

Hol jobb betegnek lenni? I.

Forgács Anna, Vallyon Andrea, Budapesti Gazdasági Főiskola

E két részből álló cikkben az amerikai, valamint a német egészségbiztosítási rendszert próbáljuk bemutatni, illetve jellemezni, mégpedig oly módon, hogy a rövid általános ismertetésen túl, arra teszünk kísérletet, hogy szemléltessük egy átlagpolgár mindennapi találkozását az egészségügyi rendszerrel.

A két ország, Németország és Egyesült Államok igen eltérő jóléti rendszerrel bír. Esping- Andersen tipizálása szerint Németország konzervatív (korporatív, kvázi univerzális), míg az Amerikai Egyesült Államok liberális (reziduális) jóléti rendszert működtet [1]. Ennek azért van különös jelentősége, mert míg az egészségbiztosítás a németeknél szinte mindenkire kiterjed és közel 80%-ban közfinanszírozott, addig az amerikai egészségügyi ellátás túlnyomórészt magánbiztosítási keretek között, magánszolgáltatókkal működik, és a közfinanszírozás aránya nem éri el a 45%-ot.

A kilencvenes évek elejére jól láthatóvá vált, hogy a második világháború után intézményesült jóléti rendszerek finanszírozása egyre inkább megoldhatatlan feladat elé állítja a fejlett országokat. A legnagyobb jóléti alrendszer, az egészségügy működtetése, jelenleg a GDP mintegy 10%-át emészt fel, és ennek átlagosan 65–70%-a közpénz. Az egészségügyi kiadások az USA-ban a világon a legmagasabbak, 2001-ben 13,9%-ot tettek ki. Ugyanabban az évben, ez az arány Németországban 10,7, Hollandiában 8,9 (a holland központi statisztikai iroda, a CBS szerint 11), de még a híresen alacsony költségű dolgozó Nagy-Britanniában is 7,6% volt [2]. A jóléti államok válságát okozó tényezők közül az egyik legsúlyosabb, a lakosság elöregedése (a csökkenő születésszám és az életkor jelentős meghosszabbodása miatt) amely ráadásul párosul az aktív szakasz lerövidülésével (korai nyugdíjazás, hosszú tanulás) is. Az idősödő népesség szempontjából különösen érintettek Olaszország, Németország, Japán, Ausztria valamint Hollandia [3]. A szövetségi statisztikai hivatal számításai szerint Németországban például 2030-ban a lakosság egyharmada, 2050-ben, pedig közel 40%-a hatvan évesnél idősebb lesz [4]. A másik olyan tényező, amely az utóbbi két évtizedben drámai költségnövekedést idézett elő ezen a területen (az egészségügyi költségek az inflációnál jobban emelkedtek) az orvostudomány, a gyógyászati technika, valamint a biotechnológia fejlődése. A drágább diagnosztikai, illetve terápiás módszerek megjelenése, valamint a bérek emelkedése ebben a munkaintenzív ágazatban, jelentős mértékben „megdobta” a ráfordításokat.

Olyan más költséggeneráló determinánsokról sem szabad megfeledkeznünk, mint a potyautas szindróma, epidemiológiai változások, információs technika fejlődése, vagy a moral hazard (erkölcsi kockázat) [5] [6]. A kedvezőtlen demográfiai és egyéb változások, tehát egyrészt finanszírozási, költségoldalról is érintik az egészségügyi rendszert, mivel az új eljárások elterjedése radikális költségnövekedést eredményez, másrészt, pedig kevesebb aktív befizető tart el több inaktívot, és mint ismeretes az idősök egészségügyi ellátása többbe kerül. Ez utóbbi összefüggést a kutatók egy részének nem sikerült bizonyítani, (Barros [7], Getzen [8], Zweifel és Ferrari [9]) más részüknek, azonban igen (O’Connell [10], Kornai és McHhale [11], Cutler és Meara [12]). Chernichovsky és Markowitz [13] arra a következtetésre jutott, hogy a kínálat vezérelt, állami egészségügyi rendszerekben mindenképpen nőnek az egészségügyi kiadások, de a társadalom által meghatározott életkor-specifikus költségigényeknek megfelelően. (Ez összecseng az ún. érdekcsoport – politika elméletek idevágó megállapításaival, amelyeket részletesen ismertet Pampel és Williamson [14]). Ugyanakkor, a keresleti oldalról meghatározott (tehát piaci) egészségügyi rendszerekben az egyes korcsoportok szükségleteiknek megfelelő keresletet támasztanak csak, és nem egy másik csoport rovására történik az újraelosztás.

