

Dr. Mázsár Péter

Piaci lehetőségek és korlátok az egészségügy finanszírozásában I.

1. Az expanzió időszaka az egészségügyben

A modern orvostudomány szemléletének, szerkezetének, infrastrukturális felépítésének alapjai, melyek a mai egészségügyet is alapvetően meghatározzák, a XX. század közepén fejlődtek ki. Ekkorra kezdett uralkodóvá válni a természettudományosan megalapozott medicina, mely gyorsan fejlődő kutatási és technikai háttérrel rendelkezik, s ami a szociálpolitikák kiemelt fontosságú területe. A fejlett ipari országokban nagy szerepet szántak az egészségügynek a szociális problémák felszámolásában. Ennek érdekében a közpénzekből jelentős – és egyre nagyobb – összegeket áldoztak a kapacitások bővítésére (1. és 2. sz. táblázat), a területi egyenlőtlenségek csökkentésére. Ettől várták a szegényebb néprétegek szociális biztonságérzetének növekedését, a jövedelmi, kulturális helyzetből adódó hátrányok csökkentését, az ellátáshoz való hozzájutás akadályainak felszámolását. Ennek érdekében gyakorlatilag az egész lakosságra kiterjesztették a betegbiztosítás érvényét (kivéve az USA-ban, ld. később), s nagy figyelmet fordítottak arra, hogy abból legfeljebb a leggazdagabbak, de semmi esetre sem a szegények maradjanak ki (3. sz. táblázat). [1], [14]

1. sz. táblázat

**A közkiadások aránya (%) az összes egészségügyi
kiadáson belül**

	1960 %	1975 %	1980 %	1989 %
Nagy-Britannia	85,2	90,9	89,7	86,9
Németo. (NSZK)	67,5	79,5	78,5	76,8
USA	24,7	42,9	42,4	41,1
Ausztria	65,3	69,9	69,6	67,9
Franciaország	57,8	76,5	81,6	77,9
Hollandia	33,3	76,6	79,3	77,6
Japán	60,4	72,7	70,3	73,5
Kanada	43,1	76,7	75,7	75,6
Svédország	72,6	90,0	91,6	91,1
OECD-átlag	61,0	76,9	71,4	76,7

Forrás: [3], [4]

**Az összes egészségügyi kiadás változása a GDP
százalékában, 1960-1989**

	1960	1970	1975	1980	1985	1987	1988	1989
Nagy-Br.	3,9	4,5	5,5	5,8	6,0	5,9	5,9	5,8
Németo. (NSZK)	4,7	5,9	8,2	8,5	8,6	8,6	8,9	8,2
USA	5,3	7,4	8,4	9,3	10,6	11,1	11,3	11,8
Ausztrália	5,2	4,9	5,5	6,5	7,0	7,1	6,9	7,0
Ausztria	4,4	5,4	7,3	7,9	7,6	8,4	8,3	8,2
Belgium	3,4	4,1	5,9	6,3	6,9	7,3	7,3	7,2
Dánia	3,6	6,1	6,5	6,8	6,3	6,3	6,4	6,3
Finno.	4,1	5,7	6,3	6,5	7,2	7,4	7,2	7,1
Franciao.	4,3	5,8	7,0	7,6	8,5	8,5	8,6	8,7
Görögo.	2,9	4,0	4,1	4,3	4,9	5,2	5,1	5,1
Hollandia	3,9	6,0	7,7	8,2	8,2	8,5	8,4	8,3
Japán	3,0	4,4	5,5	6,4	6,5	6,8	6,7	6,7
Kanada	5,5	7,1	7,2	7,4	8,5	8,8	8,6	8,7
Norvégia	3,3	5,0	6,7	6,6	6,4	7,5	7,4	7,6
Olaszo.	3,9	5,2	6,1	6,8	7,0	7,3	7,6	7,6
Portugália	n. a.	n. a.	6,4	5,9	7,0	6,4	6,5	6,3
Spanyo.	n. a.	3,7	4,8	5,6	5,7	5,7	6,0	6,3
Svédó.	4,7	7,2	7,9	9,5	9,3	9,0	9,0	8,8
OECD- átlag	4,2	5,4	6,5	7,1	7,4	7,6	7,6	7,6

Forrás: [3], [4], [14]

3.sz. táblázat

Kórházi és ambuláns ellátásra jogosultak (a lakosság százalékában), valamint a közkiadások aránya ezeknél a szolgáltatásoknál (a költségek hány százalékát állja a közfinanszírozó)

	Kórházi ellátás		Ambuláns ellátás	
	jogosultak	közkiadás aránya	jogosultak	közkiadás aránya
Nagy-Brit.	100,0	99,0	100,0	88,0
Németo.	92,2	98,0	92,2	92,0
USA	43,0	55,0	43,0	56,0
Ausztria	99,0	90,0	99,0	80,0
Franciao.	99,0	92,2	98,0	62,1
Hollandia	73,0	82,0	67,0	44,0
Japán	100,0	93,0	100,0	84,0
Kanada	100,0	90,6	100,0	72,1
Svédó.	100,0	100,0	100,0	90,0

Forrás: [3], [4]

