



International Center for Economic Growth
European Center

MUNKAFÜZET 2.

LEPP-GAZDAG ANIKÓ:

**NÉHÁNY GONDOLAT A MAGYAR
EGÉSZSÉGÜGY REFORMJÁHOZ**

2004. ÁPRILIS

14 Korompai Street, H-1124 Budapest, Hungary

Tel: +36 1 248 1160 E-mail: icegec@axelero.hu Website: www.icegec.org

„...a legjobb, amit valamiről emberileg elmondani lehet, hogy meg kell azt reformálni, mert ez azt jelenti, hogy a kérdéses dolog nélkülözhetetlen, és új életre alkalmas.” **Ortega y Gasset**

BEVEZETÉS

Az elmúlt tizenöt év során számos egészségügyi reformelképzelés látott napvilágot, melyek általában azonos elemekből építkeztek eltérő hangsúlyokkal. Sajnos nem sikerült egy, széles társadalmi konszenzuson alapuló koncepciót elfogadni, s az egyes kormányzati ciklusokban elindított „reformok” is csak részlegesen valósulhattak meg, melynek következtében a várt hatások elmaradtak, vagy újabb problémákat generáltak.

A problémák meghatározásában és a megoldási javaslatokban mutatkozó különbségek alapvetően az elemző megközelítéstől és értékrendszerétől függenek. Fontos, hogy tisztában legyünk az egyes elméleti megközelítési módokkal és szempontokkal, mert ezekből kiindulva tárgyalhatók és értékelhetők az egyes reformjavaslatok.

1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ALKOTÓELEMEI

1.1. EGÉSZSÉGPOLITIKA

Az egészségügyi rendszer célja leegyszerűsítve az élet meghosszabbítása és az életminőség javítása. Magának az egészség fogalmi meghatározásában a közösségi, nemzeti értékválasztás döntő. Ennek a választásnak az egészségnek a többi társadalmi célkitűzéshez viszonyított értékelésében is jelentős szerepe van, ami meghatározza az egészségpolitika helyét és jelentőségét az egyéb közszolgálati programok között.

Egészségünk, pontosabban egészségünk értéke, nem vagy csak nagyon körülményesen mérhető. Az azonban kétségtelen, hogy az egészséges élet semmi mással nem helyettesíthető – sem egyéni sem társadalmi szinten -, s az egészség iránti kereslet rendkívül rugalmatlan, azaz egy esetleges betegség esetén bármennyit hajlandók lennénk fizetni a gyógyulásért.

A lakosság egészségi állapotáért döntően nem is az egészségügyi ellátás a felelős, mivel az csupán egyik eleme az egészségi állapotunkra ható négy fő tényezőnek: öröklött tényezők, a fizikai és társadalmi környezetünk, életmódunk és az egészségügyi ellátás igénybevétele. Ezeknek a tényezőknek az egymáshoz viszonyított súlya társadalmanként, vagy az idővel változik, de az elmondható, hogy a fejlett országokban az egészségügyi ellátás az, amelyik a legkevésbé befolyásolja össztársadalmi szinten az egészségi állapotot (Kincses 1999.) Ez vezetett ahhoz a felismeréshez, hogy az egészségi állapot tartós és jelentékeny javulásához a közszolgálati programok összehangolására van szükség.

Az egészségpolitikának négy alapvető célkitűzésnek kell megfelelnie: **hatásosság** (a lehető legjobb egészségi állapot elérése), **hatékonyság** (a rendelkezésre álló szűkös erőforrásokkal a lehető legteljesebb egészségi állapot elérése), **igazságosság** (méltányos forrásallokáció és teherviselés, esélyegyenlőség a szolgáltatások hozzáféréseben) és **megvalósíthatóság** (finanszírozhatóság, közösségi értékválasztás, politikai szándék, tudás, szakértelem). Megjegyzendő, hogy a négy célkitűzés bizonyos elemei konfliktusban állhatnak egymással (pl. technikailag lehetséges gazdaságilag megengedhető trade-off), ezért a mindenkori egészségpolitika feladata az adott helyzetnek leginkább megfelelő egyensúly kialakítása. (Gaál 2001.)

Az egészségpolitika átfogja az egész egészségügyi rendszer működését: tervez, irányít, szabályoz és értékkel (központi és helyi szinten egyaránt). A szabályozás magában foglalja a kereslet-kínálat, a finanszírozók, a szolgáltatók és a szolgáltatást igénybevevők viselkedését befolyásoló mechanizmusokat.

1.2. FINANSZÍROZÁS

Az egészségügy finanszírozásának két alapvető eleme van: a **forrásteremtés**, vagyis az, hogy ki¹ és milyen nagyságú forrást² biztosít és ki viseli a finanszírozás terheit, illetve a **forrásallokáció**, amely a források szétosztását jelenti. A forrásteremtés módja alapvetően befolyásolja, hogy az egyes társadalmi csoportok milyen mértékben vállalnak terhet az egészségügyi ellátás költségeinek finanszírozásából. A forrásallokáció esetében az a kérdés, hogy a rendelkezésre álló lehetőségek szerint miként lehet a leghatékonyabban hasznosítani a forrásokat és mennyire tud érvényesülni az esélyegyenlőség elve. (Orosz 2001.)

Az egészségügyi rendszernek három főszereplője van: a beteg (fogyasztó), az egészségügyi szolgáltató (kínálati oldal), valamint a finanszírozó (biztosító). Az egészségügyi ellátások piacát a harmadik szereplő, azaz a finanszírozó teszi sajátossá, ugyanis ő az, aki átvállalja a beteg pénzügyi kockázatát³.

1.3. SZOLGÁLTATÁSOK

A szolgáltatói oldal több szempont alapján is jellemezhető:

- funkciók szerint: prevenció, alapellátás, szakellátás stb.
- struktúra szerint: a nyújtott szolgáltatások mennyiségi és minőségi jellemzői
- tulajdoni és működtetési formák szerint.

Nem elhanyagolandó az intézmények belső szervezeti jellemzőinek elemzése sem. A szolgáltatói szektor jellemzői jelentősen befolyásolják a nyújtott szolgáltatások hatékonyságát és azt, hogy milyen mértékben felelősek az általuk hozott döntésekért.

1.4. ERŐFORRÁSOK TERMELÉSE

Az elmúlt évtizedek orvostudományi és technológiai fejlődésének köszönhetően, az egészségügy nagy tőkeigényű iparaggá vált, a GDP egyre jelentősebb hányadát költik mindenütt egészségügyre. Ez a fejlődés azonban számos feszültséget is indukál, gondoljunk csak például a gyógyszerek ártámogatására⁴. Az erőforrások termelése (oktatás, kutatás-fejlesztés) alapvetően befolyásolja az egészségügyi rendszer hosszú távú fejlődését: az egyes technológiák alkalmazását, a munkaerő-kínálatot stb.

A különböző reform elképzelések elemzése során, ezeken a kiemelt tényezőkön kívül, szem előtt kell tartani a következőket is: a gazdasági és politikai feltételeket, a

¹ Költségvetés, kötelező biztosítás, magánbiztosítás, közvetlen kifizetés a betegek részéről

² Adók és kötelező járulékok és/vagy önkéntes biztosítás és közvetlen kifizetés

³ Cserébe adót, járulékot vagy biztosítási díjat szed.

⁴ Az igen magas kutatás-fejlesztési költségek miatt többnyire nem alkalmazható piaci ár, s ezért az állam téríti meg a K+F költségek egy részét az ártámogatáson keresztül, ami pedig a versenyt torzítja.

társadalom kulturális hagyományait, uralkodó nézeteit, a szakágazat politikai környezetét, az orvos-szakma jellemzőit és az intézményi feltételeket.

2. PIAC, ÁLLAM ÉS EGÉSZSÉGÜGY

Az állam és a piac szerepe mindenütt világon a (társadalom)politikai és/vagy a közgazdasági viták egyik központi kérdése. Ezek a viták és elméletek a jóléti szektorral általában és az egészségüggyel specifikusan is foglalkoznak. A kialakult elméletek nem adnak és nem is adhatnak egyértelmű választ a gyakorlati egészségpolitika számára, hiszen a piac szerepének növelése (vagy csökkentése) által kiváltott különböző hatások nagymértékben függenek az adott ország sajátos körülményeitől.

