

# Racionálás és várólisták Nagy-Britanniában – elemzés német nézőpontból

■ Dr. Frank Schulze Ehring

## 1. Az egészségügyi rendszer Nagy-Britanniában

A brit egészségügyi rendszer a jóléti állam elvén alapul. Ennek alapja az 1948-ban létrehozott, állami tulajdonban levő National Health Service (NHS). Az NHS szolgáltatásainak igénybevétele az egész brit lakosság számára többnyire ingyenes. Jövedelmétől és állampolgárságától függetlenül mindenki, aki állandó lakóhellyel rendelkezik Nagy-Britanniában, ingyenesen veheti igénybe az NHS szolgáltatásait. Ezek közé tartoznak: az általános és szakorvosi ellátások, az ambuláns és fekvőbeteg ellátás, a fogászati és szemészeti ellátások, akárcsak az ápolási otthonokban való elhelyezés, a rehabilitáció és a gyógyyszerellátás.

### A rendszer finanszírozása

2002-ben az NHS költségvetésének 83%-át általános adókból finanszírozták. További 13%-ot indirekt járulék formájában a National Insurance Fund-ból származó jövedelemarányos társadalombiztosítási járulékokból fedeztek. Egy bizonyos összeget a nyugdíj-, munkanélküliségi és munkaképtelenségi biztosítás keretében térítették. És mindössze 2-3%-ot tesz ki a betegek által fizetett önrész (gyógyszer, segédeszköz, fogászati ellátások).

### A National Health Service szervezete

Az NHS állami intézmény, amely közvetlenül a kormánynak, illetve a négy egészségügyi minisztériumnak (Anglia, Skócia, Wales, Észak-Írország) van alárendelve. Igazgatását saját apparátus látja el. A minisztériumok az apparátussal való egyeztetési folyamat keretében dolgozzák ki az egészségpolitika irányelveit, a költségvetési tervet, amely a parlament által a regionális hatóságok (Regional Offices) részére engedélyezett összegek elosztását szabályozza. A regionális hatóságok hatáskörében működnek az operatív egészségügyi igazgatásért illetékes helyi egészségügyi hatóságok (Health Authorities – HA).

### A háziorvosi ellátás elve

Az egészségügyi rendszer alapelve. Az általában közösségi praxisokban dolgozó általános orvosok az esetek 95%-ában az egészségügyi rendszerrel való kontaktus első állomását jelentik. Szükség esetén szakorvoshoz irányítják a beteget és nyomon követik a folyamatot. Nincs szabad orvosválasztás. A háziorvos kiválasztása a lakóhely irányítószámától függ.

### A szakorvosi ellátás

Németországtól eltérően Nagy-Britanniában a szakorvosi ellátásban nem léteznek párhuzamos vágányok. A szakorvosok kórházakban dolgoznak, amelyekben mind az ambuláns, mind a fekvőbeteg ellátást biztosítják.

### Az NHS által foglalkoztatott orvosok

Becslések szerint a brit orvosok 90%-át az NHS foglalkoztatja. Az orvosok ennek ellenére nem állami alkalmazottak. Az orvosi honoráriumokat a brit orvosok érdekképviselete és az egészségügyi minisztérium közötti alkufolyamat során alakítják ki.

### A térítések rendszere

Az alapellátásban az orvosok szolgáltatásainak térítése fejkvóta alapján történik, amit az adott praxislistákon szereplő páciensek száma szerint történik. A fekvőbeteg ellátásban a szolgáltatásokat az egyes szolgáltatási területekre megállapított globális költségvetésből és esetátalányokból térítik. A kórházakban alkalmazott orvosok szolgáltatásainak térítése átalányilletmény alapján történik.

### A természetbeni ellátások elve

Az NHS keretében minden ellátást természetbeni ellátásként nyújtanak.

### Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

Nagy-Britanniában a betegeknek joguk van az általános, egyenlő és megfelelő időben történő egészségügyi ellátáshoz. Ez a jog valójában csak az általános orvosok vonatkozásában valósul meg. A szakorvosi és a fekvőbeteg ellátás területén a várólisták komoly akadályt jelentenek.

