

Hámor Szilvia

A szolidaritás világtól a szép új viláig?¹

Mi az oka annak, hogy mindenütt válságban van az egészségügy rendszere, és mindenütt keresik a megoldás lehetőségét? Fenntarthatóak-e az elmúlt évtizedek társadalmi, technikai, gazdasági változásai nyomán a szolidaritáson és a generációk közötti társadalmi szerződésen alapuló jóléti rendszerek? Reform, gyökeres megújulás vagy elegendő a meglévő rendszer finomszabályozása, erre keresi a választ a cikk szerzője, a különböző elven működtetett egészségügyi rendszerek mechanizmusainak, finanszírozási módjainak áttekintésével.

Miközben a – többé vagy kevésbé – jóléti jellegű társadalmak egészségügyi rendszereivel foglalkoztam, nem tudtam szabadulni a *déjà vu* érzésétől. Újra és újra Huxley Szép új világ-a jutott eszembe. A lombiktól kijelölt – fájdalomtól, csalódásoktól és létbizonytalanságtól mentes – hosszú út, végén az öregségtől és kintől mentes, könnyű és olcsó halál. A negyvenes években íródott anti-utópia a sokak által vágyott egyenlőség társadalmának és a fogyasztói kapitalizmusnak egyaránt végletesen megrajzolt képét mutatta fel. Az elmúlt fél évszázad során létrejövő jóléti társadalmak működése azonban arról tanúskodott, hogy a szélsőségesnek tűnő kép sok vonatkozásában nem is olyan túlzó. A bölcsőtől a halálig tartó létbiztonság ígéretének magas az ára: az egyén önmagáról való gondoskodásának és felelősségvállalásának visszaszorulása. Hogy végül is mi a baj, ha egyáltalán van baj a jóléti állammal – ezt vizsgálom az egészségügy szemszögéből. Ez a nézőpont két szempontból is tanulságos: egyrészt annyiban, hogy az egészségügyi rendszerek válságában megjelenik a jóléti állam minden dilemmája, másrészt az egészségügy híven tükrözi egy-egy társadalom fejlettségét, erkölcsét és kultúráját, gazdasági, szociális és elosztási viszonyait is.²

1 A tanulmányt az Institut für die Wissenschaften vom Menschen és a Project Syndicate által alapított Milena Jesenska ösztöndíjasaként írtam.

2 Losonczy Ágnes: Utak és korlátok az egészségügyben.

Az azonosságok különbségei

A szolidaritás a kezdetektől fogva minden társadalomra jellemző volt. Az ezen alapuló közösségi gondoskodást jórészt a hagyományok és a vallási elvek írták elő. A keresztény egyházak iskolákat és ispotályokat tartottak fenn. A protestáns etikának egyik sarokköve a közösség iránti felelősség. A muszlim vallás előírja a hívei számára, hogy vagyonuk egytizedét juttassák vissza a közösségnek, így adva Allahnak hálát, jó sorsukért. Ahhoz, hogy a társadalmat ne fenyegetse pillanatonként az éhség-lázadás és a szakadás, legalább minimális szinten gondoskodnia kell minden tagjáról. A városiasodással, az ipari termelés, illetve a munkásosztály kialakulásával a hagyományos közösségek és a közösségi gondoskodás formái széthulltak. A szolidaritás érvényesítése fokozatosan a szekularizálódó államra szállt át. Egyre szélesebb körben kiterjedt a kötelező szolidaritás rendszere, a bismarcki rendszerben biztosítási, az angol beveridgei rendszerben adófizetési alapon. Ez utóbbi megfelelője volt a szocialista országok egészségügyében a Szemasko-elv: „az állam biztosítja az ingyenes, mindenki által hozzáférhető magas szintű ellátást”.³

A második világháború után létrejött szocialista világrendszer kihívást jelentett a nyugati demokráciák számára. Az új rendszer deklarálta, hogy mindenkinek joga van megélhetést biztosító munkára, és ígérete szerint mindenki számíthat a kor színvonalának megfelelő egészségügyi és öregkori ellátásra. A két társadalmi rendszerben egy ideig párhuzamosan zajlott mind a jóléti intézményrendszer kiépítése, mind az állampolgárok társadalmi közérzetét kifejező mutatók változása. Kiépült a közegészségügyi intézményrendszer, több területen átfogó megelőzési rendszert (például a tüdőszűrés) alakítottak ki, s létrejött a védőnői hálózat. Ezzel a volt szocialista országok a hatvanas évek közepéig viszonylag gyorsan zárkóztak fel bizonyos életminőséget jelző mutatókban, ilyen volt például a várható élettartam növekedése és a csecsemőhalandóság csökkenése.

A hatvanas évek közepétől azonban – többféle és egyértelműen máig sem tisztázott ok következtében – a korábban párhuzamos tendencia menete jellegzetes módon megváltozott. Megkezdődött az „egészségügyi oló” szétnyílása. Míg az átlagéletkor a nyugat-európai országokban tovább nőtt, a „szocialista tábor” országaiban a növekedés megállt, sőt csökkenni kezdett.⁴ A trend módosulása talán Magyarországon a legszembetűnőbb. A férfiak születéskor várható élettartama 1986-ban 66,7 év volt, ami 1993-ra 64,5 évre csökkent (azóta némi javulás tapasztalható). A helyzet a többi, egykori szocialista országban sem volt jobb. Bulgáriában, Csehországban és Lengyelországban a férfiaknál az életkorra standardizált mortalitási ráta 2–13 százalékkal nőtt, míg Hollandia, Svédország, Svájc és Anglia férfilakosságáé 12–17 százalékkal csökkent. A jelzett trend különösen megdöbbentő annak tükrében, hogy a nem fizikai munkát végző férfiak életésélyei között nincs számottevő különbség, legyen szó Amerikáról, Franciaországról vagy Magyarországról. Egy összehasonlítás sze-

³ Forgács Iván, a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Továbbképző Intézetének igazgatója

⁴ OECD 1999, 115. o. grafikon

rint az USA-ban, Angliában, Franciaországban, Norvégiában, Finnországban, Csehországban és Magyarországon a 45 és 65 éves korú, nemfizikai foglalkozású férfiak körében a halálozási valószínűség 16–20 százalék között van, és a második legjobb mutató Norvégia után Magyarországé.⁵ Ugyanakkor a fizikai munkások esetében a 45–65 éves férfiak túlélési esélye Magyarországon mindössze 46–47 százalék. Ez elég meglepő, hiszen ez a két ország tartozott a volt szocialista országok „elitjébe”; a második legrosszabb mutató Csehországré 62–63 százalékkal, míg a többi országban 72–80 százalék között van. Egy 1986-os Budapesten végzett vizsgálatból⁶ az derült ki, hogy a gazdag budai kerületekben élő 30 éves férfiak életésélye megfelel a legfejlettebb országokénak, míg a leromló városnegyedekben (VII., VIII., IX. kerület) a férfiak halálozási szintje Szíria és a harmadik világ országainak szintjén áll.

Miért is halunk meg?

Ma még nem biztosan tudni, hogy a volt szocialista országok miért maradtak le az életminőség területén, és hogy mindez mit jelentett a jelszavak szintjén privilegizált munkásosztály életmódjának terén. A helyzet bonyolultságát jól mutatja két tényező: Az egyik, hogy a magasabbban képzettek és a jobb körülmények között élők esetében (akik még inkább tudatában lehetnek annak, hogy szabadságuk mennyire esetleges és a felső hatalomtól függő) ugyanezek a körülmények és társadalmi hatások nem vezettek a halálozási ráta növekedéséhez. Életkilátásaik megfelelnek amerikai társaikénak. A képzettség tehát, úgy tűnik, mégiscsak növeli a túlélési esélyeket. Jobb adaptációs készségekkel ruházza fel az egyént, és „egészségtudatos” életmód kialakítását is ösztönzi, növelve ezáltal a minőségben megélt évek számát (quality adjusted life year)⁷. A másik tényező az, hogy az olló szétnyílását – nem várt módon – részben maga a növekvő életszínvonal is előidézheti. A jobb táplálkozást ezekben az országokban első lépésben a több hús, zsír, tojás és alkohol fogyasztásának lehetőségét is jelentette, a egészségtudatos életmód hiánya pedig ilyen feltételek között szaporítja a rizikótényezőket.

A fenti tény csak aláhúzza az életmód és életminőség szerepét a társadalom egészségügyi állapotának alakulásában. Szemben ugyanis azzal a hagyományos hiedelemmel, mely szerint az egészségi állapot döntően az egészségügyi rendszer „terméke”, és arányos a társadalom közösségi egészségügyi ráfordításaival, a valóságban a környezet állapotának és az életmód tényezőinek a szerepe a meghatározó. Egy 1991-ben, az USA-ban készült felmérés szerint a halálozások 49 százaléka alapvetően életmódfüggő volt. Az orvostudomány és a közegészségügy fejlődésével a járványok és fertőző betegségek helyére a keringési és a daganatos beteg-

5 Miroslav Mastilica Medical School University of Zagreb, grafikon

6 Józán Péter, Info-Társadalom-Tudomány 40. szám

7 Újabbban egy-egy ország társadalmi-gazdasági helyzetének mutatói közé az átlagéletkor mellé bekerült a minőségben megélt évek száma is. Egy 1998-ban készült összeállítás szerint Angliában a férfiak átlagéletkora a „fehér gallérosok” között 73 év volt, míg a „kék gallérosok” között 68 év, ugyanakkor a minőségben megélt kor átlaga 66, illetve 57 év volt, a különbség tehát e téren még nagyobb.

ségek léptek elő fő halálokokként. Ám a valóságos helyzet még ennél is összetettebb. Csak egy példa: Németországban a magyar átlagnál magasabb az egy főre jutó alkohol-, dohány- és kalóriefogyasztás. Mégis mindez jóval később „viszi sírba” az embereket, mint Magyarországon: a születéskor várható élettartam ott 75 év felett van. Lengyelországban lényegesen alacsonyabb az egy főre jutó egészségügyi kiadás, mint Magyarországon, s az átlagéletkor a németekéhez közelít.

