

### Kornai János: Az egészségügy reformjáról

Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1998, 186 oldal

Gyakorló orvosként és kórházigazgatóként egyaránt nagyon örülök, hogy Kornai János, a kitűnő elméleti közgazdász könyvet írt az egészségügy reformjáról. Örülök, mert kívülálló egészen más, teljesebb perspektívából látja a problémát, mint a benne küszködők Laokoon-csoportja. Nem kötik orvosszakmai, sőt egészségökonomiai megfontolások sem, s ezt előnynek érzem, korántsem hátránynak. Könyve egyetlen célt tűzött ki: hogyan kell a rendszer-váltás után – a társadalomban uralkodóvá vált kapitalista rendszer, a túlsúlyra jutott magántulajdon, a piaci koordináció és a politikai demokrácia körülményei között – átalakítani az egészségügyi szektor szereplőinek érdekeltségét, az állam funkcióit, hogyan kell alkalmazni – bizonyos korlátok között – a piaci koordinációt, milyenek legyenek az átalakulás elvei.

Az elveket magam is rendkívül fontosnak tartom. Az elvek az utat kitűző iránymutatók, amelyek nélkül eltévedünk, körbe-körbe járunk. A több mint tíz éve elkezdett magyar egészségügyi reform pályájának elveit a reform minden szakaszában hiányosan, ellentmondásosan tűzték ki, s a „kapukat” gyakran áthelyezték. Kornai János elvei – amelyeket a reformfolyamat mementóinak nevez – elsősorban nem közgazdasági elvek, hanem etikai elvek és a józan ész elvei, melyeket érdemes szem előtt tartani, mert általuk „a mindennapi politika okozta kilengések hatékonyan csillapíthatók”. Ezt szolgálja a könyv tárgyilagos stílusa is. „Éppen, mert a helyzet sok szempontból drámai – írja a szerző – nem drámai stílussal, nem a szenvedélyek felkorbácsolásával segíthetünk, hanem a teendők nyugodt, higgadt átgondolásával”. Mind gyakorló orvosként, mind orvosvezetőként egyetértek ezzel a munkamódszerrel, hisz mindennapi munkámban megtanultam, hogy csak így érhetünk el eredményt.

Kornai kilenc rendező elve közül, amelyeket a reformnak követnie kell, az első kettő etikai. „Hibás eljárás a jóléti szektor reformja melletti érvként arra hivatkozni hogy »nincs elég pénz«, »üres az államkassza«, »súlyos a költségvetési hiány.«” „Ha netán a gazdaság egészséges fejlődésének eredményeként megszűnik a költségvetési deficit, akkor már nem is lesz szükség a jóléti szektor reformjára?” – kérdezi a szerző. Szívünkben beszél. Az egészségügy reformja alapvetően nem pénzhiányon áll vagy bukik. Drága pénzen is lehet viszonylag kevésbé hatékony egészségügyet működtetni, mint ezt az Egyesült Államok példája mutatja, vagy lényegesen olcsóbban is lehet egy országnak jó egészségügye, mint azt a brit modell bizonyítja.

Kornai kilenc elve közül az *első* az egyén szuverenitásának elve, vagyis olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén és szűkebbre szorítja az állam döntési jogkörét a jóléti szolgáltatások szférájában. Felelőssé teszi az egyént saját életéért és egészségéért, világossá teszi, hogy nem az állam feladata, hogy részletekbe menően gondoskodjék polgárai egészségéről.

A *második* elv az első elv ellenpontja: a szolidaritás elve, mely az állam szolidaritását is tartalmazza, vagyis a szenvedőket, bajbajutottakat, hátrányos helyzetűeket a közösségnek állami újrafelosztás révén is segíteni kell. A két erkölcsi elv arányos és egymást kiegészítő megvalósítása a reform során egészségükért és életükért felelős állampolgárokat nevel, de ugyanakkor segítséget biztosít számukra, ha mégis bajba kerülnek.

Az első elv lehetővé tehetné az egyén számára, hogy ifjú korban – mikor még fel sem merül benne, hogy idős koráról gondoskodják, vagy hogy baj is érheti – egyáltalán ne kössön se nyugdíj-, se betegségbiztosítást. A szolidaritási elv józan alkalmazásával ugyanakkor a társadalom a saját meggondolatlanságukból bajbajutottaknak is korlátozottan ugyan, de segítséget nyújt.