Az 1970-es évek közepén az olajválság és világgazdasági recesszió idején a kormányzatokon belüli és azoktól független szakemberek sürgető szükségszerűséggel kellett felülvizsgálják, vajon a stagnáló, ill.

visszaeső nemzeti termelések mellett is progresszíven növekedő egészségügyi kiadások létrehozták-e, létrehozzák-e a kívánt hatásokat. A nagy kiadások ugyanis veszélyeztették az államháztartások egyensúlyát, jelentősen rontották a többi gazdasági ágazat esélyeit, versenyképességét. Továbbá az az illúzió is, hogy a jóléti állam kiépítése megoldás lesz a szociális problémák kezelésére, hisz a kapacitások nagymértvű bővítése ellenére jelentős egyenlőtlenségek maradtak fenn mind a földrajzi régiók, mind az egyes társadalmi rétegek között. Az alulf finanszírozottság különösen az érdekeit érvényesíteni egyébként is rosszul tudó csoportok körében jelentkezett (pl. mentálisan károsodottak, idősek, fogyatékosok). Megkérdőjeleződött a felhasznált erőforrások hatékonysága is, hiszen a ráfordítások mértéke nem korrelált a népesség egészségi mutatóival. (4. sz. táblázat) Így például Nagy-Britanniában, ahol a népesség gyakorlatilag teljes egésze jogosult egészségügyi ellátásra, alacsony kiadások mellett is jó mutatók láthatók, vagy Japánban, ahol a kiadások alig nagyobbak, az egészségi állapot mégis kiugróan jó. Ezzel szemben az Egyesült Államokban a lakosság mintegy fele jogosult csak ellátásra, s óriási költségek mellett is – a fejlett országok között – rosszak az egészségi mutatók.

A jelenségre két magyarázat adódhat:

- a. az erőforrások felhasználása nem hatékony, és/vagy
- b. a népesség egészségi állapota nem csak – elsősorban nem -, az egészségügyi ellátástól függ.

4. sz. táblázat

Az egy főre jutó egészségügyi kiadás (USD), a csecsemőhalandóság (ezer élveszületettből 1 éves kor előtt meghalt) és a férfiak születéskor várható élettartama (év) 1987-ben.

	Kiadás egy főre	Csecsemő-halandóság	Szül. várható élettartam
Nagy-Brit.	758	8,9	72,5
Németo. (NSZK)	1093	7,5	72,3
USA	2051	10,0	71,6
Ausztria	982	8,1	72,1
Franciaország	1105	7,8	72,6
Hollandia	1041	7,6	73,6
Japán	915	4,8	75,8
Kanada	1483	7,3	73,3
Svédország	1233	6,1	74,2

Forrás: [3], [4]

A tárgyalt kényszerítő körülmények hatására fel kellett tárnai, mi okozza az egészségügyi kiadások rohamos növekedését, hogyan lehetne a költségrobbanásnak gátat vetni, a rendelkezésre álló szűkös forrásokat minél hatékonyabban felhasználni, s milyen területeken szükséges még intézkedéseket tenni, hogy javuljon a lakosság egészségi állapota.

Az első kérdést, vagyis a költségrobbanást illetően valószínűleg a következő tényezők játszák a legfontosabb szerepet:

1. Jelentős változások következtek be a népességet érintő betegségstruktúrában.

A XX. század eleje-közepe előtt az agrokultúra és – technológia alacsony színvonala miatt időszakonként jelentkező alultermelés, a népesség jelentős részét érintő alultápláltság, sőt gyakorta éhínségek, a lehetőségek szűk köre és az ismeretek alacsony színvonala következtében általánosan jellemző, összetételében is rossz táplálkozás (pl. vitaminok, mikroelemek, ásványi anyagok, esszenciális aminosavak stb. elégtelen bevitele.) mind hajlamosították a szervezetet – az immunrendszer gyengítése révén – a korra egyébként is jellemző fertőző betegségekben történő megbetegedésekre. A járványoknak kedveztek a gyakori háborús körülmények, a rossz higiénés viszonyok, a közegészségügyi alapismeretek és a hatásos gyógyszerek (pl. antibiotikumok) hiánya. A pandemiák és endemiák, az éhínség háttérbe szorítása után napjainkban *a krónikus, nem fertőző, degeneratív betegségek kerültek előtérbe*, így az anyagcsere defektusai a jó- és rosszindulatú daganatos elváltozások, érlemeszesedés, ideg- és elmebetegségek, stb. Ezek prognózisa általában az élettartamot tekintve igen jó, sokszor évtizedekig elnyújtható lezajlásuk, a progresszió viszont általában feltartóztathatatlan, s a kezelés sokszor igen intenzív ráfordítást igényel, hiszen a leghatásosabb kezelést általában a legmodernebb eljárásokkal, eszközökkel, gyógyszerekkel lehet biztosítani. Ezen terápiáknak gyakorta nagy a szakképzett munkaerő és fejlett infrastrukturális igénye is (laborháttér, műtő, képzőeszközök). Mivel ezeknek a kórképeknek nagyrészt jellemzője, hogy a jelen kor orvostudománya számára az egészség helyreállítása szempontjából megoldhatatlanok, elhúzódó végstádiumra lehet számítani, a fellépő, az alapbetegségből következő szövődmények, komplikációk egyre kiterjedtebb orvosi beavatkozást igényelnek.