### A privát betegbiztosítás

Privát betegbiztosítás megkötése alapján véve lehetséges, ezzel egyre többen élnek is. 2003-ban a brit lakosság 15%-a rendelkezett privát kiegészítő biztosítással. Ezek nem járnak adókedvezménnyel.

## 2. Az alulfinanszírozottság és a várólisták kérdése

A brit egészségügyi rendszer, ill. az NHS legnagyobb problémája a tarthatatlan alulfinanszírozottság. Az egy főre eső éves

egészségügyi kiadások összege az OECD adatai szerint: 2.231 \$. Összehasonlításként: az Egyesült Államokban: 5.635 \$, Svájcban: 3.781 \$, Németországban: 2.996 \$, Franciaországban: 2.903 \$.

Az egészségügynek a GDP-ből való részesedése: Nagy-Britanniában: 7,7%, az Egyesült Államokban: 15%, Svájcban: 11,5%, Németországban: 11,1%, Franciaországban: 10,1%, az OECD tagállamok átlaga: 8,7%.

Az egészségügyi kiadások 1997-2006. között megduplázódtak. Az NHS költségvetése a 2007-2008-as költségvetési évben: 151 milliárd euró.

Az NHS deficitje a 2005-2006-os költségvetési évben eléri az 512 millió angol fontot (750 millió euró).

A várólisták tekintetében Nagy-Britannia élvonalos Nyugat-Európában.

2004. júniusában 1,1 millió ember várt fekvőbeteg kórházi ellátásra, ezek közül 16.350 fő 12 hónapnál hosszabb ideig.

A 60 milliós brit lakosságra kivetítve az abszolút várakozás aránya: 1,9%, illetve a 12 hónapot meghaladó várakozási idő esetén 0,03%.

A várólisták területi megoszlása nem arányos: 2004. júniusában Angliában a lakosság 1,8%-a volt várólistán, Észak-Írországban viszont 3%.

### 3. Racionálás a brit egészségügyben

A brit állam által ingyenesen rendelkezésre bocsátott egészségügyi szolgáltatások esetében az ár gyakorlatilag semmiféle hatást nem gyakorol a felhasznált mennyiségre. A források szűkössége és a polgárok szükségleteinek korlátlanúsága folytán dönteni kell a társadalom által csak korlátozottan finanszírozható egészségügyi szolgáltatások korlátozásáról és elosztásáról.

#### A racionálás formái

- **Implicit racionálás:** Egyebek között összköltségvetéseken vagy rész-költségvetéseken keresztül, vagy a drága egészségügyi szolgáltatások korlátozott rendelkezésre bocsátása útján valósul meg.
- **Explicit racionálás:** Teljesen kizár vagy kiválasztott személyek és betegek csoportjainak körére korlátoz bizonyos szolgáltatásokat. Ennek egyik elképzelhető szempontja az életkor lehetne.
- **Nyílt vs. burkolt racionálás:** A nyílt racionálás nyilvánosságra hozza a racionálás szempontjait. Az egészségügyi szolgáltatások elosztása átlátható. Átláthatóság nélkül a racionálás burkoltan megy végbe.
- **Kemény vs. puha racionálás:** Kemény racionálás körülményei között az egészségügyi szolgáltatásoknak az állam által rendelkezésre bocsátott szint fölötti vásárlása nem lehetséges. A puha racionálástól eltérően ez nem kínál lehetőséget privát kiegészítő piacok keletkezésére.
- **Direkt vs. indirekt racionálás:** A direkt racionálás mikroszinten valósul meg és konkrét döntésekre vonatkozik. Amennyiben viszont a döntéseket makroszinten, statisztikai szempontok szerint hozzák, indirekt racionálással van dolgunk.

#### A racionálás megnyilvánulásának módozatai

- **Politikai racionálás:** Az NHS finanszírozása adókból történik. Az adókból származó források korlátozása egy implicit, direkt és puha racionálást eredményez a makroszint felső szintjén. A döntés egyértelműen politikai természetű, parlamenti többséghez kötődik. Ez a fajta racionálás nem nyilvános és nem átlátható.

