



**Egészség-gazdaságtani és
Technológiaelemzési
Munkacsoport**

Köszolgálati Tanszék

1093 Budapest, Fővám tér 8.

Tel: +36-1-482-5147

Fax: +36-1-482-5033

hecon.uni-corvinus.hu

Az egészségügy, mint közpolitikai probléma

**Budapest
2005. március
Prof. Jenei György**

HunHTA az  tagja
INAHTA

Az egészségügy, mint közpolitikai probléma

Prof. Jenei György

tanszékvezető egyetemi tanár

Közzszolgálati tanszék

Bevezetés

Az alábbi tanulmányban az egészségpolitikával, az egészségügy finanszírozásával, az egészségügy mindennapos működésével kapcsolatos történelmi tapasztalatokat tekintjük át az euroatlanti kultúrkör országaiban.

Úgy véljük, hogy a történelmi tapasztalatok felmérő-értékelő jellegű összegzése, a fejlett országok egészségügyében a történelmi út ismerete azért fontos, mert a jelenleg hazánkban napirenden levő egészségügyi reformelgondolások akkor lesznek relevánsak, ha asszimilálni - és nem kopírozni - igyekeznek a fejlettebb országok innovációs törekvéseit, sajátos megoldásait. Részben azért, hogy tanuljunk, részben azért, hogy ne ismételjük meg tévedéseiket.

*

*

*

*

Ha az egészségügyet más közpolitikai területekkel összevetjük, akkor néhány sajátos összefüggés szembetűnő módon jelentkezik.

Először is kétségtelen tény ugyan, hogy minden korosztálynak szüksége van egészségügyi szolgáltatásokra, de az egészségügy megkülönböztető sajátossága például az oktatásüggyel szemben: amíg a közoktatás a fiatal korosztályokra összpontosít, addig az egészségügyi szolgáltatásokat az idősebb korosztályok veszik figyelembe különös intenzitással.

Másodszor: az egészségügy és a közoktatás közös sajátossága, hogy a kínálat bővülése mindkét területen a szolgáltatásokra irányuló, néha járulékosan növekvő keresletet eredményez. Például az oktatásügyben a középfokú oktatás színvonalának emelkedése növeli az egyetemi-főiskolai képzésre irányuló igényeket. Egészségügyi példát is említhetünk.

Egy-egy betegség gyógyításában mutatkozó áttörés növeli azoknak a korosztályoknak az igényeit, akik különben meghalnának.

Harmadszor: a társadalom tagjai - egy évszázaddal ezelőtt – a közpolitikai területen sokszor gyötrő választásokra kényszerültek. Ebben az időszakban a szolgáltatások területén a piaci mechanizmusok domináltak, amely egyenlőtlenséget eredményezett. Ezeket az egyenlőtlenségeket csak némileg enyhítették a non profit jótékonyági intézmények. Így előfordulhatott, hogy a családoknak választani kellett a nagypapa gyógykezelésének és a gyermek felsőfokú taníttatásának alternatívája között.

Az egyenlőtlenség mérséklésére irányuló társadalmi nyomás következtében a XX. Században növekedett az ingyenes állami szolgáltatások súlya. Az egészségügy és a közoktatás a leggyorsabban növekvő állami szolgáltatási terület volt az elmúlt évszázadban. Ennek több oka volt.

Egyrészt az egészségügyi és az oktatási szolgáltatások színvonala a modern demokrácia, mint politikai rendszer legitimációjában meghatározó szerepű tényezővé emelkedett.

Másrészt a közegészségügyi szolgáltatások közpolitikai fontossága még az oktatást is felülmúlta, mert az időskorúak száma viszonylagosan növekedett a népességben és ebből következően a szavazó polgárok között is. Ezért a közpolitikai döntéseknek az egészségügy területén különösen éles a “politikai érzékenysége”. A társadalom igényli a szolgáltatások rendszeres bővülését, színvonalának emelkedését és mint szavazó polgár “megtorló módon” reagál mindenféle költségvetési visszavágásra, de akár stagnálásra is. Megjegyzendő, hogy a szolgáltatások színvonalára irányuló társadalmi nyomást a közegészségügy területén különösen fokozza a nemzetközi összehasonlítás, a más országok fejlettebb színvonalának demonstrációs hatása.

A modern democráciák a közegészségügyi szolgáltatások ingyenességére, széleskörű hozzáférhetőségére irányuló társadalmi nyomásra növekvő állami szerepvállalással válaszoltak. A válasz első formája Otto von Bismarck kancellár 1883-ban kezdeményezett társadalombiztosítási törvényében lelhető fel. A növekvő állami szerepvállalás háttérében meghúzódó közös szemléleti sajátosság, hogy a közegészségügyi szolgáltatásokra úgy tekinthettek, amely meghosszabbítja az emberi élet munkában eltöltött produktív szakaszát és növeli a munkavégző képességet. Ezzel a társadalom gazdálkodási képességeinek fokozását illetően jótékony hatású.

Az általános megfontolások ellenére a közegészségügyi közpolitikák különböző típusai fejlődtek ki a modern világban. A különbség oka, hogy az egészségügyi szolgáltatások nem közvetlenül függenek az általános társadalmi-gazdasági szinttől. Itt világosan kimutathatók a közpolitikai autonómia hatásai.

A gazdasági fejlődés szintjében és ütemében mutatkozó eltérés alapján például nem magyarázható meg, hogy a britek miért csak a XX. század közepén vezették be a Nemzeti Közegészségügyi Szolgáltatási rendszert, amely lényegében a német modellt követte. Vagy más esetekben az egészségügyi szolgáltatások területére történő állami beavatkozást ösztönözte – olyan paternalisztikus monarchiákban, mint Svédország és Németország – az a felismerés, hogy “elébe kell vágni” a munkásosztály pártjainak közvetlen követeléseinek.

Vagy az Egyesült Államokban a közegészségügyi törvényhozás viszonylagos lassúságát a dinamikus gazdasági fejlődés időszakában csak a szakszervezeti mozgalom kései és viszonylagosan gyenge kifejlődésével magyarázhatjuk.

1. Jelenleg az állami beavatkozás három különféle modelljét különböztethetjük meg a modern demokráciákban. A németek a XX. század második felére a társadalombiztosítási megalapozottságú rendszerüket korporatív rendszerré fejlesztették. Ebben a rendszerben a szolgáltatók és a kliensek megszervezik magukat és egymást olyan törvények és szabályok alapján, amelyeket keretfeltételként az állam szab meg.

A britek a múlt század 40-es éveiben olyan államosított rendszer bevezetése mellett döntöttek, amelyben a kormányzat közvetlen felelőséget vállal a közegészségügyi szolgáltatásokért. Lényegében ugyanezen a nyomvonalon fejlesztették ki a svédek egészségügyi rendszerüket csak decentralizáltabb formában.

Az Egyesült Államokban a késedelmeskedés olyan szegmentált rendszert eredményezett, amelynél - a szegények, az időskorúak, a háborús veteránok részére – különböző alrendszerek léteznek egymás mellett. Ezeket egészítik ki a magánfinanszírozási szolgáltatások.

2. Ezek az eltérések kifejeződnek az alkalmazott egészségpolitikai eszköztár jellegében .

A brit Nemzetközi Közegészségügyi Szolgálat monopolisztikus eszköztárat alkalmaz. Ezzel ellentétben viszont a svédek megyei szinten működtetik az egészségügyi intézményeket. Méghozzá úgy, hogy a helyi, megyei szinten összegyűjtött adókból finanszírozzák azokat. Németországban az eszköztár vegyes karakterű. Ugyanis a kórházakat az egyes szövetségi államok ("Bundeslandok") finanszírozzák, ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatási engedélyek kiadásában és a társadalombiztosítás rendszerében a központi szint a domináns hatalom. Az Egyesült Államokban a szövetségi törvényhozás működteti a nagy egészségügyi programokat, amíg az egyes államok és a helyi kormányzatok korlátolt szerepkörrel rendelkeznek. Néhány programot a szövetségi és az állami szintről közösen finanszíroznak. De az egyes államok önállóan döntenek a központi programhoz való csatlakozásról. Így például Arizona nem csatlakozott a Medicaid programhoz.

Általában kényszerítő erőt jelent a kormányzati választásokra, ha bizonyos egészségügyi szolgáltatásokat már szervezett módon teljesítenek magánintézmények vagy regionális közintézmények. Ezek olyan kihívást jelentenek, amelyhez az állami szerepvállalásnak színvonalban és terjedelemben igazodni kell. Itt különböző megoldások lehetségesek.

Nagy-Britanniában például a központi kormányzat olyan egészségügyi szolgáltatási rendszert vezetett be, amely meghaladta a helyi szolgáltatások színvonalát és ez széleskörű elfogadottságot biztosított a rendszernek. Ugyanakkor Svédországban a központi szolgáltatások hiányosságai erősítették fel a társadalomban a regionális szintű állami szerepvállalás iránti vonzódást.

Az eszköztár alkalmazásának másik kérdésköre, hogy az alkalmazás közvetlenül történik vagy delegálják azokat más szervezeteknek. Olyan témákról van szó, minthogy megengedjék-e homeopatikus és a hagyományos gyógymódok közötti versenyt? Vagy az is választási kérdés, hogy az elsődleges gyógyítás az általános képzettségű orvosok feladata legyen és a specialistákat kizárólag kórházakban és rendelőintézetekben engedjék dolgozni.

3. Az egészségügyi javak és szolgáltatások elosztásában nagyobbak a kényszerek, mint az oktatás esetében. A dolog ott kezdődik, hogy a betegség megállapítása - már önmagában is - az orvosok és a betegek szubjektív értelmezésétől függ és csak sztenderdek és paraméterek sorozatának alkalmazásával dönthető el, hogy valaki beteg-e vagy sem.

A kormányzat eldöntheti, hogy milyen betegségek kutatásának biztosít elsőbbséget, de a felfedezések jótékony következményeinek elosztása - mind földrajzi-regionális, mind szociális értelemben - óriási problémákat jelent.

Ilyen probléma például az orvosok számának területi megoszlása. Például az Egyesült Államokban - ahol a magánvállalkozások határozzák meg a kórházi és általában az orvosi szolgáltatásokat - a mezőgazdasági területek és a szegényövezetek ellátási hiányosságai jelentős mértékűek. Különösen olyan - a szegény rétegeket megcélzó - programok, mint a Medicaid válhatnak ki visszaéléseket a középosztályba tartozók részéről, hiszen számukra nincs a Medicaidhoz hasonló állami egészségügyi szolgáltatási program.

A központilag szervezett állami rendszerben is problémát jelenthet a szolgáltatások színvonalának egyenletessége, mert az orvosok előnybe részesítik a városokban és az egyetemi központokban végzett munkát. Számos országban az orvosokat anyagi előnyök

nyújtásával kísérlik meg rávenni arra, hogy a társadalmi szükségleteknek megfelelő irányba és arányba helyezkedjenek el.

4. Az egészségpolitika innovációjának és korlátozásának központi kérdése az egészségügyi szolgáltatások hatékonysága és eredményessége. Ez a közszektorban és a magánszektorban egyaránt felvetődik. Kérdés az is, hogy a meglevő hiányosságok milyen stratégiával mérsékelhetők?

A releváns válaszok megtalálását csak bonyolítja, hogy általános egyet nem értés mutatkozik a társadalomban abban, hogy mikor minősíthető az egészségügyi szolgáltatás “túl soknak” vagy “túl kevésnek” vagy éppen “jobbnak” vagy “rosszabbnak” ?

Az egészségügy irányítói az innovációk során olyan komplex eszköztárat működtetnek, amely a kísérleti projektektől az átfogó átszervezésig terjed. Ennek során először feltárják, hogy az egészségügyi rendszerben hol található méltánytalanságok és hiányosságok. Ezután ajánlásokat, javaslatokat dolgoznak ki. Ezeket az ajánlásokat jobban lehet érvényesíteni olyan homogénebb rendszerekben, mint a brit vagy a svéd. A szegmentált amerikai rendszerben az ajánlások megvalósítása speciális nehézségekbe ütközik.