Most nézzük meg, hogyan élnek meg különböző országok lakói az egészségüggyel való találkozásukat! Vajon mennyit fizetnek, és mit kapnak cserébe? Hol jobb betegnek lenni, hol kívánnak kevesebb járulék, vagy adóbefizetést magasabb szintű szolgáltatásokért cserébe? Ezúttal egy amerikai és egy német családot tárunk az olvasók elé. (Ehhez segítségünkre voltak kérdőíves felméréseink, interjúink, valamint személyes dokumentumok).

Amerikai történetünk hőse, egy, a negyvenes éveie eljén járó amerikai orvos-kutató hölgy – nevezzük Caroline-nak – aki az egyik keleti parti állam jó nevű egyetemén dolgozik. Caroline és családja (férj és két kiskorú gyermek) példája tipikusnak mondható az amerikai középosztályra nézve. Az egy főre jutó havi jövedelmük 1380\$ körül alakul. Ahhoz azonban, hogy lássuk, egészségügyi biztosítása milyen ellátás igénybevételére jogosítja, először egy rövid kitekintést kell adnunk a jelenlegi amerikai egészségügyi helyzetre.

Ha néhány szóban kellene jellemezni, azt mondhatnánk, hogy ez a legdrágább, legpiaciabb, leginkább magánbiztosításra épülő, de közel sem a leghatékonyabb rend-

szer. Amerikában nincs kötelező egészségbiztosítás, a legtöbb beteg gyógyítása az ún. managed care (irányított betegellátás) rendszer keretei között történik. Az egészségügyi ellátás hagyományos formájával szemben, a managed care egy olyan komplex rendszer, amely a biztosítottak számára nemcsak fedezetet ad az egészségügyi ellátásra, hanem koordinálja és nyújtja a beteg számára szükséges orvosi szolgáltatásokat. Ez az utóbbi két évtizedben terjedt el, és számos intézményi formája ismert, a leggyakoribb a HMO (Health Maintenance Organization), PPO (Preferred Provider Organization), POS (Point of Services) vagy EPO (Exclusive Provider Organization) [15]. 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;
- korlátozott választási lehetőség a biztosítottak számára orvosok, kórházak és egyéb ellátó intézmények, személyzet között (saját lista) [16].

Ma, a majd' 292 millió amerikai állampolgár 14-15%-ának (közel 43 millió embernek) egyáltalán nincs egészségbiztosítása, és azért került ebbe a helyzetbe, mert vagy munkanélküli, vagy, ő, illetve munkáltatója túl szegény ahhoz, hogy biztosítást vásároljon [17]. Mint ahogy az alábbi táblázatból is látható, 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 [18].

| | Teljes lakosság %-ában | Managed care formát választók aránya (%) |
|----------------------|------------------------|--|
| Medicare | 13,1 | 13,9 |
| Medicaid | 14,1 | 57,0 |
| üzleti biztosítók | 58,8 | 90,8 |
| Biztosítás nélküliek | 14,0 | 0 |
| ÖSSZESEN | 100,0 | 63,3 |

1. táblázat
Egészségbiztosítás általi lefedettség és a managed care elterjedtsége az Egyesült Államokban (2003)

A Medicare szövetségi állami program 65 évnél idősebbek, és rokkantak számára biztosít limitált otthoni ápolást, és kórházi ellátást a bruttó bér 1,45%-ának befizetése ellenében (a munkáltatónak is ugyanennyivel hozzá kell járulni a díjhoz). Van ún. B csomag is, ami háziorvosi ellátással, járóbeteg szakellátással és gyógyászati segédeszközök ártámogatásával egészül ki. A Medicaid, egy szegényeknek szervezett állami biztosítási program, tagállamonként, évente meghatározott jövedelmi szint alatt jár, prevencióra, akut ellátásra és tartós ápolásra jogosít, és a szegénységi küszöb alatt élők gyermekeire is kiterjed [19-22].