Mivel ez etikai normákba ütközhet, helyesebb a társadalom tagjait kötelezni minimális nyugdíj-, illetve egészségbiztosítás megkötésére. Magam részéről nem tartanám igazságtalannak, ha a fiatalokat még nagykorúságuk előtt figyelmeztetnénk, hogy az alkohol-, a drog- és a nikotinfogyasztás egészségkárosító hatásait, illetve azok kezelését nem fogja a társadalom helyettük teljes mértékben átvállalni. A nagy egészségkockázattal járó kedvtelések megszállottjai (például mérges kígyók tartói) se várják, hogy az ebből eredő egészségkárosodásukat a társadalom maradéktalanul kompenzálja. Ha mégsem akarnak minderről lemondani, kössenek kockázati alapú kiegészítő vagy magánbiztosítást.

A társadalmi szolidaritásból természetesen a magasabb jövedelműek s általában a legális keresettel rendelkezők veszik ki a részüket, a kiskorúak, a munkaviszonyban nem állók, a nyugdíjasok egészségügyi ellátásának anyagi feltételeit is ők teremtik meg. Rendkívül igazságtalan, hogy az egészségbiztosításban részesülők egyharmadának, a bérből s fizetésből élők pénztárcájából kerül ki az egészségügy finanszírozására fordított társadalombiztosítási költség kétharmada. Ezen alapul a szerzőnek az a véleménye, hogy az egészségügyi biztosítás tulajdonképpen nem valódi biztosítás, nem a várható kockázat s költség alapján jön létre, hanem tulajdonképpen egészségügyi adó. Helyes is lenne ennek nevezni, hogy minden félreértést eloszlassunk. Kornai azt javasolja, hogy be nem fizetését adóhátralékként kezeljük.

A két etikai alapelv mellett hét közgazdasági jellegű alapelv sorakozik.

– A verseny elve, vagyis hogy az állami és önkormányzati tulajdonnak és szabályozásnak *ne* legyen monopóliuma.

– Az ösztönzés elve, hogy hatékonyságra ösztönző tulajdon- és szabályozási formák jöjjenek létre.

– Az állam új szerepköre a törvényes keretek előírására, a nem állami és nem önkormányzati intézmények felügyeletére s a „végső” biztosításra és segítségnyújtásra szorítkozik. Ugyanakkor az állam felelősséget vállal azért, hogy minden állampolgára hozzájusson alapvető egészségügyi ellátáshoz.

– Az átláthatóság elve; vagyis váljék világossá az állampolgár előtt a kapcsolat az egészségügyi szolgáltatás és annak adóterhe között. A reform gyakorlati intézkedéseit előzze meg nyílt és jól informált vita. A politikai pártok valljanak színt, milyen forrásból kívánják finanszírozni az egészségügyet.

– A program időigénye. Időt kell engedni a jóléti szektor új intézményeinek evolúciójára és az állampolgárok adaptációjára.

– A harmonikus növekedés elve. Legyenek harmonikusak az arányok a gyors növekedést közvetlenül szolgáló beruházások és a jóléti szektor működtetésére és fejlesztésére felhasznált erőforrások között.

– A fenntartható finanszírozás elve. Az állami költségvetés legyen képes folyamatosan finanszírozni az állami kötelezettségvállalásnak teljesítését.

Kornai János elveinek pusztá ismertetése már felnyitja szemünket a reform kidolgozóinak és irányítóinak eddigi hiányosságaira. Csak négy elvet szeretnék kiemelni, amelyet nem kezeltünk mementóként:

