

Mihályi Péter

## Egészségügyünk jövője\*

---

### Különleges piac

Nincs olyan egészségügyi vita, ahol legalább egyszer el ne mondaná valaki, hogy „az egészségügy piaca különleges piac”, „az egészségügyben a piac csődöt mond”, „az egészségügyben a kereslet és a kínálat fogalma nem értelmezhető”. Ez rossz megközelítés. Önmagában az a tény, hogy egy szolgáltatás piaca nem egyszerűsíthető le nagyszámú vevő és nagyszámú eladó alkujára, még nem ok arra, hogy sutba dobjuk a közgazdasági szemléletet.

A modern világ számtalan különleges piacot ismer. Sok speciális vonása van a bankközi pénzpiacnak, a villamosenergia-piacnak, a vasúti és autópályás közlekedés piacának stb. Abból a tényből, hogy bizonyos egészségügyi ellátásoknál számottevő externális hatás érvényesül (pl. fertőző betegségek elleni oltások), még nem következik, hogy valamennyi egészségügyi ellátást ki lehet és ki kell vonni a piaci hatások alól. Fontos, de nem döntő körülmény, hogy a világ legtöbb országában az orvosi szolgáltatások piacán csak gyengén érvényesül a verseny, s még ez a verseny is szinte kizárólag belföldi verseny. Erre is van azonban példa más területeken — gondoljunk a bankszektorra, a biztosításügyre vagy a vendéglátóiparra. Közelebb járunk az igazsághoz, ha azt mondjuk, hogy az egészségügy szereplői is piaci szereplők, mindennapi viselkedésüket keresztül-kasul áthatják a piac logikája kínálta viselkedési formák. És érvényesül a verseny is: versenyben állnak egymással a gyógyító intézmények, versenyeznek egymással az orvosok és — az orvosi egyetem kapujában — a jövő orvosok is.

Máshonnan kell kiindulnunk! Onnan, hogy az egészségnek — az életben maradásnak és a fájdalom csökkentésének — különleges, semmihez sem hasonlítható értéke van.<sup>1</sup> Biztosítási szakkifejezéssel élve ezt úgy fogalmazhatjuk meg, hogy nem értelmezhető a „gazdasági totálkár” fogalma. A vagyonszükséglet körében mérlegelés kérdése, hogy érdemes-e helyreállítani a megsérült tárgyat vagy kifizetődőbb-e újat beszerezni. Az emberrel, az ember egészségével kap-

\* Részlet a szerzőnek a Springer Orvosi Kiadónál a közeljövőben megjelenő Magyar egészségügy: diagnózis és terápia c. könyvéből.

csolatban ez nem vethető fel. Ha nem akarunk tudálékosan és szükségtelenül precíz módon fogalmazni, akkor azt mondhatjuk, hogy ez tértől és időtől független alapigazság. A saját élete, a saját egészsége mindenki számára végtelenül fontos, mert az egyén szempontjából az élet pótolhatatlan.<sup>2</sup> Ha viszont nem értelmezhető a totálkár, akkor ez azt jelenti, hogy egy adott beteg esetében az egészség helyreállítása során a kiadásoknak nincs felső határa! Az egészségügyi finanszírozásának minden nehézsége és intellektuális izgalma végső soron innen eredeztethető, s ez magyarázza azt a tényt, hogy a legfejlettebb országokban sincs megelégedve a közvélemény a nemzeti egészségügyi rendszer teljesítményével.

Mégsem mondhatjuk, hogy az egészségügy területén egyáltalán nem érvényesül a pénz, a költség—haszon szemlélet logikája. Nézzünk két szélsőséges példát! A koraszülöttek megmentése terén a tudomány folyamatosan javítja saját rekordjait. Ma már egy 530 grammal született csecsemő életét is meg lehet menteni<sup>3</sup>. A világ mégis úgy működik, hogy a kórházak nem mentenek meg minden koraszülöttet és minden beteg csecsemőt. Ha nehéz is meghozni a döntést, végső soron mégis úgy szab gátat a kórház a költségeknek, hogy az újszülöttek egy részét életképtelennek nyilvánítják. Hasonlóképpen működik a társadalmi döntéshozatali mechanizmus az élet másik végpontján, a magas életkorban közelgő halál esetén. Egy bizonyos életkor és egészségi állapot után az orvosok feladják az egészség helyreállításaért, az élet megmentéséért folytatott küzdelmet. Nem azért, mert kilátástalan, hanem azért, mert a költségek elfogadhatatlanul magasak a remélhető életnyereséghez képest.

Mindkét szélsőséges esetben ugyanaz a társadalmi racionalitás működik. A társadalom — az állam, a biztosító, az orvos, a család — ha pontatlan és szabályozatlan módon is, de azt mérlegeli, hogy az élet elvesztése esetén mekkora a kárba vesző társadalmi tőke. A koraszülött baba esetében ez hónapokban mérhető, ha egy újabb gyermek pótolja az elvesztettet. Az életkor függvényében a közvetlen hozzátartozók érzelmi vesztesége is kisebb. A családot és a társadalmat akkor éri a legnagyobb veszteség, ha munkaképes, jól kiképzett embertársunkat ragadja el a halál, vagy egy ilyen embert sújt helyrehozhatatlan egészségromlás.

A fenti gondolatmenettel azonban nemcsak az a nehézség, hogy a rideg üzleti kalkuláció szellemét viszi be az élet legintimebb szférájába. A példák által az a félig igaz, de félig mégis hamis látszat keletkezik, hogy az élet, az egészség értéke kiszámítható. Ez már nem igaz. A különböző egészségi állapotok hasznossága közgazdasági értelemben nem mérhető. Ez még akkor is így van, ha tudjuk, hogy az elmúlt évtizedekben számos tanulságos kísérlet folyt az egészségügyi közgazdaságtanban a költség—haszon számítás elemeinek meghonosítására. Kornai Jánossal egyetértve mondhatjuk: „csak egyetlen vitathatatlan mérce van, amelynek közgazdasági tartalma világos és egyértelmű: egy áru vagy szolgáltatás annyit ér a felhasználó számára, amennyit kész fizetni érte. Ahol ezt a piaci mértéket kiiktatjuk, bármi okból történik is ez — tehát akkor is, amikor jó okunk van a piaci értékítélet megkerülésére —, nincs több, biztos fogódzónk.”<sup>4</sup>

Sok közgazdász fejében az egészségügy sorsa gyakran összekapcsolódik a nyugdíjak ügyével, mert mind a kettő a társadalombiztosítás része; vagy éppen az oktatásüggyel — a két ágazat hasonló mérete okán. Az ilyen gondolati

összekapcsolásnak logikus következménye, hogy a döntéshozók keresik azokat az elosztási elveket, amelyeket mind a két, vagy mind a három rendszerben egyaránt alkalmazni lehet. Ilyen elv az ingyenes, alapvető ellátási csomag és a luxus-szolgáltatások megkülönböztetése. Első pillanatban úgy tűnhet, hogy ez az elv valóban mind a három rendszerben értelmezhető és kezelhető megoldásokat ad a döntéshozók kezébe. Ez sajnos nem igaz.