Ha a mortalitási ráta „derékszögűsödése” (a születéstől számított várható élethosszt mutató görbe)⁸ – ami fokozatosan a világnak minden táján végbemegy – nem jár együtt az egészségtudatos életmód kialakulásával, vagyis a morbiditási ráta (egészségben eltöltött évek számát mutató görbe) derékszögűsödésével, akkor a kettő közötti tér növekedése az életminőség romlását és az egészségügyi kiadások további növekedését hozza magával. Mindez szorosan összefügg azzal, hogy az emberek mennyire tekintik értéknek az egészséget. E tekintetben nagyon elgondolkasztató eredményre vezetett az a 14–18 éves fiatalok körében végzett magyarországi felmérés, amely szerint ezek a fiatalok az egészséget kevésbé tartják értéknek. Többségük véleménye szerint mindenkinek a magánügye, hogy hogyan rontja az egészségét⁹. A helyzet furcsa ellentmondása, hogy a volt szocialista országokban, köztük Magyarországon, az egészséget nem, az egészségügyet annál inkább értéknek tekintik, vagyis a saját egészségi állapotba nem „fektetnek be”, míg a rendszertől elvárják, hogy növekvő beruházással működjön. A politikusok és kormányok teljesítményét nem annak alapján ítélik meg, hogy mennyit tettek a közegészségügy javításáért és az egészségtudatos életmód tudatosításáért, hanem azon, hogy – szavakban – mennyire értenek egyet a „magas színvonalú, és mindenki által egyformán hozzáférhető” egészségügyi ellátás fontosságával.

A kutatások tehát végső soron azt a – hétköznapi ésszel nehezen felfogható – tényt igazolják, hogy bár minden országban nagyon erős nyomás nehezedik a politika döntéshozóira, s elvárás, hogy növeljék az egészségügyi kiadásokat (amelyek összege erősen determinált, és alapvetően függ a hazai össztermék nagyságától), az adott országban élők egészségi állapotát ez a kiadás igencsak korlátozott mértékben befolyásolja. A WHO paradigmája szerint az élethosszt meghatározó tényezők között az életmódnak 50 százaléknyi, a környezeti ártalmaknak 20 százaléknyi, az örökletes tényezőknek ugyancsak 20 százaléknyi a befolyása, és csupán 10 százalékos az egészségügyi infrastruktúra szerepe.

Az ésszerű és a célszerű dilemmája

Régi mondás Magyarországon az egészségügyről: ha ingyenes és mindenki által hozzáférhető, akkor nem színvonalas, ha színvonalas, akkor nem ingyenes és nem mindenki által hozzáférhető. Emögött is a hálapénz ténye rejlik.¹⁰ A mondás azonban, úgy tűnik, nemcsak hazánkra érvé-

⁸ Peter Heimer Wagner–Christian Köck: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje (Perfekt Rt. 1999)

⁹ Az egészséggel kapcsolatos viselkedés, vélekedések Csabai Márta–Erős Ferenc–László János, in Info-Társadalomtudomány. 40. szám

nyes. A törvények biztosította hozzáférhetőséget sok, nálunk gazdagabb ország sem tudja mindenki számára garantálni. A szakirodalomban a „suba alatti” kiadagolásra, a társadalmi szűkösség egyéni szűkösségé való átalakítására már külön szakszó is létezik: a rationing. A kiadagolási stratégiákat a Zeit publicistája¹¹ a következőképpen összegezte: a megtagadás, az elhúzás, az elijesztés és az elutasítás. Mindez arról tanúskodik – írja –, hogy hallgatólagosan rég felmondták azt a szerződést, amely szerint a társadalom minden polgára a korától, származástól, jövedelmétől függetlenül jogosult az optimális egészségügyi ellátásra.¹² A hátrányos helyzetűek, az öregek és a fogyatékosok háttérbe szorulnak. Az alacsony jövedelműek háttérbe szorulásának nagyon összetettek a mechanizmusai. Ott, ahol van kiegészítő biztosítás, azért, ahol pedig adóból finanszírozzák az egészségügyet, ott általában a térben és időben egyaránt egyenlőtlen elosztás miatt. És itt most nem is elsősorban a halápénzről van szó (amely a többi volt szocialista országban is létezik), hanem egyszerűen a lobby-erőről és az informáltságról. Példa erre, hogy Magyarországon a főváros lakosai 25 százalékkal többet használnak fel az országos átlagnál az egészségügyi forrásokból, míg az elmaradottabb régió nagyvárosában élők felhasználása az átlagtól 15 százalékkal marad el.

A legfejlettebbtől a kevésbé fejlettig, az erősen piacorientálttól a közösségi szolidaritásra épülőig minden társadalomban felvetődik a kérdés, hogy vajon mi az, ami gazdaságilag megengedhető és ésszerű, és mi az, ami szociálisan, illetve emberileg célszerű. A közösségi döntéshozó – mindegy, hogy politikus-e vagy szakértő – emberek sokaságának életéről és haláláról dönt, amikor erre vagy arra az eszközre, készülékre, vizsgálati eljárásra, gyógyszer támogatásra ad pénzt, míg a másikra nem ad. Mintha a jóléti társadalmak mindegyikében elfogyott volna a pénz, vagy, más szavakkal, a ma befizető generációk fizetési hajlandósága, szolidaritása csökkent volna.

Az elmúlt évtizedek politikai, társadalmi, gazdasági és orvostechikai fejlődése tehát alapvetően átformálta a világot. Ezek a változások szinte feloldhatatlan dilemmát jelentenek az egészségügy, ezen belül az egészségügy finanszírozása számára. Vegyük sorra a legfontosabb okokat:

1. Az idők folyamán alapvetően megváltoztak a jóléti társadalmak kialakulásának idejét jellemző társadalmi és gazdasági körülmények. A mai (és különösen az új évezred eleji) demográfiai helyzet – elöregedés az egyik oldalon, csökkenő születések a másikon – alapvetően eltér a jóléti rendszer kialakulásának idején létezőtől.

2. A globális gazdaság kialakulásával és az éleződő versenyhelyzetben új iparágak, foglalkozások jelentek meg és régiéik tűntek el. Európában és Magyarországon mindez viszonylag magas munkanélküliséghez ve-

10 Berend T. Iván adata szerint 1975–85 között a halápénz összege ötszörösére emelkedett. A paraszolvencia kivizsgálására létrehozott bizottság adata szerint ez most évi 35–40 milliárd forint.

11 Hans Schuch: 1999. 7. 29.

12 Ennek ellentmond a Berliini Szabad Egyetem Orvostörténeti Intézetének igazgatója, Udo Schagen véleménye, aki szerint a hajléktalan Németországban éppúgy hozzájut minden szükséges orvosi ellátáshoz, mint a társadalom többi tagja – tehát létezik az equity, a területitől és a fizetőképességtől függetlenül.

zetett. Ez csak tovább súlyosbítja azt a helyzetet, amelyben egyre kevesebb embernek kell eltartania egyre többet.

3. A fenti két tendencia következményeként veszélybe került a generációk közötti szolidaritásra épülő társadalmi szerződés, akár a nyugdíjról, akár az egészségügyről van szó. A befizetők száma – az adózás és a biztosítás területén – minden társadalomban jóval meghaladja az igénybe vevőket.¹³ Emiatt sokak számára egyre nagyobb a csábítás, hogy megtagadják a befizetést. Terjednek az olyan jövedelemszerzési formák is (vállalkozás, részmunkaidő), amelyek megkönnyítik a befizetés elkerülését. Sőt, éppen azok lépnek ki leginkább, akiknek a jövedelme a legnagyobb.

4. Az egészségügyi kiadások részarányát a kiadásokon belül tovább emeli az egészségügyi szolgáltatásoknak az átlagos inflációt meghaladó ütemű növekedése.¹⁴ Az egészségügyi rendszerek egyre jobban kiterjednek, egyre többen dolgoznak ebben a szférában, míg a költséghatékonyság gondolata és gyakorlata kevésbé terjedt el, és még kevésbé érvényesíthető.

