6%), 35% és 12,5%.

¹Non-profit ill. egyházi

A társasági formákat tekintve a magán kórházfenntartók körében a legnagyobb számban jelenleg korlátolt felelősségű társaságok találhatóak (ezenkívül jellemző még a közhasznú korlátolt felelősségű társasági, részvénytársasági/közhasznú részvénytársasági formák). Az állami és közhasznú (nem profitorientált ill. egyházi) kezelésben lévő intézmények esetében a legkedveltebb társasági forma a közhasznú korlátolt felelősségű társaság.

A DRG 2004-es kötelezővé tételével a kórházak egyötöde legalább egy új súlyponti szakmai részleget indított be. A kórházak harmada szervezte ki tevékenységét idegen céghez vagy más kórházakhoz. A kiszervezett tevékenységek 2004 és 2006 között főként a labor, tisztító és a konyha voltak.

A kórházak több mint negyede keresni kezdte a lehetőségeket a fekvőbeteg szolgáltatási spektrum tervezésének más kórházakkal történő összehangolására. Az ambuláns szolgáltatások körében a kórházak 10%-a mutatott hasonló törekvést.

2004 óta a kórházak mintegy fele lépett más kórházakkal intézményesített formában kooperációra. Az együttműködések főként az fő orvosi tevékenységekre és a funkciós területekre (például labor, radiológia) koncentrálnak.

A 2004-2006-os időszakban a kórházak 9% egy vagy több kórházzal fuzionált. A 2006-os felmérés időpontjában további 13% vizsgált a fúzió lehetőségét és a kórházak 6% jelezte ilyen jellegű terveit.

A 2004 és 2009 közötti időszakban jellemző a német kórházi szektorra a társasági forma váltása. Az előzetes becslések szerint ez a kórházak 17%-nál fog az időszak végére megtörténni. A felmérés szerint a magán jellegű társasági forma elterjedése és az állami háttérbe szorulása várható.

Privatizációs tendenciák

A 2004. évtől az üzleti jellegű kórházkonsernek virágzása és a szövetségi tartományok tartós deficitje kedvező helyzetet teremtett a kommunális, többnyire deficités kórházak privatizációjának. A kórházkonsernek üzletszerzési stratégiája ezért az első időszakban főleg a kínálati spektrum bővítésére és szakklinikák megszerzésére irányult, hogy ezáltal monopoljellegű pozícióhoz juthassanak (például LBK Hamburg, Rhön-Klinikum AG).

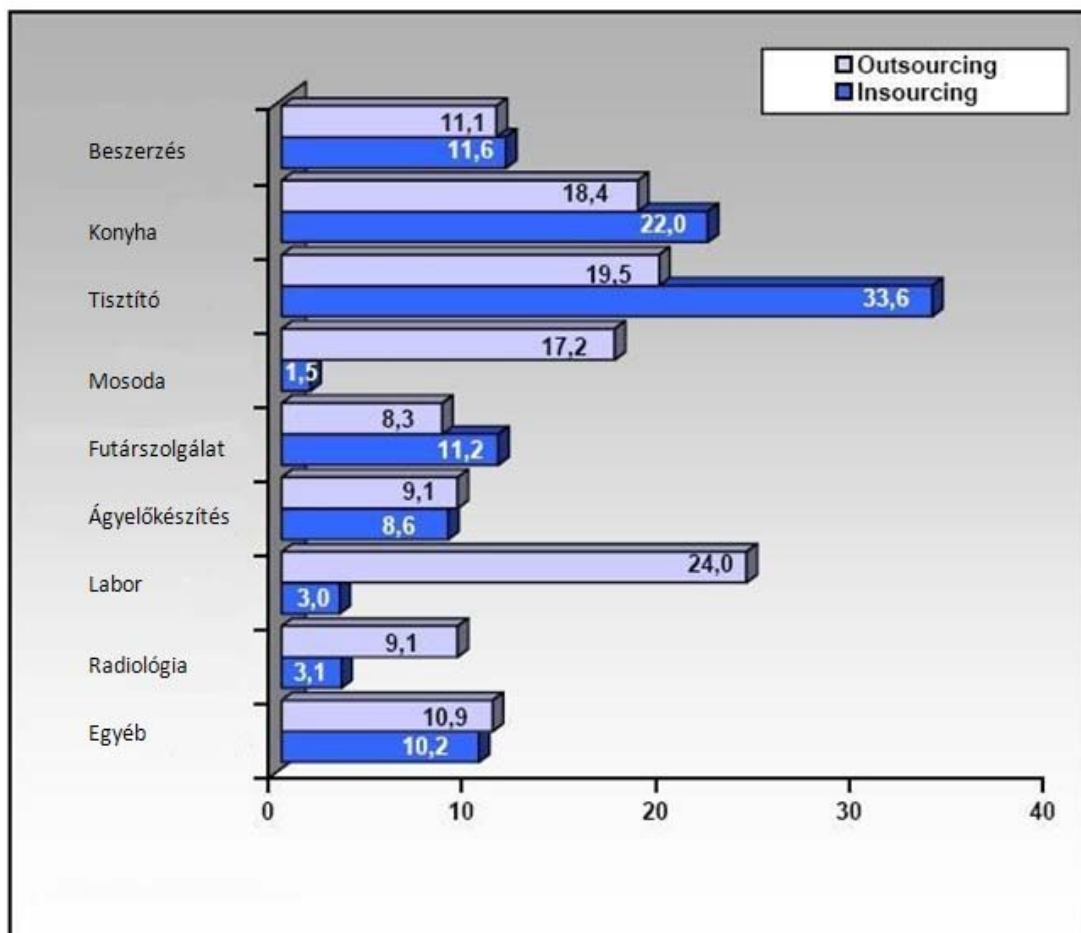
A részvénytársasági formát választó fenntartók (SRH Kliniken AG) jellemző stratégiái a klinikák koncentrációja és azok felvásárlása. A klinikaláncok között jellemző még a korlátolt felelősségű társasági forma. Például az Asklepios-Kliniken GmbH, amely forgalma mára meghaladta az egymilliárd eurót.

A PLS RAMBØLL Management által készített tanulmányok (Privát konsernek üzleti modelljei a kórházszektorban 2004, Kórházak privatizációja) nem erősítették meg a privatizációval szemben támasztott aggályokat (szolgáltatások csökkentése, elbocsátások, az alkalmazottak munkakörülményeinek romlása, betegszelekció stb.) Ellenkezőleg inkább javul a privatizációnak köszönhetően a kórházak helyzete. A tanulmány szerzői a privatizáció egyik pozitív hatásaként a menedzsmentstruktúrák és a döntési folyamatok javulását (főként a korlátolt felelősségű társasági forma esetében) emelik ki. Negatív hatásként tudható be a munkával való elégedettség csökkenése, ami főként a megnövekedett munkaterhekre vezethető vissza. Jellemző továbbá a bérek változása: az orvosok és diplomás ápolók bérének növekedése és a szervíz- és kisegítőszemélyzet bérének csökkenése, valamint az eredmény illetve teljesítményfüggő komponens bevezetése a vezetők körében.

Outsourcing/insourcing

Az outsourcing/insourcing tevékenységek esetében jellemzően nem orvosi tevékenységek kiszervezéséről lehet beszélni. 2004 és 2007 között a kórházak egyharmada (ez azon intézményeket jelenti, melyekben a kiszervezés teljes mértékben lezajlott, következésképpen a tevékenységek kiszervezése a kórházak körében magasabb arányban zajlik) szervezte ki tevékenységeinek egy részét. E tevékenység jellemzője, hogy az ágyszám növekedésével fordítottan arányos. A fent említett időszakban a következő nem orvosi tevékenységek kiszervezése jellemző: beszerzés, konyha, tisztító, mosoda, futárszolgálat, labor és radiológia, management tevékenység, informatikai és dokumentáció..

Insourcing tevékenységet (ebben az esetben a feladat egy a kórház vagy a tulajdonos által létrehozott vállalkozáshoz kerül át, azaz nem arról van szó, hogy egy korábban kiszervezett tevékenységet a kórház újra maga végzi) 2004 és 2007 között a kórházak egynegyed része hajtott végre. Az insourcing tevékenységre jellemző, hogy az ágyszám növekedésével arányosan erősödik. A vizsgált időszakban a német kórházakban insourcing tevékenység elsősorban a tisztítói és konyhai területeken zajlott.



Ausztria

Alapellátás és járóbeteg-szakellátás

A járóbetegek ellátását elsősorban az önálló praxisukban házi orvosként tevékenykedő magánorvosok végzik. 2004-ben a házi orvosok száma 11 757, egy házi orvosra átlagosan 690 lakos jutott. A szakorvosok száma ekkor 16 532. Az orvosok két kategóriába tartoznak aszerint, hogy szerződésben állnak-e a társadalombiztosítással vagy sem. A betegek szabadon választhatják meg orvosukat (vonatkozik ez a házi orvosokra és a szakorvosokra egyaránt).

