

PhD értekezés tézisei

Forgács Anna

Egészségügyi rendszerek mai hatékonyságának történeti
gyökerei

Budapest, 2004

I. A kutatási feladat

A disszertáció megírásának célja az volt, hogy meghatározzam és összemérjem hét, eltérő egészségügyi rendszer jelenlegi hatékonyságát, és történetük bemutatásával bizonyítsam, hogy a történeti gyökereknek meghatározó jelentőségük van a mai teljesítmény tekintetében. Ehhez először meg kellett határoznom, hogy milyen cél- és determinánsváltozókat célszerű a magas externális hatással bíró, kvázi közjóságnak tekinthető egészségügy esetén figyelembe venni. Azaz fel kellett tárnom azokat a mutatószámokat, melyek összemérhetően reprezentálják egy-egy populáció egészségi állapotát, valamint azonosítanom kellett azon tényezőket, melyek a legszignifikánsabban determinálják azt. Ezt követően meg kellett vizsgálnom, hogy milyen szálakon, milyen elemi lépések mentén alakultak ki az egyes országokban az intézményi elrendeződések az egészségügyben, milyen történeti utat jártak be a különböző országok e tekintetben. Egyik célom az volt, hogy a végén kirajzolódjon álláspontom a magyar egészségügyi reform kívánatos irányára vonatkozólag.

II. A kutatás módszere

A kutatás módszere eltérő volt a disszertáció két fő részében. Míg a hatékonyság feltárásához elsősorban statisztikai adatokat kerestem és elemeztem, valamint számos - e témakörben született – külföldi és magyar tanulmányt, publikációt, könyvet néztem végig, addig a második részben összehasonlító történeti elemzést végeztem. Ez utóbbi során az egyes országok egészségügyi rendszertörténetét kíséreltem meg feltárni, a rendelkezésre álló történeti munkák felkutatásával és feldolgozásával, elsősorban az intézménytörténetre fókuszálva. A vizsgálat (I. rész) során a determináns tényezők (változók) tekintetében 10 pontos értékskálán leosztályoztam az országokat és átlagot számítottam, valamint leosztályoztam az outcome-ot (célváltozókat) is, azaz 1-10 közötti érdemjegyet adtam a férfiak és a nők várható élettartamára, a fő halálokokra, stb.. A választott módszer mellett kirajzolódott az egyes egészségügyi rendszerek hatékonysága, de csak egy részletesebb intézménytörténeti

analízis (ez a II. rész témája) mutatta meg, hogy miként érték el az egyes országok a jelenlegi egészségügyi rendszerhatékonyságukat.

Kutatásaimban segítségemre voltak a nemzetközi szakmai szervezetek (mint például WHO, OECD, WB, IARC, FAO stb.) statisztikai anyagai, melyek nagy része megtalálható a világhálón, s melyek kezelésénél arra törekedtem, hogy az adott jelenséget legjobban megközelítő adatsorokat kiválasztva, úgy képezek újakat belőlük, hogy összemérhetővé váljanak, az összehasonlító gazdaságtan szabályainak megfelelően. Sokat jelentett az egészségügy gazdaságtanának megismerésében, a diszciplína egyik legátfogóbb könyve a Handbook of Health Economics (Szerk: A.J. Culyer és J.P. Newhouse, Elsevier Science B.V. 2000). Az epidemiológia, az orvostudomány területén olyan szaklapokat használtam, mint a Magyar Onkológia, British Medical Journal, International Journal of Cancer, The New England Journal of Medicine stb.. Végül a történeti kutatómunkámban részben a Social Sciences, az Egészségügyi Gazdasági Szemle és egyéb szakfolyóiratokban megjelent tanulmányok voltak segítségemre, részben különböző történelmi kutatóhelyek kutatási eredményét közlétező orgánumok (például Oxford University Press, University of Chicago, The London School of Economy stb.)

III. Tudományos eredmények összefoglalása

Az értekezés hipotézisei és legfontosabb megállapításai, következtetései:

1) Az egészséges ember azt kívánja, hogy száz évig egészségesen éljen. A dolgozat megkísérli négy mutató alkalmazásával valamiképp elérni, hogy az egészségi állapot fogalmat a rendelkezésre álló statisztikai adatokból előállítsa.

2) Az egészségi állapotot meghatározó négy legfontosabb tényező: természeti, társadalmi, politikai-gazdasági és demográfiai. Az első kettő a szervezet káros anyag tartalmával van összefüggésben, a harmadik annak megtisztításával, a negyedik, pedig költségfelhajtó és forrásszűkítő hatása miatt bír jelentőséggel.

- természeti tényező: káros anyag bejutása a szervezetbe természetföldrajzi feltételek folytán (szén- és kéndioxid, valamint egyéb káros vegyületek a levegőből, és a vízből);
- társadalmi tényező: káros anyag felhalmozás egyéni cselekvéssel (szeszes ital és dohány fogyasztása, egészségtelen táplálkozás, testmozgás hiánya);
- politikai-gazdasági tényező: a politikai közösség dönthet úgy, hogy minden tagra kiterjed a biztosítás, és magas állami támogatást kap az egészségügy, vagy lehetnek sokan biztosítás nélkül, és a GDP kicsiny hányadát költi az állam az egészségügy támogatására, a biztosító lehet monopolista szervezet, versenyzői oligopol struktúra, vagy lehet fundholding rendszer, stb.;
- demográfiai tényező: a lakosság elöregedése, illetve az aktív/inaktív szakasz arányainak megváltozása, az utóbbi javára.