5. A növekvő szociális kiadások szükségszerűen vezetnek az adó- és járulékkerhek növekedésére. Ennek következménye pedig a „free riders” szindróma. Aki képes rá, az eltünteti (az adó elől) a jövedelmét. Egészen „újszerű” foglalkoztatási formák alakulnak ki Európa-szerte, attól függően, hogy az adózási és kötelező járulékfizetési szisztéma mit kedvezményez.¹⁵

6. Az egészségügyben külön tehertétel, hogy megváltoztak a halálokok a társadalmi fejlődés során. A 20. század első évtizedeiben még az akkori fejlett társadalmakban is a járványok és mindennapos sebesülések voltak a fő halálokok; a század második felében, az életmód, a kulturális szokások megváltozásával, a csatornázás elterjedésével s az orvostudomány fejlődésével a fő halálokká a keringési és a daganatos betegségek (noncommunicable diseases) váltak. Ezek kezelése hosszadalmas és drága, az elérhető eredmény pedig nem a gyógyulás, hanem az élettartam meghosszabbítása, az életminőség javítása.

7. További – bizonyos összefüggésben negatív hatású – változást eredményezett éppen az orvostudomány fejlődése, a gyógyászati technikák forradalmi fejlődése. Olyan kezelési módszerek jelentek meg, amelyek

13 Ma például Magyarországon 3,5 millió járulékfizető állja 10 millió ember egészségügyi ellátását és 3 millió ember nyugdíját. Tíz év alatt 1,5 munkahely és ezzel együtt ennyi járulékfizető tűnt el, miközben 500 ezerrel nőtt a nyugdíjasok száma. Ez persze extrém helyzetben történt, a tendenciák azonban hasonlóak minden nyugat- és kelet-európai országban: a születések száma csökken, már a népesség reprodukciójához sem elegendő, míg az életkor nő.

14 Az NSZK 1960-ban a hazai össztermék 4,9 százalékát fordította egészségügyi szolgáltatásokra, 1992-ben ez az érték 8,7 százalék volt. Ausztriában 4,4 százalékról 8,8 százalékra, az USA-ban 5,3-ról 13,6 százalékra nőtt ez az érték. Az OECD-országok átlagában 3,9-ről 8,1 százalékra emelkedett. (M. Köck: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje)

15 Németországban a 650 márkánál kevesebbet keresőket mentesítették a járulékfizetés alól. Ezzel a lehetőséggel, az ellenőrizhetőség hiányában, sokan visszaéltek, több családtag nevén dolgozva, tb-járulék fizetése nélkül vették fel keresetüket. Ausztriában nemrég terjesztették ki az olyan „látszatönállókra” a járulékfizetést, akik valójában alkalmazottak, ám vállalkozóként dolgozva mentesültek a járulékfizetéstől. Ez a helyzet jól ismert Magyarországon is.

ugyan a betegnek gyógyulást jelenthetnek vagy életminőségüket jelentősen javíthatják, meghosszabbíthatják az életüket, de bevezetésük és alkalmazásuk nagyon sokba kerül. A legegyszerűbb esetekben ez egy új gyógyszert jelent, más esetben viszont hatalmas eszköztékű és magas munkaráfordítást igénylő orvostechnikai rendszereket.

8. Az egészségügyi szolgáltatások árrobbanásában szerepet játszik a „más pénzével nem érdemes takarékoskodni” közismert gyakorlata. Ebben a szférában erkölcsi kockázatnak, ún. „moral hazard”-nak nevezik azt a mozzanatot, hogy az állampolgári jogon vagy kötelező biztosítás révén járó ellátásokat igénybe vevők a döntéseikben nem mérlegelik az árat.

E fontosabb tendenciák következménye, hogy az egészségügyet egy időben sújtja az ár- (költség) robbanás és a (viszonylagos) forrásszűkülés. Némileg eltérő hangsúlyokkal ugyan, de ez szükségszerűen veti fel a „mi ésszerű” és „mi célszerű” kérdéseit. Ezért keresi mindenki a választ, és ezért hajlandó elfogadni azokat a javaslatokat, amelyek gyors és fájdalommentes kúrát ajánlanak. A válaszok azonban – erőteljesebben, mint ahogyan azt az érintettek szeretnék, vagy amivel tisztában volnának – determináltak.

A finanszírozás kettős értelemben is az egy főre jutó nemzeti jövedelem függvénye. Nyilvánvaló, hogy nagyobb összegeket fordíthat az egészségügyre egy magasabb GDP-vel rendelkező ország, mint egy szegényebb.¹⁶ De ezen túlmenően – a nemzetközi tapasztalatok szerint – minél gazdagabb egy ország, nemzeti jövedelmének annál nagyobb arányát költi az egészségügyre. E két tényező nyitja szélesre a finanszírozási ollót. Az elmondottakon belül ugyanakkor a finanszírozás mértéke függ a különböző országok társadalmi hagyományaitól, konkrétan attól, hogy benne hogyan határozzák meg az állam (a közösség), illetve az egyén felelősségét az állampolgár egészségéért. A hagyományosan individualista Amerikai Egyesült Államokban egy minimális szolgáltatás-szinten felül az egyén felelősségévé teszik, hogy gondoskodik magáról

16 Forgács Iván ezt egy fejenként évi 7 ezer dolláros bruttó hazai termékkel rendelkező és egy évi 20 ezer dollár GDP/fővel rendelkező ország példáján vezette le. Az előbbinél – 6 százalékos egészségügyi kiadási aránnyal számolva – fejenként 420 dollár jut az egészségügyre. A 20 ezer dolláros nemzeti jövedelemnél ugyanez a 6 százalék (bár ezen a szinten általában magasabb az egészségügy részesedése) már 2000 dollár. Ha ebből 60 százalékot költenek „humán erőforrásra”, akkor Magyarországon 250 dollár jut bérekre és bérterhekre, míg az EU-országokban ez átlagban 1200 dollár. A különbség majdnem ötszörös. A csúcstechnológiára az alacsonyabb jövedelmű országokban 10 százalékos költenek, a magasabb jövedelműekben ez eléri a 15 százalékos. Itt tehát 42 dollár áll szemben 300 dollárral. Ebből következik, hogy a klasszikus ellátásra – ami a lakosság 90 százalékának az igényeit fedezi – a magas nemzeti jövedelmű országban 500 dollár jut, míg a másikban 130 dollár körül van ez az összeg. Ez még akkor is nagyon nagy különbség, ha az ellátás bázisát adó területen a legmérsékeltebb a különbség. Ha tehát beszélhetünk is pazarlásról a magyar egészségügyben, az a valóságban a szegénység pazarlása. A beszerzések nem akkor és ott történnek, amikor és ahol a legolcsóbbak, hanem amikor kényszerhelyzeté válik a vásárlás, amikor mindenképpen és azonnal be kell szerezni az eszközt vagy be rendezést. Forgács professzor véleménye szerint a nemzeti jövedelem emelkedése automatikusan magával hozza a reformértékű lépéseket. Ugyanakkor a jelenlegi rendszernek a feltételek végiggondolása nélküli gyökeres átalakítása több kárt okozna, mint hasznot. Hasonló véleményen van az USA pénzügyminisztériumának tanácsadója is, aki tanulmányában a finomhangolást javasolja (ld. A hazai reformok történeténél).

abban az esetben, ha betegsége vagy kora miatt keresőképtelenné válik, ellátásra szorul. (Tegyük hozzá, hogy a „célzott” előtakarékoskodást itt is adókedvezményekkel ösztönzik.) Az amerikai rendszer a maga módján logikus ugyan, ám kérdéses, hogy mennyire ésszerű. Az osztársadalmi ráfordítás az egészségügyben jóval meghaladja a gazdasági fejlettségben tőle nem sokkal elmaradó országok kiadásait, miközben a társadalom számottevő része nem részesül egészségügyi ellátásokban.

Európában a közösségi gondoskodás – bizonyos nemzeti különbségekkel – alapvető axióma. Az emberek többsége Európa-szerte úgy gondolja, hogy a jövedelmétől függetlenül mindenkinek biztosítani kell (adóból vagy kötelező biztosításból) az egészségügyi ellátást. A legerőteljesebben (94 százalékosan) Svédországban érvényesül ez a nézet, míg a leggyengébben Írországban. Itt a polgárok harmadának az a véleménye, hogy a kormányzat felelősségi körébe csak a legszegényebbek egészségügyi ellátása tartozik.¹⁷

Az európai országokban általában mindenütt arra törekszenek, hogy az egész társadalomra kiterjedő, meghatározott színvonalú – sok esetben igen magas színvonalú – alapellátást nyújtsák.

A finanszírozást illetően a politikai döntéshozók szabadságát még egy tényező korlátozza. Ma már – legalábbis részben – nemzetközi értelemben is determinált a kérdés, hogy vajon mi az állam teendője polgárai egészségéért, s milyen mértékű szolidaritásra kötelezhetőek maguk az állampolgárok, továbbá hogy ez utóbbiak a befizetéseik fejében miként juthatnak hozzá a szolgáltatások optimumához. A WHO és – ami számunkra ma nagyon megszívlelendő – az EU (129 EG Vertrag) egyaránt kimond direktívákat, megfogalmaz ajánlásokat arra vonatkozóan, hogy mi az, amit egy-egy országnak nyújtania illik az állampolgárainak. Így a WHO-nak az a célkitűzése, hogy 2020-ra a negyedére csökkentse a tagországokban az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférésben tapasztalható egyenlőtlenséget. Látszólag a WHO és az EU szintjén is az országok „magánügye”, hogy miként alakítják ki vagy szervezik meg egészségügyi rendszerüket. Ugyanakkor az „európai klubban” a tagság természetes alapkövetelménye, hogy olyan közegészségügyi szintet érjenek el, amely nem jelent potenciális fenyegetést a többi uniós ország polgárainak egészségére. Ezt a „minimum-szintet” a csatlakozás első körébe bevett országok – így Magyarország is – elérték. Az ő esetükben inkább az okoz gondot, hogy az ezt megalapozó infrastruktúra a közkiadások csökkentésére irányuló nyomás miatt megsérülhet. Fennáll ugyanis a veszélye, hogy – egy találó megfogalmazás szerint – a közegészségügy (lesz) Közép- és Kelet-Európában az egészségügy hamupipőkéje.¹⁸ Ez a veszély némely területen már kezd valóságossá válni, lásd pl. a végleg leküzdöttnek hitt tbc megjelenését. Ezért is figyelmeztető momentum, hogy az ismét eltolódott egészségügyi reform mind az EU-, mind a világbanki országjelentésben negatívumként említettett.

