

Dr. Mázsár Péter

Piaci lehetőségek és korlátok az egészségügy finanszírozásában II.¹

1. A korlátozások időszaka az egészségügyben

Az 1970-es évek elején – közepén világszerte jelentkező gazdasági recesszió sürgetően vetette fel a fejlett országokban az egészségügyi költségek expanzív növekedésének megállítására hozandó intézkedések szükségességét, annak érdekében, hogy a nemzetgazdaságok megőrizzék egyensúlyukat és versenyképességüket.

A kidolgozott javaslatok – hasonlóan a jóléti állam és a szociális piacgazdaság alapelveihez – nagymértékben különböztek abban, hogy *tisztán piaci eszközökkel meg lehet-e oldani ezt a feladatot, vagy ennél sokkal mélyrehatóbb beavatkozásra van szükség* (9. sz. táblázat). A két véglet egyrészt az Amerikai Egyesült Államokban, másrészt Nyugat-Európában kristályosodott ki (10. sz. táblázat).

Az európai felfogásban axióma, hogy az egészségügyi szolgáltatás különleges szociális jószág, abban lehetőleg a lakosság teljes egészének részesednie kell valamilyen jogon, de a szabadon érvényesülő piaci viszonyok között ez nem lehetséges. A hatékonyság növelése érdekében azonban szükséges a széles körű, de kontrollált, szabályozott verseny. A költségek visszafogásának eszközét a szolgáltatói kapacitások, az árak, orvosi létszám és díjak korlátozásában látták, vagyis a kínálati oldal szabályozásában, zárt finanszírozási rendszer létrehozásában. Az amerikai rendszer ezzel szemben az ellátást nem tekintette feltétlenül biztosítandó jószágnak, a kiadások visszafogását a szabadon érvényesülő piaci viszonyoktól, a fogyasztók költségérzékeny tételé-

¹ A tanulmány első része a Gazdaság és Társadalom c. folyóirat 1994/5. számában jelent meg. (A szerk.)

től várták, hangoztatva a páciensek szuverenitását és szabadságát. Ennek megfelelően finanszírozási rendszerük nyitott maradt. Az összehasonlítás miatt különösen érdekes Kanada. Ebben az országban az 1960–70-es évek fordulóján a magánfinanszírozásról áttértek a közfinanszírozásra, miközben a szolgáltatásban megmaradt a magántulajdon dominanciája.

A fő rendszertípusok összehasonlító elemzéséből levonható lényeges következtetéseket a következők (a szükséges legfontosabb tényeket az 1–4., 8., 11., és 12. sz. táblázat tartalmazza)

9. sz. táblázat

A jóléti állam és a szociális piacgazdaság közti fő különbségek

| Jóléti állam (Welfare state) | Szociális piacgazdaság (Soziale Marktwirtschaft) |
|---|--|
| a piac szükséges, de nem jó | a piac szükséges és alapvetően jó |
| a piac működésébe be kell avatkozni | a piac működésébe nem szabad beavatkozni |
| a gazdaság működtetése során is érvényesíteni kell a szociálpolitika szempontjait | a gazdaságot és a szociálpolitikát szeparálni kell egymástól |
| annál több szociálpolitika szükséges, minél gazdagabb egy társadalom | annál kevesebb szociálpolitika szükséges, minél gazdagabb egy társadalom |
| a szociálpolitika preventív és korrekatív | a szociálpolitika korrekatív |
| a társadalmi felelősség hangsúlyozása | az egyéni felelősség hangsúlyozása |
| állampolgári jogon járandóságok | szubszidaritás (kisegítőlegesség) elve |

Forrás: [6], [10], [16]

10. sz. táblázat

A kiadások korlátozására irányuló két markáns stratégia

| | | |
|-----------------|--|--|
| | Mikromenedzsment (piaci retorika az USA-ban) | Makromenedzsment (szabályozott verseny Ny-Európában) |
| Kínálati oldal | a hatékonyság ösztönzése finanszírozási módszerekkel | területi tervezés, kapacitások korlátozása, erőforrások arányosabb területi elosztása, árak szabályozása |
| Keresleti oldal | a páciens fogyasztóvá alakítása a kiadások nagyobb mértékű megosztásával | globális költségvetés a kórházak számára, felső korlát az orvosi díjakra |

Forrás: [1]

12. sz. táblázat

Az orvosok és kórházak finanszírozásának módszerei néhány karakteres rendszerű országban

| | Az orvosok finanszírozása | | A kórházak finanszírozása |
|----------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| | az alapellátásban | a kórházakban | |
| Kanada | fee-for-service, vagy fizetés | fee-for-service, vagy fizetés | éves, prospektív, globális költségvetés |
| Anglia | fee-for-service + fejkvóta | fizetés | éves, prospektív, globális költségvetés |
| Németo. (NSZK) | fee-for-service | fizetés | prospektív, kórház-specifikus ápolási napok |
| USA | fee-for-service | fee-for-service vagy fizetés | Medicare: DRGs magánbizt.: retrospektív költségtérítés |

Forrás: [1]

1. Az egészségügyre fordított összegek nagysága és a lakosság egészségi állapota, illetve annak javulás között nincsen szoros összefüggés. (Az Egyesült Államokban kiugróan magas összegeket költenek az egészségügyre, a vonatkozó népességi mutatók mégis az OECD országok homológ adatainak legrosszabbjai között van. De ez figyelhető meg kevésbé sarkosan Németország és Anglia összehasonlításakor is.) Sok más felmérés [8] is azt bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátás – a fejlett országokban – csak 10–20%-nyi szerepet játszik a lakosság egészségi állapotának színvonalában. Jóval döntőbb a környezetszennyezés, az életmód, a lakó- és munkahelyi körülmények, stb.

2. A magánfinanszírozás dominanciája esetén súlyosan sérül a társadalmi szolidaritás elve. Az USA-ban 35 millió állampolgár él mindenféle biztosítási jogosultság nélkül, s az állami segélyprogramok is csak egy részüket fedik le. A meglévő, egyébként igen tekintélyes erőforrások (1989-ben 604,1 billió USD) elosztása rendkívül egyenetlen (13. sz. táblázat). Az ellátásból a legrosszabb helyzetű, leginkább rászoruló rétegek maradnak ki.