A piac „önszabályozó rendszer”, ahol a legfőbb szabályozó és információközvetítő eszköz az árrendszer. A piac alapvető mozgatórugója a piaci szereplők versenye, amely döntő jelentőségű a kereslet és a kínálat összehangolódási folyamatában. A tökéletesen versenyző piac a következő jellemzőkkel rendelkezik (Santerre 1996):

- a fogyasztók fizetik a termék teljes árát;
- a vállalatok célja a profitmaximalizálás;
- nagyszámú eladó és vevő van jelen a piacon, méretük a teljes piac méretéhez képest kicsi;
- minden vállalat homogén, standardizált terméket gyárt;
- nincsenek piacra lépési és kilépési korlátok;
- a gazdasági szereplők tökéletesen informáltak;
- a termelés költsége nem csökken a termelt mennyiség növekedésével.

Az egészségügyi ellátások piacán, bár lehetnek olyan területei, amelyek közel állnak a versenyző piacok jellemzőihez, a feltevések nagy része nem tartható. Néhány példát említve: az egészségbiztosítási piacon a fogyasztók nem viselik az ellátás teljes költségét; az egészségügyi szolgáltatók jelentős része nem profitorientált formában működik, így a profit maximalizálási kritériumon kívül más tényezők is befolyásolják tevékenységüket.

Az egészségügyi ellátásoknak a következő olyan tulajdonságait szokták megemlíteni, amelyek következtében ezek a jóságok nem felelnek meg a tökéletesen versenyző piac feltételezéseinek, és amelyek így a piac kudarcát okozzák:

- az egészségügyi ellátás közjószág (tehát fogyasztása során nincs verseny és kizárhatóság)
- az egészségügyi szolgáltatás kereslete származtatott kereslet;

- információs aszimmetria⁵ a szolgáltató és a beteg között;
- bizonytalanság abban a tekintetben, hogy az egészségügyi szolgáltatás iránti szükséglet mikor merül fel, hogy az ellátás hatékony-e, és hogy mekkora a költsége;
- nem homogén termék, amely lehetővé teszi a szolgáltató számára, hogy kiküszöbölje az árversenyt;
- korlátozott a piacra való belépés (pl. különböző engedélyezési rendszerek);
- externáliák jelenléte.

Az egészségügyi ellátások kínálata többnyire nem illeszkedik a kereslethez, s az árakat sem a kereslet-kínálat viszonya határozza meg. Ezek az árak nem is viselkedhetnek piaci árként, hiszen nem tartalmaznak nyereséget, nem fedezik a működési és fejlesztési költségeket. A nyújtott szolgáltatások mennyisége pedig nem a lakosság egészségi állapota által meghatározott szükséglet szerint alakul, hanem a szolgáltatások kapacitása és hozzáférhetősége szerint. A kínálat bővülése az egészségügyben nem az árak és az intézményi kapacitások csökkenését okozza, hanem épp ellenkezőleg, az egészségügyi szolgáltatások és kiadások növekedéséhez vezet (kínálat indukálta kereslet) (Brandtmüller-Lepp 2004).

A piac tehát, mint erőforrás-allokációs mechanizmus az egészségügyben több szempontból is problémákkal terhelt: egyrészt az egészségügyi szolgáltatások piacának számos különleges tulajdonsága miatt nem valósulnak meg a tökéletes piac működési feltételei, így a piac a közgazdasági hatékonyság célkitűzéseit nem éri el, másrészt a piac önmagában nem képes biztosítani a javak igazságos elosztását, de a társadalom egyéb célkitűzéseit sem. Az egészségügy társadalmi szintű hatékonyságának biztosításában az állami szerepvállalás elkerülhetetlennek tűnik.

Az állami beavatkozás fő típusai és problémái (Le Grand 1992):

- szolgáltatások nyújtása – többnyire államilag garantált monopol státusszal;
- finanszírozás és támogatás – a költségeknél alacsonyabb ár, túlkereslet, lobbitevékenység, közkiadások emelkedése;
- szabályozás – a kormányzat nem lehet tökéletesen informált.

Bár az államnak megvannak a megfelelő eszközei a piaci kudarcok kezelésére, az állami beavatkozás sem feltétlenül vezet el bennünket a kívánt célkitűzések átfogó megvalósításához. Az optimális közösségi döntések meghozatalát korlátozza a rendelkezésre álló információk mennyisége és maga a politika folyamata. Ez nem jelenti azt, hogy az állam minden esetben kudarcra van ítélve:

⁵ Az egészségügyi piacon a betegek (fogyasztók) általában nem képesek megítélni, hogy milyen ellátást vegyenek igénybe, s a szolgáltatásokat sem közvetlenül ők vásárolják.

"Az, hogy a kormányzati beavatkozás egy adott formája több hatékonytalanságot vagy egyenlőtlenséget hoz-e létre, mint ha az adott beavatkozás nem történne meg, végső soron empirikus kérdés..." (Le Grand, 1992, p.442)

A megoldás nem a tisztán állami vagy piaci viszonyok megteremtésében keresendő, hanem egy kiegyensúlyozott feladatmegosztásban a köz- és a magánszektor között. Ilyenek például a kvázi piaci megoldások, melyek lényege, hogy megpróbálnak választ adni a piac és az állam egészségügyben tapasztalt kudarcaira, az igazságosság és a hatékonyság célkitűzéseinek együttes elérésével, illetve a piaci mechanizmusok a közszolgálati szektorba való átültetésével. A kvázi piaci modell legfontosabb elemei:

- a szolgáltatások finanszírozója az állam vagy a kötelező biztosítási rendszer, tehát megőrzi az egész populáció lefedettségét az egészségügyi ellátásokat illetően;
- a szolgáltatásokat közvetlenül a beteg érdekében fellépő ügynök vásárolja meg;
- szolgáltatói oldalon magán, non-profit vagy köztulajdonú intézmények versenyeznek egymással.

3. NEMZETKÖZI TRENDK

Az egészségügyi rendszereket a világon igen változatos megoldások jellemzik, ezért nem találhatunk két olyan országot, ahol minden tekintetben azonos rendszer működne. Ennek ellenére megfigyelhető néhány igen fontos vonás, amelyekkel a főbb trendek jellemezhetők, elsősorban Nyugat-Európában.

A második világháborút követő évtizedekben az egészségpolitika legfőbb célja az volt, hogy az állampolgárok minél szélesebb köre, jövedelmi helyzetüktől függetlenül hozzáférhessenek az egyre bővülő és dinamikusan fejlődő egészségügyi szolgáltatásokhoz. Emellett törekedtek az erőforrások területi elhelyezkedésében mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentésére is. Mindez az egészségügyi ágazat látványos növekedését, az egészségügyi költségek folyamatos növekedését, illetve a közpénzek nagyarányú beáramlását eredményezte⁶.

A hetvenes évek közepétől, részben a gazdasági recesszióknak köszönhetően, fordulat állt be az egészségpolitikában, ugyanis az egészségügyi kiadások (növekedésének) korlátozása került középpontba. Ez a kórházi kapacitások csökkentésében, a beruházások visszafogásában mutatkozott meg, s egyre gyakrabban került előtérbe a piac és a verseny szerepe. Ugyanakkor a nemzetközi összehasonlítások azt mutatták, hogy a nyolcvanas években azok az országok voltak képesek a kiadások korlátozására, amelyekben a közfinanszírozás dominált.

Újabb fordulat a nyolcvanas évek második felében következett be, amikor nyilvánvalóvá vált, hogy a kiadások korlátozásával nem sikerült növelni az egészségügyi szektor működésének hatékonyságát. A fejlett európai országok egészségügyi finanszírozásában továbbra is az állami szerepvállalás a domináns. Az elmúlt másfél évtizedben az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítása és a hatékonyság növelése állt a törekvések középpontjában, melyet a reformkoncepciók többsége a finanszírozók és a szolgáltatók közötti viszony formálásával kívántak elérni. Ezek a reformok piaci típusú eszközöket alkalmaznak a szolgáltatói oldalon és a finanszírozási módszerek tekintetében: szétválasztják a vásárló és az eladó szerepét, versenyeztetik a szolgáltatókat, szerződéses rendszereket működtetnek. Létrehozzák azt a speciális „vásárlót”⁷, vagy ellátásszervezőt, aki a beteget képviseli és hatékonyabban próbál fellépni a szolgáltatókkal szemben. A koncepció szerint a szolgáltatók azért lesznek motiváltak a teljesítményük javításában, mert másként elveszíthetik vásárlóikat.