*A verseny elve.* Eddig a magyar egészségügyi reform során nem valósult meg a szektorsemlegesség, nem alakult ki igazi verseny a privát és nem privát egészségügy között. A családorvosi hálózat privatizálása úgy valósult meg, hogy „külső” versenytársakat nem engedtek a pályára. Így történt ez a fogorvosok „privatizációja” során is. A koráb-

ban magánpraxist folytató fogorvosokkal az Országos Egészségügyi Pénztár (OEP) nem kötött, vagy csak kivételesen kötött szerződést. Magánpraxist folytató orvos csak akkor kerülhet versenyhelyzetbe, ha az OEP ugyanúgy biztosítja számára az ambuláns ellátásért járó „német” pontok nevetségesen csekély forintértékét, mint az önkormányzati tulajdonban lévő szakrendelőnek; vagyis szerződést köt a magánorvossal. Ebből a magánorvos ugyan megélni nem tud, de tudásának, gyakorlatának, pozíciójának s a kereslet-kínálati viszonyoknak megfelelően szabhatná meg a honoráriumot. Az állampolgár pedig látná, hogy az egészségbiztosítás legalább részben honorálja, hogy ő megfelelő orvost választ betegségére kezelésére.

Ezzel szemben a helyzet az, hogy az a magánorvos, akivel az OEP nem köt szerződést, csak teljes térítéssel kérhet laboratóriumi, röntgenvizsgálatot, konzultációt, konzíliumot az OEP-pel szerződéses viszonyban lévő állami, önkormányzati vagy akár magánkézben lévő egészségügyi intézménytől, szolgáltatótól. Csak sürgős esetben utalhat beteg kórházba. Ez nem versenyhelyzet, ez nem szektorsemlegesség. Ahogy Kornai írja: a jelenlegi magángyakorlat egyik legfontosabb célja a beteg „fogása”, akit aztán az állami, önkormányzati egészségügybe irányít. Ezért, és a nem megfelelő, sőt méltatlan „versenyhelyzet” következtében a magyar magánpraxisban használatos „árak” megalázóan alacsonyok az autószerelés, a vízvezeték-szerelés, a tv-szerelés áraihoz képest.

*Az átláthatóság elve.* Nyilvánvaló, hogy ez az elv sem valósul meg. A magyar polgár általában azt hallja, hogy sehol a világon ilyen magas arányú társadalombiztosítási hozzájárulást nem fizetnek. Azt már nem tudja, hogy a magas százalék abszolút számokban igen alacsony. Az egy magyar állampolgárra jutó évi egészségügyi költség 300 dollár körül van, míg egy európai színvonalú egészségügy 1 főre jutó költsége 1500-2000 dollár. Azt sem tudja, hogy a hazai költségek közül csak a munkaerő ára az, ami lényegesen alacsonyabb, az energia, a műszerek, a gyógyszerek ára gyakorlatilag ugyanolyan magas, mint Európa más országaiban. Az egészségügyben az infláció értéke több mint kétszerese az infláció átlagos értékének. A magyar polgár azt sem tudja, hogy az amortizáció felmérésére általában nincs forrás, a felújítás, fejlesztés nem a társadalombiztosítás, hanem a tulajdonos feladata, amely ezt nem teljesíti megfelelően.

*Az időfaktor elve.* Igen fontos elv. Ennek betartásával különösen adósak vagyunk. Kellő előkészítés – az orvostársadalom, a többi egészségügyi dolgozó, a társadalom egészének meggyőzése – nélkül igyekeznek akár helyes intézkedéseket is keresztülerőltetni, mint arra számos példa volt már.

*A finanszírozhatóság elve.* Nyilvánvaló, hogy egy főre évi 300 dollárból nem lehet 1500 dollár értékű egészségügyet fenntartani, annál kevésbé, mivel a jövedelmek nem tarthatók a jelenlegi nyomott szinten, mert ez kikerülhetetlenül az egészségügy igen gyors szakmai összeomlásához vezet.

Az egészségügyben dolgozók átlagjövedelme Magyarországon minden más szektorban dolgozókhöz képest a legalacsonyabb – mind a nem szakképzettek, mind a szakképzettek, sőt egyetemi végzettségűek között. Kornai megmutatja, hogy Németországban, illetve az Egyesült Államokban az orvosok keresete a többi diplomás keresetéhez képest is magasabb. Az egy főre jutó 300 dollár nemhogy nem elegendő az egészségügyben dolgozók jövedelmének rendezéséhez, de minden rendezés nélkül is kevés ahhoz, hogy akár a jelenlegi ellátások finanszírozását fenntarthassák. „Az állami egészségügyi rendszerek, melyekre a keresleti oldalról nagy nyomás nehezedik, előbb-utóbb finanszírozhatatlannak bizonyulnak” – állapítja meg a szerző. Ezzel az előrelátható perspektívával az egészségügyi reform eddig alig mert szembenézni.