Az Egyesült Államokban a munkahelyi gondoskodásnak és a magánbiztosítóknak kulcsszerepe van az egészségbiztosításban, nem úgy, mint Európában, ahol zömmel járulékokból finanszírozott, állami társadalombiztosítási rendszerek működnek. A fizetendő biztosítási díj nagy részét Amerikában a munkáltató fizeti. Megközelítőleg 2/3-a az amerikaiaknak, részben, vagy egészben a munkáltatója által biztosított. A javadalmazás fontos részét képezi a munkaadó által finanszírozott egészségbiztosítás, amelynek kiterjedtsége rendkívül változó.

Térjünk hát most vissza Carolinehoz, lássuk csak, hogyan csapódnak le rajta a rendszer specifikumai!

Caroline munkahelye, az egyetem, egy olyan egészségbiztosítási céggel áll kapcsolatban, amely Amerika legnagyobb és legrégebbi managed care szervezetének, a Blue Cross Blue Shieldnek tagja. A Blue Cross Blue Shield Association immár több mint 70 éves múltra tekinthet vissza, jelenleg közel 90 millió amerikai egészségbiztosítója, 42 tagszervezettel rendelkezik, minden tagállamban jelen van, saját vagyona közel 23 milliárd dollár, több mint 150 ezer alkalmazottja van, a 2000. évi bevételei 126 milliárd dollárra rúgtak, és végül az amerikai kórházaknak 80, az orvosoknak, pedig 90%-a elfogadja az általa kibocsátott kártyát. [23]

Caroline munkaadója, számos alkalmazottjának a teljes egészségügyi biztosítási díját állja. Sőt Caroline-nak például nemcsak betegbiztosítást, de fogászati, rokkantsági és életbiztosítást is kötött. Mindezekért, havonta hozzávetőlegesen 200\$-t fizet, miközben Caroline-tól nem követel meg hozzájárulást. Vessük össze mindezt férje, Brad egészségbiztosítási kondícióival! Brad 44 éves és szintén kutatóként dolgozik, de egy másik egyetemen. Hasonlóan, mintegy 72 millió honfitársához egy HMO tagja. Egészségbiztosítási díjának – amely jelenleg havi 340USD – 80%-át munkáltatója fizeti. A 340 dolláros havi biztosítási díj Brad bruttó fizetésének közel 8%-a. Brad külön fogászati biztosítást kényszerült kötni, tekintve, hogy alapbiztosításának ez nem képezi részét és a fogászati kezelések rendkívül költségesek. Ez havi 36 dollárjába kerül, ebből azonban az egyetem nem egészen kilenc dollárt fizet. Alapbiz-

tosítása nem terjed ki a szemészeti ellátásra sem, ily módon további 10,5 dollárt (munkáltatója ehhez nem járul hozzá) kénytelen havonta fizetni azért, hogy megfelelő ellátáshoz jusson abban az esetben, ha szemészeti problémája adódna. Ugyanakkor igaz, hogy ez a biztosítása, hasonlóan alapbiztosításához, gyermekeire is kiterjed. Ha tehát összeszámoljuk, azt kapjuk, hogy Brad havonta mintegy 115\$-t költ egészségbiztosításra, ezt egészíti ki munkaadója további 280\$-ral. Igaz azonban, hogy két gyermeke is kiterjed a fedezet. A kötelező biztosításokat tekintve Brad, mint minden dolgozó amerikai állampolgár, Medicare (bruttó fizetésének 1,45%-a), valamint OASDI (öregségi és özvegyi biztosítás) biztosítást is kell, hogy fizessen. Ez utóbbi mértéke évi keresete első 76.200 dollárjának 6,2%-a. Kiegészítő, úgynevezett UT-FLEX egészségbiztosítással is rendelkezik, amely havi 250 dollár befizetése ellenében évi 3000 dollár szabadon felhasználható összeget jelent, persze kizárólag egészségügyi célokra (például speciális fogászati beavatkozásokra). Amennyiben azonban az adott évben ez nem kerül felhasználásra, úgy elvész.