A járóbetegek szakellátásában az orvosi praxisokon kívül mintegy 900 szakrendelő, egészségügyi központ (2003), valamint számos kórházi ambulancia vesz részt.

A kórházon kívüli ellátás szereplői a társadalombiztosítókkal szerződnek. A kereteket tárgyalásokon meghatározva az Osztrák Társadalombiztosítás Főszövetsége és az orvosi kamarák tartományi szervezetei szabályozzák a honoráriumokra, a szolgáltatások mennyiségére és a szolgáltatók számára vonatkozóan.

Fekvőbeteg-ellátás

2005-ben 264 kórház volt az országban, ekkor az ágyak száma 63 248. Az ágyak többsége köztulajdonban vagy nonprofit magántulajdonban található: a 264 kórház 60,1 százaléka (161 kórház 46350 ágyal) van köztulajdonban, ami az ágykapacitás mintegy 73,3 százaléka. A köztulajdonban lévő kórházak 67%-a (108 kórház, 40211 ágy) közhasznú, non-profit érdekeltségű. A köztulajdonban lévő kórházak egy része ún. „nyilvánossági joggal nem rendelkező intézmény”, melyek aránya a köztulajdonban lévő kórházakon belül 33% (53 kórház, 6139 ágy). Magántulajdonban összesen 103 kórház működik 16 898 ágyal, ami az ágykapacitás 26,7 százaléka. Közülük az ágykapacitás 11%-a non-profit érdekeltséggel (23 kórház, 7056 ágy), 15%-a profitérdekelt magántulajdonban működik. A 103 kórház közül magánszemélyek, magán társaságok, egyesületek, alapítványok által 61 kórház (5952 ágyal); egyházak által 42 kórház (10946 ágyal) fenntartott.

A kórházak finanszírozása részben ún. tartományi alapokon keresztül történik, amelyek a társadalombiztosítás forrásain kívül szövetségi, tartományi és helyi önkormányzati pénzeszközöket is tartalmaznak. Ebben a formában a biztosítók által nyújtott finanszírozást a szövetségi kormány és a tartományok között kötött megállapodások szabályozzák úgy az állami kórházak, mint az ellátásban résztvevő magánkórházak számára. A források a 9 tartományi alapon keresztül jutnak el a kórházakhoz, a teljesítményelvű kórház-finanszírozási rendszer alapján. A teljesítményelvű kórház-finanszírozási rendszer keretében magánkórházak (szanatóriumok) meghatározott eseteinek, illetve szolgáltatásainak a finanszírozását is végzi a társadalombiztosítás a Magánkórházak Finanszírozási Alapjába történő befizetés révén. Itt olyan szolgáltatások térítéséről van szó, amelyek a kötelező betegbiztosítás hatáskörébe tartoznak. A kórházak költségvetésének fennmaradó 50%-ából 40% a tulajdonosok hozzájárulása (beruházási és fenntartási költségek), 10% magánbiztosítás vagy önrész. Ezek az összegek közvetlenül a kórházakhoz kerülnek. A finanszírozási rendszerben a helyi autonómia következtében tartományonként jellemzőek a különbségek.

A kórházi ellátást a Szövetségi Kórházról szóló törvény szabályozza, amely elvi keretszabályozás. Minden tartomány és az azonos jogállású főváros saját kórházról szóló törvényeket ad ki. A lakosság fekvőbeteg-ellátásáért túlnyomórészt a tartományi hatóságok felelősek.

Kórházüzemeltető társaságok, kórházakból alakult szövetségek

A Vorarlbergi Kórházüzemeltető Korlátolt Felelősségű Társaság

A kórházak üzemeltetése többnyire gazdasági társaságok (Kórházüzemeltető Korlátolt Felelősségű Társaságok formájában) vagy kórházakból alakult szövetségek formájában történik. Az első kórházüzemeltető az osztrák Vorarlberg tartományban jött létre. A kórházüzemeltető társaság (KHBG) megalapítását elősegítette, hogy a legtöbb önkormányzati kórháztulajdonos jelentős adósságokat halmozott fel. Vorarlberg tartományban a KHBG mára a legnagyobb egészségügyi ellátóvá vált, 80%-os piaci részesedéssel. Irányítása alá tartozik 5 tartományi kórház (Feldkirch, Rankweil, Bregenz, Hohenems, Bludenz), 3300 alkalmazottal, mintegy 1700 ágygal, ahol évente körülbelül 210 000 beteget látnak el. Ezek közül a legnagyobb az LKH Feldkirch egyetemi oktatókórház, mely a Rankwili Tartományi Kórházzal együtt súlyponti kórházként üzemel. A KHBG külső cégeket szerződött a kiegészítő szolgáltatások végzésére, mint mosoda, étkeztetés, karbantartás, és részben az IT. A KHBG 2006-ban 243,8 millió euró nagyságú forgalmat bonyolított, ami az előző évhez képest 8,4 millió eurós (3,6%-os) növekedést jelent.

Az elmúlt évtizedben ez a koncepció a kórház átalakítás legfontosabb modelljévé vált Ausztriában, és a 9 tartományból 7 hozott létre üzemeltető társaságokat.

Bécsi Kórházszövetség (Wiener Krankenanstaltenverbund)

Bécsi Kórházszövetséghez 13 kórházból és 11 geriátriai központból áll, ahol éves szinten 32 ezer foglalkoztatott lát el 400 ezer fekvőbeteget. A kórházszövetség költségvetése évi 2,4 milliárd eurót tesz ki, melynek 42 százalékát Bécs, a többit a Társadalombiztosítók Főszövetsége fizeti. A Kórházszövetség 2002 óta működik gazdasági társaságként, melyhez négy alvállalat tartozik. Az igazgatóság feladata a koordináció, a szolgáltatások biztosítása, a betegellátásban ténylegesen szerepet játszó három alrészleg munkájában jelentkező átfedések megszüntetése. A három alvállalat a bécsi kórházak, a bécsi ápolási intézmények és az Általános Kórház, ami mérete és jelentősége miatt külön besorolást kap (a kórház Közép-Európa legnagyobb kórháza: 27 egyetemi klinikát, 8 intézetet, 49 klinikai osztályt, 61 általános és 323 speciális ambulanciát foglal magában).

Felső-Ausztria: GESPAG

Felső-Ausztriában a GESPAG nevű vállalat 2002-ben alakult és 50%-os piaci részesedéssel rendelkezik. Mint a tartomány legnagyobb egészségügyi ellátója, 8500 munkavállalót alkalmaz, 12 kórházat üzemeltet 16 különböző körzetben – ezek közül 9 általános kórház, 3 egyprofilú szakosodott kórház. Létrehozása több változáshoz vezetett a felső-ausztriai kórházi szintér szerkezetében és kapacitásában. A többi tartomány tapasztalatát követve a hálózat néhány kórháza megszűnt, az ágyakat áthelyezték megfelelőbb helyekre, ami a hatékonyság javulásához és jelentős költségmegtakarításhoz vezetett, főként a menedzsment költségeket illetően.

Az üzemeltető-vagyonkezelő szervezetbe való egyesítés lehetővé tette a gyorsabb döntéshozást és a rugalmasabb menedzsmentet. A különálló kórházakhoz képest a források hatékonyabban kezelhetők, ami szinergiához és a tőkebefektetés kockázatának megosztásához vezet. Emellett a földrajzi régió kórházai bizonyos területekre specializálódhatnak, így a többletkapacitás és az átfedések elkerülhetők, ami további költségmegtakarítást eredményez.

Az újonnan létrejött társaságok kevés saját alkalmazottal rendelkeznek, többnyire csak a menedzsment testületet tartalmazzák. A korábbi közalkalmazotti státuszokat eltörölték – benne speciális jogokkal, mint rugalmas munkaidő, védelem az elbocsátástól – és helyette a magánjogi szabályozás lépett életbe. Az

üzemeltető e szerint vehet fel és küldhet el embereket. Ennek eredményeként a személyzet kiválasztása jóval rövidebb és rugalmasabb, tisztas távolságban a politikai befolyástól.

A rendelkezésre álló adatok ez idáig azt mutatják, hogy Ausztria átalakított kórházi ágazata elérte kitűzött céljait. A kórházak egyesítése, együtt más reformokkal, mint új fizetési rendszerek, a forrás menedzsment javulását, a szolgáltatások jobb minőségét és a költségek csökkenését eredményezte.

Outsourcing

A Bécsi Általános Kórház 1993-ban szervezte ki mindennemű technikai jellegű tevékenységét a Vamed Kórházmenedzsment és Üzemeltető Korlátolt Felelősségű Társasághoz. A megbízás keretében a Vamed látja el 42000 orvostechnikai eszköz, 1500 klíma és szellőztető berendezés, 130 lift, egy konténer szállítóeszköz és egy áramkimaradás esetén üzemelő aggregátor üzemeltetését.

