Kornai János–Karen Eggleston

EGYÉNI VÁLASZTÁS ÉS SZOLIDARITÁS

Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában

NEMZETI TANKÖNYVKIADÓ, BUDAPEST

Felsőoktatási tankönyv

ISBN 963 19 5464 1

© Kornai János, Karen Eggleston, Nemzeti Tankönyvkiadó Rt., Budapest, 2004

Minden jog fenntartva. A mű egészének vagy bármely részének mechanikus, illetve elektronikus másolása, sokszorosítása, valamint információszolgáltató rendszerben való tárolása és továbbítása a Kiadó előzetes írásbeli engedélyéhez kötött.

EGYÉNI VÁLASZTÁS ÉS SZOLIDARITÁS

Tartalomjegyzék

Ábrajegyzék 7
Táblázatjegyzék 8

1. Bevezetés 11

1.1 A könyv céljai 11
1.2 Az új magyar kiadásról 15
1.3 Köszönetnyilvánítás 17

I. KIINDULÓPONTOK 19

2. A reform általános elvei 21

2.1 Etikai posztulátumok 22
2.2 Az intézmények és a koordinációs mechanizmusok kívánatos tulajdonságai 28
2.3 Az allokáció kívánatos arányai 37
2.4 Zárómegjegyzések 41

3. Az egészségügyi szektor sajátosságai 43

3.1 Általános áttekintés 43
3.2 Szolgáltatás és finanszírozás: osztályozás 58
3.3 A fizetési rendszerekhez kapcsolódó ösztönzők 65

4. Néhány nemzetközi tapasztalat 80

4.1 A gazdasági mechanizmusok az iparosodott demokráciákban 80
4.2 Egy speciális eset: az Egyesült Államok egészségügyi mechanizmusa 96

5. Az egészségügyi szektor Kelet-Európában: a kiindulóállapot 105

5.1 A „klasszikus szocializmus" gazdasági mechanizmusa 105
5.2 Az ellátáshoz való jog újrameghatározása 108
5.3 A finanszírozás és a szolgáltatás szétválasztása 110
5.4 Finanszírozás 113
5.5 Szolgáltatás: köztulajdonú szervezetek 119

5.6 Szolgáltatás: legális magántevékenység 122
5.7 Orvosi keresetek, „hálapénz" 125

II. A REFORM KÖRVONALAI 133

6. A keresleti oldal: finanszírozás, juttatások, biztosítás 135

6.1 Az ajánlás vezérgondolatai 135
6.2 Az alapvető ellátás finanszírozása 137
6.3 Redisztribúció a finanszírozáson keresztül 140
6.4 Közvetlen hozzájárulás 148
6.5 Az alapvető ellátás 150
6.6 Tulajdon, decentralizáció és menedzselt verseny a biztosításban 157
6.7 A kiegészítő szolgáltatások köre és finanszírozása 169
6.8 A munkaadók szerepe 175

7. A kínálati oldal: a szolgáltatói rendszer tulajdonviszonyai, szervezete és szerződései 179

7.1 A magánkezdeményezés biztatása 179
7.2 A köztulajdonú szektor félpiaci elemeinek erősítése 185

8. A kereslet és a kínálat kölcsönhatása: ármegállapítás, fizetési rendszer, kemény költségvetési korlát és az egészségügyi szektor általános fejlődése 187

8.1 Ésszerű árak 187
8.2 Kemény költségvetési korlát és más ösztönzők 193
8.3 Az orvosok keresete: az orvosi szakma és a reform 204
8.4 Szektorsemlegesség 209
8.5 Ki dönt az egészségügy fejlődéséről? 211

9. Zárómegjegyzések 215

9.1 A gazdasági mechanizmuson kívüli tényezők szerepe 215
9.2 A reform támogatói és ellenzői 217
9.3 Evolúciós és konstruktivista fejlődés 224

Hivatkozások 227

Tárgymutató 239

Ábrajegyzék

2.1 Értékválasztások 27
2.2 Az egy főre jutó jövedelem és az állami nyugdíjkiadások közötti összefüggés 38

3.1 Az integráció típusai 63
3.2 A százalékos önrész mértékének megállapításához kapcsolodó trade-offok 67
3.3 A szolgáltatói költségmegosztás mértékének megállapításához kapcsolódó trade-offok 75

4.1 Közösségi (városi, járási, megyei) kórházi ágyak száma az Egyesült Államokban, 1928–2000, ezer 97

5.1 A társadalombiztosítási pénztárak hiánya Horvátországban, Magyarországon és Szlovéniában, 1994–98 115
5.2 Az egészségügyi ellátás finanszírozási forrásai Kelet-Európában, 1997 118

6.1 Az egy biztosítottra jutó átlagos egészségügyi kiadás korcsoportonként a Cseh Köztársaságban, 1997 141
6.2 A biztosítási rendszer decentralizálásának alternatívái 157
6.3 A finanszírozás iránya a különböző decentralizált biztosítási módokban 162

Táblázatjegyzék

2.1 Intézményi választások: az állami, a piaci és a vegyes megoldások támogatottsága Magyarországon 30

3.1 Az egészségügyi kiadások növekedését meghatározó árak és volumenek az OECD országokban (átlagos éves növekedési ütemek, %) ... 56
3.2 Szolgáltatás és finanszírozás: az alternatív mechanizmusok osztályozása 60
3.3 Az FFS-rendszer alkalmazásának hatása a beavatkozások számára a járóbeteg-szakellátásban Magyarországon 70
3.4 A fizetési rendszerekhez kapcsolódó eszközök hatása 78

4.1 Az egészségügy domináns tulajdonformái az OECD-országokban, 1992 81
4.2 Az egészségügyi szolgáltatás kiegészítő tulajdonformái néhány OECD-országban az 1990-es években 82
4.3 Az egészségügyi finanszírozás kiegészítő formái néhány OECD-országban 83
4.4 Az egy főre jutó reál GDP, az egészségügyi kiadások a GDP százalékában, és az egészségügyi kiadások részesedése a közkiadásokból az OECD-országokban, 1992. Nemzetközi összehasonlítás 85
4.5 Az 1984 után végbement reformok az OECD-országokban 90
4.6 A lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai néhány OECD-országban, 2001 92
4.7 Fizetési rendszerek néhány OECD-országban 93
4.8 Kockázatkiigazítás és kockázatmegosztás néhány országban 94
4.9 A lakosság egészségügyi ellátásra vonatkozó véleménye öt országban, 2001 95
4.10 Az egészségügyi szektor talajdonviszonyai az Egyesült Államokban 96
4.11 Az alkalmazottak megoszlása a különböző biztosítási formák között az Egyesült Államokban 98
4.12 Az egészségügyi ráfordítások növekedése néhány OECD-országban 102

5.1 Az egészségügyi ellátáshoz való jog Kelet-Európában 109
5.2 Elmozdulás a német modell felé Kelet-Európában 112

5.3 Az egészségügyi járulék mértéke és megoszlása a munkáltató és a munkavállaló között Kelet-Európában az 1990-es évek végén 114
5.4 Állami garancia a társadalombiztosítási pénztárak fizetőképességének fenntartására Kelet-Európában 115
5.5 A magán-egészségbiztosítás részesedése Kelet-Európában 116
5.6 A kötelező hozzájárulás Kelet-Európában az 1990-es évek végén 117
5.7 A költségvetési források elosztását felügyelő intézmények Kelet-Európában, 1998 120
5.8 Az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások vállalkozói kifizetéseinek aránya 2001-ben Magyarországon 122
5.9 A forprofit és a nonprofit szektor részesedése az Országos Egészségbiztosítási Pénztár gyógyító-megelőző kasszájából 123
5.10 A magánszolgáltatók aránya az alapellátásban néhány kelet-európai országban 123
5.11 Az egészségügyi alkalmazottak szektoronkénti megoszlása a Cseh Köztársaságban, 1997 124
5.12 A magánorvosok részaránya, szakmák szerinti bontásban Magyarországon és a Cseh Köztársaságban 125
5.13 ÁNTSZ-engedéllyel rendelkező szakellátások Magyarországon, szakmák szerinti bontásban, tulajdoni forma szerint 126
5.14 Orvosi keresetek a többi foglalkoztatott keresetéhez viszonyítva 127
5.15 Orvosi keresetek egyéb, felsőfokú végzettségű szakemberek keresetéhez viszonyítva (az összehasonlítás alapjául szolgáló foglalkozás vagy foglalkoztatási csoport keresete = 100)[1] Nemzetközi összehasonlítás ... 128
5.16 Átlagos hálapénz-„árak" Magyarországon, 1999 130
5.17 A hálapénz megítélése az orvosok és a lakosság körében 132

6.1 A társadalombiztosítás egészségügyi kiadásainak megoszlása a biztosítottak kategóriái szerint Magyarországon, 1995 142
6.2 A társadalombiztosítás egészségügyi kiadásainak megoszlása a biztosítottak kategóriái szerint Szlovéniában, 1998 143
6.3 A társadalombiztosítási járulék megoszlása a biztosítottak kategóriái szerint a Cseh Köztársaságban, 1994 143

8.1 Fizetési rendszerek Kelet-Európában: áttekintés a fizetési alternatívák szerint, 1997 195
8.2 Fizetési rendszerek Kelet-Európában: áttekintés az ellátási szintek szerint, 1997 196
8.3 Az orvosok státusa Kelet-Európában, 1998 205

9.1 A jóléti kiadások és az adók szintje közötti trade-offról alkotott lakossági vélemény Magyarországon, a Cseh Köztársaságban és Lengyelországban, 1999 220
9.2 Az egészségbiztosítók közötti versenyről és a járulék mértékéről alkotott vélemények megoszlása Magyarországon, 1999 221

9.3 A egészségbiztosítók közötti versenyt preferálók aránya korosztályok szerint Magyarországon, 1999 221
9.4 A versenyt támogatók aránya képzettség szerint Magyarországon, 1999 221
9.5 Az egészségügyi reform ismertsége és értékelése jövedelemcsoportok szerint Horvátországban, 1994 222

1. FEJEZET

Bevezetés

A posztszocialista Kelet-Európában sok súlyos gond és baj mutatkozik az egészségügyi szektorban. Abban mindenki egyetért, hogy mélyreható reformokra van szükség, abban viszont megoszlanak a vélemények, hogy tulajdonképpen mit kellene tenni, hogyan és mikor. Hol zárt ajtók mögött, hol a nagy nyilvánosság előtt éles viták folynak, mind az érintett országokon belül, mind azokban a nemzetközi szervezetekben és akadémiai intézményekben, amelyek tanácsokat adnak az átalakításhoz.

1.1 A könyv céljai

A könyvben a szerzők állást foglalnak a vitatott kérdésekben. Kifejtik, hogy szerintük milyen irányban célszerű haladni, s érvelnek álláspontjuk mellett. Nem tesznek részletekbe menő javaslatokat. A fejtegetésekben azon lesz a hangsúly, ami a reform kívánatos vonásaiban a vizsgált országokban közös, mégpedig tartósan az.

Miközben a könyv nem tér ki az állásfoglalás elől, fel akarja hívni a figyelmet a megvalósítás útján tornyosuló nehézségekre. Fel kívánja tárni a döntéshez kapcsolódó trade-offokat. Az olvasó lássa minél élesebben, hogy mit nyer és mit veszít országa, s milyen kockázatokkal és veszélyekkel kell szembenéznie, ha a javasolt irányban indul el.

A könyv azért íródott, hogy ajánlásokkal segítse a reformot. A gazdaságpolitikai javaslatokat a második rész tartalmazza. Az ajánlások kidolgozásának kiindulópontjait az első részben tárgyaljuk.

A téma óriási; érdemes előrebocsátani, hogy a szerzők milyen szempontok szerint szűkítették le vizsgálatuk körét. Az ajánlások címzettjei: a kelet-európai posztszocialista országok, azaz Albánia, Bulgária, a Cseh Köztársaság, Horvátország, Lengyelország, Macedónia, Magyarország, Románia, Szlovákia és Szlovénia. Kimaradtak az egykori Jugoszlávia utódköztársaságai közül azok, amelyekre súlyosan hatottak és még jó ideig hatni fognak a háborúk. Nem tárgyaljuk a volt Szovjetunió utódállamainak problémáit. A felsorolt tíz ország együttesét a könyv röviden – és földrajzi szempontból pontatlanul – Kelet-Európának nevezi.

Ahol csak lehet, a táblázatok és a példák felhasználják mind a tíz ország adatait és tapasztalatait. Sajnos ez a törekvés nem valósítható meg következetesen, mivel egyes országokról több, másokról csupán kevesebb adatot és leírást sikerült beszerezni. A legtöbb ismeret Magyarországról áll rendelkezésre, mivel az egyik szerző magyar, aki

hozzájuthatott mélyvizsgálatok eredményeihez is, s maga is kezdeményezett a helyzet feltárására irányuló kutatásokat. Mindazonáltal a könyv nem Magyarországról vagy csak két-három kiemelt országról, hanem Kelet-Európáról szól.

Sokféleképpen határozzák meg azoknak a változtatásoknak a körét, amelyek összefoglaló elnevezése az egészségügy reformja. A könyv aránylag szűk értelmezést alkalmaz: kizárólag a strukturális-institucionális átalakításokat sorolja ide. Erre utal az alcíme, amely kiemeli, hogy témánk az intézményi mechanizmus reformja. Tehát a könyv nem foglalkozik azzal az egyébként igen fontos kérdéssel, hogy sok-e vagy kevés az egészségügyi szektor számára juttatott erőforrás. Nem tárgyalja azt sem, hogy az adott erőforrásokat hogyan kell allokálni az egészségi állapot javulását előmozdító tevékenységek és szervezetek között. Más kérdésre keressük a választ.

Talán nincs még egy területe az emberi életnek, amelyben a közgazdaság alapkérdése, a szűkösség ennyire drámai módon vetődne fel, mint az egészségügyben. A tudomány és a technika óriási léptekkel halad. Még a leggazdagabb és az egészségügyre legtöbbet költő országokban is eredményesen használhatnának fel sok, eddig másra költött többletforrást arra, hogy emberek szenvedését enyhítsék, életet mentsenek vagy hosszabbítsanak meg. Minden döntés nem csak ad, de ki is zár; közvetlenül vagy közvetve megszabja, hogy ki az, akit bizonyos egészségügyi szolgáltatásoktól megfosztanak. Elég így megfogalmazni a dilemmát, hogy érzékeljük, milyen nagy a kérdés hordereje. Kinek van felhatalmazása annak eldöntésére, hogy mikor mennyi erőforrást kell és szabad egészségügyi célra felhasználni; kire és mikor kell azt ráfordítani? Magának a betegnek? Az orvosnak? Az egészségügyi apparátusnak? A munkáltatónak? A biztosítónak? A kormánynak és a parlamenti többségnek? Ennek a hatalomnak az eloszlásáról szól ez a könyv. Tárgya nem az egészségügyi allokáció meghatározása, hanem annak a politikai és gazdasági mechanizmusnak a kiválasztása, amely erről az allokációról határoz.[1]

Itt jegyezzük meg: a könyv gyűjtőfogalomként használja a „jóléti szektor" kifejezést. Ez magában foglalja, hogy csak a fontosabb komponenseket említsük, az egészségügyet, az oktatást, a nyugdíjrendszert, a gyermekekről és az öregekről való gondoskodást és a rászorultak segélyezését. A reformról folyó vita egyik központi kérdése az, hogy a jóléti szektor tevékenységei közül mi legyen az állam fennhatósága alatt, s mi kerüljön ki alóla, más szóval: milyen szférát fogjon át a „jóléti állam".[2] Noha a fejtegetések előterében mindvégig a jóléti szektor egyetlen ágazata, az egészségügy áll, a mondanivaló egyes elemei vonatkoztathatóak a jóléti szektor egészére, illetve annak más ágazataira is.

Már az eddig elmondottakból is kiderült, hogy a könyv nem csak az egészségügy gazdaságtanának, sőt nem is csak a jóléti szektor gazdaságtanának számos fontos témájával foglalkozik, hanem túllép a közgazdasági szakma határain. Interdiszciplináris tanulmány, mert a figyelem középpontjába állítja a reform etikai, politikai-filozófiai vonatko-

---

1 A politikai és gazdasági mechanizmus kifejezést abban az értelemben használjuk, amint azt a szocializmusról folytatott vitákban tették. Ez magában foglalja a tulajdonjogok, a döntési hatáskörök, az ösztönzők és a koordinációs formák meghatározott konfigurációját.

2 A könyv a „jóléti szektor" kifejezést az Európában szokásos széles értelmezésben használja. Ez eltér az egyesült államokbeli szóhasználattól, amelyben a „welfare" kifejezés tartalma sokkal szűkebb, mivel csak a szociális segélyezést értik rajta.

zásait; nem csak a gazdasági, hanem a szociális és a politikai környezetbe is be akarja ágyazni az elemzést.

Kiknek íródott ez a könyv? Főképpen két körhöz szól. Egyrészt azokhoz, akiket a kelet-európai posztszocialista átmenet érdekel, mégpedig nem okvetlenül csak az, ami az egészségügyben történik, hanem inkább más szektorok reformja. Számukra is tanulságos lehet az egészségügyi változások megismerése, hiszen sok a közös probléma más területek átalakításával. Másrészt azokhoz szól, akiket az egészségügyi reform foglalkoztat, akár Kelet-Európában, akár másutt. Igaz, sok sajátos körülmény nyomja rá a bélyegét a kelet-európai változásokra, s a könyv konkrét ajánlásai nem lépnek fel az univerzális érvényesség igényével. Mindazonáltal a gondolatmenetből adódhatnak általánosabb, Kelet-Európa határain túl is érvényes tanulságok.

A szerzők azt szeretnék, ha könyvük érthető lenne nem csak az egészségügyi közgazdászok, hanem tágabb olvasói kör számára is, ideértve politikusokat, parlamenti képviselőket és pártok vezető tisztségviselőit, kormányzati hivatalnokokat, orvosokat, akadémiai közgazdászokat és politológusokat, a sajtó és a média munkatársait. Elnézést kell kérnünk a kérdés szakértőitől; néhol olyan fogalmakat és összefüggéseket is meg kell magyaráznunk, amelyeket ők jól ismernek.

A könyv sikerét nem csak azon kívánjuk mérni, hogy mennyire tetszik akadémiai kollegáinknak (bár természetesen ennek is örülnénk), hanem hogy sikerült-e, akárcsak áttételesen is, valami befolyást gyakorolnia az események menetére. Ez a törekvés magyarázza a könyv hibrid műfaját. Nem politikusok és PR-szakemberek által fogalmazott pamflet; már csak terjedelme miatt sem. Nyilván meglátszik rajta, hogy akadémiai emberek írták. Ugyanakkor nem is akadémiai monográfia, mert a hangsúly az ajánlásokon van.

E könyv két szerző munkája. Egyikük, Kornai János, Kelet-Európa problémáinak kutatására specializálódott. Mielőtt a könyvet előkészítő kutatásokhoz hozzákezdett volna, nem foglalkozott az egészségüggyel. Évtizedek óta a szocialista rendszert, annak reformját, majd az utolsó évtizedben az összeomlást követő átalakulását tanulmányozta. Úgy tűnik, hogy a korábbi kutatások tapasztalata hasznosítható az új tárgykörben. Ahol még nem került sor az egykori szocialista egészségügy reformjára, ott fennmaradt egy darabka szocializmus, az őt körülvevő kapitalista piacgazdaság közepette.[3] Világosan mutatkoznak a szocializmus ismert fő vonásai és kísérőjelenségei: bürokratikus túlközpontosítás, az árjelzések hiánya vagy torzított árak, krónikus hiány, sorbaállás és kényszerhelyettesítés, feketegazdaság. Ahol pedig hozzálátnak a reformhoz, ott egyszerre csak felvetődnek mindazok a kérdések, amelyek oly ismerősen csengenek a piaci szocializmusról folytatott egykori viták résztvevőinek és elemzőinek fülében. Lehet-e bevezetni a piaci koordinációt, miközben fennmarad az állami tulajdon? Milyen messzire kell elmenni a centralizálásban vagy a decentralizálásban? Mi az árak funkciója; milyen költségelemeket kell fedeznie az árbevételnek? Megkeményíthető-e a költségvetési korlát, kikényszeríthető-e a pénzügyi fegyelem ott, ahol ez kikerülhetetlenül veszteségeket és szenvedést okozna a lakosságnak? Sajnálatos, hogy az egészségügyről világszerte fo-

---

3 Amikor Izraelben még közösségi tulajdon és adminisztratív allokáció jellemezte a jóléti szektort, egy közgazdász ironikusan feltette a kérdést, az egykori Trockij–Sztálin vita parafrázisaként: „Lehet-e felépíteni a szocializmust egy fél országban?"

lyó vita résztvevői nem merítenek a szocializmusról folyó elméleti viták szellemi tárházából; úgy érzik, mintha minden kérdést és minden választ újra fel kellene fedezniük. Ez a könyv talán hozzájárulhat a hiányosság enyhítéséhez; megpróbálja importálni a feledésbe menő tapasztalatokat és gondolatokat az egészségügyről folyó élénk és sokoldalú polémiába. A bevezető csak jelzi ezt az összefüggést, amelyre a tárgyalás több ízben visszatér majd.

A másik szerző, Karen Eggleston, amerikai egészségügyi közgazdász. Nemrég fejezte be tanulmányait, amelyek során áttekintést kapott az egészségügy korszerű irodalmáról, s módja volt alaposan megismerni az egymással vitában álló nézeteket. Saját kutatásai során elsősorban az egészségügyben ható ösztönzőket tanulmányozta. A könyv megírásakor hasznosíthatta azokat a tapasztalatokat is, amelyeket a kínai egészségügy tanulmányozásakor szerzett.

Azt reméljük, hogy e kétféle ismeretanyag és tapasztalat egyesítése olyan sajátos ötvözetet alkot, amely hozzájárul az egészségügyi reformról szóló irodalom gazdagításához.

Amikor a könyvben a többes szám első személyt használjuk, akkor ezzel nem a gondolat eredetiségét, hanem az álláspont személyünkhöz kötött, egyéni jellegét akarjuk kifejezésre juttatni. Állásfoglalásaink saját helyzetelemzésünkön alapulnak és saját értékrendünket tükrözik. Sok reformjavaslat készül bizottsági munkában, és olyankor a végső szöveg a bizottsági tagok közötti kompromisszumot tükrözi. Még inkább elmondható ez a reform későbbi stádiumában 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 politikus képviselők által tett sokféle engedmény. Mivel nem vagyunk tagjai az egészségügyi bürokráciának, nem vagyunk valamely párt által felkért szakértők és parlamenti képviselők sem, helyzetünk lehetővé teszi, hogy a megegyezés kedvéért tett engedmények nélkül fejtsük ki a véleményünket. Tudatában vagyunk annak, hogy ha bármelyik kelet-európai ország kormányzatában, illetve egészségügyi irányításában akadnának olyanok, akik javaslatainkkal egyetértenének, feltehetően rákényszerülnének arra, hogy jobb meggyőződésük ellenére visszavonuljanak egyik vagy másik kérdésben a gyakorlati megvalósítás céljából. Úgy gondoljuk: a kialakult munkamegosztás értelmében ez az ő dolguk; saját politikai felelősségtudatuk és etikai felfogásuk szerint döntik majd el, hogy milyen messzire mennek az engedményekben. A mi dolgunk más, mert mások a lehetőségeink. Ki akarjuk használni ugyanennek a munkamegosztásnak a számunkra mutatkozó előnyeit, és következetesen kifejteni az álláspontunkat, úgy, ahogy azt legjobb meggyőződésünk diktálja.

Végül hadd szóljunk röviden a könyv hangneméről. Mélyen átérezzük, mit jelent valamennyiünk számára az egészség és a betegség. Az első szerző saját élettapasztalatából is megtanulhatta a leckét. Kétszer feküdt nehéz műtétek után tízágyas kórteremben budapesti kórházban; ott aztán közelről megismerkedhetett a szocialista egészségüggyel. Egy ízben bevitték egy genfi magánrendelőbe egy utcai baleset után, ahol kínzó fájdalmai ellenére sem láttak hozzá a kezeléséhez addig, amíg nem tisztázódott, ki fog fizetni érte. Ott a saját bőrén tapasztalhatta meg, mit jelent a „tiszta piac". És persze nem is az egyéni tapasztalat a legfontosabb. Mindketten sokszor átéltük a szorongást, a rettegést és a fájdalmat hozzátartozóink betegsége és kiszolgáltatottsága miatt. Betegségük idején és – sajnos – jó néhány esetben haláluk után újra és újra feltettük magunknak a kérdést: vajon minden megtörtént-e gyógyulásukért és életben maradásukért? Mennyiben fele-

lős kínlódásukért és – ha a legrosszabb bekövetkezett – halálukért az egészségügy állapota? Nem csak hozzátartozóink és barátaink iránt érezzük ezt az empátiát, hanem minden embertársunk iránt. Ennek ellenére a könyv írásakor nem arra törekedtünk, hogy minden lehetséges alkalmat megragadjunk a jelenlegi állapotok szívszorongató 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. Eszményünk 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.

1.2 Az új magyar kiadásról[4]

Indokoltnak tűnik, hogy a mostani magyar kiadás alkalmából a szerzőpáros magyar tagjaként néhány előzetes megjegyzést tegyek. Szerzőtársam hozzájárulásával a *Bevezetés 1.2 alfejezetét* saját nevemben írom, egyes szám első személyben.

1998-ban jelent meg magyar nyelven *Az egészségügyi reformról* című könyvem. Több utánnyomás ellenére rövid idő alatt elfogyott. A recenziók és hivatkozások tartalma és hangneme erősen szóródott. Az egyetértéstől a félig helyeslő, félig elhatárolódó állásfoglaláson át az éles elutasításig sokféle reakció jelent meg.

Az 1998-as könyv írásakor biztos voltam abban, hogy gondolataimat nem fogadhatja általános egyetértés. Olyan kérdést tárgyaltam, amellyel kapcsolatban a világon sehol sem alakult ki konszenzus. Azt azonban nem tartottam, s nem tartom ma sem elfogadhatónak – ami sajnos, megtörtént –, hogy érvelés helyett a szerző mondanivalóját kiforgassák; ne valóságos nézeteivel, hanem azoktól idegen, kifacsart állításokkal szálljanak szembe.

Az 1998-as rövid magyar könyvet Karen Egglestonnal együtt dolgoztuk át, majd ez a revideált és kibővített változat jelent meg 2001-ben angol nyelven a Cambridge University Press kiadásában. A 2001-es angol változat, apróbb tévedések kijavításán túlmenően, a következőkben tér el az 1998-as magyar változattól:

- A helyzet leírása, valamint a javaslatok nem csak Magyarországra vonatkoznak, hanem általában Kelet-Európára.
- Sokkal többet merítünk a fejlett országok pozitív és negatív tapasztalataiból.
- Lényegesen kibővült az érvelés. Ehhez ösztönzést adott az 1998-as könyv magyarországi vitája is. Miközben minden lényeges kérdésben változatlan maradt a könyv elvi állásfoglalása, a bíráló megjegyzések egy részét elfogadtuk. De még olyan kérdések tárgyalásában is, amelyek esetében maga az álláspont nem változott, a vita tanulságai alapján szükségesnek éreztük az érvek kiegészítését, meggyőzőbb előadását. A 2001-es

4 Kornai János kiegészítő megjegyzései.

könyv sokkal árnyaltabban kezeli az állam és a piac viszonyát. Részletesebben és konkrétabban tárgyalja, hogy miért kell számos ponton beavatkozni a piaci mechanizmus működésébe. Felhívja a figyelmet azokra az eszközökre, amelyekkel ez a beavatkozás a legeredményesebben elvégezhető.

A változtatások lényegesen megnövelték a könyv terjedelmét; a 2001-es változat kb. másfélszerese az 1998-asnak.

Az angol kiadás visszhangja kedvező volt. A recenziók kifejtették, hogy nem is csak Kelet-Európában, de nyugaton is érdemes lenne elgondolkodni a könyv által képviselt álláspontón. Különösen azt emelték ki, hogy ez a mű nem a gyakorlat mindennapos nehézségeiből indul ki, hanem általános etikai elvekből vezeti le ajánlásait. A 2001-es angol kiadás alapján készült a könyv lengyel, vietnami és kínai kiadása. Mindkét szerző számára nagy öröm és megtiszteltetés, hogy gondolatai eljutottak ezen országok olvasóihoz is.

A jelen magyar kiadás a 2001-es, revideált és bővített angol nyelvű kiadás szövegét követi, és aránylag kevés helyen tér el attól. Ahol változtattunk, azt legfőképp frissebb magyar és külföldi adatok és egyéb információk közlése érdekében tettük (már ahol képesek voltunk ezt a frissítést végrehajtani).

Most, 2004-ben, amikor a könyv új magyar kiadása megjelenik, a korábbinál is nagyobb figyelemmel fordul a politikai élet és a közvélemény az egészségügyi reform felé. Témánk időszerűbb, mint valaha. Ezért is érzem szükségesnek, hogy már itt, a *Bevezetés*ben előre jelezzem: mit várhat ettől a könyvtől az olvasó, s mi az, amit nem.

Szinte minden héten újabb javaslatokat terjesztenek elő Magyarországon az egészségügy megreformálására. Egy részükről csak szakértői körben folyik eszmecsere, másik részük nyilvánosságra kerül, és a sajtóban, rádióban és televízióban folyik róluk a vita. Ezekhez a meglehetősen heves vitákhoz könyvünk nem szól hozzá közvetlenül. Nem foglal állást azt illetően, hogy mit tart helyesnek vagy helytelennek a legújabb javaslatokban és ellenjavaslatokban.

Szeretnénk, ha munkánk befolyást gyakorolna a magyar egészségügyi reform alakulására, ám csak közvetett módon akarunk hatni. Örülnénk annak, ha a viták minél több résztvevője, a csatározások közötti szünetekben, időt szentelne arra, hogy elolvassa könyvünket. Elolvasná, mégpedig előítéletek nélkül, tárgyilagosan mérlegelve a szerzők által kifejtett etikai állásfoglalásokat és gyakorlati reformelveket, és elgondolkodna a bemutatott nemzetközi tapasztalatokon. Még attól is, aki az 1998-as könyvet netán olvasta volna, azt kérném, ne hagyatkozzék a memóriájára, ne sajnálja a többletfáradságot, és olvassa el ezt a könyvet. És ha az olvasó ezek után megteszi azt, hogy könyvünk elvi álláspontját és általános ajánlásait összehasonlítja a pillanatnyilag közkézen forgó egyik-másik javaslattal, talán kap használható támpontokat az értékeléshez.

Bízunk abban, hogy az új változat magyar olvasóit a problémák továbbgondolására készteti a könyv. Segítséget ad ahhoz, hogy az olvasó szélesebb filozófiai megalapozással, a nemzetközi tapasztalat átfogóbb és tárgyilagosabb ismeretében, a közgazdaságtan és a specializálódott egészségügyi közgazdaságtan sugalmazásainak tudatában alakítsa ki a saját véleményét. Ha ez a közvetett hatás megvalósul, akkor elértük célunkat, sikerült hozzájárulnunk a magyar egészségügyi reform sikeréhez.

1.3 Köszönetnyilvánítás

Kornai János, az első szerző munkája a Collegium Budapest keretében folyt; anyagi támogatást kapott a magyarországi Országos Tudományos Kutatási Alaptól (OTKA T 018280 és T 30080) és a magyar Pénzügyminisztériumtól, továbbá a Collegium Budapest 1998-as „Institution Building" projektjét támogató European Commission DG Research INCO Programme-tól. Ezúton is köszönetét fejezi ki a támogatásért.

Kornai János több előadást tartott a könyv témájáról, többek között a National Academy of Science washingtoni konferenciáján, a Harvard Egyetemen, a Világbankban, a berlini Wissenschaftskollegben és a magyar Orvos Egyesületben; az előadásokat követő viták sok értékes inspirációt adtak a munkához. A könyv egyik része eredetileg Rómában tartott „Federico Caffee Lecture"-je volt. Ennek köszönhető, hogy a jelen könyv angol nyelvű változata a Cambridge University Press Caffee Lecture sorozatában jelenhetett meg 2001-ben *Choice and Solidarity in Transition: Reforming the Health Sector in Eastern Europe* címen.

Karen Eggleston, a második szerző, köszönetét fejezi ki a Kennedy School of Governmentnek és a National Bureau of Economic Research Programnak az öregedés és az egészségügy közgazdaságtanát vizsgáló PhD-ösztöndíjért, amely bőkezű anyagi támogatást nyújtott a könyvhöz kapcsolódó kutatás első időszakában, valamint a bostoni Tuft University Közgazdasági Tanszékének, amely 1999 őszén, a könyv írásának második, befejező szakaszában tanszéki kötelezettségei csökkentésével segítette munkáját.

A két szerző együttesen fejezi ki köszönetét azoknak a kollegáknak, akik a könyv előzményeit alkotó tanulmányokat olvasták, gondolatébresztő megjegyzéseikért és javaslataikért. Külön is ki kell emelni a hozzászólók közül a következőket: dr. Bálint Géza, Nicholas Barr, David Cutler, Dániel Zsuzsa, Guy Ellena, dr. Fekete Béla, William Hsiao, Kovács Mária, László Csaba, Mihályi Péter, Thomas McGuire, John McHale, Joseph Newhouse, Winnie Yip és Richard Zeckhauser.

A kutatásban, majd a könyv írása során is sokan segítettek bennünket. Első helyen Benedict Ágnes odaadó és az elemzéseket sok saját ötlettel is gazdagító hozzájárulását, az adatgyűjtésben és feldolgozásban nyújtott segítségét emeljük ki. A munka korábbi szakaszaiban értékes támogatást kaptunk Barát Máriától, Hornok Cecíliától, Janky Bélától és Molnár Virágtól. Az új magyar kiadás anyagának kiegészítéséhez sok segítséget nyújtott Lepp-Gazdag Anikó, aki nagy gonddal és találékonysággal gyűjtött össze friss információkat, továbbá Gulácsi László, aki értékes tanácsokat adott az új változat előkészítéséhez.

Az eredetileg angolul írott részek fordítását Dóczy Balázs és Parti Julianna végezte; utóbbi a könyv megszerkesztésében is nagy körültekintéssel és alapossággal segítette munkánkat.

