
Kovács Ilona

Az egészség ára az Egyesült Államokban*

Bevezetés

Még soha nem fogalmazódott meg az Egyesült Államokban ilyen élesen az egészségügyi rendszer radikális és átfogó reformja iránti igény, mint napjainkban. A viták két probléma körül forrósodnak fel: 1/ az ellátás soha nem látott mértékű költségnövekedése és 2/ az egészségügyi biztosításon kívülretek rendkívül magas aránya körül. A baj korántsem az, hogy keveset költenek egészségügyre, hanem ellenkezőleg, túlságosan is sokat, az eredmények viszont nem állnak arányban a ráfordításokkal. Szakértők szerint egy megreformált rendszerben a jelenleg elköltött milliárdokat sokkal hatékonyabban lehetne felhasználni.

A fejlett ipari országok közül az Egyesült Államokban a legmagasabb az egészségügyi kiadásoknak mind a színvonala, mind a bruttó hazai termék (GDP)-beli hányada: 1950-ben 12,7, 1990-ben 700 milliárd dollár. Ez a meredeken emelkedő összeg egyre nagyobb részt hasított ki a GDP-ből: 1950-ben 4,4, 1990-ben közel 13,0 százalékot.

Mindazok, akik e hatalmas rendszer szolgáltatásai kiterjednek, a legmagasabb színvonalú, a legfejlettebb technológiákat alkalmazó egészségügyi ellátásban részesülhetnek. Ezzel szemben áll azonban az a megrázó erejű statisztikai adat, amely szerint 34 millió embernek, a lakosság 13 százalékának nincsen egészségügyi biztosítása. Az egészségügyi költségek viharos gyorsaságú – az 1970-1989-es időszakot tekintve (folyó áron) éves átlagban 11,7 százalékos – emelkedése egyrészt messze meghaladta a gazdaság egészének 7,7 százalékos növekedését, másrészt egyre több embert rekeszt ki a biztosítottak táborából. Azok pedig, akik kimaradnak a biztosításból, kimaradnak a magas színvonalú ellátásból is.

Az egészségügy költségeinek hihetetlen mértékű növekedése és a biztosítási rendszer erősen kirekesztő jellege a társadalom minden érintettje számára olyan súlyos gondokat vetett fel, amelyek már csak a jelenlegi rendszer gyökeres reformjával orvosolhatók. A radikális változtatások

* A cikk a szerző hasonló című, az MTA Közgazdaságtudományi Intézetében megvitattott hosszabb tanulmánya alapján készült (Kovács, 1992.)

célja: legyen az egészségügyi biztosítás univerzális, mindenki számára hozzáférhető; csökkentsék a költségeket vagy legalábbis állítsák meg növekedésüket, eközben őrizzék meg az egészségügyi ellátás magas színvonalát, és növeljék hatékonyságát.

Hosszabb ottlétem során mélységesen megdöbbenetek az amerikai egészségügy elképesztő ellentmondásai: egyfelől a hihetelen gazdagság, a világ legfejlettebb orvostudománya, másfelől a száraz statisztikai tények mögött meghúzódó, nap mint nap olvasható családi drámák, sorsokat igazgató félelmek és az esélyegyenlőségnek az a mérhetetlen hiánya, amely ma Amerikát jellemzi. Dolgozatomban egyrészt leíró, informatív képet kívánok adni az ottani egészségügyi rendszerről, másrészt tanulságként is szántam az éppen aktuális magyar reformkonceptiók körvonalazása előtt.

Ki fizeti a számlát, és ki viseli a terheket?

Amerikában az egészségbiztosítás nem kötelező! *A magán- és az állami biztosítás változatos kombinációján alapuló biztosításban a magánbiztosítás dominál*, amely a biztosítottak kb. 70 százalékára terjed ki, tehát 30 százalék körüli az állami biztosítottak aránya. *A magánbiztosítások túlnyomó hányada, kb. 85 százaléka munkahelyhez kötődő csoportos, 15 százaléka egyéni biztosítás.* A biztosítottak mintegy 60 százalékára kiterjedő munkahelyi csoportos biztosítás a rendszer alappillére. *A munkáltatók többnyire csoportos biztosítás formájában, önként biztosítják alkalmazottaikat.*^{1,2}

A magánbiztosítótársaságok skálája széles és színes, működésükben kétféle elv érvényesül: a nonprofit-elv és a profitszerzés elve. *A nonprofit biztosítók*, mint a két legismertebb társaság, a *Blue Cross* és *Blue Shield*, a velük szerződésben álló intézményekben rögzített árak alapján *kórházi ellátásra*, illetőleg *orvosi szolgáltatásokra* nyújtanak biztosítást, amely lehet csoportos, és lehet egyéni is. Nonprofit jellegükből fakadóan adómentesek, és számos kedvezményben részesülnek mind a szövetségi kormányzat, mind pedig az állami kormányok szintjén. Működésüket államiilag, sőt államonként eltérő módon, törvényben szabályozzák.

A profitorientált biztosítótársaságok általában közvetlenül az állampolgárokkal vannak kapcsolatban. Számuk meghaladja az ezret is, de több ezerre rúg azoknak a biztosításfajtáknak a száma, amiket szolgáltatásként ajánlanak. A biztosítótársaságok szerződésben állapodnak meg a biztosítottakkal a járulék nagyságáról s egyéb feltételekről, például arról, hogy mekkora legyen a biztosított önrészesedésének mértéke, továbbá a biztosító behatárolja azoknak a szolgáltatásoknak a körét, amikre a biztosítás kiterjed.

Az állami programok két ismert változata, a *Medicare* és *Medicaid* 1965-ben, Johnson elnök alatt vált a szövetségi kormány hivatalos programjává, s ezzel új korszak kezdődött a kormányzatnak az egészségügyben játszott szerepét illetően.

A *Medicare* program a 65 éven felülieknek, a *Medicaid* pedig a szegényeknek nyújt egészségügyi ellátást. Ezen belül is elsősorban a kórházi és orvosi szolgáltatásokat finanszírozza. A *Medicaid*, tehát a szegények ellátása, alapvetően az államok kötelessége, s ez az oka annak, hogy a jogosultak köre államonként változik, mert államonként állapítják meg azt a minimális jövedelmet, amely alatt az ellátás igénybe vehető. Az összes állam átlagában e jövedelemhatár értéke egy négytagú családra számítva 1986-ban 5665 dollár volt. Ez a szövetségi szinten megállapított, ugyancsak négytagú családra számított 11.203 dolláros szegénységi küszöb 51 százalékát érte el (Davis et al., 1990). Vagyis a szegénységi küszöb alatt élőknek is csupán a legszegényebb fele igényjogosult, noha rászoruló jelentősen több van.

Az elmúlt húsz évben a kormányzati vagy állami programok keretében kifizetett egészségügyi kiadások is óriási mértékben megnövekedtek, s ezért állandó célpontjaivá váltak az egymást követő elnökök költségcsökkentő intézkedéseinek. 1967 és 1970 között, amíg a gazdaságban éves átlagban 5,2 százalékos inflációt mértek, addig a Medicare által fizetett kórházi költségek évente 18 százalékkal nőttek. Ezt követően a Nixon adminisztráció 1972 és 1974 között, Gazdaságstabilizációs Programja keretében befagyasztotta a béreket és az árakat, beleértve az egészségügy teljes területét is, és jelentős mértékben megnyirbálta e két központi programra fordítható pénzeket (Davis et al., 1990, Starr, 1982, Law, 1974, Davis és Schoen, 1978).

Az egészségügyi biztosítás forrásai között hosszú távon jelentős eltolódás ment végbe. 1950-ben a kiadások túlnyomó hányada, 65,5 százaléka, közvetlenül zsebből, a fogyasztóktól származott, 9,1 százalékát a magánbiztosító társaságok és 22,4 százalékát az állam fedezték. Ezzel szemben 1989-ben a fogyasztók az egészségügyi kiadások 20,7 százalékát fizették, a magánbiztosítók 33,1 százalékát, a szövetségi, állami és helyi kormányzat pedig 42 százalékát.

A kormányzati forrásokon belül is jelentős módosulás ment végbe: 1950-ben az állami és helyi kormányzati kiadások az összes kiadás 12 százalékát tették ki, a szövetségi kormányé pedig 10,4 százalékot, 1989-re viszont e hányadok 13,0 illetve 28,9 százalékra módosultak (Levit et al., 1991).

Aszerinti csoportosításban, hogy a vállalat, a háztartás vagy a kormányzat finanszírozza-e a költségeket, 1965-ben a vállalatok kiadásai 17, a háztartásoké 60,5 és a kormányzatoké 20,7 százalékot tettek ki. Ezek a hányadok 1989-re 29,7, 36,9 és 30,6 százalékra módosultak, tehát jelentősen megváltoztak a háztartások javára, s a vállalatok és a kormányzat terhére (Levit et al., 1991).

Elemzések mutatják, hogy nem önmagában az egészségügyi ellátás költségeinek emelkedése a probléma. A baj akkor kezdődik, amikor a jövedelmek és a bevételek növekedése már nem tart lépést az egészségügyi költségek növekedésével. Ezt a folyamatot szemlélteti a már említett három szektorban az egyes teherjelző mutatók 1965 és 1989 közötti alakulása (1. táblázat).