Gondoljuk végig, mit jelent az „alapvető ellátási csomag” kifejezés. Végző soron nem jelent mást, mint egy olyan szolgáltatás-csomagot, amelynek előbb országos szinten, majd a népességi adatokat és a megbetegedési-halálozási valószínűségeket figyelembe véve egy-egy korcsoportra lebontva megfelel egy meghatározott pénzösszeg ( $x$  ezer Ft/fő/év). Így működik a nyugdíjbiztosítás és az oktatás is: 12 év iskolai oktatás diákonként 2 millió forint ráfordítást jelent, a minimum nyugdíjat pedig eleve Ft/fő/év alapon állapítja meg az Országgyűlés. Ez az a pont, ahol az egészségügy szembeötlően különbözik mind a nyugdíjtól, mind az oktatástól. Az egészségügyben a szükségletek szórása hatalmas: nem minden polgár lesz beteg, az öregek többet betegeskednek, mint a fiatalok, nem egyformák az egyes betegségek gyógyítási költségei stb. A másik két területen a szórás elenyésző. 13 700 forint havi nyugdíj (ez az 1998-ban érvényes törvényes minimum) minden nyugdíjas számára nagyjából ugyanazzal az értékkel bír (bár itt is vannak különbségek — például — az egyedül élő, illetve a családban élő nyugdíjasok között), s hasonlóképpen nincs jelentős különbség a jó és rossz képességű iskolai tanulók fajlagos oktatási költségeiben. Ezen a két területen tehát viszonylag jól meghatározható a „minimum-csomag”:  $x$  ezer Ft minimum-nyugdíj, 8 vagy 12 évre előírt kötelező és ingyenes oktatás.

Az egészségügyben ez a rendszer nem életképes. 1999-ben a természetbeni egészségügyi ellátás költsége 91 ezer Ft/fő/év. Az alapvető ellátási csomag meghatározása azt jelentené, hogy a törvényhozás úgy dönt, hogy ennek az összegnek csak az 50–80%-a jár tb-alapon. A többiért a betegnek magának — vagy helyette a magánbiztosítójának, az önkormányzatnak vagy a központi költségvetésnek — még külön fizetnie is kell. Csakhogy, az így számolt 40–60 ezer forintnyi összeg — éppen a szükségletek szórása miatt — hol nagyon sok, hol meg nagyon kevés lenne.

## Az információs aszimmetria

Az egészségügyi közgazdaságtani tankönyvek — különösen az angol szerzők — nagy hangsúllyal szólnak az orvos—beteg relációban érvényesülő tudásbeli különbségről, az ún. információs aszimmetriáról. Ha jobban belegondolunk, beláthatjuk, hogy az információs aszimmetria sem tekinthető az egészségügyi piac különleges vonásának. Az árúk és szolgáltatások majd minden területén igaz, hogy az adott tevékenységre szakosodott eladó jobban ismeri a portékát, mint a vevő. Ez így van a zöldségpiacon, az autópiacon, sőt a tőzsdén (ti. a bróker és a befektető kapcsolatában) is. Inkább az ellenkező állítás mellett szeretnénk érvelni: az átlag beteg többet tud saját betegségéről, az őt sújtó betegség természetéről, mint az átlag autóvásárló vagy az átlag autós, amikor szervizbe viszi autóját.<sup>5</sup>

S ha már a szolgáltatásokhoz hasonlítjuk a gyógyítást, akkor könnyen feltehetjük más hasonlatosságokat is. Az a tény, hogy a fejlettség szintjével együtt az egészségügyi kiadások aránya nő a GDP-ben, szintén nem tekinthető speciális vonásnak. Általánosságban is igaz, hogy a modern társadalmak jövedelmük egyre nagyobb részét költik szolgáltatásokra, s ezen belül különösen gyorsan nő a szabadon választható, ún. bizalmi jóságok (*credible goods*) iránti kereslet. Ebbe a kategóriába tartozik az orvosi gyógyító munka is, de ide sorolhatjuk a magántanár, az ügyvéd, az építész munkáját is. Ezekben a területeken mindenütt érvényesül a szolgáltatások eladójának információfölénye, s éppen ezért nem véletlen, hogy a vásárló—eladó kapcsolata ezeken a piacokon sok hasonlóságot mutat az orvos és betege közötti — különlegesnek mondott — bizalmi kapcsolattal.<sup>6</sup> Az sem véletlen, hogy az orvosi honoráriumok és a hálapénz gyakorisága és nagysága azokon a szakterületeken a legmagasabb (szülész-nőgyógyász, sebész, fogorvos), ahol egyidejűleg teljesül két feltétel: (1) a betegnek van ideje és lehetősége a választásra; (2) az intimitás, a beavatkozás kockázata vagy a beavatkozással járó fájdalom miatt fontos az orvos iránti bizalom.

Mint a bizalmi javak piacán általában, itt is igaz, hogy a szolgáltatás *minőségének* megítélésében a betegek többnyire csak szubjektív tapasztalataikra építhetnek. Amikor minőségről beszélünk, akkor valójában háromféle minőségi elemre is gondolunk. Egyrészt szó van az egészségügyi ellátás orvos-szakmai minőségéről (a diagnózis és a terápia helyességéről). Itt joggal beszélhetünk információs aszimmetriáról: az orvos többé-kevésbé tisztában van az általa nyújtott szolgáltatás minőségével, de ezt az információját nem osztja meg betegével. A minőség kapcsán a szolgáltatás külsődleges jegyeire is gondolunk: a szállodai komfortra, az orvos—beteg viszony udvariassági elemeire, a beteg idejének tiszteletére. Miközben a beteg alapvető érdekei a szakmai minőséghez kötődnek, az orvos—beteg találkozások túlnyomó részében az orvos olyan rutinjellegű döntéseket hoz, ahol a tévedés kockázata elenyésző, s nincs szükség a bizalmi viszony kialakítására sem (kisebb megbetegedések kezelése, baleseti sérülések ellátása, szűrővizsgálatok, recept-felírás). Ebben a tekintetben az orvos munkája hasonlatos a vonatvezető, a pilóta vagy a taxisofőr munkájához. Miközben igaz az, hogy a jármű vezetője pillanatonként hoz döntéseket, s minden egyes rossz döntésnek végzetes lehet a következménye, a hiba elkövetésének valószínűsége rendkívül kicsi. Éppen ez a tény értékeli fel az ilyen típusú szolgáltatások külső jegyeit: a komfortot, az udvariassági, pszichikai tényezőket.

Látszólag profán a hasonlat, de érdemes végiggondolni: mi van akkor, ha turistaként egy idegen városban taxiba ülünk? Ki ismeri jobban a várost, a szolgáltatás eladója vagy a vevő? Mi a garancia arra, hogy a taxisofőr a lehető legrövidebb útvonalon fog elvinni minket célunkhoz? Nem nehéz belátni, hogy egy intelligensen megállapított tarifa-rendszerben — ahol az alapdíj és a kilométerdíj arányan helyesen van megállapítva — a taxisofőr nem abban érdekelt, hogy utasai pénztárcáját felesleges kilométerekkel terhelje, hanem abban, hogy egy adott időtartam alatt minél több utasa legyen.<sup>7</sup>

Mind az egészségügyi intézmények, mind a finanszírozó intézmények szempontjából nagyon fontos, hogy tisztán elkülönítsék ezt a két minőségi elemet. A tapasztalatok szerint ugyanis a kifogások, betegpanaszok 90—95%-a a gyó-

gyítás komfortjával, az orvosok és az ápolók viselkedésével kapcsolatos. Ha viszont peres eljárásra kerül a sor — ami az orvos—beteg találkozások számához viszonyítva százalékosan ki sem fejezhetően ritka esemény —, akkor minden esetben az orvos-szakmai elemek lesznek vád és vizsgálat tárgyai. Az „egészségügy minősége” kifejezésnek van egy harmadik értelme is. Ez tulajdonképpen makroszintű értékelés, annak a kérdése, hogy egy ország népessége összeségében milyen ellátásban részesül, hogy ez mennyibe kerül, mennyire van biztosítva a legelesettebb rétegek ellátása, mennyire rugalmasan vagy rugalmatlanul működik a finanszírozás adminisztrációja stb. Természetesen a betegeknek erről is megvan a véleményük.

