

# TÁRSADALOM ÉS POLITIKA

---

*Szentes Tamás*

## **A hazai egészségügy finanszírozásának aktuális kérdései**

Az egészségügy finanszírozásán az egészségügyi költségek forrásainak biztosítását értjük, mely döntően az állam redisztribúciós feladatával összefüggésben, kisebb részt pedig az igénybevevő által részlegesen (co-payment) vagy teljesen (full-payment) vállalt költségeket jelenti.

### **Finanszírozási modellek és azok alakulása napjainkban**

A jóléti államok XX. századi fejlődése során több, karakterisztikusan eltérő finanszírozási modell alakult ki a világban:

- bismarcki modell (társadalombiztosítási rendszer);
- Szemacskó-modell (szovjet modell);
- Beveridge-modell – NHS rendszer (adóból finanszírozott nemzeti egészségügyi rendszer);
- szabadpiaci modell (amerikai vegyes rendszer);
- „out-of-pocket” modell.

Ezek a rendszerek kialakulásuk során markáns különbségeket mutattak állami szerepvállalás, intézményi rendszer fenntartása és üzemeltetése, hozzáférhetőség, finanszírozási módozat tekintetében.

A rendszer felépítését és működését különböző etikai elvek határozták meg. Ez határozta meg, hogy milyen elv mentén kívánja a társadalom az egészségügyi ellátás meghatározott körét a társadalom tagjai számára biztosítani, a szolidaritási elv mennyire érvényesül az egészségügyi ellátásban, és milyen hozzájárulási rendszer segítségével sikerül a forrásait megteremteni.

Ezek a fenti tiszta rendszerek azonban mára már nem léteznek. A modellek átalakulásával mára gyakorlatilag az állami egészségügyi

szolgálat és az egyéni öngondoskodáson alapuló rendszerek közötti átmenet folyamatossá vált.

Az utóbbi évtizedek nagy kihívását jelentette az egészségügyi kiadások növekedése, mely a jövedelemtranszferek egyensúlyi helyzetének felbomlásához vezetett. Az ellátás színvonalának elvárt emelkedése, a technológiai fejlődés és az ezzel járó költségnövekedés egyre nagyobb problémát jelentett az államháztartás számára.

Ezen kívül a rendszerrel szemben legfontosabb követelmény, hogy az ellátórendszer az egészségi állapot optimalizálása érdekében működjön, ennek szellemében kívánatos megszervezni a szolgáltatók finanszírozási módszerét és a megfelelő forrásallokációt.

### **Konvergencia az ellátórendszerek működésében**

- Az állam szerepvállalása a társadalombiztosítási és adóból finanszírozott rendszerekben valamelyest csökkent, ugyanakkor a szabadpiaci formát követő országokban nőtt.
- A magánfinanszírozás szerepe viszont éppen ezzel ellentétesen változik, tehát az erős öngondoskodási modellt követő országokban folyamatosan csökken, míg a Bismarck illetve Beveridge féle modellt követő országokban nő.
- Tehát a köz- és magánfinanszírozás (public-private mix) egyfajta közeledése, konvergenciája észlelhető.
- Az egészségügyben észlelhető technológiai fejlődés és bizonyos társadalmi változások az ellátással szembeni igények további diverzifikálódásához vezettek. Ennek hatékonyabb kielégítése a magánfinanszírozás különböző formáinak növekvő szerepéhez vezetett.

### **A magyar egészségügy pénzellátásának jelenlegi forrásai**

- Központi költségvetés 23,4%;
- települési önkormányzatok költségvetése;
- kötelező egészségbiztosítás járulék és hozzájárulás 61%;
- önkéntes biztosítás (egészségpénztárak);
- kötelező biztosítás szolgáltatásai esetében az egyének által fizetett térítési díjak (elsősorban gyógyszereké);

- egyének közvetlen fizetései a magánszektorbeli szolgáltatásokért;
- munkáltatók közvetlen fizetései a magánszektorbeli szolgáltatásokért (pl. foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok);
- gyógyszergyárak és egészségügyi berendezéseket gyártó cégek által nyújtott támogatás;
- Európai Unió pályázatokon elnyert összegek.