Visszatérve Caroline-hoz, a biztosító, amellyel egyeteme szerződésben áll több biztosítási formát is kínál. Caroline egyeteme kétféle formából való választást tesz lehetővé: PPO, vagy HMO. A HMO nem profitérdekeltségű szervezet, biztosító és szolgáltató is egyszerre. Havi fix díj ellenében egy szolgáltatás csomagot kínál, a beteget pedig irányítja. Nem korlátozza ugyan a szolgáltatások igénybevételét, de az ellátás csak a hálózathoz tartozó, azaz saját vagy szerződött intézményben történhet. Lehetőséget biztosít többetszolgáltatások igénybevételére, de abban az esetben hozzá kell járulni a költségekhez. Többnyire a munkáltató köt szerződést a HMO-val, mégpedig évente. A PPO, csak szolgáltató és nem biztosító. Egészségügyi szolgáltatók csoportjai kötnek szerződést a munkaadókkal, vagy a biztosítókkal. A szolgáltatások tételes elszámolásúak (az orvosok, kórházak megállapodás szerinti áron végzik a szolgáltatást), a biztosítottak egy adott szerződött szolgáltatói körhöz fordulhatnak, ez a kör azonban jóval kiterjedtebb (legtöbbször országos) és a szakorvos felkéréséhez nincs szükség beutalóra. Majdnem minden esetben megköveteli a biztosítottól a költség hozzájárulást, az ellátási költségek átlagosan mintegy 80-90%-át fedezi csak [6, 15, 16, 24].

Amikor Caroline új munkahelye miatt átkerült ehhez a biztosítóhoz, először is ki kellett választania, hogy HMO vagy PPO formát szeretne-e és, hogy a fedezet kire terjedjen ki. Caroline a HMO-t választotta. A fedezetet illetően a HMO által felkínált lehetőségekből (csak ő, házastársa is, esetleg még nem házasságát, adoptált, vagy gyámsága alá tartozó gyermekek is) Caroline – mivel Brad saját jogú biztosítással rendelkezik és két gyermeke is édesapjuk által van biztosítva – csak magát jelölte meg.

Caroline biztosítása fedezetet nyújt az alapvető egészségügyi szolgáltatásokra:

- háziiorvosi ellátás és járóbeteg szakrendelés,
- laborvizsgálatok, röntgen, egyéb szűrések,
- sürgősségi ellátás,
- évi egy rutin szemvizsgálat,
- kismama-gondozás (terhesség alatt és szülés után egyaránt),
- kórházi kezelések.

Ezen túlmenően, orvosok, nővérek és egyéb egészségügyi szakszemélyzet áll a biztosítottak rendelkezésére, hogy segítsen betegség esetén, vagy akár életmódbeli tanácsokat adjon, ha arra van szükség. Bizonyos termékek, illetve szolgáltatások igénybevételénél árkedvezményt biztosítanak, (például vitaminok, táplálék kiegészítők, optikai cikkek, alternatív gyógyászat, fitness és wellness központok szolgáltatásai stb).

Amikor valaki belép a biztosító tagjainak sorába, a HMO által adott listáról ki kell választania egy háziorvost, aki a továbbiakban koordinálja a számára szükséges ellátásokat. Caroline tehát kiválasztott egy olyan orvost, akiről sok jót hallott és ráadásul az interneten is látta, hogy a betegek körében végzett felmérések alapján magas elégedettségi pontszámot kapott.

Ha Caroline-nak bármilyen problémája van, először is az éjjel-nappal hívható elsődleges ellátást nyújtó orvost (a háziorvosát) kell felhívnia. Ő az, aki a szükséges vizsgálatokat, illetve a kezeléseket elvégzi, akár Caroline otthonában, akár a rendelőben. Amennyiben szükséges, a HMO-hálózathoz tartozó szakorvoshoz, vagy kórházba utalhatja. A beutaló egy vagy két alkalomra szólhat, de lehetőség van arra is, hogy akár több alkalomra szóljon, ha például állandó kezelésre szorul valaki (ilyen lehet dagadt betegek folyamatos fájdalomcsillapítása).

A HMO – még az ellátás megkezdése előtt – felülvizsgálja a kórházi kezelések szükségességét (előzetes engedélyezés), részben azért, hogy megakadályozzon felesleges, vagy többszörös ellátást, részben pedig azért, hogy elkerülhető legyen a beteg egészségére káros kezelés. Néha előadódhat olyan eset, hogy a betegnek nincs ideje értesíteni háziorvosát, mert állapota sürgősségi ellátást igényel. Ilyenkor 48 órája van arra, hogy ő, vagy bárki más értesítse a háziorvost. Ilyen esetekben, a kezelés után kerül sor annak felülvizsgálatára (retrospektív felülvizsgálat), hogy tényleg szükség volt-e sürgős beavatkozásra.