A gyógyító munka minőségét nehéz mérni, de nem lehetetlen. Egyes nagy értékű tartós fogyasztási cikkek és szolgáltatások esetében objektív kritériumok szerinti rendszeres értékeléseket kínálnak a fogyasztóvédelmi szervezetek, a szakajtó vagy az állami adatbázisok. Akit érdekel, némi utánajárással megtudhatja, hogy az egyes autómárkák között mi a különbség, melyek a legjobb magyar szállodák, melyek a legeredményesebben oktató magyar középiskolák. A minőség mérésének ezek a mechanizmusai elvileg az egészségügyben is kiépíthetők — mint ahogyan az Egyesült Államokban, Franciaországban<sup>8</sup>, Lengyelországban, sőt a MÉRCE Egyesületnek köszönhetően Magyarországon is<sup>9</sup> van már rá példa. Ha vannak jól kiépített számítógépes adatbázisok, akkor mérni lehet a kórházak beavatkozásának hatékonyságát, a szövődmények számát, a gyógyulás időtartamát, sőt a betegek szubjektív elégedettségét is. Ez természetesen pénzbe kerül. A finanszírozás feladatát az állam is magára vállalhatja, de működhet ez a fajta értékelő rendszer (*rating*) akár üzleti alapon is.

Az információs aszimmetria koncepciójához kapcsolódik az az ugyancsak sokszor hallható megfogalmazás, miszerint az egészségügy azért is különleges piac, mert a szükségletet nem a beteg, hanem a gyógyító orvos határozza meg. Vagy más megfogalmazásban: a kínálat szabja meg a keresletet.<sup>10</sup> Ebben sok igazság van, de mégsem mondhatjuk, hogy csak az egészségügyben érvényesül ez az összefüggés. A volumenében növekvő kínálat, a forradalmian új termékek és technikai megoldások keresletteremtő hatása a személyi számítógépek, a mobil telefonon vagy a bankkártyák esetében pontosan ilyen módon érvényesül. De nemcsak a közelmúlt egyértelműen progresszív példáira hivatkozunk. A dohánytermékek és a drogok piacán is a kínálat—kereslet generáló mechanizmusai működnek!

Ha nem fogadjuk el az információs aszimmetria koncepcióját, akkor mivel magyarázzuk, hogy az orvos—beteg kapcsolat jellemzésére ennyire ráragadt az egyenlőtlen viszony bélyege? A válasz többretű. Egyrészt arról van szó, hogy a betegség mint állapot környezetének majd minden tagjával szemben egyenlőtlen és kiszolgáltatott helyzetbe hozza a páciens (például családtagjaival szemben is). Az orvos—beteg kapcsolat csak ezen a szituáción belül értelmezhető. S ezen belül igaz az, hogy a beteg sokszor nincs abban a helyzetben, hogy gyógykezelésének egyoldalúan véget vethessen. Legtöbbször éppen azért, mert mozgásképtelen, eszméletlen, lázas állapotú. Az orvos—beteg relációban ténylegesen benne levő feszültség, a beteg kiszolgáltatottsága leginkább abból ered, hogy a beteg (és nem az orvos) egészsége forog kockán. Ha a beteg maga is orvos, s így közel annyit tud, mint az őt kezelő orvoskolléga, betegként

akkor is átéli a kiszolgáltatottságot, a kockázatot. Másfelől az orvos—beteg kapcsolatot — különösen a kórházban — szükségszerűen megterhelik az egyén és az intézmény konfliktusai. Ebből a szempontból a kórház nem sokban különbözik a laktanyától, a börtöntől. S ha mindez nem elég, akkor ehhez járulnak a kiszolgáltatottság rendszerspecifikus átkai. A szocialista egészségügyben a hiány és a korrupció, a piaci egészségügyben a szegénység.<sup>12</sup>

Hogy mennyire félrevezető az információs aszimmetriára való hivatkozás, azt abból is láthatjuk, ha összevetjük egymással az emberorvoslás és az állatgyógyászat során létrejövő orvoskliens viszonyt. Amikor a kliens az állatorvoshoz viszi kedvenc kutyáját vagy macskáját, szakmai felkészültség dolgában semmivel sincs jobb helyzetben, mint amikor a maga betegségével saját orvosát keresi fel. Minthogy azonban az előbbi esetben nem a saját életéről, hanem kutyája-macskája életéről van szó, higgadtabban tudja mérlegelni az orvos által ajánlott beavatkozás kockázatát, költségét.

Ezen a ponton azonban vissza kell térnünk a már említett „totálkár” fogalomhoz. Mivel az élet pótolhatatlan, a fogyasztó — azaz a beteg ember — szemszögéből nézve nem beszélhetünk fogyasztói szuverenitásról. Saját életének és egészségének értékét védve — az eutanázia egyébként igen fontos példájától eltekintve — a beteg nem dönthet szuverén módon arról, hogy milyen orvosi szolgáltatást vesz igénybe. Ezt helyette mások döntenek el. Kik ezek a mások? Elsősorban az orvos, de beleszólnak a döntésbe a biztosítók, a jogszabályokért és regulációért felelős állami szervek. Ha viszont nincs vagy csak erősen korlátozott módon érvényesül a *fogyasztói szuverenitás*, akkor ezzel érvényét veszti számos közgazdasági tétel. Úgy gondolom, hogy végső soron ez a legmélyebb közgazdasági magyarázata annak, hogy az egészségügyben nem kívánatos, hogy a piaci mechanizmusok korlátozás nélkül működjenek.<sup>13</sup>

## Az orvostudomány korlátai

Az egészségügy finanszírozása szempontjából az információs aszimmetriánál sokkal fontosabbnak tűnik, hogy az orvostudomány korlátairól beszéljünk. Ez is összetett jelenség. Sok esetben a beteg azért nem kapja meg a megfelelő kezelést, mert senki sem tudja, hogy mi lenne a megfelelő gyógyító módszer. Más esetekben utólag kimutatható, hogy az orvosok indokolatlan kiadásokba verték a beteget vagy biztosítóját (*polipragmázia*). Az egyébként híresen magas színvonalú kanadai egészségügyben a szükségtelen kiadások nagyságát az összkiadás 30—60%-ára becsülik, az USA-ban 30%-ot mondanak a szakértők.<sup>14</sup> Ha összehasonlításként a gépkocsijavítás példájára hivatkozunk, rögvést érthetővé válik gondolatunk. Egy karambolos autó karosszériájának megjavításában a biztosító számára nincs érdemleges kockázat és bizonytalanság. A második, az ötvenedik és a századik autó esetében is ugyanazt a technológiát kell alkalmazni; nagy biztonsággal előre lehet tudni a költségeket és a javítás időigényét, a felső korlát (ti. az újraelállítási költség) pedig eleve adott. Hasonlóképpen előre kalkulálhatóak a nyugdíjbiztosítás kockázatai. Az egészségügyben már csak a tudomány korlátai miatt sem egyértelmű, hogy mi mibe kerülhet. Persze végső soron az egészségügyben is érvényesül a nagy számok törvénye — ilyen értelemben tehát a kockázatok és költségek előre kiszámíthatóak! — csak éppen rendkívül nagy és heterogén kockázati csoportokat kell

ahhoz képezni, hogy a tudományos ismeretek bizonytalanságából, meg egy sor további körülményből adódó szórás hatását kezelni lehessen.

