

FORGÁCS ANNA*
VALLYON ANDREA**

HAT ORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERÉNEK TÖRTÉNETE, REFORMJAI ÉS JELENLEGI PROBLÉMÁI

Az alábbiakban bemutatandó hat egészségügyi rendszer igen eltérő típusokat reprezentál. Előző cikkünkben összehasonlítottuk hatékonyságukat, ezúttal azonban a történeti kialakulásukat és a jelenlegi intézményi elrendeződésüket elemezzük. Ha különbségdimenzióknak az alapvető tulajdoni és finanszírozási struktúrát vesszük, akkor egy olyan skálát kapunk, amelyen a legszélsőségesebb a tisztán állami – (ilyen ma már szinte nincs is), valamint a tisztán piaci modell (amelyre szintén nincs példa). Amennyiben ezen helyezük el a vizsgált hat országot, akkor középen találjuk Németországot és Izraelt az államihoz legközelebb áll a cseh, legtávolabb, pedig kétségkívül az amerikai rendszer. A kérdés, persze elsősorban az, hogy az állami – piaci skála melyik részén helyezkedik el az adott ország egészségügyi rendszere és milyen a további szerkezeti felépítése. Az állami modell az esélyegyenlőséget állítja a középpontba, azaz állampolgári jognak tekintti az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, mégpedig az egyenlő hozzájutást tekinti fontosnak, jövedelmi helyzettől függetlenül. Ez részben sérti a (tehetősebb) állampolgárok szabadságát, részben, pedig alacsonyabb minőségű szolgáltatásokhoz való hozzájutást tesz lehetővé. Az állam tervezi, irányítja, szabályozza és finanszírozza a rendszert. A piaci modell alapvetően liberális értékeken alapul, tehát itt, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást az egyének preferenciája és fizetőképessége határozza meg. Az állami beavatkozást a lehető legteljesebb mértékben korlátozzák, mert úgy tartják, hogy az rontja a hatékonyságot és korlátozza a betegek, valamint az orvosok szabadságát. Ebben

* BGF Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Vállalkozástan Tanszék, főiskolai adjunktus.

** BGF Külkereskedelmi Főiskolai Kar, Nemzetközi Pénzügyek Tanszék, főiskolai adjunktus.

got és korlátozza a betegek, valamint az orvosok szabadságát. Ebben a modellben a magánbiztosítás a legelterjedtebb forma és az, valamint a betegek közvetlen kifizetései (a költség hozzájárulás, co-payment) jelentik a fő finanszírozási forrást. A szolgáltatók nagyrészt magánkézben vannak. A kormányzat csak a legrászorultabbakat segíti valamilyen állami egészségbiztosítási programmal.

IZRAEL

„Minden izraelita felelős a másikért” [1] írja a Talmud, és ez jellemzi az ország egészségügyi rendszerét is. Megalapítása idején, az izraeli egészségügyi rendszer a szervezett szociális ellátásból nőtt ki és létrehozása társadalmi konszenzusból fakadt (a társadalom a felelős tagjai egészségéért). Az állam kezdetektől aktív szerepet vállalt az egészségügyi ellátási hálózat megteremtésében és finanszírozásában. Az izraeli egészségügyi rendszer legfontosabb alapelve: az erőteljes állami szerepvállalás ötvözése az önkéntes betegbiztosítási alapok – a kölcsönösségen és az egymás iránti felelősségérzeten nyugvó – rendszerével.

Amikor Palesztina az Ottomán Birodalom része volt (a 16. századtól 1917-ig), a közegészségügy mindössze karanténok működtetésére és orvosi engedélyek kiadására terjedt ki. A 17. században zsidó önkéntesek és európai zsidó közösségek orvosokat és gyógyszereket küldtek, hogy megvédjék a zsidó telepeseket a keresztény misszionáriusoktól, akik kórházakat alapítottak és ellátták a helyieket. A 19. században európai zsidó közösségek alapítottak néhány klinikát a régi Jeruzsálem zsidó betegeinek gyógyítására és a szegények ellátási költségeinek fedezésére. Az első zsidó kórházat 1854-ben alapították Jeruzsálemben (Rothschild Hospital), később vidéken is emeltek kórházat a környéken élő földművesek gyógyítására [2]. A 20. század eleje sok változást hozott. A telepések tudták, hogy ahhoz, hogy magukon segítsenek, a többieket kell segíteni. 1911-ben, mintegy 150 bevándorló mezőgazdasági munkás összefogott és egy kölcsönös segítségnyújtáson alapuló, egészségügyi ellátásról gondoskodó társaságot hozott létre Jaffában. (Ez volt a Kupat Holim Clalit [Általános Betegbiztosítási Alap], amely még ma is Izrael legnagyobb betegbiztosítási alapja.) Jövedelmük egy részét félretették, hogy abból finanszírozzák a betegek ellátási költségeit. 1911 és 1913 között alakította meg a Hebrew Medical Association-t (Héber Orvosi Szövetség) tizenkét Tel Aviv-i orvos és a Hadassah női szervezet elődei ezekben az években építették ki az első közösségi védőnői szolgálatot Jeruzsálemben.

A mai egészségügyi rendszer alapjait zsidó közösségek és az angol - mandátum alapján kormányzó – hatóságok rakták le, együttműködve. 1920-ban, a britek létrehoztak egy kormányzati egészségügyi szolgálatot. Az ún. Sanitation Department (Köztisztasági Hivatal) felügyelte az ivóvíz minőségét, kötelezővé tette a himlő, a tífusz és a kolera elleni védőoltást, szemészeti klinikákat állított fel és malária elleni kampányt folytatott. A kormányzat erőfeszítéseit elsősorban az arabok lakta városokra koncentráltta, hiszen a palesztinai zsidó közösségek addigra már kiépítették maguknak az egészségügyi intézményeket.

Az egészségügyi rendszer kezdetben voltaképpen állami és privát szolgáltatók kombinációja volt. Részt vettek benne a kormányzó hatóság, a keresztény misszionáriusok, a zsidó és arab önkormányzatok, a Hadassah szervezet és a betegbiztosítási alapok egyaránt. (A Clalit mellett időközben három kisebb kölcsönös be-

tegbiztosítási alap is megkezdte működését, a Maccabi, a Leumit és a Meuhedet.) Az orvosok alkalmazottként dolgoztak, a betegek, pedig szabadon dönthettek, hogy belépnek-e valamelyik betegbiztosítási alapba. Az alapok maguk szedték be a – tetszőleges mértékű – biztosítási díjat tagjaiktól és cserébe, abból gazdálkodva – szintén belátásuk szerint – biztosítási fedezetet, valamint egészségügyi ellátást kínáltak. Egyedül a legnagyobb Clalitnak volt – és van jelenleg is – saját kórházhálózata. A kormányzó hatóság kezdettől fogva tervezte, felügyelte és engedélyezte az egészségügyi szolgáltatásokat, mindamelllett közvetlenül maga is nyújtott szolgáltatásokat, elsősorban olyanokat, amelyeket az alapok egyáltalán nem, vagy csak nem kielégítően tudtak nyújtani (például mentálhigiénés kezelések, krónikus betegek fekvőbeteg-ellátása). Kiepítettek továbbá egy hatósági kórházhálózatot, melynek tulajdonosa később az Egészségügyi Minisztérium lett.

1920-ban, a Clalitot, az abban az évben megalakult munkás szakszervezeti tömörülés, a Histadrut vette át. A Clalit tíz évvel később, 1930-ban alapította Afulában első kórházát [3]. Kiemelt szereplője volt az egészségügyi ellátó rendszernek a Hadassah Medical Organization (Hadassah Orvosi Szervezet), amelyet egy amerikai női szervezet hozott létre, és amely 1922-ben megalapította a jeruzsálemi Hadassah kórházat. Később több másik városban is építettek és működtettek kórházakat, elsősorban gyermekek ellátására (1927-ben 17, 1946-ban, pedig már 90 gyermekklinikájuk fogadta a kicsiket).

1948. május 14-én, Izrael állam megalakulásakor, már egy fejlett, jól kiepített egészségügyi infrastruktúra működött az országban. Az egészségügyi ellátás tekintetében az állami felelősség még kiterjedtebbé vált azáltal, hogy a kormányzat vette kezelésébe az angol hatóságoktól örökölt egészségügyi intézményeket, új kórházakat épített és működtetett, létrehozta az Egészségügyi Minisztériumot, regionális egészségügyi hivatalokat és egy epidemiológiai központot állított fel, kiepítette az anya- és csecsemőgondozó hálózatot [4]. Ezzel egy időben a Clalit is kibővítette kórházi- és klinikai hálózatát (egy kormányhatározat nyomán költségvetését 20%-kal megemelték).

1948 végén a zsidó lakosság mindössze 53%-a rendelkezett egészségügyi biztosítással, többségük – mintegy 80% - a Clalitnál [5]. Az állam megalapítását követő két esztendőben Izrael népessége megduplázódott és ez óriási súlyként nehezedett az egészségügyi ellátórendszerre. Egy évtizeden belül a népesség száma elérte a 2,1 millió főt, a biztosítottak aránya, pedig megközelítette a 90%-ot. Mind az Egészségügyi Minisztérium, mind a Clalit erőteljesen növelte egészségügyi ellátó kapacitásait, hogy a drámaian növekvő kereslethez igazodni tudjon. 1953-ra – amikor a Clalitnak már négy kórháza és több száz klinikája működött – a katonai kórházakat is a Minisztérium alá rendelték, így vált a Minisztérium a legnagyobb kórházi szolgáltatóvá. Természetesen a többi kisebb betegbiztosítási alap kísérletet tett a Clalit lépéseinek követésére és versenybe szálltak újabb klinikák megnyitásával (a kormányzathoz fordultak, megemelt pénzügyi segítséget kérve) [4].

A szociális problémák kezelésére megalapították 1953-ban a Nemzeti Biztosítási Intézetet (National Insurance Institute of Israel), amely a társadalombiztosítás fő szervezetévé vált. Az egészségügyi biztosításban való részvételére, azonban csak az 1995-ös reformot követően került sor. Az 1970-es éveket új közkórházak építése és a költségek rohamos növekedése jellemezte. Az évtized végére Izrael-

nek a nyugati államokhoz hasonló problémákkal kellett szembenéznie. Később csak növekedtek a gondok. Az 1980-as években megszorítások követték egymást és kísérletet tettek a magánszektor növelésére. 1987-ben megkezdődött egy privatizációs folyamat, melynek keretében, az állami kórházak számára lehetővé tették olyan szolgáltatások profitra történő árusítását, amelyek nem képezték részét az „alapkosárnak”. Egyre kiterjedtebbé vált a for-profit ambuláns ellátás is, és az Egészségügyi Minisztérium differenciált finanszírozást vezetett be bizonyos ellátásokra. Ennek eredményeképpen néhány igen drága beavatkozás (mint például a by-pass műtét) száma ugrásszerűen megnőtt. Közben folyamatosan emelkedett az életszínvonal és ezzel párhuzamosan az egészségügyi ellátás iránti kereslet is. A privatizációs folyamat eredménye az lett, hogy együtt, egy épületben létezett állami non-profit és magán for-profit szolgáltatás és ez arra ösztönözte a kórházakat, hogy néhány közszolgáltatást magánszolgáltatássá alakítsanak át. Közellátást nyújtó intézmények olyan új és költséges eljárásokat alkalmaztak, melyeknek hatékonysága még nem volt ismert, de legalábbis megkérdőjelezhető volt. [20] Az 1990-es évek elejére tarthatatlanná vált a helyzet. A megoldásra váró hét problémakör az alábbi volt.

- 1) A népesség előregedésével együtt járt az időskorúak és krónikus betegek gondozása iránti növekvő kereslet, az egy főre jutó kiadások növekedése részben ennek tudható be. A 65 évnél idősebbek aránya az 1955-ös 4,8%-ról az 1980-as évek végére 9% fölé emelkedett.
- 2) A hetvenes, nyolcvanas években ugrásszerűen fejlődött az orvosi technológia új keresletet teremtve a modern diagnosztikai és terápiás eljárások alkalmazása iránt. Ez viszont számottevő beruházásokat és széleskörű szakmai tapasztalatok megszerzését kívánta meg. A költségek (és a hiány) folyamatosan növekedtek. A hatvanas évek elején mért 5,5%-os GDP arányos egészségügyi kiadások a nyolcvanas évek végére 7,8%-ra nőttek, majd a kilencvenes évek elején elérték a 8,5–9%-ot. Az ellátás magas szintű volt, és sok volt az orvos is (ezer lakosra 3 orvos jutott) [5, 6].
- 3) 1995-re, majdnem teljes lefedettséget sikerült elérni, a lakosság 95–96%-a rendelkezett valamilyen egészségügyi biztosítással, ugyanakkor mintegy 200 ezer izraeli még mindig egészségügyi biztosítás nélkül maradt [7, 8].
- 4) Nagy volt az egészségügyi rendszerrel szembeni elégedetlenség, nagy számban voltak olyanok, akik nem kaptak megfelelő ellátást, holott rendszeresen fizették a biztosítási díjat. Nem volt egyértelműen meghatározva az, hogy milyen szolgáltatásokra jogosultak az egyes alapok tagjai. A nyolcvanas évek végére oly nagymértékűvé vált az elégedetlenség, hogy az orvosok és egyéb egészségügyi alkalmazotti csoportok is egyre gyakrabban léptek sztrájkba [8].
- 5) Hiányzott a szabad átjárás a négy alap között, az alapok némelyike visszautasította az idős, beteg és szegény jelentkezőket, a három kisebb alap átcsabította a vagyonosabb és fiatalabb biztosítottakat, néha még a tisztességtelen eszközöktől sem riadtak vissza.
- 6) Az egyes alapoknál nagyon eltérő volt a biztosítottak életkor, vagyoni helyzet, és egészségi állapot szerinti összetétele. Az évek során, a kisebb alapok kihalították a fiatalokat és a tehetősebbeket, (lefölözték a piacot) és ennek megfelelően jobb szolgáltatásokat, tudtak nyújtani tagjaiknak, miközben a Clalitnál maradtak az idősek és betegek.

7) A legnagyobb alap, a Clalit pénzügyi hiánya egyre nőtt, és 1994-ben, már meghaladta az 500 millió dollárt. Ekkorra már csak a biztosítottak 64%-át tudhatta magáénak, miközben 1980-ban még 80%, 1991-ben, pedig 72% volt a részaránya [9]. 1980-tól kezdődően, a Clalit növekvő versenynek volt kitéve a másik három alap részéről. A tetemes deficit kialakulásának három oka volt: emelkedett az egészségügyi szektorban dolgozók bére, egy fél év alatt 35%-kal nőttek a kórházi kezelési költségek, és elapadt a Histadrut támogatása. A Clalitet már csak az állami finanszírozás menthette meg a csódtól.

Számos állami bizottságot neveztek ki azzal a feladattal, hogy javaslatokat tegyenek a szervezeti rendszer, a szolgáltatás nyújtás és a finanszírozás átalakítására a hatékonyság növelése érdekében. A rendszer finanszírozása állami- és magánforrásokból történt. Az állami pénzeket a munkáltatók által befizetett adók, a betegbiztosítási alapoknak nyújtott állami segítség, valamint az állami egészségügyi intézmények által nyújtott közvetlen szolgáltatások jelentették. A magánszférából áramló források voltak a tagok által fizetett díjak, és az alapok és magánbiztosítók által nyújtott szolgáltatások megvásárlására fordított összeg.

1990-ben a „State Commission of Inquiry” (Állami Kutatási Bizottság) az alábbi lényeges változások szükségességét fogalmazta meg:

- nem szabad több forrást bevonni a finanszírozásra, a meglévőket kell hatékonyabban felhasználni;
- fenn kell tartani az állami finanszírozás meghatározó szerepét és a biztosítottak választási lehetőségét, de meg kell teremteni a közvetlen kapcsolatot a kiadások és a bevételek között;
- nemzeti egészségbiztosítási törvényt kell alkotni, mely rögzítené a lakosság egészének biztosítási lefedettségét, a fizetendő hozzájárulás mértékét és a biztosított egészségügyi szolgáltatások körét;
- az Egészségügyi Minisztérium ne nyújtson egészségügyi szolgáltatásokat a magánembereknek, a betegbiztosítási alapok, pedig ne legyenek biztosítók és szolgáltatók egyszerre;
- az egészségügyi hozzájárulások beszedésére és fejkvóta rendszer alapján való szétosztására, valamely állami hatóság legyen jogosult [8].

A bizottsági javaslat közzétételét követő néhány év során (1990-1993), a kormányzat erőfeszítéseit az állami kórházak függetlenné tételére összpontosította, 1992-ben hat állami kórházat önfenntartóvá alakítottak át. A cél az Egészségügyi Minisztérium tehermentesítése volt (hogy ne kelljen kórházakat működtetnie), ám az egészségügyi dolgozók szakszervezete és a Histadrut erős tiltakozása miatt az erőfeszítések hiábavalónak bizonyultak. A kórházak nem váltak for-profit intézménnyé, mindössze a minőségen kívül a költségeket is figyelembe vették.

1994 februárjában lemondott az akkori pénzügyminiszter, HAIM RAMON, aki szerette volna lazítani a kapcsolatot a Histadrut és a Clalit között [10]. Lemondása után néhány hónappal elnyerte a Histadrut főtitkári székét, így a Clalitnál felhalmozódott, mintegy 500 millió dolláros pénzügyi hiányt csakhamar orvosolni kezdték.

A kormányzat elszánta magát egészségügyi rendszer átalakítására, ami tulajdonképpen alapvető politikai reform volt [11, 12, 13]. A reform három fő eleme az 1995. januártól életbe léptetett National Health Insurance Law (Nemzeti Egész-

ségbiztosítási Törvény), a kormányzat visszaszorítása az egészségügyi szolgáltatók közül, valamint az Egészségügyi Minisztérium reorganizációja volt.

A törvény nyolc alapvető kérdést szabályozott:

- kimondta, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető jog, a kötelező biztosítás minden rezidensre kiterjed,
- mindenki számára garantált egy meghatározott egészségügyi szolgáltatásokosarat,
- kötelezővé tette a betegbiztosítási alapok számára minden jelentkező elfogadását, a biztosítottaknak, alapok közötti szabad választási és mozgási lehetőséget adott,
- a biztosítási díjak/járulékok beszedését, kormányzati hatáskörbe helyezte (a Nemzeti Biztosítási Intézetet jelölte ki erre a célra),
- bevezette az életkorral kiigazított fejkvóta szerinti reallokációt,
- a kormányzat számára kötelezővé tette az egészségügy pénzügyi forráshiányának pótlását arra az esetre, ha a beszedett biztosítási díjak nem fedeznék a törvényben meghatározott szintű (minden évben indexált) ellátást,
- előírta, hogy az egészségügyi járulékok 0,1%-át az új törvény hatásainak vizsgálatára kell fordítani,
- átmeneti három évre (1998. január 1-jéig) a pszichiátriai kezelések, az idősek gondozása, valamint a prevenciós szolgáltatások felelősségét a betegbiztosítási alapokra hárította át.

Ugyanakkor a törvény kihangsúlyozta, hogy a betegbiztosítási alapokkal versenyző kiegészítő biztosítási formák jelentősége megmarad. Átalakításra került a hozzájárulási rendszer. A munkáltatók hozzájárulása továbbra is a jövedelem 4,95%-a maradt, a munkavállalók számára, azonban 3,1%, illetve 4,8%-os (2000 sékel alatti és fölötti jövedelem sávra) hozzájárulási kötelezettség fizetését írták elő, felváltandó az egészségbiztosítási alapoknak korábban fizetett 5–6%-ot. Minimum és maximum értékeket határoztak meg.