13. sz. táblázat

Az egészségügyi kiadások megosztása az USA lakosságának arányában

(a népesség adott százalékára eső kiadás a teljes egészségügyi költségek százalékában)

| A lakosság felső | Részesezés az egészségügyi kiadások egészéből (%) | | |
|---------------------|---|------|------|
| | 1970 | 1977 | 1980 |
| 1 %-a | 26 | 27 | 29 |
| 2 %-a | 35 | 38 | 39 |
| 5 %-a | 50 | 55 | 55 |
| 10 %-a | 66 | 70 | 70 |
| 30 %-a | 88 | 90 | 90 |
| 50 %-a | 96 | 97 | 96 |

Forrás: [11]

3. Az egészségügyben nem hagyhatók a szabadpiaci mechanizmusok érvényesülése, mert az egészségügy speciális területe a gazdaságnak, több ponton piaci elégtelenséghez vezető sajátosságokat hordoz magában:

3.1. Az orvos információs *monopóliumot képez*. Ennek egyik oka az a tudásmennyiség, mellyel rendelkezik, s amit érthető módon kevésbé tud páciensének átadni, hiszen annak megértéséhez rengeteg alapismeret szükséges. Ugyanakkor az orvostársadalom is mesterségesen fenntartja tudományának miszticitását, hiszen ez kiemelkedő társadalmi presztizsének egyik tartóoszlopa. *A beteg tehát alapvetően nem rendelkezik elegendő ismerettel racionális döntések meghozatalához, részint látszólagos választásait alapvetően az orvos ajánlásai határozzák meg. Ez viszont azt jelenti, hogy a piac két pillére, a keresleti és a kínálati oldal összemosódik, tehát az orvos alapvető befolyással rendelkezik saját szolgáltatásának keresettségére.* Természetesen ezt saját érdekeinek megfelelően próbálja kiaknázni, vagyis pl. ha teljesítményfüggő bérezést kap, akkor az esetleges határeseteket „beteggé” nyilvánítja, vagy ha fix juttatást kap, akkor mesterségesen várakoztatást hoz létre, betegeit így magán-praxisa felé terelve. Ebből is látszik, hogy *nincs az a kapacitás-mennyiség, amely ha egyszer létrejött ne teremtené meg saját beteganyagát (ez a medikonómia Romer-törvénye).*

3.2. *Ellátási kötelezettség terheli az orvost és az intézményhálózatot.* Ezt mindenki (legalábbis a társadalom döntő többsége) magától értetődőnek veszi, hiszen alapvető etikai normákat sértene, ha pl. egy válságos állapotban levő beteget nem fogadna egy kórház, csak azért, mert a beteg nem rendelkezik biztosítással és nem fizetőképes. Ez gátolja egyben a kontraszelekciót is, az orvosnak kötelessége olyan szövődményes eseteket is elvállalni, akinek a gyógykezelése messze meghaladja az adott betegsége fizetett normatívát. A felvételi kötelezettség miatt természetesen üresen kell tartani akut ágyakat, emiatt a kórház nem tud teljes kapacitással, vagyis teljes hatékonysággal dolgozni. Az említett példák természetesen attól függő hatásúak, milyen a finan-

szírozás rendszere (pl. globális költségvetés, ápolási nap szerint, DRGs).

3.3. *A technikailag lehetséges, de gazdaságilag irracionális kezelések, helyzetek számának meredek növekedése figyelhető meg a modern medicina fejlődésével. Komoly etikai problémákat jelentene, pl. az akár évekig „életben” tartható agyhalottak, vagy az eutanáziát kívánó gyógyíthatatlan betegek, az élettel hosszabb távon összeegyeztethetetlen fejlődési rendellenességgel világra jövő újszülöttek, a meddő nők mesterséges megtermékenyítése, a súlyos elmebetegek intézeti kezelése.*

3.4. *Problémás az árkalkuláció, az eredménymérés, a minőségellenőrzés. Ez utóbbi esetében, mivel a páciens teljesen individuális betegségben szenved (pl. szabadon kombinálódnak a különböző betegségek, súlyosságuk is más és más, ezeket pedig nem egyszerűen szeparálva kell kezelni, hiszen így minőségileg más egészségügyi állapotot jön létre), valamint teljesen egyénileg reagálnak az egyébként jól ki-próbált és bevált kezelésekre. Így nagyon széles az a diagnosztikus-terápiás sáv, amiben az orvos mozoghat, anélkül, hogy az általa választott utak bármelyike szakmailag kifogásolható volna. Gondot okozhat az output megítélése is. A betegek ugyanis korántsem mindig távoznak „fehéren” (= gyógyultan, egészségesen), vagy „feketén” (= változatlanul betegen), a köztes állapotok megítélésében nehézkes annak eldöntése, lehetett volna jobb eredményt elérni, vagy sem. A nagymérvű variabilitás miatt (általános állapot, különböző betegségek, reakálás a terápiára, kooperabilitás, stb.) a pontos árkalkulációhoz, minőségellenőrzéshez, teljesítményméréshez viszont olyan mennyiségű adminisztráció szükséges, hogy az – mivel munkaidőt, eszközt, technikát igényel – jelentősen növeli a költségeket (az Egyesült Államokban ez az összes egészségügyi kiadás 20–35 %-a!). [1], [12], [13]*

3.5. *Jelentős politikai hatás jelentkezik, hiszen rosszul működő egészségügyi rendszerrel szinte biztos a bukás, de legalábbis nagy súllyal esik latba a választásokkor (ld. Bush–Clinton elnökválasztási*

harc). Ugyanez vonatkozik a helyi hatalomra is. Ez *állandó megfelelési kényszert jelent*, aminek negatív hatásai is lehetnek (pl. új betegelő-látó kapacitásokat teremtenek, high-tech készülékeket vásárolnak, ugyanakkor ezek drága fenntartása már a biztosítókra hárul, nem is beszélve a már említett Romer-törvény hatásáról).

3.6. *Társadalmi externáliák alapvetően meghatározhatják az egyének egészségi állapotát* (fertőző betegségek, kezdve az influenzától és szalmonella-fertőzéstől az AIDS-ig, nemi betegségekig, vagy a környezetszennyezés, a kemikáliák mindennapos használatának felelőssége az allergiás betegségek ugrásszerű elterjedésében, a passzív dohányosok egészségkárosodása, a nagyvárosi stressz mentálhigiénés hatása, stb.).

3.7. *Az egészségügyi lobby* (beleértve az orvosokat, a gyógyszer-, segédeszköz- és orvosi készülékgyártókat, melyek összességükben a világ egyik legnagyobb iparágát alkotják) nagy hatékonysággal tudják akár állami szinten is befolyásolni a döntéselőkészítést és -hozatalt. Az orvosok képesek az üzletágba való belépés limitálásával (orvosképzés keretszámai, állások szakorvosi képzettséghez kötése) a verseny korlátozására, a gyógyszergyárak új készítményeiknél („rákellenes”, „AIDS-ellenes”, stb. szerek), az óriási társadalmi nyomás segítségével hatalmas profitot tudnak kikényszeríteni a biztosítóktól.

3.8. *Az egészség különleges jószág, mert:*

- mással nem helyettesíthető árucikk
- hiánya lerombolja az egyén jövedelmező képességét
- keresletét nem a fizetőképesség határozza meg
- helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartama (vagyis mikor betegszik meg az egyén, miben, és annak gyógyítása mennyi ideig tart, milyen ráfordítás árán) az esetek igen jelentős részében nem tervezhető meg előre.