A gyógyítással kapcsolatos ismereteink viszonylagos bizonytalansága — megint a gépkocsijavítással összehasonlítva — nem írható az orvosok számlájára. A legkevésbé sem arról van szó, hogy az orvosok nem tanultak eleget az egyetemen, hogy nem dolgoznak lelkiismeretesen a betegágy mellett! Arról van szó, hogy az emberi szervezet sokszorosan bonyolultabb és egyedibb szerkezet, mint az autó vagy más hasonló gépezetek. Tisztában kell lennünk tehát azzal, hogy az orvostudomány korlátai jelentősek, s ezért a következmények is jelentősek. Ezek közül négyet emelünk ki:

1) Az orvosok úgy igyekeznek csökkenteni ezt a bizonytalanságot, hogy újabb és újabb műszeres-laboratóriumi vizsgálatokat iktatnak be a diagnózis-készítés folyamatába. A drága vizsgálatok sokszor csak kis mértékben emelik a diagnózis megbízhatóságát, az orvos számára azonban mégis indokoltnak tűnnek, hiszen mégis csak többlet-információhoz jutnak, azaz számukra csökken a bizonytalanság. Ez igen erős érdekeltség a költségek növelésében — ha a finanszírozási rendszer nem állít hathatós ellenérdekeltségi mechanizmusokat csatarendbe.

2) Az orvosi tudás bizonytalansága eredményezi azt, hogy az orvosok — a nevezetes hippokratészi esküre hivatkozva, s a maguk szempontjából érthető módon — ragaszkodnak a gyógyítás szabadságához. Ez durva leegyszerűsítéssel azt jelenti, hogy fenntartják maguknak azt a jogot, hogy egyértelmű diagnózis és biztosan ható terápiás eljárások híján saját intuícióikra és 10—20—30 évvel korábban kialakított megszokásaikra hagyatkozzanak. A probléma nagyságrendjét jól érzékeltetik akár az amerikai, akár az európai statisztikák. Az idős népesség által igénybe vett orvosi szolgáltatások elemzéséből kiderül, hogy az USA-ban az egyes megyék fajlagos költség adatai egymástól 1:2 arányban is eltérhetnek, méghozzá úgy, hogy az eredeti adatokat már megtisztították az egyes megyékben megmutalkozó életkori összetétel, megbetegedési gyakoriság és az árszintek különbségének hatásaitól.<sup>15</sup> A francia egészségpolitikuskoknak pedig az szürt szemet, hogy az 1000 főre jutó vakbélműtétek száma Franciaországban háromszor akkora, mint Angliában.<sup>16</sup>

3) Az orvosi ismeretek bizonytalansága bizalmatlanná teszi a beteget is. Ugyanazzal a panasszal több orvost is felkeres, akár az ellátás azonos szintjén, akár úgy, hogy saját döntése alapján egy magasabb szintű ellátó helyet keres fel. Úgy viselkedik, mint az a vásárló, aki üzletről üzletre vándorol, olcsóbb és/vagy jobb árut keresve (*doctor shopping*). Annyi a különbség, hogy az ismételt orvos—beteg találkozások költségét nem a beteg, hanem a biztosító vagy az állam fizeti.<sup>17</sup>

4) Az a tény, hogy a beteg nem lehet teljesen biztos sem az orvosi diagnózisban, sem a terápiában — sok más egyéb okon túlmenően is — rontja az orvos—beteg együttműködés hatékonyságát. A beteg a helyes orvosi utasításokat sem tartja be (*compliance*), vagy éppen orvosi javaslat nélkül is gyógyszerhez folyamodik. A szakirodalomban elfogadott vélemény szerint a betegek 30%-a már a gyógyszereszedési előírások esetében sem kooperál, de ha a terápia részeként életmódbeli és egyéb viselkedés változást is javasol az orvos, akkor ez az arány akár 60% is lehet.<sup>18</sup> Végső soron mindez a gyógyítás költségeinek indokolatlan emelkedéséhez vezet.

Amennyire bizonytalanoknak kell lennünk az orvostudomány gyógyító képességének hatásosságát illetően, annyira bizonyosak lehetünk a megbetegedések valószínűségét tekintve. Első hallásra nehezen hihető, de egyszerű összefüggésről van szó. Ha egy egészségbiztosító úgy teszi fel a kérdést saját magának, hogy „ebben az évben melyik ügyfelem fog megbetegedni?“, akkor jó eséllyel helyes lesz a prognózisa, ha azt feltételezi, hogy azok az ügyfelek betegszenek meg, akik már tavaly is betegek voltak. Ilyenkor a biztosítási esemény, a megbetegedés bekövetkezése szinte biztosan előre látható. Effajta korreláció — ökonometriai szakkifejezéssel *autokorreláció* — más biztosítási területen is létezik, de intenzitása összehasonlíthatatlanul gyengébb. Így például tudni lehet, hogy az életkorukat tekintve nagyon fiatal és nagyon idős autövetetők gyakrabban okoznak balesetet, s ebből következően a  $t$  évben bekövetkezett baleset némileg valószínűsíti, hogy az adott gépjárművezető a  $t+1$  évben is balesetet fog okozni. Tehát másutt is van ilyen kapcsolat, de nagyon gyenge. Az egészségügyben a kapcsolat kifejezetten szoros. Láthatóan triviális összefüggésről beszélünk. Egy olyan összefüggésről, amivel a biztosítottak is és a biztosítók is tisztában vannak, s ennek megfelelően viselkednek. Az egyik következmény a negatív vagy káros kiválasztódás (*adverse selection*), a másik a biztosítói szelekció vagy lefőlözés (*risk selection, cream skimming*), a harmadik pedig az a biztosítói törekvés, hogy a biztosítási díjat a múltbeli megbetegedésekhez, illetve a biztosított pillanatnyi egészségi állapotához kösse. Vegyük sorjába ezeket az összefüggéseket.

Aki tudja magáról, hogy sokat betegeskedik, az racionálisan jár el, ha igyekszik biztosítást kötni. Ilyenkor a biztosított többet tud saját egészségi állapotáról, mint a biztosító. Ez a fajta fordított aszimmetria még akkor is fennmaradhat, ha a biztosító a szerződés megkötése előtt saját orvosát is csatasorba állítja. A biztosítók viszont igyekeznek az ilyen ügyfeleket kiszűrni, s lehetőleg olyanokkal szerződést kötni, akik az átlagosnál jobb egészségi állapotban vannak. Üzleti szempontból nagyon nagy a tét. Ha a biztosítónak sikerül kiszűrnie ezeket „*high-risk/high-cost*” ügyfeleket, akkor a kiadások tetemes hányadától szabadul meg, s így profitja is ennek arányában növekszik. Ha a törvények ezt engedik, akkor a biztosítók előszeretettel alkalmaznak olyan díj-konstrukciókat, ahol a betegebbnek tűnő ügyfeleknek többet kell fizetni (*experience rating*).