Nem kell beutaló a rutin vizsgálatokhoz, a járóbeteg-ellátás igénybevételéhez, mammográfiához, terhességi és sürgősségi ellátáshoz, vészhelyzetkor, néhány szájsebészeti szolgáltatáshoz, illetve a fogbalesetekkel összefüggő kezelésekhez, és az évi egyszeri, rutin szemvizsgálathoz sem.

Ha Caroline vészhelyzetbe kerül (erős kockázat, esetleg életveszély), akkor a legközelebbi ellátó helyre érdemes mennie és a költségeket a HMO, utólag meg fogja téríteni. Ettől eltér a sürgősségi eset, amikor gyors, de nem azonnali ellátásra van szükség. Ilyenkor otthonról, vagy akár a sürgősségi központból telefonálnia kell házi orvosának, aki a beutalót elintézi. Ha a HMO szolgáltatási területén kívül történik mindez, (például utazás során) elég, ha 48 órán belül felhívja azt a 24 órás, ún. „Nővér Tanácsadási Vonalat”, ahol szakképzett ápolónők segítenek eldönteni, valóban szükség van-e sürgősségi ellátásra, és ha igen, milyen szintűre, illetve engedélyezhetik a sürgősségi szolgáltatás igénybevételét.

Amikor felmerül a lehetőség, hogy esetleg kórházi ápolásra van szüksége a biztosítottnak, akkor a HMO ún. „Helping You Home” (Otthoni Segítség) csapata dönt, hogy valóban indokolt-e a kórházba befeküdni (ezt hívják „prior authorization”-nak, azaz előzetes engedélyezésnek) és a kezdetektől figyelemmel kíséri a beteg ellátását. Hála a technikai fejlődésnek, ma már sok olyan kezelés van, ami elvégezhető az orvosi rendelőben, vagy egynapos sebészeti beavatkozással a járóbeteg ellátás keretében. Ha valaki mégis kórházba kerül, a csapat ellenőrzi, hogy a megfelelő ellátást kapja-e és hogy nincs-e felesleges procedúrának kitéve („concurrent review”, azaz folyamatos követés). Végül a kórházból való távozáskor szükség esetén gondoskodnak a hazaszállításról, az esetleges utókezelésekről, a szükséges orvosi eszközök beszerzéséről, műtéti sebek esetén a rendszeres átkötözésről stb.

Amennyiben Caroline a HMO ellátási területén kívül tartózkodik (például elutazik egy másik államba, vagy országba), akkor csak a sürgősségi ellátás költségeit fedezik számára, ilyenkor is azonban vagy a házi orvost, vagy amennyiben ő nem elérhető, a 24 órás Nővér Tanácsadási Vonalat fel kell hívnia. Ha három hónapnál hosszabb, de fél évnél rövidebb ideig van távol, akkor – külön díj ellenében – kérheti az ún. „Guest Membership Program”-ot (Vendég Tag Program), amely lehetővé teszi bármely Blue Cross Blue Shield tag szolgáltatásainak igénybevételét és az „Away From Home” (Távol az Otthontól) koordinátor elintézi a költségek fedezéséhez szükséges mindenfajta tenivalót is.

A „Family Health Program” (Családi Egészség Program) keretébe többféle szolgáltatás tartozik. A várandós anyákat és azok családtagjait hasznos információkkal látják el. 24 órás telefonos szolgálat áll rendelkezésükre, ott a vetélés és a koraszülés megelőzéséről, az egészséges terhességről kaphatnak felvilágosítást és tanácsokat. A gyermek megszületésekor, ajándékcsomaggal is kedveskednek a kismamáknak. Az asztmás betegeket, a cukorbetegségben szenvedőket, a szívbetegeket speciálisan képzett nővérek segítik, minden kérdésükre válaszolnak, megismertetik velük a legújabb kezelési módokat, mindezt

együttműködve az orvossal. Megtanítják a betegeknek azt is, hogyan lehet a kockázatokat minimalizálni.

Caroline némi túlsúllyal küzd, de sajnos jogosultsága nem terjed ki a „Weight Watchers” (Testsúly Ellenőrző) szolgáltatásra, azonban árkedvezményben részesülhet számos fitness és wellness centerben, valamint 25%-os kedvezményt kaphat olyan alternatív gyógymódok igénybevételéhez, mint például akupunktúrás kezelés, vagy masszázs.