A pénzügyi források mennyiségének és belső struktúrájának meghatározásában az elmúlt évtizedben előtérbe került egy sokak által ellentmondásosnak tekintett, új fogalom, az „egészség-nyereség”. Eszerint az

17 Citizens and Health Systems 2., illetve 9. ábra

18 Eurohealth Winter 1998–1999, 18. o.

egészséget valamiféle „elfogyasztható árunak” tekintve a gazdaságilag ésszerűt úgy kell értelmeznünk, mint az egységnyi (egészségügyi) beruházásra (pénzbeli ráfordításra) jutó, minél nagyobb „egészség-nyereséget”. Ám ezen a téren is megmutatkozik egyrészt a csökkenő hozadékok törvényszerűsége, másrészt az, hogy az egészség különleges áru. Igénybevételét az árán kívül jó néhány egyéb tényező is befolyásolja.

A államok feladata egyebek mellett az (is) lenne, hogy megteremtsék az esélyegyenlőséget az egészséges életvitel területén. Ezzel a mindenki által helyeselhető törekvéssel kapcsolatban az a gond, hogy – mint minden esetben – az esélyegyenlőségéből származó politikai haszon csak hosszú távon jelentkezik, miközben az erős érdekérvényesítő csoportok (orvosok, vállalkozói csoportok, tehetősek, az elitbe tartozók) érdekei rövid távon sérülnek. Gondoljunk csak arra, hogy az egészséges életmód kialakítása milyen keményen ütközik mondjuk a dohány- vagy az alkohol-lobby érdekeivel. De ütközhet éppen az egészségügyi lobby érdekeivel is, mert lehet, hogy éppen az lenne az ésszerű, ha több pénz jutna egyszer használatos injekciós tűre, vagy az iskolaorvosi hálózat fejlesztésére, ám a jó érdekérvényesítő képességű orvoscsoportok nyomására ez a pénz pl. az orvosi csúcstechnológia eszközeinek beszerzésére megy.

Elaknásított terepen mozog tehát az a politika, amely az egészségügyben definiálni akarja a gazdasági ésszerűség fogalmát, miközben a valóban előretérítő döntésekhez ez nélkülözhetetlen. A hosszú távú elkötelezettséget és távlatos gondolkodást követelő döntések azonban rövid távon sajnos ritkán hoznak politikai hasznot, hiszen a végrehajtás során akkor éppen az erős érdekérvényesítő képességű csoportok ellenében kell tevékenykedni. A helyzet soha nem fehér-fekete, az érdekek soha nem egyértelműek. Ezt példázza a gyógyszerek minősítése is: lehet, hogy egyik vagy másik gyógyszer, illetve kezelés az egyik szempontból a leggazdaságosabb, vagy a leghatékonyabb, de más szempontból az sem lényegtelen, hogy sokaknál komoly mellékhatásokhoz vezet, amelyek kezelése vagy kiküszöbölése újabb kiadásokat okoz.¹⁹

Némi támpontot nyújthatnak a politikai döntéshozás számára azok a felmérések, amelyek feltérképezték, hogy maguk a polgárok mennyit hajlandóak áldozni az egészségügyre, illetve hogy e kiadások tükrében mennyire elégedettek országuk egészségügyi rendszerével. A Eurosurvey évek óta figyelemmel kíséri ennek alakulását. Az eredmények nem várt vagy legalábbis nem mindig egyértelműen értelmezhető képet mutatnak. Az egészségügyi ráfordítások összege nincs egyértelmű kapcsolatban azzal, hogy az adott ország lakosai mennyire elégedettek az egészségügyi rendszerükkel. Tíz vizsgált ország közül az USA és Olaszország lakói voltak a legkevésbé elégedettek az egészségügyi rendszerükkel, holott a ráfordítás mindkét országban (az USA-ban pl. értékben és a nemzeti jövedelem arányában egyaránt) jóval meghaladja az OECD-átlagot. A GDP-n belül az egészségügyre jóval kevesebbet költő Dániában (itt a

¹⁹ A társadalombiztosítással foglalkozó szakértők, kutatók jelentős része ezzel együtt ebben látja a költségrobbanás megfékezésének módját – Udo Schagen BFU, Jürgen Sendler, DGB, Helmut Ivanits: Kammer für Arbeiter und Angestellte, für Wien, Ferdinand Felix Hauptverband der österreichischen Versicherungstraeger. Véleményük szerint az európai országok egészségügyi finanszírozásában még jókora tartalékok vannak, amelyek elkerülhetővé teszik a kiadagolást.

részesedés alacsonyabb, mint Magyarországon: az OECD adata szerint 1996-ban 6,4, illetve 6,7 százalék) ugyanakkor a népesség kifejezetten elégedett az egészségügyi rendszerrel. Feltűnő azonban, hogy a megkérdezettek többsége (függetlenül attól, hogy adóból vagy kötelező biztosításból finanszírozott-e az egészségügy) nem hiszi, hogy a jövőben lehetőség lesz arra, hogy teljeskörűen fizessék az új kezeléseket, illetve technológiákat. Ez azt mutatja, hogy az európai országok is elérkeztek a szolidaritás valamiféle határához. Ezért keresi mindenki a továbblépés új útjait.

Reformjárvány Európában

Az egészségügyi jóléti rendszerek bevezetése óta bekövetkezett változások erkölcsileg és gazdaságilag is indokolják, hogy a kormányok újrafogalmazzák az alapvető kérdést: mi az, ami gazdaságilag ésszerű és mi az, ami szociálisan elfogadható egy társadalom adott fejlettségi szintjén. Az erre a kérdésre adott válasz nem kevesebbről dönt, mint arról, hogy kik (és hogyan) fognak élni, és kiknek kell (és milyen körülmények között) meghalni ma és még inkább a jövőben. E kérdések elég súlyosak ahhoz, hogy – stílszerűen szólva – világjárvánnyá váljon az egészségügy finanszírozásának reformja. A reformmal kapcsolatban két, gyökeresen ellentétesnek látszó megoldási javaslat áll szemben: az egyik az államilag szervezett szolidaritást, a másik a privatizált, az egyéni felelősségvállalásra épülő ellátórendszert preferálná. Ezek képviselői – akik megingathatatlanul hisznek saját megközelítésük helyességében – folyamatosan harcot vívnak egymással. Történetek és egyedi példák sorozata áll egymással szemben, amely hol az állami rendszer pazarlását, hol a privatizált rendszer szívtelenségét hivatott bizonyítani.

A tapasztalat azt mutatja, hogy az egészségüggyel való elégedettség mértéke nemcsak a ráfordítások nagyságától, de attól is csaknem független, hogy milyenek a finanszírozás formái, hogy adóból vagy kötelező biztosításból fedezik-e, hogy magánbiztosítók és szolgáltatók versenyeznek-e a betegekért, vagy hogy centralizált-e akár a biztosítás, akár az ellátás, akár a kettő együtt. Meglepő módon a költségek kordában tartása sincs szoros összhangban a finanszírozás módozataival. Az osztrákéhoz hasonló elven működő francia egészségügyben az egy főre jutó egészségügyi reálkiadások 1981–1996 között jóval gyorsabban nőttek, mint a hazai össztermék, míg Ausztriában éppen fordított volt a tendencia. A jelentős mértékben magánbiztosításon alapuló Svájcban az egészségügy növekedési üteme a GDP-nek a többszöröse volt, míg az USA-ban ez a növekedési ütemkülönbség nagyjából a társadalombiztosítási szisztémán alapuló németországinak felelt meg.²⁰

Az államilag irányított, államilag finanszírozott és jórészt állami szolgáltatókkal működtetett angol szisztémával való elégedettség éppen a középmezőnyben helyezkedik el.²¹ Ezzel szemben az utóbbi időben teljesen átszervezett, a „kiszereződést” is lehetővé tevő és költséges olasz

20 Cross-Section Analysis of Health Spending, Maria M. Hofmacher, 9. o.

21 Ám a vélemények szituációfüggését jól mutatja, hogy a 2000. januári angliai influenzajárvány alapvetően megkérdőjelezte az angol rendszer erőseit.

rendszerrel nagyon elégedetlenek a „fogyasztók”. A magasabb keresetűeknek szintén szabad választási lehetőséget engedő, holland rendszerrel nagyjából olyan az elégedettség, mint a lakosság túlnyomó többségére kötelezően kiterjedő biztosítási rendszert alkalmazó Németországban vagy Ausztriában.