Az amerikai tapasztalatok arra is figyelmeztetnek, hogy az átlagok szintjén jól működő csoport-kiegyenlítés — tehát a nem, kor, családi állapot, életkor stb. szerinti keresztfinanszírozás — még távolról sem szünteti meg a biztosítói kockázatot. Egy adott biztosítói ügyfél vonatkozásában az előbb említett tényezők az egy évre eső kiadások szórását kevesebb, mint 10%-ban magyarázzák csupán, s ha még pótlólagos információként figyelembe vesszük a biztosított egészségi állapotát, korábbi megbetegedéseit, valamint a családjában tapasztalható betegség-gyakoriságot, akkor is csak további 20–30%-kal csökken a várható szóródás. Érthető tehát, hogy újabb és újabb módszerek születnek ennek csökkentésére. Így például célszerűnek tűnik figyelembe venni a biztosított korábbi hospitalizációjának tényét, esetleges rokkantságát, a korábban megvásárolt egészségbiztosítói csomag típusát stb.

A biztosítói szakirodalomban már felvetődött a genetikai tesztelés lehetősége is. Ma már megfizethető áron végezhetőek olyan tesztek, amelyek alapján a

látszólag azonos kockázatú csoportokból kiszűrhetőek a nagyobb genetikai kockázatot hordozó egyének. Pl. újabb elemzések szerint a „hosszú életűség” és a „rövid életűség” alapvetően genetikailag kódolt. Félelmetesek ezek a trendek — de nem tehetjük meg, hogy strucc módjára homokba dugjuk a fejünket. A tudományos és az üzleti élet területén megjelenő újítások igen rövid idő alatt eljutnak hozzánk. Gondolkodni kell és figyelni, hogy más országokban milyen megoldásokkal kísérleteznek. Franciaországban például 1993 óta a biztosítók önkéntes megállapodása alapján egyetlen biztosító sem veszi igénybe a genetikai tesztelés lehetőségét. Az erről kötött 5 éves megállapodást 1998-ban újabb öt évre meghosszabbították.

Az egészségügyi rendszer egészének működése, a szociális biztonság szempontjai azt kívánják, hogy az állam mint piaci regulátor szigorú szabályok közé szorítsa a biztosítók ilyen irányú törekvéseit. Sok országban elterjedt megoldás a biztosítók közötti, kötelező kockázat-kiegyenlítő alap, amely nem, életkor vagy lakóhely szerint kiegyenlíti a biztosítók közötti ügyfélkockázati különbségek várható költség-kihatásait. Egyes országokban a kiegyenlítés a jövedelemre is kiterjed, azt pedig mindenütt szigorú szabályok tiltják, hogy a biztosító egészségi megfontolások alapján visszautasíthassa a jelentkezők egy részét.

*Foglaljuk össze a tanulságokat!* Az egészségnek nincs ára — az egészségügyben minden pénzbe kerül. Ebből a paradox állításból további paradox következtetések adódnak. Legelőször is az, hogy a piaci erők szándékolt és indokolt legyengítése miatt egyetlen modern társadalomban sem érvényesülhetnek a piaci egyensúlyt helyreállító sajátos közgazdasági szabályok. A fogyasztó nem tekinthető szuverén döntéshozónak. Jelentősek az orvostudomány korlátai is — ez bizonytalanná teszi az orvost is, a beteget is. Másrészt viszont azt is látni kell, hogy az egészség értékének meghatározhatatlansága miatt az állami (társadalmi, közösségi) döntéshozatal is bizonytalan elvi alapokon áll. Amikor az erőforrások hatékony allokálása érdekében makro-szinten kell döntéseket hozni, akkor az állam sincs könnyebb helyzetben, mint amilyenben az egyén van vagy lehet. Milyen alapon határozható az meg, hogy egy adott időpontban a kórházak felújítása a sürgősebb feladat, vagy éppenséggel új egyetemekre, autópályákra vagy gátakra van inkább szükség?

## Klasszikus és modern egészségügy

A klasszikus egészségügy rendszere arra a biomedikális feltételezésre épül, hogy a betegség objektív állapot, s ebből levezethetően az egészség helyreállításához szükséges orvosi munka is objektív adottság. A modern orvoslás már évtizedekkel ezelőtt túllépett ezen a felfogáson és a betegség fogalom szociális töltetével is tisztában van. Nincs és nem is lehet általánosan elfogadott egészség-definíció. Az egészség fogalma koronként, kultúránként változik, tendenciáját tekintve többnyire bővül. Az egészségügyi kiadásokon belül egyre kisebb rész szükséges a fertőző betegségek kezelésére, az akut módon jelentkező halaszthatatlan és vitathatatlanul szükséges beavatkozásokra. Sőt, a beavatkozások egy része — *per definitionem* — nélkülözi az orvosi indikációt. Gondoljunk az abortuszra, a mesterséges megtermékenyítésre, a művi meddővé tételre stb.

Exponenciális gyorsasággal nő az olyan beavatkozások iránti igény, amelyek az életminőség megjavítását, a fájdalom, a kényelmetlenségek okozta hátrányok enyhítését, az örökölt vagy szerzett „szépséghibák” utólagos korrekcióját szolgálják. A betegség fogalma egyre inkább kiterjed minden átlagtól eltérő testi és lelki állapotra. Thomas Szász klasszikus megállapítását idézve, az *agorafóbiát* azért tartja betegségnek az orvostudomány, mert az emberek többsége nem fél a tágas, nagy tereken. Egy kisebbség viszont igen. Így jutott el a modern orvoslás és a társadalmi közfelfogás oda, hogy mindent betegségnek tekint, ami eltér a nagy átlagtól. Olyan problémák medikalizálódnak — és támasztanak finanszírozási igényt —, amelyek néhány évtizeddel korábban vagy nem is léteztek, vagy a közösségi lét más szféráiban nyertek megoldást.<sup>19</sup> Az agorafobia persze szélsőséges példa. De vajon indokolt-e bőrgyógyász szakorvossal gyógyíttatni a pattanásos kamaszokat? S ha igen, ki fizesse a számlát? A társadalombiztosítás vagy az egyén?

Sajátos következménye a modern egészségügy tudományos megfontolásokon alapuló preventív szemléletének és az egészségügyi piacon működő professzionális üzleti vállalkozások agresszív marketing munkájának, hogy az *egészség divattá is vált*. Nézzünk szét alaposan egy nyugat-európai vagy egy amerikai gyógyszertárban! Hány féle száj-, fog-, bőr- és hajápolási cikket, diabéteszes készítményt, gyermektápszert látunk a polcokon? Némi jóindulattal szinte mindegyikről kiállítható a szükségletet igazoló orvosi bizonyítvány — mégsem lenne indokolt, hogy mindezen cikkek fogyasztását az egészségbiztosító büdzséje állja.

A nagy nemzetközi gyógyszergyárak képviselői előszeretettel hivatkoznak arra, hogy egy-egy originális készítmény bevezetése 500 millió dollárba kerül. Ez így is van. De tudni kell azt is, hogy ennek az összegnek csak a felét teszik ki a kutatással kapcsolatos ráfordítások, a költségek másik felét a reklám és promóciós költségek teszik ki. Az arányokat tekintve ez pontosan megegyezik a hollywoodi filmgyártás alapszabályával. Ott is úgy kalkulálnak, hogy egy 250 millió dolláros film elkészítése után még másik 250 millió dollárt kell reklámra költeni!

