

Pete Péter

Az egészségügyi ellátás rendszerének alapvonásai és reformjai Ausztráliában és Új-Zélandon

Az egészségügyi rendszer reformja Magyarországon elkerülhetetlen. Ilyen horderejű strukturális reformok kidolgozásakor más országok működő rendszereinek és azok átalakítási kísérleteinek ismerete igen sok tanulsággal szolgálhat. E cikkben Ausztrália és Új-Zéland, egy „fontolva haladó” és egy radikális reformer ország e területet érintő reformtapasztalatait összegezzük. A két ország közegészségügyi intézményeinek összevetése, párhuzamba állítása azt is mutatja, hogy hasonló történelmi-társadalmi-gazdasági-fejlettségi szinten álló országok esetében is születhetnek jelentősen eltérő megoldási kísérletek a jószerivel azonos problémák leküzdésére. Közös ugyanakkor az a felismerés, hogy az erőforrásokkal való hatékony gazdálkodás követelménye az ilyen állami népjóléti intézmények esetében is alapvető jelentőségű.*

Magyarországon az állami jóléti rendszer válságban van, mind az egészségügyi ellátás, mind a nyugdíjbiztosítás intézményei sürgős reformra szorulnak. Bizonyos intézkedések már meg is születtek, ám az ilyen alapvető intézmények reformja természetesen nem könnyű dolog. Részben a változásokkal együtt járó érdeksérelmek, sokszor azonban a szóban forgó rendszerek bonyolultságából fakadó megértési problémák is közrejátszanak abban, hogy a reformkoncepciókat is és magukat az intézkedéseket is heves viták kísérik. Ha helyzetünk súlyosságát nem is enyhíti, a vitatott kérdéseket mégis tágabb perspektívába helyezheti az a tudat, hogy ezzel a problémával nem vagyunk egyedül, a kilencvenes évek eleje óta nagyon sok országnak (fejletteknek és fejlődőknek egyaránt) kell hasonló válsággal szembenéznie, s a hazaihoz nagyon hasonló viták után különböző tervek és tényleges megoldási kísérletek alakultak ki.

E cikkben az ausztrál és új-zélandi egészségügyi rendszer alapvonásait, működésük hiányosságait és a megoldásukra kidolgozott főbb reformkísérleteket ismertetjük. Célunk természetesen nem az, hogy átvételre alkalmas kész modelleket kínáljunk. E két ország nemcsak földrajzilag van távol Magyarországtól, de történelmi-politikai fejlődésüket, természeti adottságaikat és gazdasági erejüket tekintve is nagyon eltérnek hazánktól. Megítélésünk szerint mégis sokat lehet tanulni abból, hogy megfigyeljük: a bennünket is feszítő nehéz kérdésekre mások milyen válaszokat adnak. A két ország párhuzamba állítása pedig különösen hasznos azért, mert egészségügyi rendszerének átalakítása során Ausztrália inkább egy lassúbb, fontolva haladó, a régi struktúrát toldozgató stratégia szerint jár el, Új-Zéland pedig szokatlanul új, radikális intézményi megoldásokat alkalmaz. Hasonló történelmi tradíciókon is születhetnek tehát nagyon eltérő megoldások ezen alapvető társadalmi intézmények reformjakor.

* A tanulmány háttéranyagként készült A magyar jóléti szektor reformja című kutatáshoz, amely a Collegium Budapest keretében folyik, Kornai János irányításával.

A tanulmány felépítése a következő: először Ausztrália és Új-Zéland történelmi-gazdasági fejlődésének néhány olyan lényeges vonásával ismertetjük meg az olvasót, amelyek Magyarországon kevésbé közismertek, ám a lényegi mondanivaló, az egészségügyi rendszer mai formájának kialakulása szempontjából nagy jelentőségűek. Ezután következik előbb az ausztrál, majd az új-zélandi egészségügyi rendszer és ezek reformjainak részletes ismertetése. Végül néhány olyan következtetést fogalmazunk meg, amelyek speciálisan a magyar reformok szempontjából fontos adalékként szolgálhatnak.

Történelmi és gazdasági háttér

Egészen a legutóbbi időkig mind Ausztrália, mind Új-Zéland a fejlett piacgazdaságú országoknak abba a csoportjába tartozott, ahol igen fejlett, jelentős állami jövedelem-újraelosztást megtestesítő és alapvetően az állami bürokrácia által szervezett jóléti rendszer működött. Az állami jóléti rendszerek az országok történelmi és gazdasági – nagyon sok szempontból hasonló vonásokat mutató – fejlődése során alakultak ki.

Noha Új-Zéland Ausztráliánál jóval később lett a brit birodalom része, a közös gyarmati múlt sokat megmagyaráz fejlődésük közös vonásaiból. Mindkét országban a lakosság zömét teszik ki az európai fehér (mindenekelőtt brit) bevándorlók leszármazottai. A ma mintegy 3,5 milliós új-zélandi lakosból körülbelül 13 százalék vallja magát az őslakosságot alkotó maori népcsoporthoz tartozónak, a körülbelül 18 milliós Ausztráliában az aboriginal őslakosok aránya sokkal kisebb, 1 százalék körüli. Az utóbbi évtizedekben egyre inkább az ázsiai országokból eredő bevándorlás ma is a népesség alakulásának fontos meghatározója. A legutóbbi ausztráliai census adatai szerint például az ország lakóinak mintegy 22 százaléka(!) született külföldön. A bevándorlás ilyen nagy szerepe a jóléti rendszerek működése szempontjából többek között azzal a fontos következménnyel jár, hogy az idősebb korosztályok létszámának aránya meglehetősen alacsony. A 65 éves és idősebb emberek aránya az összlakosságon belül mindkét országban alig 11 százalék (1990), szemben az Európában megszokott 20 százalékot közelítő, s helyenként meg is haladó aránnyal.¹

Mindkét országban igen alacsony a népsűrűség, s a gazdasági fejlődésben mindkettőjük esetében szokatlanul nagy szerepet játszottak bizonyos speciálisan kedvező természeti feltételek. Ausztráliában ezek a kedvező mezőgazdasági adottságok mellett elsősorban egyes ércek és egyéb bányászati termékek (szénhidrogének kivételével) előfordulása, Új-Zélandon pedig az a speciális óceániai enyhe éghajlat, ami a legeltetési állattenyésztés számára egyedi feltételeket biztosít. E feltételek mindkét csendes-óceániai országban a hatvanas-hetvenes évekig meghatározó szerepet játszottak a magas életszínvonal kialakulásában. A nem kis részben természeti tényezőkre alapozott gazdasági szerkezet és ebből fakadó jólét volt a bázisa azoknak a szociális ellátó rendszereknek, amelyek sok tekintetben a skandináv jóléti államok szolgáltatásait is elérték vagy meghaladták.

Ugyancsak hasonló tradíció az állam gazdasági (nemcsak szociális és jóléti) szerepvállalásának szokatlanul magas szintje. Az 1929–1933-as nagy válság óta mindkét ország különlegesen protekcionista gazdaságpolitikát folytatott. Vámok, kvóták és speciális előírások térítették el a belföldi árrendszert a világpiacitól, s a struktúra-meghatározó beruházási döntések felett közvetve vagy közvetlenül állami intézmények bábáskodtak. Évtizedeken keresztül a szakszervezeti mozgalmaktól erősen befolyásolt munkáspárti kormányok voltak uralmon mindkét országban, ami erőteljesen rányomta bélyegét a tőke és munka viszonyát szabályozó törvényekre. A munkavállalás és foglalkoztatás feltételeit

¹ Forrás: OECD [1995a].

igen részletesen szabályozó előírások gyakorlatilag hatályon kívül helyezték a munkaerőpiacot. A béreket a szakszervezetek és munkáltatók országos szintű bértárgyalásain meghatározott kötelező, úgynevezett bérakkordok határozták meg, s határozzák meg ma is Ausztráliában, míg Új-Zélandon ezt a rendszert a nyolcvanas-kilencvenes évek piaci reformjai elsöpörték.

