

# **Magán és állami egészségügyi rendszerek együttes működésének szervezési és finanszírozási tanulságai**

## **Vezetői összefoglaló**

Jelen szakpolitikai tanulmány célja az állami és magán egészségügyi ellátás kapcsolatának vizsgálata Magyarországon és az Európai Unió egyes országaiban egyaránt.

A tanulmány bemutatja az egymással összefonódó, egymást kiegészítő egészségügyi ellátórendszerből adódó legfontosabb kihívásokat és azokat a kulcspontokat, ahol a magán és állami ellátás elválasztható egymástól.

A tanulmány kiindulópontját jelentő egyik alapprobléma, hogy Magyarországon, ahogy Svédországban és Nagy-Britanniában is, a magán és az állami tulajdonú szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások számos esetben párhuzamosságokhoz vezetnek, vagy nem különülnek el megfelelően egymástól. Ez a működési rendszer valójában egyik vizsgált országban sem oldotta meg még az államilag irányított privatizációval sem a célul kitűzött feladatokat (pl. a várólisták kérdését, vagy a megfelelő finanszírozás kérdését, stb.). Ráadásul a két vizsgált országban a szakirodalom megállapításai alapján átláthatatlan és alacsony hatékonyságú az adott országok egészségügyi ellátási rendszere, ráadásul egyik országban sem megoldott a finanszírozás.

Magyarországon gyakori jelenség például, hogy a betegek egy ellátás során ugyanattól az orvostól vehetnek igénybe magánszolgáltatásokat, illetve államilag finanszírozott szolgáltatásokat, sőt államilag finanszírozott magánellátásra is van példa.

**Hazánkban nem kellően tervezett és összehangolt a magán és az állami egészségügyi ellátási kapacitás a fekvőbeteg ellátásban. Különösen jellemző a kapacitás felesleg vagy a rossz hatékonysággal működtetett kapacitás az egynapos sebészeit eljárásoknál a fekvő és járóbeteg ellátó intézetekben.**

Emellett **a magán és az állami szolgáltatás nem kerül megfelelően elválasztásra az egyes betegellátó intézményekben**, aminek az oka leginkább az, hogy az állami kézben lévő intézetekben dolgozó, főállású vagy részmunkaidős orvosok a főállásuk mellett nem csak másik állami vagy önkormányzati tulajdonú intézetben vállalnak másodállást vagy szakrendelést, hanem e mellett még további magán ellátást is folytatnak magánrendelés vagy magántulajdonú rendelő szakrendelése formájában.

Ezen szakpolitikai tanulmány keretében a második fejezetben felidézzük az európai és magyar egészségügyi és finanszírozási számokat.

Ezt követően először a magyarországi helyzettel foglalkozunk, ahol bemutatjuk az egészségügyi ellátók tulajdoni viszonyait és rámutatunk arra, hogy **a legtöbb finanszírozási szerződést ma Magyarországon az állami egészségügyi közfeladat ellátás tekintetében magánszolgáltatókkal köti az állam.** Így megmutatjuk, hogy az Országos Egészségbiztosítási

Pénztár (OEP) közfinanszírozott ellátásából, magán fogorvosokat és magán házi orvosokat és házi gyermekorvosokat finanszíroz.

Emellett ebben a fejezetben elemezzük a magyar egészségügyi ellátórendszerben a magán és állami ellátók közötti együttműködési rendszereket, valamint rámutatunk a magán és állami ellátók közötti versenyhelyzetre és az egymással versenyző szolgáltatások mibenlétére.

Tanulmányunk 4. fejezetében **Svédország és az Egyesült Királyság példáján keresztül hasonlítjuk össze a magánszolgáltatók bevonásának lehetőségét az egészségügyi rendszerbe.** A magánszolgáltatók bevonásával a kormányok vagy a megnövekedett lakossági igények kielégítésére tettek kísérletet, vagy az egészségügyi kiadások csökkentésére szolgáltak.

Az **átalakítások két alapvető mintázatot követtek:** az egészségügy piacosítása során a kormányzati cél **az élesebb árverseny** kialakítása, ami nem minden esetben jelenti a magántőke közvetlen bevonását, vagy **bizonyos ágazati tevékenységek privatizációja**, ami lehetővé teszi a magántőke tulajdonszerzését és a magán szolgáltatások nyújtásával a fejlesztéseket az egészségügyi szektorban.

