

A neoliberális egészségreform miért bukott meg Latinamerikában

Tömörítvény

Eredeti publikáció: Health Policy 71. (2005) 83-96 (Elsevier Ireland Ltd.)
Szerzők: Núria Homedes, University of Texas–Huston US.
Antonio Ugalde, University of Texas–Austin US.
Fordította és tömörítette: Dr. Skrabski Árpád

Évtizedek óta az egészségügyi rendszer hatékonyságát és az egyenlő hozzáférés hiányát, a gazdasági helyzethez képest a népesség rossz egészségi állapotát, a reform szükségességét emlegetik Latin-Amerikában (LA). A 80-as évek gazdasági válsága kiélezte a problémát, felvetve a költséghatékonyság kérdését.

Az International Monetary Fund (IMF) és a World Bank (WB) a krízisből hasznot húzott az által, hogy egészségügyi reformot erőltetett és ezt a hitelek folyósítása feltételévé tette. Követeléseik közt szerepelt az egészségügyi és szociális kiadások csökkentése. A 80-as évek vége volt az időszak, amikor a WB egészségügyi hitelezővé vált és segítséget kezdett nyújtani különböző országokban tervezett egészség reformokhoz, neoliberális elveket kényszerítve rájuk. Technikai segítséggel, hitellel, és direktívákkal szolgált a reform véghezvitele érdekében. Más nemzetközi szervezetek, mint a Inter-American Development Bank (IDB), US Agency for International Development (USAID) és néhány privát alapítvány követte a WB-t.

Az LA országokban számos technikai, logisztikai, és finanszírozási probléma lépett fel, a reform konfúziót okozott a közalkalmazottak körében és nagy veszteségeket a forrásokban, ezért az LA országok többsége csak néhány szempontot vett át, mint a decentralizációt, vagy a szolgáltatások meghatározását, vagy korlátozott privatizációt. Chile és Columbia sem teljesítette teljes mértékben a WB követeléseit, de ezen országok reformja ált legközelebb a neoliberális elvekhez.

A továbbiakban a privatizációt és decentralizációt vizsgáljuk néhány országban, majd Chile és Columbia példáját vizsgáljuk és néhány elgondolást, hogy az IMF és a WB miért erőlteti ezeket a reformokat a nyilvánvaló és dokumentált kudarcok ellenére.

Privatizáció

Néhány LA ország mint Chile, Columbia és Brazília részben privatizálta az egészségügyi finanszírozást (menedzsmentet) és az államilag finanszírozott szolgáltatókat. A többiek korlátozott lépéseket tettek a privát szféra szerepének erősítése érdekében. Mexikó törekvései, hogy a korábban a Mexican Institute of Social Security (IMSS) által szolgáltatott finanszírozásba beengedjen versengő privát cégeket, megghiúsult a szakszervezetek ellenállásán. Az IMSS kiszereződött néhány privát szolgáltatóval, de ezeket a szerződéseket nem újították meg, mivel a szolgáltatások drágábbnak bizonyultak, mint a többi IMSS által finanszírozott szolgáltatás.

Brazília kiszereződött privát kórházakkal, miközben törvényt hoztak arra, hogy külföldi szolgáltatók, biztosítók és Health Maintenance Organizations (HMO) ellátás szervezők részt vehessenek a brazil egészségügyi ellátásban. A következő WB dokumentumok számolnak be az átszervezés kudarcáról:

„Az adatok alapján, a domináns formája az orvosi-kórházi ellátásnak a privát szektoron keresztül történik a kormány által megtérített ráfordításokkal....erről a rendszernek nem nevezhető (non-system) állapotról megállapították, hogy kaotikus, elitista, korrupt, irracionális és kontrolálhatatlan. A jelenlegi orvosi jelentésekben és számlákban ... melyeket fizetés céljából kiállítanak 90%-ban szabálytalanságok találhatók, magába foglalva többek között a nem létező pacienseket, a valóságnak nem megfelelő diagnózisokat, dupla számlázást ugyanazon kórházi ellátásért, szükségtelen kórházi adminisztrációt, nem regisztrált gyógyszerköltséget,speciális ellátásokért, mint a műtétek vagy intenzív szoba, hibás számlázás.