3.9. *Az egészségügyi szolgáltatás rendkívül drága, a direkt finanszírozást csak szűk réteg engedheti meg magának. Az egészséghez való jog viszont alapvető emberi jog.* Ezen kívül az előző pontban említett okok is indokolják a szolidaritás elvének érvényesítését az egészségügyben. Ennek egyik legjobb eszköze az általános közfinanszírozás megteremtése, ami viszont a már korábban részletezett módon növeli az erkölcsi kockázatot (*moral hazard*), vagyis korlátozás nélkül a végtelen kereslet irányába mutat.

A közfinanszírozás dominanciája nem zárja ki azonban a szolgáltatói oldal magántulajdoni többségét, a szükséges szabályozások mellett pedig sok területen lehet piaci ösztönzőket alkalmazni. Mindezekre jó példa Kanada, mely áttérve a társadalombiztosítási rendszerre, képes volt az egészségügyi költségek növekedésének megállítására, a magán-szolgáltatói dominanciával viszont rendelkezik azon jó tulajdonságokkal, amikkel a szomszédos USA egészségügyi rendszere (fejlett technikai színvonal, rugalmasság, magas szintű ellátás, stb.).

Általában figyelemre méltó, hogy azok az országok voltak képesek kiadásaik korlátozására, amelyek zárt és prospektív közfinanszírozással rendelkeztek, s a hangsúlyt a kínálati oldal szabályozására helyezték (adminisztratív engedélyezési eljárások, kontroll, természetes input szabályozása, struktúra átalakítása, stb.)

2. Az állam szerepe az egészségügyben

A fejlett ipari társadalmakban a XX. század végén egyre általánosabban fogalmazódik meg az igény: *az állam biztosítsa minden polgárra számára a lehetőségeket, körülményeket, hogy élni tudjanak az egészséghez való alapvető jogukkal.* A mindenkori kormányoknak feladata továbbá – a nemzetgazdaságok érdekében is –, hogy minél hatékonyabban működjön az egészségügy. Mindezeket igen bonyolult és széleskörű szociálpolitikával próbálják megvalósítani, országonként eltérő módon és hangsúlyokkal.

Ezek között azonban jónéhány közös vonás is akad, így általános-
ságban megfogalmazható tevékenységi területek:

- a hatékony működés érdekében piaci viszonyok teremtése
- az egészségügy piaci elégtelenségei miatt kialakuló anomáliák preven-
tív, ill. korrekatív kezelése
- az egészségügy tevékenységével csak részint kapcsolatban levő, vagy
attól teljesen független, de a lakosság egészségi állapotát nagy mérték-
ben befolyásoló területek felügyelete, irányítása, szponzorálása.
- ezen funkciókhoz szükséges jövedelem-újraelosztás megvalósítása.

*Az állam feladata, hogy az egészségügyi ellátás elérhetőségét és hozzá-
férhetőségét biztosítsa.* A szolidaritás elve nem engedi meg, hogy valaki
ne jusson hozzá a szolgáltatásokhoz, mert anyagi helyzete, életkora, szo-
ciális helyzete ezt nem teszi lehetővé, vagy mert az erőforrások földrajzi
elhelyezkedése nem fedi le az egyén életterét. Természetesen, amennyiben
az adott országban nem közszolgáltatás a domináns, az államapparátus
ezen funkciójának sokkal inkább indirekt (pl. adminisztratív eszközök,
gazdasági ösztönzők), mintsem direkt úton tesz eleget, ahogyan megva-
lósítja ezt számos más területen a későbbiekben említendőek közül is.

Fontos feladat az egészségügyi szolgáltatások, illetve esetleges hiá-
nyuk elfogadtatása valamely területen. Komoly jogi és etikai problé-
mák vetődnek fel például az abortusszal, szervátültetéssel,
eutanáziával, génebészettel és más területekkel kapcsolatban. Ezek
szabályozását intenzív társadalmi konszenzusra törő dialógus kell
megelőzze, közelítendő az álláspontokat, nehogy a lakosság megosz-
tottsága nehezen kezelhető méreteket öltjön. A törvénykezésnek ezu-
tán is követnie kell a kor felfogásának esetleges változásait. Ezeknek a
problémáknak jelentős gazdasági vetületei is vannak. Az élet utolsó 4–
6 hónapja óriási összegű ráfordításokat igényel a korra jellemző beteg-
ségek többségénél (kemoterápiás szerek, antibiotikumok, intenzív te-
rápiás eszközök és ellátás), sokszor – a racionalitás szempontjából –
különbözőbb eredmény reménye nélkül. Ilyenkor sarkosan vetődik fel
az eutanázia lehetősége. Vagy hasonló helyzet a terhesség korai szaka-

szában kimutatott súlyos magzati fejlődési rendellenesség kérdése is, mely képezheti művi vetélés indikációját.

A szakemberek (orvosok, ápolók, nővérek, műszakiak) képzése és továbbképzése jórészt állami intézményekben történik. A szűk szakmai színvonalon túlmenően fontos, milyen szociológiai, pszichológiai, etikai, jogi, gazdasági ismereteket sajátítanak el, ezeket munkakörükben mennyire tudják hasznosítani. A „Romer-törvény” következtében fontos az orvosegyetemi keretszámok fenntartása, vagyis *a piacra lépő orvosi munkaerő nagyságának korlátozása, ill. struktúrájának alakítása* (szakvizsgák, feltételrendszere, közalkalmazotti jogállás és bérezés, magánpraxis létesítésének követelményei, stb.).

Egyes területeken direkt finanszírozóként, esetleg szolgáltatóként is meg kell jelennie az államnak a piacon, így a járvány- és közegészségügyi feladatok esetén, vagy egyes, a társadalom perifériájára szorult rétegek ellátásában (hajléktalanok, munkanélküliek, szenvedélybetegek, testi- és szellemi fogyatékosok). Ezzel az eszközzel a kormányzatoknak óvatosan kell bánniuk, hiszen keresletnövelő hatásúak, széles körű alkalmazásuk esetén igen jelentősen megnövelik az egészségügyi ellátásra fordított összegeket. A szükséges erőforrásokat a költségvetés bevételeiből (magántulajdoni dominanciájú gazdaságban főként adófajtaból) biztosítják, vagyis a csoportkockázat alapú *biztosításon kívül is történik jövedelemátcsoportosítás* (irányai: aktívak → inaktívak, vagyis nyugdíjasok, fogyatékosok, rokkantak, munkanélküliek, gazdagok → szegények, gyermektelenek → sokgyermekesek, férfiak → nők, fiatalok → idősek, elmaradott földrajzi régiók → fejlettebb területek). Mindezek az újraelosztó folyamatokat *célszerű minél decentralizáltabban végezni* (pl. önkormányzati, alapítványi szinten), mert a központi elosztás mindig sokkal kevésbé hatékony (Max Weber bürokrácia-elmélete: az apparátus öntörvényű, rugalmatlan, terjeszkedő, ld.^[17]).