A szolgáltatási „alapkosár” meghatározása, szintén sok vitát kavart. A törvény egyrészt kiterjesztette, másrészt csökkentette a nyújtandó szolgáltatások körét. (Megtiltotta például a kiegészítő biztosítás kötelezővé tételét, és tilos volt az „alapkosárba” tartozó szolgáltatást a kiegészítő biztosítás keretében nyújtani.) [14]. Végül az alábbi szolgáltatások kerültek be: kórházi ellátás, járóbeteg-ellátás, olcsóbb gyógyszerek, gyermekfogászati szűrés, mesterséges megtermékenyítés, külföldi kezelés (amennyiben Izraelben nem elérhető az a terápia), fizioterápia, szervátültetés és sürgősségi ellátás [15]. A törvény némileg kiterjesztette az állam szerepét, mert az NII feladatává tette a járulékok beszedését és elosztását; betegadatbázis kialakítását és kezelését; munkahelyi balesetek és ártalmak kezelési költségeinek fedezését, valamint az idős betegek kórházi ellátási költségeinek részfinanszírozását [16].

A törvény hatásait nehéz összefoglalni, a legfontosabbak: univerzális lefedettség, szabad mozgás az alapok között, források jobb elosztása, bizonyos ösztönzők beépítése [17]. A törvény eltérő módon és mértékben érintette a különböző alapokat. Kedvezően érintette elsősorban a Clalitot, kisebb mértékben a Leumitet, mert az új fejkvóta-rendszer kedvezett az idős, alacsony jövedelmű tagokkal rendelkezőknek. Mindegyik alapnak megnövekedtek az NII-től kapott és a copaymentből származó bevételei, és csökkentek az adminisztrációs, valamint az

ellátási költségei (a bércsökkenés következtében). Az egy főre jutó összes kiadás tekintetében is csökkent az alapok közötti különbség [9, 18]. Nem alakulhatott ki árverseny az „alapkosár” szolgáltatásainak vonatkozásában, kizárólag olyan kiegészítő biztosításra kérhettek pótlólagos díjat, amely nem tartalmazott „alapkosárban” szereplő szolgáltatásokat. Az összes egészségügyi kiadásból a betegek által finanszírozott hányad (gyógyszerek, fogorvosi kezelések, co-payment, privát orvosok), mintegy 25–29%-ra nőtt.

A kormány – törvényben rögzített – kiegészítő finanszírozási kötelezettsége, állandó vita tárgya volt kezdettől fogva, sok részlet nem volt tisztázva ugyanis. (Például, hogy kell-e, és ha igen, mennyivel kell kiigazítani évente a fejkvótát, fedezetet kell-e nyújtania új terápiás eszközök beszerzésére, figyelembe kell-e vennie a népesség előregedését stb.?) A törvény rögzítette, hogy csak parlamenti jóváhagyással lehet az „alapkosárból” kivenni bármit is, beletenni, pedig csak az egészségügyi miniszter javaslatára, és a pénzügyminiszter, valamint a parlament jóváhagyásával lehetséges. Ennek a szabályozásnak lett a következménye, hogy a „kosár” tartalma évekig, szinte változatlan maradt. Először 1977 decemberében engedélyezték a kosár kiterjesztését két további gyógyszerre [11]. Ekkorra azonban a kiadások már 8%-kal meghaladták a bevételeket, a hiány 1,3 milliárd sékelre rúgott (közel 600 millió dollár). A deficit oka az alapok és az Egészségügyi Minisztérium szerint az volt, hogy a kormány – a finanszírozás meghatározásakor – nem vette figyelembe a technikai haladást, a népesség számának növekedését és előregedését, valamint az árnövekedést. A kormány, viszont az egészségügyi rendszer hatékonyságának hiányát nevezte meg a deficit okaként [19], a kutatók szerint, pedig a növekvő hiány részben annak volt betudható, hogy az alapok olyan szolgáltatásokat is nyújtottak, melyek nem képezték az „alapkosár” részét [11]. Az ún. 1998-as „Gazdasági Kiigazító Törvénytervezet” olyan javaslatot tartalmazott, hogy az alapok – egészségügy miniszteri szabályozás mellett – saját maguk állapíthassák meg szolgáltatási kosarukat. Ez óriási vitát váltott ki, a különböző lobbysoportok, (fogyasztók, betegek, jogvédők) követelték a vonatkozó törvénycikkelyek megsemmisítését. A nyomásnak engedve, a kormány végül 15 újabb gyógyszerrel bővítette a kosarat, az alapok, pedig parlamenti felhatalmazást kaptak arra, hogy a co-payment intézményét kiterjesszék, és hogy tagjaiktól, havonta ún. „extra díjat” szedjenek be az alapkosár szolgáltatásaira is [19]. A gondok, azóta sem oldódtak meg, a deficit továbbra is nőtt és nem szűnt a nyomás sem a kosár kiterjesztésére.

NÉMETORSZÁG

A német egészségbiztosítási rendszer történetét legegyszerűbben Németország főbb történelmi korszakaihoz kapcsolódóan vizsgálhatjuk. Így az ipari forradalom korszakához kapcsolódóan beszélhetünk a kötelező egészségbiztosítási rendszer bevezetéséről 1883-ban, majdan az 1883-1933-ig terjedő időszakban – a bismarcki rendszer és a Weimari Köztársaság idején – a különböző társadalmi konfliktusokról és az orvosok győzelmeiről. Ezt követi a nemzeti szocialista korszak 1933-tól 1945-ig, majd az 1945-től 1949-ig tartó háború utáni periódus, amelyet Németország kettészakadása követ, egészen 1990-ig, amikor a két állam újra egyesült [1].

A társadalombiztosítás gyökerei a sötét középkor után a céhek önszegélyező egyesületei formájában jöttek létre. Ezt a 19. században a kialakuló munkásosztály adoptálta és különböző foglalkozások szerint hozott létre önszegélyező alapokat. Poroszország 1849-ben pl. a bányászok számára kötelezővé tette az egészségbiztosítást, és lehetőséget teremtett a helyi közösségeknek, hogy kötelezzék a munkáltatókat és az alkalmazottakat pénzügyi hozzájárulás fizetésére.

A gyors iparosodás nemcsak gazdasági válságokat okozott, hanem a városban lakó munkásság életkörülményeinek romlását is eredményezte, ami egyre több tiltakozást váltott ki a munkásokból. Hiába történtek ellenintézkedések, mint a szocialista és kommunista szervezetek, a szakszervezetek betiltása. Világossá vált, hogy a szegényebb rétegek szociális szintjének emelése életfontosságú magának a rendszer fenntartásának érdekében. Így 1883-ban született meg a modern német egészségbiztosítási rendszer törvényes alapja, melyet OTTO VON BISMARCK német kancellár neve fémjelez. Ebben az évben vezették be az országos szinten kötelező betegbiztosítással kapcsolatos törvényt, majd egy évvel később a balesetbiztosításra vonatkozót, mely úttörő volt a maga idejében. A biztosítottak száma 1880 és 1883 között megduplázódott, és ez a lakosság közel 10%-át jelentette, amely az évek során kiterjedt a népesség egyre nagyobb hányadára.

Az 1883-as törvény a már meglévő helyi és a foglalkozás szerinti alapokra épített. Az egészségbiztosítás kötelező volt bizonyos ágazatokban, ahol órabért kaptak az alkalmazottak egy jogilag fixált jövedelemp plafonig (ún. cenzusig). A hozzájárulás egyharmadát a munkaadó, míg a kétharmad részt a munkások fizették. A tagok jogosultak voltak fizetésre, pl. betegség esetén a szokásos bérük 50%-át kapták 13 hétig, létezett anyasági segély és halál esetén is kompenzáció járt. Az alapok non-profit alapon működtek, és kezdetben szabadon választhattak orvost, vagy egyéb egészségügyi alkalmazottat, valamint a hozzájuk fűződő szerződés természetét is maguk alakíthatták.

Az 1880-as években sok munkás bojkottálta az állami alapokat és helyette inkább az önszegélyező alapokat választotta, melyek hivatalos alternatívát jelentettek számukra. Azonban ezek az alapok, melyeket maguk a munkások működtettek, és irányítottak, betiltásra kerültek az 1890-es években. Így a szociáldemokrata párt erősségét növelték a kötelező jelleggel működő alapok. A kormány az 1900-as évek elején arra törekedett, hogy az egyre növekvő számú dolgozói megmozdulásoknak valamilyen módon gátat szabjon. 1901-ben került sor arra, hogy fizikai munkásokkal szemben a szellemi dolgozóknak szélesebb jogokat biztosított az egészségbiztosítási alap választásánál. A meghatalmazott alapok egészen 1995-ig exkluzív módon csak az ún. „white-collar” alkalmazottak számára volt választható alternatíva.

Az 1883-as törvény szabadon hagyta annak a kérdését, hogy az alapoknak milyen kapcsolata legyen az egészségügyi szolgáltatókkal, illetve milyen végzettséggel kell, hogy rendelkezzenek. Ezért az orvosok között egyre növekedtek az autonómiáért folytatott harc és sztrájk sorozatok. Ennek folyományaként alakultak meg az első orvos-érdekvédelmi szervezetek (pl. a Hartmann Union). Paradox módon egyrészt szabad orvosválasztást követeltek, másrészt viszont arra törekedtek, hogy a biztosítottaktól jövő járulékok minél kevesebb orvos között osztdjon el. Egyébként ez a konfliktus a mai napig jellemzi a német egészségbiztosítási politikát. Az 1914-es sztrájk következményeként a berlini konvent 1:1350-ben

határozta meg az orvosok és a biztosított tagok számának arányát. Ez azonban nem akadályozta meg az egyre ismétlődő sztrájkokat, melyet az 1929-ben kirobbanó gazdasági világválság csak súlyosbított. Az 1930-as években ezért bevezették a co-payment intézményét, az orvosok alapok általi ellenőrzését, illetve a fent említett számarányt 1:1600-ra emelték.

A náci rezsim alatt az egészségügyi rendszer alapjaiban sem finanszírozási, sem szolgáltatói oldalról nem történt lényeges változás. Természetesen az egészségügy vezetésében, illetve a főbb szereplők hatalmi pozíciójában a rendszer sajátosságaiából következően igen. A Harmadik Birodalom bukását követően a kettészakadt országban az egészségügyi rendszer színvonala nagyban eltérő szinten kezdett mozogni. Ez a rés az újraegyesítést követően gyorsan szűkülni kezdett.

1949 után az NDK területén egy szovjet típusú centralizált állam által meghatározott egészségügyi rendszert alakítottak ki, mely abban különbözött az alkalmazott modelltől, hogy a járóbeteg- és a kórházi ellátás szerkezetileg különváltan működött. A lakosság két nagy betegbiztosítási alaphoz tartozott. Az egészségügyi ellátás színvonala az alulfinanszírozottság, a befektetések, a munkaerő és a modern technológiák hiánya következtében az 1970-es évektől kezdve messze alulmaradt a fejlett nyugat-európai országokétól.

Az NSZK-ban a háború utáni időszak első feladata az egészségügyi rendszer helyreállítása volt. Az 1955-től 1965-ig tartó időszakot elsősorban a költségek visszaszorítására irányuló törekvések jellemezték, melyek nagy része nagy ellenállásba ütközött. A 1965-től 1975-ig tartó időszakban tovább folytatódott ez a harc. A demográfiai változások, az egyre drágább technológiák alkalmazása, a bérek növekedése egyre inkább sürgette egy olyan törvény létrehozását, mely elsősorban a költségek leszorítását célozza meg. Ezt a törvényt 1977-ben vezették be, mely elsőrendű feladatként jelöli meg a hozzájárulási ráták stabilitását.

A két német állam egyesülésekor 1991 januárjában az NDK társadalombiztosítása megszűnt és az új tartományok azonnal visszatértek a százéves alapmodellhez. Szembetűnő jelenség a pénztárak meginduló koncentrációs folyamata, mely a mai napig is tart Németországban. [10]

Az 1990-es éveket a reformok sora jellemzi. Az 1993-ban életbe lépett törvény (Gesundheitsstrukturgesetz) kimondja az általános járulékstabilitást, mely azt jelenti, hogy a költségvetést át kell vinni az ambuláns vagy kórházi ellátás területére, valamint a gyógyszerellátásra. Az 1996-os törvény pedig forradalmian új struktúrát alakít ki az egészségbiztosítás rendszerében. A lakosság száz évre visszanyúló foglalkoztatottság szerinti megoszlása a biztosítóknál (munkások a munkásbiztosítónál, hivatalnokok a hivatalok biztosítójához, alkalmazottak az alkalmazotti biztosítókhoz tartoztak) egyenlőtlen pénzügyi helyzetet és elosztást, különböző kockázatokat eredményezett. Így 1996-tól kezdődően a munkavállalók szabadon válogathatnak a betegbiztosítók közül. Ezzel szabad út nyílt a pénztárak szabad versenyének intézményesítésére. [9]

A 2000-es egészségügyi reformtörvény szintén a költségek csökkentését tűzte ki célul. Főbb elemei a következők:

- a házi orvosok révkalauzi szerepének növelése az ambuláns és fekvőbeteg-ellátás között
- pozitív lista bevezetése a gyógyszer-kereskedelemben
- a betegpénztárak költségérzékenységének növelése

- a kórházak betegpénztári finanszírozása, (ezt korábban a tartományok finanszírozták)
- a pénztárak pozíciójának erősítése a szolgáltatókkal szemben.

A német egészségügyi ellátás szervezete a szövetségi államrendhez alkalmazkodik. Az irányítás felelőssége megoszlik a szövetségi, a tartományi kormányok között, valamint a helyi egészségügyi hatóságok és szervezetek között. A szövetségi kormányzat feladata a működtetéshez szükséges jogszabályi keretek biztosítása. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium, melynek hatásköre kiterjed a kötelező egészségbiztosítás rendszerére, a Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium, valamint a Szövetségi Kutatási és Műszaki Minisztérium is részt vesznek az egészség- és szociálpolitika megfogalmazásában és irányításában. Tartományi szinten a kormányzati felelősség alapvetően a tartományi szintű minisztériumokon keresztül valósul meg. Az intézkedéseket az egészségügyi szolgálat hajtja végre, a tartományi minisztériumok egészségügyi osztályain és a közigazgatási székhelyek egészségügyi hivatalain keresztül. Az egészségügyi szolgálat hatásköre kiterjed:

- a fertőző betegségek megelőzésére és ellenőrzésére,
- az egészségügy intézményrendszerének (kórházak, orvosi és fogorvosi rendelők, vérellátó állomások, dializáló-, mentő- és járóbeteg-állomások) és szakmai tevékenységének felügyeletére,
- az egészségügyi dolgozók felügyeletére,
- a megelőző egészségügyi ellátásra,
- az egészségügyi tájékoztatásra,
- az iskolai-egészségügyi ellátásra,
- a terhes- és csecsemő-tanácsadásra,
- az élelmiszerkereskedelem, gyógyszer és toxikus anyagok ellenőrzésére,
- a víz-, termőföld- és levegőminőség ellenőrzésére.

A gyakorlati feladatokat 524 egészségügyi hivatal végzi. [2]

Németországban az egészségügy kiadásai az ország GDP-jének 10,8%-át teszik ki [3]. Az állami költségvetés egyik leggyorsabban növekvő tételéről van szó, melynek többnyire a demográfiai változások és a jobb, de drágább orvosi technika alkalmazása a fő oka. [4] A kiadások visszaszorítására számos reform került bevezetésre, azonban az alapvető problémát az ellátás finanszírozásának módja jelenti. A mai betegek ellátását a mai egészségesek befizetéseiből finanszírozzák, akik saját jövőbeli igényeiket tekintve kevesebb egészséges emberre tudnak majd támaszkodni.

A német egészségbiztosításnak három finanszírozási forrása van. A munkaadók és a munkavállalók kötelező járuléka, a nyugdíjasok után a nyugdíjbiztosítók által, valamint a szövetségi munkaügyi hivatal által fizetett betegbiztosítás (a munkanélküliek, a létfenntartási segélyben, illetve a beilleszkedési támogatásban részesülők számára). [5, 6] A rendszer elviekben a „teljes körű ellátás” alapján áll, a lakosságnak jelenleg 90%-a tartozik a hivatalos egészségbiztosítás alá. 74%-uk számára kötelező évi jövedelmük alapján a járulékfizetés (ez jelenleg 14,3%-os átlagot jelent), mivel fizetésük nem éri el az évi 3825 eurós plafont, ahol már szabadon dönthetnek belépnek-e az állami rendszerbe vagy sem. A további 14% a „vonal felettiek” és eltartottjaikat jelenti. A hivatalos egészségbiztosító ingyenes szolgáltatást nyújt a közalkalmazottak részére, ez a lakosság kb. 2%-át

érinti. Az 1996-os szabályozás szabad pénztárválasztást tesz lehetővé, így mostanában 453 pénztár versenyez a biztosítottak kegyeiért. (A kötelező egészségbiztosítás egyrészt a pénzalapjukkal önállóan gazdálkodó biztosítókon, másrészt a lakosságot átfogó szövetségi biztosító hivatal alá tartozó biztosítókon alapul.)

A rendszerben nincsen szoros kapcsolat a szolgáltatás és a járulékfizető között. A tagok és hozzátartozóik, a munkanélküliek is jogosultak a kötelező biztosítás nyújtotta szolgáltatásokra a befizetett járulék nagyságától függetlenül. A munkáltató és a munkavállaló fele-fele arányban köteles járulékot fizetni. A szolidaritás elve azt jelenti, hogy nem zárható ki senki a rendszerből azért, mert nem rendelkezik megfelelő vásárlóerővel. A biztosítottak a szolgáltatásokat térítésmentesen vehetik igénybe. A nagyobb, több tartományt behálózó biztosítók (AOK, BEK, DAK) azonos járulékkal dolgoznak az egész ország területén, míg a kisebbeknél ez területenként is eltérhet. Az üzemi biztosítók pedig kifejezetten egy adott régióban működnek. Ma a legalsó járulékhatar 12,8%, melyet kisebb, kevés irodával rendelkező biztosítók ajánlanak. (Taunus, BKK Essanelle)

Németországban a törvényes pénztáraknak az állam által meghatározott kötelezettségei vannak. A biztosítók jelenleg a következő szolgáltatásokra nyújtanak fedezetet:

- betegségmegelőzés és szűrővizsgálatok,
- járóbeteg-ellátás,
- fogászati és kórházi kezelések,
- gyógyszerár-támogatás,
- gyógyászati segédeszközök,
- otthoni ellátás, betegszállítás,
- és olyan nem orvosok által végzett kezelések, mint fiziko-, beszéd- és foglalkoztatás-terápia.

Ezen kötelező alapszolgáltatásokat minden pénztárnak egységesen kell teljesítenie minden biztosított számára. [8] (Ez a biztosítók szolgáltatásainak mintegy 96%-át teszi ki.) Ezen felül a pénztárak további plusz szolgáltatásokat is nyújtanak, illetve nyújthatnak a betegek megnyeréséért, illetve megtartásáért. (Ha a beteg a különleges szolgáltatásaiért választja valamelyik pénztárt, például akupunktúra, természetgyógyászat, kiropatika, akkor az a legjobb, ha a biztosítótól írásban kéri, melyik kezelést, milyen összegben téríti.) A szolgáltatásokon túl az irodák száma is befolyásolhatja a kért járulék nagyságát.

A kötelező egészségbiztosítás alapján nyújtott szolgáltatások színvonala is magas. Az alábbiakban néhány szolgáltatást említünk meg ennek alátámasztására.