Hollandia

Az alapellátásban dolgozó orvosok magánpraxist folytatnak, a biztosítókkal állnak szerződésben. A háziorvosok esetében fix árak vannak a regisztrált betegek és vizitek száma alapján, így a biztosítók nem nagyon tudnak befolyást gyakorolni ezen a területen.

A holland kórházak több mint 90%-a magánjellegű, non-profit intézmény, 10%-a pedig állami egyetemi kórház. Mivel Hollandiában a biztosítótársaságok és a kórházak többsége magánkézben van, nem beszélhetünk a magánszektor és az állami egészségügy kapcsolatáról, azonban az ellátók közötti verseny jellemezhető ebben a kontextusban is.

Az egészségügyi szolgáltatás vásárlás piacának középpontjában a kórház áll. A kórház nem pusztán a piac fő alkotórészét képezi, de mindezidáig az egyetlen terület, ahol nem korlátozott a verseny. 2005-ben a kórházak szabadságot kaptak, hogy szolgáltatásaik 10%-ában alkuba léphessenek a biztosítókkal a DBC szerint (diagnosis treatment combinations, DRG-szerű osztályozási rendszer). A kórházi ellátásban folytatott verseny ebben a szegmensben történhet csak ("B-szegmens"), a maradék 90%-ot ("A-szegmens") megegyezett áron finanszírozzák. Jelenleg a biztosítóknak nem sok ösztönzésük van arra, hogy hatékonyan vásároljanak kórházi szolgáltatásokat, mert ez nincs komoly hatással tényleges egészségügyi kiadásokra. Miután az előzetes (ex-ante) kockázatiigazítás megtörtént, számos utólagos (ex-post) mechanizmus lép működésbe, így végső soron a biztosítóknak csak korlátozott pénzügyi kockázatuk van a tényleges és a standard kiadások közötti különbségben.

Az irányított verseny által működtetett rendszerben a biztosítók olyan módon is szert tehetnek előnyre, hogy jó és olcsó ellátókkal kötnek szerződést, így alacsony biztosítási díjakat ajánlhatnak tagjaiknak. Az ellátókkal való szelektív szerződéskötés az ellátók közötti versenyt és az ellátás hatékonyságát hivatott növelni. Az ellátói piacra gyakorolt nyomás az alacsonyabb minőséget nyújtó ellátókat kiszorítja a piacról, mivel elveszítik a biztosítókkal kötött szerződéseket. Az új holland rendszerben ezért a szelektív szerződéskötés központi szerepet játszik. Ennek érdekében az előző rendszerben fennálló korlátozásokat meg kellett szüntetni, köztük a biztosítók azon kötelezettségét, hogy minden ellátóval szerződést kössenek.

Mindezidáig az előnyben részesített ellátókkal (preferred providers) való szelektív szerződéskötés lehetőségét nem nagyon használták ki Hollandiában. Majdnem minden biztosító szerződésben áll

majdnem minden kórházzal. Ezek a szerződések gyakran a kórház által nyújtott ellátások egészére terjednek ki, így a biztosítottak nagy része sokat nem vesz észre mindebből. Ennek a gyakorlatnak az a fő oka, hogy a biztosítók attól tartanak, elveszítik ügyfeleiket, ha túl sok korlátozást vetnek ki.

A 2006-os reform bevezetése óta Hollandiában gyökeret vert a verseny az egészségbiztosítási piacon, azonban a szolgáltatás vásárlás piacán sok még a bizonytalanság és a tennivaló. A vásárlási piacon folyó verseny élénkítésének alapvető feltételei közt található az egészségbiztosítók nagyobb pénzügyi kockázata, az új kórházi finanszírozási rendszer, és az egészségügyi ellátás minőségét érintő jobb információ. Még nem egyértelmű, hogy ezek a szükségszerű feltételek egyben elégséges feltételek is lesznek a szolgáltatás vásárlás piacának zökkenőmentes működésére. Az egészségügyi reform sikeréhez a biztosítóknak nagy erőfeszítéseket kell tenniük, hogy jó és hatékony ellátást vásároljanak tagjaik számára.

Franciaország

A háziorvosi ellátás, a fogászati kezelések és a gyógyszerforgalmazás hagyományosan főként a privát szektorhoz tartozik. Az önálló vállalkozóként dolgozó orvosok többsége szerződésben áll a társadalombiztosítással, így szolgáltatásaikat a biztosító fix tarifa szerint téríti vissza. Azok, akik nem szerződnek a biztosítóval (az orvosok kevesebb mint 9%-a) csupán szimbolikus visszatérítésben részesülnek.

Az orvosok többféle módon folytathatnak csoportpraxist:

- ▶ közös csoporttevékenységre vonatkozó társasági szerződés
- ▶ a praxishoz szükséges eszközök közös használatán alapuló társulási forma,
- ▶ a közös tevékenységen alapuló társaságok, polgári jogi társulás.

Az első két esetben a honoráriumok megosztása tilos, a harmadikban kötelező a törvényben előírtak szerint.

Franciaország fekvőbeteg-ellátását közkórházak és profit-orientált vagy non-profit magánkórházak biztosítják. A közkórházak a fekvőbeteg-ellátó létesítmények negyedét teszik ki, ágyaik száma az összes ágy kétharmada. A közkórházak autonóm egységek, költségvetésükkel önállóan gazdálkodnak, de az állami hatóságok mint pl. a hospitalizáció regionális hatóságai (ARH), számvevőszék, stb. - felügyelete alatt állnak.

Franciaországban a profit-orientált magánkórházak gazdasági társaságként működnek. Tevékenységüket magánorvosokkal kötött szerződés révén látják el, de díjszabásaikat a kormány erőteljesen szabályozza, az 1990-es években az összes kórház vonatkozásában meghatározott maximum-értékek alapján. Így a profit-orientált kórházakat nem lehet a csupán a piac befolyása alatt álló egységeknek tekinteni. Az ilyen létesítmények, más néven klinikák száma 1442, ágyaik száma 93 812. A for-profit kórházakat kereskedelmi szervezetek üzemeltetik, tulajdonosaik klinikusok vagy beruházó társaságok.

2000-ben Franciaország kórházainak 38%-a volt profit-orientált, 32%-a állami és 30%-a non-profit privát létesítmény. Bár a for-profit kórházak száma meghaladja a közkórházakét, ezeknél kevesebb kórházi ágygal rendelkeznek (a sebészeti ágyak fele, szülészet- nőgyógyászati ágyak harmada). Főként nappali kórházi ellátást nyújtanak és kisebb műtéti beavatkozásokat végeznek.

2004-től a profit-orientált létesítmények is fokozatosan a tevékenység szerinti díjtételek alapján kapják finanszírozásukat.

A Générale de Santé Franciaország legkiterjedtebb magánkórházláncja 160 létesítménnyel rendelkezik (kórházak, központok). A GDS-hez tartoznak otthoni ellátást nyújtó szolgáltatók, orvosi képzéssel foglalkozó társaságok, laboratóriumok és egy plasztikai sebészeti klinika Párizsban.

A Capio Santé Franciaország második legnagyobb magánkórház-csoportosulása, elsősorban a régiók akut betegeinek ellátásáról gondoskodik. A társaság, mely 2002-ben létesült Franciaországban, 16 klinika koordinációján alapul.

Franciaország 868 non-profit magánkórháza, a kórházi ágyak 15%-át működteti. A non-profit magánkórházakat, melyek közhasznú tevékenységet végeznek mutuelle-k, társadalombiztosítási szervezetek vagy alapítványok irányítják

Nem függenek a közbeszerzési piactól, számvitelük magánjogi jellegű. Finanszírozásuk azonos a közkórházakéval. A létesítmények anyagi helyzetük stabilabbá tételére társaságba tömörülnek. Irányításukat jogi személyként egy társaság vagy alapítvány végzi.

Belgium

Az ország egészségügyi ellátásában a háziorvosi ellátás, a fogászati kezelések és a gyógyszerforgalmazás a magánszférához tartozik, a fekvőbeteg-ellátás tevékenységi körét viszont állami és magán non-profit kórházak egyaránt ellátják.

Belgiumban 2006-ban az ágyak 61%-a tartozott a privát és 39%-a az állami szektorhoz. A közkórházak és a non-profit magánkórházak azonos alapfunkciókat látnak el, de a közkórházak szabályozása merevebb, viszont deficitjük esetén ennek rendezésére támogatást kapnak. A közkórházak feladatkörébe több szociális teendő tartozik – elmeegészségügyi ellátás, ritka betegségek ellátása, prevenció, stb. – mint a magánkórházakéba, de ezeket a feladatokat sokszor a magánkórházak is ellátják, főként olyan városokban, melyek nem rendelkeznek állami kórházzal.