A munkáspárti tradícióknak is betudható, hogy a politikai jogok általánossá és egyenlővé tételében való úttörő szerep (az elsők között kaptak például nők választójogot) mellett bizonyos gazdasági jogok elismerésére is igen hamar sor került. Nemcsak a munkafeltételek (a fentiekben említetteken túl például meglehetősen magas kötelező minimálbér-előírások) szabályozásában, hanem a szociális ellátórendszerek megalkotásában is igen elől jártak ezek az országok. Bizonyos állami nyugdíj- és egészségbiztosítási rendszerek kezdeményei már a századfordulón (!) megjelentek, majd a nagy válság idején az elszegényedés megakadályozására jelentősen kiterjesztették azokat. A háború után azután mind Ausztráliában, mind Új-Zélandon olyan szociális rendszerek alakultak ki, amelyek állampolgári jogon biztosítottak meglehetősen magas szintű és garantált jövedelmet, valamint egészségügyi és oktatási szolgáltatásokat. Noha e garantált jogosultságokhoz képest a hetvenes évek világgazdasági zavarai következtében előálló gazdasági megtorpanás² és alapvetően a gazdasági alapok elégtelensége miatt különösen Új-Zélandon jelentős visszalépések történtek, a fenti országok állampolgárainak túlnyomó többsége ma is úgy véli, hogy az emberhez méltó alapvető életkörülmények és biztonság fenntartása állami feladat.

Ennek ellenére az állami jövedelemkoncentráció és újraelosztás aránya nem kirívóan magas, mi több valamelyest alacsonyabb, mint az európai OECD-országok átlagában. Az adóbevételek GDP-hez viszonyított aránya például sem Ausztráliában (33,3 százalék, 1993), sem Új-Zélandon (körülbelül 36 százalék) nem éri el az OECD-országok átlagát. Az állam összes szociális kiadásának GDP-ben mért részaránya is jóval alacsonyabb, mint az OECD átlagos értékei, az egyébként gazdagabb Ausztráliában ez a nyolcvanas évek végén a GDP 18 százaléka, Új-Zélandon közel 20 százaléka volt, szemben az OECD 25 százalékot közelítő értékével.³ Ez azonban nyilvánvalóan összefügg a népesség már említett korstruktúrájával, az idősebb korosztályok máshol tapasztaltnál jóval alacsonyabb arányával. Látnunk kell azt is, hogy ez nem lesz mindig így, a népességstatisztikák előrejelzése szerint a lakosság öregszik, és a következő század első harmadára a 65 évesek és azon felüliek aránya a világ ezen részében is eléri a 20 százalékot. A fenti GDP-részarányok azt is mutatják, hogy mindkét országban az állami kiadásoknak több mint fele szociális célú költsékezés.

Az állam jóléti szerepének konkrét betöltésében ugyanakkor fontos különbség fakad Ausztrália és Új-Zéland között a két ország államformájának, illetve az államhatalom szerkezetének eltéréseiből. Ausztrália hat államból álló államszövetség, ahol a polgárok szociális jogait a szövetségi szintű törvények egységesen biztosítják ugyan, az ellátórendszerek számos elemének konkrét működtetése azonban az államok feladata. Új-Zéland ezzel szemben formálisan királyság, ahol (az ország kis méretéből is fakadóan) a helyi önkormányzatok funkciója általában is kicsi, a szociális és jóléti rendszerek működtetésével kapcsolatban pedig egyáltalán nincs szerepük, ez hagyományosan a központi kormányzat felelőssége.

A hetvenes évek világgazdasági átrendeződései máig is érezhető sokkokat okoztak mindkét országban. A széles körű állami beavatkozás és korábbi gazdaságpolitikai lépések is hozzájárultak a gazdasági alkalmazkodóképesség alacsony szintjéhez. A gazdag

² Új-Zéland ezen időszakáról lásd *Gould* [1985].

³ Az adatok forrása: *OECD* [1995a].

országok rangsorában az utóbbi két évtizedben Ausztrália is, Új-Zéland is visszaesett az egy főre jutó jövedelmet tekintve. Kettejük rangsorában Ausztrália a gazdagabb a 18 500 dollárt meghaladó egy főre jutó GDP-vel, Új-Zéland esetében ugyanez az érték nem éri el a 15 000 dollárt (1995). Részben e viszonylag gyengébb gazdasági potenciál, részben pedig a világgazdasági munkamegosztás szempontjából hátrányosabb egyoldalú mezőgazdasági és élelmiszer-ipari szakosodottság s az angol piac elvesztésének sokkja is magyarázhatja, hogy Új-Zélandon a gazdaság „korábban szaladt ki a jóléti állam alól”, mint Ausztráliában, az állami elkötelezettséget enyhítő reformok ezért a kisebb országban jóval hamarabb kezdődtek, és sokkal radikálisabbak is voltak, mint Ausztráliában. A gazdaság radikális „piacosítását” célzó új-zélandi reformok a kilencvenes évek elejére érték el a jóléti szektort, ahol részben strukturális reformokat hajtottak végre, de a jóléti transzferek szintjét is jelentősen csökkentették.⁴

Az egészségügyi ellátás rendszere Ausztráliában

Struktúra és finanszírozás

Az elmúlt évtizedekben a lakosság általános egészségi állapotát mérő mutatók jelentősen javultak Ausztráliában, a szokásos minőségi mutatók tekintetében Ausztrália megelőzi a legtöbb fejlett országot is. Ebben feltétlenül komoly szerepe van a minden állampolgárra kiterjedő, alapvetően ingyenes ellátást biztosító egészségügyi ellátási rendszernek. Közvélemény-kutatások szerint a rendszer egésze az állampolgárok többségének megelégedettségét vívta ki.⁵

Hasonlóan a többi OECD-országban történetekhez, e javuló egészségügyi helyzetnek a költségvonzatai is látványosak: 1960 és 1993 között az egészségügyre fordított kiadások az ország GDP-jének 4,9 százalékaról 8,5 százalékára emelkedtek.⁶ Ez utóbbi arány alig valamivel alacsonyabb az OECD-országok átlagánál, ami – figyelembe véve a lakosság korábban már említett viszonylag alacsonyabb átlagéletkorát – arra enged következtetni, hogy az egészségügyi ellátás valószínűleg jobb és biztosan érezhetően drágább, mint a fejlett országok átlagában.⁷ A költségek növekedése ellen a kormányzat hagyományosan adminisztratív jellegű megkötésekkel igyekszik védekezni, mindenekelőtt felső korlátokat állapít meg a kórházak költségvetésére, és erőteljesen beavatkozik az egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök ármezsgébeállításába. E hagyományos eszközök mind elégtelenebbnek tűnnek, így szervezeti átalakítások és az olcsóbb szolgáltatások ösztönzését célzó reformok folyamatosan a kormány napirendjén szerepelnek.

A szolgáltatások nyújtását a magánszféra és közintézmények kombinációja biztosítja, az összkiadásokból körülbelül 70 százalék jut a közkiadásokra és 30 százalékot fizetnek maguk a páciensek. A közkiadások aránya valamivel alacsonyabb a fejlett országok átlagában tapasztalt értéknél, figyelemre méltó azonban, hogy míg az elmúlt évtizedben a többi OECD-országban az állami finanszírozás hányada enyhén csökkent, addig Ausztráliában valamelyest növekedett.

⁴ A reformokról átfogó gazdasági és politikai összefoglalót ad Collins [1986]. Rövid ismertetés található magyarul Pete [1994].

⁵ Blendon és szerzőtársai [1990].

