

DOMJÁN PÉTER*–DR. TURCSÁNYI KATALIN:** Kihívások és reformok az egészségügyben

Abstract

The health system is one of greatest distributive system and it is branch of public sector, which is fought a lot of phenomena of economic crisis. Steps, which correctly converge to trend of European is significantly dependent on efficient co-operation in the system of modernisation. The base of co-operation are work and risk share method. The mainly question, how can stop or decrease of cost rising and increase efficiency without lose the level of standard and at same time we are operating high level health system.

A lot of people deem the health as duty of the state and wait the increase of health's efficiency and the better quality and financing from private sector, which is more and more participated. The study is rewied the function of private sector in the health and the scope of the expectation

1. Bevezetés

Az európai országok többsége keresi a magánszektor és a privatizálás lehetséges szerepét egészségügyi rendszereik átalakításában. Az orvosi technológia fejlődése, a népesség előregedése és a lakosság növekvő elvárásai az egészségügyi kiadások növelését igénylik, miközben makrogazdasági összefüggések az állami költségvetés szerepének és nagyságrendjének csökkenését indokolják. A növekvő kiadások fedezéséhez növekvő bevételekre van szükség, ami rontja a nemzetgazdasági szintű versenyképességet, a hiány növelésének pedig a maastrichti kritériumok szabnak gátat. Az orvosilag lehetséges és gazdaságilag megvalósítható egészségügyi rendszer kialakítására és működtetésére az egyes országok a rendelkezésre álló erőforrások költséghatékony elosztását, a hatékonyság növelését elősegítő reformstratégiákat dolgoztak ki, amelyek igyekeznek fenntartani a szolgáltatások finanszírozhatóságát és a finanszírozásban fenntartani a szolidaritási elvet.

A kormányzatok világszerte szembesülnek a globalizációs folyamatok következtében megnövekedett piaci kockázatok hatásaival, amelyek visszahatnak az államháztartás bevételi és kiadási pozícióira. Az állam XX. században megnövekedett szerepe fokozottan felveti a közszolgáltatások hatékonyságának mint nemzeti versenyképességet erősítő tényezőnek a szerepét. Miközben mennyiségben és minőségben is egyre növekszik az igény az állam szolgáltatásai iránt, a tartalékok végesek. Mindez a jóléti állam válságával is jár, és a közösségi szolgáltatások rendszerének átalakulását, újragondolását teszi szükségessé.

Miközben az egészségügyet sokan kizárólag állami feladatnak tekintik, a hatékonyság növelését, a minőség javulását és nem utolsósorban a rendszer finanszírozhatóságát egyre inkább, egyre többen a magánszektor fokozottabb részvételétől várják.

* Tanársegéd – PTE ETK ZKK.

** Tanársegéd – PTE ETK ZKK.

2. Reformtörekvések az EU-tagországok egészségügyében

Az egészségügyi rendszerek jellegétől függetlenül az országok általános problémája, hogy megfeleljenek a növekvő szükségleteknek és a tudományos-technikai fejlődés nyújtotta lehetőségeknek és biztosítani tudják az egészségügy fenntarthatóságát.

Az egészségügyi kiadások a legtöbb országban gyorsabb ütemben növekedtek, mint a gazdasági növekedés. 2004-ben az EU-tagországok átlagosan GDP-jük 9,27%-át fordították egészségügyi kiadásokra (1990-ben ez az arány 7,1%, 1970-ben 5,1%). A GDP egészségügyi kiadásokra szánt aránya jelentős eltéréseket mutat az egyes országok között. Legmagasabb Németországban, 10,9%, legalacsonyabb Írországban (7,2%), 7,5–7,8% Ausztriában, Finnországban és Spanyolországban. A kiadásokból a legtöbbet viseli az állam Luxemburgban (90,2%) és az Egyesült Királyságban (85,9%), 80% fölötti még az állami részvétel aránya Svédországban (85,4%), Dániában (82,6%). Legalacsonyabb az állami részvétel aránya Görögországban (51,7%) és Hollandiában (61,2%). 70% az állami kiadások részesedése az összes egészségügyi kiadásból Ausztriában (67,6%), Portugáliában (69,7%), Belgiumban (70,9%), Spanyolországban (71,9%).