A kilencvenes évek második felére azonban a piaci eszközök alkalmazásának problémái is megmutatkoztak:

⁶ Az OECD országok átlagát tekintve az egészségügyi kiadások 40%-kal gyorsabban növekedtek, mint a GDP.

⁷ Ez a „vásárló” lehet az önkormányzat (Svédország), a területi menedzsment vagy orvoscsoporth (Anglia), vagy biztosítási alap (Hollandia)

„A két európai ország, amelyek piac-orientált reformjai a legnagyobb nemzetközi figyelmet kapták – Svédország és Nagy-Britannia – az elmúlt években visszavonult attól, hogy a versenyre való ösztönzést tekintse az egészségügyi reform hajtóerejének. Svédországban a meghatározó kifejezés mind országos, mind megyei szinten a „kooperáció”, és visszatért az érdeklődés a megyei szintű tervezés és az országos szabályozás iránt. Nagy-Britanniában... az egészségügyi hatóságok tradicionális felelőssége és a magas fokú bizalmon alapuló hosszú távú szerződések logikája felé fordult a figyelem.” (Saltman-Figueras, 1997., p.41)

Az Európai Unió országaiban az alapértékek – a szolidaritás, méltányosság és a lehető legteljesebb hozzáférés biztosítása – közösek, de a Közösséget létrehozó szerződések nem tartalmazzak közös egészségpolitikát: az egészségpolitika megfogalmazása, az ellátórendszer szervezetének, finanszírozási módjának meghatározása nemzeti hatáskörben van. Nincsenek kiszemelhető célmodellek, amelyeket a magyar reformfolyamat során érdemes lenne átvenni, mivel más környezetben egészen másként hatnak és egészen más következménnyel járnak. Kornai János erről így fogalmaz:

„... nincsen „mintaország”, amely a fejlett Nyugatot reprezentálná, és amelynek példáját különösebb habozás nélkül követhetnénk. Még annak az országnak a kijelölése is, amelyet esetleg mintának tekintenének és követni akarnának, értékválasztáson alapul. A döntéshozóknak arra kell törekedniük, hogy a különböző rendszerek különböző jellemzőiből válogatva egy, a saját országuk számára legmegfelelőbb, koherens rendszert hozzanak létre.” (Kornai 2001., p.111.)

4. MAGYARORSZÁGI HELYZETKÉP

Az elmúlt másfél évtizedben a magyar egészségügyben is történtek változások, előrelépések. Új alapokra került a háziiorvosi szolgálat, a betegeknek lehetőségük nyílt a szabad orvosválasztásra, a fekvőbeteg-ellátó intézményekben teljesítményelvű finanszírozás került bevezetésre, stb. A magyar egészségügyi rendszer – a következőkben ismertetésre kerülő problémái mellett és ellenére – egyelőre működőképes és olyan kapacitásokkal rendelkezik, amelyekkel több, nálunk fejlettebb országhoz képest is rövidebb várakozási idővel, kisebb sorbaállással férhetők hozzá az egyes egészségügyi szolgáltatások. A magyar egészségügyi szakemberek tudása nemzetközileg is elismert.

A lakosság egészségi mutatóinak tragikus volta ma már közismert és kezd társadalmi-erkölcsi teherre válni, az egészségügyi rendszer finanszírozhatósága pedig az államháztartás egyik alapvető problémája. Napjainkra egyre nyilvánvalóbb, hogy az egészségügy problémái a hagyományos gondolat- és eszközrendszerben nem oldhatók meg. Új szemlélet kialakítására van szükség, mert az egészségügy egyik legnagyobb problémája az, hogy egy hosszabb távú, többé kevésbé konszenzuson alapuló jövőkép nélkül sodródik válságból válságba, egyre kilátástalanabbá téve mindannyiunk helyzetét. Ehelyett az egészségügy vitái jelenleg akut napi problémákról (béremlésekről, ágyszám csökkentésekről) szólnak.

A fennálló problémák egyik legfőbb kiindulási oka, hogy az államszocialista jóléti politika jelentős részét képezte a minden állampolgárnak, ingyen és a lehető legmagasabb színvonalon biztosítandó egészségügyi ellátás. Ez még rövid távon sem tartható fenn, arról nem is beszélve hogy kizárja a közgazdasági gondolkodást erről a területről.

Az ország egészségügyi ellátórendszerében egyre súlyosabb válság tünetei mutatkoznak az utóbbi években. Tíz év alatt 40 % reálérték-csökkenés következett be a finanszírozásban, miközben az egészségügyi ellátórendszernek alkalmazkodnia kellene a piaczgazdasági viszonyokhoz úgy, hogy mindmáig nem teremődtek meg azok a jogi és gazdasági feltételek, amelyek ezt lehetővé tennék.

Az egészségügy, mint finanszírozási probléma egyre nyomasztóbb, és a rendszer lényegéből fakad, hogy ez a probléma spontán nem oldódik, sőt: az élettartam meghosszabbodása, a tudomány és technika fejlődése miatt a költségek folyamatosan növekedni fognak. Magyarországon nemcsak általában magas a halálozás, hanem ezen belül is a középkorúak halálozási aránya növekszik kiemelkedően, azaz a gazdaságilag aktív réteget fokozottabban érintik, és ez a későbbiekben a tényleges nyugdíjazási kor kitolódása miatt továbbgyűrűzhet.

Az egészségügyi kiadások évente nagyjából 900 milliárd forint körül alakulnak, melynek háromnegyede közkiadás. Ennek több mint 90 százaléka a társadalombiztosítás által fedezett folyó kiadás. A fejlesztésre, beruházásra fordított hányad szignifikánsan alacsony. Az összes kiadás 25-30 százaléka gyógyszerkiadás (!), 30 százaléka pedig a fekvőbeteg-ellátásé. Az egészségügyi ellátásokra fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya európai összehasonlításban igen alacsony, s az utóbbi években csökkenő irányzatú (ÁSZ 2003).⁸ Az egy főre jutó hazai egészségügyi kiadások 2000-ben valutaárfolyamon számolva ötször-hatszor kisebbek, mint Nyugat-Európában (313 USD, melyből 237 USD közkiadás). Vásárlóerő-paritáson számítva ez a különbség két-háromszoros. (A különbség az árszínvonalak különbségéből ered.) A hazai alacsonyabb egészségügyi árszínvonal elsősorban az igen alacsony egészségügyi bérekre vezethető vissza. (Orosz 2001).

A nemzetközi összehasonlítások azt mutatják, hogy van kapcsolat a gazdasági növekedés, az egészségügyi szektor növekedése és ezek GDP-hez viszonyított aránya között. Kornai mellett, hogy mindezt korreláció- és regresszió számítással alátámasztja hozzáfűzi, hogy több más tényező, így a társadalmi rendszer, a kormánypolitika, a kulturális hagyományok, az iskolázottság is jelentős szerepet játszik.