## **A magyar egészségügyi rendszer duális finanszírozása**

Az egészségügyi rendszer finanszírozása Magyarországon az Alkotmánybíróság előírása, az önkormányzati törvény, az egészségügyi törvény alapján duális rendszerű, ami azt jelenti, hogy

- a működési költségek fedezetét a közfinanszírozás forrásai közül jelentős arányban az Egészségbiztosítási Alapba befizetett járulékok, valamint az egészségügyi hozzájárulás képezik;
- a létesítményfenntartásra, beruházásra és eszközpótlásra a forrásokat a tulajdonosok az adóbevételek terhére az állami és önkormányzati stb. költségvetésből fedezik.

## **A működési költségek finanszírozása**

### ***Az Egészségbiztosítási Alap bevételei***

A működési költségek finanszírozásának legjelentősebb forrását a kötelező egészségbiztosításból származó bevétel adja, amely kezelését az Egészségbiztosítási Alap végzi. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek több mint 85%-a járulékbevétel és hozzájárulás, melyet kiegészít a központi költségvetés hozzájárulása. Rendszerváltás óta a bevétel nominálértéken növekedést mutat, reálértékben azonban csökkenést.

A csökkenés összetevői:

- A járulékmértéket leginkább meghatározó munkáltatói egészségbiztosítási járulék 1992-től 1999-ig 19,5%-ról 11%-ra csökkent.
- Az 1997-ben bevezetett fix összegű munkáltatói egészségügyi hozzájárulás 2002-től csökken, és távlatilag 2006-ban meg fog szűnni.
- Járulékfizetők létszámának változása: 1990-ben 5 146 000 fő, míg 2002-ben 3 845 000. Ez az arány azt jelenti, hogy a járulékfizetők száma csökkent.

zetők (biztosítottak) aránya az egész társadalom viszonylatában csökken. Ennek oka a társadalom előregedése, a munkanélküliség növekedése, valamint a gazdaságon belül jelentős teret nyert fekete-, illetve szürkegazdaság.

### **Az egészségügyi infláció**

Ha megvizsgáljuk a fogyasztói és egészségügyi árindex alakulását, azt találjuk, hogy az egészségügy meghatározó költségei a fogyasztási cikkek áránál jobban nőttek az elmúlt években, tehát az egészségügyi infláció nagyobb mértékű volt.

### ***A működési finanszírozás formái a magyar egészségügyben***

Kétfajta finanszírozási típust különböztethetünk meg.

- Input (bázis szemléletű):
  - kapacitásfinanszírozás (ágyszám, óraszám);
  - feladatfinanszírozás: fejkvóta.
- Output (teljesítményarányos finanszírozás):
  - normatív:
    - ~ krónikus fekvőbeteg-szakellátás esetén: átalánydíjas eset-átalány;
    - ~ aktív fekvőbeteg-szakellátás esetén HBCS;
  - tételes: járóbeteg-szakellátás.

### ***Aktív ágyak normatív finanszírozása (HBCS)***

Az aktív ágyak finanszírozása Magyarországon homogén betegcsoportok (HBCS-) rendszer alapján történik 1993. július elsejétől. A rendszer alapját a Yale egyetemen Fetter professzor által kidolgozott DRG (Diagnosis Related Groups) képezi. A DRG-rendszer orvosi szempontból logikailag összetartozó, azonos forrásigényű – ún. iso-resource – ellátási eseteket sorol egy csoportba, 467 csoportot képez, ami statisztikailag könnyen kezelhető. Ezek meghatározása egy előzetes, empirikus elemző eljárás során kiszámított, majd folyamatosan karbantartott súlyszámmal rendelkezik, ami kifejezi az adott csoportba tartozó esetek relatív teljesítményét, illetve relatív erőforrás(költség)-igényét. A HBCS-rendszer bevezetését 1987-től több

éven keresztül 37 kórház részvételével végzett részletes adatgyűjtés és -feldolgozás előzte meg, melynek során az országos betegforgalom 40%-át elemezték.

