

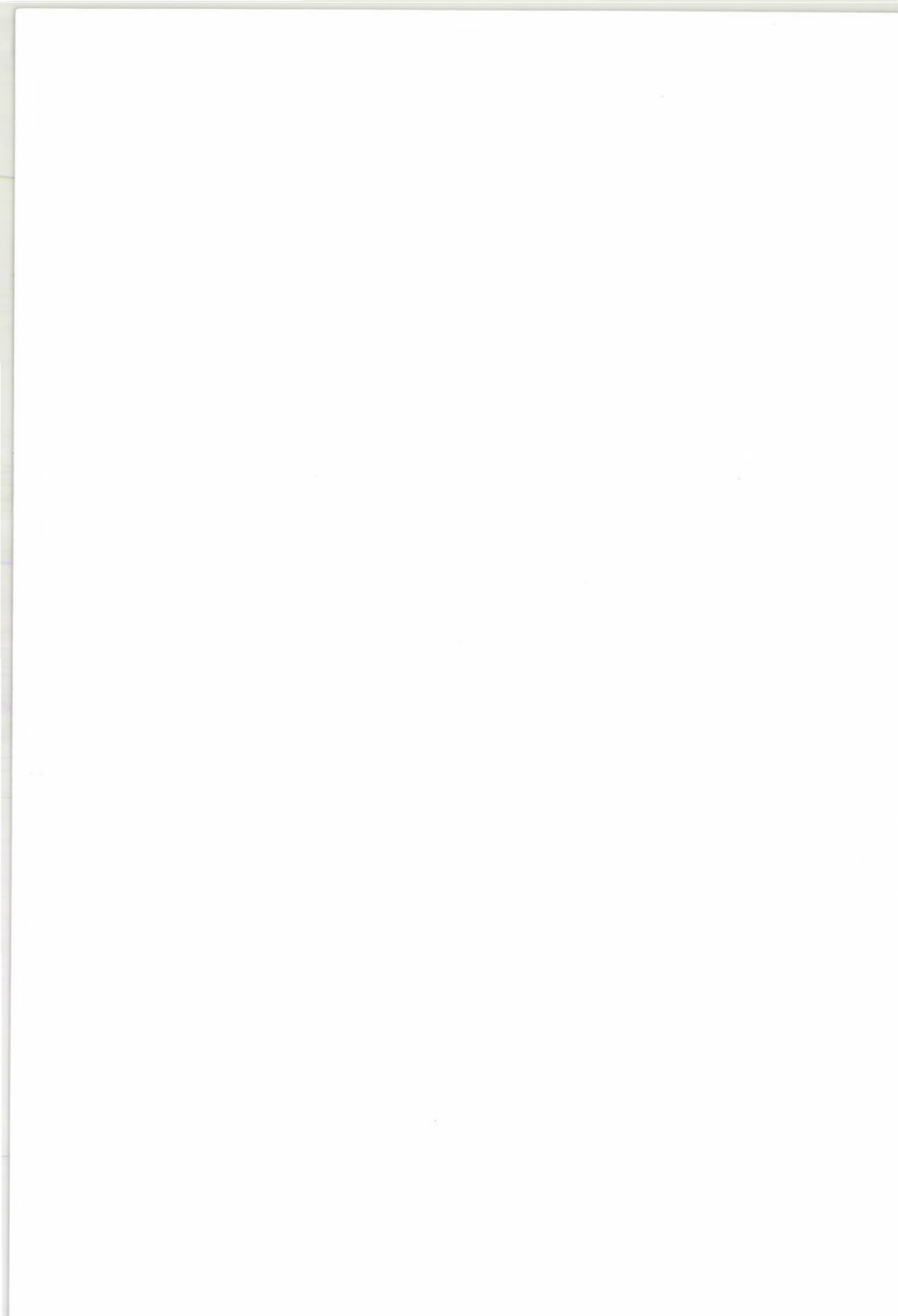
Kornai János
AZ
egészségügy
reformjáról



KÖZGAZDASÁGI ÉS JOGI KÖNYVKIADÓ



**KORNAIJÁNOS
AZ EGÉSZSÉGÜGY
REFORMJÁRÓL**



KORNAI JÁNOS
AZ EGÉSZSÉGÜGY
REFORMJÁRÓL

Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
Budapest, 1998

A kötet az Állami Biztosításfelügyelet és a Szerencsejáték Felügyelet támogatásával jelent meg.

Írta:
Kornai János

© Kornai János, Budapest, 1998

ISBN 963 224 234 3

Jelzőszám: 2748261

Tartalom

1. Bevezető	9
2. A reform általános elvei	15
2.1. Etikai posztulátumok	16
2.2. Az intézmények és a koordinációs mechanizmusok kívánatos tulajdonságai	24
2.3. Az allokáció kívánatos arányai	35
2.4. Záró megjegyzések	41
3. Az egészségügyi szektor sajátosságai	45
4. Az alternatív mechanizmusok osztályozása	59
4.1. A kínálati (szolgáltatói) oldal	59
4.2. A keresleti (finanszírozási) oldal	61
4.3. A szolgáltatás és a finanszírozás kapcsolatai	62
5. Néhány nemzetközi tapasztalat	64
5.1. A gazdasági mechanizmusok	64
5.2. Növekedés és egészségügyi kiadás	73
5.3. Egy speciális eset: az Egyesült Államok egészségügyi mechanizmusa	79
6. Helyzetkép a magyarországi reformról	88
6.1. A szolgáltatás és a finanszírozás szétválasztása	89
6.2. A kínálati (szolgáltatói) oldal	90
6.3. A keresleti (finanszírozási) oldal	98
6.4. A szolgáltatás és a finanszírozás kapcsolatai	102
6.5. A „hálapénz” és az egészségügyi szürkegazdaság	104
6.6. Összefoglalás	108

7. Ajánlások: a kínálati (szolgáltatói) oldal	109
7.1. A magánkezdeményezés biztatása	109
7.2. A köztulajdonú szektor félpiaci elemeinek erősítése	114
7.3. Az orvostársadalom és a reform	115
8. Ajánlások: a keresleti (finanszírozási) oldal az alapvető ellátás szférájában	120
8.1. A reform két szakasza	120
8.2. Az átláthatóság követelménye	121
8.3. „Mecímkézett” befizetés és az alapvető egészségügyi ellátás deficitje	123
8.4. Társadalombiztosítási járulék helyett egészségügyi adó	124
8.5. Méltányos egészségügyi közteherviselés	126
8.6. Az Egészségügyi Pénztár szerepe	133
8.7. Az alapvető ellátás keretét meghatározó eljárás	136
8.8. Közvetlen hozzájárulás	143
8.9. Az alapvető ellátás finanszírozásának közjogi helyzete	145
8.10. Az adókulcs csökkentésének eszközei	148
9. Ajánlások: a keresleti (finanszírozási) oldal a kiegészítő ellátás szférájában	155
9.1. Általános kiindulópontok	155
9.2. Néhány gyakorlati lehetőség	157
9.3. Az Egészségügyi Pénztár „szektorsemlegessége”	163
9.4. Magánbiztosítás	165
9.5. Összefoglalás: a keresleti korlát keménysége	167
10. Záró megjegyzések	171
10.1. A gazdasági mechanizmuson kívüli tényezők szerepe	171
10.2. Evolúciós és „konstruktivista” fejlődés	172
Hivatkozások	175
Tárgymutató	181

Ábrák jegyzéke

1. ábra.	Értékválasztások	23
2. ábra.	Az egy főre jutó jövedelem és az állami nyugdíjkiadások közti összefüggés	37
3. ábra.	Egészségügy és gazdasági fejlettség	74
4. ábra.	Jövedelmek és egészségügyi kiadások hetven országban ..	75
5. ábra.	A várható élettartam és az egy főre jutó jövedelem egyes országokban és időszakokban	77
6. ábra.	A várható élettartam és az egészségügyi kiadások egyes országokban: eltérés a GDP és az iskolázottság alapján számított becslt értéktől	78
7. ábra.	A HMO-k taglétszáma, 1976–1991	82

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat.	Intézményi választások: az „állami”, a „piaci” és a „vegyes” megoldások támogatottsága Magyarországon	27
2. táblázat.	Állami nyugdíjkiadások	38
3. táblázat.	Az egészségügyi kiadások növekedését meghatározó árak és volumenek az OECD országokban (Átlagos növekedési ütemek, százalék)	55
4. táblázat.	Az egészségügy-specifikus infláció és az egészségügyi ellátás trendjei az OECD országokban, 1960–1990 (Átlagos éves növekedési ütemek, százalék)	56
5. táblázat.	Az egészségügy predomináns tulajdonformái az OECD országokban, 1992	65
6. táblázat.	Az egészségügyi szolgáltatás kiegészítő tulajdonformái az OECD országokban, 1991	66
7. táblázat.	Az egészségügyi finanszírozás kiegészítő formái az OECD országokban	67
8. táblázat.	Az egy főre jutó reál GDP, az egészségügyi kiadások a GDP százalékában és az egészségügyi kiadások részesezése a közkiadásokból az OECD országokban, 1992	68
9. táblázat.	Az OECD országokban 1984 óta végbement reformok	72

10. táblázat.	Az Egyesült Államok kórházainak tulajdonosi struktúrája	79
11. táblázat.	A menedzselt biztosítási formák terjedése az Egyesült Államokban	81
12. táblázat.	Az egészségügyi ráfordítások növekedése az OECD országokban	86
13. táblázat.	Néhány egészségügyi ráfordítási mutató nemzetközi összehasonlítása	91
14. táblázat.	Adatok a magyar egészségügyi szolgáltatás nem állami szektoráról	95
15. táblázat.	A budapesti magánorvosok részaránya szakmák szerinti bontásban	97
16. táblázat.	Az egészségügy finanszírozásának fő forrásai Magyarországon, 1995	99
17. táblázat.	Budapesti magánrendelők jellemző arai 1997-ben ...	103
18. táblázat.	Orvosi keresetek Németországban	117
19. táblázat.	Orvosi keresetek az Egyesült Államokban az átlagkeresetekhez viszonyítva (százalék)	118
20. táblázat.	A tb által finanszírozott természetbeni egészségügyi szolgáltatás és a finanszírozási teher (járulékfizetés) eloszlása 1995-ben	126
21. táblázat.	Az egészségügyi befizetés és kiadás arányai (Elméleti számítás)	131

1. Bevezető

A magyar egészségügy sok szempontból szorul fejlesztésre és változtatásokra: beruházásokkal kell korszerűsíteni a felszerelését, javítani kell az egészségügyben dolgozók képzését, széles körű felvilágosítással kell hozzájárulni a lakosság egészségi önvédelméhez és így tovább. Bármily fontosak is ezek a feladatok, tanulmányom nem tér ki rájuk. Tárnya nem az egészségügy általános reformja. Csupán egyetlen – igaz, központi jelentőségű – részproblémával foglalkozik: az egészségügy „gazdasági mechanizmusának” reformjával.

A kifejezés kissé divatjamúlt; az ötvenes és hatvanas évek reformváltáira emlékeztet. Azt hiszem, indokolt elővenni a szavak lomtárából. Az akkori reformközgazdászok a következő értelmezést adták e kifejezésnek. *Adva vannak* a gazdasági rendszer (az idő tájt történetesen a szocialista rendszer) alapvonásai: a kommunista párt egyeduralma, az állami tulajdon és a központi állami szabályozás dominanciája. Kérdés: hogyan kell e rendszeren *belül* javítani a gazdasági szereplők érdekeltségét, az ösztönzőket, az állam szabályozó funkcióit, hogyan kell alkalmazni, bizonyos korlátok között, a piaci koordinációt, milyenek legyenek az áralakulás elvei stb. Analóg értelemben használom most is az egészségügy vonatkozásában a gazdasági mechanizmus fogalmát. Adva van a rendszerváltás utáni, a társadalom egészében uralkodó kapitalista rendszer, a politikai szférában az intézményesült politikai demokrácia, a gazdasági szférában túlsúlyra jutott magántulajdon és piaci koordináció. Kérdés: hogyan kell ezen az új rendszeren belül átalakítani az egészségügyi szektor szereplőinek érdekeltségét, az ösztönzőket, az állam funkcióit, hogyan kell alkalmazni, bizonyos korlátok között, a piaci koordinációt, milyenek legyenek az áralakulás elvei stb. Az olvasó el-

lenőrizheti: szó szerint megismételtem a régi mechanizmusviták jellegzetes kérdésfeltevéseinek felsorolását. A válaszok természetesen eltérnek majd a harminc év előtti válaszoktól; több ok miatt, de legfőképpen azért, mert közben rendszerváltás ment végbe. Maga a „gazdasági mechanizmus” fogalom viszont most is jól használhatónak látszik.

Az egészségügy gazdaságtana a közgazdaságtudomány fontos részdiszciplínájává fejlődött, amelynek igen nagy a nemzetközi irodalma. Világszerte számos szakértő foglalkozik hivatásszerűen a témával. A jelen tanulmányt nem csupán e szűkebb kör magyar tagjainak szánom, hanem az egészségügyi reform más érdekelt résztvevőinek is. Arra törekedtem, hogy követhető legyen az egészségügy gazdaságtanában kevésbé járatos magyar közgazdász, orvos, közegészségügyi tisztviselő, sőt rajtuk kívül a kérdés iránt érdeklődő más szakmájú művelt olvasó számára is. E törekvés jegyében megkísérlem megvilágítani azokat a fogalmakat, amelyek feltételezhetően inkább csak a kérdés szakértői számára ismertek. Mivel a tanulmány sokféle olvasóhoz szól, kénytelen kifejteni olyan információkat és megállapításokat, amelyek az egyik csoport (pl. az orvosok) számára ismertek, de a másik csoport (pl. a közgazdászok) számára ismeretlenek, és megfordítva.

Nem törekszem eredetiségre. Az írás feladata javaslatokat tenni az eddigi helyzet megváltoztatására, és meg is indokolni, miért éppen e javaslatok megvalósulását tartanám kívánatosnak. Olyan intézmények és szervezetek kialakítása kerül majd szóba, amelyek valahol, ha nem Magyarországon, akkor külföldön már léteznek, vagy legalábbis valaki már idehaza vagy más országban felvetette létrehozásuk gondolatát. Úgy tűnik, minden érv és ellenérv elhangzott már valamelyik vitában. Nem az a célom, hogy merőben új ajánlásokat tegyek hozzá az eddigiekhez, vagy hogy meglepő érveléssel álljak elő. Arra törekszem, hogy segítsék eligazodni a szerteágazó vitában, rendszerezem az alternatívákat. Emellett kifejtem azt is, mi a saját álláspontom. Biztos vagyok abban, hogy minden javaslatommal ellenjavaslat szegezhető szembe; igyekeztem tehát véleményemet diplomatikus tompítások nélkül, sarkosan megfogalmazni, hogy ezzel is serkentsem a vitát. Nem éreztem feladatnak az egészségügyi reform részleteinek kimunkálását; ez sokkal konkrétabb szakismereteket igényelne, és csak nagyszámú munkatárs bevonásával és sok tanácskozás eredményeképpen végezhető el.

Kizárólag a reform általam helyesnek vélt fő vonalainak megrajzolása volt a célom.

Tisztában vagyok azzal, hogy az egészségügyi tevékenységek szabályozására nem található olyan mechanizmus, amelynek működése minden szempontból kielégítő lenne. Elméletileg is kimutatható és tapasztalati tények alapján is igazolható, hogy kudarcot vallana akár a teljesen centralizált, akár a teljesen decentralizált rendszer, akár a tisztán bürokratikus, akár a tisztán piaci koordináció. Ehhez hozzá kell tennünk, hogy a különböző vegyes, kombinált rendszereknek is számos árnyoldala van. Mivel az általam ajánlott mechanizmus az utóbbi csoportba sorolható, szükséges a figyelmeztetés: a javaslatok megfogadása sem ígér minden tekintetben megnyugtató megoldást. Már az is vívmánynak minősülne, ha a javasolt gazdasági mechanizmus a kirívó bajok egy részét enyhítené, sokak számára kedvezőbb feltételeket teremtené anélkül, hogy másokét számottevően rontaná. Közgazdász-kifejezéssel: nem hozna létre optimális állapotokat, de legalább Pareto-kritériumok szerinti javulást eredményezne.¹ Közben tehát tartózkodni szeretnék hamis illúziók keltésétől, meggyőződéssel állítom, hogy javaslataim kedvezőbb helyzetet teremtenének, mint a mai mechanizmus konzerválása vagy más reformalternatívák elfogadása.

Amikor a tanulmány sok helyen használja majd az egyes szám első személyt, akkor ezzel nem a gondolat eredetiségét, hanem az álláspont személyemhez kötött, egyéni jellegét akarom kifejezésre juttatni. Állásfoglalásaim saját helyzet-megítélésemen alapulnak, és saját értékrendemet tükrözik. Sok reformjavaslat készül bizottsági munkában, és olyankor a végső szöveg a bizottsági tagok közötti kompromisszumot tükrözi. Még inkább elmondható ez a reform későbbi szakaszában a parlament által elfogadott törvényről; benne kifejezésre jut a törvény megalkotását megelőző politikai processzus számos kompromisszuma, a törvény szakértő előkészítői és a javaslatot szavazataikkal megerősítő poli-

¹ Tegyük fel, hogy minden egyén számára adva van a boldogulását kifejező mérőszám. A rendszer egészének állapota a Pareto-kritérium szerint akkor javul, ha legalább az egyének egy részének helyzete az adott mérőszám szerint javult anélkül, hogy bárkié is romlott volna.

tikus képviselők által tett sokféle engedmény. Mivel magam nem vagyok tagja az egészségügyi bürokráciának, nem vagyok párt által felkért szakértő és parlamenti képviselő sem, helyzetem lehetővé teszi, hogy a megegyezés kedvéért tett engedmények nélkül fejtsem ki a véleményemet. Tisztában vagyok azzal, hogy ha a kormányzatban, illetve az egészségügy irányításában akadnának olyanok, akik javaslataimmal egyetértenének, feltehetően rákényszerülnének arra, hogy jobb meggyőződésük ellenére visszavonuljanak egyik vagy másik kérdésben a gyakorlati megvalósítás érdekében. Úgy érzem: a kialakult munkamegosztás értelmében ez az ő dolguk; saját politikai felelősségtudatuk és etikai felfogásuk szerint döntenek majd el, milyen messzire mennek az engedményekben. Az én dolgom más, mert mások a lehetőségeim. Ki akarom használni ugyanennek a munkamegosztásnak a számomra mutatózó előnyeit, és következetesen kifejteni az álláspontomat úgy, ahogy azt legjobb meggyőződésem diktálja.

Végül hadd szóljak röviden a könyv hangneméről. Mélyen átérzem, mit jelent valamennyiünk számára az egészség és a betegség. Saját élettapasztalatomból is megtanulhattam a leckét. Kétszer feküdtem nehéz műtétek után tízágys kórteremben budapesti kórházban; ott aztán közelről megismerkedhettem a szocialista egészségüggyel. Egy ízben bevittek egy genfi magánrendelőbe egy utcai baleset után, ahol kínzó fájdalmaim ellenére sem láttak hozzá a kezelésemhez addig, amíg nem tisztázódott, ki fog fizetni érte. Ott a magam bőrén tapasztalhattam meg, mit jelent a „tisztá piac”. És persze nem is az egyéni tapasztalat a legfontosabb. Sokszor átéltem a szorongást, a rettegést és a fájdalmat hozzátartozóim betegsége és kiszolgáltatottsága miatt. Betegségük idején és – sajnos – jó néhány esetben haláluk után újra és újra feltettem magamnak a kérdést: vajon minden megtörtént-e gyógyulásuk és életben maradásuk érdekében? Mennyiben felelős kínlődásukért és – ha a legrosszabb bekövetkezett – halálukért az egészségügy állapota? Nemcsak hozzátartozóim és barátaim iránt érzem ezt az empátiát, hanem minden embertársam iránt. Ennek ellenére a könyv írásakor nem arra törekedtem, hogy minden lehetséges alkalmat megragadjak a jelenlegi állapotok szívszorogató leírására és a társadalom, a kormányzatok és a politikusok vád alá helyezésére. Éppen mert a helyzet sok szempontból drámai, nem drámai stílussal, nem a szenvedélyek felkorbácsolásá-

val segíthetünk, hanem a teendők nyugodt, higgadt átgondolásával. Hogy képszerű legyek, ideálom nem az az orvos, aki a beteg súlyos állapota láttán elsírja magát, hanem az, aki megnyugtató hangon szól a beteghez és hozzátartozóihoz, és józanul átgondolja: milyen gyógyszer, milyen beavatkozás segít a bajon.

A tanulmány gondolatmenete a következő. Öt fejezet a kiindulópontok tisztázását szolgálja: a reform általános etikai, közgazdasági és politikai elveit (2. fejezet), az egészségügyi szektor sajátosságait, mégpedig nem a magyarországi, hanem az univerzális sajátosságokat (3. fejezet), a gazdasági mechanizmus lehetséges alternatíváit, az intézményi szerkezetnek azt az „étlapját”, amelyből a reformernek választania kell (4. fejezet), a fejlett országok néhány tapasztalatát (5. fejezet), és végül a magyar reform jelenlegi állapotát (6. fejezet).

A 7., 8. és 9. fejezet javaslataimat adja elő. Az ajánlások és érvelések újra és újra visszautalnak majd a kiindulópontokat felvázoló korábbi fejezetekre. Végül a 10. fejezet a reform megvalósulásának néhány problémáját tárgyalja.

A könyv hosszabb kutatás részterméke, amely a jóléti szektor reformjával foglalkozik. A munka a Collegium Budapest keretében folyik, az Országos Tudományos Kutatási Alap (OTKA T 018280) és a Pénzügyminisztérium támogatásával. Ezen a helyen szeretném kifejezni köszönetemet a kutatás minden résztvevőjének. Külön is kiemelem azt a sokoldalú és odaadó munkát, amellyel Barát Mária, Benedict Ágnes, Karen Eggleston, Fazekas Lászlóné, Janky Béla, Molnár Virág és Parti Julianna segítették e könyv megszületését.

A kutatás keretében leíró és értékelő tanulmányok készültek Argentína, Ausztrália, Ausztria, Csehország, Chile, Franciaország, Lengyelország, Németország és Új-Zéland jóléti szektoráról, valamint a Magyarországon folyó reformvitákról. Hálás vagyok Barát Máriának, Gál Róbertnek, Gedeon Péternek, Nagy Andrásnak, Pete Péternek, Rimler Juditnak, Tóth Margitnak és Urbán Lászlónak közreműködésükért; írásaik tanulságait felhasználtam a jelen munkában.

A tanulmány korábbi változataihoz hozzászólt Dániel Zsuzsa, Dr. Fekete Béla, Dr. Hodinka László és László Csaba; hálás vagyok tanulsá-

gos észrevételeikért. A tanulmányban kifejtett gondolatokért természetesen kizárólag a szerző viseli a felelősséget.

Nagyra értékelem a Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó készségét, amellyel vállalkozott a könyv kiadására, a nemcsak magyarországi, hanem világviszonylatban is különlegesen gyors megjelentetés megszervezésére. A kiadó igazgatója, David Young és a főszerkesztő, Zódi Zsolt, valamint Fogarasi Judit szerkesztő és a kiadó többi munkatársa mindent megtett, hogy a tanulmány minél előbb az olvasó kezébe kerülhessen. Reméljük, a KJK példáját követve a többi érintett szervezet legalább ennyire hatékony és rugalmas lesz az egészségügy reformjának előmozdításában.

Budapest, 1997. november.

Kornai János

2. A reform általános elvei

Az alábbiakban kifejtésre kerülő elvek egy része, saját felfogásom szerint, nincs országhoz, régióhoz, adott kiinduló állapothoz kötve, hanem egyetemes jellegű.² Másik részüket a posztszocialista országok jóléti szektorának jelenlegi állapota sugalmazta. Arra törekedtem, hogy valamennyi posztszocialista országra érvényes elveket fogalmazzak meg; ennyiben ez a fejezet túlmutat a sajátos magyar adottságokon.

Összesen kilenc elvet ismertetek.³ Először a fundamentális értékekre vonatkozó elveket írja le a 2.1. alfejezet. A 2.2. alfejezet tárgya a reformált jóléti szektor intézményeinek kívánatos tulajdonságai; az 2.3. alfejezeté a jóléti szektorral összefüggő kívánatos allokációs arányok.

Jobb lenne ennél sokkal szigorúbb axiomatikus tárgyalás, kiinduló posztulátumokkal és ezekből szigorúan levezetett segédposztulátumokkal és következtetésekkel. Ennek során kiderülhetne, hogy nem egyszerűen egymás után felsorolt elvek jegyzékéről van szó, hanem arról, hogy ezek az elvek (vagy azok jobb megfogalmazása) meghatározott logikai viszonyban állnak egymással, s együttesen zárt elméleti

² A tanulmányban ajánlottakhoz hasonló elveket fogalmaznak meg a fejlett országok egyes reformerei is. Lásd például az ausztriai vitáról GEDEON (1997), 42. old.

³ „Az állampolgár és az állam: a jóléti rendszer reformja” (1996) című tanulmányomban öt elv szerepelt; az azóta végzett kutatás és viták arra készítették, hogy számukat kilencre növeljem. Miért éppen kilencre? Nem állítom, hogy ez az elvegyüttes valamiféle teljes egészet alkot. Talán elhagyható egyik-másik, vagy hozzátéhetőek továbbiak; átfogalmazható a jelenlegi szöveg – még ha kizárólag olyan elvek kifejtésére szorítkoznék is, amelyek csupán a hozzám közel álló világnézetű emberek számára fogadhatóak el. Örülök annak, hogy mindössze a 9-es számig értem el, s így nem jutottam el egy „tízparancsolatig”...

struktúrát alkotnak. Sajnos, erre a feladatra nem tudok vállalkozni. Az alkalmazott absztrakciós szint ennél alacsonyabb, a tárgyalás kevésbé szigorú. Azt remélem, hogy talán még ez a „középszintű” absztrakció és félig egzakt tárgyalásmód is ad intellektuális többletet a reformjavaslatok szokásos földhözragadtságához képest. Annyit talán segít elérni, hogy ne csak egyik vagy másik javaslat részleteiről, hanem elvekről folyjék a vita. Az általánosítás „középszintje” elégségesnek ígérkezik ahhoz – s éppen ez a tanulmány egyik célja –, hogy közös elvekre épüljenek a reform egyébként elkülönítve kezelt önálló részei: a nyugdíjreform, az egészségügyi reform, a segélyezési reform stb.

A tanulmány az elveket felszólító módban fogalmazza meg. A felszólítás címzettje a „reformer”, aki lehet politikus, hivatalnok, szakértő, érdekképviselői tisztségviselő vagy akadémiai tudós. Mindegyik elv *memento* – erre gondolj, amikor reformot javasolsz! Egyúttal személyes *credom* – ezeket az elveket vallom saját reformjavasolataim kidolgozásakor.

Sok olvasó talán meghökkentőnek tartja, hogy az egészségügy gazdasági mechanizmusának tárgyalása elvont normatív elvekké kezdődik. Valóban szokatlan; a legtöbb javaslat azonnal a gyakorlati teendők felé fordul. Jó esetben a javaslat tanulmányozásának végére érve kihámozható, hogy a szerző tulajdonképpen milyen elveket vall. Néha az derül ki, hogy csupán gyakorlatias megfontolások vezették, és ezek megfogalmazása, egy szigorúbb normatív gondolatmenet szempontjából vizsgálva, következetlen vagy – élesebb megfogalmazásban – elvtelen. A magam részéről vállalom azt a kockázatot, hogy „kiterítem a kártyáimat”. Már előljáróban kifejtem, milyen elvek vezérelnek a javaslatok megfogalmazásában. Megkísérlem azt, hogy konzisztensen az elvekből vezessem le a gyakorlati ajánlásokat; arra törekszem, hogy elv és javaslat között összhang legyen.

2.1. Etikai posztulátumok

Közgazdász vagyok, mégsem gazdasági princípiumokból indulok ki. Később még közgazdasági elvekről is szó lesz, de nem azokat tekintem a reform fundamentumának.

Hibás eljárás a jóléti szektor reformja melletti legfőbb érvként arra hivatkozni, hogy „nincs elég pénz”; „üres az államkassza”, „súlyos a költségvetési hiány”. Ha netán a gazdaság egészséges fejlődésének eredményeképpen megszűnik a költségvetési deficit, akkor már nem is lesz szükség a jóléti szektor reformjára? Sőt, akkor vissza lehet fordítani azokat az intézkedéseket is, amelyeket a pénzsűkére hivatkozva hoztak?

Két etikai elvet adok elő, amelyek a gondolatmenet kiindulópontját képezik, és amelyeket, nézetem szerint, a reformernek követnie kell.⁴ A reform folyamán kiépülő intézményeknek, valamint az allokáció arányainak összhangban kell lenniök ezekkel a morális parancsolatokkal.

1. ELV *(Az egyén szuverenitása). Olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén és szűkebbre szorítja az állam döntési jogkörét a jóléti szolgáltatások szférájában.*

A szocialista rendszertől örökölt jóléti szektor fő baja – megítélésem szerint – az, hogy túl széles azoknak az erőforrásoknak a köre, amelyekről nem az egyén, hanem a kormány, a politikai processzus és a bürokrácia rendelkezik. Ez sérti az egyén szuverenitását, önmegvalósítását, az önmagáról való rendelkezés alapvető emberi jogát.⁵ A költségvetés jóléti kiadásainak s az őket finanszírozó adóterheknek a csökkenése az állampolgár számára tehát nemcsak jogok megvonását, hanem sokkal inkább egyéni rendelkezési jogok visszanyerését jelenti.

Az 1. elv nemcsak az egyén döntési jogait foglalja magában, hanem azt a követelményt is, hogy az egyén *felelős* a saját életéért. Le kell szoknia arról (és a reformerektől segítséget kell kapnia ehhez az elvonó kúrához), hogy a paternalista állam gondolkodik helyette. Ezután sokkal in-

⁴ „Minimalista” megoldásra törekedtem, vagyis a lehető legkevesebb kívánalmat akarom előadni; csak annyit, amennyi elégségesnek és szükségesnek látszik a jóléti reform etikai kiindulópontjaként.

⁵ Az egyéni szabadság értelmezésével számos szerző foglalkozik. Kiemelkedően fontos BERLIN (1969) tanulmánya, amely bevezette a pozitív és negatív szabadság megkülönböztetését. A hiperaktív, túlburjánzó, paternalista jóléti állam az egyén negatív szabadságát veszélyezteti. Kívánatos a társadalom olyan fejlődési iránya, amely megvédi és erősíti az egyén negatív szabadságát és növeli pozitív szabadságát. Ebben az értelemben tekinti AMARTYA SEN (1990) az egyéni szabadság érvényesítését társadalmi kötelezettségvállalásnak. Lásd még SEN (1996).

kább joga van választani, de felelős is a választásáért, s ha rosszul dönt, maga viseli a következményeit. A nyugati világban ez közhelyszerű igazság, amelyet az anyatejjel szív magába az állampolgár. A szocialista rendszerben felnőtt nemzedékeket az ellenkezőjére szoktatták; azzal az eszmével indoktrínáltak, hogy mindenért a párt és az állam felelős, az egyén fogadja el azok döntéseit, s érezze azt, hogy jó kezekben van. Probléma esetén nem az az első gondolata, hogy azt maga oldja meg, hanem hogy az államtól kérjen segítséget. A jövőendő bizonytalanságaira nem magának kell felkészülnie, hanem majd az állam a segítségére lesz.⁶ A jóléti állam reformja egy új ethosz kialakulásán alapul, amely az egyén szuverenitását és felelősségét tolja előtérbe. Olyan intézmények létrejötte látszik kívánatosnak, amelyek az 1. elv jegyében arra készítetnek mindenkit, hogy felelősséget vállaljon saját sorsáért.

Ugyancsak az 1. elvből következik, hogy noha semmilyen valóságos társadalom sem működhet állami kényszerek nélkül, azokat kívánatos a minimumra szorítani, s előtérbe helyezni az *önkéntesség* elvét. A paternalizmus erőszakkal próbál boldogítani; ehelyett hagyni kell, hogy az emberek maguk boldoguljanak.

2. ELV *(Szolidaritás). Segíteni kell a szenvedőket, a bajban lévőket, a hátrányos helyzetűeket.*

Számos vallás, mint például a zsidó–keresztény és a buddhista csakúgy, mint a munkásmozgalmi hagyomány és a baloldali politikai meggyőződés, együttérző szolidaritásra készítet. De eredhet ez egyszerűen emberi jóságból is, a testvériesség és közösség érzéséből, altruista belső késztetésből anélkül, hogy ezek az érzelmek valamilyen specifikus világnézeten vagy szellemi hagyományon alapulnának.

A szolidaritási elv azt sugalmazza, hogy az egyéni és kollektív karitatív tevékenységeken túlmenően a közösségnek *állami* redisztribúció útján is segítenie kell a szenvedőket, a bajba jutottakat, a hátrányos helyzetűeket. Itt most nem térünk ki arra, milyen kritériumok alapján kell

⁶ Magyarországon a szerző kezdeményezésére egy reprezentatív felmérés megkísérelte számbavenni a lakosság állásfoglalását a jóléti szektor reformjával kapcsolatban. [Lásd CSONTOS, KORNAI, TÓTH (1996)] Az egyik kérdés így szólt: hogyan készül fel öregkorára? A válaszolók 51 százaléka azt felelte, hogy még nem gondolkodott ezen.

megállapítani: ki az, aki rászorul arra, hogy a szolidaritás kedvezményezettjeként *állami* segítségben részesüljön. Mindenesetre a közösség segítségére rászorultak köre nyilvánvalóan sokkal szűkebb, mint a közösség egésze.⁷

A szolidaritási elv érvényesítése *célzott* állami támogatásokat igényel, nem pedig univerzális jogokat, azaz olyan állami kedvezményeket, amelyek állampolgári jogon mindenkinek, szegénynek és gazdagnak, rászorultnak és a maga lábán szilárdan állónak egyaránt járnak. Sem az 1., sem a 2. elv *nem zárja ki* univerzális állami kötelezettségvállalások törvénybe iktatását – csak nem követeli meg őket. Más megfontolás teheti szükségessé vagy kívánatossá a valamennyi állampolgárnak, illetve valamennyi munkavállalónak garantált jogosultságok megadását, illetve más tényező, például a gazdasági lehetőségek szűkössége szólhat ellene. Ezekről később, a 8. és 9. elv kapcsán lesz majd szó.

A 2. elv ellentétben áll azokkal a politikai jelszavakkal, amelyek azt kívánják, hogy a középosztály legyen az adópolitika és a redistribúció fő kedvezményezettje.⁸ A középosztály, definíció szerint, nem a leginkább segítségre szoruló réteg. A kommunista rendszerben, de bizonyos fokig minden más olyan országban, amelyben erősen kifejlődtek az univerzális jogosultságok, a középosztályon belül megy végbe a redistributív folyamatok jelentős része. Az igazán rászorultak azok, akik sohasem emelkedtek fel a középosztályba, vagy onnét süllyedtek le a rászorultak közé.⁹ A 2. elv ezek segítségét helyezi az előtérbe.

A 2. elv gondolati háttérében ott van az az elemi követelmény, hogy egy adott közösség minden tagja legyen képes arra, hogy legalább alap-

⁷ A társadalmi segítségre és egyéb redistribúciós intézkedésre vonatkozóan lásd ANDORKA, KONDRATAS, TÓTH (1994), ATKINSON and MICKLEWRIGHT (1992), MILANOVIC (1996) és SIPOS (1994).

⁸ Ez a követelés gyakran hangzik el az adózásról és a redistribúcióról szóló amerikai politikai vitákban.

⁹ A kelet-európai vitákban figyelemztetések hallatszanak: a korábbi középosztály, elsősorban a szellemi foglalkozású lakosság egy részének anyagi helyzete gyorsan romlik. A szolidaritás elve indokolhat olyan akciókat, amelyek útját állják a süllyedésnek. Ez azonban ne segélyek formájában történjék, hanem úgy, hogy a veszélyeztetettek kapjanak támogatást az adaptációhoz: szakmai átképzéshez, munka- és lakóhely-változtatáshoz, az új foglalkozási struktúra igényeinek megfelelően.

vető szükségleteit kielégítse.¹⁰ Ez azonban nem foglalja magában azt, hogy az államnak kell gondoskodnia ezekről az alapvető ellátmányokról ingyenes vagy kedvezményes juttatás formájában – mégpedig *mindenki* számára. A társadalom tagjainak nagy része képes ezeket önerejéből megszerezni. A szolidaritás elvét azokkal kapcsolatban kell érvényesíteni, akik önerejükből nem képesek kielégíteni még az alapvető szükségleteiket sem.

A 2. elv fényében érdemes átgondolni a jövőre vonatkozó bizonytalanság problémáját. Lehet, hogy ma nem szorulok rá senkire, de a jövőben rászorulhatok. Igen, de az 1. elv értelmében elsősorban magamnak kell felkészülnöm a jövőendő bajokra, megtakarítással és tartalék képzésével, továbbá azzal, hogy önként kötök kommerciális jellegű magánbiztosítást. Az állami juttatás formájában érvényesülő szolidaritásra csak akkor vagyok jogosult, ha olyan baj ér, amelyre a fenti egyéni eszközökkel nem készülhettem fel.¹¹

A 2. elv magában foglalja a nemzedékek közötti szolidaritást; az örökök és a szenvedések méltányos intergenerációs elosztását. A jelen nemzedékeknek szolidárisnak kell lenniük a jövőbeniekkel; nincsen erkölcsi joguk a mai élet megkönnyítése kedvéért súlyos adósságot, a távolabbi jövőben robbanó időzített gazdasági bombákat hagyni a későbbiekre, s ezzel hátrányos helyzetbe hozni őket.

A 2. elv értelmében minden állampolgárnak esélyt kell adni a sikeres önmegvalósításhoz. Más érvek mellett ez is a közoktatás állami támogatása mellett szól.¹² Szolidárisnak kell lenni azokkal, akik kellő állami segítség nélkül nem kapnák meg ezt az induló esélyt. A szolidaritás követelménye indokolhatja a hátrányban lévők aktív megsegítését annak

¹⁰ Hagyjuk itt nyitva azt a kérdést: hogyan kell konkrétan definiálni, mi minősül „alapvető szükségletnek”: milyen összetételű élelmezés, milyen minőségű hajlék és egészségügyi ellátás. A kérdést az egészségügy vonatkozásában a 8. fejezetben fogjuk részletesen elemezni.

¹¹ Sok zavart okoz a kockázat megosztására törekvő biztosítás összekeverése az altruista alapon végbemenő szolidaritási segítséggel. Különösen zavaró e kétféle folyamat összekeverése az úgynevezett „társadalombiztosítás” értelmezésében. A két intézmény összefüggéséről lásd CSABA (1997). A kérdésre még visszatérünk.

¹² További nyomós érv: a közoktatásnak az egyén hasznán túlmenő lényeges externális haszna van.

érdekében, hogy az induló eséllyel ők is rendelkezzenek. Ugyanakkor nem igazol semmiféle durva egyenlősítést, az emberek közti nagy különbségek mesterséges eltüntetésére irányuló szándékot.

A 2. elvet az 1. elvvel együtt kell érvényesíteni. A „könyöradományt” a legtöbb ember megaláazónak érzi. Elsősorban oly módon kell segíteni az arra rászorulókat, hogy az munkát, hasznos tevékenységet végezhesen. A segítség mértékében és módjában figyelembe kell venni: milyen mértékben képes önmagán segíteni, a helyzethez alkalmazkodni.

Ugyancsak együttesen kell szem előtt tartani az 1. és a 2. elvet, amikor állást foglalunk például a nyugdíjbiztosítás terén a *kötelező minimális biztosítás* ügyében. A magam részéről helyeslem azt a gondolatot: törvénnyel kell kötelezni minden állampolgárt arra, hogy legyen minimális nyugdíjbiztosítása, de megengedhető, hogy ezt a biztosítást decentralizáltan működő biztosító intézeteknél kösse meg. Ez korlátozza az 1. elv megvalósítását, hiszen az önkéntesség helyébe törvényi kötelezettséget ír elő. Ezt azonban nem paternalista megfontolás alapján tennénk, nem akarnánk erőszakkal boldogítani az embereket. A motívum ebben az esetben nem altruista jellegű, hanem a „kollektív önzés”. Tudjuk, hogy egy emberséges társadalom végül is megszánna a jövedelem nélkül magára maradt öregeket, s ellátásuk végül is az adófizetők terhére valósulna meg. Ennek a nem kívánt externális hatásnak a megelőzése érdekében kötelezne mindenkit a törvény arra, hogy legalább minimális szinten biztosítsa önmagát.¹³ A 2. elv, a szolidaritás, a társadalom kollektív altruizmusa akkor lép be, amikor azokon segít, akik nem képesek megfizetni a kötelező biztosítást. Szembeötlő a különbség a kétféle séma között: (i) minimális kötelező biztosítás, önkéntes biztosítás a minimum felett és redisztributív úton történő segítség a rászorultaknak vagy (ii) univerzális jogosultság, az egész biztosítási feladat áttelése a paternalista állami redisztribúció csatornáiba. Az előbbi tűnik számomra az 1. és 2. elv egészségesebb és hatékonyabb kompromisszumának.

Az etikai kiindulópontok tárgyalásának lezárásaképpen még egy megjegyzés látszik szükségesnek. A tanulmány gondolatmenete nem a

¹³ Lásd LINDBECK and WEIBULL (1987).

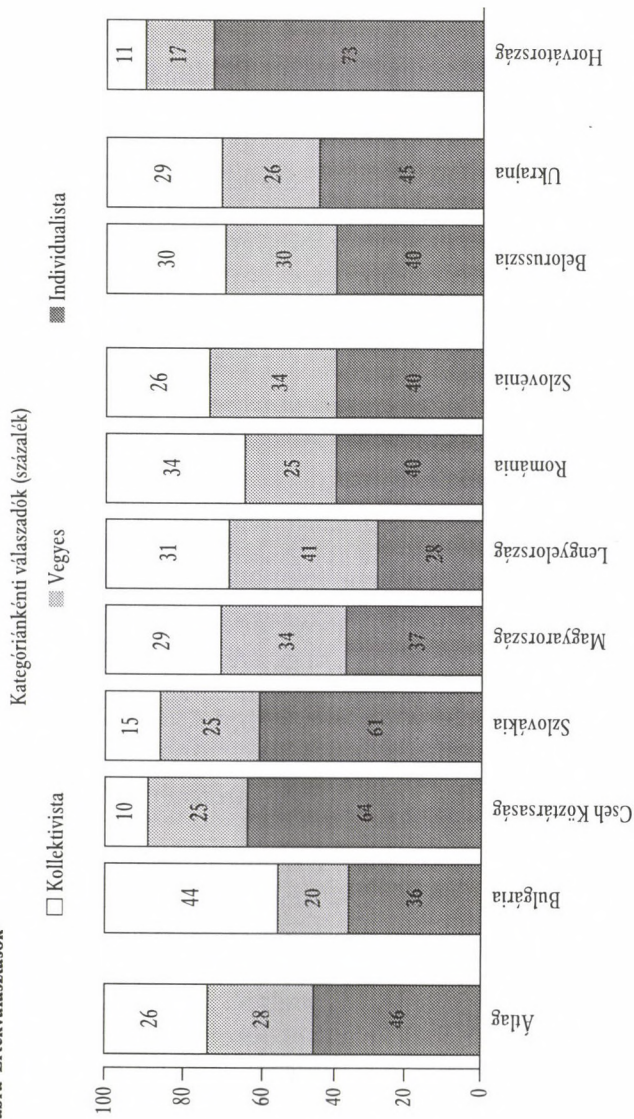
végző értékekből, a szabadság, az egyenlőség, a boldogság és anyagi jólét, vagy a társadalmi igazság értékeiből indult ki. A végző értékek és a társadalmi berendezkedés elemzése¹⁴ a „jó társadalom” etikai alapjaival foglalkozó filozófiai és politikai elméleti irodalom tárgya, s a jelen tanulmánynak nem hivatása ehhez hozzászólni. Azt remélem, hogy az 1. és 2. elv, amely nem a végző értékeket fogalmazza meg, hanem „közbeeső” etikai kívánalmakat emel ki, eléggé széles platformot teremt: elfogadható lesz még olyan emberek számára is, akik egyébként a szabadság, az egyenlőség és a társadalmi igazság értelmezésében eltérő álláspontot foglalnak el.

Az 1. elv idegen (és a 2. elv esetleg felesleges) lesz viszont azok számára, akiknek axiomatikus kiindulópontja egy kollektivista eszmény: az egyén feltétlen *alárendelése* egy meghatározott közösségnek, legyen az egy nemzet, egy faj vagy egy osztály érdeke, esetleg egy vallás parancsolatainak szolgálata. Vállalom azt, hogy az a jóléti reform, amelyet e tanulmány sugalmaz, lényeges pontokon eltér a kollektivista eszmény által sugalmazott változtatásoktól.

Tanulságos az elmondottak szempontjából az a közvélemény-kutatás, amelyet a Richard Rose professzor által vezetett „New Democracies” projekt keretében folytattak 1992-ben, és amelyben négy kérdésre adott válaszokból arra következtettek, hogy az egyén nézetei inkább az individualista, vagy inkább a kollektivista világfelfogáshoz állnak-e közel. Az eredményeket az *1. ábra* mutatja be. Bulgária és Lengyelország kivételével többen hajlanak az individualista, mint a kollektivista felfogás felé; három országban az emberek kétharmada rokonszenvezik ezzel a nézettel; jelentős a felemás állásfoglalások aránya. Magyarországon e felmérés szerint egyharmadnál kisebb a konzisztensen kollektivista beállítottságuk aránya; a többi vegyes (egyes kérdésekben individualista, másokban kollektivista) álláspontot vall, vagy egyértelműen az individualista értékrendet fogadja el. Nem állítható, hogy a felmérés fogalom használata pontosan egybeesne a jelen tanulmányéval. Min-

¹⁴ A kérdés hatalmas irodalmából csupán néhány, különösen nagyhatású művet emelek ki: BERLIN (1969), BUCHANAN (1986), NOZICK (1974), RAWLS (1971) és SEN (1973, 1992). A modern jóléti állam filozófiai vonatkozásairól szóló vita átfogó ismertetésére lásd CULPITT (1992).

1. ábra Értékválasztások



Forrás: ROSE and HAERPER (1993), 71. old.

Megjegyzés: A kísérletben részt vevőknek négy kérdésre válaszolva kellett választaniuk egy „individualista” és egy „kollektivista” alternatíva között. A kategóriák kialakításának alapja a következő osztályozás volt: Individualista: három vagy négy individualista választás. Vegyes: két individualista és két kollektivista választás. Kollektivista: három vagy négy kollektivista választás.

denesetre figyelemre méltó, hogy az egyéni szuverenitás és felelősség gondolata közel áll a posztszocialista régió lakossága számottevő részének értékrendjéhez.

2.2. Az intézmények és a koordinációs mechanizmusok kívánatos tulajdonságai

Áttérünk a reformelvek egy más síkjára. A reform folyamán megszűnnek vagy átalakulnak régi és létrejönnek új intézmények, koordinációs mechanizmusok és játékszabályok. A 3–7. elv azt írja elő, hogy ezek milyen tulajdonságokkal rendelkezzenek. Ezek az elvek részben egyenesen következnek az 1. és 2. elvből, de a kívánatos tulajdonságokat további elemekkel kell gazdagítanunk.

3. ELV *(Verseny). Az állami tulajdonnak és szabályozásnak ne legyen monopóliuma. Legyen verseny különböző tulajdonformák és koordinációs mechanizmusok között.*

A 3. elv a kvantitatív arányok kérdésében, azaz abban, hogy mi legyen az állami és a nem állami szegmens részaránya, nem foglal állást. Mindenképpen el kellene érni a nem állami szegmensnek azt a kritikus tömegét, amely az állami szegmensben megszünteti a monopolhelyzet elkényelmesítő érzetét, azt a lehetőséget, hogy a termelő (a jóléti állam) diktálhat a fogyasztónak. Noha a verseny mellett hatékonysági érvek is szólnak (lásd az alábbiakban a 4. elvet), most főképpen az 1. elvből származtatjuk a 3. elvet: azért kell verseny, hogy az állampolgár választhasson. Ha nem tetszik neki az, amit az állam intézményeitől kap, vehessen igénybe nem állami szolgáltatást is.

A szocialista rendszer túlélése a jóléti szektorban azzal a súlyos következménnyel jár, hogy fennmarad az állampolgár kiszolgáltatottsága számos életfontosságú ügyben. Igaz, nem a Politbüro diktál, hanem egy szétforgácsoltabb állami hatalom. Egymással marakodó pártok, amelyek a népszerűségért folyó rivalizálásnak vetik alá álláspontjukat, valamint a színpalak mögött egyezkedő lobbik és bürokrata csoportok erőviszonyai és kompromisszumai döntenek el: mennyi erőforrás jusson gyógyításra vagy mekkora legyen az öregek jövedelme. A 3. elv azt kívánja

elérni, hogy a döntés ezekben az ügyekben számottevő részben menjen át az egyén kezébe. Ő határozhasson – legalább a kiadások egy jelentős részét tekintve – arról, mit kíván maga és családja egészségére fordítani; hogyan készül fel az öregségre és így tovább. Ez akkor valósulhat meg, ha a jóléti kiadásra fordítható erőforrások egy része nem megy keresztül az állam által beszedett adókból finanszírozott és az állam által működtetett bürokratikus mechanizmuson, hanem a háztartás a kezében maradt pénzből a másik nagy mechanizmus, a piac révén maga dönt a felhasználásukról.

A 3. elv utat kíván nyitni a profitra törekvő magánvállalkozásnak a jóléti szektor minden alszektorában. Kívánatos, hogy széles körben mód legyen magántulajdonban lévő kórházak, rendelőintézetek, egészségügyi vizsgálati laboratóriumok, óvodák, iskolák, öregek otthonai stb. létrejöttére, akár úgy, hogy új szervezetek alakulnak, akár pedig úgy, hogy állami szervezeteket privatizálnak. Lehetővé kell tenni, hogy a kommerciális biztosító intézetek tevékenysége kiterjedjen a nyugdíj-és az egészségügyi biztosításra is.

A tisztán állami és forprofit magánjellegű vállalkozások mellett ebben a szférában széles tere nyílik nem állami nonprofit szervezetek létrejöttének, amelyek tulajdonosai és/vagy irányítói lehetnek egyesületek, alapítványok, egyházak, szakmai szervezetek, nagy munkaadók önállóan vagy kisebb munkaadók csoportjait összefogó társulások stb.

A szolidaritásról szóló 2. elv megvalósításának funkciója megoszthat az állam, a jóléti szektor nonprofit szegmense és az egyéni karitatív akciók között.

A lakosság biztonságot akar, s ezt az államnak kell megteremtenie – így szoktak érvelni a jóléti szektor teljes államosításának hívei. Nézetem szerint ez hibás érvelés. A bizonytalansággal foglalkozó szofisztikált irodalom javaslata (és a józan ész által diktált, könnyen belátható egyszerű szabály): ne tegyünk minden tojást egy kosárba! Vagy a portfóliókról szóló irodalom nyelvén: diverzifikáljunk! Hiba lenne például kizárólag egyetlen magán nyugdíjintézetre bízni egy-egy személy öregségre félretett teljes megtakarítását – ha ezt hűtlenül vagy akár csak ügyetlenül kezelik, akkor az illető pórul jár. De hasonló bajba kerül akkor is, ha kizárólag az államra hagyatkozik: mire megöregszik, a politikai hatalom akkori birtokosai semmibe vehetik, mennyit voltak el tőle

nyugdíj-hozzájárulás címén élete folyamán¹⁵; az inflációs hullámok és a reálértéket lemorzsoló nyugdíj indexelési szabályok révén a gazdaságpolitika szinte elmoshatja a nyugdíjat. Ezért célszerűek a különböző „többpilléres” nyugdíjreform-javaslatok, amelyek lehetővé teszik eltérő nyugdíjsémák párhuzamos alkalmazását.¹⁶ Hasonló többpilléres megoldásokra van szükség a jóléti szektor más alszektoraiban is.

A közvélemény erősen szóródik aszerint, hogy milyen „pilléreket”, vagy azok milyen kombinációit részesítené előnyben. A korábban már említett magyar közvélemény-kutatás eredménye, amelyet az *1. táblázat* mutat be, jól szemlélteti a vélemények megoszlását. Fennáll a veszélye annak, hogy a többségi elven alapuló parlamenti eljárások olyan reformokhoz vezetnek, amelyek esetleg valamelyik tulajdonforma és/vagy szabályozási forma dominanciájával vagy túlsúlyával járnak. (például fennmarad a status quo, az állami forma dominanciája. Vagy ellenkezőleg: sor kerül gyors és radikális, teljes privatizáció erőltetésére.) Nézetem szerint az 1. alapelv azt sugallja: nem szabad egyik vagy másik sémát ráerőltetni az állampolgárra. Amennyire csak lehetséges, engedjék meg, hogy az állampolgár maga válasszon. Alakuljon ki a különböző tulajdonformák és szabályozási-koordinációs mechanizmusok olyan „étlapja”, amelyből az állampolgár választhat, tanulhat saját és mások tapasztalatából, kísérletezhet, módosíthatja álláspontját. Azért van szükség versenyre a jóléti szektorban is, hogy ez a választás végbemehessen, mégpedig nemcsak a politikai processzus sok súrlódással működő transzmisszióján keresztül, hanem közvetlenül, a háztartás direkt piaci választása révén is.

¹⁵ Ez a helyzet most minden posztoszocialista országban, ahol a „pay-as-you-go” rendszer, a nyugdíjszabályok ismételt változtatgatása, valamint a nyugdíjakat nivelláló tendencia következtében igen laza a korreláció az életciklus folyamán keletkezett nyugdíj-megtakarítás és a tényleges nyugdíj között.

¹⁶ A nemrég elfogadott nyugdíjreform, továbbá a cseh és a lengyel javaslatok egyaránt a többpilléres megoldáson alapulnak. A WORLD BANK *Averting the Old Age Crisis* (1994) című jelentése kitűnő áttekintést és alaposan átgondolt javaslatokat tartalmaz. A World Bank jelentés kritikai értékelésére lásd BEATTIE and MCGILLIVRAY (1995), a jelentés fő szerzőjének válaszára pedig JAMES (1996). A World Bank javaslatait elemzi és bírálja DIAMOND (1996) is.

1. táblázat. Intézményi választások: az „állami”, a „piaci” és a „vegyes” megoldások támogatottsága Magyarországon

Megnevezés	A felsőoktatás finanszírozása	Kórház- finanszírozás	Nyugdíj
	(Százalékos megoszlás)		
Központosított állami megoldások	42,1	35,5	21,4
Vegyes konstrukció	43,5	44,1	56,6
Piaci megoldás	12,1	17,9	18,5
Nem tudja eldönteni	2,2	2,5	3,5
Összesen	100,0	100,0	100,0

Forrás: CSONTOS, KORNAI, TÓTH (1996), 10. old.

Megjegyzés: A TÁRKI által készített felmérés arra kereste a választ, hogy a magyar lakosság mennyire ismeri a jóléti szolgáltatások és az adózás közötti kapcsolatot, illetve milyen intézményi alternatívákat részesítene előnyben. A minta 1000 főből állt. A táblázatban szereplő három alternatíva közül az első a status quót jelenti, azaz az állam vagy fél állami intézmények által finanszírozott szolgáltatásokat. A harmadik alternatíva a decentralizált és nagyrészt privatizált szektort jelöli, míg a második többpilléres megoldásokat foglal magába. Célszerű lett volna nem egy, hanem több „vegyes” konstrukciót bevonni a választható alternatívák közé, ezt azonban a felmérés időbeli korlátai nem tették lehetővé.

4. ELV (Ösztönzés.) *Olyan tulajdon- és szabályozási formák jöjjenek létre, melyek hatékonyságra ösztönöznek.*

Az elv annyira magától értetődő, hogy nem szükséges érvelni mellette. Csupán azért kell besorolni a deklarált elvek közé, mert a politikusok és akadémiai emberek, akik a jóléti szektor status quóját védelmézik, hajlamosak elfeledkezni róla.