Caroline HMO-ja különös hangsúlyt fektet a megelőzésre és a korai felismerésre. Amikor egészséges a biztosított, olyan szolgáltatások igénybevételét is fedezi, mint kontroll vizsgálatok, mammográfia, évi egy nőgyógyászati szűrés, 40 évnél idősebb férfiak prosztata szűrése, vastag – és végbélrák szűrés, védőoltások, évi egy szemészeti vizsgálat, labor, röntgen és egyéb olyan szűrővizsgálat, amit a házi orvos elrendel.

A csecsemőknek és kisgyermekeknek a védőoltások (DiPerTe, Polio, Hemophilus Influenza B, Hepatitis B stb.), és a szűrések (vérkép, vizelet, tuberkulózis teszt, látás- és hallás vizsgálat stb.) ingyenesek. A három év alatti gyerekek pszichiátriai, pszichológiai kezelését is fizetik, maximum évi ötezer dollár értékben.

Mi az, amire nem nyújt fedezetet Caroline biztosítása? Hogy csak a legfontosabbakat említsük, a HMO nem téríti meg az alábbi ellátási költségeket:

- akupunktúrás kezelések és plasztikai sebészeti beavatkozások,
- családtervezés (meddőség elleni kezelések, sterilizáció, nem tablettás fogamzásgátlás),
- kozmetikai célú lábápolás (tyúkszemirtás, bőrkeményedés eltávolítása, lúdtalp korrigálása),
- hallásvizsgálatok és hallásjavítás,
- fogászati kezelések nagy része (kozmetikai célú állkapocs műtétek, fogpótlás, foghúzás, fogászati beavatkozással kapcsolatos altatás, ütéstől, vagy rágástól bekövetkező fogsérülés, szájszűrés stb.),
- „luxus” kórházi szolgáltatások (TV, telefon, külön szoba stb.),
- terápiás és nem terápiás célokat egyaránt szolgáló eszközök (lift, kapaszkodók, telefon, hullámfürdő, légkondicionáló, párástó stb.),
- mentális szolgáltatások egy része (kórházi kezelés környezetváltozási célokból, tanfolyamok, kóma stimulációs terápia, szexuális zavarok stb.),
- táplálkozási tanácsadás és túlsúly kezelése,
- szervátültetés (kivéve vérértömlesztés, vese, máj, szív és hasnyálmirigy transzplantáció),
- szemészet (kivéve évi egy rutinvizsgálat),
- nem a saját HMO által nyújtott szolgáltatások.

Mindezek közül Caroline számára legfájóbb pont a fogászati és szemészeti biztosítás hiánya. Ezt némileg kom-

penzálja a munkáltatója által fizetett részleges fogászati biztosítás, ami viszont például a fogpótlásra nem terjed ki, márpedig egyetlen fog pótlása akár 1500 – 2000\$-ba is belekerülhet.

A receptre felírt gyógyszerek ártámogatása, egy háromszintű lista segítségével történik. Ha nem fekszik kórházban a biztosított, akkor egy maximum 31 napra való adag, vagy egy 100 darabos kiszerelés térítési díjai partner gyógyszertáraknál az első szinten (generikus gyógyszerek) 8\$, a második szinten (nagy nevű gyógyszergyárak olcsóbb termékei) 15\$ és a harmadik szinten (nagy nevű gyógyszergyárak drága termékei) 30\$. A HMO partner gyógyszertáraiban (listájuk megtalálható az interneten, de nyomtatásban is odaadják a tagoknak) a betegnek csak a Blue Cross Blue Shield azonosító kártyáját kell felmutatnia és a receptre ránézve, máris mondja a patikus melyik árat kell fizetni a három közül. Ha valakinek rendszeresen kell gyógyszert szednie (például magas vérnyomás, vagy magas koleszterinszint miatt) akkor 90 napra elegendő adagot kaphat a „Home Delivery Pharmacy Program”-on (Gyógyszertári Házhozszállítás Program) keresztül. Ez azt jelenti, hogy egy megrendelőlapot kell kitöltenie és azt a recepttel együtt el kell küldenie egy megadott címre, (vagy megkérheti házi orvosát, hogy a megadott számra faxolja át a receptet és megrendelést) és 7–11 napon belül házhoz szállítják a kért gyógyszereket. Azokkal együtt kapja kézhez a számlát is, és átvételkor kell fizetnie a térítési díjat, amely az előző három szinttel azonos gyógyszerbesorolás alapján 16, 30, vagy 60\$. A kedvezmény majdnem minden olyan gyógyszerre és eszközre kiterjed, amely szükséges az egészségi állapot megőrzéséhez (még a vércukorszint-mérőre és a fogamzásgátló tablettákra is). Van azonban néhány termék, amely esetén előzetes engedély szükséges, például ha túl nagy mennyiségre van szüksége a betegnek, vagy ha a munkáltató kéri ezt, esetleg a beteg biztonsága érdekében szükséges, illetve ok lehet még, hogy kivételesen drága, vagy az FDA (Food and Drug Administration) korlátozása alá esik az adott készítmény. Csak bizonyos mennyiségre jár térítés, például a növekedési hormonok, az interferon, a sclerózis multiplex gyógyszerek esetén. Egyetlen centet sem térít a HMO a fogyókúra és az anorexiás, a dohányzásról leszoktató, a szexuális zava-