⁶ OECD [1995b].

⁷ Ha a 65 év felettiek aránya Ausztráliában ugyanakkora volna mint a többi OECD-országban, annak látványosan nagyobb kiadást, vagy sokkal rosszabb ellátást kellene jelentenie, hiszen becslések szerint a 65 év felettiek fejeként átlagosan négyszer annyi értékű egészségügyi szolgáltatást vesznek igénybe, mint a lakosság többi része. Lásd: OECD [1987].

1. táblázat

Az állami kiadások aránya az összes egészségügyi kiadásban

Év	Ausztrália	EU	OECD
1960	47,60	67,50	63,90
1970	56,70	77,50	73,80
1975	72,80	79,00	77,60
1980	62,90	81,20	78,10
1985	71,50	79,40	77,40
1990	68,10	79,20	76,60

Forrás: OECD [1993].

Az állam egészségügyi ráfordításait túlnyomórészt az általános adóbevételekből finanszírozzák, ezt egészíti ki a szövetségi szintű egészségügyi (úgynevezett Medicare) adó. A szövetségi szinten és kötelező részvétellel megalkotott Medicare-rendszert 1984-ben hozták létre, s célja a mind az egyén, mind a közösség számára megfizethető módon működő univerzális, mindenki számára hozzáférhető alapellátást biztosító séma volt. A hozzájárulási kötelezettséget minden adóköteles jövedelemre kivetik, kulcsa 1995-ig 1,25 százalékos volt, akkor 1,4 százalékra emelték. Az alap bevételeinek zöme azonban a költségvetésből származik, a speciális adó az összes egészségügyi kiadásoknak csak körülbelül 8 százalékát finanszírozza, s ez megfelel a szövetségi szintű egészségügyi kiadások mintegy 17 százalékának.

Az összes állami egészségügyi kiadás körülbelül 60 százaléka a privát szolgáltatóknál tett viziteket és a szolgáltatások költségeit téríti meg az igénybe vevő állampolgároknak. Ez mindenekelőtt a magánpraxison alapuló körzeti, háziorvosi ellátás, magánkórházak igénybevétele, gyógyszerellátás, az Ausztráliában elkülönült szövetségben működő szemészek (optikusok) és fogorvosok, a háziápolás és az öregkori ápolás szolgáltatásainak költségét fizeti, illetve téríti meg. A maradék 40 százalék a közkórházak kiadásait fedezi, amelyek az egészségügyi alapszolgáltatásokon túl oktatási, orvospépzési feladatokat is ellátnak.⁸

Közkórházon Ausztráliában nemcsak a köztulajdonban lévő kórházakat értik, hanem ezeken túl azokat az egyházi, alapítványi és egyéb intézményi tulajdonban lévő non-profit alapon működő kórházakat is, amelyek költségvetése alapvetően a Medicare-ből származik. A közösségi tulajdonban lévő kórházak zöme az államok tulajdona. Vannak szövetségi tulajdonban lévő kórházak is (elsősorban a háborús veteránok ellátásával kapcsolatos programok keretében működők), ám az utóbbi időben a szövetségi kormányzat igyekszik felszámolni az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában való közvetlen szerepét, és inkább a finanszírozásra koncentrál. A szövetségi tulajdonban lévő kórházakat részben eladják a privát szektornak, részben átadják az egyes államoknak, hogy ők működtessék azokat. A szövetségi szint továbbra is az egészségügyi politika kialakítója és a fő finanszírozási forrás, míg az államok felelnek az ellátás megszervezéséért, nyújtásáért és adminisztrálásáért.

Az államok a szövetségi szinttől kapott és saját bevételből származó finanszírozási forrásaik zömét a területükön működő közkórházakra költik. Az allokáció hagyományosan a bázisévhez viszonyított növekmény tárgyalásos-megállapodásos módszerével történik. A „bázisfinanszírozás” klasszikus szimptomái mind fel is lelhetők a szektorban, ezért a hatékonysági szempontok valamelyes erősítése érdekében terjednek a kórházfinanszírozás normatívabb módszerei. Beruházásra, fejlesztésre a közkórházak egy elkü-

⁸ *Forrás: OECD [1995b].*

lönített alapból kapnak ingyenes juttatást, utóbbi a szövetségi szintű egészségügyi költségvetés körülbelül 7 százaléka.

1995 januárjában körülbelül 700 kórház volt Ausztráliában, s mintegy 325 magánkórház. Miután a kórházak általában jóval nagyobbak a magánkórházaknál, a kórházi ágyak zöme, több mint 75 százaléka a kórházakban van, és a kezelt betegek aránya is hasonlóan oszlik meg. A magánkórházak nemcsak kisebbek, de általában nem kínálnak teljes körű szolgáltatást, baleseti és készenléti fogadó osztályaik például általában nincsenek. Ezzel szemben a krónikus betegeket ellátó otthonok zöme magánintézmény, az ilyen célú ágyak 84 százaléka magánkórházban van. A magánkórházak kereskedelmi alapon számláznak a pácienseknek a szolgáltatásokért, de a biztosítótársaságok nyomására itt is terjednek a biztosítókkal kötött normatív kórházi szerződések. Ezekről később még szólunk.

Az egészségügy mintegy 30-32 százalékot kitevő magánfinanszírozási részének jó kétharmada az igénybevevők közvetlen térítése, egyharmada pedig a magánbiztosítókkal kötött biztosítási csatornából származik. A magánkiadások nem jelentéktelen része (körülbelül 16 százaléka) valójában a kórházak orvosainak magánbetegeitől származik, akik a szokásoshoz képest jobb elhelyezést igényelnek, s ezért hajlandók fizetni.

A Medicare-rendszer egyfelől támogatást nyújt a privát szolgáltatók igénybevételéhez, és fizeti az orvos által felírt gyógyszerek költségeit, másfelől maximált összegű támogatást nyújt az államoknak a Medicare által elfogadott (ügynevezett köz-)kórházak költségeinek fedezésére, hogy azok a betegeket ingyen kezelhessék. Közkórházban privát betegként is ellátathatja magát a páciens, s ilyenkor természetesen maga választja orvosát, míg a kórház ingyen kezelt betegek nem választhatnak. A privátként kezelt betegek is kapnak térítést a Medicare-től a kórházszámla egy részére, amint hogy a Medicare a szolgáltatás igénybevevőjének fizeti meg az ambuláns kezelésben a privát szolgáltatók díjainak jó részét is. Nincs mindenkire érvényes térítés a szemüvegre, fogorvosi és fizioterápiás kezelésre, ám az alacsony jövedelműek vagy egyéb szempontból hátrányos helyzetűek (ennek igazolására igazolvánnyal rendelkezők) számára ez is ingyenes vagy csak minimális térítéssel jár a páciens részéről.

A körzeti orvosok és kórházak kezelési típusok szerint részletezett azon díjtételei, amelyeket a Medicare-térítések során alapul vesznek, egy ügynevezett egészségügyi térítési táblázatba (*Medical Benefits Schedule*, továbbiakban MBS) vannak foglalva, a szolgáltatók ennél többet is számlázhatnak a betegnek, de a Medicare csak a táblázatban foglalt érték után fizet. Az MBS díjtételeit a nyolcvanas évek közepe óta egyoldalúan a kormányzat állapítja meg, és évente felülvizsgálja, a tételek módosításához mindenkéltől az évi országos bérakkord-megállapodások béremelkedéséi rátáit véve alapul. Járóbeteg-ellátás esetén a Medicare általában az MBS-díjtétel 85 százalékát fizeti. Ha az orvos az MBS-díjnál többet számláz, akkor a többletet a beteg fizeti, s e különbözetre tilos kiegészítő biztosítást kötni. Ez az intézkedés a kormányzatnak azt a nyilvánvaló törekvését tükrözi, hogy korlátozza a díjtételek orvosok általi felhajtását. Fekvőbeteg-ellátás esetén (itt fizetni csak a magánbetegeknek kell) a Medicare az MBS-díjtétel 75 százalékát téríti meg. Kiegészítő biztosítás az MBS-díjtétel és a Medicare-térítés közti 25 százalékos különbség fedezésére köthető, de az MBS feletti számlaértékre nem.

