

A horvátországi egészségügyi reform célja a decentralizáció elvén alapuló egészségügyi rendszer létrehozása volt. Az egészségügyi szolgáltatások költség-növekedése által okozott terheket a központi költségvetés helyett egyre nagyobb mértékben a lakosság viseli, miközben kiegészítő biztosítás létrehozásával megkísérelték csökkenteni a változások nemkívánatos következményeit. A gyógyszer-finanszírozási rendszer átalakításával a költségcsökkentés mellett el akarták érni, hogy a betegek nagyobb arányban jussanak hozzá a modern, innovatív gyógyszerekhez.

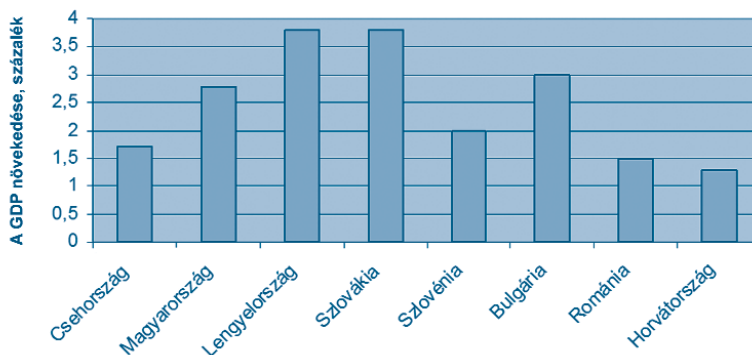
A horvát egészségügyi rendszer jelentős kihívásokkal nézett szembe az 1990-es években. Az írás célja a horvát egészségügyi reform néhány fontosabb aspektusának áttekintése. A reform meghatározó szegmense a decentralizáció elvén alapuló egészségügyi rendszer létrehozása volt. A társadalombiztosítás új elemeként az egészségügyi szolgáltatások költség-növekedése által okozott terhek a központi költségvetésről egyre nagyobb mértékben a lakosságra hárultak, miközben kiegészítő biztosítás létrehozásával megkísérelték csökkenteni a változások nemkívánatos következményeit. A gyógyszer-finanszírozási reform fő célja a költségcsökkentés mellett a betegek modern, innovatív gyógyszerekhez való hozzájutásának javítása volt. A reformok sikeressége szempontjából a bevétel növelése mellett kulcskérdés, hogy a társadalombiztosítási pénzeket hogyan és milyen eredménnyel költik el.

Az írás központi témája a horvátországi egészségügyi reform. A horvát egészségügyi rendszert érintő változások, kihívások bemutatása előtt érdemes azonban rövid áttekintést adni Horvátország közelmúltjáról, a gazdasági, társadalmi és demográfiai környezetének alakulásáról. Az általános helyzetkép megismerése segít megérteni a horvát egészségügyi rendszer sajátosságait és a lezajlott átmenet specifikus, sok tekintetben ellentmondásos voltát. Mindez egy olyan országban történt, amely a 90-es évek közepéig még függetlenségéért vívott háborút, ma pedig az európai uniós csatlakozás küszöbén áll – 2011. december 9-én írták alá ugyanis Horvátország európai uniós csatlakozási szerződését.

1. HÁBORÚBÓL AZ EURÓPAI UNIÓ FELÉ

Az öt éven át tartó háború (1991-1996), amelyet Horvátország függetlenségének nyilvánítása követett, számottevő demográfiai veszteségeket okozott. A háborús

veszteséget (beleértve a lakások és közszolgáltatások infrastruktúrájának jelentős kárát) 32,6 milliárd euróra becsülték [Voncina 2006]. Megközelítőleg 20 ezer ember halálát vagy eltűnését jelentették be, valamint több mint 30 ezer ember vált nyomorékká a háború következtében. A háború 5 millió lakost érintett. 1992 és 1998 között a Bosznia és Hercegovinából Horvátországba menekülők száma 430 ezer és 700 ezer közé tehető [Voncina 2006]. Mindezt az ország gazdasága is megsínylette. Jugoszlávia felbomlását megelőzően Horvátország – Szlovénia után – a leginkább prosperáló és iparosodott országa volt a szövetségnek. A háború alatt a gazdaság recesszióba süllyedt. A bruttó nemzeti össztermék (GNP) 1993-ra a háború előtti szint mindössze 68 százalékára csökkent [Voncina 2006]. Az országban az infláció is rendkívül magas volt, a strukturális és gazdasági reformok végrehajtása a háborút követően azonban fejlődést eredményezett: a gazdaság közel kétharmadát privatizálták, a bankrendszer visszanyerte erejét. A magánfogyasztás és az exporttevékenység bővülésének köszönhetően a gazdaság 2000-re kilábalta a válságból. A turizmus fellendüléséből származó árbevételek szintén elősegítették a deficit csökkentését [Voncina 2006]. A bruttó hazai termék 1996-tól – az 1999. évi visszaesést leszámítva – folyamatos növekedésnek indult, amelyet 2009-től a világgazdasági válság akasztott meg [Global Finance 2011]. A GDP növekedés vonatkozásában 2011-ben Horvátország zárta a sort a környező országokkal való összevetésben, ahogyan az 1. ábrán is látható.



Forrás: Global Finance 2011

1. ábra: Horvátország és a környező országok GDP-jének növekedése, 2011

A munkanélküliség továbbra is a horvát gazdaság égető problémája maradt. A munkanélküliségi mutató 2009-ben az előző évi érték megközelítőleg kétszeresére emelkedve meghaladta a 16 százalékot – a környező országokat tekintve ez bizonyult a legmagasabb értéknek [Global Finance 2009]. A munkanélküliek több mint 3 százaléka hosszú távú munkanélküliséggel néz szembe, ezzel a sebezhető társadalmi csoportok jelentős hányadát alkotják. A problematikus, sérülékeny réteget a munkanélküliek mellett a romák, egyszülős családok és idősek teszik ki. A teljes népesség 2,7 százaléka szociális segélyben részesül, 5–10 százalékuk vidéken élő menekült. A 65 év felettek 62 százaléka nem kap nyugdíjat, és szegénységben él [OECD 2011].