rok elleni, valamint a kozmetikai célokra felírt gyógyszerek árából.

A szemészeti vizsgálatok és kezelések közül Caroline HMO-ja csak évi egy rutinvizsgálatot fizet, ezért Caroline már gondolt arra, hogy akár csak férje, ő is kiegészítő szemészeti biztosítást köt. Ha most bármi probléma adódik szemével (például kötőhártya gyulladás, sérülés, fertőzés) a házi orvosa beutalja szakorvoshoz (szemészhez), ám a teljes díjat meg kell térítenie. A HMO-ja, mindazonáltal ár-engedményeket biztosít számára szemüvegkeretek, lencsék és kontaktlencsék vásárlásánál (maximum 40%-50%), lézeres szemműtétnél (maximum 25%). Természetesen ez is csak akkor érvényesíthető, ha a HMO partner bolthálózatában vásárol. Ez az ár-engedmény azt jelenti, hogy ha egy szemüveg lencse eladási ára mondjuk 50 dollár, Caroline-nak hozzávetőlegesen csak 35 dollárt kell fizetnie.

A HMO-k többsége nem profitorientált, de vigyáznia kell kiadásaira, hiszen tartósan nem lehet veszteséges. Így azután mindenféle ösztönző (és ellenőrző) mechanizmusokat kell beépítenie, hogy a biztosítottak lehetőleg csak akkor menjenek orvoshoz, ha az tényleg szükséges, és csak azokat a kezeléseket, gyógyszereket vegyék igénybe (és nyújtsák a szolgáltatók), amelyek tényleg szükségesek. Az egyik ilyen ösztönző eszköz a házi orvos kapuőr (gatekeeper) szerepe, illetve a co-payment (költség hozzájárulás) intézménye. Ez azt jelenti, hogy szinte minden egyes szolgáltatás-igénybevételnél, valamennyit az igénybe vevőnek is fizetnie kell.

A PPO tagoknak lehetőségük van hálózaton kívüli orvos(oka)t, kórház(ak)at is választani, ilyenkor 70%-ot térít a biztosító, de azt is csak az éves limit elérését követően. Amikor Caroline-t arról faggattuk, mennyire elégedett, illetve mi az, amin elsősorban változtatna, két fontos dolgot említett: azt, hogy kevés orvos közül lehet csak választani és, hogy sokszor hosszú a várakozási idő, azaz akár egy-két hónappal későbbi időpontot kap. Fájjalja, hogy ha talál egy szakembert, akire éppen szüksége lenne, a HMO nem téríti a költségeket, amennyiben az az orvos nincs a listáján. Márpedig többször előfordult már, hogy rossz tapasztalatai voltak egy-egy orvossal kapcsolatban, mégsem választhatta azt, akiben megbízott.

Tisztelt Olvasóink! A cikk következő, Németországot bemutató részét lapunk 8-as számában olvashatják. (Szerk.)