Noha az orvosok magasabb díjakat is számíthatnak, a gyakori eseteknél legtöbbször tartják magukat a hivatalos tételekhez. A specialisták esetében már sokkal inkább előfordul az MBS feletti számlázás. A privát betegek a kórházi elhelyezés költségeit és az orvosi számlákat is maguk fizetik, és a Medicare a kiegészítő jellegű (lábadozási, gyógyszer- stb.) költségekből általában semmit sem térít, ám ez utóbbiakra köthető magánbiztosítás. A magánbetegként való kezelés választását a költségek ellenére az teszi racionálissá, hogy ilyenkor egyrészt a beteg maga választja orvosát, másrészt a nem sürgős

operációk, illetve a beteg által kért operációk és kezelések esetében általában sorban állás van, egyes operációfajtákra meglehetősen sokat kell várni. Magánbetegként a sorban állás elkerülhető.

A gyógyszerek esetében az MBS-hez hasonló gyógyszer térítési táblázat (*Pharmaceutical Benefits Schedule*, továbbiakban PBS) van érvényben amely a kedvezményesen felírható gyógyszerek listáját és elfogadott árát tartalmazza. E gyógyszerek árait egy külön ezzel foglalkozó állami hatóság és a gyógyszergyártó vállalatok tárgyalásain döntik el. A gyógyszerek áraitól függetlenül a beteg alkalmanként csak a minimális órabér két-háromszorosára rúgó fix összeget (16,20 dollárt) fizet, majd egy éves szinten meghatározott kumulatív költséglimit elérése után minden további gyógyszert az adott évben névleges összegért (2,60 dollárért) kap. A nyugdíjasok és a szociális támogatásban részesülők eleve csak ilyen névleges összeget fizetnek, azt is csak bizonyos évi költséghatárig, e felett számukra a gyógyszer ingyenes. A beteg hozzájárulása feletti összeget a PBS-receptek esetében a Medicare fizeti, s a hozzájárulás mértékét évente indexálják.

A Medicare-hozzájárulások indexálásának eredményeként az elmúlt egy-másfél évtizedben a társadalombiztosítás részaránya az összes egészségügyi díjfizetésben belül növekedett, míg 1980-ban körülbelül 62,2 százalék volt, ez 1990-re 70 százalék fölé emelkedett. A növekedésben valójában két egymással ellentétes tendencia érvényesül, az összkiadás egyre jelentősebb része jut krónikus betegeknek, s ők gyakorlatilag semmilyen saját hozzájárulást nem fizetnek, a többiek saját hozzájárulása valójában enyhén nőtt.

A korábban már említett korlátozásokkal egészségügyi biztosítás köthető a magánbiztosítókkal a Medicare kiegészítésére, illetve az általa nem térített (szemüveg, fogorvos stb.) egészségügyi ellátásokra. Ám az állam a magánbiztosítást is igen szigorúan szabályozza, így például a kockázatoknak a szélesebb közösségre való szétterítése érdekében a magánbiztosítók nem ajánlhatnak eltérő biztosítási feltételeket az ügyfél egyéni egészségügyi állapota, kora, életformája stb. függvényében, a kockázatok a közösség egészére kell felbecsülniük. A magánbiztosítással rendelkezők aránya egyébként lassú csökkenést mutat Ausztráliában, 1994-ben a lakosság 37 százalékának volt a kórházi kezelésre és 36 százalékának a Medicare által nem lefedett szolgáltatásokra magánbiztosítása, szemben a 10 évvel korábbi körülbelül 50 százalékkal.

Túlképzés, túlkínálat, várólisták és hatékonysági problémák

A körzeti orvosok elsöprő többsége magánpraxist folytat. Szakorvoshoz ők irányítják a beteget, tehát a rendszerben alapvető szűrő szerepük van. A szakorvosok, ha közkórházban dolgoznak, kétféle státusban lehetnek. Vagy a kórház alkalmazottai, és ekkor a kórháztól kapnak fizetést, vagy független praktizálók, akik a kórházzal szerződve a fogadott betegek száma, illetve a kórházban teljesített feladatok alapján kapják honoráriumukat. Mindkét kategóriában praktizáló orvosnak joga van a közkórházban magánbetegeket fogadni. Sokan közülük kombinálják a privát rendelőben való praktizálást a kórházi szerződéses státussal. Privát praxisukban a díjtételeket maguk állapítják meg.

Noha a kormányzat az elfogadott díjtételek megállapításával is erős nyomást gyakorol az egészségügyi szolgáltatások árára, a díjtételek gyors emelkedésének az is gátat szab, hogy mind a körzeti orvosok körében, de még inkább egyes szakorvosi szakmákban nagy túlkínálat van, a körzeti orvosok saját szövetségének becslése szerint az országban a szükségesnél legalább 25 százalékkal több körzeti orvos van, dacára az orvosi praxist folytatni kívánó külföldiek különösen szigorú bevándorlási korlátozásának.⁹ Az ezer főre

⁹ Baune [1994].

jutó praktizáló orvosok száma folyamatosan, az elmúlt másfél évtizedben évi 2,3 százalékkal nőtt, s a verseny miatt a díjtételek emelésére a praktizáló orvosok csak korlátozottan képesek. Így Ausztráliában – szemben a legtöbb fejlett országgal – az elmúlt másfél évtizedben az egészségügyi szférában az infláció valamelyest (1980–1992 között évi 0,2 százalékkal) alacsonyabb volt az gazdaság egészében tapasztalt inflációnál. Az orvosok által ténylegesen alkalmazott díjtételek több mint 80 százaléka az MBS-tételekkel megegyezik, vagy az alatt van. A gyógyszerek esetében, ahol a kormányzat a legtöbb területen monoposzonikus vásárló, még inkább sikerült az áremelések visszafogása, a gyógyszerárak emelkedése 0,9 százalékkal volt átlagosan alacsonyabb a fogyasztói árak emelkedésénél.

Az egészségügyi piacok specialitásai (aszimmetrikus információellátottság, a megbízó-ügynök-problémák érvényesülése stb.) miatt azonban ez egyáltalán nem vezet költségkímélő és hatékony ellátáshoz. Sőt, az egészségügyi piacoknak a fenti specialításokból eredő és más országokban is tapasztalható hajlama a szolgáltatások túlkínálatára, illetve a páciensek szükségtelen túlfogyasztásának ösztönzésére Ausztráliában még a szokásosnál is jobban érvényesül. A mindenkire kiterjedő kötelező egészségbiztosítás és a díjtételek emelésének nehézségei együttesen oda vezetnek, hogy az orvosok jövedelemnövelési törekvésének gyakorlatilag az egyetlen útja a páciensnek nyújtott szolgáltatások mennyiségének növelése. A biztosítás miatt a páciensnek nincs érdekében, információ elégtelensége miatt pedig módjában sem az orvos ilyen törekvésének ellenállni. Az egy lakosra jutó orvosi szolgáltatások igénybevétele évi körülbelül 3,6 százalékkal, a gyógyszerfogyasztás volumene pedig 4,6 százalékkal növekszik, mindkettő jelentősen meghaladja a gazdasági növekedés ütemét. A gyógyszerfelírások különösen gyors növekedésének részben egészen egyszerűen az az oka, hogy a körzeti orvosok száma gyorsan növekszik, ám fontos összetevő az is, hogy a nyugdíjasok és a munkanélküliek növekvő száma miatt egyre többen vannak azok, akik a receptre felírt gyógyszereket ingyen vagy közel ingyen válthatják ki.¹⁰