A közfeladatok ellátására szerződéses keretek között is lehetőség nyílik, és a szerződéskötés történhet létesítményekre lebontva vagy a magán és az állami szektor közötti feladatfelosztás révén.

Az egyezményes tarifát általában a közkórházakban alkalmazzák, és szabad tarifa van érvényben a magánkórházakban és a magánrendelőkben, de ez maximum 10-20%-kal haladhatja csak meg a hivatalos díjszabást.

Luxemburg

Luxemburg lakosságának alapellátását elsősorban a saját önálló praxisukban dolgozó háziorvosok biztosítják. A háziorvosi ellátásért a szolgáltatások hivatalosan rögzített díjtételei szerint jár honorárium, és ezt a betegeknek - a kötelező önrészesedésen felül – a későbbiekben téríti meg a biztosító.

2004-ben Luxemburg 14 kórházzal rendelkezett. Ezeknek csupán egyike, a szülészeti ellátást nyújtó intézmény profit-orientált. A további 13 létesítmény vagy non-profit szervezetek kezelésében működik,

vagy helyhatósági irányítás alatt áll. A kórházak működtetésében és finanszírozásában – tulajdonviszonyaiktól függetlenül - azonos szabályok érvényesülnek, (évente megállapított átfogó prospektív költségvetés). A kórházak finanszírozását a települések (51%) és a régió (49%) látja el.

Luxemburg provinciában 1998-ban fuzionáltak a kórházak. Így három kórházcsoportosulás jött létre: a Dél-Luxemburgi Klinikák (C.S.L.), az Ardenne-i Kórházközpont (CHA) és a Famenne-Ardenne-Condroz Interkommunális Kórház (IFAC).

A Luxemburgi Kórházkoordináció (CHL) 2004. május 18-án jött létre. A társaság felügyel minden kórházi beruházást, a kórházak közötti megállapodást, stb.

Régi tagországok - állami egészségügyi szolgálatok

Egyesült Királyság

Alapellátás

Az Egyesült Királyságban a háziorvosok az NHS-szel szerződésben álló szabadfoglalkozásúak. Ez önálló (független) vállalkozói státuszt jelent, így tömörülnek praxisközösségekbe, vagy ritkább esetben egyéni praxisban dolgoznak. A praxis köt megállapodást az alapellátási tröszttel. Nyereségadót fizetnek a praxisközösségben meglévő részesedésük szerint. Lord Darzi brit egészségügyi miniszter NHS átalakítási javaslatai között szerepel a háziorvosokat és szakorvosokat alkalmazó magán poliklinikák megvalósításának terve. A miniszter úgy véli, hogy a nagy egészségügyi központok előnyösebbek a betegek számára, és felváltják majd az egy vagy két orvostól álló rendelőket. A poliklinikák olyan egészségügyi központok, ahol akár 25 orvos is praktizálhat egyszerre. A poliklinikák nyújthatnak diagnosztikai szolgáltatásokat, véghezvihetnek kisebb műtéteket járóbeteg alapon, helyt adhatnak gyógyszertárak, fogászok és látszerészek számára is.

Példaként hozható fel a Virgin Healthcare hálózat, amely 20 szuperklinikát tervez az országban 5 éven belül. A Virgin Healthcare egyike azon számos magánvállalatnak, amely új klinikák építésére vagy a régiók átvételére törekszik. Virgin egészségügyi központok hálózatában működő GP-k részesülni fognak a központok nyereségéből. A háziorvosok továbbra is az NHS-nek dolgoznának és az államtól kapnák fizetésüket, azonban a praxisuk egy kereskedelmi mágnessé válna, amely vonzaná magához a betegeket, hogy szolgáltatásokat vásároljanak a Virgin Healthcare orvosi vállalkozástól. A praxisok egy helyen nyújtanak majd számos ellátást, található lesz gyógyszertár, akupunktúra, szemészet, fogászat, táplálkozási tanácsadás, krónikus betegség támogatása. A háziorvosok az NHS fizetésük felett az egész poliklinika nyereségének 10%-át kapják.

A poliklinikák gondolatát számos GP ellenzi, attól tartván, hogy az ilyen rendelők veszélyeztetnék a beteg és a háziorvos kapcsolatát. Az egészségügyi minisztérium szerint azonban a poliklinikák nem jelentik a kisebb GP rendelők végét. A háziorvosokból és szakorvosból álló egészségügyi központok integrált ellátást és kényelmesebb szolgáltatásokat nyújthatnak a betegeknek, ahogyan ez már történik is néhány helyen. Az új egészségügyi központokat létrehozó programot a kormány új pénzekből finanszírozza, és nem vezet a hagyományos háziorvosi szolgáltatások csökkentéséhez.

Fekvőbeteg ellátás

Az ellátás döntő részét állami egészségügyi intézményrendszer nyújtja. A kórházakat az NHS-trösztök menedzselik, amelyek közül némelyek a magasabb szintű szakellátás regionális, illetve országos központjai. A kórházak finanszírozása az egészségügyi hatóságok és a trösztök közötti szerződések alapján történik, amelyekben meghatározzák a fizetendő összeget, valamint az annak ellenértékéért nyújtandó ellátások fajtáját, mennyiségét és határidejét.

Bár az 1948-as megalakulásakor az NHS azt ígérte, hogy az állam nyújtja majd az összes egészségügyi, fogászati és ápolási ellátást, később nyilvánvalóvá vált, hogy ezt nem tudja teljesíteni. Jelenleg 7 millió brit lakos rendelkezik magánbiztosítással, 6 millió embernek nyújt fedezetet a magánjellegű egészségügyi készpénz biztosítás, és a 6,8 millió szakszervezeti tag több mint fele, 3,5 millió ember részesül magán egészségbiztosítási juttatásokban. Emellett több mint 8 millió lakos fizet készpénzzel alternatív terápiáért, a fogászati ellátásért pedig a lakosság harmada fordult magánellátókhoz.

Az állami szektor, így az NHS privatizációjának első lépéseire a 90-es évek elején került sor a Private Finance Initiative keretén belül. A PFI a Public-Private Partnerships megvalósításaként és a jelentősebb tőkebefektetések eszközeként szolgál. Ebben magánkonzorciumok – többnyire nagy építkezési vállalatok – állami pénzek igénybevétele nélkül terveznek, építenek és gyakran menedzselnek különböző projekteket. A szerződések többnyire 30 évre szólnak, ezalatt az idő alatt a létesítményt egy állami hivatal adja bérbe. Az NHS kórházakba befektetett legtöbb tőke is a PFI keretén belül történt. Ez esetben is a magánszektor tervezése, építése, finanszírozása és néha működtetése alatt történik az NHS szolgáltatás nyújtása.

Bár mindez a konzervatívok kormányzása alatt ment végbe, Tony Blair munkáspárti kormánya is befogadta a privatizációs politikát. Ezen felül a Munkáspárt a Public-Private Partnerships keretében a piacorientált reformok egész sorát is kezdeményezte az NHS-ben. 2000-ben aláírták a Concordat egyezséget a magánellátók szövetségével (Independent Healthcare Association), miszerint lehetővé vált az NHS számára, hogy a betegeket magánkórházakba és magánklinikákra küldje.

A magánszektor és az állami egészségügy 2005-től kezdődően került szorosabb kapcsolatba. A 2005-ös választásokot követően a kormány a magánszektor igénybevételének megduplázódását tervezte a várólisták megszüntetése érdekében. A terv értelmében 3 milliárd fontot meghaladó szerződéseket kötnek a független ellátó központokkal (Independent Sector Treatment Centres, ISTC) az elkövetkezendő öt évben. A szerződések segítenek a kórházi műtetre váró betegek várólistájának megszűnésében és a kormány azon célkitűzésének megvalósításában, hogy 2008-ra maximum 18 hét legyen a várakozási idő a kórházi ellátásra. A kormány elkötelezett a magánszektor használatának növelésére, mely az összes elektív műtét 11%-át fogja végezni.

Az ISTC Programot 2002-ben jelentették be az NHS Plan nevű reformterv részeként, a független ellátó központokkal 2003-tól köt szerződést az NHS. A központok azon kapacitások betöltésére hivatottak, amelyeket a meglévő NHS ellátók nem tudnak kielégíteni, és országos szinten hiányt szenvednek (hályogműtétek, ortopéd műtétek, képpalkotó eljárások, diagnosztikai eljárások stb.). A magánellátóknak eleget kell tenniük az NHS által megkövetelt klinikai elvárásoknak, és magas színvonalú betegellátást kell nyújtaniuk elfogadható költségekkel.