I. rész

KIINDULÓPONTOK

Annak a gondolatmenetnek, amelynek eredménye a reform irányvonalának vázlata, több kiindulópontja van. Mindenekelőtt a reform alapelveit kell átgondolnunk *(2. fejezet)*. Utána megvizsgáljuk, melyek az egészségügy azon sajátosságai, amelyek megkülönböztetik más szektoroktól *(3. fejezet)*. A következő lépés a nemzetközi tapasztalat áttekintése. Tisztáznunk kell: van-e olyan ország, amelynek struktúrája és intézményei példaképnek tekinthetők; milyen pozitív és negatív tanulságok vonhatók le a nemzetközi fejlődés tanulmányozásából *(4. fejezet)*. Végül a posztszocialista Kelet-Európa egészségügyi szektorának öröklött adottságaival kell megismerkednünk. A kezdőállapot, valamint az a történelmi út, amely a kiindulóhelyzethez vezetett, korlátokat szab a későbbi cselekvésnek *(5. fejezet)*.

A sorrend a megértés és a kifejtés logikáját követi. Amikor a reformer hozzákezd cselekvési tervének kidolgozásához, akkor már mind a négy elemnek – az elveknek, a szektor sajátosságoknak, a nemzetközi tapasztalat tanulságainak és a kezdőállapot fő vonásainak – egyszerre ott kell élnie a fejében, szimultán kell hatnia a gondolkodásra.

2. FEJEZET

A reform általános elvei

Noha a könyv az egészségügyi reform tárgyalására szorítkozik, ez a fejezetben megfogalmazott elvek érvényességi köre túlmutat ezen a szektoron. Akik számára ezek az elvek elfogadhatóak, alkalmazhatják azokat a szocialista rendszertől örökölt jóléti állam más szektorainak megreformálásában, így például a nyugdíjrendszer, a segélyezési rendszer vagy az oktatásfinanszírozás átalakításában is. Eleve úgy fogalmazzuk meg mondanivalónkat, hogy a jóléti szektor egészére vonatkozzék.

Az alábbiakban kifejtendő elvek egy része, saját felfogásunk szerint, nincs országhoz, régióhoz, adott kiinduló állapothoz kötve, hanem egyetemes jellegű.[1] Másik részüket a posztszocialista országok jóléti szektorának jelenlegi állapota sugalmazta. Arra törekedtünk, hogy valamennyi posztszocialista országra érvényes elveket fogalmazzunk meg; ennyiben ez a fejezet túlmutat a sajátosan kelet-európai (ahogyan azt a *Bevezetőben* definiáltuk) és a magyar adottságokon.

Összesen kilenc elvet ismertetünk.[2] Először az alapvető értékekre vonatkozó elveket írja le a *2.1 alfejezet.* A *2.2 alfejezet* tárgya a reformált jóléti szektor intézményeinek kívánatos tulajdonságai; a *2.3 alfejezeté* a jóléti szektorral összefüggő kívánatos allokációs arányok.

Jobb lenne ennél sokkal szigorúbb axiomatikus tárgyalás, kiindulóposztulátumokkal 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 jobb megfogalmazásaik) meghatározott logikai viszonyban állnak egymással, s együttesen zárt elméleti struktúrát alkotnak. Az egyszerűség és a könyv többi részének hangvételével való kongruencia kedvéért az alkalmazott absztrakciós szint ennél alacsonyabb, a tárgyalás kevésbé szigorú. Azt reméljük, hogy annyit talán segítünk elérni, hogy ne csak egyik vagy másik javaslat részleteiről, hanem elvekről folyjék a vita. Az általánosítás „középszintje" elégségesnek ígérkezik ah-

---

1 A tanulmányban ajánlottakhoz hasonló elveket fogalmaznak meg a fejlett országok egyes reformerei is. Lásd pl. az ausztriai vitáról Cassel 1992; Jakobs 1991; Oberender 1992; a svéd álláspontról pedig Ham 1997.

2 Miért éppen kilenc? Nem állítjuk, hogy ez az elvegyüttes valamiféle teljes egészet alkot. Talán elhagyható egyik-másik, vagy hozzátehetőek továbbiak; átfogalmazható a jelenlegi szöveg – még ha kizárólag olyan elvek kifejtésére szorítkoznánk is, amelyek csupán a hozzánk közel álló világnézetű emberek számára fogadhatóak el. Örülünk annak, hogy mindössze a 9-es számig értünk el, s így nem jutottunk el egy „tízparancsolatig"...

hoz – 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-konzultáns, érdekképviseleti tisztségviselő vagy akadémiai tudós. Mindegyik elv *memento* – erre gondolj, amikor reformot javasolsz! Egyúttal *credo* is, hiszen a szerzők ezeket az elveket vallva dolgozták ki reformjavaslataikat.

Sok olvasó talán meghökkentőnek tartja, hogy az egészségügy gazdasági mechanizmusának tárgyalása elvont normatív elvekkel kezdődik. Valóban szokatlan; a javaslatok általában azonnal a gyakorlati teendők felé fordulnak. 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 magunk részéről vállaljuk azt a kockázatot, hogy „kiterítjük kártyáinkat". Már elöljáróban kifejtjük, hogy milyen elvek vezérelnek a javaslatok megfogalmazásában. Megkíséreljük az elvekből konzisztensen levezetni a gyakorlati ajánlásokat.

2.1 Etikai posztulátumok

Közgazdászok vagyunk, mégsem gazdasági princípiumokból indulunk ki. Később még közgazdasági elvekről is szó lesz, de nem azokat tekintjük 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 pénzszűkére hivatkozva hoztak?[3]

Két etikai elvet adunk elő, amelyek a gondolatmenet kiindulópontját képezik, és amelyeket nézetünk szerint a reformernek követnie kell.[4] A reform folyamán kiépülő intézményeknek, valamint az allokáció arányainak összhangban kell lenniük ezekkel a morális parancsolatokkal.

---

3 Az elmúlt évtized kínai egészségügyi politikájának és teljesítményének gondos elemzése jól illusztrálja, hogy az erőteljes gazdasági növekedés nem teszi kérdésessé az egészségügyi reform szükségességét. Lásd pl. World Bank 1997a; Yip and Hsiao 1999.

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

1. elv (az egyén szuverenitása): *Olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén és leszűkíti az állam döntési jogkörét a jóléti szolgáltatások szférájában.*

A kommunista rendszertől örökölt jóléti szektor fő baja megítélésünk 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] Tehát a költségvetés jóléti kiadásainak s az őket finanszírozó adóterheknek a csökkenése az állampolgár számára nem csak jogok megvonását, hanem sokkal inkább egyéni rendelkezési jogok visszanyerését jelenti.

Az 1. elv nem csak 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 inkább joga van választani, de felelős is a választásáért, s ha rosszul dönt, maga viseli a következményeit. A nyugati világ legnagyobb részében ez közhelyszerű igazság, amelyet az anyatejjel szív magába az állampolgár. A kommunista rendszerben felnőtt nemzedékeket az ellenkezőjére szoktatták; azzal az eszmével indoktrináltak, hogy mindenért a párt és az állam felelős, az egyén fogadja el azok döntéseit, s érezze azt, hogy jó kezekben van. A posztszocialista országokban probléma esetén nem az az állampolgár első gondolata, hogy azt maga oldja meg, hanem hogy az államtól kérjen segítséget. A jövendő bizonytalanságaira nem magának kell felkészülnie, hanem majd az állam a segítségére lesz.[6] A jóléti állam reformja egy új éthosz kialakulásán alapul, amely az egyén szuverenitását és felelősségét tolja előtérbe. Olyan intézmények létrejötte látszik kívánatosnak, amelyek az 1. elv jegyében arra késztetnek 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.

---

5 Az egyéni szabadság értelmezésével számos szerző foglalkozik. Kiemelkedően fontos Berlin (1990) tanulmánya, amely bevezette a pozitív, illetve a negatív szabadság elnevezést. 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.

6 Magyarországon 1996-ban az első szerző kezdeményezésére egy reprezentatív felmérés megkísérelte felmérni a lakosság állásfoglalását a jóléti szektor reformjával kapcsolatban (lásd Csontos, Kornai, Tóth 1996). Az egyik kérdés így szólt: hogyan készül fel öreg korára? A válaszolók 51 százaléka azt felelte, hogy még nem gondolkodott ezen.

Egy későbbi, az időközbeni változásokra rákérdező felmérés tanúsága szerint a helyzet némileg megváltozott. 1999-ben az aktív népességet reprezentáló minta mindössze 33 százaléka állította, hogy nem gondolt az öregségre való felkészülésre (TÁRKI közlése). Tegyük hozzá, hogy a két felmérés közti időszakban olyan nyugdíjreformot vezettek be Magyarországon, amely a magán-nyugdíjpénztárak engedélyezésével valószínűleg hozzájárult ahhoz, hogy sokakban tudatosult a nyugdíjprobléma.

2. elv (szolidaritás): *Segíteni kell a szenvedőket, a bajban lévőket, a hátrányos helyzetűeket.*

Számos vallás, mint pl. a zsidó, a keresztény és a buddhista csakúgy, mint a munkásmozgalmi hagyomány és a baloldali politikai meggyőződés együttérző szolidaritásra késztet. 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 jóléti állam, s ezen belül az egészségügy reformjáról szóló irodalom jelentős része a „méltányosság versus hatékonyság" dilemmát állítja az elemzés középpontjába. Mi nem követjük ezt a tradíciót, amely egy különleges fontosságú etikai posztulátumot állít szembe egy instrumentummal, az emberek jólétét szolgáló hatékonyság követelményével. A hatékonyságot előmozdító ösztönzés igénylése a mi kilenc elvünk között is szerepel, 4. elvként, de alacsonyabb „ranggal", nem az alapvető etikai posztulátumok, hanem az isnstrumentumok körében. Viszont egyenrangú társként állítjuk az alapvető etikai posztulátumok közé a szuverenitás elvét, amely sok kelet-európai reformer szótárából kimaradt, vagy csak mellesleg említik meg.

Ellentétben a matematika axiómarendszereivel, amelyektől ellentmondás-mentességet várnak el, az etika alapvető posztulátumai között ellentmondások léphetnek fel. Szerencsére nem minden esetben mutatkozik konfliktus; a döntések egy részében az 1. és a 2. elv jól összeegyeztethető. Például az egyéni szuverenitással teljesen összefér az önkéntes jótékonyság. Vagy egy másik példa: az a fajta támogatás a rászorult ember számára, amely a nehéz körülményekhez való alkalmazkodást segíti elő, nem csorbítja, ellenkezőleg, erősíti szuverenitását.

A libertariánus etika nem hajlandó ennél tovább menni (Epstein 1997), s elvi alapon ellenez minden jogi és bürokratikus kényszert. Elveti az állami redisztribúció minden formáját, továbbá a kötelező biztosítás gondolatát, mert az sérti az egyén szuverenitását és korlátozza abban, hogy tetszése szerint használja a saját tulajdonát.

A magunk részéről nem tesszük magunkévá a libertariánus filozófiát. Tudatában vagyunk annak, hogy az egyenrangúnak tartott 1. és 2. posztulátum között éles ellentmondás is lehet. Készek vagyunk elfogadni meghatározott feladatok teljesítésére a demokratikus politikai processzus által jóváhagyott állami kényszert, mert meggyőződésünk, hogy az 1. és a 2. elv konfliktusa esetén józan kompromisszumra kell törekedni.

A 2. elv érvényre juttatása nem bízható rá kizárólag az egyéni jótékonyságra, mert akkor a támogatottak köréből esetleg kimaradhatnak olyanok, akik arra valóban rászorulnak. Törvényeknek kell előírniuk, hogy az állam köteles segíteni a szenvedőknek, a bajbajutottaknak, a hátrányos helyzetűeknek.[7]

Helyeseljük azt, hogy törvényes úton kötelezzék az állampolgárt meghatározott biztosítások megkötésére. Ez korlátozza az 1. elv megvalósítását, hiszen az önkéntesség helyébe törvényi kötelezettséget ír elő. Ezt azonban nem paternalista meggondolás alapján tennénk, nem akarnánk erőszakkal boldogítani az embereket. A motívum ebben az eset-

[7] A szociális segélyezés és egyéb redisztribúciós intézkedések problémaköréről lásd Andorka, Kondratas and Tóth 1994; Atkinson and Micklewright 1992; Milanovic 1996; Sipos 1994.

ben nem az altruizmus, hanem a „kollektív önzés". Tudjuk, hogy egy emberséges társadalom végül is megszánná 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 önmagát biztosítsa (Lindbeck és Weibull 1987).

A 2. elv – 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 nyújtott segítség a rászorultaknak vagy (ii) univerzális jogosultság, az egész biztosítási feladat átterelése a paternalista állami redisztribúció csatornáiba. Az előbbi tűnik számunkra az 1. és 2. elv egészségesebb és hatékonyabb kompromisszumának.

Sem az 1., sem a 2. elv *nem zárja ki* univerzális állami kötelezettségvállalások törvénybe iktatását – de nem is követeli meg azokat. Más megfontolások szükségessé vagy kívánatossá tehetik, hogy valamennyi állampolgár, illetve valamennyi munkavállaló garantáltan hozzájusson bizonyos jogosultságokhoz, ugyanakkor más tényezők, pl. a gazdasági lehetőségek szűkössége ellene szólhatnak.

A 2. elv ellentétben áll azokkal a politikai jelszavakkal, amelyek a középosztályt kívánják az adópolitika és a redisztribúció fő kedvezményezettjévé tenni.[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 redisztributív 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 segítését helyezi az előtérbe.

A 2. elv gondolati hátterében ott van az az elemi követelmény, hogy egy adott közösség minden tagja legyen képes arra, hogy legalább alapvető szükségleteit kielégítse.[10] Ez azonban nem foglalja magában azt, hogy az államnak kell ezekről az alapvető ellátmányokról gondoskodnia, 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.

---

8 Ez a követelés gyakran hangzik el az adózásról és a redisztribúcióról szóló amerikai politikai vitákban, és az utóbbi időben a Kelet-Európában zajló vitákban és a politikai gyakorlatban is felmerült.

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

10 Hagyjuk itt nyitva azt a kérdést: hogyan kell konkréten definiálni, hogy mi minősül „alapvető szükségletnek": milyen összetételű élelmezés, milyen minőségű hajlék és egészségügyi ellátás. A kérdést az egészségügy vonatkozásában a 6. fejezetben fogjuk részletesen tárgyalni.

A 2. elv nem minősíthető egalitariánus követelménynek. Nem helyezi hatályon kívül az 1. elvet; már csak ezért sem irányoz elő egyenlő jövedelmet, egyenlő fogyasztást, ezen belül egyenlő egészségügyi ellátást mindenkinek. A szolidaritás az együttérzésen alapul, és ezért csupán azt kívánja garantálni, hogy senkit se hagyjanak magára, ha segítségre szorul; mindenki egyenlően hozzáférhessen a minimális szintű ellátáshoz. A 2. elv értelmében minden állampolgárnak esélyt kell adni a sikeres önmegvalósításhoz. Szolidárisnak kell lenni azokkal, akik kellő állami segítség nélkül nem kapnák meg ezt az indulási esélyt. A szolidaritás követelménye indokolhat „affirmatív akciót", hátrányban lévők aktív megsegítését annak érdekében, hogy rendelkezzenek az indulóeséllyel. Ugyanakkor nem igazol semmiféle durva egyenlősítést, az emberek közti nagy különbségek mesterséges eltüntetésére irányuló szándékot.

Élesen el akarjuk határolni magunkat azoktól, akik a szolidaritás elvére hivatkozva, vagy még inkább, egalitariánus érveléssel lekicsinylően szólnak az állampolgár egyéni szuverenitásáról. Találkoztunk az egészségügyi reformról szóló vitákban azzal a felfogással, amely szerint ez a követelmény a tehetősek igényeihez igazodik, akik megengedhetik maguknak, hogy válogassanak orvosok, kórházak vagy gyógymódok között. Meg vagyunk győződve arról, hogy az egyéni szuverenitás nem luxusjószág; szegénynek és gazdagnak egyaránt joga van ahhoz, hogy választhasson. Igaz, a választás részben pénz kérdése, ám sok esetben nem csak a fizetőképességen múlik, hanem azon is, hogy egyáltalán felkínálnak-e alternatívát és felvilágosítják-e az állampolgárt, hogy van választási lehetősége.

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 jövendő bajokra, megtakarítással és tartalék képzésével, továbbá azzal, hogy önként kötök kereskedelmi jellegű magánbiztosítást. Néhány gondosan mérlegelt kivételtől eltekintve az állami juttatás formájában érvényesülő szolidaritásra csak akkor vagyok jogosult, ha olyan baj ér, amelyre a fenti egyéni eszközökkel nem készülhettem fel.[11]

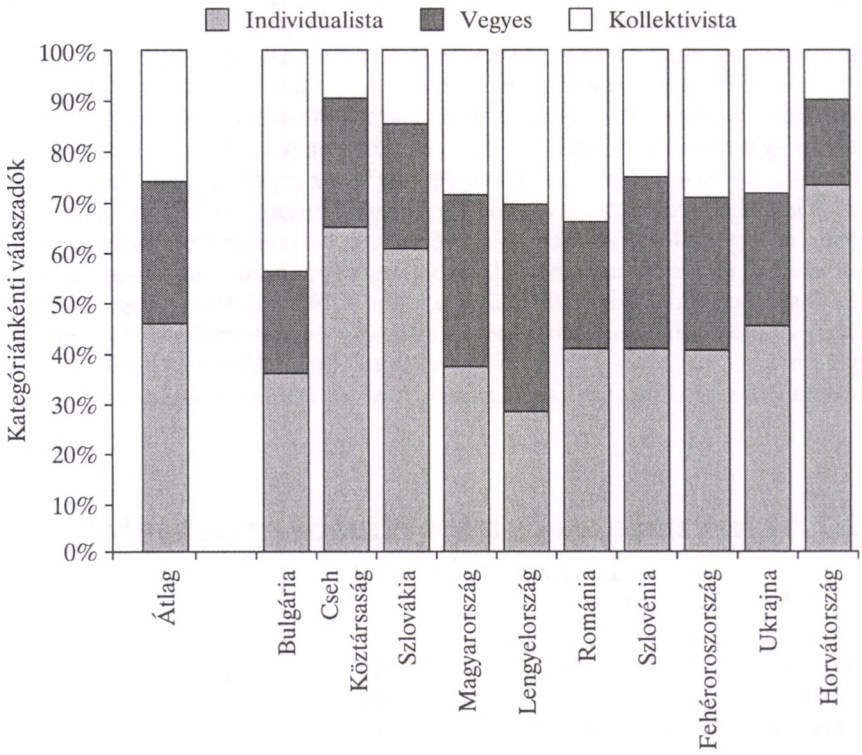
A 2. elv magában foglalja a nemzedékek közötti szolidaritást; az örömök és a gondok méltányos intergenerációs elosztását. A mai nemzedékeknek szolidárisnak kell lenniük a jövőbeniekkel; nincsen erkölcsi joguk a mai élet megkönnyítése kedvéért súlyos adósságot, a távolabbi jövőben robbanó időzített gazdasági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

A társadalomnak együttérzéssel kell viseltetnie a szegények és a hátrányos helyzetűek iránt. De a „könyöradományt" a legtöbb ember megalázónak érzi. Elsősorban oly módon kell segíteni az arra rászorulót, hogy munkát végezhessen, és szert tehessen olyan képességekre, melyekkel jobbá teheti saját életkörülményeit. A segítségnyújtás mértékének és módjának meghatározásánál figyelembe kell venni: milyen mértékben képes önmagán segíteni, a helyzethez adaptálódni (lásd a *9. lábjegyzet*et).

---

[11] Sok zavart okoz a kockázat megosztására törekvő, üzleti alapon álló biztosítás összekeverése az altruizmuson alapuló, szolidaritásból nyújtott segítséggel. Különösen zavaró, hogy ezeket összekeverik, amikor a társadalombiztosítás tartalmát próbálják meghatározni. A két intézmény összefüggéséről lásd Csaba 1997. A kérdésre még visszatérünk.

Az etikai kiindulópontok tárgyalásának lezárásaképpen még egy megjegyzés látszik szükségesnek. A könyv gondolatmenete nem a *végső* értékekből, a szabadság, az egyenlőség, a boldogság és az anyagi jólét vagy a társadalmi igazságosság értékeiből indul ki. A végső értékek és a társadalmi berendezkedés elemzése[12] a „jó társadalom" etikai alapjaival foglalkozó filozófiai és politikai elméleti irodalom tárgya, s könyvünknek nem hivatása ehhez hozzászólni. Azt reméljük, hogy az 1. és a 2. elv, amely nem a végső értékeket fogalmazza meg, hanem „közbeeső" etikai kívánalmakat emel ki, eléggé széles



2.1 ábra Értékválasztások

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.

Forrás: Rose and Haerpfer 1993: 1.

12 A kérdés hatalmas irodalmából csupán néhány, különösen nagy hatású művet emelünk ki: Berlin 1969; Buchanan 1986; Nozick 1974; Rawls 1997; Sen 1973; 1992. A modern jóléti állam filozófiai vonatkozásairól szóló vita átfogó ismertetésére lásd Culpitt 1992.

platformot teremt: elfogadható lesz még olyan emberek számára is, akik egyébként a szabadság, az egyenlőség és a társadalmi igazságosság értelmezésében eltérő álláspontot foglalnak el.

Kétségtelen, hogy az 1. elv idegen (és a 2. elv esetleg felesleges) lesz 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. Vállaljuk azt, hogy az a jóléti reform, amelyet könyvünk 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 a feltett négy kérdésre adott válaszokból próbálták meg kikövetkeztetni, hogy a válaszadók inkább az individualista, vagy inkább a kollektivista világfelfogáshoz állnak-e közel (Rose and Haerpfer 1993). Az eredményeket a *2.1 ábra* mutatja be. Bulgária és Lengyelország kivételével mindegyik országban többen hajlanak az individualista, mint a kollektivista felfogás felé; három országban az emberek kétharmada rokonszenvezik az individualizmussal. Nyolc országból hatban egyharmadnál kisebb a konzisztensen kollektivista beállítottságúak aránya. Nem állítható, hogy a felmérésben használt fogalmak pontosan egybeesnének az e könyvben használtakkal, de mindenesetre 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 a 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 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 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 kommunista 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 színfalak mögött egyezkedő lobbik és bürokratacsoportok erőviszonyai és kompromisszumai döntik 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, hogy 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 kezében maradt pénzből a másik nagy mechanizmus, a piac révén maga az egyén dönt a felhasználásukról.

A 3. elv utat akar nyitni a nem állami intézményeknek. Alakuljanak magántulajdonban lévő kórházak, rendelőintézetek, egészségügyi vizsgálati laboratóriumok, óvodák, iskolák, öregek otthonai, kereskedelmi egészségbiztosítók stb., akár új szervezetek létrehozásával, akár pedig állami szervezetek privatizációjával.

A tisztán állami és a tisztán forprofit magánjellegű vállalkozások mellett ebben a szférában széles tere nyílik nem állami nonprofit szervezetek létrejöttének is, 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 megoszolhat az állam, a jóléti szektor nonprofit szegmense és az egyéni karitatív akciók között.

A lakosság biztonságot akar, s ezt az államnak kell megteremtenie – érvelnek a jóléti szektor teljes államosításának hívei. Nézetünk 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 befektetési portfoliókról szóló irodalom nyelvén: diverzifikáljunk! Hiba lenne pl. kizárólag egyetlen magán-nyugdíjintézetre bízni egy-egy személy öregkorra félretett teljes megtakarítását – ha ezt hűtlenül, vagy akár csak ügyetlenül kezelik, akkor az illető pórul jár. De hasonlóan bajba kerül akkor is, ha kizárólag az államra hagyatkozik: mire megöregszik, a politikai hatalom akkori birtokosai semmibe vehetik, hogy mennyit vontak el tőle nyugdíj-hozzájárulás címén élete folyamán;[13] 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 te-

[13] Ez a helyzet most minden posztszocialista országban, ahol a felosztó-kirovó 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.

szik eltérő nyugdíjsémák párhuzamos alkalmazását.[14] Hasonló többpilléres megoldásokat kellene figyelembe venni 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 *2.1 táblázat* mutat be, jól szemlélteti a vélemények megoszlását.[15]

2.1 táblázat Intézményi választások: az állami, a piaci és a vegyes megoldások támogatottsága Magyarországon

	Felsőoktatás	Kórházak	Nyugdíjak
	finanszírozása, %		
Központosított állami megoldások	42,1	35,5	21,4
Vegyes konstrukciók	43,5	44,1	56,6
Piaci megoldás	12,1	17,9	18,5
Nem tudja eldönteni	2,3	2,5	3,5
Összesen	100,0	100,0	100,0

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 félállami 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.

Forrás: Csontos, Kornai, Tóth 1996: 10

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 formák dominanciája. Vagy ellenkezőleg: sor kerül gyors és radikális teljes privatizáció erőltetésére.) Nézetünk szerint az 1. alapelv azt sugallja: nem szabad egyik vagy másik sémát ráerőltetni az állampolgárra. Amennyire csak lehetséges, engedtessék meg, hogy az állampolgár maga válasszon. Alakuljon ki a különböző tulajdonformák és szabályozó koordinációs mechanizmusok olyan „étlapja", amelyből az állampolgár választhat, tanulhat saját és mások tapasztalatából, kísérletezhet, módosíthatja álláspontját. Azért

[14] Az 1997-es magyar 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.

[15] A 6. lábjegyzetben már említett követő felmérés feltette azt a kérdést, hogy vajon a válaszadók támogatnák-e több, egymással versengő egészségügyi biztosító létezését, ami megtörné a társadalombiztosítás jelenlegi kvázi-monopóliumát. (Lásd *a 9.2 alfejezet*et és a *9.2–9.4 táblázat*okat.)

van szükség versenyre a jóléti szektorban is, hogy ez a választás végbemehessen, mégpedig nem csak a politikai processzus sok súrlódással működő áttételein keresztül, hanem közvetlenül, a háztartás direkt piaci választása révén is.

Sokféle ellenállás tapasztalható Kelet-Európában a 3. elv érvényesítésével szemben. Érthető, hogy azok, akik ma a tulajdon vagy a szabályozás monopóliumával rendelkeznek, hatalmukat és/vagy jövedelmüket féltik a versenytől. Ám sokak esetében a magántulajdontól és a piac megjelenésétől való viszolygás ideológiai eredetű.

Nem csak egyes radikális szocialista, hanem számos, magát konzervatívnak minősítő politikus retorikájában megjelennek a kapitalizmusellenes, piacellenes érvek, amint az egészségügy reformja kerül szóba. Ez az ideológiai szembenállás fontos terrénuma annak a jelenségnek, amelyet a *Bevezető* már említett: a szocialista rendszer túlélésének; itt történetesen az emberek számottevő részének indoktrinált előítéleteiben.

4. elv (ösztönzés): *Olyan tulajdon- és szabályozási formák jöjjenek létre, melyek hatékonyságra ösztönöznek.*

Az elv magától értetődő, csupán azért kell mégis besorolni a deklarált elvek közé, mert azok a politikusok és kutatók, akik a jóléti szektor status quóját védelmezik, hajlamosak elfeledkezni róla. Az ösztönzés problematikájával a *3. fejezet*ben foglalkozunk részletesen.

Hatékonyságra kell ösztönözni – és ez lényeges eltérés a korábbi gyakorlattól – a keresleti oldalon a jóléti szektor szolgáltatásainak *felhasználóját*, az állampolgárt is. Ez azt jelenti, hogy (a legritkább kivételektől 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 megkapják.[16] (Normális esetben tehát azoknak, akik erre a szolidaritási elv értelmében rászorulnak). Még ha valamely jóléti szolgáltatás költségének nagy részét az állam vagy a biztosító fedezi is, a felhasználó is fizessen valamennyit,[17] hogy saját zsebén is érzékelje: a szolgáltatás nincsen ingyen.

A keresleti oldal helyes ösztönzéséhez tartozik, hogy hatékonyságra kell késztetni 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 eléggé erős az ösztönzés hatékonyságra és takarékosságra.

Ugyanez az érv vonatkozik a kínálati oldalra is, vagyis azokra a szervezetekre, amelyek a jóléti szolgáltatásokat nyújtják. A 3. elv kommentálásakor az állampolgár szuverenitására hivatkozva érveltünk a verseny mellett: senki se legyen kiszolgáltatva egyetlen monopolszervezetnek. Tudatában vagyunk annak, hogy a forprofit, illetve a nem állami nonprofit biztosító- és szolgáltatóvállalat 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 intézmé-

16 A jóléti szolgáltatásokra szóló utalványok előnyeiről és hátrányairól vita folyik. A vita áttekintésére lásd Culpitt 1992. Könyvünkben a *6.6 alfejezet*ben foglalkozunk majd a problematikával részletesen.

17 Ennek bővebb kifejtését lásd a *3. fejezet*ben.

nyeket költségcsökkentésre ösztönzik, és nincsen lehetőségük arra, hogy két kézzel szórják a pénzt. A költségek határtalan elszaladása vagy takarékoskodás a szolgáltatásban részesülő rovására – ez a jóléti szektor egyik legsúlyosabb dilemmája! A kérdésre, az egészségügy vonatkozásában, még visszatérünk.

Az ösztönzés és a 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 felosztó-kirovó elvet valósítja meg. A háztartástól nem várja el, hogy biztonsági célból takarékoskodjon. Ehelyett kikényszeríti mindazon adókat, amelyekből minden beruházás és minden jóléti szolgáltatás finanszírozható. A teljes centralizálás nem csak a jóléti szolgáltatások szférájában vezet alacsony hatékonysághoz, hanem, mint ismeretes, a beruházások kiválasztásában és megvalósításában is.

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

A szocialista és a 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. Ez a jóléti szektorra vonatkozóan is igaz. 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 kellene 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 végletesen decentralizált beruházási mechanizmus ajánlása. Okkal feltételezhetjük, hogy tartósan szükség lesz bizonyos, adókból fedezett állami beruházásra 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.*

Mielőtt kommentálnánk az 5. elvet, egy általános megjegyzést kell tennünk. A fejtegetések már eddig is hallgatólagosan feltételezték, s most ki is mondjuk: olyan államról van itt szó, amelyben normálisan működnek a demokratikus intézmények. A parlamentet több párt versenyében, törvényesen szabályozott feltételek között választják, a kor-

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

mányt a parlament erősíti meg, független a bíróság, érvényesülnek a szabad szóláshoz, a szabad gyülekezéshez és a szabad sajtóhoz való jogok, adottak a jogállam működésének feltételei. A vizsgálatba bevont tíz kelet-európai országban nem egyformán előrehaladott és egyöntetűen szilárd még a demokrácia, de azért mindegyikben létrejött az intézményeknek az a minimális konfigurációja, amely a demokrácia működőképességének szükséges feltétele. Nem foglalkozunk ezen a helyen annak tisztázásával, hogy mi valósítható meg a könyvben kifejtett elvekből és gyakorlati javaslatokból egy diktatórikus rezsimben. Mi eleve olyan országoknak címezzük a mondanivalónkat, amelyekben az állam demokratikus keretek között működik.

Rátérve most már az 5. elvre, lényeges az állami szerepkör mélyreható átalakítása, melynek során az 1. elvet szem előtt tartva nő az egyén szuverenitása. A következőkben röviden áttekintjük az állam funkcióit a megreformált jóléti szektorban.

- 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.
- Alkalmas szerveket kell létrehozni a jóléti szektor, illetve azon belül a különféle 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 értünk egyet azzal, hogy ezt be kell csempészni más kiadások közé, nehogy a választópolgár észrevegye.[20] Nyíltan ki kell mondanunk: 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. Ezt annak alapján kell eldönteni, hogy az ország adott körülményei között melyik tulajdonforma szolgálja a kitűzött célokat. Az állami tulajdon fenntartása vagy kiiktatása eszköz és nem cél.

---

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 kezesként száll be olyankor, amikor már a viszontbiztosító sem bírja elviselni a terheket. A „végső biztosító" funkciója fiskális teher ugyan, de sokkal kisebb, mint az összes jóléti szolgáltatás kizárólagos állami finanszírozása.

20 Az emberek számottevő hányadában van közösségi szolidáris érzék. A már többször említett magyar közvélemény-kutatás során kiderült: sok olyan egyén is kész adót fizetni a felsőoktatás támogatására, akinek nincs gyereke. Valószínűleg más országokra és más jóléti kiadásokra vonatkozóan is léteznek hasonló példák.

Az elmondottak világosan kifejezésre juttatják, hogy a könyv nem egy *laissez faire* programot hirdet meg. Nem kívánja az államot felmenteni 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, amelyek 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 közgazdaság-tudomány 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[22] és a bürokráciára vonatkozó kutatások[23] 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 hagyjuk azt a kérdést, hogy 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 egészségügyi és más jóléti szolgáltatásokat részben az állam finanszírozza, bizonyos kórházak maradjanak állami tulajdonban stb., s vállalja ezek adóterhét – akkor ezt a kívánságot tiszteletben kell tartani. Ez utóbbi megszorítás (az adóteher vállalása) elvezet a következő, az átláthatóságra vonatkozó elv kimondásához.

6. elv (átláthatóság): *Váljék 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, hogy 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, és különösen az egészségügyi szolgáltatások terhét ő, az adófizető vi-

---

21 Ezen a helyen és a tanulmány későbbi részeiben is szerepel a „piaci kudarc" 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 „Közösségi választás, társadalmi döntés. A közgazdaságtudománynak az az ága, amely a közgazdaságtant a nem piaci döntéshozatalra alkalmazza. Úgy is tekinthető, mint a politika közgazdaságtani elemzése." (D.W. Pearce: *A modern közgazdaságtan ismerettára,* Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1993)

23 Lásd Buchanan és Tullock 1962; Niskanen 1971; Tullock 1965.

seli. Az adók és az állami költés közötti összefüggésre vonatkozó ismeretek mindenütt a világon eléggé homályosak vagy torzítottak. Ám a fiskális illúziók sehol sem annyira végletesek, mint a posztszocialista társadalmakban. Ott évtizedeken át indoktrinálták az emberek tudatát azzal a gondolattal, hogy az egészségügy vagy az oktatás „ingyenes".[24] Remélhető, hogy a decentralizálásra irányuló reformmal szembeni ellenállást lényegesen csökkenti, ha az állampolgár megérti, hogy minden állami szolgáltatásért ő mint adófizető viseli a terheket, s ha megfelelően érzékeli e terhek nagyságát.

Végső soron mindenképpen az állampolgárok összessége fizet a jóléti szolgáltatásokért. Ám a politikai demokrácia keretei között az állampolgár a politikai processzuson keresztül választhat a fizetés két elsődleges módja között: a „háztartás által fizetett adó → állami költségvetés → állami jóléti szolgáltatás" csatornán át fizessen-e, vagy ennél közvetlenebb módon, pl. 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 alapossággal, vagy mert el akarják rejteni szándékaikat a választók elől.[25] Mivel e fejezet nem a pozitív politikai gazdaságtan jegyében íródott, nem foglalkozik azzal, hogy ez miért van így, s egyáltalán megváltoztatható-e. A könyv normatív jellegének megfelelően követelményeket állít fel. A 6. elv a politikus jobbik énjéhez szól: ha tisztességes kívánsz lenni a választóiddal szemben, mondd meg nekik becsületesen, mit akarsz tenni a nyugdíjak, az egészségügyi ellátás és a többi jóléti szolgáltatás ügyében. További címzettek még a kérdés akadémiai kutatói: önmagunk és kollégáink. Nekünk nem fűződik semmilyen érdekünk ahhoz, hogy népszerűségre törekedjünk, nem pályázunk választott politikai tisztségre. Kötelességünk feltárni, hogy a jóléti szektorra vonatkozó alternatív elgondolásoknak mi a hasznuk és mi a társadalmi költségük. 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.