Az elvek tárgyalása után a szerző elemzi az egészségügy alternatív gazdasági mechanizmusait, mind a kínálati (szolgáltatói), mind a keresleti (finanszírozási) oldalról, s részletesen taglalja az ezzel kapcsolatos nemzetközi tapasztalatokat. Megállapítja, hogy

még az Egyesült Államokban is állami forrásból fedezik az egészségügyi kiadások jelentős hányadát (45 százalékát), de ugyanakkor az állami forrás csak Norvégia és Luxemburg esetében lépi túl a 90 százalékot, legtöbb országban 65-90 százalék között mozog, s ez nem függ sem az egy főre jutó GDP-től, sem a GDP százalékában megadott egészségügyi kiadásoktól (Egyesült Államok 14 százalék, Luxemburg 7,4 százalék, Németország 8,7 százalék, Nagy-Britannia 7,1 százalék, Görögország 5,4 százalék, Kanada 10,8 százalék).

Kornai véleménye szerint nincsen „mintaország”, amely a „fejlett Nyugatot” reprezentálná. Mindenesetre a fejlett európai országok egy „vegyes”, több pilléres mechanizmushoz közelednek. (Ezek közül hozzám a brit és kanadai modell áll a legközelebb).

Azonos nagyságú forrásból azonban a különböző országok elég különböző egészségügyi eredményeket „hoznak ki”. A szerző külön taglalja az Egyesült Államok egészségügyét, amelyben a kórházak közül a nonprofit szektor finanszírozza a legtöbb kórházat (54,4 százalék), a közkórházak (28,3 százalék) és *for profit* kórházak (17,5 százalék) aránya sokkal kisebb.

Kornai rámutat, hogy a menedzselte biztosítási formák (managed care) milyen gyorsan terjednek, elsősorban a Health Maintenance Organization (HMO). A HMO egyesíti a finanszírozási és szolgáltatási oldalt, vagyis olyan biztosító, amelynek vannak orvosai mind az alapellátásban, mind a szakellátási ágakban is. A biztosított csak a HMO saját hálózatához tartozó orvosok közül választhat. A HMO orvosa dönti el, hogy a beteg milyen további ambuláns vagy közkórházi kezelésben részesüljön, mit áll, mit nem áll a biztosító. A HMO decentralizált forma, a HMO-kat nem fogja össze központi szervezet, egymással is versenyeznek.

Kornai helyzetképet ad a magyar reform állásáról. Kiemeli, hogy a finanszírozás domináns hányada formailag kikerült ugyan a központi költségvetésből, de végül a kormány kötelezettsége kifizetni az OEP mindenkori deficitjét. Ez nagyon puha költségvetési korlátot jelent. A piaci struktúra „monopszonista”, vagyis egyetlen vevő van, az OEP, és ez ugyanolyan mint a piaci szocializmus korában volt. A bérskálát felülről diktálják, s ez megint csak centralisztikus elem. Az árak kívülről diktált tarifák, amelyek ugyan előrehajtó hatásúak, kialakítja a vezetők és beosztottak költségérzékenységét, de újra megjelentek a szocializmusból ismert számbavételi eljárások árnyoldalai is: egyszerre ösztönöznek igazi és árteljesítményekre.

A felülről elrendelt, erőltetett kórházi ágycsökkenés nem lehet hatékony. A fölös ágykapacitás kihasználása vagy leépítése csak akkor valósulhat meg hatékonyan, ha nem diktátum kényszeríti ki, hanem a kórházak valóságos érdeke. A beruházás és felújítás tekintetében még erősebb a centralizáció, mint a piaci szocializmus korában.

Kornai számba veszi az egészségügyi szolgáltatás nem állami szektorát is, és megállapítja, hogy ez elsősorban a művese-szolgálat, a CT- és MRI-diagnosztika területén, valamint a családorvosi ellátásban van többségben. Kornai véleménye szerint a családorvos a szocializmus „gebines” vállalkozójához hasonlít leginkább.