A 2009. évi statisztikai adatok szerint a születéskor várható élettartam Horvátországban 76 év, e tekintetben Horvátország a kelet-közép-európai térségben hazánkat (73,3 év) előzi meg [Józan 2009]. Az 1000 élveszületésre eső csecsemőhalandóság 5,3, ami magasabb a magyar adatnál (5,1) [WHO 2009]. Ezek a mutatók ugyanakkor a kelet-közép-európai „élbolyhoz” való lassú közelítést is jelzik, ami előrevetíti Horvátország európai uniós mérce szerinti felzárkózását.

A magyar európai uniós elnökség utolsó napján, 2011. június 30-án Horvátország és az Európai Unió között lezárultak a csatlakozási tárgyalások, ami explicite azt jelentette, hogy a nemrég még háborút vívó ország mára teljesítette a csatlakozáshoz szükséges feltételeket. 2011. december 9-én a felek aláírták a csatlakozási szerződést.

2. A DECENTRALIZÁCIÓ JELENTŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Horvátországban az 1990-es évek folyamán egészségügyi decentralizáció ment végbe. *Egészségügy és decentralizáció* – e két fogalom jelentése külön-külön könnyebben megragadható (bár a decentralizáció fogalmát a különböző gondolkodók változatos módon definiálják, néha inkonzisztens, egymásnak ellentmondó értelmezéseket megfogalmazva). Mit jelent azonban a két szó összetétele? A decentralizáció logikája egy meglehetősen jelentőségteljes elgondoláson alapszik. A megfelelően strukturált, nagy körültekintéssel irányított kisebb szervezetek természetükből adódóan gyorsabbak és könnyebben elszámoltathatóak, ezáltal hatékonyabbak, mint a nagyobb szervezetek. Egy olyan világban, ahol kiterjedt szervezetek irányítják a köz- és magánszektor tevékenységeit átfogó egységeket, a lokálisan működte-tett és helyi szinten felelős intézmények létrehozásának lehetősége ígéretes lehet. Még *Max Weber*, a XX. század fordulójának német szociológusa (aki elsőként fogalmazta meg a bürokratikus modell kulcsjellemeit, valamint aki kimondta, hogy a bürokrácia a szervezet kikerülhetetlen velejárója) is elismerte a decentralizáció gyümölcseit: „a bürokrácia egyetlen alternatívája a kisméretű szervezethez való visszatérés”. A decentralizáció lényegi eleme a politikacsínálás központi kormányzati szintről helyi szintre való delegálása egy adott országon belül. A különböző országokban és/vagy egészségügyi rendszerekben ez jelentheti a nemzeti szintről a regionális vagy a regionális szintről a települési felé való elmozdulást [Saltman 2006].

Egy egészségügyi rendszer decentralizálása generálhat előnyöket és hátrányokat is – a kettő között átváltás van, alternatív perspektívából vizsgálódva az előnyök válhatnak hátrányokká, és fordítva. A szakemberek mind demokratikus, mind gazdasági érveket felhozhatnak a decentralizáció közszektorban, így egyben az egészségügyi rendszerben történő alkalmazása mellett. A demokratikus érv abból a feltételezésből indul ki, hogy ezáltal a döntéshozatal emberközelibbé válik. Ez a helyi demokrácia mellett való érvelés azon feltételezésen alapszik, amely szerint a helyileg irányított közpolitika által intenzívebben kifejeződnek a helyi lakosság preferenciái, valamint a helyi döntések jobban illeszkednek az egészséggel kapcsolatos igényekhez. E perspektívából az egészségügyi szolgáltatások mennyiségében, elosztásában és minőségében való változások pozitív történések, amelyek egyben kifejezik és

segítik a helyi lakosságnak a fennálló egészségügyi rendszer mellett való elköteleződését. Ezen aktív, demokratizmust támogató érv pontosan illeszkedik az inkább passzív, a kormányzás konzervatív/tradicionális megközelítéséhez, a szubszidiaritás elvéhez. A szubszidiaritás szintén azt mondja ki, hogy a döntéshozatal azon legalacsonyabb szintre helyezendő, ahol az a leghatékonyabban működik, azt a legnagyobb hozzáértéssel tudják végezni.

A decentralizáció mellett szóló gazdasági szempontú érv azzal az eszmével egyenlő, miszerint a decentralizáció versenyt generál a különböző helyi önkormányzatok között. Általánosságban az áru piacokkal kapcsolatos gazdasági feltételekhez hasonlóan, a gazdasági érv itt abban rejlik, hogy a decentralizáció a különböző önkormányzatokat képessé teszi arra, hogy az egészséggel kapcsolatos javakat különböző szinteken állítsa elő. Ez három gazdasági természetű előnyt idéz elő: (a) a termelési folyamat fokozott hatékonysága, (b) a lakosok számára szélesebb körű választás lehetősége a különböző alternatívák között, valamint (c) kisebb helyi önkormányzatok (utóbbi előny egyben a *Public Choice-elmélet* bürokrácia ellen megfogalmazott érve). Sőt, a decentralizáció révén realizálódó összetett kormányzatközi kapcsolatok határozott lépést tesznek az allokáció terén való kifejezetten gazdasági mechanizmusok érvényesülése felé, mint ahogy azt az ösztönzés elmélete vagy a megbízó-ügynök-elmélet megfogalmazza. A fenti előnyök pedig további hasznokat generálhatnak: kisebb működési költségeket és növekvő szervezeti innovációt [Saltman 2006].

Olson nyomán további kapcsolódó érv a decentralizáció mellett az, amikor a kiadásokat központilag finanszírozzák, ami által az egyének nem észlelik a kiadások valódi forrásköltségét. Így a helyi haszonélvezők „szabad kezet kaphatnak” a részben máshol finanszírozott kiadások hasznait illetően. Ezen externáliák csökkenthetők, amennyiben a helyi adófizetők dönthetnek arról, hogy finanszírozzák-e az általuk élvezett helyi hasznokat.