Minden biztosított számára ingyen jár a szülésre felkészítő tanfolyam, három ultrahangos vizsgálat a terhesgondozás során, szülés utáni 10 alkalmas gyógytorna. A nők a szülés előtti 6. héttől a szülés utáni 8. hétig anyasági ellátásra jogosultak. (Összege a korábbi nettó bér. Ha a tényleges fizetés ennél magasabb, a munkáltató köteles pótlékot fizetni.) Gyermekeik számára 18 éves korig az orvosi vizsgálat, a gyógyszerellátás, a fogkezelés ingyenes. Hatéves korukig 9 vizsgálatot térít a biztosító, melyhez kapcsolódnak a védőoltások, megelőző és a fogyatékoságok kiszűrésére végzett vizsgálatok. (A szülés utáni vizsgálatot követi a szamárköhögés, diftéria, tetanusz, polio, hepatitisz B, haemophilus influenza B ismétlődő oltásai, valamint a mumpsz, kanyaró és himlő elleni oltások.) A 13-14 években lehetőség van táplálkozási tanácsadás igénybevételére, mely többek kö-

zött az egyre gyakrabban jelentkező bulémiát hivatott megelőzni. Ekkor történik meg a további fejlődési rendellenesség kiszűrése, a drog és a dohányzás káros hatásairól való tájékoztatás is.

Nagy hangsúlyt fektetnek a szűrésre és a megelőzésre egyaránt a felnőtt lakosság körében is. Fedezik a nők 20 éves korától a méhnyakrák, 30 éves kortól a mellrák, a férfiaknál pedig 45 éves kortól a prosztatatarák szűrési vizsgálatait. 35 éves kor felett két évente ún. egészségügyi csekket (Gesundheitscheck) küld a biztosító, mellyel fizethetőek egyes belgyógyászati vizsgálatok. (Például vérnyomásmérés, EKG, ultrahangos vizsgálatok.) Ha más szolgáltatást is igénybe kívánunk venni, akkor ezekért fizetni kell. Így vérvételnél, ha a koleszterinszint túl a cukorszintünkre is kíváncsiak vagyunk, tételenként 1,5–2 eurót kell térítenünk. A biztosítók nagyban érdekeltek, hogy egészséges ügyfeleik legyenek, így ún. bónusz fizetecskét adnak ki biztosítottainknak, akik pontokat gyűjthetnek további szolgáltatásokért vagy ajándékokért. Pont jár a betegségmegelőző szűrésen való részvételért, fitness szalon látogatásért, rendszeres fogorvosi ellenőrző vizsgálatokon való megjelenésért stb., ezzel is tudatosítva a prevenció fontosságát.

Ingyenes gyógykúrák, gyógyfürdők vehetők igénybe az ország több száz erre alkalmas intézményében, beutaló ellenében, minimum három hetes tartózkodással. (2004-től 13 eurós napi hozzájárulást kell fizetni érte.)

A fogászati ellátásra csak részben – az alapkezelésekre – nyújt fedezetet többnyire a biztosító, fogpótlás esetén a pénztár 2003-ig a költségek 60%-át térítette, ha a rendszeres fogorvosi vizsgálatokat elmulasztották volna, akkor mindössze 50%-át. A jövőben a fogászati kezelések állnak a költségcsökkentések keresztműzébe. 2004 januárjától a fogpótlások kikerültek a biztosított szolgáltatások köréből, de a hagyományos kezelésekre még jár térítés. 2005-re a teljes fogászati kezelés önköltségessé válik.

Németországban a házi orvos ún. kapuőri szerepe jellemző, de hétfévenként, szabadnapokon ügyeletet a kórházak biztosítanak. A házi orvos- és szakorvosválasztás szabad, azonban kórházi kezelésre csak beutaló ellenében tarthatnak igényt a biztosítottak. A törvényes biztosító a helyileg legközelebb eső kórház szolgáltatásait téríti. Messzebbi kórház esetén az esetlegesen felmerülő plusz költségeket azonban már a betegnek kell állnia. Jelenleg 10 eurós napi hozzájárulást kell fizetni a benntartózkodás ideje alatt. Általában 2–3 ágyas elhelyezés jár az alapszolgáltatással, de lehetséges külön szerződést kötni, természetesen további egyéni hozzájárulással egyágyas szoba biztosítására.

A kórházi ápolást kiegészíti az otthoni ápolás, mely egyedülállóknak nyújt segítséget, nemcsak betegápolást, hanem a háztartás ellátását is magában foglalja, 4 hétig fizeti a biztosító, ha nincs a háztartásban felnőtt korú. A betegek kezelésre való szállítását taxin, vagy mentőautón (kemoterápiás kezelés esetén akár naponta), szintén téríti a biztosító.

A táppénz jövedelmet szinten tartó ellátás, melyet a munkáltató fizet a betegség 6. hetéig; ez a teljes fizetést jelenti, majd a bér 80%-át már a biztosító. Hosszantartó munkaképtelenség esetén 3 éven belül 78 hétig fizetik.

A co-payment intézménye régi tradíciókkal bír Németországban, különös tekintettel a gyógyszerekre. Itt állandóan nőnek a hozzájárulás költségei a betegek

oldaláról. [11] Ez mondható el a fogászati és a kórházi ápolási költségek tekintetében is.

Az 1990-es évek közepétől Németországban megjelent az úgynevezett chipkártyás nyilvántartás. Az eredeti elképzelések szerint a chipkártya tartalmazná az összes olyan adatát, amelyre szüksége lehet bármely orvosi ellátásnál (név, lakcím, családi állapot, vércsoport, gyógyszer-allergia, kórtörténetek stb.), a gyakorlatban azonban az ún. adminisztratív részt képes regisztrálni. Tekintve, hogy nemcsak egy orvos felelős a betegért, ezért a vizsgálati eredmények összegyűjtése problematikus. Minden egészségpénztár bocsát ki ilyen kártyát, amelyet először is „lehúznak” a rendelőben. Csak ezután kezdődhet meg a tényleges vizsgálat, melynek során kiderül, hogy koronát kell felhelyezni egy fogra. Az orvos ezután egy költségvetési javaslatot készít, melyet a páciens tanulmányoz. Ebből kiderül számára, hogy a biztosítója milyen összeget térít meg majd, illetve mennyit kell saját finanszírozásából előteremteni. Ha ezt a beteg elfogadja, az orvossal egy magánszerződést ír alá, melyben megegyeznek a fizetendő összegről és annak folyósításáról, csak ezek után kezdődhet el a tényleges ellátás. Németországban a hálapénz intézménye nem ismert.

Az úgynevezett törvényes betegpénztárak mellett magánbiztosítók színesítik szolgáltatásaikkal a palettát. Németországban a privát biztosítókhoz a lakosság 9%-a tartozik, többségük önálló vállalkozással rendelkezik, vagy befektetéseiből, vagyona hozamából él, vagy jövedelme meghaladja a már előbbieken említett „plafont”. Sok tekintetben igen kedvező konstrukciókat kínálnak (pl. ha a biztosított igazolni tudja, hogy egészséges és az előző évben nem volt beteg, még visszatérítést is kaphat a befizetett összegből). A privát biztosítók működése és finanszírozási struktúrája nagyban eltér a törvényes, állami formától. A tőkésítési mechanizmuson alapuló rendszerben nem okoznak gondot a jövő demográfiai változásai. A biztosítási díj az ötéves sávokra osztott életkor egészségi rizikóját tükrözi, mely az egyéni egészségi állapotot is figyelembe veszi. A díjat a minden korcsoportot érintő ellátási költségek átlagos emelkedésével arányosan növelik. Az életkorral várhatóan növekvő költségekhez tartalékot képeznek a befizetett díjakból, így a jövőbeli hatások, melyek erőteljesen érintik az állami rendszert itt nem okoznak problémákat az ellátás színvonalát illetően. Számos magánbiztosító nemcsak hirdetett politikájában, de gyakorlatilag is az egészség megőrzését tekintti fő feladatának a gyógyítás mellett. Az egyik legnagyobb privát biztosító tavaly augusztusban indította [7] új egészségügyi központját, ahol az ott dolgozó orvosok teljesítményarányos alapú díjazásban részesülnek és a kapott összeg három tényező függvénye. Az első az alkalmazott kezelés sikerességi foka, a második a betegeknél mért megelégedettség szintje, harmadik a kezelés költsége összehasonlítva más területeken elért hasonló betegségek kezelési költségével. Így az orvos a biztosított egészségében érdekelt és egyfajta egészségmenedzser szerepet tölt be, aki páciensének időt és pénzt takarít meg.

HOLLANDIA

A holland egészségbiztosítási rendszer három fő vonása az állami- és a magánbiztosítás keveredése, a kínálat dominánsan magánjellege, valamint az egészségpolitika tipikusan holland, tárgyalásos (neokorporatív) megközelítése. A rendszer

gyökerei – Németországhoz hasonlóan – a céhek által szervezett egészségsegélyező pénztárakra nyúlnak vissza. A középkori céhek betegség, baleset és halál esetén pénzügyileg támogatták tagjaikat. [1] A 17. és 18. században, a manufaktúrákban dolgozók igyekeztek megsegíteni egymást. Ennek érdekében, valamint a munkájukból adódó kockázatok kivédésére – így a betegség vagy a munka elvesztése miatti jövedelemkiesés, illetve a gyógyítási költségek – biztonságot jelentett a céhtagok számára a pénztárak létrehozása. [1, 2] Hagyományosan regionális és helyi szinten szervezett önkéntes szervezetek látták el a gyógyító feladatokat. Helyi közösségek, monostorok, kolostorok és templomok gondoskodtak az idősek, a fedél nélkül maradtak és más olyan személyek ápolásáról, akik nem tudták magukat ellátni. Ezek az intézmények voltak a kórházak korai előfutárai, és gyökerei a máig nagyrészt non-profit szervezetek kezében lévő kórházi struktúrának. A kórházi ágyak mintegy 85%-a ma is non-profit kórházak kezelésében van. [3]

1795 és 1813 között mind a Batáviai Köztársaság idején, mind a napóleoni időkben a pénztárak működését betiltották. Hollandia új királysága idején az egészségbiztosítási szervezetek sokféle formája jött létre, a németekhez hasonlóan többnyire szakmákhoz kötötten, mint például az orvosok különböző alapjai. De a szakszervezetek, az egyes vállalatok is hoztak létre alapokat, sőt üzleti biztosítók is megjelentek. Az orvosok által létrehozott alapok erőteljesen rányomták bélyegüket a holland egészségbiztosítási rendszerre azzal, hogy az egészségbiztosítást csak egy bizonyos jövedelemszint alatt lehetett igénybe venni ezzel megteremtve a rendszer máig létező alapelvét. Az orvosok által létrehozott alapok kifejezetten az alacsonyabb keresetű, szegényebb néposztályok számára nyújtottak biztosítási fedezetet.

Jelentős változást hozott az emberek egészsége és életminősége szempontjából a 20. század elejétől tapasztalható gyors fejlődés az orvostudomány területén. Az emberek várható életkilátásai javultak, s ennek a fejlődésnek fontos alappillévé vált az állami egészségbiztosítási rendszer is. Azonban a jövedelmi korlát fennmaradásával sokan teljesen kimaradtak az egészségbiztosításból, hiszen jövedelmük ugyan meghaladta azt a bizonyos szintet, ami alatt részesei lehettek volna a kötelezően járó szolgáltatásoknak, viszont túl kevésnek bizonyult ahhoz, hogy a magánbiztosítást igénybe tudják venni. A piacon keletkező rést a biztosítók ismerték fel és 1906-ban létrehozták az első betegségi költségek biztosítását. [4]

Annak ellenére, hogy számos terv létezett egy németországihoz hasonló, államilag ellenőrzött egészségbiztosítási rendszer létrehozására (Németországban, Nagy-Britanniában vagy Belgiumban ez már a 19. század végén, ill. a 20. század elején megtörtént), Hollandiában csak a német megszálló erők kormánya teremtette meg jogi alapjait 1941-ben.

Az 1941-ben elfogadott egészségbiztosítási rendelet bevezetésével kezdődött meg a kormány jelentősebb szerepvállalása. E törvény értelmében a hollandok nagy része – a betegségek következményei ellen – biztosítottá vált. Meghatározott jövedelemküszöb alatt járt ez az állami biztosítás, a járulékot a jövedelem arányában állapították meg, és a jövedelemadóval együtt szedték be központilag. Közben a magánbiztosítók azokra koncentráltak, akiknek jövedelme meghaladta ezt a szintet. A háború utáni rekonstrukció gyors növekedést hozott, és megkezdődött a modern jóléti állam kiépítése. Duális rendszer működött egészen az

1960-as évek végéig. Az 1964-ben életbe léptetett Egészségbiztosítási Törvény (Ziekenfondswet – ZFW) kiterjesztette a korábbi társadalombiztosítási jogosultságokat. A ZFW biztosítottjainak száma gyorsan nőtt, és közben nagyon sokan kötöttek magánbiztosítást. A ZFW kötelező biztosítás keretében törvényileg határoztak meg egy jövedelemlafont, mely alatt a munkavállaló jövedelme megadott hányadát járulékként befizeti részben az államnak, részben betegbiztosítási alapjának. A fizetendő járulék tehát két részből állt: egy alapjárulékból (jövedelemtől függő, minden betegbiztosítási alpnál azonos mértékű) és egy úgynevezett kiegészítő díjból (alaponként változó mértékű, nominális összeg). A törvény célja főként a szegényebbek egészségügyi biztosítási helyzetének megoldása volt. A ZFW biztosítás, bizonyos feltételekkel a családtagoknak is járt, alacsonyabb mértékű, vagy zéró járulékkért. [5] Azok, akiknek jövedelme meghaladta a meghatározott szintet, vagy biztosítási fedezet nélkül maradtak, vagy a magánbiztosítást választhatták.

VELDKOMP egészségügyi miniszter már 1962-ben olyan biztosítási tervet dolgozott ki, mely lefedte volna az egész népességet a legfontosabb kockázatok tekintetében.

A háborútól kezdve a fentiekben leírt, vegyes típusú, duális rendszer (főként szakmák szerint, vállalatok, vagy szervezetek által alapított egészségpénztárak és állami biztosítás a szegényebbeknek) működött. 1968. január 1-je éles cezúrát jelentett. Életbe lépett egy újabb törvény (kivételes gyógyítási költségek biztosítása, AWZB Algemene wet bijzondere ziektekosten), melynek bevezetésével háromszintűvé vált az egészségbiztosítás Hollandiában. Ez a törvény olyan egészségbiztosítást szabályozott, mely állami és kötelező jellegű, szinte az egész népességet lefedi és a hosszú időtartamú, súlyos lefolyású betegségeket hivatott biztosítani. (Olyan betegségeket, amelyeknek gyógyítási költségeit a betegek önállóan képtelenek lennének finanszírozni.) A biztosítás kiterjedt súlyos és krónikus betegségekre, munkaképtelenségekre, pszichiátriai kezelésekre, idős és fogyatékos emberek ápolására. (Később fokozatosan tovább növelték a lefedett szolgáltatások körét.) Mindenki, aki megfelelt a törvényben rögzített kritériumoknak, alanya lett ennek a biztosításnak, függetlenül attól, hogy igénybe vette-e a juttatásokat. A hozzájárulás mértéke csak a jövedelemtől függött és a jövedelemadó részeként fizették. A járulék mértékét évente állapították meg (így van ez azóta is) a maximális adózó jövedelem százalékaként, a legalacsonyabb adókulcon, vagy még annál is alacsonyabb mértéken. (Ez például 2000 és 2002 között 10,25%-ot jelentett). Az AWBZ-t betegbiztosítási alapok és magánbiztosítók egyaránt működtették. [1, 3] Kiegészítő biztosításokat (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) köthettek a kötelező biztosításon felül a betegbiztosítási alapok tagjai olyan kockázatokra, melyekre az állami biztosítás nem, vagy csak részben nyújtott fedezetet. (Például fogászati kiegészítő biztosítás.) Időközben bevezették az egészségbiztosításhoz való hozzáférésről szóló törvényt, a WTZ biztosítást is, amely 65 évesnél idősebb, illetve a nagy egészségügyi kockázattal bíró, nem ZFW tagok biztosítása. Ez a szintén állami biztosítási forma nem kötelező, a járulék mértékét (ami mindenki számára egyforma) és a szolgáltatási csomag tartalmát a központi kormányzat határozta meg, és az téríti a költségeket. A biztosítók nem utasíthatnak vissza egyetlen jelentkezőt sem. [5, 6]

A rendszer finanszírozása igen sajátos volt. Az egészségügyi kiadások közel 70%-át a társadalombiztosítás fedezte, a magánbiztosítás keretében elköltött milliárdok csak mintegy 14-15%-át tették ki az összes egészségügyi kiadásoknak. A kórházi ellátások finanszírozása a tartományi tanácsok igényei alapján (az anticipált tevékenység, és a várható bérköltiségek, valamint a szükséges beruházások figyelembe vételével) történt 1983-tól kezdődően. A kórházak költségvetési keretét a Központi Árelenőrzési Tanács (Central Orgaan Tarieven Gezondheidszorg = COTG) állapította meg. A kórházi orvosokat teljesítmény alapján fizették a COTG által megállapított tarifalista segítségével. A házi orvosok fejkvótát kaptak a betegbiztosítási alapoktól, a magánbiztosítóktól, pedig fee-for-service alapon kapták a pénzt. A szakorvosokat részben fejkvótában, részben, pedig – a beavatkozások és diagnosztizálás után járó – teljesítményalapú finanszírozásban részesítették. A térítendő gyógyszerekről listát készítettek. 1991-től kezdve preferencia-áras rendszert vezettek be. 1990-től eltörölték a járóbeteg-ellátás után fizetendő költség-hozzájárulást, viszont hozzájárulási kötelezettséget vezettek be a fogorvosi szolgáltatások, az otthoni ápolás és a gyógyászati segédeszközök igénybevételénél.

Az 1970-es és 1980-as években gyorsan nőttek az egészségügyi kiadások. Miközben 1965-ben a GDP százalékában mérve mindössze 4,3%-ot tettek ki, 1982-re 8,3%-ra, majd alig tíz év leforgása alatt 8,6%-ra emelkedtek. Azután, az 1990-es években viszonylag stabilan e szint körül maradtak, miközben reform reformot követett. [3] Az évezred végéig három terv is született az egészségbiztosítási rendszer megújítására. Ezek a programok nevüket a mindenkori egészségügyi és jóléti miniszterről kapták (HENDRIKS, DEKKER, SIMONS). [7]

Az 1986-ban alakult úgynevezett DEKKER-bizottság két fő vonal mentén képzelte el a reformot: egyrészt az alapvető egészségügyi és szociális ellátás terén egységes, kötelező, mindenkire kiterjedő biztosítás bevezetését javasolta, másrészt szabályozott versenyt képzelt el a biztosítók között és a szolgáltatási (kinálati) piacon egyaránt. A bizottság négy legfontosabb célkitűzése volt:

- koordinálni az egészségügyi és egyéb szociális ellátások finanszírozását,
- növelni pénzügyi ösztönzők beépítését, a hatékonyabb gazdálkodás érdekében,
- javítani az egészségügyi ellátás tervezése és finanszírozása közötti koordinációt,
- növelni az egészségügyi piac önszabályozását.