Hatékonyságra kell ösztönözni – és ez lényeges eltérés a korábbi gyakorlattól – a keresleti oldalon a jóléti szektor szolgáltatásainak *felhasználóját*, az állampolgárt is. Ez amellettt szól, hogy (minél ritkább kivétellektől eltekintve) a szolgáltatás ne legyen ingyenes. Ne állami szubvencióval szorítsuk le az árat a piaci ár szintje alá, hanem adjuk a támogatást célzottan azok kezébe (pl. utalvány formájában), akiknél indokolt, hogy azt megkapják¹⁷ (azaz csak azoknak, akik erre a szolidaritási elv értelmében rászorulnak). Még ha valamely jóléti szolgáltatás költségének

¹⁷ A jóléti szolgáltatásokra szóló utalványok (voucher) előnyeiről és hátrányairól vita folyik. A vita áttekintésére lásd CULPITT (1992).

nagy részét az állam vagy a biztosító fedezi is, a felhasználó is fizessen némi önrészesedést, hogy saját zsebében is érezze: a szolgáltatás nincsen ingyen.

A keresleti oldal helyes ösztönzéséhez tartozik, hogy hatékonyságra kell készíteni a jóléti szolgáltatások számottevő részét finanszírozó biztosítókat. Más érvek mellett ez is a monstrum vízfejek, a központi állami egészségügy és nyugdíjbiztosítás monopóliuma ellen szól; ahol nincs verseny, ott nem lehet elég erős a hatékonyságra és takarékosagra ösztönzés.

Ugyanez az érv vonatkozik a kínálati oldalra is, vagyis azokra a szervezetekre, amelyek az egészségügyi, gyermek- vagy öregellátási, oktatási stb. szolgáltatást nyújtják. A 3. elv kommentálásakor az állampolgár szuverenitására hivatkozva érveltem a verseny mellett: senki ne legyen kiszolgáltatva egyetlen monopol szervezetnek. Tisztában vagyok azzal: a forprofit, illetve a nem állami nonprofit biztosító és szolgáltató vállalat esetleg a felhasználó (a beteg, az ellátásra szoruló öreg, gyerek vagy iskolai tanuló stb.) rovására akar költséget megtakarítani. Ugyanez megtörténhet azonban állami tulajdon és szabályozás mellett is, ha az állami intézményeket költségcsökkentésre ösztönzik, és nincs lehetőségük arra, hogy két kézzel szórják a pénzt. A költségek határtalan elszaladása vagy a takarékoskodás a szolgáltatásban részesülő rovására – a jóléti szektor egyik legsúlyosabb dilemmájáról van itt szó! A kérdésre, az egészségügy vonatkozásában, még visszatérünk.

Az ösztönzés és hatékonyság témájának egyik elágazása: mi a beruházások allokációjának és ezzel együtt a megtakarítások és a tartalékok képzésének és felhasználásának legcélszerűbb mechanizmusa? Két tiszta esetet különböztethetünk meg. Az egyik a szocialista rendszerben valósul meg a legkövetkezetesebben, amely nem csak a nyugdíjrendszer, hanem a jóléti szektor minden egyéb szolgáltatása tekintetében is az államosított „pay-as-you-go” elvet valósítja meg. A háztartástól nem várja el, hogy biztonsági célból takarékoskodjon. Ehelyett kikényszeríti mindazon adókat, amelyekből finanszírozható (1) minden beruházás és (2) minden jóléti szolgáltatás. A teljes centralizálás nemcsak a jóléti szolgáltatások szférájában vezet alacsony hatékonysághoz, hanem, mint ismeretes, a beruházások kiválasztásában és megvalósításában is.

A másik, ezzel végtelenen szemben álló tiszta eset az lenne, amelyben kizárólag a háztartásra hárul a tartalékok képzése. Ezeket a háztartás egy sok komponensből álló portfólióban helyezi el, megosztva őket bankok, befektetési alapok, biztosító társaságok, nyugdíjalapok stb. között. A pénzügyi szektor, azaz a hitel- és tőkepiac ezt a hatalmas megtakarításállományt decentralizált módon beruházások finanszírozására használja fel.

A szocialista és kapitalista rendszer nagy történelmi versenyében immár végérvényesen igazolódott: az olyan rendszer, amelyben a beruházások decentralizált, magántulajdonon és versenyen alapuló változata játssza az uralkodó szerepet, hatékonyabb, mint az, amelyet a centralizáció és az állami tulajdon dominál. Nos, a betegségre, munkanélküliségre, balesetre, öregségre félretett megtakarítás az összes megtakarításnak olyan hatalmas része, amelyet nem helyes egyszerűen odaadni a bürokrácia kezébe. Ezt az óriási megtakarítástömeget zömében decentralizáltan kell felhasználni. Ezen a gondolatmeneten végighaladva, a hatékonyságra ösztönzés 4. elve újabb nyomós érv a 3. elv, azaz a verseny és a nem állami formák kiterjesztése mellett. Ebből azonban nem következik egy végtelenen decentralizált beruházási mechanizmus ajánlása. Okkal feltételezhetjük, hogy tartósan szükség lesz bizonyos, adókból fedezett állami beruházásokra is (pl. infrastrukturális fejlesztések vagy egyéb közjavak esetében).¹⁸

5. ELV *(Az állam új szerepköre). Az állam fő funkciói a jóléti szektorban legyenek a következők: törvényes keretek előírása, a nem állami intézmények felügyelete, valamint „végső” biztosítás és segítségnyújtás. Az állam felelősséget vállal azért, hogy minden állampolgár hozzájusson az alapvető oktatáshoz és egészségügyi ellátáshoz.*

Meddő a vita, hogy „nagy” legyen-e az állam szerepe, vagy „kicsi”; maradjon-e benne az állam a jóléti szektorban vagy vonuljon-e ki belőle. A lényeges az állami szerepkör mélyreható transzformációja. A következőkben röviden áttekintjük az állam funkcióit a megreformált jóléti szektorban.

¹⁸ A közgazdasági irodalom részletesen tárgyalja, milyen esetekben indokolt a beruházás állami kiválasztása, finanszírozása és/vagy lebonyolítása.

- A szükséges új törvények meghozásával s azok kikényszerítésével az állam kiépíti a jóléti szektor működésének jogi infrastruktúráját. Különösen fontos az, hogy az állampolgár jogainak megsértése esetén bírósághoz fordulhasson a kormánnyal és annak apparátusával, a biztosítóval, a kórházzal, az orvossal, az öregek otthonával és más szervezetekkel szemben.

- Alkalmos szerveket kell létrehozni a jóléti szektor, illetve azon belül a különböző alszektorok (egészségügyi ellátás, egészségügyi biztosítás, nyugdíjbiztosítás stb.) állami felügyeletére. Ez egészüljön ki az érdekeltek szövetségei, általában a civil társadalom és a sajtó ellenőrző szerepével.

- Az állam vállaljon garanciát arra, hogy megvédi az állampolgár megtakarítását, amelyet biztosítóintézetekre vagy nyugdíjintézetekre bízott.¹⁹

- Már korábban is szó volt arról, hogy a 2. szolidaritási elv valóra váltásában kívánatos nem állami szervezetek részvétele. Mindazonáltal elkerülhetetlen, hogy ebben számottevő részt vállaljon az állam is. Nem értek egyet azzal, hogy ezt be kell csempészni más kiadások közé, nehogy a választópolgár észrevegye.²⁰ Nyíltan ki kell mondani: az arra rászorultak állami megsegítése az adófizetők pénzéből történik.

- Annak deklarálása, hogy az alapvető oktatás és egészségügyi ellátás az állam felelőssége, nyitva hagyja a kérdést, hogy ez hogyan és milyen intézmények révén teljesüljön. Ez nem jelenti, de nem is zárja ki azt a lehetőséget, hogy az állam tulajdonában lévő vagy általa felügyelt intézmények részt vegyenek a szolgáltatások biztosításában, vagy hogy az állami költségvetés hozzájáruljon finanszírozásukhoz.

Az elmondottak világosan kifejezésre juttatják, hogy a jelen tanulmány nem egy *laissez faire* programot hirdet meg. Nem kívánja fel-

¹⁹ Feltehetően létrehozhatók olyan nem állami vagy félállami viszontbiztosító intézetek, amelyek kellően megvédik az állampolgár biztosítási befektetését, ha csupán egyik vagy másik biztosító megy tönkre. Elégséges, ha az állam végső garanciaadóként száll be olyankor, amikor már a viszontbiztosító sem bírja elviselni a terheket. A „végső biztosító” funkciója fiskális teher ugyan, de sokkal kisebb, mint a finanszírozás teljes ellátása.

²⁰ Az emberek számottevő részében van közösségi szolidáris érzés. A már említett magyar közvélemény-kutatás [CSONTOS, KORNAI, TÓTH (1996)] során kiderült: sok olyan egyn is kész adót fizetni a felsőoktatás támogatására, akinek nincs gyereke.

menteni az államot a jóléti szektorért viselt felelősség alól, még akkor sem, ha a feladatok nagy részét a magántulajdonon alapuló vállalkozások és a különböző közösségeket megszervező nonprofit intézmények látják el, akik tevékenységét főképpen a piac koordinálja és a verseny serkenti. Mindennek az állam által felállított játékszabályok szerint kell végbemennie, az állam (és a civil társadalom) felügyelete alatt, és az államnak gazdasági erejével is be kell lépnie, ahol erre elkerülhetetlenül szükség van.

A közgazdaságtudomány kellőképpen tisztázta a piaci kudarc különböző eseteit.²¹ Indokolt az állam aktív beavatkozása olyankor, amikor a piac kudarcot vall, s nem kell tartani attól, hogy az állami aktivitás még nagyobb kudarchoz vezet. A *public choice* elmélet és a bürokráciára vonatkozó kutatások²² magyarázatot adnak az állami aktivitás különböző kudarcaira és azok következményeire. Ám sok esetben problematikus, hogy a piaci és a kormányzati kudarc közül melyiknek mekkora az esélye, s mi az általa okozott kár várható mértéke. Már csak emiatt is nyitva hagyja a jelen tanulmány azt a kérdést: mekkora legyen az állami tulajdonban és közvetlen állami irányítás alatt működő szegmens részaránya a jóléti szektorban. Amennyiben a lakosság a politikai processzus útján kifejezésre juttatja azt a kívánságát, hogy az öregkori jövedelem egy részét továbbra is az állami nyugdíjrendszer szolgáltatassa, legyenek állami kórházak, állami öregek-otthonai stb., s vállalja ezek adóterhet – akkor ezt a kívánságot tiszteletben kell tartani. Ez utóbbi megszorítás („vállalja az adóterhet”) elvezet a következő, az átláthatóságra vonatkozó elv kimondásához.

²¹ Ezen a helyen és a tanulmány későbbi részeiben is szerepel a „piaci kudarc” (market failure) kifejezés. A közgazdaságtan elméletileg tisztázta, hogy a piaci szereplők és környezetük meghatározott konfigurációjában bekövetkezik a piaci kudarc. Nem állítja azt, hogy ilyen esetben a piac működésképtelen, azaz egyáltalán nem tudja ellátni koordinációs feladatait. Csupán azt mondja: nem képes ugyanolyan jól ellátni, mint más, a piac működése szempontjából kedvezőbb körülmények között (elsősorban az ún. „tökéletes verseny” helyzetében). Különböző szituációk egymástól eltérő piaci kudarcokat eredményezhetnek. A piaci kudarc elméletéről mindmáig a legjobb áttekintést FRANCIS BATOR klasszikus (1958) cikke adja. Lásd továbbá STIGLITZ (1986).

²² Lásd BUCHANAN and TULLOCK (1962), NISKANEN (1971) és TULLOCK (1965).

6. ELV

(Átláthatóság). Válgék világossá az állampolgár szemében a kapcsolat az állami jóléti szolgáltatás és annak adóterhe között. A reform gyakorlati intézkedéseit előzze meg nyílt és jól informált vita. A politikusok és a politikai pártok valljanak színt, milyen politikát kívánnak folytatni a jóléti szektor ügyében, és azt milyen forrásból kívánják finanszírozni.

Az átláthatóság követelménye több részre tagolódik. Az első mondatot egy súlyos probléma felismerése inspirálta: az állampolgár nem látja világosan, hogy a jóléti állam szolgáltatásainak terhét ő, az adófizető viseli. Az adók és az állami költség közötti összefüggésre vonatkozó ismeretek mindenütt a világon eléggé homályosak vagy torzítottak. Ám a fiskális illúziók sehol sem annyira végtelenek, mint a poszt-szocialista társadalmakban. Ott évtizedeken át indoktrinálták az emberek tudatát azzal a gondolattal, hogy az egészségügy vagy az oktatás „ingyenes”.²³ A decentralizálásra irányuló reformmal szembeni ellenállást lényegesen csökkentti, ha az állampolgár megérti, hogy minden állami szolgáltatásért az adófizető viseli a terheket, s ha megfelelően érzékeli e terhek nagyságát.

Végző soron mindenképpen az állampolgárok összessége fizet a jóléti szolgáltatásokért. Ám a politikai demokrácia keretei között az állampolgár a politikai processzuson keresztül választhat a fizetés kétféle módja között: a „háztartás által fizetett adó → állami költségvetés → állami jóléti szolgáltatás” csatornán át fizessen-e, vagy ennél közvetlenebb módon, például a „háztartás által fizetett biztosítási díj → biztosító → biztosító által fizetett jóléti szolgáltatás” csatornán át.

Ez elvezet a 6. elv második és harmadik eleméhez, a viták szükségességéhez és a politikai választás átláthatóságának követelményéhez. A valóságban a pártok többnyire nem tárják világosan a választók elé a jóléti szektorra vonatkozó elgondolásaikat. Vagy azért nem, mert nem gondolták végig kellő alaposággal, vagy mert el akarják rejteni szándék-

²³ A korábban már többször említett magyar közvélemény-kutatás (lásd a 20. lábjegyzetet) során kiderült, hogy például az „ingyenes” állami egészségügyi ellátás okozta adóterhet csupán a megkérdezettek egyötöde tudta plusz-mínusz 25 százalékos hibahatáron belül megbecsülni; a többiek becslése ennél súlyosabban téves volt, vagy a kérdésre egyáltalán nem tudtak válaszolni.

kaikat a választók elől.²⁴ A jelen tanulmány nem a politikai gazdaságtan és a *public choice* elmélet témakörében íródott; nem foglalkozik azzal, hogy ez miért van így, s egyáltalán megváltoztatható-e. A tanulmány normatív jellegének megfelelően követelményeket állít fel. A 6. elv a politikus jobbik énjéhez szól: ha tisztességes kívánsz lenni a választóid iránt, mondjad meg becsületesen, mit akarsz tenni a nyugdíjak, az egészségügyi ellátás és a többi jóléti szolgáltatás ügyében. További címzettek még a kérdés akadémiai kutatói: önmagam és kollégáim. Nekünk nem fűződik semmilyen érdekünk ahhoz, hogy népszerűsége törekedjünk, nem pályázunk választott politikai tisztásra. Kötelességünk feltárni, hogy a jóléti szektorra vonatkozó alternatív elgondolásoknak mi a haszna és mi a társadalmi költsége. És végül a 6. elv magához az állampolgárhoz fordul. Azt tanácsoljuk neki, hogy próbálja kihámozni a vitákból, a politikusok nyilatkozataiból, a pártok programjaiból a jóléti szektorra vonatkozó igazi szándékokat, s ezt vegye figyelembe, amikor szavaz.

Nemcsak a szándék tisztázása, hanem a választói döntés is igen nehéz ebben az összefüggésben. A politikai választáskor az állampolgár valamely pártra vagy politikusra szavazva egy álláspont „csomagot” támogat. Lehet, hogy amikor A-t választja B ellenében, akkor kénytelen eltekinteni attól, hogy tulajdonképpen B jóléti programja rokonszenvesebb – azért dönt mégis A mellett, mert annak gazdaságpolitikai, igazságügyi, külpolitikai stb. programját kedvezőbbnek ítéli meg B-énél.²⁵

Éppen az ilyen nehézségek szolgálnak újabb érvet az 1., 3. és 5. elv mellett: szűkebbre kell szorítani a jóléti szolgáltatásoknak azt a halmazát, amelyek szabályozása a politikai processzus közvetítésével történik.

²⁴ A szocialista rendszer lényegéhez tartozott a 6. elv teljes ignorálása. A demokratikus államrend *ehhez képest* nagy előrelépés. Nem lehetnek azonban illúzióink abban a tekintetben, hogy a parlamenti demokrácia valóságos gyakorlata mennyire következetesen tartja magát ehhez az elvhez.

²⁵ Túlnő a tanulmány témakörén, vajon mennyiben enyhítené ezt a problémát a lényegesebb törvényekkel kapcsolatos népszavazás rendszere. Néhány ország kivételével a legtöbb demokratikus alkotmány csak kivételes esetekben bocsátja népszavazás elé a politikai döntést.

A megreformált jóléti szektorban számos intézmény működik majd, amelyek ismeretlenek voltak a szocialista rendszerben. Ezek egyrészt újonnan létrejött szervezetek (pl. újonnan alapított magántulajdonú rendelőtintézetek, kórházak, óvodák vagy nem állami nyugdíjintézetek), vagy korábbi állami szervezetek tulajdonjogainak és szabályozási formáinak változtatása révén jönnek létre (pl. bérleti szerződés keretében egy orvos-team üzemelteti egy közkórház valamelyik rendelőtjét). A reform hívei, nézetem szerint, nem bízzák ezt a fejlődést kizárólag a spontaneitásra, több okból sem. Új intézmények létrehozása és régiók átalakítása új szabályok gondos előkészítését, majd azoknak a parlament vagy az önkormányzatok általi törvénybe iktatását kívánja meg. Számos új szervezet jön majd létre kormányservek kezdeményezésére. Bizonyos esetekben politikai nyomásra lesz szükség a változások beindítására. Azt is mondhatnánk, hogy a dolog természetéből adódóan a jóléti állam szerepének megváltoztatásához állami részvételre van szükség. Noha az intézményi átalakulás evolúciós folyamatában a spontán változásoknak jelentős szerepe lesz, nézetem szerint nem lenne helyes a reform előrehaladását kizárólag spontán változásoktól várni.²⁶

Ugyanakkor ellenezném a jóléti állam reformjának mindenáron való, minél gyorsabb keresztül-erőszakolását. Vannak válsághelyzetek, amikor egy kormány kénytelen kiigazító célzatú, fájdalmas és népszerűtlen gazdasági programot végrehajtani. Lehet, hogy az ilyen programnak magában kell foglalnia néhány olyan tételt is, amely az állami költségvetés jóléti kiadásainak gyors csökkentését eredményezi. Ez egy dolog; és más dolog a jóléti szektor átfogó reformja. Utóbbi nem fiskális tűzoltás, hanem a társadalom mélyreható átalakítása, amit nem szabad lóhalálában végezni. Elegendő időt kell hagyni a program gondos kidolgozására és a politikai támogatás megszerzésére.

²⁶ Ezek a megjegyzések összhangban vannak az intézményi megújulás elméletével és a gazdasági intézmények változásának evolúciós felfogásával. Lásd DAVIS and NORTH (1971) és NORTH (1990).

Ez utóbbit már érintettük a 6. elv tárgyalásakor. Minél inkább megérti a lakosság a reformnak mind a társadalmi költségeit, mind pedig a várható előnyeit, annál inkább hajlandó támogatni. Ha csak lehet, időt kell adni arra, hogy az állampolgár adaptálódjék az új helyzethez. Már a 2. elv tárgyalásakor érintettük az *adaptivitás fokának* problematikáját. A reformernek józan belátást és emberséges megértést kell tanúsítania, mert az emberek alkalmazkodási képessége nem egyforma.²⁷

A változások okozta szenvedéseket enyhítheti, és ugyanakkor adaptációra ösztönözhet, ha – amennyire ezt a gazdasági lehetőségek megengedik – segítséget kapnak azok, akiknek a reform veszteséget okoz. Időbeli korlátozás nélkül nyújtott támogatás csak azoknak adható, akik valóban képtelenek az alkalmazkodásra. Mindenki másnak csak átmeneti időre járjon támogatás. (Például ideiglenes kompenzáció a rászorultaknak egy ártámogatás megvonásakor). Az egyén türelmi időt kap, de tudja, hogy annak leteltével kénytelen lesz alkalmazkodni az új helyzethez.

2.3. Az allokáció kívánatos arányai

8. ELV

(Harmonikus növekedés). Legyenek harmonikus arányok a gyors növekedést közvetlenül szolgáló beruházásokra és a jóléti szektor működtetésére és fejlesztésére felhasznált erőforrások között.

Két szélsőséges állásponttal találkozhatunk a vitákban. Az egyik álláspont egyoldalúan hangsúlyozza az átmenettel együtt járó veszteséget, s nem hajlandó végiggondolni: a mai gondok leküzdésének legfon-

²⁷ Jó példa erre az 1997. évi magyar nyugdíjreform, amely „rétegezten”, nemzedékek szerint differenciáltan vezeti be a változásokat.

Itt jegyzem meg, hogy a nyugdíjrendszer reformjára vonatkozó álláspontomat még az előkészítő munkálatok során fejtettem ki nyilvánosan, több előadásban, majd az (1996) cikkben. Állásfoglalásaim a nemzedékek szerinti differenciálást ajánlották. A vita nyomán létrejött kompromisszumos megoldás a saját eredeti álláspontomhoz képest több ponton tett engedményeket, de a törvény fő vonala így is közel áll, mégpedig éppen a legényesebb vonatkozásokban, az általam is képviselt elgondoláshoz.

tosabb eszköze a gazdaság tartós növekedése. Bármilyen triviális igazság is ez a közgazdász számára, folyton elsikkad azok szemében, akik a jóléti állam status quójának fenntartása mellett szállnak síkra. Nem egyszer gúnyos hangon utasítják el és üres papolásnak tartják azt az elemi közgazdasági okfejtést, hogy elegendő beruházás és ennek nyomán tartós és elég gyors növekedés nélkül sohasem emelhető fel a posztszocialista régió lakossága nagy részének életszínvonala legalább a mai átlagos nyugati szintre.

A másik szélsőséges álláspont viszont egyoldalúan rúgja fel a jóléti kiadások és a gyors növekedést közvetlenül szolgáló beruházások közötti egyensúlyt, az utóbbi javára. Sok országra kiterjedő statisztikai vizsgálattal igazolható, hogy a jóléti kiadásokra legkevesebbet költő délkelet-ázsiai országokban, hosszabb időszakot tekintve, a leggyorsabb a növekedés üteme. A szerzők vagy a kelet-európai olvasóra bízzák a következtetést, vagy a szemébe mondják: ha utol akarjátok érni a Nyugatot, kövessétek a délkelet-ázsiai modellt.

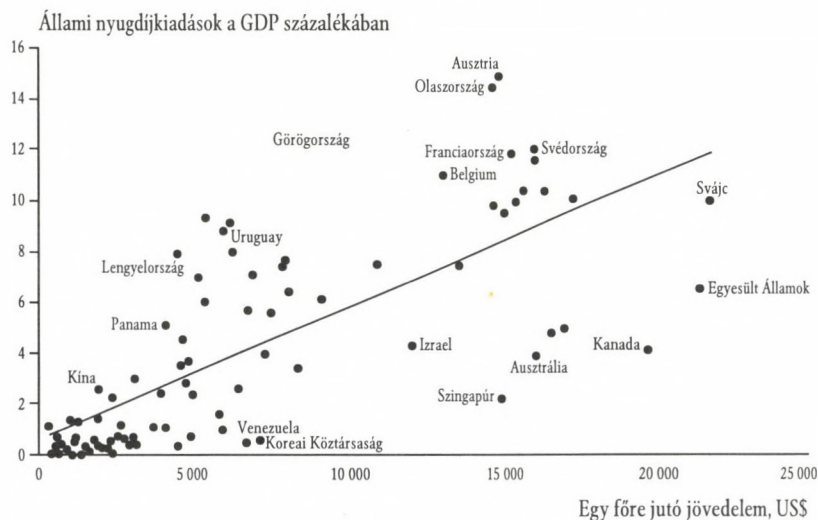
A növekedésnek ez a fetiszizálása számomra, egy idősebb nemzedék tagja számára, nagyon ismerősen cseng. A sztálini-hruscsovi gazdaságpolitikának egyik fő jelszava volt: „minél előbb érjük utol a fejlett kapitalista országokat”. A növekedés fétise az erőltetett növekedés stratégiájának alkalmazásához, s ennek következtében a gazdaság szerkezetének torzulásához vezetett, amely egyebek között az emberek közvetlen jóléti szükségleteinek semmibe vételét is magában foglalta.²⁸ Ez a fajta egyoldalúság súlyos bajokhoz vezetett a szocialista rendszeren belül, amelynek következményeit mind a mai napig nem hevertük ki. Kár lenne ezt előlről kezdeni.

Ha nemzetközi összehasonlítás alapján nem a jóléti ráfordítások és a növekedési *ütem* közötti összefüggést vizsgáljuk, hanem a jóléti ráfordítások és a gazdasági fejlettség *színvonal*a közötti kapcsolatot, akkor más következtetésre jutunk. Ahogy egy-egy ország halad előre a gazdasági fejlődésben, úgy nőnek az egészségügyre, oktatásra, kultúrára, gyerekek és öregek ellátására fordított állami kiadások. Az összefüggés nem determinisztikus, mert számos egyéb tényező is érvényesül: a kormá-

²⁸ Huszonöt évvel ezelőtt publikáltam „Erőltetett vagy harmonikus növekedés” (1972) című tanulmányomat, amely éppen ezzel a növekedésfetiszizálással szállt szembe.

nyok politikai irányvonala, az ország kulturális hagyományai stb. Mindazonáltal létezik számottevő összefüggés az általános gazdasági fejlettség és az állam „humán” kiadásai között. Ezt az összefüggést érzékelteti a nem posztzocialista országok vonatkozásában, a nyugdíjkiadások példáján, a 2. ábra és a 2. táblázat. (Az egészségügyre vonatkozó kiadások és a gazdasági fejlettség közötti összefüggést később tárgyaljuk.)

2. ábra. Az egy főre jutó jövedelem és az állami nyugdíjkiadások közti összefüggés



Forrás: World Bank (1994), 42. old.

Megjegyzés: Hely hiányában nem mindenütt írták be az adathoz tartozó országnevet. Az ábra 92 országnak az 1986–1992 közti időszak egyes éveiben mért adatait ábrázolja.

2. táblázat. Állami nyugdíjkiadások

Ország	Nyugdíjkiadások a GDP százalékában	Nyugdíjkiadások az állami kiadások százalékában
Nem posztszocialista országok (jövedelem- csoportonkénti nemzeti átlagok)		
alacsony	0,7 (32)	3,9 (18)
alsó közép	2,9 (29)	10,1 (16)
felső közép	6,7 (20)	23,8 (13)
magas	8,2 (23)	23,1 (20)
Posztszocialista országok		
Albánia	6,3	14,4
Bulgária	10,2	21,5
Cseh Köztársaság	8,3	–
Lengyelország	14,7	29,2
Magyarország	11,6	18,3
Oroszország	6,0	–
Románia	6,4	14,9
Szlovákia	9,3	18,0
Ukrajna	7,1	14,8

Forrás: Nem posztszocialista országok: WORLD BANK (1994), 103. old. Posztszocialista országok: UNICEF (1994), 96–7. old.

Megjegyzés: A táblázat felső részében szereplő adatok az 1985–92 közötti időszakra vonatkoznak. A zárójelben szereplő számok a vonatkozó adatokkal rendelkező országok számát jelölik. A posztszocialista országok adatai 1992-re vonatkoznak. Az Oroszországra vonatkozó adat a forrásmunka szerzőinek becslése.

A Világbank kiadvány adatfeldolgozásának lezárása óta lényegesen csökkent a magyarországi állami nyugdíjkiadások részaránya a GDP százalékában mérve. Az 1996. évi tényadat 7,5%, s megközelítően azonos az 1997-re várható részarány is. (A Pénzügyminisztérium közlése.) Ezzel Magyarország adata közel került a nem posztszocialista országok felső közép csoportjának átlagához.

Az állam jóléti kiadásai és a fejlettség szintje közti kívánatos aránytól való eltérés mindkét irányban bekövetkezhet túl sok vagy túl kevés költség formájában. A sztálini rendszer túlkapasáraiért való túlkompenzálás-ként néhány szocialista ország gazdasági fejlődése egy későbbi szakaszában ebben a tekintetben előreszaladt. A paternalista ideológia sugallatára, s a lakosság megnyugtatása kedvéért az állam nagyobb jóléti kötelezettségeket vállalt, mint amennyire az erőforrások adott szintje mellett teltett. A 2. táblázat tanúsága szerint, a nyugdíjrendszer vonatkozá-

sában, ez bizonyára elmondható a kelet-európai országok közül Bulgáriára, a Cseh Köztársaságra, Lengyelországra, Magyarországra és Szlovákiára. A megállapítás érvényes nem csak az írott állami kötelezettségvállalásra, de azok teljesítésére is. Ezért neveztem ezeket az országokat egy korábbi írásomban „koraszülött jóléti államoknak”.²⁹

Elkerülhetetlenül szükség van az arányosság helyreállítására. Két oldalról kell közelítenünk ehhez: csökkenteni az állami kötelezettségeket és az állammal szemben érvényesíthető jogosultságokat, és eközben növelni a gazdaság teljesítőképességét. A magam részéről nem mernék a harmonikus arányokra vonatkozó kvantitatív arany szabályokat felállítani; izgalmas kutatási feladat e problémakör újragondolása a poszt-szocialista transzformáció vonatkozásában. A 8. elv, még ha nem is ad fogódzót a kvantifikáláshoz, legalább figyelmeztetést tartalmaz a kiáltó torzulásokkal és hamis jelszavakkal szemben.

Ezen a helyen vissza kell utalni az 1. elvre. Többek között azért kell nagyobb mértékben rábízni az egyénre a gazdasági választást, mert kétséges: képes-e ezekről az alapvető arányokról alkalmas döntést hozni a központi tervező. Vajon a fő allokációs arányokba azért kellene az államnak beavatkoznia, hogy „megvédje” az egészségügyet vagy az oktatást a háztartási döntések ellen, mert azok túlságosan sokat költenének, mondjuk, gyárépítésre? Alig hiszem, hogy ez a veszély fenyegetne. Ellenkezőleg, inkább arra számíthatunk, hogy az egyéni választások következményeit nemzeti szinten aggregálva az derül majd ki: a társadalom önkéntes decentralizált választásaival többet költ egészségügyre, oktatásra, a jóléti szektor más szolgáltatásaira, mint amennyit a központi tervező szánna ezekre a célokra.³⁰

9. ELV *(Fenntartható finanszírozás). Az állami költségvetés legyen képes folyamatosan finanszírozni az állami kötelezettségvállalások teljesítését.*

²⁹ KORNAI (1992).

³⁰ Ezt látszik igazolni a szocialista rendszer történelmi tapasztalata. A sztálini gazdaságpolitika vaskézrel biztosította, hogy az állam ne költjön „túl sokat” kórházakra, lakásokra stb. Helyette a nehézipar fejlesztésére és a katonai erő növelésére összpontosította az erőforrásokat.

A 8. elv a reál erőforrások kívánatos arányaival foglalkozott, míg most a pénzügyi összefüggésekre mutatunk rá. Bármily magától értődőnek tűnik is ez a követelmény, éppen ennek megsértése vetett véget egész sor országban a jóléti állam tabuként való kezelésének.

Számos országban, köztük szinte kivétel nélkül minden posztoszocialista gazdaságban, számottevő költségvetési deficit mutatkozik. Ahol a költségvetési rendszer egyértelműen megcímkezi azokat a bevételeket, amelyek hivatása egyes jóléti kiadások fedezése, ott – legalább részlegesen – tetten érhető a jóléti szektor egyes alszektorainak pénzügyi deficitje. Ez vagy máris jelentkezik, vagy számítások szerint előbb-utóbb robbanásszerűen be fog következni. Még ezekben az országokban is, más alszektorokban, más országokban pedig az állami jóléti szektor egészére vonatkozóan a finanszírozás forrásai nem különülnek el a többi kiadást fedező bevételektől. Az állam jóléti kiadásait az általános adóbevételekből fedezik, ezért nehéz meghatározni a jóléti kiadások reatív szerepét a fiskális deficit keletkezésében.

Nem ennek a tanulmánynak a feladata a költségvetési hiány országoként és időszakoként eltérő okainak konkrét elemzése. Mindenesetre érdemes nyomatékosan felhívni a figyelmet azokra a számításokra, amelyek kimutatják: egy-egy ország törvénybe iktatott jóléti elkötelezettségei – minden egyéb körülményt változatlanul tekintve, a várható gazdasági növekedést és demográfiai trendeket is figyelembe véve – előbb-utóbb tarthatatlanná válnak. Az állami egészségügyi rendszerek, amelyekre keresleti oldalról nagy nyomás nehezedik, előbb-utóbb finanszírozhatatlannak bizonyulnak. Országoként eltérő, hogy a szakértők mikorra jósolják a finanszírozhatóság határaiba való beleütközést, s persze az is, hogy áthidalható-e a szakadék adók növelésével. Ez utóbbi részben gazdasági kérdés (a nagyobb adóteher kedvezőtlen ösztönzési hatást fejt ki és fékezi a beruházásokat), részben pedig politikai kérdés (az adóemelés népszerűtlensége vetekszik a jóléti kiadások csökkentése okozta rossz hangulattal). Végeredményben úgy tűnik, hogy a legtöbb posztoszocialista országban a fiskális egyensúly javításának követelménye is előbb-utóbb kikényszeríti az állami jóléti kiadások csökkentését.

Noha a 8. és 9. elvet a tárgyalás végére hagytam, azok nem kevésbé fontosak, mint a korábbi elvek. Tarthatatlannak érzem azt a szerepsz-

tást, amely a jóléti szektor reformjáról folyó vitákban kialakult. Most itt csak az akadémiai körökben zajló diskurzust említem. A „jóléti állam védelmezői” jogosult drámaisággal tárják fel a nyomorban lévők, a hátrányos helyzetűek szenvedéseit, de fölényesen legyintenek, amikor valaki a közgazdasági arányosságok követelményeivel hozakodik elő. Ez nem az ő dolguk. Ezek csak szűkagyú „fiskális” szempontok; érző ember ezekkel nem foglalkozik. A másik oldalon pedig közgazdasági eszmefuttatásokat olvasunk, amelyek egy bekezdés erejéig elismerik, hogy „szociális védőhálót kell teremteni”, de nem gondolják végig a javasolt rendszabályok összes társadalmi következményeit. Mindkét tábor rendszerint tartózkodik attól, hogy álláspontját etikai megfontolásokkal támassza alá. Úgy érzem, legfőbb ideje, hogy önmagunkat és egymást szintetikus látásmódra kötelezzük: egyikünknek sincs joga csak a „szociális” vagy csak a „közgazdasági” szempontokat képviselni.

2.4. Záró megjegyzések

Az 1–9. elvek áttekintése számos fontos kérdést hagy nyitva, amelyek megtárgyalása túlnőne a jelen tanulmány keretein. További elméleti vizsgálatot igényel, hogy a különböző elvek mennyiben egyeztethetőek össze, illetve mennyiben áll fenn *trade-off* kapcsolat különböző elvpárok vagy elvegyüttesek között.³¹ Az 1. elv (egyéni szabadság és felelősség) és az 5. elv (az állam felelőssége) például nem összeegyeztethetetlen. Nyilvánvaló azonban, minél messzebbre megyünk az egyik megvalósításában, annál korlátozottabban érvényesül a másik.

Az ilyen és ehhez hasonló *trade-off*-ok ügyében semmilyen előzetes elméleti megfontolás sem takarítja meg az egyes döntések esetében a konkrét és felelősségteljes választást. Mégis szeretném remélni, hogy nem volt felesleges az elvek rendszerezett áttekintése. Az elvek rendszerezésének és összefoglaló felsorolásának, amint azt már a fejezet bevezetője is hangsúlyozta: *mementóként* kell szolgálnia; *checklistként*,

³¹ A „trade-off” angol kifejezést az „átváltás” szóval fordítja a magyar közgazdasági irodalom. Jelentése: feladunk egy előnyt vagy hasznot valamely más előny vagy haszon kedvéért.

hogy egyik elv se sikkadjon el, amikor a gyakorlati programokat, törvényeket és más rendszabályokat kidolgozzák, elbírálják, majd bevezetik. Még ahol kénytelen is a döntéshozó valamilyen elv tekintetében engedményt tenni, legyen ennek tudatában, vívódjék lelkiismeretével és józan eszével, mielőtt a kompromisszumot elfogadja. Aki igazán magáévá teszi a tanulmányban javasolt elveket, az tartózkodni fog egyik elv szélsőséges megvalósításától, ha az összeütközne egy másikkal.³²

Számos szerző leszűkíti a választási dilemmát két elv, a méltányosság (angolul: equity) és a hatékonyság követelményei közötti konfliktusra. Nézetem szerint az előzőekben kifejtett kilenc elv semmiképpen sem redukálható kettőre. Különösen éles hiányérzetet okoz, saját értékrendem szerint, az 1. etikai posztulátumnak, az egyéni szuverenitás jogainak és kötelezettségeinek elhagyása az alapvető elvek együtteséből; ezt nem foglalja magában sem a méltányosság, sem a hatékonyság követelménye.

Felvetődhet a 2. fejezet témaválasztásával szemben a következő ellenvetés. Mindegyik posztoszocialista országban adott a reform mozgásteret. Ezt behatárolják a gazdasági és politikai adottságok. Utóbbi végül is meghatározza majd, milyen reform valósulhat meg. A reformer, ha igazán küzdeni akar elképzeléseiért, kénytelen lesz engedményeket tenni; esetleg a közvélemény manipulálására kényszerül; nem mindig érdeke tisztán és félreérthetetlenül közölnie az általa követett elveket, szándékait és a megvalósítás következményeit.

Köztudomású, hogy a reformok sorsa végül is a politikai arénában dől el. A tudományos kutatások feladatai közül igen fontosnak érzem a jóléti reform esélyeinek vizsgálatát a politikai gazdaságtan szemszögéből.³³ Más munkáimban magam is foglalkozom a probléma pozitív po-

³² Egy, a sajtóban közölt híradás szerint (lásd *New York Times*, 1996. október 15) Moszkvából kitelepítik a hajléktalanokat; egy részüket internálótábornak beillő szállásokra kényszerítik Moszkván kívül. Ez, ha igaz, fedelet emel a hajléktalanok feje fölé, ráadásul megkönnyíti az amúgy is túlszűfolt főváros életét. Ez a különlegesen durva formában végrehajtott paternalista rendszabály azonban súlyosan sérti az 1. elvet: az egyéni szuverenitását, elemi emberi jogait.

³³ A jóléti állam reformjára és/vagy az állami szociális transzferek megnyirbálására vonatkozó politikai gazdaságtani nézetekre vonatkozóan lásd LINDBECK et al. (1994) és LINDBECK (1996) munkáit a svéd tapasztalatról, valamint NELSON (1992) írását, amely néhány latin-amerikai, ázsiai és afrikai ország vonatkozó problémáit elemzi.

litikai-gazdaságtani megközelítésével. A tanulmány hátralévő része többször utal majd, az egészségügy vonatkozásában, a reformok megvalósításának politikai feltételeire. Ám a pozitív kutatások komplementer kutatási témájaként, remélem, hasznos lehet a problémát a másik végéről is megközelíteni. Nem csak azt érdemes kérdeznünk: onnét, ahol most állunk, hogyan lehet és hogyan kell megtenni a következő lépéseket? Az is életbevágóan fontos kérdés: tulajdonképpen hová akarunk eljutni? Különösen a jóléti szektor ügyében indokolt a *kívánatos végállapotról* gondolkodni, mert a válasz nagyon vitatható, történelmileg még eléggé indeterminált; s mert, mint említettem, nincs igazi példakép ország, amelynek mintáját követni akarnánk.

A tanulmányban kifejtett kilenc elv nem kötődik egyetlen párthoz sem, sem Magyarországon, sem a posztszocialista régió más országában. Nem skatulyázható be a szokásos dobozokba: nem „baloldali”, de nem is „jobboldali”, vagy az amerikai szóhasználattal: nem egyezik meg azzal sem, amit a hagyományos „liberális” vagy „konzervatív” eszmék sugalmaznának. Elhatárolódik a szociáldemokráciának attól a korábbi irányzatától, amely a jóléti *állam* minél teljesebb kiépítésében látta egyik legfontosabb hivatását, s amely történelmileg felelős ennek a szándéknak a túlhajtott megvalósulásáért. De a tanulmány elhatárolódik a jóléti állam vívmányait rideg szívvel összetörő radikálisoktól, a piac javára és az állam rovására kritikátlanul elfogult ideológusoktól. A kilenc elv együttese sajátos „centrista” álláspontot képvisel, amely – miközben elhatárolódik mind a tradicionális baloldaltól és jobboldaltól – mindkettőtől átvesz egyes megszívlelendő érveket és javaslatokat. Nem ügyeskedés vezet ebben; nem az a szándék, hogy mind a két oldalnak tetsék az, amit írok. Ez éppenséggel visszajára is fordulhatna, s kiderülhetne, hogy egyiknek sem tetszik. Abban a meggyőződésben foglaltam össze a fenti kilenc elvet, hogy éppen ezek alkotnak együttvéve szerves egészet.

Tanulmányom szellemisége rokon sok más szerzőével, mind a politikai, mind az akadémiai életben. Talán nem korai azt állítani, hogy egy nemzetközi áramlatról van szó, amely még nem talált önmaga számára a saját világnézetét jól jellemző elnevezést. Az irányzat két lábbal áll a kapitalizmus talaján, s nem keres harmadik utat. Ám azt kívánja, nemcsak óhajokkal, hanem alkalmas intézmények kiépítésével, hogy a kapi-

talizmusnak ne csak emberi arca, de emberi szíve és értelme is legyen. Sokkal erősebben kíván építeni az egyéni felelősségre, a piacra, a versenyre, a magántulajdonra, a profitmotívumra, és sokkal határozottabban utasítja vissza a túlburjánzó bürokráciát és centralizációt, mint a régi stílusú szociáldemokrácia. Ugyanakkor nem fogadja el az ultra-konzervativizmus semmiféle kelet-európai változatát. A szolidaritás elvét nem csupán egyéni karitatív úton kívánja érvényesíteni, hanem kész bizonyos határok között állami redisztribúcióra is ennek érdekében. Nincsenek illúziói a piaccal kapcsolatban és nem zárkózik el válogatás nélkül minden állami intervenciótól.

A jövő történelmi tapasztalata fogja megmutatni, milyen hatással lesz ez a kibontakozó szellemi és politikai irányzat a jóléti szektor átalakulására.

3. Az egészségügyi szektor sajátosságai

A jóléti szektor egészére vonatkozó elvek tárgyalása után, a tanulmány további részében már kizárólag az egészségüggyel foglalkozunk. Minden ágazatnak vannak sajátosságai, ezért nem reformálhatóak meg egyöntetű sémák szerint. Mindazonáltal széleskörű az egyetértés abban, hogy az egészségügy markánsan különbözik a társadalmi tevékenységek más ágaitól, és ezeket a különleges sajátosságokat messzemenően figyelembe kell venni a reform megtervezése és megvalósítása során. Az alábbiakban ezeket a sajátos vonásokat tekintjük át.

Először egyetemes érvényű sajátosságokat sorolunk fel, amelyek minden társadalmi-gazdasági rendszerben és bármely országban fennállnak.³⁴ Később térünk rá olyan vonásokra, amelyek valamely sajátos társadalmi formációhoz, vagy valamely ország (elsősorban Magyarország) egyedi történelmi adottságaihoz kötődnek.

Tulajdonképpen az alábbiakban vizsgált valamennyi sajátosság, ha külön-külön tekintjük, nem kizárólagosan az egészségügyre jellemző; hol az egyiket, hol a másikat, hol akár egyszerre többet is megtalálhatunk más ágazatokban is. Az egészségügy különlegessége abban áll, hogy egyszerre van jelen mindegyik sajátosság, ráadásul egyesek rendkívül intenzíven érvényesülnek.

Az egészség értéke. Közhely, de mégis ez kívánkozik az első helyre: az egészség olyan állapot, amelynek elérését–megőrzését a legtöbb em-

³⁴ Az áttekintés megszerkesztésekor felhasználtam BESLEY and GOUVEIA (1994) írását. Tanulmányuk részletesebb irodalmi referenciákkal szolgál; a jelen írás csupán néhány helyen jelöli meg a kiemelkedő szakirodalmi forrásokat.

ber igen sokra értékeli. Nem mindenki számára ez a legfőbb érték; van, aki alárendeli más céloknak, de azért a „Fő az egészség” kijelentésben rejlő preferencia meghatározó erejű. Különösen akkor kerül előtérbe, ha már itt a baj; ha az ember maga vagy szeretett hozzátartozója megbetegedett; amikor kízó testi fájdalmat érez; amikor a betegség hátráltatja munkája elvégzésében; vagy amikor különlegesen nyomasztja a betegség okozta halálfélelem.

A különböző javak és szolgáltatások által nyújtott örömök, hasznok összemérése bármilyen értékelésnél nagy gondot okoz. Témánk esetében azonban különlegesen nehéz az összemérés. Még ha a bírósági és biztosítási gyakorlat számszerűsíti is egy adott egyén életének gazdasági értékét, nyilván senki sem tud igazán felelni arra, mennyit ér az emberi élet. Mennyi pénz nyújt kárpótlást a betegség okozta testi-lelki szenvedésért? Mennyit ér az élet meghosszabbítása néhány évvel? Mennyi a forintban mérhető értéke annak, ha javul a beteg ember életének minősége? Igaz, a gazdaság számos más szektora is hatást gyakorol az egészségre, például környezeti ártalom vagy munkabaleset révén. Más szektorokban is élet-halál kérdése egy-egy szakmai hiba; gondoljunk csak a pilóta vagy a gépkocsivezető munkájára. Az egészségügyi szektor sajátossága abban van, hogy az egészségre, az emberi szenvedésre és az életre-halálra gyakorolt hatása közvetlen, állandó és igen erős.

Mindezek miatt azok, akik bizalmatlanok a piaccal szemben, joggal figyelmeztetnek: a piac itt kudarcot vallhat, mert az egészségnek „nincs piaci értéke”. Marxista frazeológiával szólva: az egészség „nem áru”.

Tegyük azonban hozzá, hogy az erőforrások központi elosztója, működjék az akár egy szocialista gazdaságot vezénylő diktatúrában, akár parlamenti demokráciában, ugyancsak leküzdhetetlen nehézségekkel áll szemben; pontosan ugyanazokkal, országos méretekben, amelyekkel az egyén küszködik. Hány gyár megépítésének elhagyását „éri meg” egy új kórház megépítése? Mennyi olajimportról mondjunk le egy orvosi műszer importja kedvéért?

A „piaci kudarc” és a „kormányzati kudarc” itt (és mint a következőkben látni fogjuk, más vonatkozásokban is) egy tőről fakad. Elsősorban onnét ered, hogy az egészségnek, a fizikai szenvedés csökkentésének és

az életben maradásnak különleges, semmihez sem hasonlítható értéke van.³⁵

Mindez nem zárja ki, hogy gyakorlati célokra mesterséges arányszámokat konstruáljanak a különböző egészségi állapotok hasznosságának összemérésére. Ezek több-kevesebb sikerrel és sok súrlódással alkalmazhatóak az egészségügyi szolgáltatások költség–haszon elemzéseiben.³⁶ Ám ha kénytelenek vagyunk is ilyesféle mesterséges kalkulációkhoz folyamodni, legalább tegyük azt illúziók nélkül. Legyünk tudatában annak, hogy 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, bármilyen okból történik is ez – tehát akkor is, ha jó okunk van a piaci értékítélet megkerülésére –, nincs többé biztos fogódzó.

Az egyenlő hozzáférés normája. Az emberek nagy része vallja azt az erkölcsi elvet, hogy minden embertársának joga van bizonyos alapvető egészségügyi ellátásra; a társadalomnak biztosítania kell, hogy ezzel a jogával a gyakorlatban élhessen is. Még azok is (mint például a tanulmány szerzője), akik általában elvetik a radikálisan egalitárius eszméket, elismerik, hogy az alapvető egészségügyi szükségletek (akárcsak az alapvető közoktatási szükségletek) kielégítését mindenki számára lehetővé kell tenni.

Az „alapvető szükségletek” (angolul: basic needs) meghatározása nehéz etikai, közgazdasági és politikai problémákat vet fel. Elsősorban a jövedelemelosztás, valamint az állami pénzügyek irodalma elemzi a kérdéseket. Ezen a helyen csupán egyetlen megfogalmazást idézek, mégpedig Adam Smith klasszikus szavait: „Szükséges javakon (necessaries) nem csak azokat a javakat értem, amelyekre az élet fenntartásához okvetlenül szükség van, hanem mindazokat, amelyekről az ország

³⁵ Az egészségügyről szóló irodalom egy része az orvos–beteg relációban érvényesülő információcsere aszimmetrikus jellegét tekinti első számú sajátosságnak. Erről majd szó lesz a jelen felsorolásban is, de nem tenném az első helyre. Még ha a beteg maga is orvos, és pontosan azonos információval rendelkezik is, mint az őt kezelő orvos, akkor is átéli azt az élményt, amit a többi beteg, nevezetesen azt, hogy semmihez sem tudja hasonlítani saját egészségének, életének-halálának értékét.

³⁶ Néhány éve a magyar egészségügy is alkalmaz mesterségesen képzett „pontszámot” a különböző tevékenységek pénzügyi elszámolására.

szokásai azt gondolják: nélkülük még a legalacsonyabb sorban lévő rendes emberek élete is méltatlan (indecent) lenne”.³⁷ Adam Smith a fogalmat a társadalom érvényes normáiból (és nem fizikai vagy biológiai tényezőkből) vezeti le: az sorolható az alapvető szükségletekhez, amit az érvényes normák a decens emberi lét nélkülözhetetlen feltételének minősítenek.

Éppen az elsőként említett sajátosság, az egészség, a szenvedés elhárításának, az élet megőrzésének különleges értéke miatt hajlandó az emberek nagy része *specifikus egalitárius elveket* elfogadni az egészségügyi szolgáltatások allokációjára vonatkozóan.³⁸ Ezek az elvek mélyen beépültek a modern társadalmak szociális normarendszerébe. Senki se jelentené ki nyugodt lelkiismerettel olyan helyzetben, amelyben azonos nagy betegség sújt egy gazdagot és egy szegényt, hogy a gazdag maradjon életben és a szegény haljon meg.

Ez az álláspont felfogható úgy is, mint a szolidaritás elvének, azaz a 2. fejezetben leírt 2. etikai posztulátumnak az alkalmazása az egészségügy területére. Az egészséges ember szolidáris beteg embertársaival, s biztosítani kívánja – megfelelő társadalmi-gazdasági mechanizmus révén – e szolidaritás gyakorlati érvényesülését. Később részletesen tárgyaljuk majd, hogy az egészségügyre érvényes specifikus egalitarizmus hogyan ültethető át a gyakorlatba.

Káros szelekció. Az előbbi sajátosság átvezet a szelekció problémájához. Minden gazdasági koordinációs mechanizmus szelekciót hajt végre a potenciális fogyasztók között. A tervgazdaság tipikus mechanizmusai, a kiutalás, a jegyrendszer vagy a sorbaállítás, egyeseknek odaadják a kívánt jószágot vagy szolgáltatást, másokat pedig megfosztanak tőle, különböző kritériumok alapján, amelyek áttekintése nem ide tartozik. Annyi azonban nyilvánvaló, hogy a piaci mechanizmus az imént felsorolt mechanizmusokétól eltérő kritériumok szerint szelek-

³⁷ ADAM SMITH [1776](1937), 821. old. A szerző fordítása.

³⁸ TOBIN 1970) „specifikus egalitarizmusnak” nevezte el azt a helyzetet, amelyben a társadalom különleges jelentőséget tulajdonít az egyenlőtlenség korlátozásának. Sokan azok közül, akik általában ellenzik a redisztribúciót a szegényebbek javára, elfogadhatónak érzik azt, ha az a szegényebbek egészségét szolgálja.

tál. Az előbbi kirekeszti azokat, akik nem tudják, vagy nem akarják megfizetni a piaci árat.

Fordítsuk most figyelmünket a piaci szelekcióra. Ha valaki e szelekciós folyamat következtében nem vásárolhatja meg azt a lemezjátszót vagy azt a házat, amelyre vágyik, akkor azt a többi ember esetleg problematikusnak tekinti, de az érvényes etikai normák szerint ítélkezve nem minősíti felháborítónak. Ám, ha valaki kimarad az egészségügyi ellátásból, azt a legtöbb jóérezésű, civilizált ember morálisan is elítélendőnek érzi.

Mielőtt folytatnánk a szelekcióval kapcsolatos gondolatmenetet, közbe kell iktatni néhány szót az egészségügyi *biztosításról*. Gondoljuk végig először általában a kommerciális biztosítás szelekciós mechanizmusát. Minél nagyobb valamely bizonytalan káresemény bekövetkezésének valószínűsége és/vagy a káresemény várható vesztesége, és minél teljesebb kárpótlást igényel a biztosított, annál nagyobb biztosítási díjat szab meg a biztosító. Az egyén meggondolja, hajlandó-e megfizetni ezt a biztosítási díjat. Ha nem, akkor ezzel önként kivonta magát a biztosítottak köréből. Ha ez történetesen az otthon őrzött vagyontárgyakkal kapcsolatban merül fel, senki sem érez erkölcsi felháborodást.

Egészen más viszont a helyzet megítélése, ha egészségügyi biztosításról van szó. Mivel a jövődő egészségi állapot bizonytalan, az emberek nagy része hajlandó lenne önként egészségügyi biztosítást kötni. Csak-hogy mi történne, ha ez a biztosításiügylet-típus kizárólag kommerciális alapon működő biztosítókra lenne bízva? Nyilvánvalóan több gondozásra, több beavatkozásra, több gyógyszerre, több figyelemre van szüksége annak, aki betegebb. Noha egyfelől a betegség súlyossága és időtartama, másfelől a kezelés költségei között eléggé bonyolult az összefüggés, azért annyi bizonyos, hogy a kapcsolat, legalábbis a gyógyítási események átlagában, pozitív. Ezért a kommerciális biztosító magasabb egészségügyi biztosítási díjat szabna meg azok számára, akiknél a betegség bekövetkezése valószínűbb, illetve a kezelés drágábbnak ígérkezik. Ha az egyén azért nem vállalkozna arra, hogy ezt a magasabb díjat megfizesse, mert nincs rá pénze, és emiatt rekesztené ki magát a biztosítottak köréből, azt a civilizált, humánus társadalmak polgára ká-

ros szelekciónak (angolul: adverse selection) tekintené, és beavatkozást látna szükségesnek.³⁹

A magára hagyott, beavatkozástól mentes biztosítási piac esetén sokan biztosítás nélkül maradnának. Nem csak a már említett ok miatt, nevezetesen azért, mert nincs rá pénzük. Sok az olyan ember, aki ugyan képes lenne a biztosítási díjat megfizetni, de sajnálja rá a pénzt. Abban reménykedik, hogy hátha őt nem éri utol a betegség. Különösen addig húzódozik ettől, amíg fiatal és egészséges. Ezáltal az önkéntesen biztosítottak körében túlsúlyba kerülnek azok, akiknél nagyobb a betegség kockázata: a gyengék, a betegségekre hajlamosak, az öregek, azaz mindazok, akiknek gyógyítása átlagosan drágább, mint azoké, akik valószínűleg ritkábban és kevésbé súlyosan betegednek meg. Ez drágítja a biztosítási díjat, s emiatt kimaradnak (immár nem önkéntesen, hanem a magas díj szelektív hatására) a szegényebb rétegek. Kialakulhat tehát, többféle tényező hatására, a nem biztosítottak csoportja, ami súlyos, nagy gondot okoz az egészségügy számára.

A káros szelekció éles konfliktusban áll a 2. etikai posztulátummal, a szolidaritás elvével. Ezért a reformnak nem szabad olyan mechanizmus fejlődését pártolnia, amely belső természetéből fakadóan létrehozza ezt a negatív jelenséget. Az egészségügyi biztosítás nem bízható rá kizárólagosan a kommersziális biztosítókkal kötött önkéntes szerződésekre. A beavatkozás, mint látni fogjuk, azzal jár, hogy az egészségügynek a jelen tanulmányban ajánlott mechanizmusa kénytelen korlátozni az 1. elvnek, az egyéni szuverenitás elvének érvényesülését; bizonyos mértékű biztosítást kötelezővé kell tennie.