Az a tény, hogy az orvosok általában kombinálhatják privát praxisukat a közkórházi szolgálattal, eleve arra ösztönzi őket, hogy a nem sürgős ellátásoknál a privát praxisukra koncentráljanak, és csak minimális erőfeszítéseket tegyenek a Medicare (nem fizető) páciensek ellátására. Mindezt súlyosbítja az a lehetőségük, hogy magánbetegeiket a kórházakban kezelhetik, hiszen ezzel lefoglalják a kórházak erre fordítható „köz-” kapacitását. Ez az érdekstruktúra alapvetően felelős annak a korábban már említett problémának a kialakulásában, hogy a nem sürgős kórházi ellátások, választott operációk területén a nem magánbetegek esetében hosszú sorban állások alakulnak ki. A hosszú várólisták kétségtől a leginkább kritizált elemei a rendszer működésének. Méretüket illusztrálja, hogy 1994-ben ezer ausztrál lakosból átlagosan 7,2 szerepelt valamilyen operációval kapcsolatban várólistán, és az átlagos várakozási idő elérte a 2,3 hónapot. Van azonban olyan operációtípus is (orműtétek), ahol a több mint egy éve várakozók száma meghaladja a 20 százalékat.¹¹ A hosszú várólisták nyilván sokakat késztetnek arra, hogy olyan esetekben is privát megoldást keressenek, amelyekre egyébként elvileg az ingyenes társadalombiztosítás érvényes. Mindez pedig a rendszer alapjait – az univerzális egészségbiztosítást – érintő kérdés, hiszen a magánbetegstátus már nem egyszerűen a jobb kórházi elhelyezést stb., hanem az egészségügyi kezelést magát teszi a fizetőképességtől függővé, márpedig a rendszer alapcélja éppen ennek elkerülése volt.

Az orvosokon kívül maguk a kórházak is abban érdekeltek, hogy kiadásaik minél nagyobb részét hárítsák a Medicare-re, ám minél nagyobb saját bevételt szerezhessenek az orvosok

¹⁰ OECD [1996b].

¹¹ Forrás: *Australia's Health* [1994].

magánbetegeinek felszámolt extráért, elhelyezésért stb. Mindez súlyosbítja a közkórházak magánbetegek által való lefoglalását. A kórházak és orvosok ilyen érdekösszefonódása ellen az állami szabályozás mindeddig nem volt túl sikeres, a közkórházak saját pácienseiket az elő- és utókezelés időszakára növekvő mértékben utalják privát szakrendelőkhöz, egyes kórházak pedig bizonyos járóbetegosztályait privatizálták vagy korporatizálták.

Reformok és reformtervek

A fenti problémák, valamint a népesség öregedésével kapcsolatos előre jelezhető költségrobbanás kezelésére az egészségpolitika Ausztráliában hagyományosnak számító eszközei (az adminisztratív árfekezés és a közkórházak költségvetésének korlátozása) egyre kevésbé tűnnek alkalmasnak. Szövetségi szintű egységes reformprogram még nem született, ám az egyes államok szintjén számos olyan megoldással kísérleteznek, amely az egészségügyi intézmények mikroökonómiai reformjával, ösztönzési struktúrájának változtatásával igyekszik őket hatékonyabb, költségkímélőbb működésre készíteni.

E módszerek közül gyorsan terjed a hagyományos bázisköltségvetési finanszírozásról a normatívabb, az egyes ellátási formák kalkulált átlagköltsége és a következő évre tervezett tevékenységi struktúra együttes figyelembevételével kialakított költségvetési ellátmány. E rendszerben azok a kórházak, amelyek a kalkulált átlagköltségnél olcsóbban képesek szolgáltatni, a különbséget megtarthatják, azok viszont, amelyek túllépik a kereteket, a következő évben annnyival kevesebb költségvetéssel számolhatnak. Így a finanszírozás az egyes kórházak között fokozatosan elmozdul az olcsóbb, hatékonyabb kórházak irányába. A feladatra orientált költségvetés egyben enyhíti a kórházak év végi túlköltekezését (ami korábban a maradvány elvesztésétől való félelemhez kapcsolódott), és enyhül a közpáciensek nem sürgős operációival kapcsolatos ellenérdekltség is, s ez – a tapasztalatok szerint – jótékony hatással van a várólistákra. A legutóbbi javaslatok¹² e rendszer radikális kiterjesztését javasolják a fekvőbeteg-ellátásról a járóbeteg-ellátás minden területére is, ezzel próbálván meg elejét venni a kórházak érdekltségének a Medicare járóbeteg-ellátástól való megszabadulásban.

1991-ben megkísérelték bevezetni – illetve ahol ilyen már volt, emelni – a doktori vizitek és a receptek esetén a beteg saját hozzájárulást, az erős társadalmi ellenállás miatt azonban erről egyelőre le kellett mondani, bár a kérdés nem került le végleg a napirendről. Nagyobb sikerrel jártak azok a legutóbbi reformok, amelyekkel a kormányzat a privát biztosítások értékét igyekszik növelni. Ezek valójában a magánbiztosításokkal kapcsolatos korábbi adminisztratív megkötések feloldását jelentik. Így 1995-ben eltörölték azt a megszorítást, ami arra kötelezte a magánbiztosítókat, hogy minden orvost és kórházat teljesen azonosan kezeljenek. Ettől kezdve a biztosítási alapok egyéni szerződéseket köthetnek az orvosokkal és kórházakkal, így próbálván jobb árakat és jobb szolgáltatásokat kicsikarni belőlük azon ügyfeleik számára, akik elfogadják az ilyen rendszerből következő orvosválasztási korlátozottságot. Az új rendszertől azt várják, hogy a biztosítók is a tevékenységi struktúrát figyelembe vevő differenciált szerződéseket fognak kötni a kórházakkal, további hatékonyságjavításra szorítva őket.

Végül, sok szó esik az egészségügyi rendszer olyan reformjáról, ami a vásárló–szolgáltató viszony nyíltabb kialakításán, tehát a piaci eladói–vevői viszony egyfajta imitálásán keresztül kívánja a hatékonysági kényszert megteremteni. Ennek az elgondolásnak a részleteit azonban Új-Zéland egészségügyi rendszerének ismertetésénél tárgyaljuk, tekintettel arra, hogy ezt a rendszert ott már bevezették.

¹² Duckett–Jackson [1993].

Új utak az egészségügyi és rokkantsági ellátások területén Új-Zélandon

Kiadási struktúra és szervezeti rendszer az 1993-as átfogó reformok előtt

Az egészségügyi szektor jellemzésére szokásosan használt mennyiségi és makroökonómiai pénzügyi mutatószámok terén Új-Zéland nem különbözik lényegesen az OECD-országokban mért átlagos értékektől. A GDP ilyen célokra felhasznált hányada 1994-ben 7,6 százalék, 1995-ben 7,7 százalék volt.¹³ Az egészségügyi ellátás finanszírozásában a közpénz döntő szerepet játszik. Noha az ilyen célú közkiadások reálértékben körülbelül 21 százalékkal növekedtek 1980 óta, az állampolgárok közvetlen kiadásai még ennél is gyorsabban emelkedtek. Ezért 1980–1995 között a közösségi finanszírozás aránya 88 százalékról körülbelül 77 százalékra csökkent, s ez az összeg durván a központi költségvetés kiadásai 18 százalékának felel meg. A szolgáltatások túlnyomó része az állampolgárok számára ingyenes, illetve bizonyos kategóriákban a páciens jövedelmétől függően kell díjat fizetni. A magán-hozzájárulás részben e vizitdíjakat és gyógyszerköltségeket fedezi, részben pedig (az ausztrál rendszerrel kapcsolatban részletesen elemzett helyzethez hasonlóan főleg) a szabadabb orvosválasztást és a nem sürgős, illetve választott operációk esetén tapasztalható sorban állás elkerülésére alkalmas magánbiztosítások költsége.