Nem csak 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 rokon-

---

24 A korábban már többször említett magyar közvélemény-kutatás (Csontos, Kornai, Tóth 1996) 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.

25 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.

szenvesebb – azért dönt mégis A mellett, mert annak gazdaságpolitikai, igazságügyi, külpolitikai stb. programját kedvezőbbnek ítéli meg B-énél.[26]

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

7. elv (a program időigénye): *Időt kell engedni a jóléti szektor új intézményeinek evolúciójára és az állampolgárok adaptációjára.*

A megreformált jóléti szektorban számos intézmény működik majd, amelyek ismeretlenek voltak a kommunista rendszerben. Ezek egyrészt újonnan létrejött szervezetek (pl. magántulajdonú rendelőintézetek, kórházak, óvodák, nem állami nyugdíjintézetek), vagy korábbi állami szervezetek tulajdonjogának és szabályozási formáinak változtatása révén jönnek létre (pl. bérleti szerződés keretében egy orvosteam üzemelteti egy közkórház valamelyik rendelőjét). A reform hívei, nézetünk szerint, nem bízhatják ezt a fejlődést kizárólag a spontaneitásra, több okból sem. Új intézmények létrehozása és régiek átalakítása új szabályok gondos előkészítését, majd azoknak a parlament vagy az önkormányzatok általi törvénybe iktatását kívánja meg. Számos új szervezet jön majd létre kormányszervek 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 szerepük lesz, nézetünk szerint nem lenne helyes a reform előrehaladását kizárólag spontán változásoktól várni.[27]

Ugyanakkor elleneznénk 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, amelyet nem szabad lóhalálában elvégezni. Elegendő időt kell hagyni a program gondos kidolgozására és a politikai támogatás megszerzésére.

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 *alkalmazkodás fokának* problémáját. A reformernek józan belátást és emberséges megértést kell tanúsítania, mert az emberek alkalmazkodási képessége nem egyforma.

---

26 Túlnő a könyv témakörén, hogy 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.

27 Ezek a megjegyzések összhangban vannak az intézményi megújulás elméletével és a gazdasági intézmények változásának evolúciós felfogásával. Lásd Davis és North 1971; North 1990.

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 támogatás csak *átmeneti* időre járjon (mint például ideiglenes kompenzáció rászorultaknak egy ártámogatás megvonásakor). Az egyén türelmi időt kap, de tudnia kell, hogy annak leteltével kénytelen lesz alkalmazkodni az új helyzethez.

2.3 Az allokáció kívánatos arányai

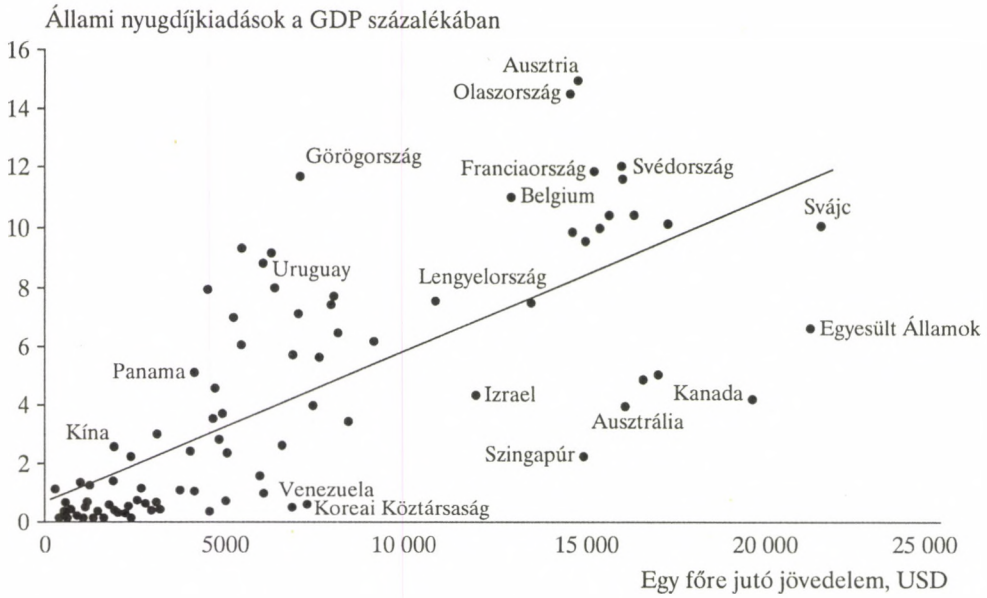
8. elv (harmonikus növekedés): *Legyenek harmonikus arányok a gyors növekedést közvetlenül szolgáló beruházásokra és a jóléti szektor működtetésére és fejlesztésére felhasznált erőforrások között.*

Két szélsőséges állásponttal találkozhatunk a vitákban. Az egyik egyoldalúan hangsúlyozza az átmenettel együtt járó veszteségeket, s nem hajlandó végiggondolni: a mai gondok leküzdésének legfontosabb 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 eléggé 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 utóbbiak 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 fetisizálása az első szerző, 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 semmibevételét is magában foglalta.[28] Ez a fajta egyoldalúság súlyos bajokhoz

[28] A majdnem harminc évvel ezelőtt publikált tanulmány, az *Erőltetett vagy harmonikus növekedés* (Kornai 1972) éppen ezzel a növekedésfetisizálással szállt szembe.



2.2 ábra Az egy főre jutó jövedelem és az állami nyugdíjkiadások közötti összefüggés

Megyjegyzés: Hely hiányában nem mindenütt szerepel az adathoz tartozó országnév. Az ábra 92 országnak az 1986–92 közötti időszak egyes éveiben mért adatait ábrázolja.

Forrás: World Bank 1994: 42

vezetett a szocialista rendszeren belül, amelynek következményeit mind a mai napig nem hevertük ki. Kár lenne ezt elölről kezdeni.

Ha nemzetközi összehasonlítás alapján nem a jóléti ráfordítások és a növekedési *ütem* közötti összefüggést vizsgáljuk, hanem a jóléti ráfordítások és a gazdasági fejlettség *színvonala* 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 kormányok 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 92 ország vonatkozásában, a nyugdíjkiadások példáján, a *2.2 ábra.*

Az állam jóléti kiadásai és a fejlettség szintje közti kívánatos aránytól való eltérés mindkét irányban bekövetkezhet túl sok vagy túl kevés költés formájában. A sztálini rendszer túlkapásaiért való túlkompenzálásként 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 tellett. A nyugdíjrendszer vonatkozásában ez egyértelműen elmondható a kelet-európai országok közül Bulgáriáról, a Cseh Köztársaságról, Lengyelországról, Magyarországról és Szlovákiáról. A megállapítás érvényes nem csak az írott állami kötelezettségvállalásra, de azok teljesítésére is.

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. Ez lehetővé tenné, hogy tartósan növekedjék a jóléti kiadásokhoz való hozzájárulás abszolút színvonala, miközben csökken a relatív súlyuk. A magunk részéről nem mernénk a harmonikus arányokra vonatkozó kvantitatív aranyszabályokat felállítani; izgalmas kutatási feladat e problémakör újragondolása a posztszocialista átalakulás vonatkozásában. A 8. elv, még ha nem ad is 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, hogy 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? Aligha hisszük, 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.[29]

Még egy megjegyzést kell tenni, nem általában a jóléti, hanem speciálisan az egészségügyi kiadásokkal kapcsolatban. Bárhogyan alakul is az állami vagy a háztartási döntéssel szabályozott kiadások aránya, s tegyük hozzá, bármilyen legyen is a köztulajdon és a magántulajdon aránya, mindenképpen fennáll a veszélye annak, hogy az egészségügyi kiadások részaránya az összes GDP-ből elszalad. Ez jelentős mértékben attól függ, hogy milyen ösztönzők hatnak a szolgáltatókra és a betegekre. A kérdésre még részletesen visszatérünk; itt csak jelezni akartuk, hogy a 8. elv megköveteli a költségvisszafogás feladatának teljesítését.

9. elv (fenntartható finanszírozás): *Az állami költségvetés legyen képes folyamatosan finanszírozni az állami kötelezettségvállalások teljesítését.*

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

Számos országban, köztük szinte kivétel nélkül minden posztszocialista gazdaságban, számottevő költségvetési deficit mutatkozik. Ahol a költségvetési rendszer egyér-

[29] Ezt látszik igazolni a szocialista rendszer történelmi tapasztalata. A sztálini gazdaságpolitika vaskézzel biztosította, hogy az állam ne költsön „túl sokat" kórházakra, lakásokra stb. Helyette az erőforrásokat a nehézipar fejlesztésére és a katonai erő növelésére összpontosította. Az állítás az OECD-országokra is igaz. Az Egyesült Államokban, ahol a döntéshozatal erősen decentralizált, az OECD-országok között a legmagasabb az egészségügyre fordított GDP-arány. Nagy-Britannia, a maga adókból finanszírozott, államilag irányított, erősen centralizált rendszere mellett a GDP sokkal alacsonyabb hányadát költi egészségügyre.

telműen megcímkézi 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 relatív szerepét a költségvetési deficit keletkezésében.

Könyvünknek nem feladata a költségvetési hiány országonként és időszakonként eltérő okainak konkrét elemzése. Mindenesetre érdemes azokra a számításokra nyomatékosan felhívni a figyelmet, amelyek kimutatják: egy-egy ország törvénybe iktatott jóléti elkötelezettségei – minden egyéb körülményt változatlannak véve, 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. Országonként 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 (az adóemelés népszerűtlensége vetekszik a jóléti kiadások csökkentése okozta rossz hangulattal). Végeredményben úgy tűnik, hogy a legtöbb posztszocialista országban a fiskális egyensúly javításának követelménye is előbb-utóbb kikényszeríti az állami jóléti kiadások csökkentését.

Noha a 8. és a 9. elvet a tárgyalás végére hagytuk, azok nem kevésbé nyomatékosak, mint a 3–7., az intézmények és a koordinációs mechanizmusok kívánatos tulajdonságaira vonatkozó elvek. Tarthatatlannak érezzük azt a szereposztást, amely a jóléti szektor reformjával kapcsolatos vitákban kialakult. Most itt csak az akadémiai körökben zajló diskurzust említjük. 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 meggondolásokkal támassza alá. Úgy érezzük, legfőbb ideje, hogy önmagunkat és egymást szintetikus látásmódra kötelezzük: egyikünknek sincs joga csak a szociális vagy csak a közgazdasági szempontokat képviselni.

2.4 Zárómegjegyzések

Az 1–9. elvek áttekintése számos fontos kérdést hagy nyitva, amelyek megtárgyalása túlnőne könyvünk keretein. További elméleti vizsgálatot igényel, hogy mennyiben összeegyeztethetőek, illetve mennyiben áll fenn trade-off kapcsolat különböző elvpárok vagy elvegyüttesek között.[30] Például az 1. elv (egyéni szabadság és felelősség) és az 5. elv (az állam felelőssége) nem összeegyeztethetetlen. Nyilvánvaló azonban, hogy minél messzebbre megyünk az egyik megvalósításában, annál korlátozottabban érvényesül a másik.

Az ilyen és ehhez hasonló trade-offok ügyében semmilyen előzetes elméleti megfontolás sem takarítja meg az egyes döntések esetében a konkrét és felelősségteljes választást. Az 1. és a 2. etikai posztulátumról szólva már rámutattunk arra, hogy azok ellentmondhatnak egymásnak. Most meg kell ismételnünk ezt a figyelmeztetést, a kilenc elv együttesére vonatkozóan. Az amerikai egészségügyi közgazdaságtan egyik vezető teoretikusa, Victor R. Fuchs tömör megfogalmazása szerint „Az élet legnehezebb döntései nem azok, amelyeknek a jó és a rossz között kell választaniuk. Akkor a legnehezebb dönteni, amikor jó és jó között kényszerülünk választani" (Fuchs 1998: 216). Fuchs Isaiah Berlint idézve folytatja: „a választás szükségessége, bizonyos végső értékek feláldozása mások kedvéért: a tragikus emberi létezés állandó vonása" (Berlin 1990: 85).

Mégis szeretnénk 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, emlékeztető jegyzékként, 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 könyvben javasolt elveket, az tartózkodni fog egyik elv szélsőséges megvalósításától, ha az összeütközne egy másikkal.

A *2. fejezet* témaválasztásával szemben felvetődhet a következő ellenvetés. Mindegyik posztszocialista országban adva van a reform mozgástere. Ezt behatárolják a gazdasági és politikai adottságok. Utóbbi végül is meghatározza majd, hogy milyen reform valósulhat meg. A reformer, ha igazán küzdeni akar elképzeléseiért, kénytelen lesz engedményeket tenni, esetleg a közvélemény manipulálására kényszerül, mert nem mindig érdeke tisztán és félreérthetetlenül közölni az általa követett elveket, szándékait és a megvalósítás következményeit.

Nyilvánvaló, hogy a reformok sorsa végül is a politikai arénában dől el. A tudományos kutatások feladatai közül igen fontosnak érezzük a jóléti reform esélyeinek vizsgá-

---

30 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. Könyvünk az angol kifejezést használja.

latát a politikai gazdaságtan szemszögéből.[31] A könyv többször utal majd, az egészségügy vonatkozásában, a reformok megvalósításának politikai feltételeire. Ám a pozitív kutatások komplementer kutatási témájaként, reméljük, 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* gondolkozni.

A tanulmányban kifejtett kilenc elv nem kötődik egyetlen párthoz sem, sem Magyarországon, sem a posztszocialista régió más országaiban. 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 könyv 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 bennünket; nem az a szándék, hogy mind a két oldalnak tessék az, amit írunk. Ez éppenséggel visszájára is fordulhatna, s kiderülhetne, hogy egyiknek sem tetszik. Abban a meggyőződésben foglaltuk össze a fenti kilenc elvet, hogy éppen ezek alkotnak együttvéve szerves egészet.

A könyv 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, nem csak óhajokkal, hanem alkalmas intézmények kiépítésével, hogy a kapitalizmusnak 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 ultrakonzervativizmus 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 beavatkozástól.

A következő évtizedek történelmének menete fogja megmutatni, milyen hatással lesz ez a kibontakozó szellemi és politikai irányzat a jóléti szektor átalakulására.

---

31 A jóléti állam reformjára és/vagy az állami szociális transzferek megnyirbálására vonatkozó politikai gazdaságtani nézetekre vonatkozóan lásd Lindbeck et al. (1994); Lindbeck (1996; 1997) a svéd tapasztalatról, valamint Nelson írását (1992), amely néhány latin-amerikai, ázsiai és afrikai ország vonatkozó problémáit elemzi. Hausner (2001) és Nelson (2001) a posztszocialista országokban folyó jóléti reformmal foglalkoznak, főképpen Lengyelország és Magyarország példáján.

3. FEJEZET

Az egészségügyi szektor sajátosságai

A jóléti szektor egészére vonatkozó elvek tárgyalása után a könyv további részében már csakis az egészségüggyel foglalkozunk. Minden ágazatnak vannak sajátosságai, ezért nem reformálhatóak meg egyöntetű sémák szerint. Széles körű 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 vesszük szemügyre.

3.1 Általános áttekintés

Először egyetemes érvényű sajátosságokat sorolunk fel, amelyek minden társadalmi-gazdasági rendszerben és bármely országban fennállnak.[1] Később térünk rá olyan vonásokra, amelyek Kelet-Európa egyedi történelmi adottságaihoz kötődnek.

Tulajdonképpen – ha külön-külön tekintjük – egyik alábbiakban vizsgált sajátosság sem 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 néhány rendkívül intenzíven érvényesül.

---

1 Az áttekintés megszerkesztésekor felhasználtuk többek között Arrow (1963), Besley and Gouveia (1994) írását, valamint a Culyer és Newhouse (2000) által szerkesztett *Handbook of Health Economics* több fejezetét. Ezek a tanulmányok részletesebb irodalmi referenciákkal szolgálnak.

A magyar nyelvű áttekintések közül kiemeljük a következő munkákat: Gulácsi 2004; Mihályi 2003; Orosz 2001.

Az egészség értéke

Az egészség olyan állapot, amelynek elérését-megőrzését a legtöbb ember igen sokra értékeli. Közhely, de mégis ez kívánkozik az első helyre. Nem mindenki szemében ez a legfőbb érték; van, aki alárendeli más céloknak, de azért a „Fő az egészség" kijelentésben rejlő preferencia meghatározó erejű. Különösen akkor nyomul előtérbe, ha már itt a baj; ha az ember maga vagy szeretett hozzátartozója megbetegedett; amikor kínzó testi fájdalmat érez; amikor a betegség hátráltatja munkája elvégzésében; vagy amikor különlegesen nyomasztja a betegség okozta haláltól való félelem.

A különböző javak és szolgáltatások által nyújtott örömök, hasznok összemérése bármilyen értékelésnél nagy gondot okoz. Témánk esetében azonban különlegesen nehéz alkalmazni az egyetlen vitathatatlan mércét, amelynek közgazdasági tartalma világos és egyértelmű: egy áru vagy szolgáltatás annyit ér a felhasználónak, amennyit kész megfizetni érte. Ahol ezt a piaci mértéket kiiktatjuk, bármi okból történik is ez – tehát akkor is, ha jó okunk van a piaci értékítélet megkerülésére –, nincs többé biztos fogódzónk. Mennyi pénz nyújt kárpótlást a betegség okozta testi-lelki szenvedésért? Mennyit ér az élet meghosszabbítása néhány évvel? Mi a pénzbeni ellenértéke annak, ha javul a beteg ember életének minősége? A bíróságok és biztosítók kénytelenek ugyan számszerűsíteni az egyén életének gazdasági értékét, de valójában senki sem tudja meghatározni, mennyit ér egy emberi élet.[2]

Az egészség különleges értéke a legtöbb társadalomban felértékeli az egészségügyi ellátást és az egészségbiztosítást. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a táplálkozás, a genetikai örökség és más, egészségügyi szolgáltatásokon kívüli tényezők szintén komolyan befolyásolják egészségünket. Különösen fontos, hogy milyen életmódot folytatunk: tornázunk-e, dohányzunk-e, mennyi alkoholt fogyasztunk. A gazdaság számos más szektora is hatást gyakorol az egészségre, pl. környezeti ártalom vagy munkabaleset révén. Nem az egészségügyi szakma az egyetlen, ahol élet-halál kérdése egy-egy szakmai hiba; gondoljunk csak a pilóta vagy a gépkocsivezető munkájára. Az egészségügyi szektor sajátossága abban van, hogy ez az egészségre, az emberi szenvedésre és az életre-halálra gyakorolt hatás 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".

Az egészség értékének meghatározása nem mentesít a döntéshozás alól. Az erőforrások szűkösek; elkerülhetetlen a dolgok mérlegelése. 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?

---

2 Az élet és az egészség kockázati értékére vonatkozóan lásd Viscusi 1992.

A „piaci kudarc" és a „kormányzati kudarc" itt (és mint a következőkben látni fogjuk, más vonatkozásokban is) egy tőről fakad. Elsősorban onnan ered, hogy az egészségnek, a fizikai szenvedés csökkentésének és az életben maradásnak különleges, semmihez sem hasonlítható értéke van.[3]

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 pl. e könyv szerzői), 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" meghatározása nehéz etikai, közgazdasági és politikai problémákat vet fel. Elsősorban a jövedelemelosztás, valamint az állami pénzügyek irodalma elemzi e kérdéseket. Ezen a helyen csupán egyetlen megfogalmazást idézünk, mégpedig Adam Smith klasszikus szavait: „Szükséges javakon nem csak azokat a javakat értem, amelyekre az élet fenntartásához okvetlenül szükség van, hanem mindazokat, amelyekről az ország szokásai azt tartják: nélkülük minden rendes ember élete, éljen akár a legalacsonyabb sorban, méltatlan lenne" (Smith [1776] 1937: 821). 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.[4]

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.[5] Ezek az elvek mélyen beépültek a modern társadalmak szociális normarendszerébe. Senki sem jelentené ki nyugodt lelkiismerettel, hogy olyan helyzetben, amelyben azonos

---

3 Az egészségügyről szóló irodalom egy része az orvos–beteg relációban érvényesülő információcsere aszimmetrikus jellegét tekinti elsőrendű sajátosságnak. Ez az aszimmetria valóban nagyon fontos tényező, és bőven szólunk róla a későbbiekben mi is, de nem tesszük 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, amelyet a többi beteg, nevezetesen azt, hogy semmihez sem tudja hasonlítani saját egészségének, életének-halálának értékét.

4 Rawls *Az igazságosság elmélete* (1997) című könyvére támaszkodva Daniels (1985) fogalmazta meg azt az elméletet, amely szerint az egészségügyi rendszer igazságos lehet azzal együtt is, hogy megkülönböztetünk alapvető és kiegészítő szükségleteket és szolgáltatásokat, ahol az „alapvető" definíciója szükségszerűen társadalomfüggő.

5 Tobin (1970) „specifikus egalitarianizmusnak" 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.

nagy betegség sújt egy gazdagot és egy szegényt, a gazdag maradjon életben és a szegény haljon meg. Sőt, sokan azt sem tekintenék etikusnak, hogy egy sokat betegeskedő embertől sokszorosát kérjék az alapvető egészségbiztosításért, mint amennyit a többiektől kérnek.

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 vonatkozóan a specifikus egalitarianizmus hogyan ültethető át a gyakorlatba.

A továbbiakban az egészségügyi szektornak azokkal a sajátosságaival foglalkozunk, amelyek a bizonytalansággal és az információval függnek össze. Noha könyvünk a kelet-európai reformokkal foglalkozik, amelyek indulóállapota az 1990-es évek elején még egyöntetűen a központi költségvetés adóbevételeiből vagy kötelező járulékokból finanszírozott centralizált egészségügyi szektor, a mondanivaló éles kifejtését megkönnyíti, ha egyelőre eltekintünk ettől. Ehelyett az alábbi felsorolásban feltételezzük, hogy az állampolgár decentralizált biztosítási piacon vásárolhat magának megfelelő biztosítási szerződést. Amint azt a könyv későbbi fejtegetései bemutatják majd: a most tárgyalandó sajátosságok akkor is éreztetnék hatásukat, noha persze más formában, ha fennmaradna az indulóállapot status quója.

A bizonytalanság és a biztosítás iránti kereslet

Az egészségügyi szektor egyik fontos sajátossága, hogy az élelmiszerek, az oktatás és más létszükségleti cikkek iránti kereslettel ellentétben az egyén egészségügyi ellátás iránti keresletét nehezen tudjuk megjósolni. Természetesen az ellátások bizonyos köre – mint például a terhesgondozás, illetve a szülés – előre látható, ám az azonnali és komoly orvosi beavatkozást igénylő megbetegedések, valamint sérülések többségét nem lehet előre látni. Az egyén maga is teljesen bizonytalan abban, hogy mikor milyen mértékű ellátásra lesz majd szüksége.[6] Ennek megfelelően az egészségügyi kiadások eloszlása igen egyenetlen. Kimutatták például, hogy ha egy nagy lélekszámú lakosság tagjait az egészségügyi ellátás iránti szükségletük szerint rangsorolják, éves szinten a kiadások kb. 30 százaléka a népesség alig 1 százalékát kitevő, leginkább költségigényes réteg ellátását szolgálja, és a leginkább költségigényes 10 százalékra fordított összeg az egészségügyi összkiadás 75 százalékát teszi ki.

Kelet-Európa lakosai a szocialista rendszer évtizedei alatt hozzászoktak ahhoz, hogy az állam biztosítja az egészségügyi ellátást, s nem foglalkoztak azzal a problémával, hogyan történjék az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása. Gondolatmenetünknek ezen a pontján ne tekintsük ezt magától értetődő adottságnak. Ahhoz, hogy jól megért-

6 Ezen kívül, ha valaki balesetet szenved, illetve megbetegszik, legtöbbször nincs tudatában annak, hogy miféle beavatkozás lenne a legcélravezetőbb gyógyulása érdekében (Arrow 1963).

sük a biztosítás fogalmát, képzeljük magunkat abba a helyzetbe, amelyben az állam *nem* gondoskodik a lakosság egészségügyi ellátásáról. Viszont léteznek különböző biztosítóintézetek, amelyek vállalkoznak egészségügyi biztosításra. Itt jegyezzük meg, hogy a fejezet további részében is, a fogalmak tisztázásának megkönnyítése végett, többször élünk majd ezzel a feltevéssel. Azaz ismételten feltesszük majd, hogy az egyén és a biztosító (pl. az egymással piaci versenyben álló biztosítók valamelyike) biztosítást köt az egyén egészségügyi kiadásainak fedezésére.

Az emberek többsége, felismervén a jövőbeli egészségi állapotukkal kapcsolatos bizonytalanságot, kész önkéntes betegbiztosítást kötni. A biztosítás valójában egy olyan elosztórendszer, amely révén pénzt lehet átcsoportosítani azokból az időszakokból, amikor kevésbé van rá szükség azokra, amikor nagy szükség lesz rá. A betegbiztosítás sokkal hatékonyabb és praktikusabb, mint ha valaki egymaga tesz félre a „nehéz időkre", vagy akkor próbál meg kölcsönt felvenni, amikor megbetegszik. Ha ugyanis a fogyasztó megosztja a kockázatot azokkal, akik ugyanannál a biztosítónál vásároltak biztosítást, akkor egy méltányos, rendszeres időszakonként fizetendő díj ellenében kivédheti egy esetleges betegség anyagi következményeit.

A bizonytalanság, valamint a biztosítás természetesen nem csak az egészségügy területén játszanak fontos szerepet. Az e szektorban alkalmazott biztosítás ugyanakkor olyan specifikus intézményi sajátosságokkal rendelkezik, amelyek minden más biztosítástól megkülönböztetik.

Ha például valaki lakásbiztosítást köt természeti csapásokból eredő károk esetére, a biztosítás akár az ingatlan és a benne található ingóságok teljes értékét is fedezheti, leszámítva talán a „felbecsülhetetlen értékű" családi ereklyéket. Amint arra az egészség értékével kapcsolatban már rámutattunk, a felbecsülhetetlen értékű javak elvesztéséért fizetendő kárpótlás mértékének meghatározása különösen nehéz, ha az egészségről van szó. Amit „egészségbiztosításnak" nevezünk, valójában egészségügyi ellátásra kötött biztosítás: azok ellen a kiadások ellen biztosít, amelyek különböző egészségügyi ellátások kapcsán merülhetnek fel. Ez az ellátás azonban csak az élet meghosszabbítását, valamint a fájdalom csökkentését képes nyújtani, s csak nagy ritkán állítja helyre a betegség előtti, esetleg tökéletes egészségi állapotot. Nem létezik tehát olyan „ideális" egészségbiztosítási rendszer, amely biztosítani tudná az egészség helyreállítását, s amelyben a biztosító aszerint fizetne a szolgáltatónak, hogy a betegnek mekkora haszna származott az ellátásból.[7]

A bizonytalanság és az annak eredményeként jelentkező biztosítás iránti kereslet hívja életre az egészségbiztosítási piac egy másik tipikus intézményi jellemzőjét is: a biztosítás a fogyasztó és a szolgáltató közé egy harmadik felet iktat, a fizetőt (Ellis and McGuire 1993). Az egészségügyi szektornak tehát három szereplője van: a fogyasztó (a beteg), a szolgáltató (az egészségügyi ellátó) és a biztosító/fizető. A harmadik fél, a biztosító jelenlétének következtében a keresleti árat – amelyet a fogyasztónak kell fizetnie a

7 Ebben az értelemben az egészségbiztosításban sosem valósulhat meg a „tökéletes piac"; a probléma csak számos más társadalmi intézmény kialakulása vagy létrehozása révén oldható meg (Arrow 1963).

termékért – bizonyos mértékig függetlenül lehet megállapítani a kínálati ártól – vagyis attól az összegtől, amelyet a szolgáltató kap a termékért. (Többnyire van még egy negyedik szereplő is, a *szponzor*, mint például valamely állami szervezet vagy a munkáltató. A szponzor közvetítőként vesz részt a fogyasztók és a biztosítók közötti pénzmozgásban, s maga is hozzájárulhat a biztosítás költségeihez. Ennek részleteit a későbbiekben tárgyaljuk.)

Végül fontos hangsúlyozni azt, hogy a biztosítás minden más árutól, illetve szolgáltatástól különbözik annyiban, hogy a biztosító költsége függ attól, hogy ki vásárolja meg a biztosítást (Cutler and Zeckhauser 2000). Tekintsünk egy olyan decentralizált biztosítási piacra, amelyben a fogyasztó szabadon döntheti el, hogy melyik biztosítót választja, és a biztosító szabadon döntheti el, milyen árat kér a biztosításért. Ha magas költségű fogyasztók (például krónikus betegségben szenvedők vagy a gyakrabban és súlyosabban megbetegedő idősebb korosztályok) vásárolnak biztosítást, az a biztosítónak sokba kerül. Ellenben ha az egészségügyi szolgáltatásokat ritkábban igénybe vevők (például egészséges fiatalok) vásárolnak biztosítást, akkor a biztosító költsége relatíve alacsony lesz.

Mivel a biztosítás költsége a vevő jellemzőitől függ, nem hagyható figyelemen kívül, hogy a vevő és az eladó milyen mértékben ismeri ezeket a jellemzőket. Ezzel eljutottunk az aszimmetrikus információ problémájához

Aszimmetrikus információ

A modern közgazdaságtan egyik sokoldalúan tanulmányozott jelensége az aszimmetrikus információ. Minden olyan piacon jelentkezik, ahol a tranzakció egyik résztvevője, például az eladó, többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a másik, a vevő. Az egészségügyi szektorban ezek az aszimmetriák igen elterjedtek és rendkívül fontos szerepet játszanak.

Az egészségügyi biztosítás piacán gyakran például a keresleti oldal (a biztosítást vásárolni kívánó fogyasztó) az, aki több információval rendelkezik a tranzakcióról – a saját jelenlegi és jövőbeli egészségi állapotáról és az egészségügyi szolgáltatás igénybevételének valószínűségéről – mint a kínálati oldalon álló biztosító. Gondoljuk végig először általában a kereskedelmi biztosítás szelekciós mechanizmusát. Minél nagyobb valamely káresemény bekövetkezésének valószínűsége és/vagy a káresemény várható vesztesége, és minél teljesebb kárpótlást igényel a biztosított, annál nagyobb biztosítási díjat szab ki a biztosító. Amennyiben a biztosító és a biztosított azonos információkkal rendelkezik a várható kockázatról, a biztosítási matematika segítségével megállapított biztosítási díj valóban fedezni fogja a várható veszteség okozta költségeket – sem többet, sem kevesebbet. Ha azonban a két fél aszimmetrikusan informált, a biztosítási díj meghaladhatja a kárpótlás tényleges költségeit, vagy elmaradhat tőlük – a biztosított személyétől függően. Az egyén egészségügyi ellátás iránti szükségletére vonatkozó információ aszimmetrikus volta komoly nehézségeket okozhat bármilyen egészségbiztosítási rendszer működésében. Ezzel a kérdéssel részletesen a káros szelekció kapcsán foglalkozunk majd.

Az információ aszimmetrikus volta fontos az egészségügyi ellátás allokációja szempontjából is. A kínálati oldal (az orvos, az egészségügyi szolgáltató intézmény) általában sokkal többet tud a tranzakció tárgyáról: a betegség megfelelő gyógyításáról, annak igazi

használóról és összes költségeiről – beleértve a kockázatokat és a káros mellékhatásokat is –, mint a keresleti oldal (a beteg és a számlát fizető biztosító).

Az informáltságban mutatkozó aszimmetria messzemenően befolyásolja mindkét fél viselkedését. Így többek között a szolgáltató a szakértelmére támaszkodva, az ott érvényesülő érdekeltségtől függően, túlköltekezésre vagy az ellenkezőjére, egyes ráfordítások megtagadására ösztönözhet (lásd a *3.3 alfejezet*et). A beteg nem rendelkezik olyan szakmai tudással és tapasztalattal, amelynek birtokában megkérdőjelezhetné a szolgáltató által tett ajánlatot.

A *2. fejezet*ben kifejtett 1. etikai posztulátum, az egyén szuverenitásának érvényesítése megköveteli, hogy – amennyire csak lehetséges – csökkenjen ez a fajta információs aszimmetria. Ez részben a beteg törvényes jogainak kiterjesztésén múlik. Sokat számít az is, hogy milyen konvenciók és viselkedési kódexek alakulnak ki az orvostársadalomban. 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.

Szelekció

A fenti sajátosságok átvezetnek a szelekció problémájához. Itt (csakúgy, mint az erkölcsi kockázat esetében) csupán a jelenséget írjuk le, valamint a *2. fejezet*ben kifejtett elvekhez való viszonyra világítunk rá; az empirikus bizonyítékok, a gyakorlati tapasztalatok és a lehetséges ellenszerek megvitatására az ösztönzőkről szóló *3.3 alfejezet*ben kerül sor. Minden gazdasági koordinációs mechanizmus szelekciót hajt végre a potenciális fogyasztók között. A tervgazdaság tipikus mechanizmusai – a kiutalás, a jegyrendszer vagy a sorbaállás – egyeseknek odaadják a kívánt jószágot vagy szolgáltatást, másokat pedig megfosztanak tőle, különböző kritériumok alapján (pl. milyen helyet foglal el a politikai hierarchiában, milyenek az összeköttetései a hatalmat gyakorló személyekhez és az egészségügyi bürokráciához, akarja-e és képes-e megvesztegetni azokat, akik döntenek a kórházi beutalásáról és így tovább). A piaci mechanizmus viszont az imént felsorolt mechanizmusokétól eltérő kritériumok szerint szelektál: kirekeszti azokat, akik nem tudják vagy nem akarják megfizetni a piaci árat.

Az egészségügyi közgazdaságtanban a „szelekció" mint aggregált fogalom egy olyan sajátos problémára utal, amely abból fakad, hogy a biztosítók, valamint a szolgáltatók a fogyasztók olyan csoportja részére próbálnak egészségbiztosítást, illetve egészségügyi ellátást nyújtani, amelynek tagjai egyrészt más-más valószínűséggel betegszenek meg (kockázati heterogenitás), másrészt pedig választhatnak az egyes biztosítók és egészségügyi szolgáltatások között (Newhouse 1996). Bár a probléma leginkább a piaci koordináció esetén jelentkezik, egyetlen biztosító, kórház, járóbeteg-rendelő vagy egyéb szolgáltató sem kerülheti ki teljesen – még más szervezeti-intézményi felállásban, tehát pl. a bürokratikus koordináció keretei között sem.