Mind a demokratikus, mind a gazdasági természetű érvek többnyire ugyanazon nézőpontból közelítenek a decentralizáció kérdéséhez: a közös pont az, hogy az egységesség hiánya előnyt jelent. Bár különböző utakon jutnak utóbbi elgondoláshoz, az elméleti szakemberek üdvözik a decentralizáció által generálható változatosságot, ami előnyös közpolitikai eredményeket hozhat. Azok a politikai gondolkodók és közigazdászok ugyanakkor, akik a decentralizáció negatív következményeitől tartanak, szintén az egységesség hiányából indulnak ki. A decentralizáció ellen felhozott, demokratikusság elvére alapozott legfőbb érv az egyenlőtlenséget hangsúlyozza, ami az egészségügyi szolgáltatások terén való változatosság velejárója lehet. Amennyiben a különböző településeken eltérő szintű szolgáltatások vehetők igénybe, akkor bizonyos lakosok (gyakran a kisebb jövedelemmel rendelkező vagy sérülékeny csoportok) alacsonyabb színvonalú szolgáltatásokban részesülhetnek.

A decentralizációhoz köthető gazdasági szempontú hátrányokat a hatékonysággal és a kisméretű szolgáltatók duplikációjával kapcsolatban fogalmazzák meg. *King* – azon elméleti közigazdászokkal teljesen ellentétes álláspontra helyezkedve, akik szerint a helyi önkormányzatok közötti verseny növeli a hatékonyságot – azt mondja ki, hogy a helyi döntéshozatal túlzott adóssághoz vezethet, különösen akkor, ha a tőkeberuházások a beruházás időtartama alatt nem fizetődnek

ki. *Conyers* és társai továbbá abban látják a negatívumot, hogy a kisebb működési egységek a menedzsment szempontjából kevésbé eredményesek a nagyobb egységeknél.

A decentralizáció mind demokratikus, mind gazdasági potenciális negatív következményei magyarázatot adnak arra, hogy az egészségügyi rendszerek decentralizációs folyamata a legtöbb érintett országban miért részlegesen és nem teljes körűen ment végbe. A kulcskérdés ugyanis nem egyszerűen a teljes politikacsinalás decentralizálásáról való döntés, hanem annak megtervezése, hogy az egészségügyi rendszer mely alszektorait és specifikus tevékenységeit helyezik ki [Saltman 2006].

3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER DECENTRALIZÁCIÓJA HORVÁTORSZÁGBAN

Az 1990-es évek során a horvát egészségügyi rendszer megreformálásának meghatározó eleme volt a decentralizáció. A szocializmus utolsó évtizedei folyamán Horvátország az „önkormányzó érdekközösségek” sajátos modelljét alakította ki, amely a decentralizáción és az egészségpolitika tervezésében és döntéshozatalban való állampolgári részvételen alapult. A függetlenségi háború során az egészségügyi rendszert és szolgáltatást kényszerű módon központosították, azonban 1993-ban az új egészségügyi törvény révén ismét visszatértek a decentralizációhoz, annak örökségére építkezve. Az országot 21 adminisztratív egységre (megyékre) osztották, amelyek az egészségügyi intézmények tulajdonosaivá (és így legális módon az egészségügyi szektor irányításának felelőseivé) váltak. A finanszírozásba azonban nem volt beleszólásuk, mivel az megmaradt a horvát egészségbiztosítási intézmény eredeti, központosított rendszerének hatáskörében. A megyei kormányzatok 1994-ben önálló közigazgatási struktúrát létesítettek, beleértve a közszolgáltatásokat (oktatás, egészségügyi ellátás, szociális gondozás). Sem ezen közigazgatási szervek, sem az újonnan létrejött megyei szintű közegészségügyi intézmények nem rendelkeztek azonban egy olyan személlyel vagy csapattal, aki/amelyik az egészségügyi tervezésért és szolgáltatásért lett volna felelős. Egy szakértői bizottság 1999-ben felülvizsgálta a megyék közegészségügyi politikáját illetve gyakorlatát, és meghatározta az egyes megyék kapacitásához képest mért előrehaladás keretrendszerét. Miután a horvát kormányzat a decentralizációt a 2000. évi törvény egyik prioritásaként határozta meg, a horvát egészségügyi minisztérium elfogadta az egészségpolitikai tervezés alulról felfelé építkező stratégiája fő szószólójának, a Horvát Egészséges Települések Hálózatának kezdeményezését, amelynek célja egy képzési program kialakítása volt megyei szinten a közegészségügyi szakemberek, politikusok, vezető tisztségviselők és civil szervezetek vezetői számára. A megyei szintű népegészségügyi programot 2001-ben hagyták jóvá, továbbá együttműködést kezdeményeztek az atlantai és egyéb amerikai betegségmegelőzési központokkal. A fő cél a helyi egészségügyi szükségletekhez mért megyei szintű szolgáltatások növelése volt. Mindez azon a feltételezésen alapult, hogy a megyei egészségpolitika fejlesztése csak az összes kulcsszereplő aktív bevonásával valósulhat meg, vagyis ez a sikeres decentralizáció előfeltétele [Voncina 2009].

4. AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA

Az egészségügyi reform eredményeképpen 2002 és 2006 között a horvátországi társadalombiztosítás jelentős változásokon ment keresztül. A horvátországi egészségügyi törvény 2002-ben nagymértékben megváltoztatta a biztosítási piacot. Létrejött a Croatian Institute of Health Insurance (HZZO), az alap (korábban „kötelező”) egészségügyi biztosítás (MHI) kizárólagos szolgáltatója. A biztosítási „poolok” fragmentációjának elkerülése érdekében megszüntették a biztosításból való kilépés (opting out) lehetőségét, amely 2002 előtt lehetővé tette a lakosság (bizonyos jövedelemhatár fölötti) részének, hogy kilépjen a HZZO társadalombiztosítási rendszeréből, és magán egészségügyi biztosítást vehessen. Ugyanebben az időben, azaz 2002-ben az egészségügyi törvény jelentősen növelte a betegeknek azon anyagi terheit, amelyek az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének pillanatában keletkeznek. Tovább növekedtek az addig is meglévő betegőrészek. Emellett az új egészségügyi törvény lényegesen csökkentette azoknak a számát, akik „co-payment” vagy másfajta betegőrész fizetése nélkül vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat: az addig betegőrészt nem fizető nyugdíjasok is elveszítették pl. kedvezményes helyzetüket, az új egészségügyi törvény őket is önrész fizetésére kötelezte.