Az ISTC Program főbb célkitűzései:

- ▶ Az NHS kiegészítése a várakozási idők csökkentésében
- ▶ Támogatás a szakellátástól az alapellátás felé való elmozdulásban
- ▶ Az ellátás pluralitásának kiszélesítése
- ▶ Az innováció ösztönzése egészségügyi ellátás terén
- ▶ A magánszektor és az NHS közötti hosszú távú kapcsolat fejlesztése

Az ISTC Program jövőképe szerint a magánszektor a következőképpen segíthet a célkitűzések elérésében:

- ▶ A rendelkezésére álló NHS kapacitások növelése
- ▶ Innovatív szemlélet és megoldások nyújtása a biztonságos, minőségi szolgáltatások elérésében
- ▶ A meglévő NHS szolgáltatások kiegészítése
- ▶ A beteg az NHS integrált részének tekinti a magánellátót, amely hasonlóan ingyenes marad számára

Az ISTC által nyújtott többlet kapacitások a várakozási idők csökkentésének fontos stratégiáját képezik. Mint korszerű intézetek, az ISTC-k képesek előjegyzés alapján ütemezni a betegeket és sok eljárást a nap folyamán elvégezni a kórházi beutalás szükségessége nélkül. Példaként említhető a BUPA Redwood ISTC, amely a BUPA magánbiztosító és a Surrey/Sussex Healthcare NHS Trust partneri kapcsolata révén jött létre. A szerződést 2003-ban kötötték 5 évre, a központ az ISTC Program kísérleti projektjét képviseli. Az ISTC a BUPA Redwood kórházat egy gyorsforgalmú műtőközponttá alakította, amely NHS betegeket lát el egynapos sebészettel vagy rövid kórházi tartózkodással. A központ évi 12 ezer műtétet végez, emellett nyújt még diagnosztikai vizsgálatokat, nappali sebészetet, egyéb műtéteket, köztük ortopéd műtéteket.

Az ISTC Program kiszélesíti a választási lehetőségeket. 2006 januárjától a betegek legalább négy ellátó közül választhatnak, 2008-tól pedig az országban bármilyen ellátó közül választhatnak. A beutalás az NHS mellett történhet a magánszektorba is. A választási lehetőségek növekedése ösztönzi az ellátókat a betegközpontú szolgáltatások nyújtására. Ha a betegek eldönthetik hol részesüljenek kezelésben, akkor a magán- és az NHS ellátók versenyezni fognak a betegekért. A verseny ugyanakkor növeli a hatékonyságot a különböző ágazatokban, mivel a monopol helyzetben levő ellátók teljesítményét senki sem kérdőjelezi meg. A versenyhelyzet arra készíti az ellátókat, hogy vizsgálják felül folyamataikat és legalább úgy teljesítsenek, mint az új versenytárs. A verseny hatást gyakorolt az árakra is. Az új ellátók színrelépésével versenyhelyzet keletkezett a magánpiacon is, mely alacsonyabb árakat eredményezett, így az NHS betegek több műtétben részesülhetnek.

Az ISTC szolgáltatások minősége és a betegbiztonság az NHS standardjainak felel meg. Az ISTC szerződések kikötik, hogy a magánellátók jelentést közöljenek a teljesítmény indikátorok széles körében. Ezeket havonta vizsgálják át és éves rendszerességgel publikálják. Az ISTC ellátók kötelesek klinikailag biztonságos, magas színvonalú ellátást nyújtani megállapodás szerinti betegutak mentén. A teljesítménynek a Healthcare Commission standardjainak kell megfelelni, hasonlóan az NHS intézményekhez. Az ISTC Program monitorozza az ellátás minőségét azonnal a központ működésbe lépése után, különböző mértékek használatával, köztük a KPI-vel (Key Performance Indicators). A 26 KPI indikátor adatait havonta küldik az egészségügyi minisztériumnak, mely lehetővé teszi a teljesítmény szoros figyelemmel kísérését és a problémák gyors kiigazítását.

Az ISTC-knek képzéssel is kell szolgálniuk működésük során. A tevékenység kiterjed a gyakorló orvosok, az ápolók és az egészségügyi szakemberek képzésére, valamint a műtéti technikák, a sebészeti ápolás és a case-mix szerinti klinikai technikák területeire. Számos, az ISTC-knél nyújtott sebészeti, érzéstelenítő és egyéb tevékenység az NHS személyzet képzési követelményeinek szerves részét képezi. Modern intézményei és új munkamódszerei révén a független magánellátók alkalmat nyújtanak az NHS személyzet számára, hogy hozzájárulást nyerjen az új és innovatív munkagyakorlatokhoz.

A privatizáció ellenzői szerint a magánszektor bevezetése az NHS intézményekbe kórházi osztályok vagy teljes kórházak bezárásához fog vezetni. Az új piacon a kórházak valószínűleg veszíteni fognak az üzleti részesedésből, s ehhez a független szektor hozzá fog járulni. A magánszektor munkájának nagy része a hagyományos NHS létesítményekből áthelyezett, és nem igazán újonnan hozzáadott szolgáltatás. A privatizáció védelmezői szerint azonban nem számít, hogy a munka nagy része áthelyezésre kerül mindaddig, amíg hatékonyabban végzik el és némi versenyt visz be a standard NHS ellátásba.

Írország

Alapellátás

Az egészségügyi alapellátást a General Medical Service (GMS) nyújtja. A 2004-es egészségügyi törvény értelmében a Health Service Executive (HSE) felelőssége a közfinanszírozású háziorvosi szolgáltatások megszervezése, irányítása. A GMS Scheme szolgáltatásokat a HSE-vel szerződésben álló szabadfoglalkozású háziorvosok nyújtják.

Fekvőbeteg ellátás

Az ír egészségügyi rendszerben nagy súllyal szerepel a kórházi ellátás. Az általános kórházi szolgáltatások a tulajdonjog és finanszírozás három különálló típusát képviselik: (i) a regionális testületi kórházak (77) az egészségügyi testületek tulajdonában vannak (Regional Health Boards), tőlük kapják a költségvetést; (ii) a non-profit magánkórházakat (30) közvetlenül az egészségügyi minisztérium finanszírozza; (iii) a profitorientált magánkórházakat (18) privát tulajdonban és irányítás alatt vannak, és nem részesülnek támogatásban az államtól, kivéve állami kórházakban várólistások megállapodás alapján történő kezelését. A kórházakban elegyedik a magán- és a közellátás, a szolgáltatók egyszerre mindkét területen tevékenykedhetnek. A közházi fekvőbeteg-ellátásban léteznek várólisták, ezek felszámolása a célkitűzések között szerepel. A 2001-ben indított egészségügyi stratégia (National Health Strategy) kimondja a kormány elkötelezettségét a várólisták problémájának megoldására. E szerint 2004 végére az állami intézményekben ellátásra váró betegek 3 hónapnál hosszabb ideig nem várakozhatnak.

A National Treatment Purchase Fund (NTPF) szolgáltatás vásárló pénztárt 2002-ben hozta létre az ír egészségügyi minisztérium azon betegek számára, akik 3 hónapnál hosszabb ideje várakoznak állami kórházakban nyújtott ellátásra. Az NTPF lehetővé teszi az állami várólistán levő betegek számára, hogy térítésmentes kezelésben részesüljenek Írország vagy az Egyesült Királyság magánkórházaiban, vagy szükség esetén más országok magánkórházaiban. Gyorsabb ellátásban részesülnek azok a betegek, akik hajlandóak messzebb utazni lakóhelyükről. Az NTPF program által rendelkezésre álló kezelések közül megemlíthető a szívűtét, a csípőprotézis, a visszértágulat és a szürkehályog. Az NTPF keretében nyújtott első ellátásra 2002 decemberében került sor dublini magánkórházakban. 2004.

végéig 23 379 beteg, 2006. áprilisig 42 000 beteg részesült ellátásban a pénztár finanszírozásával. Az NTPF az ellátást a beteg hozzájárulásával szervezi meg, biztosítja és monitorozza az ellátás minőségi standardjait, valamint biztosítja a beteg megelégedettségét. Az NTPF keretében történő ellátást csak a nyilvántartásban szereplő szakorvosok nyújthatnak, mint ahogy az állami szférában.

Az NTPF-et vezető csoportot az egészségügyi miniszter jelöli ki, a pénztár szoros együttműködésben áll az egészségügyi ellátás irányítását végző hivatallal (Health Service Executive). 2005-ben indítottak el egy online listát az országos várakozási időkről (Patient Treatment Register). A PTR nyilvántartás kezdetben 19 állami kórházat tartalmazott, 2006-tól pedig valamennyi írországi állami kórházat tartalmazza. A webhely egyszerű hozzáférést biztosít a betegeknek és a háziorvosoknak a műtéti eljárások várakozási idejéről mind a fekvőbeteg, mind a nappali ellátás terén. A PTR lehetővé teszi az NTPF számára, hogy közvetlenül a műtetre váró betegekkel vegye fel a kapcsolatot és kezelési opciókat ajánljon fel nekik.