Vizsgáljuk meg röviden a szelekció két típusát: a káros szelekciót, illetve a kockázati szelekciót.

Káros szelekció[8]

A fogalom magyarázát megkönnyíti, ha megint alkalmazzuk a korábban már használt feltevést. Képzeljük el, hogy minden egyénnek magának kell egészségügyi biztosítást kötnie. Több biztosító között választhat. Az egyén és a biztosító tehát üzleti szerződést köt egymással.

Az emberek egészségügyi helyzete és az egészségügyi szolgáltatások iránti elvárásai különbözőek. Nyilvánvalóan több gondozásra, több beavatkozásra, több gyógyszerre és több figyelemre van szüksége annak, aki betegebb. Noha egyfelől a betegség súlyossága és időtartama, másfelől a kezelés költségei között meglehetősen bonyolult az összefüggés, azért annyi bizonyos, hogy a kapcsolat pozitív. Ezért azok, akiknél a betegség bekövetkezése valószínűbb, illetve a kezelés drágábbnak ígérkezik, hajlandóak lennének átfogóbb, drágább biztosítást vásárolni. Fordítva, a fiatalok és egészségesek esetleg sajnálnák a pénzt még egy olcsó biztosítás megvásárlására is.

Az effajta önszelekciót, amely a keresletet különböző biztosítások felé tereli, a következő okból nevezzük *károsnak*. Ha a biztosítóknak nincs birtokukban mindaz az információ, amellyel potenciális ügyfeleik rendelkeznek arra vonatkozóan, hogy milyen mértékben kell majd igénybe venniük orvosi szolgáltatásokat (azaz fennáll az aszimmetrikus információ problémája), úgy a biztosítás árát – vagyis a biztosítási díjat – kénytelenek valamiféle átlagos szinten megszabni. Ezt a társadalmi szolidaritás megőrzését célzó intézkedések elő is írhatják a számukra. Amennyiben egy biztosítótársaság többségében olyan fogyasztókkal köt szerződést, akik ennél az átlagos szintnél többe kerülnek, akkor a társaság veszteségesen működik, ami arra kényszerítheti, hogy emelje a biztosítási díjat. A magasabb díj miatt az egészségesebb fogyasztók még inkább elpártolnak a biztosítótól, ahol a káros szelekció eredményeként csak a „veszteséget termelő" fogyasztók maradnak. Ha a biztosító költségvetési korlátja kemény – azaz nem számíthat olyan támogatásokra, amelyekből veszteségeit fedezhetné –, és továbbra is olyanokat biztosít, akik többe kerülnek, mint az előzetesen kalkulált átlag, akkor előbb-utóbb csődbe megy, biztosítottjai pedig biztosítás nélkül maradnak.[9] A káros szelekció a nagyvonalú, bőkezű biztosítók eltűnését okozhatja, mert egyfajta önpusztító díjszabási politikára kényszeríti őket: az átlagosnál betegebbek biztosításával megnövekednek a kiadásaik, s ezzel együtt a díjaik is, míg végül a viszonylag tehetős, ám rendkívül rossz egészségi állapotú ügyfélkör sem tudja megfizetni a társaság életben maradásához szükséges magas díjakat.

---

8 A káros szelekció (fordított vagy kontraszelekció) sokféle tranzakcióban érvényesül. Az egyik úttörő tanulmány (Akerlof 1970) a használt autók piacával foglalkozott, egy másik fontos írás a biztosítási piaccal (Rothschild and Stiglitz 1976) stb. Mi most kizárólag az egészségügyi biztosítás szférájára szűkítjük le a tárgyalást – a káros szelekciónak mint általános jelenségnek csupán egy igen speciális esetét vizsgáljuk.

9 Puha költségvetési korlátról beszélünk olyan esetekben, amikor egy gazdálkodó szervezet (cég, kórház stb.) kiadásai huzamosabb ideig meghaladják a bevételeit, mégis működőképes marad, mert bizonyos intézmények (például az állam) hajlandóak „kimenteni", azaz fedezni a veszteségét. A szervezetnek kemény a költségvetési korlátja, ha nem képes átvészelni a krónikus deficitet. A puha és a kemény költségvetési korlát részletes tárgyalására, valamint a probléma elméleti hátterének ismertetésére lásd Kornai 1980; 1986; 1997; Maskin 1996.

A káros szelekció bizonyos fogyasztók számára lehetetlenné teszi a kívánt biztosítás megvásárlását, másokat pedig nagyon magas biztosítási díj fizetésére kényszerít. Amennyiben ez a jelenség széles rétegeket elzárna attól, hogy hozzájussanak az alapvető egészségügyi ellátáshoz, az, a szerzők szerint, megsértené mind az egyéni szuverenitás, mind a szolidaritás etikai alapelvét.

A káros szelekció nem tulajdonítható csupán annak, hogy a kereskedelmi biztosítótársaságok „pénzsóvárak és nyereségre törekszenek". Bármely egészségbiztosítást nyújtó szervezetnek – legyen az nonprofit biztosító, vagy akár az állam – ugyanazzal a dilemmával kell szembenéznie: nevezetesen, hogy mindig azok akarnak leginkább csatlakozni, akik a legtöbbe kerülnek.

Kockázati szelekció („lefölözés")

Mivel a magas költségű fogyasztók általában a nagyvonalúbb, bőkezűbb egészségbiztosítókat preferálják, a biztosítóknak érdekük, hogy úgy alakítsák ki biztosítási ajánlataikat, hogy általuk távoltarthassák a betegeket, viszont vonzóak legyenek az egészségesek számára. Egy biztosító akkor jár jól, ha hatékonyan harcol a káros szelekció ellen, s így képes „lefölözni" a számba jöhető ügyfélkör krémjét, azaz az alacsony kockázatú – viszonylag egészségesebb – fogyasztókat. Szabadpiaci környezetben a biztosítók többféleképpen is végezhetnek kockázati szelekciót: kizárhatják szolgáltatási körükből a magas kockázatú egyének által igényelt különleges szolgáltatások finanszírozását (mint például egy daganatspecialistára való várakozás lerövidítése); olyan szolgáltatásokat kínálnak, amelyek inkább az alacsony kockázatú ügyfelek számára vonzóak (fitnessklub-tagság); egészségesebb környékeken üzemelő szolgáltatásokra koncentrálnak; reklámjaikkal az egészségesebb közösségek tagjait veszik célba.

A lefölözés jelensége nem csak a biztosítók magatartásában mutatkozhat meg, hanem az orvosok, a kórházak és más egészségügyi szolgáltatók viselkedésében is. A lefölözés tehát nem csupán a decentralizált biztosítás egyik káros mellékhatásaként tűnhet fel, hanem megjelenhet olyan rendszerben is, amelyben mind a szolgáltatást, mind a finanszírozást messzemenően centralizálták, és mindkét szférát az állam tartja kézben. Ha a döntéseiket befolyásoló ösztönzők erre késztetik őket (pl. a kórháznak adott költségkeretből kell gazdálkodnia, és a költségvetési korlátja kemény), akkor elemi érdekük eltanácsolni a költségigényes beteget. Persze nem vallják be az elzárkózás igazi okát, hanem például arra hivatkoznak, hogy egy másik intézmény alkalmasabb lehet a kérdéses betegség kezelésére. A lefölözés jelenségét s más szelekciós problémákat ebben és a *3.3 alfejezet*ben a decentralizált biztosítási rendszer kontextusában magyarázzuk el, de hasonló visszásságok jelen vannak más (pl. adókból finanszírozott állami irányítású, centralizált) mechanizmusokban is.

Visszatérve a biztosítás ügyéhez, a fent leírt jelenségek következményeként egy teljesen szabad egészségügyi biztosítási piacon sokan – különösen a magas kockázatúak, akiknek a leginkább van szükségük biztosításra – azt megfizethetetlenül drágának, azaz egyszerűen elérhetetlennek találnák. Minden fogyasztót, még az alacsony kockázatúakat is, megfosztaná attól a lehetőségtől, hogy olyan biztosítást kössenek, amellyel kivédhetnék a későbbiek során esetleg magas kockázatúvá válással járó magas biztosítási díj fizetését, vagy annak veszélyét, hogy biztosítatlanná váljanak. A decentralizált és *beavat-*

kozástól mentes biztosítási piac esetén sokan biztosítás nélkül maradnának. Mind a káros szelekció, mind pedig a kockázati szelekció (lefölözés) éles konfliktusban áll a 2. etikai alapelvvel, a szolidaritás elvével. A szelekció az 1. etikai elvet, a fogyasztó szuverenitását is sérti, mivel bizonyos fogyasztókat ténylegesen megfosztana az egészségügyi biztosítás vásárlásának lehetőségétől. Ezért minden olyan reformnak, amely a 2. fejezetben kifejtett elvekre kíván alapozni, el kell vetnie azokat a mechanizmusokat, amelyek automatikusan a káros és a kockázati szelekció kialakulásához vezetnének. Nyilvánvaló tehát, hogy az egészségügyi biztosítás nem bízható kizárólag a kereskedelmi biztosítókkal kötött önkéntes szerződésekre. Bizonyos mértékű biztosítást kötelezővé kell tenni, ami korlátozná ugyan az egyéni szuverenitás elvének érvényesülését, de elősegítené a társadalmi szolidaritás és az egyéni választás érvényesülését. A fentiek értelmében minden olyan társadalomnak, amely mindenki számára biztosítani akarja az alapvető egészségügyi ellátást, szubvencionálnia kell azok biztosítását, akik képtelenek biztosítást vásárolni, a fizetni nem akarókat pedig kényszerítenie kell a fizetésre. Ezen kívül számos egyéb rendszabályra is szükség van, hogy az egészségügyi szektor valamennyi szereplőjére vonatkozóan kiküszöbölhetők, vagy legalábbis jelentős mértékben enyhíthetők legyenek a káros szelekció és a kockázati szelekció negatív következményei.

Erkölcsi kockázat

Mindenfajta biztosítás egyik ismert következménye az ún. erkölcsi kockázat. 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 pl. 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 az egészségügyben is jelen van, mind a beteg, mind az orvos/szolgáltató oldalán, mégpedig különösen kiélezett formában.[10] Vegyük azt a tiszta esetet, amelyben a gyógyítás egész számláját a biztosító fizeti (legyen az akár köz-, akár magántulajdonban lévő biztosító). Igaz, a biztosítottnak jó oka van a baj megelőzésére, hiszen még ha a betegség nem járna is anyagi veszteséggel, a szenvedésért és a lelki megpróbáltatásért nem kárpótolja a biztosítás. Továbbá a legjobb kezelés sem garantálhatja minden esetben az egészség teljes helyreállítását. Ám ha már bekövetkezett a baj, megjelenik az erkölcsi kockázat problémája. Ez esetben a beteget semmi sem készteti arra, hogy takarékosan használja fel a gyógyításra szolgáló erőforrásokat.

A betegek, hiányos informáltságuk és kiszolgáltatottságuk okán, szinte vaktában próbálják saját érdekeiket védeni. Legtöbben azt gondolják, hogy a drágább ellátás egyúttal jobb is, mert hiszen annyit esetleg megtanultak, hogy a drágább kezelés többek között magában foglalhatja a költségesebb diagnosztikai eljárásokat, a magasabb fizetést élve-

10 Lásd erről elsősorban Arrow (1963) úttörő klasszikus munkáját, továbbá Pauly (1986, 1992) és Feldstein (1973) írásait.

ző 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 orvos ebben szövetségese, hiszen szakmai lelkiismerete alapján szeretné minél hamarabb és minél eredményesebben meggyógyítani a beteget. Attól függően, hogy milyen rendszerben kapja a fizetését, ő sem feltétlenül érdekelt a költségek korlátozásában. Az információs aszimmetria itt az orvos-beteg koalíció versus biztosító viszonyban bukkan fel. A biztosító képtelen beletekinteni a gyógyítás részleteibe, képtelen megállapítani minden egyes esetben, hogy a megfelelő kezelést alkalmazták-e. Többnyire sikerül olyan helyzetbe hozni, hogy finanszírozza az orvos és a beteg által kialakított keresletet, azaz kifizesse a kezelés számláját, akár takarékos, akár pazarló volt a ráfordítás.

Amikor a betegek mint csoport a szükségesnél több egészségügyi szolgáltatást vesznek igénybe, mert az csaknem „ingyenes", a biztosítás költsége előbb-utóbb megemelkedik. A betegek azonban gyakorlatilag nem látják az összefüggést saját egyedi költésük és a biztosítási díjak általános növekedése között. Ez az összefüggés érvényesül még olyankor is, amikor decentralizált biztosítási rendszeren belül köt a fogyasztó egyéni biztosítást. *A fortiori* még inkább elhalványul a kapcsolat a betegre egyedileg fordított kiadás és a kötelező társadalombiztosítási járulék, illetve adó között, ha a költségeket milliókat átfogó, óriási kassza fizeti.

Az erkölcsi kockázattal összefüggő problémák is jelzik, hogy az egészségügyben nem érvényesül eléggé a 4. elv, amely hatékonyságra kívánja ösztönözni a folyamat résztvevőit, különösen a reform előtti átmeneti gazdaságokban. Az erkölcsi kockázat visszaszorítása érdekében az ellátás költségének bizonyos részét rendszerint a felhasználás időpontjában és helyén meg kell fizettetni a beteggel és/vagy a szolgáltatóval. Például kötelezni lehet a beteget arra, hogy egy fix összeg megfizetésével vállalja át a szolgáltatás költségeinek egy részét, így a biztosító ezzel az összeggel csökkenti a szolgáltatónak járó kifizetést (angolul *deductible,* a továbbiakban „térítési díj"). A beteg kötelezhető arra is, hogy a biztosítója által fizetett térítésen túl egy fix összeggel hozzájáruljon az általa igénybe vett egészségügyi szolgáltatás vagy áru költségeihez (angolul *co-payment,* a továbbiakban „hozzájárulás"), vagy arra, hogy viselje a költségek egy bizonyos százalékát (angolul *co-insurance*, a továbbiakban „önrész").[11]

Ha tehát egy biztosító fix összegű hozzájárulást vagy százalékos önrészt fizettet betegeivel, bizonyos mértékig korlátozni tudja az egészségügyi ellátás pazarló módon való felhasználását. Az erkölcsi kockázat ily módon történő enyhítésének azonban ára van. Mind a hozzájárulás, mind az önrész ismét anyagi kockázatot ró a fogyasztóra, ami korlátozhatja a szükséges egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését. Az egészségbiztosítás következésképp magában hordozza a 2. és a 4. elv konfliktusát: vagyis a kockázat megosztása és a mindenki számára biztosítandó alapvető egészségügyi ellátás elve összeütközésben áll az egészségügyi ellátás hatékony felhasználását célzó törekvéssel. A problémára részletesen visszatérünk a *3.3 alfejezet*ben.

---

11 A magyar szakirodalom nem egységes e fogalmak használatában, illetve az említett angol kifejezések magyar fordításában. Könyvünk következetesen a fent tisztázott értelemben használja e három kifejezést.

Monopolhelyzet, céhszerű szerveződés

Az egészségügyi szektor kínálati oldalán gyakran alakulnak ki olyan szerveződések, amelyek monopolhelyzet kialakulásához, vagy legalábbis azt megközelítő állapothoz vezethetnek. Ez részben a magas technológiai színtű szolgáltatások természetes eredményeként jelentkező méretgazdaságosságnak tulajdonítható. Egy kis közösségben például nem lenne célszerű egynél több kórházat fenntartani.

A kínálati oldalon jelentkező hatalom gyakran az egészségügyi szektorban is jelenlevő kevésbé kívánatos erők következménye. A piaci hatalommal bíró szolgáltatók anyagilag és presztízs szempontjából is előnyös helyzetben vannak. Sok országban az orvostársadalom igyekszik szinte céhszerű szervezetekben tömörülni, és elzárkózni a piaci versenytől.[12] A decentralizált biztosítási piacon a magánbiztosítók próbálnak kartellszerűen szerveződni. Szabályozás hiányában az egészségügyi szektor valóságos melegágya ezeknek a törekvéseknek, azaz a verseny mesterséges korlátozásának. Mindez konfliktusban áll a 3. elvvel, a versenyhelyzet kialakításának követelményével.

Különösen nehéz dilemmák elé kerül a reform a kelet-európai országokban. A szocialista rendszerben de facto monopóliumhelyzetben van az az állami vagy félállami társadalombiztosítási intézmény, amely az egészségügyi szolgáltatásokat finanszírozza: nem versenyez közvetlenül más biztosítókkal. A posztszocialista átmenet, induló állapotként, ezt kapja örökségképpen. Célszerű-e fenntartani vagy meg kell-e törni ezt a monopóliumot? A kérdésre még részletesen visszatérünk.

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.[13] Ez a kínálatoldali erőfölény részben, de nem kizárólag a már korábban tárgyalt jelenség, az aszimmetrikus információ következménye. Még ha a beteg kellőképpen informált is, kezelőjének több a döntési lehetősége és felelőssége, 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 beteggel az információit, be akarná vonni a döntésbe, vagy éppenséggel rá akarná bízni a döntést, azaz önként korlátozni akarná saját hatal-

---

12 A céhszerű szerveződésnek lehetnek kedvező hatásai is. A szövetség vagy a kamara tagjai a szakma egésze iránt érzett felelősségük tudatában nyomást gyakorolhatnak azokra a kollégáikra, akik nem az elvárásoknak megfelelően dolgoznak. Sok tekintetben az azonos szakma képviselői sokkal inkább képesek egymás tevékenységét figyelemmel kísérni, mint a kívülről érkező felügyelők vagy a betegek.

13 Lásd erről Losonczi (1986) kitűnő munkáját.

mát. A beteg tehát mindenképpen olyan helyzetben van, amelyben kisebb-nagyobb sérelmeket szenved az 1. etikai posztulátum, az egyén szuverenitása.

Noha bizonyosan elkerülhetetlen, hogy a döntést sok esetben a szolgáltatóra bízzuk, nem közömbös, hogy az egyén szuverenitása milyen gyakran és milyen mértékben sérül. A különböző egészségügyi rendszerek egyik fontos jellemzője az egyéni szuverenitás mértékének korlátozása. A reformok előtti, klasszikus szocialista egészségügyi mechanizmus szűk korlátokat szabott, a beteg kiszolgáltatottsága igen nagyfokú volt. Az egyén tehetetlen, passzív haszonélvezője-elszenvedője volt 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 viszonyt szabályozó törvényektől, az orvosi szakma írott és íratlan belső szabályaitól, de függ a gazdasági mechanizmus konkrét vonásaitól (ezen belül az 3. elv érvényesítésétől: a versenyhelyzet megteremtésétől), az orvosra és más szolgáltató személyekre ható anyagi ösztönzőktől is.

A költségek emelkedése

Az egészségügy kiadásai a legtöbb országban folyamatosan emelkednek. Ez a növekedés két tételre bontható. Egyrészt növekednek a kiadások reálértékben számolva. Másrészt nőnek a költségek relatíve is, az árak általános emelkedéséhez képest. E két változás együttes hatását mutatja be, az OECD-országok vonatkozásában, a *3.1 táblázat.* A szakértők körében nincsen egyetértés a jelenség magyarázatára. Az biztos, hogy sokféle tényező játszik szerepet.

- Az egyik fontos tendencia, amely szembeötlő az egészségügyi szektorban, ámbár más területeken is megmutatkozik, az a technológiai fejlődés költségigényes mivolta. Az egészségügyben a költségnövekedést az orvostudomány lehetőségeinek növekedése okozza (Newhouse 1992). A technológiai fejlődés, amely az új gyógyszerek, eljárások és eszközök révén számos betegség kezelését forradalmasította, megemeli mind a hasznosítás szintjét, mind a hasznosítás adott szintjének költségeit.[14]
- Miközben a növekvő jövedelem és a technológiai fejlődés kiadásokat növelő hatása nem csak az egészségügyben, de számos más szektorban is érvényesül, kiemelünk további három tényezőt, amely szorosabban kapcsolódik az egészségügy sajátosságai-

[14] Egy nemrégiben készült amerikai felmérés során a megkérdezett ötven vezető egészségügyi közgazdász 81 százaléka egyetértett abban, hogy az utóbbi harminc év során az egészségügyi szektor GDP-ből való részesedésében bekövetkezett növekedés elsődlegesen az orvostudomány technológiai fejlődésének tulajdonítható (Fuchs 1998). A technológiai fejlődés erőteljes hatását a költségek növelésére statisztikailag is igazolja Kornai and McHale (1999) tanulmánya. Az 1980 óta eltelt időszakban az OECD-országokban ez a tényező egymagában 1.4 százalékpontot adott hozzá az egészségügyi kiadások növekedési rátájához.

3.1 táblázat Az egészségügyi kiadások növekedését meghatározó árak és volumenek az OECD-országokban (átlagos éves növekedési ütemek, %)

Ország	Összes egészségügyi kiadás az összes hazai kiadás arányában, 1980	Egészségügyi kiadások nominális növekedése	Egészségügyi árdeflátor	Összes hazai kiadások árdeflátora	Egészségügy- specifikus infláció	Egészségügyi ellátás volumenének növekedése	Népességnövekedés	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	2,3	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
Írország	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
EURÓPA	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

Megjegyzés: 1. Egészségügy-specifikus infláció=az egészségügyi kiadásoknak az összes áru és szolgáltatás árnövekedését meghaladó árnövekedése. 2. Néhány arányszám és az 1980–90-es ráták 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 egyikben sem szerepelnek.

Forrás: OECD 1993: 23.

hoz. Elsőként azt említjük, ami az imént említett tényezővel, a technológiai fejlődéssel függ össze. Az egészségügyben végbemenő nagy technológiai fejlődés többnyire nem jár együtt munkamegtakarítással, hanem – azonos, sőt növekvő munkaráfordítás mellett – az orvosi művelet 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. Ezzel szemben 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.[15] Másképpen fogalmazva, az egészségügyi szektor, hasonlóan számos más szolgáltatáshoz, munkaigényes, és termelékenységének növekedése elmarad a tőkeigényes iparágakban tapasztalttól.

- Az egészségügyi 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.[16]
- Emlékeztetünk végül 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 átháríthatő a biztosítás többi résztvevőjére, és ezért nem törekszik a költségek kordában tartására.[17] A költségek általános emelkedése részben a biztosítás terjedésének tulajdonítható, részben pedig az erkölcsi kockázat azon dinamikus hatásának, amely a drágább kezelést preferálja, ha annak költségeit más viseli. Ezen a ponton sokszor megsértik a 4. elvet, a hatékonyságra való ösztönzés követelményét.

Ezzel végére értünk az egészségügyi szektor sajátosságait felsoroló listának. E sajátosságok kombinációja teszi az egészségügyi szektort különlegessé. E ponton 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.

Miután kellő hangsúllyal felhívtuk a figyelmet az egészségügyi szektor különleges vonásaira, indokoltnak érezzük kimondani azt is: sok tekintetben ez a szektor is ugyanúgy viselkedik, mint a gazdaság más ágazatai. Hiba lenne szinte misztifikálni e különleges vo-

---

15 Lásd erről Baumol klasszikus, úttörő írásait (1963; 1988).

16 Magyarországon az egy nyugdíjasra eső átlagos egészségügyi költés két és félszer, Szlovéniában pedig több mint kétszer magasabb, mint az aktív korúak esetében (lásd a *6.1* és a *6.2 táblázat*okat). Kornai and McHale (1999) becslése szerint a fejlett országokban a 65–74 éves korosztály esetében a költés 1 százalékos növekedése országos szinten 0,7 százalékkal növeli meg az egészségügyre fordított kiadásokat.

17 Különösen akkor érvényesül a költségemelkedési tendencia, ha a biztosító minden ellenállás nélkül kifizeti a szolgáltató tetszőleges számláját. Ez igen gyakori a szolgáltatásonkénti díjazáson alapuló elszámolási rendszerben, amelyről majd a *3.3 alfejezet*ben lesz szó részletesebben.

násokat, és semmibe venni azt, hogy ebben a szektorban is érvényesülnek a közgazdaságtan által feltárt, jól ismert alapvető szabályosságok. Most csak egyetlen összefüggést említünk, a jól ismert hármas kapcsolatot ár, kereslet és kínálat között. Ha például a keresleti oldalon a vevőnek saját zsebéből kell fizetnie a kiadást, akkor a magasabb ár csökkenti a keresletet. Ugyanez érvényes a szervezetre mint vevőre is, amennyiben költségvetési korlátja kemény. Ami a kínálati oldalt illeti: ha a szolgáltatónak anyagi érdekeltsége fűződik a bevételek és a kiadások közötti különbözet növeléséhez, akkor a magasabb ár, egyéb feltételeket változatlannak tekintve, növeli a kínálatot. Ez érvényes nem csak magántulajdonban lévő, a profitban közvetlenül érdekelt szervezetekre, hanem a magánpraxist folytató orvosra és más egészségügyi dolgozóra is, valamint a köztulajdonban lévő, de kemény költségvetési korlát mellett működő kórházra vagy rendelőintézetre is.

Végeredményben a reformernek egyaránt szem előtt kell tartania mind az egészségügyi szektor többi ágazatéval azonos vonásait, mind pedig különleges adottságait.

3.2 Szolgáltatás és finanszírozás: osztályozás

Ebben a fejezetben az egészségügy alternatív gazdasági mechanizmusait absztrakt szinten osztályozzuk. A tulajdonformákra, a finanszírozásra, a szerveződés módjaira koncentrálunk, azaz elvonatkoztatunk attól, hogy mely konfigurációjuk jellemző a különböző társadalmi-gazdasági formációkra, a különböző országokra és a különböző történelmi korszakokra. A későbbi fejezetek erre az osztályozásra építenek, amikor az ösztönzőket és az egyes országok tapasztalatait elemzik, és ajánlásokat tesznek az egészségügyi szektor reformjára.

A négy kulcsszereplő

A gazdaság más területeihez hasonlóan az egészségügyi szektoron belül is határozottan elkülönül egymástól a keresleti és a kínálati oldal. Az egészségügyi ellátások terén a keresleti oldalon az egészségügyi szervezetek finanszírozási rendszerét, illetve azokat a szervezeteket találjuk, amelyek az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő fogyasztókat képviselik. A kínálati oldalon azok a szolgáltatók állnak, akik a betegek részére az egészségügyi ellátást nyújtják.[18]

A „kulcsszereplők" általános definiálásának megkönnyítésére ismét alkalmazzuk a fejezetben korábban használt feltevést. Tehát felejtsük el, hogy a posztszocialista átme-

[18] Néhány fogalmat, amelyet tulajdonképpen csak ebben az alfejezetben világítunk meg, már a könyv korábbi részében is kénytelenek voltunk használni. Úgy éreztük, hogy a definíciók korábbi tárgyalása megakasztotta volna a fejtegetések gondolatmenetét.

net indulásakor azt a rendszert örökölte, amelyben az állam kezében összpontosult az egészségügy irányítása és minden erre szánt erőforrás allokációja. Ehelyett képzeljük magunk elé, a magyarázat kiindulópontjaként, azt az állapotot, amelyben a betegek közvetlenül a szolgáltatóktól vásárolják meg az egészségügyi szolgáltatásokat. A folyamatnak mindössze két szereplője van: a páciens mint vevő, és a függetlenül praktizáló orvos vagy egyéb szolgáltató mint eladó. Mivel azonban, amint azt a *3.1 alfejezet*ben hangsúlyoztuk, a fogyasztók nem tudják, hogy nem lesz-e szükségük valamely költséges egészségügyi szolgáltatásra, érdekeltté válnak abban, hogy egészségbiztosítást kössenek;[19] ezáltal a fogyasztó és a szolgáltató közé közvetítő kerül, a biztosító. Az egészségügyi szektorra tehát a két szereplős (vevő–eladó) felállás helyett a három szereplős (fogyasztó–biztosító–szolgáltató) felállás jellemző. Most már tehát három kulcsszereplőnk van.

Korábban már említettük, hogy ha egy biztosítási piac működésébe nem avatkoznának be kívülről, sokan biztosítás nélkül maradnának. Az egyenlő hozzáférés elve tehát megköveteli egy közvetítő jelenlétét is a betegek és a szolgáltatók között. Ezt a negyedik szereplőt nevezzük *szponzornak*. Ebbe a csoportba tartoznak például állami szervezetek, munkáltatók által létrehozott tömörülések, illetve olyan nagyobb munkáltatók, amelyek meghatározott kedvezményezettek – például saját alkalmazottaik – részére kötnek egészségbiztosítást. A kelet-európai lakosság a múltban nem ismerte a munkaadók ilyesfajta tevékenységét. Ma már azonban jónéhány olyan munkaadó foglalkozik azzal, hogy saját munkavállalóinak egészségügyi kiegészítő biztosításait finanszírozza, s ezzel közvetve növeli azok jövedelmét, esetleg kedvezőbb adózási feltételek mellett.

Visszatérve a fogalom általánosabb magyarázatára: a szponzor elsőleges funkciója a közvetítés a fogyasztó és a biztosító között. Fogyasztói nevében adatokat gyűjt, kiválaszt néhány jó nevű biztosítót, amelyek közül fogyasztói szabadon választhatnak, folyamatosan ellenőrzi a szolgáltatás minőségét. A szponzornak joga van beleszólni a játékszabályok kialakításába (például megtilthatja a magas költségű betegek elleni diszkriminációt), illetve az alapok újraelosztásába az egymással versengő biztosítók között (a szelekció leküzdése érdekében). Ez a szabályozó szerepe abból ered, hogy a szponzor szerepét vagy valamilyen állami szerv vagy olyan munkáltató gyakorolja, amely piaci nyomást tud gyakorolni a biztosítókra. A szponzor egy másik lehetséges funkciója a kiadások finanszírozásához való hozzájárulás. Ezt többféle formában teheti: fizeti a páciens helyett az egész biztosítási költséget vagy annak egy részét, esetleg közvetlenül fizet a szolgáltatónak, vagy kifizeti a szolgáltató számlájának egy részét. A szponzornak lehet egy harmadik, általanosabb szabályozó funkciója is (mint pl. a működési engedélyek kiadása), ezzel azonban ebben az alfejezetben nem foglalkozunk.[20]

---

19 Az egyén, amikor orvoshoz megy, joggal nevezhető betegnek vagy páciensnek. Ám a biztosítást többségükben egészséges emberek kötik, ezért általában az átfogóbb és semlegesebb „fogyasztó" elnevezést használjuk.

20 Azért is tekintünk el ezen a helyen a szabályozó szereptől, mert szabályozást végezhet olyan intézmény is (pl. egy állami felügyeleti hatóság), amely a finanszírozásban nem vesz részt. Az amúgy is sokrétű és bonyolult osztályozást tovább nehezítené a szabályozás alternatív formáinak beépítése.

A szponzorok szerepére és a szponzorok, biztosítók és szolgáltatók közötti integráció fokára még visszatérünk. Először azonban az egészségügyi szolgáltatások szervezeti és finanszírozási formáit tartalmazó „étlapot" tekintjük át. Az áttekintés megkönnyítésére közöljük a *3.2 táblázat*ot.

3.2 táblázat Szolgáltatás és finanszírozás: az alternatív mechanizmusok osztályozása

KERESLET (Finanszírozás)	KÍNÁLAT (Szolgáltatás)		
	(1) Szervezetek		(2) Egyéni vállalkozók
	(1.1) Köztulajdonú	(1.2) Magán nonprofit	(1.3) Magán forprofit
(A) Állami finanszírozás	Országos Egészségügyi Szolgálat (Nagy Britannia) Állami ellátás (Szovjetunió)	Országos egészségbiztosítás (Kanada)	
(B) Kötelező biztosítás		Társadalombiztosítás (Németország)	
(C) Önkéntes biztosítás		Főleg magánbiztosítás (Egyesült Államok)	
(D) Közvetlen egyéni fizetés			

Megjegyzés: Az angol és a szovjet modell közötti különbségről lásd az *5.1 alfejezet*et, különösen a *2. lábjegyzet*et.

A kínálati (szolgáltatói) oldal

Végső soron persze mindenképpen egyének, orvosok, ápolónők és az egészségügyi személyzet más tagjai nyújtják a szolgáltatást a betegnek, de mi most az intézményi-szervezeti keretekre és a tulajdonformákra vagyunk kíváncsiak. A következő tiszta alternatívák léteznek (lásd a *3.2 táblázat* oszlopait).

(1) *Szervezet.* Itt a szolgáltatást közvetlenül végző orvos, ápolónő vagy egyéb személy valamely szervezet (pl. vállalat, közkórház, egyetem) alkalmazottja. Az, aki a szolgáltatást finanszírozza, általában a szervezetnek fizet, nem pedig a betegnek fizeti vissza utólag a költségeket.

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

(1.1) Állami tulajdonban lévő szervezet. Az állami vagy köztulajdonban lévő szolgáltató szervezet tovább bontható alesetekre: egyetlen országos bürokratikus-hierarchikus

állami szolgáltató monopolszervezet működik, vagy valamilyen módon decentralizált szervezet, pl. 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. Csupán néhány példát sorolunk fel.

- Az állami vagy nonprofit nem állami tulajdonban lévő kórház vagy rendelőintézet nem csak saját alkalmazottai révén nyújt szolgáltatást, hanem egyes feladatokat szerződéses alapon kiad alvállalkozóként, profitért tevékenykedő, magántulajdonú szervezetnek (pl. egyes laboratóriumi vizsgálatokat magáncéggel végeztet el).
- Létezik a fordított eset is. Az 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 pl. egy magánkórházat attól az esettől, amikor profitért tevékenykedő üzleti vállalkozás kizárólag saját munkavállalói számára szervez orvosi szolgáltatást, pl. üzemorvosi rendelést. Az utóbbi esetben a vállalat ezt nem további haszonszerzés céljából teszi, hanem saját alkalmazottainak nyújt bérkiegészítő természetbeni juttatást.
- Ugyanaz az egyén, legyen orvos, ápolónő vagy más egészségügyi szakember, munkaidejét megoszthatja, és ideje egy részében az egyik tulajdonforma, másik részében a másik tulajdonforma mellett működik, ideértve az alábbi (2) formát is.

