

Egészségügyi reform, a dél-amerikai hibák ki- küszöbölésével

Bevezető

A világban tapasztalható gazdasági globalizáció irányába mutató trendek elérték már a 80-as évek végén elérték az egészségügyet. Az egészségügyben tevékenykedő nemzetközi vállalatok újabb és újabb piacokat keresnek és követelnek maguknak, melyben hatékony támogatást kapnak a nemzetközi pénzügyi szervezetektől. Célpontként mindig olyan országok merülnek fel, ahol a társadalombiztosítási rendszerek nagyon nagy alappá fejlődtek és azokat az adott állam kormánya, vagy államilag szabályozott intézmény kezel. Ezek a nagyvállalatok ezekre az alapokra teszik rá kezüket és érnek el rövid idő alatt kiemelkedő profitot, ami azonban a vállalat sikerével párhuzamosan rontja az alapok eredeti céljával kongruens működését.

Előzmények

Az ellenőrzött betegellátás (*managed care*) definíciója szerint az egészségügyi ellátást "átalánydíj" (*capitation payment*) fejében nagy magánvállalatok veszik adminisztratív ellenőrzésük alá (mindez azt jelenti, hogy vagy a - magán vagy állami - munkaadó, vagy egy közhivatal egy adott időtávra, általában egy hónapra, minden biztosított személy után előre fizet az MCO-nak egy, a tárgyalások alkalmával rögzített összeget). A biztosított személynek ezek után még térítési díjat (*copayment*) is kell fizetnie. Az Amerikai Egyesült Államokban a legtöbb biztosítottat ma már egy MCO fedez.

Ahogy a tulajdonos által menedzselt biztosítók növekedésnek indultak az Egyesült Államokban, a piac növekvő telítettségével - előre látható módon - estek a profitráták. A folyamat során a vállalatoknak stratégiát kellett kialakítaniuk a hozam növelésére.

A stratégiák között számításba jöhet a munkaerő termelékenységének növelése, új termékek felé való elmozdulás, és új piacok keresése. Mint ahogy az *Academy for International Health Studies* elnöke 1996-ban megjegyezte: "Beclsések szerint 2000-re a teljes USA népesség 80%-át valamilyen MCO fogja biztosítani. Mivel az amerikai MCO-k 70%-a profitorientált vállalkozás, a növekedés és a beruházásokon elért hozam fenntartásához új piacokra volt szükség"¹.

Így a hangsúly áttevődött új külföldi piacok keresésére. Az 1980-as évek végén, a 90-es évek elején Európa jó ötletnek tűnt. Több európai ország állami egészségügyi ellátásának reformja is magáévá tette a managed care, a piaci verseny és a közszolgálat privatizációjának elveit. Ezek a reformok Angliában a Thatcher-kormány erős támogatását élvezték, miként más országokban is a konzervatív pártok változó mértékű lelkesedését. A reformokat lebonyolító európai kormányok számára Alain Enthoven és tanítványai szolgáltak tanácsadóként, akik a Clinton kormányzatnak az állami egészségügyi program létrehozására irányuló szerencsétlen próbálkozásait meghatározó managed care javaslatokat is kialakították. De az európai állami rendszerek népszerűsége és sikere jelentős visszahúzó erőnek bizonyult a privatizációval szemben. Az 1990-es évek közepe óta az európai országok, mint az Egyesült Királyság, Hollandia és Svédország is, leállították az állami egészségügyi rendszerük privatizációjára irányuló kezdeményezéseket. Ráadásul a managed care az Egyesült Államokban is egyre népszerűtlenebbé vált.

Míthogy otthon a managed care piacok telítődtek, és Európában korlátozottak a kilátások, a managed care vállalatok a harmadik világ országai, elsősorban Latin-Amerika felé fordították a tekintetüket. A dohányipar és a rovarirtó szerek hagyományát követve az amerikai vállalatok - managed care formájában - olyan termékeket és eljárásokat exportálnak a harmadik világba, amelyek otthon már erőteljes kritikának vannak kitéve. A managed care exportja a Világbank, és más multilaterális pénzügyi szervezetek és multinacionális vállalatok lelkes támogatását is élvezte. A fogadó oldalon a harmadik világ országai erős nyomás alatt álltak, hogy egészségügyi és társadalombiztosítási rendszerük privatizációjakor a managed care-t fogadják el szervezési alapként