A 2002-es egészségügyi törvény létrehozott továbbá egy, a HZZO által nyújtott új biztosítási terméket, a kiegészítő (complementary) egészségbiztosítást („Complementary Health Insurance”, CHI). Ez a termék a biztosítást megvásárlók számára visszatéríti az összes olyan költséget, amely co-payment vagy más betegőrész miatt náluk keletkezik az MHI biztosítás igénybevétele során. Fiskális szempontból ezek a változások az egészségügyi szolgáltatások jelentős költségnövekedése által okozott terheket a központi költségvetésről egyre nagyobb mértékben a lakosságra, a háztartásokra hárítják, miközben a kiegészítő biztosítás létrehozásával megkísérlik csökkenteni a változások nemkívánatos következményeit. Azoknak természetesen, akik nem vásároltak kiegészítő egészségbiztosítást, ezeket az emelkedő egészségügyi költségeket zsebből kell kifizetniük. A 2005-ös egészségbiztosítási törvény egy új típusú betegőrészt is létrehozott, amelyet „adminisztratív díjnak” neveztek (deductibles). Minden HZZO által biztosított személynek fizetnie kell ezt a díjat az egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor, függetlenül attól, hogy fizettek-e co-paymentet, illetve van-e kiegészítő egészségbiztosításuk. A 18 év alattiak és a 80 százalékos rokkantsági szintet meghaladó betegek mentesülnek a díj megfizetése alól. Ezt a 10 kunás adminisztratív díjat a következő szolgáltatások igénybevétele esetén kell megfizetni: háziorvosi ellátás, járóbeteg-ellátásra beutalás, gyógyszerfelírás, szakorvos igénybevétele beutaló nélkül. Abban az esetben, ha a páciens betegszállítást vesz igénybe, az adminisztratív díj 5 kuna. Az adminisztratívdíj-fizetés havi maximuma 30 kuna, e felett már nem kell fizetni [Vonica és mtsai 2007; Vonica és mtsai 2010].

Az egészségügyi reformok csaknem kizárólagosan arra irányultak, hogy növekedjék a szektor, a HZZO bevétele, csökkenjenek a kiadásai – magával a HZZO költségeivel, azok indokoltásával, a hatékonyság-növelés kérdéseivel nem foglalkoztak. A HZZO kiadásai 2003 és 2006 között minden reformpróbálkozás ellenére jelentősen meghaladták a bevételeit: 2003–2006 között a HZZO költségvetése minden évben deficit volt. A 2003. évben a deficit 1,03 százalékot, 2004-ben 7,38 százalé-

kot, 2005-ben 3,97 százalékot, illetve 2006-ban 2,80 százalékot tett ki. A reform, mint látható, nem érte el célját. A bevételi oldalon más problémák is jelentkeztek: a biztosítottak kisebb része (aktív munkával rendelkező lakosság) járult hozzá a bevételekhez. A biztosítottak 35 százaléka fizetett társadalombiztosítási hozzájárulást 2006-ban, ez az arány 2002-ben még rosszabb, 31,3 százalékos volt. Ez az emelkedés valamint a bruttó fizetések emelkedése növelte a társadalombiztosítás bevételét (a társadalombiztosítási hozzájárulás a bruttó fizetés 15 százaléka [Voncina és mtsai 2007; Voncina és mtsai 2010]).

A HZZO által 2002-ben megállapított CHI biztosítás díja azóta sem változott, ez havonta 80 kunát jelent (összehasonlításként: 2005-ben az átlagos havi nettó fizetés 4 376 kuna volt). Olcsóbb, ha a kiegészítő biztosítást a biztosított 3 hónapnál hosszabb időszakokra veszi. A nyugdíjasok díja alacsonyabb, ők 50 kunát fizetnek (összehasonlításként, 2005-ben az átlagos havi nyugdíj 1 847 kuna volt). A díj egy része az adóból levonható. A CHI kiegészítő egészségbiztosítást megvásárlók száma 2003-ban 729 915 fő volt, 2006-ban pedig 686 076, ami közelítőleg 15,5 százaléka Horvátország 4,4 milliós lakosságának. A co-paymentet fizetők körülbelül 36 százaléka rendelkezett kiegészítő biztosítással 2006-ban, közülük 2003-ban 51,65 százalék, 2006-ban 60,90 százalék volt nyugdíjas [Vonica és mtsai 2007; Vonica és mtsai 2010].

A kiegészítő biztosítással rendelkezők relatíve alacsony száma többféleképpen is magyarázható. Egyrészt azzal, hogy a kiegészítő biztosítás megkötése önkéntes, így nem mindenki vásárol ilyen biztosítást, még azok közül sem, akiknek esetleg szükségük lenne rá. A lakosság fizetési hajlandóságát és preferenciáit nem vizsgálták, a jövőben célszerűnek látszik, hogy hazai lakossági fizetési hajlandósági vizsgálatainkhoz hasonló kutatások kezdődjenek [Akkazieva 2006; Baji és mtsai (a) 2011; Baji és mtsai (b) 2011]. Másrészt a kiegészítő biztosítással rendelkezők relatíve alacsony száma azzal is magyarázható (és talán ez a valódi magyarázat), hogy – mivel a kiegészítő biztosítás bármikor megköthető, így akkor is, amikor a betegség fellép vagy fennáll – abban az esetben, ha a polgár egészséges, ilyen biztosítást venni nem látszik célszerűnek. Amennyiben valaki 3,6 hónapra vagy ezt meghaladó időtávra veszi meg a biztosítást, az némivel olcsóbb, de a megtakarítás nem tűnik számottevőnek. Mivel a nyugdíjasok aránya a kiegészítő biztosítást vásárlók között igen magas, ezért ez tipikus példája a káros szelekciónak (adverse selection), hiszen mivel ennek a korosztálynak az egészségi állapota rosszabb, mint a lakossági átlag, a várható kiadásai is magasabbak a lakossági átlagnál. A biztosítás megvásárlása számukra így előnyös lehet, másnak azonban már kevésbé, az egészségesekeknek pedig egyáltalán nem éri meg ilyen biztosítást vásárolni. A kiegészítő egészségbiztosítás deficitje 2003 és 2006 között 136 millió kuna volt, ez talán ezzel a káros szelekcióval magyarázható, mivel az aktuáriusok a kiegészítő biztosítás díjának számítása során a teljes populációt vették alapul. Jelenleg a jogi háttér megengedi a magánbiztosítóknak, hogy kiegészítő biztosítást nyújtsanak a lakosságnak, azonban ezt nem teszik.