(2) *Egyéni vállalkozó.* Az egészségügyi szolgáltatók gyakran független, önfoglalkoztató szakemberekként vagy egyéni vállalkozóként nyújtanak szolgáltatásokat. A jelen osztályozás szempontjából egyelőre nem az a lényeges, hogy az orvos vagy az ápolónő 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. Ebben az esetben az, aki a szolgáltatást finanszírozza (a beteg, a biztosító vagy a szponzor), az egyéni vállalkozónak fizet.[21]

Bár a fenti leírás a szolgáltatók szervezeti és tulajdoni viszonyaira koncentrált, hasonló osztályozás a szponzorokra és a biztosítókra is alkalmazható. Például a szponzor lehet (1.1) állami szervezet (pl. egy állami szerv vagy önkormányzat); (1.2) magán nonprofit szervezet (pl. egy regionális vagy országos egészségbiztosítási alap); vagy (1.3) magán forprofit szervezet (pl. egy nagy munkáltató). A biztosítók, ill. a menedzselt biztosítást-ellátást nyújtó integrált szervezetek is kategorizálhatók így.

---

21 Sok esetben az önállóan dolgozó orvos asszisztenst és/vagy titkárnőt alkalmaz, akit saját zsebéből fizet. Mivel itt már egy munkaadóval és annak egy vagy több munkavállalójával van dolgunk, ezt az egységet, szigorúan véve, szervezetnek kellene minősíteni. Ennek ellenére a könyv klasszifikációja ezt a miniszervezetet meghagyja a „egyéni vállalkozó" kategóriában. A szervezet fogalmát fenntartja az olyan nagyobb létszámú egységekre, mint amilyen pl. egy kórház vagy egy rendelőintézet.

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, azaz ki a vevő. Itt most azoknak az alapoknak a forrására koncentrálunk, amelyekből az egészségügyi szolgáltatókat ténylegesen fizetik.

A következő tiszta eseteket különböztetjük meg (lásd a *3.2 táblázat* sorait):

(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 alesetekre: egyetlen országos monopolszervezet vagy több regionális monopolszervezet működik kötelező társadalombiztosítóként, vagy decentralizált a kötelező biztosítás intézményrendszere, ahol a biztosítók versengenek a tagokért, és a biztosított választhat, hogy melyik biztosítóval köti meg a kötelező biztosítási szerződést.

Megjegyzendő, hogy szokás állami és magánfinanszírozásról beszélni, de ez valójában összemossa az (A) és a (B) formák (mint az állami finanszírozás alternatív formái), és a (C) és a (D) formák (mint a magánfinanszírozás különböző variációi) közti különbséget.

(C) *Önkéntes biztosítás.* Az egyén (vagy az egyén és – szponzorként – a munkaadója együttesen) önkéntes üzleti biztosítást köt egy biztosítóintézettel.

Az (A), (B) és (C) esetben az egyén helyett a szponzor vagy a biztosítóintézet fizet a szolgáltatónak. Egyes biztosítási rendszerek előírják, hogy a biztosított is fizessen hozzájárulást.

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, nonprofit biztosítóintézettel 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. Ezt a formát gyakran nevezik önfinanszírozásnak.

Akárcsak a kínálati oldalon, a finanszírozásnak is vannak kombinált formái. A legfontosabb a (D) forma (a beteg saját zsebéből fizet) és az (A), (B) vagy (C) forma (a szponzor, pl. az állam vagy a biztosító fizet) kapcsolódása. Ez a kapcsolódás lehet legális része az írott biztosítási szerződésnek: a beteg téríti a költségek egy részét egy fix összeg vagy a költségek egy meghatározott hányadának kifizetésével. De lehet féllegális-illegális is: a beteg, noha helyette a biztosító fizet, azt zsebből kiegészíti. Ez utóbbi jelenséggel, a hálapénzzel, részletesen foglalkozunk majd.

Általában a különböző formák nem zárják ki egymást: ugyanannak az egyénnek párhuzamosan lehet kötelező plusz önkéntes biztosítása, miközben egyes szolgáltatásokért közvetlenül fizet, és államilag finanszírozott szolgáltatásban is részesül.

A vásárló, a biztosító és a szolgáltató közötti integráció foka

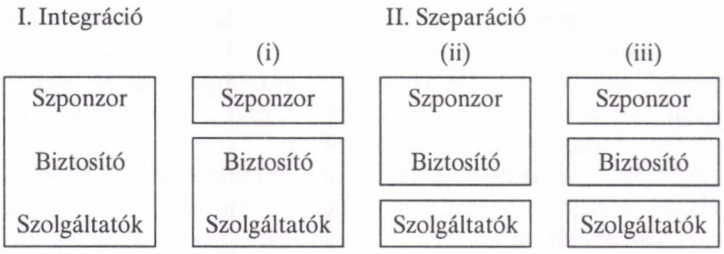
Végül meg kell vizsgálnunk azt is, hogy milyen alternatív formái vannak a kínálat és a kereslet, azaz a szolgáltatás és a finanszírozás összekapcsolódásának. Az egészségügyi rendszer egyik fontos jellemzője a szponzorok, biztosítók és szolgáltatók közti integráció foka. Két tiszta alternatívát különböztetünk meg (lásd a *3.1 ábrát*).

I. Integráció. A szolgáltatói és finanszírozói funkciót azonos jogi személy látja el. A biztosító és a szolgáltató szerepe nem különül el, mindkét szerepet, illetve ha szponzor is van, mindhárom szerepet egy integrált egészségügyi szolgáltató tölti be. Álljon itt két példa.

- 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).
- Az országos egészségügyi szolgálat modellje Nagy-Britanniában született, és sok volt angol gyarmat, mint pl. India, Banglades, Nigéria és Sri Lanka (Hsiao 1999) és több fejlett ország is átvette. A modell az egészségügyi ellátási eszközök állami tulajdonát a kínálati oldalon (1.1) kombinálja az általános állami bevételekből származó finanszírozással a keresleti oldalon (A). A köztulajdonú kórházakat és rendelőintézeteket fizetések és intézeti költségvetések formájában finanszírozzák. Az államnak itt kettős szerepe van: egyrészt szponzor, azaz a betegek megbízásából szolgáltatásokat vásárol, másrészt tulajdonosként működteti a szolgáltató szervezeteket.

II. Szeparáció. Egyes rendszerekben a szolgáltatói és a finanszírozói funkció szigorúan el van választva. Az egyik természetes vagy jogi személy nyújtja az egészségügyi szolgáltatást, és egy másik természetes vagy jogi személy fizet érte. Az utóbbit, a vásárló szerepét betöltheti pl. egy állami szerv vagy egy országos egészségügyi biztosítási alap (a szponzor és a biztosító szerepének kombinálása). Mivel a fogyasztók egységes összeget fizetnek, a szponzor redisztribúciót hajthat végre az egyes biztosítók között annak érdekében, hogy a biztosítóknak fizetett összeg tükrözze a biztosítottak jelentette kockázatot.

A szponzor és a szolgáltató szétválasztása háromféle módon lehetséges.



3.1 ábra Az integráció típusai

Megjegyzés: Az ábra a szponzorra és a biztosítóra egyes számban utal. Vannak azonban olyan mechanizmusok, amelyekben egyidejűleg egynél több szponzor, illetve biztosító is lehet. Szolgáltatóból minden esetben több van.

Az elsőben (II.i) a szponzori szerep elkülönül, de a biztosítói és a szolgáltatói szerep integrálva van. Ezt a formát általában (némileg zavaróan) a szolgáltatás és a finanszírozás integrációjának nevezik. Például a magánbiztosító, amelynek saját orvosai is vannak, akik maguk nyújtják az alapvető szolgáltatások többségét és döntenek más szervezetekhez (pl. a szakorvosi rendelésre vagy a kórházba) való beutalásról, egyesíti magában kínálati oldalon az (1) formát (szervezet mint szolgáltató), keresleti oldalon pedig a (C) és (D) formát (a biztosító fizet, az egyén hozzájárul). A biztosító-szolgáltató szervezet közvetlenül szerződhet a szponzorral. Gyakori, hogy ezek a biztosító-szolgáltató szervezetek versenyeznek a fogyasztókért. Ez a korszerű forma, amely menedzselt ellátó intézményként ismeretes, az Egyesült Államokban egyre általánosabbá válik. Ilyen pl. a Health Maintenance Organization (HMO), amelyről később bővebben is szó lesz. (Az amerikai elnevezést a magyar szakirodalom többnyire az „Irányított Betegellátási Modell" – IBM – kifejezéssel fordítja. Ez a könyv az amerikai betűszót használja.) Ne higgyük azonban, hogy az HMO amerikai találmány. Korábban is létezett, nem csak Amerikában, de Európában is. Például ismert volt ez a forma Magyarországon is a szocialista periódus előtt. E forma keretében működött egyes szakmák (pl. az újságírók) egészségügyi egyesülete, egyes nagy állami vagy magánvállalatok (pl. a MÁV) biztosítási szervezete stb. Hasonlóképpen Horvátországban a háború előtt három nagy biztosítási intézmény működött, az egyik a bányászokat, a másik a többi magánalkalmazottat, a harmadik az állami alkalmazottakat biztosította. Mindháromnak saját szolgáltató hálózata volt (WHO 1996b: 4). Mind a régi, háború előtti intézmények, mind a jelenkori HMO-k esetében az ilyen szervezetek saját orvosi szolgáltatása nem feltétlenül teljes körű, és a biztosító fenntarthatja magának a jogot, hogy saját orvosai javaslatára más szervezetekbe utalja a beteget szakellátásra. E formát alapvetően az különbözteti meg a többitől, hogy számos szolgáltatás esetében a biztosítási funkciót is a szolgáltató szervezet látja el. Az utóbbi néhány évben több kelet-európai országban, köztük Magyarországon is megjelentek az HMO-hoz hasonló szervezetek. Magyarországon „irányított betegellátásnak" nevezik ezt a formát.

Az is előfordulhat, hogy a szponzor és a biztosító integrálódik, de elkülönül a szolgáltatótól (II.ii). A kanadai Országos Egészségügyi Biztosítás keretein belül a szövetségi irányelvekkel összhangban minden tartománynak kötelező saját biztosítási rendszert működtetnie, amely független szolgáltatóknak fizet a lakosság ellátásáért. Az Egyesült Államokban néhány nagyobb munkáltató önbiztosítóként működik, vagyis közvetlen szerződéses viszonyban áll szolgáltatócsoportokkal, tőlük vásárolja meg alkalmazottai részére az egészségügyi ellátást. Bár a betegek akár több szolgáltató közül is választhatnak, ebben a felállásban a szponzor és a biztosító integrációja általában kizárja a biztosítók közötti verseny kialakulásának lehetőségét.

Végül a szponzor, a biztosító és a szolgáltató szerepkört különálló jogi személyek is betölthetik (II.iii). A szponzor általában a különböző biztosítók közötti versenyt menedzseli. A fogyasztók ezután választhatnak az egymással versengő biztosítók közül. Iparági szövetségek vagy nagyobb munkáltatók szponzorként felléphetnek alkalmazottaik érdekében; több egészségügyi biztosítóval is szerződnek – választási lehetőséget nyújtva alkalmazottaiknak –, s a biztosítási díjak egy részét is átvállalják. A biztosítók ugyanakkor több, egymástól független szolgáltatóval és szolgáltatói szervezettel is szerződnek az egészségügyi szolgáltatások nyújtására.

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, hogy milyen bőséges 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 integrálódhatnak vagy kapcsolódhatnak egymáshoz; sok az átmeneti, kevert és párhuzamos lehetőség. Súlyos hibát követ el az, aki a választási problémát túlzottan leegyszerűsíti.

3.3 A fizetési rendszerekhez kapcsolódó ösztönzők

Annak megítélésében, hogy az egészségügyi szektor mennyire képes megfelelni a társadalom elvárásainak, kulcsfontosságú szerep jut az ösztönzőknek. A 2. *fejezet*ben több olyan célkitűzést és elvet ismertettünk, amelyek az átmeneti gazdaságok egészségügyi reformtörekvéseit orientálhatják. Bár ebben az alfejezetben elsősorban a 4. elvre koncentrálunk – vagyis olyan tulajdonosi, fizetési, illetve ellenőrzési formák szükségességére, amelyek a hatékonyságot segítik elő –, az egészségügyi politika alakítói nem hagyhatják figyelmen kívül, hogy az ösztönzési mechanizmusok alapvető fontosságúak a választási lehetőségek, a szolidaritás, a verseny, a fenntartható finanszírozás, valamint több más, korábban tárgyalt elv elfogadása vagy elvetése szempontjából is. Az ösztönzőknek például kulcsszerepük van annak eldöntésében, hogy a betegeknek – s itt különösen azokról van szó, akik súlyos és költséges egészségügyi problémákkal küszködnek – mennyire van lehetőségük megválasztani a biztosítót és a szolgáltatót (1. elv). Az egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlító elemzése is azt igazolja, hogy az ösztönzők a kiadások szintjének és növekedésének megértése szempontjából is fontosak, mert közvetlen hatással vannak az egészségügyi rendszer finanszírozásának fenntarthatóságára (9. elv).

Az ösztönzőkkel kapcsolatban mindig felmerülnek nehézségek, függetlenül attól, hogy a választott egészségügyi gazdasági mechanizmusnak milyen egyéb, pl. a tulajdonviszonyokra, a finanszírozási formákra, a decentralizáció fokára vonatkozó jellemzői vannak. Az egymással versenyző elvek egyensúlyának megteremtése különböző trade-off mechanizmusok révén történik. Ez az alfejezet először a keresletoldali, majd a kínálatoldali ösztönzők közötti trade-offokkal foglalkozik. Konkrét javaslatokat egy későbbi fejezetben teszünk.

A *fizetési rendszer* kifejezést itt tágabb értelemben használjuk; olyan fogalomként, amely mind a fogyasztók által kötött biztosításokat, mind pedig a szolgáltatóknak fizetett térítést magában foglalja. Eszerint a fizetési rendszer elemzésekor a következő két kérdéscsoportra keressük a választ: a fogyasztók milyen módon biztosíthatják magukat az egészségügyi kiadások okozta kockázat ellen, illetve hogy az egészségügyi szolgáltatók milyen módon jutnak hozzá a szolgáltatásaikért járó térítésekhez. A fizetési rendszer határozza meg, hogy a fogyasztókra, a biztosítókra és a szolgáltatókra milyen ösztönzők hatnak. A rendszert úgy kell kialakítani, hogy az egészségügyi szolgáltatások nyújtása és felhasználása egyaránt hatékony legyen (egyik se legyen sem „túl kevés" sem „túl sok"), s

hogy a betegeknek lehetőségük legyen a kockázat megosztására, illetve jó minőségű ellátásban részesülhessenek. A választási lehetőségeket és a szolidaritás elvét korlátozó káros, illetve kockázati szelekciót mindenképpen el kell kerülni.

Keresletoldali ösztönzők

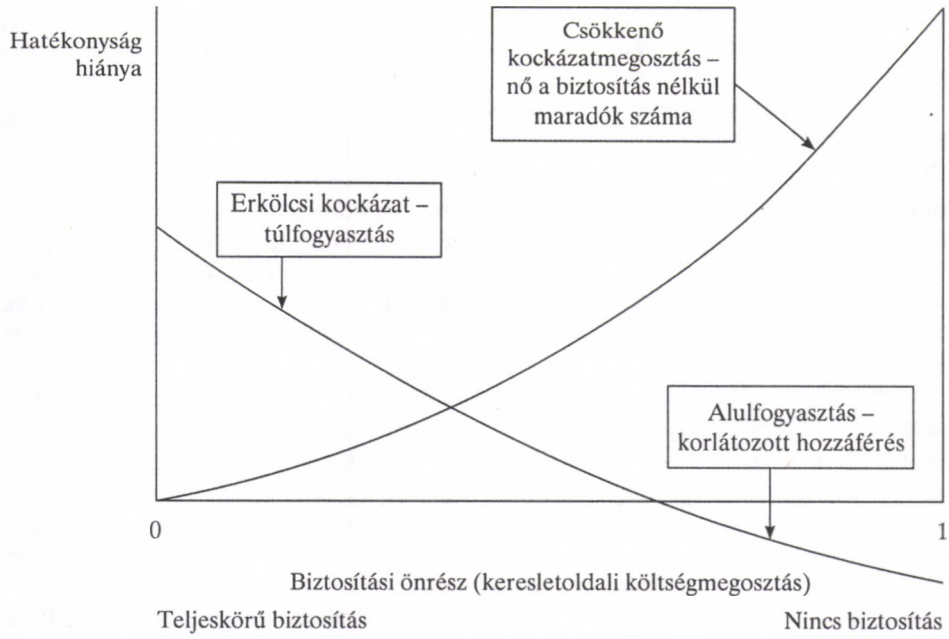
A keresletoldali ösztönzőkkel kapcsolatos problémák legfőbb forrása az *erkölcsi kockázat* (lásd a 3.1 alfejezetet), vagyis az a jelenség, hogy a szolgáltatási helyen a teljes körű biztosítással rendelkező fogyasztók hajlamosak az „ingyenesnek" tűnő szolgáltatások túlfogyasztására. Ez a probléma akkor válik valóban súlyossá, amikor a szolgáltatónak érdeke, hogy megengedje, vagy akár bátorítsa is ezt a túlfogyasztást (mint azt majd a kínálatoldali ösztönzőknél kifejtjük). A fix összegű térítési díj és hozzájárulás, illetve a százalékos önrész – vagyis egyféle tényleges *keresletoldali költségmegosztás* – alkalmazásával azonban anélkül is vissza lehet szorítani a pazarlást és a túlfogyasztást, hogy a szükséges szolgáltatások igénybevételét túlzottan akadályoznánk.

Bár a keresletoldali költségmegosztás megnöveli a felhasználás hatékonyságát, hátránya is van. Mint azt már korábban említettük, a keresletoldali költségmegosztás némiképp a biztosítás alapvető célja ellen dolgozik azáltal, hogy a fogyasztót előre nem látható, sokszor nem is csekély kötelező hozzájárulás megfizetésére kényszeríti. Más szóval kockázatot ró a fogyasztóra, aki a biztosítás révén pontosan a kockázatot igyekszik elkerülni. Ebből következően az egészségbiztosításban az egyik alapvető trade-off az egészségügyi szolgáltatások hatékony felhasználását elősegítő ösztönzők megtalálása és a kockázat minél szélesebb körben való terítése között van (Zeckhauser 1970). Minél nagyvonalúbb, bőkezűbb egy biztosítás, annál többen választják (többen osztoznak a kockázaton), ám ez mégis növeli a biztosító veszteségét. A fogyasztók ugyanis egyre több ellátást vesznek igénybe (erkölcsi kockázat), a szolgáltatók pedig *ceteris paribus* több ellátást nyújtanak (Cutler and Zeckhauser 2000). Jól kigondolt egészségügyi biztosításokban mozgóskálát alkalmaznak: a biztosított egészségügyi költségeinek növekedésével a százalékos önrész aránya csökken. Az ilyen biztosítások rendszerint felső határt szabnak a beteg anyagi felelősségének is.

E trade-off könnyebb megértése érdekében közöljük a *3.2 ábrát,* amely azokat az ösztönzőket mutatja be, amelyek a százalékos önrész megállapítását befolyásolják (keresletoldali költségmegosztás szintje). Minél magasabb az önrész aránya, a betegek annál kevesebb szolgáltatást vesznek igénybe. Bár a betegek árérzékenysége csökkenti az erkölcsi kockázatot, a túlságosan magas önrész esetleg túl kevés szolgáltatás igénybevételére ösztönöz,[22] ami csökkenti az egészségügyi ellátás hatékonyságát. Az önrész arányának növekedése a kockázatmegosztás hatékonyságát is rontja, s így egyre többen válnak alulbiztosítottá, illetve maradnak biztosítás nélkül.

---

22 A maximális, 100 százalékos önrész azt jelenti, hogy a betegnek az ellátás teljes költségét zsebből kell fizetnie, vagyis gyakorlatilag biztosítatlanná válik. Ebben a helyzetben számos beteg lemond a szükséges ellátásról.



3.2 ábra A százalékos önrész mértékének megállapításához kapcsolodó trade-offok

Ezeket a trade-offokat eddig elsősorban a hatékonyság szempontjából vizsgáltuk, de nem hanyagolható el a szolidaritásra (2. elv) gyakorolt hatásuk sem. Az ingyenes szolgáltatás teljes elvetése, illetve a kötelező hozzájárulás bevezetése ellentmond a szolidaritás elvének, az egészségügyi ellátásban való érvényesítésének. Ha az orvosi vizsgálatokért és a receptekért meghatározott összeget kell fizetni, az sokkal inkább a szegények, mint a magasabb jövedelműek számára jelent terhet.[23] A keresletoldali költségmegosztás tehát korlátozza az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségét, ami aránytalanul nagy terhet ró az alacsonyabb jövedelműekre.

A keresletoldali költségmegosztással kapcsolatban tanulságos tapasztalati bizonyítékok állnak rendelkezésre a kérdés szakirodalmában.

Vajon mennyire jelentős probléma az erkölcsi kockázat? Sokan vizsgálták már a betegek keresletoldali ösztönzők iránti érzékenységét.[24] A vizsgálatok a fogyasztók egészségügyi szolgáltatások iránti keresletének árérzékenységére igyekeztek elsősorban fényt deríteni. Közgazdasági értelemben az árérzékenységet az árrugalmassági mutató, azaz a

23 Közgazdasági kifejezéssel élve a keresletoldali költségmegosztás regresszív finanszírozási forma, ugyanis így a szegényebbek jövedelmük nagyobb hányadát kénytelenek egészségügyi szolgáltatásokra fordítani, mint a gazdagabbak.

24 A kutatási eredmények összefoglalására lásd Zweifel and Manning 2000; Cutler and Zeckhauser 2000.

fogyasztás százalékos változásának és az ár százalékos változásának hányadosa fejezi ki. A rugalmassági mutató normális esetben negatív, ami azt jelenti, hogy az árnövekedés a felhasználás csökkenését eredményezi.

A korábbi kutatások igencsak eltérő mértékű (–0,1 és –1,5 közötti) árrugalmassági mutatókat produkáltak az egészségügyi ellátásra vonatkozóan. Az Egyesült Államokban az 1970-es években lefolytatott RAND Health Insurance Experiment elnevezésű kutatássorozat keretében mintegy hatezer fogyasztót osztottak be, találomra, különböző egészségbiztosítási programokba, és vizsgálták 3–5 éven át, hogy milyen egészségügyi szolgáltatásokat vettek igénybe. Az átlagos árrugalmassági mutató –0,2 volt (Newhouse et al. 1993: 121), azaz az egészségügyi szolgáltatások árának tíz százalékos növekedése két százalékos visszaesést okozott a keresletben. Ez az érték ma általánosan elfogadottnak tekinthető.

Természetesen bizonyos specifikus szolgáltatások iránti árérzékenység eltérhet ettől. A sürgős, kórházi ellátást igénylő beavatkozások gyakorlatilag érzéketlenek az árra. Ezzel ellentétben pl. a fogorvosi ellátás, illetve az ambuláns elmegyógyászati kezelés igénybevétele más egészségügyi szolgáltatásokhoz képest sokkal árérzékenyebb. Ebből arra következtethetünk, hogy bár badarság lenne a kórházi ápolásért fizetendő kötelező hozzájárulástól a kiadások jelentős csökkenését várni, a diszkrecionális szolgáltatások esetében indokolt lehet a magasabb hozzájárulás bevezetése.

Összességében elmondható, hogy a tapasztalat igazolja az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet árérzékenységét, s ezért a fizetési ösztönzők kidolgozásakor fontos, hogy a keresletoldali költségmegosztás szintje igazodjon a különböző szolgáltatásokhoz. A túl magas szint drasztikusan csökkenti a túlfogyasztást és pazarlást, viszont kockázatot és olyan fizetési kötelezettséget ró a betegekre, amely meggátolja őket abban, hogy hozzájussanak a szolgáltatásokhoz.

Kínálatoldali ösztönzők

Mindegyik fizetési rendszerben találhatók kínálatoldali ösztönzők is. Számos bizonyíték van arra, hogy a szolgáltatókkal való elszámolásban alkalmazott fizetési rendszerek nagymértékben befolyásolják az egészségügyi szolgáltatások mennyiségét és minőségét. A betegek által fizetendő önrész kínálatoldali megfelelője a *kínálatoldali költségmegosztás* (vagy *kockázatmegosztás*), azaz hogy a szolgáltató milyen arányban viseli a szolgáltatás helyén felmerülő költségeket. Ez azt jelenti, hogy a fizető és a szolgáltató közösen viselik a szolgáltatás költségeiből eredő kockázatot. A fizető lehet biztosítótársaság vagy szponzor, aki egy integrált biztosító-szolgáltató szervezetnek fizet. Mint majd látni fogjuk, a nagyobb arányú kínálatoldali költségmegosztás megkeményíti a szolgáltató költségvetési korlátját, amikor az adott esetben legmegfelelőbb ellátásról dönt.

Az egészségügyi szolgáltatók kifizetésének egyik módja a költségtérítés. Ha a szolgáltató az ellátás teljes költségét visszakapja – teljes körű költségtérítés –, akkor számára az ügylet teljes egészében kockázatmentes. A valóságban a fizető nincs tudatában az ellátás valódi árának, csak azt tudja, hogy adott szolgáltatásért a szolgáltató milyen összeget kér. Ezért a költségtérítés általában árjegyzék alapján történik. Nagyon gyakori az ún.

szolgáltatásonkénti térítés (a továbbiakban az angol elnevezésből, fee-for-service, képzett betűszót – FFS – is használjuk), amelynek lényege, hogy a szolgáltató minden általa nyújtott szolgáltatásért egy előre meghatározott díjat kap. Az árakat vagy a piac határozza meg (piaci ár), vagy pedig – és ez a gyakoribb – az állam vagy egy társadalombiztosítási szerv alakítja ki tárgyalásos úton vagy egyoldalú döntéssel (adminisztratív ár). Az árakat általában úgy állapítják meg, hogy azok fedezzék, illetve meghaladják a szolgáltatások tényleges költségeit.

Mivel sem a teljes költségtérítési, sem pedig az FFS-rendszerben a szolgáltató semmilyen költséget sem visel, nem beszélhetünk kínálatoldali költségmegosztásról: a szolgáltató költségvetési korlátja puha. Mivel valamennyi költségét megtérítik, semmi sem ösztönzi arra, hogy akár az árait, akár szolgáltatásai mennyiségét korlátozza. Sőt, amennyiben az adott szolgáltatásért fizetendő díj meghaladja a kiadásokat, a szolgáltatónak anyagi érdeke, hogy minél többet nyújtson a kérdéses szolgáltatásból, tekintet nélkül arra, hogy a beteg állapota indokolja-e a plusz ráfordítást vagy nem. Mivel a szolgáltatók szinte mindig jobban informáltak és jelentős befolyással bírnak betegeikre a gyógymód megválasztásában, a betegek általában ragaszkodnak a szolgáltatók javaslataihoz, pedig ezeket a javaslatokat gyakran a szolgáltatók anyagi érdekeltsége motiválja. Az FFS fizetési rendszer túlfogyasztásra ösztönözhet, különösen a nagy nyereségtartalmú szolgáltatások esetében. A *kínálat indukálta kereslet* arra a sokat vitatott jelenségre utal, amikor egy egészségügyi szolgáltató (az orvos vagy más szolgáltató) a beteget több szolgáltatás igénybevételére ösztönzi, mint amennyit az magától igénybe venne, hogy így többletbevételre tehessen szert (Cutler and Zeckhauser 2000). A pozitív profitréssel bíró FFS a kínálat indukálta keresletnek kedvez.

Az FFS-rendszerből fakadó problémák – főként a szolgáltatások mennyiségi növekedése által kiváltott elszaladó költségnövekedés – miatt több országban is megpróbálkoztak azzal, hogy az FFS-rendszert más eszközökkel kombinálják. Elterjedtebb pl. az a gyakorlat, amely szerint a szolgáltatóknak nyújtható költségtérítéseknek felső korlátot szabnak. Ez a fizetési rendszer megtartja az FFS valamennyi előnyét, ugyanakkor igyekszik az összköltést egy előre meghatározott költségvetés keretein belül tartani. A megoldás kulcsa a díjkiigazítás: a mennyiségi növekedés csökkenti az egységárat, így az összköltés a költségvetési kereten belül tartható.

A felsőkorlátos FFS-rendszerek közül kiemelkedik a németországi pontrendszer. Minden egészségügyi szolgáltatásnak meghatározott pontértéke van, nem pedig ára, illetve díja. Minél bonyolultabb és időigényesebb egy eljárás, annál több pontot ér. A szolgáltatónak fizetendő költségtérítés mértékét a leszámlázott pontok számának és az egy ponthoz rendelt pénzbeni értéknek a szorzata adja. Ha például az orvos a szolgáltatásért 200 pontról állít ki számlát, az átváltási tényező pedig egy euró, akkor a költségtérítés 200 euró. A különböző ellátások egymáshoz viszonyított értéke nem változik (az efféle díjjegyzékeket éppen ezért szokás relatív értékskálának is nevezni[25]); az átváltási tényező ki-

[25] Az egyesült államokbeli Medicare díjtáblázata egy erőforrás-alapú relatív értékskálán alapszik, amely az orvos által nyújtott szolgáltatások vagy eljárások során felhasznált források relatív szintjét méri (Hsiao et al. 1988).

igazításával a költségtérítés volumene azonban mégis a költségvetés keretein belül tartható, még akár jelentős mennyiségbeli növekedés mellett is. Az egy pontért járó díjazás mértéke fordítottan arányos az orvosok által együttesen nyújtott szolgáltatások mennyiségével. Az összmennyiség növekedése tehát az egységár csökkenését eredményezi.

Ez a megoldás az FFS-rendszer költségnövelés irányába ható ösztönzőit kemény összköltségvetési korláttal igyekszik ellensúlyozni. Sajnos, azokban az országokban, ahol ezt a módszert alkalmazzák, a költségvetési korlát csak igen aggregált szinten érvényesül, ami perverz ösztönzők kialakulásához vezet. Ha az összes szereplő együttműködik a mennyiség korlátozásában, mindannyian jobban járnak. Viszont a szolgáltatót egyéni érdeke arra ösztönzi, hogy a pontszámok növelésével – sok pontot eredményező szolgáltatások nyújtásával, valamint agresszív számlázással – többletbevételre tegyen szert. A szolgáltatók így egymás kárára próbálnak meg nagyobb bevételt elérni. Nem meglepő tehát, hogy a felsőkorlátos FFS-rendszert alkalmazó országokban, mint például Németországban és Kanadában, ugrásszerű növekedést tapasztaltak mind a mennyiség, mind a számlázások terén.[26] Mint az várható volt, hasonló helyzet alakult ki a magyar járóbeteg-szakrendelésben alkalmazott felsőkorlátos FFS-rendszerben is: a kiszámlázott szolgáltatási pontok száma megemelkedett, viszont a pontok pénzben megállapított értéke visszaesett (Orosz, Ellena and Jakab 1998). Élesen rávilágít erre a tendenciára a *3.3 táblázat.* A különböző beavatkozások pontértékei sok esetben nem alapos költségelemzésen alapulnak, hanem inkább alkufolyamatok eredményeként jönnek létre. A kialakult helyzet sokszor veszélyezteti az elszámolás hitelességét.

A szolgáltatások mennyiségi szabályozásának másik lehetséges módja, hogy a rendszerbe meghatározott mértékű kínálatoldali költségmegosztást építenek be, ami megkeményíti az érintett döntéshozók – a szolgáltató (esetleg kisebb szolgáltatócsoportok) – költségvetési korlátját. Ha a szolgáltatás költségeinek egy része a szolgáltatóra hárul, annak kockázatát növeli, akkor érdekeltté válik abban, hogy a költségeket csökkentse.

3.3 táblázat Az FFS-rendszer alkalmazásának hatása a beavatkozások számára a járóbeteg-szakellátásban Magyarországon

	1994	1995	1996	1997	1998
Esetszám	538	584	656	744	594
Beavatkozásszám	1756	2122	2556	2937	3129
Egy esetre jutó beavatkozások száma	3,3	3,6	3,9	3,9	5,3

Forrás: Orosz 2001: 202 alapján összeállította Lepp-Gazdag Anikó.

[26] A kanadai gyakorlattal kapcsolatban David Naylor így fogalmaz: „a mennyiségi alapú ösztönző rendszer fix pénzügyi keret esetén történő alkalmazásáról bebizonyosodott, hogy eleve magában hordozza a konfliktusok és feszültségek kialakulásának lehetőségét. A közvélemény és az orvostársadalom egyaránt tudatában van annak, hogy a bevételek maximalizálása érdekében az orvosok manipulálnak a szolgáltatásokkal" (Naylor 1999: 18).

A kínálatoldali költségmegosztás egyik legelterjedtebb formája az ún. *esetalapú térítés* (vagy ahogy gyakran utalnak rá: *várható térítés*). Ennek lényege, hogy a biztosító a páciens betegségének vagy egészségi állapotának megfelelő fix díjat fizet. A díj mértéke attól függ, hogy a diagnózis alapján az eseteket milyen előzetesen meghatározott kategóriákba sorolják be. Mivel egy adott betegség/állapot kezeléséért fizetendő térítés mértéke előre meg van határozva, a tisztán esetalapú térítés adott esettípuson belül költségkockázatot jelent a szolgáltatónak. Lássunk erre egy példát. Egy szívinfarktust szenvedett beteg kezeléséért a szolgáltató X forintot kap, függetlenül attól, hogy műtéti beavatkozásra is szükség volt-e, vagy csak orvosi kezelésre. Ha a kezelés költsége kevesebb, mint X forint, a különbözet a szolgáltató nyeresége, de ha a kezeléssel járó kiadások meghaladják az X forintos keretet, a különbség a szolgáltató vesztesége. Az esetalapú térítés talán legismertebb példája a Prospective Payment System (PPS, kb. előzetes kalkuláción alapuló térítési rendszer), amelyet az Egyesült Államokban dolgoztak ki a kórházi szolgáltatások finanszírozására. A PPS az ún. diagnózisalapú betegségcsoportok (Diagnosis-Related Groups, DRG)[27] alapján működik; később részletesen foglalkozunk vele.

A kínálatoldali költségmegosztás egy másik formája a *fejkvóta* szerinti fizetési rendszer, ahol a szolgáltató egy adott időszak (pl. hónap vagy év) alatt minden fogyasztó után egy előre megállapított összeget kap. A fejkvótarendszer kiegészülhet azzal, hogy a szolgáltató a ténylegesen nyújtott szolgáltatásért külön költségtérítésben részesül. Minél nagyobb a kínálatoldali költségmegosztás mértéke, a szolgáltatónak annál keményebb költségvetési korláttal kell számolnia, amikor a kezelést megválasztja. A *tiszta fejkvótarendszer* (a szolgáltató ugyanolyan mértékű térítésben részesül az olyan betegekért, akik intenzíven igénybe veszik szolgáltatásait, mint azokért, akik kevésbé vagy egyáltalán nem) a *teljes kínálatoldali költségmegosztás* egyik formája. A fejkvótarendszer akkor fizetődik ki a legjobban a szolgáltatónak, ha a fogyasztó semmiféle szolgáltatást sem vesz igénybe, s így a fejkvóta teljes összege profitként jelentkezik. Minél költségesebb szolgáltatást használ a fogyasztó, annál kevesebb profitja marad a szolgáltatónak, illetve annál nagyobb lesz a vesztesége.