Az egészségügyi ellátást igénybe vevők érdekvédelmének biztosítása sokszintű és sokrétű feladat. A társadalom civil szervezetei, a biztosí-

tótársaságok és az államszervezet egyaránt fontos, egymást kiegészítő szerepet kap benne. A szabályozás egyik szintje *a jogi keretek meghatározása*: az egészségügyi intézmények és alkalmazottainak munkaköre, jogai, kötelességei, ezek gyakorlásának módja. A szabályozásnak lehetőség szerint világosan és egyértelműen taglalnia kell minden részterületet, például az orvos tájékoztatási kötelezettségét, a személyes adatok felhasználásának, tárolásának, a beteg beleegyezésének módját, a szervkivétel körülményeit, feltételeit, a klinikai gyógyszer-, eljárás-, műszer kipróbálás lehetőségeit, az eutanázia problematikáját, s még rengeteg, az ember méltóságát, alapvető jogait érintő kérdést. Mindezek pontos szabályozása természetesen nem történhet csak jogszabályi úton. Az elbírálás mindennapi gyakorlatát a bírósági perek, szakmai társaságok állásfoglalásai, egyáltalán az orvosi, jogi, szociológiai, pszichológiai, filozófiai tudományok mindenkori állása alakítja ki. Ezért is fontos állami feladat a szakemberképzés keretében ezen ágak kellő mélységű oktatása. Bár korántsem csak ehhez a témakörhöz kapcsolódik – hiszen komoly nemzetgazdasági és más jelentős érdekek is indokolják – az állam kiemelkedő szerepe *az alapkutatások támogatásában*. Az itt tárgyalt tudományágak fejlődésének alapját képezik ezek, a kor kihívásainak megfelelni csak erőteljes fejlődésükkel, az eredmények alkalmazásával lehet (pl. a szervátültetést az orvosi, kémiai, biológiai kutatások teszik lehetővé, de komoly etikai, filozófiai, jogi, gazdasági, műszaki kihívást is jelent egyben). Szintén anyagi, adminisztratív támogatást igényelnek *az egyes szakterületek országos intézetei, szakmai kollégiumai*. Az általuk kidolgozott irányelvek, kritériumok, standardok, minimumok a kontrollhoz nélkülözhetetlen összehasonlítási alapok.

A hatékony érdekvédelemhez szükséges az orvosi társadalomtól független szervezet, vagy szervezetek létrehozása. Az orvoslás tradicionalizmusából következik, hogy a gyógyító tevékenységet nagyfokú misztikusság övezi, az orvosok a laikusokat nem avatják be tevékenységükbe, viszont erős köztük a kollegialitás, egymás védelme. Ennek következtében a kontrollt a lehető legjobban függetlenített

orvosszakértőkön túlmenően olyan kívül álló embereknek (laikusoknak) is végezniük kell, akik *specializálódott szakértők* (pl. orvos-jogász, orvos-közgazdász), nem állnak az egészségügy lobby hatása alatt. Az érdekvédelmi szervezet lehet az állam által létrehozott és felügyelt alapítványi hálózat, vagy ombudsman révén működő szervezet. Lényeges, hogy létük közismert legyen, könnyen elérhető akár egy kórházban fekvő beteg számára is, az egyéni panasz kivizsgálásából próbáljon általános következtetéseket levonni, azokra megfelelő intézkedési tervet kidolgozni, természetesen azon túlmenően, hogy az egyes bejelentések kivizsgálására megfelelő lehetőségei, jogosítványai legyenek. Ha a jogos észrevételt figyelemfelhívással, az érdekelt felek közti megállapodással nem lehet megoldani, úgy szükségessé válhat közreműködése a hivatalos eljárások (pl. büntetőjogi feljelentés, polgári peres eljárás) beindításában, lebonyolításában.

Az érdekvédelem szempontjából is előnyös lenne, *ha az eddig tradicionális orvos-beteg viszony bizonyos mértékig szakértő-kliens kapcsolattá alakulna*. Az eddig tárgyalaton kívül ennek hatásos eszköze a piaci verseny megteremtése, a szolgáltatók konkurálása. A páciens választási lehetősége, a kórház és a személyzet valamilyen típusú teljesítmény-bérezése, a jogi szabályozás, a hatékony érdekvédelem a polgárt „egyszerű betegből” fogyasztóvá emeli, aki vásárolja az egészségügyi szolgáltatásokat, az orvosnak pedig, az egyén megnyerése érdekében be kell őt avatnia bizonyos mértékig műhelytitkaiba, egyenrangú félként kell kezelnie, így az eddigi személytelen ellátás helyett sokoldalú humánus ellátásban fogja részesíteni. A folyamat azonban elővigyázatosságot igényel. Korántsem minden beteg vesz jó néven ekkora autonómiát. Az egyén karakteréből adódóan pl. infantilis személyiségi reakcióval válaszolhat megbetegedésére, és szélsőséges esetben (a valóságban nem is ritkán) egyenesen autoriter orvosszerepet igényel, ez szolgálja gyógyulását, egyébként elhagyatottnak, elesettnek, tanácstalannak, döntésképtelennek érzi magát. Kétségtelenül a társadalom is, vagy legalábbis egy jelentős része, bizonyos tulajdonságokat, külsőségeket vár el az orvostól, melyek sokszor irreálisak, fő-

lőslegesek, a beteg bizalma érdekében azonban szükségesek (pl. egy orvos legyen magabiztos, kicsit tartózkodó, civilben elegáns, stb.). Ezért is szükséges az egyetemi képzésben olyan határterületek, mint a pszichológia, szociológia magas színvonalú oktatása.

A piaci viszonyok megteremtésében hatásos eszköz lehet a privatizáció folyamata. Az állam döntő – és kellő – befolyást tud gyakorolni az egészségügy működésére adminisztratív és jogi szabályozással, gazdasági preferenciákkal, diszpreferenciákkal, vagy éppenséggel szankciókkal. Így nem szükséges, hogy jelentős mértékben részt vegyen a szolgáltatásban, a finanszírozásban, sőt, a szabályozás egy részét is átengedheti pl. a biztosítótársaságok egyfajta szövetségesének, vagy a társadalombiztosítóknak. *A privatizáció történhet az állami tulajdon elidegenítésével is, de lehetséges metódus üzemeltető, felügyelő önkormányzatok létrehozása, vagy szerződéses megoldások alkalmazása.* A folyamat lényege minden esetben a működés hatékonyságának növelése, melyet általában a nehézkes, nem tulajdonos–szemléletű bürokrácia sokkal kevésbé tud megvalósítani, mint a tényleges vagyoni érdekeltségű vezetés.