3) Hipotézisek: A nyugati civilizáció körében annál jobb relatív egészségi állapotot várhatunk,

- minél inkább hegyes fennsíkon és tengerpart közelében élnek (szemben a medence-országgal),
- minél több telítetlen zsírsavat esznek (pl. halat, zöldséget, gyümölcsöt stb.) és a konfliktuscsoökkentést nem káros szenvedélyekkel, hanem családi szeretettel és vallási érzelmekkel, valamint testmozgással oldják,
- minél magasabb lesz az egy főre jutó állami egészségügyi kiadás,
- minél nagyobb a releváns verseny kialakulásának esélye az egészségpénztárak és a szolgáltatók között,
- minél inkább történeti gyökereit tekintve egymás kölcsönös megsegítésén alapul a rendszer, de piaci (versengő) elemekkel bővítve.

Az értekezés tudományos eredményei, részletesebben:

Az egészségügy/egészségpolitika, olyan alrendszere a jóléti állam intézményrendszerének, amelyik sajátos célokkal bír, amelyben érvényesek a piaci kudarcok, ahol a finanszírozó elválk a

fogyasztótól, ami speciális, mert az egészség pénzben nem mérhető és ahol a költségek emelkedése meghatározó jelenség. Arra a kérdésre kerestem választ, hogy melyik az a rendszer típus, amely a leghatékonyabban működik, azaz az erőforrás-felhasználáshoz, illetve a determinánsokhoz viszonyítva, a legjobb egészségi állapotot tudja felmutatni. A hatékonyság méréséhez először a célváltozókat (lakosság egészségi állapota) kellett definiálni, majd a determináns tényezőket és ezeket a fent említett módszerrel pontosítani.

1.) Az egészségi állapot mérése

Jelenleg nincs konszenzuális módszer az egészségi állapot mérésére. A leggyakrabban használt mutatók a születéskor várható élettartam, a standardizált halálzási ráta, a csecsemőhalandóság, a várható egészségben eltöltött évek száma, vagy a korai halálzás. Én négy olyan mutatót választottam ki, amelyek véleményem szerint jól megközelítően mérik a lakosság egészségi állapotát:

- Születéskor várható élettartam
- Várható egészséges élettartam (HALE)
- Daganatos megbetegedések miatti halálzási arány
- Szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halálzási arány.

A halálkok között az első leggyakoribb (az iparosodott országokban) a szív- és érrendszeri megbetegedések miatti halál a második, a rosszindulatú daganatos megbetegedés. A 21. század elején, egyetlen év során világszerte mintegy 10 millió körüli új rákos megbetegedés diagnosztizálásával lehet számolni és a rákban meghaltak száma, évi 6 millió fő körül alakul, miközben ugyanez a két mutató a nyolcvanas években 6, illetve 4 millió volt csak.

2.) Az egészségi állapot determinánsai

2.1 Természeti tényezők

Ebben a részben elsősorban a káros anyagok szervezetbe jutását vizsgáltam. (Ugyan jól ismert, hogy fontos a genetikai örökség, ma még azonban a genetikai vizsgálat költséges és bizonytalan módszer a népesség várható egészségi állapotának antcipálásához. A természeti tényezők kvantifikálható elemei közül, először a környezet

szennyezettségét vizsgáltam, majd az országokat ez alapján pontoztam. A mutatók:

- levegőszennyezettség (a nitrogénoxidok, a széndioxid, és az üvegház-hatást okozó gázok kibocsátásának egy főre jutó értéke);
- vízszennyezettség (szerves vízszennyezők kibocsátása);
- szennyező anyagok távozása (más egy „medenceország” és egy sziget légtisztulási sebessége, így figyelembe vettem a széljárást, a tengerpart hosszát, a hegyek magasságát és kiterjedését, valamint az adott országgal határos területek domborzati viszonyait)

2.2 Társadalmi tényezők

Az egészségi állapot társadalmi összetevője rendkívül komplex. A WHO szerint az egészségi állapot társadalmi meghatározottságát elsősorban az életmód jelenti: a táplálkozás, mozgás, dohányzás, alkohol- és kábítószer fogyasztás. A WHO szakemberei úgy vélik, hogy ezek nagy része hatással van a daganatos és más betegségek kialakulására is. Dolgozatomban három fontosabb dimenzió mentén próbáltam elhelyezni: életmód, hit, szenvedély betegségek.

Életmód

A testmozgásra vonatkozó pontszámot három elemből számítottam egyszerű számtani átlaggal. A táplálkozási szokásokban jelentős változás következett be, amikor a javarészt növényekre alapozott étrendet az iparosodott országokban felváltotta a magas zsirtartalmú, jelentős mennyiségű állati eredetű ételmet tartalmazó étrend sok cukorral, nagy mennyiségű telített zsírsav-fogyasztással, kevesebb rost, zöldség és gyümölcs bevitellel. A WHO és a FAO szakemberei által összeállított jelentés szerint az étkezési szokásokkal kapcsolatba hozható krónikus megbetegedések az elhízás, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri megbetegedések, a rák, a csontritkulás.

Vallásosság

A hit psycho-neuroimmunológiai hatással befolyásolni tudja bizonyos hormonok mennyiségét, oly módon, hogy javítja az idegek működéséért felelős agyi területek aktivitását, és az immunfunkciókhoz kötődő hormonok termelését segíti elő. Ennek

a folyamatnak lehet eredménye a hatékonyabb immunrendszer. Sokan azt vizsgálták, segít-e a gyógyulásban, ha a betegek igénybe veszik papok segítségét, közbenjáró imát kérnek, lelki támaszt várnak. Több tanulmány alátámasztja, hogy a vallásosak egészségesebbek és hosszabb életre számíthatnak, és ez akkor is igaz, ha figyelembe vesznek olyan kockázati tényezőket is, mint például az életkor, testsúly, iskolázottság, jövedelem, családi állapot vagy dohányzás. Több kutatás a vallásos betegek gyorsabb gyógyulását mutatta ki és az öngyilkosságok száma is jelentősen alacsonyabb a vallásosok körében.