Így végeredményben egyre kevésbé van mód a szükségletek objektív kontrolljára, tehát arra, hogy a beteg orvosa vagy valamilyen döntési hatalommal felruházott orvos-szakmai testület döntsön a ráfordítások indokoltságáról. Nagyon fontos, hogy lássuk: itt nemcsak a plasztikai műtétről, az akupunktúráról — tehát a népesség szűk körét érintő beavatkozásokról van szó. A fogyasztók által igényelt, orvosiilag indokolható, de nem egyértelműen szükséges orvosi szolgáltatások palettája sokkal gazdagabb, mint amire az egészségügy finanszírozásával kapcsolatos viták során gondolni szoktunk. A közérzetet rontó fájdalmak megszüntetése, a vérnyomás és a koleszterinszint szabályozása, a halláscsökkenés ellensúlyozása, a fogászati kezelés és a fogszabályozás, a kontaktlencse, a számítógép-használat esetén ajánlott speciális szemüveg, a meddőség és az impotencia elleni küzdelem — mind-mind olyan igény, amely esetenként hosszan elhúzódó kezelést, drága műtéti és gyógyszeres beavatkozásokat, gyakran cserélendő gyógyászati segédeszközöket igényelnek. S akkor még nem beszéltünk az akut beavatkozásokat követő rehabilitációs ráfordításokról (szanatórium, gyógyfürdő, fizikoterápia), a gyógytornáról, a természetgyógyászatról, a logopédiai és pszichológiai kezelésekről, a szexuális ta-

nácsadásról, valamint a hosszú ápolási idejű ellátás, az időskori ápolás és a haldokló beteg otthoni gondozásának (*hospice*) intézményesített formáiról.

## Magyarországon nincs egészséges ember

*Fájdalmak.* 1997-ben egy kérdőíves felmérés során a 14 éven felüli népesség 33,1%-a tett említést mozgásszervi panaszokról (izület, derék, gerinc, hát).<sup>20</sup>

*Allergia.* Becslések szerint a népesség 28%-a szenved valamiféle allergiától.<sup>21</sup>

*Depresszió.* Egy 1994/1995-ös felmérés szerint a 16 év feletti lakosság 31%-a szenved depressziós tünetektől.<sup>22</sup>

*Koleszterin.* Az 1990-es évek elején végzett felmérések szerint a magyar lakosság közel 2/3-ánál lenne indokolt a kórosan magas vérkoleszterinszint folyamatos ellenőrzése.<sup>23</sup>

*Fogágybetegség.* Az 1998. évi fogászati konszenzus konferencia állásfoglalása szerint a népesség 90–95%-a szenved a fogágybetegség valamelyik formájában.

*Diszlexia.* A gyermekek 8–10%-a örökletes okból, méhen belüli vagy születési sérülések miatt akadályozott beszédfejlődésűvé válik, s emiatt egész életében olvasási, írási vagy számolási zavarokkal fog küzdeni.<sup>24</sup>

A fenti adatok ismeretében érthető, hogy miért érvelünk ennyire nyomatékosan a betegség „szubjektív” volta mellett. A magyar adatokon túl, a nemzetközi felmérések is erre utalnak. Több országban is úgy találták, hogy azok közül, akik egy adott intervallumon — például egy héten vagy egy hónapon — belül valamilyen tünetet észlelnek maguknál, kevesebb mint 30%-uk fordul orvoshoz. Azok az emberek pedig, akik egy ilyen vizsgálat során betegnek vallják magukat, csak az esetek 40%-ában kérik orvos segítségét. Képzelnék el, mibe kerülne, ha mindannyian, mindig orvoshoz fordulnánk, ha éppen panaszunk van! S tegyük gyorsan hozzá: az sem biztos, hogy az orvos minden panaszra tud gyógyírt ajánlani. Egy angol háziorvosok körében elvégzett vizsgálat szerint minden negyedik beteg jelentkezése szakmai szempontból felesleges.<sup>25</sup>

A költségeket tekintve az sem mindegy, hogy a járóbeteg-kezelés során a beteg keresi fel az orvost vagy az orvos megy a beteg lakására. Hogyan lehet itt meghúzni objektív módon a határokat? Ott, ahol az egészségbiztosító a keresőképtelenség idejére járó táppénz, illetve rokkantsági ellátások fizetéséért is felelős — s Magyarországon éppen ez a helyzet —, különösen nagy gond a szükségletek objektív mérésének hiánya. Ily módon ugyanis egy máskülönben olcsón gyógyítható megbetegedés (pl. megfázás, idegi kimerültség, izületi fájdalmak) is nagyon költségessé válhat, ha az orvos felmenti a beteget a munkavégzés kötelezettsége alól. A rokkantság megállapítása pedig évekre-évtizedekre bebetonozott fizetési kötelezettséget jelent az államnak vagy a biztosítónak.

Az egészségügyi szűrővizsgálatok közgazdasági megítélése is bonyolultabb, mint első pillanatban gondolnánk. Nem könnyű belátni és elfogadni, de tény, hogy a nemzetgazdaság szintjén az ilyen vizsgálatok elvégzése nem feltétlenül jelent megtakarítást. Míg egy kivizsgálás egy-egy panaszos beteg esetében orvosilag evidensen indokolt lehet, ugyanez a vizsgálat a panaszmentes teljes populáció vonatkozásában akár feleslegesnek is bizonyulhat. A női emlőrák esetében például az egy pozitív diagnózisra — azaz egy tumor megtalálására

— eső átlagos költség 1998-as árakon számolva 400—500 ezer forint között szóródott. És ez még nem az eredményes gyógyítás költsége — csak a sikeres szűrésé.<sup>26</sup> De hasonló eredményekre jutottak azok a kutatók, akik a férfi prosztatarák szűrésének költségeit számszerűsítették. A helyzet paradox. Való igaz, hogy az egyén számára a megelőzés — a fogmosástól a prosztatarák szűréséig — kifizetődő, mert az esetek túlnyomó többségében számára ebből biztonságtudat, életév-nyereség és életminőség-javulás származik. Makroszinten és hosszú távon azonban a többlet-egészségnyereség végső soron nem kevesebb, hanem több egészségügyi kiadást eredményez, mert az egészségnyereség gyümölcse az életkor meghosszabbodása. Kincses Gyula szellemes megfogalmazását idézve „a prevenció nem bank, ahova ma beteszünk 100 000 forintot és 10 év múlva kivesszük a háromszorosát”.<sup>27</sup>

## Csökkenő hozadék

Az eddig elmondottakból következik a modern orvoslás egyik legkülönösebb közgazdasági vonása, a csökkenő hozadék érvényesülése. Ezt azt jelenti, hogy — minden egyéb körülményt változatlanul tételezve — több pénz (azaz több orvos, több gép és több gyógyszer) alkalmazása megnyert életévben mérve csak igen csekély többletet eredményez. Erre a jözan megfontolásnak látszólag elmentmondó következtetésre érdekes módon először a 80-as évek szovjet—amerikai összehasonlító vizsgálatai vezették rá az egészségügyi közgazdászokat. Akkoriban, amikor még stabilan állt a Szovjetunió, demográfusok és egészségpolitikusok úgy tették fel a kérdést, hogy vajon megéri-e az Egyesült Államoknak 20-szor annyit költeni-e egészségügyre, mint a Szovjetunióknak, miközben a lakosságát tekintve közel egyforma méretű országban a várható élettartam különbsége csak 5—7 év volt. Általánosságban a csökkenő hozadék érvényesülését a következő okokkal magyarázhatjuk:

Az orvosok számának növekedése az orvos—beteg találkozások számának növelését eredményezi. Ott, ahol kevés az orvos, a betegek is és az orvosok is jobban szelektálnak. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a betegek kisebb bajukkal nem fordulnak orvoshoz, másrészt azt, hogy az orvosok azokra a betegekre koncentrálnak, akiknek erre a leginkább szükségük van. Csak a fejlettségnek ezen az alacsony szintjén emelkedik meredeken a pótlólagos ráfordítások határhasználta, később a görbe ellaposodik.