Az utóbbi időkben elsődleges fontosságúvá vált az egészségügyi szolgáltatások árának mérséklése. Sokan a verseny növelését tekintik alapvető eszköznek a költségek mérséklésében, mások viszont kételkednek abban, hogy a “piacgazdaság fegyelme” alkalmazkodó az egészségügyi szektorban. Utóbbiak az új technológiák árának csökkentésében keresik a megoldást.

Az egészségügy állami és szakmai irányítása

A történelem általános szabálya, hogy a forradalmak nem a kórházakban, hanem az iskolákban kezdődnek. Ennek háttérében részben az áll, hogy az egészségügyi szolgáltatások természete nehezebben egyeztethető össze uniformizált bürokratikus szabályokkal. Ennek következménye, hogy a modern társadalmak erősen különböznek abban, hogy milyen mértékben alakították át egészségügyi rendszerüket állami monopóliummá. Az állami irányítás közvetlensége – akár szabályozásban, akár finanszírozásban, akár a szolgáltatás aktuális irányításában nyilvánul meg – sokkal változatosabb az egészségügyben, mint az oktatásban .

1. A kormányzati beavatkozás terjedelme

A modern demokráciákban az állami egészségügyi programok eltérő terjedelműek.

Az egyik jellegzetes fejlődési utat Nagy-Britannia példázza, ahol az állami beavatkozás terjedelme fokozatosan növekedett. Ebben a folyamatban három fejlődési fokot különböztetünk meg.

Először a társadalom fejlesztett ki jótékonyági rendszereket. Elsősorban a szakszervezetek és a “Barátok Társaságai” révén. Másodsor a helyi önkormányzatok működtettek egészségügyi intézményeket a svéddekhez hasonlóan. A harmadik fokon kiépült a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat, amelynek létrejöttét megkönnyítette, hogy

- a helyi önkormányzatok - a svéddekkel ellentétben - nem ellenezték a központi állami szerepvállalást, és

- az orvosi szakma megosztott volt a társadalombiztosítás témájában, nem úgy mint az Egyesült Államokban, ahol az orvosi szakma az állami társadalombiztosítási rendszer kiépítését egységesen ellenezte.

-

1948-ban a Nemzeti Egészségügyi Szolgáltatási Törvény a brit kormánynak - ezen belül az Egészségügyi Minisztériumnak nagyobb közvetlen irányítási jogosultságot adott, mint minden más nyugati kormánynak. Ez a rendszer nem egyszerűen a közfinanszírozáson nyugodott, hanem lényegileg államosított rendszer volt. A legdrámaibb lépés a jótékonyági intézmények és a helyi önkormányzatok által működtetett kórházak állami tulajdonba vétele volt. Ezt a rendszert alapvetően a központi adó alapokból finanszírozták, nem pedig biztosítási hozzájárulásból.

Ezt a folyamatot az alábbi ábra (1.sz.) szemlélteti:

1.sz. ábra

A közegészségügyi szektor kifejlődése Nagy-Britanniában

Dátum	Fejlettségi szint	Speciális fejlődési eredmények
Kései 19.század	Infrastrukturális növekedés	Barátok Társaságának biztosítási rendszere az orvosi szolgáltatásokért Erős helyi önkormányzati egészségügyi felelősség

1911	A közegészségügyi finanszírozás csira formája	Kötelező egészségügyi szolgáltatás, először csak az alacsony jövedelmű dolgozóknak, fokozatos bővítés
1948	Teljes Nemzeti Egészségügyi Szolgálat	Ingyenes egészségügyi kezelés minden lakosnak. Minden kórház állami működtetése. Sztenderdizált díjazási rendszerek

Forrás: Heidenheimer, 1990. 61. old.

A XX. századi Amerikában a közegészségügy olyan szegmentált rendszer maradt, amelyben a közszektor presztízse, tudományos kutatásban betöltött szerepe és pénzügyi támogatása alacsonyszintű maradt. Az Egyesült Államokban közkórházakat csak a városi szegénynegyedekben találhatunk és az egészségügyi közkiadások csak csiga lassúsággal nőttek az 1913-as 0,4%-ról az 1932-es 0,7 %-ra (GNP) . 1964-ben a vonatkozási arány még mindig nem érte el az 1 %-ot. Amíg Nagy-Britanniában 1911-ben létrehozták a társadalombiztosítási irányítást, addig az Egyesült Államokban nem is gondoltak 1965-ig.

Az Egyesült Államokban az egészségbiztosítási rendszer elleni támadásokat azzal szerelték le, hogy “minél kevésbé hasonlítunk Európára, annál jobb”.

A szemléleti különbséget mutatja, hogy a Medicare bevezetése idején folytatott vitákban a britek arról cikkeztek, hogy a vita résztvevői “vulgáris és kezdetleges” támadásokat intéztek a brit rendszer ellen.

Tényleges különbség viszont, hogy a legtöbb európai országban az egészségbiztosítási programok bevezetése az alacsonyjövedelmű dolgozók körére vonatkozóan kezdődött meg, addig az Egyesült Államokban a Medicare program az időskorúakra irányult. Bismarck eredeti 1883-as betegségbiztosítási programjához hasonlóan, a Medicare olyan program volt, amelynek igénybevételére csak a lakosság csekély százaléka volt jogosult. A Medicare a 65 év feletiekre vonatkozott és a lakosság mintegy 10 %-át fogta át és körülbelül ugyanannyi volt a német kedvezményezettek aránya az 1880-as években.

A köz- és a magán tehervállalás aránya különböző módon mérhető. A 2. sz. ábra azt mutatja, hogy az egészségügyi finanszírozás forrásai hogyan oszlanak meg. Megjegyzendő, hogy a közfinanszírozás egy része az egészségügyi gondozás magánintézményeihez kerül.

2.sz. ábra

Köz- és magánforrások az egészségügyi finanszírozásban, 1982

	Nagy-Britannia	Svédország	Németország	Franciaország	Olaszország	USA
Általános						
Adózás	78.o	71.o	14.2	1.8	36.2	
Társadalom						
Biztosítás	1o.o	18.4	72.5	73.o	45.5	
Összesen						
(köz)	88.o	89.4	86.7	74.8	81.7	43.o
Közvetlen						
Fogyasztás	8.2	8.6	6.9	21.5	15.o	26.2
Befizetés						
Magánbiztosítás	3.8	2.o	6.4	3.7	3.3	30.8
Összesen	12.o	1o.6	13.3	25.2	18.3	57.o
(magán)						

Forrás: Német Munkaügyi Minisztérium. Egészségügyi rendszerek nemzetközi összehasonlításában, Bonn, 1988. 225. old.

Az adatokat értékelve megállapítható, hogy

- a két, leginkább közfinanszírozási dominanciájú rendszer (Nagy-Britannia és Svédország) az egészségügyi kiadások nagy részét általános adózásból finanszírozza
- azokban a rendszerekben, amelyekben a társadalombiztosítás szerepe meghatározó (Franciaország, Németország, Hollandia) szintén döntő a közfinanszírozás szerepe, de nem annyi egészségügyi intézményt működtet az állam, mint a briteknél és a svédeknél.

Mindezzel éles ellentétben az amerikai rendszer a magánszektor által finanszírozott. Habár 1960 óta a közfinanszírozás szerepe emelkedett. A szegmentált jelleg szerepe kifejeződik abban a tényben, hogy az adózás, a magánbiztosítás és a közvetlen fogyasztói befizetések körülbelül az összkiadások egynegyedét – egyharmadát teszik ki.

Vagyis a magán önkéntes biztosítási rendszerek szerepe az Egyesült Államokban sokkal szélesebb körű, mint más országokban. Bár az amerikai harmadik szektor szervezetei, a Kék Kereszt és a Kék Pajzs nem olyan közintézmények, mint például a Német Betegségélyző Pénztár, de funkciójukban hasonlítanak egymásra .

Amíg a magán egészségbiztosítás még mindig nagy szerepet játszik Amerikában, addig a magánbiztosítás szerepe Németországban marginális a finanszírozásban a közintézményi biztosításhoz viszonyítva.

Ugyanaz érvényes Japánra is, ahol két biztosítási rendszer működik a közszférán belül, élesen különböző mértékű juttatásokkal. A fúziójukra irányuló törekvéseket sikeresen akadályozták

meg közösen a vállalkozók és a szakszervezetek, az orvosi szakmai szervezetek támogatása ellenére.

A 3. sz. ábra azt mutatja meg, hogy az egyes fejlett ipari országokban mennyi a közkiadások aránya az összes egészségügyi ráfordításokon belül.

3. sz. ábra

A közkiadások az összes egészségügyi kiadások százalékában (1960 – 1985)

Ország	1960	1975	1980	1985
Ausztrália	47.1	73.0	62.5	74.0
Nagy-Britannia	84.6	90.9	89.5	91.2
Kanada	43.6	76.7	74.3	76.2
Franciaország	58.1	77.9	80.0	79.1
Németország	68.1	80.8	79.7	78.0

Japán	60.0	73.2	69.7	72.7
Hollandia	33.3	76.6	79.3	78.3
Új-Zéland	81.8	82.8	83.3	80.0
Norvégia	78.8	95.5	98.5	96.9
Svédország	72.3	90.0	92.6	90.4
Svájc	60.6	66.2	65.3	68.4
Egyesült Államok	25.0	42.9	42.4	41.1
OECD átlag	60.0	75.4	77.5	76.7

Forrás: OECD, Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása
(Paris, OECD, 1987)

2. Az orvosi hivatás és az orvosi szolgáltatások önszabályozása

Az egészségügyi szolgáltatás - a közszolgáltatások közül - kiemelkedik azzal, hogy ezen a területen a legnagyobb a tudományos és technikai haladás a kései XIX. század időszakától. A tudományos felfedezések lényegesen megnövelték a biztos tudást a fertőző betegségek kiváltó okairól és a gyógyszerek és az oltóanyagok hatásairól. Ennek következtében az orvosi kezelés és a beteg gyógyulása közötti korreláció ugrásszerűen megnövekedett. Az orvosok azon képessége, hogy csillapítani tudják a fájdalmat és kitolják a halál időpontját az orvosi szakmát a legmagasabb presztízsű szakmák közé emelte.

Az USA államaiban az orvosi szakma úgy meggyökeresedett, hogy az orvosi kamarákat automatikusan úgy tekintették, mint állami közegészségügyi intézményeket. Másutt az állami egészségügyi tanácsba a kormányzatok nevezték ki az orvosi szakmai szervezetek jelöltjei közül. (Kisebbségi presztízsű szakmákban ilyen automatizmusok nem működhetnek.)

Az orvosi szakma igényei az önszabályozásra egyre erőteljesebben nyilvánultak meg, ahogyan az orvosi tudás növekvő mértékben monopolizálható volt.

Ez a monopol helyzet az USA-ban lassan alakult ki, mert nehezen tudták szabályok segítségével a másodosztályú gyógyítókat kizárni az orvosi tevékenységből. Nagy-Britanniában és Németországban rendelkezésre álltak azok a bürokratikus képességek, amelyek a tudományos haladás eredményeinek elsajátítását megkövetelték és szigorú hivatalos engedélyezési rendszeren keresztül az orvosok tudás sztenderdjét fokozatosan növelték.

Az USA közegészségügyi tevékenységének tekintélyes orvosi vezetői egy ideig arra hajlottak, hogy a szövetségi kormánynak kellene erős engedélyezési hatalmat adni. Ezzel európai mintát

kívántak követni. Később azonban ennek alternatívája felé vonzódtak és saját szakmai szervezetüket, az Amerikai Orvosi Társaságot (alapítási év: 1847 , országos szintű egyesítés : 1902) ruházták fel önszabályozó alapon engedélyezési – szabályozási hatalommal.

Ennek első lépéseként az AOT 1903-as közgyűlésén a szövetség vezetői “kigyomlási” eljárást kezdeményeztek az orvosok és az orvosi egyetemek között az Abraham Flexner - Carnegie Alapítvány finanszírozta - jelentése alapján.

A Flexner jelentés ajánlásai alapján a szakmai elit két évtized alatt az orvosi egyetemek számát 162-ről 76-ra csökkentette és 100000 főre eső orvosok számát pedig 157-ről 126-ra.