A magánbiztosítók érdeklődésének teljes hiánya talán magyarázható azzal, hogy a HZZO által megállapított díj jelentősen alulárzott, ezzel nehéz lenne versenyezni. Mivel mind a kötelező, mind a kiegészítő biztosítást a monopólium pozícióban levő állami HZZO nyújtja, a két biztosítás közötti keresztfinanszírozás sem zárható ki, emellett a deficitet évről évre kipótolja az állam. Ezzel a magánbiztosítás érhetően nem tud és nem akar versenyezni.

A deficitnek van egy valószínűsíthető másik oka is. A kiegészítő biztosítás által kínált csomag igen nagyvonalú. Minden költséget, co-paymentet, felmerülő költséget térít, ez valószínűleg jelentősen az egészségügyi szolgáltatások túlhasználását váltja ki. A költségvetésben a gyógyszerek költsége volt a legmagasabb, 2006-ban 312 millió kuna. A kormányzat kezdeményezte 2006-ban, hogy a gyógyszer co-paymentet ne térítse meg a kiegészítő egészségbiztosítás, azonban ennek bevezetésére nem került sor. A kiegészítő biztosítás meglehetősen elterjedt.

A társadalombiztosítás alapján felépülő egészségbiztosítással rendelkező *Ausztáriában* a magán egészségbiztosításnak két területen van jelentős szerepe, a kiegészítő (complementary) és a pótlólagos (supplementary) biztosítás vonatkozásában.

A kiegészítő biztosítás (complementary cover) azokkal az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos, amelyeket a társadalombiztosítás finanszíroz, de a társadalombiztosítás a teljes költséget nem fedezi. A magánbiztosítás ebben az esetben részben vagy teljesen fedezheti a társadalombiztosítás által nem térített költséghányadot. A járóbeteg-ellátás igen jó példa ezen a területen. Ausztriában, a járóbeteg-ellátást illetően a kötelező egészségbiztosítókkal szerződéses viszonyban álló orvosok (szerződéses orvosok) esetén az egészségügyi szolgáltatásokat a kötelező egészségbiztosító teljes mértékben finanszírozza (a biztosítottnak csak az „egészség e-kártya” 10 eurós éves díját kell fizetnie). Abban az esetben, ha a beteg olyan orvoshoz megy, aki nem áll szerződéses viszonyban a kötelező egészségbiztosítóval, akkor a kötelező társadalombiztosítás az összeg 80 százalékát fizeti, amelyet az azonos szolgáltatásért fizetne a vele szerződésben levő orvosnak. Ez a rendszer a beteget érdekeltté teszi abban, hogy a szerződéses orvos szolgáltatásait vegye igénybe, miközben szabadon hagyja azt a lehetőséget, hogy a beteg nem szerződéses orvosok szolgáltatásaira is igényt tartson. A kiegészítő biztosítás másik kiterjedt alkalmazási területe az úgynevezett „Sonderklasse” ellátások, amelyek nagyrészt a kórházi „hotelszolgáltatásokat” jelentik. Ez az adott magánbiztosítási szerződéstől függően tartalmazhatja a kétágyas vagy egyágyas kórteremben való elhelyezést, szabad orvos- és kórházválasztást, az orvos-beteg találkozás időpontja előjegyzésének a flexibilitását, illetve a rendelési időnek a beteg igényeihez idomuló rugalmasságát. A finanszírozás közvetlenül a biztosító és a kórház között történik, így a betegnek az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor nem kell fizetnie (nincs előfinanszírozás és visszatérítés). A szolgáltatók a közkórházakban korlátozott számú, ún. Sonderklasse ágyakat tartanak fenn azok számára, akik magán egészségbiztosítással rendelkeznek. Ez azt is jelenti, hogy közkórházakban dolgozó orvosok is kezelhetnek magánbetegeket (pontosabban: magánbiztosítással rendelkező betegeket). A Sonderklasse biztosítás szabályozásáról és a „Sonderklasse” betegek és az „általános” betegek által kapott szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdésekről folyamatos a társadalmi vita [Oesterle és mtsai. 2007 a és b; Oesterle és mtsai 2008; Gulácsi 2008].

4.1. KÓRHÁZFINANSZÍROZÁS

Horvátországban a kórházakat havonta finanszírozzák a központi egészségügyi keretből, amelyet a HZZO felügyel. Az egyes kórházaknak a HZZO által havonta eljuttatott összeg két komponensből tevődik össze, az egyik a fee-for-service (FFS)

a másik a Diagnosis Related Groups (DRG – ennek a finanszírozásnak a hazai változata a Homogén Betegség Csoportok) finanszírozási szisztéma, amelynek neve PPTP (Placanje po terapijskom postupku). Az FFS finanszírozás keretében a kórházak támogatása az általuk felhasznált input erőforrásokon alapul.

Ez a komponens három részből áll:

- kórházi hotelszolgáltatások, ebben a kategóriában a kórházak azonos összegű napidíjat kapnak,
- a szolgáltatott egészségügyi ellátások,
- gyógyszerek, diagnosztikumok, eszközök külön finanszírozásra kerülnek, áráiktól függően.

A PPTP részleges, bizonyos diagnózisok esetében történő bevezetésére 2002-ben került sor. Ezt követően 2006-ban a PPTP finanszírozásban részesülő diagnózisok száma elérte a 118-at, a többi diagnózis esetében pedig továbbra is a teljesítménypont alapú FFS szisztéma működik. A PPTP finanszírozásba a költséges és a nagy számban előforduló diagnózisokat vonták be, és ezen prospektív finanszírozási rendszer egyik célja az, hogy a kórházak számára ösztönzésül szolgáljon a technikai hatásosság fokozására. Ennek a kevert finanszírozási rendszernek a működéséről, eredményeiről igen kevés adat, elemzés áll rendelkezésre [Voncina és mtsai. 2007].