McGreevey W. Brazilian health care financing and health policy: an international perspective. WB. JN/MT Washington DC. WB Population, Health and Nutrition Dept. 1982 augusztus 1.

Mindezen torzulások ellenére a WB erőltette a privatizációt Braziliában és a régióbeli más országokban. Egy másik WB bürokrata erről mostanában úgy nyilatkozott, hogy a kórházak autonómiája Braziliában nem javította az egészségügyi ellátás minőségét:

„a minőség „elfelejtett komponens” maradt az egészségügyi ellátásban.....ez nem javult látványosan. Bizonyos szempontokból a helyzet romlott.....a magasan kvalifikált szolgáltatás képessége súlyosan kétséges..... alacsony minőség a szülőszobákban, és csecsemő ellátó (neonatal) egységekben hozzájárulnak a csecsemő és szülőanya halálozáshoz..... elkerülhető halált és magas kórházakban szerzett fertőzéseket okozva.”

La Forgia GM. A kórházi teljesítmények fokozása Braziliában. Konceptió. World Bank. LCSHH (nem publikált) Washington DC. WB. 19 March 2003.

A kilencvenes évek elején Costa Ricában, néhány térségben családorvosi szövetkezeteket hoztak létre, amelyek az ellátott személyek szerint kaptak fejkvótát a társadalombiztosítástól. A társadalombiztosításnál maradt a kórházi ellátás, a gyógyszerellátás és a sürgősségi ellátás finanszírozása. Nem tervezik ennek a rendszernek a kiterjesztését. A szövetkezetekről kiderült, hogy kevésbé hatékonyak, mint a társadalombiztosítás. Ez sokkal költségesebb és a minőség javulását nem lehetett bizonyítani. A felhasználók elégedettek voltak azzal, hogy a várakozási idő megrövidült. A jelentett esetek száma megnőtt, ami orvosilag nem volt indokolt. Ennek célja a szövetkezetek bevételeinek növelése és az orvosok leterhelésének csökkentése. Ez növelte a társadalombiztosítás kiadásait és az adminisztratív munkát, és csökkentette a Costa Rica-i egészségügyi ellátás hatékonyságát. A nonprofit szövetkezet profitját nagyrészt az orvosok, kisebb mértékben a többi munkaező részére osztották ki. Emellett a társadalombiztosítás kiszereződött magas technológiát nyújtó privát szervezetekkel. E területen kontrolálhatatlanná vált a hálapénz.

A WB töretlen erővel nyomást gyakorol a kormányra, hogy privatizálja a társadalombiztosítást, pedig ez a régió leghatékonyabb rendszere, amelyik a

lakosság 90 %-a részére teljes egészségügyi ellátást nyújt, beleértve a gyógyszerellátást.

1998-ban Salvador társadalombiztosítása célprogram (pilot project) keretében kiszereződött az elsődleges egészségügyi ellátásra két privát, profitorientált klinikával a főváros területén egy meghatározott körzetben. E körzetben lakók számára az ellátás ilyen formájú igénybevétele kötelező. Két évet követően a kísérlet hirtelen megszakadt.

A célprogram értékelése során feltárt problémák: a fejkvóta, amit a privát klinikáknak kiutaltak nem volt elegendő, az orvosok generikumok helyett magas költségű gyógyszereket írtak fel. A klinikák a gyógyszereket közvetlenül a gyártóktól rendelték, így kiadásai jóval magasabbak voltak, mint a generikumokat használó és a gyógyszereket nagy tételben beszerző társadalombiztosítási klinikáké. Továbbá a társadalombiztosításnak jelentős kiadást jelentett a magánklinikák ellenőrzése, amelyek nem adtak megfelelő információt, pedig egy ilyen rendszerben a szigorú ellenőrzés elengedhetetlen. A kórházigazgatók tiltakoztak az időigényes gyakori ellenőrzések, továbbá amiatt, hogy a társadalombiztosítás nem teljesítette a pénzügyi kötelezettségét. A klinikák így csődbejutottak a második év végére.