Sok európai országban - az USA-val ellentétben - az egészségügyi szolgáltatás fogyasztói ebben az időben - sokkal szervezettebbek voltak, mint az orvosok. A XIX. században Nagy-Britannia Baráti Társaságai három millió, többnyire munkásosztályba tartozó egészségügyi fogyasztót szerveztek meg és rendkívül erős alku erővel rendelkeztek azoknak a szerződési feltételeknek a meghatározásában, amelynek alapján az orvosok a betegeket kezelték.

Németországnak hasonló szervezete volt az úgynevezett Betegsegélyző Pénztár, amely kezdeményezője volt annak a világon első kötelező egészségbiztosítási törvénynek a dolgozók számára, amelyet Bismarck vezetett be 1883-ban. Németországban a Betegsegélyző Pénztár komoly intézményi és tudományos támogatást kapott szövetségeseitől, a szakszervezetektől és Szociáldemokrata Párttól. Ezen keresztül a BP az intézményesített harmadik fizető elsődleges történelmi példájává vált azzal, hogy orvosokat és orvosi intézményeket szerződtetett gyógyításra tagjai nevében.

Az USA szakmai szervezetei - ezzel ellentétben - sikeresen akadályozták meg állami finanszírozású vagy harmadik oldalon létrejött fizető intézmény megalapítását. Az 1940-es évekig az AOT csak olyan orvosokat vett fel tagjai sorába, akik vállalták, hogy nem kezelnek pácienseket előre befizetett egészségbiztosítás alapján. Valójában amikor a Kék Keresztet és a Kék Pajzsot bevezették - amelyek harmadik fizetők voltak-, akkor ezeket a szervezeteket inkább a kórházak és az orvosi kamarák irányították, nem pedig a betegek társadalma.

A kormányzati politikák változatos mértékben vették figyelembe az orvosi szakma autonómiára irányuló követeléseit és törekvéseit. Néha támogatták őket abban, hogy erős szakmai monopóliumot alakítsanak ki. Máskor az engedélyezési és működési szabályokat úgy alakították, hogy az orvosokat verseny- és konkurencia feltételek közé helyezték.

A XIX. század kezdetétől fogva az amerikai kormányzati politika jobban ingadozott a két alternatíva között, mint az európai.

Európában a modern államok elismerték és támogatták az orvosi szervezetek azon törekvését, hogy felelősséget vállaltak az egészségügyi szolgáltatásokért, de ugyanakkor a hivatalos politikák eszközeivé is tették őket. Ezt a célt a következő eszközök alkalmazásával érték el:

- a kötelező tagság előírása orvosi szakmai szervezetekben
- a szakmai szervezetek anyagi támogatása bizonyos egészségügyi szolgáltatások érdekében
- szakmai csoportok elismerése tárgyalópartnerekként a kormányzattal szemben

Mindez az egyes orvos szintjén azt jelentette, hogy inkább közalkalmazottként őket, mintsem független vállalkozónak.

Így Németországban kötelező volt a tagság olyan “kvázi-közintézményekben”, mint az Orvosi Kamara és a Biztosítás Orvosok Társasága. Ezen szervezetek tagjai egyrészt törvényesen elismert monopóliumhelyzetben voltak az egészségügyi piacon, másrészt egyedül voltak jogosultak a különböző orvosi szakmákban a működési szabályok kialakítására és ellenőrzésére, mindezért cserébe viszont ezeknek a szervezeteknek ellenőrizniük kellett tagjaik igényeit az egészségbiztosítási programokban és hirdetniük kellett a társadalom felé, hogy milyen egészségügyi kezelések érhetők el és milyen feltételekkel. Az egészségügyi rendszernek ezt a típusát korporatív rendszernek nevezzük, mert ez a közfunkciók szándékos egyesítése szakmai és egyéni érdekekkel.

A Nagy-Britanniával tett összehasonlítás azt mutatja, hogy az egészségügyi rendszer ennél nagyobb országos szintű, kormányzati irányítása nem csökkenti szükségképpen a szakmai autonómiát. Habár a brit országos egészségügyi rendszerben nagyobb mértékű a pénzügyi irányítás és ellenőrzés, mint Németország esetében, a hatóságok a gyakorlatban nagyobb orvosi önszabályozást engedélyeznek. Azon túl, hogy a kormányzat alkuba bocsátkozik a Brit Orvosi Társasággal az orvosok térítési követeléseiről, a kormányzat megengedi, hogy a Társaság informálisan szabályozza az orvosi hivatásgyakorlás gyakorlati feltételeit. A szakmai szervezetek azonban csak korlátozottan hangsúlyozhatják jogaikat az állami irányítású kórházakban és az orvosok közötti érdekeltérésekben. Így az alacsonyabb presztízsű orvosok képesek azon jövedelmi különbségek mérséklésére, amely a magasabb rangú speciális képzettségű orvosokkal szemben fennáll. Ezzel képesek enyhíteni azt a feszültséget, amelyet a magas presztízsű orvosok “természetes” törekvése eredményez hierarchikus jellegű piramis kiépítése irányába. Ezzel a korlátozással birkóznak meg azzal a problémával is, amelyet a magas presztízsű orvosok igénye eredményezne az egész orvosi szakma kizárólagos vezetésére.

Az Egyesült Államokban, az Amerikai Orvosi Társaság (AOT) monopolisztikus hatalma nagyobb maradt, mint az európai szakmai szervezeteké azért, mert az AOT közvetetten irányította az AOT által elismert orvosi egyetemeken végzett orvosok működésének engedélyezését. Az AOT megyei szervezetei ezenkívül azt is meghatározták, hogy melyik orvosnak biztosítottak munkát a kórházakban.

A homeopátiás és más nem-ortodox gyógyítási módot gyakorló számára megtiltották, hogy az AOT által elismert kórházakban tevékenykedjenek és ha saját gyógyító központot építettek ki, akkor csak a helyi közvélemény nagyon erős nyomására hagytak fel a feléjük irányuló bojkottal és csak ezután kaphattak AOT elismerést.

Ugyanakkor a hátgerinc masszázssal gyógyítók ellen például harcot folytattak és egészen a legutóbbi időkig megtiltották tagjainak, hogy betegeket adjanak nekik vagy fogadjanak el tőlük.

Az AOT monopolisztikus hatalma ellen 1975-ben intéztek támadást, amikor a bíróság kimondta, hogy a tanult hivatások nem igényelhetnek kivételt az antitröszt törvények hatálya alól. Ettől kezdve a Szövetségi Kereskedelmi Bizottság a versenyt erősítette az orvosok között azzal, hogy megtámadta az etikai kódex legitimitását arra, hogy az orvosokat megakadályozza hivatásuk nyilvános hirdetésében, reklámozásában. Sikeresen támadtak az AOT akkreditációs jogosultságait arra, hogy szakmai oldalról irányítsák az egészségbiztosítási programokat és bojkottáljanak olyan orvosokat, akik előre fizetett egészségügyi biztosítási rendszer keretében gyógyítottak.

Az AOT megfosztása monopolisztikus hatalmától nem öncélú volt, hanem azért történt, mert ez volt a fő eszköz a versengő piaci nyomás kifejlesztésében. Ez a törekvés konzisztensen illeszkedett a Reagan adminisztráció céljaihoz a szabályok mérséklésében és érdekes módon a verseny elmélyítése a Kongresszus ellenállásával találkozott.

Az egészségpolitikai beavatkozás struktúrái és eszközei

A modern államok különböző struktúrákat és technikákat alkalmaznak az egészségpolitikai célok megvalósítására és ezen a területen érvényesítő választásaik különböző típusok kialakulásához vezet. Az eszköztár alkalmazásának minden országban fontos eleme az orvosok képzése és az orvosi képességek hasznosítása a társadalomban.

1. Közpolitikai struktúrák

Az egészségügyi gondozás finanszírozásában és megvalósításában az egyes országok különböznek a felelőségek megosztásában. Európában néhány miniszter és köztisztviselő egyetértése alapján közpolitikai célok jelölhetők ki, amíg az Egyesült Államokban a felelőségek fragmentálódása miatt a döntéshozóknak gondosan felépített stratégiát kell követniük a célok megvalósítási feltételeinek kialakításában. Egy kongresszusi meghatalmazás csak akkor érvényesíthető, ha a központi adminisztráció együttműködését megnyerik, ha biztosítani tudják a helyi tisztségviselők együttműködését, ha a magánérdek alapján támogatják a meghatalmazást, és így tovább.

Mindkét rendszerben dolgoznak egészségügyi tervezőknek nevezett specialisták, de a képességük egy egészségügyi program megvalósítására nagymértékben különbözik.

Nagy-Britanniában ha a különböző megoldási változatokat kristály tisztán, logikailag konzisztens módon és a feltételekre illeszkedően kidolgozzák, akkor az egészségügyi szektorban a döntésük eléggé gyorsan keresztülvihetők. Ha az egészségügyi miniszter és a csúcs köztisztviselők egyetértenek és az Államkincstár egyetért a szükséges pénzügyi alapok rendelkezésre bocsátásában az új szabályozások életbe léptethetők és bízni lehet abban, hogy az egészségügyi és a helyi önkormányzatok megvalósítják azokat.

A brit és az amerikai rendszerek összehasonlítása megmutatja azt a különbséget, amely az egészségügyi rendszer működtetési prioritásának meghatározása területén mutatkozik. A központosított brit rendszerben a költségvetést, a személyi erőforrásokat és az alapvető politikákat központi szinten a közszektoron belül határozzák meg. Az amerikai rendszer viszont decentralizált nemcsak azért, mert a hatalom megosztott az országos szinten. Megosztott azonban annyiban is, hogy a fenti döntések meghozatalában erősebb befolyást gyakorolnak a magánérdekek és a helyi valamint szövetségi állami szintű köztisztviselők is.

A két rendszer összehasonlításakor megmutatkozik az a különbség, amelyet a központosított rendszer gyakorol

- az egészségügyi rendszerek költségeire és
- a szolgáltatáshoz való hozzáférés egyenlőségére

A 4. sz. ábra szemlélteti azt, hogy az egészségügyi rendszer működtetésének különböző jellemzőire központosítás milyen hatást gyakorol.

4. számú ábra

a szolgáltatások sztenderdizálása

	költségek
Központosítás	specializált szolgáltatások
	innováció
	közösségi finanszírozás
	a hozzáférhetőség egyenlősége

Forrás: J. Rogers Hollingsworth: A gyógyítás politikai gazdaságtana: Nagy-Britannia és az Egyesült Államok
(Baltimore: Johns Hopkins, 1986)

A központosított rendszerek nyilvánvaló előnye, hogy racionalizálni lehet bennük a szolgáltatások nyújtását, ami a szolgáltatások nagyobb fokú sztenderdizálását jelenti különböző régiók és szociális csoportok szerint. Az a lehetőség, hogy az egészségügyi szolgáltatás alacsony szintű legyen a szegényeknél nagyobb a részben magánrendszereknél, mint a központosított állami rendszereknél.

A brit – amerikai példákön a központosítás szintén összekapcsolódik a magas szintű közösségi finanszírozással. Ez úgy tűnik, hogy más esetekben is érvényes. Például akkor, ha a központosított holland rendszert a decentralizált svájci rendszerrel hasonlítjuk össze.

A két fent említett tendencia kombinált hatásként eredményezi a sokkal kisebb különbséget a szolgáltatásokhoz történő hozzáférhetőségben, például egy ország különböző régiói között a központosított rendszerekben.

A decentralizált rendszerek viszont előnyben vannak a speciális egészségügyi szolgáltatások nagyobb változatosságának biztosításában. Miután nem kell az erőforrásokat a az egyenlőség követelményei szerint elosztaniuk, ezért több specialista, mint generalista képzésére képesek és inkább képesek egyes kórházak speciális kezelést nyújtó gyógyászati eszközökkel történő felszerelésére.

A decentralizált rendszerekben a döntéshozók könnyebben vállalják azt a kockázatot, amely a gyógykezelési innovációk alkalmazásával együtt jár. Könnyebben alkalmaznak drága, új technológiákat, mert a sztenderdizált és az innovatív technológiák között könnyebben csoportosítanak át, mint a költségvetési finanszírozású központosított rendszerekben.

Ha az egészségügyi összkiadásokat vizsgáljuk a társadalomban - vagyis nem egyszerűen az állami költségeket hasonlítjuk össze - , akkor az előző arányoktól eltérően azt állapíthatjuk meg, hogy az egészségügyre a társadalom kétszer annyit költ az Egyesült Államokban , mint Nagy-Britanniában. Vajon levonható-e ebből az a következtetés, hogy a központosított rendszerek olcsóbbak, mint a decentralizáltak?