4.2. GYÓGYSZEREK ÁRAZÁSA ÉS FINANSZÍROZÁSA

Horvátországban 2009–2010-ben jelentősen átalakították a gyógyszerek árazásának és finanszírozásának folyamatát. A reformnak három fő célja volt:

- az adófizetők egészségügyben elköltött pénzének a maximalizálása,
- az egészségpolitikai döntéshozás átláthatóságának és hatékonyságának a fokozása,
- a gyógyszerek etikus promóciójának elősegítése.

A reformtól azt várták, hogy a HZZO jelentős megtakarításra tegyen szert, miközben jelentősen javul a betegek hozzájárása a modern, innovatív gyógyszerekhez. A 2009-es évben a HZZO 2,9 milliárd kunát (393 millió eurót) költött támogatott gyógyszerekre, emellett 2 milliárd kunát (271 millió eurót) fordított kórházban használatos gyógyszerekre, ebből 480 millió kuna (65 millió euró) volt a drága gyógyszerek részesedése, amelyet a kórházi költségvetéstől elkülönítve kezelnek. A gyógyszerek esetén bevezetett co-payment (15 kuna, azaz 2 euró per gyógyszerfelírás) és a referenciaárazás eredményeképpen a HZZO költségei a receptköteles gyógyszerek esetén 2,9 százalékkal csökkentek 2009-ben 2008-hoz viszonyítva. A 2009-es és 2010-es évet összehasonlítva látható, hogy tovább nőttek a HZZO megtakarításai, a receptköteles gyógyszerek esetén további 13 százalékkal, 1,7-ről 1,5 milliárd kunára (230,5 millióról 203,4 millió euróra), miközben a drága kórházi gyógyszerek költségei 28,5 százalékkal csökkentek 219-ről 157 millió kunára (30-ról 21 millió euróra). A reform által elért teljes megtakarítás ebben az időszakban 295 millió kuna (40 millió euró) volt.

A HZZO monopólium pozícióban van a horvátországi piacon a gyógyszerek (receptköteles és kórházi gyógyszerek esetén) árazásának és támogatásának a terü-

letén. Csak azok az alapellátásban és kórházban dolgozó orvosok írhatnak fel támogatott gyógyszereket, akik szerződésben állnak a HZZO-val. A HZZO két listát hozott létre és vezetett be a gyakorlatba: az alaplista minden nélkülözhetetlen gyógyszert tartalmaz, amelyet a társadalombiztosítás 100 százalékos mértékben támogat; a kiegészítő (complementary) listán pedig olyan gyógyszerek szerepelnek, amelyeket a társadalombiztosítás részlegesen támogat, azaz a gyógyszerek árához a lakoságnak „zsebből” is hozzá kell járulnia. A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásának kérelmét (gyógyszergyártók és forgalmazók) a HZZO-hoz nyújtják be, ahol a *gyógyszerbizottság* vizsgálja meg a beadványt. A gyógyszerbizottság ezt követően a gyógyszer befogadásával kapcsolatosan javaslatot terjeszt elő a HZZO menedzsment elnökségének, amely a végső döntést hozza meg. A gyógyszergyártók és -forgalmazók által benyújtott nagykereskedelmi árakat más országok áraival (olaszországi, franciaországi és szlovéniai árakkal) hasonlítják össze. Amennyiben ezek az árak nem állnak rendelkezésre, akkor a spanyolországi és a csehországi árakat vizsgálják.

A gyógyszerbizottság munkája során a következő szempontokat is kötelezően figyelembe veszi:

- a gyógyszer fontossága népegészségügyi szempontból,
- a gyógyszer terápiás fontossága,
- a gyógyszer relatív terápiás értéke,
- etikai szempontok,
- a gyógyszer hatékonyságát igazoló források minősége és megbízhatósága.

A gyógyszer relatív terápiás értékének vizsgálata során a gyógyszert a következő három csoportba sorolják:

1. csoport: olyan termékek, amelyek új terápiás értékkel rendelkeznek azokban az esetekben, amikor a terápia, prevenció, egészségi állapot vagy egészség-károsodás esetén nincs hatásos megoldás,

2. csoport: a terméknek hozzáadott terápiás értéke mutatható ki a standard vagy szokásos termékekkel összehasonlítva, ez a hozzáadott érték lehet:

- eredményesebb terápiás hatás a terápia végső kimenetét illetően,
- jobb hatás, amely elősegítheti a terápia eredményét,
- az életminőségre gyakorolt jobb hatás,
- a betegségek tüneteinek hatásos terápiája,
- nagyobb fokú biztonság,
- az intenzívebb „beteg-barát” használata a gyógyszernek,

3. csoport: ide azok a gyógyszerek tartoznak, amelyek esetén nem beszélhetünk új vagy hozzáadott értékről.

Ezen felül további elvárást is támaszt a HZZO a befogadást kérelmező gyógyszerek gyártóival és forgalmazóival szemben. A legfontosabb az, hogy be kell mutatniuk a termék (gyógyszer) támogatási státuszát (milyen ár mellett, hány ember részére és milyen mértékű támogatási döntések születtek), továbbá a finanszírozási döntéseket, amelyeket a gyógyszert illetően az EU valamennyi országában meghoztak. Emellett az EU-tagországokban készült valamennyi technológiai elemzést is csatolni kell.

Mellékelni kell a gyógyszer klinikai hatásosságát igazoló bizonyítékokat, továbbá be kell mutatni, hogy a gyógyszer miben és mekkora előnyöket mutat a komparáto-

rokkal szemben, kimondottan azokkal, amelyeket a HZZO már befogadott. Mindezek mellett metaanalízis prezentálása is szükséges. Az összehasonlítás során pontosan le kell írni a jelenlegi horvátországi klinikai gyakorlatot az adott indikációban, hogy lehessen látni a befogadtatni kívánt új gyógyszer szerepét a terápiában, költségét, költséghatékonyságát, a célpopuláció nagyságát és a költségvetési hatást [Voncina és mtsai 2010].