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Gota Esping–Andersen: The Three Worlds of Welfare Capitalism Polity Press: Cambridge 1990 és The three political economies of the welfare state International Journal of Sociology 1990/4.
- [2] OECD Health Data 2003, 3rd ed. www.oecd.org/dataoecd/1/31/2957323.xls
- [3] Averting the old age crisis. World Bank Policy Research Report, 1994

- [4] Egyre öregebbek a németek
<http://index.hu/gazdasag/vilag/euro031003>
- [5] Hámor Szilvia: A szolidaritás világától a szép új világig? Kézirat 2001.
- [6] PH Wagner – C Köck: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje Perfekt, 1999
- [7] PP Barros: The black box of health care expenditure growth determinants. Health economy 1998/7.
- [8] TE Getzen: Population aging and the growth of health expenditures. Journal of Gerontology: Social Sciences 1992/47.
- [9] P Zweifel – M. Ferrari: Is there a Sisyphus Syndrome in Health Care? In P Zweifel and HE Frech III. eds. Health Economics Worldwide Kluwer Academic Publishers Amsterdam, 1992
- [10] J O'Connell: The relationship between health expenditures and the age structures of the population in OECD countries Health Economy 1996
- [11] Kornai János – John McHale: Eltérnek-e a nemzetközileg szokásostól a poszt szocialista országok egészségügyi kiadásai? Közgazdasági Szemle 2001/7-8
- [12] DM Cutler, E Meara: The medical costs of the young and old: a forty-year perspective In Frontiers in the Economics of Ageing, Wise DA (ed) University of Chicago Press: Chicago 1998
- [13] Conceptual and policy issues The World Bank, 2001
<http://www.worldbank.org/hnp/hsd/documents/Aging>
- [14] FC Pampel- B. Williamson: Jóléti kiadások a fejlett ipari demokráciákban 1950-1980 In Csaba Iván–Tóth István György (szerk.) A jóléti állam politikai gazdaságtana Osiris Kiadó, Láthatatlan Kollégium, Budapest, 1999
- [15] Boncz Imre–Dózsa Csaba–Nagy Balázs: Irányított Betegellátási Modell, Informatika és menedzsment az Egészségügyben II. évfolyam 4. szám 2003. május
- [16] Kornai János: Az egészségügy reformjáról, KJK Budapest 1998
- [17] U.S. Census Bureau
www.census.gov/statab/www/part2.html#social
- [18] Managed Care Fact Sheets
www.mcareol.com/factshts/mcolfact.htm
- [19] Medicare, Medicaid Centres Services
<http://www.cms.hhs.gov/publications/overview-medicare-medicaid/default3.asp>
- [20] E. S. Savas: Privatizáció. Hogyan vonuljon ki az állam a gazdaságból? Akadémiai Kiadó Budapest 1993
- [21] J. Adam: Jövedelemegyenlőtlenségek és szegénység az Amerikai Egyesült Államokban Külgazdaság, XLIV. évf., 2000. szeptember
- [22] A magyar egészségügyi reform közgazdasági megközelítésben Munkanyag a MeH és az USAID szervezésében Budapest 1998
- [23] Who We Are? Understanding the Blue Cross Blue Shield System
<http://www.bluecross.com/whoweare/history.html>
- [24] Sheery Glied: Managed care In: Handbook of Health Economics, Volume 1. Elsevier Science B.V. 2000

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Forgács Anna –1987-ben végzett a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem Pénzügy szakán. A Magyar Külkereskedelmi Banknál és a Központi Statisztikai Hivatalnál dolgozott elemző közgazdászként, majd 1996-tól a Budapesti Gazdasági Főiskola Kül-

kereskedelmi Főiskolai Karán a Vállalkozástan Tanszék oktatója, adjunktusi beosztásban. 2000-től részt vesz a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Történettudományi Doktori Iskolájának doktori képzésében, abszolutóriumát 2003-ban szerezte meg. PhD disszertációját az egészségügyi rendszerek hatékonyságáról és történetéről az év végén védi.



Vallyon Andrea – 1987-ben a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem Ipari tervező – szervező szakán végzett. Két éves ösztöndíjjal az Ipargazdaságtan Tanszéken értékelemzés témában kutatott. 1989-től a Videoton

Számítástechnikai Gyárában dolgozott, mint árkalkulátor. 1997-től a BGF KKF Karán a Nemzetközi Pénzügyek tanszéken oktat, adjunktusi beosztásban. A gödöllői Gazdálkodás és Szervezés Tudományok Doktori Iskola hallgatójaként a kiegészítő biztosítások lehetőségeit és szerepét kutatja az egészségügyben.