Németországban az egészségügyi közpolitika alakításában nemcsak az egészségügyi és a pénzügyi minisztert kell bevonni, hanem a munkaügyi minisztert is, aki az egészségbiztosítási rendszert felügyeli. Ezenkívül a szövetségi államok egészségügyi minisztereit is be kell vonni. Számos kérdésben az orvosi kamarának vétőjoga van és ha ezt nem veszik figyelembe, akkor az orvosok sztrájkjának fenyegetésével kell szembenézniük. Habár a német egészségpolitika kevésbé pártmeghatározott, mint a középfokú iskolapolitika, a változásokat mégis nagyon nehéz keresztül erőszakolni a német döntési rendszeren. Ezért a német rendszerben csak úgy tudtak konszenzust elérni, hogy a legszélesebb jogkörrel felállították a

Nemzeti Egészségügyi Konferenciát azért, hogy ez határozza meg az egészségpolitikai célokat. Így a németek lassabban haladnak a svédeknél az egészségpolitikai célok megvalósításában és a folyamatok ellenőrzésében.

Svédországban az egészségügyi tervezők hatékonyabban befolyásolják a döntéseket azért, mert az egészségügyi szolgáltatásokat regionalizálják. A megyék tényleges monopóliummal rendelkeznek beleértve a törvényi szabályozás jogát ideg- és elmeegógyintézetek és orvosi körzetek között, amely Németországban a központi szint joga. A következő lépés az volt, hogy mérsékeltek a versenyt a 25 megye között, ami országos szinten egységesített fizetési rendszert jelentett és a kórházi orvosokat “csak fizetési” térítéses rendszerbe helyezte el. Ezzel olyan rendszert fejlesztettek ki, amelyben a 25 önálló közpolitikájú megye együttműködött abban, hogy országos szinten meghatározott sztenderdek szerint alakítsák a kórházak személyi állományát és továbbképzési rendszerét. Ezeket a sztenderdeket olyan “regionális egészségügyi programokká” fejlesztették, amelyekben a különböző típusú kórházakat kötelezettségekkel bízták meg és ehhez kvótákat kapcsoltak, amelyek az orvosokra és más egészségügyi dolgozókra vonatkoztak. Ennek alapján a svéd egészségügyi tervezők képesek voltak meghatározni a képzési arányokat a jelentkező szükségletek szerint.

Az egészségpolitikában a szervezett érdekérvényesítésnek különböző politikai prioritásai és lehetőségei vannak, amelyek hasonlóak és különbözőek országok szerint. Az 5. sz. ábra különböző csoportok (szabályozók, szolgáltatók és felhasználók) közpolitikai prioritásait mutatja be. Azt érzékelteti, hogy hogyan vetődnek fel a politikai szövetkezés kezdeményezései a szolgáltatók és a páciensek között. Így gyakran lehet felfedezni informális koalíciót a kormányzat egészségügyi köztisztviselői és az alacsonyjövedelmű csoportok képviselői között, mert mindketten erősen kötődnek a közösségi finanszírozáshoz, amely a

szolgáltatások egységesítése és a hozzáférhetőség egyenlősége felé orientálódik. Az Egyesült Államokban az ilyen koalíciók otthonra és ideológiai támogatásra találtak a Demokrata Pártban, Svédországban pedig hasonló kapcsolódást találunk a svéd Szociáldemokrata Párthoz.

5.sz. ábra

Egészségügyhöz kapcsolódó csoportok közpolitikai orientációja

Kormányzati

Szabályozók és Köztisztviselők

A szolgáltatások sztenderdizálása

és alacsony költségek

Szolgáltatók, Orvosok

és Gyógyászati Eszköz

Készítők

Specializált Szolgáltatások

és Innováció

Alacsony jövedelmű

csoportok

Közösségi finanszírozás

és Méltányosság

csoportok

Forrás: J. Rogers Hollingsworth: i.m.

Az egészségügyi szolgáltatók bizonyos típusai –különösen az orvosok és a gyógyszer gyártók- szövetkezési lehetőséget találhatnak a magas jövedelmű csoportokkal. Az orvosok és a gyógyszer gyártók támogathatják az orvosi-tudományos innovációt és hangsúlyt helyezhetnek a speciális szolgáltatások fejlesztésére. Nem biztos viszont, hogy az orvosok egyetértenek a magas jövedelmű a magas jövedelmű csoportok magánfinanszírozáshoz történő erős vonzódásához. Az Egyesült Államokban például ez a preferencia megalapozta a szövetséget a szervezett orvosok és az üzleti élet között, amelyet a Republikánus Párt támogatott. Azonban az európai modern országok többségében ideológiailag egyáltalán nem vonzó a jobbközép pártok számára, hogy a magánfinanszírozást helyezték előtérbe a közösségi finanszírozású rendszerekkel szemben.

2. A beavatkozás technikái

Nagy-Britannia országos szinten irányított egészségügyi rendszerében azok az eszközök, amellyel a kormányzat befolyásolja az egészségpolitikákat, lényegében a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat szervezetének felépítése szerint csoportosulnak. Így megkülönböztetjük az ambuláns, a kórházi és a megelőző szolgáltatásokat.

A korporatív jellegű német rendszerben a beavatkozási hatalom inkább a köz- a magán és a szakmai testületek között oszlik meg. Az Egyesült Államok szegmentált rendszerében ahol a központi szinten csak néhány intézményt működtetnek (mint a Háborús Veteránok Kórházát)

a kormányzat csak a beavatkozási stratégiák sorozatának, egymással csak lazán összefüggő szövődékével irányítja a szolgáltató rendszereket.

Az 1970-es évek amerikai egészségpolitikájában a beavatkozási technikák négy egymáshoz kapcsolódó köre különíthető el. A beavatkozási technikák egyik körében megkísérlik az orvosok és más egészségügyi dolgozók személyi állománya számára a mennyiségi és a minőségi kritériumok valamint az elosztási elvek meghatározását. A technikák másik köre a működő egészséggondozási intézmények támogatását és irányítását célozza, beleértve a tradicionális kórházakat az új egészségügyi központokat és előre fizetett egészséggondozói intézményeket. A beavatkozási technikák harmadik köre az egészségügyi szolgáltatások szabályozására összpontosít. A technikák negyedik köre azokat a támogatási csatornákat foglalja magában, amelyek olyan rétegek felé irányulnak, mint az idősek és a szegények. Az Egyesült Államok egészségpolitikájának központi kérdése, hogy a négy beavatkozási kör mennyire szorosan vagy lazán kapcsolódik egymáshoz.

A 6. sz. ábra áttekinti a szabályozási technikákat és az irányítási eszközöket, amelytől annak az intenzitási szintje ítélhető meg, ahogyan egyes országok 5 kiválasztott szabályozási technikát alkalmaznak.

6. sz. ábra

Az állami beavatkozási szabályozás viszonylagos erőssége

1980-as évek

Ország	Korhási beruházás	Az árak és díjak feletti ellenőrzés	Az emberi erőforrás irányítása	A technológia szabályozása	A meghatározása
Nagy-Britannia	++	++	++	++	+++
Kanada	+			++	+
Dánia	++	+	++	+	+
Franciaország	+++	++	++	+	++
Németország	++		++	+	+
Hollandia	++		++	++	++
Svédország	+	++	+++	+++	+
Svájc			+	+	
Egyesült Államok	++	+		++	+

Forrás: Poillier, In: A.C.Culyer-Bengst Jonsson: Közösségi és magán egészségügyi szolgáltatások (Oxford: Blackwell, 1986).

3. Az orvosok képzése, továbbképzése és hasznosítása

Az egészségpolitika fontos összetevője, hogy mennyi a 100 főre vetített orvosok aránya és hogyan aránylanak egymáshoz az egészségügyi képzésben és továbbképzésben a generalisták és a specialisták. Fontos összetevő az is, hogy mennyire nehéz felvételt nyerni az orvosi képzésbe.

Az 1960-as években az Egyesült Államok - a legtöbb európai országhoz hasonlóan – növelte az orvosi képzésben résztvevő egyetemi hallgatók számát. A hallgatók számának

növekedésével párhuzamosan azonban a szelektivitás szerepét is növelték. Ez gyakran sorbaállást eredményezett a klinikai gyakorlatoknál, mert az egyetemi kórházak és laboratóriumok száma korlátozott volt. Ez különösen súlyos problémának bizonyult Németországban és Olaszországban.

1963-tól kezdve az USA szövetségi kormány elkezdte az orvosi egyetemek és a hallgatók támogatását attól a meggyőződéstől vezérelve, hogy az orvosok számának növelése az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésének kulcs kérdése. 1963-tól 1973-ig a szövetségi támogatások olyan szintet értek el az orvosi egyetemeknél, amelyet nem adtak meg a jog-, a mérnök- és a közgazdasági hallgatóknak. Miközben az első éves beiratkozók száma az orvosi egyetemeken az 1965-ös 8760-ról 1975-re 14500-ra emelkedett, az orvosi egyetemeken a tandíjból befolyt jövedelmek aránya az 1948-as 17%-ról 1960-ra 7%-ra, végül 1970-re 4%-ra csökkent.

Azok a kritériumok, amelyek alapján az orvosi egyetemek hallgatóit válogatják különbözőek az egyes országok között. Számos országban a középiskolai eredmények és a felvételi vizsgák a meghatározóak. A legjobban teljesítőkből azonban nem szükségképpen lesznek a legjobb doktorok. Ezért Hollandiában és Németországban "lottó" módszer alapján válogatnak egy bizonyos szintet elérő jelentkezők között. Az Egyesült Államokban a pénzügyi korlát - az éves tandíj meghaladja a 15000 USD - t - a család anyagi helyzetét erős kritériummá tette. Ez bebizonyosodott akkor, amikor a szövetségi támogatások csökkentésével az alsó-közép osztályból származó hallgatók száma is mérséklődött. Az orvosi egyetemek vezetői jelenleg aggódnak amiatt, hogy az orvosi pályákat növekvő mértékben a vagyonos felsőbb osztályok gyermekei töltik be. Európában ahol ilyen pénzügyi korlát nincs a viszonylag nagy számú hallgatót az első években megrostálják. Így Franciaországban megszigorították az első

tanulmányi évet lezáró tesztvizsgát és Németországban a második év után olyan szűrővizsgát vezettek be, amely 1981-ben az évfolyam 56%-nak lemorzsolódásával fenyegetett. Ebben az esetben a tömeges diákellenállás az eljárás megváltoztatását eredményezte.

A legtöbb európai országban meghatározó szerepet töltenek be azok a “kapuőrök, akik specialista orvosok és meghatározzák, hogy melyik páciensnek milyen kórházi ápolásra van szükség .A körzeti (általános) orvosok ezekhez a specialistákhoz utalják a pácienseket komplex diagnózisra. Ezek az orvosok magasabb kritériumot állapítanak meg a kórházi beutalásnál, mint az amerikai orvosok, akik saját pácienseiknek el tudják intézni a kórházi kezelést. Európában a páciensek többségénél az a helyzet, hogyha kórházba kerül - akkor az USA rendszerével ellentétben - olyan kórházi orvosok kezelik, akiknek megválasztásában nincs szerepe. Az orvos-páciens viszony tehát nem magán jellegű , hanem közintézmény jellegű. Ebben a viszonyban az intézmény felelősséget vállal, hogy a páciens betegségének megfelelő kezelésben részesíti. A kórházi kinevezések rendszerével az európai kórházak magas presztízsű “zárt személyi állománya” rendszert fejlesztettek ki, az Egyesült Államok tipikus “nyitott személyi állománya” kórházaival ellentétben.

1974-ben az amerikai politikusok a brit és az amerikai rendszer összehasonlításánál megállapították, hogy Nagy-Britanniában az orvosok 74%-a tevékenykedett az elsődleges betegellátásban és 8%-uk tevékenykedett a sebészet területén. Az Egyesült Államok szabad piaci rendszerében viszont az orvosok 47%-a az elsődleges betegellátás terület és tevékenykedett (beleértve a belgyógyászatot, a gyermekgyógyászatot és a szülészeti) és 24% dolgozott sebészeti osztályokon. Edward Kennedy szenátor szava is tette: miért van az 5 millió lakosú Massachussetts államban ugyanannyi sebész, mint Angliában, ahol 40 millió népesség él? Miért van kétszer annyi operáció az Egyesült Államokban, mint Angliában ugyanannyi lakosra vetítve? Talán nem azért, mert kétszer annyi a sebészorvosunk?