Szenvedély betegségek (dohányzás és alkoholfogyasztás)

A dohányzással összefüggésbe hozható leggyakoribb és legsúlyosabb betegségek: a tüdőrák, a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a szívkoszorúér megbetegedések és a szájüregi rákok. Napjainkban a leggyakoribb daganatos halálok világszerte a tüdőrák, egyes kutatók szerint a kockázat 14-szeres a dohányosok körében. A szívkoszorúér betegsége miatti halálozásnak kétszeres a kockázata a dohányzóknál, az orális karcinóma miatti halálozásnak, pedig 85%-áért a dohányzás tehető felelőssé. Az alkoholfogyasztás (legtöbbször szinergikus hatásban a dohánnyal) negatív következményei: daganatos betegségek (elsősorban máj, hasnyálmirigy, emésztőszervi és szájüregi), szív- és érrendszeri megbetegedések, neurológiai, pszichiátriai hatások.

2.3 Politikai-gazdasági tényezők

Három tényező segítségével kíséreltem meg mérni hogyan hat a politikai döntéshozatal, a demokrácia foka és az egészségre fordított források nagysága az egészségi állapotra: egészségügyre fordított állami kiadások aránya, demokratikus politikai jogok gyakorlásának lehetősége, egy főre jutó egészségügyi kiadások vásárlóerő-paritáson. Több kutatás (nem túl erős) pozitív korrelációt talált az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagysága és az egészségi állapot között.

2.4 Demográfiai tényező

A 65 évnél idősebb népesség arányát pontosítottam, tekintve, hogy az idősek egészségügyi ellátása többbe kerül és ennek a gazdaságilag inaktív rétegnek az aránya jelentősen meg fog nőni az aktívak rovására a fejlett országokban.

A cél- és determinánsváltozókat egybevetve az alábbi hatékonysági sorrend alakult ki.

CÉLVÁLTOZÓK	CS	D	GB	IS	USA	NL	H
1. Születéskor várható élettartam	3	8	6	10	5	9	1
2. Várható egészséges élettartam	6	10	9	9	7	9	1
3. Daganatos halálzási ráta							
Férfiak	2	6	7	10	7	5	1
Nők	5	10	7	10	9	8	1
4. Szív- és érrendszeri betegségek halálzási ráta	2	5	7	10	8	9	1
ÁTLAGOS ÉRTÉK	3,6	7,8	7,2	9,8	7,2	8	1
DETERMINÁNS VÁLTOZÓK							
1. Természeti							
Domborzati viszonyok	3	5	9	6	8	6	2
Levegőszennyezettség	4	7	6	6	1	5	10
Vízszennyezettség	8	10	2	2	4	1	1
2. Társadalmi							
Testmozgás (életmód/1)	9	7	5	3	8	9	1
Táplálkozás (életmód/2)	4	6	5	8	6	5	3
Vallás	1	2	5	10	9	5	5
Káros szenvedélyek	6	2	5	8	8	4	2
3. Politikai-gazdasági tényezők							
Egészségügyi közkiadások	10	7	9	5	1	6	8
Politikai szabadságjogok	1	6	9	8	10	10	3
Egy főre jutó egészségügyi kiadások	2	7	4	4	10	6	1
4. Demográfiai tényező							
65 évnél idősebbek aránya	5	1	2	10	7	5	3
ÁTLAGOS ÉRTÉK	4,8	5,5	5,6	6,4	6,6	5,6	3,5
Hatékonyság = CÉL/DETERMINÁNS	0,75	1,42	1,29	1,53	1,09	1,43	0,28

Arra az eredményre jutottam tehát, hogy a leghatékonyabb egészségügyi rendszer, az izraeli, melyet a holland és a német követ a sorban. A mezőny közepén helyezkedik el a brit, jóval kevésbé hatékony az amerikai és a két legkevésbé hatékony rendszer a cseh és a magyar. Elmondhatjuk, hogy az egészségügyi rendszerek működtetésénél a hatékonyságot nem a piaci mechanizmusok kiterjedtsége (USA), és nem is a szinte tisztán állami tulajdon és finanszírozás (Csehország, Magyarország) adják. Az elemzés alapján úgy tűnik, hogy a kölcsönösségen alapuló, nagyrészt állami, de magánpénztárak bevonásával működtetett, több- biztosítós rendszerek azok, amelyek képesek a determinánsok milyenségéhez képest a legjobb egészségi állapot mutatókat elérni, azaz ezek a leghatékonyabbak.

Az értekezés második részében, történeti szempontból vizsgáltam a hat országot, melyek az alábbi egészségügyi rendszertípusba tartoznak.

Csehország: paternalista, szocialista állami gyökerű, szinte tisztán állami rendszer, mesterségesen létrehozott és ezért természetellenesen működő pénztárakkal.

Hollandia: univerzális, állami lefedettség, viszonylag erőteljes magánbiztosítással, (adott jövedelemküszöb fölöttieknek kötelező magánbiztosítást kötni és nem vehetnek részt az állami társadalombiztosításban), gyakori a kiegészítő biztosítás.

Izrael: több-biztosítós modell versenyelemekkel, jelentős állami részvétel mellett.

Németország: konzervatív, univerzális lefedettség, szakmai szegmentáció, több biztosítós állami irányítású rendszer.

Nagy-Britannia: szinte tisztán állami tulajdon, de szimulált belső piaccal, versennyel, jórészt magántulajdonú szolgáltatókkal.

USA: majdnem kizárólag magánbiztosításon alapuló, zömében managed care (irányított betegellátás) formájú rendszer, nagyon korlátozott állami részvétellel.