A HBCS-rendszerrel szembeni fontos elvárás volt, hogy a korábbi bázisfinanszírozáshoz képest

- az átlagos ápolási idő csökkenjen;
- hatékonyabb legyen;
- az aktív ágyakról a beteg időben áthelyezésre kerüljön a krónikus ágyakra;
- csökkenjen a kórházi ellátások száma a járóbeteg-ellátás javára;
- kórházak belső szerkezete alkalmazkodjon az igényekhez;
- igazságos legyen a finanszírozás, teljesítménnyel arányosan változzon.

Adott eset díjazását a **súlyszám** fejezi ki, mely az adott HBCS esetköltsége/átlagos esetköltség hányadosából adódik. A súlyszámok a társadalombiztosítás által folyósított működési költségek teljesítményelvű elosztásának eszközei, az ellátás átlagos erőforrásigényét fejezik ki.

A **súlyszám** tartalmazza:

- átlagos bérhányad;
- átlagos rezsihányad;
- átlagos anyagköltség;
- az igazgatási költségek, központi szolgáltatások arányos része;
- HBCS esetén igénybe vett konzíliumok átlagos költsége.

A **súlyszám** nem tartalmazza:

- amortizáció, fejlesztés, tőkehozam;
- eseti ráfordítás;
- konkrét szakmai igényesség tételei.

### ***HBCS típusú finanszírozás összehasonlító elemzése***

A HBCS típusú finanszírozási rendszer előnyei.

- A rendszer segíti a költséghatékonysági elvárás teljesülését, mivel a szolgáltatókat az erőforrás-felhasználás optimalizálására ösztönzi (technikai hatékonyság), így csökkentheti az ápolási időt, a lekötött kapacitásokat, a felesleges vizsgálatok, terápiák számát.

- Teljesítményelvű finanszírozás alkalmazása során a finanszírozás követi a beteget, a finanszírozás arányos a kórház által biztosítandó erőforrásigénnyel, a forráselosztás átlátható, bizonyítható, a nyilvánosság által számon kérhető.
- Prospektív (előre rögzített díjas) finanszírozás bevezetése támogatja a kiszámíthatóságot, tervezhetőséget.
- Biztosítja a költségvetési korlátok betartását, a költségek féken tartását.
- Az esetosztályozáson alapuló forráselosztás a biztosítottak számára egyenlő esélyt nyújt az ellátás minőségéhez, a hozzáféréshez, mivel minden esetben azonos esettípus után azonos díj jár, súlyosabb események után magasabb súlyszám jár, függetlenül az ellátó intézettől.
- A rendszer optimalizálja a szolgáltatói és biztosítói kockázat nagyságát, a kockázatkezelést a megfelelő szintre helyezi (egy ellátás pénzügyi kockázata a szolgáltatót, a teljes kórházi ellátás, a várható betegszámból következő kockázat alapvetően a finanszírozót terheli).
- A rendszer alapját képező információs bázis a finanszírozó, az egészségügyi rendszer irányítói, a kórházak számára sokrétű információt biztosít az ellátás minőségének, a hozzáférésnek az elemzésére, a betegösszetétel vizsgálatára.

A HBCS típusú finanszírozási rendszer hátrányai.

- Indokolatlan teljesítménynövelésre ösztönözheti a kórházakat, ha más rendszerelemek nem épülnek ki mellette. Éppen ezért az allokációs hatékonyságot önmagában nem képes megfelelően támogatni.
- Garanciális elemek, minőségbiztosítási követelmények nélkül ösztönözhet az ellátás megfelelőségének, minőségének csökkentésére.

A HBCS magyarországi alkalmazásának előnyei.

- A technikai kivitelezése megoldható volt, a kórházi információrendszer fejlesztésének ösztönzést adott, fejlődött a kórházi management, controlling.

- A díjak egységesítése megtörtént. A kórházi ellátás egységesítésére a feltételek egy része létrejött. A HBCS-alkalmazás szabályozási környezete kialakításra került, folyamatosan fejlesztik.
- Az ágyszámok, ápolási idők csökkentek, számos adat bizonyítja, hogy jelentős infláció-ellensúlyozásában, a kórházi ellátás fenntartásában fontos szerepet játszott a technikai hatékonyság javulása.
- Minden szinten elkezdődött az információk hasznosítása.
- A magyar HBCS-rendszer alkalmasnak bizonyult egyes átmeneti ellátási formák finanszírozási rendszerének kialakítására is (kúra-szerű ellátás, egynapos ellátás, sürgősségi ellátás).