Valóban a sebészi beavatkozás egyrészt azoknak az orvosoknak a készség és képesség szintjétől függ, akiknek az operatív beavatkozást engedélyezik, de az operáció kiváltó okát is figyelembe kell venni. Az amerikai operációknál például a felmérések jelentős százalékában felesleges elvégzett operációkat – például vakbélműtéteket - tárnak napvilágra.

Megjegyzendő, hogy az amerikai operációk felét olyan orvosok végzik, akiknek nincs speciális sebészeti végzettségük. Ez azért lehetséges, mert az egyes kórházak maguk állapítják meg az alkalmaztatási feltételeket. A sebészeknek tudomásul kell venni azt a tényt, hogy az egészségbiztosítók a páciens arra ösztönzik, hogy egy második szakvéleményt is kérjen ki, mielőtt egyetért az operációval. Idevágó kutatási eredmények szerint az esetek több mint egynegyedében a két sebésznek ellentétes véleménye volt az operáció szükségességéről.

Nagy-Britanniában egyidejűleg tudták a sebészekkel és más specialistákkal szemben támasztott követelményeket és ugyanakkor megakadályozták a körzeti orvosok kínálatának csökkenését is. Az utóbbi években az Egyesült Államokban és Svédországban a körzeti (általános) orvosok száma jelentős mértékben csökkent .

A 7.sz. ábra azt mutatja, hogy ez a két ország viszonylag kisebb arányban fordít erőforrásokat az elsődleges betegellátásra és ezért viszonylag kevés egészségügyi rendszerükben a körzeti (általános) orvos.

Dánia - ebben a tekintetben - közbülső szerepet foglal el. Az Egyesült Államokban a sebészek számának növekedését eredményezte az a tény, hogy a sebészek lényegesen többet keresnek a körzeti orvosokhoz viszonyítva, mint az európai országokban általános jelenség.

A britek a körzeti orvosi intézmény erózióját az egészségbiztosítási törvénnyel (1911-től 1948-ig) és a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat kialakításával (1948-tól napjainkig) előzték meg. Ezzel megvédték a körzeti orvosokat a technológiai és a szalmi nyomással szemben, hiszen egyértelműen meghatározták a szakmai és az adminisztratív funkciókat. Az a mérték, amellyel a társadalombiztosítás finanszírozza az egészséggondozást nincs korrelatív viszony azzal a szabadsági fokkal, amellyel a páciens megválaszthatja az elsődleges betegellátó személyét. Olyan társadalombiztosítási megalapozottságú rendszerben, mint a német a páciens szabadon választhatja orvosát és három hónaponként váltogathatja orvosát. Hasonló orvos választási rendszer jellemzi az állami dominanciájú brit rendszert.

A gazdag amerikai elővárosokban az európainál nagyobb a választási lehetőség specialistákban és kórházi kezelésben, azonban a belvárosokban és a falusi településeken (mezőgazdasági régiókban) az árak szintje és az orvosok csekély száma egyaránt korlátozó tényező.

Nagy –Britanniában a körzeti orvosok elosztását különböző ösztönzőkkel szabályozzák. Egy –egy körzetet az új munkahely létesítése szempontjából, míg a doktor hiányos körzetekben az elhelyezkedést speciális anyagi kedvezményekkel is ösztönzik.

Az Egyesült Államokban viszont sikertelenül kísérleteznek a tanulási kölcsönfelvételtől származó adóságok elengedésével. Az volt az elképzelés, hogy az orvoshiányos körzetekben elhelyezkedő pályakezdő orvosoknak elengedik a tartozás visszafizetését. A kezdeményezés sikertelenségét mutatja, hogy a 10 év alatt a 170000 kölcsönfelvevőből mindössze 146 vette igénybe ezt a kedvezményt.

7. sz. ábra

A körzeti (általános) és a speciális orvosi szolgáltatás viszonya

	Egyesült Államok	Nagy-Britannia	Dánia	Svédország
100000 főre eső aktív doktorok száma	210	168	251	252
Az általános vagy családi orvosok száma az összes orvoshoz viszonyítva	14%	46%	25%	23%
Az elsődleges betegellátás részesedése az összes egészségügyi kiadáson belül	18%	25%	25%	15%
A sebészek jövedelme a körzeti orvosokhoz viszonyítva	2:1	0.9:1	1:1	1.1:1
A körzeti orvosok jövedelme az összlakosság átlag jövedelméhez viszonyítva	5.8:1	4.8:1	3.6:1	2.7:1

Forrás: Jonathan P. Weiner "Elsődleges orvosi szolgáltatás az Egyesült Államokban és négy északnyugat-európai országban" Milbank Quarterly (1987) 653 és 432-33 old.

Az egészségszolgáltatáshoz és korházi kezeléshez történő hozzájutás

A körzeti orvosi rendelőkhöz, az egészségügyi központokhoz és a kórházakhoz történő hozzájutás társadalmi megoszlásában a regionális és a szociális szempontokat szokás elsődlegesen vizsgálni.

1. Egyenlőtlenségek az egészségügyi szolgáltatásokhoz történő hozzájutásban

Egy kereszt kulturális felmérés kimutatta, hogy az egészségügyi szolgáltatások használatában az Egyesült Államok és Svédország lényegesen különbözik abban, hogy az egyes jövedelmi osztályokban tartozó emberek az egészségügyi szolgáltatásokat hogyan és hányszor veszik igénybe. 1963-ban az orvosokhoz fordulók aránya Svédországban azonos volt a különböző jövedelmi helyzetű csoportok között, az Egyesült Államokban azonban nagy volt a különbség: amíg az alacsony jövedelmű csoportok 53%-a volt orvosnál, addig a magas jövedelműek 72%-a látogatta meg az orvost ugyanannyi idő alatt. Ehhez még hozzátehetjük, hogy azok az USA állampolgárok, akik egészségbiztosítással rendelkeztek sokkal gyakrabban vették igénybe az orvosi szolgáltatásokat azoknál, akik társadalombiztosítással nem rendelkeztek. Ennek döntő okát a kutatások abban jelölték meg, hogy Svédországban az egészségügyi szolgáltatások kevésbé voltak költségesek, mint az USA-ban.

A WHO európai tagországai az 1980-as években olyan komplex stratégiát dolgozott ki, amely az egészségi állapotban fennálló különbségeket kívánta mérsékelni a különböző szociális csoportok között. A cél az volt, hogy 1985 és 2000 között 25%-al csökkentsék a különböző szociális csoportok között fennálló egészségi állapotbeli különbségeket.

A 8.sz. ábra azt mutatja, hogy 5 svéd megyében milyenek a középkorú népesség egészségi állapotát jellemző különbségek.

8. sz. ábra

Egészségügyi problémák és egészségügyi gondozási igénybevétel különböző szociális csoportok között, Svédország 1980-as évek

--- szív- és keringési rendszeri betegségek

balesetek

pszichológiai problémák (beleértve öngyilkossági kísérletek)

az egészségügyi szolgáltatások összhasznlata

Segéd munkás Szakmunkás Alacsony fizetésű Magas fizetésű Vállalkozó Farmer

Alkalmazott

Alkalmazott

Megjegyzés: a 8. sz. ábra 5 svéd megyében a kórházban kezelt dolgozó férfiak számát mutatja 45 – 64 éves korig.

Forrás: Göran Dahlgren – Finn Diderichsen: Egészség gondozási stratégiák: a svéd jelentés.

Az ábra azt mutatja, hogy a szak- és segéd munkások közül viszonylag többen szenvednek balesetben vagy pszichológiai problémákban, amíg az alacsony keresetű alkalmazottaknál, ugyanezek a problémák átlag alatti gyakorisággal szerepelnek. Ezeknek a különbségeknek a mérséklése érdekében a svédok elfogadták az 1985-ös Egészségügyi törvényt, amely az egészségi állapot javításának lehetőségeit kereste, különösen azon csoportok esetében, amelyek a legnagyobb morbiditási arányt mutatták és a rizikó faktorok kommunikatív hatása volt érzékelhető náluk foglalkoztatási helyzetük alapján. A törvényt - a konzervatívok kivételével - minden politikai párt támogatta. A konzervatívok szerint az egészségügyi problémák jelentkezése a népességben belül véletlenszerű volt és alapvetően olyan különböző életstílusok következménye volt, amelyen az egyén önálló elhatározással változtatni tud.

Kezdetekben a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat munkatársai is amellet érveltek, hogy - a költség korlát hiánya ellenére - a középosztály inkább hozzájut az egészségügyi szolgáltatásokhoz, mint a munkásosztály. Később azonban ismételt kutatások bizonyították, hogy az alacsonyabb jövedelmű osztályok megtanulták, hogy hogyan használják ki a jogosultságok előnyeit és aránylagos nagyobb számban vették igénybe a kórházi kezelést, mint a többi rétegek és lényegében ugyanolyan szintű kezelésben részesültek, mint más szociális csoportok.

Az Egyesült Államokban a 60-as bevezetett Medicare és Medicaid programok megnövelték az egészségügyi szolgáltatásban részesülő alacsony jövedelmű csoportok arányát. 1970-ben a 3000 USD jövedelem alatti rétegek 65% látogatott orvost: ugyanez az arány 1963-ban 56% volt. Amíg 1930-ban a magas jövedelmű rétegek kétszer olyan gyakran voltak orvosnál, mint

az alacsony jövedelmű rétegek, addig 1970-re ez a különbség kiegyenlítődött a kezelések számában.

A Medicaid biztosította azt a szociális hálót, amelyen a közfinanszírozású szolgáltatás elérte a nem idős szegényeket. 1981-ben például 20 millió amerikai - köztük 8 millió gyermek - részesült Medicaid támogatásban. Körülbelül 31 milliárd dollárt költöttek ebben az évben a Medicaid támogatásra. Ennek 56%-át a szövetségi költségvetés fedezte, a maradékot pedig az egyes szövetségi államok. A legtöbb kedvezményezett a szegénységi küszöb alatt élt (1980-ban 6100 USD) és a Medicaidban részesült háztartások jövedelmi szintje egyharmada volt az összes háztartások jövedelem színvonalának. Az 1970-es évek trendje a Medicaid támogatás további összpontosulása volt a legszegényebb háztartások irányába.

A nemzeti egészségpolitikák lényeges mértékben befolyásolhatják az orvosi és a kórházi ellátásban mutatkozó regionális különbségeket. Ezt az Egyesült Államok és Nagy-Britannia összehasonlításával illusztrálhatjuk. Az 1930-as években az orvosi –kórházi ellátás területi megoszlása Nagy-Britanniában jóval egyenlőtlenebb volt, mint az Egyesült Államokban. Jellemző volt az akkori Nagy-Britanniára, hogy sok megyében nem volt pszichiáter, gyermekgyógyászat és nőgyógyászat. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat működésének következtében azonban 1971-re a területi ellátási költségek az 50 év előtti költségek egyharmadára csökkentek. 1971-ben a területi költségi index az Egyesült Államokban kétszer olyan magas volt, mint Nagy-Britanniában és a különbség mértéke nem változott szignifikáns mértékben azóta sem.

2. Kórházak és egészségügyi szolgáltatások

A kórházak helye , súlya és szerepe az egészségügyi szolgáltatásokban különbözik az egyes országokban. 1975-ben például Nagy-Britannia a GNP 3.8%-át költötte kórházakra annak köszönhetően, hogy magas fokon centralizált adminisztrációt alakított ki, a kórházak monopolhelyzetben voltak és a kórházi rendszer élén a specialistáknak olyan szűk és hierarchikusan tagolt csoportja állt ,akik hatékonyan szelektálta a kórház bejárata előtt. Ezzel ellentétben Svédországban a GNP 6 %-ot költöttek kórházi szolgáltatásokra, amely kétszeresen meghaladta az Egyesült Államok vagy Németország költségszintjét.