– „Gatekeeping” segítségével történő racionálás: Nagy-Britanniában az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele szabályozott körülmények között történik. Nincs szabad orvosválasztás és kórházválasztás.

– **Intézményi racionálás:** Az egészségügy operatív igazgatásáért illetékes egészségügyi hatóságok (Health Authorities) az NHS-től kapják költségvetésüket. Ez az ellátandó lakosság lélekszámával arányos, elosztásáról saját felelősségi körükben döntenek. A helyi hatóságok általában normális körülmények között döntenek a források elosztásáról, ezek teljesen szokványosak és kevés vitát váltanak ki. A helyi racionálási intézkedések azonban adott esetekben heves országos méretű vitákat váltanak ki, mint az East Suffolk Health Trust esetében, amely megvonta a csípő- és térdprotézis támogatását az elhízott és túlsúlyos személyektől.

– **Időbeli racionálás:** A nagy-britanniai ambuláns és fekvőbeteg ellátás területén megnyilvánuló várólisták az egészségügyi szolgáltatások korlátozottságára utalnak. A szolgáltatásokat ezért késlekedéssel, eltolódással és halasztással, implicit és puha módon racionálják. Ez az időbeli racionálás szakterületek, betegségek és régiók szerint különböző mértékű.

– **Klinikai racionálás:** Leggyakoribb formája a beteg várólistára vétele. A várólistákon való prioritizálás nem mentes az idősekkel szembeni diszkriminációtól. A kormányzat ennek megfékezése céljából dolgozta ki 2001-ben a National Service Framework for Older People című tervet. Ez standardokat tartalmaz a rákos megbetegedésekben és szívbetegségekben szenvedő idős korúaknak a 65 év alattiakkal egyenlő és adekvát ellátásával kapcsolatban.

– **Haszonértékelés segítségével történő racionálás:** A brit kormány az NHS részeként 1999-ben hozta létre a NICE-t (National Institute for Health and Clinical Excellence). Ennek feladata a gyógyszerek és terápiás szolgáltatások haszonértékelése és költséghatékonyságának megállapítása. Az intézet tevékenységével összefüggésben bevezetett racionálási intézkedések egyelőre csak indirekt módon azonosíthatók, ezek azonban – mivel bizonyos szolgáltatások teljesen ki vannak zárva, vagy pedig bizonyos személyekre és betegcsoportokra korlátozódnak – direkt és explicit módon lépnek fel. Mivel minden (racionálási) döntést a felhasználók (nyilvánosság, beteg, szolgáltatók) szerint differenciáltan dolgoznak ki és hoznak nyilvánosságra, ennek során magasfokú átláthatóságot és így a racionálás nyílt verzióját feltételezhetjük. Ilyen körülmények között nehezen alakulhatnak ki privát kiegészítő piacok.

#### Összefoglalás és következtetések

A nagy-britanniai egészségügyben bevezetett racionálási intézkedések explicit és implicit természetűek. Ennek következményei – elsősorban a várólisták formájában – nagy megterhelést jelentenek a brit lakosság számára. Sokan bíróság előtt keresnek igazságot gyors és életkorukkal adekvát ellátásukért, szükség esetén külföldön kezeltetik magukat. A 75 éves Yvonne Watts esetében az Európai Bíróság 2006. május 16-i ítéletében kötelezte az NHS-t az EU egy másik tagállamában való kórházi kezelés megtérítésére [Európai Közösségek Bíróságának ítélete, 2006. május 16. – Yvonne Watts-eset C-372/04.]

Nagy-Britanniától eltérően Németországban jelenleg még nem létezik az egészségügyi szolgáltatások explicit racionálása, bizonyos változások azonban észlelhetők. A racionálási intézkedések útjára való rátérés a gyógyszerek, diagnosz-

## Külföld

tikus, műtéti és terápiás eljárások haszonértékelése formájában, Németországban is az egészségügyi szolgáltatások explicit és nyílt racionálási intézkedések bevezetéseként értékelhető. Németországban azonban a racionálási intézkedések csaknem mindig burkoltak és impliciték. Az ezzel kapcsolatos őszinte társadalmi vita sürgető és elkerülhetetlen. Németország számára felmerül a konkrét kérdés, hogy milyen ellátásvolumen kell majd tökefedezeti rendszerben finanszírozni és mely ellátásokért kell a biztosítottaknak önmaguknak gondoskodniuk. A kötelező betegbiztosítás ellátási katalógusának egyetlen feladatára – a viszonylag nagy kockázatok biztosítására – történő összpontosítása egy explicit racionálást feltételezne. Ennek a racionálásnak

a jelenlegi implicit és burkolt formától eltérően nyíltnak és őszintének kell lennie.