Az egészségügyi ellátás 24 százalékát finanszírozza az állami költségvetés, 60 százalékát az OEP fizeti, 16 százalék viszont – gyógyszer-hozzájárulás és hálapénz formájában – a polgár zsebéből megy. A kötelező biztosítás az uralkodó, bár hatékony ellenőrzés és az információk megfelelő feldolgozása hiányzik, de van mód önkéntes biztosításra, illetve kereskedelmi biztosítóintézetek működésére is. A hálapénz nagyságrendjét a szerző 4,8 milliárd forintra teszi. Megállapítja, hogy a hálapénz méltánytalanul oszlik meg az egészségügyben dolgozók között, s demoralizáló hatása van.

Kornai szerint a magyar egészségügyi reform nagy történelmi lépéssel van elmaradva a versenyszféra mögött.

A külföldi és hazai egészségügy finanszírozási helyzete után következik a számunkra legérdekesebb rész. Milyen megoldást javasol a szerző?

Lássuk először a kereseti (finanszírozás) oldalt! Kornai javaslata: ne egészségügyi biztosítást, hanem egészségügyi adót fizessen az állampolgár, hisz valójában szó sincs üzleti, kockázati alapon kötött biztosításról. Az egészségügyi adó címkézett legyen, vagyis csak egészségügyi célra legyen felhasználható, és csak annyit költhessenek az alapvető egészségügyi ellátásra, amennyit az átlagpolgárok megcímkezve e célra befizetnek. Tilos legyen az alapvető egészségügyi ellátás deficitjének fedezése általános adóbevételekből. Minden adóköteles jövedelmet egységes kulcs alapján, vagyis lineárisan kell megterhelni az egészségügyi adóval, még hozzá nemcsak a munkajövedelmet, hanem a tőkejövedelmet is. Az adóalap növekedése lehetővé tehetné vagy az alapvető szolgáltatás kibővülését vagy az egészségügyi adó kulcsának csökkenését.

Figyelmet érdemel Kornainak az a javaslata is, hogy a munkavállaló bruttó béréhez adják hozzá a munkaadó által fizetett egészségbiztosítási járulékot is, amelyet azután le is vonnának rögtön a bruttó bérből. Ez világossá tenné a munkavállaló előtt, hogy mennyit is fizet az egészségügyi ellátásért. Érdekes javaslat, de félek, hogy egészségügyi adó címén ekkora vagy közel ekkora összeget a munkavállalótól nem lehet és nem szabad levonni.

Kornai megkülönböztet alapvető és nem alapvető egészségügyi ellátást, amelyek közül az elsőt kell az egészségügyi adónak fedeznie. Az alapvető ellátás fedezésére szolgáló *makroszintű, aggregált összeget* (úgy is mondhatnám: az országos keretszámot) politikai processzuson keresztül kell meghatározni. A makroszintű aggregált összeg konkrét allokációját (az országos keretszám „felbontását”) az egészségügyi szakmának, ezen belül elsősorban az orvostársadalomnak kell eldöntenie.

A politikusok tehát nem dönthetik el, hogy valamely orvosi művelet „befelfér-e” az adóból finanszírozható műveletek katalógusába. Ezt az orvosoknak kell megtenniük – mégpedig úgy, hogy tudomásul veszik: az összes költség fedezésére hivatott országos keretszám adottság.

Átlátható viszonyok kellene azonban, hogy az állampolgár, illetve a pártpolitikus, parlamenti képviselő lássa, milyen összeggel mit is lehet finanszírozni, milyen alternatívák vannak.

Milyen egészségügyi adókulcsot kell megállapítani ahhoz, hogy az alapvető ellátásba minden valóban és elkerülhetetlenül szükséges ellátás a szükséges mértékben férjen bele? Fölös és nem igazán hatékony kiadások mai is bőven vannak, de ezt nem óhajtjuk e helyütt részletesen tárgyalni, ezek visszaszorítása szakmai testületek feladata. E területen kemények a szakmai és gazdasági ellenérdekek – ha az egészségügy finanszírozása szektorsemleges lesz, valós arányok alakulhatnak ki. A GDP növekedésével s az adóalap bővülésével mind az egészségügyi adó csökkentésére, mind az alapvető ellátás bővülésére lesz lehetőség.