Talán az az egyetlen általánosnak mondható tendencia, hogy „tisztá” rendszerek jószerivel sehol sem léteznek. Részben a költségek korlátozása, részben az egészségügyi ellátás kiterjesztése céljából mindegyik rendszer átvesz elemeket a másiktól. Így pl. Németországban és Ausztriában a járulékokból a folyó kiadásokat fedezik, a kórházak fenntartását, építését, korszerűsítését pedig a tartományok helyi, illetve központi adóbevételekből állják. Angliában azt a „hiányzó” vásárlói szerepet, amelyet más országokban a társadalombiztosítási betegkasszák vagy a magánbiztosítók töltenek be, a szigorú minőségellenőrzés pótolja. Emellett megpróbálkoztak az úgynevezett fundholding szisztémával is, amely a házi orvos kompetenciájára bízta a teljes gyógyítási folyamat költségvetését. Ettől remélték a költséges szakellátás és a még költségesebb kórházi ellátás visszaszorulását. Ám ez sem bizonyult minden tekintetben optimálisnak és időtállóknak. A több mint tíz éve tartó holland reform – ellentétben az olasz reformkísérlettel – a kötelező biztosítás kiterjesztésében keresi a megoldást. Ők viszont a versenyző biztosítók okozta „mellékhatások” ellensúlyozására – a jó kockázatúak és jó keresetűek kizárlására – nem találták meg még az igazán hatásos szert. A kockázati csoport szerinti visszaosztással sem sikerült elérni az esélyegyenlőséget a különböző biztosítók tagjai között.

Ausztriában – elvben – több biztosító működik közre a kötelező biztosítás rendszerében. A gyakorlatban azonban ezek között nincs verseny. Németországban pár éve megnyitották a kasszák közötti verseny lehetőségét, abban a reményben, hogy így sikerül a kasszák működési költségeit mérsékelni. Ám ez a „nyitás” sem a kiadásokon, sem a szolgáltatási palettán nem változtatott sokat. Ezekben az országokban a különböző kasszák felülről való lezárásával korlátozzák, illetve próbálják megfogni a költségeket. Ennek a megoldásnak is megvannak a mellékhatásai, amelyet természetesen mindenki másként érzékel, attól függően, hogy az asztal melyik oldalán ül. Udo Schagen, a Berlieni Szabad Egyetem professzora szerint pl. az orvosok „szervezetten” akarják megbuktatni a német reformnak a kiadások korlátozására irányuló törekvését. Ezzel magyarázza, hogy már az elmúlt év második negyedében annak ellenére túllépték a gyógyszerkiadásokat, hogy ennek semmi látható oka (pl. a szokásosnál nagyobb influenzajárvány) nem volt. A kutató szerint az egészségügyi reform folytatásának – a kasszák közötti átjárhatóság bevezetésének – parlamenti akadályozása mögött is az orvos-lobby áll. Ugyanakkor az egészségügy „frontvonalán” dolgozók szerint a kényszerű takarékoság pazarláshoz vezet. Lehet, hogy egy rugalmas kötést megspóroló hagyományos gipsz jól tesz a szakorvos szűkre szabott büdzséjének – mondja az ortopéd szakorvos –, de rosszat a betegnek, mert hosszabb betegállománnyal jár. A szakorvosok nem érdekeltek abban, hogy kisebb, ambuláns módon elvégezhető műtéteket végezzenek, inkább továbbküldik a betegeket a kórházba, ahol csaknem tízszer annyiba

kerül a beavatkozás, mint amennyit neki fizetne ugyanezért a betegkassza – jegyzi meg az osztrák szakorvos. Érdekes, hogy az orvosok mind Ausztriában, mind Németországban visszavágynak az önálló létből az állami alkalmazotti létbe, melynek révén a társadalombiztosítás rájuk is kiterjedne.

A volt szocialista országok reformjainak tapasztalatai

A volt szocialista országok a rendszerváltás után nagy lendülettel láttak neki egészségügyi rendszerük átalakításának. A lakosság egészségi állapotának javítását, az egészségügyi infrastruktúra szanálását és az egészségügyben dolgozók fizetésének emelését azzal remélték megoldani, ha állami finanszírozású egészségügy-(társadalom)biztosítási alapra helyezik a rendszert. Az érv az volt, hogy a társadalombiztosítási járulék formájában befizetett összegeket (szemben az adóval) nem „nyelheti le” a költségvetés, és felhasználása jobban ellenőrizhető a szociális partnerek által. A reformok végrehajtásának gazdasági feltételei azonban eleve kedvezőtlenek voltak, mivel az átalakulás első szakaszában drasztikusan csökkent a foglalkoztatottak száma (Magyarországon például 1,5 millió munkahely tűnt el). A hazai össztermék visszaesésével jelentős mértékben csökkentek a reálkeresetek is, miközben vállalkozások százai mentek csődbe, jókora adó- és tb-tartozásokat hagyva maguk mögött, vagy görgetve maguk előtt (mint pl. a Magyar Államvasutak). A „tisztá” helyzet megteremtésének első eredménye, hogy világossá tette a társadalombiztosítás egyébként rejtve maradó hiányát. Ezzel vált a társadalombiztosítás mindig kéznél lévő bűnbakká az államháztartási deficitért.

A gazdasági válság következtében a legtöbb volt szocialista országban csökkent az egészségügy részesedése a GDP-ben. Magyarországon például az egészségügy részesedése a hazai termékből 1991–1997 között 6,5 százalékról 5,5 százalékra mérséklődött.²² A trend alól egyedül Csehország a kivétel, ahol a legnagyobb lélegzetű reformot vezették be, a versenyző biztosítók létrehozásával. Ennek eredményeként és következményeként az egészségügy részesedése 1994-re, két év alatt két százalékpontot ugorva 8 százalék fölé emelkedett. Elgondolkoztató azonban, hogy ez az érték ismét 7 százalék körülire mérséklődött, és a növekedés ellenére a lakosság nem vált elégedettebbé az egészségügy működésével. Meglepő módon kevesen élnek a szabad biztosítóválasztás lehetőségével is. A prágai Károly Egyetem orvostikai intézetének felmérése szerint a megkérdezettek közel héttizede úgy gondolja, hogy a központilag tervezett egészségügyben kevesebb lenne a gond, mint a biztosítási alapon

22 Orosz Éva számításai szerint (Egészségügyi rendszerek általános jellemzői, 23. o.) a kiadások reálértéke 43 százalékkal csökkent, az egészségügyi beruházások aránya GDP-ben 1,5 százalékról 0,5 százalékra mérséklődött. A lakossági gyógyszerkiadás ugyanakkor a GDP 0,3 százalékaról 0,7 százalékára nőtt, míg az egyéb, „asztal feletti” egészségügyi kiadás 0,2 százalékra emelkedett. Az adatok azonban nagyon ellenmondásosak, mert a legfrissebb világbanki jelentés szerint 89–98 között a GDP-ben az eu-i kiadás 5,7-ről 10,8-ra (1994) nőtt, majd 98-ra 8,0 százalékra csökkent (49. o.).

működőben. Mindössze 5 százalék, tehát elenyésző kisebbség biztos abban, hogy a biztosítási alapok a jobb megoldás.²³

A helyzet bonyolultságát az is mutatja, hogy a rendelkezésre álló statisztikai adatokkal minden rendszer mellett és ellen lehet érveket felhozni. Ezért azután a politikai döntéshozók gyakran nem is vesződnek azzal, hogy rendszeresen alkalmazott statisztikai mutatókkal érveljenek. (A privatizáció mellett érvelők pl. a telefónia privatizációját követő dinamikus fejlődésre hivatkoznak, és nem említik a privatizáció okozta áremelkedést.) Az egymásnak ellentmondó tények nem szolgálhatnak mindent eldöntő érvként egyik vagy másik működési szisztéma mellett vagy ellen. Inkább arra hívják fel a figyelmet, hogy a hirtelen és nagy lépésváltások könnyen visszaütnek. A volt szocialista országok közül a legkiegyensúlyozottabbnak most a szlovéniai egészségügy tűnik, amelyben megmaradt egy biztosító, a kórházakat nem privatizálták, az alapellátás és a szakorvosi ellátás szintjén pedig „saját döntésre” bízták a privatizációt. A kormány évről évre az orvosi kamarával és a fogyasztók képviselőivel együttműködve határozza meg a befolyó egészségügyi járulékok felosztását. Egyedül itt sikerült érdemben javítani az egészségügyben dolgozók jövedelmét is. Az önálló állammá alakulás óta az orvosok keresete reálértéken majdnem 50 százalékkal nőtt, ez az átlagkereseteknek közel a duplája. Összehasonlításképpen ez az arány 1997-ben Csehországban 1,5, Magyarországon 1,33 volt.