1. táblázat: Az egészségügyi kiadások finanszírozók szerint
(folyó áron, millió forint)

Kiadás	1998	1999	2000
Államháztartás összesen	551 704	606 479	664 488
Központi költségvetés önkormányzatok	91 352	98 216	107 169
Társadalombiztosítás	480 352	508 263	557 319
Magánkiadások összesen	142 767	170 148	215 441
Összes egészségügyi kiadás	694 471	776 627	879 929
Ebből: folyó közkiadások	515 179	570 819	628 984
Beruházás közkiadásból	36 525	35 660	35 504
Folyó magánkiadások	138 639	169 011	214 667
Beruházás magánkiadásból	4 128	1 137	774

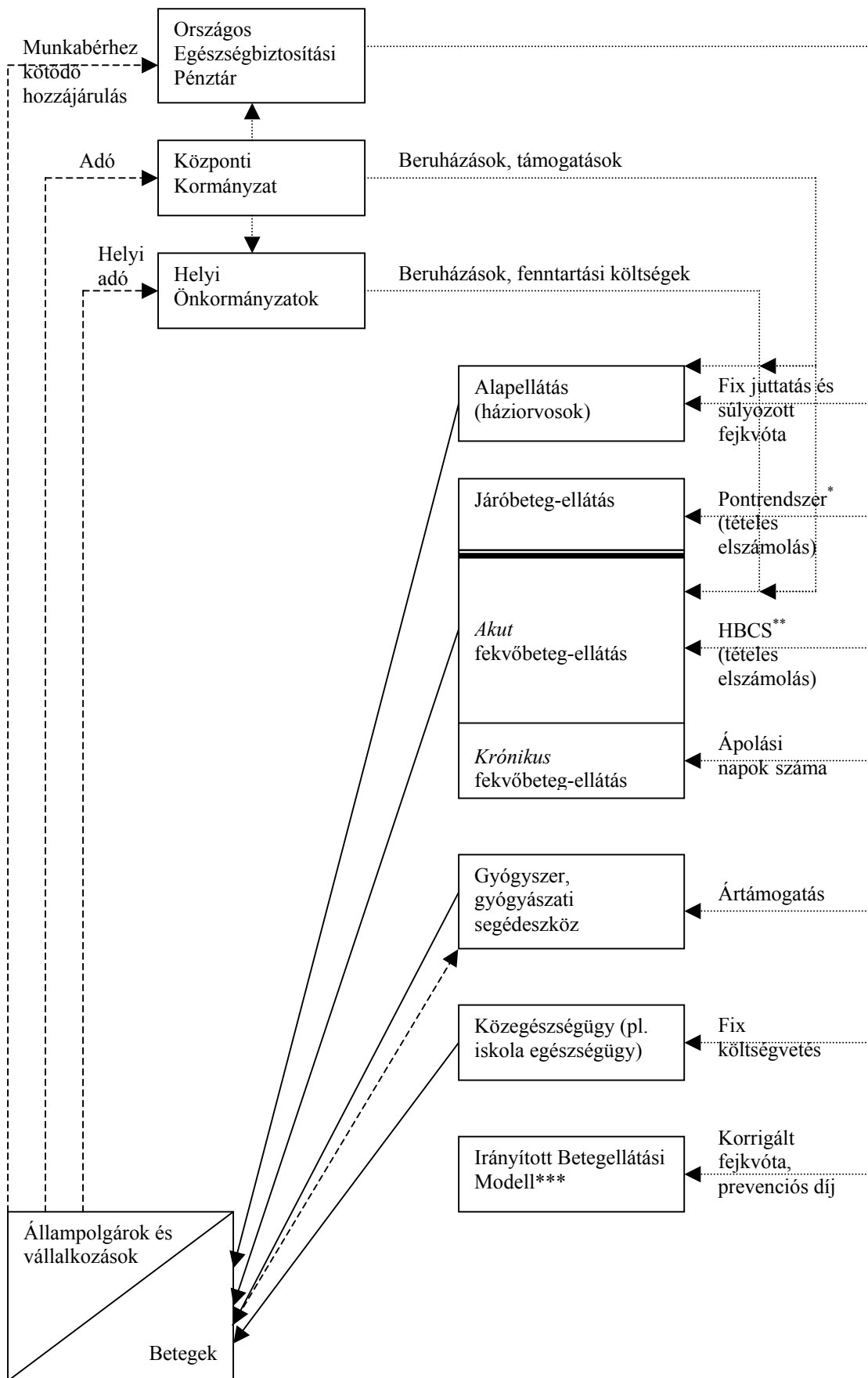
Forrás: KSH 2002.

⁸ Az EU országokban az egészségügyi közkiadások átlagosan 6% körül mozognak, hazánkban 2000-ben 5,1% volt.

Az 1993 óta működő finanszírozási rendszerben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egészségügyi szolgáltatások vásárlója, amely a biztosítottak számára megveszi az egészségügyi ellátást. Az szolgáltatások finanszírozása fix előirányzatú rendszerrel, bázisfinanszírozással (kapacitás- vagy feladatfinanszírozás) vagy teljesítményelvű finanszírozással (tételes elszámolás – a teljesítmény azonos a szolgáltatással, normatív rendszer – a tevékenység eredménye jelenti a teljesítményt) oldható meg.

A magyar egészségügyi ellátórendszer három szervezeti szintből épül fel: alapellátás, járóbeteg-ellátás és fekvőbeteg-ellátás. A járóbeteg-ellátás intézményileg gyakran összekapcsolódik a fekvőbeteg-ellátással, mégis a szakmai okok és a finanszírozási módszerek miatt külön kezelendők. A háziorvosi ellátás tevékenysége elvileg igen széleskörű azért, hogy egyfajta kapuőr szerepet betöltve, prevenciós és a szakellátást tehermentesítő feladatokat lásson el. Sajnos a három ellátási szint együttműködése eddig korántsem valósult, meg s ennek fő oka a finanszírozási rendszer rossz motivációja. A szervezési, jövedelemszabályozási és anyagi érdekeltségi motívumok egyaránt közrejátszanak abban, hogy az orvosi beavatkozások gyakran a szakmailag indokoltnál magasabb ellátási szinten valósulnak meg.

1. ábra: A magyar egészségügyi rendszer felépítése és finanszírozása



Jelmagyarázat:	----➔	Forrásteremtés
	➔	Forrásallokáció
	—➔	Szolgáltatás-nyújtás

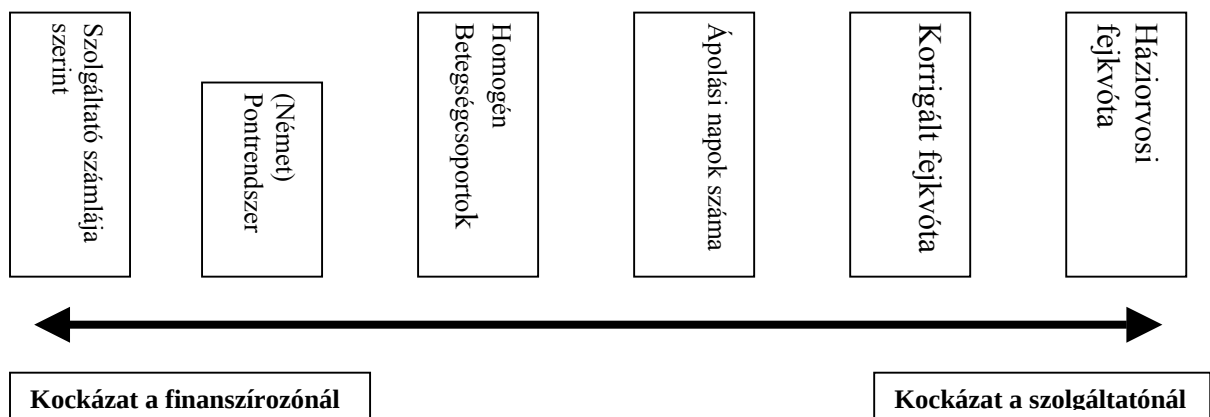
* - Ambuláns esetcsoportok szerinti finanszírozás, Németországból átvett finanszírozási módszer: a betegnek ténylegesen elvégzett vizsgálatokat és beavatkozásokat számlázzák a biztosítónak

** - Homogén Betegségcsoportok. Az USA-ban kifejlesztett Diagnosis Related Groups módszer alapján kidolgozott súlyozott esetátalány finanszírozás- A díj a diagnosztika és a terápia költségeit fedezi a diagnózis során megjelölt betegség átlagos ráfordítás szintjén, tehát független a ténylegesen elvégzett vizsgálatok és beavatkozások egyedi költségétől.

*** - Kísérleti modell, speciális működési feltételei miatt itt csak a finanszírozásának módja szerepel (bővebben lásd később)

forrás: az ábra Gál-Mogyorósy-Szende-Szívós (2003 p.74.) ábrájának módosított változata

2. ábra: A magyar rendszerben alkalmazott finanszírozási technikák és a kockázat



forrás: Mihályi (2003)

Az egészségbiztosítás kiadási oldalán azt láthatjuk, hogy a gyógyító-megelőző ellátások esetében a különböző finanszírozási módszerek biztosítják, hogy a kiadások ne haladják meg a tervezettet (felülről zárt kasszák). Itt a költségek növekedése miatt az intézményeknél (kórházi eladósodás) jelentkeznek a feszültségek. Ezzel szemben a lakossági gyógyszer támogatás, a táppénz, a rokkantsági nyugdíj finanszírozása „nyílt végű”, tehát nincsenek eszközök az előirányzatok betartatására.