Az egészségügyi adó bevezetésével az egészségbiztosítási pénztár egészségügyi pénztárrá alakulna át. Az alapellátáson felül az állampolgár saját zsebéből vagy kiegészítő biztosítás révén fizetné a többlet ellátást vagy a magasabb színvonalú, drágább alapkezelést. Különbségek ugyanis vannak; ezek a szürkegazdaságban bizonyos fokig ki is derülnek, de ennek világosabbnak és átláthatóbbnak kell lennie.

A keresleti (szolgáltatási) oldalról Kornai legfőbb ajánlása az, hogy a privatizációt nem szabad erőltetni, csak megengedni kell. Elképzelhetően olyan reform sikeres megvalósítása, amelyet az orvosok többségének akarata és tiltakozása ellenére erőltetnének keresztül. A közalkalmazotti törvény nem védi az orvosi és ápolónői fizetéseket; ellenkezőleg elősegíti befagyasztásukat.

Magam is azt gondolom, hogy a szektorsemleges privatizáció lassan-lassan megoldja

az egészségügyben dolgozók alacsony jövedelmének problémáját. Ha az orvost, nővért, más egészségügyi dolgozót önálló vállalkozóként vagy más privát formában venné igénybe például a kórház, jobban érvényre juthatna a szolgáltató orvos, nővér egyéni kiválósága az alku során, s ezt bizonyos szint felett a beteg, vagy annak kiegészítő biztosítója fedezhetné.

Egy kiváló műtéti vagy diagnosztikus munkacsoportnak jogos igénye, hogy kiváló eredményeit a kórház, a beteg vagy a kiegészítő biztosító honorálja, hisz a kiválóságot véres verejtéssel kell megszerezni és megtartani. Egy radiológus osztályvezetőnek például vezetnie, tanáccsal kell ellátnia beosztottjait, de természetesnek tartjuk, hogy az ő szemével megítélt leletet magasabban díjazták, mint az átlagost. Ha az OEP ezt nem tudja vagy nem akarja fedezni, akkor más forrásból kell biztosítani. Olyan rendszer lenne megfelelő, melyben a kórház, az orvos, a többi egészségügyi dolgozó és a beteg érdeke egy irányba esik. Hogy ez mennyire nem így van, azt ehelyütt nem részletezem.

Összefoglalva azt kell mondanom, hogy Kornai a kívülálló, de a magyar egészségügy működéskében személy szerint is érdekelt – potenciálisan rászoruló – laikus szemével, de ugyanakkor az elméleti közgazdász szemléletével vizsgálja a magyar egészségügy reformját, s e kettős szempontból tesz javaslatokat, melyek egyszerűek, józanok, meggondolandók, megvitathatók és elfogadhatók. Nagy eredménye munkájának annak tárgy-szerű és tárgyilagos hangneme. Mint ő is kiemeli, a tanulmányban kifejtett kilenc elv nem kötődik egyetlen párthoz sem; nem bal- vagy jobboldali, nem liberális vagy konzervatív, elhatárolódik a szociáldemokrácia korábbi irányzatától, mely a jóléti állam minél teljesebb kiépítésében látta hivatását, de elhatárolódik a jóléti állam viszonyait rideg szívvel összetörő radikálisoktól is.

„A kilenc elv együttese sajátos »centrista« álláspontot képvisel” írja a szerző – amely – miközben távolságot tart 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 tessenek, amit írok. Ez éppen 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”. Igen, Kornai János ezen üzenete mindannyiunk számára, de különösen az értelmiség számára irány-mutatás. Az „egész” az anyagi és szellemi világban egyaránt dinamikus ellenpontok egyensúlyán alapszik. Az ellenpontok dinamikus egyensúlyát, összhangját és harmóniáját kell megteremtenuk a posztzocialista egészségügyben és társadalomban. Erre tanít Kornai János műve, s érdemes lenne megfogadnunk.

**Dr. Bálint Géza**