Aszimmetrikus információ. A modern közgazdaságtan egyik sokoldalúan tanulmányozott jelensége az aszimmetrikus információ. Minden olyan piacon jelentkezik, ahol az eladó többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a vevő. Az egészségügyben ez igen élesen mutatkozik meg. A kínálati oldal (az orvos, az egészségügyi szolgáltató intézmény) sok-

³⁹ Sokféle tranzakcióban érvényesül káros szelekció (fordított szelekció, vagy kontra-szelekció). Szorosan kapcsolódik az aszimmetrikus információ jelenségéhez, amelyről rövidesen szó lesz. Az egyik úttörő tanulmány a használt autók piacával foglalkozott, egy másik fontos írás a hitelpiacról és így tovább. Mi most kizárólag az egészségügyi biztosítás szférájára szűkítjük a tárgyalást. Arra szorítokunk tehát, hogy az „adverse selection”-nek, mint általános jelenségnek csupán egy igen speciális esetét vizsgáljuk.

kal többet tud a tranzakció tárgyáról: a betegség gyógyításáról, annak igazi hasznáról és összes költségeiről – beleértve a kockázatokat és a káros mellékhatásokat is –, mint a keresleti oldal (a beteg és a helyette esetleg fizető biztosítóintézet).

Az informáltságban mutatkozó aszimmetria messzemenően befolyásolja mindkét fél viselkedését. Így többek között a kínálati oldalon, az ott érvényesülő érdekeltségtől függően, túlköltekezésre vagy az ellenkezőjére, egyes ráfordítások megtagadására ösztönözhet.

Az 1. posztulátum, az egyén szuverenitásának érvényesítése megköveteli, hogy – amennyire csak lehetséges – csökkenjen az információ aszimmetriája. Ez részben a beteg törvényes jogainak kiterjesztésén múlik.⁴⁰ Sokat számít az is, milyen konvenciók és viselkedési kódexek alakulnak ki az orvosi társadalomban. Emellett azonban szerepet játszik a gazdasági mechanizmus is. A betegek nagy részéről elmondható: minél nagyobb a választási szabadságuk, és minél inkább érinti őket anyagilag is a gyógyítás költsége, annál erősebb az ösztönzésük arra, hogy információt igényeljenek a kezelőiktől.

A beteg kiszolgáltatottsága. Tökéletes verseny esetén az eladó és a vevő egyenrangú, egyiknek sincs hatalma a másik felett. Ám az egészségügyi szektorban, amint az már a sajátosságok eddigi felsorolásából is kiderült, szó sem lehet tökéletes versenyről, és ezzel együtt a szolgáltatás nyújtójának és felhasználójának egyenrangúságáról. Társadalmi rendszertől, gazdasági ösztönzőktől függetlenül az orvosnak hatalma van a beteg felett.⁴¹ Részben a már korábban tárgyalt jelenség, az aszimmetrikus információ következtében, de nem kizárólag amiatt. Még ha a beteg kellőképpen informált is, kezelőjének több a döntési lehetősége, és bizonyos helyzetekben több a döntési kötelezettsége, mint a leginkább érdekelt személynek, magának a betegnek. Az orvos, még ha akarná, sem tudná bevonni a beteget minden döntésbe. Gondoljunk csak a végletes esetre: a beteg kiszolgáltatottságára sebészeti beavatkozás közben, vagy amikor valami okból nincs a tudatánál. Ráadásul nem is biztos, hogy minden orvos minden helyzetben meg akarná osztani a be-

⁴⁰ Az 1997. évi új magyar egészségügyi törvény kötelezi az orvost a beteg minél teljesebb informálására. Ez hozzájárulhat az aszimmetria némi csökkentéséhez.

⁴¹ Lásd erről LOSONCZI (1986) kitűnő munkáját.

teggel az információit, be akarná vonni a döntésbe, vagy éppenséggel rá akarná bízni a döntést, azaz önként korlátozni akarná saját hatalmát. A beteg tehát mindenképpen olyan helyzetben van, amelyben kisebb-nagyobb sérelmeket szenved az 1. etikai posztulátum, az egyén szuverenitása.

Nem közömbös azonban, hogy ez a sérelem milyen gyakori és milyen mértékű, azaz az egyén szuverenitása milyen mértékig korlátozódik. A reformok előtti, klasszikus szocialista egészségügyi mechanizmus szűk korlátokat szabott; a beteg kiszolgáltatottsága igen nagyfokú volt. Az egyén tehetetlen, passzív haszonélvezője-elszenvedője a paternalisztikusan szinte rákényszerített gyógyításnak. Adminisztratív úton előírták a számára, ki legyen a körzeti orvosa. Ettől az orvostól függött, elküldik-e szakorvoshoz, milyen vizsgálatokat végeznek el rajta, melyik kórházba utalják és így tovább.

Ez a végletes kiszolgáltatottság enyhülhet, bár nem szűnik meg teljesen, ha a reformok több választási lehetőséget teremtenek. A kiszolgáltatottság mértéke a reformált egészségügyben függ az orvos-beteg viszony szabályozó törvényektől,⁴² az orvosi szakma írott és íratlan belső szabályaitól, de függ a gazdasági mechanizmus konkrét vonásaitól (ezen belül a 3. elv érvényesítésétől, a versenyhelyzet megteremtésétől), az orvosra és más szolgáltató személyekre ható anyagi ösztönzőktől is.

Monopolhelyzet; céhszerű szerveződés. Számos ágazatban kifejlődnek a kínálati oldalon szervezések, amelyek monopolhelyzet, vagy legalábbis közel monopolhelyzet kialakulásához vezethetnek. Kínálati és árkartellek jönnek létre. Az egészségügyi szektor valóságos melegegye ezeknek a törekvéseknek, azaz a verseny mesterséges korlátozásának. Sok országban egyrészt az orvostársadalom igyekszik szinte céhszerű szervezetekben tömörülni, és elzárkózni a piaci versenytől. Másrészt, ahol magánbiztosítók működnek, ott azok próbálnak kartellszerűen szerveződni. Még ahol nagyobb is a magánszektor részaránya, ott is sok az olyan szolgáltató, aki nem törekszik a nyereségre, s ezért viselkedése eltér a versenyző vállalat szokványos magatartásától. Mindez konfliktusban áll a 2. fejezetben ismertetett 3. elvvel, a versenyhelyzet kialakításának követelményével.

⁴² Az 1997. évi egészségügyi törvény fontos előrelépést hozhat ebben a tekintetben.

Erkölcsei kockázat. Mindenfajta biztosítás egyik ismert következménye az ún. erkölcsi kockázat (angolul: moral hazard). E nem túl találó elnevezés a következő jelenségre utal. Minél teljesebben fedezi a biztosítás a kárt, annál gyengébb a biztosított ösztönzése a kár megelőzésére, majd a baj bekövetkeztekor a veszteség minimalizálására. Ha például egy mezőgazdasági biztosítás megtéríti a kártékony rovarok által okozott teljes veszteséget, akkor nem érdemes költeni növényvédő szerekre, illetve ha már támadtak a rovarok, továbbterjedésük megakadályozására.

A jelenség tapasztalható az egészségügyben is, mind a beteg, mind az orvos/szolgáltató oldalán, mégpedig különösen kielezett formában.⁴³ Vegyük azt a tiszta esetet, amelyben a gyógyítás egész számláját a biztosító fizeti (legyen az akár köz-, akár magántulajdonban lévő biztosító). Ez esetben az egyén anyagi ösztönzése a baj megelőzésére gyenge és egyoldalú; a betegség miatti jövedelem kiesés sújtja ugyan, de a gyógyítás költségeihez nem kell hozzájárulnia. Ha már megbetegedett, persze szeretne minél előbb meggyógyulni, eközben azonban semmi sem készteti arra, hogy takarékosan használja fel a gyógyításra szolgáló erőforrásokat, sőt az ellátás iránti kereslet növelésében érdekelt. Az orvos ebben szövetségese, hiszen szakmai lelkiismerete alapján szeretné minél hamarabb és minél eredményesebben meggyógyítani a beteget, és ő sem érdekelt a költségek korlátozásában.⁴⁴ A korábban említett információs aszimmetria itt az orvos–beteg koalíció versus biztosító viszonyban bukkan fel. A biztosító képtelen áttekinteni a gyógyítás részleteit. Többnyire sikerül olyan helyzetbe hozni, hogy finanszírozza a beteg és orvos által kialakított keresletet, azaz kifizesse a kezelés számláját, akár takarékos, akár pazarló volt a ráfordítás.

A betegek, hiányos informáltságuk és kiszolgáltatottságuk okán, szinte vaktában próbálják saját érdekeiket védeni. Legtöbbször azt gon-

⁴³ Lásd erről elsősorban ARROW (1963) úttörő klasszikus munkáját, továbbá PAULY (1986, 1992) és FELDSTEIN (1973) írásait.

⁴⁴ Újabban további tényező jelent meg: egyes gyógyszergyárak igyekeznek meggyőzni az orvost arról, hogy az ő termékük használatát írja elő, még akkor is, ha az drágább, mint más, hasonló hatású termék. Nem szorítkoznak saját gyártmányuk valóságos előnyeinek megmagyarázására, hanem közvetett vagy közvetlen anyagi előnyökkel is igyekeznek az orvost befolyásolni.

dolják, hogy a drágább ellátás egyúttal jobb is, mert hiszen annyit esetleg megtanultak, hogy a drágább kezelés egyebek között magában foglalhatja a költségesebb diagnosztikai eljárásokat, a magasabb fizetést élvező legtapasztaltabb, legrátermettebb orvosok közreműködését, a hosszabb és költségesebb kezelésmódokat, a drágább és ezért talán korszerűbb és hatékonyabb gyógyszerek alkalmazását. Ezért a betegek társadalma is nyomást gyakorol a biztosítókra, hogy többet költsenek.

Az erkölcsi kockázattal összefüggő problémák is jelzik, hogy az egészségügyben nem érvényesül eléggé a 4. elv, amely hatékonyságra kívánja ösztönözni a folyamat résztvevőit.

A költségek emelkedése. Megfigyelhető, hogy az egészségügy kiadásai a legtöbb országban folyamatosan emelkednek. Ez a változás két tételre bontható. Egyrészt nő a kiadások volumene, reálértékben számolva. Másrészt nőnek a költségek relatíve is, az árak általános emelkedéséhez képest. A két változás együttes hatását mutatja be az OECD országok vonatkozásában az 3. és 4. táblázat.

Nincsen egyetértés a szakértők körében a költségek emelkedésének magyarázatára. Sokféle tényező játszik szerepet. A kiadásokat növeli az életkor meghosszabbodása (ami részben éppen az egészségügyi szektor eredményes munkájának köszönhető). Köztudomású, hogy az öregebbek kezelésére fordított átlagos egészségügyi kiadás jóval magasabb, mint az, amit a fiatalabbakra költenek.⁴⁵

Emlékeztetünk továbbá a korábban tárgyalt sajátosságra, az erkölcsi kockázattal kapcsolatos helyzetre. Minél teljesebben fedezi az egészségügyi biztosítási rendszer a felmerülő kiadásokat, annál inkább érzi azt a beteg és az orvos, hogy a költség áthárítható a biztosítás többi résztvevőjére, és ezért nem törekszik a költségek kordában tartására.

A közgazdasági kutatás felhívta a figyelmet a kiadások növekedésének egy további tényezőjére.⁴⁶ Az egészségügyben végbemenő nagy technológiai fejlődés többnyire nem jár együtt munkamegtakarítással, hanem – azonos, sőt növekvő munkaráfordítás mellett – az orvosi mű-

⁴⁵ A 20. táblázatban közölt adatok szerint a magyarországi nyugdíjasokra eső átlagos egészségügyi költség majdnem két és félszer annyi, mint amennyibe átlagosan egy foglalkoztatott dolgozó ellátása kerül.

⁴⁶ Lásd BAUMOL (1963) úttörő, klasszikus munkáját.

3. táblázat. Az egészségügyi kiadások növekedését meghatározó árak és volumenek az OECD országokban (Átlagos éves növekedési ütemek, százalékt)

Ország	Összes egészségügyi kiadás az összes hazai kiadás arányában, 1980	Egészségügyi kiadások nominális növekedése	Egészségügyi árdeflátor	Összes hazai kiadások árdeflátor	Egészségügy-specifikus infláció	Egészségügyi ellátás volumeneinek növekedése	Népesség növekedés	Egy főre jutó egészségügyi ellátás növekedése	Összes egészségügyi kiadás az összes hazai kiadás arányában, 1990
Ausztrália	7,1	11,8	7,6	7,3	0,3	3,9	1,5	2,3	8,3
Ausztria	7,7	6,6	5,1	3,7	1,4	1,5	0,2	1,2	8,4
Belgium	6,5	7,9	4,9	4,2	0,6	2,9	0,1	2,7	7,9
Dánia	6,7	7,2	6,1	5,9	0,2	1,0	0,0	1,0	6,7
Egyesült Államok	9,2	10,4	6,9	4,1	2,7	3,3	1,0	2,7	12,2
Finnország	6,4	12,7	8,8	7,1	1,7	3,5	0,4	3,1	7,8
Franciaország	7,5	10,4	5,2	6,2	-0,9	5,0	0,5	4,5	8,8
Görögország	4,0	22,6	16,9	18,3	-1,2	4,9	0,5	4,4	4,9
Hollandia	8,0	4,4	2,5	2,0	0,5	1,8	0,5	1,3	8,4
Irország	8,1	7,7	9,1	6,8	2,2	-1,3	0,3	-1,6	7,6
Izland	6,5	40,1	32,9	32,3	-0,2	5,4	1,2	4,2	8,5
Japán	6,5	6,0	2,4	1,5	0,9	3,6	0,6	3,0	6,7
Kanada	7,5	10,7	6,9	5,1	1,8	3,5	1,0	2,5	9,5
Luxemburg	6,8	8,7	5,4	5,0	0,4	3,2	0,4	2,8	7,0
Nagy-Britannia	5,9	9,8	7,6	6,1	1,3	2,1	0,2	1,9	6,0
Németország	8,4	5,0	3,4	2,6	0,7	1,5	0,3	1,2	8,8
Norvégia	7,1	10,0	7,1	7,2	-0,1	2,8	0,4	2,4	8,0
Olaszország	6,6	14,8	10,7	10,0	0,6	3,8	0,2	3,5	8,1
Portugália	5,1	22,6	17,5	17,1	0,4	4,3	0,0	4,3	6,1
Spanyolország	5,4	14,4	9,3	8,9	0,4	4,6	0,4	4,2	6,4
Svédország	9,2	8,9	7,1	7,6	-0,6	1,7	0,3	1,4	8,6
Svájc	7,0	7,1	4,4	3,5	0,9	2,6	0,6	1,9	7,9
Törökország	3,7	51,7	47,9	45,0	2,0	2,6	2,4	0,2	3,8
Új-Zéland	7,2	12,3	11,5	9,8	1,6	0,6	0,7	-0,1	7,3
EUROPA	6,8	12,3	9,1	8,6	0,5	2,8	0,4	2,5	7,5
OECD összes	7,0	11,8	8,7	8,0	0,7	2,9	0,5	2,4	7,8

Forrás: OECD (1993), 23. old.

Megjegyzés: 1. Egészségügy-specifikus infláció=az egészségügyi kiadásoknak az összes árú és szolgáltatás árnövekedését meghaladó árnövekedése. 2. Néhány arányszám és az 1980-90-es ráta a valószínűsíthető eredmények előrejelzései. 3. Az alapul szolgáló statisztikai sorok az egész évtizedre vonatkozóan konzisztensek, de a nem megfigyelhető diszkontinuitások nem kizárhatóak. 4. Az európai és az OECD átlagok számtani átlagok. Törökország adatai egyikkben sem szerepelnek.

4. táblázat. Az egészségügy-specifikus infláció és az egészségügyi ellátás trendjei az OECD országokban, 1960–1990 (Átlagos éves növekedési ütemek, százalék)

Ország	Egészségügy-specifikus infláció			Egy főre jutó egészségügyi szolgáltatások növekedése reálértékben		
	1960–70	1970–80	1980–90	1960–70	1970–80	
Ausztrália	3,2	1,0	0,3	2,6	3,3	2,3
Ausztria	3,1	2,4	1,4	2,6	4,5	1,2
Belgium	1,5	0,0	0,6	4,6	7,8	2,7
Dánia	0,8	-1,3	0,2	8,5	3,8	1,0
Egyesült Államok	0,8	0,0	2,7	5,2	3,8	2,3
Finnszág	-1,8	-0,9	1,7	10,9	5,0	3,1
Franciaország	0,1	-1,5	-0,9	7,6	6,6	4,5
Görögország	-0,6	0,1	-1,2	10,5	4,0	4,4
Hollandia	1,3	3,2	0,5	7,0	1,4	1,3
Irország	-0,6	-1,5	2,2	8,3	9,2	-1,6
Izland	1,4	2,0	-0,2	6,9	5,5	4,2
Japán	1,1	-1,1	0,9	12,5	7,7	3,0
Kanada	1,4	0,3	1,8	4,7	3,8	2,5
Luxemburg	...	-0,7	0,4	...	6,8	2,8
Nagy-Britannia	-0,8	-0,6	1,3	4,6	1,9	4,9
Németország	0,9	1,0	0,7	4,4	5,7	1,2
Norvégia	3,2	0,7	-0,1	5,0	6,3	2,4
Olaszország	1,0	-0,5	0,6	7,8	6,1	3,5
Portugália	...	0,9	0,4	...	8,0	4,3
Spanyolország	1,1	-0,1	0,4	14,9	6,7	4,2
Svédország	-0,6	0,8	-0,6	8,9	3,1	1,4
Svájc	1,6	2,5	0,9	6,5	2,0	1,9
Törökország	...	...	2,0	...	...	0,2
Új-Zéland	-0,1	2,8	1,6	3,7	1,3	-0,1
EUÓPA	0,7	0,4	0,5	7,5	5,4	2,5
OECD összesen	0,9	0,4	0,7	7,0	5,1	2,4

Forrás: OECD (1993), 24. old.

Megjegyzés: 1. Egészségügy-specifikus infláció = az egészségügyi kiadásoknak az összes áru és szolgáltatás ár-növekedését meghaladó ár-növekedése. 2. Néhány 1980–90-es ráta a valószínűsíthető eredmény előrejelzése. 3. Az alapul szolgáló idősorok diszkontinuitása miatt néhány 1960–70-es és 1970–80-as ráta esetleg túlbecsüli a trendeket. 4. Az európai és OECD átlagok számtani átlagok. Egyikben sem szerepel Törökország, és az 1960–70-es időszakra vonatkozóan Luxemburg és Portugália sem.

velet hatásosságát növeli. Gyakoribb és eredményesebb a sikeres megelőzés és a beteg állapotának lényeges javulásához vagy teljes gyógyulásához vezető kezelés, miközben az orvos és a segédszemélyzet munkája nem lesz kevesebb. Az egészségügyi szektor nem egyedülálló ebben a tekintetben, hasonló hatásjavító technikai fejlődés megy végbe néhány más szolgáltató ágazatban is. Ezek azonban együttvéve is inkább a kivételt jelentik az általános szabály alól, mivel a legtöbb „szabályos” szektorban a technikai fejlődés munkamegtakarítással (is) jár. Ezért az egészségügy (és a hozzá hasonló néhány más szektor) kibocsátása relatíve egyre drágább lesz a többi, „szabályos” szektor termékeihez képest. Ez a relatív drágulás még akkor is elkerülhetetlen, ha egyébként a gazdasági ösztönzők a ráfordítások pazarló allokációja ellen hatnának.

A sajátosságok felsorolásának végére érve időszerű megismételni a figyelmeztetést: a reformok előkészítői ne alkalmazzák gépiesen ugyanazokat a mintákat erre az ágazatra, amelyek jól beváltak a „szabályosabb”, a tökéletes verseny elméleti modelljéhez közelebb eső üzleti szférában. Körültekintően számba kell venni az egészségügy különleges vonásait.

A hiánygazdasági szindróma. Miután kellő hangsúllyal felhívtam a figyelmet az egészségügyi szektor különleges vonásaira, indokoltnak érzem azt is kimondani: sok tekintetben ez a szektor is ugyanúgy viselkedik, mint a gazdaság más ágazatai. Hiba lenne szinte misztifikálni e különleges vonásokat, és semmibe venni azt, hogy ebben a szektorban is érvényesülnek a közgazdaságtan által feltárt, jól ismert alapvető szabályosságok. Itt most csak egyetlen jelenségekört emelek ki: a hiánygazdaságot generáló mechanizmust és a hiány következményeit.

A sztálinizmus korszakában, a reform előtti, klasszikus szocialista gazdaságon belül az egészségügyi szektor a többi ágazathoz hasonló módon működik. Itt ugyanúgy monopóliummal rendelkezik az állami tulajdon, mint a többi szektorban. Ugyanúgy bürokratikus centralizációval megy végbe a koordináció; ezt is a parancsgazdaság kormányozza. Az egészségügyi szektornak juttatott erőforrások mennyiségét, akárcsak a többi ágazatét, a központi politikai akarat dönti el; a kommunista párt és annak vezetése saját preferenciáit kényszeríti rá a társadalomra, s ezekre nem jellemző az egészségügy magas prioritása. Az egészségügyi apparátus része az általános hierarchiának; az előléptetés vagy a bukás

ugyanazoktól a kritériumoktól függ, mint a társadalom más szféráiban, azaz nemcsak a szakmai hozzáértéstől, hanem a politikai lojalitástól és összeköttetésektől is. Az orvosnak és az ápolószemélyzetnek nincsen kezdeményezési lehetősége; ők is a mindent átfogó bürokratikus gépezet alkatrészei.

Mivel az egészségügy politikai és gazdasági mechanizmusa abban a rendszerben hasonlít a többi ágazatéhoz, hasonlítanak a mechanizmus által generált gazdasági és társadalmi következmények is. Ebben a szektorban is hiánygazdaság uralkodik. Az összefüggés triviális: amikor egy terméket vagy szolgáltatást ingyen adnak, akkor túlkereslet keletkezik. A beteg várakozási ideje megnyúlik; sorban áll a kezelésért. Sajátos kiutalási rendszer érvényesül, amelyben összefonódnak az orvosi kritériumok és a presztízszen és hatalmon alapuló egyéb szempontok. Kiépül a privilegizált csoportoknak juttatott speciális kedvezmények sajátos hierarchikus rendje („káderkórházak” stb.). A hiány mindenütt kiszolgáltatja a vevőt az eladónak, a felhasználót a szolgáltatónak. Itt az amúgy is kiszolgáltatott beteg fokozott mértékben van kiszolgáltatva nem csak közvetlen kezelőinek, hanem az egészségügyi bürokráciának is. Egyetlen, átfogó egészségügyi szervezet működik, amelyből nincs kilépés. A verseny hiánya és az egészségügy alacsony helyezése a prioritási skálán a minőségi fejlesztés elhanyagolására, a technikai fejlesztés mellőzésére késztet. Ezt a súlyos kárt legfeljebb az orvosok lelkiismeretessége és szakmai igényessége ellensúlyozza.

Miközben a hiánygazdasági tünetek a sztálinizmus korszakában, a klasszikus szocialista rendszerben jelentkeznek a legélesebben, felbukkannak, ha enyhébb formában is, azokban a demokratikus kapitalista országokban is, amelyek egészségügyét a nagyfokú centralizáció és a szolgáltatás ingyenessége jellemzi. Ott is sok szó esik a verseny hiánya következtében fellépő bürokratizálódásról; ott is elszemélytelenedik az orvos–beteg kapcsolat; ott is nyomasztóvá válhat a sorbaállítás és várakozás. Sok panasz hallatszik ezzel kapcsolatban például Svédországban, Angliában és Kanadában, de más országokban is. Ezekről a jelenségekről sem szabad megfeledkezni a reformok kidolgozásakor. A versenynek vannak korlátai és hátulütői, de a verseny kiiktatása nem kevésbé hátrányos következményekkel jár.

4. Az alternatív mechanizmusok osztályozása

Ebben a fejezetben az egészségügy alternatív gazdasági mechanizmusait absztrakt szinten osztályozzuk, azaz elvonatkoztatunk attól, hogy mely konfigurációjuk jellemző a különböző társadalmi-gazdasági formációkra, a különböző országokra és a különböző történelmi korszakokra.

4.1. A kínálati (szolgáltatói) oldal

Mindenekelőtt különválasztjuk a kínálati és a keresleti oldalt. Az előbbi nevezük egészségügyi szolgáltatásnak. (Az angol nyelvű irodalom többnyire a „provider” kifejezést használja.) Végso soron persze mindenképpen egyének, orvosok, ápolónők és az egészségügyi személyzet más tagjai nyújtják a szolgáltatást a betegeknek, de mi most az intézményi-szervezeti keretekre vagyunk kíváncsiak. A következő tiszta alternatívák léteznek.

1. *Szervezet.* Itt a szolgáltatást közvetlenül végző orvos, ápolónő vagy egyéb személy valamely szervezet (pl. vállalat, kórház, egyetem stb.) alkalmazottja. Az, aki a szolgáltatást finanszírozza, nem az alkalmazottnak, hanem az őt foglalkoztató szervezetnek (vállalatnak, kórháznak, egyetemnek stb.) fizet.

A szervezeteket csoportosítsuk aszerint, hogy ki gyakorolja felettük a tulajdonjogokat. Három tiszta esetet különböztetünk meg.

1.1. Állami tulajdonban lévő szervezet. Ez tovább bontható alesetekre: egyetlen országos bürokratikus-hierarchikus állami szolgáltató monopolszervezet működik, vagy valamilyen módon decentralizált a szervezet, például a helyi önkormányzat a tulajdonos.

1.2. Nonprofit nem állami (pl. alapítványi vagy egyházi) tulajdonos kezében lévő szervezet.

1.3. Profitért tevékenykedő magántulajdonosok kezében lévő szervezet.

A valóságban e tiszta formák között számos átmeneti eset is létezik, továbbá e formák sokféleképpen kombinálódhatnak egymással. Csúppán néhány példát sorolok fel.

– Az állami vagy nonprofit nem állami tulajdonban lévő kórház vagy rendelőintézet nem csak saját alkalmazottai segítségével nyújt szolgáltatást, hanem egyes feladatokat szerződéses alapon kiad profitért tevékenykedő, mintegy „alvállalkozóként” működő magántulajdonú szervezetnek (például egyes laboratóriumi vizsgálatokat magáncéggel végeztet el).

– Létezik a fordított eset is. Orvosi magáncég, azaz az orvosok saját tulajdonában lévő társulás lát el az állami vagy nonprofit nem állami tulajdonban lévő kórház vagy rendelőintézet épületében egyes szolgáltatásokat, azokért maga szedi be a díjazást, viszont bérleti díjat fizet az épület, illetve a kórházi infrastruktúra használatáért.

– Megkülönböztethető az az eset, amikor egy részvénytársaság a profit kedvéért működtet például egy magánkórházat, attól az esettől, amikor profitért tevékenykedő üzleti vállalkozás kizárólag saját munkavállalói számára szervez orvosi szolgáltatást, például üzemorvosi rendelést. Az utóbbi esetben a vállalat ezt nem további haszonszerzés céljából teszi, hanem saját alkalmazottainak nyújt ezzel bérkiegészítő természetbeni juttatást.

– Ugyanaz az egyén, legyen az orvos, ápolónő vagy más egészségügyi szakember, munkaidejét megoszthatja, és ideje egy részében az egyik tulajdonforma, másik részében a másik tulajdonforma keretében működik (ideértve az alábbi 2. formát is).

2. *Egyéni vállalkozó.* A jelen osztályozás szempontjából egyelőre nem az a lényeges, hogy az orvos, az ápolónő, a gyógytornász, a masszőr hivatalosan be van-e jegyezve egyéni vállalkozóként, fizet-e ilyen címen adót stb. A lényeg az, hogy a szolgáltatást nem egy szervezet alkalmazottjaként végzi, hanem önállóan. Ennyiben helyzete hasonló ahhoz, amit a mai magyar hivatalos nyelv egyéni vállalkozónak nevez. Az, aki a szolgáltatást finanszírozza, az egyéni vállalkozónak fizet.

4.2. A keresleti (finanszírozási) oldal

A végső felhasználó természetesen maga a beteg. A gazdasági mechanizmus vizsgálatakor azonban nem azt kérdezzük, ki a felhasználó, hanem azt, hogy ki fizet a szolgáltatásért. (Az angol nyelvű irodalom egy része egyszerűen a „purchaser”, azaz a vevő kifejezést használja.) A következő tiszta eseteket különböztetjük meg.

A) Állami finanszírozás. Az egészségügyi szolgáltatást az állami költségvetés finanszírozza az általános adóbevételekből. A finanszírozás tehát nem az egészségügyi ellátás céljára külön „címkézett” speciális, költségvetésen kívüli alapból és annak külön bevételi forrásaiból történik.

B) Kötelező biztosítás. Az egyén törvényes kötelezettsége biztosítást kötni. Ez az alternatíva tovább bontható esetekre: egyetlen országos monopolszervezet működik kötelező társadalombiztosítóként, vagy decentralizált a kötelező biztosítás intézményrendszere. A biztosított választhat, hogy melyik biztosítóval köti meg a kötelező biztosítási szerződést.

C) Önkéntes biztosítás. Az egyén (vagy az egyén és munkaadója együttesen) önkéntes kommerciális biztosítást köt egy biztosítóintézettel.

Mind a *B)*, mind a *C)* esetben az egyén helyett a biztosító intézet fizet a szolgáltatónak. Egyes biztosítási rendszerek előírják, hogy a biztosított maga is hozzájáruljon ehhez a fizetséghez. (E hozzájárulás angol elnevezése co-payment.)

A *B)* és a *C)* variáns megkülönböztetésének alapvető fontossága van az egészségügyi mechanizmus működése szempontjából. Egyes országokban a kötelező biztosítás köthető magánbiztosítóval, de a legtöbb országban a kötelező egészségügyi biztosítást az erre a célra létrehozott, sajátos félállami, nonprofitbiztosító intézettel kell megkötni, az ún. „társadalombiztosítás” keretében. Erről a formációról még részletesebben is szó lesz.

D) Közvetlen egyéni fizetés. Maga az egyén fizet saját zsebéből közvetlenül a szolgáltatónak.

A tiszta eseteknek, akárcsak a kínálati oldalon, vannak kombinált formái. A legfontosabb a *D)* forma (a beteg a saját zsebéből fizet) és az *A)*, *B)* vagy *C)* forma (az állam vagy a biztosító fizet) kapcsolódása. Ez a

kapcsolódás lehet legális része az írott biztosítási szerződésnek: a beteg téríti a költségek egy részét (fix összeget vagy meghatározott hányadot; angolul deductible payment vagy co-payment). Vagy lehet féllegális-illegális: a beteg, noha helyette a biztosító fizet, azt kiegészíti „zsebből”. Ez utóbbi jelenséggel, a „hálapénzzel” még részletesen foglalkozunk majd.

A különböző formák nem zárják ki egymást: ugyanaz az egyén párhuzamosan részt vehet több formában (lehet önkéntes plusz kötelező biztosítása, miközben egyes szolgáltatásokért közvetlenül fizet, és államilag finanszírozott szolgáltatásban is részesül).

4.3. A szolgáltatás és a finanszírozás kapcsolatai

Végül meg kell vizsgálnunk azt is, hogy milyen alternatív formái vannak a kínálat és a kereslet, azaz a szolgáltatás és a finanszírozás összekapcsolódásának. Két tiszta alternatívát különböztetünk meg.

I. *Elkülönült szolgáltatás és finanszírozás.* A kétféle funkció szigorúan elválik. Az egyik természetes vagy jogi személy nyújtja az egészségügyi szolgáltatást, és egy másik természetes vagy jogi személy fizet érte. Ez vagy állandó szerződés alapján történik, vagy alkalmanként kerül sor a fizetésre.

II. *Integrált szolgáltatás és finanszírozás.* A kétféle funkciót azonos jogi személy látja el. Ennek sokféle formája ismeretes. Lássunk néhány példát.

- A reformok előtti, klasszikus szocialista egészségügyi szervezet, amely egyetlen nagy apparátusba egyesíti kínálati oldalon az 1.1 formát (a szolgáltatás állami monopólium) és keresleti oldalon az *A*) formát (az egészségügyet közvetlenül az állami költségvetés finanszírozza).

- Magánbiztosító intézet, amelynek saját orvosai is vannak, akik részben maguk nyújtják a szolgáltatást, részben a más szervezetekhez (pl. a szakorvosi ambuláns rendelésre vagy a kórházba) való beutalásról döntenek. Ez a szervezet egyesíti magában kínálati oldalon az 1. formát (szervezet, mint szolgáltató), keresleti oldalon pedig a *C*) és *D*) formát (a biztosító fizet, az egyén hozzájárul). Korszerű és egyre inkább terjedő forma ez az Egyesült Államokban, ahol a Health Maintenance

Organization (HMO) nevet viseli. (Erről a szervezetről később még bővebben lesz szó.) Ne higgyük azonban, hogy ez új amerikai találmány. Korábban is létezett, nemcsak Amerikában, de Európában is, például a szocializmust megelőző korszakban Magyarországon is. E forma keretében működött egyes szakmák (pl. az újságírók) egészségügyi egyesülete, egyes nagy állami vagy magánvállalatok (pl. a MÁV) biztosítási szervezete stb. Az ilyen szervezetek saját orvosi szolgáltatása nem teljes körű, és a biztosító, saját orvosai útján, fenntartja magának a más szervezetekbe való beutalás jogát.

Akárcsak a kínálati és a keresleti oldal külön-külön osztályozásakor, a kapcsolódási formáknál is léteznek átmeneti és kombinált esetek.

A fenti kategóriák száraz felsorolása szükséges volt ahhoz, hogy később világosabb és áttekinthetőbb legyen a fennálló helyzet jellemzése és egyértelműen megfogalmazhassuk az ajánlásokat. Egy célra máris hasznos lehet az áttekintés: kiderül, milyen gazdag a lehetőségek „étlapja”. Nem két alternatíva közül kell választani: állami egészségügy *vagy* privatizálás. Számos forma létezik mind a kínálati, mind a keresleti oldalon; azok sokféleképpen kapcsolódhatnak egymáshoz; sok az átmeneti, kevert és párhuzamos lehetőség. Súlyos hibát követ el az, aki a választási problémát túlzottan leegyszerűsíti.

5. Néhány nemzetközi tapasztalat

Ez a fejezet csupán néhány vonatkozásban ismerteti a nemzetközi tapasztalatokat. Főként a hagyományosan kapitalista rendszerben működő (tehát nem posztszocialista) OECD tagországok egészségügyi szektorával foglalkozunk. (A továbbiakban a „fejlett országok” kifejezés mindig erre az országcsoportra vonatkozik.) Ellentétben az előző fejezettel, amely absztrakt szinten hajtott végre osztályozást az intézményi alternatívák „étlapjának” teljes áttekintése céljából, a jelen fejezet hivatása kiemelni, némileg általánosított formában, a valóságban működő gazdasági mechanizmusok néhány vonását.

5.1. A gazdasági mechanizmusok

Az 5. táblázat a fejlett országok egészségügyi szektorában érvényesülő tulajdonformákat tekinti át. Az országokat úgy csoportosítottuk, hogy a felsorolás mind a kínálati, mind a keresleti oldalon főként állami tulajdonformában működő országokkal kezdődjék, és azokkal az országokkal végződjék, amelyekben mindkét oldalon a magántulajdon dominál. Középen szerepelnek a különböző vegyes és kombinált alternatívák.

A táblázat oszlopfejeiben a *predomináns* jelző olvasható. Az igazi két végletes eset, a *tisztán* állami és a *tisztán* magántulajdonú mechanizmus a gyakorlatban nem létezik. Mindenütt megjelennek a predomínánstól markánsan különböző formák is; igaz, sok országban csupán marginális hatókörben. Az országok egy részére vonatkozóan rendelkezünk részleges információval a nem domináns tulajdonformák szerepé-

5. táblázat. Az egészségügy predománns tulajdonformái az OECD országokban, 1992.

Ország	Predomináns szolgáltató	Predomináns finanszírozó	Megjegyzés
Dánia	Köztulajdonú szervezetek	Költségvetés	
Finnország			
Görögország			
Írország			
Izland			
Nagy-Britannia			
Norvégia			
Portugália			
Spanyolország			
Svédország			
Ausztria	Vegyesen köztulajdonú és magánszervezetek	Társadalombiztosítás	
Belgium			
Franciaország			
Japán			
Luxemburg			
Németország			
Olaszország	Köztulajdonú szervezetek	Kb. fele társadalombiztosítás, fele költségvetés	
Kanada	Magántulajdonú szervezetek	Vegyesen társadalombiztosítás és magánbiztosítás	
Hollandia	Magántulajdonú szervezetek	Vegyesen társadalombiztosítás és magánbiztosítás	
Törökország	Vegyesen köztulajdonú és magántulajdonú szervezetek	Nincs domináns finanszírozási forrás	
Svájc	Magántulajdonú szervezetek	Magánbiztosítás	
Egyesült Államok			Az idősek és a szegények (a lakosság 23%-a) ellátását a költségvetés finanszírozza

Forrás: OECD (1994), 11. old.

Megjegyzés: A táblázat a jelen tanulmány által használt terminológiát követi, s ezért néhol eltér a forrásmű szóhasználatától. A „köztulajdonú” (public) kifejezés feltehetően főleg állami tulajdonra utal, de nem zárható ki az sem, hogy magában foglal nonprofit intézmények tulajdonában lévő szervezeteket is.

6. táblázat. Az egészségügyi szolgáltatás kiegészítő tulajdonformái az OECD országokban, 1991

Ország	Predomináns szolgáltató	A magántulajdonú kórházi ágyak hányada az összes kórházi ágyak számában (százalék)	Megjegyzés
Dánia	Köztulajdonú	0,0	
Finnország	szervezetek	4,7	A járóbeteg-ellátás 20%-át magánorvosok nyújtják
Görögország		30,0	
Írország		8,0	
Izland		...	
Nagy-Britannia		...	
Norvégia		...	
Olaszország ^c		20,0	
Portugália		19,1	
Spanyolország		29,9	
Svédország		7,6	Az orvosok 8% -a csak magánpraxisban, a fogorvosok 40% -a magánpraxisban tevékenykedik
Ausztria ^a	Vegyesen köz-tulajdonú és	30,0	Az orvosok 51% -a magán-praxisban tevékenykedik
Belgium ^b	magán-szervezetek	61,0	
Franciaország		35,1	
Japán ^a		67,3	
Luxemburg		...	
Németország ^a		50,2	
Törökország		4,5	A fogorvosok 70% -a, egyéb szakorvosok 31,9% -a magánpraxisban tevékenykedik
Hollandia	Magántulajdonú	85,0	
Kanada	szervezetek	...	
Svájc		...	
Egyesült Államok		81,6	

Forrás: Az 1. oszlopban a predomináns szolgáltatóra vonatkozó információt az 5. táblázatból vettük át. A 2. és 3. oszlopban szereplő adatokat az OECD (1993), 276–277 old. és az OECD (1992) kiadványokból gyűjtöttük ki.

Megjegyzés: ^a 1989-es adat; ^b 1987-es adat; ^c 1988-as adat; OECD (1994), 184. old.

7. táblázat. Az egészségügyi finanszírozás kiegészítő formái az OECD országokban

Ország	Predomináns finanszírozó	Az egészségügyi kiadásoknak az a hányada, amelyet nem közpénzekből finanszíroztak (1992, százalék)	Magánbiztosítással rendelkezők aránya a népességben belül (százalék)	Megjegyzések a magánbiztosítás jellegére vonatkozóan
Dánia	Költségvetés	18	26	
Finnország		20,7	<10	
Görögország		23,9	...	
Írország		23,9 ^b	30	A monopol állami biztosítónál lehet önkéntes magánbiztosítást kötni
Izland		14,8	...	
Nagy-Britannia		15,6	11	
Norvégia		5,2	Marginális	
Portugália		30,2	5	
Spanyolország		19,5	10	
Svédország		14,4	Marginális	
Ausztria	Társadalombiztosítás	34,8	38	
Belgium		11,1	70	
Franciaország		25,2	80	
Japán		28,8	Marginális	
Luxemburg		8,6 ^a	Marginális	Csak co-paymente és külföldi egészségügyi ellátásra vonatkozik
Németország ^c		28,5	10	Teljes körű biztosítás magas jövedelműek számára
Olaszország	Kb. fele társadalombiztosítás, fele költségvetés	24,8	...	
Hollandia	Vegyesen társadalom- és magánbiztosítás	23,4	32	
Kanada		27,3	...	
Svájc	Magánbiztosítás	32,1	35,2	
Egyesült Államok		54,3	74	
Törökország	Nincs domináns finanszírozási forma	34,3 ^a	0,5	

Forrás: Az 1. oszlopban a predomináns szolgáltatóra vonatkozó információt az 5. táblázatból vettük át. 2. oszlop: OECD (1994), 38. old. A 3. és 4. oszlophoz az adatokat az OECD (1992) és OECD (1994) kiadványokból gyűjtöttük ki.

Megjegyzés: ^a 1990.; ^b 1991.; ^c A volt NDK nélküli adat.

ről, mind a szolgáltatási, mind a finanszírozási oldalon; ezeket a 6. és a 7. táblázat tekinti át. Ezekben a táblázatokban, az áttekintés folytatóságáért, az országokat ugyanúgy csoportosítottuk, mint az 5. táblázatban, és az összehasonlítás megkönnyítésére a megfelelő táblázatban megismételjük az 5. táblázat első (predomináns szolgáltató), illetve második (predomináns finanszírozó) oszlopát.

A három táblázatból fontos következtetés adódik. Az egészségügy

8. táblázat. Az egy főre jutó reál GDP, az egészségügyi kiadások a GDP százalékában és az egészségügyi kiadások részesedése a közkiadásokból az OECD országokban, 1992.

Ország	Egy főre jutó GDP, vásárlóerő paritáson mérve (1000 US\$)	Egészségügyi kiadások a GDP százalékában	Állami egészségügyi kiadások az összes egészségügyi kiadás százalékában
Egyesült Államok	23,2	14,0	45,7
Svájc	22,3	9,3	67,9
Luxemburg	21,8	7,4	91,4
Németország	20,4	8,7	71,5
Japán	19,7	7,0	71,2
Kanada	19,1	10,8	72,7
Franciaország	18,6	9,4	74,8
Belgium	18,2	7,9	88,9
Ausztria	18,1	8,8	65,2
Dánia	17,8	6,6	82,0
Norvégia	17,6	8,0	94,8
Olaszország	17,5	8,5	75,2
Izland	17,1	8,0	85,2
Hollandia	17,0	8,6	76,6
Ausztrália	16,8	7,9	67,6
Svédország	16,7	7,9	85,6
Nagy-Britannia	16,3	7,1	84,4
Finnország	14,5	9,4	79,3
Új-Zéland	14,4	7,7	79,0
Spanyolország	12,9	7,5	80,5
Írország	12,4	7,1	76,1
Portugália	9,8	6,0	69,8
Görögország	6,3	5,4	76,1
Törökország	3,7	4,1	65,7

Forrás: OECD (1994), 38. old.

gazdasági mechanizmusának nincsen olyan modellje, amely legalább fő vonásaiban egyöntetűen jellemezné a fejlett országokat. Az sem igaz, hogy két modell létezik: az „európai” modell, amely erősen „szocialisztikus” és az amerikai (pontosabban egyesült államokbeli) modell, amely erősen „individualisztikus” vagy „kapitalisztikus”. Európa maga is heterogén, és az Egyesült Államokban is nagy súlya van az állami szektornak.

A 8. táblázat harmadik oszlopa bemutatja, hogy az összes egészségügyi kiadás hány százalékát finanszírozzák állami forrásból. Ez még az Egyesült Államokban sem szorul 45 százalék alá és kizárólag Norvégiában és Luxemburgban több 90 százaléknál. Ezen a sávon belül viszont erősen szóródik. Elég összevetni a harmadik oszlopot az elsővel, hogy érzékeljük: nincsen összefüggés az ország fejlettsége és a közforrásból fedezett hányad között. (Az első és a harmadik oszlop adatai közötti kapcsolat szorosságát mérő korrelációs hányados értéke mínusz 0,03.)

A tulajdonforma-eloszlás és általában a gazdasági mechanizmus változatainak nagy szóródására ismereteim szerint nincs egyszerű és kézenfekvő magyarázat. Az 5. táblázatban egymáshoz hasonló fejlettségű, kulturálisan egymáshoz közelálló országok eltérő kategóriában szerepelnek (pl. Belgium és Hollandia), miközben eltérő fejlettségű és kultúrájú országok (pl. Dánia és Görögország) azonos kategóriába kerültek. Egyelőre csak egy hipotézist látok ezzel kapcsolatban munkaképesnek. Egy-egy ország történelmének specifikus menete, a gazdaság fejlődésének, az osztályok és rétegek küzdelmeinek és együttélésének, a munkaadók és munkavállalók viszonyának alakulása és számos más körülmény játszott közre az egészségügyi szektor intézményeinek és szervezeteinek specifikus elrendeződésében. S ha már a szóban forgó ország rálépett valamilyen ösvényre, arról elég nehéz letérni. Nem lehetetlen irányt változtatni, de a következő lépést mindig erősen korlátozzák a korábbi adottságok.⁴⁷ Nehéz feladni az egyetemes társadalombiz-

⁴⁷ Ezt a nézőpontot képviseli a gazdaságtörténet és a közgazdasági elmélet irodalmában az az irányzat, amely a fejlődés megelőző szakaszának döntő befolyását (angolul: path-dependence) hangsúlyozza. Nem csak a kiindulópont és a végpont számít, hanem meghatározó szerepe van annak, ami az „ösvényen” útközben történik. Lásd ARTHUR (1989), KRUGMAN (1994) és STARK (1992).

tosítás gondolatát Németországban és Franciaországban, viszont nem kevésbé lenne nehéz ugyanezt bevezetni az Egyesült Államokban.

Az elmondottakból, már első megközelítésben is, adódnak tanulságok a magyar reform számára

Először: nincsen „mintaország”, amely a „fejlett Nyugatot” reprezentálná, és amelynek példáját különösebb habozás nélkül követhetnénk. A példakép kiválasztása maga is szuverén döntés lenne. Nézetem szerint helyesebb úgy állást foglalni, hogy egyik ország fennálló egészségügyi mechanizmusát sem tekintjük teljes egészében példaképnek, hanem csupán elemeket veszünk át az egyikből is és a másiktól is.

Másodszor: messzemenően tekintetbe kell vennünk azt, hogy van egy történelmi kiindulópontunk: a szocialista rendszer által kiépített egészségügyi mechanizmus. Ezt nem lehet és nem is szabad szétverni, hanem ezt kell átalakítani.

A 4–8. táblázatok állóképet mutattak be fejlett országok egészségügyi mechanizmusának néhány év előtti állapotáról; a kép eléggé összetettnek tűnik. Felvethető a kérdés: nincs-e közös irányba mutató elmozdulás azóta? Nincsenek-e folyamatban, vagy nem készülődnek-e olyan reformok, amelyek konvergálnának egy közös modell felé?

Vannak szakértők, akik elég határozott igennel felelnek erre.⁴⁸ A magam részéről haboznék egyértelmű választ adni, de azért mutatkoznak eléggé széles körben (bár korántsem egyöntetűen és mindenütt) érvényesülő tendenciák. Ebből a szempontból érdemes elválasztani a fejlett európai országokat az Egyesült Államoktól. Utóbbinak külön alfejezetet szentelünk, így most csak az Európában mutatkozó tendenciák közül említek néhányat.

Ahol eddig szinte egyeduralkodó volt akár a kínálati, akár a keresleti oldalon az állami vagy félállami szektor, ott megjelennek, némileg megerősödnek és terjednek a magán szolgáltatás és a magánbiztosítás különböző formái. Korántsem veszik át az uralkodó szerepet, de kilépnek a teljesen marginális hatókörből. Franciaországban például, ahol az aktív állami szerepvállalásnak mély történelmi gyökerei vannak, a kórházak kétharmadát, a kórházi ágyak egyharmadát nem az állam kezeli;

⁴⁸ Példál a már idézett szerzők, BESLEY and GOUVEIA (1994) tanulmányukban.

a lakosság 83 százalékának van kiegészítő egészségügyi biztosítása.⁴⁹ Németországban a kórházak 45 százaléka van köztulajdonban, a többi közhasznú (nonprofit) vagy magántulajdonú szervezet.⁵⁰

A köztulajdonú szegmensen belül erősödnek a félig piaci, félig magántulajdonú formák. Például a körzeti orvos pénzalapot kap az állami egészségügyi szolgáltatótól, és abból kell „kigazdálkodnia” a rábízott összes beteg együttes költségeit. Vagy a közkórház állami tulajdonban marad ugyan, de nő a vezető önállósága. Ugyanakkor megszorításokat vezetnek be az állami tulajdonú intézmények költségvetésében; azt is mondhatnám, hogy megkeményítik a költségvetési korlátjukat. Az a nemzedék, amely átélte a szocialista rendszer keretei között végbement reformvitákat vagy maga is részt vett bennük, és aki szemtanúja volt a félreform kísérleteknek, sajátos „déja vu” érzést élhet át. Mindegyik formával és mindegyik reformváltozattal találkozhatott már abban a korábbi életszakaszában; ha nem is az egészségügyi szektorban, de a gazdaság „üzleti”, versenyszférájában. A 9. táblázat áttekintést ad, legalábbis szemelvényesen, az OECD országokbeli fél-piaci reformintézkedésekről.

Valamennyi, a fentiekben röviden körvonalazott változtatás, még ha kifejezésre juttat is közös trendeket, konkrét vonásaiban eltér egymástól. Többségükben nem hoznak radikális változást, inkább csak óvatos evolutív módosulásokat. Ha valamennyi fejlett európai országban végbemennek hasonló folyamatok, még akkor is eléggé heterogén marad a kép. Azt a predikciót azonban meg lehet kockáztatni, hogy a fejlett európai országok együttese feltehetően közelebb kerül egy olyan „vegyes”, többpilléres mechanizmushoz, amelyen belül a köztulajdon nemcsak hogy nem rendelkezik monopóliummal, de még a súlya is csökken.

⁴⁹ NAGY (1997), 29. old.

⁵⁰ GEDEON (1997), 30. old.

9. táblázat. Az OECD országokban 1984 után végbement reformok

Ország	Változtatás típusok	A lakosság közvetlen hozzájárulásának mértéke egyes egészségügyi szolgáltatások területén (egyéb jelzés hiányában az adatok 1993-ra vonatkoznak)
Ausztrália	Ingyenes szolgáltatás helyett költségmegosztás ^a	A lakosság közvetlen hozzájárulása az összes egészségügyi kiadásokhoz 1989–90-ben 1% Kórházi ellátásnál 6 US\$/nap, a gyógyszerek áránál átlagosan 21,5%
Ausztria		Háziorvosnál maximum 0,17 US\$/vizit, szakellátásnál maximum 17 US\$/vizit
Finnszág		Háziorvosnál 9 US\$/vizit, szakellátásnál és kórházi járóbetegellátásnál 17 US\$ + a fennmaradó összeg 40% -a/vizit.
Izland		A költségterítés hányada, a számla %-ában: Alkalmazottak 10% Eltartottak 20% Egyéni vállalkozók 30%
Japán		Háziorvos és szakellátásnál 5%, gyógyszereknél 20% Háziorvosnál 11 US\$/vizit, szakorvosi ellátásnál 16 US\$/vizit
Luxemburg		Háziorvosnál és szakorvosnál max. 6-19 US\$/vizit, fekvőbeteg ellátásnál 8 US\$/nap.
Norvégia		A lakosság közvetlen hozzájárulása az összes egészségügyi kiadásokhoz 1989-ben 10,7%
Portugália		
Svájc		
Svédország		
Dánia	A háziorvosok utólagos térítés (<i>fee-for-service</i>)	
Hollandia	helyett fejkvótát kapnak	
Írország	(<i>capitation payment</i>) ^b	
Nagy-Britannia		
Olaszország		
Spanyolország		
Svédország		
Norvégia		
Finnszág		
Új-Zéland		
Ausztria	Kórházak finanszírozása	
Ausztrália	napidíj, ill. éves költségvetés helyett DRG ^d	
Norvégia	rendszerben ^c	
Portugália		
Svédország		
Görögország	A privát szféra bevonása	
Svédország	a szolgáltatásokba	
Dánia	a sorbaállás csökkentésére ^c	
Norvégia		

Forrás: ^a OECD (1994), 18. old. ^b OECD (1994), 24. és 42. old. ^c OECD (1994), 20. old.

Megjegyzés: ^d A DRG (Diagnosis Related Groups) olyan kórházfinanszírozási rendszer, amely betegség kategóriákon alapul. Az adott kategória átlagos költségigényét statisztikai módszerekkel számítják ki. Az átlagos költségigényű betegség jelenti az egyet, és az ettől eltérő költségeket súlyszámokkal fejezik ki.

5.2. Növekedés és egészségügyi kiadás

Mielőtt az Egyesült Államokra, mint fontos speciális esetre rátérnénk, egy másik nézőpontból is át kell tekintenünk a fejlett országok egészségügyi szektorának fejlődését. Félretesszük most azt a kérdést, amely a tanulmány középpontjában áll, nevezetesen az intézmények, a gazdasági mechanizmus ügyét. Ebben az alfejezetben az egészségügy (és az egész nemzetgazdaság) *reálszféráját* tartjuk szem előtt, és a következő kérdésekre keresünk kvantitatív választ.

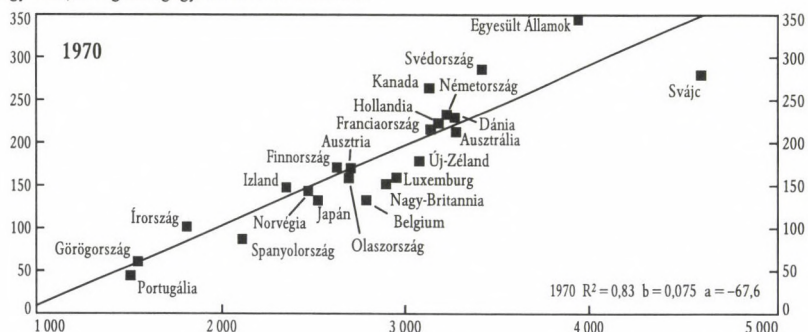
Első kérdés: van-e kapcsolat a gazdaság általános növekedése és az egészségügyi szektor abszolút növekedése, valamint a GDP-hez viszonyított részaránya között?

Második kérdés: érvényesül-e és kimutatható-e az egészségügyi szektor növekedésének hatása a lakosság egészségi állapotának javulásában?