Az EU régi tagállamai hosszú távú feladatként kezelik az egészségügy megújítását, átszervezését. Az egészségügyi reformok iránti folyamatos igény az egészségügyi ellátás sajátos természetéből következik. Az Európai Unió minden országa, akár állami, akár társadalombiztosításon alapuló rendszert működtet, globálisan ugyanazon kihívásokkal szembesül, hasonló problémákkal küzd: az egészségügyi kiadások növekedése a lakosság előregedése, a fokozódó fogyasztói elvárások és a technika-technológia fejlődése, valamint az igényekhez mérten szűkösen rendelkezésre álló források, csökkenő járulékból (adó)bevételek, a közkiadások mérséklésére nehezedő gazdasági nyomás között feszülő ellentmondás feloldására törekszik. A reformok célja az ellátás egyenlő elérhetőségének biztosítása, a minőség, kimenetek javítása, megfelelő szintű források, megfelelő költség-haszon, költség-hatékonyság mutatók biztosítása. A célok egyes elemei az évek során eltérő hangsúllyal szerepelnek. Az egészségügyi kiadások gyors növekedése és a gazdasági növekedés megtorpanása által kiváltott problémákra a 80-as években a reformok a kiadások korlátozásával válaszoltak, a kiadások korlátozása által kiváltott túlzott feszültségeket a 90-es években a piaci ösztönzők adaptálásával korrigálták. Újabb növekvő figyelem fordul a piaci ösztönzők által keltett negatív hatásokra. Napjainkban több EU-tagországban (Nagy-Britannia, Svédország vagy a legutóbbi időben a piaci típusú reformjáról ismert Hollandia) az egészségpolitika ismét nagy hangsúlyt fektet a hagyományos európai értékek, az esélyegyenlőség, szolidaritási elv elsőbbségének. A piaci reformra is lehet példát találni, pl. Németországban (intézményi privatizáció, betegpénztárak közötti verseny stb.) vagy Hollandia versenyző biztosítói. A változások következtében Európa országaiban megfigyelhető az állami és magán elemek keveredése az egészségügyben, s ezzel jellemzővé vált a markáns egynemű rendszerek oldódása. A centralizált rendszerek a szükségleteknek való jobb megfelelés érdekében decentralizálnak, az állami rendszerek a piac irányába nyitnak, a decentralizált rendszerekben helyenként központosítás vagy annak igénye merül fel, mivel bizonyos funkciók központosítva működnek jobban. Tulajdon szempontjából sem az a kérdés, hogy állami vagy piaci körülmények között működjön az egészségügy, hanem az, hogy milyen feladatmegosztás célszerű az állami és a magánszektor között.

Az 1980-as évek óta reformtörekvések központi kérdései: a minőség, az ellátás eredményességének javítása, a páciensek igényeihez való jobb alkalmazkodás. A minőség javításának eszközei között alkalmazzák a klinikai irányelvek, működési standardok, akkreditációs rendszerek fejlesztését, a technológiai értékelést, a szolgáltatók folyamatos monitorozását, értékelését, a teljesítmények mérését, ennek érdekében indikátorrendszerek kialakítását, a

finanszírozási rendszerekben a minőség értékelését, elismerését. Mindez feltételezi az informatika és a menedzsment fejlesztését. Nagy figyelmet kap a megelőzés és egészségmegőrzés. Stratégiai terület az alapellátás fejlesztése, az ellátás egyenlőtlenségeinek csökkentése. Az egészségügyi rendszerek betegközpontú megközelítése az egyének, páciensek személyes felelősségének, tudásszintjének növelésén, a több választás biztosításán keresztül valósul meg. A reformok eredményeit illetően elmondható, hogy az országok sok-sok energiát fordítanak marginális eredmények elérésére. Az EU-tagországokban a reformok az elmúlt években a rendszerek alapvető jellemzőit nem vagy kevés helyen érintették. A költségérzékenység fokozására azonban a keresleti és kínálati oldalon egyaránt eszközöket kerestek.