Forrás: Verband der privaten Krankenversicherung – Wissenschaftliches Institut der PKV <http://www.pkv.de>  
<http://www.wip-pkv.de/Diskussionspapi.6.0.html>  
 Szerző: Dr. Frank Schulze Ehring  
 Verband der privaten Krankenversicherung  
 Gesundheits- und Sozialpolitik  
 Tel.: 49-221-37662-58  
 E-mail: Frank.Schulze-Ehring@pkv.de  
 Fordította: Komáromi Béla

### 1. Táblázat. Fekvőbeteg ellátásra való várakozás (abszolút számokban és százalékos arányban)

2004. június	Várólistán levő betegek	Várólistán levő betegek (> 12 hónap)
Észak-Írország	50.975 (3,0%)	6.858 (0,4%)
Wales	75.517 (2,6%)	8.940 (0,31%)
Skócia	112.375 (2,2%)	0 (0,0%)
Anglia	885.503 (1,9%)	552 (0,001%)
Nagy-Britannia	1.124.370 (1,9%)	16.350 (0,03%)

### 2. Táblázat. Fekvőbeteg ellátásra való várakozás Angliában

Várólistán levő betegek	2004. április	2005. április	2006. április
13 hétig	555.904	557.613	580.346
13-26 hétig	241.212	212.799	197.878
26 hétig és annál hosszabb ideig	84.016	45.433	144
Összesen	881.132	815.845	778.368

### 3. Táblázat. Fekvőbeteg ellátásra való várakozás Angliában (szakterületek szerint)

Várólistán levő betegek	Összesen	13 hétig (abszolút)	13-26 hétig (abszolút)	13-26 hétig (relatív)
Ortopédia	199.618	130.408	68.671	34,4%
Általános sebészet	128.282	95.875	32.318	25,3%
Szemészet	71.855	63.520	8.197	11,4%
Fül-orr-gége	68.793	49.292	19.339	28,1%
Nőgyógyászat	65.120	40.439	15.612	24,0%
Urológia	60.060	46.494	13.493	22,5%
Száj-, állcsont és arcsebészet	43.209	31.436	11.748	27,2%
Plasztikai sebészet	31.239	22.097	9.056	29,0%
Kardiológia	28.814	23.971	4.816	16,7%
Gyomor-bél	18.234	16.493	1.831	10,0%
Idegsebészet	6.230	4.391	1.839	39,5%
Bőrgyógyászat	4.608	3.834	774	16,8%
Ideggyógyászat	2.689	2.294	393	14,6%
Onkológia	284	267	17	6,0%
Rehabilitáció	86	73	13	15,3%

### 4. Táblázat. Várakozási idő az ambuláns szakorvosi ellátás területén Angliában (abszolút megoszlás)

Várólistán levő betegek	2004. április	2005. április	2006. április
4 hétig	499.113	624.620	541.385
4-8 hétig	424.682	407.490	421.336
8-13 hétig	272.788	271.375	188.215
13 hétig és annál hosszabb ideig	58.282	33.736	138
Összesen	1.254.865	1.337.223	1.151.074

### 5. Táblázat. A racionálás szintjei

Szintek	Korlátozás / elosztás	
Makroszint	Felső szint	Az egészségügyi kiadásoknak a gazdaság osszteljesítményének reszeként való korlátozása
	Alsó szint	Az egészségügyi kiadásoknak az egészségügyi ellátás különböző területei között történő korlátozása / elosztása
Mikroszint	Felső szint	Az egészségügyi szolgáltatásoknak különböző betegcsoportok között történő korlátozása / elosztása
	Alsó szint	Az egészségügyi szolgáltatásoknak egyes betegekre történő korlátozása / elosztása