A jelen kor másik jelentős és jellemző betegségecsoportja az akutan fellépő, az életet veszélyeztető folyamatok összessége. Ezek egy része évtizedekkel, évszázadokkal ezelőtt is létezett (pl. akut hasi kórképek, koponyaűri vérzések, hormonális krízisállapotok, szövődményes szívinfarktus), de szinte mindig a beteg halálával végződött. Egy másik csoport nem, vagy alig fordult elő (gyógyszer- és vegyszermérge-zések, súlyos közlekedési, munkahelyi, háztartási traumák). Ezek nagy hányada a korszerű oxiológiai, intenzív, és sebészi eljárások miatt hatásosan, de rendkívül drágán kezelhető.

2. A fejlett országokban végbemenő demográfiai változások, vagyis a születésszám csökkenése, a társadalmak lassú előregedése következtében relatíve csökken a nemzetgazdaságok szempontjából produktív tevékenységet folytatók aránya. Az idősebb korosztályok nem csak hogy nem vesznek részt a nemzeti össztermék előállításában, éppenséggel ők az egészségügyi szolgáltatások legintenzívebb, legnagyobb fogyasztói. A növekvő élettartammal nem fejlődik egyenes arányban az élet (egészségi állapot) minőségi komponense, az élet utolsó évei, évtizedei sokszor gyakorlatilag rokkantságban telnek el, vagyis az egyén, ha akarná és körülményei lehetővé tennék, sem képes effektív gazdasági tevékenység kifejtésére. (5. és 6. sz. táblázat).

A világ és néhány földrész népességének születésekor várható élettartama (év, férfiak és nők átlaga)

	Európa	Amerika	Ázsia	Afrika	a Föld összesen
1950-1955	65,3	57,7	41,7	37,8	46,0
1960-1965	69,7	61,1	48,0	41,8	51,0
1965-1970	70,6	62,0	53,3	43,9	54,8
1970-1975	71,4	63,6	55,6	45,7	56,6
1975-1980	72,3	65,4	57,3	47,6	58,0
1980-1985	73,1	66,8	59,1	49,4	59,5
1985-1990	74,0	68,0	61,1	51,3	61,1
2000-2005	75,8	71,1	66,7	57,0	65,4
2020-2025	77,2	73,6	72,1	64,5	70,5

Forrás: [15]

A természetes népmozgalom arányszámai a fejlett és fejlődő régiókban (ezer lakosra)

	Élveszületések		Halálozások		Természetes szaporodás	
	fejlett	fejlődő	fejlett	fejlődő	fejlett	fejlődő
1950-1955	22,7	44,4	10,1	24,1	12,6	20,2
1955-1960	21,7	42,0	9,3	20,9	12,4	21,1
1960-1965	20,3	41,9	9,0	18,3	11,3	23,6
1965-1970	17,9	40,5	9,1	15,1	8,8	25,4
1970-1975	17,0	37,5	9,2	13,4	7,8	23,8
1975-1980	15,9	32,9	9,4	11,8	6,5	21,1
1980-1985	15,5	31,0	9,6	10,8	5,9	20,2
1985-1990	15,1	29,4	9,5	10,0	5,6	19,4
2000-2005	13,8	24,4	9,8	8,2	4,0	16,2
2020-2025	13,4	18,6	11,0	7,6	2,4	11,0

Forrás: [15]

3. Megnövekedtek az elvárások az egészségügyi ellátás mennyiségi és minőségi komponenseivel szemben, mind a személyzet, mind a betegek és hozzátartozóik részéről. Ez egyrészt az orvostudomány természetes fejlődéséből adódik, így most már magától értetődőek a rutin szűrő vizsgálatok, az agyi történéseknél (CT-diagnosztika,

hospitalizáció esetén rutin labor, röntgen, EKG, hasi ultrahang vizsgálat, stb.). Ezek a kor színvonalán alapos, a szakma által is indokoltnak elfogadott vizsgálatok, ugyanakkor tagadhatatlanul nagy összegeket emésztenek fel.

Az életszínvonal emelkedésével, a szabadságjogok kiteljesedésével, az állampolgári öntudat növekedésével egyre magasabbra kerül a mérce a személyzet viselkedése, szakképzettsége, szaktudása, a hotelszolgáltatás színvonala irányában. Így most már megütközést keltenek (keltenének) a sokágyas kórtermek, a rossz állagú eszközök, berendezések és épületek, a nem kielégítő komfortfokozat és tisztaság, az ételek gasztronómiai elégtelensége.

Több szolgáltatás, így az idősek gondozása, mentális és szomatikus rehabilitáció, fogyatékosok ellátása, melyek korábban az informális szféra (pl. család) körébe tartoztak, most már részint, vagy egészében a formális egészségügyi szervezetek (kórházak, utógondozók, szanatóriumok, rehabilitációs központok, krónikus osztályok) feladatai lettek.