A kínálatoldali költségmegosztás különböző formái, mint pl. a teljes és a részleges fejkvóta, egyaránt arra ösztönzik a szolgáltatót, hogy minél kevesebb szolgáltatást nyújtson minél alacsonyabb költséggel. Ez az ösztönző pontosan az ellenkező irányba hat, mint a fogyasztók túlfogyasztási igénye, és így segít kivédeni az erkölcsi kockázat okozta pazarlást. Ugyanakkor a költségek kordában tartására való ösztönzés túlságosan is erős lehet. Míg az FFS esetében „túlszolgáltatás" alakulhat ki, a magas kockázatmegosztással járó fejkvótarendszer „alulszolgáltatáshoz" vezethet, különösen olyan betegek esetében, akiknek költséges szolgáltatásokra lenne szükségük. A fejkvóta alapján fizetett szolgáltató anyagi érdeke azt diktálja, hogy spóroljon a minőségen, korlátozza szolgáltatásait, és hogy kockázati szelekció révén diszkriminálja a betegeket.

---

27 Ennek Magyarországon alkalmazott változata az ún. homogén betegségcsoport (HBCS) alapú térítési rendszer.

Minél nagyobb a szolgáltató kockázata, annál inkább érdeke, hogy csökkentse a költségeit. A kínálatoldali költségmegosztás a következő alapvető trade-offot hordozza magában: hasznos, mert a hatékonyság javítására ösztönöz, ám ugyanakkor káros is, mivel alulszolgáltatásra és kockázati szelekcióra késztet (Newhouse 1996). Következésképp a magas kínálatoldali költségmegosztást alkalmazó fizetési rendszerek korlátozzák a magas kockázatú betegek szolgáltatásokhoz való hozzáférését, és nagyfokú kockázati szegmentációt idézhetnek elő: az aránylag egészségesek olcsó, míg a gyakran, illetve súlyosabban beteg ügyfelek csak drága biztosítást vásárolhatnak. Amennyiben egyetlen biztosító van csak a piacon, a kockázatot természetesen nem lehet különböző biztosítók között megosztani. Ilyenkor azonban a fogyasztók választási szabadságának elve sérül jelentősen.

Ha a választási lehetőség kockázati szegmentációhoz vezet, a kevésbé egészségeseknek végül sokkal többet kell fizetniük egészségbiztosításukért, mint az egészségesebbeknek. Ennek a differenciálódásnak hatékonysági és méltányossági vonzata is van. A biztosítási szabályok néha minden képzeletet felülmúlóan diszkriminatívak. Ezt tanusítják például a beteg meglévő betegségeire vonatkozó záradékok, amelyek mentesítik a biztosítót a beteg szerződéskötés előtt kialakult betegségeivel kapcsolatos kezelések finanszírozása alól. A kockázati szelekció számos más formája is, bár kívül esik a szabályozás körén, nagymértékben befolyásolja a biztosító szerződéskötésre és a kezelésre vonatkozó döntéseit. Emiatt a kínálatoldali kockázatmegosztás bevezetését nagyon meg kell gondolni.

Mivel az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletet nem lehet előre megjósolni, és mert egyes szolgáltatások nagyon költségesek, a fejkvótarendszer rendkívül nagy kockázatot ró a szolgáltatóra. Ezt a kockázatot – és következményét, az alulszolgáltatásra való ösztönzést – azonban csökkenteni lehet akkor, ha a szolgáltató viszonylag nagy számú beteg között tudja megosztani a kockázatot. Pontosan ezért van az, hogy a fejkvótarendszert legtöbbször olyan szolgáltatók, illetve szolgáltatócsoportok esetében alkalmazzák, amelyek aránylag nagy számú beteget szolgálnak ki. A kockázat azzal is mérsékelhető, ha a szolgáltató felelősségét csak a szolgáltatások egy meghatározott körére korlátozzák, mint például az alapellátás biztosítására.[28]

A *kockázatkiigazítás* olyan technika, melynek segítségével a költséghatékonyságra ösztönző szolgáltatói kockázatviselés és a fogyasztó választási lehetősége az alulszolgál-

---

28 A fejkvóta alapján fizetett háziorvosokat a rendszer arra ösztönzi, hogy a drágább betegeket szakorvoshoz küldjék, elkerülve ezzel a velük járó költségeket. Ezzel ellentétben, ha a háziorvosok anyagi felelőssége a járóbeteg-, illetve a kórházi ellátásra is kiterjed, vagyis ezeken a területeken is a fejkvótarendszer érvényesül – mint például az elsőként Nagy-Britanniában bevezetett „háziorvos-alap" esetében – akkor a háziorvos a beutalás hasznosságát a vele járó költségek figyelembevételével kénytelen mérlegelni. Az tehát, hogy a fejkvótarendszer milyen mértékben ösztönöz megelőzésre (későbbi, költségesebb betegségek, illetve sérülések elkerülése érdekében) és átfogó, koordinált kezelésre, alapvetően azon múlik, hogy mely szolgáltatások tartoznak a fejkvótarendszerbe.

tatás és a kockázati szelekció veszélye nélkül is biztosítható. Valójában ugyanaz történik, mint amikor megbízunk egy kőművest, hogy építse fel a házunkat. Ha kevesebbet akarunk fizetni, mint amennyibe szerinte a munka kerülni fog, valószínűleg nem vállalja el. Csak abban az esetben lesz hajlandó felépíteni nekünk a házat, ha ajánlatunk fedezi az épület várható építési költségeit, beleértve a rossz időjárás okozta késedelmből eredő plusz költségeket stb.

Visszatérve az egészségügyi szolgáltatásra: ha azt akarjuk, hogy a szolgáltató minőségi ellátást nyújtson drága kezelést igénylő betegeinek, akkor meg kell fizetnünk a kezelés várható költségeit. Máskülönben a szolgáltató a kevésbé költséges betegeket akarja csak ellátni, és anyagilag hátrányos helyzetbe kerül, ha jobb minőségben szolgáltat (a jobb minőség ugyanis rengeteg rászoruló és ráfizetéses beteget vonz). A fizető azzal ösztönözheti a szolgáltatót arra, hogy valamennyi beteget elfogadja és ellássa, ha a térítést az *egyes* beteg esetében valóban a várható költségekhez igazítja. A betegek várható költségeihez igazított fizetést nevezzük kockázatkiigazításnak. A várható költségek kiszámításánál a betegek azon mérhető és ellenőrizhető jellemzőit veszik figyelembe, amelyek befolyásolják az egészségügyi ellátások iránti igényt – ilyenek a kor, a nem, valamint az intézményi státusz. Ezeket a jellemzőket hívjuk *kockázatkiigazító tényezőknek.*

A kockázatkiigazítás különböző módszereinek alkalmazásával elérhető, hogy a kockázati szelekció veszteségessé váljon, ne sérüljön a választás lehetősége, s így érvényesüljön a szolidaritás (vagyis az egyenlő hozzáférés), valamint a szolgáltató is érdekeltté váljon szolgáltatásai hatékonyságának és minőségének javításában. Sajnos azonban még az Egyesült Államokban, illetve más fejlett országokban eddig kifejlesztett bonyolult ösztönzőrendszerek sem képesek valamennyi torzulást kiküszöbölni.[29] Ennek ellenére a kockázatkiigazítás némely formája mindenképpen hasznos, sőt nélkülözhetetlen eleme minden olyan fizetési rendszernek, amelynek a választás, a hatékonyság és a minőség együttes megteremtése a célja.

Végül a szolgáltatóknak fizetett térítéseknek létezik még egy formájuk, amely főként az átmeneti gazdaságokban használatos, ez pedig a fix fizetés formájában nyújtott térítés. Mivel a fix fizetések nem kapcsolódnak közvetlenül a szolgáltatások mennyiségéhez, ösztönzés szempontjából semlegesek, így ebben a formában sem az FFS-rendszer túlfogyasztást indukáló hatása, sem pedig a fejkvóták okozta alulszolgáltatás és szelekció sincs jelen.

Az előléptetések érdekében az orvosok igyekeznek jól dolgozni, illetve jó hírnevet kialakítani kollegáik és betegeik körében egyaránt. A betegek számához vagy más mérhető teljesítményhez kötött prémiumok alkalmazásával növelhető az ellátott betegek száma, illetve az orvos igyekezete mérhető tevékenységének javítására (esetleg más, méretlen minőség rovására). A fix fizetést kapó orvost oktató- és/vagy kutatómunkában való részvétele arra ösztönözheti, hogy külön fizetség nélkül ellásson ritka és bonyolult

---

29 A kockázatkiigazítás legpontosabb formái a beteg egy vagy több diagnózisán alapulnak. Ezek azonban az egyéni egészségügyi kiadásokban jelentkező eltéréseknek csak a töredékét képesek előrejelezni, szemben egy (az adott esetre vonatkozóan) ideális kockázatkiigazítóval (van de Ven and Ellis 2000).

eseteket is (ez a kockázati szelekció tökéletes ellentéte). Többnyire azonban a fix fizetést kapó szolgáltatók ugyanazokkal az ösztönzőkkel szembesülnek, mint a fejkvótás szolgáltatók. Számukra is „kockázatot jelent", hogy bonyolult esetekkel is foglalkozniuk kell, mert az több és fáradságosabb munkára kényszerítheti őket. Ezért hajlamosak arra, hogy korlátozzák szolgáltatásaikat, és a bonyolult eseteket továbbutalják. Más szóval, ha a fizetés nem áll közvetlen mérhető kapcsolatban a teljesítménnyel, akkor nem is ösztönöz jó teljesítményre. Ezenkívül az orvosok fix fizetési arányai nem tükrözik kellőképpen az egyes orvos tudását, gyakorlatát és lelkiismeretességét, vagyis az egyének teljesítménye közötti eltéréseket. Minél merevebb szabályokhoz igazodik a fizetési skála, annál kevésbé honorálja az egyéni teljesítményt. Kelet-Európában, ahol a szocializmusra jellemző bürokratikus mechanizmus örökségeként az alig differenciált fizetési skálák alkalmazása még mindig jellemző, ez különösen igaz.

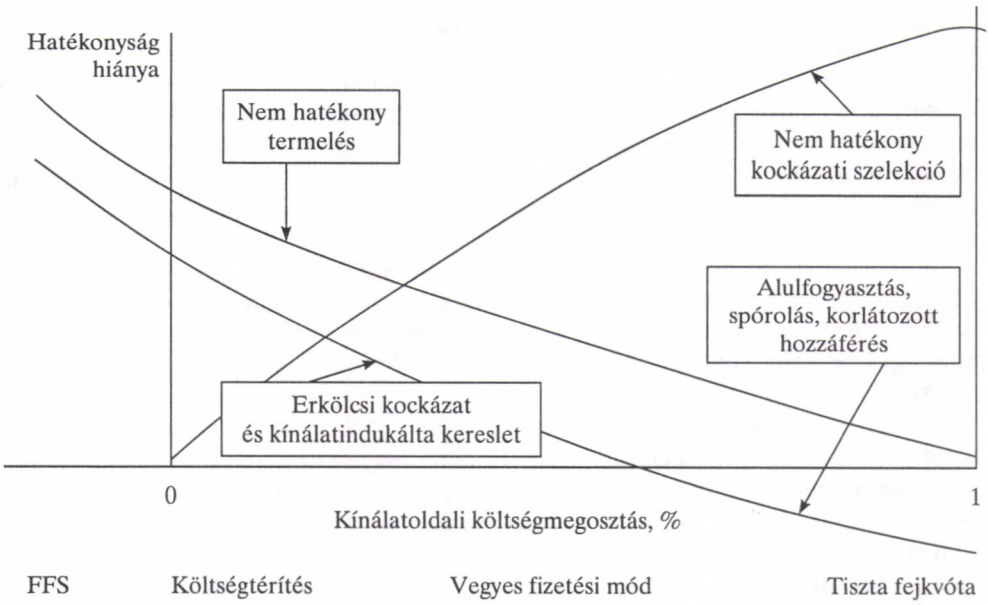
Mindent egybevetve elmondhatjuk, hogy a kínálatoldali költségmegosztás szintjének meghatározása igen jelentős kérdés, mivel az egészségügyi szolgáltatók döntéseire roppant erősen hat a fizetési rendszer. Ezek a kínálati döntések közvetlenül befolyásolják a hatékonyságra, a kockázat gyűjtésére és a költségek elszaladásának megakadályozására irányuló törekvéseket. A különböző fizetési rendszerekhez kapcsolódó pénzügyi ösztönzők drasztikus eltéréseket mutathatnak. Az FFS-rendszerben, ahol minden szolgáltatási egységnek profittartalma van, a szolgáltató abban érdekelt, hogy minél nagyobb számú szolgáltatást nyújtson. A fejkvótarendszerben ezzel szemben akkor jár jól, ha szigorúan korlátozza szolgáltatásai számát.

Ha, mint láttuk, az FFS a túlfogyasztás, illetve a kínálat indukálta kereslet irányába hat, a fejkvótarendszer és (bizonyos mértékig) a fix fizetésen alapuló rendszer pedig alulszolgáltatást és kockázati szelekciót eredményez, érdemes lenne e két szélsőséges forma valamely kombinációjával próbálkozni. A kínálatoldali költségmegosztás köztes formájának – amelyet vegyes rendszernek is neveznek – az előnyeit több egészségügyi közgazdász is hangsúlyozta (különösen Joseph Newhouse). Mivel a vegyes rendszerben a kockázat megoszlik a fizető és a szolgáltató között, a szolgáltató igyekszik leszorítani a költségeit, anélkül hogy szolgáltatásait korlátozná s kockázati szelekciót alkalmazna.

Hollandiában a kockázatmegosztás nagyon ügyes formáját vezették be, a magas kockázat előzetes, kötelező megbecslésénének intézményét. Ebben a rendszerben a betegek többségének ellátásáért minden biztosító-szolgáltató kockázati szempontból kiigazított fix díjat kap. Hogy ne álljon érdekükben elutasítani a magas kockázatú betegeket, kötelező adott időszak kezdetén a betegek egy szűk csoportját előzetesen (azaz anélkül, hogy tudnák, mekkora költséget fognak majd jelenteni) magas kockázatúnak nyilvánítani. Az ő ellátásukkal kapcsolatos költségeket a rendszer bőkezűbben, esetenként teljes egészében megtéríti.[30]

---

30 Ez a megoldás azért ügyes, mert a szolgáltatók csak azoknak a magas költségű betegnek az esetében részesülnek bőkezű térítésben, akiket *előre besoroltak* a magas költségűek csoportjába. Tehát nem *valamennyi* magas költségű beteg után jár a kedvezőbb térítés (az ugyanis rontaná a költséghatékonyságra való ösztönzést).



3.3 ábra A szolgáltatói költségmegosztás mértékének megállapításához kapcsolódó trade-offok

Ami a keresleti oldalt illeti, azokat a kínálatoldali ösztönző trade-offokat, amelyek a költségmegosztás mértékének megállapításához kapcsolódnak, a *3.3 ábra* szemlélteti. A kínálatoldali költségmegosztás növekedésével a szolgáltató egyre érdekeltebbé válik költségei kordában tartásában. Ezáltal javul az egészségügyi szolgáltatások előállításának hatékonysága, ami kockázati szelekcióhoz vezet. Ez viszont csökkenti a szolidaritást és a választás lehetőségét. A költségmegosztás magasabb foka is arra ösztönzi a szolgáltatót, hogy szolgáltatásait korlátozza. A két végletet tekintve az FFS-rendszer (az ábrán negatív kínálatoldali költségmegosztásként jelöltük) pazarló túlfogyasztást és „kínálat indukálta keresletet" eredményezhet, míg a tisztán fejkvótás rendszer alulfogyasztáshoz és a szükséges szolgáltatásokkal való spóroláshoz vezethet.

Fizetési ösztönzők és a tulajdonjogok

Elgondolkodtató az összefüggés a fizetési ösztönzők, a tulajdonviszonyok és a költségvetési korlát puhasága-keménysége között, különösen a jelen könyv kontextusában. A kelet-európai egészségügyi reform egyik dilemmája: célszerű-e a magántulajdon bevezetése az eddigi köztulajdon helyett. A fenti gondolatmenetből világossá válik: a privatizálás *önmagában* nem garantálja a hatékonyságra való ösztönzést. Ha pl. egy kórházat privatizálnak, de minden tevékenységet a szolgáltatásonkénti térítés alapján számolnak el, az ugyanúgy létrehozza a puha költségvetési korlát szindrómáját, mintha köztulajdonban maradt volna, s az állami költségvetés által adott szubvenciók puhítanák fel a költségvetési korlátot.

Az állítás meg is fordítható. Ha a kórház köztulajdonban marad, de az elszámolást vaskövetkezetességgel a fejkvóta elv szerint valósítják meg, akkor a költségvetési korlát megkeményedik. Más kérdés, hogy ha a kizárólagos finanszírozóként fellépő, az állam irányítása vagy erős befolyása alatt álló egészségbiztosítási alap költségvetési korlátja puha (lásd az *5.4 alfejezet*et), az fellazítja a pénzügyi fegyelmet a köztulajdonú kórházban és a többi egészségügyi szervezetben is, mivel az ilyen „vevő" nem lép fel nagy szigorral; hajlandó utánaengedni, és végeredményben a szolgáltatókra is átragad a puha költségvetési korlát betegsége.

A köztulajdon hívei sokszor úgy érvelnek a forprofit vállalkozások és a privatizálás ellen, hogy feltételezik: a köztulajdonban lévő szervezet kizárólag a közérdeket, pontosabban a beteg érdekeit tartja szem előtt. A valóságban nem ez a helyzet. Tegyük fel, hogy egy köztulajdonban lévő kórházzal vagy rendelőintézettel szemben teljes következetességgel érvényre juttatják a kemény költségvetési korlátot. Ebben az esetben a szervezet vezetői és irányításukkal a hozzájuk beosztott többi döntéshozó is úgy viselkedik majd, *mintha* profit-maximalizáló lenne. Konkrét magatartásukra messzemenően hatnak majd a fizetési ösztönzők. Ha a szervezet ezek hatására abban érdekelt, hogy a kiadásokkal spóroljon, akkor – köztulajdon ide, köztulajdon oda – hajlamos lesz a minőség rontására, a túl drága, magas rizikót jelentő páciensek lerázására, más intézményekhez való továbbküldésére. Ha viszont a szolgáltatásonkénti térítési rendszer szerint fizetik a kórházat, akkor a kedvezőbb gazdasági mutatók érdekében a köztulajdonú kórházban is megjelenik a kínálat indukálta kereslet.

A következtetés: a költségvetési korlát puhasága-keménysége plusz a fizetési rendszer mindenkori konkrét konfigurációja rendszerint legalább olyan erős hatású tényező, mint az, hogy ki a tulajdonos.

A kínálatoldali ösztönzők hatásvizsgálata

Vajon az egészségügyi szolgáltatók viselkedését befolyásolják-e a különböző fizetési rendszerek kínálta pénzügyi ösztönzők? Bár a szakmai viselkedési szabályok és az etikai indítékok csökkenthetik a pénzügyi ellenszolgáltatások szolgáltatókra gyakorolt hatását, számos bizonyíték van arra, hogy a szolgáltatókat igenis befolyásolják az ösztönzők. Ezek közül némelyikre már utaltunk korábban (ilyen például a felsőkorlátos FFS-rendszerekben a mennyiség és a számlázások növekedése). Az OECD-országok egészségügyi szektoraira vonatkozó statisztikák igazolják, hogy – amint az várható volt – az ambulánsellátás keretein belül „a fejkvótás rendszerek 17–21 százalékkal kevesebb kiadással működnek, mint az FFS-rendszerek" (Gerdtham and Jönsson 2000: 46).

További tapasztalatokkal szolgál az Egyesült Államokban 1984 óta működő Medicare hatásvizsgálata. A Medicare a kórházakat esetalapú, ún. DRG elszámolás alapján fizeti. Ezt az előzetes kalkuláción alapuló fizetési rendszert (PPS) emlegették, sőt másolták az elmúlt néhány évtized során a leggyakrabban. Mint már utaltunk rá, egy ilyen típusú rendszerben a kórház anyagilag érdekelt a költségek csökkentésében és a hatékonyság növelésében, amit például az ápolási időszak lerövidítésével igyekszik elérni. Ugyanakkor a PPS adott diagnóziscsoporton belül alacsonyabb minőségű szolgáltatás

nyújtására ösztönöz, illetve arra, hogy a kórházak a kevésbé súlyos betegeket vegyék fel inkább, a súlyosakat pedig lerázzák, és hogy túl korán küldjék haza a lábadozókat. Ezt a negatív hatást mérsékeli az a tény, hogy a PPS valójában vegyes fizetési rendszer, mert sok olyan vonása is van (mint pl. a nem szokványos esetek ellátásáért fizetett eseti, az átlagostól jelentősen eltérő térítés és a procedurálisan meghatározott DRG-k), amely megkülönbözteti a tisztán esetalapú rendszertől.[31]

Kutatások tanúsága szerint a gyakorlat igazolta a PPS költségekre és az ellátás intenzitására gyakorolt jótékony hatását, miközben a rettegett mellékhatások csak elvétve jelentkeztek (Coulam and Gaumer 1991; Cutler and Zeckhauser 2000). A felvételek száma némileg visszaesett, a ráfordítás pedig számos ellátás esetében jelentősen csökkent. A PPS-nek a kórházi ellátás időtartamára gyakorolt hatását kutató vizsgálatok majdnem egyöntetűen arra a megállapításra jutottak, hogy a rendszer bevezetése után néhány évvel az emberek 20–25 százalékkal rövidebb időt töltöttek kórházban egy kezelés alkalmával, mint azelőtt. A szolgáltatás színvonalában az átlagbeteg gyakorlatilag semmiféle változást nem észlelt, bár a kórházi halálozások száma, s általában véve a halálozási arány csökkenő tendenciát mutat. Előfordul azonban, ahogy több kutató is kimutatta: magas költségű betegeket PPS-kórházakból más, nem PPS- (általában szak-) kórházakba „irányítanak át". Mindent egybevetve úgy tűnik, hogy – néhány káros mellékhatása mellett is – a PPS jelentős minőségromlás nélkül képes féken tartani a kórházi ellátás egyre növekvő költségeit.

Magyarországon 1993 óta alkalmazzák az aktív kórházi ágyak finanszírozására az ún. Homogén Betegségcsoportok (HBCS) költségigényére alapozott elszámolást. Ez az említett DRG-, illetve PPS-rendszerű elszámolás magyar változata. Több érdekes, a problémákat megvilágító írás jelent már meg a tapasztalatokról (pl. Boncz és Nagy 2003; Dózsa 2004; Imre és Szummer 2002). Átfogó, igazán konkluzív értékelés azonban még nem jelent meg, s nem is alakult ki szakmai egyetértés ennek a rendkívül nagy hatású fizetési rendszernek a minősítéséről. Annyi azonban világosan látszik, hogy párhuzamosan mutatkoznak lényeges előnyök és hátrányok. A teljesség igénye nélkül megemlítjük a HBCS-rendszer néhány hatását:

- Valamelyest hozzájárul a technikai hatékonyság növekedéséhez, viszont nem javítja az allokáció hatékonyságát. A rendszer továbbra is jobban jutalmazza a fekvőbeteg-ellátást, mint a betegek ambuláns kezelését, holott az utóbbi sokszor kényelmesebb a beteg számára, s az egészségügyi szolgáltatás egésze számára költséget takarítana meg.
- Kedvezően kialakított súlyszámok esetén erős az ösztönzés egyes új technológiák elterjedésére. Viszont a rendszer nem ösztönöz kellőképpen a minőség javítására. A kapacitás jobb kihasználása céljából érdemes a betegeket korán (esetleg túl korán) elbocsátani. Ösztönzést ad informatikai rendszer kiépítésére, s általában növeli a kórházi vezetés és az orvosok költségtudatosságát. Viszont a kórházak jelentős erő-

31 Például a kórház nagyobb térítést kap, ha egy szívkoszorúér-megbetegedésben szenvedő betegén szívműtét hajt végre, mint ha más gyógymódot alkalmazna.

forrásokat fordítanak teljesítményük kódolásának javítására (pl. külön szoftvert dolgoztak ki arra, hogyan lehet – a törvényesség megsértése nélkül – jobb optikát adni egy adott teljesítménynek, úgy elszámolni, hogy azért több térítés járjon).
- Könnyebbé vált különböző szervezetek, illetve területi egységek összehasonlítása. Viszont érdekeltség keletkezett a statisztikák torzítására, néha még a hamisítására is. Ez problematikussá teszi az összehasonlításokat.

A HBCS-rendszer alkalmazásából szerzett magyarországi tapasztalat is alátámasztja könyvünk általános következtetéseit, amelyeket az alábbiakban foglalunk össze.

Zárókövetkeztetések

Az egészségügyben alkalmazott fizetési rendszereknek több és gyakran egymásnak ellentmondó társadalmi célnak kell megfelelniük. Nem létezik „tökéletes" rendszer. Minden rendszernek az egymással versengő célkitűzések közti egyensúly megteremtésére kell törekednie.

Mivel bizonyított, hogy a pénzügyi ösztönzőkre a fogyasztók és a szolgáltatók egyaránt érzékenyen reagálnak, az egészségügyi politika alakítóinak tudatában kell lenniük az egyes fizetési rendszerekhez kapcsolódó ösztönzők hatásának – ezeket foglaltuk össze a *3.4 táblázat*ban. A keresletoldali költségmegosztás növelése például gátat szab az

3.4 táblázat A fizetési rendszerekhez kapcsolódó eszközök hatása

Eszközök	Az eszköz növekvő felhasználásából származó	
	előny	hátrány
Keresletoldali költségmegosztás (pl. százalékos önrész)	Korlátozza a túlfogyasztást (csökkenti az erkölcsi kockázatot)	Nem kielégítő kockázatviselés; túlzott terhet ró a betegre
Kínálatoldali költségmegosztás (a biztosítás és a szolgáltatás integrációja)	Korlátozza a túlfogyasztást; költségcsökkentésre ösztönöz (hatékony termelés)	Alulszolgáltatás; kockázati szelekció
Szakmai etika (a szolgáltató a beteg érdekét tartja szem előtt)	Csökkenti a szolgáltató által indukált keresletet; mérsékli az alulszolgáltatást; csökkenti a kockázati szelekciót	Erkölcsi kockázat
Kockázatkiigazítás	Megakadályozza a kockázati szelekciót	
Kapuőr	Korlátozza a túlfogyasztást	Szűkíti a választási lehetőséget
Szolgáltatók versenye a fogyasztóért	Ösztönzi a szolgáltatót (pl. költségcsökkentésre és a minőség javítására)	Kockázati szelekció

erkölcsi kockázat okozta túlfogyasztásnak, de csökken a kockázat megosztásának hatékonysága. A kínálatoldali költségmegosztás mértékének emelése szintén visszaszorítja az erkölcsi kockázatot, s a hatékonyságot is kedvezően befolyásolja. Viszont számolni kell azzal is, hogy a szolgáltatót alulszolgáltatásra (a megfelelő szolgáltatás elspórolására) és kockázati szelekcióra ösztönzi.

Az egészségügyi politika kialakítóinak érdemes élniök azzal a lehetőséggel, amelyet a kockázatkiigazítás pontosságának javítása nyújt. Ezzel megelőzhető a kártékony kockázati szelekció. Nagy jelentősége van annak, hogy erősödjenek az etikai késztetések. Józanul számításba kell venni, hogy a hatások még itt sem egyértelműek. Minél inkább azonosul az orvos és a gyógyításban közreműködő többi személy a beteg érdekeivel, annál inkább felléphet az erkölcsi kokázat jelensége, azaz a „kerül, amibe kerül" szemlélettel együtt járó pazarlás. Ilyenkor az orvos rábólint betegei több és költségesebb ellátásra vonatkozó igényeire. Ugyanakkor az erősebb erkölcsi önkontroll számos előnnyel is járhat: visszatarthatja az orvost attól, hogy feleslegesen drága kezelést vagy gyógyszert írjon elő, azaz képes lenyomni a kínálat indukálta keresletet, valamint mérsékli az alulszolgáltatásra való késztetést és a kockázati szelekciót.

Az ösztönzők szerepe tehát rendkívül jelentős. Éppen ezért a velük kapcsolatos problémákkal komolyan kell foglalkozni, az adott gazdasági mechanizmus egyéb tényezőitől (mint pl. a tulajdoni viszonyok) függetlenül. A trade-offok elkerülhetetlenek: ha lépéseket teszünk az egyik irányba, azzal bizonyos célokhoz közelebb kerülünk, másoktól viszont eltávolodunk. A szélsőséges megoldások ritkán hoznak eredményt. Ésszerű kompromisszumokra kell törekedni, megteremtve minden érintettre – betegekre és szolgáltatókra – vonatkozóan a pénzügyi és erkölcsi ösztönzőket.

4. FEJEZET

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 foglalkozik. (A továbbiakban a „fejlett országok", illetve „ipari demokráciák" kifejezés mindig erre az országcsoportra vonatkozik.) Ellentétben a *3.2 alfejezet*tel, amely absztrakt szinten hajtott végre osztályozást az intézményi alternatívák „étlapjának" teljes áttekintése céljából, e fejezet célja kiemelni, némileg általánosított formában, a valóságban működő gazdasági mechanizmusok néhány vonását.[1]

4.1 A gazdasági mechanizmusok az iparosodott demokráciákban

Az egészségügyi rendszerek két fontos jellemzője az egészségügyi szervezetek domináns tulajdonformája (a kínálati oldalon) és az egészségügyi ellátás domináns finanszírozási forrása (a keresleti oldalon). Az *4.1 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 és közfinanszírozással működő országokkal kezdődjék, és azokkal az országokkal végződjék, amelyekben a magántulajdon és a magánfinanszírozás dominál. Középen szerepelnek a különböző vegyes és kombinált alternatívák.

---

1 Az OECD-országok egészségügyi szektorának állapotáról, mechanizmusaik jellegzetességeiről és a változások irányairól áttekintést adnak a következő összefoglaló művek: OECD 1992; 1993; 1994a; Saltman and Figueras 1997. A könyv megírását megelőző kutatás keretében leíró és értékelő műhelytanulmányok készültek Argentína, Ausztrália, Ausztria, Csehország, Chile, Franciaország, Lengyelország, Németország és Új-Zéland jóléti szektoráról, valamint a Magyarországon folyó reformvitákról. Hálásak vagyunk Barát Máriának, Gál Róbertnek, Gedeon Péternek, Nagy Andrásnak, Pete Péternek, Rimler Juditnak, Tóth Margitnak és Urbán Lászlónak közreműködésükért.

4.1 táblázat Az egészségügy domináns tulajdonformái az OECD-országokban, 1992

Ország	Domináns szolgáltató	Domináns finanszírozó	Megjegyzés
Dánia Finnország Görögország Írország Izland Nagy-Britannia Norvégia Portugália Spanyolország Svédország	Köztulajdonú szervezetek	Állami költségvetés	
Ausztria Belgium Franciaország Japán Luxemburg Németország	Vegyesen köztulajdonú és magánszervezetek	Társadalombiztosítás	
Olaszország	Köztulajdonú szervezetek	Kb. fele társadalombiztosítás, fele állami költségvetés	
Kanada Hollandia	Magántulajdonú szervezetek	Vegyesen társadalombiztosítás és magánbiztosítás	
Törökország	Vegyesen köztulajdonú és magántulajdonú szervezetek	Nincs domináns finanszírozási forma	
Svájc	Magántulajdonú szervezetek	Magánbiztosítás	1994-től kötelező magánbiztosítás vásárlása
USA			Az idősek és a szegények (a lakosság 23%-a) ellátását a költségvetés finanszírozza

Megjegyzés: A táblázat a forrás szóhasználatát követi. A „köztulajdonú" (public) kifejezés feltehetően főleg állami tulajdonra utal, de nem zárható ki az sem, hogy magában foglal nonprofit intézmények tulajdonában lévő szervezeteket is.

Forrás: OECD 1994a: 11

A táblázat oszlopfejeiben a *domináns* jelző olvasható. Az igazi két végletes eset, a *tisztán* állami és a *tisztán* magántulajdonú rendszer a gyakorlatban nem létezik. Mindenütt megjelennek a dominánstól markánsan különböző formák is; igaz, sok országban csupán marginális hatókörben. Néhány országra vonatkozóan rendelkezünk részleges

információval a nem domináns formák szerepéről, mind a szolgáltatási, mind a finanszírozási oldalon; ezeket a *4.2* és a *4.3 táblázat* tekinti át. Ezekben a táblázatokban, az áttekintés tisztasága és folytonossága kedvéért, az országokat ugyanúgy csoportosítottuk, mint a *4.1 táblázat*ban, és az összehasonlítás megkönnyítésére a megfelelő táblázatban megismételjük az *4.1 táblázat* első (domináns szolgáltató), illetve második (domináns finanszírozó) oszlopát.

A három táblázatban összefoglalt nemzetközi tapasztalatokból fontos következtetés adódik. Az egészségügy gazdasági mechanizmusának nincsen olyan modellje, amely leg-

4.2 táblázat Az egészségügyi szolgáltatás kiegészítő tulajdonformái néhány OECD-országban az 1990-es években

Ország	Domináns szolgáltató	Magántulajdonú kórházi ágy az összes kórházi ágyból, 1997 (%)	Megjegyzés
Dánia	Köztulajdonú szervezetek	0,7	A járóbeteg-ellátás 20%-át magánorvosok nyújtják
Finnország		4,7[2]	
Görögország		29,6[1]	
Nagy-Britannia		3,7[3]	
Norvégia		0,1	
Olaszország		21,9[1]	
Portugália		21,7	
Spanyolország		32,5[2]	
Svédország		23,6	Az orvosok 8%-a csak magánpraxisban, a fogorvosok 40%-a magánpraxisban
Ausztria	Vegyesen köztulajdonú és magánszervezetek	30,3	Az orvosok 51%-a magánpraxisban[5]
Belgium		61,9[4]	
Franciaország		35,2	
Japán		65,2	
Németország		51,5	
Törökország		5,2	A fogorvosok 70%-a, egyéb szakorvosok 32%-a magánpraxisban
Hollandia	Magántulajdonú szervezetek	85,0	
Kanada		0,9	
USA		66,8	

[1] 1996; [2] 1995; [3] 1993; [4] 1992; [5] 1989

Forrás: Az 1. oszlopban a domináns szolgáltatóra vonatkozó információt a 4.1 táblázatból vettük át; 2. és 3. oszlop: OECD 1999b; a többi adat: OECD 1992, OECD 1993: 276–7.