Mindkét kérdés kötetekre kiterjedő választ igényelne. Mégis legalább futólagosan érintenünk kell ezeket az összefüggéseket, mert vizsgálatuk nélkül mintegy a levegőben lógna a mechanizmus javítására vonatkozó bárminő javaslat. Az első kérdésre adott válasz határozottan igenlő: a fejlődés függvényében nő az egészségügyi ráfordítás relatív súlya. Ezt támasztja alá a 8. táblázat 1. és 2. oszlopa, azaz az egy főre jutó GDP és az egészségügyi kiadások részaránya közötti kapcsolat szorosságát kifejező korrelációs együttható, amelynek értéke 0,72. Az összefüggést szemlélteti továbbá a 3. ábra is. Mind az említett korrelációs számítás, mind a 3. ábrán bemutatott regressziószámítás a fejlett országok csoportjára szorítkozik; az összefüggés még inkább szembetűnő, ha be-

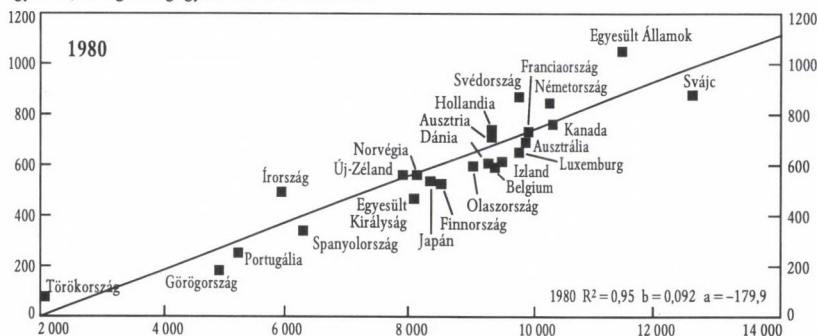
3. ábra. Egészségügy és gazdasági fejlettség

Egy főre jutó egészségügyi kiadás PPP dollárban



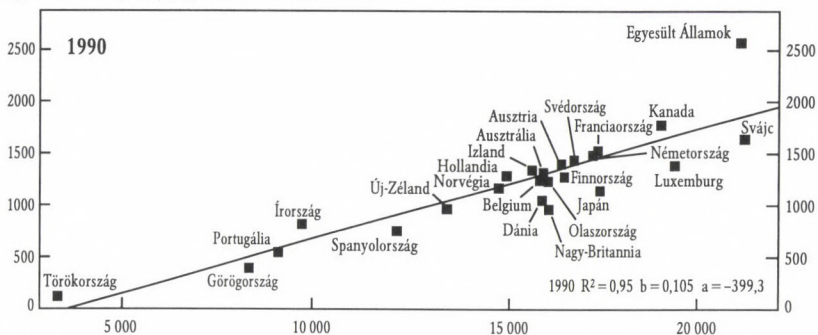
Egy főre jutó összes hazai kiadás PPP dollárban

Egy főre jutó egészségügyi kiadás PPP dollárban



Egy főre jutó összes hazai kiadás PPP dollárban

Egy főre jutó egészségügyi kiadás PPP dollárban



Egy főre jutó összes hazai kiadás PPP dollárban

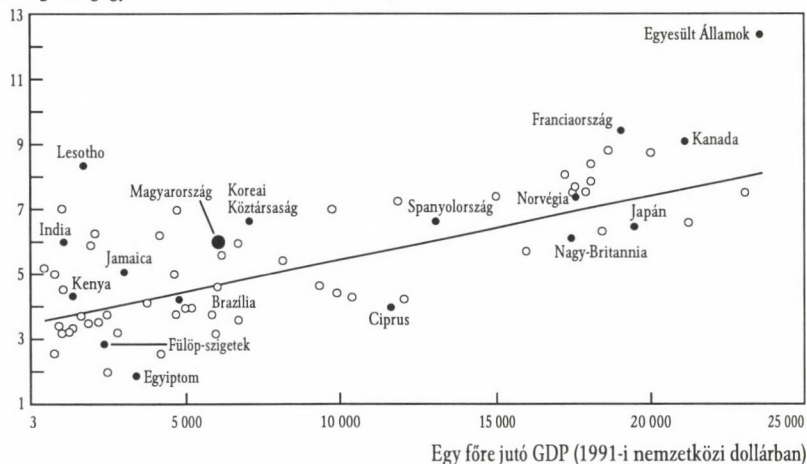
Forrás: OECD (1993), 15.old.

vonjuk az összehasonlításba a világ többi, kevésbé fejlett országát is. Ezt mutatja be a 4. ábra.⁵¹

A megállapításhoz azonban lényeges fenntartásokat kell hozzáfűzünk. Elég nagy a szóródás a fejlettség–egészségügyi kiadás összefüggést ábrázoló egyenesek körül. Nyilvánvaló, hogy nem a fejlettség és általános gazdasági növekedés az egyedüli tényező, amely az egészségügyi kiadások növekedését meghatározza. Befolyást gyakorol számos

4. ábra. Jövedelmek és egészségügyi kiadások hetven országban, 1990

Az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből, %



Forrás: WORLD BANK (1993), 110. old.

Megjegyzés: A Magyarországra vonatkozó adatok: 6% illetve 6080 nemzetközi dollár. Lásd forrás (World Bank, 1993), 297. old.

⁵¹ A 4. ábrán a Magyarország helyét jelképező pont a regressziós egyenes felett van. Ez azt jelenti, hogy a részarány magasabb annál, amennyi az adott fejlettség mellett, a nemzetközi trendet tekintve „szokásos”. Mind a számításban felhasznált statisztikai adathátér, mind pedig a módszer sok szempontból problematikus, ezért nem szeretnék túl nagy jelentőséget tulajdonítani annak, mi Magyarország pontos helye ezen az ábrán. Mindenesetre elgondolkoztató, hogy ez a számítás semmiképpen sem jelez kiáltó elmaradást ahhoz a kiadási részarányhoz képest, amelyet Magyarország gazdasági fejlettsége indokolna. A kérdésre még visszatérünk.

egyéb tényező is, többek között a politikai-gazdasági rendszer, a kormányok politikája, a kulturális hagyományok, a lakosság iskolázottsága által kialakított igények és így tovább.

A második kérdésre (mi az egészségügyi kiadás volumenének okozati hatása a lakosság egészségi állapotára) már nem adható egyszerű felelet. Nehéz ugyanis elválasztani egymástól háromféle, egymással okozatilag is összefüggő tényező befolyását.

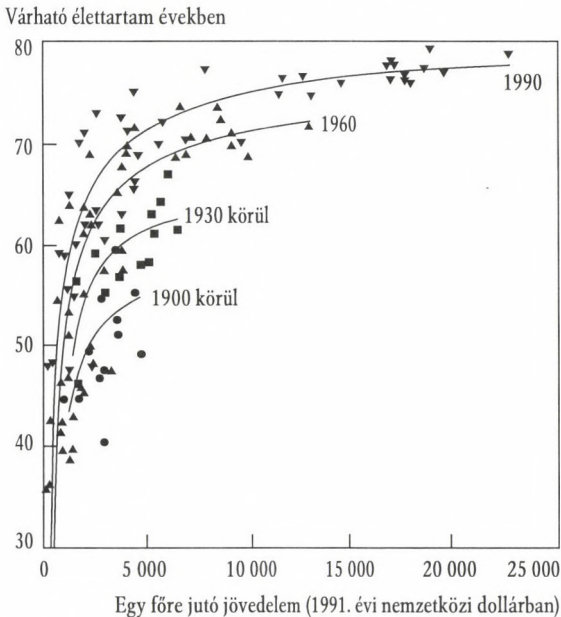
1. A gazdaság magasabb fejlettsége, amit például az egy főre jutó GDP magasabb értéke jelez, egyfelől hat az egészségügyi kiadások növelése révén az egészségi állapotra. Másfelől, függetlenül az egészségügyi szektor tevékenységétől, a magasabb GDP a statisztikai átlagot tekintve jobb táplálkozást, jobb lakáskörülményeket, rövidebb munkaidőt tesz lehetővé, és ezek a kedvezőbb anyagi életkörülmények ugyancsak hozzájárulnak az egészségi állapot javulásához. Emiatt nehéz meghatározni az egészségügyi szektor önálló hatását.

2. A gazdaság magasabb fejlettsége szorosan korrelál a jobb oktatással, és ez megint csak jobban felkészíti a lakosságot egészsége megőrzésére.

3. A GDP és az egészségi állapot közötti összefüggés az időben is változik. Elsősorban az orvostudomány fejlődése, de a technika és a civilizáció más fejlődési dimenziói is hozzájárulnak ahhoz, hogy azonos egy főre jutó GDP, azaz körülbelül azonos gazdasági fejlettség az idő függvényében jobb egészségügyi mutatókkal jár együtt. Ezt szemlélteti az 5. ábra. Csúpn egyetlen egészségügyi mutatószám eloszlása látható itt, de ez különösen kifejező, szintetikus adat: a lakosság várható átlagos élettartama. A vízszintes tengelyre összehasonlítható áron mértek fel az egy főre eső jövedelmet. Az országok adataihoz illesztett görbe egyre feljebb kerül, ahogy harmincéves lépésekkel előre haladunk a történelmi időben. Más szóval, azonos gazdasági fejlettséghez mind hosszabb élettartam párosul.

Az egészségügyi ráfordítás növelésének egészségjavító hatását akkor tudnánk meggyőzően bizonyítani, ha kimutatható lenne: a fenti két tényező (és egyéb, objektív tényezők, például klíma) szempontjából megközelítően azonos országok csoportján belül többé-kevésbé az egészségügyi ráfordítások függvényében alakulnak az egészségügyi mutatók. Ezt az igazolást nem találtam meg a kérdés irodalmában. Inkább az ellenkezőjét mutatták be egyes szerzők: azt ugyanis, hogy azonos egész-

5. ábra. A várható élettartam és az egy főre jutó jövedelem egyes országokban és időszakokban



Forrás: WORLD BANK (1993), 34. old.

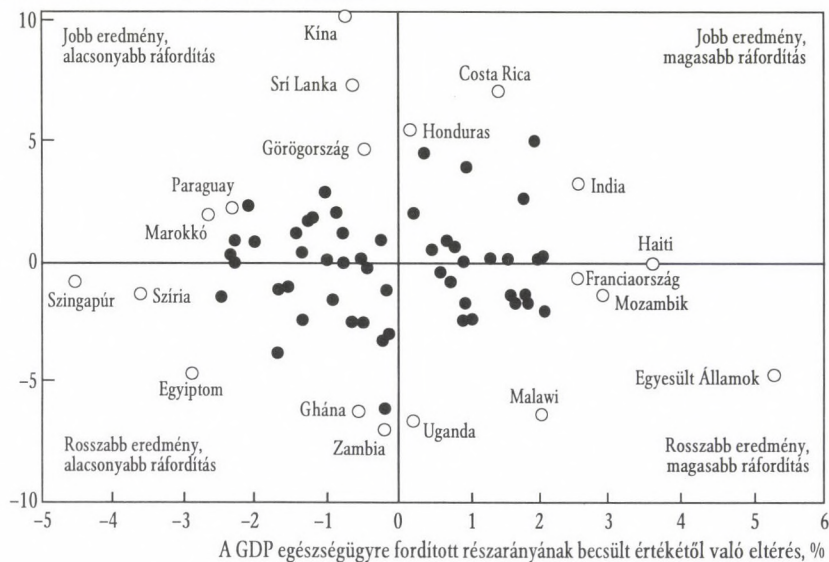
Megjegyzés: A nemzetközi dollár értékét nem az egyes nemzeti valuták árfolyama, hanem becsült vásárlóerejük alapján számítják ki. Így a szegényebb országok relatív jövedelme sokszor jelentős mértékben megnő. (Az ábra forrásából átvett módszertani megjegyzés.)

ségügyi ráfordításból más-más népegészségi állapotot „hoznak ki” a különböző országok. Ezt illusztrálja a 6. ábra. Az ábra szerkezetét a hozzáfüzött megjegyzés magyarázza el. Itt csak azt emelem ki: a vízszintes és függőleges középvonal metszéspontja egy 0 pontot reprezentál; itt lenne valamennyi ország helye, ha *kizárólag* a gazdasági fejlettség és az iskolázottság magyarázná az egészségügyre fordított kiadásokat és a lakosság várható élettartamát. Mint látjuk, az országok erősen szóródnak e 0-pont körül.

Sok tényező magyarázza a szóródást; ezek közül az egyik: hogyan *hasznosítja* az egészségügyre fordított erőforrásokat a szóban forgó ország egészségügyi szektorának gazdasági mechanizmusa. S ezzel visszajutottunk a tanulmány fő témájához.

6. ábra. A várható élettartam és az egészségügyi kiadások egyes országokban: eltérés a GDP és az iskolázottság alapján számított becscült értéktől

A becscült várható élettartamtól való eltérés, év



Forrás: WORLD BANK (1993), 54. old.

Sajnos, nem ismerek olyan forrásmunkát, amely erre a kérdésre kvantitatív választ adna, de valószínűleg erős számszerű összefüggést mutatna ki például a népegészségi mutatók és az egészségügyi szektorban érvényesülő tulajdonformák között. Perdöntő kvantitatív igazolás híján nem adható vitathatatlanul meggyőző válasz arra, hogy milyen reform vezetne az egészségügyi ráfordítások hatékonyságának javításához. Ebben a kérdéskörben szórványos információkra és sejtésekre vagyunk utalva. Ez óvatosságra és kísérletezésre késztet a reformok kidolgozásakor és bevezetésekor.

5.3. Egy speciális eset: az Egyesült Államok egészségügyi mechanizmusa

Tanulmányomnak nem feladata részletesen elemezni az Egyesült Államok egészségügyi szektorát.⁵² Mivel azonban a magyarországi vitákban ismételten hivatkoznak rá, mégpedig többnyire a status quo védelmezői szokták felhozni elrettentő példaként, megkísérlem röviden felvázolni néhány jellegzetes vonását.

Tekintsünk először a kínálati oldalra. Annyi igaz az eléggé elterjedt közhiedelemből, hogy az egészségügyi rendszer messzemenően decentralizált; nem szabályozza nagyhatalmú, egyetlen központ alá rendelt hierarchikus-bürokratikus szervezet. Téves viszont az az állítás, hogy szinte kizárólag profitért tevékenykedő, magántulajdonban lévő szervezetek végzik az egészségügyi szolgáltatást. Nem ismeretesek előttem szövetségi szinten aggregált adatok a rendelőintézetek és kutatóintézetek tulajdonformák szerinti megoszlásáról. A kórházak tulajdonformáinak megoszlását a 10. táblázat mutatja be. Ebből kiderül, hogy a legnagyobb a nonprofit tulajdon részaránya; egyházak, alapítványok, nem állami egyetemek tulajdonában van számos kórház. A for-profit magánszektor súlya csökkent, bár még így is számottevő. Figyelemre méltó, hogy a közkórházak részaránya a táblázatban áttekintett időszakban növekedett. A tulajdonviszonyok nem merevednek meg; a részletesebb adatok jelzik, hogy sok kórház tulajdonosa változott; például magánkórházból közkórház lett, vagy megfordítva.⁵³

10. táblázat. Az Egyesült Államok kórházainak tulajdonosi struktúrája

Kórház típus	1980		1993	
	Darab	Százalék	Darab	Százalék
Nonprofit kórház	3554	49,8	3274	54,4
Forprofit kórház	2248	31,5	1051	17,5
Közkórház	1337	18,7	1690	28,1
Összesen	7137	100,0	6015	100,0

Forrás: NEEDLEMAN et al. (1997), 189.old.

Megjegyzés: A közkórházak 1993-as adata nem tartalmazza a szövetségi kórházakat. Az 1980-as adatban 367 ilyen kórház szerepel.

⁵² A rendkívül kiterjedt irodalomból kiemelem a következő összefoglaló írásokat: FUCHS (1996), IGLEHART (1992), NEWHOUSE (1996).

⁵³ Lásd NEEDLEMAN, CHOLLET and LAMPHERE (1997).

A finanszírozás tekintetében is kevésbé végletes a helyzet, mint ahogy azt sokan hiszik. Emlékeztetünk a 8. táblázatra, amelyből kiderül: az egészségügyi kiadások körülbelül 45 százaléka közkiadás. Ennek két fő tétele az idősebb korosztály és a hivatalosan segélyre szorulóknak minősített szegények számára ingyenesen nyújtott egészségügyi szolgáltatás (Medicare és Medicaid). Emellett a kormányzat közvetlenül is hozzájárul az egészségügyi tudományos kutatás költségeihez, valamint az állami egyetemeken folyó orvosképzéshez.

Annyi azonban a keresleti oldalra vonatkozóan is megállja a helyét, hogy a kiadások finanszírozásának jóval nagyobb hányada kerül ki magánforrásokból, mint a fejlett európai országokban.

Nem eléggé közismert, de fontos vonása az amerikai finanszírozási rendszernek, hogy – közvetett úton, például a kórházakon és a munkaadó közvetítésével bonyolított biztosításokon belül – sajátos redistribúció megy végbe. Számos kórház „keresztmogatást” (cross-subsidy) valósít meg. Azokból a bevételekből, amelyeket a biztosítottaktól és egyedileg fizető betegektől szed be, részben fedezi azokat a kiadásokat, amelyeket a biztosítással nem rendelkezők kezelésére, valamint kutatásra fordít.⁵⁴ A munkaadók jelentős része nem egyöntetű hozzájárulást von le a munkavállalótól egészségbiztosítási díjként, hanem folytonos vagy lépcsős képlet szerint fizetésarányos hozzájárulást. Ez is redistribúciót implikál az alacsonyabb keresetű munkavállalók javára.

Az egészségügyi szektor mechanizmusában hosszú időn át élesen elhatárolódott a szolgáltatás és a finanszírozás. Utóbbi nagyrészt magánbiztosítótársaságok révén bonyolódott. A biztosítási díjak egy részét maguk a biztosítottak fizetik, másik részét a munkaadók; ez utóbbi rész a bérből és fizetésből élők körében, országos arányokat tekintve, igen számottevő.

Az elmúlt évtizedben mind nagyobb teret hódítottak különböző integrált vagy félig integrált formák.⁵⁵ Ezek közös vonása az, hogy a biztosító valamilyen eljárással felülvizsgálja a kezelést, hogy kiszűrje az indokolatlannak minősített kiadást. A szervezetnek vagy saját orvosai van-

⁵⁴ Ez persze nem amerikai sajátosság; gyakran alkalmazott eljárás számos más országban is.

⁵⁵ Az információk forrása FELDSTEIN (1994) munkája.

nak, vagy szerződéses viszonyban áll meghatározott szolgáltatókkal. Az amerikai szaknyelv ezeket „menedzselt” ellátási-biztosítási formáknak nevezi. Főbb típusait és azok terjedését a 11. táblázat mutatja be.

11. táblázat. A menedzselt biztosítási formák terjedése az Egyesült Államokban

Biztosítási formák	A biztosított munkavállalók létszámának százalékában			
	1987	1988	1989	1990
Nem menedzselt formák	41	28	18	5
Menedzselt formák	59	72	82	95
HMO	16	18	17	20
PPO	11	11	16	13
POS	...	...	...	5
Más menedzselt formák	32	43	49	57

Forrás: IGLEHART (1992), 16. o.

Megjegyzés: A menedzselt és a nem menedzselt formák közötti megkülönböztetést, valamint a HMO formát a tanulmány szövege világítja meg.

A PPO a Preferred Provider Organization (preferált szolgáltató szervezet) rövidítése. A biztosító szervezet szerződést köt a szolgáltatók csoportjával, amely megállapodás szerinti áron végzi tevékenységét, ellenszolgáltatásul azonnal kapja a fizetséget, és garantálják számára a betegállományt. A PPO-ban résztvevő beteg beutalás nélkül mehet szakorvoshoz. Ha a szerződötletet csoporton kívüli orvost választ, akkor a megállapodás feletti összeget maga fizeti.

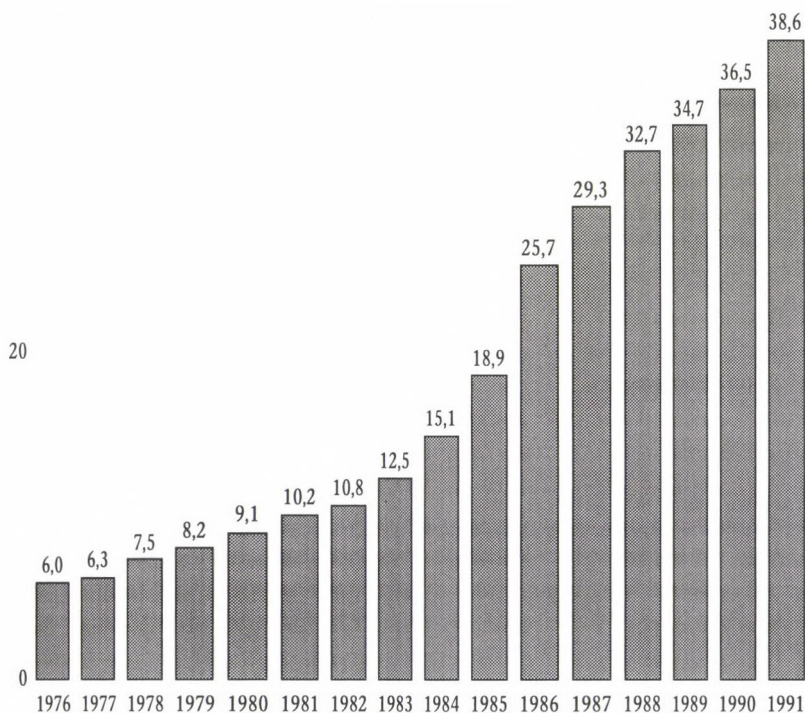
A POS a Point-of-Service (szó szerinti fordításban: szolgáltató pont) rövidítése. A HMO és a PPO keveréke. Megengedi ügyfeleinek, hogy olyan orvost válasszon, aki nem tagja a hálózatnak, de ezért minden alkalommal magas önrészesedést kell fizetnie. (Feldstein, 1995.)

Különösen gyorsan hódít teret az egyik integrált forma: a Health Maintenance Organization (HMO); a résztvevők számának növekedését a 7. ábra szemlélteti. Az ábrát eredetileg közlő forrásmunka utolsó adata 1991-re vonatkozik, amikor 38,6 millió tag vett részt a HMO hálózatban; 1995-re a létszám 58,2 millióra nőtt.⁵⁶

A HMO szervezet egyesíti a biztosítóintézet funkcióját a finanszírozási oldalon és az elsődleges orvosi ellátás („primary care physician”, azaz háziorvos, körzeti orvos) funkcióját a szolgáltatási oldalon. Sok HMO-nál ez kiegészül azzal, hogy saját szakorvosai is vannak, leg-

⁵⁶ Az adat forrása: GABEL (1997).

7. ábra. A HMO-k taglétszáma, 1976–1991



Forrás: IGLEHART (1992), 15. old.

Megjegyzés: Az 1976–1985-ös időszakra vonatkozó adatok az adott év júniusára, míg az 1986–1991 közti időszak adatai decemberre vonatkoznak.

alábbis néhány alapvető szakorvosi területen. A biztosított csak a HMO saját hálózatához tartozó orvosok közül választhat. Ezen felül a HMO saját orvosa (az „elsődleges” orvos vagy a HMO saját szakorvosa) dönt arról, hogy a biztosított milyen további ambuláns vagy kórházi ellátásban részesüljön. Pontosabban, mi az az ambuláns vagy kórházi kezelés, amelyet a HMO kész finanszírozni. Ebben az értelemben a HMO integrált forma – de azért decentralizált jellegű; nem fogja össze őket központosított szervezet. A HMO-k és más „menedzselte” biztosítói-

tási-szolgáltatási szervezetek versenyben állnak egymással és a biztosítás más formáival.⁵⁷

Milyen vívmányai és fogyatékoságai vannak a jelenleg működő mechanizmusnak? A legvisszább vonása az, hogy a lakosság egy számottevő hányadának, becslések szerint körülbelül 15 százalékának, nincsen egészségügyi biztosítása. Életveszély fennállásakor vagy más rendkívüli sürgős esetben az erre kijelölt ügyeletek kötelesek ellátni a biztosítás nélküli embereket is, de a kevésbé súlyos, halasztható kezeléseket megtagadhatják tőlük. Ezek az emberek legfeljebb jótékonyági egyesületek kiszámíthatatlan segítségével reménykedhetnek. Ez a biztosítás nélkül maradt réteg nem azonos azoknak az embereknek a csoportjával, akiket hivatalosan számba vettek, mint segítségre szoruló szegényt, mert azok, mint említettük, kapnak ingyenes állami egészségügyi ellátást. A biztosítás nélküliek egy része ún. „dolgozó szegény”, akinek van keresete, és abból képes lenne biztosítást vásárolni, de azt valamilyen okból elmulasztja. Abban reménykedik, hogy nem lesz szüksége rá, és inkább másra költi az amúgy is kevés pénzét. Sokan az elemi műveltség hiánya miatt nem ismerik fel az egészségügyi biztosítás szükségességét. A valóban rászorulóknak közül sokakat a szemérmesség és a méltóságérzet tart vissza attól, hogy vállalják a szegénység hivatalos elismerésének stigmáját. Bármilyen legyen is az ok, a gazdag amerikai társadalom szégyene, hogy a lakosság széles rétege nem rendelkezik az egészségügyi biztosítás adta lehetőségekkel. Ez súlyos megsértése a 2. etikai posztulátumnak, a szolidaritás elvének. Sérti azt a specifikus egalitárius érzést, amelyről korábban már szó volt, és amely azt igényli, hogy minden ember hozzájusson legalább az alapvető egészségügyi ellátáshoz.

⁵⁷ A HMO-kkal és más menedzselt formákkal szemben számos éles kritika hangzik el. Főként azért bírálják őket, mert a költségsökkentés érdekében megtagadnak egyes szolgáltatásokat a betegektől. Viszont éppen az vonzza az ügyfeleket, különösen a biztosítás költségeihez hozzájáruló munkaadókat a HMO-forma felé, hogy az általuk számított biztosítási díj jóval alacsonyabb, mint a tradicionális egészségügyi biztosítók díja.

Számítani lehet arra, hogy törvényi úton fogják szabályozni, milyen szolgáltatásokat tagadhat meg, és melyeket köteles finanszírozni a HMO, illetve más menedzselt biztosítási szervezet. Máris elterjedt az a rugalmasabb gyakorlat, hogy a beteg által igényelt többlétszolgáltatás előírható, ha a beteg hajlandó anyagilag is hozzájárulni a többletköltséghez.

Az amerikai társadalomban és a politikai arénában hosszú ideje éles vita folyik e súlyos visszasság kiküszöbölésének módjáról. Clinton elnök első megválasztásakor arra készült, hogy bevezeti az egészségügyi ellátásra vonatkozó egyetemes jogosultság valamilyen formáját. Ez a szándéka megbukott; olyan éles ellenállásba ütközött a kongresszusban, hogy vissza kellett vonulnia. Második elnöksége idején az egyetemes jogosultság, vagy ami ezzel gyakorlatilag egyet jelent, a kötelező általános egészségügyi biztosítás gondolata már nem is került napirendre. Számos elemzés készült arról, mi okozta a terv bukását. A vélemények megoszlanak.⁵⁸ Mindenképpen figyelemre méltó, hogy az ellenzők leghatásosabb érve a következő volt: az egyetemes jogosultság bevezetése hatalmas, központosított bürokrácia létesítésével, és ezzel együtt az adóterhek növekedésével járna együtt. Ez pedig összeférhetetlen az amerikai hagyománnyal, amelyet a decentralizálás, a verseny, az egyéni választás, a korlátozott hatalmú állam és ezzel együtt az aránylag alacsony adóterhek szelleme hat át.

Sokan azok közül is, akik politikailag Clinton elnök oldalán állnak és támogatják a közjóléttel kapcsolatos szándékait, úgy gondolják: a biztosításból kimaradt 15 százalékos problémájának megoldása nem igényli az államilag finanszírozott egyetemes egészségügyi ellátást. Megoldható lenne olyan állami intervencióval, amely kifejezetten a kimaradt 15 százalékos célozná meg.

A Clinton-terv bukása példa arra, hogy egy reformprogram, bármily jószándékú is, nem szakadhat el az induló állapottól (jelen esetben attól, hogy az addig fennálló mechanizmus decentralizált jellegű, és a kiadások nagyobb részét nem az állam finanszírozza). Messzemenően figyelembe kell venni a meggyökeresedett hagyományokat és elvárásokat.

Helytelen lenne persze bármely ország egészségügyi szektorának értékelését egyetlen vonás, jelen esetben az „egyenlő hozzáférés”, a specifikus egalitarizmus kritériuma alapján megítélni, bármily fontos legyen is ez a kritérium. Meg kell vizsgálni azt is, hogy milyen az amerikai egészségügy gazdasági mechanizmusának teljesítménye más kritériumok alapján.

⁵⁸ Lásd például SKOCPOL (1996).

A decentralizálás és a szektoron belüli verseny jelentős mértékű választási szabadságot ad az egyénnek. A lakosság számottevő része élhet a kivonulás lehetőségével: a korábbi helyett új orvost, új kórházat, új biztosítót választhat, ha elégedetlen. Igaz, ezt fékezik a verseny helyi korlátai, a lokális monopóliumok. Még erősebb korlátot jelent az, hogy sokak számára a munkaadó szervezi meg a biztosítást, rendszerint anyagilag is hozzájárul annak költségeihez – és persze, saját érdekeinek megfelelően korlátozza a választható biztosítást. Esetleg csupán egyetlen, aránylag olcsóbb lehetőséget kínál fel. Mindezen korlátok ellenére is sokak számára marad elég széles választási lehetőség, és ezt az amerikai polgárok nagy része sokra értékeli.

A versenyhelyzet, mint minden ágazatban, itt is a minőség javítására és technikai fejlesztésre késztet. A szabad kezdeményezés nagy lehetőségei egyedülálló tudományos teljesítményeket hoznak létre. Tagadhatatlan, hogy az Egyesült Államok a gyakorlatban hasznosuló orvostudományi kutatási eredmények tekintetében a világ vezető országa.

Figyelemre méltó, hogy az Egyesült Államokban kiemelkedően a legmagasabb az egy főre jutó egészségügyi kiadás volumene, és kiugróan a legnagyobb a GDP-ből az egészségügyre fordított hányad is. (Lásd a 8. táblázat 2. oszlopát.) Különösen az utolsó negyedszázadban nőtt meg ez az arány. A 12. táblázat összehasonlítja az Egyesült Államok és más OECD országok egészségügyi kiadási hányadának növekedését, és világosan jelzi, hogy az amerikai hányad lényegesen gyorsabban nőtt, mint az OECD átlaga. Gyorsabban nőtt, mint bármely másik OECD országban, kivéve Spanyolországot. Igaz, ott 1960-ban mindössze 1,6 százalékos volt az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből, amely négyeszeresére növe is csak 6,5 százalékos, alig több, mint az egyesült államokbeli hányad fele.

Az egészségügyi kiadások állandó gyors emelkedését az Egyesült Államokban több tényező együttesen idézi elő.

Az első tényező kedvező hatású. Amikor jelentős részben az állampolgár saját döntésére van bízva, hogy összes háztartási kiadásaiból mennyit hajlandó egészségre költeni, akkor ez a kiadás sokkal magasabb prioritást élvez a szemében, mint amikor a politikus dönt az államháztartás kiadásainak elosztásáról. Azért (is) magasabb az amerikai

12. táblázat. Az egészségügyi ráfordítások növekedése az OECD országokban

Ország	Az összes egészségügyi ráfordítás részesedése az összes belföldi felhasználásból (százalék)	
	1960	1991
Egyesült Államok	5,3	13,3
Ausztrália	4,8	8,6
Ausztria	4,4	8,5
Belgium	3,4	8,1
Dánia	3,6	7,0
Finnország	3,8	8,9
Franciaország	4,3	9,1
Görögország	2,6	4,8
Hollandia	4,0	8,7
Írország	3,8	8,0
Izland	3,4	8,3
Japán	3,0	6,8
Kanada	5,3	9,9
Luxemburg	–	6,6
Nagy-Britannia	3,9	6,6
Németország	4,9	9,1
Norvégia	3,2	8,4
Olaszország	3,6	8,3
Portugália	–	6,2
Spanyolország	1,6	6,5
Svájc	3,3	8,0
Svédország	4,7	8,8
Törökország	–	4,1
Új-Zéland	3,7	7,7
Európa	3,7	7,8
OECD összesen	3,9	8,1

Forrás: DEPPE (1995), 424. old.

egészségügyi kiadás/GDP részarány, mint másutt, mert ott szabadabban érvényesül a fogyasztói szuverenitás.

A második tényezőt már fentebb említettem, más összefüggésben: az Egyesült Államok az orvosi technológia fejlődésének vezető országa. Akárcsak más ágazatokban, itt is éppen az úttörő technológia alkalmazása a legdrágább. Később, amikor az eljárás már széles körben elter-

jedt, az új felszerelést vagy gyógyszert már tömegesen gyártják, az alkalmazás is olcsóbbá válik. Az amerikai társadalom – és ezen belül is a legtöbbet fizető betegek – fedezi a tudományos haladás kutatási-fejlesztési költségeinek jelentős részét.

A harmadik tényező viszont negatív hatású. A részarány azért (is) magas, mert a szolgáltatások egy része pazarló jellegű, felesleges, néha káros. Az egészségügyi szektor kibocsátása az indokoltnál jobban megdrágult. A HMO-k és más menedzselt biztosítási-szolgáltatási formák tömeges elterjedése előtt a decentralizált gazdasági mechanizmusban senki sem volt eléggé ösztönözve a költségek kordában tartására. Sőt, az orvosok egy része érdekelt volt abban, hogy több vizsgálatot rendeljen el, több operációt hajtson végre. A beteg és az orvos áthárította a drága kezelés költségét a biztosítóra, a biztosító pedig, a díjak emelése révén, a biztosítottak összességére.

Úgy tűnik, hogy a HMO-k és az egyéb menedzselt biztosítási-szolgáltatási formák lefékezhetik ezt a költségfelhajtó-költségáthárító folyamatot, mert egyidejűleg érdekeltté teszik a beteget, az orvost és a biztosítót a költségek csökkentésében. A betegeket a költségekhez való hozzájárulás készletti takarékosagra, továbbá az, hogy választhatnak olcsóbb és drágább biztosítási formák között. Az orvost is érdekeltté teszik a költségek kordában tartásában. A szervezet sokféle formában avatkozik be a kiadásokba: bizonyos körülmények között például második orvosi vélemény szükséges a kórházi beutaláshoz vagy egyes műtétekhez, felügyelik a kórházi kezelés időtartamát, utólag ellenőrzik, hogy megfelelő volt-e a kezelés és így tovább. A költségek szigorúbb megfogásának káros mellékhatása is lehet. Megtörténhet, hogy a költségcsökkentés érdekében nélkülözhetetlenül szükséges vizsgálatot, kezelést vagy gyógyszert is megtagadnak a betegtől.⁵⁹

A HMO-k és más menedzselt formák elterjedése, a működésüket kísérő élénk vita és éles kritikai szellem, valamint a máris kiütköző hibák kijavítására tett első gyakorlati intézkedések mind arra utalnak, hogy az amerikai egészségügyi szektorban, akárcsak a társadalom és a gazdaság más szféráiban, van dinamizmus, kísérletezési hajlam, megújulási szándék és lehetőség.

⁵⁹ A jelenség egyéb negatív következményeiről lásd az 57. lábjegyzetet.

6. Helyzetkép a magyar reform állásáról

Néhány nemzetközi tapasztalat felvázolása után elérkeztünk a kiindulópontok tisztázásának utolsó állomásához. Megkísérlem összefoglalni, hol tart a jelen pillanatban a magyar egészségügy gazdasági mechanizmusának reformja.⁶⁰ Sajnos, sok olyan fontos kérdés van, amellyel kapcsolatban nem áll rendelkezésre megbízható és egyértelmű adat. A további reform-előkészítő munka egyik feladata az, hogy e fehér foltokat felderítse, s ahol indokolt, bevezesse a további rendszeres megfigyelést és számbavételt.

Induljunk ki a klasszikus szocialista rendszer prototípusából, amelyről már korábban szó volt, azaz a végletesen centralizált-bürokratizált, állami monopóliumként működő, a költségvetés által finanszírozott egészségügyi mechanizmusból. Az ötvenes években a magyar egészségügy tényleges intézményrendszere elég közel állt az elméleti prototípushoz. *Ehhez az induló állapothoz képest* számos fontos változás ment végbe. A változásokat nem időrendben, hanem logikai sorrendben tekintem át.⁶¹

⁶⁰ A legfontosabb összefoglaló forrásművek ezzel kapcsolatban OROSZ (1995, 1996) és LOSONCZI (1997) tanulmányai. Ezek anyagát a jelen tanulmány is felhasználja.

⁶¹ Az 1989 és 1997 között végbement változások tömör és jól áttekinthető kronológiai leírása található LOSONCZI (1997) tanulmányának 77–81. oldalán.

6.1. A szolgáltatás és a finanszírozás szétválasztása

Még a politikai fordulat előtt, 1989-ben megkezdődött a szolgáltatói és a finanszírozási oldal bizonyos fokú szétválasztása, bár ez a szétválasztás nem következetes. A szolgáltatói oldal túlnyomóan nagy része állami (központi vagy önkormányzati) tulajdonban maradt, és egységes szakmai irányítás alatt áll. A finanszírozás domináns hányada formailag kikerült a költségvetés hatálya alól. Létrejött az egészségügyi társadalombiztosítás szervezete (a továbbiakban röviden tb).⁶²

A tb fő bevétele a munkaadók és a munkavállalók által fizetett kötelező egészségügyi járulék.⁶³ Ennyiben az általános adókból finanszírozott integrált állami szolgáltatás helyébe a bizonyos értelemben önfinanszírozó egészségügyi társadalombiztosítás lépett, amely szervezeti-leg elkülönülten, vevőként áll szemben a szolgáltatókkal.

Azért kellett hozzáfűznöm az önfinanszírozáshoz a „bizonyos fókig” megszorítást, mert a kormány törvény adta kötelezettsége kifizetni az egészségügyi pénztár mindenkori tényleges deficitjét.⁶⁴ Amióta csak „szétvált” a költségvetés és a tb, minden évben hiány mutatkozott. A hiány 1994 és 1996 között a GDP 0,4 és 0,7 százaléka közötti sávban mozgott⁶⁵; ez nem rémítően magas, de nem is elhanyagolhatóan alacsony arány. És ami ebben az összefüggésben igazán fontos, az nem is a

⁶² A jogi-szervezeti változások több lépésben mentek végbe. 1989-ban jött létre az állami költségvetésen kívüli alapként a Társadalombiztosítási Alap, amely 1992-ben vált szét Nyugdíjalapra és Egészségbiztosítási Alapra. 1993-ban fogadták el azt a törvényt, amely létrehozta az Országos Egészségbiztosítási Pénztárt, továbbá annak irányítására az Egészségbiztosítási Önkormányzatot. Ezzel párhuzamosan jött létre az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság és a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat.

Tanulmányom csak ott írja ki az intézmények pontos megnevezését, ahol az az egyértelműség kedvéért szükséges. Egyébként az egyszerűség kedvéért (kissé pontatlanul) a köznyelvben elterjedt tb nevet használom, amelyen a jelen tanulmányban értelemszerűen csak a társadalombiztosítás egészségügyi szegmense értendő.

⁶³ 1990-ben váltották fel a tb-járulékok a közvetlen költségvetési finanszírozást, amelynek pénzügyi forrása az általános adóbevétel volt.

⁶⁴ Ezt az 1992. évi államháztartási törvény és annak 1996. évi módosítása szabályozza. (Lásd a *Magyar Közlöny* 1996. december 21-i számát.)

⁶⁵ A Pénzügyminisztérium közlése.

deficit számszerű nagysága, hanem az a szabály, hogy az állami költségvetés *köteles* azt fedezni.

Itt érvényesül az ország leggrandiózusabb méretű puha költségvetési korlátja. Márpedig ahol puha a költségvetési korlát, ott a pénz elköltője nem érezhet teljes pénzügyi felelősséget a kiadások és bevételek egyensúlyban tartásáért. A tb költségvetését első fokon a Pénzügyminisztérium, illetve a kormány ellenőrzi. Ha egyetért vele, az országgyűlés elé terjeszti; ha nem, akkor maga állítja össze és terjeszti a parlament elé a tb-költségvetéseket, és azok eredeti változatát csupán tájékoztató anyagként mellékel. A tb-nek tehát nincs igazi pénzügyi autonómiája. A kormány és végső soron a törvényalkotó országgyűlés a deficit fedezésének kötelezettségével együtt átveszi azt a jogot is, hogy megszabja a tb-költségvetés fő előirányzatait. A tb, illetve az őt irányító önkormányzat valójában nem képes önmagát kormányozni, hiszen deficitje miatt messzemenően rá van utalva a kormányra és a parlamentre. Ebből a szempontból tehát a (főként állami) szolgáltatás és az (államilag automatikusan kiegészített) finanszírozás szétválasztása csupán felemás módon ment végbe.

A továbbiakban külön szólnunk a kínálati és külön a keresleti oldalon végbement változásokról, mégpedig a 4. fejezetben kialakított gondolatmenetet követve.

6.2. A kínálati (szolgáltatói) oldal

Mielőtt az egészségügyi szektor jelenlegi gazdasági mechanizmusáról szólnánk, nézzük meg, hogy mi a helyzet a szektor gazdasági hatékonyságával. Már a sajátosságok tárgyalásakor szó volt arról, milyen nehézségekkel jár itt az „output” mérése; ezért nem boldogulhatunk a tényezőtermelékenység szokványos mutatószámaival. Ehelyett, inkább csak közvetett szemléltetésként, nemzetközi összehasonlítást végzünk.

Miközben Magyarország egészségügyi mutatói messze elmaradnak a fejlett országokétól, addig egyes alapvető ráfordítási mutatók tekintetében maga mögött hagyott egész sor nálánál jóval fejlettebb és gazdagabb országot. Ezt szemlélteti a 13. táblázat. Tisztában vagyok azzal,

amint azt a tanulmány más helyeken hangsúlyozza is, hogy a lakosság egészségi állapotát több tényező alakítja ki; a kórházi szektor munkájának eredményessége csak az egyik e tényezők közül. Mégis elgondolkodtató a 13. táblázat számanyaga, amely a ráfordítások alacsony hatékonyságú felhasználására enged következtetni.

13. táblázat. Néhány egészségügyi ráfordítási mutató nemzetközi összehasonlítása

Ország	1000 lakosra jutó orvosok száma	1000 lakosra jutó kórházi ágyak száma	Kórházi ápolás átlagos tartama (nap)
Magyarország	3,4	9,9	11,3
Ausztria	3,3	9,4	10,3
Dánia	2,9	5,0	7,6
Franciaország	2,8	9,0	11,7
Nagy-Britannia	1,6	5,0	10,2
Svájc	3,0	8,7	n.a.
Svédország	3,0	6,4	9,4

Forrás: WHO (1996), 21 és 23. old.

Megjegyzés: A fejlett országok közül azokat választottuk ki, amelyek mind a három mutató tekintetében Magyarországnál kevesebb erőforrást vetek igénybe. Kivétel Franciaország, amely az egyik mutató, a kórházi ápolás időtartama tekintetében egy árnyalattal több ráfordítást használ fel, viszont a másik két mutató értéke ebben az esetben is alacsonyabb, mint a magyar mutatóé.

1. Szervezetek

1.1. A sztálinizmus korszakára, a reformok előtti klasszikus szocializmusra jellemző végletes centralizációhoz képest megnőtt az állami tulajdonban maradt szervezetek önállósága, és ezzel együtt azok felelős vezetőinek döntési jogköre. Kevesebb kötelező utasítást kapnak felső vezetőiktől. Bevételeik zömét nem a „tulajdonos” hatóság költségvetéséből, hanem szolgáltatásuk „vevőjétől”, az Egészségbiztosítási Pénztártól kapják.

Ugyanakkor az egészségügyi szervezet (kórház, szakorvosi rendelőintézet stb.) vezetőjének helyzete eléggé ellentmondásos. Hasonló ahhoz, amelyben a versenyszféra állami vállalatának igazgatója volt a magyar gazdaság „új mechanizmusa”, az 1968. évi piaci szocialista reform

nyomán.⁶⁶ Önálló is, meg nem is. Tekintsük röviden át e helyzet fő vonásait.⁶⁷

Tulajdonjogok. Zavaros a tulajdonjogok birtoklása. Formailag a klinikák, valamint egyes központi intézetek „tulajdonosa” a (központi) kormányzat, a többieké a (helyi, megyei vagy városi) önkormányzat. Az ő kezükben van az egyik legfontosabb tulajdonjog, a vezető kinevezésének joga. Viszont szinte egyáltalán nincsen, vagy csak kis mértékben van a kezükben a másik alapvető tulajdonjog, a „cash-flow” feletti döntés, a pénzügyi rendelkezés joga. Ennek közvetlen gyakorlása jórészt átkerült az egyetlen vevő, a tb hatáskörébe. Végül a harmadik alapvető tulajdonjog, a gyakorlati irányítás, megoszlik a névleges tulajdonos, a szinte kizárólagos vevő és a szervezet vezetője között. A névleges tulajdonos, az állam központi vagy helyi szervei, nem gyakorolnak igazi ellenőrzést a menedzsment felett, holott ez a tulajdonosi jogok és kötelességek egyik legfontosabbika.

Piaci struktúra. Már a tulajdonjogok kapcsán említettem, de külön is ki kell emelnem a sajátos piaci struktúrát. A piacelmélet „monopszónista” szerkezetnek nevezi azt az állapotot, amelyben egyetlen vevő van, aki ennek eredményeképpen diktálni tud az eladónak. Ez a vonás, azaz a vevői egyeduralom sem volt ritka a piaci szocializmus időszakában a versenyszféra több területén. Az exportra termelő vállalatnak például egyetlen vevője volt: a monopol jogokkal rendelkező külkereskedelmi vállalat.

⁶⁶ Kénytelen vagyok a „versenyszféra” elnevezést használni a gazdaságnak a jóléti szektoron kívüli részére. Teszem ezt azért, mert ez terjedt el, és nem akarok önkényesen más elnevezést bevezetni. Mindazonáltal rossz lelkiismerettel teszem, mert azt a benyomást kelti, mintha a versenyés annak a másik szférának lenne fenntartva, míg a jóléti szektorban a verseny tilos vagy ártalmas. Valójában csak annyi mondható el, hogy a jóléti szektorban mind ez ideig kevéssé volt verseny, és ha a jövőben kifejlődne, akkor ez szükségképpen korlátozott verseny lenne. Mindazonáltal, a 3. elv értelmében, a magam részéről kívánatosnak érezném, hogy a jóléti szektorban is legyen verseny.

⁶⁷ Több mint egy évtizede tanulmányt írtam a magyar gazdasági mechanizmus reformjának felemás jellegéről [KORNAI (1987)]. Sorra vettem az állami vállalat vezetőjének jogait és azok különböző bürokratikus korlátozásait. A jelen tanulmány megfogalmazásakor meglepődtem azon, hogy milyen könnyen illeszthettem a mai állami egészségügyi szervezet helyzetének áttekintését szinte ugyanabba a sémába.

Bérszabályozás. A versenyszférában megszűnt a szocialista típusú központi bérszabályozás. Más a helyzet az állami egészségügyi szektorban, amelynek munkavállalói, szerencsájukra vagy szerencsétlenségükre, közalkalmazottaknak minősülnek. Emiatt a bérskálát felülről diktálják. Ez ismét centralisztikus elemet visz a helyzetükbe.

Árak. Ellentmondásos hatású változás: 1993-ban megkezdődött a szolgáltatások elszámolásánál felhasznált, kívülről diktált tarifák rendszerének bevezetése.⁶⁸ Egyfelől valóságos vívmány, mert rendkívül fontos előrehajtó erőnek bizonyult az egészségügyi szervezetek elszámolásának kiépítésére, a vezetők és a beosztottak költségérzékenységének fejlesztésére. Másfelől káros hatása is van. Megjelentek a „szocialisztikus” számbavételi eljárások szokásos árnyoldalai. Amikor a tervutasítások rendszerében méterben mérték a textilipar teljesítményét, a gyárak igyekeztek adott anyagból minél vékonyabb textilt előállítani, vagy amikor egy másik ágazat teljesítményét tonnában mérték, akkor lehetőleg súlyos terméket állított elő az illető gyár. Hasonlóképpen, amikor a tb többet fizet a komplikáltabb betegség kezeléséért, egyszerűen nő a komplikált betegségben szenvedők részaránya. A kórház érdekeltté válik abban, hogy olyan diagnózist adjon, amely több bevétellel járó kezelést implicál. Miközben a tb által a szolgáltató számára fizetett díjazásnak az elgondolások szerint a teljesítményhez kellene kapcsolódnia, valójában egyszerre ösztönöz igazi és álteljesítmény elérésére.

„Naturális” beavatkozás, a beszerzés korlátozása. Akárcsak a piaci szocializmus időszakában az állami gyárban, most az állami kórházban vagy rendelőintézetben a vezető szabadon intézkedhet a folyó gazdálkodás ügyeiben – kivéve, amikor egy-egy kampány erejéig mégiscsak beavatkoznak a felső szervek. Így történt ez a felülről elrendelt, erőltetett kórházi ágycsökkentésre irányuló kampányban. Valóban nagy a felesleges ágykapacitás; de ennek leépítése csak akkor valósulhat meg hatékony módon, ha nem a felülről jövő diktátum kényszeríti ki, hanem a kórházak valóságos érdekeltsége.

⁶⁸ Az ún. HBCS (homogén betegcsoport) tarifákat külföldi tarifátblázatok és a szekszárdi kórházi adatok figyelembevételével alakították ki. Továbbfejlesztésük folyamatban van. Mind a módszert, mind a számszerű tarifa-rendszert sok szakmai bírálat érte.

Az állami kórház vagy más állami egészségügyi szervezet nem rendelkezik az állami vállalat szabadságjogaival az inputok beszerzése dolgában. Alá van vetve ugyanazoknak a beszerzési korlátozásoknak, amelyeket az állami hivataloknak kell betartaniuk.

Beruházás és felújítás. Ebben a tekintetben még erősebb a centralizáció, mint a piaci szocializmus korszakában volt, és sokkal inkább az 1968-as reformok előtti klasszikus tervutasításos korszak végletes központosítására emlékeztet. Lényegében minden beruházási döntés az egészségügy állami irányításának kezében összpontosul. Az állítólagos tulajdonosoknak, a helyi önkormányzatoknak igen kevés pénzügyi forrásuk van erre a célra. Egyes beruházások finanszírozásához hozzájárul a tb. Egy biztos: magánál a kórháznál, vagy a többi egészségügyi szervezetnél nem képződik olyan alap, amelyből önállóan finanszírozhatnának beruházásokat és felújításokat.

Költségvetési korlát. Hosszú ideig eléggé puha volt; a kórházak és más köztulajdonú egészségügyi szervezetek számíthattak arra, hogy ha kiadásai túllépi bevételeiket, a veszteséget, a ki nem fizetett adósságokat majd csak rendezi az állam vagy a tb. Ennyiben is hasonlított helyzetük a versenyszférának a piaci szocialista reformok idején kialakult körülményeihez. Az utóbbi időben mintha mutatkoznának a költségvetési korlát megkeményedésének jelei, ám erről ma még korai lenne határozott megállapításokat tenni.

A kórházak és más egészségügyi szervezetek vezetői nemcsak amiatt a szakadék miatt kínlódnak, amely a gyógyítás igényei és az erőforrások szükségessége között tátong, hanem a helyzetükben és hatáskörükben feszülő belső ellentmondások miatt is.

1.2. és 1.3. Léteznek nem állami nonprofit tulajdonban, illetve magántulajdonban lévő klinikák, rendelőintézetek és egyéb egészségügyi szolgáltatók stb. Számukról és az összes kórházi és rendelőintézeti tevékenységben betöltött relatív súlyukról mind ez ideig nem sikerült megbízható összefoglaló adatot találnom. Néhány tájékoztató jellegű részleges adatot viszont igen: ezeket a 14. táblázat tekinti át. Úgy tűnik, hogy súlyuk még eléggé csekély. Ami a fekvőbeteg-ellátást illeti, a nem állami kórházak részaránya igen kicsi. Néhány speciális szolgáltatásban (pl. a műveállomások működtetésben) van figyelemre méltó súlya a magánvállalkozásoknak.

14. táblázat. Adatok a magyar egészségügyi szolgáltatás nem állami szektoráról

Szolgáltatás	Az adat jellege	Adat és mértékegység
Kórház	Nem állami kórházak száma	12 db
	A tb által magánkórházaknak fekvőbeteg-ellátásra fizetett összeg a tb összes fekvőbeteg-kiadásához viszonyítva	1,3%
Művesezolgálat	A magánszektor részesedése az 5,4 milliárdos költségvetési tételből	80%
CT diagnosztika	A magánkézből lévő készülékek száma	40 db
	A magánkézből lévő készülékek száma az összes készülékek számához viszonyítva	75%
MRI diagnosztika	A magánkézből lévő készülékek száma	8 db
	A magánkézből lévő készülékek száma az összes készülék számához viszonyítva	57%
Mentés és betegszállítás	A tb által magánszervezetnek fizetett összeg a tb összes mentésre és betegszállításra fizetett kiadásához viszonyítva	8,1%
Házi szakápolás	A tb által magánvállalkozásnak fizetett összeg a tb összes házi szakápolásra fizetett kiadásához viszonyítva	80%
Fogászat	A tb által magánfogorvosoknak fizetett összeg a tb összes fogászati kiadásához viszonyítva	26,5%
Háziorvos	Vállalkozóként működő háziorvosok száma	5178 fő
	A tb-vel vállalkozóként szerződő háziorvosok száma a tb által finanszírozott összes háziorvos számához viszonyítva	76%

Forrás: Az adatokat Dózsa Csaba (Országos Egészségügyi Pénztár) közlése alapján Molnár Virág állította össze.

Megjegyzés: A háziorvosokra vonatkozó adatok 1997 májusára, a többi adat 1996-ra vonatkozik.

A 14. táblázat adatai szerint az egészségügyi szektor mai helyzete emlékeztet a versenyszféra állapotára a piaci szocialista reformok időszakában, mondjuk a 80-as években, amikor már voltak legális nem állami szervezetek, de aránylag elég szűk sávban.

2. Egyéni vállalkozók

Ennek egyik típusa a legális egyéni magánpraxis. Noha külön szabályok is befolyásolják, közgazdaságilag közeli rokona az egyéni vállalkozói formának.⁶⁹ Ez már a rendszerváltás előtt is kialakult, de azóta sokkal inkább elterjedt.

Sajnos, nem áll rendelkezésre megbízható országos adat a magánpraxist folytató orvosok számáról. Csupán fővárosi adatokat sikerült találni. Ezek nem reprezentálják az országos helyzetet, hiszen Budapesten jóval nagyobb az 1000 lakosra jutó orvosok száma, mint az ország többi részében. Budapesten körülbelül az orvosok egyharmada kért hatósági engedélyt magánpraxis folytatására, illetve dolgozik engedéllyel működő magánrendelőben.⁷⁰

A 15. táblázat szakképesítés szerint bontja a fővárosi adatokat. Sajnos, a magánszektor részarányát bemutató 3. oszlop, számbavételi nehézségek miatt, pontatlan becsléseket tartalmaz. Ám még így is jelzi, hogy a szakmától függően mennyire eltérő a részarány. Különösen elterjedt a magánpraxis a nőgyógyászok, a bőrgyógyászok és a fogorvosok körében.

A legjelentősebb áttörés a vállalkozói forma meghonosodásával kapcsolatban az elsődleges alapellátásban következett be, amikor a körzeti orvosi hálózat átalakult „házi orvosi” rendszerré. A házi orvosok többsége egyéni vállalkozóként látja el ezt a funkciót; szolgáltatását egyénileg adja el, szabályozott szerződéses keretek között, a tb-nek. Ez igen lényeges mozzanat az egészségügyi szektor „privatizálódási” folyamatában. Igaz, hiba lenne ezt a formát szokványos magánvállalkozásnak tekinteni. A házi orvost erős köztartozások kapcsolják a nagy „monopszónista” vevőhöz, a tb-hez és az önkormányzathoz. Ellátási felelősséget kell vállalnia az önkormányzat területén lakókért; az önkormányzattól bérli, rendszerint kedvező feltételek mellett, a rendelőt. A házi orvos, a mai jogi és üzleti adottságok mellett, némiképpen a piaci szocialista korszak „gebines” vállalkozójához hasonlít.

⁶⁹ Adótechnikai szempontból megkülönböztetik az „egészségügyi vállalkozói” és a „magánorvosi” engedélyt. Közgazdasági szempontból nincs közöttük érdemleges különbség; mindkettő „egyéni vállalkozásnak” tekinthető.

⁷⁰ Az adatok a Fővárosi Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Informatikai Osztályának közlésén alapulnak.

15. táblázat. A budapesti magánorvosok részaránya, szakmák szerinti bontásban

Budapesten működő orvosok létszáma, szakképesítés szerint ^a	Budapesti magánrendelők száma ^b	Az egyéni vállalkozás részaránya ^c (2. oszlop/1. oszlop, százalék)		
Belgyógyász	1979	Belgyógyászat	319	16,1
Sebész	927	Sebészet	111	12,0
Szülész-nőgyógyász	410	Szülészeti-nőgyógyászat	230	56,1
Csecsemő és gyermekgyógyász	639	Csecsemő és gyermekgyógyászat	83	13,0
Tüdőgyógyász	249	Tüdőgyógyászat	36	14,5
Fül-orr-gégész	249	Fül-orr-gégegyógyászat	80	32,1
Szemész	275	Szemészet	96	34,9
Bőr- és nemibetegségek szakorvosa	174	Bőr- és nemibeteggyógyászat	127	73,0
Elme- és ideggyógyász	562	Ideggyógyászat + pszichiátria	165	29,4
Urológus	161	Urológia	50	31,1
Fog- és szájbetegségek szakorvosa	1108	Fogorvosi alapellátás + fogászati szakellátás	1189	107,3
Gyógytornász, masszőr	707	Gyógytorna és masszázs	125	17,7

Forrás: 1. oszlop: KSH (1996a), 172. old. 2. és 3. oszlop: Fővárosi Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, az Informatikai Osztály közlése, 1997.

Megjegyzés:

^a Az itt számba vett orvosok a Budapesten működő orvosoknak csupán egy részét jelentik.