Izrael

Legfontosabb alapelv az erőteljes állami szerepvállalás ötvözése a kölcsönösségen és egymás iránti felelősségérzeten alapuló önkéntes betegbiztosítási alapokkal. Az állam kezdettől fogva aktív szerepet vállalt az egészségügyi ellátási hálózat megteremtésében és finanszírozásában. Az 1911-ben létrehozott első önkéntes alapon, a Clalit-on kívül, idővel három új egészségbiztosítási alap is létrejött. A mai egészségügyi rendszer alapjait, a 20. század első felében, közösen rakták le zsidó közösségek és az angol - mandátum alapján kormányzó – hatóságok. 1948. május 14-én, Izrael állam megalakulásakor, már fejlett, jól kiépített egészségügyi infrastruktúra működött, mindamellert a lakosság alig 53%-a rendelkezett egészségbiztosítással. Az állami felelősségvállalás kiterjedtebbé vált, hiszen a kormányzat kezelésébe vette az angol hatóságoktól örökölt egészségügyi intézményeket, új kórházakat épített és működtetett, felállította az Egészségügyi Minisztériumot, regionális egészségügyi hivatalokat, epidemiológiai központot, anya- és csecsemőgondozó hálózatot épített ki. Az 1970-es éveket új közkórházak építése és a költségek rohamos növekedése jellemezte. Az évtized végére

Izraelnek a nyugati államokhoz hasonló problémákkal kellett szembenéznie. Az 1980-as években megszorítások követték egymást és kísérletet tettek a magánszektor növelésére. 1987-ben megkezdődött egy privatizációs folyamat, egyre kiterjedtebbé vált a for-profit ambuláns ellátás is, és differenciált finanszírozást vezettek be bizonyos szolgáltatásokra. Az 1990-es évek elejére, ennek ellenére tarthatatlanná vált a helyzet, a megoldásra váró főbb problémák a népesség elöregedése, a költségek emelkedése, a nem teljes lefedettség, az alapok közötti szabad választás hiánya, az alapok tagösszetételének különbségei, valamint a nagymértékű deficit voltak. Végül 1995-ben került sor az egészségügyi rendszer átalakítására. Az új törvény szerint: az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető jog, a kötelező biztosítás minden rezidensre kiterjed, mindenki számára garantált egy meghatározott szolgáltatás-kosár, kötelező a betegbiztosítási alapok számára minden jelentkező elfogadása, a biztosítottak szabadon mozoghatnak az alapok között, a járulékok beszedése kormányzati hatáskör, a finanszírozás életkorral kiigazított fejkvóta szerint történik, végül a kormányzat számára kötelező az egészségügy pénzügyi forráshiányának pótlása. Megjelentek tehát a versenyelemek, hiszen több biztosítási alap működött, és fejkvótából kellett gazdálkodniuk, nőtt a betegbiztosítási alapokkal versenyző kiegészítő biztosítási formák jelentősége, és átalakításra került a hozzájárulási rendszer. A pénzügyi stabilitást, azonban nem sikerült elérni, az egészségügyi ellátórendszerre nehezedő nyomás továbbra sem enyhült, a viták folytatódtak, többek között a szolgáltatás-kosár összetételéről, a finanszírozásról, az orvosok bérezéséről, a bevándorlók szociális jogairól. A neoliberais gazdaságfilozófiának megfelelően az állami szerepvállalást csökkentik, a költségvetést minden évben és egyre nagyobb mértékben megnyirbálják.

Hollandia

A holland egészségbiztosítási rendszer három fő vonása az állami- és a magánbiztosítás keveredése, a kínálat dominánsan magán jellege, valamint az egészségpolitika tipikusan holland, tárgyalásos (neokorporatív) megközelítése. Hollandia 1814. utáni új királysága idején az egészségbiztosítási szervezetek sokféle formája jött létre, a németekhez hasonlóan többnyire szakmákhoz kötöttek, de szakszervezetek, és vállalatok is hoztak létre alapokat, sőt üzleti biztosítók is megjelentek. Az orvosok által létrehozott alapok

rányomták bélyegüket a rendszerre azzal, hogy csak egy bizonyos jövedelem szint alatt lehetett igénybe venni a biztosítást. Sokan így módon kimaradtak, és ezt a piaci rést a biztosítók ismerték fel, 1906-ban létre is hozták az első betegségi költségbiztosítót. A németországihoz hasonló, államilag ellenőrzött egészségbiztosítási rendszer létrehozásának jogi alapjait a német megszálló erők kormánya teremtette meg 1941-ben. Az 1941-es Egészségbiztosítási Rendelettel (**ZFW**) kezdődött a kormány jelentősebb szerepvállalása. E törvény értelmében a hollandok nagy része, meghatározott jövedelemküszöb alatt – a betegségek következményei ellen – biztosítottá vált, a járulékot a jövedelem arányában állapították meg, és központilag szedték be. Közben a magánbiztosítók azokra koncentráltak, akiknek jövedelme meghaladta ezt a szintet. Ez a duális rendszer működött egészen az 1960-as évek derekáig. Az 1964-ben életbe léptetett Egészségbiztosítási Törvény (**ZFW**) kiterjesztette a korábbi társadalombiztosítási jogosultságokat, adott jövedelemplafon alatt a munkavállaló jövedelme megadott hányadát járulékként befizette részben az államnak, részben betegbiztosítási alapjának. Azok, akiknek jövedelme meghaladta a meghatározott szintet, vagy biztosítási fedezet nélkül maradtak, vagy a magánbiztosítást választhatták. 1968. január 1-jén életbe lépett egy újabb törvény a Kivételes Gyógyítási Költségek Biztosítása (**AWZB**), melynek bevezetésével háromszintűvé vált az egészségbiztosítás Hollandiában. Az AWZB állami és kötelező jellegű volt, szinte az egész népességet lefedte és a hosszú időtartamú, súlyos lefolyású betegségeket hivatott biztosítani. A hozzájárulás mértéke csak a jövedelemtől függött és a jövedelemadó részeként fizették. Kiegészítő biztosításokat köthettek olyan kockázatokra, melyekre az állami biztosítás nem, vagy csak részben nyújtott fedezetet. Időközben bevezették az Egészségbiztosításhoz való hozzáféréstől szóló törvényt, a **WTZ** biztosítást is, amely 65 évesnél idősebb, illetve a nagy egészségügyi kockázattal bíró, nem ZFW tagok állami, de nem kötelező biztosítása volt. A járulék mértéke mindenki számára azonos volt és a szolgáltatási csomag tartalmával együtt a központi kormányzat határozta meg, és finanszírozta. A biztosítók nem utasíthattak vissza egyetlen jelentkezőt sem. Az egészségügyi kiadások közel 70%-át a társadalombiztosítás fedezte, a magánbiztosítás részaránya csak mintegy 14-15% volt. A kórházi ellátások finanszírozása a tartományi tanácsok igényei alapján (az anticipált tevékenység, és a várható