Az 1990-es években a legtöbb dél-amerikai kormány nagy nyomás alatt állt az országukat érintő pénzügyi válság miatt. Amikor ezek az országok a krízis enyhítése érdekében a Világbankhoz és hasonló szervezetekhez fordultak kölcsönért, kénytelenek voltak bizonyos feltételeket elfogadni. A feltételek magukban foglalták az adósság növekedését, a hazai gazdaság megnyitását a nemzetközi pénztőke előtt, és az állami szféra átalakítását privatizációval és a közkiadások csökkentésén keresztül. Az új kölcsönökhöz való hozzájutás érdekében az érintett országok kénytelenek voltak az ilyen "strukturális kiigazítási" tervekbe belenyugodni. Az egészségügyi ellátás esetében a strukturális kiigazítás azt jelenti, hogy a latin-amerikai kormányoknak el kell fogadniuk a kölcsönt nyújtó intézmények, különösen a Világbank által kezdeményezett reformprogramokat. A strukturális átalakítás feltételeihez való hozzájárulással a kormányok hozzájutnak a kölcsönökhöz, de ugyanakkor bele kell egyezniük a közszolgáltatások jelentős csökkentésébe. Konkrétan a Világbank támogatta azokat a managed care kezdeményezéseket, amelyek az állami egészségügyi intézményeket és a társadalombiztosítási alapok kezelését magánirányítás alá és/vagy magántulajdonba helyezték. Ezek a kezdeményezések új hitelek is magukba foglalnak, és így növelik a résztvevő országok külföldi adósságát. Az állami társadalombiztosítási alapok tőkéjéhez való hozzáférés fontos ösztönzőjévé vált a multinacionális vállalatok befektetései.

Eszmei háttér

A Világbank a *Befektetés az Egészségbe (Investment in Health)* címet viselő, sokat vitatott 1993-as jelentésében a világ fejlődéséről (*1993 World Development Report*) azzal érvelt, hogy a közszolgálati programok rossz hatékonysága akadályozza az ellátást, csakúgy, mint a szegénység csökkentését.³ A riport magánbiztosítási ösztönzőket, az állami ellátás privatizációját, a piaci verseny elősegítését javasolta és hangsúlyeltolódást az alapellátás és a megelőzés irányába. Dél-amerikai kritikusai szerint a Világbank ebben a dokumentumában végig, és az ezt követő politikájában azt az ideológiát hirdette, miszerint "az egészség magánügy és az egészségügyi ellátás magánjóság".⁴

Az ilyen reformok egy új, a jóléti állam válságához kapcsolódó diskurzus kialakulását segítik elő. Ami az egészség, betegség és egészségügyi ellátás fogalmát illeti, a "közfelfogás" fokozatosan átalakul. Az általunk tanulmányozott hivatalos nyilatkozatokban az egészségügyi ellátás megszűnt egyetemes jognak lenni, amelynek biztosítása az állam feladata, és piaci terméké vált. Ez a fajta gondolkodás megkönnyíti a politikusok számára az egészségügyi "reformok" bevezetését.

1995-ben kezdeményezték a managed care latin-amerikai szerepének, az Egyesült Államokból való exportjának, és az egészségügyi ellátást és az állami egészségügyi rendszereket érintő különböző hatásainak tanulmányozását. A kutatás a managed care olyan befektetők tulajdonában lévő, profitorientált vállalatok általi exportját állította középpontba, amelyek az orvosokra, a kórházakra és klinikákra hárítják át a pénzügyi kockázatokat, szemben azokkal, amelyek egyszerű kereskedelmi kártérítéssel (*indemnity*) biztosítást árulnak.² Eredményeink szerint a harmadik világ országainak egészségügyi és társadalombiztosítási alapjai váltak ezen vállalatok számára az új tőke és a magas profitráták fő forrásává, különösen az előre fizetett általánydíjas biztosítások bevezetésén keresztül. Azt találtuk, hogy a harmadik világban sokfelé bekövetkező egészségügyi politika-váltás a szabadpiac ideológiáját mint a hatékonyabb és jobban elérhető szolgáltatások felé vezető utat hangsúlyozza (amely retorika egyébként - megfelelő nagyságú honoráriummal és konzultációs díjakkal kiegészítve - elég csábító lehet az olyan progresszív vezetők számára, mint Tutu és Dellums). De bizonyíték arra, hogy az ilyen piaci reformok valóban megoldanak a rossz hatékonyság, a költségek és a hozzáférés problémáját, még az Egyesült Államokon belül is meglehetősen csekély akad, máshol meg tulajdonképpen nem is létezik. Hogy a harmadik világ országainak vezetői ilyen könnyen elfogadják ezt a retorikát, tragédiához vezethet. Ahogy a közszolgálati rendszereket a managed care égisze alatt lebontják, előre láthatóan a nemzetközi vállalatok megjelennek majd a területen, learatják a hatalmas nyereséget, aztán pár év múlva távoznak. A harmadik világnak akkor majd az állami biztosítási rendszere újjáépítésének félelmetes feladatával kell szembenéznie.