A fejezetben bemutatjuk a **svéd alapellátásban fellépő privatizálási kényszert (amelyet elsősorban az alapellátás és a házi orvosi rendszer gyenge szűrőképessége indukált), és részletesen elemezzük a 2009-ben elfogadott radikális gyógyszerpiaci liberalizációt,** melynek eredményként a gyógyszereket gyártó és azokat felíró entitásokon kívül bármilyen piaci szereplő birtokolhat és üzemeltethet gyógyszertárat. Kitérünk azokra a szakmai-politikai várakozásokra, amelyek megelőzték a reformot, és bemutatjuk, miért tekinthető sok szempontból kudarcnak a gyógyszerpiaci deregularizáció. A szakirodalom áttekintésével rámutatunk, hogy az átalakítások sok esetben nem hozták meg a kívánt eredményeket, hiába növekedett a gyógyszertárak száma, a szolgáltatási színvonal nem javult, valódi piac helyett pedig oligopol struktúra jött létre, amelyben a nagy gyógyszertár-láncok erőfölénybe kerültek a kisebb patikákkal szemben.

**Az Egyesült Királyságban ismertetjük a *National Health Service (NHS)* 2012-es reformját a magántőke bevonásának szempontjából.** A törvény jelentősen átalakította az NHS ellátás-beszerzési mechanizmusát, és lazította a privát szolgáltatók egészségügyi piacra történő belépési kritériumait. A reform társadalmi fogadtatása rendkívül ellentmondásos volt, tekintve, hogy az NHS az egyik legnépszerűbb és legmegbízhatóbbnak tartott állami intézmény. Kritikusai szerint az NHS piacosítása súlyosbíthatja az ellátásbeli egyenlőtlenségeket, indokolatlanul kiszélesíti az egészségügyi ellátók körét, miközben kétséges, hogy a megszorítások miatt bevont privát szolgáltatók jelenléte valóban költségcsökkentéseket fog eredményezni.

**Az egészségügy magánosításának természetesen számos formája van. Vannak olyan szolgáltatások, tevékenységek, amelyeket érdemes lehet piaci módon versenyeztetni.** Ezek elsősorban azok a nem-orvosi tevékenységek, amelyeket egy-egy egészségügyi intézmény

csak kényszerűségből végez. Ilyen a mosodai szolgáltatás, az őrző-védő szolgáltatások, ide értve a portaszolgálatot, a szállítási vagy akár a könyvelési szolgáltatásokat is. Összefoglalóan ezeket **gazdasági háttérszolgáltatásoknak** nevezzük. Ezen szolgáltatások kiszervezése jelenleg nem áll érdekében az állami egészségügyi intézményeknek, mivel a költségvetésből finanszírozott intézmények számára nincs lehetőség az áfa visszaigénylésére. Ezért egy külső szolgáltató csak akkor válik versenyképes ajánlattevővé, ha képes több mint 27%-kal olcsóbban kínálni az adott szolgáltatást.

Ettől merőben **más jellegű a magánszolgáltatók állami intézményekben való közreműködői szerződésekkel történő megjelenése.** Ez nem segíti a versenyt, miután az adott magánszolgáltató leépíti, vagy ki sem építi saját kapacitásait. Ezeket ugyanis a magánszolgáltató általában úgy helyettesíti, hogy az összes költség mellett az intézmény viseli a nem jól tervezhető, nem kalkulálható ellátások terhéét, miközben a magán közreműködő futószalagszerűen, meghatározott időtartamban és személyzettel, tervezhető profittal végez egy jól meghatározott ellátást.

**Vagyis az egészségügy piaci alapokon való működtetése nem azonos a privatizációval.** A privatizáció elsősorban tulajdonosváltást jelent, melynek során valamilyen nem-állami, profitorientált entitás részesedést/teljes tulajdont szerez egy egészségügyi intézményben, vagy új szereplőként kezd magánszolgáltatás nyújtásába.

Mindez az ellátások szelekciójához és a lakossági ellátás differenciálódásához vezet, azonban nem járul hozzá a kormányzat által kitűzött célok megvalósításához. Az alapellátás privatizációja és a gyógyszerpiac deregularizálása Svédországban nem vezetett rövidebb várólistákhoz vagy lényegesen jobb gyógyszerellátáshoz, Az Egyesült Királyságban az eddigi privatizációk és piacosítások nem javították a finanszírozási helyzetet, Magyarországon pedig nem növekedett az ellátási költségek és a humán erőforrás hatékonysága a magánszolgáltatók megjelenésével.