A hazai reformok története

Miközben szinte a témával foglalkozó minden elemzés helyesli a rendszer alapvető reformjának szükségességét, az OECD Magyarországról szóló, 1999-ben megjelent tanulmánykötetében szereplő összegzés szerint²⁴ 1987 óta nem volt olyan év, amikor ne történt volna lényeges változás az egészségbiztosításban. Ekkor kezdtek el kísérleti formában a HBCS (DRG) finanszírozást. Két év múlva engedélyezték a magánorvosi gyakorlatot, 1990-ben álltak át az adóból finanszírozott rendszerről a kötelező biztosítási rendszerre. A következő évek fejleményei egyebek között: az ÁNTSZ megalakulása, az ellátásokra való általános állampolgári jogosultság megszüntetése, a háziorvosi szolgálat (és ezzel a háziorvosok vállalkozóvá válásának) létrehozatala, a magánszolgáltatók bevonása bi-

23 Véleménye szerint csökkennének-e a cseh egészségügyi rendszer problémái, ha az egészségbiztosítási alapokat központilag irányított rendszer váltaná fel? Do you believe the topical problems of the Czech health system be lesser in the centrally-planned health care system instead of health insurance funds?

	N= 1120	Nem tudom nélkül = 880
Határozottan igen, certainly yes	24,5	31,1
Talán igen, perhaps yes	32,9	41,8
Talán nem, perhaps no	16,3	20,7
Biztos nem, certainly not	5,0	6,4
Nem tudom, do not know	21,4	-

24 OECD Tanulmánykötet, Magyarország, 135. o.

zonyos területeken és a gyógyszertárak privatizációja. Az irányító szervezet – és ezzel együtt a vezetési koncepció (Egészségügyi Minisztérium, →Szociális és Egészségügyi Minisztérium, →Népjóléti Minisztérium, →Egészségügyi Minisztérium) – szintén folyamatosan változott. Időközben változtak a finanszírozás forrásai, illetve jogcímei is. A járulékarány 1994 óta az egyharmadával csökkent, beléptek viszont új kötelezettségek, mint pl. a munkaadó táppénzfizetési kötelezettsége, illetve az összegű egészségügyi hozzájárulás. A lakossági közvetlen hozzájárulás (a copayment) szintén jelentősen nőtt, a gyógyszereknél például 1992–1996 között 28,9 százalékról 42,6 százalékra, ami a múlt év adataiból következően feltehetően már az 50 százalékot is túllépte.

1993-ban megalakultak a társadalombiztosítási önkormányzatok is, amelyek elvben társadalmi ellenőrzést voltak hivatottak képviselni a befizetések felhasználása terén. Ezeknek az önkormányzatoknak a működése (különösen az egészségbiztosításé) nem volt mentes a viharoktól. Ma már nehéz eldönteni, hogy ebből mennyi volt a valóban rossz (pl. az önkormányzatok vezetőinek számlájára írható, vagy az alacsony hatékonyságú irányításból fakadó), esetleg éppen korrupciógyanús döntés, és mennyi a műbalhé, amivel a kormányzat igyekezett hitelteleníteni a sokszor kényelmetlen vitapartneret. Az 1998-ban hatalomra jutott koalíció azonban egyetlen huszárvágással elintézte a dilemmát. Még a kormány megalakulása előtt, parlamenti jóváhagyással, első intézkedésként megszüntette az önkormányzatokat. Kezdetben még ígért egy felügyelőbizottságot, ám ezt az ígéletét később visszavonta. Az egészségbiztosítási önkormányzat egyébként valóban nem volt képes betölteni a feladatát, de ennek nem az volt az oka, mint amivel a megszüntetését indokolták. Az önkormányzat nem vált valódi vásárlóvá, nem dolgozta ki azokat az eljárásrendeket, minőségi követelményeket, amelyek alapján el lehet dönteni, hogy melyik szolgáltatót érdemes – legalább elméletileg – igénybe venni, s hogy egy-egy szolgáltatásnak mi az „ára”. Ezek híján nem volt – nem is lehetett – megalapozott ellenőrzés, s így nem lehetett szó eredeti céljuk megvalósításáról, a járulékfizetők (a fogyasztók) érdekeinek képviseletéről sem. Ezek a funkciók azonban megtanulhatók, a képességek elsajátíthatók, csak időt igényelnek.

Ilyen vargabetűkkel formálódott és alakult a jelenlegi – a súlyos forráskivonások ellenére a mai napig működő – egészségügyi struktúra. A finanszírozás alapját a kötelező járulék, valamint a lakosság által fizetendő térítési díjak és a hálapénzek adják. A szolgáltatások vásárlója az Országos Egészségügyi Pénztár. Állami szinten a prevencióra (egészségnevelés, védőoltások, táplálkozás- és környezetegészségügy) mintegy 20 milliárd forintot fordítanak a költségvetésből. A szolgáltatást nyújtó infrastruktúra állami vagy önkormányzati tulajdon. A szolgáltatók közül a háziorvosok és fogorvosok többsége önálló vállalkozó és szerződéses viszonyban áll az önkormányzattal. A szakrendelőkben és kórházakban dolgozók – orvosok, nővérek, szakalkalmazottak – közalkalmazotti státusban vannak. A finanszírozás módszerei, mint általában Európában, sokszínűek. A háziorvost a fejkvóta alapján javadalmazzák. Az aktív fekvőbeteg-ellátásban a HBCS (DRG), a betegségcsoport, a speciális szolgál-

tatásoknál és a járóbeteg-ellátásnál pedig a szolgáltatási díj (fee for service), illetve a pontrendszer a finanszírozás alapja.

A magyar egészségügyi rendszer kapcsán leggyakrabban megfogalmazott gondok egy része gyakorlatilag a világ bármely országban elképzelhető: a működés pazarló, a szolgáltatás mindig egy szinttel magasabbra tolódik, hiányoznak azok az ösztönzők, amelyek hatékonyabb tevékenységre sarkallnák a szolgáltatókat és a betegeket költségérzékenyebbé tennék, a szolgáltatások elosztása és az ezekhez való hozzájárulás pedig egyenlőtlen. Emellett a magyar rendszert is jellemzi, hogy csökken a járulékfizetők, és nő az igénybe vevők száma, következésképpen nagy és növekvő a „potyázók” aránya is.

A hazai rendszer emellett néhány speciális, nem általános, de több más országra szintén jellemző problémával is küszködik. Nem megoldott az amortizációs rendszer, az egészségügyben dolgozóknak nagyon alacsony a keresete, az orvosoknak pedig viszonylag magas a száma.²⁵ Továbbra is létezik a hálapénz, amely szétszakítja az orvostársadalmat, és ugyanakkor ellenérdekeltséget teremt az átlátható viszonyok bevezetésében. 1991–1997 között a nemzeti össztermékhez viszonyítva a felére csökkent az egészségügyi beruházások aránya.²⁶ Ha figyelembe vesszük, hogy ugyanezen időszak alatt a GDP is csökkent, ez még nagyobb visszaesést jelez. A műszerek elavultak, az infrastruktúra elavult, különösen ott, ahol a lakosság érdekérvényesítő képessége kicsi, ezért a kapcsolatai révén nem tudnak meríteni a „közös fazékból”. Az egészségügy fejlesztésére jutó kevés pénz egy része emellett eltűnik magánzsebekben. (Állami és önkormányzati nagyberuházások, „feudális” döntési rendszer a kórházakban, majd’ 800 milliárd forintos piac.)

Merre tovább? (Több a kérdőjel, mint a válasz)

A létező struktúra működőképességéről nehéz objektív képet adni. A kórházak és szakrendelők döntő többségének állapota olyan, hogy ez pestiesen szólva már ránézésre is a súlyos depresszió tüneteit idézheti elő, még az egyébként egészséges lelkű pácienseknél is. Ám a szolgáltatások minőségét vizsgáló és az egészségbiztosító által megrendelt közvélemény-kutatások ettől eltérő képet mutatnak. A Szonda-Ipsos tavalyi felmérése szerint a kórházi ápolást követően a kezelték kilenczede elégedettnek mondta magát a kórházban kapott szolgáltatással. Ennek az objektív módszerekkel felrajzolt képnek ellentmondani látszanak a baráti társaságban, újságcikkekben halmozódó rémtörténetek a műszerek állapotáról, az ápolónőről, az orvosok modoráról, a közömbösségéről és a gondatlanságáról, vagy éppen a hősköltevények azokról, akik műtét közben összerakják a széteső altatógépet, vagy – steril kórházi ruha híján – alsonadrágban operálnak.

Miután azonban legtöbbünk vagy már ma is „fogyasztója” az egészségügynek, vagy azzá lesz a jövőben, nem csoda, hogy betegek és orvo-

²⁵ Tábla a cikk végén.

²⁶ 1991-ben 0,6 – 1997-ben 0,3 százalék volt a GDP arányában az egészségügyi beruházás, OECD tanulmányok.

sok, szociálpolitikusok és közgazdászok egy átfogó és kiadós reformtól várják a gondok megoldását. Ettől remélik az egészségügyi infrastruktúra szanalását, az államháztartás egészségügyből fakadó deficitjének eltűnését, a bérekre nehezedő közterhek csökkentését, a költségekkel való takarékoságot, a nővérek udvariasságát, az orvosok hivatástudatának és szakmai képzettségének növekedését, olcsó, mégis hatásos gyógyszereket és még sok egyebet. Frajna Imre, a társadalombiztosításért felelős államtitkár megfogalmazásában: „A jelenlegi rendszert bármennyire próbáljuk korrigálni, a maximális eredmény az, hogy jobban átlátható, tisztább pénzmozgást eredményező szisztéma lesz, de megfelelő ösztönzés nélkül.” A államtitkár véleménye valószínűleg nem különbözik alapvetően az ellenzéki szakértők megítélésétől. Mintha szinte mindenki a gyökeres és az alapokig ható változtatás híve volna.