A HBCS magyarországi alkalmazásának hátrányai:

- A szabályozottság ellenére az aktuális lobbyérdekek még mindig jelentős hatást tudnak kifejteni, nem elég transzparens a rendszer felülvizsgálata.
- A gyakori változások a HBCS-verziókban nehézségeket okoznak a kiszámíthatóságban. Még mindig jelentős problémák vannak az adatok minőségében, nem elég intenzív az ellenőrzés.
- A rendszer nem egységes a különböző erőforrástípusok kezelésében. A HBCS-díjak csak a működési költségekre adnak fedezetet, a fejlesztésekre nem. Így ezekre az erőforrás-tényezőkre a szigorú hatékonysági elvárások nem teljesülnek.
- A HBCS-rendszer segítségével különbséget lehet tenni a kórházi ellátás esettípusai között. A progresszivitás megfelelő kezelésében az elmúlt években történt előrelépés, de még nem tekinthető megoldottnak.
- Jelentősen növekedett a kórházi esetek száma (bár ez nem okozott a kórházi kassza reálértékében növekedést), a periódusban a reálérték csökkenése volt megfigyelhető.

### ***Létesítmény-fenntartás, beruházás, eszközpótlás finanszírozása***

A beruházásokra, fejlesztésekre és eszközpótlásra szolgáló források biztosítása, mint láttuk, a tulajdonosok feladata. Így adókból, céltámogatásokból önkormányzatok, illetve szakminisztériumok fedezik ezeket a költségeket.

Megvizsgálva azt, hogy az önkormányzatok saját forrásból milyen mértékben finanszírozták a tulajdonukban lévő intézményt, láthatjuk, hogy 1996-hoz képest nominálisan is egyre kevesebbet fordítottak kórházaira. Ebből adódóan két nagy probléma áll az intézmények előtt.

- Amortizáció problémája: az eszközpótlás hiánya jelentős gondot okoz.
- Technológiai devalváció: az egészségügyben tapasztalható technikai, technológiai fejlődés nem megfelelő ütemű követése jelentős lemaradást okozhat a jövőben a hazai intézmények ellátási struktúrájában.

A költségvetési intézmények finanszírozási rendszere az eszközpótlást a 70-es évek óta alkalmazta: például felújítási hányad, felújítási hányad-kiegészítés, gép–műszer-cserepótlás. A felújítási hányad-képzés 1990-ben szűnt meg az adórendszer reformjával, a személyi jövedelemadó bevezetésével, a személyi jövedelemadó helyi önkormányzatok részére történő átengedésével. Az adóreform bevezetését követően az önkormányzati finanszírozási reformmal egyidejűleg az egészségügyi ellátások (szolgáltatások) finanszírozása a társadalombiztosításhoz került át. A kettős finanszírozás tehát 1990. évben az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozására való áttérésével és a tanácsai finanszírozási reformmal jött létre. Az alapellátás felhalmozási célú támogatását a 229/2001. (XII. 5.) Korm. Rendelet: a házi orvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosok alapellátási vállalkozások támogatását biztosítja. Az intézményi járó- és fekvőbeteg-szakellátásban az amortizációs költségek nem kerülnek elismerésre.

Az amortizáció elszámolásának hiányosságai adódó problémák.

- Egymásnak ellentmondó hatékonysági elvárás, ösztönzés érvényesül a szolgáltatások ellátásához szükséges különféle erőforrásokra (pl. munkaerő, tartósan lekötött eszközök). A működési költségekre bevezetésre került hatékonyságot ösztönző finanszírozási technikák költséghatékonyak. A tartósan lekötött eszközök pedig nem a szükséges mértékben vannak jelen az egészségügyben.