A fokozott elvárások a betegek részéről és az orvosok megfelelési kényszere a sok kedvező hatás mellett gazdaságtalan, s szakmailag is indokolatlan folyamatot is gerjeszt. Így a betegek egyre inkább a kórházi ellátás, az egyre magasabb specializáció irányába haladnak, vagyis egyszerűbb kórképek esetében is szívesebben fordulnak szakintézmények irányába, ill. specialistához, ahol és akitől jobb, hatásosabb ellátást várnak. Ez azonban fajlagosan sokkal drágább, sokszor, sőt az esetek akár túlnyomó részében fölösleges, hisz alacsonyabb szinten, akár az alapellátásban tökéletesen megoldható lenne.

4. Egyes szociális problémák medikalizálása, így a már említett idősek, fogyatékosok, mentális károsultak ellátása szintén egyfajta luxus, hiszen más, az egészségügyön nagyrészt kívül eső szociálpolitikai eszközökkel sokkal humánusabban, szakszerűbben, hatékonyabban és olcsóbban meg lehetne oldani.

Egy igen karakterisztikus probléma ebben a tárgykörben a hajléktalanok helyzete. A speciális szálláskapacitások elégtelensége, az ehhez kapcsolódó (kapcsolható) táplálkozási, tisztálkodási, orvosi ellátási lehetőségek hiánya miatt ebben a rétegben jóval gyakoribbak e szövődményes, előrehaladott, akut betegségformák, betegség-kombinációk. Az életmódból fakadóan a krónikus, fenntartó terápia és gondozás igen problémás. Ebből adódóan kórházi elhelyezésük kényszerűen gyakori, hosszadalmas, a kapacitás aránytalanul nagy részét leköti. Az említett ellátások (szállás, étkezés, tisztálkodás, gyógyszerek, szűrővizsgálatok) megteremtése a humanitárius megfontolásokon túlmenően gazdasági racionalitással is bírna.

A szenvedélybetegségek kezelése (drogfüggőség, alkoholizmus) csak manifesztációjában és részint rehabilitációjában egészségügyi probléma. Megfelelő szociálpolitikával, igazgatásrendészeti munkával, stb. az input nagy mértékben csökkenthető, az output hatékonysága fokozható.

5. Az egyre fejlettebb high-tech. alkalmazása a diagnosztikában, terápiában, a hotelszolgáltatásokban kétségbevonhatatlanul óriási fejlődést eredményezett az orvostudományban. Ezek kifejlesztése, karbantartása, használata nagy összegekbe kerül, ami nem feltétlenül van arányban az általuk létrehozott gazdaságilag kimutatható haszonnal. Egy-egy készülék széleskörű alkalmazásával évek telhetnek el szükségszerűen, míg tényleges indikációs területe letisztázódik, haszná, vagy értelmetlensége nyilvánvalóan kimutatható. Mindeközben persze a készülékek kezelésére és javítására, karbantartására specialistákat kell kiképezni, továbbképezni, s akiket bérrel is megfelelően honorálni kell. A korszerű technika felhasználása ráadásul, szemben például az iparral, egyáltalán nem szokott munkaerő-megtakarításhoz vezetni, sőt egyre magasabban kvalifikált személyzetet kell alkalmazni.

A társadalmi és szakmai elvárások állandó emelkedése, valamint az egyre terjedő nagyszegű kártérítési (műhiba) perek arra ösztökélik az

orvosokat, hogy minél több oldalról bebiztosítsák magukat – defenzív orvoslást folytatva -, vagyis a szükségesnél több (drága) vizsgálatot végeztetnek inkább, semhogy a későbbiekben felelősségnek akár csak az árnyéka vetüljön rájuk.

Természetesen, amennyiben nincsenek megfelelő és kívánatos kényszerítő körülmények, az orvosok sem veszik a fáradságot mindig, hogy végiggondoljanak minden egyes betegnél, minden egyes vizsgálati eredményt, terápiás hatást. Holott alkalomadtán már a harmadik diagnosztikus vizsgálat után kellően biztos lenne a kórfolyamat meghatározása, de kényelemből, figyelmetlenségből, rutinból esetleg elvégezteti a másik két „szokásos” eljárást is.

6. Megnövekedett a iatrogen ártalmak száma és súlyossága. A korszerű invazív diagnosztikus és terápiás eljárások, a nagyhatású gyógyszerek mellékhatásai igen számottevőek, természetes rizikófaktoruk egyáltalán nem elhanyagolható. Így ezeket a beavatkozásokat szakszemélyzetnek, megfelelő infrastrukturális körülmények között, esetleg specifikus előkészítés és utógondozás keretében kell elvégezni. Mindezek, valamint a statisztikai bizonyossággal bekövetkező komplikációk természetesen drágává teszik ezeket a vizsgálatokat, kezeléseket.

Önmagának a kórházi elhelyezésnek mindezidáig csak csökkentett, de le nem győzött kockázata a nozokomiális infekció. Az ezeket létrehozó mikroorganizmusokra viszont éppen a szokásos gyógyszerekkel szembeni nagymérvű rezisztencia a jellemző, kezelésük így hosszadalmasan, a legkorszerűbb (így a legdrágább) farmakonokkal történik.