A latinamerikai országokban a kórházprivatizáció nagy költségű, a klinikák ellenőrzését szolgáló fejlesztésekkel (költségvetés majd beszámoltatás, szerződést kötő és kifizető rendszerek). Az Inter-American Development Bank által szponzorált tanulmány szerint a kórházi korrupció virágzik. Ugyanakkor, ahogy ezt a brazil példa is mutatja, semmilyen bizonyíték nem szól amellett, hogy az ellátás hatékonysága javult volna.

Decentralizáció

A WB és más nemzetközi ügynökségek hatására gyakorlatilag mindegyik délamerikai országban valamennyi döntéshozatali hatalmat lejjebb adtak (állam, megye, helység). Pénzügyi felelősséget adtak lejjebb, hogy felszabadítsák az államkasszát adóság-visszatérítés céljából. A WB-nek ez kifejezett szándéka volt.

Mexikóban (1983-1988) az államok szabad választása volt, hogy centralizált vagy decentralizált rendszert választanak. Több mint a fele (31-ből 17) a centralizált rendszert választotta, félve, hogy a kormány nem teljesíti fizetési kötelezettségét.

A második fázisban (1995-2000) néhány állam még mindig a centralizált megoldás mellett döntött, mivel azt tapasztalták az első fázisban, hogy a szövetségi kormány decentralizálta néhány program megvalósítását a költségek átutalása nélkül. Végül 1996-ban, pénzügyi kötelezettségeket vállalva, a szövetségi kormány kényszerítette minden állam kormányzóját a csatlakozásra, így létrehozva a Nemzeti Decentralizációs Megállapodást:

(1) A helyi döntéshozók jobban ismerik és elégítik ki a helyi szükségleteket és elkerülik az igen költséges hibákat, amelyeket a távol lévő bürokraták elkövetnek.

(2) A demokráciát erősíti, ha a helyi közösségek részt vesznek a helyi ellátással kapcsolatos tervezésben és ellenőrzésben.

(3) Nagyobb költséghatékonyságot és megelégedettséget eredményez, ha az érintettek részt vesznek a helyi ellenőrzésben és képesek a helyi szükségleteket kielégíteni.

Az LA országok decentralizációs törekvéseit értékelve megállapíthatjuk, hogy a fenti célkitűzések igen ritkán teljesültek.

A helyi politikusok nem mindig döntöttek a legjobban. Gyakran választottak egészségügyi beavatkozást, amit nem lehetett technikailag igazolni. A szövetségi kormány vagy valamilyen program által átutalt kereteket nem a célnak megfelelően használták fel, ebből politikai hasznot húzva. Bolíviában a kormányzók az egészségügyi és oktatásügyi kereteket útépitésre használták. Kolumbiában az egészségügyi keretből olyan kórházat építettek, amely az infrastruktúra terv szerint sürgősségi volt. Mexikóban is másként használták a szövetségi kormány által átutalt kereteket. Peruban egy elsődleges ellátást végző egészségügyi központ igazgatótanácsa úgy döntött, hogy növeli a költség hozzájárulást, hogy kórházat építsenek, egy másik központban pedig gyógyszereket vásároltak eltérve a generikum programtól. A helyi közösségek sokszor nem megfelelő döntéseket hoztak, illetve nem követték a technikai ajánlásokat. Nicaraguában az egészségügy miniszter cementet utalt ki a falusi háztartásoknak illemhely építése céljából, amit számos család értékesített az építkezés helyett.

Az Inter-American Development Bank a mexikói első decentralizációs fázis elemzése alapján megállapította, hogy az IMSS-COPLAMAR (később IMSS-Szolidaritás, majd IMSS-Lehetőségeknek nevezett) program, az egyik legsikeresebb elsődleges és kórházi program a szegény falusi területek nagymértékű lecsúszását okozta.

A decentralizáció az adminisztrációs területeken súlyos koordinációs nehézségeket okozott, ami a források nem adekvát és hatástalan felhasználását eredményezte. Általában a polgármesteri hivatalok fizetik az elsődleges ellátást és az állami/tartományi/területi kormányok fizetik a kórházi költségeket. Ilyen esetben az elsődleges ellátásért felelős orvosoknál az a tendencia figyelhető meg, hogy a betegeket magasabb szintre küldi tovább, csökkentvén a munkát és a költségeket saját egységüknél. A Costa Rica szövetkezetei és Chile jó példa erre.