- A „működési költség” alapú díjak is fedezetet biztosítanak – indirekt módon – az amortizációs költségek egy részére. Kis értékű eszközök beszerzésére felhasználható a működési költségként biztosított forrás. Az ellátás során alkalmazott gyógyszeres terápia tartalmaz amortizációs kiadásokat, ezért drágább, mint a műszeres terápia, amely nem tartalmaz amortizációelszámolási lehetőséget. A kisebb összegű eszözpótlások, értéknövelő felújítások sorra elmaradnak, aminek következtében az eszközállomány a szükségesnél gyorsabban használódik el, a minőségi hiány állandósul.
- Az egészségügyi ellátásban nem megoldott és nem rendezett a magánvállalkozások ún. szektorsemleges befolyása. Az OEP térítési rendszerében a monopolizált területeken (pl. CT, MRI, ESWL) a működési költségek mellett az amortizációra és tiszta tőkejövedelmekre is lehetőséget adó díjak találhatók. A közintézményi tulajdonban pedig csak a működési költségek kerülnek elismerésre. A hotelfunkciónál a kórház által végzett szolgáltatás olcsóbb, mint a külső szolgáltató által igénybe vett szolgáltatás, hisz annak díja tartalmaz tőkeköltségeket is.
- Az amortizációs fedezetek forrásallokációja nincs összhangban sem a szolgáltatók aktiválásával, sem az önkormányzati tulajdonosi szerep alapján nevesített ellátási felelősséggel. A tartós használati eszközök beszerzésére juttatott források nem arányosak a produkált teljesítménnyel. A fejkvóta összege sem függ attól, hogy az önkormányzatok milyen egészségügyi ellátási kötelezettséggel rendelkeznek.

## **A forrásbővítés lehetőségei a hazai egészségügyben**

A forrásteremtés rendszerében a szolidaritási elv erősítése és a károkozás visszahárítási lehetőségének megteremtése kell hogy megerősödjön. Hatását tekintve nem mindegy, hogy a forrásteremtéshez hozzájáruló egyes társadalmi csoportok esetén melyik elv dominanciáját érvényesítjük. A jelenlegi érvek az állampolgárok egyéni felelősségvállalásáról, az egyéni kockázat megjelenésének hasznosságáról szólnak. Pedig a mai helyzetet jellemző, tartósan fennálló rossz egészségi állapotban nem kizárólagosan, sőt nem is elsősorban az

egyéni felelősség hibáit, hanem a társadalmi, gazdasági környezeti tényezők embert, közösséget, egészséget hosszú időszakon keresztül veszélyeztető hatásának következményeit regisztrálhatjuk. Van a károkozásnak olyan területe is, ahol a többszörösen hátrányos helyzetű páciensek helyett lokalizálható, megnevezhető, a károkozással előnyökhöz jutó, kártérítéshez jövedelemmel rendelkező szervezetek felelősségét hangsúlyozhatjuk, közvetlenül velük szemben állíthatunk fel kártérítési igényeket. Ez két területet foglal magában.

- Az egészségre, a környezetre káros termékeket előállító szervezetek felelőssége.
- A munkáltatók felelőssége az egészséget károsító munkakörülmények miatt.

A forrásteremtésben érvényre kell jutnia az egészségért és az egészségkárosodásért való felelőségnek is.

### ***A forrásteremtés és a forrásbővítés legfontosabb eszközei a közfinanszírozásban***

Az egészségügyi ellátás rendszerében a forrásteremtés oldalán a legfontosabb feladat valamennyi járulékfizetésre kötelezett személy bevonása az egészségügyi ellátás terheinek viselésébe. A forrásbevonásnak úgy kell megvalósulnia, hogy ne az amúgy is túlzott jövedelemelvonással sújtott munkajövedelmeket, hanem a közteherviselésbe eddig kevésbé bevont, részben a feketegazdaságban létrejött jövedelmeket terhelje. Az egészségügyi ellátásban a társadalom egésze kell, hogy egy kockázatközösségbe tartozzon, a szolidaritási elv érvényesítése érdekében.

A forrásteremtés a társadalmi kockázat közösségén belül valósítsa meg a szolidaritás deklarált elveit. A magas jövedelemmel, családdal nem rendelkező, egészséges állampolgárok szolidárisak az alacsonyabb jövedelemmel, családdal rendelkező, betegebb állampolgárokkal. A járulékbefizetések elmaradása ne járjon az ellátórendszerre áthárítható következménnyel.

Az adó típusú forrásteremtési módot célszerű megőrizni, sőt növelni, elsősorban azokon a területeken, ahol az állami kötelezettségvállalásnak érvényesülni kell.