7. Az egészségügyi bérek az átlagot jóval meghaladó mértékben növekedtek.¹ Ennek okai sokrétűek. Szerepet játszik benne a már

¹ Ez a megállapítás is, mint általában az egész fejezet, a fejlett ipari országok egészségügyére vonatkozik.

említett orvosperek szaporodó száma miatt kötött, jelentős tételeket kitevő felelősségbiztosítások áthárítása a fogyasztókra. Az orvosi diploma és a szakorvosi képzés okkal-joggal igyekszik kompenzálni az orvostársadalom, csakúgy, mint az éjszakai és hétvégi ügyeleteket, a továbbképzéshez szükséges jelentős időt, energiát, a nagy költségeket, amit a szakirodalom beszerzése, a tanfolyamok, a konferenciák jelentenek. Bonyolult kölcsönhatás van az orvosok társadalom felé sugárzott képe, s a társadalom elvárásai között. (Vajon milyen vélemény alakul ki a betegben orvosáról, ha az egy leromlott állagú, nem előkelő rendelőben fogadja asszisztens nélkül, vagy meglátja az utcán viselt ruhában, egy agyonhasznált autóval). Ezeken kívül az orvosi lobby kétségtelenül hagyományosan nagy társadalmi presztízzsel, jó érdekérvényesítő képességgel és pozícióval rendelkezik.

Ahhoz persze, hogy az orvosok megfelelő körülmények között végezhesék munkájukat, az őket kiszolgáló személyzet érdekeit is képviselniük kell bizonyos mértékig.

8. A modern orvostudományra és egészségügyre a betegek kórház felé, azon belül is a specialistákhoz való áramlása, az orvosi felfogásra pedig a manifesztálódott kór kezelése a jellemző. Vagyis az **ellátás, kórház- és betegségcentrikus**. Ez a létező stratégiák közül messze a legdrágább (ld. később).

9. Mivel a fejlett országokban általánossá vált – a betegek által törtenő direkt fizetés helyett – a **költségvetési, vagy társadalombiztosítási finanszírozás, az állampolgárok költségérzékenysége csökkent**. A legtöbb rendszerben a befizetendő díj nem függ az egyén egészségi állapotától, az igénybe vett egészségügyi szolgáltatások mennyiségétől. Ilyen esetben nagy az erkölcsi kockázat (moral hazard), a biztosított nem érdekelt gazdaságilag a betegség megelőzésében, ill. megbetegedése esetén a leghatékonyabb szolgáltatás igénybevételében. Ennek következménye kockázatkereső stratégia lehet, vagyis a jövőjét csak részint figyelembe véve önégető életmódot folytat, karrierjének

építése, anyagi javak gyűjtése következtében nem igyekeznek az ismert rizikótényezőket kiiktatni (mozgáshiány, stressz, helytelen táplálkozás) s a betegségek kialakulásáig ezekre nem fordít figyelmet, pénzt és időt. Pedig ezek a betegségek (cardio- és cerebrovascularis történések, malignomák egy része stb.) megfelelő életmóddal, szűrővizsgálatokkal elkerülhetőek, idejében felfedezve gyógyíthatók, de legalábbis évtizedekkel késleltethetőek. (7. sz. táblázat)

Röviden összefoglalva az egészségügyi költségrobbanás főbb okai:

- a betegségstruktúra gyökeres átalakulása
- demográfiai változások
- az elvárások növekedése
- szociális problémák medikalizálása
- a korszerű technika széles körű alkalmazása
- iatrogen ártalmak
- az egészségügyi bérek emelkedése
- strukturális problémák
- moral hazard

7. sz. táblázat

A halandóság alakulása halálokok szerint (10 000 lakosra), Magyarországon.

(Az adatok demonstrálják a betegségstruktúra átalakulását, melyben nagy szerepe van az önégető életvitelnek.)

	1948	1960	1970	1980	1988
ISZB	1,32	6,93	22,76	24,02	26,43
cerebrovascul	8,06	14,43	16,90	23,20	19,86
chr. májbet.	0,40	0,89	1,29	2,77	4,39
tüdőnpl.	0,94	2,31	3,70	5,35	6,69
gyomor- bél npl.	5,33	5,58	5,96	5,48	5,12
hypertonia	0,02	2,33	3,83	4,10	5,00
emlőcc.	0,55	0,83	1,27	1,70	1,94
női genit. npl.	1,69	1,85	1,84	1,98	1,83
DM	0,88	0,79	0,81	1,90	1,83

Forrás: [15]

2. Az egészségügyi piac felépítése

Az egészségügyi piacon – jóllehet alapvető szerepe miatt igen szoros és bonyolult kapcsolatban van más gazdasági és politikai régiókkal -, négy meghatározó jelentőségű csoportot lehet megkülönböztetni:

- **fogyasztók** (páciensek)
- **szolgáltatók** (kórházak, klinikák, rendelők, szanatóriumok, rehabilitációs intézetek, gyógyszerárak stb, és ezek beszállítói: gyógyszer, gyógyászati segédeszközöket és felszereléseket gyártók, építő- és élelmiszeripar, stb.)
- **finanszírozók** (magán- és társadalombiztosítók, költségvetés, alapítványok, egyházak...)
- **egyéb, pl. szabályozó-kontrolláló szereplők** (államapparátus, civil szervezetek, stb.)