béreköltségek, valamint a szükséges beruházások figyelembe vételével) történt 1983-tól kezdődően. Jelenleg is hárompillérű (háromszintű) rendszer működik Hollandiában. Az első szint az AWBZ, ahol állami keretekben biztosítják minden hollandiai rezidens számára a **hosszú ideig tartó kezelést, ellátást** (kormány által szabályozott szolgáltatásnyújtás és finanszírozás keretében). A második szint a mindenki számára elérhetővé tett **egészségügyi alapellátást** nyújtja. Ez a szint három elemből áll. Első eleme a ZFW biztosítás (lakosság 63%-a), ahol a biztosítási fedezet kiterjed a háziorvosi és szakorvosi, valamint a fekvőbeteg-ellátásra, gyógyszerekre, fizioterápiára és gyermekfogászatra. A biztosítási díj nagy hányada jövedelemfüggő, kisebbik része, nominális összeg, melyet az egyes megbiztosítási alapok maguk határoznak meg. Második eleme a magánbiztosítás. Itt standard szolgáltatáscsomagra szóló jogosultságot garantálnak azok számára, akik magas jövedelmük miatt nem vehetnek részt az állami/kötelező biztosítási programban. A szolgáltatáscsomag tartalma hasonló az állami egészségbiztosítás által garantáltéhoz. A fizetendő nominális díj mértékét egyedileg határozzák meg a biztosító intézetek, és ezen felül ún. szolidaritási hozzájárulást is kell fizetni. A harmadik elem a közalkalmazottak biztosítása.

A harmadik pillért a **kiegészítő egészségbiztosítás** jelenti, melynek keretében önkéntesen biztosíthatja magát bárki. A kiegészítő biztosítások köre rendkívül eltérő, így a biztosítási díj és a saját kockázatvállalás mértéke is.

Egyesült Királyság

Az állami egészségügy hazájában, rendkívül hosszú múltra tekinthet vissza az állami szociális – egészségügyi gondoskodás. 1601-ben született meg a szegénytörvény (Poor Law), mely kimondta, hogy közpénzből kell fedezni a fizetni nem tudó, illetve a közösségre veszélyt jelentő betegek gyógyítását. Már abban az időben is, az **önkormányzatok** látták el a szociális és egészségügyi igazgatási feladatokat. A 19. század derekától, körzetekre bontották az országot, és kötelezővé tették a szociális gondoskodásért felelős hivatali apparátus felállítását és működtetését. Az ún. Local Health District-ek nevezték ki a tisztiorvosokat, a finanszírozást, helyi adók kivetésével oldották meg. Helyi orvosi, egészségügyi hatóságok nyújtották a közegészségügyi szolgáltatásokat. A század második felétől jelent meg a mai értelemben vett fekvőbeteg ellátás, korábban a háziorvosok

(GP) alapellátást nyújtottak üzleti alapon, az önkormányzatok, pedig a megelőzés és felvilágosítás feladatát vállalták fel. Négyféle kórház működött, melyek közül a közkórházak egyre nagyobb szerepet vállaltak, tömegkórházakká nőttek és a 2. világháború kezdetén a kórházaknak már mintegy kétharmada önkormányzati fenntartású volt. 1911-ben vezették be a hozzájáruláson alapuló társadalombiztosítási rendszert, ez azonban, eleinte nem terjedt ki a családtagokra. 1948-ban hívták életre a National Health Service-t. A törvény értelmében, **állami felelősség** lett az egészségügyi ellátás megszervezése és működtetése, mindenki ingyenesen vehette igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat és a hozzáférés szempontjából is egyenlőséget teremtettek. A kórházakat államosították, a szakorvosok közalkalmazottak lettek, a háziorvosokat – akik egyéni vállalkozóként gyógyítottak az NHS-szel szerződésben és fejkvótát kaptak betegeik után – a helyi hatóságok ellenőrzése alá vonták. A helyi önkormányzatok felelőssége a kötelező védőoltásokra, védőnői hálózat működtetésére és fogyatékosok ellátására korlátozódott. Az 1950-es években, a biztosítási fedezet kiterjesztése miatt megnövekedett kereslet, óriási nyomásként nehezedett a kórházakra. Kialakultak a várólisták, a háziorvosok kapuőr szerepe, a finanszírozás, pedig megoldatlan volt. 1962-ben életbe léptették az ún. Hospital Plan-t, amely a tervezés erősítésével igyekezett úrrá lenni a problémákon. 1971-ben jövedelemigazoláson alapuló társadalombiztosítási rendszert vezettek be és 1973-ban egy új, hierarchikus irányítási és ellenőrzési rendszer kiépítését szorgalmazták. A korábbi – bázisszemléletű – allokációs rendszert, súlyozott fejkvóta rendszerrel váltották fel és 1982-ben 192 Járási Egészségügyi Hatóságot (DHA) állítottak fel. Az 1980-as évek végére, a GDP százalékában mért egészségügyi kiadások 6-6,5%-ra emelkedtek, a várólisták nem lettek rövidebbek és még mindig az államra hárult az irányítás, finanszírozás, szolgáltatásnyújtás hármass feladata. 1991 április 1-jén életbe léptették az NHS-ről és a Közellátásról szóló Törvényt, amelynek lényege a „belső” (vagy „kvázi”) piac intézményének bevezetése volt. Alapvetően állami keretek között szimulálták a piacot, a szolgáltatást nyújtók és a szolgáltatást vásárlók szétválasztásával. A vásárlók, a korábbi egészségügyi hatóságok helyett a GP fundholderek lettek, amelyek az RHA-tól fejkvótát kaptak, és maguk választhatták ki mely szolgáltatókkal (ellátókkal) kötnek szerződést. A zömében állami,