Az a jelenség, hogy a fejlett országok egészségügyi kiadásai közti nagy különbségek egyáltalán nem tükröződnek népességük egészségi mutatóiban, illetve a jelentős költségnövekedések nem eredményeztek arányos javulást ezen paraméterekben, tehát ez is mutatja, a modern betegség–orientált szerkezettől további fejlődés nem várható. Sokrétű kutatások is alátámasztották azt az elképzelést, hogy *a lakosság egészségi állapotáért döntő mértékben* (különböző felmérések szerint 80–90%–ban) *az egészségügyön* (bár nevezhetnénk betegségegynek is) *kívüli tényezők a felelősek.* Ezek közül a legfontosabbak:

- életmód (táplálkozás, dohányzás, alkohol fogyasztás, mozgásaktivitás)
- környezeti hatások (környezetszennyezés, társadalmi stressz, lakó- és munkahelyi környezet)
- kulturális színvonal (egészségügyi ismeretek és szükségletek)

Az állam ezen tényezők mindegyikét nagy mértékben befolyásolni tudja szociálpolitikája révén, ill. felismerve és működésében megvalósítva azt az alapelvet, hogy a gazdasági tevékenységnek az ember jólétének a növelése a célja nem pedig a gazdasági növekedés önmagában, különösen nem, ha az egészségkárosító hatású módon vihető végbe.

Az egyén az őt érő szociális stresszre egy tolerábilis szintig adaptációval, vagy valamilyen úton létrehozott regenerációval válaszol. Bizonyos szinten túl azonban ezek elégtelenné válnak, létrejön a distressz, az egészségkárosodás. A mindennapi terhelés jelentőségét mutatja a pszichoszomatikus betegségek nagy száma (ez pl. belgyógyászati osztályokon eléri az 50–70 %-ot), melyek létrejöttében kizárólagos, vagy nagy jelentősége van a pszichés tényezőknek. Napjainkban nagy a társadalmi mobilitás lehetősége, illetve kényszere, ennek következtében viszont gyakran jön létre státusz inkonzisztencia (a jövedelem, vagyon, fogyasztói szokások, kulturális színvonal, képzettség, lakó- és munkahelyi környezet, életmód egymáshoz viszonyított diszharmoniaja). Ez nagy szociális stresszhatást jelent, mely szociálpolitikai eszközökkel mérsékelhető.

A hatalmi elitnek hatása van a *korszellem* alakítására, mennyire érték az ember, az egészség, a humán és természettudományos ismeret, milyenek a fogyasztói szokások, milyen életmód a divatos (ismert, hogy egy amerikai elnök személyes preferenciái még állampolgárainak ételmisszerfogyasztási szokásaira is jelentős hatással lehet.)

A legdöntőbb változásokat azonban – igaz hosszabb távon – az egészségneveléssel, iskolai oktatással, ismeretterjesztő propagandával lehet elérni, hiszen így jelentősen lehet befolyásolni a népesség tagjainak egészségügyi szükségleteit, életmódját. Mivel az orvoshoz fordulás komplex pszichoszociális folyamat, ezekkel az eszközökkel is változtatni lehet nemkívánatos jelenségeken. Alacsonyabb jövedelmi, kulturális szintű rétegeknél a hiányos ismeretek, a magasabb tünettolerancia (csak súlyosabb panaszokat ítél kórosnak) miatt a betegség elő-

rehaladott stádiumában fordulnak orvoshoz, mint egy azonos betegségben szenvedő értelmiségi. Alacsony jövedelmi színvonal esetén az egészség egyébként sem az elsődleges értékek között szerepel. Az egészségügyi szükségletet befolyásolja a szocializáció (pl. egy nő esetében elfogadottabb, ha beteg), az egyén szerepkötöttsége (mennyire rugalmas feladata átcsoportosításában, lehetőséget teremtve így az orvos felkeresésére), szociális szerepe (a családban a nő feladata a tagok egészségével törődni, ezért jobban odafigyel magára is, ismeretei is gazdagabbak ezen a területen). A betegségek megelőzésében hátráltató jelenség az életkor-korlát, vagyis 20–50 éves aktív korosztály önégető életmódot folytat, nem fordít figyelmet egészségére, pedig ezekben az életévekben kellene megelőznie a klasszikus betegségek kifejlődését (cukorbetegség, érelmeszesedés, szívinfarktus, rákos megbetegedések).

Természetesen rengeteg olyan terület van még, ahol az állam jelentős szerepet kap: a környezetszennyezés megakadályozása, felszámolása, humánus lakókörnyezet kialakítása (várostervezés keretében parkosítás, forgalomtervezés, építési szabványok, kiszolgáló és szociális intézmények), szabadidőcentrumok létesítése, szűrések szervezése, üzemegészségügyi intézkedések (normák, munkaidőkedvezmény, korkedvezményes nyugdíj), egyes termékek, szolgáltatások extra adóztatása (dohányáru, alkohol tartalmú italok, benzin), vagy éppen adókedvezménye (sporteszközök és -szol-gáltatások, korszerű élelmiszeripari termékek, környezetbarát produktumok), törvényi szabályozás (nyilvános helyen való dohányzás visszaszorítása).

Mindezen intézkedések meghozatalát számos szempont elősegíti, vagy hátráltatja attól függően milyen erős társadalmi csoportok, lobbyk érdekeit tükrözik vagy éppen sértik, hogyan viszonyul alapvető emberi jogokhoz, elfogadott társadalmi normákhoz. Gazdasági szempontból azonban a legtöbb esetben jól kalkulálható, hogy az egészségügytől az adott preventív célra elvont összeg milyen hatást hozott volna létre (lemondott haszon), ill. új felhasználási területén mekkora eredmény mutatható ki (elmaradt kár haszna).

A betegségek megelőzése, az egészség helyreállítása végül is két tevékenységi körre osztható. A szorosan vett egészségügyi ellátás a *kriszis stratégia* (a megbetegedett, vagy sérült ember halálát megakadályozni, egészségét a lehető legnagyobb mértékben helyreállítani) és a *megelőző-szűrő stratégia* (a veszélyeztetett ember rizikótényezőit eliminálni, a megbetegedettet korai stádiumban kiszűrni és gyógyítani) eszközeivel dolgozik, a feladat az, hogy a hangsúly minél inkább az utóbbira helyeződjön.