1. táblázat

Különböző teherjelző mutatók három szektorban
(az egyes kategóriák százalékában)

	1965	1970	1980	1985	1987	1989
Magánszektor						
Egészségügyi kiadások						
a szektor GDP-je	1,0	1,7	2,9	3,3	3,5	4,2
a bérek és keresetek	2,2	3,5	6,1	7,3	7,5	8,3
az adózás utáni profitok	14,0	36,1	44,4	91,6	92,8	100,5
Háztartás						
Egészségügyi kiadások						
a személyes jövedelem	4,2	4,1	3,9	4,7	4,9	5,1
Kormányzat						
Egészségügyi kiadások						
a kormány bevételei	5,0	7,7	11,9	13,6	13,7	14,8

Forrás: K. R. Levit, H. C. Lazenby, S. W. Letsch és C. A. Cowan, 1991

Különöző teherjelző mutatók három szektorban
(Az egyes kategóriák százalékában)

Bármelyik mutatót nézzük is, a fizetési képesség nem tartott lépést az egészségügy növekvő költségeivel. A kormányzat és a vállalatok terheivel összehasonlítva a háztartások közvetlen terhei nőttek a legkevésbé drámai módon. 1965-től a nyolcvanas évtized legelejéig a háztartások jövedelemnövekedése lényegében lépést tartott az egészségügyi kiadások növekedésével, az évtized második felében azonban nőni kezdett a szakadék, noha korántsem oly mértékben, mint a két másik szférában. A magánszektorban a egészségügyi kiadások hányada az itt mért GDP-hez viszonyítva az időszak alatt 1,0-ról 4,2 százalékra emelkedett, a bérekhez és keresetekhez viszonyítva 2,2-ről 8,3 százalékra, az adózás utáni profithoz viszonyítva pedig 14,0-ról 100,5 százalékra ugrott. Ez utóbbi tendencia különösen a nyolcvanas évtized második felében erősödött fel, kiváltva ezzel az üzleti élet növekvő aggodalmát. Ebből következik az is, hogy a vállalatok igyekeznek megszabadulni a növekvő kiadások terhétől, azok jelentős részét áthárítják dolgozóikra, vagy a kisebb cégek egyszerűen beszüntetik alkalmazottaik biztosítását.

1989-ben a kormányzat egészségügyre fordított kiadásai a kormányzati bevételek 14,8 százalékát tették ki, szemben az 1965 évi 5 százalékkal.

E növekedés fő tényezője a már említett két program, a Medicaid és Medicare bevezetése és nagymértékű kibővülése.

Bármilyen módon csoportosítják is azonban a kiadások forrásait, tisztában kell azzal lennünk, hogy végső soron mindig az állampolgárok viselik a terheket: több adót fizetnek, drágább termékeket és szolgáltatásokat vásárolnak, bérnövekményük kisebb lesz, mert munkáltatóik így próbálják kompenzálni az általuk fizetett, egyre növekvő egészségügyi járulékokat.

Az egészségügyi ellátás finanszírozásának elvei

Az elmúlt évtizedekben az egészségfinanszírozás alapelvei gyakran változtak, főként a költségnövekedés mérséklése céljából. Tömören ismeretemen a költségek elszámolásának három ismert formáját:

1. A két állami program, a Medicare és Medicaid esetében egy prospektív fizetési eljárást, az ún. *DRG*, „*diagnózishoz kapcsolódó csoportok*” (*diagnosis-related group*) módszerét alkalmazzák. Lényege a következő: a betegségfajtákat a főbb szervrendszerek alapján 23 csoportba, majd további kisebb diagnózis-csoportokba sorolják. Jelenleg közel 500 diagnózis-csoport létezik, s mindegyikre fix árat állapítanak meg. A rendszer azon a feltételezésen nyugszik, hogy az egyes csoportokba tartozó betegek a kórházi erőforrások felhasználása szempontjából homogének. A megállapított ár országsszerte mérvadó a Medicare és Medicaid betegekre. Mivel a kórházak minden beteg után fix összeget kapnak, a rendszer hatékonyságra ösztönöz, mert ha a kezelési költség alacsonyabb, mint a fix összeg, a többletet a kórház megtarthatja, de ha magasabb, a többletköltséget viselnie kell.

2. A második elszámolási mód az amerikai egészségügyi rendszerbe nehezen beilleszthető forma, az *HMO* – *Health Maintenance Organization* –, magyarul *Egészségmegőrző Szervezet intézményeinek „prepaid” elszámolási módja*. A koncepció lényegében egy csomagterv: a magán, többnyire *nonprofit HMO intézmények előre megállapított, fix fejenkénti általános összeg ellenében nyújtanak meghatározott szolgáltatásokat meghatározott egészségügyi intézményeknél a náluk biztosítottak számára*. A szabadon választható orvosok köre adott. A „*prepaid health care*” a hagyományos „*fee-for-service*” (*FFS*) – *szolgáltatásonkénti díjazás* – rendszerénél alacsonyabb költségű ellátási forma. A koncepció 1973-ban törvény formáját öltötte. A szövetségi kormány kölcsönökkel, vissza nem térítendő juttatásokkal támogatja az *HMO* hálózatban résztvevő intézményeket, ha azok hajlandók a szövetségi előírások szerint működni. Az előírások tartalmazzák az *HMO* intézmények szervezeti felépítésére vonatkozó kikötéseket, beleértve a biztosítottak kellő képviselőt a döntéshozó testületben; a biztosítottak panaszainak orvoslását és az ellátás magas színvonalának fenntartását célzó programokat; az előírások szerint senkit sem szabad kirekeszteni a biztosításból egészségi állapotra való hivatkozással, s a biztosítottak összetételének tükröznie kell az adott te-

rület korcsoportok, társadalmi és jövedelmi csoportok szerinti összetételét; és tartalmazzák az előírások az HMO intézmények működésére vonatkozó pénzügyi követelményeket is.

A Rand Corporation tanulmánya szerint (Manning et al., 1984) az HMO intézményeknél biztosítottak egy főre jutó évi kiadásai 25 százalékkal alacsonyabbak, mint a többi magánúton biztosítotté. A nyolcvanas évtizedben megnőtt az HMO intézmények száma, 1988-ra elérte a 650-et. Ezzel párhuzamosan nőtt a biztosítottak száma is: a lakosság kb. 13 százaléka HMO intézményeken keresztül biztosított, s 1995-re ez az arány elérheti a 25 százalékot is.

3. A harmadik elszámolás a magánbiztosítás hagyományos, költségalapú fizetési módja, az ún. „*fee for service*”, azaz „*szolgáltatásonkénti díj*”. Esetben a „*kerül, amibe kerül*” elv alapján írják a kórházak és az orvosok a számlát. Ez az eljárás kifejezetten költségnövelő, különösen ha azt is figyelembe vesszük, hogy a Medicare és a Medicaid betegeket is ellátó kórházak az e programokra vonatkozó szigorú, költségmérséklő előírások miatt bizonyos költségeket áthárítanak a magán-biztosítottak számlájára.

A biztosítottak köre és akik kívül rekednek

Az egészségügy megreformálása kapcsán az egyik szenvedélyesen vitatott kérdés a biztosításhoz, az ellátáshoz való hozzájutás.

A munkahelyhez kötődő csoportos biztosítás, mint Amerikában legjellemzőbb forma, nem mindenki számára nyújt lehetőséget, a munkavállalók között óriási egyenlőtlenségek vannak. A nagyvállalatoknál alkalmazott, szakszervezetekbe tömörülő dolgozók általában jobb biztosításban részesülnek, mint a kisvállalkozások alkalmazottai, akik többnyire nem is tartoznak szakszervezetekhez. Még másként is rosszabbul járnak a kisvállalkozások: az egy főre jutó biztosítási járulékok esetükben jelentősen magasabbak, mint például a General Motors, vagy IBM méretű vállalatnál. 1989-es adatok szerint egy vállalat átlagosan, egy főre vetítve 2300 dollár járulékot fizetett, de egy tízezer embert foglalkoztató vállalat lényegesen az átlag alatt tudott maradni, miközben az 50-nél kevesebb embert foglalkoztató nagyszámú kisvállalat több mint 3000 dollárt fizetett.

1989-es adatok szerint az összes vállalat 43 százaléka nyújtott biztosítást dolgozóinak, s minél kisebb egy vállalat, annál nagyobb a valószínűsége, hogy az ott dolgozók nem kapnak biztosítást. Pedig a kisvállalatok száma igen nagy, hiszen a vállalatok 87 százaléka 20 főnél kevesebbet foglalkoztat. Lényegesen kedvezőbb a kép, ha azt nézzük, hogy a létszámtól függően alkalmazottaik hány százalékának nyújtanak biztosítást a vállalatok. Az összes vállalatnál ez az arány 77 százalék, de továbbra is érvényesül az a tendencia, hogy amíg a nagyvállalatok gyakorlatilag 100 százalékig, addig a kisvállalkozások csupán 40 és 72 százalék között biztosítják dolgozóikat.

Adatokkal lehet alátámasztani, hogy az amerikai egészségügyi szolgáltatásai a legfejlettebbek a világon. S mindazok, akik ehhez hozzájutnak,

a legmagasabb színvonalú, a legfejlettebb technológiákat alkalmazó ellátásban részesülhetnek. *De a világ egyik leggazdagabb társadalma nem engedi meg állampolgárainak azt a luxust, hogy mindenki állampolgári jogon kapjon biztosítást, s a társadalom egyik legszégyenletesebb vonása, hogy lakosságának kb. 13 százaléka, mintegy 34 millió ember ki van ebből rekesztve.* A felmérések azt is mutatják, hogy azok száma, akik a közelmúltban egy két éves periódusban időlegesen elvesztették biztosításukat, elérte a 63 milliót. További milliók vannak, akiknek nem teljeskörű a biztosításuk, s félelemben élnek, mert egy súlyosabb betegség a családban teljes anyagi csőddel járhat. Az egészségügyi költségek viharos gyorsaságú – az 1970-1989-es időszakot tekintve éves átlagban 11,7 százalékos – emelkedése egyre több embert rekeszt ki a biztosítottak táborából (Lewin, 1991).