illetve önkormányzati tulajdonú szolgáltatók a piacon, versenyezve kínálták szolgáltatásaikat, a GP fundholderek, pedig vevőként léptek fel a piacon, és az árakat alkumechanizmus során alakították ki. A kórházak „trust” formákká alakultak át. 1997-ben, a Munkáspárt került kormányra és a thatcheri privatizációs utat folytatta. Eltörölték az addig nagy hatékonysággal működő GP fundholderek minden formáját és helyette ún. Elsődleges Ellátási Csoportokat alapítottak. Ezek a háziorvosi csoportok jóval nagyobbak voltak elődeiknél, földrajzi régiók szerint kellett szerződést kötniük az orvosokkal és a helyi hatóságokkal való jóval szorosabb együttműködést vártak tőlük. 2000-ban a Blair kormány 10 éves reformprogramba kezdett, melynek főbb elemei: nyolc nagy magánbiztosító számára lehetővé tették a közkórházak megvásárlását, engedélyezték évi 150 ezer államilag finanszírozott beavatkozást magánkórházaknak, felkínálták a lehetőségét NHS tulajdonú kórházak közös üzemeltetésére, új kereslet–visszafogó szabályozókat vezettek be, újradefiniálták a NHS ellátások körét, végül új szabályozó testületeket állítottak fel a privatizáció elősegítésére.

Egyesült Államok

Az egészségügyi költségek fedezetére szóló biztosítások kezdete a múlt századra tehető, amikor eleinte csak a kockázatok szűk körére vonatkozott, (például gőzhajó- vagy vonatbaleset), később azonban már meghatározott betegségekre (pl. tífusz, skarlát, cukorbetegség) is kiterjedt. A fejkvóta intézménye és az **üzleti alapú gyógyítás**, azonban már a 20. század előtt létezett. Az 1900–as évek elején az USA–ban, az ún. szerződéses (üzleti) egészségügyi ellátás volt az általánosan elterjedt. Ez az ellátási forma eredetileg orvoscsoportok tevékenységét jelentette, amelyek fix havi díjért szinte mindenre kiterjedő, átfogó szolgáltatást nyújtottak. Az egészségi állapottól függetlenül állapították meg a díjakat, mindenki számára azonos összeget. A szervezett ellátás fejlődését az erős orvosi lobby akadályozta meg, amelynek érdeke volt, az ún. szerződéses gyógyítás fenntartása, hiszen így nem került közvetítő a beteg és az orvos közé és senki sem felügyelte tevékenységüket. Az 1920–as években és az azt követő néhány évtizedben is, olyan – a szereplők számára – ideális rendszer működött, melyben a beteg közvetlenül fizetett az ellátásért, a döntéseket, pedig közösen hozta orvosával. Az első problémák, a nagy világgazdasági válság idején jelentkeztek (majd a második

világháború után még erőteljesebbé váltak), amikor sok beteg fizetéképtelenné vált ezzel csődhelyzetbe juttatva a kórházakat és egyéb szolgáltatókat. Az óriási pénzügyi nyomás súlya alatt a kórházak a törvényhozóknál kezdtek lobbyzni a **biztosítóintézetek legalizálása** érdekében. A háború után, a szakszervezetek követelték, hogy a munkáltatók juttatásként vásároljanak egészségügyi biztosítást dolgozóiknak és az állam olyan adótörvényekkel támogatta ezt, amelyek rendkívül kedvezővé tették a munkaadók számára ezt a juttatási formát. Ez az adópolitika, beemelte az államot is a finanszírozók körébe. Néhány éven belül, a munkavállalók többsége olyan – munkáltatója által fizetett – egészségügyi biztosítással rendelkezett, amelyet erősen támogatott a szövetségi kormány is. 1930 és 1980 között a tradicionális, üzleti (indemnity) biztosítók uralták az egészségbiztosítási piacot, ám az 1960-as évektől a szövetségi kormány közvetlenül is részt vállal a finanszírozásból a **Medicare** és a **Medicaid** megalapítása és működtetése által. Az 1960-as 24%-os állami finanszírozási részarány 1990-re 40%-ra nőtt. A 20. század második felében működő rendszer, az orvosok és betegek számára egyaránt közel tökéletesnek tűnt, miközben a betegek teljes szabadságot élveztek az orvos– illetve kórházválasztás tekintetében, és senki sem szólt bele kívülről az orvos–beteg viszonyba, valaki más fizette a számlát, elvált egymástól a finanszírozás és a szolgáltatások nyújtása, valamint igénybe vétele. Az 1960-as, 70-es években, mind a munkáltatók, mind a kormányzat felismerte, hogy baj van. Először Nixon tett javaslatot az átalakításra, de – akárcsak húsz évvel később Clintoné – próbálkozása kudarcba fulladt, a leginkább ellenérdekeltek csoportok (kórházak, orvosok, gyógyszergyárak, biztosítók) miatt. Amerikában sosem volt és ma sincs kötelező egészségbiztosítás, a legtöbb beteg gyógyítása, az ún. managed care (irányított betegellátás) rendszer keretei között történik. A managed care elvre épülő egészségbiztosítási formákat a szabályozási környezet segítségével sokáig diszpreferálták. 1973-ban, azonban a **HMO törvény** életbe lépése rendkívüli lökést adott e formák terjedésének. Manapság is a vállalati gondoskodásnak és a magánbiztosítóknak jut kulcsszerep az egészségbiztosításban, a díj nagy részét a munkáltató fizeti, de fokozatosan csökkentik hozzájárulásukat a meredeken emelkedő költségek miatt. Az amerikaiak 2/3-a munkáltatója által biztosított, mintegy 14%-uknak, pedig egyáltalán nincs egészségbiztosítása.