3. A magánszektor szerepének erősödése a reformok egyik fő jellegzetessége

A „magán” szót az egészségügyben sokféle értelemben használják. A magánjellegű elemek sokféle alakot öltenek, és összetett formációkat hoznak létre. Az átalakítást célzó új kezdeményezések egyre növekvő mértékben támaszkodnak a magán és állami közötti határokat összerosmó megoldásokra. Fontos megkülönböztetni a magánszektor fogalmát a hozzá tapadó szervezési, menedzsmenttechnikáktól. Magánszektoron az egészségügyi vagyontulajdonát értjük. A tulajdonformára koncentrálna könnyebben megkülönböztethető a magánszektor és a privatizálás kérdésköre attól az általánosabb kérdéstől, hogy az állami szektoron belül milyen szerepe lehet a vállalkozói magatartás erőteljesebb érvényesítésének. A privatizálás egyfajta stratégia a vállalkozói magatartás erősítésére, de nem azonos azzal. A vállalkozói magatartás a piaci ösztönzők szélesebb spektrumát foglalja magában, jellemzője a szolgáltatások terén az innováció erősítése, a minőség javítása és a hatékonyság emelése a magán és az állami szektornál egyaránt. Az állami szektorban olyan stratégiák bevezetésével jár, mint a teljesítményalapú bérezési rendszer, belső piac, az állami szolgáltatók önállóan gazdálkodó (korporatív) formába szervezése, a szolgáltatók közötti választás lehetőségének biztosítása, a szolgáltatások és funkciók magánszektorba történő szerződéses kiszervezése, vagy akár azok átruházása. A privatizáció csak egy eszköz a sok közül az ilyen vállalkozói magatartás és szemlélet megvalósításához vezető úton. A privatizációt a piaci verseny bevezetése eszközének tekintik, azonban nem szükségszerűen váltja be a hozzáfűzött reményeket. A magántulajdon önmagában nem feltétlenül jelenti egymással versengő erők meglétét, és ezért nem jelent automatikus biztosítékot arra, hogy a versenynek tulajdonított előnyök a rendszerben valóban megjelennek. Számos példát találunk monopolisztikus alapon működő hatalmas magántársaságokra, amelyek egyáltalán nem szereplői versenyhelyzetnek. Ezzel szemben állami tulajdonú formák is versenyezhetnek egymással, vagy vehetnek részt nyíltpiaci versenyben, mint pl. az a kórházak esetében Finnországban, Svédországban és Nagy-Britanniában tapasztalható.

A magántulajdon és a privatizálás kialakítják a maguk szervezeti struktúráit, de nem feltételei annak, hogy független irányítás és gazdálkodás szerepét erősítő kezdeményezések jöjjenek létre kórházak és alapellátást végző intézmények irányítása terén. Ezek a kezdeményezések alapvetően az autonóm módon való működés vagy az önálló gazdasági egységben való működés különböző változatai. Az alapvető váltást az jelenti, hogy a közvetlen utasításos irányítási rendszer helyett áttételes, közvetett irányítási rendszerre vált át a kormányzati irányító szerep. Gyakran önálló irányítási testülettel rendelkező kórházak vagy állami cégek jönnek így létre. Ezek a modellek csak az irányítás szintjén jelentenek változást. A szolgáltatók továbbra is állami tulajdonban vannak, a vagyont nem ruházzák át, így nincs szó privatizálásról. Ez önmagában természetesen nem oldja meg az irányítás, a hatékonyság és az igényekre való rugalmasabb reagálás problémakörének kérdését.

A magán és állami szektor arányáról valamint a privatizálásról a társadalmi prioritásokra koncentrálnak lehet véleményt mondani. Csak így lehetséges annak meghatározása, hogy az elérni kívánt céloknak megfelelően mennyire lehet hatékony a magánszektor vagy (egyéb lehetőségek közül választva) a lehetséges privatizációs stratégiák alkalmazása. A várható hatékonyság értékelésének kritériumai között szerepelnie kell annak, hogy a tervezett változások hogyan hatnak az alábbi tényezőkre: az egészségi állapot várható javulása, egyenlő hozzáférés, költségtakarékosság, műszaki hatékonyság és az allokációs hatékonyság (a finanszírozás elosztásának hatékonysága) valamint a fogyasztói igényekre való rugalmas reagálás. Egy ilyen fogalmi keretrendszer abban segíthet, hogy a rendelkezésre álló tapasztalatokat az ideológiai és egészségpolitikai irányelvek megkerülése nélkül mérlegelhessek, és a társadalom értékrendszerét valóban tükröző döntést hozhassanak.

3.1. A magánszféra az egészségügyi közszolgáltatásban

A magánszektor szerepét vizsgálva az ellátásban, meg kell különböztetnünk a non-profit magánszekort és a profitorientált magánszekort. Az előbbibe tartoznak a nemkormányzati szervezetek mellett a közösségi szerveződések, a vallási és karitatív alapon létrejövő szervezetek, amelyek küldetést fogalmazznak meg. A profitorientált csoportba pedig a kis üzleti vállalkozások, pl. gyógyszertárak, fogorvosok, valamint a nagy részvénytársaságok sorolhatóak.

Európában a magánszolgáltatás legerőteljesebben a fogászati és gyógyszerellátásban van jelen. A gyógyszerellátásban relatíve közmegegyezés van a tekintetben, hogy a magánszektori működtetés előnyösebb az állami szektorival szemben, ezt sok tagállam elfogadja. Az 1990-es években a magánszektor növelte szerepét olyan fontos és költségigényes területeken, mint a kórházi ellátás, az alapellátás, a szociális ellátás és a házi betegápolás.

Magyarországon az alapellátást szinte teljes egészében vállalkozó házi orvosok látják el, a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-ellátást végző intézmények növekvő hányadat önkormányzati tulajdoni bázison vállalkozó üzemeltető végzi.