4.3 táblázat Az egészségügyi finanszírozás kiegészítő formái néhány OECD-országban

Ország	Domináns finanszírozó	Az egészségügyi kiadások nem közpénzekből finanszírozott hányada, 1992, %	Magánbiztosítással rendelkezők aránya a népességen belül, %	Megjegyzések a magánbiztosításra vonatkozóan
Dánia	Költségvetés	17,5	26	
Finnország		24,9	<10	
Görögország		43,9	..	
Írország		26,7	30	A monopol állami biztosítónál lehet önkéntes magánbiztosítást kötni
Izland		16,3	..	
Nagy-Britannia		19,1	11	
Norvégia		14,8	Marginális	
Portugália		31,5	5	
Spanyolország		28,35	10	
Svédország		15,0	Marginális	
Ausztria	Társadalombiztosítás	30,6	38	
Belgium		27,9	70	
Franciaország		24,2	80	
Japán		21,7	Marginális	
Luxemburg		10,2	Marginális	Csak önrészre és külföldi egészségügyi ellátásra köthető
Németország[1]		25,0	10	Teljes körű biztosítás magas jövedelműek számára
Olaszország	Kb. fele társadalombiztosítás, fele költségvetés	26,6	..	
Hollandia	Vegyesen társadalom- és magánbiztosítás	36,6	35,2	
Kanada		29,1	..	
Svájc	Magánbiztosítás	44,4	35,2	1994-től kötelező magánbiztosítás vásárlása
USA		55,8	70,1	Főként alkalmazotti alapon; a lakosság 16%-a biztosítatlan
Törökország	Nincs domináns finanszírozási forma	28,1	0,5	

[1] A volt NDK nélküli adat.

Forrás: Az 1. oszlopban a domináns szolgáltatóra vonatkozó információt a *4.1 táblázat*ból vettük át. 2. oszlop: OECD 1994a: 38. 3. oszlop: OECD 2003b. 4. oszlop: OECD 1992, 1994a, és az Egyesült Államokra vonatkozóan a US Bureau of Census (idézi Kuttner 1999).

alább fő vonásaiban egyöntetűen jellemezné a fejlett országokat. Az sem igaz, hogy két modell létezik: az európai modell, amely erősen „kollektivista" vagy „szocialisztikus", és az amerikai (pontosabban egyesült államokbeli), amely erősen „individualista" vagy „kapitalisztikus." Európa maga is heterogén, és az Egyesült Államokban is nagy súlya van az állami szektornak.

A *4.4 táblázat* harmadik oszlopa bemutatja, hogy az összes egészségügyi kiadás hány százalékát finanszírozzák állami forrásból. Ez még az Egyesült Államokban sem szorul 45 százalék alá, Luxemburgban pedig megközelíti a 90 százalékot. E két érték között viszont erős a szóródás. Elég összevetni a harmadik oszlopot az elsővel, hogy érzékeljük: az OECD-országokban nincsen nyilvánvaló, következetes összefüggés az ország fejlettsége és a közforrásból fedezett hányad között. A második világháború utáni időszakban a világban jelentkező trendek ugyanakkor arról tanúskodnak, hogy a magasabb jövedelmű országokban általában az egészségügyi kiadások magasabb hányadát finanszírozzák közpénzből.[2]

A tulajdonformák és általában a gazdasági mechanizmus változatainak nagy szóródására nincs egyszerű és kézenfekvő magyarázat. Az *4.1 táblázat*ban 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. E változatosságot magyarázó talán legvalószínűbb hipotézis az, hogy egy-egy ország történelmének specifikus menete, a gazdaság fejlődésének, az osztályok és a rétegek küzdelmeinek és együttélésének, a munkaadók és a 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 eléggé nehéz letérni. Nem lehetetlen irányt változtatni, de a következő lépést mindig erősen korlátozzák a korábbi adottságok.[3] Nehéz volna feladni a társadalombiztosítás gondolatát Németországban és Franciaországban, viszont nem kevésbé lenne nehéz ugyanezt bevezetni az Egyesült Államokban.

Ezt a változatosságot és a *path dependence* diktátumát szem előtt tartva hasznos lehet a legnagyobb hatást gyakorló egészségügyi rendszerek azon fő vonásainak áttekintése, amelyek erőteljesen befolyásolták – követendő vagy elvetendő példaként – más országok döntéshozóit. A következőkben egy hat modellből álló tipológiát rajzolunk fel. Az egyes modellek különböző jellemvonások sajátos konfigurációján alapulnak, és egy-egy országhoz kötődnek.[4] Igaz, hogy mindegyik országban, amelyekre a tipológiában hivat-

---

2 Az 1990-es évek közepére vonatkozó világbanki adatok szerint az állami egészségügyi kiadások jövedelemrugalmassági mutatója 1,21, ami azt sugallja, hogy a közpénzből történő egészségügyi finanszírozás hányada a nemzeti jövedelem növekedésével emelkedik (Schieber and Maeda 1999: 199; Kornai és McHale 2001). A kérdésre a *8. fejezet*ben visszatérünk.

3 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; Stark 1992.

4 Az alfejezet elsődleges forrásai: OECD 1992; Hsiao 1999.

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

Ország	Egy főre jutó GDP, vásárlóerő-paritáson mérve (USD1000)[1]	Egészségügyi kiadások a GDP százalékában	Állami egészségügyi kiadások az összes egészségügyi kiadás százalékában (THE)[2]
Luxemburg	48,7	5,6[3]	87,8[3]
Egyesült Államok	35,2	13,9	44,4
Norvégia	36,5	8,0	85,5
Svájc	29,9	11,1	57,1
Dánia	29,2	8,6	82,4
Izland	28,9	9,2	82,9
Japán	26,7	8,0	77,9
Kanada	28,8	9,7	70,8
Belgium	27,8	9,0	71,7
Ausztria	28,3	7,9[3]	67,9
Hollandia	29,4	8,9	63,3
Ausztrália	27,4	9,2	67,9
Németország	26,2	10,7	74,9
Franciaország	26,9	9,5	76,0
Olaszország	26,3	8,4	75,3
Finnország	26,4	7,0	75,6
Írország	30,0	6,5	76,0
Nagy-Britannia	26,3	7,6	82,2
Svédország	26,1	8,7	85,2
Új-Zéland	21,1	8,1	76,4
Spanyolország	21,3	7,5	71,4
Portugália	17,6	9,2	69,0
Korea	15,9	5,9[3]	44,4[3]
Görögország	16,1	9,4	56,0
Cseh Köztársaság	15,1	7,3	91,4
Magyarország	13,4	6,8	75,0
Mexikó	8,8	6,0	45,0
Lengyelország	9,9	6,3	71,9
Törökország	5,7	4,8[4]	71,9[4]

[1]Vásárlóerő-paritás (Purchasing Power Parity, PPP): a vásárlóerő-paritás módszerének alkalmazásával kiszűrhetők a megélhetési költségekben az országok között mutatkozó különbségek oly módon, hogy egy rögzített fogyasztói kosárra vonatkozó árakat hasonlítunk össze. A kiigazításhoz használt fogyasztói kosár a GDP-t alkotó javak széles körét, s nem kifejezetten az egészségügyi javakat reprezentálja. Így az egészségügyi kiadásokban jelentkező különbségek az egészségügyre költött forrásokban mutatkozó eltéréseket tükrözik, nem pedig az egészségügyi szolgáltatás minőségében meglevő különbségeket. A forrásokban mutatkozó különbség nem tökéletes mérőszáma a mennyiségi különbségeknek, mivel az egészségügyi szolgáltatások országokon belüli, más termékekhez viszonyított relatív árai országonként eltérőek.

[2] THE = Total Health Expenditure [3] 2000 [4] 1998

Forrás: OECD 2003b.

kozunk, saját történelme folyamán több ízben is változott az egészségügyi mechanizmus, s most is reformok vannak folyamatban. Mégis, elsősorban ezekben az országokban testesülnek meg a hat modell fő vonásai, ők voltak a róluk elnevezett modell úttörői. Ezért jogosultnak tűnik e modellek országokhoz kötött elnevezése.

A hat modell közül ötöt tömören jellemezni tudunk a *3.2 táblázat* segítségével.

1. *Országos egészségügyi szolgálat: az angol modell.* Tiszta formájában a rendszer kínálati oldalon az eszközök állami tulajdonának és keresleti oldalon az általános adóbevételekből való finanszírozásnak a kombinációja. A hangsúly az alapvető ellátáshoz való egyetemes és egyenlő hozzáférésen van. A közkórházakat és az ambulanciákat általában költségvetés és fizetések formájában finanszírozzák. A kormányzatnak kettős szerepe van: egyrészt a betegek nevében a szolgáltatások vásárlója, másrészt a szolgáltatószervezetek tulajdonos működtetője. Ezt a fajta rendszert államilag integrált modellnek is nevezik, hangsúlyozva ezzel az *állami* finanszírozás és az *integrált* vásárló és szolgáltató szerepek kombinációját (OECD 1992).[5] A rendszer lefedheti az országos egészségügyi szektor egészét, vagy csak egyes alszektorokat,[6] és kombinálható önkéntes kiegészítő biztosítással a rendszer által nem biztosított szolgáltatások finanszírozására.

2. *Országos egészségbiztosítás: a kanadai modell.* Fő jellemzői a közpénzből finanszírozott egységes országos egészségügyi szolgáltatási csomag, a (regionális) egyfizetős finanszírozás és a magánszolgáltatás. Szemben az angol modellel, a vásárló és a szolgáltató szerep szétválik, de a szponzori és a biztosítói funkciókat a (regionális kormányzatok irányítása alatt álló) regionális egyfizetős rendszerbe integrálták. Minden egyes kanadai tartomány – szövetségi kormányzati útmutatás alapján – kötelező biztosítási programot működtet, amely a független szolgáltatókat többnyire szolgáltatásonkénti díjazás (FFS) formájában fizeti. Ez a rendszer is az alapvető ellátáshoz való egyetemes és egyenlő hozzáférést hangsúlyozza, és kombinálható önkéntes kiegészítő biztosítással a rendszer által nem biztosított szolgáltatások finanszírozására.

3. *Társadalombiztosítás: a német modell.* A XIX. században, Bismarck idején alakult ki. A rendszer a kötelező biztosításból való finanszírozás (kínálati oldal) és a pluralisztikus szolgáltatás (keresleti oldal) kombinációja.[7] A biztosítási funkció sokkal inkább decentralizált, mint az angol modell esetében, mivel több egészségbiztosítási pénztár van, amelyek iparáganként vagy régiónként szerveződnek, és gyakran versenyeznek a tagokért.

---

5 Az 1989-ben bevezetett reformok révén Nagy-Britannia elmozdult a tiszta államilag integrált modelltől egy (később leírandó) állami szerződéses modell felé, amelyben a vásárló és a szolgáltató szerep szétválik.

6 Például az Egyesült Államokban a veteránok ügyeivel foglalkozó minisztérium egy államilag integrált rendszert működtet az egyébként pluralisztikus amerikai egészségügyi rendszeren belül.

7 A szocializmus előtti időkben több évtizeden át a német társadalombiztosításhoz hasonló rendszer működött több kelet-európai országban is, mint pl. a mai Cseh Köztársaság területén (OECD 1998a), Lengyelországban (Koronkiewicz and Karski 1997) és Szlovéniában (Toth 1997).

A szolidaritás biztosítása érdekében a pénztárak által finanszírozott szolgáltatáscsomag egységes. A betegek általában szabadon választhatják meg a szolgáltatót, a pénztárak pedig biztosító-vásárlóként lépnek fel az állami és magánszolgáltatókkal szemben. Ezt a rendszert, amely az állami (társadalombiztosítási) finanszírozást a vásárló(k) és a szolgáltató(k) közötti szerződéssel (és nem integrált szolgáltatással) kombinálja, állami szerződéses modellnek is nevezik (OECD 1992). A legtöbb más rendszerhez hasonlóan a társadalombiztosítási modell is kombinálható önkéntes biztosítással a rendszer által nem fedezett szolgáltatások finanszírozására, de önkéntes biztosítást köthetnek a szolgáltatások teljes skálájának finanszírozására azok is, akiknek a rendszer megengedi a kötelező biztosításból való kimaradást (mint pl. a Németországban élő magas jövedelmű külföldieknek).

4. *Önkéntes biztosítás: az amerikai modell.* Az egészségügyi rendszer alapulhat egészségügyi biztosítás önkéntes vásárlásán, ami tág teret enged az egyéni szabadságnak, választásnak és felelősségnek, de korlátozza az általános és egyenlő hozzáférést és a társadalmi szolidaritást. Ennek fő példája az Egyesült Államok egészségügyi rendszere. Már itt meg akarjuk jegyezni, hogy az „amerikai modell" kifejezés tulajdonképpen pontatlan. Noha az önkéntes biztosítás súlya ebben az országban igen nagy, s ez az amerikai rendszer megkülönböztető sajátossága, a finanszírozásnak majdnem a fele ott is közforrásból történik. A *4.2 alfejezet*ben részletesebben is foglalkozunk az Egyesült Államok egészségügyi szektorának sajátos problémáival. Érdemes megjegyezni, hogy az 1990-es években Hollandiában olyan reformokat vezettek be, amelyek a választási lehetőségek és az ösztönzők szempontjából az egészségügyi mechanizmust az amerikai modellhez közelítik (van de Ven et al. 1994), bár az egészségügyi biztosítás kötelező jellegét fenntartották. A reformok a menedzselt verseny elméletén alapulnak, amelyet egy amerikai egészségügyi közgazdász, Alain Enthoven (1978) dolgozott ki, de amelyet az Egyesült Államokban valójában nem vezettek be.[8]

5. *Egészségügyi takarékszámlák: a szingapúri modell.* Szingapúrban elsőként vezettek be egy olyan rendszert, amely az állami finanszírozás egy különleges formáját és az egyéni takarékszámlákra való kötelező befizetéseket pluralisztikus szolgáltatási rendszerrel kombinálja.[9] A betegek az egyéni számláikon gyűjtött összegből vásárolnak egészségügyi szolgáltatásokat a versenyző magán- és köztulajdonú szolgáltatóktól. Ebben a rendszerben is nagy szerepe van az egyéni felelősségnek, a választási lehetőségnek és a szolidaritási elv háttérbe szorulásának. A nagy megterhelést jelentő szolgáltatások okozta

---

8 A menedzselt verseny a fogyasztók képviseletében fellépő szponzor által gyakorolt aktív menedzsmentet feltételez, amely kiterjed a részt vevő ellátó rendszerek kiválasztására, az árrugalmas kereslet kialakítására, valamint a káros és a kockázati szelekció visszafogására standardizált biztosítási csomagok és kockázatkiigazításon alapuló térítések révén. Clinton elbukott egészségügyi reformjavaslata (lásd a *4.2 alfejezet*et) a menedzselt versenyen alapult. Kolumbiában szintén megkísérelték a menedzselt verseny bevezetését az egészségügyi szektorban.

9 A jelenleg is folyó kínai egészségügyi reform is bevezette az egészségügyi takarékszámla-rendszert, és kísérletek folynak vele az Egyesült Államokban is.

kockázatok (mint pl. a hospitalizáció) kivédésére kockázati alapot hoztak létre: kötelező ún. katasztrófa elleni biztosítás vásárlása, aminek díját az egészségügyi takarékszámlán gyűlő összegből kell fizetni. Kiküszöbölendő az egyenlőtlenséget, amely az ilyen „egyéni vásárló-biztosító" rendszerrel jár, azaz az alapvető ellátáshoz való egyetemes hozzáférés biztosítása érdekében az állam bizonyos közszolgáltatókat (pl. a közkórházak bizonyos osztályait) erőteljesen szubvencionálja.

6. *Állami egészségügyi ellátás: a szovjet modell.* Az *5.1 alfejezet* részletesen tárgyalja majd; itt csak a tipológia teljessége kedvéért említjük.

A sokszínűségből már első megközelítésben is adódnak tanulságok a posztszocialista országok számára:

Először: nincsen „mintaország", amely a „fejlett Nyugatot" reprezentálná, és amelynek példája különösebb habozás nélkül követhető lenne. Még annak az országnak a kijelölése is, amelyet esetleg mintának tekintenének és követni akarnának, értékválasztáson alapul. A döntéshozóknak arra kell törekedniük, hogy a különféle rendszerek különböző jellemzőiből válogatva egy, a saját országuk számára legmegfelelőbb, koherens rendszert hozzanak létre.

Másodszor: messzemenően tekintetbe kell venni azt, hogy minden posztszocialista ország történelmi kiindulópontja a szocialista rendszer által kiépített egészségügyi mechanizmus. Ezt nem lehet és nem is szabad szétverni: ezt átalakítva kell egy alternatív rendszert fokozatosan a helyébe építeni. Ez a figyelmeztetés összhangban van a 7. elvvel, amely azt követeli meg, hogy mind a szervezeteknek, mind az egyéneknek időt kell adni az új helyzethez való alkalmazkodásra.

A *4.1–4.4 táblázat*ok állóképet mutattak be fejlett országok egészségügyi mechanizmusának néhány év előtti állapotáról. A kép eléggé összetettnek tűnik, és – tegyük hozzá – az azóta lezajlott, illetve folyamatban lévő reformok is jelentős eltéréseket mutatnak. Ezért felvethető a kérdés: vannak-e, illetve készülődnek-e olyan reformok, amelyek konvergálnának egy közös modell felé?

Bár vannak szakértők, akik eléggé határozott igennel felelnének erre (pl. Besley és Gouveia 1994), mégis úgy tűnik, érdemes óvatosabban fogalmazni: mutatkoznak meglehetősen széles körben (de korántsem egyöntetűen és mindenütt) érvényesülő tendenciák. Ebből a szempontból érdemes elválasztani a fejlett európai országokat más OECD-országoktól, különösen az Egyesült Államoktól.

Az európai fejlett országok nagy többségében a társadalom szolidaritás iránti erős elkötelezettsége mind a finanszírozásban, mind az ellátásban fenntartotta az állami vagy félállami szektor dominanciáját. Ennek ellenére az utóbbi években megjelentek, némiképp megerősödtek és terjednek a magánszolgáltatás és a magánbiztosítás különböző formái. Korántsem veszik át az uralkodó szerepet, de kilépnek a teljesen marginális hatókörből. Például Franciaországban, ahol pedig az aktív állami szerepvállalásnak mély történelmi gyökerei vannak, a kórházak kétharmadát és a kórházi ágyak egyharmadát nem az állam kezeli, és a lakosság 83 százalékának van kiegészítő egészségügyi biztosítása (OECD 1993). Németországban a kórházak 45 százaléka van köztulajdonban, a többi közhasznú (nonprofit) vagy magántulajdonú szervezet (lásd *a 4.2 táblázat*ot).

A köztulajdonú szegmensen belül erősödnek a „félig piaci", „félig magántulajdonú" formák. Például a háziorvos pénzalapot kap az állami egészségügyi szolgálattól, és abból

kell „kigazdálkodnia" a rábízott összes beteg együttes költségeit.[10] Vagy a közkórház állami tulajdonban marad ugyan, de nő a vezető önállósága. Ugyanakkor megszorításokat vezetnek be az állami tulajdonú intézmények költségvetésében; megkeményítik a költségvetési korlátjukat. A *4.5 táblázat* áttekintést ad, legalábbis szemelvényesen, az OECD-országokbeli félpiaci reformintézkedésekről.[11]

A szervezeti jellegű átalakulásra példa a vásárlói és a szolgáltatói szerep szétválasztása, vagy az, hogy a háziorvosok kapuőrként vigyázzák a betegek egészségügyi ellátásba való belépését. Ez utóbbiban a beteg csak a háziorvos beutalójával vehet igénybe szakorvosi ellátást (a sürgősségi esetek kivételével).[12] Az OECD-országok egészségügyi kiadásainak vizsgálata mind adott időpontra, mind pedig hosszabb időszakra vonatkozóan azt látszik igazolni, hogy a kapuőrszisztéma – az egy főre eső jövedelmet és más, az egészségügyi rendszerek demográfiai és intézményi vonásait figyelembe véve – visszafogja az egészségügyi kiadásokat (Gerdtham and Jönsson 2000).[13]

Az alkalmazott fizetési ösztönzők szintén mutatnak hasonlóságokat. A legtöbb fejlett országban kötelezik a betegeket valamennyi hozzájárulás fizetésére, hogy így is oldják a hatékonyságot célzó keresletoldali ösztönzők versus kockázatmegosztás és szolidaritás dilemmát. A fogyasztói hozzájárulás összességében csekély, de egyáltalán nem elhanyagolható részét teszi ki egy-egy ország összes egészségügyi ráfordításának (lásd a *4.6 táblázat*ot). Mindössze néhány országban (pl. Dél-Koreában, Portugáliában, Svájcban és Törökországban) írnak elő jelentős összegű keresletoldali költségmegosztást.[14] A *4.7 táblázat,* amely több országra vonatkozóan sorolja fel az alkalmazott térítési módszereket, azt mutatja, hogy sok országban vezettek be kínálatoldali költségmegosztást (azaz kockázatmegosztást) és vegyes fizetési rendszereket. [15] Néhány országban különféle kockázatkiigazítást szolgáló eljárásokat vezettek be, főként az 1990-es évek elején,

---

10 Lásd a *26. lábjegyzet*et a *3.3 alfejezet*ben.

11 Az a kelet-európai 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", „verseny-" szférájában.

12 Ahogy már a *3.3 alfejezet*ben leírtuk, az egészségügyi ellátás széles skálájára kiterjedő magas kínálatoldali költségmegosztás, mint pl. a fejkvóta alapján történő finanszírozás mind a járóbeteg-, mind a kórházi ellátásban arra ösztönzi a szolgáltatókat, hogy az ilyen kapuőrszerep intézményesítése révén csökkentsék az ismételt, illetve szükségtelen szolgáltatások iránti igényt.

13 Ezt alátámasztja az egyesült államokbeli tapasztalat, ahol a HMO-k (amelyek csaknem mindenütt alkalmazzák a kapuőrszisztémát) a térítésenkénti díjazáshoz képest (a kétfajta finanszírozásban érintett betegek egészségi állapotában meglévő különbségek kiigazítása mellett) csaknem 10 százalékkal csökkentették a költségeiket (Cutler and Zeckhauser 2000: 604).

14 Fontos megjegyezni, hogy mivel a táblázat a saját zsebből való kifizetéseket az összes egészségügyi kiadás százalékában adja meg, azok nem csak az alapvető szolgáltatásokért kifizetett önrészt foglalják magukban, hanem a szolidaritás elvével nem konfrontáló szolgáltatásokért (mint pl. a plasztikai sebészet) való saját kifizetéseket is.

15 Azt a tényt, hogy a betegségcsoportokon alapuló (DRG) vegyes finanszírozású rendszer vonzó megoldásnak tűnik, bizonyítja, hogy az Egyesült Államokon kívül számos országban is bevezették, illetve fontolgatják a bevezetését (lásd a *4.5 táblázat*ot).

4.5 táblázat Az 1984 után végbement reformok az OECD-országokban

Ország	Változások	A lakosság közvetlen hozzájárulásának mértéke egyes egészségügyi szolgáltatások területén
Ausztrália	Keresletoldali költségmegosztás bevezetése[1]	Alapellátás: átlag USD5 a számlák 25%-ért; szakellátás: átlag USD8 a számlák 71%-ért; maximum USD11 receptenként a támogatott gyógyszerekért
Ausztria		A lakosság 20%-a a díjak 10–20%-át fizeti
Belgium		Veszélyeztetett csoportok részére 25% helyett 10%
Finnország		USD17; gyógyszerek: az USD8 feletti rész 60%-a
Franciaország		30%; legtöbb gyógyszer: 35%
Izland		Alapellátás: maximum USD9; szakellátás: USD17 + a maradék költség 40%-a
Japán		A költségtérítés a számla % -ában: Alkalmazottak 20% Eltartottak 30% Egyéni vállalkozók 30%
Luxemburg		Alapellátás és szakellátás: 5%; gyógyszerek: 0 vagy 20%
Norvégia		Alapellátás: USD11; szakellátás: USD16
Olaszország		Alapellátás: 0; szakellátás maximum USD41
Portugália		Szakellátás: USD91–213
Svájc		10%
Svédország		USD6–19
Dánia Finnország Hollandia Írország Nagy-Britannia Norvégia Olaszország Spanyolország Svédország Új-Zéland	Háziorvosok díjazása teljes szolgáltatásonkénti díjazás helyett részben fejkvóta alapján[2]	
Ausztrália Ausztria Belgium Dánia Finnország Franciaország Írország Kanada Korea Mexikó Nagy-Britannia Németország Norvégia	Egyes kórházak és/vagy egyes esetek díjazása éves költségvetés vagy per diem helyett esetalapon (pl. DRG)	

Ország	Változások	A lakosság közvetlen hozzájárulásának mértéke egyes egészségügyi szolgáltatások területén
Olaszország Portugália Svájc Svédország		
Dánia Görögország Nagy-Britannia 1992–97 Norvégia Svédország 1992–96 Új-Zéland 1992–96	A magánkórházak bevonása a szolgáltatásokba a sorbanállás csökkentésére[3] és/vagy a kórházak közötti verseny alakulásának megfigyelésére	
Ausztrália Görögország Nagy-Britannia Olaszország Portugália Svédország Portugália	A vásárló és a szolgáltató szétválasztása (az integrált közfinanszírozású rendszerekben)	
Ausztria Franciaország Japán Mexikó Új-Zéland	Az ellátások körének kiterjesztése a biztosítottak számára és/vagy a költségmegosztás mértékének módosítása a veszélyeztett csoportok garantált ellátása érdekében	
Egyesült Államok Franciaország Hollandia Németország Svájc	Kísérletek a menedzselt ellátás alkalmazására	
Ausztrália Belgium Egyesült Államok Franciaország Nagy-Britannia Spanyolország	A szolgáltatók teljesítményének mérésére vonatkozó kezdeményezések	
Belgium Egyesült Államok Hollandia Németország Svájc	Bizonyos fokú verseny a biztosítók között	
Csaknem az összes OECD-ország az Egyesült Államok kivételével	Gyógyszerárkontrol és/vagy referenciaárak	

Forrás: [1] OECD 1994a: 18; [2] OECD 1994a: 24 és 42; [3] OECD 1994a: 20; Docteur and Oxley 2003.

4.6 táblázat A lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai néhány OECD-országban, 2001

Ország	A lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai az összes egészségügyi kiadás százalékában
Ausztria	18,8
Cseh Köztársaság	8,6
Dánia	16,0
Egyesült Államok	15,2
Finnország	20,2
Franciaország	10,2
Írország	13,3
Izland	17,1
Kanada	18,1[1]
Korea	41,3[1]
Luxemburg	7,7
Magyarország	21,4
Nagy-Britannia	2,7[2]
Németország	10,6
Portugália	44,6[2]
Svájc	32,9
Törökország	31,7[2]
Új-Zéland	15,4

[1] 2000; [2]1995

Forrás: OECD 1999b; OECD 2003b.

olyan egyszerű tényezők bevonásával, mint az életkor és a nem, gyakran kombinálva őket más, a kockázatmegosztását elősegítő megoldásokkal (lásd a *4.8 táblázat*ot).

Úgy tűnik, hogy az iparosodott demokráciák lakosságának közvéleménye eléggé megosztott az egészségügyi szektor reformját illetően. A *4.9 táblázat* tanulságos képet ad erről. Mind az öt országban, ahol a kikérdezés folyt, a lakosságnak csak egy kisebb hányada, 18–25 százaléka vélte úgy, hogy alapjában véve kielégítő a fennálló mechanizmus és csak apró javításokra van szükség. A többiek szerint viszont fundamentális reformokra vagy a szisztéma gyökeres újjáépítésére van szükség. A kérdések megfogalmazása nem tette lehetővé, hogy a válaszokból megtudjuk: *milyen irányú* változást óhajt a közvélemény. A kutatás terrénumául szolgáló öt ország, az előző fejezetben adott osztályozás szerint, legalábbis háromféle modellt képvisel. Miközben az elégedettek és az elégedetlenek közti megoszlás aránya kevéssé tér el a különböző országokban, könnyen lehetséges, hogy az egyik országban „jobbról", a másikban „balról" jön a kritika.

4.7 táblázat Fizetési rendszerek néhány OECD-országban

Ország	Alapellátás	Szakorvosi ellátás	Kórházi ellátás
Ausztrália	FFS	FFS	Költségvetés indexált felső költségkorláttal, némi esetalapú térítés
Dánia	1/3 fejkvóta; 2/3 FFS	Fejkvóta és FFS	Összköltségvetés, osztályonként bontva; némi esetalapú térítés
Egyesült Államok	FFS (erőforrásalapú relatív értékskála); kockázatmegosztáson alapuló fejkvóta stb.	Főleg FFS	Elsősorban esetalapú térítés (DRG)
Hollandia	FFS magas jövedelműeknek vagy állami alkalmazottaknak; fejkvóta (életkor alapján korrigált) alacsonyabb jövedelműeknek; ex ante magas kockázati alap képzése	FFS and fix fizetés	Összköltségvetés, régiónként
Japán	FFS	FFS	FFS (esetalapú térítés tesztelés alatt)
Kanada	FFS orvosszövetségenként maximált összköltségvetéssel kombinálva, tartományonként		Összköltségvetés, némi esetalapú térítés
Korea	FFS	FFS	FFS, némi esetalapú térítés
Nagy-Britannia	Fejkvóta (életkor alapján korrigált) és FFS; 1989-től: háziorvos által kezelt alap; 1999-től: háziorvosok által irányított alapellátást nyújtó csoportok mint vásárlók/alapkezelők	Szerződések és FFS	Összköltségvetés, szerződések, FFS, némi esetalapú térítés
Németország	FFS, orvosszövetségenként maximált összköltségvetéssel kombinálva; pontrendszer (pont/ellátás), a költségvetés túllépése esetén csökkentett pontérték		Célköltségvetések és esetalapú térítés
Norvégia	Fejkvóta, fix fizetés és FFS	FFS és fix fizetés	Összköltségvetés
Spanyolország	Fix fizetés és fejkvóta (életkor alapján korrigált)	Fix fizetés	Összköltségvetés szociális kórházaknak; per diem, némi esetalapú térítés
Svédország	Fix fizetés; fejkvóta	Fix fizetés + költségvetés	Összköltségvetés, osztályonként bontva, némi esetalapú térítés
Új-Zéland	FFS; fejkvóta; költségvetési alap	Szerződések és FFS	Összköltségvetés

Forrás: Docteur and Oxley 2003; Greiner and Schulenburg 1997; Hakansson and Nordling 1997; Hall 1999; Ikegami and Campbell 1999; Krasnik and Vallgarda 1997; Liu and Jakab 1999; Maarse 1997; Naylor 1999; OECD 1999b; Saltman and Figueras 1997; Scott 1997.

4.8 táblázat Kockázatkiigazítás és kockázatmegosztás néhány országban

Ország	Kezdő év	Kötelező/ önkéntes	Kockázatkiigazító tényezők	Kockázatmegosztás
Belgium	1995	Kötelező	Kor/nem/régió/rokkantság/ munkanélküliség/halálozás	Arányos, legalább 85%
Cseh Köztársaság	1993	Kötelező	Kor	Nincs (teljes kínálatoldali költségmegosztás)
Egyesült Államok				
Medicare	1972	Önkéntes	Kor/nem/régió (megye)	Nincs (teljes kínálatoldali
HMO-k	1997-ben	Önkéntes	Intézményi/szociális státus	költségmegosztás)
HMO-k	2000-ben indulók	Önkéntes	Kor/nem/régió (megye)/szociális státus/fő kórházi diagnózis	Nincs (teljes kínálatoldali költségmegosztás)
New York Medicaid	1993	Önkéntes	Kor/nem/régió	Állapotspecifikus kockázatmegosztás
Health Insurance Plan of California	1992	Önkéntes	Nem/gyerekek száma/120 megnevezett diagnózis	Nincs (teljes kínálatoldali költségmegosztás)
Minnesota Buyers Health Care Action Group	1997	Önkéntes	Diagnózisalapú	Különösen súlyos esetekben felülről limitált
Colorado Medicaid	1997	Önkéntes	Kor/nem/régió; diagnózisalapú	Nincs (teljes kínálatoldali költségmegosztás)
Washington [állam] Health Care Authority	1989	Önkéntes	Kor/ nem/1989 óta foglalkoztatási státus; 2000-től diagnózisalapú	Korlátozott
Hollandia	1991	Kötelező	Kor/nem/régió/rokkantság	
Írország	1996	Önkéntes	Kor/nem/hospitalizáció a folyó költségekkel súlyozva	Részleges; ld. kockázatkiigazítók
Izrael	1995	Kötelező	Kor	Súlyos betegségek esetén a költségek 6%-a
Kolumbia	1994	Önkéntes	Kor/nem/régió	Nincs (teljes kínálatoldali költségmegosztás)
Nagy-Britannia	1991	Önkéntes	Kor/nem/megelőző fogyasztás/helyi tényezők	A rendszeren kívüli esetekben
Németország	1994	Kötelező	Kor/nem/rokkantság	Nincs (teljes kínálatoldali költségmegosztás)
Oroszország	1993	Kötelező	Számos különböző regionális kísérlet	
Svájc	1993	Kötelező	Kor/nem/régió	Nincs (teljes kínálatoldali költségmegosztás)

Forrás: Bertko and Hunt 1998; Dunn 1998; Knutson 1998; van de Ven and Ellis 2000, Wilson et al. 1998.

4.9 táblázat A lakosság egészségügyi ellátásra vonatkozó véleménye öt országban, 2001

Vélemény	Ausztrália	Egyesült Államok	Kanada	Nagy-Britannia	Új-Zéland
Elégedettség a válaszadók százalékában					
Összességében a rendszer jól működik, csak néhány kisebb változtatásra lenne szükség, hogy jobb legyen.	25	18	21	21	18
Van a rendszernek néhány jó eleme, de alapvető változtatásokra volna szükség, hogy jobb legyen.	53	51	59	60	60
A rendszernek olyan sok hibája van, hogy alapjaiban kellene újjáépíteni.	19	28	18	18	20
Hozzáférés: azon válaszadók százalékában, akik nehéznek találták, hogy szükség esetén szakorvosi kezelést vagy konzultációt vegyenek igénybe					
Különösen vagy nagyon nehéz.	11	17	16	13	11
Eléggé nehéz.	23	22	28	22	23
Nem túl nehéz vagy egyáltalán nem nehéz.	60	59	51	53	59
Költség: azon válaszadók százalékában, akiknek az előző évben nehézséget okozott az egészségügyi számlák kifizetése					
	11	24	5	3	20

Forrás: Blendon et al. 2002

Noha a közvélemény-kutatás szerint igen sokan erőteljes változást igényelnének, a tényleges változások sebessége eléggé lassú. A legtöbb változtatás nem is hoz radikális átalakulást, csak óvatos, fokozatos kiigazításokat.[16]

Még ha valamennyi fejlett európai országban végbemennének is hasonló folyamatok, a kép akkor is eléggé heterogén maradna. Azt a predikciót azonban meg lehet kockáztatni, hogy feltehetően a fejlett európai országok együttese közelebb kerül egy olyan „vegyes", többpilléres mechanizmushoz, amelyen belül (1) a köztulajdon nem csak hogy nem rendelkezik monopóliummal, de még a súlya is csökken, miközben (2) az állami finanszírozás marad az egészségügyi ellátás domináns, de korántsem egyetlen forrása, és (3) a fizetési ösztönzők nagyobb szerephez jutnak a fogyasztói és a szolgáltatói érdekeknek és az átalakítás célkitűzéseinek összehangolásában.