A finanszírozás rendszeréből gyakorlatilag hiányzik a tőkeköltségek elismerése, az amortizáció fedezete. A beruházási hányad a fejlesztési igényekhez képest igen alacsony. A működés és a fejlesztés finanszírozásának elkülönülése megnehezíti az átláthatóságot és a szakmai fejlesztések megalapozását. Mivel az intézmények

többsége önkormányzati tulajdonban van⁹, a központi egészségügyi kormányzat mozgásterét a fejlesztések tekintetében korlátozott.

A finanszírozás kapcsán meg kell említenünk az egészségügyi szolgáltatók csoportjai között zajló harcot a jövedelmekért, s itt elsősorban az egészségügyi bérek és a gyógyszergyártók jövedelme közötti feszültségről van szó. Az Egészségbiztosítási Alapon belül a gyógyszerártámogatások javára történt arányeltolódás miatt, a gyógyszergyártók gyakorlatilag elszívják a jövedelmeket, elsősorban az egészségügyi dolgozóktól (csökkenő reálértékű kiadások mellett). (Orosz 2001) A jövedelmek közötti arányeltolódás szektorok között is tapasztalható, hiszen a versenyszféra és az állami szektor bérei, illetve az állami szektoron belül az egyes ágazatok közötti arányváltozások egyik legnagyobb vesztesei az egészségügyi dolgozók.

Az egészségügyi ellátórendszer külső és belső tartalékai kimerültek. Az intézményekben folyamatosan nő mind a külső (kifizetetlen számlák), mind a belső (fejlesztések hiánya) eladósodás. A finanszírozási gondok a gyógyítás napi gyakorlatában is jelentkeznek, és az általános presztízsvesztés miatt a gyógyítás szakmai színvonala is kezd egyenetlenné és kiszámíthatatlanabbá válni, mert a rendszer utolsó tartaléka, az egészségügyi dolgozók morális tartása is kimerülőben van. A közelmúlt jogszabály módosításait kísérő tiltakozások, az érdekképviselőket ellátó szervezetek ellenállása, az ágazatban sokáig ismeretlen sztrájkhangulat mind azt jelzi, hogy a változtatásokat megelőző szakmai- és érdekegyeztetések nem zajlanak megfelelően, vagy sokszor nem is jönnek létre.

A jelenleg fennálló egészségügyi szolgáltatói struktúra nem illeszkedik a valós szükségletekhez. Mint azt már korábban említettük, a betegek egy jelentős része az ellátás magasabb szintjén jut gyógyításhoz, mint az szakmailag indokolt lenne. Más része - amely nem akut gyógyítást igényel, hanem folyamatos ápolásra, krónikus kezelésre, rehabilitációs ellátásra szorul - az ilyen típusú intézmények hiánya vagy szűkös kapacitása miatt nem juthat megfelelő, adekvát kezeléshez. Hiányoznak a szociális háttérintézmények, amelyeket sok esetben kórházi ágyak váltanak ki¹⁰.

A kialakult helyzetet tovább nehezíti a menedzseri végzettségű és ilyen gyakorlattal és szemlélettel rendelkező vezetők hiánya, valamint a közalkalmazottként való foglalkoztatás.

1990 óta a kelet-közép európai országokban, így hazánkban is, a különböző egészségügyi technológiai eszközök (gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, eljárási technikák) erőteljes beáramlása tapasztalható. Sajnos, a piac teljes

⁹ 2003-ban, a Magyarországon működő 182 fekvőbeteg-ellátó intézményből 115 önkormányzati, 32 állami, 15 egyházi és 20 egyéb tulajdonban volt. A háziorvosi praxisok (elenyésző kivétellel) az orvosok tulajdonában vannak, a rendelők többsége önkormányzati tulajdonú, de egyre több orvos él a rendelőjének megvásárlásának (vagy új rendelő építésének) jogával és lehetőségével.

¹⁰ A GYÓGYINFOK becslése szerint a kórházi kapacitás mintegy 15-20%-át teszik ki az ilyen ellátások.

liberalizációja mellett nem alakult ki a különböző technológiák használatára vonatkozó, megfelelő értékelési rendszer. Nincs az gyógyszerár-tárgyalásokra vonatkozó intézményesített eljárási rend és a döntési rendszer sem felel meg a transzparencia elvének. A kormányzati és finanszírozói oldal folyamatosan a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz kasszáinak túlköltekezése ellen küzd, valljuk be, eddig teljesen sikertelenül és reménytelenül.

2. táblázat: A tervezett és a tényleges gyógyszertámogatás összege Magyarországon
1994-2001

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
A gyógyszerkassza tervezett kiadása (mrd HUF)	50,7	67,7	81,9	94,3	102,6	122,9	135,0	147,0
A gyógyszerkassza tényleges kiadása (mrd HUF)	61,6	70,0	84,2	100,9	135,5	139,5	150,8	179,5
Különbség mrd HUF (%)	+10,9 (21,5)	+2,3 (3,4)	+2,3 (2,8)	+6,6 (7,0)	+32,9 (32,0)	+16,6 (13,5)	+15,8 (11,7)	+32,5 (22,1)

(Gulácsi 2002.)

Végül, de nem utolsó sorban meg kell még említenünk a magyar egészségügy belső tehetetlenségét, a reformokkal kapcsolatos ellenállást, egyes szakmai érdekcsoportok mohóságát is.

5. BOKROS LAJOS „A GYÓGYÍTÁS REFORMJÁ”-RÓL CÍMŰ ELKÉPZELÉSEIHEZ

A magyar egészségügyi rendszer legnagyobb problémájaként említi Bokros Lajos, hogy "az egyén által elnyerhető szolgáltatások színvonala és az általa vállalt közterhek mértéke között semmiféle kapcsolat nincs, ami egyfelől aláássa a szóban forgó közterhek fizetésének készségét, másrészt a gyógyító intézményeket az állami költségvetési forrásokért vívott bürokratikus harcban, nem pedig a fogyasztók kegyeiért vívott versenyben teszi érdekeltté". A kínálati oldalon költségrobbanás tapasztalható, míg a keresleti oldalon „korlátlan” igény van a megfelelő egészségügyi szolgáltatásokra. Ennek köszönhetően egyszerre van jelen hiány és pazarlás a rendszerben, illetve olyan nemkívánatos jelenségekkel kell szembenéznünk, mint a sorbaállás vagy hálapénz.

Bokros Lajos szerint a megoldást az "öngondoskodás, illetve a szolidaritás finom egyensúlyának kialakításában" látja, nem pedig a szolgáltatói oldal teljes magánosításában. Úgy véli, hogy a fő tennivaló a fogyasztókért vívott verseny feltételeinek megteremtése, ami elsősorban többszintű finanszírozási rendszer kialakításával érhető el. A piacelvű magánbiztosítók működtetése mellett száll síkra, melyekbe a munkavállalóknak kötelező lenne belépniük. A jelenleginél alacsonyabb munkáltatói járulékok egy állami alapba kerülnének, s ez az állami biztosító csak az alapszolgáltatásokra nyújtana fedezetet (azt is csak részben). Szerinte csak a piacelvű magánbiztosítók működése mellett kényszeríthető az állami betegbiztosító hatékonyabb gazdálkodásra. A járó- és fekvőbeteg-ellátási szolgáltatások költségeinek növekvő hányadát a magánbiztosítók fedeznék. Bokros szerint fontos lenne a magánbiztosítók nagyfokú szerződési szabadsága a gyógyító intézmények felé, ez ugyanis erős versenyre kényszerítené a szolgáltató intézményeket, melyek tulajdonformája így már nem lényeges kérdés.

Ez a rendszer kellő forrást biztosít a megfelelő színvonalon működő szolgáltatóknak, hogy versenyképes fizetést biztosítsanak dolgozóiknak, akik emiatt elfeledhetik a közalkalmazotti létet. A szolidaritás elve is jobban érvényesül ebben a rendszerben, véli Bokros Lajos, ugyanis a gyermekek, a diákok és a munkanélküliek járulékát a központi költségvetés fizetné, a nyugdíjasokét viszont saját maguk.