3.2. Magánfinanszírozás

A legtöbb európai ország egészségügyi rendszerére a köz- és a magánfinanszírozás együttes jelenléte jellemző. Annak ellenére, hogy a magánfinanszírozás aránya az utóbbi időszakban megnőtt, a legfőbb forrást – a Szovjetunió néhány utódállamát kivéve – továbbra is mindenütt az adóbevételek és a társadalombiztosítási járulékok jelentik. A legfontosabb magánfinanszírozási források a magán- (önkéntes) egészségbiztosítás és a szolgáltatás igénybevételek a betegek által kifizetett összegek. Ez utóbbi kategóriába tartoznak a közvetlen kifizetések, az önrész és a nem hivatalosan kifizetett pénzüsszegek Nyugat-Európában csupán Görögországban, Olaszországban, Portugáliában és Svájcban származik az összes egészségügyi kiadás 30%-a, vagy még nagyobb hányada magánfinanszírozásból (elsősorban a szolgáltatás igénybevételek fizetett összegekből). A magánfinanszírozási források közül a szolgáltatás igénybevételek fizetett összegek az egészségügyi magánkiadások nagyobb hányadát teszik ki, mint a magán-egészségbiztosítás Franciaország és Hollandia kivételével minden európai országban.

3.3. Magán-egészségbiztosítás

A magán-egészségbiztosításnak nincsen domináns szerepe az európai régió egészségügyi rendszereinek finanszírozásában. Az európai államok hagyományainak megfelelően igyekeztek azt az alapelvet megtartani, amelynek értelmében minden állampolgárnak

egyéni fizetőképességére való tekintet nélkül rendelkezésére áll az állam vagy a társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi ellátás. A régió kívüli országokban, pl. az Amerikai Egyesült Államokban ahol a magán-egészségbiztosítás önkéntes, és nincs mellette megfelelő szabályozás, csorbát szenved a méltányosság és az ellátáshoz való hozzáférés, a költségmegtörlesztés és a hatékonyság. Ez a megoldás még szabályozás mellett sem jelenti az egészségügy finanszírozásának a hatékony és méltányos módját.

4. Összegzés

Az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megvalósítható egészségügyi ellátórendszer működtetése a hagyományos keretek között egyre kevésbé megoldható. Az egyes országok (és az egészségügyi világszervezet) keresik az utat a hatékonyabb, hozzáférhető, társadalmi elvárásoknak is megfelelő egészségügyi rendszerekhez. Az egészségügyi reformok célja a jó minőségű, páciensközpontú, költségérzékeny megoldások alkalmazása. Ehhez országonként és ellátási területenként változó mértékben szükséges a magánszektor jelenléte a szolgáltatások nyújtásában, a finanszírozásban, a működtetésben és a befektetésekben egyaránt. Fontos, hogy ez a jelenlét jól definiált és megfelelően szabályozott legyen. Fontos továbbá, hogy a hagyományosan közfeladatnak tekintett egészségügy privát szereplői kellően tisztában legyenek az általuk ellátott tevékenységek közfeladat jellegével, valamint a kormányok és önkormányzatok partneri viszonyulása a privát szereplőkhöz.

Irodalomjegyzék

- Adorján Richárd* (2001): Az emberi élet értéke Magyarországon. Statisztikai Szemle, 8. sz.
- Borbás Ilona–Dr. Kincses Gyula* (szerk) (2007): Egészségügyi rendszerek az EU régi tagállamaiban. ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest.
- Báger Gusztáv* (2003): Az egészségipar az ÁSZ ellenőrzéseinek tükrében. ÁSZ Fejlesztési Módszertani Intézet
- Kornai János* (1998): Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Nagy László*: A magántőke pozíciója és mozgásteret az egészségügy gazdaságában.
- Orosz Éva* (2000): Félúton, vagy tévúton. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországiért Egyesület.
- Orosz Éva*: Lehetséges-e egészségpolitikai paradigmaváltás?
- PPP – egy ésszerű megoldás a magán érdekpártnerek bevonásával. Informatika és menedzsment az egészségügyben, 2005. 8.
- Rékassy Balázs–Kóti Tamás* (2003): PPP (public private partnership), vagy megoldhatja-e a magyar egészségügy problémáját a magánszektor? Egészségügyi gazdasági szemle, 41. évf., 1–2. sz., 49. p.
- Stiglicz*: A kormányzati szektor gazdaságtana.
- John Cullis–Philip Jones* (2003): Közpénzügyek és közösségi döntések. Aula.
- S. Preker–A. Harding*: Állami és magán szerepek gazdaságtana az egészségügyben – az intézményi közgazdaságtan és szervezetelmélet szemszögéből, <http://www.kormanyzas.hu>