MCO-ok bevezetésének egy fontos feltétele a diktatórikus államberendezkedés

Például a Pinochet-diktatúra által beiktatott initiated 1980-as chilei alkotmány lehetővé tette az állami egészségbiztosítási- és társadalombiztosítási alapok kihelyezését magán managed care intézményekbe (Instituciones de Salud Previsional, ISAPREs), amelyeket aztán felvásárolhattak a nemzetközi biztosítótársaságok. A privatizált társadalombiztosítási alapokhoz való hozzáférés - amit egy kereskedelmi újság nemrégiben "a manana nyugdíj bonanzá"-nak nevezett - több milliárd dolláros tőkealapokat hoz létre, amit a résztvevő vállalatok újra befektethetnek.⁶ Argentínához, Chiléhez és Kolumbiához hasonló országokban, a korábbi diktatúrák és autoriter kormányok elősegítették a közszolgáltatások privatizációját

A gazdasági globalizáció támogató hatása

A gazdasági globalizáció szintén elősegítette a nemzetközi tőkebefektetést a managed care-be. A korábbi kereskedelmi korlátok ledőltek az Általános Kereskedelmi- és Tarifa Egyezményhez (*General agreement on Trade and Tariffs*, GATT), az Észak-amerikai Szabadkereskedelmi Egyezményhez (*North American Free Trade Agreement*, NAFTA) és a Dél-Amerika déli csücskét lefedő Déli Közös Piachoz (*Common Market of the South*, MERCONSUR) hasonló megállapodásoknak köszönhetően. A multinacionális vállalatok globális tevékenységük következtében külföldön dolgozó munkavállalóik számára is managed care ellátást kerestek. Például a Mexico City-ben működő cégek, többek között az IBM, a Johnson&Johnson, a Bristol-Myers Squibb és a Hewlett-Packard konzorciumot alapítottak a managed care bevezetésére irányuló törekvések elősegítésére⁷.

A managed care bevezetésének eredményei

A dél-amerikai managed care piacra belépő vállalatok vezetői jelentős profit/befektetés hányadról számolnak be, a következő évekre nagy hozamokat jósolnak és a befektetők számára magas megtérülési rátát

várnak. A managed care exportjáért felelős tisztviselők a pozitív pénzügyi vonatkozásokat hangsúlyozzák, és ritkán tesznek említést a megelőzésről vagy a minőség ellenőrzéséről, amit korábban az Egyesült Államokban néhány egészségfenntartó szervezet (*health maintenance organization*) (HMO) sokra értékelt. Az oktatás és kutatás támogatása, amiben szintén részt vett néhány HMO, nem jelent meg explicit célként.

A latin-amerikai piacra történő belépés pénzügyi ösztönzőinek magyarázatakor a managed care vezetők egyöntetűen az adott országok társadalombiztosítási alapjaihoz való hozzáférés fontosságát említik. Az USA-val ellentétben a legtöbb dél-amerikai országban szervezett társadalombiztosítási rendszer működik, amely magában foglalja az egészségbiztosítást csakúgy, mint a nyugdíjat sok nagy magán- vagy állami vállalat dolgozói részére. A munkaadók és a munkavállalók is hozzájárulnak a társadalombiztosítási alapokhoz. A társadalombiztosítás által nem fedezett munkavállalók és a munkanélküliek számára a legtöbb dél-amerikai országban léteznek állami egészségügyi intézmények, beleértve állami kórházakat és klinikákat is.

A társadalombiztosítási rendszerek Latin-Amerikában sokfelé nagyon nagy alapokká nőttek, amelyeket az adott kormány, vagy államilag szabályozott intézmények kezelnek. Az észak-amerikai vezetők a pénztőke fontos új forrásaként tekintenek ezekre a dél-amerikai társadalombiztosítási alapokra. Ahogy például egy managed care vezető - az argentin telephelyű EXXEL Group nevű multinacionális vállalat eredetileg indianapolis-i munkatársa - megjegyezte: "Ez egy nagyon nagy haszonnal kecsegtető piac... Egy befektetői tulajdonban levő vállalat számára az igazi lehetőséget az jelenti, ha az *obras sociales* (társadalombiztosítási) piacra számítva a *prepagas* (előre fizetett biztosítási) piacon fejleszti eszközeit"⁵.

Az egészségügyi ellátásra és az állami egészségügyi programokra gyakorolt hatás

Csakúgy, mint az Egyesült Államokban, a managed care-t érintő aggodalmak Dél-Amerikában is a sebezhető csoportok korlátozott hozzáférésére és a kórházi ellátás finanszírozásának csökkentésére kon-

centráltak, nem az adminisztrációra, vagy a befektetők hozamára. A managed care biztosítások keretében bevezetett lakossági térítési díjak (*copayments*) korlátot emeltek az ellátáshoz való hozzájutás elé, és növelik az állami kórházak és klinikák leterheltségét. Chilében évente az ISAPRE MCO-k által fedezett betegek körülbelül 24%-át látják el állami kórházakban és klinikákon, mert nem tudják kifizetni az ISAPRE-k teljes bevételének 8.6%-át kitevő térítési díjat. Az Argentínában és Brazíliában működő öngazgató rendszer (*auto-gestión*) szükségessé teszi, hogy az állami kórházak versengjenek a társadalombiztosítás és a magánbiztosítók által fizetett átalánydíjért, valamint hogy a betegek térítési díjat (*copayment*) fizessenek. Az ingyenes ellátásért való jelentkezéskor a szűkölködő betegeknek végig kell járniuk egy hosszadalmas, a jövedelemszinttől függő engedélyezési eljárást; néhány kórháznál az ilyen jelentkezések átlag 30-40 százalékát elutasítják.