Az állam viszont a figyelmet és az erőforrásokat a következő formákra kell irányítsa: a *betegségek külső okait megszüntető stratégia* (jelentős etiológiai tényezők, úgy mint környezetszennyezés, szociális stressz, stb. eliminálása), a *egészséget megőrző, erősítő stratégia* (olyan életvitel, környezet, elvárások, lehetőségek, melyek segítenek az egészséget megőrizni, azt erősíteni). [7]

3. A biztosítók szerepe az egészségügyi ellátásban

Az egészségügyi rendszerek nagy részben az ellátás folyamata, annak intenzitását, minőségét, költségét, mennyiségét, stb. meghatározó tényezők, a fogyasztó (páciens) – szolgáltató (orvos, kórház) – biztosító háromszög kölcsönös kapcsolatai keretében alakulnak ki. A biztosító ennek a központja, döntő befolyást gyakorolva a szolgáltatás különböző paramétereire. A szolgáltatók irányában történő finanszírozási technikákkal, versenyeztetésükkel, közvetlen adminisztratív szabályozással, kontrolljukkal, a fogyasztók költségérzékennyé tételével, kockázatkerülő magatartásra való kényszerítésével, különböző folyamatok preferálásával, vagy diszpreferálásával nagy mértékben tudnak ösztönözni a hatékony betegellátásra. A szolgáltatók és fogyasztók viszont a biztosítótársaságok versenyeztetésével, a velük kötött szerződésekkel tudnak javítani pozícióikon. Mindezen folyamatok az egészségügy piaci elégtelensége miatt nem működnek ideálisan, de ezt próbálja korrigálni a „negyedik oldal”.

A törekvések világszerte az általános és kötelező biztosítás bevezetésére, megvalósítására irányulnak. Ennek a népesség döntő többségét, gyakorlatilag egészét le kellene fednie, viszont csak a minimumszolgáltatásokra terjedne ki, azokra, melyek jól kimutatható és szignifikáns hatással vannak az egyén élettartamára, életminőségére. Törekvés mutatkozik az ingyenes szolgáltatások körének radikális csökkentésére, a kötelező biztosítás keretén belül és kívül a piaci verseny serkentésére.

Annak meghatározása, végül is milyen ellátás tartozik a kötelező biztosítás körébe, vagy melyik nem, sokoldalú mérlegelés és érdekegyeztetés eredménye. Valószínűleg nem finanszírozható a természetes kockázatot meghaladó tevékenységből adódó egészségkárosodás ellátása (így veszélyes munkakörülmények között dolgozók, ilyen jellegű sportot űzők, mint autóversenyzők, hegymászók, egyáltalán a profeszszionális sportolók speciális sérülései, betegségei). A határok azonban bizonytalanok. Joggal merül fel, hogy a szabadidőben sielők, lovaglók gyakori sérülései finanszírozódnak-e, vagy külön biztosítást igényelnek. Nem a kötelező biztosítás körébe tartozik a közegészségügyi, járványügyi teendők költsége, az üzem-egészségügyi ellátás, az orvosszakértői tevékenység, a nem receptre felírt gyógyszer, a sok extra tárgyú (pl. plasztikai sebészet nagy része) vagy színvonalú szolgáltatás finanszírozása, illetve az ebből adódó jövedelemkiesés átvállalása.

Mindezen szolgáltatások fedezésére, a károk kompenzálása a fogyasztók nagy szabadsággal köthetnének külön szerződéseket (magán) biztosítókkal. Ez nagy rugalmasságot tesz lehetővé, az egyén igényeinek (hotelszolgáltatás és ápolás színvonala, a minimumot meghaladó diagnosztikus és terápiás eljárások, eszközök, házi ápolás, stb.) és kockázatának megfelelően. Ez a forma természetesen már igazi piaci racionalitással, a gazdasági ésszerűségnek megfelelő feltételekkel köttetik meg. A fogyasztó elképzeléseinek megfelelően ez lehetne a kötelező biztosítás kiegészítője (a plusz költségeket fedezve), vagy attól

szeparált (azt a kezelést fizeti, amelyikre a kötelező biztosítás nem terjed ki).

A kellően nagy biztosítóknak (ezért is jó, ha csak néhány társadalombiztosítási pénztár működik) érdeke olyan területek szponzorálása (alkalmazott kutatások, prevenciós programok), melyek közvetve vezetnek a kiadások csökkenéséhez. Ez a piac kis részével rendelkező társaságoknak nem érdekük, hisz a befektetés hasznát nagyrészt nem ők aratják le.

A biztosító a szerződésben olyan feltételeket tud kikötni, kiadásait, így az általa nyújtott szolgáltatás díját is csökkentendő, mely *a fogyasztót konstruktív, kockázatkerülő magatartásra készíti*. Így kikötheti, hogy a kliensnek időszakonként bizonyos szűrővizsgálatokon kell megjelennie (fogászati, nőgyógyászati, belgyógyászati rutinok). Ezzel a rizikófaktorok egy részét ki lehet iktatni (magas vérnyomás, magas vérzsír), vagy a betegséget korai, könnyen és olcsóbban kezelhető szakaszában diagnosztizálni lehet (cukorbetegség, nőgyógyászati- és tüdődaganatok, pszichés kórképek). Azon biztosított, aki ezeknek nem tesz eleget, vagy a kezelőorvosával nem kooperál kellő mértékben (megjelenés a kontroll vizsgálaton, részvétel a terápiás foglalkozásokon), automatikusan megszünteti szerződését. Ezen viselkedésével ugyanis az alkalmazott kezelés határfokát rontja, betegsége elhúzódóvá, szövődményessé válik, ami már nem tartozik a természetes kockázat körébe. Mindezen eszközök azonban még mindig csak az objektíven mérhető inkooperabilitás kivédésére elegendőek. Szubjektív(ebb) tényezők (előírászerűen szedi-e a gyógyszert, a tanácsoknak megfelelő életmódot folytat-e) azonban közvetlenül így nem befolyásolhatóak. További probléma annak eldöntése, vajon indokolt-e egy adott betegnél az orvoshoz fordulás gyakorisága, és ténylegesen új, illetve perzisztáló panaszai vannak-e, vagy csak pszichés okokból (szorongó, neurotikus beteg, aki panaszainak pszichés eredetét nem hajlandó elfogadni, vagy a magányos, idős ember, aki mintegy társadalmi életet él a rendelőben) veszi igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. A

gyógyulásra, egészségmegőrzésre való motiválásban, a túlzott fogyasztásban lehet jó eszköz a *páciens által fizetendő önrész*, rögtön hozzátevé, hogy alkalmazása nagy óvatosságot és körültekintést igényel, mert túlzott alkalmazása a ténylegesen beteg embert meggátolhatja a szükséges ellátáshoz való hozzájutásban, az éppen leginkább rászorulókat (szegények, chr.betegek) riaszthatja el. Viszont a módszerek igen nagy előnye, hogy *segít a beteget igazi piaci fogyasztóvá, klienssé alakítani, aki megpróbál valós gazdasági racionalitással is bírni, információval, szakvéleménnyel megalapozott döntést hozni, s ebben a folyamatban orvosát a neki nyújtott szolgáltatásból élő professzionalistaként (is) kezeli, tőle minőségi ellátást vár körülményekben, tudásban, magatartásban egyaránt.* Mindenesetre a páciens részesedése nem látszik indokoltnak a szűrővizsgálatok, az ezek eredményéből következő egyes terápiák és kontrollok esetébe, ill. egyes népcsoportoknál (léttminimum alatt élők, tanulók, bizonyos betegségekben szenvedők, stb.)