Az elmúlt években az egészségügyet érintő, többször végrehajtott áfakulcs-átrendezések forráselvonást eredményező következményeinek ellentételezése lenne az egészségügyi szolgáltatások 0%-os áfakulcsossá válása és az áfa visszaigényelhetősége.

### **Kárviszatérítő mechanizmusok**

A forrásteremtés rendszerében szükséges az ellenőrzési, a felelősségvállalási és kárviszahárítási mechanizmusok létrehozása (pl. üzembaleset-biztosítás, egészségkárosító termékek utáni kártérítés). A fizetőképesek körében a szolidaritási mértéknek megfelelően kell megszabni a járulékfizetés alapját. A rendszer kialakításánál egyértelmű összhangot és hosszú távon elfogadható arányt kell kialakítani a gazdaság fejlettségével. Az összhangot a kárviszahárító mechanizmusok segítségével is támogatni kell.

Balesetbiztosítási ágazat kialakítása lenne szükséges a munkahelyek károkozó hatásának kezelésére, azzal arányos járulékbefizetés alkalmazásával, amely a társadalombiztosítás elkülönült alrendszerként működhetne, és forrásbevonást is jelenthetne.

A balesetbiztosításból (a munkáltatók kockázat alapú befizetéséből) finanszírozható:

- foglalkozási betegségek ellátása,
- foglalkozási megbetegedések megelőzése,
- foglalkozás-egészségügyi rendszer működtetése (ahogy az már meg is valósult, de nem rendszerszerűen),
- rokkantellátás költsége,
- baleset és foglalkozási eredetű táppénzek.

### **A teljes vagy részleges térítési kötelezettség (co-payment)**

A térítési kötelezettség több módon vezethető be.

- Általános alkalmazása: visszatartó hatása nem megfelelő. Nem orientált a hasznosabb ellátási út igénybevétele felé. A felesleges igénybevételt csak kismértékben kezdeményezik a betegek, de a térítés sem tartja vissza őket, ha az orvos az ellátást szükségesnek tartja.
- Szelektív alkalmazása: csak a javasolt betegellátási úttól való eltérés esetén lehet kedvező, mivel a nem hatékony ellátási utaktól visszatart.

Általános co-payment alkalmazása esetén érdemi forrásnövekedés reálisan nem várható, mert az általános, a társadalom széles rétegeire terhelhető co-payment elviselhető mértéke alacsony, s adminisztratív költségei gyakorlatilag nullszaldóssá teszik a bevezetését. Az a kérdés is megfontolást igényel, hogy kinek a bevétele a térítés összege. A felesleges igénybevétel végső soron a társadalombiztosítás kára, ezért a térítést értelemszerűen az Egészségügyi Alapba kellene befizetni. Ha nem így történne, akkor érdekeltté tesszük az orvosokat abban, hogy minél több és minél többszöri szolgáltatást végezzenek a beteg számára. Eredményesebb megoldás a megfelelő orvosi jövedelmek biztosítása a célokkal harmonizáló hatékonyabb ellátás esetén.

Szelektív co-payment fizetése a javasolt betegüttől eltérő betegmozgás esetén lehetséges. Ezzel az él, akinek a jövedelmi helyzete megengedi. A rendszer minden ember számára változatlanul megtartja annak lehetőségét, hogy térítés nélkül igénybe vegyék a szolgáltatásokat. Térítés kérhető a jobb hotelszolgáltatás és egyéb extra, a gyógyítással nem összefüggő szolgáltatások után. Ennek kedvezményezettje lehet a szolgáltató. Co-payment alkalmazható szociális esetben, különösen, ha a szociális és egészségügyi ellátás intézményhálózata közötti átjárhatóság mind finanszírozási, mind jogi szempontból javul. Az igénybe vevő utáni térítést intézmények (pl. önkormányzatok, alapítványok) átvállalhatják.