A központi költségvetéstől elkülönült általános társadalombiztosítási alap nem létezik, a kiadások túlnyomó részét az általános adózás keretein keresztül a központi költségvetés finanszírozza. Az egyetlen kivétel a baleseti ellátás és kompenzáció. Mind a munkával kapcsolatos, mind az azon kívüli balesetek orvosi kezelési költségeit, valamint az ebből fakadó hosszabb-rövidebb táppénzjellegű transzfereket egy erre a célra létrehozott alaptól finanszírozzák, amelyet az Accident Compensation Corporation (ACC) nevű intézmény kezel. Az alap bevételei a munkavállalók és munkáltatók kötelező befizetései, az utóbbiak ágazatonként eltérő ráta szerint átlagosan a bruttó bérkifizetések körülbelül 2 százalékát, az előbbieket egységesen ennél valamivel kevesebbet fizetnek. Az ACC költsége az összes közösségi egészségügyi kiadás körülbelül 7-8 százaléka lehet, ami jóval több, mint ami e speciális járulékból befolyik, a különbözetet a központi költségvetés állja. Miután e külön járulékbefutástól eltekintve az ACC kapcsolata az egészségügyi szolgáltatások nyújtóival ugyanolyan, mint a nem baleseti ellátások során alkalmazott rendszer, a továbbiakban az ACC működését külön nem részletezzük.

1993-ig az egészségügyi ellátás intézményi rendszere Új-Zélandon nagyon hasonlított az Ausztráliával kapcsolatban már ismertetett struktúrára. Az elsődleges (körzeti orvosi) hálózat magánpraxist folytató személyekből állt, akik a nyújtott szolgáltatások után kaptak a központi költségvetésből állami támogatást. A másodlagos (alapvetően kórházi) ellátások gerincét a közkórházak adták, amelyek a bázison alapuló tervezési és alkumechanizmusokon keresztül jutottak központi finanszírozáshoz. A kórházakat az adott területen helyileg választott kórházi testületek irányították, illetve ellenőrizték. 1989-ben ezek helyébe a kormányzat az ország egészében 14 területi testületet szervezett azzal a bevallott szándékkal, hogy ezekbe a helyben választott tisztségviselők mellett részben a saját embereit ültetvén, a kórházak gazdálkodását jobban ellenőrizhesse.

A közkórházak mellett azoknál jóval nagyobb számban (a 23 közkórház mellett 204) voltak, és persze ma is vannak magánkórházak, amelyek általában jóval kisebb méretűek, és túlnyomórészt felekezeti vagy jótékonyági intézmények tulajdonában vannak. Ezek vegyes finanszírozásúak voltak, és díjat is gyakran számoltak szolgáltatásaikért. Elenyésző számban bár, de léteztek teljesen profitorientált kórházak is. Az összesen

¹³ Forrás: Purchasing... [1995].

mintegy 747 öregek otthonából 210-et működtet vallási intézmény, a többi magántulajdonban van.¹⁴

A finanszírozásnak ez a módja produkálta is mindazokat a problémákat, amelyeket az ausztrál rendszerrel kapcsolatban ismertettünk. Az 1991-ben kezdődő átfogó reformmunkálatok tényfeltárásai még két fontos szempontot említettek. Kritika érte a rendszert azért, mert az intézményekhez és történelmi allokációkhoz (bázishoz) kötődő finanszírozás jelentős területi egyenatlenségekhez vezetett a szolgáltatások skálájában és szintjében. Másfelől, miután szükségszerűen elkülönítve kezelte a különböző egészségügyi szolgáltatások (körzeti orvosi és kórházi, elő- és utókezelési, gyógyászati és rokkantsági, de az egyes gyógyászati ágakon belüli megosztásokban is például sebészeti és belgyógyászati stb.) költségvetését, ezért a változó prioritásokat az allokációkban igen nehezen lehetett követni. Az erőforrások különböző szolgáltatási típusok közötti allokációjának javításával a kormányzat tehát a társadalmi igazságosság és a gazdasági hatékonyság szempontjai szerint is egyszerre kívánt javulást elérni.

*A vásárló és szolgáltató, vásárló és tulajdonos intézményes elválasztása
az egészségügyben*

Az 1993-ban elfogadott egészségügyi és rokkantsági szolgáltatásokról szóló törvény egyes rendelkezései a közületi szféráról tradicionálisan gondolkodót gyakran meglepő, esetenként megdöbbentő eljárásokat is tartalmaznak, ám szerves részei az – Új-Zélandon akkor már közel egy évtizede folyó és a közületi szféra más elemeit addigra már radikálisan átalakító – reformok sorozatának. A reform alapvonásai itt is a mikroökonómiai hatékonyság érvényesítését, a feladatok, felelősségek, be- és elszámolási megoldások szigorúbb érvényesítését, röviden: az adófizetők pénzével való hatékonyabb gazdálkodást célozták.¹⁵

Az új rendszer integrálja a különböző szolgáltatásokra és az egészségügy különböző szféráira szánt alapokat, miközben a legteljesebb mértékig igyekszik szétválasztani a finanszírozással és a szolgáltatások nyújtásával foglalkozó intézményeket az érdekkeveredések elkerülése és a minél tisztább felelősségi és számonkérhetőségi viszonyok megteremtése érdekében. Ezen keresztül a rendszer szabályos vásárlói–szolgáltatói viszonyt csempész a továbbra is közfinanszírozáson alapuló egészségügyi rendszerbe.

A finanszírozás zöme továbbra is az egészségügyi minisztériumon keresztül a költségvetésből jön, ám nem közvetlenül áramlik a szolgáltatókhoz, hanem azt négy területileg szervezett „vásárlófinanszírozó” intézmény, úgynevezett területi egészségügyi hatóság (*Regional Health Authority*, továbbiakban RHA) kapja. Ezek feladata, hogy a közpénzből a törvények és szabályok betartásával egészségügyi szolgáltatásokat vásároljanak a tőlük intézményesen független és önálló elszámolással működő egészségügyi szolgáltatóktól az állampolgárok számára. Ez utóbbiak az elsődleges ellátásokban természetesen továbbra is a körzeti orvosok, akikkel a területi egészségügyi hatóságok szerződnek, a kórházi ellátások területén pedig a köz- és magánkórházak. A közkórházakat formailag az állami tulajdonban lévő önálló elszámolású vállalatok mintájára úgynevezett kincstári egészségügyi vállalkozásokká szervezték (*Crown Health Enterprises*, CHEs), amelyeknek profitot ugyan nem kell maximálniuk, azt azonban megkövetelik tőlük, hogy a terü-

¹⁴ Forrás: *Post Election...* [1993].

¹⁵ A közületi szféra egészének átszervezéséről monografikus igénytel számol be *Boston–Martin–Pallot–Walsh* [1991]. Magyarul lásd *Pete* [1995].

leti egészségügyi hatóságoktól szerzett bevételeikből úgy gazdálkodjanak, hogy a vállalatokkal azonos számviteli rendben számolva, ne legyenek veszteségesek.¹⁶

A vásárló intézmények szabályos szolgáltatási szerződéseket kötnek a kincstári egészségügyi vállalkozásokkal, elvileg szabadon alkudva árakban, szolgáltatási volumenekben és egyéb specifikációkban, s a vásárló intézmény nemcsak a volt közkórházaktól vásárol szabadon egészségügyi szolgáltatásokat, hanem bármilyen más potenciális szolgáltatótól. Továbbá az egészségügyi miniszterrel egyeztetett prioritások alapján önállóan allokálja a pénzalapokat a különböző típusú szolgáltatások között, remélhetőleg oldva ezzel a korábbi átjárhatatlanságokat. Megjegyezzük, hogy az átmenet zökkenőinek enyhítése érdekében a reform első évére a területi egészségügyi hatóságokat felkérték, hogy a megelőző évben nyújtott szolgáltatásokat teljes egészében vásárolják meg a közkórházaktól, azóta azonban e téren történtek elmozdulások.