A biztosítótársaság *kontrolláló szerepköröket* is fenntarthat magának, megelőzendő, elkerülendő a szükségesnél nagyobb kiadásokat. Krónikus betegségek esetén ragaszkodhat a beteg kórházba történő felvételének, a tervezett kezelés megvalósításának engedélyezéséhez. Költséges ellátások esetében saját vagy független szakértőktől második véleményt kérhet annak indokoltságáról. Különösen a társadalombiztosító(k) esetében az új beruházások, új technika vásárlása, kapacitásbővítés esetén, – annak finanszírozása érdekében, – jogos az engedélyeztetési eljárás. Mindezek magyarázata a már tárgyalt piaci elégtelenség (Romer-törvény: a meglévő kapacitások mindig kitermelik saját beteganyagukat).

A finanszírozó érdekében áll a leghatékonyabbnak bizonyuló gyógyszer, eljárás támogatása (pl. preferálhatja az endoszkópos műtéti eljárásokat, mert a készülék beszerzése, a kezelő személyzet kiképzése sokkal kevesebbe kerül, mint amit nyer a biztosító azzal, hogy a beteg

hamarabb kerül ki a kórházból és áll munkába, ritkább a szövődmény, gyorsabb a rehabilitáció).

4. Lehetőségek a szolgáltatói hatékonyság növelésére

A piaci verseny helyzetére az egészségügyi ellátást végző intézmények, más gazdasági területek egységeihez hasonlóan, a hatékonyság növelésével reagálnak, és amennyire csak lehet, próbálják kiiktatni a számukra kényelmetlen, szorító tényezőket, Különösen az Amerikai Egyesült Államok kórházainál voltak ez utóbbi tendenciák jól megfigyelhetők:

- próbálták növelni piaci részesedésüket (ezáltal befolyásukat is) azok rovására, akiknek kisebb pénzügyi tartalékaik voltak
- a jó fizetőképességű betegeket intenzív marketing munkával, jó image kialakításával (színvonalas, gyakran luxus ellátás, a legkorszerűbb technika és eljárások) próbálták magukhoz vonzani
- jól kalkulálható és fizető szolgáltatásokra specializálódtak, szelektálva ezáltal a betegek között
- a versenytársak kiszorítására kórházi láncokká szerveződtek, ambuláns és egyéb (pl. ápolási, szállítási) tevékenységük kiterjesztésével biztosították a kellő számú beutalást maguknak
- próbálták megtalálni és kihasználni az aktuálisan alkalmazott finanszírozási módszer számukra előnyös hézagait.

A kórház költségeinek megtérítésére, fedezésére, valamint az egészségügyi személyzet, azon belül is elsősorban az orvosok bérezése egyik legfontosabb tényező az ellátás színvonalának és intenzitásának kialakításában. Ideális esetben hatékony ellátásra (jó minőség, csak a szükséges intenzitású és kiterjedésű), teljesítményre ösztönöz, érdekeltté tesz a szakmai fejlődésben, kevés adminisztrációval jár, nagy szabadságot biztosít a betegnek és orvosnak egyaránt. A létező módszerek természetesen nem tesznek eleget az ilyen eszményi követelményrendszernek, hátrányait csökkenteni lehet viszont kombinált alkalmazással, szabályozók kiépítésével. Az orvosok bérezésében

leggyakrabban alkalmazott javadalmazási formák a havi fizetés, a fejkvóta alapján, ill. a szolgáltatásonként történő finanszírozás.

A havi fizetés előnye és egyben hátránya is, hogy az orvost nem ösztönzi teljesítményre. Nem érdekelt a kellőnél intenzívebb, kiterjedtebb gyógyításban, tehát nem pazarol el ilyen módon pénzeket, viszont fölös erőforrásokat emészthet fel a kényszerítő körülmények hiányában végzett kényelmes, nem a legnagyobb körütekintéssel végzett munka, vagyis az elhúzódo kezelés, a felesleges vizsgálatok, a minőség elégtelensége.

A fejkvóta alapján történő finanszírozás nagy előnye, hogy jól kalkulálható a biztosító számára (a gyógyszerköltség kivételével), kevés adminisztrációval jár, viszonylag szabaddá teszi az orvosválasztást, a kellő pacientúra kiépítése érdekében teljesítményre, minőségre ösztönöz. Ugyanakkor a megfelelési kényszer túlzott fogyasztáshoz vezet (ismert a családorvosok milyen mennyiségű fölösleges gyógyszert kénytelenek felírni, vagy vizsgálatot elvégeztetni, mert ez betegek elvárása), és a módszer inkább az alapellátásban alkalmazható.

A szolgáltatás-orientált (*fee-for-service*) finanszírozás biztosítja a legnagyobb szabadságot, ugyanakkor igen nagy adminisztrációt jelent, az orvosokat a beteg lakosságban teszi érdekeltté (így kapnak sok „megrendelést”), érdekeltté tesz továbbá minél több vizsgálat, beavatkozás elvégzésére – akár fölöslegesen is – a betegeket pedig a specialisták felé tereli. Alkalmas viszont az alapellátásban a fejkvótarendszerrel való kombinálásra olyan esetekben, melyet a biztosítónak érdekében áll támogatni (pl. rendszeres szűrővizsgálatok, kontrollok).

Hasonló megfontolások érvényesek a kórházak esetében is. A globális költségvetés önmagában csak az intézmény vezetését teszi érdekeltté a takarékos ellátásban, a belső ösztönzőket nekik kell kidolgozniuk. A teljesítmény megítélése ráadásul párhuzamos módszereket igényel, annak jutalmazása csak az évenkénti keret emelésével, illetve

szankcionálás esetén csökkentésével, vagy évközi (cél) támogatásokkal lehetséges.

A szolgáltatás egységként történő elszámolás az orvosok fee-for-service finanszírozásának előnyeivel és hátrányaival rendelkezik, csakhogy ezen a szinten az intenzívebb ellátás hatalmas összegeket pazarolhat el, csakúgy, mint a nagy mennyiségű adminisztráció (az USA-ban, ahol ez a két módszer elterjedt, minden az egészségügyre fordított 1 USD-ból 33,5 cent megy el adminisztrációra).

Az ápolási napok alapján történő költségtérítés a terápia elnyújtására ösztönöz, még akkor is, ha ez a biztosító által betegségenként meghatározott kereteken belül történhet csak. Alkalmas viszont hosszasan (hónapokig, évekig) elhúzódó kórfolyamatok kezelése esetében. Ez utóbbi azonban minőség szempontjából aggályos (kezeléseken, diagnosztikus tevékenységen való „spórolás”).