A négy oldal természetesen nem feltétlenül különül el egymástól, hiszen az állam lehet egyben finanszírozó, szolgáltató és szabályozó, vagy egy páciens lehet fogyasztó és finanszírozó egy személyben. A megkülönböztetést azonban a didaktikai szempontokon túl az is indokolja, hogy a hatékony és gazdaságos működés érdekében is érdemes olyan felépítményt létrehozni az egészségügyben, amely kellő mértékben szétválasztja ezeket a szerepeket egymástól.

A fogyasztói oldal szorul talán a legkevesebb magyarázatra. Ebbe az oldalba gyakorlatilag minden ember beletartozik, hisz a megbetegedettek kivül is (legalábbis a fejlett országokban) mindenki igénybe veszi többször életében az egészségügy szolgáltatásait (megszületés, védőoltások, alkalmassági vizsgálatok, terhességvizsgálás, szűrővizsgálatok). A fogyasztó gazdasági viselkedése két szakaszra osztható. Megbetegedése előtt, vagy amíg tünetmentes, próbálja ráfordításait minimalizálni, vagyis az általa racionálisnak tartott mennyiségű pénzt, időt, energiát szán egészsége megőrzésére, rizikótényezőinek kiiktatására, ill. csökkentésére (a valóságban persze sokan, a külső szemlélő számára teljesen irracionálisan döntenek: dohányoznak, alkoholizálnak,

nem mozognak, elhíznak). A második szakaszban, mikor betegsége(i), tünete(i) megjelennek, súlyosbodnak, számára intolerábilissá válnak, lehetőségei szerint szeretné maximalizálni bevételeit (a legismertebb orvosok, legkorszerűbb gyógyszerek, diagnosztikai és terápiás eljárások, magas színvonalú ápolás és hotelszolgáltatások). Vagyis a fogyasztó, mint a gazdaság más területein is, szeretné hasznát maximalizálni.²

A finanszírozói oldal sokkal nagyobb változatosságot mutat. Direkt finanszírozás esetén, mikor a páciens közvetlenül fizet a szolgáltatásokért, vagyis összeolvad a fogyasztó és a finanszírozó, alapvetően új helyzet jön létre. Az egyén jóval költségérzékenyebbé válik, sokkal kényszerítőbben kell költség-haszon elemzést készítenie: mikor, milyen arány esetén nagyobb a haszna, mennyit fordítson a betegség megelőzésére (pl. keretkiesés).³

Mivel azonban az egészségügyi szolgáltatás rendkívül drága, igénybevételenek időpontja, mértéke, köre nagyrészt nem tervezhető előre, ezen finanszírozást kevesek, csak az igen jómódú, vagyonos rétegek engedhetik meg maguknak, akik egy elhúzódó, súlyos betegség esetén is ki tudják fizetni a csillagászati összegű számlákat, anélkül, hogy ez az egyén és családja, környezete anyagi helyzetét megrendítené. Tagadhatatlan viszont, hogy akinek az anyagi bázisa megvan ehhez, lehetőségeinek határa csak a kor tudományos-technikai színvonala, hiszen pénzéért megvásárolhatja a legmagasabb szintű orvosi, ápolási, hotelszolgáltatásokat.

² Az itt leírtak főként a biztosítási alapú ellátásnál érvényesek, de jórészt igazak a direkt, alapítványi, stb. finanszírozásnál is.

³ Feltételezve (a valóságot egyébként jól megközelítően), hogy az egészség visszaszerzése, a betegség bizonyos súlyosságú tüneteinek megjelenése után, az elsődleges célok egyikévé válik az egyén életében.

Az alapítványi, az egyházi és a hozzájuk hasonló finanszírozási formák általában szűkebb csoportok (pl. az egyházi hierarchia tagjainak), ill. az egészségügyi szolgáltatásokból egyébként kiszorulók karitatív célú ellátására hivatottak. Háttérbe szorulását az indokolja, hogy magában hordja mindazon alacsony hatékonyságot létrehozó tényezők lehetőségét, melyeket ezen, valamint a 3. és 4. fejezet tárgyal.

A már említett tényezők (költségesség, kiszámíthatatlanság) miatt a legáltalánosabbak a biztosítás elvű finanszírozási formák: a magán- és társadalombiztosítás, ill. az államháztartás által történő költségfedezés.

A költségvetés dominanciája esetén a lakosság szinte teljes egészére kiterjeszhető az ellátási jogosultság, függetlenül az állampolgár egészségi állapotától, vagy fizetőképességétől. A teherviselés az adókon keresztül progresszív módon valósul meg, ami kedvező a szolidaritás elvének érvényesítése szempontjából. Előnyös a járvány- és közegészségügyi, a szociálpolitikai megfontolások végrehajtása miatt is. Az állam hatalmas megrendelőként jelentős nyomást tud gyakorolni a fogyasztás mértékére, a szolgáltatások áraira, így hatásosan tudja a kiadásokat korlátozni. Hátránya viszont, hogy igen sérülékeny a költségvetési lefaragásokkal szemben, áttekinthetetlenül összeolvad más államháztartási tételekkel. Kiterjedése a szolgáltatások különböző fajtáira merev, nem tud individuális szempontokat figyelembe venni, a szűkös erőforrások miatt az ellátás porciózására kényszerít. A demográfiai változások (a népesség elöregedése), a betegségstruktúra átalakulása (a krónikus degeneratív betegségek előtérbe kerülése) miatt a fiatalabb, aktív korosztályok egyre fokozódó terheket viselnek.