Am mindazok számára, akik az egészségügy gyökeres átalakításától remélik a gondok megoldását, korántsem ugyanazt jelentik a reformok. Két, jellemző elképzelés kristályosodott ki az évek folyamán. Az egyik *a szolgáltatási oldalt* tenné hatékonyabbá, és ettől várja a megoldást, a megfelelő ösztönzés megteremtését. A másik, nem becsülve le a szolgáltatások fejlesztését, a hangsúlyt a *finanszírozási rendszer* módosítására, és ezen belül az öngondoskodás szerepének ugrásszerű növelésére helyezi. Mindkét elképzelés egyik kulcsszava a privatizáció. Ez a tulajdonosok „létrehozatalán” keresztül teremtené meg az érdekeltséget az egészségügy fejlesztésére, és ettől várná a jobb minőségű szolgáltatásokat és a hatékonyabb működést.

A privatizáció hatékonyan működött a profitorientált gazdaság szférájában. Kikényszerítette a nem megfelelő hatékonyságú kapacitások (munkaerő és technika) leépítését, a fogyasztó kegyének keresését, a szolgáltatások fejlesztését, és azt, hogy csak a fizető keresletet szolgálják ki. Kérdés azonban, hogy az egészségügyben milyen csoportok vennék meg és működtetnék a kórházakat, és hogy ennek milyen intézményi formák lennének a keretei. Hogyan valószínűsítenék meg a kapacitások igényekre formálását (egyik oldalon a „szükségtelen” leépítését, a másik oldalon a fizetőképes igényekkel alátámasztott nyereségorientált fejlesztését)? Vajon ennek révén valóban javulna-e a szolgáltatás, s jönne-e friss tőke az egészségügybe? Végül pedig mi történne azokkal, akik nem tudnak fizetni? E kérdések egy részét eddig még csak fel sem vetették. A kérdések egy másik részére a privatizációpárti szakértőknek az a válaszuk, hogy a településeknek, önkormányzatoknak még akkor is érdekük lenne minél jobb egészségügyi infrastruktúrát működtetni, ha az ellátás felelőssége visszaszállna az államra. Egy adott régió lakossága mégiscsak rajtuk kérné számon az ellátást, és mérné le munkájukat az egészségügyi ellátás színvonalán is. Az egészségügyben érdekelt vállalkozók pedig a nonprofit formában működtetett rendszerekben is megtalálnák a hasznukat. A jól fizető vásárlókra támaszkodó és az ő részvételükkel működtetett intézmények az ő piacuk is lenne. Az érvek logikusak, ám mielőtt privatizálunk, érdemes volna valóban meggyőződni, hogy mindaz, ami logikus, vajon egyúttal valóban működőképes-e. Kérdéses ugyanis, hogy az önkormányzatok éreznék-e az érdekeltségüket akkor is, ha nem a tulajdonuk a kórház, mint most. Az „egyéb” tulajdonosok érdekeltsége

ugyanígy kérdéses lenne az intézmény hatékonyságának növelésében, miközben lehetne saját hasznuk is. Vagyis egyáltalán nem biztos, hogy valóban jelentkeznének a jelzett előnyök, és ha igen, akkor éppen a megfelelő időben.

A szolgáltatási oldal privatizációja tehát nem szükségképpen pótolja a hiányzó vásárlót. Ezzel érvelnek azok, akik a finanszírozói oldal reformját sürgetik, mondván, hogy csak a több-biztosítós rendszer alkalmas a minőségi szolgáltatás kikényszerítésére, a többletkínálatra, és ezáltal a többlettőke bevonására a rendszerbe. Frajna az egészségügyi rendszer jelenlegi felépítését a szocialista nagyiparhoz hasonlítja, amelyből hiányzott az ellenőrzés, a szigorú elszámoltatás és a teljesítménykényszer. A kórházi csődbiztos²⁷ hasonlóan érvel: több biztosító kell a minőségi szolgáltatások kikényszerítéséhez, és ahhoz, hogy a kórházak valóban rákényszerüljenek a költségeikkel való elszámolásra, hogy végre kiderüljön, mi mibe kerül. A nemzetközi tapasztalatok ugyanakkor azt mutatják, hogy ahol megvalósult a kasszák versenye, az eredmény ott sem annyira pozitív, amint azt kezdetben gondolták. Nem javult kellően a minőség, nem bővültek a kiegészítő biztosítások, hanem inkább a működési költségek növekedtek, mint Csehországban és Chilében, vagy a járulékfizetők „lefölözése” volt jellemző, mint az eleve sokbiztosítós Hollandiában. Azok, akik többletet remélnek a magánbiztosítástól vagy a kiegészítő biztosítástól, úgy tűnik, nem számolnak még egy „hazai” specialitással. Nevezetesen azzal, hogy a paraszolvencia révén, illetve a magánszakrendelés és a kórházi orvosi státus összeházasításának következményeként már ma is olcsóbban megvehető a biztosításnál mindazok a szolgáltatások, amelyekre a kiegészítő biztosítás kiterjedne. Ezért és a szabadon elkölthető jövedelmek alacsony volta miatt sem biztos, hogy – mint azt Kornai János²⁸ feltételezi – rögtön induláskor széles rétegek, tehát nemcsak a magas, hanem már a közepes jövedelműek sokasága jelentős összegeket fordítana a kiegészítő biztosításokra. Ugyanígy kétséges, hogy azok, akik már ma vagy a közeljövőben rászorulnak az ellátásra – tehát az öregek és a betegek – egyáltalán végleg tudnának-e kiegészítő biztosítást kötni.

Az is kérdés azonban, hogy miként fogalmazzuk meg a reform célját. Vajon szűk értelemben-e, vagyis úgy, hogy elmondható legyen: Magyarország e téren is elkezdte a piacgazdaság „építését”, a verseny kiterjesztését az egészségügyi szférában is? Vagy szélesebben: megindult az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése, a szolgáltatások javítása, a meglévő erőforrások hatékonyabb kihasználását lehetővé tevő és kikényszerítő rendszer kialakítása? Vagy egészen szélesen: olyan eszközként, amelytől az életminőség javulását és a várható, magas életminőséggel megélt élettartam növelését várjuk? Ha nemcsak a piacosítást értjük a reformon, akkor végiggondolandó, hogy a mielőbbi privatizáció (szolgáltatás vagy finanszírozásé, illetve a kettőé együtt) valóban megoldást nyújt-e. Azért érdemes a kérdést ilyen élesen felvetni, mert korántsem biztos, hogy az akut gondok orvoslásában éppen a privatizációra alapozó

27 Személyes információ Kató Gábertől, aki a Budapest Investment cégnél a kórházi válságmenedzsmenttel foglalkozik.

28 Kritika, 1998. október

reform lenne a gyógyszer. E tekintetben – érdekes módon – az USA pénzügyminisztériumának szakértője is a fontolva haladás híve.²⁹ A magyar egészségügyről készült tanulmányában a „finomhangolást”, vagyis nem a forradalmi, hanem inkább az evolúciós változtatást javasolja. Véleménye szerint a magyar egészségügyi infrastruktúrának nem rossz a teljesítménye. Ezért féltő, hogy a feltételekkel nem számoló és egyszeri akcióként megejtett reform több kárt okozna, mint hasznot. Ezért is megfontolandó a következtetése: a hangsúlyt kezdetben inkább a fejlesztésre (pl. a minőségi követelmények és ellenőrzés kiterjesztésére, a mikro-ösztönzők változtatására, a teljesítményalapú rendszerek elterjesztésére) kellene helyezni. A társadalombiztosításért felelős államtitkár az elkövetkező években a reálisan érvényesíthető és a kormány által felállítandó elvek közé sorolja a takarékoság ösztönzését a házi orvosok gyógyszerfelhasználásában³⁰, a modellkísérletek folytatását (egy-egy térség szabadon gazdálkodik a neki átadott egészségügyi fejkvótával), valamint a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásának közelítését. Mindez akár „finomhangolásként” is értelmezhető. Ennek a finomhangolásnak lehetett volna része a világbanki hitel segítségével meghirdetett, az egészségügyi régiók kialakítására vonatkozó program megvalósítása, amelyet – a tervezőmunka elvégzése után és a végső döntés előtt – a jelenlegi kormányzat az első időszakában fűjt le.