Csehország

Az első világháború után az 1918-ban megalakuló első Csehszlovák Köztársaság létrejöttével beszélhetünk először cseh egészségügyi rendszerről, melynek gyökerei azonban már megfigyelhetőek voltak az Osztrák – Magyar Monarchiához tartozó cseh területeken - a németországihoz hasonló, **bismarcki rendszerű** társadalombiztosítási rendszer képében. 1924-ben alakították ki az első társadalombiztosítási rendszert, mely a lakosság közel egyharmadának nyújtott biztosítást betegség esetén. A rendszer folyamatosan, kisebb nagyobb változtatásokkal egészen 1951-ig maradt fenn ebben a formában. A második világháborút követő időszak a környező szocialista országokéhoz hasonló: az egészségbiztosítási rendszer **államosításával** és az intézményi rendszer centralizációjával jellemezhető. 1948-ban, nem sokkal a második világháború után jelentős politikai változások zajlottak Csehszlovákiában. Egyesítették, és kötelezővé tették minden állampolgár számára az egészségügy és a szociális biztosítás rendszerét. Ebben a négy évig tartó modellben a munkáltatók fizették az egészségügyi járulékot (bérek 6,8%-a). 1952-ben teljes egészében központosították a társadalombiztosítási rendszert, melyet kizárólag az állam finanszírozott az adókon keresztül. A lakosság számára az egészségügyi szolgáltatásokat ingyenessé tették. Ugyanakkor a szolgáltatókat is államosították, regionálisan és területileg is beolvadtak az állami egészségügy i intézményrendszerbe. A kerületi intézményekhez tartoztak a kis és közép méretű kórházak, klinikák, sürgősségi betegellátó központok, gyógyszertárak, a munkahelyi egészségügyi központok, a mentő és elsősegélynyújtó állomások, valamint az egészségügyi iskolák is. Az 1950-es években ez a rendszer meggyőzően hatásosnak bizonyult az ország második világháború utáni időszakának problémái leküzdésében. A gyermekhalálozási arány, a tuberkulózis, és más súlyos fertőző betegségek, valamint az alultápláltságból fakadó hiánybetegségek előfordulása nagymértékben csökkent. 1970-80-as években az alacsony technikai színvonal, a magas orvos szám, a kórház-centrikus struktúra, az alacsony bérek és a hálapénz volt a meghatározó. Az állami ellátási hálózatot az adókból finanszírozták a kapacitásfinanszírozás elve alapján. 1990 decemberében hagyta jóvá a cseh kormány az új egészségügyi ellátás tervét, melynek fő elemei nagy hasonlóságot mutatnak a szomszédos nyugat-európai országokéval, különösen Németországéval. A rendszer alapja a

kötelező biztosítási rendszer, mely minden állampolgár számára biztosítja a megfelelő ellátást. Az egészségbiztosítási hozzájárulás kezelésére kilenc független biztosítási pénztár jött létre. A szolgáltatói oldal átszervezését maguk az orvosok is sürgették, gyors privatizációt támogatva. Lényegében 1991-ben kezdődött meg a korábbi egészségügyi struktúra decentralizálása, s születtek meg a privát működésre vonatkozó törvények, 1992-ben, pedig kidolgozták minden ellátási szint privatizációs tervét. A járóbeteg-ellátásban, főleg a háziorvosok, gyermekorvosok, és fogorvosok esetében ez elsősorban a rendelő megvásárlását jelentette.

Magyarország

A magyar egészségbiztosítás bismarcki típusú volt, felülről szervezett államilag kezdeményezett. Az 1876: XIV. tc. szerint a közegészségügy megvalósítása állami feladat, a közegészségügyi, járványügyi hatósági feladatokat a főszolgabíróra, vármegyei szinten a vármegyei főorvosra, járási szinten a járási tisztiorvosra bízta. A háziorvosi ellátás megszervezése a községek és városok feladatkörébe tartozott. A fekvőbeteg ellátás közkórházakon keresztül történt, melyek létesítésére a belügyminiszter adhatott engedélyt. Az 1876. évi törvényt később többször kiegészítették, 1886-ban a trachoma ellen való védekezést, 1887-ben a himlő ellen való újraoltás bevezetését, 1908-ban a községi egészségügyi szolgálat módosítását, 1925-ben a Magyar Királyi Országos Közegészségügyi Intézet felállítását, majd 1936-ban a hatósági orvosi szolgálatot (a közegészségügy államosítását) foglalták törvénybe. Az egészségügyi ellátást, az 1927: XXI. tc. alapján a társadalombiztosítás (OTI) finanszírozta. A II. világháború előtti társadalombiztosítási rendszer, a magyar lakosság csak mintegy 30%-át fogta át, a mezőgazdaságban dolgozók teljesen kimaradtak, igen szűk volt az a kereseti sáv, amelyre a biztosítás kiterjedt. 1945 után, újfajta biztosítási rendszer alakult ki, a háború előtt meglévő biztosítókat vagyonukkal együtt központosították. 1949-re a társadalombiztosítás kormányzati irányítás alá került és a központi költségvetés részévé vált. Az 1950-es évektől folyamatosan bővítették a térítésmentes ellátásra jogosultak körét, lassan minden munkaviszonyban állóra kiterjesztették a kötelező biztosítást. Az egészségbiztosítás átalakítására 1955-ben került. 1972-ben felváltották az 1876. törvényt, az egészségügyi ellátás igénybevétele állampolgári joggá