A nem-biztosítottak többsége, 62 százaléka, a közhiedelemmel ellentétben állásban van, 23 százalékuk részmunkaidőben dolgozik, 15 százalékuk pedig munkanélküli. A Census Bureau (Népszámlálási Hivatal) 1991-ben végzett felmérése szerint egy 28 hónapos időszakra számítva a nem-biztosítottakon kívül még további 50-60 millióra tehető azoknak a száma, akik legalább egy hónapon át biztosítás nélkül maradtak (Lewin, 1991).

A növekvő biztosítási díjak egyre több ember számára megfizethetetlenek, s a betegségtől való félelem lidércnyomásként nehezedik nem csak a szegényekre, hanem egyre inkább a középosztályhoz tartozók mindennapi életére is. A biztosítási költségek minden hét évben megduplázódnak, s a munkáltatók egyre nehezebben viselik a növekvő költségek terheit. Igyekeznek ezt úgy kivédeni, hogy növelik a dolgozókra eső járulékok összegét, vagy a szolgáltatásért benyújtott számlából kell a dolgozónak nagyobb hányadot, önrészesedést vállalnia, vagy egyszerűen szűkítik a biztosításért kapható szolgáltatások körét. A költségáthárítás más módja, ha a vállalat árakat emel, vagy alkalmazottainak fizet kevesebbet. A munkavállalók számára azonban az a legrosszabb, ha a munkahely egyáltalán nem nyújt biztosítást. A dolgozók egyre többet fizetnek egyre kevesebb szolgáltatásért, s már előre tudják, hogy a kollektív szerződés következő alkuja során a vállalat tovább faragja, nyirbálja a meglévő szolgáltatásokat is (Lewin, 1991).

A biztosítótársaságok hatalmi pozíciójuknál fogva diktálhatják a feltételeket, s úgy próbálják mérsékelni kockázatukat, hogy igyekeznek kizárni a biztosításból azokat, akiknek valószínűsíthetően nagyon drága műszerezésre van szükségük. Ez különösen nehezíti azoknak az életét, akik előzőleg súlyos betegségben, például szívinfarktuszban vagy rákban szenvedtek, mert egyszerűen képtelenek biztosítást kapni, vagy rendkívül magas összegre, például 20.000 dollárra rúgó önrészesedést kellene a költségekből vállalniok.

Általános a kirekesztés alkalmazása, ugyanis korábban meglévő betegség esetére a biztosítás nem terjed ki. A biztosításnak ez az abszurd és kegyetlen vonása nagyon sok ember életét gazdaságilag ellehetetleníti. Ezzel függ össze az ún. „állás vagy munkahely csapda” terjedőben lévő jelensége is: nagyon sokan vannak, akik vagy saját maguk, vagy család-

tagjuk előzetesen meglévő betegsége miatt nem mernek állást változtatni, kénytelenek ahhoz a munkahelyhez kötődni, amit (már) nem szeretnek, de ahol biztosításuk korábban kezdődött, mint ahol a betegségüket kapták, mert a munkahelyváltással járó új biztosítás nem terjedne ki meglévő betegségeik gyógykezelésére. Mások viszont álláshoz sem tudnak jutni, mert a biztosítás nem terjedne ki előzetesen meglévő betegségeikre, biztosítás nélkül viszont nem dolgozhatnak az adott munkahelyen. Ez aztán igazán a „22-es csapdája”!³

Különösen magas a nem-biztosítottak között a gyerekek és fiatalok aránya. A nem-biztosítottak kb. a fele 25 év alatti, egyharmaduk pedig 18 év alatti. Igaz, a társadalomban ők a legegészségesebbek! Ugyanazon időszak alatt, amíg a nem-biztosítottak száma átlagosan 24 százalékkal nőtt, addig a nem-biztosított gyerekeké 40 százalékkal, s ezek többnyire a munkáscsaládok gyermekei.

„Biztosítási rendszerünk elvben arra a gondolatra épül, hogy a munkáltatók biztosítást nyújtanak a foglalkoztatottaknak, de négy nem-biztosított közül három munkás, vagy pedig munkás eltartottja...s ahogy egyre nő a biztosításon kívül rekedtek száma, ez mindenkit károsan érint, mert végülis ezek az emberek is kórházba kerülnek, s minthogy ellátásukat senki sem téríti meg, a kórházak arra kényszerülnek, hogy a felmerülő költségeket a többi biztosítottra hárítsák át.” – nyilatkozta a princetoni Robert Wood Johnson alapítvány programvezetője a New York Times-ban (Lewin, 1991).

A biztosításból kiszorultak országos átlaga mögött azonban óriási különbségek húzódnak meg; a nem-biztosítottak aránya az átlagnak több mint kétszerese, 26,5 százalék a spanyol-nyelvű (latin-amerikai eredetű) lakosság körében, 20 százalék a feketék körében, míg a fehér lakosság körében 11,7 százalék.

„Egészségesnek maradni” – mindennapi gondolatá és növekvő aggodalommal vált az Egyesült Államokban egészségesek és betegek, biztosítottak és nem-biztosítottak között egyaránt.

A költségek alakulása, összetevői és a költségnövekedés tényezői

Az egészségügyre fordított költségek alakulása

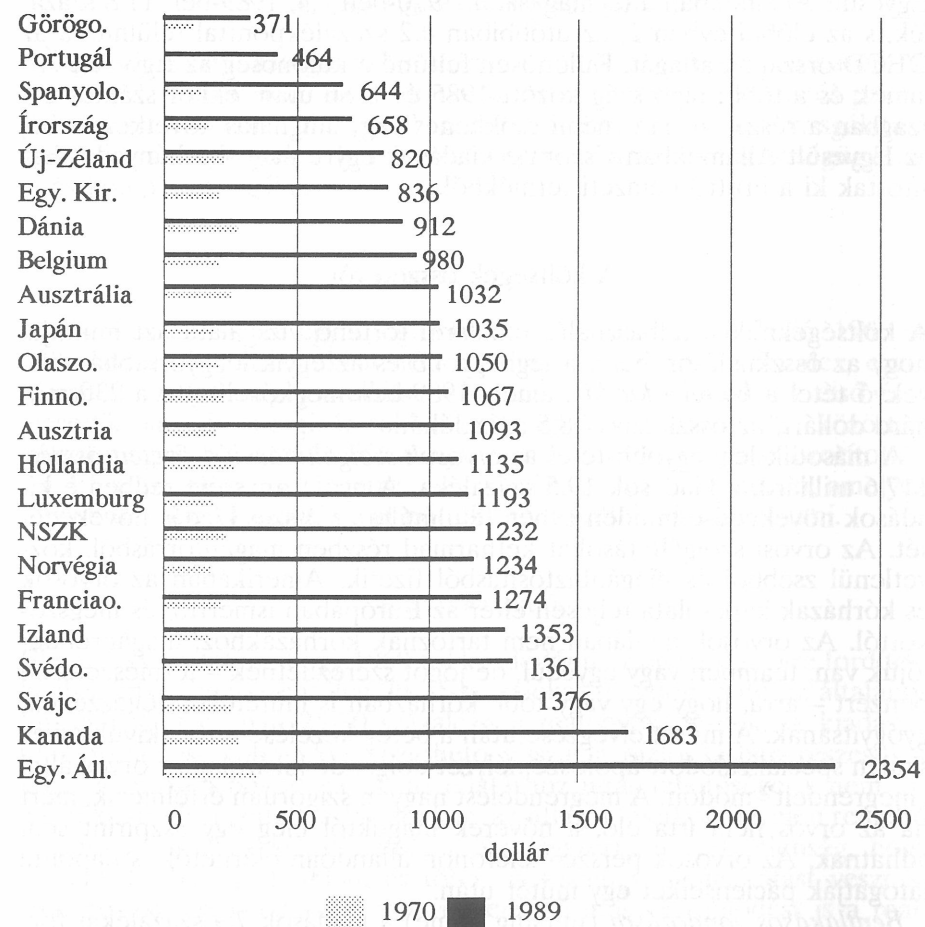
Az egészségügyi költségek 1950 és 1990 között 12,7 milliárd dollárról 700 milliárdra, nominálisan ötvenötszeresükre nőttek. Az egész időszakban az egészségügyre fordított kiadás kb. 3 százalékkal gyorsabban nőtt, mint az Egyesült Államok gazdaságának többi része. Ez a növekedés-különbség azonban jelentős erőforrás-átcsoportosítást igényelt, hiszen relatíve kevesebb maradt lakásra, tartós fogyasztási cikkekre, oktatásra és más szolgáltatásokra.

Az 1990 közepén kezdődő gazdasági recesszió, az egészségügyet kivéve, valamennyi ágazatban éreztette hatását, a munkanélküliség nőtt. Ezzel szemben 1989 harmadik negyedétől 1990 hasonló időszakáig a ma-

gán-egészségügyben dolgozók száma közel 8 százalékkal nőtt. A kiadások ugyanúgy vagy még gyorsabban nőttek, mint az előző évben. A gazdaság visszaesése az egészségügy növekvő kiadásaival párosulva tovább fokozta a terheket.

1. ábra

Az egy főre jutó egészségügyi kiadások az OECD országokban, 1970-ben és 1989-ben (nemzetközi dollárban)



Az egészségügyre fordított költségeknek mind a színvonala, mind a GDP-beli hányada az Egyesült Államokban a legmagasabb a fejlett ipari országok között. Amíg 1970-ben az egy főre jutó kiadások 23 országban Görögország 62 és az Egyesült Államok 346 dollárja között szóródtak, 175 dolláros OECD átlag körül, addig 1989-ben 371 (Görögország) és 2354 dollár (Egyesült Államok) között, 1094 dolláros OECD átlag körül

(1. ábra). Az Egyesült Államok kiadása mindkét évben duplája volt az OECD országok átlagának, s 1989-ben 40 százalékkal meghaladta Kanada és 71 százalékkal Svájc, a második és a harmadik legtöbbet költő országok kiadását. Az ábrából érzékelhetjük az OECD tagországok egy főre jutó kiadásainak mind időbeli, mind egymáshoz viszonyított alakulását is (Health OECD, 1991).