### ***Az egészségügy finanszírozásának kulcskérdései***

Az egészségügy finanszírozásának egyik legfontosabb kérdése, hogy az egyensúlyteremtés egyes eszközeit (bevételfokozás, kiadáscsökkentés, hatékonyságnövelés) az irányítás megfelelően izoláltan kezelje. A finanszírozhatóság ezen eszközök egyikével sem oldható meg önmagában, itt is komplex megközelítésre van szükség. A finanszírozási megoldásoknak ugyanakkor kettős célt kell szolgálniuk: javítani kell az ágazat finanszírozási pozícióját, és elő kell segítenie a szerkezetváltást.

Óvatosan kell kezelni a magánfinanszírozás nagyobb mértékét. Ezzel kapcsolatban két, egymással ellentétes hatású ténnyel kell szembenéznünk. Egyrészt az egészségügyi kiadások minden ország-

ban a rendszer lényegéből fakadóan gyorsabban növekednek, mint a közfinanszírozás forrásai; másrészt a probléma nem oldható meg a magánfinanszírozásra való apellálással, mert a magánfinanszírozás a piacon jelentkező szükséglettel arányos, és az egészségpolitika régi tétele, hogy a személyes jövedelempozíció és az egészségügy iránti szükséglet fordítottan arányos.

Mindez új stratégiát igényel a magánfinanszírozás és a privatizáció területén is. Nemzetközi példák sora bizonyítja, hogy az egészségügyi rendszerek makroszintű hatékonysága alapvetően a közfinanszírozás mértékével arányosítható, és hogy a piac elsősorban az ellátás minőségét, de nem a hozzáférést, az equityt javítja. Mindezek ellenére azt is látni kell, hogy a fenti elvek (és a jelen gyakorlat) bemerevítése nem tartható. Ha a rendszer huzamosan ellenáll minden piacosítási kísérletnek, akkor a kérdést a politika helyett az élet fogja megoldani. A differenciált igények kielégítésére Magyarországon is létrejött egy második ellátórendszer; az egészségügy kettészakadt, a források az alternatív szféra felé áramlanak, a joggal támogatott és megerősíteni vágyott közszolgálati egészségügyi rendszer még inkább ellehetetlenül, a lakosság egészségi állapota pedig tovább romlik. A rendszer mindenáron való stabilizálása pont a szétesését, a túlzott piacellenesség pedig a túlliberalizált piacot készíti elő.

Mindez meghatározza a privatizációs stratégia alapelveit. Ha a privatizáció célja központi, állami felelősség- és szerepvállalás csökkentése, és az állam a piacra akarja hárítani az ellátás korszerűsítésének feladatát, akkor igen rossz úton járunk. Az egészségügyben a piac nem képes az egészségpolitikai célkitűzések spontán megvalósítására, mert célja nem a szükségletek, hanem a fizetőképes kereslet kielégítése. Ezért a privatizáció önmagában nem jelent megoldást az egészségügy számára, sőt igen veszélyes tendenciákat indíthat el.

Ugyanakkor az ágazat forráshiánya a magántőke bevonása nélkül bizonyosan nem oldható meg, és a versenyelemek alkalmazására is szükség van a hatékonyság és a minőség javítása érdekében. A forráshiány problémája mellett azt is el kell ismerni, hogy a magántőke reagálási képessége jobb, mint az államié; hamarabb dönt, könnyebben kockáztat. Így nem csoda, hogy az innovatív technikák a magán-szférában jobban elterjedtek, illetve a magántőke a szűk esztétikai

piacon kívül alapvetően a tőkeintenzív területeken van jelen. Ha nem akarjuk kizárni az innovatív technikákat a közfinanszírozott egészségügyből, ha nem akarjuk növelni a szakadékot a köz- és magánellátás között, akkor meg kell találnunk a „köz” és a „magán” együttélésének lehetőségeit, és a privátszféra marginizálása helyett a „privát”-ot a „public” szolgálatába kellene állítani.

Egyértelművé kell tenni, hogy ma egy egészségügyi rendszer sem teljes centralizáció, sem a piaci szabályozás alapján nem működhet. A jól működő modellek a tervezett vagy irányított piac elvét követik. Magyarországon is ezt kell megcélozni. A magánfinanszírozás szerepének növelése elkerülhetetlen, de alapvető feladat, hogy annak növekedése fakultatív legyen, azaz a beteg választásán alapuljon az, hogy melyik szférában jut hozzá a megfelelő szintű és tartalmú ellátáshoz.