^b A rendelői engedélyeket különböző jogcímenek (magánpraxist folytató orvos, egészségügyi vállalkozó, magán-rendelőintézet) adták ki.

^c Egy orvos több rendelőben is dolgozhat. Ugyanakkor egy rendelő több orvost is foglalkoztathat. Ezért a 2. és 1. oszlop hányadosa mindkét irányban torzíthat. Sajnos az adatok csak az 1. és 2. oszlop szerinti bontásban állnak rendelkezésre. A 3. oszlop akkor adná meg a valóságos részarányt, ha minden magán-rendelőben egy orvos dolgozna csak, és minden magánpraxist folytató orvos kizárólag egyetlen rendelőben rendelne.

A fogorvosoknál 1 felett van a 2. és az 1. oszlop részaránya, ami azt fejezi ki, hogy sok orvos több rendelőben tevékenykedik.

A vállalkozóként működő házi orvosokra vonatkozó adatok a 14. táblázatban találhatóak. Ebből kiolvasható, hogy a tb-vel vállalkozóként szerződő orvosok teszik ki a házi orvosok nagy többségét.

A TÁRKI felmérést végzett a házi orvosi rendszer tapasztalatairól. Többek között megállapították, hogy a lakosság megítélése eléggé szóródik. Többen vannak azok, akik helyeslik a változást, mint azok, akik helytelennek tartják. Abban eléggé általános az egyetértés, hogy az új rendszer lehetővé tette a szabad orvosválasztást. A megkérdezettek fele észleli, hogy a házi orvosok elkezdtek versenyezni a betegekért. A házi orvosi rendszer megszilárdulása és gazdasági továbbfejlődése nyomán várható a lakossági megítélés további javulása is.⁷¹

A jelenlegi házi orvosi szolgáltatón belül megjelentek társas formák is. Ezek felfoghatók úgy, mint az 1.3. forma (magán-„vállalat”) és a 2. forma (egyéni vállalkozás) sajátos kombinációi.

6.3. A keresleti (finanszírozási) oldal

A) Állami költségvetés. A reformok előtti, klasszikus szocialista rendszer integrált egészségügyi szektorát kiindulópontnak tekintve, a változás lényeges. A központi állami és a helyi önkormányzati költségvetések megszűntek az egészségügy fő finanszírozási forrásai lenni. Maradtak azonban részleges finanszírozási feladataik, amint azt a 16. táblázat adatai mutatják.

A tartósan állami finanszírozási feladatok közül kiemeljük a közgyógyellátás intézményét, amely a gyógyszerekhez való ingyenes hozzájutást biztosítja kedvezményezettjei számára. Tartós gondozásra szoruló személyek ápolói állami forrásból ápolási díjban részesülhetnek. Részben egészségügyi feladatokat látnak el az államilag finanszírozott gondozási és rehabilitációs intézetek is.

A 16. táblázat adatai közül külön is felhívom a figyelmet az első és a második oszlop eltérésére, amely érzékelteti, hogy a tb deficitjének fedezése milyen számottevően megnöveli az állami költségvetés részarányát a kiadások fedezésében.

⁷¹ Lásd TÁRKI (1996–1997), 127. old. A házi orvos-választással kapcsolatos érdekes elemzési elemzést és ökonometriai vizsgálatot ismertet CSABA, GÁL (1997).

16. táblázat. Az egészségügy finanszírozásának fő forrásai Magyarországon, 1995

Forrás	Közvetlen elszámolás szerint (százalék)	A tb-deficit állami finanszírozását figyelembe véve (százalék)
Állami költségvetés	17	24
Társadalombiztosítás	67	60
„Zsebből”: legális gyógyszer- hozzájárulás és „hálapénz”	16	16

Forrás: WORLD BANK (1997).

Megjegyzés: A hálapénz volumenének becslését a Világbank szakértői dolgozták ki. Az 1. és a 2. oszlop eltérése azon alapul, hogy a tb deficitjét a költségvetés fedezi. A tb által fizetett összegből a 7 százalékpont nagyságú tétel igazi forrása tulajdonképpen az állami költségvetés.

B) Kötelező biztosítás. Ez kiterjed minden legális munkavállalóra. A tb mindmáig az egészségügyi szektor finanszírozásának minden egyéb forrást messze meghaladó fő forrása. Óriási feladat hárul rá. Pusztán a kezei között átfutó információtömeget, valamint pénzbevételelt-pénzkiadást tekintve egyike Magyarország legnagyobb szervezeteinek.

Nagy előrelépést jelentett a már említett tarifarendszer bevezetése, de már az első említéskor jeleztem annak előnyeit (a költségelszámolás és költségérzékenység előmozdítása) és hátrányait (káros ösztönzés „túlszámlázásra”). Nem ismeretes előttem olyan anyag, amely kellő vizsgálati megalapozással feleletet adna arra: hogyan látja el a tb e gigászi adminisztratív feladatot. A pusztán ügyintézésen felül képes-e gondos és takarékos vevőként ellenőrizni a szolgáltatás minőségét és költségeit? A szolgáltatás és a finanszírozás szétválasztása megteremtette ennek jogi lehetőségét – vajon él-e ezzel a lehetőséggel? A kórházaktól kapott szórványos információk nemleges választ sugalmaznak. Úgy tűnik, nincsenek mélyreható ellenőrzések, sem a kiadási döntések előtt, sem pedig utólagosan. (Ehhez egyébként hozzátehetjük: a tulajdonosok, azaz a központi egészségügyi kormányzat és a helyi önkormányzatok sem folytatnak alapos ellenőrző vizsgálatokat.)

A tb-hez visszatérve: a magam részéről eleve kételkedve és bizalmatlanul tekintek a központosítás ilyen nagy fokára. Ám tudomásul kell

vennem, hogy a kérdés sok szakértője ezt előnynek tartja, mert csökkentheti az egészségügyi adminisztráció költségét és lehetővé teheti az óriási tömegű információ egyöntetű feldolgozását. Kérdés: valóban megtörténik-e ez? Milyen módon tárolja és dolgozza fel közgazdasági és egészségügyi elemzések céljára a tb a birtokába kerülő óriási információ-tömeget?

Az informatikára vonatkozóan is hasonlóat kell mondanom, amit az imént a kiadások ellenőrzéséről jelentettem ki: a szórványos híradások nemleges választ adnak a feltett kérdésekre. Azt állítják, hogy az egészségügyi tb által finanszírozott szolgáltatásokra vonatkozó információk gyűjtése, tárolása és módszeres feldolgozása kaotikus állapotban van. Ezt a sejtést azonban nem tudom kellően alátámasztani; lehet, hogy egy kiterjedt vizsgálat megcáfolná. Nem tekintem feladatommak a válasz kidolgozását. Túl az Állami Számvevőszék vizsgálatain, más kutatóknak és a nagy szervezetek átvilágításával foglalkozó, független tanácsadó vállalatoknak kell majd felelniök ezekre a kérdésekre.

C) *Önkéntes biztosítás.* Jelenleg Magyarországon három forma létezik.

Megállapodás a tb-vel. Azok az egyének (pl. külföldi állampolgárok, itt tanuló külföldi diákok vagy „devizakülföldi” magyar állampolgárok), akik számára nem kötelező a társadalombiztosításban való részvétel, hivatalosan megszabott járulék fizetése ellenében önként beléphetnek. Ennek fejében jogosultak a tb egyes juttatásaira. Számuk 1995-ben 38 029 volt. (Összehasonlításként: a saját jogon tb-ellátásra jogosultak teljes létszáma, a nyugdíjasokkal együtt, 7 025 073 volt).⁷²

Önkéntes egészségbiztosítási pénztárak. Alapításukat 1993-ban tették törvényileg lehetővé. 1997 tavaszán még csak mindössze 30 ilyen pénztár működött, összesen 5436 taggal.⁷³ Úgy tűnik azonban, hogy idén kezd ez a forma szélesebb körben elterjedni, bár a növekedésről nincsenek újabb adataink. Terjedésüket előreláthatólag adókedvezmények is ösztözik majd.⁷⁴

⁷² Az Országos Munkaügyi Központ adata.

⁷³ A Pénztárfelügyelet közlése.

⁷⁴ A munkáltató a munkavállaló számára befizetett díjat költségként számolhatja el, a munkavállaló pedig a tagdíj egészének (tehát a munkaadó és az önmaga által fizetett díj összegének) egyenyedére kap személyijövedelemadó-kedvezményt.

A törvény értelmében e szervezeteknek tulajdonképpen igen széles jogosítványaik vannak. A pénztár jogosult fedezni közvetlenül nyújtott szolgáltatásainak kiadásait, továbbá finanszírozhatja a vele kötött szerződések alapján más természetes vagy jogi személyek által nyújtott szolgáltatásokat. Ennyiben az Önkéntes Egészségbiztosítási Pénztár, a jogi lehetőséget tekintve, elláthatná az amerikai HMO funkcióit. Miközben azonban ott a HMO típusú szervezet egyre inkább elterjed, a mi pénztáraink egyelőre még igen csekély szerepet töltenek be az egészségügyi szektor finanszírozásában.

Figyelemre méltó a jelen tanulmány témája szempontjából az egészségbiztosítási pénztárakra vonatkozó szabályok egyik előírása. A pénztár bevételeinek legfeljebb 60 százaléka költhető el a tag egyéni befizetéseinek arányában a tag egyéni kiadásainak fedezetére, a fennmaradó legalább 40 százaléknyi rész „redisztributív” jellegű. Felhasználása nem az egyéni befizetéshez kötődik, hanem (most a szabályzat szavait idézem) „a szolidaritás elve alapján” kerül elköltésre.

Kereskedelmi biztosítóintézetek. A törvény lehetővé teszi, hogy vállalkozzanak egészségügyi biztosításra, de a konkrét konstrukciókat engedélyeztetni kell. Létezik már néhány biztosítónál ide sorolható lehetőség; többen most dolgoznak újabb konstrukciók kialakításán. Mindenesetre ma még csak a kezdet kezdeténél tart a kereskedelmi biztosítók tevékenysége ezen a területen. Átfogó egészségügyi magánbiztosítás ma még nem köthető.

D) Közvetlen egyéni fizetés. Ez többféle formában történik.

(i) A külföldi gyakorlatból ismeretes az a finanszírozási módszer, amely a költségeket meghatározott szabályok szerint megosztja egyfelől az állam, a társadalombiztosítás vagy a magánbiztosító intézet, másfelől a beteg között; utóbbi saját zsebéből *közvetlen hozzájárulást* fizet. (Az angol elnevezés: co-payment.) Magyarországon az utóbbi években kezdődött meg, tétovázva, hol előre, hol visszalépve⁷⁵ a közvetlen hozzájárulás bevezetése.

⁷⁵ Az 1995. évi stabilizációs-kiigazítási program keretében a pénzügyi kormányzat eredetileg be akarta vezetni, hogy a páciens 500 forintot fizessen a járóbeteg szakrendelés minden egyes igénybevételéért. A rendszabályt a kormány nem fogadta el.

Kormányhatározat született arra, hogy a mentőknek a nem sürgősségi jellegű betegszállításért minden alkalommal 100 forintot kell fizetni. Sokan elmulasztották a fizetést; a felszólítás költsége 140 forint volt. Fél év múlva az előírást hatályon kívül helyezték.

Eddig két területen mentek végbe lényeges változások. Az egyik a tb-ellátás keretében folyó fogorvosi ellátás, amelyhez most már közvetlen hozzájárulást kell fizetni. A másik változás, amely fájdalmasan érintette sok háztartás költségvetését, a gyógyszerekhez történő saját hozzájárulás arányának emelése. Ez egybeesett a gyógyszerkínálat összetételének változásával, elsősorban az import részarányának növekedésével, ami sok esetben minőségi javulást hozott ugyan, de egyúttal emelte is a gyógyszerek relatív árszínvonalát, a mindenkori átlagos árszínvonalhoz képest. Mindezek eredményeképpen számottevően megnőtt az a kiadás, amely a betegre hárul a gyógyszerek megvásárlásakor, miközben azok tb-támogatása, azaz a közfinanszírozás részaránya még mindig elég magas.

(ii) Kormányrendelet intézkedik arról, hogy milyen szolgáltatások vehetők igénybe önkéntesen, a költségek teljes vagy részleges térítése ellenében. Ide tartozik pl. a beutalástól eltérő szakkonzílium, orvosi javaslat nélküli meddővé tétel, szanatóriumi ellátás orvosi beutalásra bizonyos megjelölt gyógyhelyeken és így tovább. Ez a (ii) pont szerinti térítés abban különbözik az (i) pont alattitól, hogy maga a szolgáltatás nem része az „alapvető” egészségügyi szolgáltatásnak, a beteg önként választja, míg az (i) pontban alapvető szolgáltatás költségeihez fizet részleges hozzájárulást a beteg.

(iii) A magánbeteg legálisan és nyíltan fizet a legális magánpraxist folytató orvosnak. Ezekről a díjakról tájékoztat a *17. táblázat*. Az ott közzétett számok igen szűk mintán alapulnak, semmiképpen sem tekinthetők reprezentatívnak, de még így is bepillantást engednek a magánorvosi díjazás korántsem transzparens világába.

(iv) A betegek jelentős része ún. „hálapénzt” fizet az orvosnak és az ápolóknak; illetve a „szürke gazdaság” keretei között vesz igénybe egyes egészségügyi szolgáltatásokat. Ezt itt csak a teljesség kedvéért említem meg, mivel rövidesen külön alfejezetben részletesen szólok róla.

6.4. A szolgáltatás és a finanszírozás kapcsolatai

A klasszikus szocialista rendszer integrált formája, amint az a fentiekből kiderült, megszűnt. Más decentralizált integrált formák (pl. az amerikai HMO-khoz hasonló intézmények) mind ez ideig nem jöttek létre.

17. táblázat. Budapesti magánrendelők jellemző árai 1997-ben

Szakrendelés	Díj, Ft
Szemészeti műszeres vizsgálat	3 000
Gégészeti vizsgálat	1 600–3 000
Hallásvizsgálat (audiométeres)	1 000
Táplálkozási allergia vizsgálat	9 000
Termodiagnosztika	6 000
Bőrgyógyászati vizsgálat	2 000–4 000
Urológiai vizsgálat	2 000
Ortopédiai vizsgálat	2 000
Reumatológiai vizsgálat	800–2 000
Terhesgondozási vizsgálat	2 000
Nőgyógyászati vizsgálat	2 000–4 000
Laboratóriumi vizsgálat	500–5 000
Komplett belgyógyászati vizsgálat	3 000–8 000
Kontroll belgyógyászati vizsgálat	2 000
Hasi ultrahang	3 000–9 000
Szív ultrahang	3 000
EKG	1 300
Terheléses EKG	3 000
Vastagbél röntgen	25 000
Anyajegy-eltávolítás (darabonként)	500
Kisebb bőrgyógyászati beavatkozás + szövettan	14 000
Ízületi műtét (endoszkópos)	60 000–200 000

Forrás: A táblázatban szereplő adatokat Hajdú Lelle állította össze 12 rendelőtől kapott informális közlések alapján.

Az egymástól elválasztott szolgáltatás és finanszírozás fő kapcsolatai nyilvánvalóak, és világosan következnek az elmondottakból.

– A legnagyobb eladók a közkórházak és köztulajdonú rendelőintézetek, a velük szembenálló legnagyobb vevő a tb. Ez félig piaci, félig bürokratikus kapcsolat, amelyet, mint említettem, piaci szocialisztikus vonások jellemeznek. [1.1. és B) találkozása.]

– Szűk sávban jön létre az egyértelműen piaci jellegű kapcsolat a magánpraxist folytató orvos vagy más egészségügyi magánszolgáltató és a saját zsebből fizető magánbeteg között. [2. és D) találkozása.]

Érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy megjelentek az eladó és a vevő kapcsolatának különböző új kombinált formái is.⁷⁶

– Egy felmérés, amely összesen 51 kórházra terjedt ki, megállapította, hogy ezek közül 11 vásárolt egészségügyi szolgáltatást magánvállalkozástól, többek között laboratóriumi és egyéb diagnosztikai tevékenységet, vesekőzúzást és művese üzemeltetését. Az ilyen típusú vásárlás a szóban forgó kórházak fekvőbeteg-ellátási kiadásainak 0,7 százalékát tette ki.⁷⁷ A jelenség fontos és előremutató, de a realizálódás mértéke egyelőre igen csekély.

– Már nem ismeretlen az a kapcsolat, amelyben a közkórház helyiséget ad bérbe egészségügyi célra. Az imént említett felmérés 35 ilyen tranzakcióról szerzett tudomást. Ezekben az esetekben a szóban forgó kórház működési költségeinek 0,3 százalékát tették ki a bérleti díjből származó bevételek.⁷⁸ Mindehhez ugyanazt a kommentárt fűzhetem, mint amit az ellenkező előjelű kapcsolatról szólva tettem: e forma pusztá megjelenése is fontos esemény, a realizálódás mértéke azonban még jelentéktelen.

6.5. A „hálapénz” és az egészségügyi szürkegazdaság

Az egészségügyi szektor mai magyar gazdasági mechanizmusának intellektuálisan tisztességes elemzéséhez hozzátartozik, hogy őszintén szóljunk a féllegális és illegális tranzakciókról is. A 80-as években egész sor fontos írás tárgyalta őszintén és magas színvonalon ezt a kérdést.⁷⁹ Saj-

⁷⁶ OROSZ (1995) 1992-re vonatkozó adatait ismertetem. Nem áll rendelkezésemre újabb adat.

⁷⁷ OROSZ (1995), 60. old.

⁷⁸ OROSZ (1995), 63. old.

⁷⁹ Az elsők között foglalkozott a jelenséggel PETSCHNIG MÁRIA ZITA (1983) tanulmánya. További figyelemre méltó munkák: ÁDÁM (1984), KUTI (1984) és SZABÓ (1986). Alapos elméleti elemzést és színvonalas szakmai vitát talál az olvasó a hálapénz és az ezzel rokon jelenség, a korrupció jelenségéről, okairól és következményeiről a következő írásokban: GALASI, KERTESI (1987, 1988, 1991), valamint CSEKŐ (1991). Ezek az írások számos olyan kérdést elemeznek (az ellátás ingyenessége, az önrészesedés szerepe, az orvosok fizetésének színvonala, az orvos–beteg viszony stb.), amelyek ma is igen időszerűek, s amelyeket a jelen tanulmány is érint.

nálatos, hogy az 1990 után kialakult új politikai és gazdasági helyzetben a hálapénzzel kapcsolatos új problémák elemzésére még nem került sor, hanem az ügy szinte lekerült a napirendről. Az utóbbi években az egészségügyről készített hivatalos elemzések és javaslatok rendre megkerülik ezt a kényes kérdést.

Kezdjük fogalmi tisztázással.

a) A szó szűkebb értelmében „hálapénznek”⁸⁰ szokták nevezni azt a díjazást, amelyet a beteg vagy hozzátartozója ad az orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak olyan szolgáltatásért, amely a fennálló mechanizmus keretei között részére ingyen jár. Ezeket a szolgáltatásokat az állam, illetve a tb finanszírozza. Az eleven munkát a köztulajdonban lévő szervezet (pl. kórház) az orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak fizetés formájában már kompenzálta. Az igénybe vett épület, felszerelés, gyógyszer stb. használatáért a hálapénzt elfogadó egyén nem fizet külön használati vagy bérleti díjat, mert azt is közforrásból finanszírozzák.

A hálapénz legközelebbi analógiája: az állami tulajdonban lévő étteremben a pincérnek adott borralaló. Bármilyen lesújtó is, ez a leginkább találó analógia.

b) Ettől elválasztható, legalábbis a fogalmi tisztázás szintjén, a legális magánpraxis keretében működő orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak (pl. házi ápolónővérnek, gyógytornásznak, masszőrnek) adott díjazásnak az a hányada, amelyet a szolgáltatás nyújtója letagad, főképpen az adózás megkerülése végett. A szolgáltatás nyújtója nem ad, igénybe vevője pedig nem kér számlát. Ez tulajdonképpen nem más, mint a szokásos „szürkegazdasági” adóelkerülés; analóg azzal, amit számos taxis, kisiparos, vendéglős és egyéb szolgáltató tesz.

c) Az a) és a b) jelenség sajátos módon össze is fonódhat, főleg az orvos-beteg kapcsolatban. A beteg megjelenik az orvos magánrendelőjében és formailag az ottani vizit ellentételeképpen legális díjat fizet az orvosnak. Valójában ezzel a fizetéssel privilégiumot kíván vásárolni az orvosnál, akitől elvárja, hogy fő munkahelyén, az állami kórházban vagy rendelőintézetben különleges figyelmet tanúsítson iránta; elősegitse, hogy soron kívül vizsgálják; kényelmesebb kórházi szobába ke-

⁸⁰ Orvosi körökben elterjedt a „paraszolvencia” kifejezés is.

rüljön és így tovább. A továbbiakban a „hálapénz” megnevezést tágabb értelemben használom, s idesorolom majd mind az *a*), mind a *c*) jelenséget.

Az orvosok túlnyomó többsége valójában nem kíván megfelelni ennek a várákozásnak. Kész egyformán figyelmes és gondos lenni minden beteg iránt, akár ad hálapénzt, akár nem; akár megjelent és fizetett a magánrendelőjében, akár nem. Csakhogy már maga a pusztán tény, hogy a beteg azt *hiszi*, képes megvásárolni az orvos extra figyelmét az *a*), vagy a *b*) vagy a *c*) módszerrel, demoralizáló hatású.

A *b*) tranzakció, az adóelkerülés, nem magyar specialitás; a világon mindenütt létezik.⁸¹ Viszont az *a*) tranzakció, az „ingyenes” egészségügyi ellátásért adott borraavalószerű hálapénz, azt hiszem, sajátosan magyar jelenség, vagy legalább is különösen élesen mutatkozik nálunk. Nem tudom, mi a helyzet a *c*) tranzakcióval (az orvos extra figyelmének megvásárlása magánbeteg díjjal). Valószínűleg létezik másutt is, bár talán éppen a hálapénzzel való összeszövődés teszi különleges magyar sajátossággá.

A hálapénz címén kifizetett összegek nagysága megbecsülhető a KSH háztartás statisztikai adatai alapján. Eszerint, a lakosság egészségre kivetítve, az egy főre jutó évi hálapénzkiadás 1995-ben 462 forint volt.⁸² A lakosság összesen kb. 4,8 milliárd forintot fizetett ki erre a

⁸¹ Scitovsky Tibor, a világhírű magyar származású közgazdász önéletrajzában leírja a *b*) jelenség, az adóelkerülés elterjedtségét a francia orvosok körében. A francia orvosok szakmai szövetsége csak akkor hajlandó elvállalni valamely tagjának jogi védelmét az adóhatóság vádjával szemben, ha az illető orvos legfeljebb igazi jövedelmének 30 százalékát tagadta le. Ha ennél többet hallgatott el, akkor magára hagyják – ami sok, az sok. [SCITOVSKY (1997), a kézirat 149. oldalán.]

⁸² A TÁRKI „Magyar Háztartási Panel, 6. hullám” elnevezésű háztartás-statisztikája alapján 1997 márciusában 679 Ft volt az az egy főre jutó átlagos kiadás, amelyet orvosra és ápolóra fordítottak. (A TÁRKI közvetlen közlése.) Ez magában foglalja az olyan legális magánpraxisban működő orvosnak adott díjazást is, amely nem kapcsolódik köztulajdonú rendelőben vagy kórházban ugyanazon orvos által nyújtott szolgáltatáshoz, és ezért nem is minősíthető hálapénznek. Ennyiben, a TÁRKI vizsgálat adott statisztikai definícióin belül, a hálapénz feltehetően kisebb 679 Ft-nál. Vegyük tekintetbe az 1995 és 1997 márciusa közötti átlagos inflációt is. Végeredményben megállapíthatjuk, hogy a KSH és a TÁRKI becslése elég közel áll egymáshoz. Feltételezhető, hogy mindkettőnél hasonló irányú torzítás jelentkezik: a háztartás alábecsülte a hálapénz kiadást.

célra. A szám nagyságrendjének érzékeltetésére közöljük: ez az összeg az egészségbiztosítási tb 1995. évi deficitjének kb. a negyedrésze.⁸³ Ezek a számok több szakértő szerint lényegesen alábecsülik a hálapénz nagyságát – más adat azonban pillanatnyilag nem áll rendelkezésünkre.

Egészségügygel foglalkozó, jól tájékozott újságírók közölték velünk becslésüket a hálapénz nagyságára azokban az esetekben, amikor az orvos a kórházon belül nyújtja a szolgáltatást a betegnek. Ha kórházi ágyhoz juttatja a beteget, soron kívül, vagy olyan kórházban, ahová a szabályos úton nem utalnék be: 20 000 Ft körül van a szokásos hálapénz. Kisebb műtétért (pl. vakbélműtétért) 10 000–15 000 Ft-ot, szülésért körülbelül 20 000 Ft-ot szokás fizetni.

A három jelenség együttesen sokat árt a magyar egészségügynek. Igaz, az orvosok nagy része elfogadja a hálapénzt, mert az ma már hozzátartozik normális háztartási bevételéhez; nélküle költségvetése összeomlana. A hálapénzt elfogadó orvosok túlnyomó többsége azonban megalázonak érzi a jövedelemnek ezt a formáját, és szívesen váltaná fel nyíltan vállalható jövedelemmel.

A hálapénz méltánytalanul oszlik meg az egészségügyi dolgozók között.⁸⁴ Közismert, hogy például sebészi jellegű beavatkozásnál a műtétet vezető sebésznek adja át a pénzt a beteg vagy a hozzátartozója, holott a műtét teammunka. Van olyan sebész, aki a kapott hálapénzt arányosan elosztja a team tagjai között; ezt azonban nem mindegyikük teszi meg. Olyan egészségügyi szakmák, mint a röntgenológus, az altatóorvos, a laboratórium személyzete, többnyire hálapénzbevétel nélkül marad.⁸⁵

A hálapénz zavart kelt a betegek körében. Nem átlátszó a piac, nem nyilvánvalók a tarifák. Mindenki habozik: túl sokat ad-e vagy túl keve-

⁸³ A kiinduló adatok forrása KSH (1996b), 179-195. old.

⁸⁴ LOSONCZI (1997), 23. old. idézi egy nagy vidéki kórházban végzett felmérés meg-hökkentő adatait. Többek között kiderült, hogy az ott dolgozó orvosoknak csak mintegy 10 százaléka kap hálapénzt, és ezen belül is egy igen szűk csoport, az orvosok 2 százaléka kezébe kerül a hálapénz 80 százaléka.

⁸⁵ Néhol léteznek ún. „kiskasszák”, amelybe a hálapénzben részesülők beteszik e jövedelem egy részét, és ezt szétosztják a személyzet többi tagja között. Kizárólag a több hálapénzben részesülők nagyvonalúságától és méltányossági érzésétől függ, létrejön-e ilyesféle osztozás.

set? A betegek rálicitálnak egymásra és felhajtják a hálapénztarifát. Végeredményben igen rossz érzés marad a betegek körében, hiszen a hivatalos formula szerint az egészségügyi ellátás ingyenes.⁸⁶

A hálapénz létezése és demoralizáló hatása a tisztességes egészségügyi magánvállalkozás és a korrekt üzleti kapcsolatok fejlődésének egyik legsúlyosabb hátráltatója. Itt is kínálkozik a történelmi analógia: a szürkegazdaság elterebélyesedése – miközben a legális magánszektor szűk sávba szorult – jellemezte a piaci szocialista reformok késői időszakát a versenyszférában.

6.6. Összefoglalás

A magyar egészségügyi szektor gazdasági mechanizmusában figyelemre méltó, és, a fő trendeket tekintve, kedvező irányú változások mentek végbe. Ezek a változások azonban (egyetlen területet, a körzeti orvosi hálózat messze ható reformját kivéve) szerény mértékűek.

Az egészségügyi szektor egy egész lépéssel, mégpedig nagy, történelmi mértékű lépéssel van elmaradva a versenyszféra mögött. A versenyszféra alapján véve átalakult korszerű piacgazdasággá. Az egészségügyi szektorban sajátos fajta piaci szocializmus él tovább.

Ez a megállapítás nem foglalja magában, még burkolt formában sem, azt a követelést, hogy vezessük be az egészségügyi szektorban a *laissez faire* rezsimjét, privatizáljunk mindent, szüntessük meg a redisztribúciót és így tovább. A soron következő fejezet részletesebben vázolni fogja, hol és miben kellene korlátozni a versenyt, hol maradjon köztulajdon és milyen legyen a redisztribúció. Az igény csupán az, hogy ez a szektor is váljék konformmá a magyar gazdaság egészének átalakulásával, illeszkedjék be szervesen annak tulajdonviszonyaiba és koordinációs mechanizmusába, ahelyett, hogy kirína közülük.

⁸⁶ Már csak az adó- és költségtudatosság érdekében is helyes lenne, ha mindenki számlát, illetve számlamásolatot kapna a kezelések költségeiről – még akkor is, ha a számlát a tb állja.

7. Ajánlások: a kínálati (szolgáltatói) oldal

A jelen és a következő fejezet nem ajánl részletes reformprogramot, hanem erősen szelektálva, csupán néhány javaslatot tartalmaz. Ezeknek is csak a közgazdasági és társadalmi tartalmát igyekszem megvilágítani; nem érzem feladatomnak a szükséges törvények és más rendszabályok részletes előkészítését. Kizárólag a reform stratégiájához, fő irányvonala-hoz, súlypontjaihoz szeretnék hozzászólni.

7.1. A magánkezdeményezés biztatása

Kezdem azzal, hogy mit *nem* javaslok. Nem javaslom egy nagy „tervrajz” elkészítését, amely előre megjelölné: a szolgáltatás mely szervezetei maradjanak állami tulajdonban, és mi kerüljön magánkézbe. Határozott elzárkózást tanácsolnék bármilyen privatizálási kampánytól, amelyben előre megszabnák: mikor kell elérni a privatizálás valamilyen számszerű kritikus értékét. Csak zavart okozna minden olyan elhatározás, amely „felülről” kívánná szervezni az egészségügy magánszektorát.

Viszont sokkal inkább bátorítani kell az alulról jövő magánkezdeményezést, annak minden legális, etikailag korrekt és szakmailag megfelelő változatát.⁸⁷ Nincs szükség arra, hogy a reformer előre eldöntse, mely formák kívánatosak. Engedni, sőt buzdítani kell a kísérletezést – majd kiderül, mely formák a leginkább életképesek.

⁸⁷ A könyv több helyen síkra szállt azért, hogy a beteg érdekében érvényesüljön az 1. elv. Itt az orvos és más egészségügyi dolgozó, valamint a szektorban működő vállalkozók egyéni szuverenitásáért, kezdeményezési jogáért emelek szót.

Sok reformert a pedáns rendérzék és az áttekinthetőség iránti vonzalom késztet uniformizálásra. Magam is szeretem a rendet; de az majd utólag, a helyzet áttekintésekor lesz kialakítható. Szerintem most nincs szükség a létrejövő formák valamiféle szigorú és előre megtervezett egyöntetűségére; arra, hogy azok néhány könnyen definiálható típusba legyenek sorolhatók. Ellenkezőleg, éppen az az egészséges, ha sokféle mutáció jön létre, és természetes úton megy majd végbe a szelekció. Tulajdonképpen a versenyszférában is valami ilyesféle történt.⁸⁸ Ha ott is ez volt a változások menete, ez kétszeresen érvényes az egészségügyi szektorra, amelyben különleges óvatosságra van szükség a változások megvalósításában. Nyilvánvaló, hogy az átalakulás egyik fő vonala a szokványos orvosi magánpraxis továbbterjedése lesz. Miután ez már meghódította az elsődleges alapellátást, azaz a háziorvosi szolgálatot, a további lépés az lesz, hogy szélesebb körben terjedjen a másodlagos szakellátásban, azaz a szakorvosi ambuláns rendelésben is.

Ehhez kapcsolódhatnak az elsődleges alapellátást végző háziorvosok, és/vagy a magánpraxist folytató szakorvosok különböző lehetséges társulásai. Ennek első képződményei már megjelentek; érdemes bátorítani, hogy szélesebb körben jöjjenek létre. Sokféle társulás képzelhető el.

1. Az orvos megmarad, közgazdasági értelemben, egyéni vállalkozónak, de azért több orvosnak együttes ráfordításai is vannak: közös helyiséget bérelnek, közösen alkalmaznak segédszemélyzetet, együttesen vesznek és használnak műszert és más felszerelést.

2. Az orvosok egy lépéssel továbbmennek a társulásban, és közös „céget” alapítanak, amelynek társtulajdonosai és egyúttal dolgozói is. Lehet, hogy e társulási formák könnyen elhelyezhetők a mai vállalati törvények keretei közé (például egészségügyi kft-k jönnek létre). Az is lehet, hogy szükség lesz új törvényi rendezésre, amely kifejezetten az egészségügyi társulások jogi korlátait és kötelezettségeit szabályozza.

⁸⁸ Erről annak idején, a 90-es évek elején sok vita folyt a közgazdászok között. Én magam e vitákban azok oldalán álltam, akik a magánszektor evolutív fejlesztéséért szálltak síkra. Vitában álltam azokkal (például a csehszlovák közgazdászok egy részével), akik gyors és erőltetett privatizálási kampányt szorgalmaztak. A vitáról lásd például MURRELL (1995), POZNANSKI (1995), továbbá STARK and BRUSZT (1997) új könyvét.

3. Az előbbi pontokban olyan orvosokról volt szó, akik a kórházon kívül fogadják a beteget. Meg kellene nyitni a lehetőséget arra is, hogy egy-egy kórházon belül is létrejöjjenek egészségügyi társulások. Ennek két irányzata képzelhető el; mindkettő (amint azt az előző fejezetben láttuk), csírájában már megjelent.

a) Az egyikben a kórház szerződik egy társulással, hogy a kórház épületén belül vegye át, saját felelősségére és saját anyagi elszámolás mellett, annak egy funkcióját. Lásson el például meghatározott diagnosztikai feladatot; üzemeltesse a laboratóriumot; végezzen el meghatározott típusú kezeléseket. Itt a „vevő” a kórház, az „eladó” az orvosi társulás. Némileg az egykori magyar VGMK-ra (Vállalati Gazdasági Munkaközösségre) emlékeztet ez a forma.

b) A másik lehetőség: egy adott egészségügyi társulás kibérli a kórház egyes helyiségeit, ezen felül esetleg egyes infrastrukturális szolgáltatása is. Itt a „vevő” a társulás, az „eladó” a kórház.

Persze, ami a végső finanszírozást illeti, a szerepek megfordulnak. Az *a)* esetben a kórház kapja a pénzt a műveletért a tb-től vagy más finanszírozótól. A *b)* esetben viszont az egészségügyi társulás kapja a pénzt a szolgáltatásért. Ezért a *b)* eset jelenti a „privatizáltság” messzebb menő fokozatát.

A fenti 3. *a)* és 3. *b)* formák, valamint ezek további mutációi tulajdonképpen legális, szabályozott, transzparens formába terelnek olyan tranzakciókat, amelyek eddig a hálapénz és az egészségügyi szürkegazdaság ködébe voltak burkolva. Igen, itt most az orvos pénzt kap azért, mert a betege számára felhasználja a kórház állóitökéjét és személyzetét – de ez nyíltan történik. Legális szerződések korrekt módon szabályozzák, hogy ki mit mennyiért ad és kap.

4. Bátorítani kell, hogy ne csak orvosok, hanem az egészségügy más munkaköreiben dolgozók is éljenek a fenti 1., 2. és 3. formák általuk választott alternatíváival. Ez történhet az orvosoktól elkülönülten, például a masszőrök, a gyógytornászok vagy a házi ápolást végzők külön társulásban működnek, vagy történhet sokágú társulásban, amelyben egyesek vannak orvosi és nem orvosi munkafeladatok.

5. Nem szabad elzárkózni attól, hogy egészségügyi feladatokat ellátó szervezetek tulajdonosai között legyenek olyan természetes vagy jogi személyek, akik maguk nem végeznek egészségügyi munkát. Magyarul, le-

gyenek olyan tulajdonosok (például részvénytársaság esetében olyan részvényesek), akik ezt a szektort egyszerűen a befektetés egyik területének tekintik. Szakítani kell minden előítélettel. Miért ne működhetne a kapitalista magánvállalkozás ugyanolyan hatékonyan ezen a területen, mint másutt? Nem kell előre kijelölni a helyüket, de meg kell engedni, hogy versenybe lépjenek. Törvény tulajdonképpen ma sem tiltja profitért működő magánkórházak vagy rendelőintézetek működését. Inkább a bizalmatlanság légköre és a finanszírozás különböző korlátai, valamint a tb-től valósággal elvárt részrehajlás, azaz a „szektorsemlegesség” elvének megsértése gördítenek akadályokat ez elé. A finanszírozásban kell fordultnak bekövetkeznie, hogy a magánkezdeményezés igazi lendületet kapjon. A finanszírozás problémáiról majd a következő fejezetben lesz szó. Itt most csak a kínálati oldal szempontjait szeretném kiemelni.

A magánkórházak és más egészségügyi magánvállalkozások tevékenységét szigorú szakmai ellenőrzésnek kell alávetni. Kérdés persze, milyen szervezet lássa el az egészségügyi magánszektor szakmai felügyeletét. Ám a kérdés nem kisebb hangsúllyal vethető fel, amint arra már korábban is utaltam, az állami szektor szakmai felügyeletére vonatkozóan is. A felügyelet intézményeinek kiépítése és szerepének jogi rendezése a reform egyik fontos eleme.

Nem szabad megtúrní, hogy az egészségügyi magánszektor a beteg rovására szerezzen profitot. Ugyanakkor szembe kell szállni azzal a rémképpel, amely annak az indoktrinációnak a maradványa, ami minden kapitalistát a vevőt kiszippolyozó vérszívóként állított be. A valóságban a kapitalista vállalat versenyben áll más (magán- vagy köztulajdonban lévő) szervezetekkel a vevőért. Minden ágazatban akadnak eladók, akik minőségrontással próbálnak ideiglenesen többlet profithoz jutni. Ám a tartós sikert csak az a magánvállalkozás éri el, amely jobb minőséget és technikai fejlődést produkál, és mindezt lehetőleg a költségek csökkentése mellett éri el. Igaz, a kórház „veszélyes üzem”, és az a magánvállalat, amely rossz minőségi szolgáltatással akar profithoz jutni, súlyos bajokat okozhat. Aki áldozatul esik, nem vigasztalódik azzal, hogy majd a verseny hosszú távon kirostálja a rövidlátó, kapzsi, pozíciójukkal visszaélő kapitalistákat. A veszély tagadhatatlan, de akkor is fennáll, ha a kórház köztulajdonban van; ott is bajokat okozhat a mindenáron való költségcsökkentés, és általában az emberi gondatlanság. Nem a kórház az egye-

düli veszélyes üzem: a fogyasztót életveszély fenyegetheti a hibás repülőgép-alkatrész, a figyelmetlenül vezetett autóbusz, a gondatlanul kezelt élelmiszer következtében is. Mindezekről a területekről üldözzük ki a magánkapitalizmust és vezessük be újra a köztulajdont?

Ezzel eljutottunk az általános rendszerösszehasonlítás alapkérdéséhez. Ha van tétel, amelyet az elmúlt évtizedek történelmi kataklizmája igazolt, akkor az a következő: a magánvállalkozás, a statisztikai átlagot tekintve, megbízhatóbb minőséget és sokkal gyorsabb technikai fejlődést hoz létre, mint a köztulajdon. Indokolatlan ez elől az igazság elől bármely szférában elzárkózni. A tétel ellenkezőjét nem bizonyítja semmiféle elméleti vagy empirikus tapasztalat.

Mint mondtam, nem javaslom a kapitalisztikus formák erőltetését. Viszont nem tudok egyetérteni elterjedésük hátráltatásával sem. Bátorítani kell a magántulajdon alapján szervezett kórházak, rendelőintézetek és más egészségügyi szervezetek létrejöttét, ha ezt magántulajdonosok, orvosok vagy bármi más háttérrel rendelkezők kezdeményezik. Ha „zöld mezős” új szervezetet akarnak elegendő tőkével létrehozni, ám tegyék. Ha pedig azt ajánlanák fel, hogy kedvező feltételek mellett teljes egészében megveszik egy létező szervezet (például közkórház vagy köztulajdonú rendelő) tulajdonjogát, akkor ez elől sem helyes eleve elzárkózni. Azt kell mérlegelni, hogy milyen kötelezettségeket vállalnak az egészségügyi ellátásban, milyen fejlesztést terveznek, milyen szakmai színvonalat garantálnak, milyen vételárat kínálnak. Mindez a vállalás kedvezőbb-e, mint a szervezet továbbműködtetése (esetleg veszteséges üzemeltetése) az eddigi tulajdonviszonyok mellett? Ezekről a megfontolásoktól kell függővé tenni az eladást. Nem kell tehát kampányt folytatni köztulajdonú szervezetek privatizálására. Viszont jó szemmel kell nézni azt, ha nem pusztán megnyugtató, hanem kifejezetten előnyös feltételek mellett sor kerül privatizálási tranzakciókra.⁸⁹

⁸⁹ A sajtóban közölt hírek szerint folyamatban van a köztulajdonú rendelők és kórházak privatizálásának jogi szabályozása. Nem ismeretes előttem a tervezet konkrét tartalma.

Sajnálatos, hogy – sajtóközlemények szerint – az Egészségügyi Dolgozók Demokratikus Szakszervezete tiltakozik a privatizálás gondolata ellen. (Lásd *Népszabadság*, 1997. június 27. 5. old.) Tanulmányom több oldalról igyekszik megvilágítani, hogy a magánvállalkozás elterjedése nem csak a betegek, hanem az orvosok és más egészségügyi dolgozók számára is előnyös lehet, ha megfelelő feltételek mellett valósul meg.

7.2. A köztulajdonú szektor félpiaci elemeinek erősítése

Kínálati oldalon a 7.1. alfejezetben leírtakat tekintem a legfontosabbnak. A magánszektor erősödése révén keletkező versenyhelyzet jobb teljesítményre fogja ösztönözni az állami tulajdonban maradó szektort is. Emellett azonban a teljesség kedvéért hangsúlyoznom kell: a köztulajdonban maradó szolgáltatási szervezetekben is erősíteni kell a „költéségtudatosságot”. Amint azt az előző fejezet már említette: történt előrehaladás ebben az irányban, és érdemes ezen az úton tovább haladni. Vegyük sorra a 6.2 alfejezetben elemzett jelenségeket.

- Az eddiginél markánsabban, egyértelműbben el kell határolni a tulajdonosi jogköröket és az ezzel együtt járó felelősséget a központi kormányzat, a helyi önkormányzat és a köztulajdonú kórház vagy más egészségügyi szervezet között.

- Szűnjön meg a tb vevői egyeduralma; jelenjenek meg más finanszírozók is. (Erről majd szó lesz a 9.4 alfejezetben.)

- A köztulajdonú egészségügyi szervezet vezetője, például a kórházigazgató, kapjon szabadabb kezet a bérek megállapításában. (Erre is visszatérünk majd.)

- Legyen sokkal mélyrehatóbb és intenzívebb az alku a vevő (főként a tb) részéről a szolgáltatás díjaival kapcsolatban. Nem lehet belenyugodni a „kerül amibe kerül” elvébe. Ez népszerűtlen feladat, amelyben a vevő ne essen túlzásokba; semmiképpen se ártson a beteg érdekeinek – de azért küzdjön erőteljesebben a pazarlás ellen. Az alku másik oldalán az eladó, azaz a szolgáltató, legyen képes kimutatni, mibe kerülnek a különböző műveletek. Sokkal megbízhatóbb költségkimutatásra, költségelemzésre, statisztikára lenne szükség.

- Meggondolandó, hogy nem túl nehézkesek-e a beszerzés jelenlegi jogi korlátai. Nem lehetne-e kevesebb megkötöttséggel is kellőképpen védekezni a korrupció kísértései ellen?

- Felül kell vizsgálni egyfelől az értékcsökkenés jelenlegi elszámolási rendjét, másfelől a beruházásokkal és felújításokkal kapcsolatos döntési jogkörök eloszlását. Ez szorosan összefügg a jelen felsorolás első tételével, a tulajdonosi jogok eloszlásának felülvizsgálatával. A mai végletes centralizációhoz képest számottevő decentralizálásra lenne szükség. Enélkül lehetetlen érvényesíteni a hatékonyság ösztönzését megkövetel-

lő 4. elvet. A közkórház és más köztulajdonú egészségügyi szervezet vezetése, valamint a tulajdonosi jogokat gyakorló felettes intézmény felelős a szervezet álló- és forgótőkéjének állapotáért, az állag megőrzésért és a fejlesztésért. Ahhoz, hogy a felelősségvállalást ki lehessen kényszeríteni, hozzájuk kell delegálni a szükséges döntési jogköröket és finanszírozási forrásokat.

– Meg kell keményíteni minden köztulajdonú egészségügyi szervezet költségvetési korlátját.⁹⁰ Ez talán még nehezebbnek ígérkezik, mint a vállalatok költségvetési korlátjának megkeményítése. Mégis meg kell követelni: ne mentsék ki automatikusan azt a szervezetet, amely nem képes kifizetni az adósságait. Ilyenkor élesen fel kell vetődnie annak: alkalmas-e a vezető a veszteséges szervezet irányítására? És még tovább menve: életképes-e a szervezet? Nem indokolt-e, hogy más, a költségeit bevételeiből fedezni képes szervezet, például egy magánvállalkozás lépjen a helyébe?

Végeredményben azt javaslom, hogy a tulajdonformákat tekintve többszektoros szolgáltatás alakuljon ki. A köztulajdonú szektor koordinációját számottevő mértékben decentralizálni kell; kapjon nagyobb önállóságot a szervezet vezetője. Ugyanakkor az organikus, evolutív fejlődés jegyében növekedjék, az eddiginél lényegesen gyorsabb ütemben, a magánszektor.

7.3. Az orvostársadalom és a reform

Az egészségügyben elképzelhetetlen olyan reform sikeres megvalósítása, amelyet az orvosok többségének akarata és tiltakozása ellenére erőltetnének keresztül. Fontos, de nem igazán kulcskérdés, milyen az orvosok pillanatnyi hangulata a változások ügyében. Voltak ügyetlen, rosszul előkészített vagy végig nem gondolt intézkedések, amelyek inkább a status quo, mintsem a reform oldalára állítottak sok orvost. Ez

⁹⁰ Az új-zélandi reform egyik lényeges eleme volt ennek a követelménynek az érvényesítése. A közkórházakat ún. Kincstári Egészségügyi Vállalkozásokká szervezték át, amelyekről ugyan nem várják el a profit maximalizálását, de azt igen, hogy ne legyenek veszteségesek. Lásd PETE (1997), 57-58. old.

megváltozhat. Az igazán perdöntő kérdés, hogy mit diktál az orvos tartós érdeke. Ide értem azt is, hogy az orvos nemcsak a saját közvetlen anyagi szempontjaira gondol, hanem messzemenően kész azonosulni a beteg érdekével is.

A reformok kétségkívül változtatnak az orvos pozícióján, ami nyereségekkel és veszteségekkel jár majd együtt. A szorosabban vett specializációtól, a hierarchiában elfoglalt státusztól, az egyéni képességektől és némileg a szerencsétől is függ, hogy az egyén mit nyer és mit veszít. Mindenesetre tekintsük át a fő nyereség- és veszteségtípusokat.

Az eddigi egészségügyi mechanizmus, ironikusan szólva, sajátos feudális-oligarchikus jogosultságokat alakított ki. Az a kórházi orvos például, aki meghatározott számú ágy használatáról rendelkezett, szinte garantált hatalomhoz és hálapénz bevételekhez jutott. A szívességek és ellenszívességek láncolatán át saját betegeit és a barátok, kollégák betegeit el tudta helyezni az általa előnyösnek ítélt kezelési pontokra. Aki az így létrejött kapcsolati hálózatban jól megtalálta a helyét, az esetleg attól fél, hogy egy reform szétzilálja a hálózatot és aláassa az ő kis birodalmát.

Miközben ez az aggodalom nem légből kapott, mégis joggal hozhatók fel megnyugtató érvek. A nyíltabb, korrektebb, jogszerűbb tranzakciók világában is megtalálja a maga előnyös helyzetét az, aki szakmailag kiválóbb a társainál. És megtalálja a helyét az is, aki, kielégítő orvosi szakmai tudással kombinálva, más fontos képességekkel is rendelkezik: ügyes és találékony vállalkozó, jó kapcsolatteremtő, pénzügyekhez, adminisztrációhoz, menedzseléshez értő ember. Ne becsüljük le ez utóbbi erényeket; ezek nem kevésbé fontosak az egészségügyi szektorban, mint a társadalom bármely más szférájában.

Az orvosok jelentős része csak szemérmesen beszél a keresetekről. Nézzünk szembe ezzel a kérdéssel. Nincs ok félni attól, hogy a legális magánszektor, a verseny és a piac kiterjedésének leszorítaná az orvosok keresetét. Igaz, egyre inkább megszűnnének a hálapénzek, ennek azonban a legtöbben tulajdonképpen örülnének, hiszen az sokszor hozta kényelmetlen, sőt megalázó helyzetbe az orvost. Viszont előbb-utóbb bizonyára erőteljesen emelkednének a legális keresetek. A 18. és 19. táblázatok német és amerikai adatokkal egyértelműen igazolja, hogy minél kiterjedtebb a magánszektor és a piaci koordináció mind a kínálati,

18. táblázat. Orvosi keresetek Németországban

Összehasonlítási alap	Orvosi átlagkereset más csoportok átlagkeresetéhez viszonyítva (százalék)	
	1989 (Nyugat-Németország)	1992 (Egyesített Németország)
Összes foglalkoztatott	313	404
Állami alkalmazott	296	382
Építészek	214	163
Ügyvédek	140	144

Forrás: Az adatokat Roland Habich (German Institute of Economic Research, Berlin) állította össze a hivatalos német jövedelemadó-statisztika alapján.

mind a keresleti oldalon, annál magasabbak az orvosi keresetek, relatíve, a nemzetgazdaság átlagkereseteihez képest. Ezt támasztja alá többek között a két táblázat által leírt kereseti arányok eltérése is: az Egyesült Államokban, ahol nagyobb a magánszektor részaránya, nagyobb az olló, mint Németországban, ahol kisebb a részarány. Figyelemre méltó azonban, hogy még Németországban, a társadalombiztosítás szülőföldjén is, milyen magasak az átlagkeresetekhez viszonyítva az orvosi keresetek, és ez az olló az időben tovább nyílik. Az a tény, hogy az orvos számára nyitva áll a köztulajdonú szektorból való kivonulás lehetősége, felfelé nyomja a köztulajdonú szektorban elérhető kereseteket is.

Még egy érdekes tanulság adódik ebből a két táblázatból: az orvosi szakma keresetei az értelmiségi szakmák élén állnak, meghaladva a mérnökök és ügyvédek átlagos keresetét. Az amerikai adatok közül külön is figyelmet érdemelnek az orvosi szakmán belüli kereseti arányok. A radiológus, aki Magyarországon nem részesül hálapénzben és ezért jóval kevesebbet keres, mint a sebész, az Egyesült Államokban sebész kollégáinál többet keres.

Annak a magyar orvosnak, aki jövedelmét féltene a nyílt, legális magán-vegyenységtől, érdemes átgondolnia e két táblázat tanulságait. A konszolidált, több tulajdonformát párhuzamosan működtető, „többszektoros” kapitalizmus sohasem lenne képes oly mértékben leszorítani az orvosi munka kompenzálását, mint amilyen sikeresen a szocializmus tette. És tegyük hozzá: amilyen sikerrel folytatódik a bér-

19. táblázat. Orvosi keresetek az Egyesült Államokban az átlagkeresetekhez viszonyítva (százalék)

Megnevezés	1993-as adatok Átlagkereset = 100
Orvosi keresetek átlaga	496
Háziorvos	350
Általános sebész	716
Aneszteziológus	701
Radiológus	763
Egyetemi végzettségűek átlagos keresete = 100	
Orvosi keresetek átlaga	286

Forrás: A viszonyítási alapként használt átlagkeresetekre vonatkozó adat forrása: U.S. BUREAU OF THE CENSUS (1996), 462. old. Az orvosi szakmák keresetére vonatkozó adatok forrása: Physician Payment Review Commission (1996), 307–320. old. A táblázat adatait Karen Eggleston állította össze.

Megjegyzés: Az egyetemi végzettségűek csoportján azokat kell érteni, akik az amerikai B. A. fokozattal rendelkeznek, de annál magasabb (Ph.D.) fokozatot nem szereztek.

leszorítási és bérbefagyasztási utóvédharc a jelenlegi félszocialista, piaci szocialista egészségügyi szektorban. A keresetek növelésének hatásos eszköze az orvostársadalom számára nem a bérharc és a „nyomásgyakorlás”, hanem az elmozdulás a magánkezdeményezés és magánvállalkozás irányába.

A reform nem ígérhet, és ne is ígérjen fizetésemelést. Viszont ígérje meg azt, hogy ebben a szektorban is szabadabban érvényesül majd a munkaerőpiac bérmeghatározó szerepe. A közalkalmazotti törvény nem védi az orvosi és ápolónői fizetéseket, hanem elősegíti befagyasztásukat és lassítja a fagyasztás alóli felolvadást. Minél több a magánszférában végzett szolgáltatás ellenében kapott legális díjazás, annál inkább emelkednek majd, spontán módon, a piac hatására, az egészségügyi szektorban dolgozók jövedelmei.

Az anyagiakon túlmenően még egy szempontot érdemes az orvostársadalomnak mérlegelnie. A sztálinizmus korszakának egészségügyi rendszere, a reform előtti klasszikus szocialista mechanizmus egy óriási centralizált, bürokratikus-hierarchikus gépezet csavarjaivá degradálta az orvosokat. Nemcsak a beteg, hanem az orvos és más egészségügyi dol-

gozó érdekében is hivatkoznunk kell az 1. etikai posztulátumra, az egyén szuverenitásának követelményére. A decentralizálás, az egymás mellett működő többféle tulajdonforma, a lehetséges munkahelyek közötti szabadabb választás, a vállalkozások versengése erősíteni fogja az orvos és a többi egészségügyi dolgozó egyéni autonómiáját.

8. Ajánlások: a keresleti (finanszírozási) oldal az alapvető ellátás szférájában

8.1. A reform két szakasza

A finanszírozás mechanizmusának megváltoztatása sokkal több és nehezebb problémát vet fel, mint a szolgáltatási oldalé. Ezért két lépésben tárgyaljuk. A jelen alfejezetben megkísérlem felvázolni, minél tömörebben, az általam ajánlott reform fő vonásait és időbeni szakaszolását. Ebben az első megközelítésben szándékosan átfogó, nem specifikus kifejezéseket használok. A probléma felbontására, egy-egy összefüggés alaposabb elemzésére, és ezzel együtt a fogalmak pontosabb definiálására lépésről lépésre haladva a fejezet hátralévő részében kerül majd sor.

Azt ajánlom, hogy a reformfolyamat két szakaszban menjen végbe. A szakaszok hosszáról majd még szó lesz, de annyit előre bocsátanék, hogy már az első szakasz is bizonyára sok évet vesz majd igénybe. A finanszírozás mechanizmusát az *első szakasz* végére érve a következő vonások jellemeznék.

1. Az alapvető ellátás⁹¹ finanszírozásának fő forrása az állam. Az állam ezt a kiadást a lakosság kötelező befizetéseiből fedezi.

2. Az alapvető ellátás finanszírozásának kiegészítő forrása az alapvető ellátást igénybe vevő ügyfél közvetlen pénzbeli hozzájárulása. Az állam és a beteg költségmegosztásában az előbbire hárul a teher túlnyomóan nagy része. Ám az utóbbi se legyen zéró, hanem nagysága legyen „érezhető”.

3. Méltányos közteherviselés alakul ki az egészségügy terheinek elosztásában. Minden jövedelemre olyan közteher rakódik rá, amely az egészségügy finanszírozását szolgálja.

⁹¹ Az „alapvető egészségügyi ellátás” fogalmát a 8.7. alfejezet vizsgálja meg. Addig is kénytelen vagyok használni a kifejezést, abban a reményben, hogy az olvasó így is intuitív módon érzékeli a jelentését.

4. A szolgáltatási oldaltól elválasztott centralizált szervezet felelős annak az összegnek az allokálásáért, amelyet az állam az alapvető ellátás finanszírozására költ. (Ez az „egyetlen fizető”, angolul „single payer” rendszere.)