Az 1990-es SIMONS-terv részben követte, részben azonban továbbfejlesztette a DEKKER-bizottság elképzeléseit. A terv értelmében a kormányzat fokozatosan kiterjesztette a kötelező biztosítás fedezetét nem súlyos betegségek kockázatára is. Néhány szolgáltatást azonban kivontak a fedezett körből, vagy korlátozták igénybevételét. Így például évente legfeljebb kilenc alkalommal lehetett térítésmentesen fizioterápiás kezelést igénybe venni, a felnőttek fogorvosi ellátását pedig nem térítették tovább. A kormány komoly lépéseket tett a piaci mechanizmusok kiterjesztése irányába azzal, hogy a betegbiztosítási alapokat adminisztratív testületekből kockázatvállaló vállalkozásokká alakította át. Engedélyezte az alapok számára, hogy saját maguk döntsék el, mely orvosokkal, gyógyszereszekkel szerződnek és megengedte, hogy az árakat – a hivatalosan megállapított maximum érték alatt – alku során alakítsák ki, végül azt is engedte, hogy tagjaikat nagyobb körből toborozhassák. A verseny – az egységes, törvényben megállapított

minimál járulékszínten – a szerződéses szolgáltatók által nyújtott ellátás mennyisége és minősége között zajlott. [3, 6]

Az 1990-es évtizedben számos kísérlet történt a költségek lefaragására, a hatékonyság növelésére. A költségcsökkentés elsődleges eszközének, az egész szektorra vonatkozó maximális költségvetési keret megállapítását tekintették. (Európa több országában is – ahol már korábban megtörtént a vásárlók és a szolgáltatók (ellátók) szétválasztása – a különböző szektorok számára fix költségvetési korlátok felállításában látták a költségvetési problémák megoldásának lehetőségét.) [8] Erre annál is inkább szükség volt, mert 1993-ig az alapok minden kiadását megtérítette az állam. Abban az évben azonban bevezették a minimális járulékmértéket és egy új finanszírozási rendszert, miszerint a kötelező járulékokat egy központi alapon gyűjtötték, majd fejkvóta szerint osztották vissza az egyes betegbiztosítási alapoknak. [3, 9] Sok gondot okozott a kockázatkiegyenlítést célzó fejkvóta rendszer kialakítása. Az eleinte életkort, nemet, területi különbségeket figyelembe vevő rendszer nem bizonyult jónak, sok aránytalanságot okozott. Ezért azután 1998-ban felfüggesztették e módszer alkalmazását. Átmenetileg az egyes betegbiztosítási alapoknál kialakult hiány 97,5%-ának fedezését vállalta a kormányzat, a hiányzó 2,5%-ot az egyes pénztáraknak maguknak kellett valamilyen módon finanszírozni. [9] Az 1994-es koalíciós kormány megállapodása óta, három pillért különböztetnek meg az egészségügyi szektorban. (Erről részletesen lesz szó a jelenlegi rendszer leírásakor.) 1997-ben bevezették a költséghozzájárulás (co-payment) intézményét. A betegeknek az ellátási költségek 20%-át, de legfeljebb évi 90 eurót (néhány támogatott csoportnak csak 45 eurót) kellett fizetni. [6] Az 1999-től érvényes Önkéntes AWBZ Biztosítási Törvény – bizonyos feltételek mellett – lehetővé tette, hogy ne csak rezidensek vehessenek részt az AWBZ-ben. [1] 2000 tavaszán erőfeszítéseket tettek az akkorra már drámai mértékűre növekedett várólisták felszámolására, vagy legalábbis csökkentésére. A Zorgverzekeraars Nederland (ZN) – hollandiai egészségbiztosítók szövetsége – és az Egészségügyi, Jóléti és Sportminisztérium minden várólistát begyűjtött, feldolgozott és összesített, majd az eredmény ismeretében igyekeztek az erőforrások jobb elosztását biztosítani. [2] Egy 2000 decemberében felállított háromoldalú tanácsadó testület (Sociaal Economische Raad) magánkeretekbe ágyazott betegbiztosítást szorgalmazott, azaz az állam visszaszorítását és a magánszféra kiterjesztését. 2002 júliusában a – még hivatalban lévő és választások előtt álló – kormány betervezte reformjavaslatát „Vraag aan bod” (Fontos kérdések) címen. A terv csak a rendszer második pillérjét (szintjét) érintette, az AWBZ-t nem és a 2000-es tanácsadó testülettel ellentétben az egészségügyet alapvetően állami keretekbe gondolta helyezni. Kínálatorientált helyett keresletorientált rendszert képzelt el. Olyan egyszintű, részben állami, részben magán egészségbiztosítási rendszerre tettek javaslatot, melyben versenyeznének egymással magán- és állami biztosítóintézetek és az egyetlen és kötelező alapbiztosítás (Basisverzehering) minden hollandiai rezidensnek járna. A versengő, akár profitorientált biztosítók lennének felelősek az ellátás megszervezéséért és bármely jelentkezőt fel kellene venniük tagjaik sorába. A biztosítási díj egy fix és egy jövedelemfüggő elemből állna. Jobban figyelembe vennék a betegek kívánságait, igényeit, és mint versengő vállalkozók végeznék tevékenységüket a szabályozott verseny piacon. A javaslat elkészítésekor elsősorban a svájci tapasztalatokból

merítették, tekintve, hogy ott már 1996-ban változtattak ilyen irányba a rendszeren. [7] A reformtervet számos irányból érték kritikák. A legfontosabb ellenvetések szerint, a reform nem oldotta volna meg az akut ellátási problémákat, és nem szüntette volna meg a várólistákat sem.

Jelenleg is hárompillérű (háromszintű) rendszer működik Hollandiában, a kötelező és magánbiztosítás keverékeként. Az első szint az AWBZ, ahol állami keretben biztosítják minden hollandiai rezidens számára a hosszú ideig tartó kezelést, ellátást (kormány által szabályozott szolgáltatásnyújtás és finanszírozás keretében). A második szint a mindenki számára elérhetővé tett egészségügyi alapellátást nyújtja, a kormányzat (két állami biztosítási típus, a ZFW és az WTZ), valamint betegbiztosítási alapok és magánbiztosítók közreműködésével. A második szint (pillér), voltaképpen három elemből áll. ZFW (Egészségbiztosítási Törvény) biztosított a lakosság 63%-a. A törvény értelmében: kötelezően biztosítottak a meghatározott jövedelemszintnél (2002-ben évi 30 700 euró) kevesebb jövedelemmel rendelkező alkalmazottak, valamint azok – jövedelemmel nem rendelkező – házastársai és gyermekei, a jövedelemplafont (2002-ben 19 550 euró) el nem érő 65 év feletti, a szociális segélyre jogosultak és a vállalkozók, jövedelemmel nem rendelkező házastársukkal és gyermekeikkel együtt meghatározott jövedelemszint (2002-ben évi 19 650 euró) alatt. A ZFW biztosítási fedezet kiterjed az alapellátásra (házi orvos, szakorvos, fekvőbeteg-ellátás, gyógyszerek, fizioterápia és gyermekfogászat). A biztosítási díj nagy hányada jövedelemfüggő (2002-ben 7,95%), kisebbik része, nominális összeg, melyet az egyes betegbiztosítási alapok maguk határoznak meg. (2001-ben, ez átlagosan havi 27 gulden, azaz 10 dollár körül volt.) A második szint második eleme a magánbiztosítás. A magánbiztosítások egy standard szolgáltatáscsomagra szóló jogosultságot garantálnak azok számára, akik magas jövedelmük miatt nem vehetnek részt az állami (kötelező) biztosítási programban. A szolgáltatáscsomag tartalma hasonló az állami egészségbiztosítás által garantáltéhoz. A magánbiztosításért fizetendő nominális díj mértékét egyedileg határozzák meg a biztosító intézetek, elsősorban az ügyfél életkorának és egészségi állapotának függvényében. (Ez ma átlagosan 900 euró/év.) A magánbiztosítottak egy része a WTZ törvény alapján – nem kötelezően – biztosított. Ezek a 65 évnél idősebb, meghatározott szint feletti jövedelemmel rendelkező személyek. Az átlagos havi díj 2002-ben megközelítette a 20 eurót.

A nominális díjon felül a magánbiztosított személyeket, úgynevezett szolidaritási hozzájárulás fizetésére kötelezik a törvények. A MOOZ törvény értelmében fizetendő hozzájárulás (2002-ben a 20 és 64 év közöttiek számára havi 6,8 euró) az állami egészségbiztosítási alapokban felülreprezentált idősök gyógyításának, ellátásának finanszírozását segíti. Miután az állam által biztosított idősök létszáma messze meghaladja a magánbiztosított időséket, a költségvetés – szintén a MOOZ törvény értelmében – pótolja a hiányzó forrásokat. A második pillér (szint) harmadik eleme a közalkalmazottak biztosítása. (Ez mintegy 800 ezer főt, a lakosság 6%-át érinti.) A „Közalkalmazotti Törvény” és a „Rendőrségi Törvény” értelmében egészségbiztosítás jár az önkormányzati alkalmazottaknak, a tartományi hivatalok dolgozóinak és a rendőröknek. A három biztosítási alapot egyesíti a KPZ (Contact Body for Public Care Insurers).

A harmadik pillért a kiegészítő egészségbiztosítás jelenti, melynek keretében önkéntesen biztosíthatja magát bárki azokra a kockázatokra, melyeket az első és második pillér nem fed le. Azaz önkéntesen lehet szerződni az állami, vagy a magánbiztosítás standard szolgáltatáscsomagjának kiegészítése céljából. (Például felnőtt fogorvosi kezelések, alternatív gyógymódok igénybevételére.) Ezekkel kizárólag magánszervezetek (biztosítók és megbízott alapok) foglalkoznak. [6, 10] A kiegészítő biztosítások köre rendkívül eltérő, ennek megfelelően a biztosítási díj és a saját kockázatvállalás mértéke is. [2]

Összefoglalva tehát a szegényebbek és idősebbek megbízott betegekből (ZFW, WTZ) és a különleges betegségi költségek biztosítása (AWZB) alkotja a társadalombiztosítás kettős szárnyát és miközben az előbbi a lakosság több mint 60%-át, az utóbbi 100%-át fed le. (Mintegy 40 megbízott betegekből alap intézi.) A társadalombiztosítás jövedelemhatára alatta marad a többi bismarcki egészségügyi rendszerben meghatározott küszöbértéknek. 1997-ben, például 60 ezer guldenben (hozzávetőlegesen 30 ezer dollár, 5 millió forint), később már 70 ezer (kb. 35 ezer dollár), majd 2002-ben 30 700 euróban állapították meg. [2, 11] A népesség jelentős hányada, mintegy 37%-a – minthogy jövedelme meghaladja a küszöbértéket – nem vehet részt a társadalombiztosításban, hanem magánbiztosítást kell, hogy kössön. A közalkalmazottak (a lakosság hozzávetőlegesen 6%-a) speciális kötelező biztosítás keretébe tartoznak.

Az egészségpolitika és a társadalombiztosítás, továbbá a jövedelemfüggő kötelező járulékok mértékének meghatározása a Közegészségügyi, Jóléti és Sport Minisztérium (VWS) feladatkörébe tartozik. A miniszter felelős az egészségügyi ellátás megtervezéséért, jóváhagyja tőkeintenzív gyógyászati technológiák bevezetését, kórházi részlegek létesítését, valamint végső engedélyezési joga van az alapok és az orvosok közötti alku eredményeként kialakult tarifák tekintetében. Minden, a költségvetést érintő döntést a Parlamentnek kell jóváhagynia. [3] Jelenleg a rendszer finanszírozásában a központi kormányzat mintegy 5% erejéig vesz részt, a biztosítások adják a források közel 90%-át és a betegek közvetlen költségtérítésének mértéke 6% körüli értékre rúg. [1]

A mai holland rendszer kielégítően működik, néhány eleme azonban módosításra vár és számos gondot meg kell még oldani. Problematikusak a fennálló jogi szabályozások, az állam befolyása az ellátás kínálatára, és kevés az ösztönzés a takarékosabb gazdálkodásra, mind kínálati, mint keresleti oldalon. Rendkívül gyorsan nőnek az egészségügyi (köztük a gyógyszervásárlásra fordított) kiadások és továbbra is megmaradtak a várólisták, melyek évi mintegy három milliárd eurós veszteséget jelentenek, elsősorban a kieső termelés és jövedelem miatt. 2003-ban az új kormány, alighogy beiktatták máris igen nehéz problémával szembesült. Az előző évben megugrott egészségügyi kiadásokat vissza kellett fognia. A Központi Statisztikai Iroda adatai szerint az egészségügyre fordított állami kiadások egy év alatt több mint 11%-kal nőttek és 2003-ban elérték az 52 milliárd eurót. A GDP-arányos egészségügyi kiadások, megközelítették a 12%-ot, ugyanez 2001-ben „csak” 11% volt. A nagymértékű költségnövekedésnek több oka volt. Egyrészt megnövelték a kórházi dolgozók munkaidejét és ezzel együtt természetesen a béreket is meg kellett emelni, másrészt magasabb áron dolgoztak a háziorvosok, fogorvosok, szakorvosok és a többi egészségügyi dolgozó is. [12] A gyógyszervásárlásra fordított kiadások 8,3%-kal nőttek egyetlen év alatt, az idő-

sődő népesség, valamint az újabb és drágább gyógyszerek növekvő fogyasztása miatt. [13] A kormány elhatározta a költségvetés megnyirbálását. Az egészségügy területén a szolgáltatási alapsomaghoz tartozó egészségügyi szolgáltatások körét nagymértékben szűkítette. Több gyógyszert (koleszterinszint-csökkentő termékek, fájdalomcsillapítók, pszichiátriai gyógyszerek) töröltek a támogatott listáról és néhány szolgáltatást csak részben fedez majd az alapbiztosítás (például házi-orvosi vizsgálat, fogászati kezelések felnőtteknek, sebészeti beavatkozások). [12] 2003 augusztus elsején (a jelenlegi egészségügyi miniszterről elnevezett) „DE GEUS szabály”-t vezették be, mely a gyógyszertárak gyártóktól kapott árengedményei és jutalékai egy részét (40%-át) akarta lefölnözni, azaz próbálta korlátozni. A hír hatására sok gyógyszerész kivonult a piacról. [13]

A 2002-ben elköltött 52 milliárd euró több mint egyharmadát (17,5 milliárd eurót) idősek és fogyatékos betegek gondozását ellátó otthonokra fordították. [12]

EGYESÜLT KIRÁLYSÁG

Angliát gyakran nevezik az állami egészségügy hazájának. Valóban hosszú múltra tekinthet vissza az állami egészségügyi-szociális gondoskodás. Mielőtt állami felelősség lett, a britek körében általánosan elfogadott volt, hogy az egészségügyi ellátás nem olyan jószág, mint a fogyasztási javak általában, mert van morális dimenziója is. Az orvosok a szegényeket ingyen gyógyították, a kórházak, és a doktorok némelyike a páciens jövedelmi helyzetétől függően állapította meg az árakat, különböző egyesületeket, társaságokat alapítottak a szegények számára, ahol adományokból fedezték a gyógyítási költségek azon részét, melyet a szegénysorból származó betegek nem tudtak kifizetni [1].

Az 1601. évi szegénytörvény hatályba lépése után, azonban közpénzből fedezték azoknak a betegeknek a gyógyítását, akik nem tudtak fizetni, és akiknek ellátatlansága veszélyeztette volna a közösséget. Ez a törvény a helyi önkormányzatokhoz telepítette a szociális és egészségügyi igazgatást, amely jellemzően építési szabályokkal, élelmiszernormákkal és hulladékkezeléssel foglalkozott [2]. Mintegy két évszázaddal később, az 1834-es szegénytörvény (Poor Law) megalkotása (az 1601-es törvény módosítása) áttörést jelentett, JASAY szerint ez rakta le a modern nyugati jóléti állam alapjait [3]. Az új törvény jelentősége abban állt, hogy az állam saját szakembereire ruházta át a helyi hatóságokról az adminisztratív felelősség jó részét, hiszen a törvény értelmében, kötelező volt a szociális gondoskodásért felelős hivatali apparátus (és intézményrendszer) felállítása. Több parish összevonásával area-kat hoztak létre, amelynek élére az ún. Board of Guardians-t (helyi szegénygondozó hivatal) állították. A 19. század derekán azután EDWIN CHADWICK, vezető egészségügyi szakember és hivatalnok kezdte kiépíteni a kormányzati kapacitás ilyen formáját. 1848 és 1890 között 17 olyan törvény született, amely érintette az egészségügyi közellátást. Az 1848-as közegészségügyi törvény nyomán létrehozták az Általános Egészségügyi Hivatalt és az országot 670 közegészségügyi körzetre osztották. (A körzetek helyi adókat vetettek ki és tisztiorvost neveztek ki.) A hivatal 1854-ben feloszlott, de 1871-ben összevonták a szegényügyi és az egészségügyi hatóságot és felállították az ún. helyi önkormányzati hivatalt; ebből alakult meg, 1919-ben az Egészségügyi Minisztérium. Az 1875. évi közegészségügyi törvény fektette le a modern közszolgáltatás

alapjait. Megváltoztatta a területi felosztást, városi (urban), valamint vidéki (rural) egészségügyi hatóságokat hozott létre, amelyek az 1894. évi helyi önkormányzatokról szóló törvény alapján kialakított district, azaz járási önkormányzatok hivatalának az alapját képezték. A századfordulóra az ivóvízellátás, a hulladékgyűjtés, a közutak takarítása, a munka- és életkörülmények, valamint a személyes higiénia területén értek el sikereket. A közegészségügyi szolgáltatásokat a helyi orvosi, egészségügyi hatóságok nyújtották [2]. ATKINSON szerint ezen előzmények tették lehetővé a későbbi – hozzájáruláson alapuló – társadalombiztosítási rendszer 1911-es bevezetését [4]. A szociális juttatások eleinte csak a munkanélküliek támogatására és táppénzfizetésre terjedtek ki. Az 1920-as évektől rendre új törvényeket alkottak és léptettek életbe, 1925-ben a nyugdíjbiztosítási-, 1934-ben a munkanélküliségi, 1940-ben az öregségi és özvegyi nyugdíjak kiegészítéséről, majd 1942-ben a családi pótlék bevezetéséről szóló törvényt.

Az 1913-tól működésbe lépett betegségi munkásbiztosítás kiterjedtebb lett, mert magasabb jövedelmi határt szabtak a kötelező részvételre, így a középrétegek (például tisztviselők) is bekerültek. Ugyanakkor a családtagokra nem terjedt ki a fedezet, nekik fizetniük kellett teljes ellátási költségeiket, amennyiben igénybe vettek valamely szolgáltatást. A század első felében az alapellátás két szinten zajlott. A házi orvosok (general practitioner = GP) egyéni vállalkozóként működtek és az orvosi gyógykezelés, valamint a szülészeti ellátás volt a feladatuk, a helyi önkormányzatok pedig egészségnevelő és megelőző szolgáltatásokat nyújtottak, helyi adókból finanszírozva. A mai értelemben vett fekvőbeteg-ellátás a 19. század második felében jelent meg Angliában, amikortól négyféle kórház volt jelen: néhány vidéki házi orvos összefogásával létrehozott kis fekvőbeteg-ellátó egységek, magánkórházak, melyet önkéntes hozzájárulásból finanszíroztak, oktató kórházak, ahol orvostanhallgatók gyakorolhattak, és állami és helyi önkormányzatok által működtetett kórházak, melyek a legnagyobb terhet viselték. Ez utóbbiak eleinte csak a nagy szociális ellátó gépezeten belüli részlegként, szegényházi kórházként működtek. A 20. század elejére azonban már igazi nagy tömegkórházakká váltak. Az 1929. évi önkormányzati törvény nyomán ezeket a kórházakat a helyi önkormányzatok irányítása alá helyezték, de központi állami források fedezték a költségek 40%-át. A magánkórházakkal folytatott versenynek az lett a következménye, hogy azok a közkórházakra hagyták a nem kifizetődő, illetve túl költséges betegek ellátását (fertőző betegségek, daganatos betegek kezelése) így azután a súly egyre inkább a közkórházak felé tolódott el. A második világháború előtt a kórházaknak már mintegy kétharmada helyi önkormányzatok által fenntartott intézmény volt [2].

A háború alatt az állami Emergency Medical Service látta el a feladatokat és 1942-ben a BEVERIDGE-bizottság univerzális lefedettséget adó, állami társadalombiztosításra, az esetleges hiány költségvetési finanszírozására és egy mindent irányító állami szervezet létrehozására tett javaslatot.