Argentínában azoknak az állami kórházaknak, amelyek még nem álltak át a managed care elvei szerint való működésre, a társadalombiztosítás által fedezett betegek özönével kell szembenéznük. 1997-ben például a Buenos Aires-i állami kórházak körülbelül 1,25 millió olyan járóbetegét jelentettek, akiket a nyugdíjasok számára létrehozott, de privát kezelésben levő társadalombiztosítási alap fedezett. Mielőtt még az állami kórházakhoz fordultak volna, ezek a betegek már megtapasztalták az ellátáshoz való hozzáférés korlátait, köszönhetően a térítési díjaknak, a magánorvosok elutasításának (hiszen a társadalombiztosítás nem fizet nekik), és az ellátók megbízatását övező bürokratikus káosznak.

A latin-amerikai MCO-k ráadásul az egészségesebb biztosítottakat vonzzák, míg a rosszabb egészségi állapotban lévő betegek az állami szektorba áramlanak. Chilében az ISAPRE-k a fiatal, krónikus betegségtől mentes munkavállalók biztosítási díjainak megszerzését célozták meg. Ennek eredményeképpen az ISAPRE-k által fedezett betegeknek csak 3,2 százaléka hatvan év feletti, összehasonlítás-képpen a teljes népességben ez az arány 8,9 százalék, és az állami kórházak és klinikák által ellátott betegek esetében 12 százalék.

Ellenállás az alapok privatizációjának

A managed care exportja az egyes országokban változó mértékű ellenzéssel találkozódik. Ecuadorban egy szakszervezetekből, szakmai szervezetekből, tanárokból és az amerikai öslakosok szervezeteiből álló koalíció megakadályozta, hogy magán managed care rendszereket vezessenek be a közszerületi szférában. 1995 folyamán a koalíció szavazatokat gyűjtött egy népszavazásra készölve, amely a népesség preferenciáit derítette ki a gazdaság tizenegy szektora, többek között az egészségügy, az olajipar, a közlekedés és a közművek privatizációjával kapcsolatban. A népszavazásban szereplő mind a tizenegy javaslat esetében az ecuadori szavazók körülbelül két-harmada ellenezte a privatizációt. A népszavazás óta a koalíció továbbra is aktívan tevékenykedik a privatizáció elkerüléséért, és ismeretterjesztő előadásokat szervez a managed care-ről, mint az egészségügy és az állami gyógyító intézmények privatizációját célzó kezdeményezések egyik eleméről.

Brazíliában az orvosok és a népességügyi aktivisták álltak ellen a managed care bevezetésének. A Brazil Nemzeti Munkáspárttal (*Partido dos Trabalhadores*) kapcsolatban álló aktivisták például elleneztek a közszolgáltatások MCO-k számára történő privatizációját. Az ezt a pártot képviselő, Brasíliában, Santosban, Rio de Janeiróban és más városokban megválasztott kormányzati tisztviselők szembehelekedtek a privatizációs politikákkal, és alternatív javaslatok bevezetésén dolgoznak, amelyek önkormányzati szinten erősítenék meg a közszolgáltatásokat. A Munkáspárt tagjai és más politikai aktivisták hangsúlyozzák, hogy az 1988-as módosított brazil alkotmány az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást állampolgári jogként határozza meg, amelyet "egységesített egészségügyi szervezeten" keresztül kell biztosítani. A nemzeti és szövetségi állami törvényhozó testületekben felhívták a figyelmet az alkotmány utasításai és a managed care profitorientált vállalatok égisze alatti bevezetését ösztönző privatizációs politikák közötti ellentmondásra. Ezen kívül a nagy orvos-szervezetek ellenszegültek a managed care elveinek, és szövetkeztek, hogy erősítsék közös tárgyalási pozíciójukat az MCO-kal szemben. Egyik példa az UNIMED, az egészségügyi dolgozók egy szervezete, amely gazdasági "együttműködés"-ként jött létre, és tagjai között több ezer

praktizáló orvos található. Az UNIMED sikeresen korlátozta a nagy MCO-k felügyeleti jogát az orvosi gyakorlat feltételei felett, és megpróbálta megghiúsítani az állami ellátás managed care égisze alatt történő privatizációjára irányuló törekvéseket is.