5. Kifejlődött az egészségbiztosítással foglalkozó nem állami biztosítási pénztárak és kommerciális magánbiztosítások hálózata. Az állampolgár megnyugtató feltételek mellett köthet kiegészítő magánbiztosítást, amely olyan szolgáltatásokat fedez, amelyekre nem jogosult az alapvető ellátás keretében.

6. A szolgáltatás számottevő részét látja el az orvosok és más egészségügyi dolgozók legális magánpraxisa, illetve általában az egészségügyi magánszektor. (Lásd az előző fejezetet.)

7. Az 1–6. pontokban felsorolt változások hatására megszűnik a hálópénz rendszere.

A *második szakaszban* módot kell adni arra, hogy az alapvető ellátás finanszírozásába bekapcsolódjanak olyan biztosítási szervezetek, amelyek a centralizált finanszírozó szervezeten kívül működnek. Amíg az első szakaszban csak a kiegészítő ellátás működik decentralizált finanszírozással, addig a második szakaszban megteremtik annak jogi és adótechnikai feltételeit, hogy az alapvető ellátás finanszírozásában is részleges decentralizálás menjen végbe.

8.2. Az átláthatóság követelménye

Kiindulópontnak vegyük a 2. fejezetben előadott 6. elvet, az átláthatóság követelményét. Az egészségügy finanszírozását jelenleg sűrű homály fedi az átlag állampolgár elől. Sokféle félrevezető állítás, ellentmondás, illúzió és téves tudat zavarja meg a tisztánlátását.

Azt hirdetik a régi jóléti rendszer népszerűsítői, hogy az egészségügyi ellátás ingyenes. Ezt berzenkedve hallgatja az állampolgár, mert tudja, hogy az esetek egy részében hálópénzt fizet, és mert újabban legálisan is kötelezik, legalábbis egyes szolgáltatások esetében, hogy közvetlen hozzájárulást fizessen.

Az ingyenesség más szempontból is illúzió. Az állam nem ajándékba

adja az ingyenes ellátást, hiszen az állampolgár tb-hozzájárulást fizet, emellett az ő adójából fedezi a költségvetés a tb deficitjét.⁹²

Jórészt illuzórikus a munkavállalónak az a hite, hogy ő a tb-hozzájárulásnak csak egy részét fizeti, mert a többit nem ő, hanem a munkaadó állja. Mi történne, ha a munkavállaló eddigi bruttó béréhez hozzáadná a munkavállaló által fizetett egészségügyi tb-járulékot, amit azután a munkavállaló így megnövelt béréből vonnának le? Mindössze egyetlen tételt kellene kicsit módosítani a béreszámolás számítógépes programján. Ettől sem a tb bevétele, sem a munkavállaló nettó bére nem változna, utóbbi csupán egy illúzióval lenne szegényebb.⁹³

Homályos a tb-járulék elnevezés is. Annak ellenére, hogy társadalombiztosítási díjnak minősítik, a szó eredeti értelmében nem az, hiszen a tb funkciójában keveredik a biztosítóintézeti tevékenység az állami redistributív szerepkörrel. Egy igazi biztosítóintézet különböző „biztosítási termékeket”, más szóval alternatív biztosítási szerződéseket kínál fel. A különböző biztosítási szerződések eltérnek egymástól abban, hogy milyen fajta esemény költségeit térítik meg; milyen mértékben fedezik a veszteséget; milyen egyéb feltételhez kötik a szolgáltatást és így tovább. Viszont meghatározott tartalmú és érvényű szerződésnek egységes az ára, ami nem függ a biztosított jövedelmétől. Ahogy ugyanazért a virsliért vagy ugyanazért az autóért az adott büfé vagy autószalon azonos árat kér minden vevőjétől, úgy azonos biztosítási szerződésért azonos díjat számítanak fel minden ügyfélnek. Az a tény,

⁹² Egy kutatócsoport, a szerző kezdeményezésére és közreműködésével, a TÁRKI keretében megkísérelte számszerűen is felmérni a lakosság adótudatosságának, illetve fiskális illúzióinak mértékét. A lakosságnak kb. 14 százaléka nem tudja, vagy bizonytalan abban, hogy tb-járulékokat vonnak le a keresetéből. Annak a csoportnak, amely tisztában van a levonás tényével, 16-24 százaléka nem ismeri a járulékkulcsokat.

Amikor a kérdezőbiztosok becslést kértek arra, hogy mekkora adóterhet ró az állampolgárra az egészségügyi ellátás, a megkérdezettek 21 százaléka nem tudott semmilyen választ sem adni, 39 százaléka pedig lényegesen alábecsülte az adóterhet. [Lásd CSONTOS, KORNAI, TÓTH (1997), 5-7. old.]

⁹³ Az egészségügyi reformról folyó németországi vitákban felvetődött a javaslat: emeljük meg („bruttósítsák”) a munkabéreket a munkaadói járulék mértékében, és ettől kezdve a munkavállaló maga fizesse a járulékot. Ez megszüntetné a „munkaadói hozzájárulás” fiskális illúzióját. Lásd GEDEON (1997), 51. old.

A javaslatra még visszatérek.

hogy azonos termékért eltérő árat, azonos „biztosítási szerződésért” a jövedelemtől függően eltérő tb-járulékot kell fizetni, bizonyítja: itt keveredik a biztosítási díj és a redisztributív jövedelemadó.

Van olyan család, nem is kevés, amely többet fizet be, járulékai révén, mint amennyit kap az egészségügyi szektortól. Ez a helyzet, ha a családnak aránylag magas a járulékköteles jövedelme, kevés az eltartott családtag, és kevéssé veszik igénybe az alapvető egészségügyi szolgáltatásokat. Nem ritka azonban az olyan állampolgár, aki tévedés áldozata: azt hiszi, hogy járuléka révén többet fizet, mint amennyit kap, holott az ellenkezője az igaz.

A reform egyik vezérlő motívuma legyen az, hogy ezt a sokféle homályt, félreértést és illúziót kiküszöböljük. Minél világosabban látja az állampolgár a kapcsolatot a ráfordítás és az eredmény, a közteher és a közkiadás között, annál több megfontoltságra számíthatunk követeléseinek kialakításában és politikai választásaiban.

8.3 „Megcímkezett” befizetés és az alapvető egészségügyi ellátás deficitje

A következő szabályok alkalmazását javaslom:

a) Legyen a befizetés „megcímkezve”. Törvényesen garantálni kell, hogy az az összeg, amelyet az alapvető egészségügyi ellátás céljára fizet be az állampolgár, csak erre a célra legyen felhasználható. Empirikus vizsgálatok igazolják, hogy az emberek könnyebben hajlanak adófizetésre, ha pontosan tudják, mire használják fel a pénzüket.⁹⁴

b) Csak annyit költsenek az alapvető egészségügyi ellátásra, amennyit az állampolgárok megcímkezve erre a célra fizetnek. Legyen tilos az alapvető egészségügyi ellátás deficitjének fedezése általános, megcímkezetlen adóbevételből.

A *b)* ajánlás igen erős tilalmat tartalmaz. Hadd fűzzek hozzá néhány kiegészítő megjegyzést.

⁹⁴ Egy amerikai vizsgálat, amely Maryland államban végzett közvélemény-kutatást [HAYNES and FLORESTANO (1994)], megállapította, hogy jóval többen helyeslik az adónevek megcímkezését a felhasználás irányának megfelelően, mint ahányan ellenzik azt. A megcímkezett adók közül az egészségügy kapta a legnagyobb támogatást.

Javaslatom nem foglal állást abban, hogy az állami költségvetés mit tegyen a tb-deficit ügyében 1997-ben, 1998-ban vagy akár 1999-ben. Csupán azt indítványozom: mire a reform első szakasza véget ér, szűnjék meg a deficit automatikus fedezése. Egyértelmű és átlátható kapcsolatot kell teremteni az alapvető egészségügyi ellátás céljaira történő állampolgári befizetés és költség között.

Befizetések és kifizetések között keletkezhetnek időbeni eltérések; kialakulhat átmeneti deficit. Ennek fedezésére pénzügyi tartalékot kell képezni az első szakasz folyamán.

Nem zárom ki azt a lehetőséget, még az első szakasz befejezte után sem, hogy átmeneti deficit esetén az állam mentse meg az alapvető egészségügyi ellátást finanszírozó intézményt a csődtől. Ám a kimentést előzze meg szigorú vizsgálat, amely felderíti a hiány okát. A kimentés ne támogatás, hanem visszafizetendő hitel formájában történjék, és a visszafizetést ki is kell kényszeríteni. Más szóval: tartsák be a kemény költségvetési korlát követelményeit.

A deficit tilalmát nemcsak a prudens fiskális fegyelem követeli meg. Ez szükséges az átláthatóság és a demokratikus kormányzás érdekében is. Az állampolgárok közössége döntsön, megfelelő demokratikus processzus útján arról, hogy mennyit szán alapvető egészségügyi ellátásra, és ne a pénzügyminisztérium, a népjóléti minisztérium és a tb egymással alkudozó tisztviselőinek értekezlete. Ehhez az kell, hogy a megcímkezett járulék az utolsó fillérig fedezze a megcélzott kiadást.

8.4. Társadalombiztosítási járulék helyett egészségügyi adó

Mire a reform első szakasza véget ér, az eddig fizetett társadalombiztosítási járulék szűnjön meg és váltsa fel az egészségügyi adó. Nem egyszerű átkeresztelésről van szó. Ez az ajánlott módosítás, amint az majd a következő alfejezetből kiderül, összekapcsolódna a közteherviselés átrendezésével. Utóbbi jogi és politikai feltételeinek megteremtéséhez és a lakosság támogatásának megszerzéséhez szükséges, hogy egyértelművé tegyünk a változás tartalmát.

Nevezzük nevén a gyereket. Nem biztosítási díj, hanem egy speciális adónem megfizetésére kötelezzük a lakosságot. A tb közvetítésével

végbemenő ügyletek magukban foglalják a kockázat megosztását a jövőbeni beteg és egészséges állampolgárai között, és ennyiben van biztosítási vonásuk is. Dehát ez elmondható sok egyéb közkiadásról is, amelynek van biztosításként felfogható komponense. Az állampolgár azért tartja fenn a rendőrséget, mert hátha őt akarják meglopni vagy meggyilkolni: a meg nem lopottak és meg nem gyilkoltak pénzéből transzfer történik a tolvajok és gyilkosok üldözésére. A békében élő nemzedékek előre fizetnek katonai kiadásra, hátha háború lesz. A biztosítási komponens nyilván erősebben érzékelhető az egészségügyi célra beszedett és kifizetett összegek esetében. Amikor megfizetem majd az egészségügyi adómat, akkor ezzel mintegy biztosítási szerződést kötök az állammal, hogy az én alapvető ellátásomat is fedezze. Mivel azonban már most is és az ajánlott reform után is igen erős maradna a befizetés és a kiadás között végbemenő redisztribúció, a tisztességes tájékoztatás és átláthatóság érdekében adónak kell nevezni a befizetett összeget.

Ennek megfelelően a befizetési kötelezettséget nem a biztosítási ügyletekre vonatkozó jogi és üzleti korlátozások határolják be (szolgáltatásért díjazás), hanem az adózásra vonatkozó jogi, politikai és közgazdasági korlátozások. Ez a probléma élesen vetődött fel a kormányzat 1995–1997-es stabilizációs-kiigazítási programjának megvalósítása során. A tb-járulékra vonatkozó fizetési kötelezettség tervezett kiterjesztésekor az Alkotmánybíróság azzal az indokolással semmisített meg egyes rendszabályokat, hogy azok megsértik a biztosítási szolgáltatás és díjfizetés közötti arányosság elvét. Meggyőződésem szerint sokkal mélyebbre ható reformmal kell elejét venni annak, hogy az alkotmányjogi kérdés ebben a formában egyáltalán felvetődjék. Törvénynek kell kimondania, hogy a lakosság *nem* biztosítási járulékot fizet a tb-nek, hanem speciális, megcímkezett adót az államnak. Adót sem lehet önkényesen kivetni; az adóztatásnak is vannak alkotmányos korlátai – de csak ezeket az adókra vonatkozó tágabb korlátokat kell az egészségügyi adó kivetésénél betartani, nem pedig a biztosítási ügyletekre vonatkozó szűkebb korlátokat.

8.5. Méltányos egészségügyi közteherviselés

Az előző alfejezetben tett ajánlással a „tb-járulék” problémakörét átveztük a „normális adózás” problémakörébe. Köztudomású, hogy milyen sok elméleti és gyakorlati nehézség merül fel a közterhek elosztásával kapcsolatban. Tartózkodni szeretnék attól, hogy ennek a dilemmadzsungelnek minden ágába belebonyolódjak; néhányat azonban nem tudok megkerülni.

A jelenlegi állapotról ad képet a 20. táblázat. Kiáltóan jelzi az egyik fő problémát; nevezetesen azt, hogy az összes teher aránytalanul nagy része hárul a bérből és fizetésből élő alkalmazottakra. Kerekítve a számokat, elmondható: a tb juttatásaiban részesülők egyharmadának vállára nehezedik a finanszírozás kétharmada. Ezt az aránytalanságot korrigálni kell.

20. táblázat. A tb által finanszírozott természetbeni egészségügyi szolgáltatás és a finanszírozási teher (járulékfizetés) eloszlása 1995-ben

Kategória	Átlagos egy főre jutó évi kiadás (Ft)	A lakosság hányada (százalék)	A szolgáltatás hányada (százalék)	A finanszírozás hányada (százalék)
Nyugdíjasok	51 350	23,2	44,8	21,3
Alkalmazottak	20 708	31,1	24,3	68,0
Egyéni vállalkozók	20 708	7,5	5,9	3,3
Munkanélküliek	18 474	2,2	1,6	1,7
Egyéb jogosultak	17 300	36,0	23,4	5,7

Forrás: WORLD BANK (1997).

Megjegyzés: Az „egyéb jogosultak” körébe tartoznak a saját jogon biztosítottak által eltartott családtagok, továbbá azok, akiknek járulékait a költségvetés utalja át. A nyugdíjasok hozzájárulását nem a nyugdíjból vonták le, hanem azokat saját összes költségvetése terhére a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat utalta át, a nyugdíjakkal arányosan. Amint a tanulmány szövegéből kitűnik, 1997-ben ez az átutalás megszűnt.

A helyzet nem azért alakult így, mert azok, akik a pénzügyi rendszert tervezik, igazából ezt a fajta tehermegosztást szeretnék megvalósítani. Az arányokat elsősorban az befolyásolta, hogy a szabályos munkaviszonyban álló emberek keresményéből könnyű levonni a hozzájárú-

lást, míg másoktól nehéz beszélni, akár adótechnikai, akár jogi, akár társadalmi-politikai okok következtében. Ám még ha meg is magyarázható a kialakult helyzet, semmi sem indokolja a konzerválását. Sokkal bátrabban hozzá kellene nyúlni a feladathoz, amelyről tudom, hogy igen kényes.

Nézetem szerint a legfontosabb az adóalap kibővítése; mint ahogy általában ez – és nem az adókulcsok növelése – a bevételi oldal növelésének nyitja.⁹⁵ Ha az adóalap kibővülne, akkor az alapvető ellátás jelenlegi színvonalának fenntartásához csökkenteni lehetne a befizetési kulcsokat. Illetve, ha a színvonalat növelni akarnánk, akkor azt meg lehetne tenni a kulcsok emelése nélkül. (Erre még visszatérek.)

Egyszerű és jól áttekinthető szabályt ajánlanék. Az egészségügyi adó legyen „semleges”, ne kezelje eltérően a jövedelmeket, bármely forrásból származzanak is. Bárhonnet, bármilyen jogcímen jut hozzá jövedelemhez az állampolgár, annak meghatározott százaléka „megcímkézve” befizetendő egészségügyi adóként. Nem szeretnék új kategóriákat ebből az alkalomból kitalálni és új elnevezéseket bevezetni. A mai magyar adózás gyakorlatából kell átvenni az adóköteles jövedelem alkalmas definícióit. Minden adóköteles jövedelmet egységes kulcs alapján (azaz lineárisan) meg kell terhelni egészségügyi adóval. Nemcsak munkajövedelem után kell egészségügyi adót fizetni, hanem tőkejövedelem után is, amennyiben az egyébként is adóköteles.

A munkavállalói jövedelmek, amelyek magukban foglalják a béreken és kereseteken felül a munkaadó által fizetett tb-járulékot is, képezték

⁹⁵ A jóléti szektor reformjáról folyó franciaországi vitákban is felvetődött hasonló gondolat. Több szakértő ajánlotta, hogy a járulékfizetési kötelezettséget, az adófizetéshez hasonlóan, ki kellene szélesíteni. Érvelésük a következő: mivel az egészségügyi ellátást kiterjesztették az egész társadalomra, nem indokolt, hogy csak a bérből és fizetésből élők fizessenek járulékot. Lásd NAGY (1997), 34. old.

A németországi vitákban is hangot kapott az a bírálat, hogy egyoldalúan terhelik a jóléti rendszer fenntartásával a bérből és fizetésből élő aktív lakosságot. A lakosság aktív része ilyenformán támogatja például azokat is, akik erre nem szorulnak rá, mert tőkejövedelmeik vannak. Lásd GEDEON (1997), 53. old.

Az Egyesült Államokban folyó vitákban is elhangzanak hasonló javaslatok. Az Amerikai Közgazdasági Társaság 1996. évi elnöke, Victor R. Fuchs, az egyik legtekintélyesebb egészségügyi közgazdász elnöki előadásában állt ki az általános egészségügyi adó bevezetése mellett. Lásd FUCHS (1997), 16–20. old.

1995-ben az összes ún. elsődleges jövedelem 67 százalékát.⁹⁶ A 33 százaléknyi „résben” képződő jövedelmek mostanáig vagy egyáltalán nem, vagy csak sokkal kisebb mértékben járultak hozzá az egészségügy finanszírozásához, mint a bérek és keresetek.⁹⁷ Megadóztatásuk, és ezzel összefüggésben a szürkegazdaság elleni fellépés problémája, bármily fontosnak tartom magam is, kívül esik a jelen tanulmány tárgykörén. Itt csak annyit jegyzek meg: amilyen mértékben sikerül ebben a tekintetben előre haladni, olyan mértékben növekedjék az egészségügyi adó alapja is.

Az egészségügyi adó megkerülésének megnehezítése érdekében fenn kell tartani azt a gyakorlatot, hogy minden állampolgár, akinek jövedelemszerző tevékenysége van, illetve saját jogon jövedelemhez jut, fizessen meghatározott összegű minimális adót azért a jogért, hogy önmaga és önálló jövedelemmel nem rendelkező, általa eltartott családtagjai részesülhessenek az alapvető egészségügyi ellátásban. Tehát meghatározott jövedelemhatárig fix összegű adó fizetendő, e fellett pedig a határt meghaladó jövedelemmel arányos adó.

Javaslatom szerint az adózási szabály egyöntetűségétől, mind az adó fix, mind pedig a keresettel arányos részével kapcsolatban, csak kivételes kategóriákban szabad eltérni. E kivételek által érintett jövedelmek aránya és az engedmény mértéke jóval kisebb annál, mint amilyen az eddigi tb-járulessal meg nem terhelt jövedelmek aránya volt az összes jövedelmekhez képest. Éppen ez a változtatás egyik célja: a kivételek ellenére is szélesedjék az adóalap. A következő kivételezéseket célszerű megtenni.

1. *Rászorultak.* Azokat a családokat, amelyeket a mindenkori érvényes magyar adótörvények rászorultnak minősítenek, egyáltalán nem szabad egészségügyi adóval megterhelni. Őket nem tekintjük a rendszer „potyautasainak”, hanem nehéz sorsú embereknek, akiknek a szolidaritási elv alapján segít a többi állampolgár. Az előző alfejezetben le-

⁹⁶ KSH (1996c), 83. old.

⁹⁷ Így például 1995-ben azok, akiket a magyar adózási definíciók egyéni vállalkozónak minősítenek, átlagban csupán a munkások és alkalmazottak tb-járulessának egyötödét fizették. (A könyv 20. táblázatának adatai alapján kiszámítható, hogy a bérből és keresetből élő alkalmazottak hozzájárulása 4,97-szorosa annak, amit átlagosan az egyéni vállalkozók fizetnek.)

írt általános szabályt úgy kell értelmezni, hogy az összes egészségügyi adó fedezze minden állampolgár alapvető ellátását, beleértve a rászorultakét is.

2. *Rokkantak, egészségileg fogyatékosok és más fizikai hátrányban szenvedők.* Nem foglalok állást abban, hogy egészségügyi ellátásuk finanszírozása melyik csatornán át történjék. A 2. fejezetben kifejtett állásfoglalás, a 2. elv világossá teszi: nézetem szerint a társadalomnak erről mindenképpen gondoskodnia kell. Az eddig kifejtett szempontokkal leginkább az a megoldás fér össze, hogy az egészségügyi adó eleve fedezze az ő ellátásuk költségeit is, amelyek lényegesen magasabbak az átlagosnál. Az egészségügyi adó tehát itt is, akárcsak az 1. kategóriánál, nyíltan tartalmazna egy szolidaritási-redisztributív elemet: az ép fizikumúak adója segíti a rokkantak és fogyatékosok egészségügyi ellátását.

3. *Az idősek.* A klasszikus szocialista rendszerben az idős emberek kizárólagos jövedelme az állami nyugdíj volt. Ez már ma sem így van. A jövőben, a többpilléres nyugdíjrendszer fokozatos kiépülésével, valamint a hosszú távú megtakarítási és befektetési lehetőségek bővülésével egyre kevésbé lesz így. A következő szempontokat kellene, nézetem szerint, alkalmazni.

Csupán a nemzedékközi szolidaritás elvén nyugvó „felosztó-kirovó” (angolul: pay as you go) alrendszeren belül fizetett nyugdíjak (első pillér) részesüljenek speciális kedvezményekben. A kötelező befizetéseken alapuló egyéni számlák alapján fizetett nyugdíjakat (második pillér) és az önkéntes nyugdíjbiztosítási szerződések alapján fizetett nyugdíjakat (harmadik pillér) ne mentsék fel az egységes egészségügyi adó fizetése alól.⁹⁸ Ugyancsak ne mentsék fel az idős nemzedékek semmilyen egyéb munka- vagy tőkejövedelmét sem.

Az első pillér szerinti nyugdíj után maga a nyugdíjas ne fizessen egészségügyi adót. Helyette vagy (A) az állami költségvetés, vagy (B) az elsőpilléres nyugdíjakat folyósító szervezet (azaz a jelenlegi intézményi

⁹⁸ Lehetséges, hogy ez az ajánlás ütközik jelenleg érvényes adótörvényekkel és az új nyugdíjtörvénnyel. Ez esetben meg kell vizsgálni, hogyan lehet ezeket a törvényeket hozzáigazítani a fenti elvhez. Az ajánlott elvet nyilvánvalóan csak az esetleges törvénymódosítások utáni nyugdíjszerződésekre szabad alkalmazni, az addig szerzett jogokat tiszteletben kell tartani és nem szabad utólag visszavenni.

keretek között a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat) fizesse meg az adót. Ennél a befizetésnél alkalmazzák a nyugdíjakkal arányosan ugyanazt az egységes egészségügyi adókulcsot, ami a többi jövedelemnél használatos. Ezen a helyen nem kívánok állást foglalni abban, hogy az (A) vagy a (B) eljárást indokolt-e bevezetni. Mindkét esetben nemzedékközi redisztribúció megy végbe: az aktív életkorúak fizetik a nyugdíjasok helyett az egészségügyi adót. Az (A) esetben ebben a nemzedékközi redisztribúcióban részt vesz minden adózó, míg a (B) esetben csak azok, akik nyugdíjjárulékot fizetnek.⁹⁹

Egyébként a nemzedékközi redisztribúció nemcsak az elsődleges nyugdíjakhoz kapcsolódva megy végbe, hanem az egész alapvető ellátási szféra ráfordításainak allokációjában is. Egy pillanatra tegyük fel, mondanivalóm egyszerűbb megvilágítása kedvéért, hogy nem részesítjük speciális bánásmódban még az elsődleges nyugdíjakat sem, és kivétel nélkül minden öregkori jövedelem után ugyanannyi százaléknyi egészségügyi adót kell fizetni, mint amennyit a fiatalabbak fizetnek. Még ebben az esetben is sajátos fajta redisztribúció zajlik le. A nyugdíjas azonos kulcs szerint fizetne, miközben rá átlagban sokkal többet költ az alapvető egészségügyi ellátás rendszere. Az igazság ugyanis az, hogy a nyugdíjasokra fordított alapvető egészségügyi *kiadás* csaknem két és félszer annyi, mint amennyibe egy átlagos foglalkoztatott alapvető egészségügyi ellátása kerül. (Lásd a 20. táblázat első oszlopát.) Már az egészségügy sajátosságait tárgyaló 2. fejezetben szó volt arról, hogy éppen ennek az összefüggésnek a felismerése az egyik legfontosabb oka annak, hogy olyan egészségügyi finanszírozási rendszert kell kialakítani, amely garantálja az idősek alapvető ellátását. Ha ugyanis kizárólag az önkéntes kommerciális biztosítás intézményére szorítkoznánk, akkor az az idősekre két és félszer akkora biztosítási díjat róna, mint a fiatalokra. Ezáltal káros szelekció jönne létre; sok idősebb ember képtelen

⁹⁹ 1992 óta a törvény előírásai alapján 1996-ig bezárólag alapjában véve a (B) eljárást alkalmazták. A korábbi törvényt azóta hatályon kívül helyezték, és 1997 óta a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat már nem folyósítja az egészségügyi tb számára a nyugdíjakkal arányos járulékot. Ezzel megnő az egészségügyi tb deficitje. Mivel azt a költségvetés fedezi, az összes adófizető terhére, tulajdonképpen az (A) eljárás valósul meg. Nézetem szerint akkor már jobb lenne ezt az eljárást, az átláthatóság elvének megfelelően, nyíltan vállalni ahelyett, hogy elrejtik az egészségügyi tb hiányának költségvetési finanszírozásában.

lenne fizetni a magasabb biztosítási díjat és kiszorulna az egészségügyi ellátásból.

A fenti gondolatmenet alapján világos: az egységes egészségügyi adó, továbbá az elsődleges nyugdíjakkal kapcsolatos különleges eljárás már eleve számottevő szolidaritási elemet tartalmaz. Nézetem szerint nem indokolt, sem etikailag, sem közgazdaságilag, ennél tovább menni az idősek jövedelmének mentesítésében.

4. *Gyermekek, ellátatlan családtagok.* Az a rendszer, amelynek keretében csak a jövedelmekre vetnek ki egészségügyi adót, miközben nemcsak a kereső személy, hanem annak nem kereső családtagjai is részesülnek az alapvető egészségügyi ellátásban, már eleve szolidaritási elemet tartalmaz. Tekintsünk most el attól, hogy természetesen az egészségi állapot egyénenként és családonként más és más. Vegyük az átlagos egészségi állapotot, és gondoljuk át: mi egy adott család által befizetett egészségügyi adó és a család számára juttatott alapvető egészségügyi szolgáltatás pénzbeli egyenlege. Könnyű belátni, hogy adott családi összes jövedelem mellett minél nagyobb a család, annál nagyobb a család számára adódó pozitív egyenleg. Ezt mutatja be a 21. táblázat.

21. táblázat. Az egészségügyi befizetés és kiadás arányai (Elméleti számítás)

Megnevezés	Befizetés , illetve kiadás (Ft)	Befizetés és a kapott szolgáltatás egyenlege (negatív szám = a befizetés nagyobb, mint a kiadás) (Ft)
Egy befizetőre jutó átlagos havi egészségügyi tb-járulék	11 442	
Egy családra jutó átlagos havi egészségügyi kiadás, a kereső (saját jogon biztosított személy) által eltartott családtagok száma szerint:		
0 fő	5 141	- 6 301
1 fő	10 282	- 1 160
2 fő	15 423	+ 3 981
3 fő	20 564	+ 9 122

Megjegyzés: A befizetésre vonatkozó adat alapjául szolgáló bér a teljes munkaidőben foglalkoztatottak átlagos havi bruttó keresete 1997. első hat hónapjában. Ebből az érvényes járulékszámítási formulák alapján vettük le a tb-járulék nagyságát. A kiadásra vonatkozó adat kiszámításának alapja a tb 1997. évi költségvetése volt. A számítást Janky Béla végezte.

Olyan családot tartunk szem előtt, amelynek egyetlen adóköteles jövedelme van, és az történetesen a statisztikai átlagbér szintjén lévő munkajövedelem volt 1997-ben. Ezután fizette a munkavállaló és a munkaadó a tb-járulékot. Legyen ezzel azonos nagyságú a szóban forgó család egészségügyi adója, amennyiben áttérnénk a javasolt rendszerre. Nos, az átlagos egészségügyi adófizető, ha nincs eltartott családtagja, többet fizet, mint amennyit kap. Egy (járulékot nem fizető) eltartott esetén közel van egymáshoz a befizetés és a kapott szolgáltatás értéke. Ahogy tovább nő az eltartottak száma, úgy nő a járulékfizetőnek juttatott pozitív egyenleg. Azaz a gyermektelenek, eltartandó családtag nélkül élők, illetve kiscsaládúak segítik a nagyobb családúakat. Egységes egészségügyi adókulcs mellett is számottevő redistribúció megy végbe a gyermekek és kereset nélküli eltartottak javára.

5. *Munkanélküliek.* Amíg a munkanélküliség jogcímén kapnak pénzügyi támogatást, addig ne legyenek felmentve az egészségügyi adó alól.¹⁰⁰ A tartósan munkanélküliek átkerülhetnek az 1. mentességi kategóriába, a rászorultak közé.

Az etikai és közgazdaságilag jogosult kivételek áttekintése után röviden szólni kell arról is: melyek azok a jövedelmek, amelyek eddig kivonták magukat az egészségügyi közteherviselés alól, holott hozzájárulásuk a fenti gondolatmenet alapján indokolt lett volna.

Az eddigi rendszer minden családot találékony haditerv kidolgozására készítette. Azt már az eddigi intézkedések is gyakorlatilag lehetetlenné tették, hogy egy család úgy részesüljön az általános egészségügyi szolgáltatásból, hogy tb-járulékot egyáltalán ne fizessen. (Kivéve persze, ha a fenti 1–5. kategóriák valamelyikébe tartozott, mert akkor esetleg eleve fel volt mentve a tb-járulék fizetése alól.) Ezért a haditervezérgondolata a következő volt: fizessük a minimális tb-járulékot. Lehetőleg csak a család egyetlen tagjának legyen tb-köteles jövedelme; a többi családtag már ezen a jogcímen is jogosult az ellátásra, felesleges tehát értük is tb-járulékot fizetni. Keressenek minél többet, de olyan típusú

¹⁰⁰ Nem a munkanélküliek nettó támogatásának csökkentését javaslom. Ha indokolt, akkor az eddigi támogatás „felbruttósítását” kell elvégezni; az egészségügyi adó levonása utáni összeg ne csökkenjen. Az elvhez szeretnék ragaszkodni: minden jövedelem után kell egészségügyi adót fizetni.

jövedelem formájában, amely nem járulékköteles. Sőt, az igazán jó haditerv még ennél is messzebbre megy. Ha a munkaadóval meg lehet egyezni (hiszen ez az ő érdeke is): az egyedüli járulékköteles jövedelem legyen minél közelebb a minimálbérhez. Az alkalmazott kapja meg a többi jövedelmet járulégmentes formában.

Ez teljesen racionális magatartás. Maradjunk most a törvénytisztelőknél; tehát azoknál, akik a fenti célt nem adócsalás (tb-járadékcsalás) révén kívánják elérni, hanem az érvényes rendelkezéseket betartva. Felesleges a tb-járadékot törvényes úton minimalizáló családi haditervvel szemben erkölcsi prédikációkkal hadakozni. A törvényeket kell megváltoztatni. A törvény vessen ki egészségügyi adót minden adóköteles jövedelemre, bármi legyen is a jövedelem jogcíme. Vessen ki egészségügyi adót arra a személyre is, aki egyébként családtagként jogosult lenne alapvető egészségügyi ellátásra, ha van adóköteles jövedelme.

Az ajánlott változtatások lényegesen csökkenthetik az alapvető egészségügyi ellátás potyautasainak számát.

8.6. Az Egészségügyi Pénztár szerepe

A 8.1 alfejezetben összefoglalt terv 4. pontja azt javasolja, hogy a reform első szakaszának végén az alapvető egészségügyi ellátás finanszírozására szolgáló minden befizetés, azaz a teljes egészségügyi adóbevétel egyetlen centralizált szervezethez jusson el. Nevezzük ezt Egészségügyi Pénztárnak.¹⁰¹

Az első kérdés, amelyre, úgy érzem, válaszolnom kell: miért foglalkozom állást egy centralizált szervezet mellett, miközben a 2. és 3. fejezetben kifejtett elvek nyomatékosan szólnak a monopóliumok, az állami túlközpontosítás ellen, a verseny és a decentralizálás mellett? Igaz, ugyanezek a fejezetek leszögezik azt is, hogy a specifikus egalitarizmus elve alapján mindenki számára garantálni kell a minimális, alapvető egészség-

¹⁰¹ Ez rokonhangzású az eddigi elnevezéssel: Egészségbiztosítási Pénztár. Nem szórólhasogatás céljából ajánlom az átnevezést, hanem mert, az eddig elmondottakkal összhangban, kifejezésre kell juttatni: itt nem biztosításról van szó, hanem az adófizetők megcímkezett pénzének kezeléséről.

ségügyi ellátáshoz való hozzájutást – de ez elegendő indok-e a verseny és decentralizálás elvetésére?

Sok olyan amerikai közgazdász, aki biztosítani szeretné minden állampolgár számára az alapvető egészségügyi ellátás jogát, ellenzi azt, hogy a feladatot egy gigászi központi szervezet közvetítésével oldják meg. Figyelembe veszi, különösen Clinton elnök egészségügyi javaslatának elbukása után, hogy ott a történelmi kiindulópont az egészségügy decentralizáltsága. Hosszabb történelmi időszak alatt kifejlődött egy széles biztosítási ágazat, amellyel szemben ugyan sok kifogás merül fel, de amelyben a lakosság nagy része megbízik. Nincs ok arra, hogy a reform a biztosítási ágazatot alapjaiban rengesse meg. Eredményesebbnek ígérkezik, ha célzott juttatásokkal garantálják az alapvető ellátást azok számára, akik eddig az önkéntes biztosításból kimaradtak.

Én azonban magyar vagyok és nem az Egyesült Államok, hanem Magyarország egészségügyireform-stratégiáját próbálom átgondolni. Az itteni adottságokat kell történelmi kiindulópontnak tekintenem. Egyfelől nem alakult ki a lakosság túlnyomó részét átfogó decentralizált biztosítási hálózat. Amint azt a 6. fejezet említette: éppen csak mostanában kezdtek működni az első, decentralizált biztosítási szervezetek. Hosszú ideig tart, míg gyökeret vernek, a magyar lakosság megismeri őket és bizalmat érez irántuk. Bizonyos, hogy még évekig nem lesznek képesek az alapvető egészségügyi ellátást finanszírozni tudó hálózatot alkotni. Másfelől létezik, és jól-rosszul, de működik a központosított egészségügyi finanszírozási rendszer. Úgy látszik, az egyedüli realista megoldás az, ha egyelőre kizárólag erre a szervezetre lesz rábízva az alapvető egészségügyi ellátás finanszírozása. Itt összeütközésbe került a versenyhelyzetet megkövetelő 3. elv és az evolutív intézményi fejlődést igénylő 7. elv. Úgy látom, kénytelenek vagyunk a 3. elvből engedményeket tenni a 7. elv érvényesítése érdekében. Az engedmény okozta káros hatás enyhíthető azzal, hogy kiegészítő finanszírozási lehetőségekkel legalábbis részleges versenyhelyzetet alakítunk ki. Erről majd a következő fejezetben lesz szó.

Mellesleg érdemes megjegyezni, hogy a javasolt változtatások figyelemre méltó előnyökkel járnának adminisztratív szempontból is. Jelenleg az adót az APEH, a tb-járadékokat pedig a két tb szedi be. A három szervezetnek ez a tevékenysége jórészt átfedi egymást. Valamelyest

együttműködnek ugyan, de azért alapjában véve külön-külön fáradoznak az adók, illetve a járulékok behajtásáért. Ily módon két-, háromszorosára növekszik a munka, amely egyébként sem eléggé hatékony és következetes.

Nem akarnék ebben a tanulmányban a nyugdíjjárulék beszédésének problémáival foglalkozni. Annyi azonban logikusan következik az elmondottakból, hogy az egészségügyi adó beszédéséért egyértelműen az adóhatóság lenne felelős. Az Egészségügyi Pénztár kizárólagos feladata a részére átutalt pénzzel való célszerű gazdálkodás lenne. A változás véget vetne a behajtási költségek felesleges megduplázódásának; olcsóbbá és hatékonyabbá tenné a közteherviselés kikényszerítését.

Visszatérve a centralizálás–decentralizálás ügyéhez, a reform első szakasza akkor fejeződik be és akkor léphetünk be a második szakaszba, amikor felvethetővé válik az alapvető egészségügyi ellátás akárcsak részleges decentralizálásának eszméje. Ha lesznek olyan nem állami biztosító intézetek (akár azokban a jogi formákban, mint a mai önkéntes egészségbiztosítási pénztárak és egészségbiztosítással foglalkozó kommerciális biztosítóintézetek, akár egyéb, ma még nem létező jogi formákban működő intézmények), amelyek már megerősödtek, és megbízhatóságukat bebizonyították, akkor majd meg lehet fontolni: milyen jogosítványokat kaphatnának, milyen törvényes felügyeletet kell felettük gyakorolni. Akkor kell majd megállapítani: mennyire bízunk meg bennük a lakosság. Végeredményben akkor lehet eldönteni, hogy milyen előnyökkel és veszélyekkel járna a verseny megengedése szélesebb körben és a decentralizálás szorgalmazása az alapvető ellátás finanszírozásában is.

A fenti okfejtés megmagyarázza, miért nem adtam becslést az első reformszakasz időtartamára. Nem a határidőt kell megjelölni, hanem a második szakasz megkezdésének kritériumát. Erre akkor kerülhet sor, amikor felelősségteljesen javasolhatjuk: szűnjék meg az a konstrukció, amelyben az alapvető egészségügyi ellátás finanszírozására begyűjtött minden pénzösszeg kizárólag az Egészségügyi Pénztár kezén megy keresztül. Ez a szakaszváltás perdöntő kritériuma; a két szakasz minden egyéb megkülönböztetése ehhez képest másodlagos jelentőségű.

Egyelőre nyitva hagytam a Pénztár irányításának és közjogi helyzetének tárgyalását; erre később visszatérek.

8.7. Az alapvető ellátás keretét meghatározó eljárás

A tanulmány eddigi részében és különösen ebben a fejezetben ismételten szerepelt ez a kifejezés: „alapvető egészségügyi ellátás”. A fogalom értelmezése problematikus. Az egészségügyi reformmal foglalkozó szerzők számottevő része megpróbálja megkerülni a tisztázást. Tanulmányomban szeretnék szembenézni a kérdéssel: mit is kell az *alapvető* ellátás kategóriájába sorolni. Ez nem terminológiai-definíciós probléma, hanem társadalmi választási kérdés.

Sokan gondolják azt, hogy ezt a döntést az orvosi szakmának kell meghoznia; neki kell megszabnia, mi az egészségügyi szempontból szükséges ellátás.¹⁰² Ki kell mondanom, noha tudom, hogy álláspontom sokakban megütközést válthat ki: ez megvalósíthatatlan megközelítés. A társadalmi gyakorlat világviszonylatban nem így szabja meg az „alapvető ellátás” és a „nem alapvető” ellátás közötti határvonalat.

Gondoljuk végig a következő megfigyelést. Adva van két egyértelműen diagnosztizált, meghatározott betegségben szenvedő és egyéb körülményeiben is hasonló beteg. Az egyik Németországban, a másik Magyarországon él; mindkettőt a saját országa társadalombiztosítási rendszere keretében kezelik. A statisztikai átlagot alapul véve a német orvos lényegesen több és/vagy drágább szolgáltatást ír elő betege számára, mint magyar kollégája. Átlagban jobb a kórház felszerelése, korszerűbbek a diagnosztikai műszerek és eljárások, a műtőberendezések, kultúraltabb a kórterem állapota és bútorzata, többet költenek az orvosok állandó továbbképzésére és így tovább. Nyilvánvaló, hogy *nem* orvosi-szakmai szempontok miatt van így; a magyar orvos is szívesen használná fel betege javára azt a többletráfordítást, amelyet a német orvos igénybe vesz. A különbség kizárólag azzal indokolható, hogy a német adottságok mellett több ráfordításra telik.

Még egy példát hozok fel, mégpedig ezúttal konkrét megfigyelést az észak-amerikai orvosi gyakorlatból. Az amerikai kórházakban szívoro-

¹⁰² Nem csak Magyarországon terjedt el ez a vélemény. Kanadában, ahol egyféle, a tartományi kormányzatok által kezelt finanszírozási mechanizmus működik, az ellátásnak fedeznie kell (idézem) „minden orvosilag szükséges” szolgáltatást (angolul: „all medically necessary services”). Lásd EVANS (1992), 744. old.

ham esetén a véralvadék feloldására kétféle szer felhasználása jön számításba: a drágább TPA és az olcsóbb Streptokinase. Az előbbi használata, statisztikai átlagban, 33 ezer dollár többletköltség ellenében 1 évvel növeli a kezelést követő várható élettartamot. Az Egyesült Államokban általában a drágább, Kanadában az olcsóbb szert használják. Az eltérés oka *nem* az, hogy az Egyesült Államok orvosa másképpen ítéli meg a kétféle szer hatékonyságát. A magyarázat egyszerűen az, hogy a kanadai állami egészségügyi szolgálat csak az olcsóbbik szer általános használatát képes finanszírozni.¹⁰³

Ezek a példák érthetővé teszik, hogy a magam részéről, első közelítésben, a következő értelmezésből indulok ki: az alapvető egészségügyi ellátás országos szinten összegezett volumenét az korlátozza, hogy a társadalom, az adott fejlettségi szintjén, mennyit képes és e képesség határain belül mennyit kíván erre a célra fordítani.

A látszólag gyakorlatias probléma mögött alapvető jelentőségű etikai dilemma húzódik meg. Van-e olyan összrfordítás, amelyhez még egy millió forintot hozzáadván, a többlet már *nem* eredményezné senki számára sem egészségi állapotának javulását? Ez lenne az egészségügyi szolgáltatás telítettségi határa. (Közgazdásznyelven: ezen a ponton az egészségügyi szolgáltatás marginális hozadéka nulla.) Kétséges, hogy egyáltalán létezik-e ilyen telítettségi határérték. Ha igen – messze magasabb annál, mint amennyit akár a leggazdagabb országok is képesek e célra fordítani, a mi közepesen fejlett országunkról nem is szólva. Eből adódik a keserű következtetés: a körülmények bármilyen konstellációja mellett is kénytelenek vagyunk egyesektől olyan erőforrást megtagadni, amely pedig hasznosulna egészségük javára.

Az alapvető egészségügyi ellátás fogalmát szeretném úgy értelmezni, hogy nem foglalja magában egy adott időpontban az egészségügyre fordított összes tevékenységet, hanem annak csak *egy részét*, feltehetően elég nagy részét. Azt a részét, amelyet a társadalom *minden* állampolgár számára garantál. Azt is mondhatnánk: ez a *minimális* ellátás, amelyről a társadalom azt gondolja, hogy hozzátartozik a decens, emberhez méltó léthez.¹⁰⁴ Erre utal az „alapvető” jelző. Amit alapvetőnek

¹⁰³ Lásd FUCHS (1996), 4. old.

¹⁰⁴ Itt Adam Smith szóhasználatához térek vissza. (Lásd a 3. fejezetben közölt idézetet.)

minősítünk, ahhoz a specifikus egalitarianizmus jegyében jusson hozzá mindenki. Ami viszont nem alapvető, azaz ami a garantált minimum felett van, az „kiegészítő” ellátásnak minősül. A kiegészítő ellátás nem jut mindenki számára, hanem különböző szelekciós kritériumok alapján, nem egyenlően osztódik szét.

A fenti formula nem specifikálta, hogyan fejeződjék ki a társadalom akarata arra vonatkozóan, mennyit kell, összesítve, alapvető egészségügyi ellátásra fordítani. Nem hiszem, hogy csupán egyetlen módszer kínálkozna erre. Az alábbiakban leírok egy lehetséges eljárást, amely feltetelezi, hogy érvényesülnek azok a szabályok, amelyeknek a jelen fejezet szerint az első reformszakasz végére ki kell alakulniuk, és működnek azok az intézmények, amelyek létrehozását, illetve továbbműködését ajánlottam. Nem a bevezetés évében alkalmazandó eljárást körvonalázom, hiszen akkor még nyilván zökkenőkkel működne az új rendszer. Tegyük fel tehát, hogy a folyamat összes résztvevőinek már van bizonyos gyakorlata az eljárás alkalmazásában.

Mielőtt az egészségügyi adó kulcsáról döntenének, az orvosi szakma képviselői, a pénzügyi és népjóléti kormányzat és az országgyűlés illetékes bizottsága ismételten véleményt cserélnek. Egyfelől adva van egy *keret*: meghatározott adókulcs esetén összesen ennyi egészségügyi adóforint áll az alapvető egészségügyi ellátás rendelkezésére. (Ehhez még hozzáadódik az alapvető egészségügyi ellátás egy másik pénzügyi forrása, a betegek közvetlen hozzájárulása, amellyel a következő alfejezet foglalkozik majd. Ez egyébként is csupán kiegészítő, aránylag szűkös forrás.) Másfelől ezt a keretet az egészségügyi szakmai közösség kitöltötte *tartalommal*. Ezen azoknak a diagnosztikai és gyógyítási eljárásoknak, gyógyszereknek, kiadásokkal járó egyéb tevékenységeknek az átfogó *jegyzékét* értem, amely a tapasztalati megfigyelések, az egészségügyi információk adatai szerint, statisztikai átlagban ebbe a keretbe belefér. A jegyzék összeállítása nyilván nagy gondot okoz majd az első alkalommal. Később azonban már csak a korábbi jegyzéket kell módosítani. A korábbi és a most napirenden lévő pénzügyi keret közti eltérésről a jegyzék „határain” viták lesznek majd. „Belefér”-e ez vagy az a tétel? Az orvosok, úgymint a betegek képviselői, szeretnék több tételt belevenni a jegyzékbe, miközben a pénzügyi emberek és a politikusok, úgymint az adófizető állampolgárok képviselői, ellenállnak a

keretek tágításának, mert az adóemeléssel járna. Mind a két oldalon az állampolgár érdekeire hivatkoznak. Parlamenti demokráciában vég-eredményben a törvényalkotó országgyűlésnek kell kimondania az utolsó szót, és az orvosi szakmának ehhez kell alkalmazkodnia.¹⁰⁵ A gazdaság fejlődik és a tudomány új eredményekkel gyarapodik; évről-évre mód van a jegyzék felülvizsgálatára, esetleg új tételek beiktatására, a keret bővítésére.

Itt egyébként egy újabb ismérvet nyertünk az alapvető egészségügyi szükséglet körülhatárolásához. Az egészségügyi szakmai és a politikai döntéshozók közötti tárgyalás kiindulópontja az ilyesféle tárgyalások közismert tapasztalata szerint a korábbi állapot. Ebből következően nyilvánvalóan alkotóeleme az ellátási *minimumnak* az, amit már tavaly megkapott a lakosság. Első megközelítésben tehát az tekinthető „alapvetőnek”, amit mostanáig képes volt nyújtani a közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatás. Ettől kezdve azon folyhat a vita, hogy az adott körülmények (azaz adott gazdasági erőforrások és adófizetési készség mellett) belefoglalható-e ennél több is.

Természetesen más konkrét eljárás, az egyeztetés más sorrendje, a szereplők közötti munkamegosztás más konfigurációja is elképzelhető. Mindenesetre a fentiekben körvonalazott eljárás szemlélteti mondani-valómat. Az elmondottakból adódik az alapvető egészségügyi ellátás kategóriájának *procedurális definíciója*. Azok a szolgáltatások tartoznak ebbe a körbe, amelyek finanszírozása, az orvosi szakma javaslatainak meghallgatása után, hiánytalanul fedezhető a törvényesen megszavazott egészségügyi adóból és a betegek közvetlen hozzájárulásaiból.

Gondolatmenetem nem „orvosi megfontolásból” vezette le az alapvető és a nem alapvető, kiegészítő ellátás elhatárolását, hanem az ország gazdasági lehetőségeiből és az állampolgárok fizetési készségéből: mennyi egészségügyi adót és közvetlen hozzájárulási kötelezettséget kész megszavazni az állampolgárok politikai képviselője, a parlament. E gondolatmenet érvényességéhez nincs szükség irreális feltevésekre valamiféle ideálisan működő demokráciáról, benne tökéletesen infor-

¹⁰⁵ Ehhez hasonló eljárást javasolt az Amerikai Kórházszövetség, amikor a Clinton-féle egészségügyi program szellemében államilag finanszírozott alapvető ellátás lehetőségét mérlegelték. Lásd AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (1992).

mált állampolgárokkal. A létező, nem tökéletes, de működőképes magyar demokrácia lebeg a szemem előtt. A valóságos, sok fiskális illúzióval és téves információval elhomályosított tudatú, de azért józan gondolkodású és embertársai iránt nem közömbös magyar adófizető és szavazó állampolgárra gondolok. Az ő megbízásukból működő parlament szavazza meg, mennyi legyen a különböző jövedelmek után fizetendő egészségügyi adó egységes kulcsa, és milyen közvetlen hozzájárulást köteles fizetni a beteg.¹⁰⁶ Ha az adókulcs, mondjuk, X százalék, akkor az ebből összegyűlt összeg alkotja azoknak a szolgáltatásoknak a fő forrását, amelyet alapvetőnek minősítünk. Ha viszont ez a kulcs $X+Y$ százalék, akkor Y százalékkal magasabb színvonalon valósítható meg az alapvető egészségügyi szolgáltatás.

Tisztában vagyok azzal, hogy a „népakarat” esetleg téves információkon alapul; a lakosság számára nem eléggé átlátható az adó és a kiadás közötti kapcsolat.¹⁰⁷ A politikai arénában egymás ellen küzdő pártok esetleg torzítva tálalják a lakosság számára valóságos egészségügyi politikájukat. Kívánatos, hogy jobb információ álljon rendelkezésre; ezt szolgálták az átláthatóság javítására vonatkozó javaslataim. Kívánatos az is, hogy kevesebb legyen a súrlódás a nép kívánságai, a törvények és a kormányzati cselekmények közötti áttételekben. (Ez utóbbi súrlódások csökkentésének feladataival ez a tanulmány nem foglalkozik.) Mindazonáltal nem látok más reális lehetőséget, mint az itt leírt módon, azaz procedurális megközelítéssel meghatározni az alapvető ellátás határait.

A fentiekben vázolt eljárással kapcsolatban egész sor kérdés vehető fel abból a szempontból, hogyan működne az a tényleges magyarországi politikai és társadalmi adottságok közepette.

– Már a 2.2. alfejezetben, a 6. elv tárgyalásakor szó volt arról, vajon a politikai arénában egymással versengő pártok mennyire őszintén vagy torzítva tálalják a lakosság elé jóléti politikájukat. A javasolt eljárás mindenképpen megnehezíti a mellébeszélést. Hány százalék legyen az egészségügyi adó kulcsa? Az egyenes választ nem lehet elkerülni.

¹⁰⁶ Mondanivalóm szempontjából közömbös, hogy erről időről-időre külön szavaz a parlament, vagy hogy e címkézett adónem kulcsának a meghatározása része-e az éves költségvetési törvénynek.

¹⁰⁷ Korábban már idéztem az erre vonatkozó, eléggé lesújtó felmérést. (Lásd a 92. lábjegyzetet.)

- Vajon az egészségügyi adó átláthatósága az adókulcs növelése vagy csökkentése irányába tereli-e a parlamenti pártokat? És mivel a pártokat a választó küldi az országgyűlésbe, hogyan hat az átláthatóság a különböző pártok választási esélyeire: a magasabb vagy az alacsonyabb adókulcsot támogató pártoknál lesz-e jobb esélyük a megválasztásra? A szavazópolgár nyilván többféle szempontot mérlegel. Tudatosan vagy ösztönösen, helyesen vagy hibásan, de kalkulálni próbál: maga és családja mit kapna az egészségügyi rendszertől és mennyit fizetne érte, a szóban forgó egészségügyi adórendszer mellett. Inkább kész az adókulcs emelését elfogadni, ha úgy érzi: a mérleg a javára billen; viszont a kulcs emelése ellen hangolná, ha vesztesnek éreznék magát.¹⁰⁸ Pontosabban, ekkor már összeütközne benne az önzés és az önzetlenség; az a meggondolás, hogy milyen messzire hajlandó elmenni mások javára az egészségügyi adóval összekapcsolt redisztribúcióban. Mindenesetre ebből a szempontból is helyesnek ígérkezik megcímkezni ezt az adónemet. Amint azt már korábban hangsúlyoztam: sokan inkább készek áldozatot hozni annak érdekében, hogy minden ember hozzájusson az alapvető egészségügyi ellátáshoz, mint a jövedelmek általános kiegyenlítése érdekében. A kérdésekre nem tudnék választ adni; ez további elméleti és empirikus kutatást igényel.¹⁰⁹ Noha az eredmény nem jósolható meg teljes bizonyossággal, a fenti gondolatmenet alapján valószínűnek tűnik, hogy az egészségügyi közteherviselés javasolt mechanizmusa nem ütközne a választópolgárok ellenállásába, sőt sokan kifejezetten helyesléssel fogadnák az összefüggések nyíltabb bemutatását.

- A parlament az adókulcs meghatározásával csupán egy aggregált forint keretszámot szab meg: mennyi költhető összesen az alapvető egészségügyi ellátásra. Nyitva marad a kérdés: hogyan megy végbe e keret felosztása különböző egészségügyi tevékenységek és alágazatok kö-

¹⁰⁸ Az elmúlt egy-két évtized angolszász politológiai és közgazdasági irodalma ilyen és ehhez hasonló kérdések megválaszolására, általában a kollektív választás elemzésére, valamint a politikai és a gazdasági döntések interakciójának vizsgálatára tartja fenn a „politikai gazdaságtan” kifejezést.

¹⁰⁹ A fenti kérdésekhez hasonló problémakört vizsgál a „médián szavazó” elmélete, valamint a szavazópolgárok preferenciáit elemző egyéb kutatások széles körű irodalma.

zött. És hasonlóképpen nyitva marad az ezzel szorosan összefüggő másik probléma: hogyan dől el, mi minősüljön az alapvető ellátás körébe bevont és abból kihagyott diagnosztikai és kezelési módszereknek. Mindezek a döntések sokféle módon érintenek különböző csoportérdekeket. Ha például bizonyos szervátültetési műtétek elvégzése bekerül az alapvető ellátás keretében finanszírozott műveletek körébe, az kedvezően érinti elsősorban azokat, akik ettől gyógyulást remélnek, továbbá azokat a sebészeket, akik e műtétek elvégzésére specializálódtak, esetleg azokat a vállalatokat is, amelyek az ehhez szükséges felszerelést és gyógyszereket gyártják. Ha azonban az aggregált keretszám adott (márpedig adott) akkor egy új, drága kezelésmód bevonása a közpénzen finanszírozott műveletek jegyzékébe kizorít más műveleteket, s vele a betegek, orvosok, és vállalatok egy másik csoportját. Tartani lehet attól, hogy nem csupán a tisztán orvosi és etikai megfontolások játszanak majd szerepet, hanem a különböző lobbik és nyomást gyakorló érdekcsoportok is hatnak mind az allokációra, mind pedig az alapvető ellátásba sorolt tevékenységek jegyzékére. Törvényekkel, valamint az orvosi szakma magatartási kódexeivel kell szabályozni, milyen eljárások keretében alakuljanak ki az allokációs részdöntések, és hogyan határozzák meg az alapvető ellátásba bevont tevékenységek körét.