Az egészségügyre fordított kiadásoknak a GDP-hez viszonyított részaránya egyetlen év kivételével – 1980: Svédország – minden évben az Egyesült Államokban a legmagasabb: 1970-ben 7,4, 1989-ben 11,8 százalék, s az előbbi évben 2, az utóbbiban 4,2 százalékponttal felülmúlta az OECD országok átlagát. Különösen feltűnő a különbség az Egyesült Államok és a többi tagország között 1985 és 1986 után: ekkor számos országban a részarányban némi csökkenés vagy stagnálás következett be, az Egyesült Államokban viszont e kiadások egyre nagyobb hányadot hasítottak ki a bruttó nemzeti termékből.

A költségek összetevői

A költségeknek a felhasználás oldaláról történő vizsgálata azt mutatja, hogy az összkiadáson belül a legnagyobb és az egyik leggyorsabban növekvő tétel a *kórházi kiadás*, amely 1989-ben megközelítette a 230 milliárd dollárt, az összkiadás 38,5 százalékát.

A második legnagyobb tétel az *orvosok szolgáltatásaiért fizetett összeg*, 117,6 milliárd, a kiadások 19,5 százaléka. A nyolcvanas évtizedben e kiadások növekedése minden évben felülmúlta az összes kiadás növekedését. Az orvosi szolgáltatásokat kétharmad részben magánforrásból, közvetlenül zsebből és magánbiztosításból fizetik. Amerikában az orvosok és kórházak kapcsolata teljesen eltér az Európában ismerttől és megszo-kottól. Az orvosok általában nem tartoznak kórházakhoz, magánrendelőjük van, teamben vagy egyedül, de jogot szerezhetnek – természetesen pénzért – arra, hogy egy vagy több kórházban is műtéteket végezzenek, gyógyítsanak. A műtét elvégzése után a beteg kezelése a rendkívül széles skálán specializálódott ápolószemélyzet dolga, de kizárólag az orvos által „megrendelt” módon. A megrendelést nagyon szigorúan értelmezik, mert ha az orvos nem írta elő, a nővérek maguktól még egy aszpirint sem adhatnak. Az orvosok persze telefonon állandóan elérhetők, s naponta látogatják pácienseiket egy műtét után.

Bentlakásos gondozásra (nursing home) a kiadások 7,9 százalékát fordítják, szemben az 1960-beli 4 százalékkal. Az idősgondozást lényegében egyforma arányban finanszírozzák központi programokból (Medicaid) és közvetlenül magánforrásokból. Minél hosszabb ideig tartózkodik egy páciens egy otthonban, annál valószínűbb, hogy a Medicaid válik elsődleges finanszírozóvá. Az átlagos életkor meghosszabbodásával – ami az egészségügy vívmánya – és az idősek arányának megnövekedésével az otthonokra fordított költségek további emelkedésével kell számolni a jövőben is.

A *gyógyszerekre és egyéb nem tartós orvosi eszközökre* fordított kiadások a negyedik olan tétel, amely megközelíti a 45 milliárdot. A közületi programok és a magánbiztosítás *adminisztrációs* költségei elérik a 35 milliárd dollárt, az összkiadások közel 6 százalékát.

A *kutatásokra fordított kiadások* 11 milliárdra rúgnak, nem érik el az összkiadások 2 százalékát.

A költségnövekedés tényezői

A legáltalánosabb kategorizálás szerint a költségnövekedésnek három fő eleme különböztethető meg: általános infláció, reálnövekedés és pazarlás. A felsoroltakon belül azonban még további részelemek vizsgálatára van mód, amely érdekes betekintést enged az amerikai egészségügyi ellátás komplex világába.

Az infláció hatása

A növekvő költségek egyik legfőbb eleme az általános infláció. 1960 és 1990 között 330 százalékkal nőtt az általános fogyasztói árindex, ezzel szemben az egészségügyi ellátás árindexe 611 százalékkal. Az első és a második olaj- és energiaár robbanást követően, 1974 és 1981 között, a kétszámjegyűvé vált inflációt a nyolcvanas évtizedben visszaszorították évi 4-5 százalék közötti szintre. Az egészségügyi árakat azonban, amelyek továbbra is évi 11 százalékkal nőttek, nem tudták visszaszorítani.

Reálnövekedés

Elemzések mutatják, hogy 1960-tól kezdődően az egészségügyre fordított kiadásoknak megközelítőleg 70-75 százaléka tulajdonítható az általános inflációnak, s csupán 25-30 százaléka a reálnövekedésnek. A kiadások reálnövekedése több okra vezethető vissza: a biztosításban részesülők köre jelentősen bővült, javult az ellátáshoz jutás lehetősége, s nem kis mértékben előregedett a társadalom az átlagos életkor figyelemreméltó meghosszabbodása következtében. S világszerte ismert jelenség, hogy idősebb korban gyakrabban és több egészségügyi szolgáltatást vesznek igénybe. Az orvostudományban végbemenő műszaki fejlődést is a reálnövekedés tényezőjeként tartják számon, mivel azonban e kérdés nagy horderejű és érdekes problémákat vet fel, külön foglalkozom vele.

Számítások szerint a reálnövekedés 60-70 százalékos mértékben a műszaki fejlődésből következik, 11 százalékban a lakosság számának növekedéséből, 9 százalékban a korösszetételnek az öregek javára történő eltolódásából, 3 százalékban az ellátáshoz jutás megnövekedett mértékéből és 7-17 százalékban pazarlásból, a hatékonyság hiányából (McCue, 1989).

Az egészségügyi ellátásban részesülők köre drámaian kibővült a hatva-

nas évtized közepén, amikor 1965-ben bevezették a két állami programot, a Medicaidet és a Medicare-t. Amíg 1963-ban a nem-fehér lakosságnak 55, a fehér lakosságnak 75 százaléka keresett fel orvost, addig 1972-ben már nem volt szignifikáns különbség a két arány között, s az arány elérte a 80-82 százalékot.

Az Egyesült Államok lakossága 1950 és 1990 között 68 százalékkal nőtt, 151 millióról 253 millióra, de talán ennél is sokkal többet mond az a változás, amely a lakosság korösszetételében következett be. Amíg 1960-ban a 18 évesnél fiatalabbak aránya az összlakosságban 35,7, a 18 és 64 év közöttieké 55,0 s a 65 évesnél idősebbeké 9,2 százalékot tett ki, addig 1990-re ezek az arányok a következőképpen módosultak: 25,6, 61,8 illetve 12,6 százalék. Az idősek aránya még e jelentős arányeltolódás ellenére sem éri el az európai országok 13-14 százalékos átlagos arányát.

A megnövekedett élettartamnak Amerikában ára van. Egy 1983-as adat szerint, amíg az egy főre jutó egészségügyi kiadások átlagosan 1290 dollárt tettek ki, addig a 65 éves és idősebb népesség kiadásai 3590, a 65 év alattiaké 995 dollárt tettek ki. Az egy foglalkoztatottra fordított egészségügyi költségek 1990-ben átlagosan 3160 dollárra rúgtak. De mint minden átlag, ez is eltakarja a mögötte húzódo tendenciát. Ezesetben azt, hogy „a növekvő egészségügyi költségek fő oka abban rejlik, hogy a nagyon súlyos betegségekben szenvedő, viszonylag alacsony számú beteg gyógykezelése nagyon sokba kerül” – állítja egy, a Blue Cross-Blue Shield által Cleveland környékén készített felmérés és tanulmány. A tanulmány szerint amíg a vizsgálatban szereplő biztosítottak 90 százalékanak fejeként évi 794 dollárba, addig a maradék, súlyos egészségügyi problémákkal küzdő 10 százaléknak 10.529 dollárba került a gyógykezelése. Ugyanezt az elvet továbbviszi a tanulmány a drága 10 százalékra, s végül megállapítja, hogy az 1 százalékot kitevő legsúlyosabb esetekre az összes költség egynegyedét fordították. Az említett Blue Cross-Blue Shield biztosítótársaság igazgatója tovább érvel, és javaslatot tesz: a vállalatoknak olyan stratégiákat kellene alkalmazniuk, hogy az egy főre vetített költségek mérséklésére irányuló törekvéseikben vegyék figyelembe a drága esetek egyedi módon való kezelését, hogy a viszonylag kevés számú, de nagyon drága ellátás ára ne tudja felhajtani az egész csoport biztosítási költségeit.

A költségek ilyen aránytalan megoszlása az egyik legvitatottabb etikai és egészségpolitikai kérdés, amely ma intenzíven foglalkoztatja az amerikai társadalmat, hasonlóan ahhoz az ugyancsak etikai problémához, hogy a legmodernebb, drága technológiák kifejlesztése lehetővé tette gyógyíthatatlan, kómás állapotban lévő betegek életben tartását. „Vajon tisztességes dolog ezeknek a sok esetben kvázi-kísérleti eljárásoknak és technológiáknak a csillagászati költségeit ráruházni a munkáltatóra és/vagy az egyénre?” – teszi fel a kérdést ugyancsak az előbb idézett úr (Wicker, 1991).

A vita folytatódik, s mind hevesebbé válik, egyre élesebben fogalmaznak meg kérdéseket a közegészség és egyéni gondoskodás, megelőzés és gyógykezelés témakörökben: az élet minőségének javítása vagy csupán

annak meghosszabbítása; milyen legyen az egyén és a közösség szerepvállalása a költségviselésben; folytatódik-e a gyógyításban sokszor vitatható eredményeket hozó technikai „csodák” létrehozása, vagy korlátozó-sokkal szabályozzák a technológiai és tudományos eljárások alkalmazását?