Mint azt már korábban említettük, abban elvileg konszenzus látszik, hogy az egészségügyi ellátás hatékonyságának és minőségének javítása érdekében átfogó reformra van szükség. Ez azt jelenti, hogy a reform kiterjed az egészségpolitikára, a tulajdonviszonyokra, a finanszírozásra, a menedzsmentre, a szolgáltatási struktúrára, a betegjogokra, a szakképzésre. Ezzel szemben az eddigi gyakorlat és ugyanígy Bokros Lajos javaslatai is, csak egy-egy elemre koncentrálnak, s a tervezett változtatásoktól várt hatás feltételezésekor nem veszik figyelembe, hogy a rendszer

más elemeiben szükséges változásoknak hiánya megakadályozhatja az eredetileg várt pozitív hatások kibontakozását.

Az egészségügyi járulékrendszer reformjának gondolata többször felmerült, de eddig még nem valósult meg. Számos hosszú távú folyamat ellenére – az aktív és inaktív népesség arányának változása, a megváltozott foglalkoztatási viszonyok, az egészségügyi ellátásra való jogosultság kiterjesztése az egész lakosságra - az elmúlt években csak az kapott figyelmet, hogy a járulékterhek magasak, de az egészségpolitika azzal nem foglalkozott, miként és milyen mértékben viselik a társadalom egyes csoportjai az egészségügyi rendszer működtetésének terheit. Pedig a forrásteremtés eltorzult¹¹, a terhek igazságtalanul oszlanak meg a társadalom egyes csoportjai között.

A Bokros Lajos által javasolt versenyző biztosítói modell igen hasonlatos a működő holland rendszerhez (lásd mellékletet). A kérdés az, hogy ebben a rendszerben megteremthetők-e azok a feltételek, amelyek biztosítják, hogy a verseny valóban a hatékonyság növelését szolgálja. Ennek a rendszernek remélt előnye, hogy nagyobb választási lehetőséget biztosít, a fogyasztói igények megfelelőbben elégíthetők ki, illetve ösztönzi az innovációkat.

Hollandia (forrás: Medinfo)

A holland egészségügyi rendszer sajátossága, hogy magánkézben levő intézményekre épül, emellett szabályozása közösségi érdekeket szolgál. A kormány felelős az egészségügyért és annak pénzügyi ellenőrzéséért. Irányító szerepet játszik a tervezés, finanszírozás, biztosítás, a bértarifák, az árak és a díjazások terén.

Az állam szerepe korábban a magas színvonalú, átfogó egészségügy előfeltételeinek megteremtésére szorítkozott. A legutóbbi két évtized folyamán bekövetkezett költségrobbanás reformok bevezetését tette szükségessé. A kormány által kijelölt ún. Dekker-bizottság 1987-ben adta közre jelentését, majd a kilencvenes évek elején készül el a Simons-terv, amelynek bevezetésével új egészségügyi ellátási rendszer kialakítása felé tettek lépést. A fő cél az, hogy minden lakos megfelelő ellátásban részesüljön (biztosítási csomag bevezetése mindenki számára). További cél a hatékonyság növelése az ellátás valamennyi szintjének együttműködése mellett.

A holland egészségügyben az eddigi törekvések azt mutatják, hogy a radikális reformok nem hajthatók végre. Az 1994-ben megalakult új kormányzat óvatosabb (folyamatos) reformlépéseket tervez a minőségjavítás érdekében.

Jelenleg az egészségügyi intézmények 88%-a magán-, ill. közhasznú fenntartók kezén van. A maradék rész kommunális szervekhez tartozik. A nyereségorientáltság törvényileg kizárt.

A szolgáltatási rendszert alkotó lényeges elemek a következők: a közegészségügyi ellátás, amelyet a helyi hatósági szervek gyakorolnak, az egészségügyi alapellátás, amely az ambuláns szolgáltatásokra, így a családi orvosokra, a házi ápolásra támaszkodik. A másodlagos egészségügyi ellátás a szakorvosokat és a fekvőbeteg-ellátó intézeteket, a harmadlagos ellátás pedig az ápolóotthonokat, rehabilitációs intézeteket foglalja magában.

A kórház évente kétszer tárgyal a biztosítókkal. Megállapodnak az évi szolgáltatásokról a következő mérőszámok szerint:

- felvett betegek száma,
- ápolási napok száma,
- egynapos ápolások száma,

¹¹ A legnagyobb torzító „erő” a fekete vagy szürke gazdaság

- rendelőintézeti szolgáltatások száma.

Nyereségorientált kórházak működését nem engedélyezik. 1994-ben a GDP 8,8 %-át költötték az egészségügyre. A 15 millió lakos egészségügyi ellátásában több mint 560 ezer dolgozót foglalkoztatnak, ez a hollandiai munkahelyek 10 %-a. Az egészségügy költségeinek kb. 10 %-át az állam, 80 %-át a biztosítási járulékok és több mint 9 %-át a betegek hozzájárulásai fedezik. Az államnak mégis érdeke a költségek fékezése, mert a betegpénztáraknak és a magán-biztosítóknak fizetendő járulékok végül is a bérköltségeket emelik, ez pedig veszélyezteti az ország versenyképességét.

A biztosítási rendszer három fontos eleme a különleges egészségügyi költségekről szóló törvény (AWBZ), az egészségbiztosítási alapról szóló törvény és a magánbiztosításra vonatkozó szabályozás.

Különbséget tesznek népbiztosítás és munkavállalói biztosítás között, az előbbiben minden állampolgár biztosítva van, az utóbbiban minden munkavállaló a segélyezésben részesülő személyeken kívül.

Hollandiában 29 nagy betegbiztosító működik. A biztosítás minden olyan munkavállalóra nézve kötelező, akinek jövedelme egy évente meghatározott összeg alatt van. A járulék mértéke a jövedelem 6,35%-a. 1991 óta a biztosítottak egy nominális (fix) járulékot is fizetnek. Kötelező biztosításban részesülnek továbbá a szociális segélyezettek. Biztosítottak a nem kereső családtagok is. Jelenleg a lakosság 61%-a tartozik a kötelező biztosítási törvény hatálya alá. A betegpénztári biztosítottak különböző szolgáltatásokra jogosultak. A legfontosabb a háziorvosi ellátás, a szakorvosi ellátás (pszichiátriai kivételével, mert az a népbiztosításba tartozik), a fogorvosi ellátás egy része, a kórházi ellátás az első 365 napig (a többi népbiztosítás). Néhány esetben önrészesedést kell fizetni.

A kötelező biztosításon kívül magán betegbiztosítás is létezik, amellyel a biztosítottak 39%-a rendelkezik. 52 magánbiztosító társaság működik. Ezekre vannak utalva az önálló foglalkozásúak és azok a munkavállalók, akiknek jövedelme meghaladja a kötelező biztosítási határt. A járulék általában egy nominális összeg, amely a biztosítók és a szolgáltatás terjedelme szerint változik. A biztosított anyagi és családi helyzetének megfelelően több biztosítási csomag közül választhat.