Mindezek nem új problémák; nem a tanulmányban javasolt gazdasági és politikai mechanizmus hozná ezeket létre. Legfeljebb arról van szó, hogy javaslataim a kérdések újbóli végiggondolására készítenék az érdekelteket. A dilemmák eddig is fennálltak, legfeljebb az új procedura következtében az eddiginél láthatóbb formában kerülnének felszínre. Főképpen azért hívtam fel rájuk a figyelmet, hogy bemutassam: nincsenek illúzióim az ajánlások hatását illetően. Ezek egymagukban nem oldják meg sem az egészségügy alpdilemmáját (több a gyógyítás tudományos és technikai lehetősége, mint az arra felhasználható erőforrás); sem pedig a szűkös erőforrások hatékony és méltányos allokációjának megannyi részproblémáját. Kizárólag arra szolgálnak, hogy legalább az aggregált makroszintű mutatókban meghúzzák a *fő határvonalat* a közpénzből finanszírozott alapvető ellátás és a magánpénzből fizetett kiegészítő ellátás között.

8.8. Közvetlen hozzájárulás

A 8.3 alfejezet *b)* szabályként azt javasolta, hogy „csak annyit költsenek az alapvető egészségügyi ellátásra, amennyit az állampolgárok »megcímkezve« erre a célra fizetnek”. Ott szándékosan nyitva hagytam azt a kérdést: miképpen történik a fizetés; most viszont szeretnék visszatérni rá. Mindeddig csak a fizetés közvetett módszeréről, az egészségügyi adóról volt szó. Ismeretes, hogy létezik másik módszer is: az egyén valamely szolgáltatás igénybevételekor a saját zsebéből is hozzájárul az alapvető ellátás finanszírozásához. A 6.3 alfejezetben ezt a fizetési módszert *közvetlen hozzájárulásnak* neveztük. Már eddig is többször említettem; vizsgáljuk meg most közelebbről.

A 8. és 9. elv, amely a harmonikus kiadási arányokra és a finanszírozás fenntarthatóságára vonatkozó követelményeket fogalmazta meg, tulajdonképpen nem igényelné a közvetlen hozzájárulást. Az alapvető ellátás fedezhető lenne kizárólag az egészségügyi adóból. Ez valószínűleg adminisztratív előnyökkel is járna, hiszen a közvetlen hozzájárulás beszédese és elkönyvelése többletmunkával jár.

Nézetem szerint a közvetlen hozzájárulás szükségessége a 4. elvből, a hatékonyságra való ösztönzés követelményéből vezethető le. Triviális közgazdasági igazság, hogy az ingyenesség pazarlást és hiányt szül. A kiegészítő szolgáltatásoknak, amelyeket piaci mechanizmus közvetít a szolgáltató és az igénybevevő között, magától értetődően „piactisztító” ára alakul ki. Ez természetesen nem így történik az alapvető szolgáltatások esetében. Emiatt e szolgáltatások felhasználójának anyagi érdekeltisége a kereslet korlátozásában elkerülhetetlenül sokkal gyengébb, mint ha piaci árat fizetne. Ám ha gyengébb is, nem helyes mindenemű közvetlen hozzájárulást kiküszöbölni. Még a jelképes nagyságú hozzájárulásnak is van fegyelmező ereje.

Figyelemre méltó, hogy szinte minden fejlett országban nő a közvetlen hozzájárulás szerepe az alapvető ellátás finanszírozásában. Franciaországban például nem fix összeg formájában, hanem a kiadás hányadában állapítják meg a beteg hozzájárulási kötelezettségét. Eddig az egyén köthetett kiegészítő magánbiztosítást a költségtérítés fedezésére. Most felvetődött az a javaslat, hogy még kiegészítő magánbiztosítás révén se mentesüljön teljesen a beteg a költség egy részének közvetlen vi-

selésétől.¹¹⁰ Németországban a korábban fix összegű gyógyszer-hozzájárulásról áttértek arra, hogy a beteg megtéríti a gyógyszer árának meghatározott hányadát. Kórházi kezelés esetén a biztosított az első két hétben minden napért meghatározott összeget fizet; két hét elmúltával a további kezelés ingyenes. Az összeget néhány évvel ezelőtt kétszeresére emelték.¹¹¹

A teljes ingyenesség elvetése, a közvetlen hozzájárulás bevezetése konfliktusban áll a szolidaritás posztulátumával és annak egészségügyi alkalmazásával, a specifikus egalitarizmus eszméjével. Körültekintő módon, a jövedelemelosztási szempontokat lelkiismeretesen szem előtt tartva kell enyhíteni az összeütközést. Erre több, egymást kiegészítő mód kínálkozik.

– A legfontosabb: legyen szerény a közvetlen hozzájárulás mértéke. Ne jelentsen nagy megterhelést senkinek sem. Nem „fiskális szempontok” miatt kell bevezetni, hanem ösztönzőként, a költségek kordában tartása érdekében.

– Orvosi és pénzügyi szempontból egyaránt gondosan kell mérlegelni, melyik szolgáltatásért milyen hozzájárulást indokolt előírni. A kapkodás könnyen vezet elhibázott intézkedésekhez, amelyek kárt okozhatnak a lakosság egészségének, miközben nem fejtik ki a kívánt közgazdasági hatást.

– A hozzájárulást ne a gazdasági válság pillanatában próbálják bevezetni.¹¹² Lehetőleg olyankor kell az alkalmazását szorgalmazni, amikor a gazdaság fellendülőben van, és a nem túl nagy addicionális terhelést ellensúlyozza a reálkeresetek növekedése.

– A rászorultak kapjanak felmentést a közvetlen hozzájárulás fizetése alól.

– Szabjanak plafont az egy évre fizetendő közvetlen hozzájárulás összegének. Ha ezt a plafont elérte az állampolgár (vagy az együttes pla-

¹¹⁰ Lásd NAGY (1997), 21. és 34. old.

¹¹¹ Lásd GEDEON (1997), 31–32. old.

¹¹² Úgy tűnik, elhibázott volt a közvetlen hozzájárulás első bevezetésével az 1995. évi stabilizációs-kiigazítási program keretében próbálkozni. A kormányzat kénytelen volt az ellenállás láttán visszakozni. [Lásd a 75. lábjegyzetet, továbbá LOSONCZI (1997), 93. old.]

font a család), akkor ettől kezdve már ne kelljen közvetlen hozzájárulást fizetni. Ez a plafon esetleg igazodhat a család jövedelméhez.

Nem ennek a tanulmánynak a feladata részletes gyakorlati előírások kidolgozása; csak szemléltetni szerettem volna, mit értek azon, hogy meg kell kísérelni a közvetlen hozzájárulás okozta nehézségek enyhítését. Ám, miközben hangsúlyozom ezt a szempontot, megismétlem: a teljes és általános ingyenesség felszámolása, azaz a közvetlen hozzájárulás bevezetése nélkül nem szabható korlát a költségek emelkedésének, és emiatt nem küszöbölhető ki az alapvető egészségügyi ellátás krónikus pénzügyi hiánya. A közvetlen hozzájárulás bevezetése jó fokmérője annak, hogy mennyire bátor és elvhű a politikai vezetés, mennyire szilárd a kormány és az országgyűlés eltökéltsége a jóléti szektor megreformálására.

8.9. Az alapvető ellátás finanszírozásának közjogi helyzete

Tanulmányom nem kíván részletesen foglalkozni az Egészségügyi Pénztár irányítását és felügyeletét végző szerv közjogi helyzetével. Ennek számos alkotmányjogi, politikai és szociológiai vonatkozása van, amely túlmutat munkám tárgyán, az egészségügy gazdasági mechanizmusának vizsgálatán. Mindazonáltal úgy érzem, hogy a probléma néhány összefüggésének tárgyalását nem szabad megkerülnöm.

Nézetem szerint egy intézmény, amelynek teljes bevétele adóból (illetve a jelenlegi helyzetben közadó módjára behajtható, kötelező „járulékból”) származik, amelynek adókulcsait („járulékkulcsait”), valamint költségvetését az országgyűlés határozza meg, és amelynek mindenkori deficitjét az állami költségvetés fedezi, nem nevezhető „önkormányzatnak”.¹¹³ Ragaszkodni kell ahhoz, hogy az elnevezések ne legyenek félrevezetőek, hanem a valóságos állapotokat tükrözzék. Az egészségügyi tb nem kormányozza önmagát.

¹¹³ Különös élességgel szemléltetik a tb közjogi és gazdasági helyzetének inkonzisztenciáját a nekik juttatott vagyon körüli viták. Nézetem szerint hiba volt a tb-nek saját épületein és felszerelésein túlmenően bármennyi vagyont is juttatni. Az csak megzavarja a kiadás és a bevétel közötti kapcsolat átláthatóságát, és eltereli a figyelmet az igazi feladatoktól. A tb nem a vagyona hozadékából, hanem adóbevételeiből (vagy adójellegű „járulékból”) finanszírozza juttatásait. Reménytelen elgondolás akkora vagyont juttatni a tb-nek, amely valóban komoly pénzügyi forrássá válhatna.

Problemátikus, hogy tulajdonképpen kit képvisel az Önkormányzat. A helyzet egyértelmű lenne, ha csupán a bérből és fizetésből élők és családjaik körére terjedne ki az egészségbiztosítási tb ellátási felelőssége, ha kizárólag ők fedeznék járulékaikkal a tb minden kiadását, és kizárólag ők részesülnének a szolgáltatásokban. Ez esetben jogcímük lenne arra, hogy kizárólag a bérből és fizetésből élők képviselői irányítsák a tb-t. Ma már azonban mindkét oldalon kibővült a kör. A szolgáltatási oldalon a tb finanszírozza gyakorlatilag az egész lakosság alapvető ellátását, amely kiterjed a nyugdíjasokra, a tb önkéntesen járulékot fizető tagjaira, a mezőgazdasági lakosság tb-járulékot nem fizető részére stb. A finanszírozói oldalon vannak önkéntes tb-tagok, akik nem tartoznak a bérből és fizetésből élők közé. És persze a finanszírozók közé tartozik (valamennyi adófizető állampolgár pénzéből) a deficitet fedező állami költségvetés is.

Ilyen körülmények között indokolatlan, hogy a tb irányítása az összes érdekelt két rész-csoportját képviselő szakszervezetek és munkaadói szervezetek kezében legyen. Noha az sem mindegy, hogy a vezető testület tagjait választják-e vagy delegálják, nem ez a fő kérdés. Elsősorban azt kell tisztázni: ki képviselheti teljes legitimitással *mindazokat*, akikre az alapvető egészségügyi ellátás kiterjed, és akik azt finanszírozzák.

Ha a kérdést így fogalmazzuk meg, a válasz magától értetődő: erre kizárólag a magyar állampolgárok összességét képviselni hivatott országgyűlésnek van legitim felhatalmazása.

Nézetem szerint ideje szembenézni azzal, hogy a tb-önkormányzat gazdasági, jogi, szociológiai és politikai szempontból egyaránt torz képződmény. Közjogi helyzete felemás; félig-meddig állami, félig-meddig korporatista konstrukció. Elhibázott törvényhozói elhatározás hozta létre; ideje jól átgondolt és alaposan előkészített törvényhozói elhatározással helyrehozni a hibát.¹¹⁴

¹¹⁴ Érdekes feladat lesz az újkori magyar politikai történelem kutatói számára annak vizsgálata, milyen szellemi és politikai hatásokra jött létre ez a világviszonylatban is páratlan képződmény. Sajátos „nagykoalíció” támogatta a megszületését. Az egyik politikai erő azért segítette elő, mert rokonszenvezett, főleg német hatásra, a korporatista eszmékkel. Egy másik erő kész volt lelkesedni minden olyan intézményért, amelyben megtalálhatók a mindenkori kormánytól független „önkormányzati” elemek. Egy harmadik erő, jó érzékkel, meglátta ebben a formában a szakszervezetek jövődi hatalmi pozícióját.

A magam ajánlását nem a mai helyzethez, hanem a javasolt elvek alapján megreformált gazdasági mechanizmus által kialakított új helyzethez igazítom. Az Egészségügyi Pénztár legyen *állami* intézmény, amely felelős az alapvető egészségügyi ellátásra szánt adó célszerű felhasználásáért. Legyen irányító testülete, de ez a testület ne politikusokból és ne érdekképviselési megbízottakból álljon, hanem szakértőkből; elsősorban orvosokból, és rajtuk kívül az egészségügy problémáiban járatos közgazdászokból és jogászokból, az egészségügyi etika specialistáiból és más szakemberekből.

Tanulmányom nyitva hagy számos fontos közjogi kérdést.

– Hogyan oszolja meg a döntési jog az országgyűlés és kormány között mind az irányító testület tagjainak, mind a Pénztár felelős adminisztratív vezetőjének kinevezésében?

– Milyen legyen az irányító testület és a felelős adminisztratív vezető közötti hatáskörök megoszlása?

– Mi legyen az irányító testület szerepe abban a procedúrában, amelyet a 8.7. alfejezet körvonalazott, és amelynek közvetlen feladata az egészségügyi adókulcs, és ezzel együtt az alapvető egészségügyi ellátásra fordítható összes közkiadás meghatározása? Ott szó volt róla, hogy a pénzügyi és a népjóléti kormányzatnak és az egészségügyi szakma közösségének tárgyalnia kell egymással. Nyilvánvaló, hogy a Pénztár irányító testülete az egyik, de nem a kizárólagos képviselője azon intézményeknek, amelyek e közösség képviselőire hivatottak.

– Mi legyen az irányító testület szerepe a keret felosztásában, az alapvető egészségügyi ellátásra fordítható erőforrások allokációjában? És ami ezzel szorosan összefonódik: mi legyen a testület szerepe annak a jegyzéknek az összeállításában és állandó felülvizsgálatában, amely az alapvető ellátásba kötelezően bevont műveleteket tartalmazza? Már a 8.7. alfejezet is hangsúlyozta: miközben az alapvető makroszámokról (az egészségügyi adó kulcsáról és ezzel együtt az összes egészségügyi közkiadásról) a politikai szférában kell dönteni, nyilván nem a parlament hivatása megszabni, hogy melyik műtét típus finanszírozható és melyik nem az adófizető pénzéből. Viszont éppen mert az adófizető pénzéről van szó, a döntés nem ruházható át magára az orvosra, hogy erről esetről-esetre határozzon. A gyógyítást végrehajtó orvos érdekében szükség van általános irányelvekre, szak-

mai állásfoglalásokra. Nélkülözhetetlen a közpénzen finanszírozható és nem finanszírozható tevékenységek közötti határvonalak meghú- zása, már amennyire ez általánosított formában, azaz az egyedi esetek konkrét körülményeitől elvonatkoztatva elmondható. Ilyen állásfog- lalások segítik a Pénztárt abban, hogy mint „vevő” kellő magabiztos- sággal állhasson szemben a kórházzal, a szakrendelővel, az egyéni praxist folytató orvossal mint eladóval. Kellő szakmai háttérrel jelent- hesse ki: ezt megveszem, amazt nem; ezt tudom finanszírozni, amazt nem. Minél nyíltabban, az egészségügyi szakma és a beteg-érdekkép- viseletek nyilvánossága előtt folyik az ilyen általános állásfoglalások, jegyzékek, tarifatablázatok összeállítás, annál inkább érvényesülhet- nek a szakmai, etikai és közgazdasági megfontolások.

Az 5. elv az állam szerepének csökkentése és az egyén szerepének növelése mellett foglalt állást. Nem jelent-e a fentiekben ajánlott köz- jogi átrendezés egyszerű „újraállamosítást”, az állam szerepének megnövelését? Nyugodt lelkiismerettel felelhetek nemmel, feltéve, hogy a változás a könyvemben sugalmazott szellemben megy végbe. Munkám nem az állam kivonulását javasolja, hanem szerepének meg- reformálását. Amit ez az alfejezet tanácsol, az csupán annyi, hogy – amint azt már más összefüggésben is javasoltam – nevezzük nevén a gyereket: az ún. egészségügyi társadalombiztosítás tulajdonképpen eddig is állami tevékenység volt. Legyen hát nyíltan is az, és vonjuk le ennek közjogi és politikai következtetéseit. Ezzel egy időben adjunk sokkal erősebb közjogi státust az egészségügyi szakmának a közfinan- szírozású alapvető ellátás erőforrásainak allokációjában. *Ennyiben* te- hát nőne az államot és a politikai szférát ellenőrző és kiegészítő civil szféra súlya.

8.10. Az adókulcs csökkentésének eszközei

Tegyük fel, hogy egy adott költségvetési év első napjától kezdve bevezet- tik a tanulmányban ajánlott adóreformot, azaz megszűnik a tb-járu-lék, és minden adóköteles jövedelem után egységes kulcs alapján egészség- ügyi adót kell fizetni. Azt hiszem, az elgondolás megvalósítása keve- sebb ellenállásba ütközne, ha a bevezetés pillanatában nem járna sem-

miféle közvetlen következménnyel a reálszférában. Tehát az adóreform következtében nem kapna sem kevesebb, sem több pénzt az Egészségügyi Pénztár, mint amennyit e reform nélkül kapott volna. És ami legalább ilyen fontos: a változás önmagában nem járna együtt a bérből és fizetésből élők nettó reálkeresetének sem a csökkenésével, sem a növekedésével.

Ez utóbbi egyszerűen megvalósítható; az eljárást annak idején alkalmazták a személyi jövedelemadó bevezetésekor, és akkor felbruttósításnak nevezték el. Egyszerű kalkulációval világitanám meg az eljárás lényegét.¹¹⁵

Tekintsük át először az eddigi állapotot. Eddig 100 Ft munkabérből a munkavállaló 4 Ft egészségbiztosítási tb-járulékot fizetett. Ezenkívül a munkaadó befizetett 15 Ft bérarányos egészségbiztosítási járulékot, továbbá havi 1800 Ft fix járulékot. Utóbbi a bér 100 Ft-jára vetítve átlagosan 4,6 Ft volt.¹¹⁶ Az elosztásban érdekelt három fél pozíciója a következőképpen alakult:

A munkavállaló nettó keresete: 96 Ft.

A munkaadó bérköltsége, a bért és az egészségbiztosítási járulékot is beleszámítva: 119,6 Ft.

A tb bevétele: 23,6 Ft.

A felbruttósítás nyomán legyen most már a munkavállaló bére, azaz a munkaadó bérköltsége 119,6 Ft. Teljes egészében az ő béréből kell levonni a 23,6 Ft-ot; azaz a nettó keresete továbbra is 96 Ft. Az egészségügyi tb bevétele változatlanul 23,6 Ft. A jövedelem eloszlása ettől, ebben az első lépésben nem változott, csupán őszintévé és átláthatóvá vált. Ettől kezdve a munkavállaló tudja: annak érdekében, hogy ő maga és a többi jogosult alapvető egészségügyi ellátásban részesüljön, $23,6/119,6 = 19,7$ százalékos egészségügyi adót kell fizetnie.

¹¹⁵ A kalkuláció jövedelmi adatait az 1995. évre vonatkozó statisztikákból vettük át. Ha a változtatást a következő esztendőik valamelyikében bevezetnék, akkor a nominálkereset valamint a tb-járulék fix része természetesen magasabb lenne.

¹¹⁶ A teljes munkaidőben foglalkoztatottak 1995. évi bruttó átlagkeresete 38 900 Ft volt. [Lásd KSH (1996c), 75. old.] Az 1800 Ft-os fix járulék ennek 4,6 százaléka.

A felbruttósítást természetesen ennél kifinomultabb, pontosabb eljárással kell elvégezni, de a részletek ismertetése nem ide tartozik.¹¹⁷

Nem kétséges, hogy a 19,7 százalékos kulcs magas és csökkentése kívánatos lenne. Tegyük fel, hogy 1999. lesz a régi járulék eltörlésének és az új adó bevezetésének éve; akkor még csupán a felbruttósítást és az új elszámolást hajtánák végre. Csak ezután indul majd meg az érdemleges vita a 2000. év adójáról és az egészségügyi ellátásról, azzal a szakmai és politikai eljárással (vagy ahhoz hasonlóval), amelyet a 8.7. alfejezet leírt. Attól kezdve évről évre felvetődik majd a kérdés: mennyi legyen az egészségügyi adókulcs. És a másik, ezzel tulajdonképpen azonos kérdés: mennyit fordítsunk az alapvető egészségügyi ellátásra? Az adókulcs csökkentéséhez többféle eszköz vehető igénybe; tekintsük át ezeket.

1. Csökkentik az alapvető ellátásba bevont eljárások, gyógyítási ráfordítások, gyógyszerátogatások stb. körét; bizonyos tételeket törölnék abból a jegyzékből, amellyel az orvosi közösség kitölti a kormány és a parlament által adott pénzügyi keretet. (Lásd a 8.7 alfejezetben leírt egyeztetési procedúrát.)

Miközben ez az eszköz elméletileg nem zárható ki, a magam részéről elzárkóznék tőle. Az ellátás eddigi körét a lakosság „szerzett jognak” érzi; a reform megfosztana beteg embereket olyan gyógyítástól, amelyhez a reform előtt hozzájutottak.

2. Tegyük fel, hogy nem szűkül az alapvető ellátás keretébe bevont orvosi akciók jegyzéke, de nő az egészségügyi szektor hatékonysága; ugyanazokat a tevékenységeket kisebb költséggel végzik el. (Itt és a továbbiakban mindig reálköltségekről lesz szó; az infláció hatásától tekintsünk el.) Ez lehetővé tenné az adókulcs csökkentését, mégpedig az ellátás színvonalának romlása nélkül. Hosszabb távon, de talán már né-

¹¹⁷ Garantálni kell, hogy a felbruttósítás nyomán a nettó kereset ne változzék. Mivel a munkaadói befizetés egyik tétele bérarányos, másik tétele fix, a kereset nem növelhető egyöntetűen 15 százalékkal; van, akinél kissé nagyobb, másoknál kissé alacsonyabb mértékben kell emelni.

Ügyelni kell arra is, hogy az egyén a felbruttósítás nyomán ne kerüljön át a személyi jövedelemadó magasabb adókulcsú kategóriájába. Ez esetleg az szja jövedelemhatárok módosítását igényli.

Ezek olyan adótechnikai problémák, amelyek gyakorlatilag kielégítően kezelhetők.

hány év alatt is nőhet a hatékonyság; a tanulmány javaslatai is szeretnék ezt a kedvező változást előmozdítani. Ám gyors és látványos eredményekre nem számíthatunk. Ez tehát az adócsökkentés egyik nélkülözhetetlen eszköze, de alkalmazásának eredményei csak lassan érnek majd be.

3. A reform egyik célja kiterjeszteni az egészségügyi adó alapját olyan jövedelmekre is, amelyek után eddig nem fizettek tb-járulékot. Számos politikai, közgazdasági és jogi problémát vet fel, hogy a munkavállalói és az elsődleges jövedelmek közötti résben, amely az utóbbi, szélesebb kategória egyharmadát teszi ki,¹¹⁸ mit lehet és mit kellene olyan adóalapnak minősíteni, amelyre jogos és indokolt egészségügyi adót terhelni. A döntés a magyarországi közteherviselés elveinek mélyreható újragondolását igényli. Annyi azonban nyilvánvalóan igaz: ugyanannak az alapvető ellátási keretnek a finanszírozása annál kisebb adókulccsal oldható meg, minél inkább kibővítjük az adóalapot.

Erősen leegyszerűsített, megközelítő számítással szemléltetem ezt a gondolatot. Tegyük fel, hogy 25 százalékkal növelnénk az adóalapot. Gondoljuk csak át, milyen óriási a rés a járulékkal erősen megterhelt és meg nem terhelt jövedelmek kategóriái között – ennek fényében a 25 százalék közgazdasági szempontból egyáltalán nem irreális. Nos, ha az adóalap, minden egyebet változatlanul hagyva, ebben az arányban növekedne, akkor az adókulcsot 19,7 százalékról 15,8 százalékra csökkenthetnénk.¹¹⁹

¹¹⁸ A már korábban is idézett adat forrása KSH (1996c), 83. old.

¹¹⁹ A kalkuláció a következő feltevéseken és adatokon alapul. Tanulmányom csak a munkaadó által fizetett egészségbiztosítási járulék felbruttosítását javasolta, a nyugdíjjárulék kezelésével nem foglalkozik. Ezért az 1995. évi bérekhez és keresetekhez, 1797,7 milliárd forinthez [lásd KSH (1996c), 83. old.] csak az akkori munkaadói tb-járuléknak az egészségbiztosítást finanszírozó részét kell hozzáadni. Ennek értéke 288,4 milliárd Ft [KSH (1996c), 118. old.]. Az így képzett teljes összeg tehát 2086,1 milliárd Ft. Tegyük fel, hogy ez után teljes egészében 19,7 százalék egészségügyi adót fizetnének: ennek összege 411 milliárd Ft lenne.

A következő feltevés: az adóalapot a fenti összeg szerinti mértékben kiterjesztik, ezért a 2086,1 milliárd Ft alaphoz hozzáadunk további 521,6 milliárd Ft-ot. Ennyi ugyanis a korábbi 2086,1 milliárd 25 százaléka. Az új adóalap: $2086,1 + 521,6 = 2607,7$ milliárd Ft. Az adóösszeg változatlan marad: 411 milliárd Ft. Az új adókulcs: $411/2607,7 = 15,8$ százalék.

Azok, akik az egészségügy és általában a jóléti szektor számára több erőforrást követelnek, hangsúlyozni szokták, hogy méltányos redisztribúciót tartanak szükségesnek. Nos, az újraelosztás a közterhek viselésének méltányos elosztásával kezdődik. Azt kell a jövő politikai döntéshozóinak mérlegelniük: melyek azok a foglalkozások, rétegek, tevékenységek, szektorok, amelyek eddig teljesen vagy részlegesen fel voltak mentve az alapvető egészségügyi ellátás közterhei alól – és amelyek felmentését részben vagy teljesen meg kívánják szüntetni.

4. Élünk azzal az optimista, de reális feltevéssel, hogy a GDP az adóreformot követő időszakban évről évre nő. Kerülni szeretném a matematikai megfogalmazást, inkább könnyen áttekinthető számpéldával szemléltetem a gondolatmenetet. Tegyük fel, hogy öt éven át 4 százalék az átlagos növekedési ráta. Tegyük fel továbbá, a számítás egyszerűsítése érdekében, hogy (eltérően a 3. pontban leírtaktól) a GDP-hez viszonyítva változatlan az adóköteles jövedelem részaránya. Más szóval: az adóköteles jövedelem is évi 4 százalékkal nő. Ezek után fontoljunk meg két eshetőséget:

a) Változatlanul hagyjuk az adókulcsot. Ez esetben az alapvető egészségügyi ellátás rendelkezésére álló keret is évi 4 százalékkal nő, azaz az ötödik évben 21,7 százalékkal lesz nagyobb az induló keretnél. (Emlékeztetőül: eltekintünk az inflációtól és reálértékben számolunk.)

b) Megelégszünk azzal, hogy az alapvető ellátás céljára szánt keret csak évi 3 százalékkal növekedjék. Így az ötödik évben 16 százalékkal lesz nagyobb, mint az induláskor. Ez is számottevő növekedés. Ugyanakkor lehetővé teszi, hogy az adókulcs folyamatosan csökkenjen, és az ötödik évben 19,7 százalék helyett már csak 18,8 százalék legyen.¹²⁰

A magam részéről a b) változatot ajánlanám, a következő kiegészítő észrevételekkel.

– Miközben az adóból finanszírozott kiadás lassabban nő, mint a GDP, a magánforrásból finanszírozott rész növekedjék gyorsabban, mint a GDP. Kellő arányok mellett ez lehetővé teszi, hogy az összes egészségügyi kiadásoknak a GDP-hez viszonyított hányada növekedjék.

¹²⁰ Kiszámítottuk azt is, mi történne, ha az alapvető ellátásra szánt kiadás, egyéb feltételeket változatlanul hagyva, évi 2 százalékkal csökkenne. Ez esetben az adókulcs 17,9 százalékra lenne csökkenthető.

– Emlékeztetek a 4. ábrára, amelyen a Magyarország helyét jelképező pont a nemzetközi trendet kifejező regressziós egyenes *felett* helyezkedett el. Nem szeretnék az ott felhasznált számítás konkrét értékeinek túl nagy jelentőséget tulajdonítani. Csupán azt a követelményt szeretném ezen a helyen is hangsúlyozni: a magyar arány feleljen meg annak az egészségügyi kiadási hányadnak, amely összhangban van az ország mindenkori fejlettségi szintjével, és amelyet a nemzetközi tapasztalat is sugalmaz.

– A gondolatmenet azon alapul, hogy a GDP erőteljesen nő. Nincs szükség látványos növekedési rekordokra. A hosszú időszak átlagában elérhető 3–5 százalékos növekedés már kellő alapot nyújt ahhoz, hogy körülbelül a fenti arányok szerint alakuljon a fejlődés. Ha ennél rosszabbul alakulna a helyzet, akkor revideálnám a *b)* alternatívát pártoló álláspontomat. Az alapvető ellátás anyagi forrásait semmiképpen sem szabad csökkenteni, sőt szükség van azok tisztes növelésére is.

A dolgok kedvező alakulása esetén együttesen alkalmazzák a 3. és 4. eszközt. Szemléltetésül folytassuk a korábban megkezdett számpeldákat. Az adóalap 25 százalékkal bővül, mégpedig csak az utolsó évben, amikor a törvényhozás rászánja magát erre. Az alapvető ellátás évi 3 százalékkal nő. A többi feltételt változatlanul hagyjuk. Nos, ebben az esetben az adókulcs az ötödik évre 15 százalékra csökkenhet.

A kalkulációból kiderül, hogy (az adott számszerűségek mellett) az adóalap erélyes kiterjesztése hatásosabban járulhat hozzá az adókulcs csökkentéséhez, mint az alapvető ellátás és a GDP növekedése közötti szerény ütemkülönbség.

A számszerű kalkulációban figyelmen kívül hagytuk azt az egyébként igen lényeges kérdést, hogy milyen csatornákon keresztül menjen végbe az egészségügy beruházásainak finanszírozása. A közgazdaságiilag konzisztens megoldás az lenne, ha a Pénztár által adott térítés fedezné a szolgáltató számára a felújítás és a beruházás arányos részét is. (Ez jelenleg más finanszírozási csatornákon át történik, sokkal kevésbé konzisztens módon.) Nos, ennek a változtatásnak sokféle adóügyi implikációja lenne. Végző soron feltehetően azzal járna, hogy az egyén adóterhelésén belül csökkenne a címkézetlen adó (például a személyi jövedelemadó) és nőne az egészségügyi adó, olyan mértékben, amilyen mértékben ez szükséges az alapvető ellátás reáltőkijének fenntartásá-

hoz és bővítéséhez. A probléma átgondolása elvezet egy korábban már érintett kérdéshez: a fejlesztési erőforrások feletti rendelkezés centralizálásának, illetve decentralizálásának ügyéhez. Bármilyen mértékű decentralizálás szükséges (bár nem elégséges) közgazdasági és számviteli feltétele az, hogy az egészségügyi szolgáltatásoknak a Pénztár felé elszámolt „ára” a folyamatos felújítást és beruházást finanszírozó értékcsökkenési leírást is fedezze.

Kérem az olvasót, ne tulajdonítson fontosságot a fenti számpéldákban szereplő adatok konkrét nagyságának, mert a kalkuláció számos önkényes feltevésen alapul. Az adókulcsok nagysága azért szerepel egy tizedesre pontosan megadva, mert – adatván a kiinduló számok – éppen ezt az eredményt hozza ki a kalkuláció. Kizárólag a tendenciákat, a számításba jövő alternatív döntések következményeit kívántam az erősen leegyszerűsített számpéldával illusztrálni.

Összefoglalva: az 1. eszköz igénybevétele a magam részéről ellenezném. A 2., 3. és 4. b) eszköz nem zárja ki, ellenkezőleg, kiegészíti egymást. Együttes alkalmazásuk lehetővé teszi, hogy (amennyiben a gazdaság egyébként egészségesen nő) a reform már középtávon is elősegítse az egészségügy, ezen belül az alapvető egészségügyi szolgáltatás fejlődését, mégpedig csökkenő adókulcsok mellett.

Álláspontom a korábban kifejtett elvekből következik. A 2. elv és a specifikus egalitarizmus elve megköveteli, hogy kielégítően finanszírozzuk az alapvető ellátást, sőt biztosítsuk anyagi kereteinek jól érzékelhető növekedését is. Ám az 1. elv (egyéni szuverenitás), a 3. elv (verseny) és a 4. elv (ösztönzés) szükségessé teszi, hogy a korábban visszaszorított, elfojtott állapothoz képest jó ideig gyorsabb növekedési lehetőség nyíljon meg a magánkezdeményezés és a magánforrásból történő finanszírozás előtt. Erről lesz szó a következő fejezetben.

9. Ajánlások: a keresleti (finanszírozási) oldal a kiegészítő ellátás szférájában

9.1. Általános kiindulópontok

Az előző fejezetben tisztáztuk, hogy az alapvető és a kiegészítő szolgáltatás annak alapján válik el, hogy mennyi címkézett adót és közvetlen hozzájárulást hajlandó a lakosság az alapvető ellátás finanszírozására fordítani. A jelen fejezetben a kiegészítő ellátás tartalmát próbálok több oldalról megvilágítani.

Kezdjük a kérdés technikai oldalával, mert akkor könnyebb lesz elemezni az elvi problémákat. Emlékeztetek a 4. fejezetre. Két fő forma van. Az egyikben az egyén közvetlenül, saját zsebéből fizet az egészségügyi szolgáltatásért. A másikban az egyén önkéntes egészségügyi magánbiztosítást köt, és azért rendszeres díjat fizet. Amennyiben a szerződésben körülírt költségfajta felmerül, a magánbiztosító fedezi annak a szerződés szerint meghatározott részét.

A 9.1. és 9.2. alfejezetekben nem különböztetjük meg ezt a két formát, mert a mondanivaló mindkettőre vonatkoztatható. Az egyén szuverén döntésére bízható, hogy maga vállalja-e a rizikót és az esetleges költséget maga fedezi, vagy megosztja-e a kockázatot a magánbiztosítás más résztvevőivel. A két forma együttesét magánfinanszírozásnak nevezem.

Térjünk rá az elvi kérdésekre. A minimális alapvető ellátásnak már az elnevezése is azt implikálja, hogy nem tartalmazza a minimum feletti részt. Az előző alfejezet is hangsúlyozta: az alapvető ellátás az egészségügyi tevékenységnek csak egy részét (bár feltehetően elég nagy részét) foglalja magában. Nem tudom ezt az álláspontot kellő határozottsággal számszerűen kifejezni. Sejtésem szerint kívánatos, hogy az egészségügyi reform első szakaszának végéig az egészségügyi szolgáltatások legalább 15–25 százalékát finanszírozzák magánforrásból, azaz minősül-

jön kiegészítő szolgáltatásnak. Ez, a mai állapothoz képest, alighanem a források fokozatos átcsoportosítását igényli. Ily módon nemcsak a kénálati, hanem a keresleti oldalon is többpilléres, többféle finanszírozási formát magában foglaló szerkezet jönne létre.

Számos negatív következménye lenne annak, ha ez nem valósulna meg belátható időn belül. Mindazt, amit az előző fejezet ajánlott, főképpen a 2. posztulátum, a szolidaritási elv és a specifikus egalitarizmus követelménye (senki se maradjon ki az alapvető egészségügyi ellátásból) teljesülése érdekében történik. Ugyanakkor az ott ajánlott rendszabályok korlátozzák az 1. posztulátum, az egyéni szuverenitás és felelősség elvét. A magam értékrendje a két posztulátum elfogadható kompromisszumát próbálja sugalmazni, nem pedig az egyik vagy a másik posztulátum extrém túlsúlyát.

Magánforrásból származó legális finanszírozás híján az egészségügyi adóról határozó parlament, azaz annak mindenkori többsége diktálná, mennyi fordítható egészségügyi célra. Az emberek gyakorlatilag meg lennének fosztva attól a lehetőségtől, hogy az adó fizetésén felül, önként és legálisan többet költsenek a maguk és hozzátartozóik egészségére, ha akarnak. Ez a fogyasztói szuverenitás súlyos és indokolatlan megsértése, végletes paternalizmus lenne.

Fő érvem tehát etikai jellegű. Emellett, másodsorban, érvelni szeretnék hatékonysági megfontolásokkal is. Közhelyszerű megállapítás, de azért mélyen igaz: a monopólium helyzet elkényelmesít, lanyhaságra ösztönöz; a verseny viszont jobb teljesítményre serkent. Nem lenne helyes belenyugodni abba, hogy az emberek teljesen rá legyenek utalva egyetlen monopolszervezet tevékenységére. Ahhoz, hogy az Egészségügyi Pénztár ne érezze magát monopólium helyzetben, érezhető versenyhelyzetnek kell kialakulnia. Ezért ajánlom azt, hogy ne marginális, néhány százalékos részarányú magánfinanszírozás működjék, hanem ennél jóval több.

Jöjjön létre az egészségügyi magánbiztosításnak egy olyan kritikus tömege, amely demonstrálja e tulajdonforma működőképességét és megbízhatóságát, és ezzel meg tudja szerezni a lakosság jelentős hányadának bizalmát. Ez a fő feltétele annak, hogy a reform az első szakaszcsoportról a második szakaszra térhessen át, azaz reálisan napirendre kerülhessen az alapvető ellátás finanszírozásának decentralizációja.

Noha fentebb a források átcsoportosításának szükségességét említettem, tulajdonképpen nem vagyok biztos abban, hogy ez valóban elkerülhetetlen. Bizonytalankodásom oka az, hogy a probléma a hálapénzzel, a „fehér” és a „szürke” gazdaság közti arányokkal kapcsolatos, és erről, a dolog természeténél fogva, nincsenek pontos adatok. Nem zárnam ki azt a lehetőséget, hogy a magánfinanszírozás részaránya már ma is 10–20 százalék, ha ide soroljuk a hálapénzt. Ha az utóbbi helyébe legális magánfinanszírozás lép, akkor már talán nincs is szükség nagy arányváltozásra a közeli időben. Egyébként nem javasolnám, hogy hirtelen változzon az arány. Inkább az lenne kívánatos, hogy a finanszírozás dinamikája alakuljon a fenti fokozatos arányváltozásnak megfelelően. A 8.10. alfejezetben ajánlott arányok szellemében meg kell engedni, hogy az egészségügyi kiadások magánforrásból finanszírozott része az átlagos növekedésnél gyorsabban nőjön.

Ismétlem, nem előírni kell, hanem *megengedni*. Az egészségügyi adó fizetése kötelező; törvény dönt az adókulcsokról és a mentesítésekről. Ezzel szemben a magánfinanszírozás önkéntes. Ha az állampolgár nem tudja, illetve tudná, de nem akarja az alapvető ellátás feletti szolgáltatást igénybe venni, hát ne tegye. Ám ha akarja, akkor legyen erre legális lehetősége. És túl a jogi lehetőségen: az egészségügyi adó ne vonja el a háztartási költségvetésből mindazokat a pénzügyi forrásokat, amelyeket az saját döntése alapján fordíthatna önmaga és családja egészségére. Minél nagyobb az adó, annál kevesebb marad magánfinanszírozásra. És megfordítva, minél inkább képesek leszünk, a 8.10. alfejezetben javasoltak szellemében, csökkenteni az egészségügyi adót, annál inkább lesznek hajlandóak a háztartások pénzt szánni magánfinanszírozású egészségügyi kiadásra.

9.2. Néhány gyakorlati lehetőség

Melyek lehetnek azok az egészségügyi szolgáltatások, amelyeket az egyén a részére biztosított alapvető ellátáson felül vehet igénybe; amelyeket tehát nem adóból kell az Egészségügyi Pénztárnak finanszíroznia, hanem az egyénnek saját magának, közvetlenül vagy magánbiztosítás útján? Inkább csak illusztrációként sorolok fel néhány tételt; a szakértők feladata e jegyzék revíziója és kiegészítése.

a) Olyan diagnosztikai vizsgálatok, amelyeket az alapvető ellátás nem biztosít. A beteg által kívánt gyakorisággal megelőző jellegű általános kivizsgálás, mindaddig, amíg ezt az alapvető ellátás nem foglalja magában.

b) A jó kondíció fenntartását szolgáló egészségügyi szolgáltatások, például torna, masszázs, fürdői kezelés, amit az alapvető ellátás csak a már közvetlen beavatkozást igénylő betegségek kezelésére, illetve utó-kúrójaként fedez.

c) Akut betegség esetén a beteg szempontjából az alapvető ellátásnál kényelmesebb ellátás biztosítása. Ha a kórházi ellátás elkerülhetetlen, akkor az alapvető ellátás által fedezett kényelmi szintnél kedvezőbb elhelyezés (külön szoba, jobb berendezés, rádió és tévé, jobb ételmezés stb.). Ennek a többlet-kényelemnek több fokozata lehet, többféle díj-szabással.

d) Az alapvető ellátási rendszeren keresztül kapott diagnózis ellenőrzése, más orvos szakvéleményének meghallgatása alapján, olyan esetekben is, amelyekben annak költségét az alapvető ellátás nem fedezi.

e) Ha orvosilag nem egyértelműen eldöntött, hogy a kórházi kezelés szükséges-e, és ha igen, mi legyen a minimális időtartama, akkor vegyék figyelembe a beteg preferenciáit. Otthoni kezelés, ha orvosi szempontból nincs ellene kifogás, ha a beteg ezt részesíti előnyben és állja annak extra költségét.¹²¹ És a fordított esetben: a beteg kívánságára a kórházi kezelés meghosszabbítása, még ha erre orvosi szempontból nincs is okvetlenül szükség, feltéve, hogy a beteg fizeti a többletköltséget.

f) Az utókúrának az a része, amelyet az alapvető ellátás nem finanszíroz (például szanatóriumi vagy otthoni utókezelés, utóbbi orvos és ápoló igénybevételével).

g) Az orvos kiszállása a beteg lakására, olyan esetekben, amikor az alapvető ellátás azt írná elő, hogy a beteg menjen be a rendelőbe.

h) Orvosi szempontból egymást helyettesítő gyógyszerek közül a

¹²¹ Jelenleg, bizonyos feltételek mellett, az alapvető szolgáltatás keretében biztosítják az otthoni ápolást, és ehhez aránylag csekély pénzbeli hozzájárulást követelnek meg a betegtől. A magánforrásból finanszírozott, kiegészítő ellátás keretében olyankor is igénybe lehetne venni ezt a lehetőséget, amikor azt az alapvető ellátás nem fedezi; illetve ha a beteg magasabb színvonalú otthoni ápolásra tart igényt.

drágább gyógyszer választása az alapvető szolgáltatás által fizetett olcsóbb gyógyszer helyett (feltéve persze, hogy az semmiképpen sem kedvezőtlenebb hatású, mint az olcsóbb).

Egyik felsorolt esetben sem húzódik egyszer és mindenkorra megvont határ a között, ami beletartozik az alapvető ellátásba, és ami abból kimarad, tehát magánforrásból finanszírozandó. Ahogy a GDP nő, és ezzel együtt a lakosság több adót hajlandó szánni erre a célra, úgy nőhet az alapvető szolgáltatásba bevont ráfordítások köre is. Ám minden adott pillanatban meghúzható a határ. Célszerű lenne arra törekedni, hogy ezeket a határokat valóban meg is húzzák, mert ez elejét vehetné a rosszízű vitáknak és a korrupciónak.¹²²

A határ persze nemcsak orvosi és pénzügyi kérdés, hanem etikai vonatkozása is van. Éppen az egészségügy legfőbb sajátossága, az egészség máshoz nem fogható értéke miatt valamennyien kétségek között ingadozva éljük át a problémát: miért van joga többet tennie az egészségéért annak, akinek több a pénze? Minden jóérzésű emberben belép ezen a ponton a specifikus egalitarizmus okozta ellenérzés.

Azt hiszem, nem szabad hagyni, hogy *egyoldalúan* csak ez az érzés uralkodjék el rajtunk. Tegyük fel a kérdést fordítva is. Az imént már érintettük a fogyasztói szuverenitás szempontjait; térjünk most még egyszer vissza ehhez a posztulátumhoz. Az emberek vagyoni és jövedelmi helyzete nem egyenlő, és a kapitalista piacgazdaság, amelyben élünk, állandóan reprodukálja ezt az egyenlőtlenséget. Miért engedhető meg az, hogy akinek több a pénze, az pezsgőre, drága éttermi étkezésre, kaszinói kártyajátékokra és fényűző luxusautóra költse – de tilos arra fordítania, hogy orvosok és más egészségügyi szakemberek igénybevételével javítsa a saját és a családja egészségi állapotát? Mindenkinek, a tehetősebbeknek is, joga van szuverén döntésre saját háztartási költségvetése felosztásában. Ráadásul az sem zárható ki, hogy nemcsak a legjobban keresők, hanem például a közepes jövedelemmel rendelkezők egy része is hajlandó az alapvető ellátásnál kedvezőbb ellátást saját költségre fedezni, és inkább más kiadásokat szorítana meg.

¹²² A 8.7. alfejezetben szó volt arról a jegyzékről, amely áttekinti: milyen tevékenységek, műveletek stb. szolgáltatása kötelező az alapvető ellátás keretein belül. Ebbe a jegyzékbe tartozik azoknak a határoknak a lehetőleg minél pontosabb, konkrétabb meghúzása, amelyek elválasztják az alapvető és a kiegészítő ellátást.

Az *a)–h)* pontokban olyan kiadási tételeket soroltam fel, amelyek feltevézezem szerint nem váltanak ki éles ellenvéleményt. Meg kell azonban említeni két további, a fentieknél ellentmondásosabb kiadás típust.

i) Akárcsak minden más szakmában, az orvosiban sem nyújt azonos teljesítményt két orvos, aki körülbelül azonos képzésen ment keresztül, azonos időtartamú pálya áll mögötte, és azonos pozícióban van. Az egyének eltérnek egymástól tehetségben, intellektuális és manuális készségekben, felhalmozott tudásanyagban és gyakorlatban, életismeretben, a beteggel való bánásmódban, vezetői képességben és így tovább. Semmi sem indokolja, sem etikailag, sem közgazdaságilag, hogy azonos díjazásban részesüljenek. Nem lenne helyes azonos tarifával számolni a mestersebész és a közepes sebész által végzett egyébként „szokványos” műtétet, vagy a mesterfogász és a közepes fogász által végzett „szokványos” gyökérkezelést, mert még ezeket a rutin műveleteket sem fogják azonos színvonalon elvégezni. Még inkább áll ez azokra a műveletekre, amelyek nem szokványosak.

Nézetem szerint meg kell engedni az orvosi kereseteknek a mainál nagyobb szóródását. A hivatalos bérskálák viszonylag kevésbé differenciálják a fizetéseket. Ami nagyobb szóródást visz bele, az a hálapénz és a magánpraxis féllegális jövedelmei. Ehelyett nyíltan vállalt szóródást ajánlok. Keressen többet az, aki jobb. (Vagy az, akit jobbnak hisznek; más szakmákban is bizonyos fokig elválík a tényleges és a felhasználó által feltételezett teljesítmény.) A nagyobb kereset a tehetség és szorgalom megérdemelt jutalma, ami nélkülözhetetlen ösztönzés az áldozatvállalásra és tanulásra.

Ki fizesse meg a jobb (vagy jobbnak hitt) orvos fizetéstöbbletét? Az állami tulajdonformában alkalmazottként foglalkoztatottak fizetési skáláját is sokkal inkább szét kellene húzni.¹²³ Emellett, javaslatom szerint, a differenciálás egy részét át kellene engedni a magánfinanszírozásból fedezett tevékenységek szférájába. Nem feladatom kidolgozni a

¹²³ Amint azt már korábban említettem: ennek egyik legfőbb akadálya az, hogy az állami tulajdonformákban foglalkoztatottak közalkalmazottaknak minősülnek. Ez előbb-utóbb tarthatatlanná válik, különösen akkor, ha a magánszektor fizetési sokkal inkább differenciálódnak majd. Előre látható, hogy ez az utóbbi jelenség szétfeszíti majd az összehajlított orvosi közalkalmazotti fizetési skálát.

megoldás adminisztratív technikáját, csupán az elgondolást körvonala-zom. Az alapvető szolgáltatás keretében fedezik az orvosi bázisfizetést. A beteg, szabad orvosválasztás alapján, kérheti azt, hogy őt a „drágább” orvos kezelje, feltéve, hogy ő fizeti (közvetlenül, vagy magánbiztosítása révén) annak többletköltségét.

Fennáll a veszélye annak, hogy az orvos „sztárok” kizárólag a tehe-tős, jól fizető betegek kezelésével foglalkoznak majd. Nem hiszem, hogy ezt jogi úton lehetne és kellene korlátozni. Elegendő lesz ezzel kapcsolatban az orvosok egészséges erkölcsi érzékére apellálni; a szak-ma ezt etikai kódexeibe is foglalhatja. Minden orvostól, a legkiválóbb-tól is elváratik, hogy ideje számottevő részében olyan munkát végezzen, amely nem tesz különbséget szegény és gazdag, nem fizető és fize-tő beteg között. Ki kell alakítani annak szervezeti feltételeit, hogy az or-vos elláthassa ezt a nem diszkriminatív, a nem fizető, rászorultabb be-tegek javára végzendő feladatát is.

A fenti *i)* problémával közeli rokonságban van a következő tétel.

j) Adva van az egészségügy egy szűk keresztmetszete, például egy diagnosztikai vagy kezelési felszerelés, amelyből csupán kevés áll ren-delkezésre. Megengedhető-e, hogy az, aki kellő árat ajánl fel, soron kí-vül hozzájusson ennek felhasználásához a hosszú ideje várólistán lévő beteggel szemben?

Legtöbbünk első reakciója negatív; ez ismét élesen ütközik az egész-ségre vonatkozó specifikus egalitarizmus szellemével.

A második válasz talán a cinikus kézlegyintés: akár helyeseljük, akár nem, sok esetben amúgy is ez történik. Anyagi megvesztegetés vagy összeköttetés nagy súllyal esik latba annak eldöntésekor, ki részesüljön prioritásban.

Jobb lenne a cinikus tolerálás helyett erre a kényes allokációs dilem-mára is etikus és egyúttal hatékony megoldást találni. Megint csak nem az eljárás adminisztratív részét fogalmazom meg, inkább a mögöt-te meghúzódó általános elgondolást, azt is előbb egy példán szemléltetve. A példa talán mesterkélte, de éppen ez teszi lehetővé az etikai és közgaz-dasági probléma sarkos megfogalmazását.

Tegyük fel, hogy Magyarországra egyelőre még nem hoztak be egy új, hatásos technikai vívmányt, amely igen drága. Egy tehetős ember felajánlja: megveszi a készüléket, hozzák be, használják fel az ő kezelé-

séhez is – de odaajándékozta a kórháznak, hogy azt mások gyógyítására is alkalmazzák. Kétségkívül privilégiumot szerzett magának az illető, hiszen eddig senkit sem gyógyítottak a készülékkel. Ám az ő előjogával üdvös externália jár együtt; mások is részesülnek a készülék jótéteményéből.¹²⁴

A példa általánosításának első szintje: meg kell engedni, hogy beruházások magánadományból valósuljanak meg, akkor is, ha az adományozó kiköt bizonyos részleges felhasználási feltételeket. Az alapvető ellátás rendszere tőkeszegény; igen hasznosak lennének az ilyen adományok.

Tovább is léphetünk, az általánosítás egy magasabb szintjére. Korábban már említettem a szervezeten belüli „keresztfinanszírozás” lehetőségét. Számos amerikai és nyugat-európai magánkórházban ez teljesen általános. A tehetősebb betegtől beszedett bevétel terhére kezelik a nem fizető vagy rosszul fizető betegeket. Ez megengedhető, sőt kívánatos lenne Magyarországon is. A magánforrásból finanszírozott szolgáltatások egy részének árát szabják meg úgy, hogy az tartalmazza e keresztfinanszírozás fedezetét.

Ezen a ponton már elhagyhatjuk az előbbi szemléltető példát és általános elveket fogalmazhatunk meg. Az elmondottakat közgazdasági szempontból értelmezhetjük sajátos, második redisztributív adónak. Az első egészségügyi redisztribúció ott jelenik meg, amikor az egyén jövedelmével (és nem a biztosítási szolgáltatással) arányos egészségügyi adót fizet. Ez jövedelemadó típusú redisztribúció. Most viszont, ezen felül, egy fogyasztási adó típusú második redisztributív adónemet indítványozok. Amikor a beteg kész egy szűk kapacitás igénybevételéért fizetni, akkor fizessen érte *igen magas* díjat. Ezzel fedezze ne csak a saját kezelésének a költségét, hanem fizesse be a kasszába olyanok költségét is, akik maguk nem képesek erre a célra pénzt adni, és/vagy járuljon

¹²⁴ Egy kórházi orvos beszélt el nekem a következő történetét, amikor engem vizsgált egy korszerű, drága importkészülékkel. Annak idején a pártállam egyik vezető személyiségét kezelte, akinek elmondta: kedvező lenne, ha őt is vizsgálhatná egy ilyen készülékkel, amely akkor még nem állt a kórház rendelkezésére. Az illető vezető azonnal intézkedett; a készüléket importálták és a kórház megkapta.

A történet analóg a fenti példával; azzal az eltéréssel, hogy a mecénás nem a saját zsebéből, hanem közpénzből finanszírozta az extra behozatalt.

hozzá új kapacitás beszerzéséhez, illetve a meglévő kapacitás növeléséhez. Minél szűkebb a kapacitás, annál magasabb legyen a felár. És persze, az ily módon prioritást vásárló beteg számára allokált rész nem foglalhatja le az egész kapacitást; annak nagy részét fenn kell tartani az alapvető ellátás számára.

Aj) sorszámú probléma talán aránylag kevés konkrét esetre vonatkozik napjaink Magyarországon. Azért tárgyaltam mégis részletesebben, mert itt kiéleződve jelentkezik az 1. *versus* a 2. elv, azaz a szuverenitás *versus* szolidaritás, illetve a hatékonyság *versus* specifikus egalitarizmus szorongató dilemmája. Azt igyekeztem bemutatni, hogy a problémának nem csak homályba burkolt és cinikus megoldásai képzelhetők el. Törekedni kell átlátható, etikus, legálisan védhető és hatékony kompromisszumok keresésére.

9.3. Az Egészségügyi Pénztár „szektorsemlegessége”

Az alapvető és a kiegészítő ellátás szférái között nem tátong éles szakadék. Az orvosok számottevő része (és a jövőben egyre nagyobb része) mindkét finanszírozási forrásból kap jövedelmet. A felhasznált eszközöket, például a kórházak felszerelését felhasználják olyan tevékenységhez is, amelyeket (legálisan vagy féllegálisan) magánforrásból fizetnek. Tanulmányom nem e szimbiózis megszüntetését javasolja, hanem további élénkítést és az eddiginél tisztább, korrektebb, a törvények betűjét és szellemét inkább tiszteletben tartó újrendezését. Ezt több ponton érintettük már; nem szeretnék ismétlésekbe bocsátkozni.

A két szféra kapcsolódási pontjai közül csupán egyet emelek itt ki, noha futólag már erről is szó volt az előző alfejezetben. Két szabályt ajánlok.

1. *szabály.* A közfinanszírozás intézménye, az Egészségügyi Pénztár legyen „szektorsemleges”. Ez a magyar közgazdasági zsargonban azt jelenti, hogy megrendeléseiben ne legyen részrehajló egyik tulajdonforma javára vagy kárára sem. Azzal kössön szerződést, annak adjon megrendelést, aki a legelőnyösebb feltételeket kínálja.

2. *szabály.* Az Egészségügyi Pénztár álljon nyitva valamely tevékenység osztott finanszírozása előtt. Ha saját tarifarendszere azt írja elő,

hogy valamely akcióért 100 Ft-ot fizethet, de a beteg olyan szolgáltatót választ, aki ezért az akcióért 150-et kér – a Pénztár fizesse ki a saját tarifáját, 100-at, és járuljon hozzá ahhoz, hogy a beteg fizesse ki a fennmaradó 50-et.

Első látásra egyszerűnek és logikusnak tűnő szabályok. Tudomásom szerint alkalmazásukat, legalábbis általános formában, nem tiltja törvény, de akadályozza sokféle részletszabály, konvenció és előítélet.

Ami az első szabályt illeti, időnként nyilvános felhördülés kíséri az olyan híreket, miszerint a tb közpénzen magáncéget bízott meg valamilyen feladattal. Ez nyilvánvalóan olyan előítélet, amelyet még a szocializmus korából örököltünk, és a versenyszférából már teljesen eltűnt. A reform egyik sugalmazása az legyen: éppen mert az adófizetők pénzéről van szó, azért kell különlegesen takarékosan bánni vele. Ha magánszervezet vagy egyéni vállalkozó kész kedvezőbb feltételeket ajánlani, mint az állami szervezet, akkor egyértelműen az előbbit kell választani.

A versenyszférában többek között azért van verseny, mert a vevő szabadon választ az eladók közül, és többnyire nem diszkriminál a tulajdonformák szerint. A 3. elv értelmében az egészségügyi szektornak is versenyszférává kell válnia.