Svédország

Svédországban az egészségügyi ellátást főleg állami szolgáltatók biztosítják, habár van néhány magánkórház, magán egynapos sebészet, magán rehabilitációs és vese-dialízis központ, valamint egyéb szakellátó központ.

A privatizáció Svédországban meglehetősen kétértelműen zajlott le. Az 1990-es évek elején a svéd kormány azzal ösztönözte a magánpraxisok létesítését, hogy azok finanszírozási célból szerződhetnek az állami hatóságokkal, de amikor a szociáldemokraták kerültek hatalomra, véget vetettek ennek a politikának. Ugyanez történt a családorvosi rendszerben. Nem ösztönözték az új privát praxisok alapítását, de a már meglévők fennmaradhattak. A fogorvosi ellátás és a gyógyszertárak többnyire államiak maradtak. Új fejlemény a belső piac bevezetése a svéd megyékbe, amely előzménye lehet egy nagyobb magán ellátó szektor kialakításának.

Az alapellátást nyújtó svéd orvosok 90%-a a megyei tanácsok alkalmazottja. A fennmaradó 10% magánpraxisban dolgozik, nekik szerződést kell kötniük a megyei tanáccsal, hogy az ellátásukat az állami rendszer megtérítse. A megyei tanácsok ezeken az egyezményeken keresztül akarják szabályozni és kontrollálni a magán egészségügyi piacot

A kórházi ellátás is döntően állami kézben van. Jelenleg 9 magánkórház működik Svédországban, többnyire a nagyobb városokban. A kórházmenedzsment privatizációjára történtek ugyan kísérletek, de a kormány törvényileg megakadályozta az önálló cégek számára, hogy akut kórházakat vásároljanak, hogy megvédje a kórházszektort az ellenőrizhetetlen privatizációtól.

Finnország

Az elmúlt években Finnországban is felgyorsult a privatizáció folyamata az egészségügyben. Finnországban a privatizáció minden olyan szektorra kiterjedt, ahol az állam korábban aktív szerepet vállalt, nemzeti és önkormányzati szinten egyaránt.

1995 óta az önkormányzatok a privát ellátóktól is vásárolhatnak szolgáltatásokat.

Jelenleg az önkormányzatok által finanszírozott egészségügyi szolgáltatások dominánsak az országban, az egészségügyi kiadások 70%-át teszik ki. Ugyanakkor az állami és magán szektor aránya szektoronként változó. Egyes járóbeteg-szolgáltatások esetében, így pl. a szemészet, a fogászat, a szülészet és nőgyógyászat esetében a magán szektor nyújtja a szolgáltatások több mint felét. Másrészt a privát szektor az összes fekvőbeteg felvételnek csak 5%-át teszi ki, habár a sebészet egyes területein (pl. hályogműtétek) magasabb az arány.

Más európai országoktól eltérően a legtöbb magánkórház for-profit jellegű. Csak 2 nem for-profit kórház van, amelyek az önkormányzatokkal állnak szerződésben.

2006-ban 4,03% volt a magán kórházi ágyak aránya az összes kórházi ágyon belül.

Dánia

Dániában a privatizáció elsősorban az alapellátást érinti. A közfinanszírozott szolgáltatásokat vállalkozó orvosok biztosítják, így pl. általános orvosok, szakorvosok, fogorvosok, fizioterapeuták stb. Ezeket a szolgáltatásokat a megyék és a releváns szakszervezetek közötti kollektív egyezmények szerint biztosítják. A kollektív egyezmények magukban foglalják az egyes szolgáltatások árait, amelyeket az Egészségügyi Visszatérítési Rendszer megtérít. A kollektív szerződések tartalmazzák azt is, hogy az Egészségügyi Visszatérítési Rendszer milyen mértékig térítse meg a szolgáltatásokat, teljesen vagy részlegesen. Amennyiben részleges a térítés, a különbözetet a beteg fizeti.

Az általános orvosokat részben fejkvóta alapon, részben teljesítmény szerinti díjazással fizetik. A szakorvosok, fogorvosok és egyéb egészségügyi szolgáltatók, akik az Egészségügyi Visszatérítési Rendszer keretében biztosítanak ellátást, teljesítmény szerinti díjazásban részesülnek.

Habár történtek kísérletek a privatizáció bevezetésére a kórházszektorban, ezek nagy része kudarcba fulladt. Így a kórházi ellátás döntő részben továbbra is állami kézben van.

Működik néhány privát kórház Dániában, amelyek elsősorban elektív szolgáltatásokat biztosítanak. A Mølholm magánkórház Dánia második legnagyobb magánkórháza, mely 25 szakterületen nyújt ellátást. A Private Hospital Mølholm egy szakorvos-csoport tulajdona. A magánkórházi ellátást is fizetik a régiók, amennyiben a kórház erre szerződést kötött a régiókkal.

A dán kormány számos alkalommal rektifikálta a megyei tanácsok azon döntését, hogy megengedjék a kórházaknak, hogy ágyakat tartsanak fenn privát betegek számára. A nemzeti kormány azzal érvelt, hogy ez ellentmond az ingyenes kórházi ellátás elvének. Ezen felül a dán kormány tagadja azt az elvet, hogy teljes autonómiát adjanak a kórházaknak: a megyei tanácsoknak meg kell őrizniük általános felelősségüket a kórházi ellátás fölött. A dán orvosok körében is nagy támogatottságot élvez a kórházak állami tulajdonban tartása.

Olaszország

Az olasz nemzeti egészségügyi szolgálatnak (SSN) 3 szervezeti szintje van: nemzeti (az egészségügyi minisztérium felügyeli a nemzeti egészségügyi tervet), regionális (a regionális kormány felügyeli a pénzügyi források helyi egészségügyi egységekhez vagy kórházakhoz történő allokációját, valamint a

minőség és hatékonyság terén kontrolling funkciót lát el), és a helyi szint. Az 1990-es reform következtében az egészségügyi menedzsment főként regionális hatáskörbe került.

Minden régió a helyi egészségügyi hatóság holdingtársaságaként működik és gondoskodik a régióban a forráselosztásról, a szabályozásokról és a stratégiai tervekről. A nemzeti egészségügyi alapot évente a költségvetési törvény állapítja meg. A pénzt a különböző regionális alapokra többnyire demográfiai alapon osztják fel. A régióknak kifizetett eszközöket azután a helyi egészségügyi társaságoknak fejkvóta alapján adják tovább.

Mivel a polgároknak választási szabadságuk van, a helyi egészségügyi társaságok konkurenciában állnak egymással és azokkal a magánszolgáltatókkal, amelyeket a regionális hatóság engedélyezett. A magánszolgáltatók regionális engedély nélkül működhetnek a piacon, de ebben az esetben az állami rendszer nem fizet a munkájukért.

A legtöbb kórházat az állam működteti, ugyanakkor jelentős számú privát kórház is van, amelyek többsége szerződésben áll a nemzeti egészségügyi szolgálattal. 2005-ben a fekvőbeteg kórházi ágyak 23,13%-át tették ki a magánkórházi ágyak.

Portugália

Az 1990-es évek végén a portugál kormányra tartós nyomás nehezedett, hogy kontrollálja az egyre növekvő költségvetési deficitet, egy lanyha gazdasági növekedéssel a háttérben. Ennek következményeként az elmúlt években jelentősen gyakoribbá vált az állami szolgáltatások „kiszerezése”, és sok területen megkezdődött a privatizáció.

Az alapellátást állami (alapellátó központok az NHS-en belül) és magánegészségügyi ellátók (egyéni és csoportpraxisban, szerződésben az NHS-el) együtt nyújtják. A privát szektoron belül is van non-profit és for-profit. A legtöbb magánszolgáltató explicit szerződést köt az állami egészségügyi rendszerrel.

Az ambuláns ellátásban elsősorban a következő területeken működnek magánszolgáltatók: háziorvosi és fogorvosi magánrendelők, laborvizsgálatok, radiológia, gyógyszerészeti termékek.

Portugáliában sok kórházat érintett a piaci reform, mivel a kormány liberális megoldást keresett a problémákra. Habár a Portugál Nővérek Uniója fellépett a kórházmenedzsment törvényben megtestesülő privatizáció ellen, a kormány győzelmet aratott, és ma már a 2002-ben bevezetett public-private partnership a meghatározó forma a kórházi ellátásban. 2005-ben a magánkórházi ágyak az összes fekvőbeteg kórházi ágy 24%-át tették ki.

Spanyolország

Az alapellátást nagyrészt multidiszciplináris teamekből álló állami alapellátó egészségügyi központok biztosítják. Az egyéni praxis a kisebb városokra és a magánszektorra korlátozódik. Az alapellátásban dolgozó magánorvosok teljesítmény szerinti díjazásban részesülnek.