A magánbiztosítás nagy szabadságot biztosít az egyénnek, maga választhatja meg kiterjedését – igényei és anyagi lehetőségei függvényében. A feltételek változtathatóak és világos üzleti alapokon nyugszanak. A biztosítótársaságok közötti verseny kedvező hatékonyságuk szempontjából, viszont hátrányos a szolgáltatókra való nyomás gyakorolásában. Az alkalmazott tőkefedezeti (tartalékképző) elv az egyéni

kockázatot veszi figyelembe, vagyis a fizetendő biztosítási díj a biztosított, de csakis az ő megbetegedési rizikóját tükrözi az egészségi állapot, életmód, kor, genetikai tulajdonságok, foglalkozás, stb. alapján. Így kedvező a fiatal, egészséges, jómódú polgároknak, megfizethetetlenül drága a beteg, idősebb, szegény embereknek. A magánbiztosítás dominanciája esetén így a lakosság nagy része marad ki a jogosultságból, éppen azok, akik a leggyakrabban, leginkább szorulnának rá az ellátásra. Bár ezt a finanszírozási fajtát kemény üzleti elvek határozzák meg, a társadalmi igazságérzet – kultúránként eltérő mértékben – nem engedi, hogy tömegek maradjanak ki a szolgáltatásokból. Számunkra a költségvetésből kell biztosítani forrásokat. Az állami beavatkozás ezen formája viszont nagyon alacsony hatásfokú, a kereslet és így a kiadások jelentős növekedéséhez vezet.

A társadalombiztosítás dominanciája esetén számos olyan kedvező hatás is jelentkezik, ami a költségvetési finanszírozásnál (nagyfogyasztói pozíció, csoportkockázat, szolidaritás, szociálpolitikai megfontolások, a lakosság közel egészének lefedettsége). További előnyei, hogy védettebb a költségvetési lefaragásokkal szemben, valamint hogy az állampolgárok szívesebben fizetnek járulékot, amiről konkrétan tudják, mire fordítják, mint adót, ami „a nagy közösbe” kerül. A gazdagabbak is szívesebben vesznek benne részt, hiszen a járulék nem progresszív, sőt befizetési plafon meghatározásával degresszív. A betegségstruktúra átalakulásának és demográfiai változások kedvezőtlen hatása az aktív korosztályokra csökkenthető, ha a felosztó-kirívó alapelv helyett a tőkefedezeti rendszert alkalmazzák. A társadalombiztosítás megvalósítható több (csak néhány és nem sok) társasággal is, versenyeztetve őket, miközben a rendszer megőrzi kedvező tulajdonságait. A tb.-dominanciájú rendszer hátránya a rugalmatlanság és a porciózás.

Ezek a finanszírozási módozatok természetesen nem csak külön-külön létezhetnek, bizonyos formák kombinálódhatnak, valamelyik domináns szerepéből következő hátrányokat egy másik kiegészítő sze-

repe csökkentheti (pl. a társadalombiztosítás rugalmatlanságát a ellátás körében és színvonalában jól kompenzálhatja egy vele együtt érvényben lévő magánbiztosítás). Így a magánbiztosítás játszhat:

- *alternatív* (pl. bizonyos jövedelmi szint felettiek kötelező biztosítást nem köthetnek, pl. Németország, Hollandia)
- *kiegészítő* (a kötelező biztosítás mellett kötött szerződés, ld. fenti példa) szerepet, (pl. Ausztria)
- *és alkothat szeparált rendszert* (aki magánbiztosítási köt, kizárja magát a kötelező biztosítás köréből, jöllehet esetleg a járulékot tovább kell fizetnie, pl. Portugália, Spanyolország)

A szolgáltató oldal tevékenységének jellemzőit két tényező határozza meg alapvetően:

- ki a tulajdonosa a szolgáltató gazdasági egységnek
- milyen módon történik az elszámolás a finanszírozóval.

A magántulajdon figyelemre méltó előnyökkel rendelkezik: költségérzékeny, hatékonyságra tör a gazdaságosság érdekében, rugalmas, innovatív, növeli az egyéni szabadságot, gazdaságossága révén csökkenti az államháztartás terheit (vagyis csökken az adószínvonal, javul a költségvetési egyensúly, növekednek más ágazatok piaci esélyei, élénkül a gazdaság, stb.). *Nagy hátránya viszont,* hogy szociálisan érzéketlen, növeli az egyenlőtlenségeket.

A köztulajdon éppen fordítva: szolidáris, de a magántulajdon előnyös tulajdonságait jó vezetési és érdekeltségi viszonyok esetén is csak megközelíteni tudja, a gazdálatlanságból adódó hátrányok csak csökkenthetőek (ld. Kornai János műveit a szocialista gazdaságról).