Az egészségügyi infrastruktúra fejlettségének alacsony színvonalán a kórházi hálózat kiépítése számottevő egészségnyereséget eredményez, mert a kórház kiválóan alkalmas a fertőző betegségek gyógyítására és a csecsemőhalandóság csökkentésére. A meglévő kórházi hálózat bővítése és/vagy fejlesztése már jóval kevesebb egészségnyereséget eredményez.

A medicina leghatásosabb eszközei (pl. védőoltások, antibiotikumok) viszonylag olcsók. Amikor az ellátás ezekből már teljes mértékben megoldott, a legmodernebb és legdrágább gyógyítási technikák (szervátültetések) már nem képesek tömeges egészségnyereséget produkálni.

A modern orvoslás nagymértékű specializációra épül. (Ahogy ezt orvosok mondani szokták: „egyre többet tudunk egyre kevesebbről”.) Ha ez nem jár együtt a munkamegosztás iparszerű összehangolásával, a méretgazdaságosság maximális kihasználásával, a felesleges párhuzamosságok kiszűrésével (már-

pedig a legtöbb országban ma még ez a helyzet), akkor ez elkerülhetetlenül a költséghatékonyság romlásához vezet.

Ahogy terjed és bővül az egészségügyi szektor, úgy nő a medicina elszemélytelenedésével, a kontrollálatlan otthoni gyógyszerfogyasztással<sup>28</sup>, a kórházi kezelés korlátozó körülményeivel és a nosocomiális fertőzésekkel összefüggő pszichés, illetve szomatikus ártalmak jelentősége. Rontja az eredményességet az esetenként nagy kockázattal járó műtéti beavatkozások szaporodása is.<sup>29</sup>

## Tanulságok

Vissza-visszatérő, jó szándékú, de hibás feltételezése, hogy a gyógyítás az emberi tőkébe való leghatékonyabb beruházás, mondván, hogy a magyar lakosság rossz egészségi állapota a gazdasági növekedés egyik legnagyobb akadálya. Ez az összefüggés azért nem áll fenn, mert — mint láttuk — az egészségügy kiadásai javarészt gyermekkorban, illetve az emberi élet alkonyán merülnek fel.

Hasonlóképpen téves az a gondolatmenet, amely a szűrések és a prevenció gyors ütemű kiterjesztésétől és/vagy a gyógyításból a prevenció felé való erőforrás-átcsoportosítástól remél pénzmegtakarítást. Ennek a paradoxonnak a végiggondolása akkor kap különösen nagy jelentőséget, amikor a versengő egészségpénztárak és biztosítók előnyeit és hátrányait mérlegeljük. Ha a konstrukció olyan, hogy élethossziglan anyagi felelősség terheli a biztosítót vagy a pénztárt, akkor nincs ok feltételezni, hogy érdekeltek lesznek a szűrővizsgálatok és a prevenció támogatásában. Ezek népszerűsítése, az ehhez szükséges anyagi és jogszabályi háttér megteremtése alapvetően állami feladat — éppen azért, mert makroszinten és hosszabb távon nem kifizetődő tevékenységről van szó.<sup>30</sup>

### HIVATKOZÁSOK:

- Atkinson, T. (1995): Commentair in: *M. Mougeot* (ed.), Haute Comité de la santé publique, Paris: Édition la Découverte.
- Baumol, W. (1963): Health care, education and the cost of disease: A looming crisis for public choice. *Public Choice*, 77, 17—28. o.
- Cheng, M. T. — Reinhardt, U. E. (1998): The Quality of Health Care Reform — an Economic Viewpoint, előadás a International Conference on the Quality of Health Care c. konferencián, Taipei, Tajvan, szeptember 11—12.
- Cutler, D. — Meara, E. (1998): The Medical Costs of the Young and Old: A Forty Year Perspective. NBER Working Paper, No. 6114.
- Csabai M. — Molnár P. (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás* (Az orvosi pszichológia tankönyve). Budapest: Springer
- Ferencz A. (1998): Egészségügyi ellátásunk problémái az orvostika szemszögéből. in: *Vizi E. Sz.* (Programvezető), *Népesség, orvos, társadalom.* (Magyarország az ezredfordulón — Stratégiai kutatások a Magyar Tudományos Akadémián V. Az életminőség tényezői), Budapest: MTA, 107—138. o.
- Fukuyama, Francis (1997): *A bizalom.* Budapest: Európa Könyvkiadó
- Gógl Á. (1998): Döntésmélet, orvosi döntés az egészségügyben in: *Vizi E. Sz.* (Programvezető), *Egészségügy és piacgazdaság* (Magyarország az ezredfordulón), Budapest: MTA, 171—192. o.
- Gógl Á. (1999): Nemzeti egészségfejlesztési és egészségügyi stratégia. Kézirat. 1999. március 11.
- Gulácsi L. (1999): Az emlőrákszűrés lehetséges haszna és költsége hazánkban: hatékonyság és eredményesség. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37(3) 279—299. o.
- Hámori B. (1998): *Érzelemgazdaságtan* (A közgazdasági elemzés kiterjesztése). Budapest: Kossuth Kiadó
- Kincses Gy. (1994): *Drága egészségünk* (Az egészségügy gazdasági összefüggései). Budapest.
- Kornai J. (1998): *Az egészségügy reformjáról.* Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.

- Lehmann H. — Polonyi G. (1998): Helyzetkép a lakosság egészségi állapotáról — 1997 in: *Kolosi T.—Tóth I. G.—Vukovich Gy.* (szerk.), Társadalmi riport 1998. Budapest: TÁRKI, 298—317. o.
- Losonczy. (1986): A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben, Magvető Kiadó: Budapest.
- MÉRCE Egyesület (1998): Születéskalauz a magyarországi szülészeti intézmények szolgáltatásairól. Budapest.
- Mihályi P. (1997): A rendszerváltás hatásai az egészségsektor működését meghatározó külső feltételekre. Kézirat. 1997. szeptember.
- Mihályi P. (1998b): Az üzleti alapú egészségbiztosítási termékek kockázatai és bevezetésük akadályai a magyar egészségügy mai rendszerében. Tanulmányok az egészségbiztosítás témaköréből I. kötet. Kézirat.
- Mihályi P. (1998c): Javaslat egy üzleti alapú egészségbiztosítási rendszer megteremtésére, Tanulmányok az egészségbiztosítás témaköréből II. kötet. Kézirat.
- Mihályi P. (1998d): Reforming the Hungarian Health Care System. The Vienna Institute Monthly Report, (12), 21—25. o.
- Népjelölti Minisztérium (1998a): Egészségünk jövője, az egészségmegőrzés stratégiája 2010-ig. Budapest.
- Népjelölti Minisztérium (1998b): Talponmaradás és változás (Az 1998. márc. 4-én tartott parlamenti fórum dokumentumai). Népjelölti Minisztérium.
- OECD (1996): Health Care Reform — The Will to Change in: Health Policy Studies sorozat. Paris: OECD.
- Sándor J. (1997): Gyógyítás és ítékezés (Orvosi „műhiba-perek” Magyarországon) Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Stiglitz, J. E. (1988): Economics of the Public Sector (Second ed.), New York — London: W. W. Norton & Co.
- Szutréry P. (1998): Betegem? Barátom? Vevőm? (Breviárium vállalkozói orvosoknak és a járóbeteg-ellátás szereplőinek). Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Vízi, E. Sz. (Programvezető) (1998a): Népegészség, orvos, társadalom, Magyarország az ezredfordulón sorozat. Budapest: MTA.
- Vízi E. Sz. (1998b): Egészségügy és piacgazdaság, Magyarország az ezredfordulón sorozat, Budapest: MTA.
- WHO Európai Területi Iroda (1997): Befektetés az egészségért Magyarországon. Budapest. World Bank