Az MCO-k kevésbé szervezett ellenállással találkoztak az Argentínához, Chiléhez és Kolumbiához hasonló országokban, ahol a korábbi diktatúrák és autoriter kormányok elősegítették a közszolgáltatások privatizációját. Másrészről viszont a szakmai szövetségek és a szakszervezetek kampányokat szerveztek az MCO-k belépése ellen az állami szektorba. Chilében a Nemzeti Egészségügyi Szövetség (*Colegio Médico*) az állami Nemzeti Egészségbiztosítási Alapot (*Fondo Nacional de Salud*, FONASA) felhasználva állt ellen az ISAPRE-k terjeszkedésének. Argentínában az egészségügyi dolgozók a szakszervezetek nemzeti szövetségével (*Central de Trabajadores Argentinos*, CTA) működtek együtt annak ismeretterjesztő munkájában, hogy ösztönözzék vita kialakulását a privatizációt és managed care-t illetően. Fáradozásaik eredményeképpen Argentína Córdoba tartományában a heves társadalmi megmozdulások megakadályozták az egészségügyi és társadalombiztosítási rendszerek privatizációját. A *Public Services International*, a közalkalmazottakat képviselő szakszervezetek nemzetközi koalíciója is sok országban segített megszervezni a managed care ellenzékét.

Hazai viszonyok

Magyarországon az egészségügyi reform a 2006. évi országgyűlési választások után kapott új lendületet. Az egészségügyi tárcahoz ragaszkodó, és azt bármilyen áron megszerezni kívánó liberális párt vette kezébe az irányítást, és kezdett hozzá az egészségügy progresszív átalakításához. A tárca nem meglepő módon az általa minden fórumon képviselt nemzetközi pénzvilág érdekeit szem előtt tartva látott hozzá a reformokhoz, és teszi lépésről lépésre „konyhakésszé” a hazai egészségügyi piacot a profitra éhes nemzetközi nagyvállalatok előtt.

A magyar viszonyok nagyon sok hasonlóságot mutatnak a dél-amerikai országokban látottakhoz. A dél-amerikai kormányok az 1990-es években az országukat érintő pénzügyi válság miatt ki voltak

szolgáltatva a nemzetközi pénzügyi szervezeteknek, ma Magyarországon szintén pénzügyi válság áll fenn. A dél-amerikai országokhoz hasonlóan nagy különbségek alakultak ki a lakosság különböző társadalmi rétegi között, széles tömegek elszegényedésével.

Magyarország 15 évvel a rendszerváltás után mára Tamás Gáspár Miklós szerint Európa legprivatizáltabb országává vált, ami azt jelenti, hogy országunk gyakorlatilag tökéletesen ki van szolgáltatva a nemzetközi pénzügyi szervezeteknek és nagyvállalatoknak. Hazánkban 2006-ra a legjelentősebb még nem privatizált gazdasági tényező az egészségügy maradt. A nemzetközi pénztőke azonban tréfát nem ismerve elindította ennek az ágazatnak a magánosítását is. A „reform” végrehajtói okultak a Dél-Amerikában elkövetett hibákból és az ottaninak egy hatékonyabb és minden tekintetben alaposabb változatát készítették el.

Az állam szerepének átalakítása

Az állam gazdasági szerepe közgazdasági definíció szerint négy feladatkörre terjed ki: – a gazdaság működésének intézményi és jogi feltételeinek biztosítására, az allokációs funkcióra, a stabilizációs és az újraelosztási funkció betöltésére. Az allokációs funkció egyik legfontosabb eleme, hogy biztosítja a közjavak előállítását és az ahhoz való hozzáférést, ugyanis a közjavakat a piaci szereplők nem fogják előállítani, mivel azok a piacon nem, vagy csak részben térülnek meg. Ebből következik, hogy az állami szféra átalakítása, mely privatizációval és a közkiadások csökkentésével történik, bizonyos közjavakat (azok döntő többségét) felszámolja, és azokat magánjószággá minősíti. Amennyiben az egészségügyi ellátás közjóság maradna, annak privatizációja értelmetlen lenne, mert előállítása a piacon nem térülne meg. Ezzel megegyezően történik a közoktatás közjóságból magánjószággá való konvertálása is hazánkban. Ezek a folyamatok az Egyesült Államokban is végbementek a 80-as években, melyeket ott a járulékok és adók csökkenése kísért. Ma Magyarországon az az abszurd helyzet áll fenn, hogy az adók és járulékok emelése mellett történik a közkiadások jelentős csökkentése. Ez az eljárás azonban meglepő módon,

volumenéhez és tartalmához képest kis társadalmi ellenállásba ütközik.

A multinacionális vállalatok érdekeinek korlátlan képviselése

A napokban elfogadott gyógyszerjótörvény az egészségügyi piacon jelenlévő kisvállalkozások, a patikák tönkretételét célozta meg. A patikáktól egyrészt a jelentős bevételt jelentő vény nélkül kapható készítmények árusításának monopóliumát vonta meg a törvény, és adta át multinacionális áruházláncoknak, benzinkutaknak. Másrészt pedig a patikanyitás feltételeit változtatta meg olyan módon, hogy a korábbi törvény biztosította piacvédelem kereteit számolta fel és engedett szabad utat tőkeerős multinacionális vállalatoknak, melyek a financiálisan nehéz helyzetbe került patikákat már könnyen legyőzhetik a piacon. Tehát a hazai patikáknak mint kisvállalkozásoknak a sorsát már sikerült megpecsételni, és az egészségügyi piac ezen szegmensét már sikerült kiszolgáltatni multinacionális cégeknek.