A public-private partnership formula csak az Egészségügyi Konzorciumokra (Társulásokra) korlátozódik, amelyet Katalóniában alkalmaznak: egyes földrajzi területeken a magán ellátókhöz delegálják a feladatokat.

Spanyolországban szisztematikusan próbálják, hogyan tudja javítani az egészségügyi ellátást az állami és magánvállalatok közötti kooperáció. Ennél alapelv az illetékesség átadása az egész kötelezően biztosított lakosság teljes vagy szakorvosi ellátásáért egy meghatározott régióban. Ezeket a szerződéseket 10 és 30 év közötti futamidővel az illetékes regionális hatóságok írják ki nyilvánosan és két esetben magánszolgáltatók nyertek.

Tradicionalisan, az állami egészségügyi rendszerben a kórházi ellátás 15-20%-át magán (többnyire non-profit) ellátókkal kötött szerződések biztosítják. Katalónia kivételes esetet képez Spanyolországon belül: ebben a régióban ugyanis a kórházi ellátás 2/3-át magán non-profit kórházak biztosítják. Az 1986-os Általános Egészségügyi Törvény lehetővé tette ezen ellátók számára, hogy hosszú távú egyezményeket kössenek az állami egészségügyi rendszerrel speciális (és szándékosan meg nem határozott) körülmények között. A szerződések többsége mégis egyszeri szerződés, amelyet évente megújítanak. A hosszabb távú szerződésekkel azonban nagyobb hatékonyságot lehetne elérni az ellátás terén, mivel lehetővé tenné a középtávú (pl. orvostechnológiai) beruházások pénzügyi megvalósíthatóságát. A magánszektor szerepe egyre nő az állami egészségügyi rendszer tőkeberuházásaiban.

Spanyolországban 2005-ben az összes kórházi fekvőbeteg ágy 34,29%-át tették ki a magánkórházi ágyak.

Új tagországok

Magyarország

	Alapellátás ²	Járóbeteg ellátás ³	Fekvőbeteg ellátás ⁴	CT, MRI	Házi szakápolás	Műveskezelés
Szolgáltatók száma	12 756	995	324	75	349	22
Magántulajdon aránya (a szolgáltatók száma alapján)	75% (a háziorvos 86,5%)	34%	25,3%	22,6%	91,1%	40,9%
Magántulajdon aránya (a finanszírozás összege alapján)	70,4% (a háziorvos 85,3%)	16,9%	6,2%	24,6%	94,7%	91,2%
Csak a működtető magán ⁵ (darabszám alapján)	n.a.	0,5%	2,2%	n.a.	n.a.	n.a.
Ellátási felelősség	Önkormány-zat	Önkormány-zat	Önkormány-zat			

Forrás: OEP évkönyv 2006, <http://www.hirszerzo.hu/cikkprint.58432>, <http://www.hospinvest.hu>

² Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás+Védőnői szolgálat, anya- gyermek- és ifjúságvédelem+Fogászati ellátás

³ Gondozóintézeti gondozás+Laboratóriumi ellátás+Járóbeteg szakellátás

⁴ Aktív fekvőbeteg ellátás+Krónikus fekvőbeteg ellátás

⁵ A Hospinvest Egészségügyi Befektetési Zrt. és a Medisyst Kft. által működtetett intézmények

Csehország

A házi orvosok önálló praxisban dolgoznak, amely esetén az egészségbiztosítóval történt szerződés alapján kapják díjazásukat (kombinált térítési rendszer alapján, amelyben a fejkvóta a meghatározó).

A járóbeteg-szakellátást főként magánorvosok végzik független magánpraxisban vagy önkormányzati vagy állami tulajdonban lévő önálló rendelőkben, rendelőintézetekben, illetve ugyanott vagy a kórházak ambulanciáin dolgozó alkalmazottak is részt vesznek az ellátásban.

Az Egészségügyi Információs és Statisztikai Intézet szerint 2007 végén a 192 kórházból 72 minősült részvénytársasági formában működő magánkórháznak (az ágyak 18%-a). Alapítójuk fizikai személy, egyház vagy más jogi személy.

A gyógyszerterarak túlnyomó többsége privát intézményként működik.

A diagnosztikai, laboratóriumi, RTG, ultrahang szolgáltatásokat privát intézmények végzik, az állami kórházakban azonban saját egységek is működnek.

A technikai szolgáltatásokat (takarítás, étkeztetés) az intézmények saját részlegei végzik, vagy külső cégekkel végeztetnek szerződés alapján.

Szlovákia

Az egészségügyi rendszer jelentős reformja 2004-ben olyan törvények elfogadásával kezdődött, amelyek teret adtak a piaci elvek és privatizáció (a közigazgatás és tulajdon decentralizációja) bevezetésének, illetve fejlesztésének:

- ▶ az alap- és a szakellátás teljes privatizációja a járóbeteg-ellátásban
- ▶ gyógyszerterarak privatizációja
- ▶ a diagnosztikai egységek privatizációja, az állami kórházak keretében is (nem teljes)
- ▶ az egészségbiztosítók részvénytársaságokká alakítása
- ▶ a nagy állami kórházak részvénytársaságokká alakítása (nem valósult meg)
- ▶ a kis és közepes kapacitású kórházak önkormányzati hatáskörbe való átadása
- ▶ a kis és szakkórházak privatizálása
- ▶ a mentőszolgálat privatizációja

A házi orvosok nagy része olyan önálló magánpraxisban dolgozik, amely esetén az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján fejkvóta szerint részesül díjazásban. Az egészségbiztosító köteles minden olyan orvossal szerződést kötni, akihez legalább egy beteg feliratkozott. Kiseb számban léteznek járóbeteg-ellátó magánintézmények (rendelők, klinikák), amelyek nem részesülnek közfinanszírozásban.

A járóbeteg ellátás zöme szintén magánpraxisban zajlik, sokszor az állami vagy önkormányzati tulajdonban levő kórházak járóbeteg-rendelőiben vagy rendelőintézetben.

A 2004. évi reformtörvények lehetőséget adtak arra, hogy a szolgáltatók, amennyiben teljesítették a működés feltételeit szabadon vállalkozhassanak az egészségügyben. A kórházak 51%-os állami tulajdonrész megtartása mellett részvénytársaságokká alakulhattak át, a törvénymódosítás lehetővé tette a non profit forma választását is.

A kórházak átalakításának folyamata megszakadt, a kormány társadalmi nyomás hatására a választások előtt 2006-ban jóváhagyta a részvénytársaságokká alakulás leállításáról szóló törvényt. Az állami, az önkormányzati, a kisebb városi általános és szakkórházaknak csak egy része alakult át részvénytársasággá, kisebb része pedig non profit-formában működik. A magán kórházi ágyak aránya elenyésző (néhány kisebb intézmény).

Az Egészségügyi Minisztérium nem támogatja a kórházak privatizációját, hanem a kórházak struktúra átalakítását, illetve profilváltását, a kórházi ágyak számának csökkentését szorgalmazza. 2007. októberében hagyták jóvá a minimális hálózatról szóló kormányrendelet, amely 34 állami egészségügyi fekvőbeteg-intézményt tartalmaz, amelyekkel az egészségbiztosítók kötelesek szerződést kötni. A többi kórház az egészségbiztosítóval külön megállapodás alapján köthet szerződést. A decentralizáció keretében a megyék hatáskörébe került kórházak, valamint a kisebb kórházak így előnytelen helyzetbe kerültek. Az 58 kisebb kórházat tömörítő Szlovák Kórházak Szövetsége fellépett a különböző kórházaknak az egységes szabályok szerinti megítélése érdekében.

A mentőszolgálatról szóló reformtörvény teret adott annak, hogy a mentőállomások többsége pályázat útján magánkézbe került. Végeredményben a mentőállomások száma 264-re növekedett. Az Egészségügyi Minisztérium bírálja ezt a megoldást, mivel az előző vezetés túl sok közfinanszírozási eszközt bocsátott a magánszolgáltatók rendelkezésére, és ezeket az eszközöket más területekre lehetett volna juttatni.

Lengyelország

A 2007-ben végzett felmérés szerint Lengyelországban az egészségügyi szolgálat 60%-a magánkézben van. Az országban 107 ezer magánintézmény (rendelő, osztály) működik. A privát cégek egyre bátrabban lépnek be a nemrég még kizárólag az állami egészségügyi intézmények (ZOZ) számára fenntartott területekre, beruházásokat visznek be, emelve ezzel a szolgáltatások színvonalát. A lengyel kormány aggodalmaival szemben vannak, akik állítják, hogy az ilyen privatizáció nem a nemzeti vagyon kiadására irányul, az ellátás pedig ingyenes marad, mivel az egészségbiztosító (NFZ) a szolgáltató tulajdonformájától függetlenül mindenkinek megtérítheti az ellátás költségeit.