Műszaki fejlődés

A jelentős költségfelhajtó tényezők egyike az orvosi technológia vívmányainak széleskörű alkalmazása. Az Egyesült Államok az elmúlt húsz év során az egészségügy terén látványos műszaki forradalomnak volt tanúja. Tekintet nélkül a költségekre, a társadalom adottságként el is várja a legjobb orvosi ellátást, az orvosok pedig meg is tesznek mindent a fejlett, szupermodern berendezések és műszerek alkalmazása érdekében.

Az elemzések három drága műszeres vizsgálatot emelnek ki, mint az orvosi technológia „fegyverkezési versenyének” legfőbb eszközeit, amelyeknek az alkalmazása sok-sok milliárd dollárral növeli meg a nemzet számláját. Talán nem érdektelen röviden szólni ezekről.

Az egyik a nálunk is ismert és alkalmazott komputeres tomográfia, CT vagy CAT (computerized axial tomography), amely a szövetek struktúrájáról, keresztmetszeti szeleteiről készít képeket. Leggyakrabban agyi rendellenességek, komplex törések, mellkasi és hasi szervek betegségeinek diagnosztizálására használják. Ára 0,4 és 1,2 millió dollár között van, a vizsgálat 300-500 dollár.

Az MRI (magnetic resonance imaging) – mágneses rezonancia képet készít a testről, annak részeiről. Hasonlóan a CT-hez, ezzel is a belső szervek struktúráját vizsgálják, azzal a különbséggel, hogy a lágy szövetekről ez sokkal finomabban megkülönböztethető képet ad. Ára 1,2-2,5 millió dollár, a vizsgálat díja 600-1000 dollár.

A legkifinomultabb és legrágább műszer a PET (positron emission tomograph), amellyel a szív szöveteinek az állapotát vizsgálják, betekintést nyernek a belső szervek működésébe, s ezáltal korábban megszerzhetetlen információkhoz juthatnak az orvosok. Idegrendszeri betegségek korai felismerésére is alkalmazzák. A gép ára 3,6 és 4,2 millió dollár, egy teszt 1500-2000 dollárba kerül.

Ezeknek a nagyon értékes műszereknek a használata a nyolcvanas évtized második felében terjedt el az Egyesült Államokban, a CT valamivel korábban, a PET készülék csupán az utóbbi két-három évben került bevezetésre, s az egész országban mindössze 50-et működtetnek (Pollack, 1991). Az orvosok rajonganak e műszerekért mint csodálatos technológiai találmányokért – különösen népszerű az MRI alkalmazása –, mert a vizsgálat sokkal olcsóbb és biztonságosabb, mint egy műtét, amely egyébként szükséges lenne egy sérülés mértékének megállapításához. Másrészt pénzt lehet vele megtakarítani azáltal is, hogy egy esetleg szükségtelen műtét miatt a páciens nem esik ki hosszabb időre a munkából – érvelnek az orvosok.

Az American Medical Association 1989-ben készített tanulmánya szerint az Egyesült Államok sokkal inkább támaszkodik a fejlett technológiára, mint bármely más fejlett ország. Egy főre vetítve négyszer annyi MRI gépük van, mint Németországnak, és nyolcszor annyi, mint Kanadának. Az amerikai orvosok 2,6-szer annyi szívűtétet végeztek, mint a kanadai, és 4,4-szer annyit, mint a német orvosok.

Kritikus elemzők állítják, hogy számos, drága orvosi eljárás alkalmazása túlhajtott. Sok minden ösztönöz arra, hogy az orvosok megrendeljék pácienseiknek az említett tesztek. A kórházak versenye az egyik tényező: az egyik kórház ösztönzi a másikat drága gépek vásárlására, s ha már megvették, érdekük, hogy minél jobban ki is használják azokat. És a kórházak nagyon sokszor saját orvosaik nyomására vásárolnak gépeket, hogy megtarthassák a kórház „mindenféle szolgáltatást nyújtani tudó” státusát.

Nemritkán maguk az orvosok is vállalkozók, társtulajdonosok akár egy kórház, klinika, laboratórium vagy egy egészségügyi központ modern gépeiben, felszereléseiben. Az sem ritka, hogy orvosi társulások kölcsönzik gépeiket a kórházaknak, bérleti díj fejében. S mindez arra ösztönzi az orvosokat, hogy minél több páciens utaljanak ilyen vizsgálatokra (Pear and Eckholm, 1991).

A kormány és magántársaságok megbízásából készült tanulmányok szerint az orvosok 10 százalékának van befektetése az egészségügyi üzletágban, de vannak olyan államok, ahol ez eléri a 30-50 százalékot is. Vonzóak a vállalkozások, mert nagyon gyümölcsözőek, hiszen nem ritka az évi 50 százalékos, gyors megtérülés sem. Például egy Atlantában 1990 júliusában felállított MRI központ menedzsereinek becslései szerint 1992 decemberére befektetéseiknek több mint kétszeresét nyerik vissza a beruházók (Pear and Eckholm, 1991).

Sokan úgy ítélik meg, hogy a tesztek díja szükségtelenül magas. Ennek részben az az oka, hogy a kifinomult eljárásokat végző szakorvosokat mindig jobban megfizették, mint a rutin eljárást nyújtókat. A stanfordi egyetem két professzora az amerikai és kanadai orvosok fizetését összehasonlítva kimutatta, hogy az előbbieket rutin vizsgálatokat végezve 80 százalékkal, a kifinomult tesztek végzők pedig háromszor többet kerestek, mint kanadai kollégáik. A sebészek után a radiológusok a legjobban fizetett orvosok – állapítja meg az American Medical Association. A radiológusok átlagjövedelme 1989-ben 210.500 dollár volt, az orvosok 155.800 dolláros átlagos évi jövedelmével szemben.

Szenvedélyes vita középpontjába került a kérdés: etikus-e, hogy az orvosok saját érdekeltégű intézményekhez utalják pácienseiket a tesztek elvégzése céljából, mivel történt nagyon sok visszaélés is. A kérdés már olyannyira nem csupán a viták szintjén merült fel, hogy a szövetségi kormány 1992. január 1-jétől betiltotta a Medicare és Medicaid páciensek olyan intézményekhez utalását, ahol az orvosnak üzleti érdekeltége van. Ezzel szemben az American Medical Association védi az orvosoknak azt a jogát, hogy egészségügyi intézményekbe beruházhassanak, s különösen sérelmesnek találja a kormány intézkedéseit a farmer jellegű települések lakóival szemben, ahol az orvosok beruházásai jelenthetik az egyetlen,

az egészségügy területén új vállalkozások alapításába bevonható tőkeforrást.

Hatékonyság és pazarlás

A növekvő költségek elemzésével foglalkozó tanulmányok, elemzések egybehangzóan állapítják meg, hogy az egészségügyi intézményekben alacsony a hatékonyság, túlhajtott a szolgáltatások igénybevétele, s nagy visszaélések folynak.

A rossz hatékonyság egyik alapvető okának az orvosi műhiba elleni biztosítás, felelősségbiztosítás – malpractice insurance – közvetlen és közvetett költségnövekedését tekintik. Az 1975 és 1982 közötti hétéves időszakban a közvetlen biztosítási költségek megnégyszereződtek, 700 millió dollárról 3 milliárdra, viszont az azt követő három év alatt, 2,4-szeresükre, 7,2 milliárdra nőttek. A nyolcvanas évtizedben átlagosan évi 18 százalékos növekedés mutatható ki (McCue, 1989). Jelenleg az orvosoknak fizetett minden 100 dollárból 11 dollárt tesz ki a műhiba esetére történő biztosítás. Chicagóban az idegsebészek és nőgyógyászok 1991-ben évi 150 ezer dolláros biztosítás mellett dolgozhattak, s hasonlóan kollégáikhoz, e költségeket áthárították pácienseikre (Domenici and Koop, 1991).

Az orvosok már csak saját védelmük érdekében is előszeretettel végzik az estenként nagyon drága tesztek, mert nagyon nagy az orvosi műhibától, illetve annak jogi következményeitől való félelem. Így viszont egy esetleges per során a bíróságon elmondhatják, hogy ők minden lehető megpróbálták a beteg jobb ellátása érdekében.

A „malpractice” biztosítás költségeinek hatvan százaléka az ügyvédi díjakat és az adminisztrációs költségeket fedezi, s csupán negyven százalék vagy még annál is kevesebb marad a pácienseknek.

A kutatások arra is fényt derítettek, hogy az orvosok gyakran előnyben részesítik a drágább gyógyszer felírását, ha azonos hatású gyógyszerek közül kell választani. Példaként említik a szívinfarktus kezelésére alkalmazott, a vérrög felbomlását, eltávolítását segítő, kétféle – a kutatások szerint hatásfokában azonos – életmentő gyógyszer felírását. Az egyik a legtöbb európai országban is használt streptokinaze, amely 76-300 dollár (számos kórház árengedménnyel jut hozzá), a másik a T.P.A. (tissue plasminogen activator) néven ismert gyógyszer, amelynek ára dózisonként 2200 dollár. Az utóbbit 1987-ben vezették be, s a gyártó cég óriási propagandát folytatott, a közzétett adatok a T.P.A. jobb hatásfokát mutatták ki, felkeltve ezzel a kardiológusok érdeklődését, akik mintegy kötelezőnek érezték e gyógyszer felírását.

A gyógyszerek felírása és használata körüli vita egyrészt élesen megosztja az orvostársadalmat, másrészt jól példázza, hogy milyen szerepet játszanak a gyártócégek a gyógyszerek bevezetésével kapcsolatos piackutatás és propaganda során abban, hogy az orvosok végül is milyen terápiát alkalmazzanak.