Más a helyzet az egészségügyi ellátórendszerrel, mely eddig közjóság volt, ennek esetében érdemben piacról nem beszélhetünk. Ezt a szegmenst is vonzóvá kellett tenni multinacionális vállalatok számára, ezért elérendő célként jelölték meg Magyarországon a több-biztosítós rendszer bevezetését. Profitorientált cégek pedig csak akkor lépnek be a piacra, ha az számukra nyilvánvaló haszon megszerzésével kecsegtet. Ez a hazai patikahálózat sínre tételénél nagyobb feladatnak bizonyult. A kiadások csökkentését kellett elsősorban megvalósítani, amit árnyaltan az egészségügy privatizációjának –más országokban már végbevitt - több évtizedes tapasztalatait felhasználva több lépcsőben sikerült megvalósítani. Rögtön az első lépés a kórházi finanszírozás drasztikus csökkentése volt, az addig érvényben lévő TVK-k 95%-ra való csökkentése, HBCS-k megszüntetése illetve leértékelése. Ennek kettős célja volt; egyrészt az egészségügyi kiadások érzékelhető csökkentése, ami már önmagában is, nagy eredmény volt, ugyanakkor előrelátó módon előkészítették az intézményeket az önkormányzati választások utáni időkre is. Ez azt jelenti, hogy előre látható volt, hogyha a kormány munkához lát, akkor nyilvánvalóvá válnak a szándékai, melyek az önkormányzati választások elvesztéséhez vezetnek.

A kórházak és egyéb egészségügyi ellátó intézmények önkormányzati tulajdonban vannak, tehát ha erre az időre sikerül kellőképpen csődbe vinni ezeket az intézményeket, akkor az önkormányzatok szíves örömet szabadulnának tőlük, hogy legalább ezekre ne kelljen költeniük. Ezentúl csődbe ment kórházakat könnyebb felszámolni, illetve privatizálni. Az önkormányzati választások azonban túl közel voltak az új kormány munkába állásához, valamint az OEP bevételek csökkenése is csak később érezte hatását, mert a kifizetések 3 hónappal a teljesítés után történnek, így a kórházak érezhetően rosszabbul funkcionáltak, de működőképességüket megőrizték.

Következő lépésként az egészségügyi ellátás közjóság jellegét kellett megszüntetni. Ezt a szándékát a liberális párt már a választások előtt deklarálta, miniszterelnökünk azonban csak jóval utána tette magáévá ezt az irányt, hosszas vívódás után a lelkiismeretére hallgatva.

Az ellátórendszer a lecsökkentett kifizetések után sem kecsegtetett azonban kellő nagyságú profittal, így azt tovább kellett fazonírozni. A kifizetéseket tehát még jobban kellett csökkenteni, aminek legjobb módja, ha a biztosított nem kerül kapcsolatba az ellátórendszerrel. Ennek jól bevált módszere a **co-payment**, mely már világszerte hatékonyan tartja vissza a beteget az orvostól. Az ideológia szerint a co-payment az ellátás megbecsülését hivatott elérni, valamint többlet bevételt jelent az ellátó intézményeknek, tényszerűen pedig **az ellátórendszerrel való távoldattal az egészségpénztári kifizetéseket csökkenti**. A bevezetendő vizitdíj a járóbeteg rendelésektől, a választott orvosért járó térítés a kórházi ellátástól, a receptdíj pedig a gyógyszer felírásától és szedésétől tartja távol a betegeket. Ezek természetesen most, a kezdeti időkben még széles tömegek számára vállalható összegek, de a későbbiekben, amennyiben a társadalom továbbra is gátlástalanul rendelőkbe, kórházakba jár, illetve csalárd módon gyógyszert szed, ezek az összegek szabadon emelhetők, és ezáltal nagyon jól szabályozható az egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevők száma.

A kifizetéseket az ellátandó esetek számának szabályozott csökkentésével kívánják elérni, és erre a co-payment bevezetése után reális lehetőség nyílik. Ezzel párhuzamosan az ellátó intézmények kapacitását csökkentik. Ez tovább segíti az ellátáshoz való hozzáférés szándékolt akadályozását, melyet deklarálnak kormányzati szinten azzal,

hogy „jól kontrollálható” várólistákat hoznak létre. Ezen túl az eddig működő kórházak a bevezetett egészségügyi reform után rosszul mutatnának üresen.

A várólisták szándékolt létrehozása és duzzasztása etikailag nehezen magyarázható problémát vet fel, mert az igazolt egészségkárosodással rendelkező biztosított állapotának romlását, adott esetben a halálát idézheti elő a várakozás, ugyanakkor ez minden kétséget kizáróan az egyik legköltségkímélőbb megoldása a biztosítottak ellátásának.