A központi költségvetés egészségügyi kiadásainak mintegy 96 százaléka megy keresztül a négy regionális finanszírozón, a maradék zömét egy közegészségügyi bizottság nevű intézmény költi el, szintén vásárlóként fellépve, amely a kifejezetten közegészségügyi szférában (például védőoltások, egészségügyi felvilágosítás stb.) tevékenykedik, ám a fellépő párhuzamosságokat felismerve a közeljövőben ezeket a funkciókat is RHA-hatáskörbe sorolják majd, s a közegészségügyi bizottság várhatóan rövidesen megszűnik.

Az egészségügyre összesen fordítható forrásokat a költségvetésen keresztül a kormány határozza meg, és a parlament hagyja jóvá. Az egészségügyi politikát, annak prioritásait, a kötelezően nyújtandó szolgáltatások, ellátások körét, az esetleges felhasználói díjtételek maximális értékét stb. az egészségügyi miniszter alakítja ki, s azokat részben törvények, részben pedig az adott időszakra a miniszter által a területi egészségügyi hatóságoknak adott útmutatások, feladatmeghatározások tartalmazzák. A területi egészségügyi hatóságok ezeknek a feladatoknak az ellátására kapják azokat az alapokat amelyekből szolgáltatásokat vásárolnak. A területi differenciák elkerülése érdekében az RHA-k finanszírozási alapjaikat alapvetően a terület népességének arányában kapják.¹⁷ A finanszírozásnak a helyi kereslet által vezérelt módjáról a népesség egészében lehetőleg egyenlő elosztásra való áttérés a reform egyik fő célja volt.

Az RHA-k a minisztériumtól kapott útmutatások alapján úgynevezett vásárlási terveket dolgoznak ki, s ezeket benyújtják a minisztériumnak. A jóváhagyott tervek alapján az RHA és a minisztérium finanszírozási szerződést köt (rendszerint a költségvetési év megkezdése előtt), amely részletesen tartalmazza a vásárolni kívánt egészségügyi szolgáltatásokat, ráfordításokat stb. Az így megkapott alapok egy részének terhére az RHA-k vásárlási szerződéseket kötnek a CHE-kkel, körorvosokkal és más szolgáltatókkal, bár nem szokták az összes alapot előzetes szerződésekkel lekötni, számítva az év közben felmerülő, addig nem ismert szükségletekre és lehetőségekre. Az RHA-k beszámoltatásának, tevékenységük értékelésének alapja a finanszírozási szerződés teljesítése.

A leírt szervezeti struktúra fontos tulajdonsága, hogy szervezetileg elkülöníti a kormányzat tulajdonosi és vásárlói érdekeit és szempontjait. A kormányzat mint vásárló köt szerződést a területi egészségügyi hatóságokkal, hogy azok a kórházaktól az ő nevében a lakosság számára szolgáltatásokat vásároljanak. Ugyanakkor a kincstáron és más gazdasági ellenőrző intézményeken keresztül kíséri figyelemmel a CHE-k gazdálkodását, amelyek tulajdonosaként megköveteli, hogy ezek az intézmények a beljük fektetett tőkét

¹⁶ Itt jegyezzük meg, hogy a rendszer bevezetésének évében (1993-ban) mind a 23 CHE veszteséges volt, aminek az volt az alapvető oka, hogy a korábbi finanszírozási rendben költségeik között nem kellett amortizációt elszámolniuk, az újban viszont igen. Azóta pénzügyi helyzetük jelentősen javult.

¹⁷ Pontosabban ez egy még el nem ért, de rövid távra kitűzött célja a rendszernek, a korábbi bázisfinanszírozás okozta területi egyenlőtlenségek felszámolása csak fokozatosan lehetséges.

hozadékkal forgassák, azzal racionálisan gazdálkodjanak. A tulajdonosi és vásárlói szerep elkülönítése a miniszterek szintjén is megfigyelhető, az RHA-k az egészségügyi miniszternek számolnak be, a CHE-k viszont a pénzügyminiszternek (gazdálkodó szervezetek), illetve a saját felügyeletükre külön létrehozott (junior) miniszternek.

Az új rendszer azáltal is szolgálja a hatáskörök egyértelműsítését, hogy az RHA-kat teszi kizárólagosan felelőssé a kormányzat által finanszírozott valamennyi egészségügyi célra fordítható erőforrás szolgáltatástípusok közötti elosztásáért. A minisztériumi prioritásokat kifejező direktívák keretei között az RHA-k maguk döntenek el, hogyan alokálják forrásait a körzeti orvosi járóbeteg-ellátás támogatása, a gyógyszer-támogatás, kórházi kezelések finanszírozása stb. között.

A szervezeti reformmal párhuzamosan a páciensek által fizetett díjtételek rendszerét is jelentősen átalakították, alapvetően azzal a céllal, hogy szélesítsék azoknak a szolgáltatásoknak a körét, amelyekért a közepes és magasabb jövedelmű pácienseknek részvételi díjat számítanak fel. Ezek egy részét azonban a bevezetéskor oly mértékű ellenállás fogadta, hogy a kormányzat visszakozott.¹⁸

A felhasználói díjtételek rendszere ma még a korábbinál is határozottabban jövedelemszint-függő. Meghatározott jövedelemszint alatt az állampolgárok magasabb támogatásra jogosító kártyát kapnak. Ma a lakosság – az utoljára 1995-ben végrehajtott jogosultság-kiterjesztésekkel – körülbelül 40 százaléka rendelkezik ilyen kártyával. A körzeti orvosi vizit díja nem szabályozott, mégis egy nemrég készült felmérés¹⁹ szerint a kártyával nem rendelkező felnőttek átlagosan 32 dollárt, a gyermekek 17 dollárt, a kártyával rendelkező felnőttek 13 dollárt, a gyermekek pedig 6 dollárt fizettek egy doktori vizitért. A legutóbbi összeg nagyjából a minimális órabérnek felel meg. Krónikus betegségekben szenvedők speciális, gyakori orvoslátogatásra jogosító igazolványt kapnak. Felírt gyógyszerekért a kártyatulajdonosok általában nem fizetnek, de egy bizonyos összehatár után valamennyi állampolgár térítésmentesen kap gyógyszert. Hasonló a helyzet a kórházi járóbeteg-rendelés díjaival is, míg a kórházi fekvőbeteg-ellátás továbbra is ingyenes.

A törvényben meghatározott támogatási tételek minimumértékek, az adott területi egészségügyi hatóság, ha úgy látja szükségesnek, ennél nagyobb támogatást is nyújthat, természetesen a saját alapjának keretei között, hiszen erre központi többletforrást nem kap.

Noha az új rendszer bevezetése óta már három esztendő eltelt, annak hatása az egészségügyi ellátások színvonalára és hatékonyságára még nem tűnik drámainak. Egyes speciális kérdésekben mégis történt előrelépés. Így például a múltban a kórházak hajlamosak voltak folyó működési költségeiket állóvagyonuk felélése terhére finanszírozni, s ez most megszűnni látszik, a kórházak által elszámolt amortizáció drámaian növekedett. A kórházi betegápolás időtartama rövidült, amit általában a hatékonyság javulásának szoktak tekinteni, és fontos területeken rövidültek a várólisták is.