Számítások szerint az egészségügyi kiadásoknak mintegy 20-25%-a

szükségtelen, fölösleges, s a gyógyítás szempontjából irreleváns tesztekre fordított összeg (Domenici and Koop, 1991).

Tükrözi-e Amerikában a nemzet egészsége a nemzet gazdagságát?

Az egészségügyi rendszer megítélésének döntő kritériuma, hogy egy ország milyen eredményeket ér el lakossága egészségének megőrzésében és a gyógyításban. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlása alapján az egyik legjobb mutató a *csecsemőhalandósági arányszám*, „amely nem csupán a gyermekek, hanem az egész lakosság egészségi helyzetének, valamint azoknak a társadalmi-gazdasági feltételeknek is jó indikátora, amelyek között az emberek élnek.

2. táblázat

Csecsemőhalandósági és születés-körüli halandósági arányszám (százalék)

Ország	1960		1970		1980		1987	
	a	b	a	b	a	b	a	b
Ausztria	3,75	3,5	2,59	2,7	1,43	1,4	1,03	0,9
Belgium	3,12	3,2	2,11	2,3	1,21	1,4	0,97	-
Dánia	2,15	2,6	1,42	1,8	0,84	0,9	0,82	0,8
Egyesült Áll.	2,60	2,9	2,00	2,3	1,26	1,3	1,04	1,0
Egyesült Kir.	2,25	3,4	1,85	2,4	1,21	1,3	0,95	-
Finnország	2,10	2,8	1,32	1,7	0,76	0,8	0,58	0,6
Franciaország	2,74	3,1	1,82	2,3	1,01	1,3	0,80	-
Görögország	4,01	2,6	2,96	2,7	1,79	2,0	1,22	1,5
Hollandia	1,79	2,7	1,27	1,9	0,86	1,1	0,64	1,0
Írország	2,93	3,8	1,95	2,4	1,11	1,5	0,87	-
Luxemburg	3,15	3,2	2,49	2,5	1,15	1,0	0,80	0,7
Norvégia	1,89	2,4	1,27	1,9	0,81	1,1	0,78	0,8
NSZK	3,38	3,6	2,34	2,6	1,27	1,2	0,87	-
Olaszország	4,39	4,2	2,96	3,1	1,43	1,8	1,01	-
Portugália	7,75	4,1	5,51	3,7	2,43	2,4	1,59	1,8
Spanyolország	4,37	-	2,81	-	1,23	1,4	0,87	-
Svájc	2,11	-	1,44	1,8	0,91	1,0	0,68	0,8
Svédország	1,66	2,6	1,10	1,6	0,69	0,9	0,59	0,7

Forrás: Organization for Economic Cooperation and Development, 1989

Magyarázat: a = csecsemőhalandósági ráta
b = születéskörüli halandósági ráta

Emellett a csecsemőhalandóság nagyon érzékenyen tükrözi az ellátás hozzáférhetőségét, kihasználtságát és hatékonyságát. (WHO, 1981)

A csecsemőhalandóság nagymértékben csökkent az OECD országokban az elmúlt 30 év alatt. Figyelemreméltó eredményeket értek el a mediterrán országokban, azaz Portugáliában, Spanyolországban, Görögországban és Olaszországban, valamint Ausztriában és az NSZK-ban, ahol 1960-ban még 34 és 70 ezrelék között volt a csecsemőhalandósági arány, míg a fejlett ipari országokban már ekkor 17 és 31 ezrelék között mozgott. Az időszak végére az említett országok látványosan ledolgozták hátrányukat. Igaz, az Egyesült Államokban is jelentős csökkenés ment végbe, de jóval lassabban, mint ahogy az jövedelmi színvonalához, különösen pedig az egészségügyre fordított kiadásainak színvonalához képest várható lett volna. 1960-ban a bemutatott tizennyolc közül hét országban, 1970-ben kilencben, 1980-ban tizenkettőben és 1987-ben tizenötben alacsonyabb volt a csecsemőhalandóság, mint az Egyesült Államokban (2. táblázat).

Az átlagos értékek mögött nagyon nagy különbségek húzódnak meg az Amerikában élő etnikumok között: a feketék és az amerikai indiánok között 2,1-szer, ill. 1,5-szer magasabb a csecsemőhalandóság, mint a fehérek között, és legalacsonyabb az amerikai japánok között, 6 ezrelék.

3. táblázat

Születéskor várható átlagos élettartam (év)

Ország	1970		1980		1987	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
Ausztria	66,5	73,4	69,0	76,1	71,5	78,1
Belgium	67,8	74,2	70,0	76,8	-	-
Dánia	71,0	76,1	71,4	77,6	71,8	77,6
Egyesült Áll.	67,2	74,7	69,6	76,7	71,5	78,3
Egyesült Kir.	68,8	75,2	70,2	75,9	71,9	77,6
Finnország	66,2	74,5	69,2	77,6	70,7	78,7
Franciaország	68,6	76,1	70,2	78,4	72,0	80,3
Görögország	70,1	73,6	72,2	76,6	-	-
Hollandia	70,9	76,6	72,4	79,2	73,5	80,1
Írország	68,5	73,2	69,5	75,0	-	-
Luxemburg	67,0	73,9	68,0	75,1	70,6	77,9
Norvégia	71,0	77,5	72,2	79,0	72,8	79,6
NSZK	67,3	73,6	69,7	76,5	71,8	78,4
Olaszország	68,6	74,6	70,7	77,4	71,6	78,1
Portugália	65,3	71,0	68,9	76,6	69,9	76,9
Spanyolország	69,6	75,1	72,5	78,6	74,0	80,0
Svájc	70,1	76,3	72,4	79,1	73,6	80,3
Svédország	72,2	77,1	72,8	78,1	74,2	80,2

Forrás: OECD, 1990

A csecsemőhalandósági mutató mellett a *születéskor várható átlagos élettartam* is beszédes mutató. Világjelenség, hogy a nők születéskor várható élettartama meghaladja a férfiakét. Az OECD országokban ez a különbség átlagosan 5-6 évre tehető, s lényegében semmit sem változott 1970 és 1989 között (3. táblázat).

Az Egyesült Államok e mutató tekintetében sem jár élen. A férfiak várható élettartama alapján rangsorolva az országokat, 1970-ben tizenhárom, 1980-ban tizenkettő és 1987-ben tíz ország megelőzte Amerikát. A nők várható élettartama alapján jobb a helyzete, de így is csak a közepmezőnybe tartozik, nyolc-tíz ország mögött.

Amerikának az európai országokhoz viszonyított rosszabb helyzete több okkal is magyarázható, de elsősorban talán az alapellátásban és betegségmegelőzésben meglévő különbségekkel. Az európai egészségügyi rendszerek tanulmányozásából az lehet Amerika számára az egyik legfontosabb tanulság, hogy az európai univerzális, egyenlő esélyt adó, mindenki számára hozzáférhető és mindenkinek alapellátást biztosító rendszerek hatékonyabbak az erősödően kirekesztő jellegű amerikai rendszernél (Lembeck, 1986; Anderson, 1972; Navarro, 1974; Reinhardt, 1981; Rosenthal, 1986; és Enthoven, 1990). Az európai országokban az igényjogosultság és az állami finanszírozás magasabb aránya nem jelent több kiadást, éppen ellenkezőleg: az egészségügyre fordított kiadások színvonala és a GDP-hez viszonyított aránya az Egyesült Államokban minden európai országénál magasabb. S lényegesen magasabb, mint egy főre jutó GDP-je alapján várható lenne.

Sok szakértő érvel úgy, s érvelésükben sok az igazság, hogy a társadalom mindennapjait átható gondok, kábítószer- és alkoholfüggőség, erőszak, emberölés és a bűnözés számos formája – amelyek rendkívül rontják az egészségügy hatékonyságát – alapvetően e területen kívül eső szociális problémák. Az egészségügyre fordított több kiadás nem nyújt megoldást ezekre a problémákra. Fordítva inkább lehetne javulást elérni, ti. a szociális gondok csökkentése jelentős hatással lehet az emberek egészségének javulására is (Jönsson, 1990).

A sokszor hangoztatott és hallott érvelés az emberi szabadságjogok gyakorlása, az egyén szabad döntése és az egyéni felelősség védelmében „csak” azt hagyja figyelmen kívül, hogy az Egyesült Államok etnikailag, kulturálisan, jövedelemszínvonal, képzettség tekintetében rendkívül heterogén lakosságának nem éppen kis hányada tudatlan, képzetlen, föl sem ismeri saját érdekeit, nemhogy azok védelmében tenne is valamit. Szervezett terhesgondozás, felvilágosítás nem lévén, egy terhes nő a saját és leendő gyermeke egészsége védelmében saját döntése alapján megy orvoshoz. Nincs azonban mindenki abban a helyzetben, hogy képes lenne saját érdekeit felismerő döntést hozni. Nagyon sokan úgy szülik meg gyermekeiket, hogy terhességük alatt orvosnál nem is voltak. Felmérések szerint a terhes nők 8 százaléka a terhesség alatt drogot vagy alkoholt fogyaszt, a gyerekek egynegyede, a fekete gyerekek fele házasságon kívül születik (National Center for Health Statistics, 1989). Az Egyesült Álla-

mokban lényegesen magasabb a nyomorban élő gyermekek aránya, mint az európai országokban (Sawhill, 1988).