A tulajdonformák a szolgáltatásban és a finanszírozási módzatok, ill. ezek dominanciája a következő markáns kombinációkban fordul elő a fejlett gazdasággal és egészségüggyel rendelkező országokban (zárójelben egy-egy eklatáns példával):

- magánfinanszírozás + magánszolgáltatás (USA)

- közfinanszírozás + magánszolgáltatás (Kanada)
- közfinanszírozás + vegyes szolgáltatás (Németország)
- közfinanszírozás + közszolgáltatás (Anglia)

8. sz. táblázat

Az egészségügy finanszírozásának és a szolgáltatás tulajdonformájának kombinációi
(ha van, jellemző példával)

Szolgáltató	Finanszírozó			
	Költségvetés	Társadalombiztosítás	Magánbiztosítás	Direkt kifizetés
köztulajdon	Anglia	Németo.	-	-
non-profit magánintézmény	Kanada	Németo.	USA	USA
for-profit magánintézmény	Kanada	Németo.	USA	USA

Forrás: [1], [11]

A másik döntő hatású tényező, mely a szolgáltatói oldalra hat, az a finanszírozókkal történő elszámolás módja. Az egész rendszer szintjén ez lehet:

- direkt, vagy indirekt
- zárt, vagy nyitott
- prospektív, vagy retrospektív.

A *direkt* (páciens által történő) és indirekt (különálló finanszírozó: magánbiztosító, költségvetés, alapítvány, stb.) költségtérítés közti különbségről már volt szó.

A rendszer lehet zárt, vagyis a gazdálkodás előre meghatározott keretből történik (ilyen az orvosok havi bérezése, vagy a kórházak évi/havi globális költségvetése, ld. 4. fejezet), lehet kvázi-zárt (pl. a lebegtetett pontértékű DRGs), és lehet nyitott, mikor a ráfordítások nem limitáltak (orvosoknál a fee-for-service elszámolás, kórházaknál az ápolási nap, vagy szolgáltatás-egységenként történő elszámolás).

A finanszírozás prospektív, ha a szolgáltató előre meghatározott összeget kap munkájáért, függetlenül attól, hogy tényleges költségei annál esetleg jóval nagyobbak, vagy éppen kisebbek voltak. Retrospektív kifizetésnél viszont a ténylegesen felmerült kiadásokat tétel szerint számlázza a szolgáltató a finanszírozónak.

Az egészségügyi piac negyedik csoportja (negyedik oldal) meghatározó és kiegészítő szerepet egyaránt játszik. Az államapparátus (jóllehet valamilyen mértékben minden országban finanszírozó és szolgáltató is) meghatározó a törvényi szabályozásban, a struktúra kialakításában, az egészségnevelésben, a kutatásban, az egészségügyi személyzet képzésében (iskolák, egyetemek, szakmai kollégiumok), a környezetszennyezés leküzdésében, de a társadalom civil szervezetei is széles körű tevékenységet folytatnak (pl. érdekvédelem, fejlesztés, kontroll, stb.).

Jegyzetek

- [1] Orosz Éva: Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések PTIA, 1992
- [2] Jallade, Jean-Pierre: A nyugat-európai társadalombiztosítási rendszerek előtt álló problémák Esély, 1990/6
- [3] OECD: Financing and Delivering Health Care OECD, 1987
- [4] OECD: Health Care Systems in Transitions OECD, 1990
- [5] Józán Péter Dr.: A halálozási viszonyok néhány jellemzője Magyarországon Egészségügyi Gazdasági szemle, 1991, 29, 1, 25-36

- [6] Fraternité – jelentés a társadalombiztosítás reformjáról Fraternité Tanácsadó Rt., 1991
- [7] Hajnal Albert: Sáfárkodunk-e emberi értékeinkkel? Országos Alkohológiai Intézet, Alkohológiai Füzetek sorozat 16. száma, 1992
- [8] A korszerű irányítás és gazdálkodás követelményei az egészségügyben Szakszervezetek Gazdaság- és Társadalomkutató Intézete, 1991
- [9] Csaba István: Magánbiztosítás és társadalombiztosítás Esély, 1990/6
- [10] Julian le Grand, Ray Robinson: Privatisation and the Welfare State Unwin Hyman Ltd., 1989
- [11] Dr. Hiroshi Nakajima, Dr. Francis J. Pinto: New Perspectives in Health Care Economics MEDIQ Ltd., 1991
- [12] Surgery needed, a survey of health care The Economist, 1991, 320, 7714, 43, 3-22 p.
- [13] Dr. Gulácsi László, Dr. Balitzky Alexandra: Minőség és minőségbiztosítás az egészségügyben Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1992, 30, 5, 299-322
- [14] George J. Schieber, Jean-Pierre Poullier: International Health Spending: Issues and Trends. Health Affairs Spring 1991, p. 109.
- [15] Baló György – Lipovecz Iván: Tények könyve '90 Ráció Kiadó Kft., Debrecen, 1989
- [16] Mihályi Péter: Az NSZK gazdaságpolitikája Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1989
- [17] Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába Aula Könyvkiadó Kft., Budapest, 1992
- [18] Dr. Molnár László: A lakosság egészségügyi szükségleteit befolyásoló magatartási tényezők (kézirat)
- [19] Philip Riseborough – Michael Walter: Management in Health Care Wright, London, 1988