A leginkább elterjedt és terjedőben levő módszer a *homogén betegségcsoportok* (DRGs = diagnosis-related groups) alapján történő finanszírozás. A módszer hatékonyan képes csökkenteni az egy esetre jutó költségeket, könnyű és viszonylag olcsó adatkezelést igényel. A szükséges intézkedések nélkül viszont a felvett betegek számának növelésére ösztönöz, a minőség romlásához, a gyorsabban kikezelhető páciensek kiválogatásához vezethet, az ellátás hangsúlyát pedig túlzottan a járóbetegellátásra helyezheti. Ezek megakadályozása miatt fontos a finanszírozók ellenőrzési- és engedélyezési joga, a különleges, vagy elhúzódó esetek más módszerrel történő fedezése (tétéles számla, ill. ápolási napok alapján), az *AVGs* (ambulatory visit groups) együttes alkalmazása és a minőségbiztosítás módszereinek kiterjedt bevezetése.

A minőségbiztosítás (quality assurance, QA) és *minőségellenőrzés* (quality control, QC) a fokozódó piaci verseny és a finanszírozási megszorítások közepette különösen nagy jelentőséget nyer a fogyasztó, a szolgáltató és a biztosító számára egyaránt. A QA szerepe, hogy az elérendő cél érdekében (végtelenül leegyszerűsítve az elégedetten és

gyógyultan távozó páciens) összerendezve az emberi és anyagi erőforrásokat, módszereket, ezek felhasználásával hatékony ellátást nyújtson. A szolgáltatás akkor jó minőségű, ha hatékony, indokolt, gazdaságos és megfelelő (adekvát). Mind a QA-hez, mind a QC-hoz elengedhetetlenül szükségesek egyetemes (pl. nemzetközi szervezetek, szakmai kollégiumok által megállapított) és az adott intézmény feltételeire adaptált standardok, melyekhez a folyamat egészét és a végeredményt hasonlítani lehet. Az összevetés külső és belső kontrollpontokon történhet.

Az ellátás *belső ellenőrzését* jelentik a vizitek, ügyeleti átadások, konzíliumok, zárójelentések, klinikopatológiai konferenciák, a belső szakmai, etikai, gazdasági vizsgálatok, belső elégedettségi felmérések a betegek és a személyzet körében, stb.

A folyamat *külső kontrollpontjai* a biztosítótársaságok ellenőrzései, engedélyezési vizsgálatai, az állami (pl. közegészségügyi, járványügyi) vizsgálatok, a civil érdekképviselői szervezetek fellépései, az orvospercek, stb.

A *sokoldalú szorító hatások* (gazdasági kényszer, minőségi követelmények, társadalmi és politikai elvárások) *miatt az egészségügyi intézmények belső tartalékainak feltérképezése és kiaknázása égetően szükségessé vált.* Ezen feladatnak a gazdaság más területeihez hasonlóan a *menedzser-típusú vezetés* tud leginkább eleget tenni, mely minőségileg új szemléletet jelent az eddigiekhez képest. A menedzser feladata a személyzet motiválása a hatékony munkára, a feladatok elvégzéséhez szükséges körülmények biztosítása, a folyamatos kontroll, a prioritások, célok és stratégiák kidolgozása.

5. Az egészségügyi rendszerek konvergenciája

A különböző típusú egészségügyi rendszerek fejlődéséből, az elért eredményekből és az elszenvedett kudarcokból levont következtetésekből úgy tűnik, hogy a szakemberek között néhány alapvető kérdésben konszenzus alakul ki, mely meghatározhatja a fejlett országok egészségügyének jövőképét, mindazonáltal mindegyik állam megőriz néhány jellegzetes hagyományából eredő sajátosságot. A rendszerek konvergenciája a következő területeken látszik kialakulni:

- Bizonyos körű és szintű egészségügyi alapellátás szociális jóság, azt az államoknak biztosítaniuk kell minden polgáruk számára, a társadalmi szolidaritás egyre erősödő elvét sértené, ha abból bárki kimaradna.
- A költségrobbanás megfékezésére, a hatékonyság növelésére a közfinanszírozás, a zárt rendszerű prospektív költségterítés volt alkalmas.
- A szabadpiaci folyamatok nagy mértékben fokozzák az egészségügyi ellátás színvonalát, innovációját, teljesítményét, gazdaságosságát.
- Az egészségügyben sajátos piaci elégtelenségek lépnek fel, melyeket folyamatosan korrigálni kell.
- A piaci szimuláció (szabályozás + piaci ösztönzők) a magán szolgáltatás dominanciája esetén könnyebben és hatékonyabban valósítható meg. Ez jól összeegyeztethető a közfinanszírozás túlsúlyával is.
- A közfinanszírozás által biztosított alapellátásban meghaladó szolgáltatásokra alternatív vagy kiegészítő magánbiztosítás köthető az egyén individuális igénye és egyéni kockázat szerint. Ez nagy rugalmasságot biztosít a rendszernek, kedvező a piaci viszonyok érvényesülése szempontjából is.
- Szemléletváltozásra van szükség az egészségügyben. Az eddigi betegség- és kórházcentrikus, túlzottan a természettudományi alapokra koncentráló orvoslást felváltja a prevencióra, az alapellátás fejlesztésére nagy hangsúlyt fektető szociális medicina. Az új szo-

ciálpolitikai irányzatok pedig az egészségügyön kívül, annál hatékonyabb és olcsóbb megoldásokat keresnek a társadalmi problémák jelentős részének megoldására, kezelésére.

- Az állam fő szerepe a szabályozott verseny kereteinek megteremtése és felügyelete. Direkt és indirekt beavatkozására csak a piaci elégtelenség következményeinek megelőzésében és felszámolásában van szükség.
- A rendszerben szükségszerűen létrejövő zavarok miatt *széles körű szakmai és laikus kontroll szükséges.*
- A költségrobbanásban szerepet játszó tényezők szabályozása szükséges (pl. orvoscépzés keretszámai, kapacitások korlátozása, fejlesztések engedélyeztetése).
- Jelentősen növekszik azon területek száma, melyeknél az orvostudományi, technikai lehetőségek ellentétbe kerülnek *a gazdasági lehetőségekkel, etikai normákkal, jogi keretekkel.* Ezen konfliktusok, feszültségek kezelésére nagy figyelmet kell fordítani
- Az egészségügyi intézmények vezetésében, az ellátás folyamatának szervezésében, a hatékony szolgáltatás kialakításában *jól hasznosíthatóak a gazdaság más területein működő cégek tapasztalatai, eszközei* (menedzsment–szemlélet, marketing munka, mentális privátizáció, belső versenyeztetés, 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 halálzási 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 Alkológiai Intézet, Alkológiai 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. Hiroski 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