A National Health Service (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat, a továbbiakban NHS) törvény elfogadása nyomán 1948-ban megkezdte működését a NHS. A törvény alapján az államnak kollektív felelőssége az egészségügyi ellátás megszerzése és működtetése. Különös hangsúlyt fektettek a hozzáférési lehetőségek egyenlőségére, arra, hogy az egész népesség ingyenesen vehesse igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat [5]. Az NHS előtt a lakosság több mint felének – első-

sorban nőknek, gyerekeknek és időseknek – nem volt egészségbiztosítása. Az új rendszer olyan központi adókból finanszírozott, állami tulajdonú és irányítású kórházakra épült, amelyben a kórházi orvosok és nővérek alkalmazottként dolgoztak a kormányzat által meghatározott törvényi, szabályozási keretek és feltételek között [6]. A kórházakat államosították, a szakmabeliek, pedig erőteljesen tiltakoztak. A házi orvosok szakmai autonómiájuk elvesztésétől féltek (a helyi hatóságok ellenőrzése alá vonták őket). Olyan egyezség született, hogy a házi orvosok, mint függetlenek gyógyíthatnak tovább (egyéni vállalkozókként), de szerződésben a NHS-szel. Szolgáltatásaik árát nem ők határozták meg, hanem fejkvótát kaptak. A kórházi és a járóbeteg-ellátásban dolgozó szakorvosok közalkalmazottak lettek, cserébe azonban több lehetőséget kaptak alkalmazási feltételeikbe való beleszólásra, valamint azt is lehetővé tették számukra, hogy kórházi munkájuk mellett magánpraxist is fenntartsanak. A helyi önkormányzatok felelőssége csökkent, a kötelező védőoltásokra, védőnői hálózat működtetésére, szülésznők (bábák) tevékenységének ellenőrzésére, rokkantak és elmebetegek ellátására korlátozódott.

Az 1950-es években óriási nyomás nehezedett a kórházakra azt követően, hogy a kereslet számottevően növekedett (új szükségletek, új biztosítottak) és jelentősen meghaladta a rendelkezésre álló finanszírozási keretet. Új kórházakat alig építettek, csupán a meglévőket korszerűsítették. 1948 és 1953 között a fekvőbetegek száma évi 100–200 ezerrel nőtt és kialakultak a várólisták (közel 500 ezer fő). A közalkalmazott orvosok 1948-ban megállapított fizetésének értéke fokozatosan csökkent az indexálás elmaradása miatt és 1955-ben már 24%-os béremelést követeltek. A házi orvosok átvették a betegek irányítását, kialakult az ún. „gate-keeper” (kapuőr) funkciójuk, melynek lényege, hogy csak a házi orvosok által kiállított beutalóval mehettek a betegek szakorvoshoz, vagy kórházba [7]. Kidolgozták, és 1962-ben életbe léptették, az ún. kórházi tervet, melynek koncepciója a területi általános kórházak ellátásban való központi szerepén nyugodott, azaz a tervezést helyezte előtérbe (például hat-nyolcszáz kórházi ágyat irányzott elő 100–150 ezer lakosra és számos új finanszírozási formára tett javaslatot) [5].

1971-ben jövedelemigazoláson alapuló társadalombiztosítási rendszert vezettek be.

Az 1973-as NHS törvény (National Health Reorganization Act) egy új, hierarchikus irányítási és ellenőrzési rendszer kiépítését hozta. Ez voltaképpen három irányítási szintet jelentett; a hierarchia csúcsán állott az Egészségügyi Minisztérium, alatta a regionális egészségügyi hatóságok (RHA, Regional Health Authority), amelyek viszont irányították azt a mintegy 90 járási egészségügyi hatóságot (DHA, District Health Authority) amelyeknek feladata volt az általános kórházak működtetése. Ahogy haladtak előre a hetvenes évek, lassanként kiderült, hogy ez a rendszer rendkívül nehézkes, nagy adminisztrációs terhet jelent, költséges és ráadásul az olajválság nyomán kibontakozó recesszió együtt a jóléti ellátások korábbi kiterjesztésének gyakorlatával, hatalmas nyomást gyakorol az NHS költségvetésére. 1979 nagy fordulatot hozott Angliában, amikor MARGARET THATCHER konzervatív kormánya került hatalomra. A kormány radikális gazdasági és társadalmi reformok mellett kötelezte el magát, nagyszabású privatizációs programot indított, mivel úgy vélte, az ország gazdasági nehézségeit a közkiadások magas szintje és az erőteljes állami részvétel okozza. A jelentős

reformok nem kerültek el az egészségügyet sem, felszámolták a bürokratikus hierarchiát. Az elképzelés az volt, hogy egyrészt egyszintű egészségügyi hatóságot hoznak létre, amely átvinné mind a régiók, mind a járások funkcióit, másrészt a korábbi allokációs rendszert megreformálnák, úgy, hogy jobban figyelembe vennék a területi egyenlőtlenségeket. Ez utóbbit oly módon képelték el, hogy a kizárólag az előző évi költségvetésből (bázisszemlélet) kiinduló elosztást felváltotta volna egy olyan forrásmegosztás, amely az ún. „elfogadható egészségügyi igényeken” alapul és figyelembe veszi az egyes régiók eltérő szükségleteit. A rendelkezésre álló források elosztásához súlyozott fejkvóta alapján való finanszírozási rendszert vezettek be, melyben a súlyt a régiók lakosságának számával, korával, nemek szerinti összetételével, valamint morbiditási szintjével kiigazított egészségügyi kereslete adta. Ez a forma még ma is fontos alapját képezi a források NHS által történő szétosztásának. 1982-ben, végül 192 járási egészségügyi hatóságot (District Health Authority) állítottak fel és abban az évtizedben az elsődleges ellátás jóval kevesebb figyelmet kapott, mint a fekvőbetegekről való gondoskodás. Alapvető szervezeti változások nem történtek az NHS struktúrájában. A '80-as évek végére, a GDP százalékában mért egészségügyi kiadások 6–6,5%-ra emelkedtek, a betegek ellátása alacsony színvonalú volt, hosszú várakozó listák alakultak ki, az egészségügyi intézmények döntően állami tulajdonúak voltak (a magánszektor részaránya nem érte el a 10%-ot), és még mindig az állam hárult a hármast: irányítás, szolgáltatásnyújtás és finanszírozás. Adóalapú finanszírozással, a központi költségvetés viselte a költségek közel 90%-át. Egészen 1990-ig úgy történt a finanszírozás, hogy az előző évi költségvetés alapján állapították meg a keretet, amelyet azután a DHA-k osztottak szét. Az orvosok nagy része fix fizetésért dolgozott (kivéve az alapellátásban, valamint a magánbiztosítóknál tevékenykedőket). A házi orvosok finanszírozása vagy fejkvóta, vagy fee-for-service alapon történt.

1987-ben THATCHER elhatározta az NHS felülvizsgálatát, mégpedig saját elnöklete alatt. Ennek volt az eredménye az „NHS és közellátási törvény” (NHS and Community Care Act) alapján elindított 1991. április 1-jei reform: a „belső” vagy „kvázi” piac intézményének bevezetése. Ennek lényege az volt, hogy alapvetően állami keretek között kellett szimulálni a piacot. Szétválasztották a szolgáltatás előállítóit és vásárlóit. Az egészségügyi szolgáltatók az NHS intézményei voltak, amelyek innen kezdve versenyeztek a vásárlók kegyeiért, hogy velük kössenek szerződést. A szolgáltatás vásárlói a korábbi egészségügyi hatóságokat lassan felváltó házi orvos fundholderek lettek. Az új házi orvos fundholding rendszer lényege az volt, hogy lehetővé tették házi orvosok számára a csoportokba tömörülést, azaz úgynevezett fundholdingok létrehozását. Ezek a házi orvos fundholderek betegek számára megvásárolták a másodlagos (szakorvosi és kórházi) ellátási szolgáltatásokat és ezért fejkvóta rendszerű finanszírozásban részesültek az RHA-tól. Így azután az állami szolgáltatók (kórházak, klinikák, szakorvosi rendelők) piacon kínálták szolgáltatásaikat, versenyeztek egymással, a fundholderek pedig a piacon vevőként léptek fel és egyedileg alkudták ki az árakat. Az ármegállapítás, tehát alkumechanizmus alapján zajlott. Igaz ugyan, hogy mind a vásárló házi orvosok, mind a szolgáltató állami maradt (a piac szereplőinek, mintegy 90%-a) és hiányzott a valódi tulajdonos, mindazonáltal sikerült a versenyt, a piaci mechanizmusokat integrálni a rendszerbe és ezáltal ösztönzőket

beépíteni, amelyek a hatékonyság növelésére, a költségek csökkentésére sarkallták a feleket. Az új rendszer a házi orvosokat érdekeltté tette azon szolgáltatóktól való vásárlásra, amelyek a legalacsonyabb áron, a leghatékonyabbnak bizonyultak. A kórházaknak sem volt ellenére ez a forma, mert egyedileg kialakított díjat kaptak a különböző szolgáltatásokért az egyes házi orvos csoportoktól. A kórházak ún. „trust” formákká alakulhattak át, azaz olyan testületekké, amelyek vegyítették a tulajdonosi és a menedzsmenti funkciókat. A házi orvosok döntően alkalmazottak voltak, kivéve azokat, akik vállalkozási formában működtek, szerződéses kapcsolatban az RHA-val, vagy az FHSA-val (Family Health Service Authority) attól függően, hogy fundholding rendszerben, vagy a hagyományos szisztémában gyógyítottak. A változás legfontosabb elemei tehát az alábbiak voltak:

- piaci alkumechanizmus bevezetése állami keretek között (belső piac);
- mind a szolgáltatások előállítója, mind megvásárlója az állam maradt (hiányzott a valódi tulajdonos);
- továbbra is a tervezést és nem a versenyt tekintették a legfontosabb tényezőnek.

1992-ben bevezették a PFI-t (Private Finance Initiative), mint olyan biztosítási formát, mely magántőkét von be az egészségügybe. Ez azonban fájdalmas következményekkel járt (a magántőke 15–25%-os hozamelvárásai miatt): a kórházi ágyak száma 30%-kal, a munkaerőre fordított források 25%-kal csökkentek [6].

1994-ben az RHA-k számát, a korábbi 14-ről 8-ra csökkentették és NHS Regionális Végrehajtó Irodákká (NHS Executive Regional Offices) alakították át.

1996-ban összevonásra kerültek a FHSA-k és DHA-k és Health Authority (Egészségügyi Hatóság) néven olvadtak össze. A házi orvos fundholdingoknak addigra több válfaja keletkezett, az ún. Multifunds például olyan konzorcium volt, melyben sokfajta praxis képviseltette magát, a Total Purchasing Pilots pedig tagjainak bármilyen szolgáltatást vásárolhatott és a taglétszáma 12 és 80 ezer között mozgott. A házi orvos fundholdingok száma rendkívül dinamikusan nőtt. Míg 1990-ben 294, addig 1998-ban már 3500 működött szerte az országban. A NHS trust-ok (állami kórházak) – melyeknek vásárlói a DHA-k és a házi orvosok voltak – versenyeztek szerződések elnyeréséért, klinikai szolgáltatások nyújtására.

Az elmúlt két évtized alatt, a költségek lefaragására és a piaci erők általi hatékonyságnövelésre tett szakadatlan erőfeszítések, drasztikusan erodálták az angol univerzális egészségügyi ellátás ígéretét. A központi adókból való finanszírozást lassanként aláásták, ráadásul a költségeket és kockázatokat egyre inkább áthárították a betegekre. A néppel, 1948-ban kötött „szerződés”, lassanként szertefoszlott. A célok közül csak egyet értek el, a szinte teljes ingyenességet. A Munkáspárt ellenzékben éles kritikákkal illette a belső piac intézményét. Azzal érveltek, hogy ez a társadalom kettészakadásához, egyenlőtlenséghez, növekvő bürokráciához és az elszámolhatóság hiányához vezetett. 1997-es kormányra kerülésük után azonban ugyanazt a privatizációs utat folytatták, amit THATCHER megkezdett. Eltörölték a házi orvos fundholdingokat (azok minden formáját) és PCG-kkel (Primary Care Groups) helyettesítették azokat. A PCG házi orvosok csoportja volt, minden házi orvos abban a földrajzi régióban (körzetben) dolgozott, ahova tartozott. A PCG-k a korábbi fundholdingoknál sokkal nagyobbak (50–250 ezer tag)

lettek. A terv szerint szorosabb együttműködést képzeltek el a PCG-k és a helyi hatóságok között, az NHS trustoknak, pedig továbbra is szolgáltatások nyújtása maradt volna a feladatuk, de a rövid távú szerződéseket hosszú távúra cserélték volna. A szolgáltató és vásárló közötti viszonyban a piaci verseny helyett nagyobb súlyt helyeztek az együttműködésre. A korábbi DHA-k utódai, a Health Authority-k (Egészségügyi Hatóság) feladata a stratégiai tervezés lett.

2000-ben a BLAIR-kormány 10 éves reformprogramba kezdett, melyet „NHS Plan”, azaz NHS tervnek nevezett el. Gyakorlatilag folytatták a toryk által megkezdett piacorientált, üzleti szemléletű utat. Úgy gondolták, hogy teljesen mindegy, hogy ki a szolgáltató, ha az állam fizet, és így azután nem vették figyelembe a magánszektor extra profitigényeit, úgy vélték, hogy majd a hatékonyság növekedése ellensúlyozza azt. A terv az alábbi főbb elemekből állt.

- a magán kórházaknak és klinikáknak engedélyezték évi 150 ezer beavatkozás elvégzését állami finanszírozással (például csipőprotézis beültetése, szürkehályog-operációk, sérvműtétek stb.);
- engedélyt adtak NHS kórházak működtetésére közösen, valamely NHS szervezettel;
- 8 magánbiztosító (BUPA, BMI, Capió, Interhealth Canada, Serco Group, Quo Health) számára lehetővé tették olyan állami kórházak megszerzését, amelyek nem voltak a kormányzat szigorú intézkedéseinek célpontjai;

A magánbiztosítók legtöbbje egyébként az 1980-as évek végén, 1990-es évek elején kezdte meg működését, 1996-ban már 25 (7 non-profit és 18 üzleti) kínálta szolgáltatásait. A nyolc kedvezményezett biztosító korábban nem, vagy nem ekkora kórházat működtetett. Az „NHS trust” mérete hozzávetőlegesen tízszerese volt egy tipikus magánkórháznak. A kórházak, felszabadulva a NHS ellenőrzése alól, szakítottak a korábbi tárgyalásos, alkumechanizmusos ármegállapítással és saját maguk határozták meg áraikat, aminek eredményeképpen jelentősen megnőttek a különbségek a bérek és a gyógyítási munka feltételei között. Valószínűleg fokozódni fog a nyomás új források felkutatására és bevonására. Az NHS kórházak egy része, már most is ezt teszi, amikor privát ágyakat létesít, területének egy részét bérbe adja, bizonyos szolgáltatások előállításának jogát eladja stb.

- új szabályozókat alakítottak ki a kereslet visszafogására;

Minden gyógyszergyár számára – az NHS-nek való értékesítésük tekintetében – célprofitot állapítottak meg és az NHS részlegeként felállították a NICE-t, melynek feladata lett az orvosi technológia értékelése (elsősorban az új és drága eljárások, technológiák és gyógyszerek) és ajánlás megfogalmazása bizonyos gyógyszerek és gyógykezelések használatára, vagy alkalmazásuk elutasítására.
- a törvénykezés segítségével újradefiniáltak bizonyos NHS ellátásokat (például az idősök gondozása, korábban az állami egészségügyi ellátás része volt, a terv szerint, azonban már egyéni gondozásnak nevezték);
- új szabályozó testületeket állítottak fel a privatizáció elősegítésére és továbbra is adókból gondolták finanszírozni a rendszert.

Az várható, hogy az önkormányzatok, ahogy idővel majd egyre kevésbé fogják tudni viselni a pénzügyi terheket, fokozatosan a betegekre fogják átkerülni a költségek min nagyobb hányadát. Nincs olyan ország, amely piaci úton, for-profit

szolgáltatókkal igazságos és kielégítő egészségügyi ellátást tud biztosítani állampolgárainak. Sok kormány a brit modellt szeretné követni, és ennek megfelelően alakítja át egészségügyi rendszerét. Ezek a kormányok és polgáraik most megütözközve látják, hogy ha a piac beteszi a lábát az egészségügybe, akkor az ellátáshoz való hozzájutás véletlenszerű lesz, mégpedig helyi szintű döntéshozatalok nyomán.

EGYESÜLT ÁLLAMOK

Ha néhány szóban kellene jellemezni, azt mondhatnánk, hogy ez a legdrágább, legpiacibb, leginkább magánbiztosításra épülő, de közel sem a leghatékonyabb rendszer. Az egészségügyre fordított kiadások (egy főre vetítve) régóta itt a világon a legmagasabbak. Az összes egészségügyre fordított kiadás a nyolcvanas évek közepét követő egy évtized alatt megduplázódott, 2001-re, pedig már elérte az 1300 milliárd USD-t, a GDP mintegy 13%-át [1, 2].

Az USA-ban, az egészségügyi költségek fedezetére szóló biztosítások kezdete a múlt századra tehető, amikor eleinte csak a kockázatok szűk körére vonatkozott, (például gőzhajó- vagy vonatbaleset miatt felmerült orvosi kezelési költségek), később azonban már meghatározott betegségekre (például tífusz, skarlát, cukorbetegség) is kiterjedt. A fejkvóta intézménye és az üzleti alapú gyógyítás, azonban már a 20. század előtt létezett. Olyan ágazatokból indult el és terjedt tovább, amelyek izolált területeken működtek (például vasútépítés, fakitermelés) ezért dolgozóik nem tudtak volna másképpen egészségügyi ellátáshoz jutni. Néhány vállalat maga épített és működtetett kórházakat, melyekben, a vállalat alkalmazásában álló orvosok illetve személyzet dolgozott. Az 1900-as évek elején az USA-ban az ún. szerződéses egészségügyi ellátás volt az általános és sokféle szervezet vett benne részt (vállalkozások, szerzetesrendek, hajléktalanokat befogadó intézmények). Nem sokkal ezt követően a szövetségi és helyi önkormányzatok is szerződéseket kötöttek alkalmazottaik egészségügyi ellátására. A szervezett ellátás fejlődését az erős orvosi lobby akadályozta meg, amelynek érdeke volt, az úgynevezett szerződéses gyógyítás fenntartása, hiszen így nem került közvetítő a beteg és az orvos közé és senki sem felügyelte, vagy szólt bele abba, hogy hogyan gyakorolják hivatásukat az orvosok. Az 1920-as években és az azt követő néhány évtizedben is, tehát olyan ideális rendszer működött, melyben a beteg közvetlenül fizetett az ellátásért, a döntéseket, pedig közösen hozta az orvossal, figyelembe véve a költségvonzatot, hiszen neki magának kellett viselni a felmerülő kiadásokat.