Az orvosi felszerelések vagy gyógyszerek decentralizált beszerzésével a nagy volumenben történő beszerzés előnyei elvesznek. A központi beszerzésből származó megtakarítás jelentős lehet. A Karib tengeri országok közösen hoztak létre nemzetközi tendert a Caribbean Development Bank keretében aminek eredményeként 44 %-os megtakarítást értek el. Amíg a nemzetközi összefogás jelentős költségmegtakarítással jár, a helyi kísérletek, a tapasztalat hiányában kevesebb eredményt hoztak, viszont a decentralizált kórházak, amelyek saját maguk végzik a beszerzést, magas költséggel dolgoznak.

Néhány szerző azt mutatta ki, hogy a decentralizáció privatizációhoz vezet. Ha egy kórházi osztályt decentralizálnak és a kormány megszünteti a finanszírozást, ez gyakorlatilag privatizáció, mivel az osztály csak a térítések növelésével képes a működését fenntartani.

Reform Chilében

Chilében a régió egyik legjobb, mindenkire kiterjedő állami finanszírozású egészségügyi rendszere működött. 1973-ban, katonai puccsot követően diktatórikus hatalomátvétel történt. Később az első ország volt, ahol az egészségügyben neoliberais reformot hajtottak végre. A gazdasági konzulensek a Univ. of Chicago egyetemről jöttek. 1981-ben az állami egészségügyi rendszert decentralizálták, az alapellátás felügyeletét a városi közigazgatásra, a kórházi ellátást egészségügyi körzeti centrumokra bízta. A nemzeti egészségügyi hálózat finanszírozója a FONASA, a közigazgatás illetve a paciensek.

A kormány lehetővé tette privát cégek bekapcsolódását az egészségügyi ellátásba, ezek az ún. ISAPRE-k privát biztosítók, külföldi cégek vagy az US-beli HMO-k megfelelői. Az állampolgárok az állami rendszerből átmehtek az ISAPRE-khoz átvéve a kötelező (a jövedelem 7 %-a) hozzájárulást az állami rendszerből az ISAPRE-khoz. Az ISAPRE-kenél a költségek egy része saját hozzájárulás teszi ki (co-payment) és az átjelentkezőket 1990-ig visszautasíthatták egészségi állapotuk szerint. 65 éves kort követően mindenki visszakerült az állami rendszerbe. Számos biztosítási forma között választhatnak a családnagyság, a jövedelem és az egyéni hozzájárulás szerint. 1995-ben már 8800 biztosítási forma volt választható. Az ISAPRE magas profittal dolgozik, ez 20 % is lehet.

Lehetőség van arra, hogy a paciensek privát orvost válasszanak, akiknek előre kötött megállapodás alapján az állami rendszer, a FONASA fizet. Közkórházi kezelés esetén a paciensek hozzájárulást fizetnek.

Az ellátás a társadalmi osztályok szerint rétegződött. A gazdag, magas jövedelműek a 7 %-os egészségügyi hozzájárulásukkal luxuskörülményeket vásárolhatnak az ISAPRE-nél. A többiek az állami rendszerben maradnak. Az ISAPRE paciensek, vagy azok, akik privát orvost választottak bármikor visszaigazolhatnak az állami rendszerbe, amelynek kötelessége őket fogadni. Az ISAPRE biztosítottak sokszor vesznek igénybe állami ellátást.

A chilei egészségügyi rendszerben az ellátás extrém módon egyenlőtlen. A World Health Report 2000 az egyenlő bánásmód szempontjából Chilét 191 ország között a 168-nak sorolta. Figyelembe véve olyan mutatókat, mint a költség, az elérési idő, a szociális támogatás a kezelés ideje alatt, az elhelyezés minősége, a bánásmód Chilét több mint 100 ország előzte meg. Az elérési nehézségekből származó problémákat 2003-ban elindították az AUGE programot amely azt jelenti, hogy 56 legsúlyosabb egészségi kondíció esetén (polytrauma, a rák bizonyos típusai, infarktus) minden chileit azonos feltételekkel kezelnek és senkinek se kell többet fizetnie, mint családjának egyhavi jövedelme.