Reformelképzelések, aggályok, akadályok

Hogyan békíthető össze az igényjogosultság teljessé tételére és a költség-növekedés mérséklésére irányuló törekvés? – ez az egészségügy egyik alapvető dilemmája ma Amerikában. Egyre több republikánuspárti szenátor is elismeri már, hogy „valamit tenni kell”, de nagyon nagy véleménykülönbségek vannak demokraták és republikánusok között, s számos politikai akadály gátolja a kongresszusban a javaslatok keresztülvitelét (McQueen, 1991). Az, hogy hogyan is történjék az egészségügy megreformálása, alapvetően politikai kérdés, amelynek megoldásához eltérő érdekű csoportok konszenzusára lenne szükség, és a kérdés nehezen oldható meg a mindenkori elnök aktív közreműködése nélkül. Éppen Bush elnök volt az, aki a legkevésbé tanúsított változtatási szándékot ezügyben. Bill Clinton, a megválasztott elnök, akinek választási kampánybeszédeiben az egészségügy reformja kulcskérdés volt, reálissá teheti aggódó milliók reményét: az egészségügyi biztosítás és alapellátás állampolgári joggá válik.

Az a tény, hogy több millió ember nyomorszint alatt él, s nincsen egészségügyi biztosításuk, mind társadalmilag, mind erkölcsileg elfogadhatatlan, és elfogadhatatlan közgazdaságilag is (Pear, 1991a). A négy legnagyobb hatalmú egészségügyi szervezet, az American Medical Association, az American Hospital Association, a Blue Cross and Blue Shield Association és a Health Insurance Association of America vezetői is kijelentették, hogy elfogadják és támogatják azt az alapvető, hogy az egészségügyi szolgáltatások univerzálisan kiterjedjenek minden amerikaiakra (Hilts, 1991a).

A Wall Street Journal és az NBC TV társaság Híradójának közös, 1991 júniusában végzett közvéleménykutatása alapján 1006 megkérdezett 51 százaléka gondolja úgy, hogy elsősorban a kormány feladata és felelőssége lenne a problémák megoldása, még ha alapjában véve nem is a kormányt tekintik a hibák okozójának. S arról, hogy konkrétan milyen intézkedéseket kellene a kormánynak hoznia, a megkérdezettek 2:1 arányban úgy vélekedtek, hogy a munkáltatókat kényszeríteni kell arra, hogy alkalmazottaiknak biztosítást nyújtsanak. E ponton széles a társadalmi konszenzus: a republikánusok 59, a demokraták 77%-a egyetért a gondolattal. A széleskörű egyetértés ellenére is maradnak még különbségek: a republikánusok elsősorban a növekvő költségek miatt, a demokraták a biztosításból kirekesztés miatt aggódnak.

Van az Egyesült Államoknak olyan állama, mint Hawaii, ahol már megvalósult az univerzális egészségügyi ellátás, ahol ezt alapvető emberi jognak tekintik, s mindennél fontosabbnak tartják a megelőzést. A nemzeti átlaghoz képest kétszer annyian keresnek fel orvost évente rutinvizsgálatra, de fele annyian kerülnek kórházba (Egan, 1991).

Hawaiiiban minden munkáltatónak kötelező biztosítania alkalmazottait, ha legalább heti 20 órát dolgoznak. A munkanélküliek, a munkáltatók által nem biztosítottak és a szezonmunkát végzők biztosításáról pedig az állam gondoskodik. A foglalkoztatottak nem többet, mint bruttó bérük 1,5 százalékát fizetik be járulékként, ami átlagosan az összes járulék harmadát teszi ki, a másik kétharmadot a munkáltató fizeti. A biztosítási járulék jóval a nemzeti átlag alatt van, és kb. 50 százaléka Kalifornia és New York államok átlagának. A gyermekhalandóság alacsony, a várható átlagos élettartam 78 év, majdnem a legmagasabb a tagállamok között. A szakértők számára talán az a legmeglepőbb, hogy a csaknem univerzális ellátás költségei mégsem tesznek ki csillagászati összegeket, jöllehet a többi államéhoz képest a szigetországban a legmagasabb az egy főre jutó megelőzési költség, viszont az egy főre jutó egészségügyi kiadások itt a legalacsonyabbak.

A költségmegtakarításnak figyelemre méltó módja Hawaiiiban, hogy a biztosítási hozzájárulást nem kisebb csoportokra, hanem a teljes lakosságra vetítve határozzák meg. Ily módon a felmerülő kockázati költségek szétterülnek, megoszlanak az egész lakosságon belül.

Új egészségügy – kanadai mintára?

Az Egyesült Államokban nagyon sokan támogatnak egy, a kanadaihoz hasonló egészségügyi rendszert, amely univerzális, szabad orvosválasztáson alapul és amit a kormány finanszíroz. Kanadában az orvosok 95 százaléka a kormánytól függetlenül dolgozik, a kórházak 90 százaléka magán non-profit intézmény. Amíg az Egyesült Államokban sokféle magánbiztosító, valamint az állami és a szövetségi kormány, addig Kanadában a tartományi és a területi kormányok finanszírozzák az egészségügyi ellátást. Ott a rendszer viszonylag jól működik, s 30-40 százalékkal kevesebbet költenek egy főre, mint az Egyesült Államokban. Különösen figyelemreméltó, hogy a születéskor várható átlagos élettartam magasabb, a gyermekhalandóság pedig alacsonyabb.

A General Accounting Office (GAO) kormányhivatal (magyarul Számvevőszék) egyik tanulmánya szerint egy, a kanadaihoz hasonló reform bevezetésével évente 75 milliárd dollárt meg lehetne takarítani, ami bőségesen elegendő lenne a biztosításon kívülről 34 milliárd ember költségeinek a fedezésére. A jelentés alátámasztja vezető politikusok azon érveit, miszerint az amerikai egészségügyi rendszert állami és szövetségi kormányzati irányítás alá kellene vonni a magán biztosítótársaságok megszüntetése mellett.

A javaslat óriási ellenállást és felzúdulást váltott ki a magán biztosítótársaságok képviselőiből, hiszen ezek sorsa megpecsételődne, ha egy kanadai mintájú rendszert vezetnének be. Carl Schramm, a mintegy háromszáz biztosítótársaságot képviselő szövetség, a Health Insurance Association of America elnöke nyilatkozta: „A Számvevőszék minden objektivitását elveszítette. Meg vagyok döbbenne. A General Accounting

Office (GAO) soha nem szokott kiállni javaslatok mellett, mint ahogy most tette” (Hilts, 1991b).

Menedzselt versus korlátlan verseny, illetve állami biztosítás

Az ún. menedzselt verseny propagálói, többek között a Stanford egyetem professzora, Alain Enthoven szerint ez a megoldás nyújtaná a válságból kivezető legjobb utat: ellenőrizné a költségeket, javítaná az ellátás minőségét, és minden amerikai számára biztosítaná az igényjogosultságot. Senkinek sem kéna egyenkénti biztosítást kötni, ehelyett óriási csoportok alakulnának, s akár egy nagy munkáltató vagy egy kormány szerv mint szponzor, a magán biztosítóktól és az ellátást nyújtó intézményektől kért és kapott ajánlatok alapján mindenki számára megszerezné a biztosítást. A rendszer kompetitív jellegét az adná, hogy a magánbiztosítók kénytelenek lennének vonzó árakon magas színvonalú ellátást ajánlani, irányított jellegét pedig az, hogy a szponzorok kedvező árakon, magas színvonalú ellátást nyújtó egészségügyi intézményekkel kötnének szerződéseket (Enthoven, 1990).

A rendszer előnyei a két szélsőségesnek tekintett – a korlátlanul versengő, és az állami ellátási – szisztémával szembeállítva mutatkoznak meg leginkább. Kiküszöbölné a korlátlan versenynek azt az alapvető hiányosságát, hogy senki sem érdekelt a költségek mérséklésében.

Megszüntethető lenne a jelenlegi rendszer erősen diszkriminatív jellege, a biztosítók kirekesztő magatartása is, mert a szponzorok erős alkupozícióból tárgyalhatnának a biztosítókkal és az orvosokkal a nagy csoport – amelynek bárki tagja lehet mindenféle korlátozás nélkül – nagyszámú, potenciális betegének képviseletében.

E koncepció hirdetői úgy gondolják, hogy a kanadai mintára megvalósítandó egészségügy nem működne olyan jól az Egyesült Államokban, mint Kanadában. Az állami program legfőbb hátrányának azt tartják, hogy elsorvasztaná az innovációt, az egészségügyi intézményekben megszűnne az ellátás javítását célzó ösztönzés, hiszen nem ők élveznék eredményeik hasznát. Ezzel szemben a menedzselt versenyben az egészségügyi intézmények egymással versenyeznének a fejlesztés, innováció terén is. Kanada előnyös helyzetben van, hiszen haszonélvezője lehet az Amerikában végbemenő műszaki fejlődésnek.

Utószó: Van-e Magyarországra érvényes tanulság?

Jöllehet Magyarország és az Egyesült Államok – akár az egér és az elefánt – nemigen hasonlíthatók össze, a kérdésre mégis egyértelmű igennel válaszolok. Magyarország is piacgazdasággá akar válni, egészségügyi rendszerét meg akarja reformálni. Van tehát realitása annak, hogy a világ egyik legfejlettebb országának – amely ugyan létrehozta a világ legfejlettebb orvostudományát, de nem a világ legjobb egészségügyi rendszerét –

negatív és pozitív tapasztalataiból is okuljunk. Következtéseimet vázlatosan, mértéktartóan foglalom össze, de ez a lehetőség a Tisztelt Olvasó előtt is nyitva áll, ki-ki ízlése szerint vonhatja le a tanulságokat.

1. Ha abból a fejlett európai országok által elfogadott minimális követelményből indulunk ki, hogy az egészségügyi alapellátás mindenki számára alapvető emberi jogként biztosított legyen – és ha ezt az elvet Magyarország is elfogadja –, akkor számunkra Amerika példájából az lehet a legfőbb tanulság, hogy egy univerzális, esélyegyenlőségre alapozott egészségügyi rendszer csupán a szabad piac működésére bízva nem valósítható meg. Nemcsak hogy ez nem valósul meg, de a rendszer oly mélyeséges igazságtalanságot, diszkriminációt enged szabadjára, amely nemcsak erkölcsileg, hanem gazdaságilag is romboló hatású, s emberéletek tízmillióit teszi ki megbocsáthatatlanul annak a kockázatnak, hogy nem juthatnak egészségügyi biztosításoz. Ennek végül is az egész társadalom kárát látja.