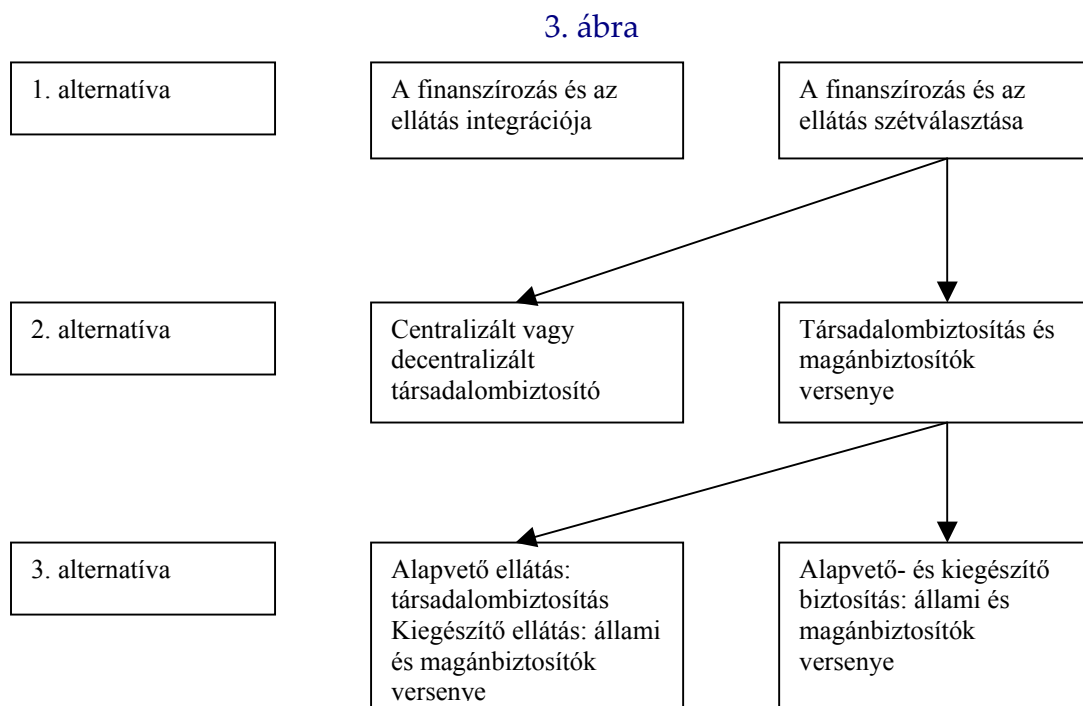
A gyakorlat eddig azt mutatta, hogy sokkal erősebb az ösztönzés arra, hogy a biztosítók a jó kockázatért versenyezzenek, így pedig mind a hatékonyság, mind az esély-egyenlőség elve sérül. A kockázat alapján megállapított biztosítási díj degresszív, egyenlőtlenségekhez vezet: az alacsony jövedelműek, akik általában rosszabb egészségi állapotúak csak alacsonyabb minőségű csomagra lesznek jogosultak (vagy esetleg kikerülnek a biztosításból hosszabb távon). Nem elhanyagolandó szempont a centralizált modellekhez képest magasabb működési költségek terhe sem. Hosszú távon a magánbiztosítók komoly befolyással lehetnek a szabályozásokra (profitérdekeik nem fognak egybe csengeni az esélyegyenlőség vagy az allokatív hatékonyság céljaival). A versenyző biztosítói modell az egyéni fogyasztói igényeket állítja középpontba az esély-egyenlőség rovására.

Sokan hívei annak, hogy az egészségügyi ellátások finanszírozása megmaradjon a társadalombiztosítási keretek között, de a hajtsák végre a szervezet területi felbontását. A decentralizáció során régióként egy méreteiben kisebb, áttekinthetőbb társadalombiztosítási szervezetek alakulna ki, amelyek azonban nem versenyeznének egymással. Ez a megoldás viszonylag erős adminisztratív kontrollt, ugyanakkor rugalmasabb működést kínál.

A centralizált biztosító és a regionális biztosítók esetén a kritikus kérdés az, hogy milyen eszközökkel érhető el, hogy a biztosító monopol helyzetét hatékony vásárlói

szerep érvényesítésére használja. A fő eszközt a menedzsment ösztönzése jelentheti (pl. megfelelő szerződések). Ugyanezen eszközök alkalmazhatók a regionális biztosítók esetén is, amelyek elvileg alkalmasabbak lehetnek az esély-egyenlőség és a helyi igények kielégítése terén az erőforrások elosztásakor. A centralizált biztosító előnye, az alacsonyabb működési költség.

A biztosítási rendszer kialakításának három választási lehetőségét mutatja be a következő ábra (Kornai 2001)¹²:



A Bokros Lajos által elérni kívánt szolgáltatói verseny, mint fontos hatékonysági eszköz, gyakorlatilag bármelyik biztosítási modell esetén megvalósítható (centralizált, regionális, magán biztosító). A kérdés az, hogy a finanszírozó hogyan ösztönzi a szolgáltatókat a versenyre. Mint már említettük, a versenyző biztosítók esetében a jó kockázatért folyó verseny egyszerűbb módja lehet a profit-maximalizálásnak, míg a centralizált és regionális biztosítók esetében hiányozhat az ösztönző a vásárlói szerep érvényesítésére. (Ugyanakkor - mivel az egészségügyben folyó verseny többnyire nem árverseny, hanem a modern technológia, specialisták alkalmazásában bontakozik ki - a verseny akár ronthatja a hatékonyságot, a kiadások növekedésével és fölösleges, párhuzamos kapacitások létrehozásával.) Mindhárom megoldásnak megvannak a maga előnyei és hátrányai egyaránt, így a modellek közötti választás elsősorban nem szakmai, hanem politikai kérdés, illetve függ az intézményi érdekektől. A centralizált biztosítói megoldás az OEP szerepét, a regionális biztosítói megoldás a jelenlegi megyei pénztárakat, míg a versenyzői

¹² az eredeti forrásban (Kornai 2001) négy alternatíva szerepel, de mondanivalónk szempontjából itt csak az első három bemutatását találtuk indokoltnak

biztosító elsősorban az üzleti biztosítók, továbbá a mögöttük álló szakértői körök érdekeit erősítene.

Az átalakítás mindenképpen kellő körültekintést és fokozatosságot igényel. Az 1992-es cseh próbálkozás kudarca is azt példázza, hogy nem szabad kellő előkészítés és átmenet nélkül gyors és radikális változtatásokat végrehajtani. Csehországban rövid idő alatt megszaporodtak a magánbiztosítók, melyek egy jelentős része ugyanilyen rövid idő alatt tönkrement, s ezért erőteljes konszolidációs hullám zajlott le. A legnagyobb hiba talán az volt, hogy nem alakították ki az állam új szerepkörét és nem biztosítottak elegendő időt a felkészülésre. (Benedict 2000.)

A szolgáltatói oldal privatizációjával kapcsolatban Bokros „nagyvonalúan” csak ennyit mond: „ Nem igazán lényeges, hogy ... kinek a tulajdonában vannak. Lehetnek államiak, önkormányzatiak, egyháziak, alapítványiak, magántőkés jellegűek – virágozzék minden virág.” Talán igaza is van, azonban mindenképpen szükséges a megfelelő, következetes állami szabályozás.

Jelenleg a magyar egészségügy még mindig meghatározó jellemzője a duális struktúra (Orosz, 2001): a hivatalos állami egészségügy mellett és annak intézményrendszerén belül létezik egy féllegális, hálapénzen alapuló magánszektor. Kíváncsún lennének ennek folyamatnak a törvényes keretek közé szorítása.

A privatizáció támogatói az ideológiai érvek mellett a hatékonyság (és a minőség) növelését, illetve a tőkebevonás lehetőségét szokták hangoztatni. Magyarországon eddig vagy a kormányzati kezdeményezésen alapuló privatizáció (pl. házi orvosok) miatt, vagy egyes ellátási területek sajátos finanszírozási feltételeit kihasználva jöttek létre egészségügyi vállalkozások. Őket mind a kötelező egészségbiztosítás finanszírozza. Néhány adat:

A vállalkozások és a non-profit szektor részesedése a gyógyító-megelőző kasszából, 1995 és 2002 között 7,95%-ról 18,53%-ra nőtt. Ugyanezen időszak alatt, a vállalkozói finanszírozás összege (szintén a gyógyító-megelőző kasszából) 12,6 milliárd forintról 78,6 milliárdra nőtt.

3. táblázat: Bizonyos gyógyító-megelőző ellátások 2001. évi kiadásainak megoszlása a magánszolgáltatók típusai szerint (forrás: ESZCSM)

Az ellátás típusa	Non-profit (%)	Vállalkozás (%)
Házi orvos ellátás	0,41	81,44
Fogászati ellátás	2,20	57,61
Művese kezelés	0,18	88,11
CT, MRI (képalkotó diagnosztika)	0,60	35,83
Otthoni szakápolás	10,82	82,00
Betegszállítás	1,59	30,85

A járó- és fekvőbeteg-ellátásra vonatkozólag csak 1999-es adat találtunk, mely szerint a járóbeteg-ellátásban a kifizetések 3,5 %-át, a fekvőbeteg-ellátásban pedig 2,1 %-át kapják magánvállalkozások. (OEP)

Emellett megjelentek a közvetlenül a betegek által finanszírozott egészségügyi magánszolgáltatók is, de jelentőségük jelenleg még elhanyagolható, hiszen csak egy igen szűk társadalmi réteg „engedheti meg magának”, hogy ilyen jellegű szolgáltatásokat vegyen igénybe. Jelentős mértékű a kórházi ellátást kiszolgáló kereskedelmi-szolgáltató tevékenységek kiszervezése (outsourcing): pl. konyha, mosoda, takarítás. Sajnos ezekről a vállalkozásokról nem állnak rendelkezésre adatok. Azt azonban meg kell jegyeznünk, hogy míg a kiszervezés előnye elvileg a hatékonyabb működtetés lenne, addig a magyar kórházak forráshiányuk csökkentése miatt választották ezt az utat.