#### JEGYZETEK:

- 1 Kornai (1998) 46—47. o.
- 2 Itt most felesleges kitérni azokra a situációkra, amikor valaki a saját élete védelmében más emberek életét áldozza (vagy kockára teszi), vagy az ezzel ellentétes esetekre, amikor az egyik ember embertársa egészségéért a sajátját is hajlandó kockáztatni.
- 3 Egy tajvani lap beszámolója szerint 1997 szeptemberében a taichung-i egyetemi klinikán sikerült életben tartani egy 23 hetes terhesség után született, 530 grammos leánycsecsemőt. A születést követő öt hónapos kórházi ápolás költsége 31 ezer dollár (közel 7 millió Ft) volt. The Free China Journal, 1998. márc. 13.
- 4 Kornai i. m. 47. o. S tegyük mindjárt hozzá: nem az a döntő, hogy egy feltételezett megbetegedés esetén a kérdőíves felmérésbe bevont polgárok mennyit lennének hajlandók fizetni (az amerikai szakirodalomban ezt hívják WTP [= *willing to pay*] megközelítésnek), hanem az, hogy egy meghatározott múltbeli periódusban az emberek — akár biztosítás, akár utólagos fizetés ellenében — ténylegesen mennyit fizettek.
- 5 Ebben az igen fontos elméleti kérdésben véleményem sokkal közelebb áll Kornai (1998) és Atkinson (1998) megfogalmazásához, mint ahhoz, amit a *health economics* tankönyvek többségében olvashatunk.
- 6 Szutréry (1998).
- 7 Mindezekről részletesen ld. Fukuyama (1997), Hámori (1998). Hámori egyébként helyesen utal arra, hogy bizonyos körülmények között a vevők egy része számára akár a paradicsom vásárlása is lehet „bizalmi” ügy. Van, aki csak ismerős kertésztől vásárol zöldséget, mert biztos akar lenni abban, hogy két nappal korábban a paradicsomot nem permetezték le rákkeltő vegyületekkel. (i. m. 78—79. o)
- 8 Franciaországban ezek az információk az interneten is hozzáférhetők ([www.sciences-et-ave-nir.com./hopitaux.html](http://www.sciences-et-ave-nir.com./hopitaux.html)). Ezen a website-on 512 francia kórház sebészeti osztályainak minősítése olvasható három szempont alapján: betegforgalom, beavatkozások száma, mortalitás.
- 9 Lengyel tapasztalatok felhasználásával 1998-ban jelent meg a *Születéskalauz 1999* című könyv, mely közel 100 magyarországi kórház szülészeti minősíti egy kérdőíves felmérés és tudományos gondossággal készült helyszíni elemzés alapján.
- 10 Stiglitz (1988) 294—295. o., Kincses (1994) 63. o.
- 11 Sándor (1997) 121—122. o., Kornai (1998) 47. o.

- 12 Losonczi (1986)
- 13 Erre az összefüggésre Bauer Tamás hívta fel a figyelmemet.
- 14 OECD (1996) 29. o.
- 15 Az 1997-re vonatkozó megyei (county) szintű adatok elemzését l. Cheng — Reinhardt (1998) 27—28. o. Csak az érdekesség kedvéért jegyezzük meg, hogy a Medicare által gyűjtött adatok aggregált formában ott vannak az interneten is (www.dartmouth.edu/~atlas/).
- 16 Le Nouvel Observateur, No. 1724. 1997. november.
- 17 Az 1. és a 3. pont alatt bemutatott összefüggést a közgazdasági szakirodalom *ex post moral hazard*-nak nevezi. Itt a megbetegedés utáni állapotról van szó, amikor a biztosítás megléte arra ösztönzi a biztosított beteget és orvosát, hogy figyelmen kívül hagyja a gyógyítással járó anyagi költségeket. A megbetegedés előtt is működik ez a fajta érdekeltség: a biztosított beteg az átlagosnál kockázatosabban, veszélyesebben él, mert tudja, hogy megbetegedés vagy baleset esetén a biztosító állja a gyógyítás költségeit. Ezt nevezi a szakirodalom *ex ante moral hazard*-nak.
- 18 Csabai — Molnár (1999) 190—191. o.
- 19 Ferencz (1998) 114. o.
- 20 Lehmann — Polonyi (1998)
- 21 Népszabadság — Gyógyász melléklet, 1999. márc. 10.
- 22 Kopp—Szedmák—Skrabski (1998)
- 23 Gögl (1998) 179. o.
- 24 A Beszédvizsgáló Országos Szakértői, Rehabilitációs Bizottság és Gyógypedagógiai Központ adatát idézi a Magyar Hírlap 1999. jún. 1-i száma.
- 25 Csabai — Molnár (1999) 116—118. o.
- 26 Gulácsi (1999)
- 27 Kincses (1994) 20. o.
- 28 Egy 1997/98-ban végzett, mintavételen alapuló francia vizsgálat szerint egy véletlenszerűen kiválasztott napon a kórházban fekvő betegek 10,3%-a gyógyszerfogyasztással összefüggő panaszoktól szenvedett. Ennek a 10,3%-nak a 33%-a súlyos panaszokról számolt be, 10,9%-uk pedig kifejezetten a gyógyszeres kezeléssel összefüggő panaszok miatt került kórházba.
- 29 L. Baumol (1963). A csökkenő hozadék nem tekinthető az egészségügy kivételes sajátosságának, noha általában a technológiaigényes ágazatokra a növekvő hozadék a jellemző. De van közeli analógia is: az alapfokú oktatásban a pótlólagos ráfordításoknak nagyobb a társadalmi hozama, mint a középfokú oktatásnak. Az egyetemi oktatás kiterjesztése viszont nagyobb haszonnal jár, mint a középfokú oktatás bővítése.
- 30 A mai magyar rendszerben, ahol a társadalombiztosítás mindkét alrendszere — az egészségbiztosítás is és a nyugdíjbiztosítás is — alapjában véve a költségvetésre épül, a prevenció életkor-meghosszabbító hatása még a nyugdíjrendszer oldaláról nézve is többletkiadást jelent.



16. századi törökországi, izniki falicsempe Zsolnay Miklós múlt századvégi gyűjtéséből a budapesti Nemzeti Múzeum 2000. január 9-ig látható kiállításán.