Svédország a világ legszélesebb körű és legjobban felszerelt kórházi hálózatát alakította ki, amelynek kórházai felváltva álltak első helyen a világ kórházainak teljesítmény színvonalát értékelő listákon.

Az Egyesült Államokban a Kék Kereszt szervezet, amely - az orvosi szakma preferált egészségbiztosító intézményévé vált az 1940-es években - nem a páciensek, hanem az orvosok irányították. Egészen 1972-ig erősen kötődött az Amerikai Kórházi Szövetséghez. Szövetségi állami programok is nyíltan támogatták a kórházi beruházásokat. Így a finanszírozási gyakorlat meglehetősen laza kórházi felvételi kritériumokkal kombinálva az Egyesült Államokban a kórházakat tette a gyógyítás szervezeti központjává.

Amíg az általános orvosi ágyak az Egyesült Államokban tetemesen növekedtek: 1950-ben 1000 fő / 3.3 ágy arányról az 1970-es években 1000 fő / 4.5 ágy arányra, addig ugyanezek az enyhén csökkentek Svédországban és Nagy-Britanniában, habár Svédország hosszú ideig első helyen állt kórházi ágy/népesség arányban az ipari országok között. Mindhárom országban - ugyanakkor - a kórházi felvételek száma növekedett a tárgyalt időszakban.

- az Egyesült Államokban 1000 főre vetítve 110-ről 157-re
- Svédországban 113-ról 156-ra
- és Nagy-Britanniában 64-ről 104-re

A kórházi tartózkodási napok átlagos száma az Egyesült Államokban enyhén csökkent 8 napra, Svédországban 16 napról 10 napra és Angliában 15 napról 10 napra.

Svédországban a magasan fejlett és jól finanszírozott kórházi rendszer egyik következménye az volt, hogy az orvos – páciens kontaktusnak mintegy fele ambuláns kezelés volt a kórházon kívüli szakkezelésen. Az 1960-as években, amikor svéd szakértők egy csoportja megkérdőjelezte, hogy ez a rendszer gazdaságilag és szakmailag igazolható-e, akkor az egészségügyi tervezők erre az egészségügyi központok kialakításával válaszoltak. Ugy gondolták, hogy ez olcsóbban ugyanolyan szintű egészségügyi gondozást nyújt, mint a kórházak kihelyezett részlegei. 1970-ben a Nemzeti Egészségügyi Elnökség vezetője kijelentette, hogy a testület ösztönzi a specialisták kiáramlását a kórházakból az egészségügyi központokba.

Egy évtizeddel később az Egyesült Államokban is eredményesnek bizonyult a fekvő beteg ellátásban részesülő páciensek számának csökkentése. Az amerikai kórházakban az átlagos kezelési idő az 1980-as 7.3 napról 1985-re 5.7 napra, később az eredeti hossz majdnem egynegyedére csökkent. Ez a csökkenés annak az ösztönzésnek az eredménye volt, hogy a páciensek jobban bízzanak a kórházon kívüli kezelésben és bevezették a költség visszatérítés DRG (Diagnózis Related Groups) módszerét a Medicare betegeknél. A Medicare konstrukcióban kezelt betegek az összes beteg 40%-át tették ki. Érdekes, hogy az átlagos kezelési napok száma nemcsak a Medicare betegeknél, hanem a magánbiztosítási betegeknél

is csökkent, méghozzá hasonló mértékben. Ezzel az amerikai kórházi ágy igény is csökkent 70%-ról 57%-ra, ami sok kórházi ágy megszűnéséhez, sőt egész kórházak becsukásához is elvezetett.

A folyamat vesztesei a megfelelő biztosítással nem rendelkezők illetve a biztosítás nélküliek voltak. Ugyanebben az időszakban a profit orientált kórházak részesedése emelkedett az egészségügyi piacon. Ezeket nemzeti szintű láncolatként szervezték meg és olyan szervezetek működtették, mint például a Humana. Ezek a kórházak tudatosan elfordultak a biztosítás nélküli állampolgároktól. Sok idős beteg nem volt képes a Medicare hozzájárulásból a kezelési költségeket fedezni. Előfordult, hogy özvegyek jelzáloghitelt vettek fel házaikra azért, hogy a kórházban meghalt házastársuk kezelési költségeit ki tudják fizetni. Az 1988-as törvény módosítás után a katasztrofális tünetek enyhültek. A módosítás ugyanis kimondta, hogy a Medicare minden 2000 USD feletti kórházi és orvosi kezelési költséget fedez évente. 1993-ra pedig megkezdte a 600 USD évi gyógyszerköltség felett a költségek 80%-ának fedezését.

Az amerikaiak bírálták a brit rendszert: puha költségvetési korlátai és az élenjáró technológia fejlesztésébe történő beruházása miatt.

Igaz az, hogy a briteknél az általános orvosi szolgáltatás nemcsak kiterjedtebb, hanem olyan szolgáltatásokat is magában foglal, mint a házhoz történő hívás. Más oldalról kétségtelen, hogy a kórházaknál várakozási lista van. 1982-ben a páciensek 6%-a várakozott egy évig és egyharmada három hónapig. Ezek a listán levő páciensek - ha anyagilag bírják, akkor - fordulnának magánfinanszírozású intézményekhez.

Persze a kórházi kezelés színvonalának emelése a briteknél 20%-al növelné a költségeket. A legköltségesebb az intenzív kezelésre alkalmas ágyak számának növelése, amely az Egyesült Államokban egy főre vetítve ötször magasabb, mint Nagy-Britanniában.

A 9. sz. ábra azt mutatja be, hogy az USA-ban az egy kórházi ágyra eső költségek háromszor magasabbak a briteknél és a napi kezelési költség egy főre vetítve két és félszer magasabb. Hasonlóan magasabbak a költségek az európai kontinensen olyá országokban, mint Németország, Hollandia és Svájc.

Különösen alacsonyak a kórházi költségek Japánban. Ezt részben a rokonok által nyújtott nagyobb mértékű gondozás-ápolás és ételmezés magyarázza.

9.sz. ábra

Kórházi kiadások

Ország	Egy főre eső összeg USD	Egy kórházi ágyra eső összeg USD	Egy kezelési napra eső összeg USD	Az összeg kiadásokra vetített arány
Nagy-Britannia(2)	320	39000	140	61.5
Kanada	450	65000	210	41.4
Dánia	490	63000	220	70.4
Franciaország	470	42000	170	43.0

Németország	37o	34000	11o	38.6
Japán	23o	19000	6o	32.8
Hollandia	54o	45000	14o	59.o
Norvégia(1)(2)	41o	61000	22o	45.3
Svájc	47o	37000	125	44.4
Egyesült Államok	58o	122000	36o	41.8
Átlag	41o	50000	17o	
Legmagasabb és legalacsonyabb közötti arány	2.5	6.4	6.o	

Megjegyzés:

1. Visszatérő egészségügyi költségek
2. Csak a közkiadások

Forrás: OECD, Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása.

(Paris: OECD, 1987. 63.old.)

3. Egészség gondozási struktúrák alternatív megoldásai

Az 1980-as években az Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában olyan kormányzatok működtek, amelyek csökkenteni kívánták az állami közintézményi szerepvállalást az egészség gondozásban. Azt feltételeznénk, hogy ebben a két angolszász országban a történések hasonló irányultságúak Nem ez a helyzet! Az USA-ban életre hívott új konstrukciók, a HMO-k (Health Maintenance Organisation , Egészség fenntartó - Megőrző szervezetek), a PPO-k (Preferred Provider Organisations, Előnyben Részesített Szolgáltató

Szervezetek) a DRG-k (Diagnosis Related Groups, Diagnózishoz Kapcsolódó csoportok), nemcsak teljesen különböztek a brit gyakorlattól, de maguk a konstrukciók is sokkal változékonyabbak voltak az Egyesült Államokban. Ez mutatja, hogy a változások egészen másképp bontakoztak ki egy magánfinanszírozású decentralizált rendszerben, mint egy majd félévszázados múltra visszatekintő központosított rendszerben

Az amerikai alternatív megoldások olyan egészségügyi és szabályozási modellek, amelyeket az USA különböző kormányzatai különböző szinteken kezdeményeztek. Néhányat már a Nixon és a Carter kormányzat hívott életre attól a törekvéstől vezérelve, hogy ésszerűsítsék a köz- és magánfinanszírozású egészségügyi programok költségeit. Az új egészségügyi típusok közül néhányat a Reagan kormányzat is támogatott - például a HMO-kat - mert úgy vélték, hogy ezen a módon az előre fizetett egészségbiztosítási rendszer kiterjeszhető. Említésre méltó, hogy más struktúrákat - olyanokat, mint a HSA-k (Health Systems Agencies, Egészségügyi Rendszerek Ügynöksége) vagy a PSRO-k (Professional Service Review Organisations, Professzionális Szolgáltatás Ellenőrző Szervezetek) - a Reagan kormányzat viszont visszautasított és eltörölt. Ezek tervezési és szabályozási modellek voltak az egészségügyi gondozásra.

Nagy-Britanniában a Thatcher kormányzat számára sokkal nehezebb volt az államosított egészségügyi rendszer részbeni megsemmisítése és innovációk bevezetése. 1982-ben megvizsgálták annak a lehetőségét, hogy mozduljanak el az amerikai vagy az európai kontinens irányába. Ezeket a lehetőségeket azonban elvetették, mert nem kívántak versenyt, konkurenciát teremteni a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) számára. A lakáspolitikával ellentétben - ahol az állami tulajdonban levő házak privatizációját a lakosság és különösen a középrétegek nem ellenezték - az egészségügyi szolgáltatás központosított rendszerének

reformját minden társadalmi réteg ellenezte. Így a konzervatív kormánypártnak meg kellett elégednie azzal, hogy a magánfinanszírozási szervezetek létrehozását ösztönözte, amely olyan középrétegekhez tartozó páciensek esetében volt vonzó, akik el akarták kerülni az NHS várakozási listájára kerülést és meg akarták gyorsítani a kezelést speciális betegségek esetében.

A brit esetben azonban ezek a páciensek a magán szolgáltatás igénybevételével egy időben használták az NHS szolgáltatásait is. A kormányzat azt a célt tűzte ki, hogy a magán szektornak el kell érni a közszektor egynegyedét. Ennek alapján a magánfinanszírozás 1983-ban a lakosság 7%-át jellemezte. Ez azonban szociális feszültségeket is felszínre hozott, mert a segédmunkások körében ez az arány csak 2% volt.

A magánfinanszírozás térhódításának másik eszköze Nagy-Britanniában, az Egyesült Államokban működő profitorientált kórházak importja volt. Miután a brit tőke vonakodott beruházni az egészségügyi szektorban, ezért 1986-ra - négy a tíz legnagyobb amerikai profitorientált kórházi lánc közül - különösen közel-keleti országokból származó páciensek számára.

Ezek az események azt a tételt bizonyítják, hogyha egy központosított egészségügyi rendszer népszerű és költség hatékony akkor nagyon nehéz változtatni rajta. A Thatcher kormányzat két terminuson keresztül garanciát vállalt arra, Hogy a központosított rendszert nem reformálja meg. Az 1989-ben kezdődő harmadik kormányzati terminusban viszont olyan változtatási szabályokat jelentett be, amelyek hasonlóak voltak az oktatásügy reformjához.

Eszerint a kórházaknak lehetőséget adtak arra, hogy "kilépjenek" az NHS irányítása-ellenőrzése alól, hasonlóan az iskolákhoz, amelyeknek korábban "kilépési" lehetőséget biztosítottak a helyi önkormányzatok irányítása alól. 1991-ig 320 akut betegséget kezelő kórháznak adták meg az "önkormányzati jogosultságokat". Ez nem jelentett privatizációt azonban az új rendszer ösztönözte az anyagi alapokért és a páciensekért folyó versenyt. Az általános (körzeti) orvosok között is ösztönözték a versenyt azzal, hogy az orvosok finanszírozását hozzá a páciensek számához.