A legtöbb egészségügyi szolgáltatás területén egyelőre nem alakult ki verseny a szűkebben vett egészségügyi és kórházi szolgáltatók között. Kibontakozóban van azonban a hatékonyságot javító és árakat mérséklő verseny az időskori gondozások és a nem sürgős operációkat kínáló körében, s ezt a területi egészségügyi hatóságok képesek is kihasználni. Fontos újfajta szerződési formák váltják fel sok helyütt a körzeti orvosokkal korábban uralkodó „fee for service” szisztémákat. Terjednek az ellátandó páciensek utáni évi általányszámlázási formák, illetve azok, amelyekben a körzeti orvos adott gyógyszerköltségvetéssel gazdálkodik stb. Noha a tapasztalat még kevés, *a priori* – a reformok jellege miatt – feltehető, hogy hosszabb távon jelentősebb hatékonysági javulással járnak majd.

¹⁸ Lásd OECD [1996c].

¹⁹ GP Weekly, 1 November (1995), Idézi: Purchasing... [1995].

Nem lehet elhallgatni ugyanakkor azt sem, hogy a leírt reformok bevezetése a szélesebb közvélemény jelentős ellenállása, helyenként a sajtó és más média által közvetített felháborodása mellett ment végbe. Történt pedig mindez annak ellenére, hogy időközben sem az ellátások mennyisége nem csökkent, sem színvonala nem romlott, s együttesen az egészségügyi kiadások reálértékben növekedtek is. Valószínűbb, hogy a szokatlanul bonyolult, majdhogynem csak a benne részt vevők számára érthető új struktúrák, s különösen az utca embere számára az ápolás és gyógyítás területén szokatlan kereskedelmi ízű szóhasználat (például kórházi vállalatok, szolgáltatásvásárló stb.) nagyfokú bizalmatlanságot keltettek.²⁰ Különösen azután, hogy az átalakulás egyértelmű vesztesei (a mi kórházigazgató főorvosainknak megfelelő féladminisztratív-félszakmai személyek) a sajtóban gyakran azzal vádolták meg a reformokat, hogy ez a teljes privatizáció és az egészségügy finanszírozásának állami felelőssége alóli kibújás kezdete, s ez a reformokat amúgy is korlátozottan értő tömegeket felkavarta. A vád egyébként nyilvánvalóan hamis, hiszen a reform soha egy percig sem vonta kétségbe az egészségügy alapvetően közpénzből finanszírozandó voltát, hanem éppen a közpénz elköltésének hatékonyabbá tételét szorgalmazta. Az azonban nyilvánvaló, hogy a reformok lényegének megmagyarázásában és a polgárokkal való elfogadtatásában a kormánypropaganda messze nem állt a helyzet magaslatán.

Tanulságok magyar szemmel

Már e cikk bevezetőjében is óvtuk az olvasót attól, hogy a vázolt egészségügyi rendszerekben közvetlenül átvehető sémákat, paneleket lásson, hiszen azok az országok, amelyeknek intézményeit e tanulmányban vázoltuk, a magyarországitól nagyon eltérő történelmi-ideológiai háttérrel rendelkeznek, jövedelmi és demográfiai adottságaik is nagyon különböznek a ma Magyarországon fellelhetőktől. Amit magunk megfontolandónak tartunk, az inkább a reformok általános iránya, szelleme, semmint a mértékek vagy a megvalósítás konkrét módja.

A reformok fő iránya mindkét országban a decentralizálás, a szolgáltatóintézmények önállóságának növelése, az állami szerepvállalás mértékének csökkentése és főleg jellegének ártértekelése volt. Mindez a közületi szférában, az adófizetők pénzének elköltséserőre is mind határozottabban igyekszik hatékonysági szempontokat érvényesíteni.

Ausztrália némileg lassúbb, bátortalanabb reformjainak tanulmányozása azt mutatja, hogy állami adminisztratív ellenőrzéssel és korlátozással mind az ellátási díjtételek, mind a gyógyszerárak területén lehet eredményt elérni az egészségügyi kiadások minden határon túl dagadásának megfékezésében. Ez azonban más oldalról felerősíti az egészségügyi rendszerek túlköltséges, diszkriminatív működését. (Lásd sorban állások az ingyenes ellátásért és a kórházak kapacitásának magáncélra való felhasználása.) Sokkal ígéretesebbnek látszik a finanszírozó és szolgáltató szerepek lehetőség szerinti elkülönítése ott is, ahol egyébként a szolgáltatást is állami tulajdonban lévő intézmény végzi. Ennek konkrét formái változatosak lehetnek, a dolog jelentőségét és magyarországi felhasználhatóságát mindenekelőtt magának az elvnek a figyelembevételében látjuk.

Új-Zéland esete azért is különösen figyelemre méltó, mert ott olyan reformokat léptettek életbe, amelyek viszonylag rövid idő alatt nagyon átalakították a közegészségügyi szektort, s az új struktúrák maradandóknak látszanak. Mindez arra enged következtetni, hogy – a nagyfokú ellenállás dacára – a meglévő intézmények nem feltétlenül mozdíthatatlan

²⁰ *Current Issues...* [1996].

kövéletek, megfelelő eltökéltséggel, esetleg a muszáj kényszerítésére, igenis jelentős változtatások érhetők el.

A másik oldalról viszont az is fontos tanulság, hogy a reformok szinte kivétel nélkül nagy populáris ellenállásba ütköztek, még olyankor is, amikor szakmai szempontokat tekintve azok indokoltságához és hasznosságához nem fért kétség. Az állampolgárok e téren megnyilvánuló érzékenysége, illetve sajnálatosan meglévő értetlensége pedig felhívja a figyelmet arra, hogy e téren az informálás, a reformok céljainak az érintettekkel való megértetése alapvető, ennek hiánya és a nem elegendő vagy rossz propaganda – nemcsak Magyarországon – tiltakozó megmozdulásokhoz vezet.

Hivatkozások

- AUSTRALIA'S... [1994]: Australia's Health. Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- BAUNE, P. [1994]: A cutting edge: Australia's surgical workforce. Report of the Inquiry into the Supply of and the Requirements for Medical Specialist Services in Australia.
- BLENDON, R. J. ÉS SZERZŐTÁRSAI [1990]: Satisfaction with health systems in ten nations. Health Affairs, nyár.
- BOSTON, J.–MARTIN, J.–PALLOT, J.–WALSH, P. [szerk.] [1991]: Reshaping the State; New Zealand's Bureaucratic Revolution. Oxford University Press, Auckland.
- COLLINS, S. [1986]: Rogernomics. Is there a better way? Pittman, New Zealand.
- CURRENT ISSUES... [1996]: Current Issues in Health and Disability Support; a Purchaser Perspective. The New Zealand Treasury, Wellington.
- DUCKETT, S. –JACKSON, T. [1993]: Casemix classification for outpatient services based on episodes of care. Medical Journal of Australia, 158 No. 7.
- GOULD, J. [1985]: The Muldoon years. An Essay on New-Zealand's Recent Economic Growth. Hodder and Soughton, Auckland.
- OECD [1966c]: Economic Surveys, New Zealand.
- OECD [1987]: Financing and Delivering Health Care; a Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Health Policy Studies No. 2.
- OECD [1993]: Health Systems: Facts and Trends. Health Policy Studies, No. 3.
- OECD [1995a]: Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report. Department of Social Security Research Report, No. 46. OECD, Párizs.
- OECD [1995b]: Economic Surveys, Australia.
- PETE PÉTER [1994]: Új-Zéland: egy ortodox reformprogram vázlata. Európa Fórum, augusztus.
- PETE PÉTER [1995]: Az állami szektor finanszírozása Új-Zélandon. Külgazdaság, 9. sz.
- POST ELECTION... [1993]: Post Election Briefing, Strategic Issues in the Health Sector. Ministry of Health, New Zealand, Wellington.
- PURCHASING... [1995]: Purchasing for your Health 1994/95. Ministry of Health, New Zealand, Wellington.