vált. A probléma az volt, hogy a jogosultsági kör kiterjesztése nem járt együtt a szolgáltatási alap megteremtésével. A 70-es évek elején kórházrekonstrukciós programot indítottak, amely azonban gyorsan kifulladt, alig néhány kórházat érintett, újakat, pedig szinte egyáltalán nem építettek. A 80-as évek végén megkezdődött az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási rendszerének jól ismert reformja. Az 1989 – 1993 közötti időszakban alapvetően átalakultak az egészségügyi rendszer jellemzői és kialakultak a jelenlegi struktúra fő összetevői, melyek a különböző tulajdoni formák jogi egyenrangúsága, a háziorvosi rendszer, és a társadalombiztosítási – alapvetően teljesítményen alapuló – finanszírozás. Napjainkban, a közfinanszírozás a kiadások mintegy 70-80%-át teszi ki, a kötelező biztosítás a lakosság szinte egészére kiterjed, vegyes tulajdoni viszonyok, önkéntes, kiegészítő betegbiztosítás megjelenése, finanszírozó és szolgáltató szerep szétválása, szerződéses kapcsolat kialakítása és végül a nyugat-európaihoz hasonló finanszírozási módszerek.

Németország

1883-ban született meg a modern német egészségbiztosítási rendszer törvényes alapja, melyet Otto von Bismarck, német kancellár neve fémjelez. Ebben az évben vezették be az országos szinten kötelező betegbiztosítással kapcsolatos törvényt, majd egy évvel később a balesetbiztosításra vonatkozót, mely úttörő volt a maga idejében. A biztosítottak száma 1880 és 1883 között megduplázódott, és ez a lakosság közel 10%-át jelentette, amely az évek során kiterjedt a népesség egyre nagyobb hányadára. Az **1883-as törvény** a már meglévő helyi és a foglalkozás szerinti alapokra épített. Az **egészségbiztosítás kötelező** volt bizonyos **ágazatokban**, ahol órabért kaptak az alkalmazottak egy jogilag fixált jövedelemp plafonig (un.cenzusig). A hozzájárulás egyharmadát a munkaadó, míg a kétharmad részt a munkások fizették. A tagok jogosultak voltak fizetésre, pl. betegség esetén a szokásos bérük 50%-át kapták 13 héti, létezett anyasági segély és halál esetén is kompenzáció járt. Az alapok **non-profit alapon** működtek, és kezdetben szabadon választhattak orvost, vagy egyéb egészségügyi alkalmazottat, valamint a hozzájuk fűződő szerződés természetét is maguk alakíthatták. A náci rezsim alatt az egészségügyi rendszer alapjaiban sem finanszírozási, sem szolgáltatói oldalról nem történt lényeges változás. Az NSZK-ban a

háború utáni időszak első feladata az egészségügyi rendszer helyreállítása volt. Az 1955-1965-ig tartó időszakot elsősorban a költségek visszaszorítására irányuló törekvések jellemezték, melyek nagy része nagy ellenállásba ütközött. 1965-1975-ig tartó időszakban tovább folytatódott ez a harc. A demográfiai változások, az egyre drágább technológiák alkalmazása, a bérek növekedése egyre inkább sürgette egy olyan törvény létrehozását, mely elsősorban a költségek leszorítását célozza meg. Ezt a törvényt 1977-ben vezették be, mely elsőrendű feladatként jelöli meg a hozzájárulási ráták stabilitását. Az 1990-es éveket a reformok sora jellemzi. Az 1993-ban életbe lépett törvény kimondja az általános járulék stabilitást, az 1996-os törvény pedig forradalmian új struktúrát alakít ki az egészségbiztosítás rendszerében. A száz évre visszanyúló lakosság foglalkoztatottság szerinti megoszlása a biztosítóknál (munkások a munkásbiztosítónál, hivatalnokok a hivatalok biztosítójánál, alkalmazottak az alkalmazotti biztosítókhoz tartoztak) egyenlőtlen pénzügyi helyzetet és elosztást, különböző kockázatokat eredményezett, végül 1996-tól kezdődően a munkavállalók szabadon válogathatnak a betegbiztosítók közül. Ezzel megnyílt az út a pénztárak szabad versenyének intézményesítésére.

IV. Publikációk az értekezés témaköréből

1. Biztos, ami biztosító. Versengő egészségpénztárak (Csillik Péterrel) HVG 1999. március 27.
2. Egészségügyi rendszerek hatékonysága az Európai Unióban és az Unió kívül (Vallyon Andreával) EU Working Papers 2003/2. A Budapesti Gazdasági Főiskola szakmai folyóirata VI. évfolyam, 2. szám
3. Egészségügyi rendszerek története, reformjai és jelenlegi problémái (Vallyon Andreával) EU Working Papers 2003/3. A Budapesti Gazdasági Főiskola szakmai folyóirata VI. évfolyam, 3. szám
4. Hatékonyság és/vagy szolidaritás? (Vallyon Andreával) Recept XV. Évfolyam, 4-5. szám 2004
5. Az Egyesült Királyság egészségügyi rendszerének rövid története Recept XV. Évfolyam, 6-7. szám 2004
6. Beteg egészségügy – beteg lakosság (Vallyon Andreával) Heller Farkas Füzetek Közgazdaság- és Társadalomtudományi Folyóirat II. évfolyam 2004/2.
7. Hol jobb betegnek lenni? I. Az amerikai biztosítási rendszer Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (megjelenés alatt)
8. Hol jobb betegnek lenni? II. A német biztosítási rendszer (Vallyon Andreával) Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (megjelenés alatt)