A közjó, az életminőség szempontjából alapvető területeken, így az egészségi állapotra ható területeken az állam aktív szerepvállalására lenne szükség. Az állam mindenekelőtt a jövedelmi egyenlőtlenségek csökkentése, az iskolázottsági szint emelése, a környezeti károk csökkentése és az egészségügyi rendszer fejlesztése révén lenne képes elsődlegesen befolyást gyakorolni. Az elmúlt évtizedek során itthon ennek éppen az ellenkezőjét tapasztalhattuk.

Az egészségpolitikának, még pontosabban a politikának a következő alapvető kérdéseket kell megválaszolnia:

- Milyen legyen a köz- és a magánfinanszírozás aránya az egészségügyben?
- A közfinanszírozáson belül pedig mik a prioritások az egészségügy és az egyéb célokkal (más ágazatok) kapcsolatban?

Az egészségügy rövid távú konszolidációjához és a hosszú távú modernizációhoz szükséges lenne az, hogy az egészségügyre fordított közkiadások növekedési üteme legalább a GDP növekedési ütemét meghaladja.

Kérdés, hogy az egészségügyi kiadások rohamos növekedésének megakadályozására kizárólag a kiadások állami finanszírozása, illetve a fiskális nyomás nyújthat-e megoldást. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az ún. menedzselt ellátó szervezetek¹³ képesek lefékezni ezeket a folyamatokat, mert egyidejűleg teszik érdekeltté a beteget, a szolgáltatót és a biztosítót a költségek csökkentésében, integrálják a biztosítást és a szolgáltatást. Mint minden újítást, ezen menedzselt szolgáltatási formák terjedését és működését is élénk vita övezi. A legnagyobb félelem velük kapcsolatban az, hogy kizárólag a költségcsökkentés motiválja őket működésük során, ami a betegellátás minőségének romlását okozhatja. Ez elvileg kiküszöbölhető az egyes ellátó szervezetek versenyeztetésével, ami egyaránt készíti őket a költségcsökkentésre és a betegek lehető legjobb ellátására.

¹³ pl. USA, Nagy-Britannia, Hollandia

Közel öt esztendővel ezelőtt, ehhez hasonló megoldási mód került kialakításra itthon is. Egyelőre még mindig csak kísérleti jelleggel működik és hiányzik a „verseny” eleme a működési feltételek közül. Az Irányított Betegellátási Modell főbb jellemzőit és lehetőségeit az alábbiakban ismertetjük, röviden (forrás OEP munkatársai).

Irányított Betegellátás - Egy lehetséges alternatíva

Az 1999-ben indított Irányított Betegellátási Modellkísérlet keretében jelenleg több mint egymillió¹⁴ állampolgár egészségügyi ellátását ún. ellátásszervezők menedzselik. Az ellátásszervezőhöz tartozó lakosságot a résztvevő háziorvosokhoz tartozó lakosság jelenti. Ebben a rendszerben az ellátásszervező¹⁵a betegút optimalizálásával, ellátási protokollok kialakításával és alkalmazásával, illetve prevenciós és gondozási tevékenységek folytatásával próbál meg megtakarításokat¹⁶ elérni az ellátandó populációra, korrigáltan számított, OEP által folyósított fejkvótából. A megtakarítást¹⁷ visszaforgatják az ellátórendszerbe úgy, hogy érdekeltséget teremtsenek mind az ellátásszervező, mind a szolgáltatók számára. A jelenleg hét működő ellátásszervező mindegyike nyereséges (a megtakarítás átlagos mértéke 7 százalék körül alakul).

A modell alapvetően arra a logikára és ösztönzőre épül, hogy a betegek ellátása a lehető legalacsonyabb szinten történjen az ellátórendszer hierarchiájában. A megtakarítás elsősorban itt érhető el, illetve a háziorvosi és szakrendelői szinten keletkező gyógyszer, diagnosztikai és labor költségek visszafogásával. A fejkvóta alapú finanszírozás előnye, hogy a szükségletekhez és nem a kapacitásokhoz igazodik a kifizetés, valamint jelentős ösztönzést gyakorol a hatékonyság növelésére.

Ugyanakkor a minőség rovására is mehet a költségek megtakarítása ha a betegek nem kapják meg a megfelelő ellátást. Ez viszont kiküszöbölhető megfelelő minőségügyi kontroll alkalmazásával, illetve a rendszer hosszú távú működtetésével, hiszen ebben az esetben a szolgáltatósszervező nem érdekelt a problémák „szőnyeg alá söprésében”, mivel az csak rövid távon jelent költségmegtakarítást.

Az irányított betegellátás a kvázi piaci megoldások egyike. Előnye, hogy jól illeszthető a jelenleg működő egészségügyi ellátórendszerre, tehát nincs szükség azonnali drasztikus változtatásokra, így kisebb ellenállásba ütközne az egészségpolitikai döntéshozó. Nem igényel nagy összegű pótlólagos forrásokat. Eszközrendszere folyamatosan bővíthető, alakítható, akár a több biztosítás megoldások kezdő lépcsőfokává is válhat. Azonban ez is egy lehetőség csupán, amellyel élni és visszaélni egyaránt lehet¹⁸.

¹⁴ Az idei esztendő során ezt a létszámot két millióra kívánják emelni.

¹⁵ Egészségügyi szolgáltató kell legyen (vállalkozás, háziorvosi csoport, kórház)

¹⁶ a kísérletbe bevont szolgáltatási területek: háziorvosi ellátás, fogászati ellátás, járóbeteg-ellátás, fekvőbeteg-ellátás (kivéve a tételesen finanszírozott nagyértékű beavatkozások), CT és MRI vizsgálatok, művese ellátás, házi ápolás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdő ellátás.

¹⁷ Az esetleges veszteséges működés kockázatát az OEP viseli, szankció nincs.

¹⁸ Jelen tanulmány megjelenésével egy időben bocsátotta vitára a kormányzat az egészségügyi reformmal kapcsolatos elképzeléseit, melynek gerincét az előbb ismertetett koncepció alkotja. A reformelképzelések részleteit azonban nem ismerte a szerző.

IRODALOMJEGYZÉK:

ÁSZ – Fejlesztési és Módszertani Intézet (2003): A fekvőbeteg-ellátás 10 éve

Benedict Á. (2000) A cseh egészségügyi reformról, Egészségügyi Gazdasági Szemle 38:83-98

Brandtmüller Á., Lepp-Gazdag A. (2004) Az egészségügyi ellátás, mint közgazdasági jószág és az egészségügyi ellátás piaca, in: Gulácsi L. (szerk.) Egészség-gazdaságtan, Medicina (*megjelenés alatt*)

Dr. Gaál Péter (2001) Egészségpolitika – Jegyzet, SOTE EMK

Gál R., Mogyorósy Zs., Szende Á., Szívós P. (2003) Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries, Hungary Country Study, GVG

Gulácsi L., Dávid T., Dózsa Cs. (2002) Pricing and Reimbursement of Drugs and Medical devices in Hungary, European Journal of Health Economics, 3:271-78

Dr. Kincses Gyula (1999) Egészség (?) – gazdaság (?), Praxis Server, Budapest

Kornai János and Karen Eggleston (2001) Welfare, Choice and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe, Cambridge University Press

Le Grand, J. (1992) The Theory of Government Failure. British Journal of Politics, 21, p.423-42

Mihályi Péter (2003) Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába, Veszprémi Egyetemi Kiadó

Orosz Éva (2001) Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái, Egészséges Magyarországért Egyesület

Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997) European Health Care Reform. Analysis of current strategies, WHO Copenhagen

Santerre RE, Neun SP, Health Economics. Theories, Insights, and Industry studies. IRWIN, 1996.

www.medinfo.hu

www.eszcsm.hu

www.oep.hu