Az első problémák a nagy világgazdasági válság idején jelentkeztek (majd később, a második világháború után erőteljesebben), amikor sok beteg fizetéképtelenné vált ezzel csődhelyzetbe juttatva a kórházakat és egyéb szolgáltatókat. Az óriási pénzügyi nyomás súlya alatt a kórházak a törvényhozóknál kezdtek lobbyzni a biztosítóintézetek (akkoriban még csak a Blue Cross létezett) legalizálása érdekében. Az orvosok morális fenntartásainak lecsillapítására, a „Blue Cross”-t és később a Blue Shield”-et non-profit, szolgáltatás-orientált biztosító szervezetként hozták létre. A szolgáltatás-orientált azt jelentette, hogy a „Kékek” nem szóltak bele a gyógyításba, fee-for-service alapon fizettek és helyi vezetőségeikbe több helybeli orvost, és kórházi adminisztrátort ültettek. [3] A „Kékek” voltak az első egészségbiztosítással foglalkozó szervezetek, a mai Blue Cross Blue Shield Association elődei. A Blue Cross-t („Kék Kereszt”) 1929-ben alapította egy dallasi egyetemen FORD KIMBALL. Havi 50 cent befizetés ellenében, a tanároknak évi legfeljebb 21 nap kórházi ellátást garantált. A Blue Shield („Kék Pajzs”) gyökerei a 20. század fordulójára nyúlnak vissza, amikor is fakitermelő telepek és bányák tulajdonosai a Csendes-óceán északnyugati partvidékén egészségügyi ellátást szerettek volna biztosítani dolgozóik számára. Havi járulékot fizettek az

ún. orvosi szolgáltató irodáknak (ezek orvos-csoportokból álltak) és ez a járulék csak az orvosi szolgáltatások díjainak fedezetére szolgált. Ez vezetett el azután az első Blue Shield biztosító megalapításához 1939-ben, Kaliforniában. 1948-ban már kilenc biztosító tartozott hozzá, majd 1982-ben egyesült a „két kék”, és így jött létre a „Blue Cross and Blue Shield Association”. (Ez az óriás ma közel 90 millió amerikai állampolgár egészségbiztosítója, 42 tagszervezettel rendelkezik, mind az 50 államban, valamint a DC-ben és Puerto Ricóban is jelen van, saját vagyona közel 23 milliárd dollár, alkalmazottai száma több mint 150 ezer, bevételei 2000-ben 126 milliárd dollárra rúgtak, és az amerikai kórházaknak 80, az orvosoknak, pedig 90%-a elfogadja az általa kibocsátott kártyát. [4])

Ez a rendszer olyan jól működött, hogy az orvosok hamarosan támogatni kezdték magán biztosítótársaságok megalapítását, feltéve, ha azok készek voltak a „Kékek” által felállított normákat követni. Olyan népszerűvé vált az egészségbiztosítás, hogy a háború alatti szigorú ár- és bérellenőrzés ideje alatt, a vállalatok – magasabb bérek helyett – ezt nyújtották dolgozóiknak. A háború után a szakszervezetek követelték, hogy a munkáltatók juttatásként vásároljanak egészségügyi biztosítást dolgozóiknak. Az állam olyan adótörvényekkel támogatta ezt, amelyek rendkívül kedvezővé tették a munkaadók számára ezt a juttatási formát. Ez az adópolitika gyökeres változást jelentett az egészségügy finanszírozás szempontjából, hiszen így az állam is bekerült a finanszírozók körébe. Néhány éven belül a munkavállalók többsége olyan – munkáltatója által fizetett – egészségügyi biztosítással bírt, amelyet erősen támogatott a szövetségi kormány is.

Az 1960-as évektől a szövetségi kormány közvetlenül is részt vállalt a finanszírozásból a Medicare és a Medicaid megalapítása által. Az 1960-as 24%-os állami finanszírozási részarány 1990-re 40%-ra nőtt és ez eladósodáshoz vezetett. 1930 és 1980 között a tradicionális, üzleti (indemnity) biztosítók uralták tehát az egészségbiztosítási piacot. [5] A 20. század második felében működő rendszer az orvosok és betegek számára egyaránt közel tökéletesnek tűnt. Miközben a betegek teljes szabadságot élveztek az orvos-, illetve kórházválasztás tekintetében, és senki sem szólt bele kívülről az orvos-beteg viszonyba, valaki más fizette a számlát. Szinte teljes mértékben elvált egymástól a finanszírozás és a szolgáltatások nyújtása, valamint igénybe vétele. Ez voltaképpen két dologhoz vezetett: egyrészt ahhoz a mítoszhoz a virágzásához, mely szerint mindenkinek a lehető legjobb ellátást kell nyújtani (ez pedig határtalan keresletet teremtett), másrészt a gyógyászati-ipari komplexumok fejlődésének elősegítéséhez, azaz drága gyógyszereket és költséges technológiákat kezdtek egyre inkább alkalmazni. Az orvosok megakarták védeni magukat a versenytől, a piaci hatásoktól, a hatékonysági kényszertől, ezért minden lehetséges eszközt felhasználtak a szakmát érintő döntések, a praxisok, de még a szakorvosi tevékenység szabályozásának befolyásolása érdekében is. Az orvosok és betegek határtalan kereslete egybeesett a gyógyászati ipar várakozásaival és ez soha nem látott költségnövekedési spirálhoz vezetett. Pontosan lehetett látni, hogy a finanszírozók előbb-utóbb lehetőségeik határához érnek és nem lesz többé fenntartható ez a rendszer.

Az 1960-as, 70-es években, mind a munkáltatók, mind a kormányzat felismerte, hogy baj van. Először NIXON tett javaslatot az egészségügyi rendszer gyökeres átalakítására, de – akárcsak húsz évvel később CLINTONÉ – próbálkozása kudarcba fulladt, a leginkább ellenérdekelte csoportok (kórházak, orvosok, gyógyszergyá-

rak, biztosítók) áldozata lett. A nixoni reformkísérlet bukását követő két évtizedben csak nagyon óvatos előrelépések történtek az egészségügyi kiadások ellenőrzése, csökkentése irányába. A költségek drámai módon emelkedtek, különösen a 70-es és 80-as években. Megfekezésükre különböző módszerek bevezetésével tetten kísérletet.

Különösen nemzetközi összehasonlításban, jelenleg is igen magas a magántulajdonú kórházak aránya (70% feletti). Ezek többsége olyan non-profit kórház, amely egyházak, alapítványok, illetve nem-állami egyetemek tulajdonában van. (55%) A tulajdonviszonyok nem merevedtek meg az idők során, több kórház tulajdonosa változott, például közkórházból, non-profit kórházzá lett. A hetvenes évek vége és 1984 között a profitra dolgozó kórházi láncok, mintegy 180 közkórházat vettek saját kezelésbe, és a kórházi funkciók közül számosat vállalkozásba adtak ki (könyvelés, ételmezés, karbantartás, gyógyszertár és mosoda működtetése stb.). [6] 1983-ban a kórházaknál bevezették a fix áras diagnóziscsoportokon alapuló térítési rendszert (tehát nem a tényleges költségeket térítették, hanem a diagnózis alapján egy előre megállapított díjat), de ez felülkódoláshoz vezetett, így tovább nőtték a kórházi költségek, tovább nőtt a kórházba felvettek száma, mert ez alapján fizettek. Az állami programok költségeinek féken tartására, a DRG-vel (Homogén Betegség Csoport) kísérleteztek. Miután az orvosokat fee-for-service alapon finanszírozták, az orvosok érdekelték voltak sok tevékenység elszámolásában. (Ezt váltotta fel később a managed care capitation payment, azaz a fejkvóta rendszer.) Több kisléptékű változtatást a Kongresszus vitt keresztül, amely a Medicare-en keresztül maga is közvetlenül érintve volt az egészségügyi ellátásban és emiatt erőfeszítéseit legitimnek tekintette a társadalom. Abból a közgazdasági elméleti megfontolásból kiindulva, hogy a verseny leszorítja a költségeket, lassanként támogatni kezdték a verseny növelését, és fokozatosan visszavonták, leépítették a HMO alakítás és a marketing törvényi, szabályozási korlátait.

Amerikában sosem volt és ma sincs kötelező egészségbiztosítás, a legtöbb beteg gyógyítása, az ún. managed care (irányított betegellátás) rendszer keretei között történik. A managed care elvre épülő egészségbiztosítási formákat, mint korábban említettük, sokáig diszpreferálták (a szabályozási környezet segítségével). 1973-ban azonban a HMO törvény (Health Maintenance Organization Act) életbe lépése rendkívüli lökést adott e formák terjedésének, különösen a '80-as évektől nőtt erőteljesen a taglétszám. Míg 1985-ben a biztosítottak mindössze 20%-a vett részt valamely menedzselt biztosítási formában, 1988-ra, arányuk megközelítette az 58%-ot, 1993-ra meghaladta a 71%-ot, 2003-ben, pedig megközelítette a 74%-ot. [7, 8] Nemcsak a privát, de az állami biztosítási programokban is egyre inkább használt forma lett, 2003-ra a Medicare biztosítottak 13,9%-a, míg a Medicaid résztvevők 57%-a a managed care formát választotta. [8] GLIED szerint ezt a robbanásszerű növekedést a szabályozási és intézményi környezet tette lehetővé és az magyarázza, hogy ez a biztosítási forma tudott választ adni a piaci kudarcokra. [7] Az egészségügyi ellátás hagyományos formájával szemben, a managed care olyan komplex rendszer, amely a biztosítottak számára nemcsak fedezetet nyújt az egészségügyi ellátásra, hanem koordinálja és nyújtja a szükséges orvosi szolgáltatásokat. Magában foglalja a szolgáltatók kiválasztását és megszervezését, a finanszírozási formák megválasztását és a szolgáltatások igénybevételeinek köve-

tését, ellenőrzését. Számos intézményi formája létezik és sokat változott az idők során, a leggyakoribb a HMO (Health Maintenance Organization), PPO (Preferred Provider Organization), POS (Point of Services) vagy EPO (Exclusive Provider Organization). [5, 9] A managed care formák legfontosabb közös jellemzői az alábbiakban foglalhatók össze:

- a fogyasztás (szolgáltatások) ellenőrzése (erőforrás felhasználások értékelése és ellenőrzése, prospektív módon normák, irányelvek segítségével, engedély beszerzési kötelezettség előírásával, retrospektív módon kórtörténet alapján, a biztosítóhoz benyújtott számlák ellenőrzésével);
- szelektív szerződések kötése az egészségügyi ellátó intézményekkel szolgáltatások nyújtására;
- anyagi ösztönzők beépítése a szolgáltatók irányába;
- és végül korlátozott választási lehetőség a biztosítottak számára orvosok, kórházak és egyéb ellátó intézmények, személyzet között (saját lista). [10]

A kis lépéseknek, azonban összességében nem voltak jelentős hatásai, hiszen a GDP arányában mért egészségügyi kiadások a '70-es évekbeli 7,3%-ról, közel 13%-ra nőttek a '90-es évekre. CLINTON elnökké választása idején, már kritikus méretűre duzzadtak a kiadások. CLINTON megpróbált kötelező általános biztosítást és egyetemes jogosultságot bevezetni. Reformtervét illetően kezdetben ellenségek helyett szövetségesekre talált a biztosítótársaságokban. A biztosítók azért támogatták a tervet, mert az új, széles piacot ígért számukra, azokat az egészségbiztosítás nélkül élő amerikaiakat, akiknek biztosítási díját – az elképzelés szerint – az állam fizette volna. Managed care alatt azonban két, homlokegyenest eltérő dolgot értett a kormányzat és a biztosítók. „Managed competition”-nak (irányított verseny) nevezték, ami voltaképpen szabályozott piacot jelentett: CLINTONÉK érdekeinek megfelelően „szabályozott” rendszert, a biztosítók érdekei szerint, pedig for-profit, piaci alapú ellátást. Amikor azonban a biztosítótársaságok kezdtek részletesen tanulmányozni a szöveget, olyan kitételeket találtak benne, amelyek egyáltalán nem tetszettek nekik. Különösen azok a szabályok váltották ki ellenkezésüket, amelyek lehetetlenné tették az általuk hagyományosan kedvelt kibúvókat. [3] A reformmal szembeni fő ellenérv az volt, hogy a kiterjesztés nagy bürokráciával járna és ezzel együtt az adóterhek növekedésével, ami viszont összeférhetetlen az amerikai hagyományokkal: verseny, decentralizálás, egyéni választás, korlátozott állam, és alacsony adóterhek. [11] A clintoni reformterv elbukott, nem sikerült lépéseket tenni egy igazságosabb, univerzálisabb rendszer irányába. A költségek nem csökkentek, a lefedettség pedig nem nőtt (a biztosítás nélküli lakosság aránya továbbra is 12–13% körül maradt). 2001-ben BUSH és a Kongresszus vezető tagjai (mindkét pártból) megfogalmazták szándékukat a Medicare megreformálásra és a magánbiztosítás kiterjesztésére, valamint minőségének javítására. Csökkenteni szerették volna azok számát, akiknek nincs magánbiztosításuk, és ki akarták terjeszteni a különböző szervezetek közötti választási lehetőséget, valamint az egészséget érintő döntések személyes kontrollját. [12] Mind az átfogó változtatás, mind az eredmény elmaradt. Ha a lefedettséget vizsgáljuk, azt látjuk, hogy ma a majd' 292 millió amerikai állampolgár közel 14–15%-ának (több mint 43 millió embernek) egyáltalán nincs egészségbiztosítása [8, 13], és azért került ebbe a helyzetbe, mert vagy munkanélküli, vagy ő, illetve munkáltatója túl szegény ahhoz, hogy biztosítást vásároljon. Van-

nak olyanok, akik úgy gondolják, hogy nincs szükségük rá, és vannak, akik szégyellnek bejelentkezni az állami segélyprogramba (Medicaid). Az, hogy ilyen nagy arányú a biztosítatlan réteg, sérti a szolidaritás elvét, valamint a specifikus egalitárius érzést. A nagyarányú lefedetlenségen kívül, specifikusan amerikai vonás még a biztosítással rendelkezők megoszlása aszerint, milyen formát választottak: a lakosság mintegy 59%-a üzleti biztosítókkal áll szerződésben, alig valamivel több, mint 27% vesz részt az állami egészségügyi programokban (Medicare, Medicaid) és a menedzselt biztosítási formát választotta közel 185 millió amerikai, tehát a lakosság több mint 63%-a. [8]

Amerika csak igen szűk körű állami egészségügyi ellátást biztosít. Az 1965-ban elindított ún. Medicare és Medicaid programokat működteti, hozzájárul a kutatás költségeihez és az állami egyetemeken folyó orvostudományi képzéshez, valamint bizonyos mértékben gondoskodik az özvegyekről és a háborús veteránokról. Az összes egészségügyi kiadás 40–45%-a származik állami forrásból (a többi 30–35% magánbiztosítóktól és 20–25% a betegek közvetlen hozzájárulásából).

A Medicare szövetségi egészségbiztosítási program 1965-ben indult és eleinte csak az időseknek járt, jövedelemtől, valamint egészségi állapottól függetlenül, minden 65 év feletti személynek (akik maguk, vagy házastársuk korábban fizettek járulékot). 1972-től, azután kiterjesztették a jogosultak körét a 65 évesnél fiatalabb fogyatékosokra (két év várakozási idő után) és a végső stádiumban lévő veseelégtelenségben szenvedőkre is. Jelenleg összesen 35 millió idős és 6 millió fogyatékos amerikaiaknak nyújt fedezetet. A Medicare keretében nyújtott szolgáltatások négy szintre bonthatók. Az első, „A” szint automatikusan jár a jogosultaknak, a „B” havi díj ellenében vehető igénybe, a „C” a kettő együtt, de irányított betegellátási keretben, végül a „D” (amely 2006-ban kerül bevezetésre) jelenleg csak korlátozott szolgáltatásokat nyújt a 2003-ban elfogadott törvény értelmében.

- Az „A” rész, az úgynevezett HI (Hospital Insurance), azaz kórház-biztosítási program, amely fekvőbeteg ellátást, szakképzett ápolónői segítséget, hospice szolgáltatásokat és otthoni ápolást garantál. Az aktív időszak alatt, a bruttó bér 1,45%-át kell befizetni jövedelemadó formájában és a munkáltatónak ugyanennyivel kell hozzájárulnia.
- A „B” csomag, az SMI (Supplementary Medical Insurance), lefordítva kiegészítő gyógyászati biztosítás. Ez az „A” részt alapellátással (házi orvos), járóbeteg szakellátással, laborvizsgálatokkal, gyógyászati segédeszközök ártámogatásával és home health (otthoni egészség) egészíti ki. Ennek havi díja 66,6 USD 2004-ben.
- 1997 óta létezik „C” típus, jelenleg az MA (Medicare Advantage) nevet viseli, korábban, pedig Medicare + Choice volt az elnevezése. Ez olyan managed care keretekben történő ellátást jelent, mely „A” és „B” szint szolgáltatásainak igénybevételére egyaránt jogosít, de lehetővé teszi a magánbiztosításban való részvételt.
- A „D” szintet a 2003-ban elfogadott MMA (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003) törvény hozta létre és az ambuláns ellátás keretében, receptre felírt gyógyszerek árának részleges térítését vállalja. [14, 15]

A Medicare kiadásainak – amelyek például 1999-ben a 385 milliárd USD-t is meghaladták –hozzávetőlegesen 25%-át a programban résztvevők, 75%-át szövet-

ségi állami támogatás fedezi [16]. Átlagosan 15%-körüli mértékben a kedvezményezettek hozzájárulnak a költségekhez, amennyiben igénybe vesznek valamely szolgáltatást. Például kórházi kezelésért a 876 dolláros összeget meghaladó számlát, vagy a „B” biztosítási csomag igénybevett szolgáltatásai esetében, a 100 dollárt meghaladó összeg 20%-át kell a betegek közvetlenül kifizetnie. A Medicare diszkriminálja azokat, akik átlag alatti életkort érnek meg, (elsősorban a négereket) mert felülreprezentáltak a fizetők között, de korábban halnak meg, minthogy igénybe vehetnék a szolgáltatásokat.

A Medicaid, amely a lakosság, mintegy 14%-át érinti, egy szegényeknek szervezett állami egészségbiztosítási program, mely meghatározott jövedelemszint alatt jár. Az alacsony jövedelmű családban felnövő gyermekeknek és szüleiknek, adott szegénységi küszöb alatt élő terhes nőknek, időseknek és fogyatékosoknak (például vakok, rokkantak) nyújt biztosítási fedezetet. Sokuknak ez az egyetlen lehetősége arra, hogy egészségbiztosításuk legyen. Jelenleg közel 38 millió gyerek és szülő, valamint 12 millió idős és krónikus betegségben szenvedő, a magánbiztosítási piacról kiszorult amerikai jogosult a Medicaid finanszírozta ellátásra. A fedezet kiterjed ambuláns és fekvőbeteg kórházi ellátásra, házi orvosok, szakképzett ápolónők és szülésznők által nyújtott szolgáltatásokra, labor és röntgenvizsgálatokra, otthoni ápolásra, családtervezésre és 21 év alatti gyermekek korai és rendszeres szűrésére, diagnosztizálására és kezelésére. [17] Az egyes tagállamok, évente, egyedileg állapítják meg azt az egy főre jutó jövedelemszintet, amely alatt jogosulttá válnak lakosai a Medicaid-re. 2004-ben az országos átlagos szegénységi küszöb egy négytagú család esetében 1570,83 USD. [18] Az USA összes egészségügyi kiadásainak 20%-át teszi ki a Medicaid keretében finanszírozott ellátás. A programot a tagállamok, és a szövetségi állam megosztottan finanszírozza, 2000-ben közel 190 milliárd USD-t fordított erre a kormányzat. A szövetségi kormány által biztosított források részaránya államonként eltérő, de 50 és 77% között mozog. Az államok, költségvetésük átlagosan 16%-át költik erre a célra. [6, 14, 17, 19, 20]

A népesség elöregedésével és a költségek folyamatos emelkedésével, a kormányzat számításai szerint, a Medicare program 2026-ra összeomlik, ha addig nem kerül sor gyökeres reformra. A Szenátus, 2003. november 25-én fogadta el a Medicare reform törvénytervezetét, melyről fentebb már szóltunk. Az ún. „Medicare Prescription Drug and Improvement Act of 2003” nyomán, az idősek – a Medicare program keretében most először – juthatnak majd hozzá gyógyszer ártámogatáshoz 2006-tól. Addig – átmenetileg – a programban résztvevők, ún. „discount card”-ot (árkedvezményre jogosító kártya) kapnak, amellyel olcsóbban szerezhetik be a gyógyszereket évi legfeljebb 600 dolláros ártámogatáshoz jutva. [15] A törvénytervezet olyan intézkedéseket is tartalmaz, melyek versenyhelyzetet teremtenek. Kísérleti jelleggel, hat nagyvárosban és környékén a hagyományos free-for-service Medicare versenyezni fog díjfizetéses magánbiztosítókkal. Mindezen túl a tervezet megemelt finanszírozást ígér a Medicare orvosoknak és kórházaknak és speciális gondoskodást a nem városi lakosság számára [21]. Az Egyesült Államokban még manapság is a vállalati gondoskodásnak és a magánbiztosítóknak jut a kulcsszerep az egészségbiztosításban. Megközelítőleg 2/3-a az amerikaiaknak, részben, vagy egészben a munkáltatója által biztosított. A fizetendő biztosítási díj nagy részét a munkáltató fizeti, a javadalmazás fontos részét

képezi a munkaadó által finanszírozott egészségbiztosítás, amelynek kiterjedtsége rendkívül változó. Egy nemrégiben megjelent tanulmány szerint 2003-ban, az előző évhez képest 13,9%-kal nőttek a díjak. [22] A munkáltatók, fokozatosan csökkentik az általuk nyújtott egészségbiztosítási fedezetet és a növekvő költségeket, egyre inkább átterhelik alkalmazottaikra. Ez nem meglepő, hiszen az elmúlt három évben a munkavállalók által fizetett egészségbiztosítási díjak mértéke 50%-kal nőtt. [22]

CSEHORSZÁG

Az első világháború után az 1918-ban megalakuló első Csehszlovák Köztársaság létrejöttével beszélhetünk először a cseh egészségügyi rendszerről, melynek gyökerei azonban már megfigyelhetőek voltak az Osztrák–Magyar Monarchiahoz tartozó cseh területeken – a németországihoz hasonló, bismarcki rendszerű társadalombiztosítási rendszer képében.