A co-payement és a szabad orvosválasztás akadályozása hivatott felszámolni a hivatalosan alacsonyan tartott egészségügyi jövedelmek korrigálására létrejött paraszolvenciát. Ennek további támogatását célozza az intézményi bezárások, illetve átalakítások során létrejövő orvosi, ápolói és egyéb egészségügyi szakdolgozói munkanélküliség. Ezek a tényezők együttesen hivatottak arra, hogy az egészségügyben dolgozó, viszonylagos egzisztenciális biztonságban élő orvosok és szakdolgozók kiszolgáltatottságát hozzák létre, melynek következtében majd a dél-amerikai modellhez hasonlóan szívesen választják a multinacionális cégek által felkínált függelmi viszonyt. Tehát csak az dolgozhat, aki szerződik valamelyik multinacionális vállalat tulajdonát képező, vagy valamelyik multinacionális vállalattal szerződött kórházzal, vagy más egészségügyi intézménnyel.

Dél-Amerikában problémát jelentett, hogy a managed care rendszerek ugyan legtöbb esetben a kifizető egészségpénztár és ellátó rendszer közé tudtak ékelődni, és a kifizetések korlátozásával jelentős hasznot tudtak realizálni, mégsem tudtak teljes lefedettséget biztosítani, és még országon belül is meg tudták akadályozni bizonyos területeken a jelenlétüket. Magyarországon a korábbi kormányzati ciklusban jelentős liberális nyomás volt a managed care rendszer hazai bevezetésére, mely akkor még elhárítható volt, és a liberális koncepció is megváltozott látva a multinacionális cégek managed care rendszereinek korábbi hibáit és veszélyforrásait. Nyilvánvalóvá vált számukra, hogy minél kevesebb szereplője van egy rendszernek, annál kisebb a kockázati tényező, a hibaforrás, mely a profit maximalizálását akadályozhatja. Tehát a korábbi háromszereplős modellt (egészségpénztár, managed care vállalat, ellátó intézmények) kétszereplőssé alakítják (egymással élet-halál harcot vívó magánbiztosítók és az ellátó intéz-

mények). Így a bevételeket és a kifizetéseket könnyen és egyértelműen kézben tarthatják, valamint teljes lefedettséget tudnak biztosítani. Ezen túlmenően, míg a háromszereplős modell esetén a multinacionális vállalat kilépésével a rendszer működőképes, tehát a korábbi állapot könnyen visszaállítható, addig a kétszereplős modell esetén a multinacionális vállalatok kilépésével a rendszer azonnal működésképtelenné válik, és az eredeti állapot restaurációja jelentős nehézségekbe ütközik.

Elgondolkodtató, hogy az európai, döntően hamvába holt egészségügyi privatizációs kísérletek után, csak jelentős gazdasági nyomás alatt tartott, autoriter irányítás alatt lévő országokban tudtak sikereket elérni az egészségügy területén működő multinacionális vállalatok, és minden esetben feltételezhető volt az országot vezető politikusok jelentős korrumpálhatósága.

Szakmai szervezetek, mint láttuk Dél-Amerikában, több-kevesebb sikerrel álltak ellen a multinacionális vállalatok egészségügy területén történő térhódításának, a managed care rendszerek bevezetésének. Magyarországon a kormányzat e téren is hatékonyan működik. Gyakorlatilag az „egészségügyi reformmal” egy időben a szakmai szervezetek ellehetetlenítését is elindították. Az orvosi és gyógyszerész kamarát egyszerre kényszerítették a létéért való küzdelemre, és a szakmákat, az ágazatot érő koncentrált támadásnak való ellenállásra. Ezt a megosztást tovább fokozta az a szakmai szervezetek életében tudatosan létrehozott interregnum, melyet nem véletlenül a „reformok” bevezetésének időszakára időzítettek.

Összefoglalás

Magyarországon a nemzetközi pénzügyi szervek érdekeit képviselő kormányzati erők a dél-amerikai hibákból okulva az egészségügy privatizációjának eddig világviszonylatban is a legtökéletesebb formáját igyekeznek megvalósítani. A kisvállalkozások kiszolgáltatása, az egészségpénztár magánosítása, a pénztár kiadásainak kontrollált csökkentése mely a rendszer szabályozható hozzáférhetőségén alapszik a co-payment bevezetésével - tökéletes összhangban áll a nemzetközi pénztőke érdekeivel. Az eljárás további kifinomultságát mutatja, hogy

a rendszerben dolgozókat tökéletesen kiszolgáltatja ugyanennek a csoportnak – orvos munkaerőhiányból orvos munkanélküliséget teremt, valamint az egészségügyi dolgozók jövedelmi kilátásait nagymértékben rontja – így a munkaerő-piaci szempontok alapján is vonzóvá válik Magyarország. Azért, hogy mindezeket a változásokat pedig a leggördülékenyebben sikerüljön végbevinni, az ellenállást tanúsítható szakmai szervezeteket lehetetleníti el, működésüket korlátozza és zilálja szét a bevezetendő változások idejére.