1950-ben, 30 évvel a neoliberais reform előtt az egészségügyi ellátás minden chilei számára biztosítva volt. Igen kevés bizonyíték van arra, hogy a reform csökkentette volna az egyenlőtlenségeket, javította volna a hatékonyságot. Az új modell szétdarabolta az ellátó rendszert társadalmi osztályok szerint, és a kötelező részleges hozzájárulás a paciensek részéről (co-payment) nagy anyagi terhet jelent.

Reform Columbiában

1990-ben a helyi közigazgatási szinten radikális decentralizáció kezdődött. A kormány 1993-ban egy Egészségügyi Reform Törvényt hozott, amelyben követte az 1993 World Health Report ajánlásait. 2000-ben a World Health Report 2000 a LA országok között Columbiát az első helyre sorolta. Sok szakértő támadta az eljárást, mivel ezt a olyan szakemberek végezték, akik korábban a WB alkalmazottai voltak.

A columbiai reformerek szerették volna elkerülni a chilei egyenlőtlen elérést az egészségüghöz, ezért a járuléktól függetlenné tették az orvosválasztást, de ez nem járt sikerrel. Lényege a reformnak egy mindenki számára elérhető, viszonylagosan nagy csomagja a szolgáltatásoknak. A szolgáltatások eléréséhez a társadalombiztosításhoz kellet csatlakozni, ennek két útja a fizetőképesek vagy a szegények. A fizetőképesek járuléka a jövedelmük 12%-a, abból 1 % kerül a Szolidáris Alapba. A kormány és a Szolidaritási Alap fedezi a szegények költségeit.

A reform másik jellegzetessége a privát szektor bekapcsolódása a járulékok beszedésébe és az ellátás szolgáltatásában. A járulék összegyűjtését „Egészségvédő Cégek végzik (EPSs). Akik a kötelező járulékot fizetik azok számára kidolgoztak egy „kötelező minimum csomagot” aki hajlandó a kötelezőnél magasabb járulék fizetésre, azok számára pedig egy „komplemens csomagot”. Az EPS-ek szerződnek az állami vagy privát, illetve az EPS- hálózatba működő orvosokkal. Az EPS-ek dolgozhatják ki az orvosoknak járó térítés fizetési feltételeit. A paciensek - fizető képességük függvényében - választhatnak az EPS-ek és az egészség-csomagok között. Elkerülendő a társadalmi osztályok közötti szegmentációt, az EPS-ek fizetik a költségeket azokért is, akik költségeit a kormány és a Szolidaritási Alap fedezi. Azok számára, akik nem csatlakoztak a társadalombiztosítási rendszerhez (EPS-ek) létrehozták az állami szervezetet, ARS-t. Ezek látják el a kis városok lakóit, a vidéki lakosságot.

A közkórházak autonómiát kaptak a célok meghatározása és a források megszerzése területén. Számos ilyen kórház súlyos anyagik gondokkal küzd vagy felszámolták azokat.

A reform igen nagy költségnövekedéssel járt. 1984 és 1997 között a költségnövekedést 178 %-ra becsülték. Egy főre 50 USD-ről 90 USD-re. A közkiadások növekedésének haszonélvezői a gazdagok, akiknek járulékát a 90-es évek végén csökkentették. Ez kétségbe vonja azt, hogy reform az egyenlőtlenségek kiküszöbölését szolgálta.

A területi közigazgatási egységek között az állami hozzájárulást egyenlőbben osztották el 1997-ben mint 1993-ban, ez viszont nem jelenti azt, hogy egyenlőbbé vált volna a lefedettség, ami a falusiak számára lényegesen alacsonyabb mint a városiak számára.

(1993-ban a városiak lefedettsége 77 %, a falusiaké 58 %. 1997ben a városiaké 79 % és 60 %)

A szegénység meghatározása igen pontatlan. 1999-ben 30 % szegényt nem minősítettek szegénynek, miközben 31 % tehetősebbet szegénynek minősítettek a General Finance Office jelentése szerint.

A műtéti költség az összes személyi költségek 50 %-át tették ki 1994-ben, 70% át 1997-ben. 1996 és 1998 között a műtétek költsége 24 %-al nőtt, amíg a teljesítmény csak 4 %-al. Ez magyarázza az egészségügyi költségek jelentős növekedését.