Horvátországban a gyógyszerek területén az árazásban és a technológiaelemzés fejlődését is figyelembe vevő finanszírozásnak jelentős eredményei születtek. Ezek az eredmények nagyrészt abból származhatnak, hogy mivel korábban a finanszírozási döntések során nem vizsgálták szisztematikusan a gyógyszerek klinikai hatáosságát, emiatt hatástalan vagy a komparátorokhoz képest kevésbé hatásos készítményeket finanszíroztak. A jelenség nem ismeretlen hazánkban sem, Magyarországon igen jelentős társadalombiztosítási finanszírozásban részesült pl. az elmúlt 30 évben a klinikailag hatástalan Cavinton (az OEP jelenleg is finanszírozza) [Gulácsi és mtsai 2011]. Az új orvosi technológiák (pl. gyógyszerek) egészség-gazdaságtani és egészségügyi technológiaelemzési eredményei hazánkban már sok esetben rendelkezésre állnak,* ilyen vizsgálatokat Horvátországban eddig nagyon korlátozottan végeztek.

Valószínű, hogy az NZZO az ártárgyalásokon is sikeresen szorította le a gyógyszerek árait. A gyógyszerek árazási és finanszírozási rendszerének működéséről, a technológiaelemzési folyamat eredményeiről és problémáiról azonban kevés információ áll rendelkezésre. A reform egyik célkitűzése a döntések transzparenciájának növelése, a tervek szerint egyre több döntés szakmai háttere lesz hozzáférhető.

A régebben egészségügyi technológiaelemzést a finanszírozási döntések előkészítése során alkalmazó közép-kelet-európai országok közül a technológiaelemzés folyamatáról és eredményeiről igen részletes beszámolót eddig csak lengyelországi kutatók tettek közé [Kolasa és mtsai. 2011]. Magyarországon egy kisebb felmérés eredményeit publikálták, amely azt mutatta, hogy alapvető adatok sem állnak rendelkezésre (betegpopuláció nagysága, a finanszírozandó gyógyszerek költségvetési hatása és költséghatékonysága) a finanszírozási döntések meghozatalakor [Gulácsi 2007; Gulácsi 2009; Brandtmüller 2009]. Hazánkban két másik felmérés is készült, 2007-ben és 2008-ban, amelynek során szakértők az ESKI/OEP-hez, a gyógyszer-gyártók/forgalmazók által benyújtott támogatási kérelmeket vizsgálták. Ezen felmérésekről két konferencia absztrakt is készült, amelyek azonban adatokat nem tartalmaznak [Kaló és mtsai 2009; Kaló és mtsai 2010].

5. ÖSSZEFOGLALÁS

Összefoglalásként elmondható, hogy a horvátországi egészségügyi reform egyértelműen a kiadások csökkentésére (gyógyszer-finanszírozás) és az egészségbiztosítás

* Minier és mtsai 2010; Brodsky, Péntek és mtsai 2008; Brodsky, Nagy és mtsai 2008; Péntek és mtsai 2007; Gulácsi és mtsai 2007; Gulácsi és mtsai 2009; Péntek és mtsai 2008; Brodsky 2009; Brodsky, Péntek és mtsai 2010; Brodsky, Orlewska és mtsai 2010; Boncz és mtsai 2010.

bevételeinek növelésére (magán források bevonása), illetve a terheknek a lakosságra való háritására irányul.

A gyógyszerfinanszírozás reformjának első lépései során pusztán azzal, hogy megpróbálják megszüntetni az indokolatlan, ellenőrizetlen pénzkirámlást – mint láttuk – jelentős megtakarítást értek el. Ezt követően azonban tovább lépés csak akkor lehetséges, ha alkalmazzák az egészség-gazdaságtan és a technológiaelemzés eredményeit a gyógyszerfinanszírozásban, a nyugat-európai országokban jellemző transzparencia mellett. Az egészségügy átalakítása, a finanszírozási reform és az egészségbiztosítási reform Horvátországban is növelheti a bevételeket (egy bizonyos határig), azonban ha a bevétel növelése mellett továbbra sem fordítanak figyelmet arra, hogy a társadalombiztosítási pénzeket hogyan és milyen eredménnyel költik el, akkor előreláthatólag az ilyen reform kudarcra van ítélve.

IRODALOM

- Akkazieva, B., Gulácsi, L., Brandtmüller, A., Péntek, M. Bridges, J. (2006): „Patients’ Preferences for Healthcare System Reforms in Hungary: A Conjoint Analysis” *Applied Health Economics and Health Policy* 5(3): 189–198.
- August Öesterle, Gulácsi L., Pechová M.,(b) (2007): „Gesundheitssystementwicklung in den MOE-Ländern: Zwischen sozialen Rechen and Marktallokation” *Kurswechsel*, 2: 18–27.
- Baji P., Pavlova, M., Gulácsi L., Groot, W. (a) (2011): „Informal payments for health care services and short-term effects of the introduction of visit fee on these payments in Hungary” *The International journal of health planning and management* 27(1):63–79.
- Baji P., Pavlova, M., Gulácsi L., Groot, W. (b) (2011): „User fees for public health care services in Hungary; Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders” *Health Policy* 102 (2–3): 255–262.
- Boncz I., Brodszky V., Péntek M., Ágoston I., Nagy Zs., Kárpáti K., Kriszbacher I., Fuszek P., Gulácsi L. (2010): „The disease burden of colorectal cancer in Hungary” *European Journal of Health Economics* 10(1): 35–40.
- Brandtmüller Á. Z. (2009): *Az egészségnyereség elosztásának társadalmi szempontjai* PhD-értekezés, Gazdálkodástani Doktori Iskola Budapesti Corvinus Egyetem Témavezető: Gulácsi László, PhD. habil., Budapest, 2009
- Brodszky V., Bálint P., Géher P., Hodinka L., Horváth G., Koó É., Péntek M., Polgár A., Seszták M., Szántó S., Ujfalussy I., Gulácsi L. (2009): „Disease burden of psoriatic arthritis compared to rheumatoid arthritis, Hungarian experiment” *Rheumatology International* 30(2):199–205.
- Brodszky V., Nagy V., Farsang Cs., Kárpáti K., Gulácsi L. (2008): „The efficacy of indapamide in different cardiovascular outcomes; meta-analysis” *Orvosi Hetilap* (Hungarian Medical Journal) 2(2): 181–191.
- Brodszky V., Orlewska E., Péntek M., Kárpáti K., Skoupá, J., Gulácsi L. (2010): „Challenges in economic evaluation of new drugs: experience with rituximab in Hungary” *Medical Science Monitor*, Med Sci Monit 16(1):SR1-5.