Ugyanakkor 1991-re az orvosok és a kórházak ellenőrzésére külön állomásokat állítottak fel megtámadva azt a hagyományos elvet, hogy az ellenőrzés kizárólag az NHS jogosultsága. Azt ösztönözve, hogy a páciensek válogassanak az orvosok között aláásták azt a legendaszámba menő lojalitást, amely a brit rendszerben a beteget és az orvost összekapcsolta. Ezek a lépések olyan kritikát is kiváltottak, hogy a brit rendszer elmozdult a két szintű amerikai modell irányába, ahol a "jobb" kórházakat a jobban informáltak veszik igénybe, amíg a rosszabb mutatókkal rendelkező kórházak a maradékot gyógyítják.

Az Egyesült Államokban az új, alternatív struktúrák közül az HMO-k mutatták fel a legmeggyőzőbb eredményeket. A hosszú beindulás után a csatlakozók száma az 1975-ös 5.7 millióról 1985-re 19 millióra emelkedett. Az 1990-re tervezett célt az 50 millió tagot az HMO nem tudta elérni, mert a rivális modellek is növelték a részesedésüket. Olyanok, mint a már említett PPO-k, ezenkívül az IPA -k (Independent Practice Associations, Független Szolgáltatók Szövetsége), PCN-k (Primary Care Network, Elsődleges Gondozás Hálózata). Az IPA hálózatot inkább szétszórt magánirodák működtetik, önállóan vállalkozó orvosokkal, mintsem központi klinikák, mint az HMO esetében. A PPO-k jellemzője, hogy a biztosítási önszegélyező csoport, sajátmaga irányítja tagjait kiválasztott orvosokhoz és kórházakhoz és

ezért a csoport kedvezményeket kap. A PCN-k esetében a biztosítottak olyan orvost választanak, aki tagja a csoportnak, mint az “eset” felelőse. A gyógyítási díj egyötödét visszatartják és év végi juttatásként szétosztják az orvosok között.

A Reagan kormányzat legsikeresebb kezdeményezése ezen a területen a DRG volt. A DRG a Medicare konstrukció 1983-as módosítása volt. A DRG lényege, hogy a tipikusnak tekintett 487 egészségügyi probléma diagnosztizálására nemzeti szinten érvényes átlagos visszatérítési díjat állapított meg. Ezzel az USA olyan európai biztosítási alapon nyugvó rendszerek irányába mozdult el, mint Franciaország és Németország. Ez a térítési rendszer a hatékony gondozás irányába ösztönzött és segítette az átlagos kórházi tartózkodási idő hosszának csökkentésébe.

Érdekes azonban, hogy a kórházi költségek csökkenése nem járult hozzá a várt mértékben az összegészségügyi kiadások csökkenéséhez, mert ezzel a folyamattal párhuzamosan a kórházon kívüli egészségügyi gondozás költségei viszont emelkedtek. Az emelkedési arány tetemes. 1981 és 1987 között 88% volt.

Tervezés, verseny és költség tartalom

/ Kényszerek és innováció /

Az egészségpolitikában napjainkban a legnyomasztóbb gond az egészséggondozási költségek szárnyaló emelkedése. A közpolitika tábora megoszlik, egyesek a tervezést, mások a versenyt részesítik előnybe, mint a költségemelkedés megakadályozásának-korlátozásának eszközt.

A kérdés lényege, hogy mivel tarthatók jobban a költségek alacsony szinten : az egészségügyi tervezés javításával vagy több piaci verseny ösztönzésével.

1. Az egészségügyi költségek irányítása-ellenőrzése

- a demográfiai változások, a népesség elöregedése következtében az egészséggondozási igények megnövekedtek és a betegség típusokban is változások történtek
- az orvosi technológia fejlődése kiszélesítette az akut megbetegedések költségesebb kezelési lehetőségeit és megnövelte a lakosság várakozásait
- a gyógyítási képességek és készségek szintjének emelkedése, amely a munkaerő árát növelte meg, megterhelve a finanszírozási rendszereket
- a menedzsment és a politikai irányítás költségei is növekedtek

Az 1980 – as években az OECD országok a GNP 7%-át költötték egészségügyre. Ez tetemes emelkedést jelentett, hiszen két évtizeddel korábban ugyanez az átlag 4% volt. Svédországban például az 1960-as 4.7%-ról 1980-ra 9.3%-ra emelkedett az egészségügyi költségek aránya a GNP - ben. Az Egyesült Államokban ugyanez az emelkedés 5.2%-ról 9.2%-ra valósult meg. Németországban és Hollandiában az emelkedés hasonló ütemű volt. Az emelkedés általános tendenciaként jelentkezett és kiterjedt a biztosítás alapú európai kontinentális rendszerekre, a megyei irányítású svédre és a magánfinanszírozás által dominált amerikai rendszerekre is. Általános sajátosság, hogy minél gazdagabb egy társadalom, annál nagyobb az egészségügyi költségek aránya.

Olyan országok, amelyek a II. világháború után alacsony szintű egészségügyi kiadási szintről indultak - a szükség helyzetből fakadó forráshiány következtében - mint Japán és Norvégia

gyorsabban növelték az egészségügyi kiadásokat, mint az Egyesült Államok. Mindezt a viszonylagos lemaradás mérséklése érdekében tették. Olyan gazdag ország, mint Svédország azonban szintén az Egyesült Államok növekedési ütemét meghaladó mértékben növelte az egészségügyi kiadásokat. A svéd megyék közegészségügyi szempontból unikális önállósággal rendelkeznek. Ez az önállóság az amerikai iskola körzetekhez hasonlít, azonban a svédek könnyebben tudják az adózási arányokat növelni. Az átlagos megyei egészségügyi adó Svédországban az 1960-as 4.4%-ról 1978-ra 12.5%-ra emelkedett.

A 10. sz. ábra azt mutatja, hogy az 1980-as években az egyes országok különböztek a költségvetés növekedésében. A legtöbb európai ország képes volt az egészségügyi költség/GNP arány stabilizálására, míg az USA-ban az egészségügyi költségek aránya átlépte a 10%-os arányt. Ezzel az USA-ban a költség szint a brit kétszeresére emelkedett. A britek rekordnagyságúan alacsony szintet értek el az európai országok között. Azonban a korábbi nagy költséges országok, mint Svédország és Németország lényegében szinten tartották a költségeket, enyhe emelkedés az új technikák alkalmazása miatt mutatkozott.

10. sz. ábra

Az egészségügyi összkidadások aránya a GDP-hez viszonyítva

Ország	1960	1975	1980	1985
Ausztrália	5.1	7.4	7.2	7.3
Nagy-Britannia	3.9	5.5	5.7	5.7
Kanada	5.5	7.3	7.4	8.4

Franciaország	4.3	6.8	7.5	8.6
Németország	4.7	7.8	7.9	8.2
Japán	3.0	5.6	6.6	6.6
Hollandia	3.9	7.7	8.2	8.3
Új-Zéland	4.4	6.4	7.2	5.5
Norvégia	3.3	6.7	6.6	6.4
Svédország	4.7	8.0	9.5	9.4
Svájc	3.3	7.1	7.2	7.9
Egyesült Államok	5.2	8.4	9.2	10.7
OECD átlag	4.0	6.9	7.1	7.3

Forrás: OECD, Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

(Paris: OECD, 1987)

Németország a költség növekedés megfékezése érdekében - az orvosi szakma erős ellenállásával szemben - 1977-ben törvényt fogadtak el az egészségügyi költségekről. Nemzeti Egészségügyi Konferenciát hívtak életre, amelyben minden nagyobb kormányzati és magánszervezet képviselve volt. A konferencia feladata az volt, hogy ajánlásokat tegyen az ambuláns egészségügyi kezelés számára. A konferencia döntött például az orvosok fizetésének emelésében is. A konferencia döntései alapján az egészségügyi költségek emelkedése a GNP növekedési ütemét nem érte el.

Ez kiváltotta az orvosok - sztrájk fenyegetésig menő - ellenállását. Az egészségügyi fejlesztésben érdekelt üzleti körök azonban az orvosokat nem támogatták. Így a németek hosszú távon képesek voltak arra, hogy az egészségügyi költségnövekedést a GDP növekedési szinten tartsák, ami az Egyesült Államok kormányzatának nem sikerült.

Amint ezt már említettük minél vagyonosabb, jobb módú a társadalom, annál magasabbak az egészségügyi költségek. Így a brit költségek alacsony szintje is, nem annyira a központosított egészségügynek, hanem a társadalmi vagyon viszonylag alacsonyabb szintjének köszönhető. A 11. sz. ábra azt mutatja meg, hogy mi az egészségügyi költségek és a GNP viszonya. Az egyes országok lényegében egy emelkedő vonal mentén helyezkednek el. A vagyonos Kanada körülbelül kétszer annyit költ, mint a szegény Spanyolország, de mindketten a vonal mentén helyezkednek el. A vonal alatt maradó országokban az egészségügyi rendszer központilag is irányított. (Dánia, Nagy-Britannia, Új-Zéland). Ezzel ellentétben Svédország és Franciaország némileg a vonal felett helyezkedik el. A legtávolabb a vonaltól az Egyesült Államok található rekordmagasságú költségeivel.

11. sz. ábra

Az egy főre jutó egészségügyi költség és az egy főre jutó GDP összehasonlítása, 1985

Egy főre jutó egészségügyi költség

1800 USD

1600 USD

1400 USD

1200 USD

1000 USD

800 USD

600 USD

400 USD

200 USD

4000USD 6000USD 8000USD 10000USD 12000USD 14000USD 16000USD

Egy főre jutó GDP

1. Egyesült Államok
2. Kanada
3. Svédország
4. Svájc
5. Németország
6. Franciaország
7. Hollandia
8. Japán
9. Dánia
10. Olaszország
11. Nagy-Britannia
12. Új-Zéland
13. Spanyolország

Megjegyzés: Az összehasonlítás vásárló erő prioritáson történt.

Forrás: OECD, Szociális adatbank.

1.1. Az orvosok fizetési rendszerei

Az orvosok fizetése az egészségügyi költségek domináns meghatározója, mert

- ez a második legnagyobb összetevő a kórházi ápolási költség után
- és az orvosok határozzák meg többnyire, hogy mennyibe kerülnek más tényezők, mint a technológia , a gyógyszerek

Az orvosok fizetési módjában különböző típusok különíthetők el. A szolgáltatási díj módot a legtöbb általános orvos és specialista használja az Egyesült Államokban, Németországban és Franciaországban.

A fizetési rendszer használatos:

- Nagy-Britanniában és Svédországban a kórházi specialisták körében
- Valamint az Egyesült Államokban az egyetemi klinikákon

Hollandiában és Nagy-Britanniában az általános orvosokat fejpénz szerint fizetik. Ebben a rendszerben az orvosokat aszerint fizetik, hogy hányan jelentkeznek náluk vizsgálatra. Az, hogy egy-egy páciens hány alkalommal kezelik, az nem befolyásolja a jövedelmüket. A szolgáltatási díj rendszerben viszont éppen ez számít. Nagy-Britanniában az általános orvosok a fejpénz rendszert támogatták az NHS bevezetésekor. A német orvosok viszont az 1960-as években a fejpénz rendszer helyett a szolgáltatási díj rendszer bevezetéséért küzdöttek.

A fizetési rendszerekkel messzemenően lehet befolyásolni az orvosi gyakorlatot. Attól függően, hogy mit hogyan fizetnek az orvosi kezelési technikák belső prioritása és gyakorisága egyaránt befolyásolható. Olyan kezelési technikákról van szó, mint a megelőző orvosi ellenőrzés, a gyógyszerek felírása, a házi hívások.

Szabályozási szükségesség fakad abból is, hogy az egyes orvosi beavatkozások árai is jelentősen különböznek országonként. A 12. sz. ábra azt mutatja, hogy egyes orvosi beavatkozások árai mennyire különböznek a szolgáltatási díj rendszerekben.