Argentína, Mexikó és Brazíliahoz hasonlóan a nővér munka minősége jelentősen csökkent, ami privatizáció rovására írható. A piaci viszonyok bevezetése növelte az ápolónőknél a stresszt és az elégedetlenséget. A munkahely bizonytalansága több munkahellyel kötött szerződést eredményezett, stb.

A specialisták 62 %-a úgy véli, hogy az ellátás minősége romlott a reform következtében. 66 % úgy véli, hogy nem történt javulás az egészségvédelem és a betegség megelőzés területén. A védőoltásokkal való lefedettség csökkent, így nőtt a fertőzések száma.

A columbiai egészségügyi rendszer az összeomlás határán van az elemzők szerint. 2002. június 30-án az adóság 6401 milliárd peso. (1 USD=2348 peso)

Összefoglalva: Columbia törekedett a WB reformtörekvéseinek megvalósítására, ez jelentős egészségügyi költségnövekedéssel és azzal járt, hogy a populáció nagy része lefedetlen. A szegényeknek nehézségei vannak a szolgáltatások igénybevitelében a co-payment (hozzájárulás) következtében. Nincs mérhető hatékonyság és minőség javulás. A közegészségügy erodálódott és nem valósult meg az egyenlő elérés (health equity).

Következtetések

Az a WB modell szerint szervezett egészségügy ott a leghatékonyabb, ahol a privát szolgáltatások állami szabályozás mellett működnek. Az egészségügy szabályozásának komplexitása miatt a WB által javasolt neoliberális reformokat tiltani kellett volna Latin-Amerikában. Azokban az ipari országokban, ahol több-kevesebb sikerrel szabályozzák a közszolgáltatásokat, nehézségekkel kerülnek szembe, ha elkezdik szabályozni az egészségügyi ellátást. A reformereknek nem kellett volna feltételezni, hogy a kormányoknak a szóban forgó régiókban van kielégítő szabályozó kapacitása. A latin-amerikai politikai rendszereket történelmileg autoriter végrehajtás és nagyon gyenge jogi és törvényhozói hatalom jellemzi. Ez a politikai realitás nem tesz lehetővé hatékony törvényhozói és végrehajtói hatalmat.

Amikor az egészségügyi reformot bevezették, a latin-amerikai kormányok nem rendelkeztek a privát egészségbiztosító társaságok, az irányított betegellátás szervezetei vagy más privát egészségügyi szolgáltatók, gyógyszergyártó társaságok ellenőrzéséhez szükséges intézményekkel. Az egészségügyi piac szabályozása elengedhetetlen a magas minőségű ellátás eléréséhez és a fogyasztó védelméhez. Gómez Dantés Mexikóra vonatkozó megjegyzéseit kivetíthetjük a régió többi országaira: „Az egészségügyi hatóságoknál hiányzik a folyamatos megfigyelés és kiértékelés kultúrája és nincs formális pénzügyi beszámoltatási mechanizmus.” (Gómez Dantés: Egészségügyi reform és politika a szegények számára Mexikóban, In.: Loyd-Sherlock: Egészségügyi reform és szegénység Latinamerikában. Univ. of London. 2000). Bolis tovább megy: A régió országai számára jogalkotás szükséges korrigálni a szolgáltatók és

felhasználók közötti asszimetriát, megvédeni a fogyasztókat a szükségtelen kockázatoktól, segíteni őket, mikor különböző gyógykezelések között választanak. Az országoknak törvényekre van szükségük, hogy szabályozzák a privát szervek és intézmények magatartását a szupervízió, megfigyelés és kapcsolattartásban a privát szolgáltatók technikai és pénzügyi auditálása során. Évekkel az 1990-es és 1993-as reform előtt a Kolumbiai kormány Egészségügyi Felügyeletet hozott létre a társadalombiztosítás és az egészségügyi közszolgáltatás szabályozása és koordinálása céljából, de az összes érintett fél ignorálta ezt a reformot. Ehhez hasonlóan a chilei, az argentin és a perui felügyeletek igen kis kapacitással rendelkeztek a privát szektor ellenőrzésére és nehézségeik voltak a közszolgáltatás auditálása terén. Az US tapasztalatai azt mutatják, hogy még az igen erős szabályozás esetén is az egészségügyi szolgáltatók privatizációja nem növelte az ellátás egyenlő elérhetőségét és hatékonyságát, amelyek nélkül a reform katasztrófába torkolhat.