Tulajdonképpen valahol büszkék lehetnénk rá, hogy az egészségügyi reform ilyen tökéletes, minden részletében átgondolt és alaposan összehangolt formáját éppen hazánkban valósítják meg. Nézzük meg azonban, hogy ez milyen következménnyel jár. Logikusan belátható, hogy a lakosság nagy részének és a nemzetközi pénztökének az érdeke tökéletesen ellentétes, mert a jövőben az egészségügyi kiadás a privatizált pénztárak profitját csökkenti, melyre az érintett vállalatok kényesen fognak vigyázni. Közismert tény, mely a dél-amerikai modellekben már jól látszott, hogy a privatizált egészségügyből az ellátandók széles rétegei kiszorulnak. Ott pufferként működött alternatívaként a szegények ellátására meghagyott állami rendszer és infrastruktúra, melynek a kapacitása ugyan korlátozott volt, de a rászorulóknak egy részét el tudta látni. Jelenleg a tervek szerint Magyarországon nem marad ilyen rendszer, nem lesz ilyen infrastruktúra, mely a rendszerből kiszorulókat fel tudja venni. Hazánkban kérvény útján lehet majd „könnyítést” kérni, hogy valaki mégis bekerüljön az ellátórendszerbe. Ez azonban több szempontból is kétséges helyzetet teremt. A magánosított pénztárnak nem érdeke, hogy az általa, a saját hasznára működtetett rendszerbe a rászorulóknak bekerüljenek, és ezáltal a realizálható profitot csökkentsék. A lecsökkentett kapacitással működő, gazdaságilag kritikus helyzetbe került intézmények számára szintén nem lesz vonzó az ilyen beteg. Tehát Magyarországon a társadalom egy része számára nem lesz hozzáférhető a rendszer, míg egy másik rész számára csak korlátozottan lesz az. Mindemellett a reform semmiféle közegészségügyi programot nem tartalmaz. Ez a két hatás együttesen a lakosság egészségi állapotának érzékelhető romlásához vezet már rövidtávon. Járulékosan pedig a rendszerben dolgozók egzisztenciális lesüllyedése és növekvő munkanélkülisége várható.

Felhasznált irodalom:

- J. C. Lewis: "Latin American Managed Care Partnering Opportunities", az *Association of Latin American Pre-Paid Health Plans* (ALAMI) nyolcadik konferenciáján ismertetett tanulmány, Sao Paulo, Brazília, 1996. november 8.
- A Nemzetközi Egészségügyi Szervezet (*World Health Organization*) által támogatott latin-amerikai managed care tanulmányban résztvevő szervezetek és kutatók: Buenos Aires-i Egyetem, Argentína (Celia Iriart, Silvia Faraone, Marcela Quiroga és Francisco Leone); Campinasi Egyetem, Brazília (Emerson Elias Merhy, Florianita Coelho Braga Campos); Közgyógyászat Kutató- és Tanító Csoport (*Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social*), Santiago, Chile (Alfredo Estrada, Enrique Barilari, Silvia Riquelme, Jaime Sepúlveda, Marilú Soto és Carlos Montoya); Egészségkutató- és Tanácsadó Központ (*Centro de Estudios y Asesoría en Salud*), Quito, Ecuador (Arturio Campana, Jaime Breilh, Marcos Maldonado, Francisco Hidalgo), és az Új Mexikói Egyetem (*University of New Mexico*) (Howard Waitzkin, Karen Stocker). A kutatást Celia Iriart és Howard Waitzkin felügyelte. A kutatás egy korábbi változata megtalálható: K. Stocker, H. Waitzkin, C. Iriart: "*The Exportation of Managed Care to Latin America*" (A managed care latin-amerikai exportja), *New England Journal of Medicine* 340 (1999): 1131-1136. Az Egyesült Államokbeli kutatást részben a *Agency for Health Care Policy and Research* támogatta (1R01 HS09703).
- World Bank, *World Development Report 1993: Invest in Health* (Washington DC, World Bank, 1993).
- A.C. Laurell, O. Lopez, "Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health", *International Journal of Health Services* 26 (1996): 1-18. A Világbank politikájának kritikáját India esetében lásd: M. Rao (ed), *Disinvesting in Health: The World Bank's Prescriptions for Health* (New Delhi: Sage, 1999). Afrika esetében lásd: M. Turshen, *Privatizing Health Services In Africa* (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1999).

- L. Kertesz, "The New World of Managed Care", *Modern Healthcare* (November 1997): 114-120.
- M. Tangeman, "The Manana Pension Bonanza", *Institutional Investor* 31, 2 (1997): 69-72.
- R. Ceniceros, "Managed Care Makes Inroads in Latin America", *Business Insurance* (October 6, 1997): 3-6.