Az egyszeri, nagy horderejű akciók hatásosságának vitathatóságára példa lehet a kórházi kapacitásokra vonatkozó törvény, amellyel még a szocialista-szabaddemokrata kormány próbálta a költségeket lefaragni. A térségenként előírt kórházi ágyszámok korlátozásának jószereivel csak az lett az „eredménye”, hogy kivívták az érintett régiók haragját. Valódi költségmegtakarítást a kórházi szférában nem értek el.³¹ Az ellátás javulását, a paraszolvencia megszűnését ígéri, ám inkább csak politikai célokat szolgál a házi orvosi praxis privatizációjára vonatkozó látványos döntés. Hiszen a házi orvosok eddig is abban voltak érdekeltek, hogy javítsák szolgáltatásaikat, és így gyűjtsenek össze minél több kártyát. A privatizációval viszont komoly helyzeti előnyhöz jutnak a többi orvossal szemben azáltal, hogy ajándékba kapnak egy nagy értékű vagyoni jogot, amelynek értékét végső soron az összegyűjthető hálapénz nagysága határozza majd meg. Ezzel azonban még tovább erősítik a hálapénz intézményét, mert jövedelmükből azt a hitelt is ki kell gazdálkodniuk, amit a praxis megvásárlására vettek fel.³²

A privatizáció tehát nem szükségképpen vezet a többletforrás megjelenésére. Ugyanakkor az egészségügy bevételeinek növelésére ajánlott egyéb megoldások szintén komoly „mellékhatásokkal” járhatnak. Évről évre visszatérő javaslat, hogy a tb-járulékokat terheljék rá olyan jövedelmekre is, amelyeket eddig legálisan vontak ki ennek megfizetése alól, mint a tőkejövedelmeket (bár ezek egy részének bevonása is már meg-

29 Bill Dorotinsky: Fine Tuning the Hungarian Health System, December 31, 1998

30 Portugáliát követően Magyarországon fogy az OECD-országok közül a legtöbb gyógyszer, Bill Dorotinsky.

31 A kórházi ágyak száma 18 ezerrel csökkent ugyan, ám kórházat nem zártak be, így a számított 8-9 milliárdnyi forint megtakarítása helyett mindössze 1,5 milliárd forinttal sikerült a költségeket csökkenteni.

32 Hámor Szilvia: Praxist vettem Bécsben, Népszabadság, 2000. január 12.

történt a bt.-knél és a kft.-knél), amelyek származhatnak vállalkozásból, meglévő vagyontárgyak hasznosításából (pl. lakásbérbeadásból) vagy akár kamatokból. Ennek bevezetése komoly politikai felzúdulással jár és fennáll annak a veszélye, hogy az érintettek kivonják tőkéjüket, s hogy tovább nő a feketegazdaság. Az ilyen jellegű döntések, ráadásul alapos, előzetes hatásvizsgálat nélkül, több kárt okozhatnak, mint hasznot.

Nemcsak többletforrást, hanem meggondoltabb keresletet is remélnék azok, akik a felhasználók közvetlen hozzájárulásának aránya, a co-payment növelését szorgalmazzák. Ennek kapcsán érdemes felidézni, hogy mennyire különböző az egészségügyi ellátás eltérő formáinak a „szolidaritástartalma”. Az egészségügyi rendszerhez való hozzájárulás az adóból fedezett szisztémáknál a legerősebben a jövedelemtől függ, és a hozzájárulás a jövedelemmel arányosan nő. A társadalombiztosítási rendszereknél a jövedelem általában már csak bizonyos határig járulékköteles. Ezekben a rendszerekben tehát az alacsonyabb jövedelműek keresetük nagyobb hányadát fordítják az egészségügyre, mint a magasabb jövedelműek. Ez fokozottan vonatkozik a co-paymentre, mert a szegények között gyakoribb a megbetegedés. Ráadásul az ő keresetük rugalmatlan.³³ Ez pedig azt jelenti, hogy az ár növekedésével vagy akár egy mérsékelt térítés bevezetésével ők elsőként szorulnak ki a szükséges kezelésekből is.

Hasonlóképpen nagy valószínűséggel szegény- és gazdag-betegellátáshoz vezetne az a javaslat,³⁴ amely nyíltá tenné a ma valóban meglévő, rejtett gyakorlatot, amely szerint külön díjazás fejében lehetne szabadon orvost választani. Itt ismét belép a paraszolvencia teremtette ellenérdekeltség (biztosítás esetén minden 3 forintból egy jutna az orvos zsebébe). Nem vetődött még fel, de ebbe a logikába az is beletartozik, hogy külön biztosítási tételt jelentsenek a jobb minőségű protézisek. Ez egyik vagy másik megoldás mellett sem érv (az átfogó társadalombiztosításokkal rendelkező országok mindegyikében ezekre a lehetőségekre terjed ki a magánbiztosítás, miközben a rendszerek irányítói teljes meggyőződéssel állítják, hogy a szisztéma mindenki számára biztosítja az esélyegyenlőséget). Ez mindössze figyelemfelhívás arra vonatkozóan, hogy bizonyos, nagyon is logikusnak tűnő megoldások milyen mellékes következményekkel járhatnak.

Az előzőekben rámutattam arra, hogy az egészségügy reformja értelmezhető egészen szélesen: olyan eszközként, amely a lakosság egészségi állapotának javulását, az átlagéletkor meghosszabbítását, és a minőségi életmóddal együtt járó évek számának emelését szolgálja. Ez az értelmezés azonban szükségképpen túlmutat a szűken vett egészségügy szféráján. Ezt az értelmezést az teszi indokolttá, hogy – amint azt korábban bemutattam – a fenti célok elérését túlnyomórészt az egészségügyi rendszeren kívüli tényezők határozzák meg, és csak kevésbé befolyásolja ezt az egészségügyi szolgáltatások színvonala.

Azokban a korokban, amikor járványok tizedelték az embereket, egy-egy védőoltás feltalálása látványos módon növelte például a várható élettartamot. A tisztálkodási szokások változása, a higiénia korszerűsödése

33 Kincses Gyula: Egészség? Gazdaság?

34 Kornai János: i. m.

(a csatornázás, vagy egyszerűen az, hogy az orvos kezét mos a boncolás után, mielőtt beteghez menne) legalább annyira javította a köz egészségi állapotát, mint az antibiotikumok (pl. penicillin) feltalálása. A biotechnológiai forradalom összes vívmányának bevetése ma már feltehetően kevesebbet javít egy-egy ország lakosainak egészségi állapotán, mint egy-egy jól megszervezett kampány, amely megváltoztatja a szokásokat (ilyen az USA-ban a dohányzás elleni, évtizedek óta tartó akció). Erőteljesebb fogalmazásban: a magyar társadalom egészségügyi helyzetének javulását is mindennél jobban segítené egy olyan program, amely pl. a szegény és elmaradott körülmények közt felnövő gyerekek higiénés és étkezési szokásait változtatja meg, amennyiben egyúttal megteremtik ehhez a feltételeket is. A tapasztalatok szerint a betegpanaszok 90–95 százaléka a gyógyítás komfortjával, az orvosok és ápolók viselkedésével is összefügg.³⁵ Természetesen emberek ezrei-tízezrei számára rendkívül fontos, hogy egy-egy szolgáltatás elérhető-e, és hogy milyen eszközök állnak rendelkezésre. Ám ha a költség-haszon szempontjából elemezzük, hogy a teljes népességen belül egy forint ráfordítással hol érhető el a legnagyobb egészségnyereség, akkor erre a választ az egészségügyön kívül fogjuk megtalálni.

A mortalitási görbe derékszögűsödéseként leírt jelenség a fejlettebb világ országainak mindegyikére jellemző. Az egészségügyi kiadásokat jelentősen az növeli, ha ezzel nem jár együtt a morbiditási (megbetegedési) ráta derékszögűsödése. S ez utóbbi az, amely végső soron nagymértékben meghatározza magukat az egészségügyi kiadásokat. Tehát nem az egészségnyereség az, amely növeli a kiadásokat, hanem a rossz életminőségben megélt évek számának a gyarapodása.³⁶ Így kapcsolódik össze az egészségügyi reform és a lakosság egészségi állapotának kérdése. Kétségtelen, hogy rövid távon is megoldást kell találni az egészségügy intézményrendszerének akut bajaira. Hosszabb távon azonban kimunkált egészségpolitika, életmódformálás nélkül (aminek ma a dohányzás elleni törvényt leszámítva nyoma nincs) a magyar egészségügy berendezkedhet arra, hogy az egyéneknél nem az egészségben, hanem a betegségben megélt évek számát gyarapítsa.

35 Mihályi Péter, Magyar Tudomány, 1999. 12. szám.

36 Itt vitatkozom Mihályi Péterrel, aki szerint az egészség-nyereség költségnövekedéssel jár.

Az egy főre jutó GDP és egészségügyi ráfordítás (ER)

	1981–1996				1983–1989				1990–1996			
	névérték		reálérték		névérték		reálérték		névérték		reálérték	
	GDP	ER	GDP	ER	GDP	ER	GDP	ER	GDP	ER	GDP	ER
Ausztria	5,19	6,14	1,73	1,00	5,46	6,98	2,21	2,20	4,18	5,86	1,05	0,42
Franciaország	5,73	7,21	1,32	3,59	6,89	8,06	2,12	4,38	2,72	4,25	0,54	2,21
Németország	3,75	4,56	0,93	1,25	4,73	4,36	2,68	2,49	2,02	4,83	-1,21	1,44
Hollandia	3,56	3,94	1,77	1,71	3,25	3,14	2,40	1,91	3,51	3,97	1,51	1,46
Svájc	3,66	5,93	0,38	2,12	5,46	6,82	2,25	3,62	1,15	3,65	-1,25	0,14
Nagy-Britannia	7,11	8,23	2,16	1,84	8,91	8,37	3,47	1,76	4,75	7,24	1,12	2,24
USA	4,89	7,77	1,51	1,93	6,38	8,76	2,74	2,69	3,59	5,50	1,14	0,86
Átlagos ráfordítás	4,84	6,25	1,40	1,92	5,87	6,64	2,55	2,72	3,13	5,04	0,42	1,25