Napjainkban készült tanulmány a Dominika köztársaságról jó példát mutat a reguláció nélküli privatizáció katasztrófális következményeiről. Az egészségügyi szektor nyilvánosan támogatott privatizációja jött létre azt megelőzően, hogy a kormány normákat állított volna fel a szabad verseny számára, felállított volna minimális minőségi követelményeket, képes lett volna az egészségbiztosító társaságok etikátlan viselkedését büntető törvény létrehozására. Az eredmény többszörös visszaélések és kirekesztés. Az egészségügyi reform így nagy visszalépés. Sajnos ez nem kivétel, hanem inkább jellemző a többi LA országra.

A WB figyelmen kívül hagyott számos problémát. Ezek nagy része a kormányok alkalmatlanságából származik a decentralizált társadalombiztosítás rendszerek felügyelete, a törvényhozás, az orvosi magatartás kontrolja, a korrupció visszaszorítása terén. A WB reformok igen keveset tettek ezeknek a problémáknak az orvoslására, így ezek változatlanul fennállnak. Nem meglepő, hogy a megfigyelők szerint a reformok elvétették a céljukat, sőt a célok ellenkezőjét valósították meg: az egyenlőtlen hozzáférés növekedett, a hatékonyság csökkent, az elégedetlenség nőtt, anélkül, hogy javult volna a szolgáltatások minősége.

Az LA országokban, a neoliberális reformot 10, illetve 20 évvel követően több az egészségügyi ráfordítás, miközben nem nőtt a hatékonyság, a lakosság egyre nagyobb %-a nem fér hozzá az egészségügyi ellátáshoz, számos régióban magasabb az egyenlőtlenség és gyakran ugyanott adminisztratív bizonytalanság mutatkozik. Növekvő egészségügyi kiadások, több adminisztrátor, magasabb gyógyszer árak, magasabb külföldi adósság az eredménye a WB és ÍDB reformnak.

A neoliberális egészség reform haszonélvezői

Fel kell tennünk a kérdést, hogy habár a neoliberális egészségügyi reform nem érte el a céljait, a WB miért folytatta az egészségügyi modell bevezetésének támogatását? A neoliberális reform haszonélvezőinek azonosításával fény derül az okokra amiért a WB egy sikertelen politikát támogatott. A lényeges haszonélvezők a nemzetközi társaságok, a tanácsadó cégek és a WB saját stábjá.

Nemzetközi társaságok

Az elsődleges haszonélvezők az irányított betegellátást végző (HMO) és a privát egészségbiztosító cégek és néhány országban a tehetős rétegek, akik hálapénz fejében luxus körülmények között jutottak az ellátáshoz. Az US biztosító társaságok érdekeltsége az LA országokban jól dokumentált. A privatizáció, mint a reform politika magja, megfelel ennek az érdekeltségnek és nem magyarázható technikai racionalitással. Az US-ban rendelkezésre álló források és államigazgatási kapacitások ellenére tapasztalható, az irányított betegellátással (HMO) kapcsolatos növekvő problémák önmagukban riasztó jelenségek kellett volna legyenek a WB stáb számára, azt jelezve, hogy az US modell nem alkalmazható az LA országaiban, de a cégek érdeke fontosabbnak bizonyul.