12. sz. ábra

Orvosi szolgáltatási díjak, 1984 (USD)

Szolgáltatás	Németország	Franciaország	Svájc	Európai átlag	USA	Japán
Otthoni körzeti orvosi látogatás	14	13	24	15	31	10
Teljes méhfelnyitás	151	187	433	235	1754	300
Vakbélműtét	81	93	258	124	1135	185
Elektroencefalográf /EEC/	32	131	113	60	125	25
Elektrokardiográf /EC/	14	15	39	18	45	7
Bronchoszkopia	33	56	97	59	413	16

Forrás: OECD, Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

/Paris, OECD, 1987, 74.old./

Például a vakbélműtét átlagos ára Európában 124 USD volt, Japánban némileg több (185 USD), de az Egyesült Államokban lényegesen több, 1135 USD volt. Hasonló a helyzet más esetekben is. Az amerikai árak általában ötször-hatszor meghaladják a többi modern ország szolgáltatási árait. Ezt azóta sikerült csökkenteni a DRG bevezetésével. A laboratóriumok használati díja - a diagnózisok során – azonban változatlanul aránytalanul magas szinten maradtak. Az USA-ban az orvosok átlagban négyszer nagyobb összeget kérnek egy laboratóriumi vizsgálatért a páciens-től, mint amennyit ők fizetnek a laboratóriumnak. Ezt a mértéktelen profitszerzési formát még nem sikerült mérsékelni.

Hasonlóan tanulságos az orvosi díjak és fizetési struktúrák összehasonlítása az orvosok között a különböző országokban és az orvosi jövedelmek szintjének összehasonlítása - adott országban – a jövedelmi átlaggal.

A 13. sz. ábra azt mutatja, hogy 1970 és 1981 között ezek az arányok hogyan alakultak. A legnagyobb az amerikai orvosok jövedelme volt (1981. 100000 USD) azonban viszonylag szorosan követték őket olyan biztosítás alapú, szolgáltatási díjú rendszerek, mint Kanada és Németország. Ezekben az országokban az orvosi jövedelem négyszer-öttször meghaladta az átlagjövedelmi szintet. Skandináviában az orvosi jövedelmek nem olyan kiugróan magasak. Ez tudatos, szociális szempontok által vezérelt jövedelempolitika következménye. A legnagyobb különbség az amerikai és az olasz orvosok viszonylagos jövedelem szintje között van, hiszen az olasz orvosok jövedelme alig haladja meg az átlagot. Olaszországban ez részben az orvosi túlkínálat következménye. Részben azonban a széles körű hálapénz szokás is meghúzódik a háttérben, amit az olasz orvosok nem jelentenek be. Hasonló a helyzet Japánban is, ahol a hálapénz adásának szokása széles körű és ez láthatatlan jövedelmet eredményez.

13. sz. ábra

Az orvosok jövedelme 1970 – 1981 között.

Ország	Az átlagjövedelmi szinthez		Abszolút összeg	
	viszonyítva		(USD)	
	1970	1981	1970	1981
Ausztrália	4.3	2.5	25600	41500

Nagy-Britannia		2.4		32300
Kanada	5.1	4.1	37800	72700
Dánia		2.8		38400
Franciaország	4.8	3.3	26600	46800
Németország	6.4	4.9	40800	76300
Olaszország	1.4	1.1	8600	19600
Japán		4.7		68200
Új-Zéland		2.5	21400	33300
Norvégia	2.4	1.7	16800	28500
Svédország	3.7	2.1	26500	35300
Egyesült Államok	5.4		41800	93000
Átlag	3.5	2.8	25800	46800
A legmagasabb és a legalacsonyabb közötti arány	3.9	4.6	4.9	5.1

Megjegyzés: vásárló erő paritáson számolva

Forrás: OECD, Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása

/Paris, OECD, 1987. 76.old./

Az amerikai specialisták viszonylagos túlfizettségét az Egyesült Államokban is bírálták. Úgy találták, hogy a sebészi beavatkozás és a diagnosztizálás tartozik a túlfizetett kategóriákba, ezért belső átcsoportosítást hajtottak végre. A hagyományos fizetési különbségeket szabályozási úton változtatták meg - az USA-hoz hasonlóan – Svédországban és Nagy-Britanniában is.

Az amerikai orvosok ötször tízszer annyi díjat kérnek a páciensről - mint Nagy-Britanniában-

Lényegében ugyanazért a diagnosztikus vizsgálatért. Amerikában ugyanaz a vizsgálat 500 USD - be kerül, amíg Nagy-Britanniában 50-be. Az egyetlen különbség az, hogy az USA-ban a vizsgálat 98%-os, amíg Nagy-Britanniában csak (!) 97%-os bizonyosságot ígér. Vagyis az USA-ban 1%-os bizonyossági eltérésért tízszer annyit kell fizetni.

1.2. A technológiai fejlődés és az egészségügyi tervezés

Az 1960-as években egyöntetű támogatás övezte az orvosi technológia fejlődését. Az 1970-es évektől kezdve azonban fokozatosan tudatosodott, hogy a technológiai innováció nemcsak új eredményeket hoz, hanem új problémák kezelését is szükségessé teszi. Sok új technológia rendkívül drága volt és a biztosítók nehezen tudták a költségeket fizetni, miközben a lakosság igénye az új, költséges technológia iránt rohamosan növekedett.

Ezek a problémák vetődtek fel például a computer tomográf alkalmazásánál. Az innovációs gyakorlat az Egyesült Államokban és Németországban sokkal gyorsabban terjedt el, mint a közvetlen állami irányítási típusú Nagy-Britanniában és Svédországban. Ugyanakkor az USA-ban és Németországban ezeket az eszközöket sokszor feleslegesen, indokolatlanul alkalmazták ezzel is felhajtva a költségeket.

Hasonló volt a helyzet a dialízis készülék alkalmazásában. A biztosítás alapú országokban az alkalmazás szignifikánsan gyakoribb, mint az állami irányítású rendszerekben, mint ezt a 14.sz. ábra mutatja:

14. sz. ábra

Új dialízis kezelték száma / egy millió lakos, 1978 /

Kormegoszlás	Nagy-Britannia	Németország	Franciaország
35 – 44	33.1	41.2	34.2
45 – 54	43.5	58.8	59.8
55 – 64	22.7	71.3	69.5
65 – 74	3.5	49.9	56.6
75 - +	0	8.6	17.6
Összesen	19.2	30.9	30.4

Forrás: J. Rogers Hollingsworth: A gyógyítás politikai gazdaságtana: Nagy-Britannia és az Egyesült Államok (Baltimore: Johns Hopkins, 1986. 175.old.)

A kutatásra fordított összegeknél is megfigyelhető, hogy az Egyesült Államokban és a biztosítás alapú rendszerekben lényegesen többet fordítanak tudományos kutatásra, mint a központosított rendszerekben. Ugyanakkor járványok és fertőzések elleni fellépésnél a központosított rendszerekben mutatkozik némi előny.

1.3. Verseny az egészségügyi rendszerekben és az egészségügyi rendszerek között.

Úgy tűnik, hogy a verseny kibontakoztatása az egészségügyben olyan speciális követelményeket igényel, amelyek a többi társadalompolitikai területen nem jelentkeznek hasonló élességgel. Az amerikai és a brit tapasztalatok azt mutatják, hogy mind a Reagan mind a Thatcher kormányzat csak abban az esetben tudott verseny motívumokat bevezetni, ha megnövelte az állam ár- és jövedelem szabályozó hatalmát.

Az orvosok erre viszont rendkívül érzékenyek. Az Egyesült Államokban az orvosok többsége Bushra szavazott. Dukakis massachusettsi kormányzóval szemben. Ennek oka az volt,

Dukakis - kormányzóként - két olyan reformlépést tett, amely kiváltotta az orvosok ellenkezését.

Egyrészt törvényileg kényszerítette az orvosokat, hogy csak ugyanazon a szinten kérhetnek díjazást, mint a Medicare és a Kék Kereszt által megszabott tarifák. Másrészt törvényileg előírta, hogy az orvosoknak egészségbiztosítást kell fizetniük alkalmazottaik után.

Elnökké választása esetén ennek a törvénynek szövetségi szintű alkalmazása azt eredményezte volna, hogy az Egyesült Államok 37 millió egészségbiztosítással nem rendelkező állampolgára közül a fele biztosítással rendelkező állampolgárrá vált volna.

A verseny lehetőségeit befolyásolja, hogy az egészségügyben folyamatosan jelen van a költségérzékenység és ezért a költségek ellenőrzésének követelménye minden modern országban erőteljesen érvényesített. A különböző hatékonyságú eredményeket mutatja a 15.sz. összehasonlító ábra.

15.sz. ábra

	Az egészségügyi kiadások		A változási arány 2. az 1-es időszak százalékban (2)
	Elaszticitása (1)		
	1960 – 1975	1975 – 1984	
Állami irányítású rendszerek (Nagy-Britannia, Skandináv országok)	2.00	1.24	62 %
Biztosítás alapú rendszerek	1.38	1.43	103,6 %

(Franciaország, Japán, Hollandia,
USA, Németország)

Megjegyzés:1.Az elaszticitás az egészségügyi kiadások tényleges növekedésének arányát mutatja a GNP tényleges növekedéséhez

2. A későbbi periódus elaszticitása a korábbi periódus százalékában.

Forrás: Alber, 1988. 6.sz. táblázat, 64. Old

Végül a költségek nagysága és a lakossági egészségi állapota közötti összefüggésre vonatkozóan levonhatunk néhány következtetést. A 16. sz. ábra 1985-ös összehasonlítást tartalmaz arról, hogy az egészségügyi költségek hogyan viszonyulnak az egészségi állapot indikátoraihoz. (A fiú csecsemők halálozási arányát használva illusztratív példának)

16. sz. ábra

Az egészségügyi kiadások és az egészségi állapot mérése nemzetközi összehasonlításban, 1985

Országok	Egészségügyi kiadások a GDP százalékában	Rangsor	A specialistákhoz történő hozzájárás	Fiúcsecsemők halálozási aránya	Rangsor
Egyesült Államok	10.7	1	kötetlen	12.8	6
Svédország	9.4	2	kötetlen	7.1	1
Franciaország	8.6	3	kötetlen	11.2	4
Hollandia	8.3	4	csak ajánlás alapján	9.2	2

Németország	8.3	5	kötetlen	10.6	3
Nagy-Britannia	5.7	6	csak ajánlás alapján	12.2	5

Forrás: OECD, Az egészségügyi szolgáltatás finanszírozása
(Paris, OECD, 1987. 35.old, 55 old.)

Természetesen ez az összefüggés további vizsgálatot igényel, de néhány következtetés már levonható, azért is, hogy a további vizsgálódás lehetőségeit megalapozza. Az alábbi következtetések képezhetnek további vizsgálódási alapot:

- a szegmentált amerikai rendszer viszonylagosan gyenge a költség-haszon relációban. Költség mutatói a legmagasabbak az országok között, ugyanakkor az egészségi állapotban a leggyengébb eredményt érte el.
- A megyei irányítású - kvázi központosított - svéd rendszer ugyan szintén költséges, de az egészségi állapotot tekintve a legjobb a legjobb eredményt érte el
- A legközpontosítottabb brit rendszerben az átlag alatti költségek átlag alatti egészségi állapottal párosulnak
- Németország, Franciaország és Hollandia esetében a költségek és az egészségi állapot szintje egymással arányban áll.

Ezen a ponton meg kell jegyeznünk, hogy az egészségi állapot csak részben az egészségügyi szolgáltatások színvonalának következménye. Jelentős részben függ ugyanakkor olyan társadalmi-szociális feltételektől, amelyeket más társadalompolitikák befolyásolnak.

Irodalom

1. Aaron, Henry J., and William B. Schwarz. 1984. *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Washington, Dc: Brookings Institution.
2. Altenstetter, Christa. 1978. *Innovation in Health Policy and Service Delivery: A Cross National Perspective*. Cambridge: Oelgeschlager.
3. Culyer, A. J., and Bengt Jonsson, eds. 1986. *Public and Private Health Services*. Oxford: Blackwell.
4. Dahlgren, Göran, and Diderichsen, Finn. 1986. "Strategies for Equity in Health: Report from Sweden," *Intl Jl Hlth Svc* 16:4, 517-537.
5. Glaser, William. 1978. *Health Insurance Bargaining: Foreign Lessons for America*. New York: Halsted.
6. Heidenheimer, Arnold J., and Nils Elvander, eds. 1980. *The Shaping of the Swedish Health System*. New York: St. Martin s Press.
7. Hollingsworth, J. Rogers. 1986. *A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
8. Roemer, Milton I. 1977. *Comparative National Policies on Health Care*. New York: Denner.
9. Weiner, Jonathan P. 1987."Primary Care Delivery in the United States and Four Northwest European Countries." *Mil Mem Q* 65:3, 426-58.