Az alapellátást egyéni vagy csoportpraxisban dolgozó házi orvosok végzik.

Ezen a területen érvényesült a legjobban a magánosítás, a házi orvosok 60%-a dolgozik nem állami (átalakított) intézményben, vagy saját cége (vállalkozása van), és szerződést köt az egészségbiztosítóval. A házi orvosok finanszírozása az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján történik, fejkvóta szerint kapják díjazásukat. A magánpraxisok száma növekszik, egyes vajdaságokban eléri a 90 %-ot, és van olyan hely is, ahol jelenleg folyik az utolsó állami intézmény privatizálása.

Lengyelországban viszonylag rugalmasan történhet a kórházak átalakítása, mintegy száz privát klinika van a piacon. Ami azonban a finanszírozást illeti, nehéz áttörni az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (NFZ) hivatalos korlátait. Az NFZ kórházi ellátásra szánt éves költségvetésének csak kb. 1,5%-át kaphatják meg. Egyre több önkormányzat szánna el magát a kórházak részvénytársaságokká való átalakítására. 2007-ben 55 kórház működött ebben az új formában, és az ország különböző vajdaságaiban további kórházakat terveznek átalakítani.

Az önkormányzatok azonban aggódnak amiatt, hogy az átalakítás után ezek a kórházakat kizárják az NFZ által támogatott kórházi hálózathoz.

Egyre növekszik az állami kórházaknak a hajlandósága arra, hogy cégeket bíznak meg a speciális szolgáltatásoknak (pl. laboratóriumok) az elvégzésére, mivel nincs pénzük az amortizálódott berendezések felújítására. A cég bérlő a kórháztól a helyiségeket, átveszi a dolgozókat és investál a modernizálásra. A kórház 3-5 évre köt szerződést, ezután joga van a szolgáltató-váltásra. A magáncégek szerepet vállalnak a dialízis központok és a mentőszolgálat szolgáltatásaiban is.

A gyógyszerterek közel 100%-a magán.

Források:

- ▶ Hans Maarse: The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis University of Maastricht, 2006. Journal of health Politics, Policy and Law, 2006.
- ▶ A magánszektor és a privatizáció szerepe az európai egészségügyi rendszerekben. A WHO Európai Regionális Bizottságának 2002. szeptember 16-19-i, 52. ülésére készült háttéranyag. <http://www.euro.who.int/Document/RC52/edoc10.pdf>, <http://www.eski.hu/new3/politika/egeszsegp/who.htm>
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de>
<http://www.die-gesundheitsreform.de>
- ▶ Deutschen Krankenhausgesellschaft: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/109/aid/4520/title/Zahlen_Daten_Fakten_2007
<http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/110/aid/4224/title/Krankenhaus-Barometer>
- ▶ Deutsches Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=48695>
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=43285>
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=51676>
- ▶ Statistisches Bundesamt: <http://www.destatis.de>
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend: <http://www.bmgfj.gv.at/>
<http://www.kaz.bmgf.gv.at/>
- ▶ Fidler, Armin H. et al, Incorporation of public hospitals: A “silver bullet” against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia. World Bank Group
- ▶ Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung: <http://www.sozialversicherung.at>
- ▶ Health Policy Monitor: http://www.health-policy-monitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms/Search_Results.html
- ▶ Krankenhausmanagement: <http://www.kma-online.de/index.php?c=14053&m=1000&sid=%20&t=1900>
- ▶ Österreichische Ärztekammer: <http://www.aek.or.at/>
- ▶ Statistik Austria: <http://www.statistik.at>
- ▶ Thieme-connect
<http://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/klinikarzt/doi/10.1055/s-2007-986462.pdf>
- ▶ Early experiences with the Dutch health care reform
http://www.euroframe.org/fileadmin/user_upload/euroframe/efn/autumn2007/Annex2_CPb.pdf
- ▶ The new care system in the Netherlands
http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/boekje-zorgstelsel--engels_tcm20-107938.pdf
- ▶ A tale of two systems – The Swiss and the Dutch health care systems compared OECD Publishing, 2008
- ▶ Hôpitaux Privés Sans But Lucratif: <http://www.hpsbl.org/2presse/index.html>

-
- ▶ L'hôpital à votre service:
http://www.hopital.fr/html/hopital/l_hopital_comment_ca_marche/l_hopital_au_sein_de_l_organisati_on_generale_de_la_sante/les_etablissements_de_sante_privés/index.html#article_0
 - ▶ Le financement du système de santé en France: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire. WHO, 2005. http://libdoc.who.int/hq/2005/EIP_HSF_DP.F_05.1.pdf
 - ▶ Centre Medical de Nations: <http://www.medinations.be/fr/sys/tarifs.htm>
 - ▶ [M. Stéphane Rillaerts Hôpital privé ou public? Le cas particulier de la Belgique Conférence Internationale de l'AIM – HOPE, 20-21 janvier 2005](#)
<http://www.hope.be/ACTIVITIES/hope-aim/fr15%20HOPITAL%20PRIVE%20OU%20PUBLIC%20%20LE%20CAS%20.doc>
 - ▶ Clinique Privée Dr. E. Bohler, Luxembourg, Drees&Sommer:
<http://www.dreso.com/english/referenzen/976.asp>
 - ▶ Les hôpitaux luxembourgeois: http://www.depute-carrier.be/province_luxembourg/carrier_jean_marie/hopitaux_luxembourgeois.html
 - ▶ Incisif Web: Chambres Syndicales Dentaires A.S.B.L: <http://www.incisif.org/International>
 - ▶ National Treatment Purchase Fund <http://www.ntpf.ie/what/>
 - ▶ Department of Health and Children, Ireland:
http://www.dohc.ie/publications/fulltext/quality_and_fairness/part1.html
 - ▶ Patient Treatment Register, UK: <http://www.ptr.ie/Pages/ptrHome.asp>
 - ▶ Sweden.se: The official gateway to Sweden:
http://www.sweden.se/templates/cs/FactSheet___15865.aspx
 - ▶ Health and medical care in Sweden, Fact Sheet, Ministry of Health and Social Affairs, 2007.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/60/40/982480dd.pdf>
 - ▶ Independent Sector Treatment Centre Programme, UK:
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4128133
 - ▶ Private Finance Initiative, UK:
<http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/index.htm>
 - ▶ Challenges of private provision in the NHS
BMJ 2005;331:1193-1195 (19 November)
 - ▶ Public Private Realities in Healthcare: An Analysis of European Hospitals
<http://www.stockholm-network.org/downloads/publications/d41d8cd9-Public%20Private%20Realities%20in%20healthcare.pdf>
 - ▶ NHS GPs at new Virgin health centres
<http://www.guardian.co.uk/society/2008/apr/09/nhs.health2>
 - ▶ E-Health strategy and implementation activities in Finland: http://www.ehealth-era.org/database/documents/ERA_Reports/FINLAND%20country%20report%20sep07_FINAL.pdf
 - ▶ Health Systems in Transition, Denmark. WHO, 2007.
<http://www.euro.who.int/Document/E91190.pdf>
 - ▶ Health care in Denmark, Ministry of the Interior and Health:
http://www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf
 - ▶ Dr. Dario Rosini – Haria Carli: Az olasz egészségügy. Hospital, 2006, 8, 4, 54-55.
-

-
- ▶ Dr. Tim Evans: Public Private Realities in Healthcare: An Analysis of European Hospitals, 2007. <http://www.stockholm-network.org/downloads/publications/d41d8cd9-Public%20Private%20Realities%20in%20healthcare.pdf>
 - ▶ Health Systems in Transition, Portugal. WHO, 2007. <http://www.euro.who.int/Document/E90670.pdf>
 - ▶ Health Systems in Transition, Spain. WHO, 2006. <http://www.euro.who.int/Document/E89491.pdf>
 - ▶ Financing of health care in Spain: a comparative analysis http://www.ief.es/Publicaciones/revistas/PGP/49_financing.pdf
 - ▶ Spanyolország: Az ország bizonyítja, hogy magánbiztosítók és kórházcsoportok átvehetik egész régiók népességének megbiztosítását Gesundheits Wirtschaft, 2007, 1, 1, 38, 41.
 - ▶ Zdravotnická rocenka CR 2006
 - ▶ ÚZIS CR, Aktuální informace, Nemocnice v České republice v roce 2007.
 - ▶ HIT, Czech Republic. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe. 2005.
 - ▶ Szlovákia, ESKI, 2006
 - ▶ ÚZIS, 2005
 - ▶ Szlovák egészségügyi minisztérium: <http://www.health.gov.sk>
 - ▶ TASR, cikkek 2007-2008
 - ▶ <http://praca.gazetaprawna.pl> – 2007. 07. 03.
 - ▶ Lengyel egészségügyi minisztérium: <http://www.mz.gov.pl>