- Brodsky V., Péntek M., Bálint P. V., Géher P., Hajdu O., Hodinka L., Horváth G., Koó É., Polgár A., Seszták M., Szántó S., Ujfalussy I., Gulácsi L. (2010): „Comparison of the Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQoL) questionnaire, the functional status (HAQ) and the utility (EQ-5D) measures in psoriatic arthritis; results from a cross-sectional survey” *Scandinavian Journal of Rheumatology* 39(4): 303–309.
- Brodsky V., Péntek M., Gulácsi L. (2008): „Efficacy of adalimumab, etanercept and infliximab based on ACR50 response in psoriatic arthritis after 24 weeks treatment” *Scandinavian Journal of Rheumatology* 37:399–400.
- Global Finance (2011): *Country Economic Reports & GDP Data*
<http://www.gfmag.com/gdp-data-country-reports.html#axzz1pCwgRTmx>
Lekérdezve: 2012.01.17.
- Gulácsi L. (2007): „The time for cost-effectiveness in the new European Union member states, The development and role of health economics and technology assessment in the mirror of the Hungarian experience” *European Journal of Health Economics*, 8(2) 83–88.
- Gulácsi L., (2007): „The time for cost-effectiveness in the new European Union member states, The development and role of health economics and technology assessment in the mirror of the Hungarian experience” *European Journal of Health Economics*, 8 (2) 83–88.
- Gulácsi L., Brodsky V., Péntek M., Varga S., Vas G., Boncz I (2009): „History of health technology assessment in Hungary” *International Journal Technology Assessment Health Care* 1:120–126.
- Gulácsi L., Brodsky V., Péntek M., Varga S., Vas G., Boncz I. (2009): „History of health technology assessment in Hungary”. *International Journal Technology Assessment Health Care* 1:120–126.
- Gulácsi L., Oesterle A., (2008): „A magánbiztosítás szerepe Ausztriában; Egészségügy” *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2:13–15.
- Gulácsi L., Péntek M., Brodsky V.: „Az egészségügyi technológiák finanszírozása; tudjuk-e mit veszünk a milliárdokért?” *Esély* 2:3–27.
- Józan P. (2009): „Halálozási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében” *Magyar Tudomány*
- Kaló Z., Nagyjánosi L. (2010): „Implementation of the transparency directive in Hungary”, *ISPOR*, 2010, PhP 13.
- Kaló Z., Pékli M., Inotai A. (2009): „Quality Assurance in Fourth Hurdle in Hungary – A methodological approach”, abstract PHP9, A239. *ISPOR* 2009.
- Kolasa, K., Schubert, S., Manca, A., Hermanowski, T. (2011): „A review of Health Technology Assessment (HTA) recommendations for drug therapies issued between 2007 and 2009 and their impact on policymaking processes in Poland” *Health Policy* 102: 145– 151.
- Minier T., Péntek M., Brodsky V., Ecseki A., Kárpáti .K., Polgár A., Czirják L., Gulácsi L. (2010): „Cost-of-illness of patients with systemic sclerosis” *Rheumatology* (Oxford), 49(10): 1920–1928.
- OECD (2009): Statistics from A–Z.
http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html. Lekérdezve: 2012. 02. 11.

- Oesterle A., Gulácsi L., Érsek K., Bécsi R., Ecseki A.,(a) A magánbiztosítás szerepe az ausztriai egészségügyben, *Köz-Gazdaság*, Tudományos Füzetek, a Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Karának kiadványa, 2008,3, (2):97-102.
- Öesterle A., Gulácsi L. (2007): „Das Gesundheitssystem in Ungarn: Entwicklungen, Herausforderungen und Reformen” *Soziale Sicherheit*, September 418-429.
- Péntek M., Horváth C., Boncz I., Falusi Z., Tóth E., Sebestyén A., Majer I., Brodszky V., Gulácsi L. (2008): „Epidemiology of osteoporosis related fractures in Hungary from the nationwide health insurance database, 1999-2003” *Osteoporosis International* 19: 243-249.
- Péntek M., Kobelt M., Czirják L., Szekanecz Z., Poór Gy., Rojkovich B., Polgár A., Genti Gy., György Kiss Cs., Brodszky V., Májer I., Gulácsi L. (2007): „Costs of rheumatoid arthritis in Hungary” *Journal of Rheumatology*, 34: 1437-1439.
- Saltman, R.B., Bankauskaite, V. (2006): „Conceptualizing decentralization in European health systems: an European perspective” *Health Economics, Policy and Law* 1: 127-147.
- Sogoric, S., Dzakula, A. D., Vukusi, T., Rukusic Rukavina, Grozic-Zivolic, T., Lazaric-Zec, D. és mtsai (2009): „Evaluation of Croatian model of polycentric health planning and decision making” *Health Policy* 89: 271-278.
- Voncina, L., Dzakula, A., Mastilica, M. (2007): „Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities” *Health Policy* 80: 144-157.
- Voncina, L., Jemiai, N., Merkur, S., Golna, C., Maeda, A., Chao, S., Dzakula, A. (2006): „Croatia Health system review” *Health Systems in Transition* 8(7): 1-106.
- Voncina, L., Kehler, J., Evetovits, T., Bagat, M. (2010): „Health insurance in Croatia: dynamics and politics of balancing revenues and expenditures” *European Journal of Health Economics* 11: 227-233.
- Voncina, L., Strizrep, T. (2010): „Croatia: 2009/2010 pharmaceutical pricing and reimbursement reform” *Eurohealth* 16(4): 20-22.
- Voncina, L., Strizrep, T., Dzakula, T. (2007): „The introduction of DRGs in Croatia” *Eurohealth* 13(1): 4-5.
- World Health Organization (2011): *Countries: Croatia* <http://www.who.int/countries/hrv/en/> Lekérdezve: 2011. 01. 29.