Az IMF és a WB a reformot támogató legfontosabb szereplők. Stiglitz Nobel-díjas közgazdász szerint, aki korábban kulcsszerepet töltött be a WB-nél és Clinton elnök gazdasági tanácsadója volt, a két nemzetközi szervezet és az US kincstár egyes csoportjai által artikulált érdekeket képviselte. A globalizált gazdaságban az európai és japán nemzetközi társaságok jó- működése bizonyos mértékben az amerikai nemzetközi társaságok jó működésétől függ, ezért az EU és a Japán kormánynak nincs kifogása az ellen, hogy az US kincstár játsszon vezető szerepet az IWB-ben és az IIMF-ben. Az US kincstár számára a legfontosabb cél a nemzetközi társaságok profitja. A hatékony egészségpolitikák negatív befolyást gyakorolnak a társaságok profitjára, ilyenek a biztonsági programok az üzemekben és a mezőgazdaságban, a baleset védelem a közlekedésben, a dohányzás visszaszorítása, a generikumok támogatása és az alapvető gyógyszerek listáinak támogatása a gyógyszer kereskedelemben, ezek mindegyike alacsony költséggel képes a lakosság egészségét jelentősen javítani. Az erőszak elleni programok, az egészség oktatása, a jól definiált közegészségügyi beavatkozás támogatása szintén kimaradt a neoliberais reformokból. Feltételezhetjük, hogy azért maradtak ki, mert nem igényelnek nagy hiteleket, amelyeket a WB támogatni szokott és nem generálnak társasági profitot.

Másodlagos haszonélvezők

A „másodlagos” jelző arra vonatkozik, hogy a nemzetközi társaságok hasznához viszonyítva itt a haszon jelentősen kisebb. Ide sorolhatók a tanácsadó cégek, egyetemek és a WB stáb.

A multilaterális bankok és a bilaterális segélyszervezetek vagy közvetlenül, vagy a hitelt igénylő kormányokon keresztül kiszereződnek technikai segélynyújtás, egészség javító, beavatkozást segítő, és néhány tudományos feladatra. Általában a kormányok vagy a WB határozza meg a szerződő felek kritériumait, de rendszerint a választás ugyanarra a néhány szervezetre esik. Egy tanácsadó cég könnyen lekerülhet a potenciális szerződő felek listájáról, ha kiderül, hogy a korábbi szerződés során nem követte az ügynökségek által preferált ideológiát. A kis cégek részére ez a szerződés a túlélést jelentheti. A WB (és más segítő szervezetek), a tanácsadó cégek rövid idő alatt felismerik, hogy mit várhatnak egymástól. A pályáztató társaságok olyan

fejlesztést vagy tanácsadást várnak el, amelyik nem kritizálja, illetve egybeesik a neoliberális ideológiával, a tanácsadó cégek viszont új megrendelésre számítanak.

A WB, az USAID és néhány alapítvány nagy presztízsű egyetemekkel is kisserződik kutatások, egészség fejlesztés, egészségügyi beavatkozások témájában. A szerződött összeg vagy grant a WB költségvetéséhez képest csekély, az egyetemek számára viszont a költségvetésük 50 %-át is kiteheti. Ezek az intézmények - további támogatás reményében - nem kritizálják a neoliberális reformot, akkor sem, ha a tévedés nyilvánvaló. A WB és a többi finanszírozó szervezet a nagypresztízsű egyetemek kritika nélküli jelentéseit és publikációit terjesztik a szélesebb szakmai körök, az US kincstár és a korporációk felé.

A WB, ahogy a többi bankok is érdekeltek hitelek nyújtásában. A WB tisztviselőktől elvárják, hogy adjanak el hitelt. A hitelek száma és mértéke fontos szempont a bizalom és a státusz megszerzésénél a WB bürokráciában. Az országok sok esetben nem akarnak egészségügyi hitelt felvenni, de a WB hitelfelvétel feltételéül szabhatja a nemzetgazdaság más területén. Costa Rica az egyik leghatékonyabb egészségügyi rendszerrel rendelkezik a LA országok között és nem akar egészségügyi hitelt felvenni. Az egészségügyi hitel jó alkalmat adna a neoliberális beavatkozásra, ezért a WB erőlteti ezt azzal fenyegetőzve, hogy akkor a gazdaság más területén sem hitelez Costa Rica-nak. Ezideig Costa Rica ellenállt, de kérdés, ezt folytatni tudja-e a jövőben a WB és az US kormány nyomása ellenében.

Ma a WB a legnagyobb egészségügyi hitelező, ennek eredménye, hogy vezet az egészségpolitika kialakítása terén. Más nemzetközi bankok mint a American Development Bank (IDB) és kétoldalú ügynökségek, nézeteltérések ellenére követik a neoliberális politikát. A WB és az IMF bürokratáknál felhalmozódó hatalom csökkenti a nemzeti egészségpolitikák kialakulását, amelyek helyest választ adnának a lokális problémákra.