A fenti tanulságokat nem csupán az Egyesült Államok negatív tapasztalatai példázzák, hanem egyértelműen és határozottan alátámasztják a fejlett európai országok és Kanada központi befolyás alatt álló egészségügyi rendszerének pozitív tapasztalatai is. Ezek a rendszerek abban az értelemben központi irányításúak, hogy az egészségügyet a költségvetésből finanszírozzák, de mindenki számára biztosított a szabad orvosválasztás, a kórházak és általában az egészségügyi intézmények versenynek egymással.

A magyar egészségügy megreformálásánál fontos, hogy a változtatásokban ne elsősorban politikai indíttatású és politikai szempontokat érvényesítő döntések legyenek meghatározók. Nem lenne jó, sőt kifejezetten káros lenne, ha az előző rendszer minden elvének és elemének tagadása jegyében feladnánk a szociális igazságosság koncepcióját, hogy mindenki állampolgári jogon jusson a kor követelményeinek megfelelő alapellátáshoz. Nem lehet azonban figyelmen kívül hagyni azt a meghatározó összefüggést, hogy a gazdasági fejlettség színvonala alapvetően meghatározza az egészségügyre fordítható kiadások színvonalát is.

2. Kézenfekvő az a tanulság, hogy időben felismerjük: a társadalmi feszültségeket, problémákat nem szabad olyan mértékben megoldatlanul hagyni, hogy azok az egészségügy számlájára írható, visszafordíthatatlan kárt okozzanak. Magyarországon is terjed a kábítószerézés, az AIDS, és terjednek a társadalom oly égető és feszítő problémái, mint a növekvő alkoholizmus, a cigánykérdés, a hajléktalanok problémája s a fokozódó elszegényedés. Mindezek intő jelek, amelyek már nem csupán szociális, hanem egészségügyi gondokként is jelen vannak. Nem kétséges számomra, hogy ezeknek a megoldása először szociális téren jelent nagy kihívást a társadalom számára, s ha itt sikerül eredményt elérni, remélhető, hogy az egészségügy gondjai is kisebbek lesznek.

3. Az amerikai biztosítási rendszerben fontos szerepet játszik az a tény, hogy a biztosítási járulék adóból levonható. Hasonló javaslattal élt az angol kormány is 1989-ben a magánbiztosítás bátorítására. A gondolat megvalósult formájában azonban rendkívül diszkriminatív. Kimutatta, hogy minél magasabb jövedelemkategóriába tartozik valaki, annál na-

gyobb adókedvezményben részesül. A szövetségi kormány költségvetéséből ennek következtében hiányzó évi 40 milliárd dollár – ami évente 10-15 százalékkal nő – nyolcvan százaléka az átlagosnál magasabb jövedelmű háztartások adóját csökkenti. Ez az „állami támogatás” drága vagy még drágább biztosítás megvásárlására ösztönzi a gazdagokat, akik amúgy is biztosítanak magukat, miközben alig kapnak támogatást, vagy semmilyen támogatást nem kapnak az alacsony jövedelemkategóriákhoz tartozók. A költségvetés vesztesége az elmaradt adók révén lényegesen meghaladja azt az összeget, amelyet a szövetségi kormány a központi programokra fordít.

4. Tanulság az is, hogy az egészségügy területén dolgozókat, orvosokat, ápolószemélyzetet szaktudásuktól függően nagyon jól meg kell fizetni ahhoz, hogy a pálya vonzó legyen. Amerikában az orvosi pálya nagyon vonzó, a magasan kvalifikált szakemberek között az orvosok a legjobban fizetettek közé tartoznak. Az orvos hírneve tudásától, szakértelmétől és dokumentált⁴ eredményeitől függ, s a piac ezt kellőképpen honorálja egyre több páciens és több kereset formájában. Az is igaz, hogy a magánpraxist folytató orvosok jelentős része nem tud szabadulni a sok pénz bűvöletétől, ezért túlhajtja magát, még több és több beteget vállal, mert abban a – nem tudom, mennyire megalapozott – hiedelemben élnek, hogy nem szabad egyetlen páciens sem visszautasítani, mert így az orvosnak rossz híre terjed, s további pácienseket is elveszíthet.

Az ápolószemélyzet a sokrétű feladatok elvégzésére renkívül differenciált módon van specializálva. Különböző munkák különböző színvonalú szaktudást igényelnek, s ennek megfelelően kategorizálják a maguk területén nagyon jól képzett nővéreket, s fizetésüket is ennek megfelelően, differenciáltan kapják.

5. Kapcsolódik az előbbi pontban leírtakhoz az orvosok felelősségvállalásának kérdése, nemcsak a gyógyításban, megelőzésben, de az elkövetett hibák következményeinek viselésében is. Ide tartozik a nyíltság, őszinteség, az információ szabad áramlása.

6. Végül, de nem utolsósorban, nagyon fontos tanulság lehet számunkra Amerika példájából a gazdasági szemlélet meghonosítása. Az a tisztánlátás, a költségek pontos regisztrálása, a „mi mibe kerül” kérdés mindenkor megválaszolhatósága és megválaszolása, ami Amerikára olyanira, minden más fejlett országnál jobban jellemző.

Irodalom

- Anderson, O.W. 1972. *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden and England*. New York, Wiley.
- Davis, K., G.F. Anderson, D.Rowland, E.P. Steinberg 1990. *Health Care Cost Containment*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London.
- Domenici, P.V. and C.E. Koop, 1991. „Sue the Doctor? There's a Better Way”, *The New York Times*, June 6. 1991.
- Egan, T. 1991. „Hawaii Shows It Can Offer Health Insurance for All” *The New York Times*, July 23, 1991.

- Enthoven, A. 1989. *Management Information and Analysis for the Swedish Health Care System*. Lund, Sweden. The Swedish Institute for Health Economics.
- 1990. „What Can Europeans Learn from Americans?” In: *Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris.
- Health Care Statistics, 1991. United States.
- Health OECD, 1991. Facts and Trends, Paris, OECD.
- Hilts, P.J. 1991a. „Demands to Fix U.S. Health Care Reach a Crescendo” *The New York Times*, May 19, 1991.
- 1991b. „Canadian-Style Health System Gains Support”, *The New York Times*, June 4, 1991.
- Jönsson, B. 1990. „What Can Americans Learn from Europeans” In: *Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris.
- Kovács I. 1992. *Az egészség ára Amerikában*, Műhelytanulmányok, Discussion Paper, 6. sz. MTA, KTI
- Levit, K.R., H.C. Lazenby, S.W. Letsch and C.A. Cowan, 1991. „National Health Care Spending”, 1989. *Health Affairs*, Spring.
- Lewin, T. 1991. „High Medical Costs Affect Broad Areas of Daily Life”, *The New York Times*, April 28, 1991
- Manning, W.G., A. Liebkowitz, G.A. Goldberg, W.H. Rogers, and J.P. Newhouse. 1984. „A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice of the Use of Services”, *New England Journal of Medicine* 310, no. 23. 1505-10.
- McCue, J.D. 1989. *The Medical Cost Containment Crisis – Fears, Opinions, and Facts*, Health Administration Press Perspectives, Ann Arbor, Michigan.
- OECD, 1990. *Health Care System in Transition*, OECD Social Policy Studies, No. 7. Paris.
- Orosz É. 1992. *Egészségügyi rendszerek és reformörelkévek*, Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány.
- Pear, R. and E. Eckholm. 1991. „When Healers Are Entrepreneurs: a Debate Over Costs and Ethics”, *The New York Times*, June 2, 1991.
- Pear, R. 1991a. „Democrats Offer Wide Health Plan”, *The New York Times*, June 6, 1991.
- 1991b. „U.S. Limits Doctors in Their Referrals”, *The New York Times*, July 26, 1991.
- Pollack, A. 1991a. „Medical Technology 'Arms Race' Adds Billions to the Nation's Bills”, *The New York Times*, April 29, 1991.
- 1991b. „Both Heart Drugs Are Effective; Doctors Prescribe the Costly One”, *The New York Times*, June 30, 1991.
- Reinhardt, U.E. 1981. „Health Insurance and Cost Containment Policies: The Experience in Abroad”. In: Olson, M. ed. *A New Approach to the Economics of Health*. Washington. American Enterprise Institute
- Sawhill, I.V. 1988. *Children in Poverty*. Washington D.C. The Urban Institute.
- Survey of Current Business, July, 1990.
- Wicker, T. 1991. „A Costly 10 Percent” *The New York Times*, July, 1991.
- World Health Organization, 1981. *Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000*. Health for All Series, No.4. Geneva.

Jegyzetek

1. A csoportos magánbiztosítás nagy előnye az egyéni magánbiztosítással szemben, hogy lényegesen olcsóbb, mert a felmerülő kockázati költségeket nem egyéni szinten, hanem a csoport egészére számítják ki. Ennek következtében a költségek egy nagyobb populációra vetítve megoszlanak.
2. Az amerikai egészségügyi rendszernek tanulmányoméhoz sok vonatkozásban hasonló aspektusú leírását lásd Orosz Éva (1992).

3. Óriási vívmánynak számított New York államban annak a törvénynek az elfogadása a közelmúltban, amely megszüntette az államon belül a meglévő betegségekre való hivatkozást, s kötelezte a biztosítótársaságokat ennek betartására.

4. Minden orvosról nyilvántartják a legfontosabb információkat, a sebészek esetében pácienseik halálozási statisztikáját, amelyek bárki számára hozzáférhetőek.