1924-ben alakították ki az első társadalombiztosítási rendszert, mely a lakosság közel egyharmadának nyújtott biztosítást betegség esetén. A rendszer folyamatosan, kisebb nagyobb változtatásokkal egészen 1951-ig maradt fenn ebben a formában.

A második világháborút követő időszak a környező szocialista országokéhoz hasonló: az egészségbiztosítási rendszer államosításával és az intézményi rendszer centralizációjával jellemezhető.

1948-ban, nem sokkal a második világháború után jelentős politikai változások zajlottak Csehszlovákiában. Az ország államformája népköztársaság lett, irányítása és kormányzása az akkori szovjet minta alapján történt. Mindez természetesen az egészségügyi rendszert is alapjaiban érintette. Egyesítették, és kötelezővé tették minden állampolgár számára az egészségügy és a szociális biztosítás rendszerét. Ebben a négy évtizedig tartó modellben a munkáltatók fizették az egészségügyi járulékot, mely a bérek 6,8%-a volt [1]. 1952-ben teljes egészében központosították a társadalombiztosítási rendszert, melyet kizárólag az állam finanszírozott az adókon keresztül. A lakosság számára az egészségügyi szolgáltatásokat ingyenessé tették. Ugyanakkor a szolgáltatókat is államosították, regionálisan és területileg is az állami egészségügy intézményrendszerébe olvadtak be. Ekkor osztják fel Csehszlovákia cseh területeit 8 régióra és 75 kerületre. Minden kerületnek és régiónak megvolt a maga állami egészségügyi intézményrendszere. A kerületi intézményekhez tartoztak a kis és közepméretű kórházak, klinikák, sürgősségi betegellátó központok, gyógyszerterek, a munkahelyi egészségügyi központok, a mentő és elsősegélynyújtó állomások, valamint az egészségügyi iskolák is. Az 1950-es években ez a rendszer meggyőzően hatásosnak bizonyult az ország második világháború utáni időszakának problémái leküzdésében. A magas gyermekhalálozási arányszám, a tuberkulózis, és más súlyos fertőző betegségek száma, valamint az alultápláltságból fakadó hiánybetegségek előfordulása nagymértékben csökkent. Így azután egészen az 1950-es évek végéig Csehszlovákia egészségügyi rendszere nemzetközi szinten is jó megítélést szerzett. A lakosság egészségügyi állapota a közép-európai országok között az 1960-as évek után is a legjobbak közé tartozott, bár a nyugat-európai országokétól már lényegesen lemaradt. [2] Mindazonáltal világossá vált, hogy a 60-as évek végén jelentkező élet-

életmódbeli és környezeti változásokra ez a rendszer nincs felkészülve, és választ sem tud adni rájuk. Így egészen az 1980-as évek végéig stagnálás jellemezte a csehszlovák egészségbiztosítást. Az 1968-as év eseményei csak oly módon érintették a rendszert, hogy a cseh és szlovák föderáció kikiáltásával két különálló Egészségügyi Minisztérium jött létre. [1] Mindazonáltal az alacsony technikai színvonal, a magas orvos szám, a kórház-centrikus struktúra, az alacsony bérek és a hálapénz volt a meghatározó. Az állami ellátási hálózatot az adókból finanszírozták a kapacitásfinanszírozás elve alapján. Az egészségügyi ellátás a rászorulóknak térítés-mentesen járt, de választási lehetőségekben nem bővelkedett. [3] Az 1980-as évek végén már felmerül a rendszer reformjának gondolata. Az első reformlépések közé tartozott, hogy 1987-ben lehetővé tették a szabad házi orvos- és fogorvosválasztást.

Az 1989-es „bársonyos forradalom” után kezdődő radikális politikai és társadalmi változásoknak, részét képezte az egészségügyi rendszer átalakítása is. 1990 decemberében hagyta jóvá a cseh kormány az új egészségügyi ellátás tervét, melynek fő elemei nagy hasonlóságot mutatnak a szomszédos nyugat-európai országokéval, különösen Németországéval. A hatalmas, regionális és kerületi felosztásban működő egészségügyi hatóságokat megszüntették. Az 1991-ben elfogadott törvények alapján új került bevezetésre, ennek során a korábbi szovjet típusú modellt a korszerű európai elveknek és elvárásoknak megfelelően alakították át.

Fő alapelvei:

- a szolidaritás,
- magas szintű autonómia,
- szabad választás mind az egészségügyi szolgáltatások, mind az orvosok terén,
- több csatornás finanszírozási rendszer (pénztárak, állami és helyi költségvetés, munkavállalók és munkaadók),
- szabad egészségbiztosító választás, azonban minden ellátási formát továbbra is az állam finanszíroz.

A rendszer alapja a kötelező biztosítási rendszer, mely minden állampolgára számára biztosítja a megfelelő ellátást. [2] Az egészségbiztosítási hozzájárulás kezelésére kilenc független biztosítási pénztár jött létre. A szolgáltatói oldal átszervezését maguk az orvosok is sürgették a gyors privatizáció mellett voksolva. Lényegében 1991-ben kezdődött meg a korábbi egészségügyi struktúra decentralizálása, s születtek meg a privát működésre vonatkozó törvények is, 1992-ben, pedig minden ellátási szint privatizációs tervének kidolgozása. A járóbeteg-ellátásban, főleg a házi orvosok, gyermekorvosok, és fogorvosok esetében ez elsősorban a rendelő megvásárlását jelentette. Azonban a rendelő használati jogának magánkézbe adását is, az ún. funkcionális privatizációt is lehetővé tették. (Így ha az orvosnak nincs elegendő pénze, bérelheti is az önkormányzattól.) 1994-ben kidolgozták a gyógyszerek új árrendszerét.

A liberalizációs és decentralizációs periódust az 1990-es évek közepén a szabályozó mechanizmus reformja követte, melyet csak részlegesen sikerült megvalósítani, illetve bevezetni. A lakosság egészségi állapotát tekintve nem bizonyultak hatástalannak a változások, hiszen az 1960-tól 1990-ig tartó stagnálás után pozitív fejlődés volt tapasztalható, legalábbis a mutatószámok vizsgálata ezt mutatta. 1990–1998 között a várható élettartam 67,6-ről 71,1-re nőtt a férfiaknál, míg a

nőknél 75,4-ről 78,1-re, továbbá a csecsemőhalálozási arányszám 1000 szülésből 10,8-ről 5,2-re csökkent. A sikeres gyógyítási technológiák alkalmazása a halálozási rátákban is csökkenést eredményezett. A tuberkulózis előfordulása a középkelet-európai térségben a legkisebb rátát mutatja. (Hasonló eredményeket ért el a szexuális úton terjedő betegségekénél is.)

A finanszírozás kérdését tekintve az eredmények távolról sem ilyen pozitív képet mutatnak. Vonatkozik ez az egészségbiztosító pénztárak bevételi rendszerére éppúgy, mint az ellátóknak nyújtott térítés módszereire.

Egy részről a szétválást követően Csehország jelentős előnyökkel indult. Megnőtt a bevételek nagysága, mivel a szlovák részre már nem kellett érvényesíteni a szolidaritási elvet. A relatíve jobb jövedelemmel rendelkező cseh társadalom ebben a tekintetben nyertese volt az ország szétválasztásának. Másrészről az egészségügyi kiadások 1991-es visszaesése után gyors emelkedést figyelhetünk meg, mely egybeesik a reformok kezdetével. A cseh egészségügyi kiadások 2001-ben a GDP 7,4%-át tették ki. [3] A kiadások megugrása mögött több tényező húzódik meg. Az átalakítás kiinduló feltételeinek megteremtése: a biztosítók megalakulása, a finanszírozási rendszer kialakítása nagy egyszeri kiadással járt. Azonban a kiadások emelkedése 1993 után sem állt meg.

Az egészségügyi ellátás finanszírozásának reformját 1992 elején kezdték meg az Általános Egészségbiztosítási Pénztár (Intézet) létrehozásával, mely 1993-ban kezdte meg a működését a kötelező biztosítási járulékok beszedésével. A finanszírozás azonban több szempontból is szabályozott maradt, mivel a kormány határozza meg a biztosítottak által fizetendő díjat, és az állami költségvetésből finanszírozzák a munkaviszonnyal nem rendelkezők biztosítását. [4] Ez utóbbiak a lakosság mintegy 53%-át jelentik. Ide tartoznak:

- az eltartott gyermekek 15 éves korig,
- a továbbtanulók,
- nyugdíjasok,
- a szülési szabadságon és gyermeknevelési segélyben részesülő nők,
- a regisztrált munkanélküliek,
- a szociális segélyben részesülő személyek,
- a nagyfokú vagy teljes rokkantak és az őket ellátó személyek,
- a kötelező katonai szolgálatot töltő, illetve kiképzésen lévő személyek,
- az őrizeteseik vagy szabadságvesztésüket töltő személyek,
- a nyugdíjasok eltartottjai,
- nyugdíjas korú, de nem nyugdíjjogosult személyek is.

A több biztosítóintézettel rendelkező egészségbiztosítási rendszer fedezeti forrása nagyrészt azonban személyes befizetéseken alapul. Az egészségbiztosítási járulékokról szóló törvény 1993-ban lépett életbe. [3] Egyetlen járulékkulcs létezik, mértéke 13,5%, melynek kétharmadát a munkáltató (9%) és egyharmadát a munkavállaló (4,5%) fizeti. [2] Egyéni vállalkozók adózatlan nyereségük 35%-a után fizetik be a 13,5%-os járulékot. 1993-tól már törvény teszi lehetővé az ipari vagy szakmai alapon szerveződő egészségbiztosítók felállítását. Mind a hadügy, mind a belügyminisztérium, valamint a nagyobb cégek, az építőipari dolgozók stb. megalakították saját biztosító intézetüket. Bár eredetileg korlátozni akarták a tagok hovatarozását, de ezzel viszont nem nőhetett volna a választható lehetőségek száma. Így 1993-tól mindenki beléphetett az adott területen biztosító irodát nyitó pénztárak egyikébe. A törvény jogot biztosít a háromhavonkénti

nyitó pénztárak egyikébe. A törvény jogot biztosít a háromhavonkénti biztosító váltásra és senki felvételét sem utasíthatják el a biztosítók. Az egészségbiztosítók ún. felosztó-kirovó alapon működnek. Tekintettel azonban arra, hogy a bevételt nagymértékben az állam határozza meg a rögzített járulékkulcs által, a pénztárak számára a deficit elkerülésére csekély lehetőség létezik. Az egyik, hogy az orvosoknak és kórházaknak fizetett térítési díjat csökkentik, így fordulhat elő, hogy a biztosítók ugyanazon szolgáltatásért különböző térítési díjat fizetnek a különböző ellátóknak. [5]

A járulékot független alapok szedik be és gazdálkodnak vele. Az Általános Egészségbiztosítási Intézet (VZP), mely a központi költségvetéstől független szervezet a biztosítókhoz befolyt pénzt (a járulékok 60%-át) újra elosztja. (Ezt a járulékok jövedelemarányossága és az állami támogatottak és az átlagbefizetések közötti különbség teszi indokolttá). A biztosítók finanszírozzák az összes gyógyító és megelőző tevékenységet. A co-payment intézménye ismert de jelentősége elenyésző a nyugat-európai hozzájárulások mértékéhez képest [3].

Az egészségügyi reformok, a privatizáció az egészségbiztosításból történő finanszírozás bevezetése jelentős változásokat eredményezett az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségében is. A teljesítmény szerinti térítési rendszer bevezetése, a produktum és a díjazás összekapcsolása lehetővé tette, hogy az egészségügyi intézmények finanszírozása közvetlenül a nyújtott szolgáltatásoktól legyenek függőek. Ez a kezdet kezdetén jó lépésnek ígérkezett, azonban megvoltak a maga hátrányai is. A reformok bevezetésekor a teljesítmény szerinti finanszírozás elősegítette a kínálat növekedését mind a diagnosztikai és gyógyítási technológiák, mind a gyógyszerellátás és orvostechnika területén is. A privatizáció menetét is meggyorsította. A szolgáltatások térítése a németországihoz hasonló pontrendszeren alapul (fee-for-service). Az intézmények igyekeztek minél szélesebb körű szolgáltatást nyújtani, hogy minél jobban megállják a helyüket a konkurenciával szemben, ill. előfordulhatott az is, hogy a betegellátásban a drágább megoldási lehetőségeket választották. (Például ambuláns ellátás helyett kórházi ápolást állapítanak meg.) Az így meginduló növekvő kínálatot szükségszerűen a kiadások növekedése is követte. A szolgáltatások volumenét tekintve számos felmérés készült, a kínálat indikálta kereslet alátámasztására. [2] 1992–1993-ban az elszámolt pontok száma 20%-kal növekedett. Erre a pont koronaértékének csökkentésével reagáltak a hatóságok. Az elszámolt gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök értéke 50, az egyéb közvetlenül elszámolható tételek értéke, pedig 216%-kal emelkedett ebben az időszakban. 1993–1994-ben a magánpraxisban dolgozó orvosok – akik szintén pont értékben számolták el szolgáltatásaikat – jóval több pontot és munkaórát számoltak el, mint a közalkalmazotti státuszban dolgozó kollégáik. E jelenségek mögött azonban több tényező is meghúzódik, melyre a költségek növekedésénél gondolhatunk. Hiszen az árak és a külkereskedelem liberalizációja is árszínvonal növekedéshez vezetett. Az új rendszer adminisztrációja, elszámolások, szerződéskötések is többletköltséget okoztak. Az egészségügyben dolgozók bruttó átlagfizetései a reform kezdete óta a háromszorosára nőttek. [6] (Ez eltér a magyarországi, vagy lengyelországi helyzettől, ahol a hálapénzt belekalkulálták a fizetésekbe. Csehországban a hálapénz intézménye nem terjedt el olyan mértékben, mint a szomszédos országokban, és a 90-es évek reformjai elejét vették szélesebb körű elterjedésének is.) A költségek növekedése

mögött természetesen megtalálhatjuk az alkalmazott technikák számának növekedését is. [6] (A CT vizsgálatok száma a kilencvenes évtizedben például megötszöröződött. [7])

A növekvő kínálatnak nem volt keresleti oldalon gátja, hiszen a lakosság számára a szolgáltatások ingyenesek voltak. Így mindenképpen szükség volt arra, hogy az egyre növekvő költségeket visszafogják. Az ellenőrzések növelésével próbálták meg a teljesítmények túlzott növekedését megakadályozni. A számítógépes technika alkalmazása elősegítette a pontelszámolások jobb átlátását, illetve a VZP-nél egyre több ellenőrző orvost alkalmaztak. (Többnyire a nem egyértelmű térítésköteles ellátásokat ellenőrizték tartalmi szempontból.) Ez azonban kevés volt ahhoz, hogy az orvosok motivációját megváltoztassa. Korlátozni próbálták a gyógyszerfelírásokat, az elszámolható műszeres vizsgálatok számát. 1997-ben vezették be azt az új finanszírozási módszert, mely egy kombinált rendszert jelent az eddigiekhez képest. A házi orvosok esetében egy vegyes, fejkvóta és „fee-for-service” kombinációjára tértek át. Csehországban így az esetszámot a diagnosztikai és gyógyító ellátásnál alkalmazzák, míg a teljesítmény szerint a megelőzési és gondozási tevékenységet térítik. Az esetszám szerinti térítési rendszer bevezetése megkönnyíti a házi orvosok munkáját, hiszen nincsenek rákényszerítve arra, hogy szolgáltatásaiknak számát emeljék, jobb színvonalú ellátást tudnak biztosítani azon betegek számára, akiknek erre tényleg szükségük van. Az aránylag kis praxisok, melyek kisebb vonzáskörzettel rendelkeznek esetszám pótdíjat kaptak. A fogorvosok számára árlistás térítést vezettek be, nem pontokban fejezték ki az árakat, hanem közvetlenül pénzben. A szakorvosoknál és a kórházakban áttértek a negyedéves költségvetésre. [8]

Az egészségügyi ellátás minőségét alapvetően az alapellátás színvonala határozza meg. Az egészségügyi kiadások növekedését nagyrészt a kórházi és járóbeteg-ellátás fejlesztése okozta. Így a csökkentés útja az egészségügyi alapellátás arányának növelés. (Ez maga után vonja az ellátást nyújtó szakemberek továbbképzését és a felszerelés korszerűsítését. [4]) Jelenleg Csehországban az általános orvosok, a fogorvosok és a nőgyógyászok több mint 90%-a dolgozik a magánszektorban. Ez a tény mutatja, hogy a többség jobb körülmények között, magasabb keresetért akartak dolgozni. Viszont maga a rendszer nem teszi lehetővé magasabb kereset elérését.

A kórházi struktúra nem lett hatékonyabb. A meghirdetett adminisztratív kapacitásszűkítés a lakossági és orvosi érdekcsoportok tiltakozásán elbukott. Az eladósodott kórházakat az állam különböző hitelekkel segíti ki a bajból. Irányításuk jogi háttere nem teljesen lefedett, így ki vannak téve az egészségbiztosítók rendelkezéseinek, a politikusok önkényes döntéseinek a beruházások odaítélésénél.

A szolgáltatók hálózatát tekintve az egy orvosra jutó lakosok száma Csehországban elérte a fejlett országok szintjét. Több mint 20 000, többnyire privát egészségügyi szolgáltató áll versenyben egymással. (Házi orvosok, gyermekorvosok, nőgyógyászok, fogorvosok, sürgősségi betegellátók, kórházak és klinikák, otthoni betegellátást végzők, és a gyógyszertárak.) Felmerül a kérdés, hogyan tovább? Hiszen a szolgáltatók nagy száma kézenfekvő lehetőséget kínál a szelektív szerződés-kötésekre. 1997-ben indult meg egy folyamat, mely erre irányult és ajánlásokat fogalmaz meg a biztosítók felé az egyes szolgáltatókról. Ez a technikai fel-

szereltség szintje, a személyzeti állomány képzettsége, és egyéb kritériumok alapján renndezi sorrendbe az egyes szolgáltatókat. A rendszer használata nem kötelező, és sokszor bírálják, azonban segítségével számos visszaélésre derült fény.