Különösen problematikus a 2. szabály érvényesítése. Az ellene érvelők szokásos gondolatmenete a következő. A magánszolgáltatásokat inkább a gazdagabbak veszik igénybe. Miért kellene az őket szolgáló „elitkórházat”, „elitrendelőt” közpénzen támogatni? Nézetem szerint ez az érvelés csak akkor állná meg a helyét, ha a közkórház, a közrendelő kizárólag a szegényebbeket, a rászorultakat szolgálná. Ha azonban elfogadtuk azt az elgondolást, hogy az alapvető ellátás mindenkit szolgál, nincs helye semmilyen negatív diszkriminációnak.

Gondoljuk át ne a gazdagok, hanem a középrétegek választási problémáját. Szemléltetésül felhasználhatjuk az előbbi számpéldát.

A középkeresetű ember – a 2. szabály mellőzése esetén – két végletes eset között választhat. Vagy 0-t fizet (például a közkórházban), vagy 150-et (például a magánkórházban). A méltányos dilemma az lenne: vagy 0-t fizet vagy 50-et, azaz a második esetben megfizeti a *többletköltséget*. Ez hozza korrekt versenyhelyetbe a különböző tulajdonformákat.

A szektorsemlegesség elve ma már érvényesül például az állami és egyházi iskoláknak nyújtott állami támogatás elosztásában. Ez hozza versenyhelyzetbe őket. Nézetem szerint jogosult lenne kiterjeszteni az egészségügyi szektorra is.

Itt utalnék vissza a 7.1. alfejezetben mondottakra, ahol a magánkezdemenyezés biztatásáról volt szó. Nem elég jóindulatú retorikával buzdítani a magánvállalkozást. Jussanak a megrendelés egyenlő esélyeihez is! Alkalmas szabályokkal, a probléma jogi rendezésével is segítséget kell adni a magánkezdemenyezés kibontakozásának, mind a szolgáltatói, mind a finanszírozói oldalon.

9.4. Magánbiztosítás

A kiegészítő ellátás fedezése kétféle formában történhet. Az egyik forma: az egyén teljes egészében saját zsebéből fizeti. A másik forma: magánbiztosítást köt, amely részben vagy egészben fedezi a kiegészítő ellátás költségeit. Utóbbi forma, amint az már a 6.3. alfejezetben szóba került, még alig fejlődött ki. A közgazdaságtan közismert állítása, hogy a kereslet megteremti a maga kínálatát, és fordítva, a kínálat megteremti a maga keresletét. A baj az, hogy ez a kölcsönhatás még nem érvényesül. Az egyébként rohamosan fejlődő magánbiztosítási iparág figyelme még nem fordult az egészségügyi biztosítási termékek felé. Ami pedig a lakosságot illeti, kevesen fogalmazták meg magukban azt az igényt, hogy szívesen kötnének kiegészítő egészségügyi magánbiztosítást. Többek között azért sem, mert a magánbiztosítás által fedezhető kiegészítő szolgáltatás *reálkínálata* is igen szűk. Az egészségügy reformjának egyik igen fontos összetevője e keresleti-kínálati kölcsönhatások élénkítése.

Tulajdonképpen már ma is létezik a fizetőképes és a fizetésre hajlandó keresletet generáló *szükséglet*. Mindazokra a többlet-szolgáltatásokra, amelyeket a 9.2. alfejezet az *a)–e)* pontokban felvázolt, volna igény. Ezek az igények jelenleg gyakran a „hálapénz” közvetítésével elégülnek ki (például a kórházi orvos extra díjazásért külön szobát szerez a betegnek), gyakran pedig egyáltalán nem teljesülnek (például mert nincsen elegendő különszoba). A magánbiztosítás legális, tiszta és áttekinthető formákat adna az ilyesfajta többletigények kielégítésére. Ösztönöznék a

reálkínálati oldalt arra, hogy készüljön fel az extra igények kielégítésére, teremtsen meg az ehhez szükséges kapacitásokat.

Külön is kiemelem a 9.2. alfejezet *i*) pontjában tárgyalt problémát: a „drágábban” és az „olcsóbban” díjazott orvosi szolgáltatás közötti megkülönböztetést. Ezzel kapcsolatban is sokat segíthetne a magánbiztosítás közreműködése. Ennek illusztrálására tekintsük át előbb a jelenlegi helyzetet egy képletes példán. Tegyük fel, hogy az Egészségügyi Pénztár egy meghatározott műveletért X összeget térít, s ebből a műveletben részt vevő orvos részvételének kompenzációjára, az adott bérezési viszonyok mellett, 1000 Ft bér jut. Ez az 1000 Ft az illető orvos hivatalos keresményének egyik tétele. A fennálló szabályok szerint egyfelől az orvos ezért a műveletért csak 1000 Ft-ot kaphat. Másfelől a betegnek nincs joga megválasztani a műveletet végző orvost. Alsóbb szinten beutalták meghatározott kórházba, a kórházon belül pedig kijelölték azt az orvost, aki a műveletet elvégzi. Uniformizált fizetség az orvosnak, kevés szabadság a betegnek – ez a fennálló helyzet, ha mindenki betartaná a szabályokat. A gyakorlatban azonban több ponton, a hivatalos szabályokat megsértve, eltérő eljárást alkalmaznak. A betegek egy része kiválasztja a műveletet elvégző orvost, akinek az 1000 Ft-on felül hálapénzt fizet.

A magánbiztosítás itt léphetne be, legalizálva a szürkegazdaságot. Kapcsolatot teremthetne az orvosi többletkeresmény és a beteg orvos választási szabadsága között. Minél nagyobb biztosítási díjat fizet, *önként*, a szerződést kötő egyén, annál nagyobb a szabadsága az orvos megválasztásában, és annál „drágább” orvost vehet igénybe. A biztosítás feltételei közé tartozik, hogy mekkora összeget hajlandó fedezni (szemléltető példánkban) a Pénztár által fizetett 1000 Ft-os alapidíjon felül a magánbiztosító intézet. A magánbiztosítás összehozhatná azt a látens keresletet és kínálatot, amely jelenleg vagy ki sem fejlődött, vagy csak a hálapénz homályában található.

Távol áll tőlem az a szándék, hogy a magánbiztosítási iparágat idealizáljam. A fejlett országokban még a tekintélyes intézetek is, ha tehetik, megpróbálnak lehetőleg magas díjakat beszedni, és ha sor kerül rá, minél kevesebbet fizetni. A biztosítottak panaszait enyhítheti a gondosan előkészített törvényi szabályozás, a körültekintő állami felügyelet és a biztosítók közötti verseny. Különösen fontos az ellenőrzés a mai Ma-

gyarországon, az átmenet idején, ahol könnyen beléphetnek erre az új, még felderítetlen területre az egyének jóhiszeműségével visszaélő kalandorok.

Elgondolkodtatóak az Egyesült Államokban kifejlődött „menedzselte biztosítás”, a HMO-k és a többi forma tapasztalatai. Jó lenne, ha nálunk is születnének hasonló kezdeményezések: olyan szervezetek, amelyekben decentralizált formában kapcsolódik össze az orvosok egy kisebb csoportjának szolgáltatási tevékenysége és a biztosítási funkció. (Lásd az 5.3. alfejezetet).

9.5. Összefoglalás: a keresleti korlát keménysége

Az egészségügyi szolgáltatás iránti szükséglet gyakorlatilag telíthetetlen. Egy-egy konkrét orvosi művelet vagy gyógyszer iránti szükséglet nyilvánvalóan telítődhetne. A meghatározott szívbetegségben szenvedők száma felső határt szabhat az elvégezhető szívműtétek számának. Viszont a társadalom összes igénye az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését és gyógyítását szolgáló erőforrásokra gyakorlatilag telíthetetlen. Különösen így van ez, ha figyelembe vesszük, hogy a tudomány és a technika fejlődése állandóan újabb, fejlettebb gyógyítási lehetőségeket kínál. Az igazi probléma tehát nem az, hogy mit adjon, hanem az, hogy mit ne adjon ez a szektor; miképpen jön létre effektív keresleti korlát. Ki az, aki képes kimondani a nemet, és képes azt ki is kényszeríteni?

Az elmélet nyelvén értelmezve a „tisztaság” fogalmát; két tiszta eset létezik.

Az egyik a politikai diktatúra, és ahhoz kapcsolódva a központosított parancsgazdaság esete. A politikai hatalmat gyakorló egyén vagy csoport eldönti: ennyit fordítunk egészségügyre – és kész. Képes nemet mondani, azaz az egészségügy minden többletigényét elutasítani. Ehhez az elméleti ideáltípushoz eléggé közel állt a sztálinizmus, a klasszikus szocialista rendszer. Az eredmény: az egészségügy alacsony helyezése a prioritási skálán. Ennek, és más tényezőknek a következménye a népegészségügyi mutatók romlása, hiány, sorbaállás, a szolgáltatások minőségi elmaradása, kivételezések, korrupció és így tovább.

A másik tiszta eset az egészségügy átengedése a korlátozások nélküli piaci mechanizmusnak. Elméletileg csak az részesül egészségügyi ellátásban, aki megfizeti annak piaci árát. Ez az ár sokszor magasabb a tökéletes verseny által kialakított árnál, hiszen kínálati oldalon erősen korlátozott a verseny. A nemet maga a gyógyulást kereső páciens mondja ki, jogi szempontból „önként”. Ha nem tudja megfizetni, akkor nem veszi igénybe. A tiszta piaci mechanizmus a lakosság széles rétegeit fosztja meg az egészségügy jótéteményeitől.

A kapitalizmus a fejlődés korai szakaszában közel járt ehhez az ideáltípushoz. Történelmileg tovább élt sok fejlődő országban, valamint a fejlettebb gazdaságok elmaradottabb ágazataiban és régióiban.

A fejlett kapitalista gazdaság és a fejlett politikai demokrácia elveti mind a két extrém tiszta esetet; olyan „vegyes”, „kevert” megoldásokat fejleszt ki, amelyek megkísérlik kiküszöbölni mindkét tiszta eset visszaszítató ártalmait. Ez azonban *elkerülhetetlenül* azzal jár, hogy nincs, aki egyértelműen nemet mondana. A keresleti korlát felpuhul.

Teljes megkeményítésére etikai okok miatt nem vállalkozhatunk. A jóérzésű emberek többsége elvetné az egyik tiszta esetet, mert nem akar politikai zsarnokságot; a másik tiszta esetet pedig azért, mert nem akarja kirekeszteni az egészségügyi szolgáltatásokból a szegényebbeket.

A demokratikus politikai élet résztvevői tudják, hogy elveszítenék választóik támogatását, ha a fenti két tiszta eset bármelyike mellett foglalnának állást. E tiszta eseteknek tehát politikai esélyük sincsen.

Noha vannak, akik azt hiszik, hogy minden problémának van megoldása – a demokratikus kapitalista gazdaságban az egészségügyi szolgáltatás allokációjának nincsen és nem is lehet kifogástalan megoldása. Csak nem nagyon jó és még rosszabb megoldások között választhatunk.¹²⁵ Tanulmányom ezzel a szerény célzattal íródott: próbál egy elég jó, vagy nem nagyon kedvezőtlen megoldás felé tapogatózni.

¹²⁵ Újra áttanulmányozva azt a gondolatébresztő elméleti vitát, amely a Galasi Péter és Kertesi Gábor szerzőpár és Csekő Imre között zajlott le néhány évvel ezelőtt (lásd a 6.5 alfejezetben a 79. lábjegyzetet), abból is azt a következtetést szűrtem le, hogy indokolt a fenti óvatosság. Úgy tűnik, reménytelen törekvés egy „optimális” egészségügyi mechanizmus kidolgozása, nemcsak a gyakorlatban, de még a józan feltevésekre épülő elméleti modellek világában is. Bármely javaslatról kimutatható, hogy csak meghatározott feltételek között eredményez javulást, és mindig vitatható, hogy ezek a feltételek fennállnak-e.

Javaslataim arra irányulnak, hogy a korábbihoz képest *érezhetően keményebbé* váljék a keresleti korlát. Többféle, egymással szorosan összefüggő módon kívánják ezt elérni.

1. Az alapvető ellátás szférájában minél több szereplő kerüljön olyan helyzetbe, amelyben „nemet mond”. Ne szűküljön le ez a funkció csupán egyik vagy másik szereplőre, például csak a kormányra, az országgyűlésre vagy a helyi önkormányzatra. Vagy csak a szolgáltató szervezetekre, a kórházra, rendelőintézetre, háziorvosra. Vagy csak az Egészségügyi Pénztárra. Vagy csak a betegre. Valamennyien külön-külön és együttvéve érezzék át a fizetőképesség korlátait. A tanulmány sokféle olyan szervezet és intézmény létrehozását, vagy kifejlődésük engedélyezését javasolja, amelyek valamennyien részt vesznek a keresleti korlát érvényre juttatásában.

2. Fejlődjék egészségesen mind a szolgáltatások, mind a finanszírozás oldalán a magánszektor. Ezekben a tulajdonforma jellege folytán eleve keményebben érvényesül a keresleti korlát; a magánkórház, a magánorvos és a magánbiztosító is inkább ellenáll a fedezhetetlen kereslet kísértésének. De azért itt sem vagyunk teljesen védve a felpuhulással szemben. A biztosítás intézménye magában hordozza az „erkölcsi kockázat” veszélyét. (Lásd a 3. fejezet idevonatkozó részét.) Mind a biztosított, mind az őt ellátó orvos úgy érezheti: nincs szükség a ráfordításokkal való takarékosagra, hiszen „majd a biztosító fizet”. Ezért a fenti 1. pont ajánlásai erre a szegmensre is érvényesek.

3. A sok szereplő között ne az legyen a munkamegosztás, hogy egyesek felfelé hajtják a kiadásokat, mások pedig ellenállnak. Lehetőleg minden szereplő gyakoroljon ambivalens magatartást: érezze át mind a kiadásnövelés, mind a kiadáscsökkentés előnyeit és hátrányait. Az „ambivalens” szót itt nem lekicsinylő értelemben használom, hanem elismerésként: mivel a helyzet kétértelmű, a választást ingadozás, mérlegelés előzi meg. Ez a magatartási követelmény egyaránt vonatkozik a politikusra, a biztosítóra, az orvosra és a betegre (aki egyúttal adófizető állampolgár is).

4. Ne pusztán a józan belátás és az erkölcsi érzék készítse a folyamat szereplőit ambivalenciára és mérlegelésre, hanem legyenek érdekelttek mind a kiadás növelésében, mind a kiadás csökkentésében.

Az így létrejövő érdekeltségi szövevény nem szab kemény korlátot az egészségügyi szolgáltatás iránti összes keresletnek; nem iktatja ki tökéletesen egyfelől a hiányjelenségeket, másfelől a disztribúciós méltánytalanságokat. Mindazonáltal némiképpen gátat szab a kereslet (és vele a kiadások) elszaladásának, bizonyos fokig ösztönöz a takarékosagra, és egyúttal eléggé megbízhatóan garantálja az alapvető ellátást minden állampolgár számára.

10. Záró megjegyzések

10.1. A gazdasági mechanizmuson kívüli tényezők szerepe

Tanulmányomon végighúzódtott a következő gondolat: sem a tiszta bürokratikus, állami, jogi koordináció, sem a tiszta piaci koordináció nem képes egymagában megnyugtatóan ellátni az egészségügyi szektor szabályozását. A kettő kombinációjára, mégpedig az eddiginél sokkal kedvezőbb kombinációjára van szükség. Miután azonban ezt kifejtetem, szeretném befejezésül hozzátenni: a legjobb kombináció sem elégséges a szektor jó működéséhez. Szükség van olyan tényezőkre is, amelyek kívül esnek mind a piac, mind a bürokratikus koordináció mechanizmusain.

Az orvosi és más egészségügyi személyzet jogait és kötelességeit törvények szabályozzák. Igen fontos, hogy ezen túlmenően milyen normákat ír elő e szakmák szelleme, írott vagy íratlan magatartási kódexe. Azt hiszem, az egészségügyi szakmának az eddiginél sokkal inkább tudomásul kell vennie azt, hogy ebben a szektorban is van piac, léteznek vevők és eladók, piaci árak, kereslet és kínálat. Félre kellene tenni azt a borzongást és, valljuk be, képmutatást, amely ezeket az „üzletszerű” fogalmakat (vagy akárcsak azok kimondását) sokak számára riasztóvá teszi. Nyíltan vállalható, hogy itt nagy pénzek forognak; jövedelmek keletkeznek, a dolgoknak áruk van. Ugyanakkor – a céhösszetartozás gátlásait félretolva – fel kell lépni a kolléga ellen, ha az a piaci lehetőségekkel visszaél a beteg rovására. (Ezt egyébként a szakmai közösségnek az eladó-vevő relációt illetően tulajdonképpen bármelyik egyéb „verseny”-ágazatban is meg kellene tennie.)

Az egészségügyi szektor elvárhatja, hogy speciális körülményeit, például a kezelés, az orvos-beteg viszony bizalmas jellegét tiszteletben tartsa a rendőrség, az ügyészség, a bíróság és a sajtó. Ez azonban egyetlen

jogállamban sem garantál teljes immunitást, az átláthatóság elve alóli teljes felmentést. Sem az állami tulajdon, sem a piaci verseny nem küszöböli ki a visszaéléseket és a hanyagságot. Indokolt, hogy az orvost vagy a kórházat be lehessen perelni hibás kezelés miatt. Szükség van arra is, hogy a sajtó nyilvánossága elé kerülhessenek az esetleges mulasztások. Bármilyen is a gazdasági mechanizmus, szükség van arra az ellenőrzésre és ösztönzésre, amit az igazságszolgáltatás és a sajtó tevékenysége jelent.

A per és a sajtó nyilvánossága fontos eszköz a beteg kezében. Fokozottan élhet ezekkel az eszközökkel, ha nincsen elszigetelve, hanem léteznek civil szervezetek, amelyek az érdekeit képviselik. Leginkább betegségtípusonként jönnek létre egyesületek, mert az azonos betegségben szenvedők és hozzátartozóik között kialakul a bajtársiasság érzése, hiszen számos közös gondjuk van. Az érdekképviseltek szót emelhetnek a betegek érdekében, megszervezhetik a jogvédelmet.

Mindezt azért hangsúlyozom tanulmányom végéhez érve, mert sokan a betegeket féltik attól, hogy a piac térnyerésével a kapzsiság áldozataivá válnak. Meggyőződésem, hogy a verseny elemeinek megjelenése, az állami monopólium és az abszolút bürokratikus hatalom megtörése nem rontja, hanem javítja a beteg pozícióját. A beteg védelmére persze szükség van. Ezt a kormány és a parlament elősegítheti egyfelől alkalmas törvényekkel és a magánszektor állami felügyeletével. Másfelől a beteg érdekeinek védelméhez hozzájárulhatnak a most tárgyalt, a gazdasági mechanizmuson kívüli tényezők, a bíróság, a sajtó és a betegszervezkedés, amelyek kordában tarthatják, visszaszoríthatják a piacon mutatkozó kedvezőtlen jelenségeket.

10.2. Evolúciós és „konstruktivista” fejlődés

A posztszocialista átmenet kezdetén izgalmas viták zajlottak le a folyamat várható vonásairól. Szembeállítottuk a „sokk-terápiát” és a „gradualizmust”; az „evolutív” és a „konstruktivista” fejlődést. Ma már többet tudunk ezekről a kérdésekről, mert visszamenőlegesen rendelkezésünkre állnak a versenyszféra átalakulásának tapasztalatai. A magam részéről a következő tanulságokat vontam le belőlük a jóléti szféra jövődjő reformjára vonatkozóan.

Hiba lenne egymást kizáró alternatív fejlődés típusként szembeállítani a spontán, evolutív átalakulást és az állami „design” alapján történő intézményépítést. Mindkettő végbemegy, mindegyik a maga helyén, egymást kiegészítve.

Már a tanulmány egy korábbi helyén azt ajánlottam, hogy ne írjuk elő az állami egészségügyi szervezetek privatizálásának egyöntetű formáját és kötelező ütemtervét. Ezen a területen érdemes elfogadni Hayek figyelmeztetését a „konstruktivista” képződményekkel szemben. Az állam azzal kezdje az intézkedéseit, hogy tilalmakat old fel, megteremtse a jogi lehetőséget a kezdeményezésre és vállalkozásra. Hadd jöjjenek létre különböző mutációk, a szolgáltatási és biztosítási szervezetek változatos formái, az állami és nem állami formák sokféle kapcsolódása! Majd meglátjuk, melyik mennyire életképes a magyarországi körülmények között. (Ezzel párhuzamosan persze ki kell alakítani a jogi infrastruktúrát, a felügyeleti szerveket és így tovább.)

Más a helyzet azokkal az ügyekkel, amelyek a klasszikus ismérvek szerint állami jellegűek. Ilyen például az államháztartás. Ostobaság lenne a járulékrendszer vagy az adózás evolutív fejlődésére számítani. Természetesen ezzel kapcsolatban részletes tervrajzra van szükség; a nemzetközi tapasztalat alapos feldolgozása és körültekintő számítások elvégzése után törvényeket kell alkotni. Hasonlóképpen meg kell „konstruálni” az adó felhasználását szabályozó szervezetet és annak közjogi helyzetét. Nem az volt a baj, hogy „konstruktivista” módon jött létre a Társadalombiztosítási Önkormányzat, hanem az, hogy hibás volt a tervrajz.

A tanulmányban kifejtett javaslatok logikusan következnek a 7. elvből, amely azt követeli meg, hogy adjunk időt az evolúciós fejlődésre és az állampolgároknak az új helyzethez való alkalmazkodására. Ez sugalmazta például az alapvető ellátást szolgáló finanszírozás reformjának javasolt periodizálását: csak akkor kezdődjék meg annak részleges decentralizálása, amikor az ehhez szükséges intézmények hálózata, mindeneke előtt az egészségügyi magánbiztosító egy kritikus tömege, már kialakult, és a lakosság megismerkedett vele. Ugyanez a szellem hatja át a hálapénzre vonatkozó ajánlásokat. Nem merev rendszabályokkal, erőszakkal kell felszámolni. Meg kell teremteni azt a lehetőséget, hogy legális és áttekinthető fizetési kapcsolat alakuljon ki orvos és beteg kö-

zött, amit mindkét fél szívesen lát a korábbi zavaros és kényelmetlen pénzügyi kapcsolat helyett.

Ez a türelmes megközelítés jól összefér azzal, hogy sürgetjük a reformokhoz szükséges jogalkotást. Persze nincs szükség sebtiben összetákoltt intézkedésekre. Nem lenne helyes viszont, ha bizottsági ülések és egyeztető tárgyalások végtelen sorozata miatt húzódná el a már nagyon időszerűvé vált új törvények előkészítése.

Ez az írás 1997 végén készült el. Nem számíthatunk arra, hogy az országgyűlési választások előtt sor kerülne a törvényjavaslatok nyilvános vitájára. Az viszont elvárható, hogy mire az új parlament képes lesz az egészségügy gazdasági mechanizmusát reformáló törvényekkel foglalkozni, álljanak készen a viták alapjául szolgáló javaslatok.

A törvényalkotást közvetlenül megelőző munkát be sem várva már folyik a szellemi előkészítés mind a szakértők körében, mind pedig a szélesebb közvéleményben. Ehhez a gondolkodási folyamathoz szeretnék könyvemmel hozzájárulni.

Hivatkozások

- ÁDÁM, GY. (1984): Az orvosi hálapénz körüli vitához. *Társadalmi Szemle*, Július-Augusztus, 135–144. old.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (1992): *National Health Care Reform: Refining and Advancing the Vision*.
- ANDORKA, R., A. KONDRATAS and TÓTH I. GY. (1994): *Hungary's Welfare State in Transition: Structure, Initial Reforms and Recommendations*. Policy Study No. 3 of the Joint Hungarian-International Blue Ribbon Commission, Indianapolis, Indiana: The Hudson Institute and Budapest: Institute of Economics.
- ARROW, K. J. (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 63: 941–973.
- ARTHUR, B. W. (1989): Competing technologies and lock-in by historical events: The dynamics of allocation under increasing returns. *Economics Journal*, 99: 116–131.
- ATKINSON, A. B. and J. MICKLEWRIGHT (1992): *Economic Transformation in Eastern Europe and the Distribution of Income*. Cambridge University Press.
- BATOR, F. (1958): The autonomy of market failure. *Quarterly Journal of Economics*, 72: 351–379.
- BAUMOL, W. (1963): Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice. *Public Choice*, 77: 17–28.
- BEATTIE, R. and W. MCGILLIVRAY (1995): A risky strategy: Reflections on the World Bank report 'Averting the old age crisis'. *ISSA Review*, 48: 3–4.
- BERLIN, I. (1969): *Four Essays on Liberty*. London: Oxford University Press.
- BESLEY, T. and M. GOUVEIA (1994): Alternative systems of health care provision. In *Economic Policy. A European Forum*, eds. G.de Menil and R. Portes. Cambridge University Press, 200–257. old.
- BUCHANAN, J. M. (1986): *Liberty, Market and the State: Political Economy in the 1980s*. Brighton: Wheatsheaf Books.
- BUCHANAN, J. M. and G. TULLOCK (1962): *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- CSABA, I. (1997): Fiskális illúziók és redisztribúciós család. *Századvég*, 4. szám, 109–118 old.
- CSABA, I., GÁL R. I. (1997): A bőség zavara: tökéletlen fogyasztói információ és verseny a házi-orvosi szolgáltatások piacán. *Közgazdasági Szemle*, 44: 673–686.

- CSEKŐ, I. (1991): Korruptió és hatékonyság. *Közgazdasági Szemle*, 38: 616–643.
- CSONTOS, L., KORNAI J., TÓTH I. GY. (1996): Az állampolgár, az adók és a jóléti rendszer reformja. Egy kérdőíves felmérés tanulságai. *Századvég*, 1. szám, 3–28. old.
- CULPITT, I. (1992): *Welfare and Citizenship: Beyond the Crisis of the Welfare State*. London and Newbury Park, CA: Sage.
- DAVIS, L. E. and D. C. NORTH. (1971): *Institutional Change and American Economic Growth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DEPPE, H. U. (1995): Európai egészségügyi rendszerek geopolitikai változások nyomása alatt. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 33: 421–429.
- DIAMOND, P. (1996): Government provision and regulation of economic support in old age. In *Annual World Bank Conference on Development Economics 1995*. Washington, D.C.: The World Bank, 83–103. old.
- EVANS, R. G. (1992): Canada: Real issues. *Journal of Health Politics, Policy and the Law*, 17: 739–762.
- FELDSTEIN, M. S. (1973): The welfare loss of excess health insurance. *Journal of Political Economy*, 81: 251–280.
- FELDSTEIN, P. J. (1994): *Health Policy Issues. An Economic Perspective on Health Reform*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- FUCHS, V. R. (1996): Economics, values and health care reform. *The American Economic Review*, 86: 1–24.
- GEDEON, P. (1997): *Jóléti alrendszerek Németországban és Ausztriában*. Budapest: Collegium Budapest.
- GABEL, J. (1997): Ten ways HMOs have changed during the 1990s. *Health Affairs*, 16: 134–145.
- GALASI, P., KERTESI G. (1987): A korruptió terjedése. *Közgazdasági Szemle*, 34: 1053–1074.
- GALASI, P., KERTESI G. (1989): Patkányverseny a korruptió piacon. *Közgazdasági Szemle*, 35: 900–920.
- GALASI, P., KERTESI G. (1991): A hálapénz ökonómiája. *Közgazdasági Szemle*, 38: 260–288.
- HAYNES, D. AND P. S. FLORESTANO (1994): Public acceptability of taxing alternatives: Evidence from Maryland. *Public Administration Quarterly*, 15: 447–467.
- IGLEHART, J. K. (1992), (1994), (1995): Health policy report: The American health care system. *New England Journal of Medicine*, 326:14, 962–967; 326:25, 1715–1720; 372:10, 742–747; 331:1, 63–67, and 332:25, 1727–1731.
- JAMES, E. (1996): *Protecting the old and promoting growth. A defence of 'Averting the Old Age Crisis'*. Policy Research Working Paper, No. 1570. Washington, D.C.: The World Bank, January.
- KORNAI, J. (1972): *Erőltetett vagy harmonikus növekedés*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- KORNAI, J. (1987): A magyar reformfolyamat: víziók, remények és a valóság. I–II. rész. *Gazdaság*, 21: 2, 5–46. és 21: 3, 5–40.
- KORNAI, J. (1992): A poszt szocialista átmenet és az állam. Gondolatok fiskális problémákról. *Közgazdasági Szemle*, 39: 489–512.

- KORNAI, J. (1996): Az állampolgár és az állam: A jóléti rendszer reformja. *Mozgó Világ*, 22: 33–45.
- KSH (1996a): *Budapest Statisztikai Évkönyve 1995*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH (1996b): *Családi költségvetés 1995*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH (1996c): *Magyarország Statisztikai Évkönyve 1995*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KRUGMAN, P. (1994): *Peddling Prosperity. Economic Sense and Nonsense in the Age of Diminished Expectations*. New York and London: W. W. Norton and Company.
- Kuti, É. (1984): Az orvosi hálapénzről a következmények fényében. *Valóság*, 3. szám, 111–114.
- LINDBECK, A. (1996): *Incentives in the welfare state. Lessons for the would-be welfare states*. Seminar Paper, No. 604, Stockholm: Institute for International Economic Studies, Stockholm University, January.
- LINDBECK, A., P. MOLANDER, T. PERSSON, O. PETERSSON, A. SANDMO, B. SWEDENBORG and N. THYGESSEN (1994): *Turning Sweden Around*. Cambridge, MA and London: The MIT Press.
- LINDBECK, A. and J. W. WEIBULL (1987): *Strategic interaction with altruism: The economics of fait accompli*. Seminar Paper, No. 376. Stockholm: Institute for International Economic Studies, University of Stockholm.
- LOSONCZI, Á. (1986): *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető Kiadó.
- LOSONCZI, Á. (1997): *Utak és korlátok az egészségügyben*, Kézirat, Budapest.
- MILANOVIČ, B. (1996): *Income, inequality, and poverty during the transition*. Mimeo. Washington, D. C.: The World Bank, August.
- MURRELL, P. (1995): The transition according to Cambridge, Mass. *Journal of Economic Literature*, 33: 164–178.
- NAGY, A. (1997): *A jóléti rendszer Franciaországban*. Budapest: Collegium Budapest.
- NEEDLEMAN, J., D. J. CHOLLET AND J. LAMPHERE (1997): Hospital conversion trends. *Health Affairs*, 16: 187–195.
- NELSON, J. M. (1992): Poverty, equity, and the politics of adjustment. In *The Politics of Economic Adjustment*, eds. S. Haggard and R. Kaufmann. Princeton: Princeton University Press.
- NEWHOUSE, J. P. (1996): Reimbursing health and health providers: Selection versus efficiency in production. *Journal of Economic Literature*, 34: 1236–1263.
- NISKANEN, W. A. (1971): *Bureaucracy and Representative Government*. Chicago: Aldine-Atherton.
- NORTH, D. C. (1990): *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- NOZICK, R. (1974): *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books.
- OECD (1992): *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris: OECD.
- OECD (1993): *OECD Health Systems. Volume I: Facts and Trends 1960–1991*. Health Policy Studies No. 3. Paris: OECD.

- OECD (1994): *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris: OECD.
- OROSZ, É. (1995): Átalakulás az egészségügyben. Az önkormányzati kórházak helyzete, alkalmazkodási törekvései és privatizációs lépései. In *Esettanulmányok*, eds. Szende Á., Kaló Z. és Dózsa Cs. Budapest: Aktív Társadalom Alapítvány.
- OROSZ, É. (1996): Javaslatok az egészségügyi rendszerek reformjára. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 34: 175–191.
- PAULY, M. V. (1986): Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. *Journal of Economic Literature*, 25: 629–675.
- PAULY, M. V. (1992): The normative and positive economics of minimum health benefits. In *Health Economics Worldwide*, eds. P. Zweifel and H. E. Frech III, Kluwer Academic Publishers, 63–78. old.
- PETE, P. (1997): Az egészségügyi ellátás rendszerének alapvonásai és reformjai Ausztráliában és Új-Zélandon. *Közgazdasági Szemle*, 44: 440–454.
- PETSCHNIG, M. Z. (1983): Az orvosi hálapénzről – nem etikai alapon. *Valóság*, 11. szám, 47–55. old.
- PHYSICIAN PAYMENT REVIEW COMMISSION (1996): *1996 Annual Report to Congress*. Washington D. C.
- POZNANSKI, K. Z. ed. (1995): *The Evolutionary Transition to Capitalism*. Oxford: Boulder.
- RAWLS, J. (1971): *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ROSE, R. and C. HAERPFER (1993): *Adapting to transformation in Eastern Europe: New Democracies Barometer – II*. Studies in Public Policy, No. 212, Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde, Glasgow.
- SCITOVSKY, T. (1997): *Egy büszke magyar emlékiratai*. Budapest: Közgazdasági Szemle Alapítvány.
- SEN, A. (1973): *On Economic Inequality*. Oxford: Clarendon Press and New York: Norton.
- SEN, A. (1990): Acceptance speech at the award ceremony for the second Senator Giovanni Agnelli International Prize in 1990, published by the Agnelli Foundation and also in *The New York Review of Books*, June 14, 1990.
- SEN, A. (1992): *Inequality Reexamined*. New York: Russell Sage Foundation and Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SEN, A. (1996): Social commitment and democracy: The demands of equality and financial conservatism. In *Living as Equals*, ed. P. Barker. Oxford: Oxford University Press, 9–38. old.
- SIPOS, S. (1994): Income transfers: Family support and poverty relief. In *Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe. The Transition and Beyond*, ed. N. Barr. Published for the World Bank. Oxford: Oxford University Press, 226–259. old.
- SKOCPOL, T. (1996): *Boomerang. Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in U.S. Politics*. New York, London: W.W. Norton and Company.
- SMITH, A. [1776] (1937). *The Wealth of Nations*. New York: Modern Library.
- STARK, D. (1992): From system identity to organizational diversity. Analyzing social change in Eastern Europe. *Contemporary Sociology*, 21: 299–304.

- STARK, D. and BRUSZT, L. (1997): *Postsocialist Pathways*. New York: Cambridge University Press. Megjelenik 1998-ban.
- STIGLITZ, J. E. (1986): *Economics of the Public Sector*. New York, London: W.W. Norton and Company.
- SZABÓ, I. (1986): Az orvosok véleménye munkájukról, megbecsülésükről. *Munkaügyi Szemle*, 9–10. szám, 22–26. old.
- TÁRKI (1996–1997): *Az egészségügyi alapellátási reform értékelése: egy kérdőíves felmérés tanulságai*. Budapest: TÁRKI.
- TOBIN, J. (1970): On limiting the domain of inequality. *The Journal of Law and Economics*, 13: 263–277.
- TULLOCK, G. (1965): *The Politics of Bureaucracy*. Washington, D.C.: Public Affairs Press.
- UNICEF (1994): *Crisis in Mortality, Health and Nutrition. Central and Eastern Europe in Transition. Public Policy and Social Conditions*. Economics in Transition Studies, Regional Monitoring Report. Florence: UNICEF, International Child Development Centre (ICDC).
- U. S. BUREAU OF THE CENSUS (1996): *Statistical Abstract of the United States: (1996)*. Washington D. C.
- WHO (1996): *Health Care Systems in Transition*. Geneva: World Health Organization.
- WORLD BANK (1993): *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- WORLD BANK (1994): *Averting the Old Age Crisis*. The World Bank Policy Research Report. Oxford: Oxford University Press, published for The World Bank.
- WORLD BANK (1997): *Public Finance Reform in an Economy in Transition: The Hungarian Experience. The Hungarian Health Care System in Transition: An Unfinished Agenda*. Megjelenés alatt.

Index

A, Á

- Adaptáció 34–5
Adó, adók 17, 25, 28, 32, 40, 84, 123, 134, 173
~alap bővítése 127–8, 151, 153
általános, címkézetlen 123, 153
egészségügyi *lásd* egészségügyi adó
~elkerülés 105–6, 133
~fizető állampolgár 32, 138, 140, 146, 169
megcímkézett 40, 61, 123, 125, 141, 145, 155
~tudatosság 32, 122
Alapvető ellátás 29–30, 83, 102, 133, 150
finanszírozása 120–1, 123, 130, 134–5, 145–8, 152–3, 156
fogalma 136–42, 159, 163
Alapvető szükségletek 20, 47–8
Alkalmazottak, bérből és fizetésből élők 80, 126–8, 146, 149
Allokációs arányok 15, 17, 28, 35–41
az egészségügyben 121, 141–3, 147, 148, 157, 161
Aszimmetrikus információ 50–1
Állam
új szerepköre/funkciói 20–31, 148
Állami felelősségvállalás 29–30, 39, 41
mint alapelv 29–30, 41
Állami felügyelet 29–31, 112, 135, 166, 172–3

- Állami költségvetés 30, 32, 34, 39–40, 61, 98
és tb kapcsolata 89–90, 145–6
Állami szabályozás 24–5, 171
Állami támogatás 35, 165
célzott 19, 27
univerzális 19
Átláthatóság 108, 121–3, 124–5, 140, 172
mint alapelv 31–3, 35
lásd még Fiskális illúziók

B

- Beruházások 28–9, 35–6, 40, 94, 114, 153–4, 162
Beszerzések szabályozása 92–4
Beteg
kiszolgáltatottsága 51–3, 58, 172
orvosválasztási szabadsága 81–2, 85, 87, 96
Bérszabályozás 93, 114, 118
Biztosítás (egészségbiztosítás) 122–3, 125
decentralizálása 21
kötelező 61–2, 99
magán 20, 101, 143, 155–7, 165–7, 173
menedzselte 81, 87
nyugdíj *lásd* Nyugdíjbiztosítás
önkéntes 50, 61–2, 100–1, 134

Biztosítási díjak 32, 49–50, 87, 123–5,
130, 166
Biztosítók 53, 169
kommerciális/kereskedelmi 25, 49–50,
62–3, 80, 101, 121, 130, 135, 155
Bürokratikus mechanizmus/koordináció
11, 25, 48, 67, 171

C

Centralizáció 28, 58
finanszírozás terén 135, 154
szolgáltatás terén 118
Civil társadalom 30–1
szerepe a betegvédelemben 148,
172
szerepe az egészségügyi
érdekvédelemben 148

D

Decentralizálás
Egyesült Államokban 32, 79, 84–5,
87, 134
finanszírozásban 29, 121, 133–5,
154, 156
szolgáltatásban 32, 59, 82, 114, 119,
167

E, É

Egalitarizmus *lásd* Specifikus egalitaria-
nizmus
Egészségbiztosítás 25, 28, 49–50, 61, 83
Egészség értéke 45
Egészségügyi adó 124–5, 127–9, 131,
139–41, 143, 148–54, 157
adókulcs 127, 130, 132, 138, 140,
145, 147, 157
csökkentése 141, 148–54
fogalma 124–5
és alapvető ellátás 138–9
és kiegészítő ellátás 138–9
Egészségügyi köztelherviselés, méltányos
126–33, 141

Egészségügyi kiadások
forrásai 67–9, 70
és GDP 68–9, 76–8, 85–6, 152–3
növekedése 54–7, 86, 169
Egészségügyi Pénztár 133–5, 149, 156,
169
közjogi helyzete 145–8
szektorsemlegessége 112, 163–5
Egészségügyi privatizáció *lásd*
Privatizáció
Egészségügyi reform 72
Egyesült Államokban 84, 134
szakaszai 120–1, 135, 138, 156
Egészségügyi szervezetek 25, 59–60, 69,
91, 94, 111, 113–5
Egészségügyi szürkegazdaság 102, 104–8,
111, 128, 157, 166
Egyenlő hozzáférés normája 47, 84
lásd még Specifikus egalitarizmus
Egyéni felelősség 18, 41, 44
lásd még Szuverenitás
Egyéni vállalkozók az egészségügyben
60, 96–8, 110, 164
lásd még Háziorvosok
Elvek közötti kompromisszumok 21,
41–2, 134, 156, 163
Erkölcsei kockázat 53–4, 169
Etikai posztulátumok 16–24, 156

F

„Felbruttosítás” 149–50
Finanszírozás 67
állami 30, 61–2, 68–9, 80–1, 84, 98,
138–9, 142, 148, 152, 163
fenntartható finanszírozás mint
alapelv 39–41
magánforrásokból 61, 138–9, 142–3,
152, 154, 155–7, 159
teljesítmény 93
Finanszírozási oldal 28
kapcsolata a szolgáltatói oldallal 62,
68–71
Fiskális illúziók 82, 140

- G**
Gazdasági mechanizmus 9–11, 16, 64–73
- H**
Hálapénz 62, 102, 104–8, 111, 114, 116–7, 121, 157, 159–160, 165, 167, 173
Hatékonyság 24, 27–9, 42, 54, 78, 114, 142–3, 150–1, 156, 163
Hátrányos helyzetűek *lásd* Rászorultak
Háziorvosok 81, 96–98, 110
Háztartások 26, 28–9, 32, 39, 102, 157
Hiánygazdaság-szindróma 57–8, 143, 167
HMO 62–3, 81–3, 87, 101, 167
- I**
Időtényező
mint alapelv 34–5, 134, 173
Intézmények 24–35
- J**
Járulékok 89, 145, 173
lásd még tb-járulékok
Jogi infrastruktúra 30, 110, 112, 121, 124, 142, 165, 173, 174
Jogosultság 39
rászorultsági alapon 21
univerzális 19, 21, 39, 84
- K**
Káros szelekció 48–50, 130
kereseti korlát
kemény 167, 170
puha 167, 170
Kereseti oldal *lásd* Finanszírozási oldal
Keresztámogatás 80, 162
Kiegészítő ellátás 143
finanszírozása 121, 142, 155–7, 165–7
fogalma 138, 157–9, 160–3
Kínálati oldal *lásd* Szolgáltatói oldal
- Koordinációs mechanizmusok 24–35, 48, 108
Koraszülött jóléti állam 39
Kormányzati kudarc 31, 46
Korrupció *lásd* Hálapénz
- Kórház**
állami ~, közkórházak 7, 79, 94, 103, 107, 112, 114–5, 164
és magánszolgáltatók kapcsolata 60, 104, 111
magán~ 60, 79, 94, 112
tulajdonforma szerinti megoszlása 79
lásd még Szolgáltatók
- Költségsökkentés 28
állam jóléti kiadásaiiban 28
egészségügyben 87, 112, 169
- Költségvetési korlát
kemény 71, 115, 124
puha 90, 94
- Közalkalmazottiság felszámolása az egészségügyben 117–8
Közteherviselés *lásd* Egészségügyi közteherviselés
- Közvetlen egyéni hozzájárulás 61, 101, 102, 120, 139, 143–5, 155
lásd még Önrészesedés
- L**
Lakosság egészségi állapota 73, 76–8, 137, 167
- M**
Magánkezdeményezés, magánszektor 52, 79, 109–13, 116, 118, 154, 169
Magánpraxis 96, 102–3, 105, 110, 160
Magánvállalkozás 25, 60, 94, 108, 112, 115, 118, 165
lásd még Egyéni vállalkozók
Megtakarítások 20, 25, 29–30
Méltányosság elve 42, 126–33, 142
Menedszelt ellátás *lásd* HMO
Minimális ellátás *lásd* Alapvető ellátás

Monopólium, monopolhelyzet
állami 28, 57, 59, 62, 71, 88, 133,
156, 172
orvosi 52
Munkanélküliek 132

N

Növekedés 40
és egészségügyi kiadások 36–87, 73–8
harmonikus növekedés mint alapelv
35–40
erőltetett 36–7

NY

Nyugdíj
–biztosítás, kötelező minimális
129
finanszírozás 37–9
és egészségügyi adó 129–30
–reform 25–6
többpilléres rendszere 25–6, 129

O

Országgyűlés *lásd* Parlament
Orvosok 136–7
és betegek viszonya 51–3, 58,
105–6, 171, 173
felelőssége 147
keresete 107, 116–8, 160–1, 165–6
kezdményezési lehetősége 58,
113
magánvállalkozása *lásd* magánpraxis
és reform 115–9, 142
szakmai érdekképviselete 138–39,
142, 148, 171
társulásai 110–1
lásd még Háziorvosok

Ö

Önkéntes egészségbiztosítási pénztárak
100–1, 135
Önkéntes biztosítás *lásd* biztosítás
Önkéntesség elve 18, 21, 89, 157

Önkormányzat
helyi 34–5, 59, 92, 94, 96, 114, 169
Önrészesedés 28, 144
Ösztönzés 40, 53
mint alapelv 27–9, 40, 154

P

Parlament 34, 90, 138–9, 141, 145–6,
150, 169, 174
Pártok, politikusok felelőssége 18,
32–3, 42–6, 138, 140–1, 145, 147,
152, 168, 172
Paternalizmus 15, 18, 21, 38, 156
Piaci
koordináció 9, 11, 44, 51, 116, 171
kudarcok 31, 46
mechanizmus 25, 48, 143, 168
Politikai processzus 15, 26, 31–2, 124
Privatizáció az egészségügyben 63, 96,
108–9, 111, 113, 173
Posztoszocialista országok 15, 32, 37–40,
42–3
Public choice elmélet 31, 33
Puha költségvetési korlát *lásd*
Költségvetési korlát

R

Rászorultak 19–20, 27, 30, 35, 83,
128–33, 144, 161, 164
lásd még Jogosultság
Redisztribúció 18–9, 21, 44, 80, 101,
108, 122, 125, 129–130, 132, 141,
152, 162

S

Specifikus egalitarizmus 48, 82, 84,
133, 138, 144, 154, 156, 159, 163

SZ

Szervezetek 169
állami 25, 59, 62, 71, 91, 164
nonprofit 25, 28, 30, 60, 71, 79, 94
forprofit 25, 28, 60, 71

Szolgáltatás és finanszírozás
integrált 62, 89, 98, 102-3
félleg integrált 80-1
kettéválasztása 62, 80, 89-90, 98-9,
102-8
Szolgáltatói oldal 59-60, 65-9, 90-8
Szolgáltatók *lásd* Szervezetek
Szolidaritás 131
elvé 18-25, 27, 30, 44, 48, 50, 83,
128-9, 144, 156, 163
intergenerációs 20, 129
Szuverenitás elvé 17-8, 24, 26, 28, 39,
42, 44, 50-2, 84-6, 119, 154, 156, 159,
163
lásd még egyéni felelősség

T

Társadalombiztosítás (tb),
Társadalombiztosítási 61, 92, 94
deficit 89-90, 98, 122, 124, 145
deficit és állami költségvetés 89, 123
és informatika 100
járulék 122-4, 127, 131-4

járulékrendszer fölszámolása 124-5,
148-51
és önkormányzatiság 90-1, 145-6
vevői egyeduralma 92, 96, 103,
114

Tulajdonformák 26, 31
az egészségügyben 64-6, 69-71, 78,
115, 117, 156, 164
köztulajdonú szektor félpiaci elemei
114-5
Tulajdonjogok 92, 113-4
Tulajdonosi jogkörök 114

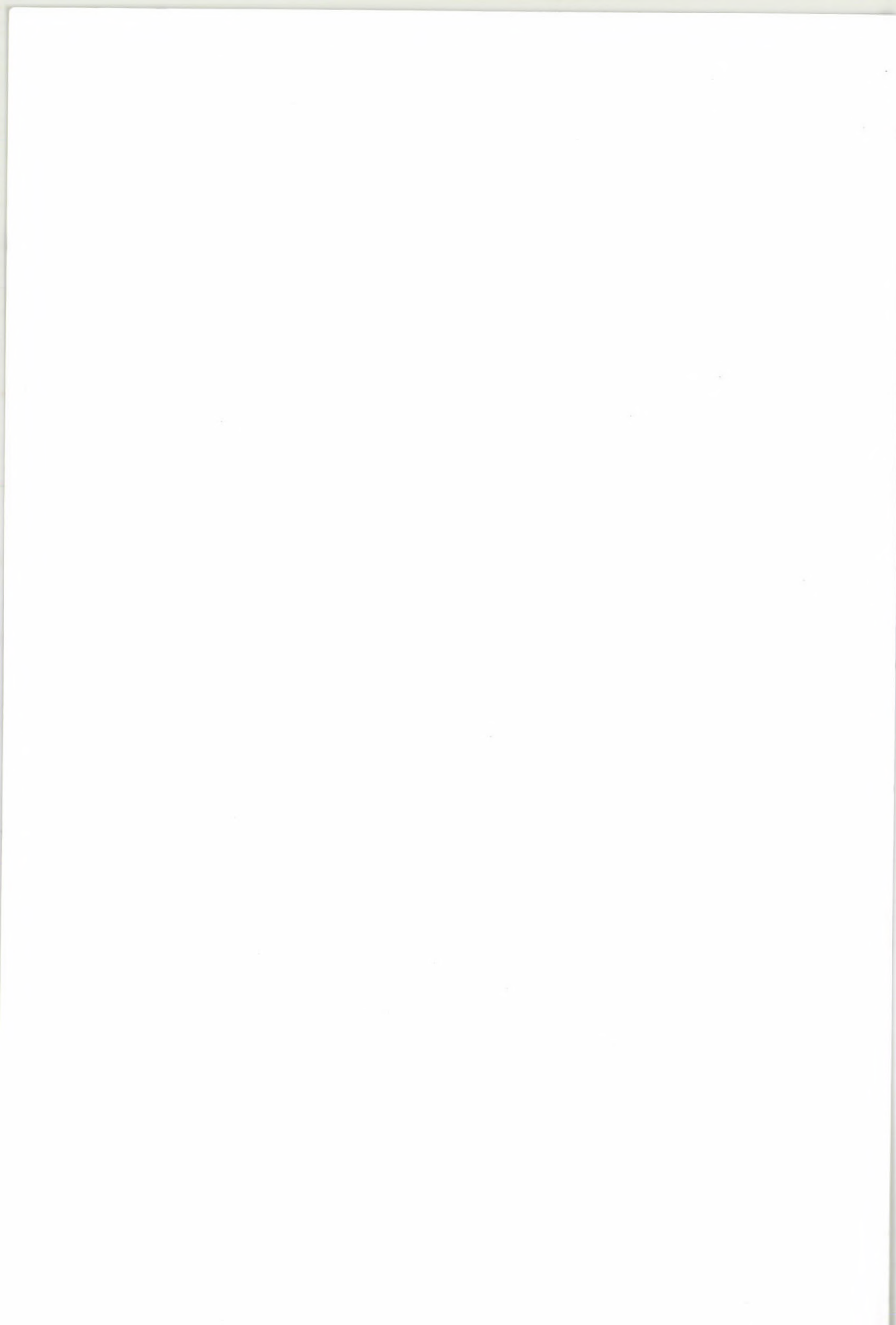
U

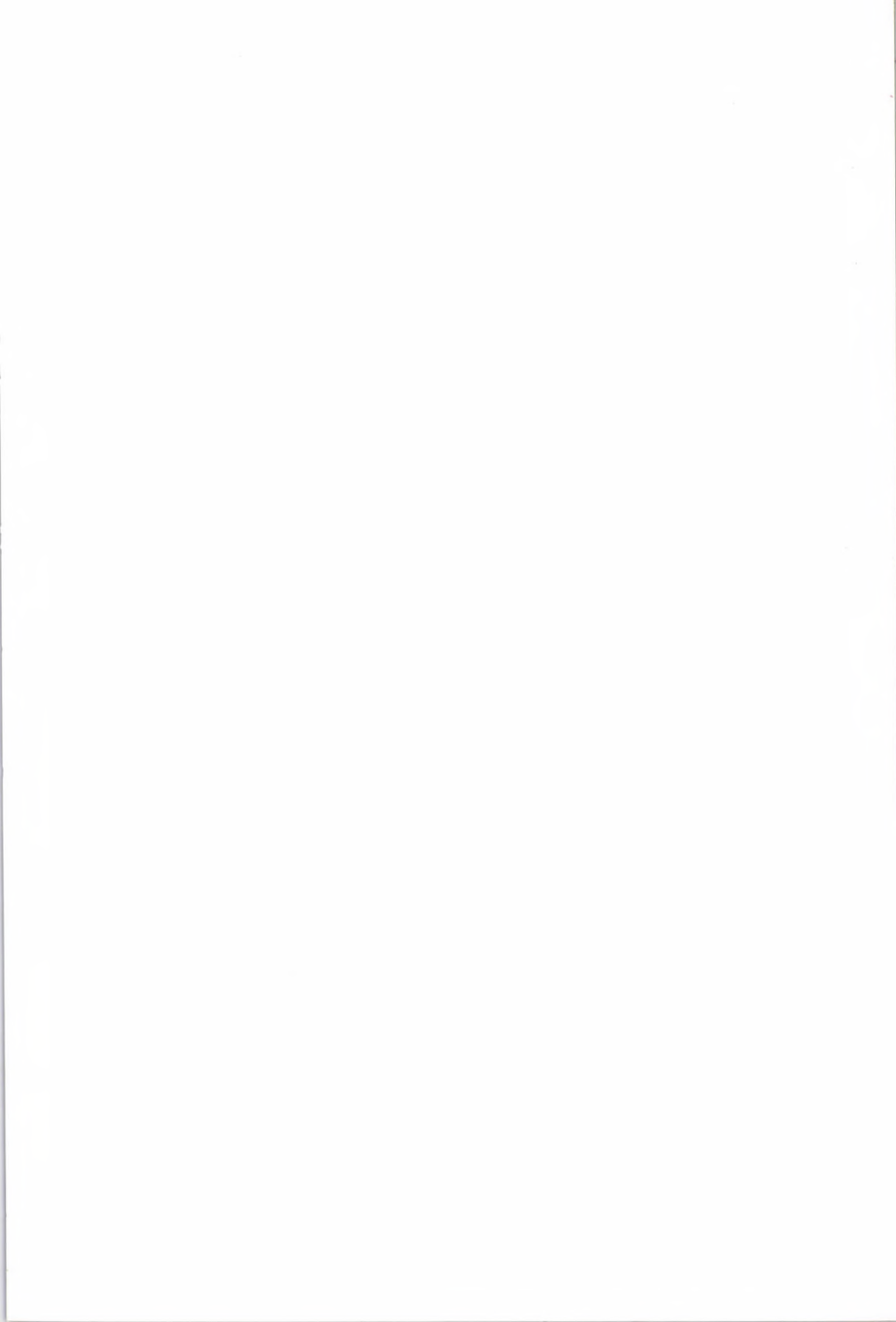
Univerzális jogosultság *lásd* jogosultság

V

Verseny 108
mint alapelv 24, 28-9, 31, 44, 52,
84, 134, 164, 168
hiánya 28, 58
~szféra és az egészségügyi szféra
91-2, 95, 110

Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó Kft.
A kiadásért felel: David G. Young vezérigazgató
Szövegfeldolgozás: Jet Set Tipográfiai Műhely
Nyomás: László és Társa Bt.
Felelős vezető: László András
Budapest, 1998
Felelős szerkesztő: Fogarasi Judit
Műszaki szerkesztő: Andrásy Katalin
Formátum: A/5 • Terjedelem: 11,75 ív





Részlet a könyv Bevezetőjéből:

„A magyar egészségügy sok szempontból szorul fejlesztésre és változtatásokra: beruházásokkal kell korszerűsíteni a felszerelést, javítani kell az egészségügyben dolgozók képzését, széles körű felvilágosítással kell hozzájárulni a lakosság egészségi önvédelméhez és így tovább. Bármily fontosak is ezek a feladatok, tanulmányom nem tér ki rájuk. Tárnya nem az egészségügy általános reformja. Csupán egyetlen – igaz, központi jelentőségű – részproblémával foglalkozik: az egészségügy »gazdasági mechanizmusának« reformjával. (...)

(...) a könyv írásakor nem arra törekedtem, hogy minden lehetséges alkalmat megragadjak a jelenlegi állapotok szívszorogató leírására és a társadalom, a kormányzatok és a politikusok vád alá helyezésére. Éppen mert a helyzet sok szempontból drámai, nem drámai stílussal, nem a szenvedélyek felkorbácsolásával segíthetünk, hanem a teendők nyugodt, higgadt átgondolásával. Hogy képszerű legyek, ideálom nem az az orvos, aki a beteg súlyos állapota láttán elsírja magát, hanem az, aki megnyugtató hangon szól a beteghez és hozzátartozóihoz, és józanul átgondolja: milyen gyógyszer, milyen beavatkozás segít a bajon.”

ISBN 963 224 234 3



9 789632 242347