Ha a csehországi egészségbiztosítás valahol szóba kerül, legtöbbször a biztosítók csődjét említik és magát a több biztosítón alapuló rendszer működési hatékonyságát is megkérdőjelezzik.

Az 1992-es biztosítókról szóló törvény ugyan teljesen újszerű volt Közép Európa országaiban, de nagyon laza kritériumaival megásta saját sírját. Ugyanis minimális létszám és minimális tőke elegendő volt egy biztosító elindításához. Számuk gyorsan gyarapodott és a 90-es évek közepére elérte a 27-et. A kis biztosítók azonban tovább nyújtózkodtak a saját takarójuknál, hogy minél több ügyfelet csábítsanak magukhoz. Drága kampányolásba fogtak, az orvosokon keresztül is toborozták a tagokat, maga az alapok beindítása, az irodák kiépítése is túl költségesnek bizonyult a tagok létszámához viszonyítva. Nem is szólva a különböző belépési ajánlatokról, melyek eltekintettek néhány hónapnyi járuléktól, amennyiben egy adott vállalat hozzájuk irányítja a dolgozóit és bizonyos extra szolgáltatásokat is felajánlottak. Így 1995-től folyamatos csődöket jelentettek be a kisebb biztosítók, akiknek bevételei nem fedezték költségeiket. Az Általános Egészségbiztosítóhoz (VZP) kerültek a csődbe ment biztosítók tagjai, így a VZP-nél volt 1996-ra újra a lakosság 80%-a. 2001-ben Csehországban 9 egészségbiztosítási pénztár működik. A csődök hatása máig érződik. Mind a biztosítók, mind a VZP adósságát az állami hitelek segítségével görgetik tovább. A német rendszerhez hasonló, több egészségpénztárból álló rendszer azonban nem szerves fejlődés eredménye, művi folyamat volt. Ezért Csehország esetében távolról sem beszélhetünk a fejlett nyugati országokéhoz azonos körülményekről, ahol maga a verseny eredményez csődöket és összeolvadásokat. Itt másról volt szó, jelesen a laza szabályok mentén létrejövő felelőtlen gazdálkodásról, melynek következményeként egy aránytalan biztosítási piac alakult ki, az abszolút elsőséget élvező VZP vezetésével. A mellette működő kis biztosítók a piac 25%-át birtokolják összesen. Ezért jelenleg a cseh állam által működtetett Általános Egészségügyi Biztosító a magyarországihoz hasonló gondokkal küzd. Rendszeresen nem fizet időre, így a kórházak hitelfelvételre kényszerülnek és eladósodnak. A kormány külön bizottságot állított fel, melynek feladata a csőd szélén álló egészségügyi ágazat helyzetének áttekintése és a problémák megoldására javaslati terv készítése. [9]

A fentiek figyelembe vételével a csehországi rendszer problémái közül a pazarlás és az ellátás koordinátlansága, valamint az alapsomag nagyvonalúsága tűnik fel. Azonban a 90-es évek során elindított reformsorozat iránya, valamint célkitűzései példával, illetve tanulsággal is szolgálhatnak a többi közép-európai ország számára.

KÖVETKEZTETÉSEK

A hat ország egészségügyi rendszerének történetét követve jól láthatóak azok a dolgozat első fejezetében is már említett tényezők, amelyek meghatározhatják egy adott ország egészségügyi hatékonyságát. Tanulmányunk első részének végén meghatároztuk a hatékonysági sorrendet, (Izrael, Németország, Hollandia,

Egyesült Királyság, Egyesült Államok, Csehország, Magyarország) melynek általunk feltárt történeti gyökereit az alábbiakban tudjuk összefoglalni.

- 1) A gyökereiben kölcsönösségen, szolidaritáson, egymás segítségén alapuló, döntően állami finanszírozású és állami szolgáltatók által nyújtott ellátáson alapuló rendszerek a leghatékonyabbak, mégpedig abban az esetben, ha ez magánpénztári (magánbiztosítói) struktúrával és kötelező biztosítással, valamint járulékfizetéssel párosul. A fentiekben leírt három ilyen ország (Németország, Izrael és Hollandia) között, talán azért Izrael áll az élen, mert egyrészt korlátozott számú pénztár működik, így az adminisztrációs költségek jóval alacsonyabbak, másrészt jelentős külföldi támogatásokat kap, elsősorban Amerikától.
- 2) Az alapvetően állami irányítású, finanszírozású és nagyrészt közösségi szolgáltatókkal működő angol egészségügyi rendszer vélhetően azért került az általunk vizsgált hét ország középmezőnyébe, mert a belső piac intézménye (szolgáltatók versenye) némileg leszorítja az árakat, javítja a minőséget és a hatékonyságot. Ugyanakkor a mindenkire kiterjedő biztosítást ígérő rendszerekben szükségképpen nem lehet mindenkinek jó minőséget nyújtani.
- 3) Az amerikai, majdnem tisztán piaci rendszer kedvezőtlen helyezése annak tudható be, hogy mind kínálati, mind keresleti oldalról felhajtják a kiadásokat. A magán szolgáltatók erős nyomást gyakorolnak több szolgáltatás igénybevételeire, mert ez áll érdekükben, a betegek egyre újabb és korszerűbb eljárások alkalmazását, gyógyszerek használatát, gondos, minőségi ellátást követelnek, a biztosítók pedig tovább tudják hárítani a megnövekedett költségek terhet a munkáltatókra, amelyekkel szerződésben állnak. Az állami programok esetében sem érvényesül erős költségvetési korlát, a politikai-hatalmi érdekek (újraválasztás) arra készítetik a politikusokat, hogy megszavazzák a megemelt egészségügyi büdzsét. Az amerikai egészségügyi rendszerben a szolgáltatók és a biztosítók érzéketlenek, túlfizetettek és keresztprofitálók.
- 4) A közel tisztán állami rendszer (állami irányítás, finanszírozás, szolgáltatás), mely a poszt szocialista országok jellemzője (Csehország és Magyarország) azért a legpazarlóbb, mert nincs olyan ösztönző rendszer, amely megakadályozná a költségnövekedést. Nincs egyetlen olyan szereplője sem ennek a szisztémának, akinek/amelynek érdekében állna a hatékonysági szempont figyelembe vétele és beemelése a működési mechanizmusba. A háziorvosok számára semmilyen pénzügyi következménye nincs betegek szakorvoshoz, vagy kórházba utalásának, a szakorvosoknak és kórházaknak teljesítmény alapján fizet a biztosító, így minél több szolgáltatás nyújtásában és elszámolásában érdekeltek. A betegek keresetfüggő járulékot fizetnek, semmilyen olyan fizetési kötelezettség nem terheli őket, amely az igénybevételhez lenne kapcsolva. Végül a biztosító ugyan a járulékokból gazdálkodik, ám a keletkezett deficitet a költségvetés finanszírozza. Az állami rendszer nem mentes a pazarlástól, hatékonytalanságtól és igazságtalanságtól. Mivel az árakat rögzítik, a kínálat és kereslet nem találkozik és a kutatási-fejlesztési beruházások sem nőnek.

HIVATKOZÁSOK ÉS FELHASZNÁLT IRODALOM

Izrael

- [1] Facts about Israel Health & Social Services. Ministry of Foreign Affairs of Israel, <http://www.mfa.il>
- [2] NIRA REISS: The Health Care of the Arabs in Israel. Westview Press, 1991.
- [3] Clalit Health Services The Story of Clalit. <http://www.clalit.org>
- [4] Israel at Fifty 1948-1998. Ministry of Foreign Affairs of Israel, <http://www.mfa.il>
- [5] Highlights on Health in Israel. WHO Regional Office for Europe, 1996.
- [6] BIN NUN G, BEN ORI D.: Trends in the national expenditure on health. Ministry of Health Jerusalem, 1997.
- [7] JEFFREY BARG: Comparing U.S. & Israeli Health Care Systems. Physician's New Digest, June 1998.
- [8] BRUCE ROSEN, NIRA SHAMAI: Financing and resource Allocation in Israeli Health Care. JDC-Brookdale Institute Jerusalem, 1997.
- [9] BRUCE ROSEN, REUVEN STEINER: Recent Trend in Sick Fund Market Shares and Transfers among Sick Funds. JDC-Brookdale Institute Jerusalem, 1996.
- [10] SIEGEL-ITZKOVICH J.: New health minister faces crisis in Israel. British Medical Journal 1994; 308:1658-59.
- [11] CHINITZ D, SHALEV C, GALAI N.: A Israel's basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit. British Medical Journal 1998; 317:1000-1004.
- [12] CHINITZ D.: A Health reform and rationing in Israel. Health Affairs 1997; 16:205-210.
- [13] SHALEV C, CHINITZ D.: In search of equity, efficiency, universality and comprehensiveness: health reform and managed competition in Israel. Dalhousie Law Journal 1997; Fall:553-582.
- [14] SHULI BRANDI: Supplemental and Commercial health Insurance in Israel - 1996: A Comparative Survey; Analysis of Changes in the Market and Examination of Policy Alternatives. JDC-Brookdale Institute Jerusalem, 1996
- [15] SIEGEL-ITZKOVICH J.: Israel introduces national health insurance system. British Medical Journal 1995; 310:212-213.
- [16] Developments and trends in social security 1993 - 1995. International Social Security Review Volume 49, 2/1996 ISSA, Geneva.
- [17] REVITAL GROSS, BRUCE ROSEN, ARYE SHIRON: Israel's health system since the National Insurance Law. JDC-Brookdale Institute Jerusalem, 1999.
- [18] BRUCE ROSEN, MICHAL IWANCOVSKY, YA'AHOV: New Changes in the Sick Fund Economy, Sick Fund Revenues and Expenditures before and after the Introduction of national Health Insurance. JDC-Brookdale Institute Jerusalem, 1998.
- [19] BRUCE ROSEN: Price Competition and the 1998 „Budget Arrangement Law”. JDC-Brookdale Institute Jerusalem, 1998.

- [20] BARBARA SWIRSKI, HATIM KANAANEH, AMY AVGAR: Health Care in Israel. The Israel Equality Monitor Issue No.9 November 1998.
http://www.adva.org/health98_eng.pdf

Németország

- [1] Health Care Systems in Transition Germany 2000.
www.euro.who.int/document/68952.pdf
- [2] OECD Health Data 2003, 3rd edition.
www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls
- [3] Németország, MEDINFO, Nemzetközi Szakirodalmi Információs Osztály, Tájékoztató országtanulmány. Budapest, 2001.
- [4] A „német modell” példáján, OECD jelentés az egészségügyről, Figyelő 1995. március 23.
- [5] GEDEON PÉTER: Merre tart a német jóléti állam? Társadalombiztosítási alrendszerek Németországban. Közgazdasági Szemle, XLVIII.évf. 2011. február 130-149. o.
- [6] Health care systems in eight countries: trends and challenges European Observatory on Health Care Systems April, 2002.
- [7] Think Healthcare. <http://www.dkv.com>
- [8] Egészségügyi menedzsment, 2002. különszám.
- [9] HANS-ULRICH DEPPE: Németország egészségügyi ellátásának és egészségpolitikájának aktuális kérdései napjainkban, Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994 32.2
- [10] BALÁZS PÉTER: Német egészségügy az 1990-es egyesítés után, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1998 36.5
- [11] WEYER BÉLA: Egészségügyi reform Németországban HVG 2003. augusztus 2.

Hollandia

- [1] The Health Insurance System in the Netherlands. Status as of January 2002. Ministerie von Volksgesondheid, Welzijn en Sport NL. The Hague, March 2002, <http://www.minvws.nl>
- [2] Dutch Healthcare System. Zorgverzekeraars Nederland, <http://www.zn.nl/international/english/about-zn/dutchhealthcare/background.asp>
- [3] Health Care Systems in the EU A Comparative Study. European Parliament Directorate General for Research, Working Paper, European Parliament, Luxembourg, 1998.
- [4] Dutch social security, www.socialezekerheid.nl/english/content.html
- [5] ED WESTERHOUT: The future of the Dutch health insurance system, CPB (Centraal Plan Bureau) Report 99/4., http://www.cpb.nl/nl/cpbreport/1999_4/s2_2.pdf
- [6] A Question of Demand. The reform of the health care system in the Netherlands. Ministerie von Volksgesondheid, Welzijn en Sport NL. The Hague, March 2002, http://www.minvws.nl/images/brock-question-demand_tun11-45284.pdf
- [7] MARCEL SMEETS: Dutch system reforms unclear until 2002 elections. News from AIM No.13. December 2001., http://www.aim_mutual.org/uk/index.htm
- [8] ELIAS MOSSIALOS: Az egészségügy reformja Európában és a kiadáskorlátozó intézkedések, Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999/4. szám.

- [9] NAGY JÚLIA: A több biztosítóra épülő egészségügyi modell hatásai. Szocháló 2000., www.szochalo.hu/esely/esely1999nagyj04ny.htm
- [10] Egészségügyi menedzsment Különszám 2002.
- [11] KŐRÖSI ISTVÁN: A jóléti állam jövője. Társadalombiztosítási és nyugdíjrendszerek az Európai Unióban, Európai szemmel 1997/4. szám.
- [12] Csökkentik az egészségügyi költségvetést Hollandiában. <http://index.hu/gazdasag/vilag/euro03530>
- [13] 2002: Dutch medicines expenditure grow by 8,3%. News from AIM No.19. October 2003., www.aim_mutual.org/uk/index.htm
- [14] H. E. AKYUREK - KIEVITS: The Dutch Health Insurance Sector and EU Competition Law. 2001 dec.
- [15] SZEKSZÁRDI MARGIT: A holland egészségügyről. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994/4. szám.

Egyesült Királyság

- [1] DAVID D. GREEN: A British Perspective in: Perspectives on the European Health Care Systems: Some Lessons for America Heritage Lectures July 9, 2001 The Heritage Foundation, Washington, <http://www.heritage.org/library>
- [2] BALÁZS PÉTER: Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat ötven éve (I. rész). Előzmények és a kezdet, Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999/4. szám.
- [3] ANTHONY DE JASAY: Az állam Osiris Kiadó, Budapest 2002.
- [4] A. B. ATKINSON: Magán- és társadalombiztosítás, valamint a hozzájárulási elv in: A jóléti állam politikai gazdaságtana Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, Budapest 1999
- [5] Health Care Systems in Transition UK 1999. European Observatory on Health Care Systems, WHO.
- [6] ALLYSON POLLOCK: Bad Medicine (National Health Care System in Great Britain). New Internationalist magazine, April 2003., http://www.thirdworldtraveler.com/Health/Bad_Medicine.html
- [7] BALÁZS PÉTER: Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat ötven éve (II. rész). Orvosok és menedzserek a szervezetben. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1999/5. szám.
- [8] Health Care Systems in the EU A Comparative Study. European Parliament Directorat General for Research. Public Health and Consumer Protection Series SACO 101 EN, November, 1998.
- [9] Health Care Systems and Health Market Reform in the G20 Countries. Ernst & Young, January, 2003.
- [10] ANN DIXON, ELIAS MOSSIALOS (editors): Health Care Systems in eight countries: trends and challenges. Prepared by the European Observatory on Health Care Systems. The London School of Economics & Political Science, 2002.
- [11] Egészségügy az EU-ban és Magyarországon. Egészségügyi menedzsment 2002. Különszám
- [12] JOHN PANTALL: Minőségügyi kezdeményezések az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál. Egészségügyi menedzsment 1999/2. szám.

- [13] Public Expenditure Reform: The Health Care Sector in the United Kingdom, by VINCENT KOEN. Economics Department Working Papers No. 256, OECD, 2000.
- [14] ELIAS MOSSEIALOS: Az egészségügy reformja Európában és a kiadáskorlátozó intézkedések. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1997/4. szám.

Egyesült Államok

- [1] HANS-ULRICH DEPPE: Ellentétes tendenciák érvényesülése Európa és az USA egészségpolitikájában Egészségügyi Gazdasági Szemle 1994; 32, 2:192-201.
- [2] Health Care System and Health Market Reform in the G20 Countries Prepared for the World Economic Forum by Ernst and Young, January 2003., <http://www.ey.com>
- [3] Health Care 2000 - How it got this way, <http://www.yourdoctorinthefamily.com/grandtheory/section3>
- [4] Who We Are Understanding the Blue Cross Blue Shield System, <http://www.bluecross.com/whoweare/history.html>
- [5] BONCZ IMRE, DÓZSA CSABA, NAGY BALÁZS: Irányított Betegellátási Modell. Informatika és menedzsment az Egészségügyben II. évfolyam 4. szám 2003 május.
- [6] E. S. SAVAS: Privatizáció Hogyan vonuljon ki az állam a gazdaságból? Akadémiai Kiadó, Budapest 1993.
- [7] SHEERY GLIED: Managed care In: Handbook of Health Economics, Volume 1. Elsevier Science B.V. 2000.
- [8] Managed care Fact Sheets, <http://www.mcare.com/factsheets/mcolfnet.htm>
- [9] KORNAI JÁNOS: Az egészségügy reformjáról KJK Budapest 1998.
- [10] PH. WAGNER, C. KÖCK: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje Perfekt, 1999.
- [11] A magyar egészségügyi reform közgazdasági megközelítésben. Munkaanyag a MeH és az USAID szervezésében Budapest 1998.
- [12] R. E. MOFFIT, P. MANIERE, D. G. GREEN, P. BELIEN, J. HJESTQUIST, F. BREYER: Perspectives on the European Health Care Systems: Some Lessons for America. Heritage Lectures July 9, 2001 The Heritage Foundation, Washington, <http://www.heritage.org/library>
- [13] U.S. Census Bureau, <http://www.census.gov>
- [14] Medicare, Medicaid Centers Services. <http://www.cms.hhs.gov/publications/overview-medicare-medicaid/default3.asp>
- [15] Medicare Fact Sheet Medicare at a glance. March 2004, www.kff.org/medicaid/loader.cfm?url
- [16] Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group <http://www.cms.hhs.gov/review/supp/2001/table1.pdf>
- [17] State Fiscal Conditions and Medicaid. April 2004., www.kff.org/medicaid/loader.cfm?url
- [18] Medicaid Eligibility Policy. 2004 Poverty level guidelines, <http://www.cms.hhs.gov/medicaid/eligibility/pov0104.pdf>
- [19] J. ADAM: Jövedelemegyenlőtlenségek és szegénység az Amerikai Egyesült Államokban Külgazdaság, XLIV. évf., 2000. szeptember.

- [20] JAMES R. TALLON, DIANE ROWLAND: Faces of Medicaid,
www.kff.org/medicaid/loader.cfm?url
- [21] Medicare Bill Moves to President Bush for Enactment,
<http://bcbshealthissues.com>
- [22] Employer Health Benefits 2003 Annual Survey.
http://www.kff.org/insurance/ehbs2003_1_set.cfm

Csehország

- [1] Healthcare Systems in Transition Czech Republic 2001, WHO,
<http://www.euro.int/document/e74483.pdf>
- [2] World Health Organization, Health for All Database, 2002.
- [3] BENEDICT ÁGNES: A cseh egészségügyi reform. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2000.38.1. 83-98 old.
- [4] Guide to the Healthcare System in the Czech Republic, Prague 2002.,
<http://.izpe.cz>
- [5] Válságban a cseh egészségügy,
<http://www.nethirlap.hu/rövidhir.php?hirid=3354>
- [6] <http://www.vega.medinfo.hu/weblap/orszagtan/csehhtm>
- [7] GALAMBOS ANDREA: Ápolás határainkon túl, http://www.c3.hu/-etinfo/info2210/2210_03html
- [8] Institute of Health Information and Statistics. Czech Republic 2001. Statistical Yearbooks of the Czech Republic.
- [9] OECD Health Database 2002, <http://www.oecd.org/health/healthdata>