16 Az fejlett országokban zajló reformfolyamatok alakulása arra enged következtetni, hogy nem csupán teljesítik a 7. elv óvatosságra intő figyelmeztetését, hanem – nyilván a politikai nehézségek miatt – mintha túl is teljesítenék azt.

4.2 Egy speciális eset: az Egyesült Államok egészségügyi mechanizmusa

Könyvünknek nem feladata részletesen elemezni az Egyesült Államok egészségügyi szektorát.[17] Mivel azonban a kelet-európai vitákban ismételten hivatkoznak rá, mégpedig többnyire a status quo védelmezői szokták felhozni elrettentő példaként, fontos, hogy röviden felvázoljuk 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. Viszont téves az az állítás, hogy szinte kizárólag profitért tevékenykedő, magántulajdonban lévő szervezetek végzik az egészségügyi ellátást. Az Egyesült Államok egészségügyi szektorára jellemző tulajdonformákról a *4.10 táblázat* és a *4.1 ábra* ad képet: a számok azt mutatják, hogy az amerikai rendszerben a kínálati oldalon a nonprofit forma dominál, különösen a kórházi ellátásban. Számos kórház van egyházak, alapítványok, nem állami egyetemek tulajdonában. A forprofit magánszektor a kínálati oldalon számottevő, de nincsen túlsúlyban. A tulajdonviszonyok azonban nem merevek; sok kórház tulajdonosa változott, pl. magánkórházból közkórház lett vagy fordítva (lásd Needleman, Chollet and Lamphere 1997; Melnick, Keeler and Zwanziger 1999).

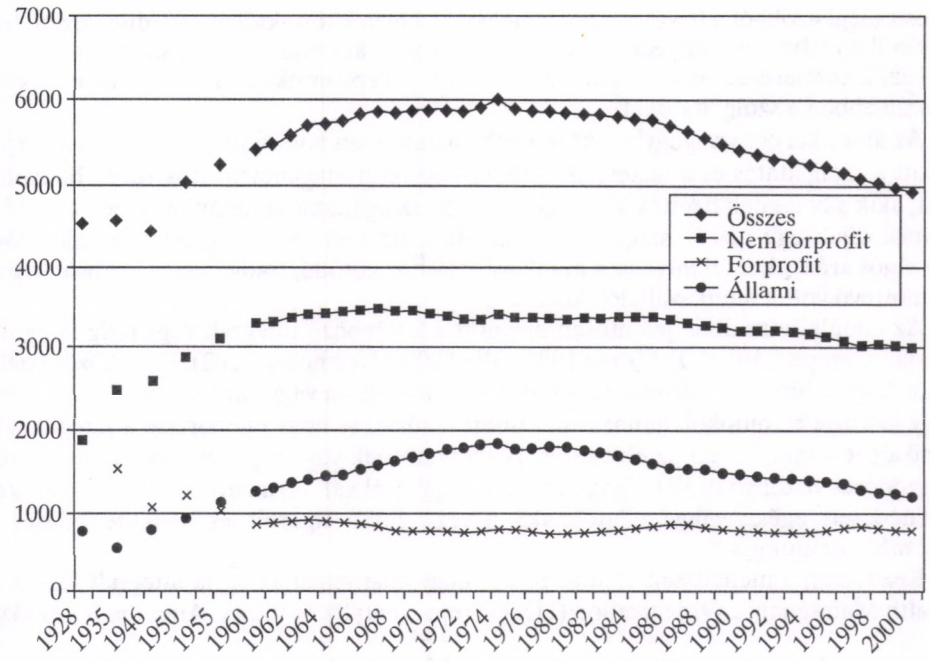
A finanszírozás tekintetében is kevésbé végletes a helyzet, mint ahogy azt sokan hiszik. Emlékeztetünk a *4.4 táblázat*ra, amelyből kiderül: az egészségügyi kiadások kb. 44 százaléka közkiadás. Ennek két legfontosabb komponense az idősebb korosztály, a fogyatékkal élők és a hivatalosan segélyre szorulónak minősített szegények számára szervezett egészségügyi program (a Medicare és a Medicaid). Emellett a kormányzat közvetlenül is hozzájárul az egészségügyi tudományos kutatás költségeihez és az orvos-

4.10 táblázat Az egészségügyi szektor talajdonviszonyai az Egyesült Államokban

Szolgáltatók	Egység/Év	Állami	Nonprofit	Forprofit
			%	
Összes kórház	Ágy/1994	20	70	10
Rövid ideig tartó hospitalizációra berendekedett kórházak	Ágy/2000	16	71	13
HMOk	Biztosítottak/1996	0	42	58
PPOk	Ajánlott biztosítástípus/1995	0	20	80
Műveseközpontok	Központ/1997	...	...	65

Forrás: Rose-Ackerman 1996: Table 4: 710; összes kórház és PPOk: Claxton et al. 1997: 12; HMOk: Gabel 1997: 135; műveseközpontok: Nissenson and Rettig 1999: 172; rövid hospitalizációra berendezkedett kórházak: AHA Hospital Statistics 2002.

[17] A témának rendkívül kiterjedt irodalma van; jó bevezető írásként lásd Fuchs 1996; Iglehart 1999; Newhouse 2002.



4.1 ábra Közösségi (városi, járási, megyei) kórházi ágyak száma az Egyesült Államokban, 1928–2000, ezer

Forrás: Rorem 1930; Hayes 1954; *AHA Hospital Statistics,* különböző évek

képzéshez. Annyi azonban bizonyosan igaz, hogy az Egyesült Államokban az egészségügyi kiadások finanszírozásának jóval nagyobb hányada kerül ki magánforrásokból, mint a fejlett európai országokban (ld. a *4.4 táblázat*ot).

Nem eléggé közismert, de fontos vonása az amerikai finanszírozási rendszernek, hogy különféle utakon sajátos redisztribúció megy végbe. A kormány által fenntartott biztosítási formáknak ugyanis fontos redisztributív vonásaik vannak. A munkaadók egy része nem egyöntetű hozzájárulást von le a munkavállaló béréből egészségbiztosítási díjként, hanem folytonos vagy lépcsős képlet szerint fizetésarányos hozzájárulást. Ez is redisztribúciót implikál az alacsonyabb keresetű munkavállalók javára, bár a foglalkoztatásalapú biztosítási rendszer általában regresszív, azaz az alacsonyabb jövedelmű alkalmazottakra arányaiban nagyobb terhet rak.[18] Számos kórház kereszttámogatást

[18] Az amerikai foglalkoztatásalapú biztosítás regresszivitása két tényezőnek tulajdonítható: magas azoknak a munkaadóknak az aránya, akik *fix* összegű biztosítási díjat vonnak le a bérekből (hasonlóan a fejadóhoz, amely nagyobb terhet ró az alacsony jövedelmű munkavállalóra), és a munkáltató által finanszírozott egészségügyi biztosítás adómentessége (amely előnyösebb a magasabb jövedelmű és így magasabb marginális adókulcs szerint adózó alkalmazottak számára). Lásd Reinhardt 1998.

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.[19] A verseny okozta nyomás azonban korlátozza ebben a szolgáltatókat.

Az amerikai egészségügyi szektor mechanizmusában hosszú időn át élesen elhatárolódott a szolgáltatás és a biztosítás. Utóbbi nagyrészt magánbiztosítók révén bonyolódott, akik a betegnek fizették ki az egészségügyi szolgáltatás számláit. Névlegesen a biztosítási díjak egy részét maguk a biztosítottak fizették, másik részét a munkaadók. Országos arányokat tekintve ez a munkavállaláshoz kötődő, tradicionális biztosítás igen számottevő volt a munkavállalók körében.

Az elmúlt évtizedben jelentősen megnőtt a különböző integrált vagy félig integrált formák szerepe (lásd pl. Feldstein 1994; Glied 2000; Newhouse 2002). Ezek közös vonása az, hogy a biztosító valamilyen eljárással felülvizsgálja vagy „menedzseli" a kezelést, hogy kiszűrje az indokolatlannak minősített kiadást, és hogy ellenőrizze a szolgáltatás minőségét – innen ered az elnevezés. A szervezetnek vagy saját orvosai vannak, vagy szerződéses viszonyban áll meghatározott szolgáltatókkal. Az amerikai szaknyelv ezeket „menedzselt egészségügyi ellátóknak" nevezi. Főbb típusait és azok terjedését a *4.11 táblázat* mutatja be.

Kezdetben a menedzselt ellátási piacot hagyományosan az egyik integrált forma, a Health Maintenance Organization (HMO) reprezentálta és uralta. Amint már az előző

4.11 táblázat Az alkalmazottak megoszlása a különböző biztosítási formák között az Egyesült Államokban

Biztosítás típusa	1987	1990	1993	1995
	a biztosítottak százalékában			
Nem menedzselt FFS	41	5	marginális	marginális
Menedzselt FFS	32	57	27	5
HMO	16	20	28	26
PPO	11	13	25	52
POS	...	5	20	17

Megjegyzés: A menedzselt és a nem menedzselt formák közötti megkülönböztetést, valamint az HMO formát a tanulmány szövege világítja meg.
A PPO a Preferred Provider Orgnization (preferált szolgáltató szervezet) rövidítése. A biztosító szervezet szolgáltatói csoportokkal vagy hálózattal köt szerződést az ellátás nyújtására. A szolgáltatásokért, cserébe a garantált betegállományért, diszkontált FFS-t fizet. Ha a beteg a szerződött csoporton kívüli orvost választ, akkor a megállapodás feletti összeget maga fizeti.
A POS a Point-of-Service (szó szerinti fordításban: szolgáltató pont) rövidítése. Az HMO és a PPO keveréke. Megengedi ügyfeleinek, hogy olyan orvost válasszanak, aki nem tagja a hálózatnak, de ezért minden alkalommal súlyos összeget kell saját zsebéből fizetnie.

Forrás: Gabel et al. 2002: 148 2002-re; Iglehart 1992: 745 1987-re és 1990-re; Jensen et al. 1997 1993-ra és 1995-re.

[19] Ez persze nem amerikai sajátosság; gyakran alkalmazott eljárás számos más országban is.

fejezetekben utaltunk rá, a HMO egyesíti a biztosítóintézet funkcióját a finanszírozási oldalon és az alapellátás funkcióját a szolgáltatási oldalon. Sok HMO-nál ez kiegészül azzal, hogy – legalábbis néhány alapvető szakorvosi területen – saját szakorvosai, kórháza(i), vagy kórházakkal kötött szerződései vannak. A biztosított csak a HMO saját hálózatához tartozó orvosok közül választhat. Ezen felül a HMO saját orvosa (a háziorvos 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 valamennyire decentralizált jellegű; az ellátásról hozott döntéseket nem fogja össze központosított szervezet. Ehelyett a HMO szervezeti és finanszírozási ösztönzők révén próbálja az egyes szolgáltatók és a nagy szervezet érdekeit összehangolni.

Az utóbbi időben nő a piaci presztízsük olyan menedzselt formáknak, amelyek nagyobb választási lehetőséget biztosítanak a betegnek; ilyen formák a preferált szolgáltató szervezetek (PPO-k) és az ún. „szolgáltató pontok" (POS) (lásd a *4.11 táblázat*ot). Természetesen a menedzselt biztosító-szolgáltató szervezetek versenyben állnak egymással és a biztosítás más formáival.

Milyen vívmányai és fogyatékosságai vannak a jelenleg működő egészségügyi rendszernek? A legvisszásabb vonása az, hogy az utóbbi években a lakosság egy számottevő hányadának, becslések szerint kb. 15 százalékának, azaz több mint 40 millió embernek nincsen egészségügyi biztosítása. Továbbá van egy másik, kevésbé ismert de annál súlyosabb probléma is, az alulbiztosítás problémája, amely amerikaiak milliói számára jelent az egészségügyi költségek okozta igen jelentős pénzügyi kockázatot. Életveszély esetén vagy más rendkívüli, sürgős esetben állami vagy magánszolgáltatók ellátják a biztosítás nélküli embereket is, de a kevésbé súlyos esetekben az ellátást megtagadhatják vagy elhalaszthatják. Rutinszerű, nem életveszélyes esetekben ezek az emberek legfeljebb a többnyire zsúfolt jótékonysági intézmények vagy közkórházak, közklinikák kiszámíthatatlan segítségében reménykedhetnek. Számos írás mutatott már rá arra, hogy más, a különbségeket esetleg magyarázó tényezők (mint pl. a jövedelmi és demográfiai adatok) kiigazítása után a biztosítás nélküliek „átlagosan mindössze 60 százalékát kapják meg annak az egészségügyi szolgáltatásnak, amelyet hasonló esetben a biztosítottak kapnak" (Altman, Reinhardt and Shields 1998: 5).

Ez a biztosítás nélkül maradt réteg nem esik egybe azoknak az embereknek a csoportjával, akiket hivatalosan mint segítségre szoruló szegényt tartanak számon, mert őket, mint említettük, az állam által finanszírozott Medicaid program keretében látják el. A biztosítás nélküliek többsége ún. „dolgozó szegény". 1992-ben a biztosítás nélküliek mindössze 16 százaléka élt olyan családban, ahol a családfő nem dolgozott; a többiek olyan családban éltek, amelynek volt teljes vagy részmunkaidőben foglalkoztatott tagja (Rowland, Feder and Keenan 1998: 28). Legtöbbjük a hivatalos szegénységi küszöböt épp hogy csak meghaladó szinten élt. Számukra a magán egészségügyi biztosítás magas költsége olyan akadály, amely gyakorlatilag kizárja őket a biztosításból. Ugyanakkor sokaknak van akkora keresetük, amelyből képesek lennének maguknak, illetve a családjuknak biztosítást vásárolni, de azt valamilyen okból elmulasztják. Például reményked-

nek abban, hogy nem lesz szükségük rá, és inkább másra költik az amúgy is kevés pénzüket.[20] Néhányan az elemi műveltség hiánya következtében nem ismerik fel az egészségügyi biztosítás szükségességét.[21] A valóban rászorulókat pedig sokszor a szemérmesség és a méltóságérzet tartja vissza attól, hogy vállalják a szegénység hivatalos elismerésének stigmáját. Bármi 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 egalitariánus érzést, amelyről korábban már szó volt, és amely azt igényli, hogy minden ember hozzájusson legalább az alapvető egészségügyi ellátáshoz.[22]

Az amerikai társadalomban és a politikai arénában hosszú ideje éles vita folyik e súlyos visszásság 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, pedig a programhoz kapcsolodó változások gyors egymásutánban követték egymást.[23]

Számos elemzés készült arról, hogy mi okozta a Clinton-terv bukását. A vélemények megoszlanak (lásd pl. Skocpol 1996). 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. 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 álltak, és támogatták a közjóléttel kapcsolatos szándékait, úgy gondolják: a biztosításból kimaradt 15 százalék problémájának megoldása nem igényli az államilag finanszírozott egyetemes egészségügyi ellátást. Szerintük a probléma megoldható lenne olyan állami intervencióval, amely kifejezetten a kimaradt 15 százalékot célozná meg.

---

20 Sokan azért nem kötnek önként biztosítást, mert tudják, hogy a törvény értelmében vészhelyzetben az egészségügyi hálózat köteles ingyenesen sürgősségi ellátásban részesíteni őket. Abban bíznak, hogy az orvosok ilyen esetben eléggé tágan értelmezik a „sürgősségi ellátás" fogalmát, s azon túlmenően nem lesz szükségük egészségügyi szolgáltatásra.

21 1993-ban a biztosítás nélküli felnőtt lakosság 7 százaléka állította, hogy önszántából volt biztosítatlan, vagy azért maradt ki a biztosításból, mert nem hitt benne (Rowland, Feder and Keenan 1998: 29).

22 A *4.9 táblázat*ból kiderült, hogy az Egyesült Államokban, amely a leggazdagabb a táblázatban szereplő öt ország közül, a legmagasabb azok aránya, akik az ellátás költségei miatt nem vettek igénybe egészségügyi ellátást.

23 Például a State Children's Health Insurance Program, amelyet az 1997. évi Kiegyensúlyozott Költségvetési Törvény részeként fogadtak el, több évre széthúzva több mint 20 milliárd dollár támogatást juttat az egyes államoknak a kiskorúak egészségügyi biztosításának kiterjesztésére.

A Clinton-terv bukása példa arra, hogy egy reformprogram, bármily jó szándékú is, nem szakadhat el az indulóállapottól (jelen esetben attól, hogy a fennálló mechanizmus decentralizált, és a kiadások nagyobb részét nem az állam finanszírozza). A pragmatikus reformereknek messzemenően figyelembe kell venniük a meggyökeresedett hagyományokat és elvárásokat.

Helytelen lenne persze bármely ország egészségügyi szektorának értékelését egyetlen vonás, jelen esetben az „egyenlő hozzáférés", a specifikus egalitáriánizmus kritériuma alapján megítélni, bármily fontos legyen is ez a kritérium. Az amerikai egészségügyi rendszer teljesítményeit más kritériumok alapján is meg kell vizsgálni és el kell bírálni.

A decentralizálás és a szektoron belüli verseny jelentős mértékű választási szabadságot ad az egyénnek, támogatva ezzel az egyén szuverenitásának elvét. Az amerikai állampolgárok nagy része élhet a kivonulás lehetőségével: ha elégedetlen, új orvost, új kórházat, új biztosítót választhat. Igaz, ezt fékezik a verseny földrajzi korlátai, mint például a helyi monopóliumok. Még erősebb korlátot jelent az, hogy sokak számára a munkaadó szervezi meg a biztosítást, és rendszerint anyagilag is hozzájárul annak költségeihez – ezért persze, saját érdekeinek megfelelően, korlátozza a választást. Esetleg csupán egyetlen, aránylag olcsóbb lehetőséget kínál fel.[24] Mindezen korlátok ellenére is sokak számára marad eléggé széles a választási lehetőség, és ezt az amerikai polgárok nagy része sokra értékeli.

A versenyhelyzet, mint minden gazdasági szektorban, itt is a minőség javítására és technikai fejlesztésre késztet – összhangban a 4. alapelvvel, amely hatékonyságra ösztönöz. 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.[25]

A népesség egészségügyi ellátással való elégedettségét vizsgáló felmérések különös kettősséget tükröznek: saját ellátásukat általában kitűnőnek, a rendszer egészét azonban rossznak ítélik meg az amerikaiak. Az utóbbi időben készült összehasonlító elemzések szerint viszont az egyesült államokbeli elégedetlenség mértéke nem mutat feltűnő eltéréseket egyik irányban sem a többi fejlett országban regisztrálthoz képest (lásd a *4.9 táblázat*ot).

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 *4.4 táblázat* 2. oszlopát). Különösen az utolsó negyedszázadban ugrott meg ez az arány. A *4.12 táblázat* összehasonlítja az Egyesült Államok és más OECD-országok egészségügyi kiadási hányadának növekedését 1970 és

---

24 Egy 1997-es felmérés, amely egy nem idős felnőttkorú lakosságot reprezentáló mintát kérdezett meg, úgy találta, hogy 42 százaléknak nem volt lehetősége a biztosítás megválasztására, 20 százalék pedig arról számolt be, hogy kevés lehetőség közül választhatott (Gawande et al. 1998: 187).

25 Donna Shalala, az Egyesült Államok történelmében a leghosszabb ideig szolgáló egészségügyi és humán szolgáltatások minisztere szerint „a csúcson a mienk a legjobb egészségügyi ellátás az egész világon. A nagy amerikai kutatóközpontokhoz, egyetemekhez kapcsolódó egészségügyi központoknak nincs párjuk. ... A másik véglet, a rendszer alja, viszont gyakran minősítésen aluli, különösen azok számára, akik nem kapják meg időben a megfelelő kezelést (mint pl. a biztosítás nélküliek)" (Shalala and Reinhardt 1999: 47).

4.12 táblázat Az egészségügyi ráfordítások növekedése néhány OECD-országban

Ország	Az összes egészségügyi ráfordítás részesedése az összes belföldi felhasználásból (%)	
	1970	2001
Ausztrália	..	9,2
Ausztria	5,3	7,7
Belgium	4,0	9,0
Cseh Köztársaság	..	7,3
Dánia	..	8,6
Egyesült Államok	4,5	13,9
Finnország	5,6	7,0
Franciaország	..	9,5
Görögország	6,1	9,4
Hollandia	..	8,9
Írország	5,1	6,5
Izland	4,7	9,2
Japán	4,5	8,0
Kanada	7,0	9,7
Lengyelország	..	6,3
Luxemburg	3,6	5,6[1]
Magyarország	..	6,8
Mexikó	..	6,0
Nagy-Britannia	4,5	7,6
Németország	6,2	10,7
Norvégia	24,4	8,0
Olaszország	..	8,4
Portugália	2,6	9,2
Spanyolország	3,6	7,5
Svájc	5,6	11,1
Svédország	6,7	8,7
Szlovakia	..	5,7
Új-Zéland	5,1	8,1

[1] 2000

Forrás: OECD 2003b

2001 között, és világosan jelzi, hogy az amerikai hányad lényegesen gyorsabban nőtt, mint az OECD átlaga.

Az egészségügyi kiadások állandó gyors emelkedését az Egyesült Államokban több tényező együttesen idézi elő, amelyek közül néhányat érdemes számbavenni.

Elsőként kell említeni, hogy 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 egy politikusében, aki az államháztartás kiadásainak elosztásáról dönt. Azért (is) magasabb az amerikai egészségügyi kiadás/GDP részarány, mint másutt, mert szabadabban érvényesül a fogyasztói szuverenitás.

A második tényezőt más összefüggésben már említettünk: az Egyesült Államok az orvosi technológia fejlődésének vezető országa. Akárcsak más ágazatokban, itt is az úttörő technológia alkalmazása a legdrágább. Később, amikor az eljárás már széles körben elterjedt, az új eszközt vagy gyógyszert már tömegesen gyártják, az alkalmazás egy főre jutó költsége is csökken, bár az egységnyi költség csökkenéséből származó megtakarítást felemésztheti a felhasználás tömegessé válása. Az amerikai társadalom – és ezen belül is a legtöbbet fizető betegek – fedezik a tudományos haladás kutatási-fejlesztési költségeinek jelentős részét. A legújabb technológiai eredmények széles körű elterjedését és elérhetőségét szorgalmazó törekvések összességében felfelé hajtják az egészségügyi kiadásokat.

A harmadik tényező az orvosok keresetének igen magas színvonala és a kínálati oldal erős piaci pozíciója (Reinhardt et al. 2004). Az amerikai orvosok keresete mintegy ötszöröse az országos átlagkeresetnek, míg Németországban ez az arány (noha szintén magas) csak négyszeres.

A negyedik tényező a decentralizált biztosításhoz és a piaci versenyhez kapcsolódó adminisztratív költségek mértéke (Reinhardt et al. 2004). Idetartoznak az egymással versenyző biztosítók és szolgáltatók marketing- és jogi költségei, valamint a betegek és a szolgáltatók tranzakciós költségei, amelyek elsősorban abból származnak, hogy a különböző kifizetők különböző nyomtatványokat alkalmaznak.

Az ötödik tényező, ami miatt a részarány ennyire magas, hogy a szolgáltatások egy része pazarló jellegű, felesleges, néha káros. Az egészségügyi szektor kibocsátása az indokoltnál jobban megdrágult. Különösen a HMO-k és más menedzselt biztosítási-szolgáltatási formák tömeges elterjedése előtt a decentralizált gazdasági mechanizmus senkit sem ösztönzött eléggé a költségek kordában tartására. Sőt, az orvosok egy része abban volt érdekelt, hogy a szükségesnél 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, illetve a munkáltatók összességére. Ezzel szemben a legtöbb európai országban, ahol az egészségügyi kiadások nagy részét közvetve vagy közvetlenül az állami költségvetésből finanszírozzák, a fiskális nyomás végső soron korlátozza a költés lehetőségeit.

Ehhez kapcsolódik a hatodik tényező: az orvosiműhiba-perek gyakori előfordulása. A bíróságok által megítélt kártérítések sokszor igen nagy összege és ennek következében a pervesztesek kiadásait fedező biztosítások magas díja is felhajtja a szolgáltatók által felszámított költségeket. Emellett esetleg felesleges tesztekre és konzultációkra (ún. defenzív gyógyításra) is késztet, mert a szolgáltató ezzel reméli kivédeni az esetlegesen felmerülő vádat, hogy nem járt el kellő gondossággal.

Az amerikai tapasztalat azt mutatja, hogy a menedzselt ellátó szervezetek lefékezhetik ezt a költségfelhajtó-költségáthárító folyamatot, mert a beteget, az orvost és a biztosítót egyaránt érdekeltté teszik a költségek csökkentésében. A betegeket a költségekhez való hozzájárulás készteti takarékosságra (bár a menedzselt ellátó szervezetekben a kereslet-oldali költségmegosztásra irányuló igény többnyire minimális), továbbá az, hogy választhatnak olcsóbb és drágább biztosítási formák között. Ennél szinte biztosan nagyobb jelentőségű az, hogy az orvost és más egészségügyi szolgáltatót is érdekeltté teszik

a költségek kordában tartására (lásd *3.3 alfejezet*et). A szervezet ezen felül sokféle formában közvetlenül is beavatkozhat a kiadásokba – azaz menedzselheti az ellátást: pl. bizonyos körülmények között 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 nélkülözhetetlenül szükséges vizsgálatot, kezelést vagy gyógyszert is megtagadnak költségcsökkentés céljából a betegtől. A szolgáltatóknak érdekükben áll a legbetegebbek kirekesztése, ami kockázati szelekcióhoz és a hozzáférés méltánytalan korlátozásához vezet.[26] Sok a jogos panasz, s keresik az eszközöket arra, hogy miként lehetne az eddiginél kielégítőbben összeegyeztetni a betegek igényeinek kielégítését, az ellátás magas minőségi színvonalát és a költségemelkedés korlátozását.[27]

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 gazdaság más szféráiban, van dinamizmus, kísérletezési hajlam, megújulási szándék és lehetőség.

---

26 A jelenség egyéb negatív következményeiről lásd a *3.3 alfejezet*et.

27 A törvényhozás feladata, hogy meghatározza: a HMO-k és más menedzselt ellátó szervezetek minek a finanszírozását tagadhatják meg, illetve minek a finanszírozására kötelezhetők. Utaltunk már arra, hogy a rugalmas megoldások terjedőben vannak: lehetséges a beteg által kívánt plusz szolgáltatás, ha kész önrész fizetésével hozzájárulni a plusz költségek kiegyenlítéséhez, hasonlóan a preferált szolgáltató szervezetek és a szolgáltató pontok gyakorlatához.

5. FEJEZET

Az egészségügyi szektor Kelet-Európában: a kiindulóállapot

Akárcsak a politikai struktúra és a gazdaság más szféráiban, az egészségügyi szektorban is sok vonatkozásban egymástól eltérő állapotot örököltek a szocialista rendszertől a kelet-európai országok. Az alábbiakban nem az eltérésekre, hanem a hasonlóságokra összpontosítjuk a figyelmet. A közös vonások nagyobb részét itt írjuk le, néhány további jellegzetességet pedig később, a reformjavaslatok tárgyalása során fogunk megvilágítani.

5.1 A „klasszikus szocializmus" gazdasági mechanizmusa

A szocialista rendszer több évtizedes története során sok változáson ment keresztül. A „piaci szocializmus" felé orientálódó reformok előtti, sztálini korszak modelljét nevezzük „klasszikus" szocialista rendszernek.[1] Ebben a szakaszban is voltak persze különbségek az egyes országok között; itt csupán közös fő vonásaikat emeljük ki. A *4.1 alfejezet*ben adósak maradtunk a 6. modell, „az állami egészségügyi ellátás modellje" leírásával; ez most következik.

Az egészségügyi szektor a parancsgazdaság szerves része. Gazdasági mechanizmusa szinte semmiben sem különbözik a többi szektorétól. A szektor minden tevékenységét központilag irányítják. A csúcson az egészségügyi miniszter áll; persze őt is irányítják a párt és állami felettesei. Tőle egy hierarchikusan szervezett bürokrácia közvetítésével jutnak el az utasítások a legalsó szinten lévő szervezetek irányítóihoz, azaz a kórházak, a szakrendelők, az alapellátást nyújtó területi rendelők vezetőihez. Ők azután utasításokkal irányítják (kisebb egységekben közvetlenül, nagyobb egységekben további bürokratikus szintek közbeiktatásával) a hozzájuk beosztott orvosokat, ápolókat és egyéb személyzetet.

Minden szervezet, amely egészségügyi szolgáltatást nyújt, állami tulajdonban van. Országonként eltérő, hogy mi van a központi kormány, s mi a helyi kormányzati szervek tulajdonában. Mindenki, aki az egészségügyben dolgozik, állami alkalmazott. Az illetékes felettes dönti el, kit hová helyeznek el, mikor léptetnek elő, s mikor bocsátanak el. Központilag szabályozzák a béreket.

---

1 A klasszikus és a reformszocializmus megkülönböztetéséről, és mindkét korszak főbb jellegzetességeiről lásd Kornai 1993.

Minden egészségügyi célokra szolgáló épület és felszerelés állami tulajdonban van. Az üzemeltetéshez szükséges anyagi inputokat, felszerelési tárgyakat a központi anyaggazdálkodás keretében allokálják az egészségügyi szektor számára. Központilag döntenek a beruházásokról, ami nagyjában-egészében megszabja egy-egy egészségügyi szervezet (pl. kórház vagy rendelő) kapacitását.

Az egészségügyi szektor fejlődése alapjában véve akkor dől el, amikor legfelső politikai szinten döntenek arról, hogy a gazdaság összes erőforrásaiból mennyi jusson ennek a szférának. A diktátor és a keze alá dolgozó közvetlen munkatársai, azaz formálisan a kommunista párt központi bizottsága vagy annak szűkebb testülete, a Politikai Bizottság határozza el, hogy mi legyen e szektor relatív súlya a többi szektoréhoz képest. Az állampolgárnak nincs beleszólása.

A klasszikus szocialista rendszer a paternalizmus végletes megtestesítője. A kommunista párt filozófiája: „Gondoskodunk rólad. Ingyenesen kapsz egészségügyi ellátást. Viszont azt, hogy mit és mennyit kapjál, mi döntjük el." Ennek megfelelően a klasszikus szovjet egészségügyi modell egyik fő jellegzetessége az ingyenes általános jogosultság.

A betegnek nincs szabad választása. Az országok egy részében, pl. Magyarországon, Jugoszláviában területileg szervezett körzeti orvosi rendelők működnek; minden beteget egyértelműen egy és csak egy orvoshoz osztanak be. Az illetékes körzeti orvos a „kapuőr". Ő dönti el, hogy maga adja-e meg a diagnózist és írja-e elő a terápiát, vagy további vizsgálatokra szakorvoshoz, esetleg kórházba utalja-e be a beteget. Ő írja elő, melyik szakorvosi rendelőintézetbe, illetve melyik kórházba kell mennie. Ha továbbutalták a beteget, ismét csak az ottani illetékes orvos dönti el a további lépéseket. Fellebbezés nincsen.

Más országokban, pl. Bulgáriában, Csehországban, Szlovákiában, Lengyelországban, Romániában kialakul a poliklinikák hálózata, amely egyesíti az alap- és a szakellátást. Abban azonban nem különbözik a fent leírt helyzettől, hogy a betegnek nem adja meg az egyéni választás lehetőségét. Ott az illetékes poliklinikai orvos kezében van a beteg ellátása vagy továbbirányítása.

A klasszikus szocialista rendszer „félig-monetizált" gazdaság. Mind a ráfordításokat, mind a kibocsátásokat pénzben is elszámolják; igaz, eléggé elnagyoltan, csak a gazdasági szervezetek egészére vonatkozóan. Kimutatják, hogy vajon a költségvetési juttatások meghaladják-e a kiadásokat vagy elmaradnak mögöttük. Ám a szervezet bevétele és kiadása közötti különbözetnek gyakorlatilag nincs jelentősége; a döntéshozók a hierarchia egyik szintjén sem „profit-maximalizálók". Az erőforrások szétosztása, mint már említettük, elsősorban közvetlen fizikai formában, centralizált beruházási döntések, létszámkeretek, inputkvóták, anyagkiutalások (sőt egyes időszakokban és egyes országokban a dolgozók munkahelyének kijelölése) formájában megy végbe. A naturális input-output allokáció színterén zajlik az igazi dráma, a pénzben megszabott költségvetési keretek, a pénzbeni folyamatok legfeljebb csak a kísérőzenét adják ehhez.

Ebben a mechanizmusban nem értelmezhető a szolgáltatás és a finanszírozás integrálása, amiről a *3.1 alfejezet*ben szóltunk, mert a finanszírozás nem kíséri nyomon a konkrét, specifikus egészségügyi műveleteket, s szerepe egyébként sem különösebben lényeges. Annyi azonban megállapítható, hogy a szolgáltatás és az ehhez szükséges in-

put-allokáció összekapcsolódik; ennyiben a szovjet modell az „integrált" rendszerek típusába tartozik.[2]

Akárcsak a klasszikus szocialista rendszer más ágazataiban, az egészségügyben is krónikus hiány mutatkozik. Már pusztán az a körülmény is, hogy minden állampolgár ingyenesen jogosult az ellátásra, hiányt szül. Az erkölcsi kockázat jelensége itt végletesen mutatkozik; a betegnek nincsen semmiféle érdekeltsége abban, hogy önként mérsékelje igényeit. Különösen szembetűnőek a hiánygazdaság szokásos kísérőjelenségei: zsúfoltság a rendelőkben és a kórházakban; hosszú sorok, a szó szoros értelmében a várótermekben, és a szó átvitt értelmében a kórházi beutalás vagy a vizsgálat, a kezelés, a műtét hosszú halasztása révén. Gyakori a kényszerhelyettesítés: az igazán szükséges szakemberből vagy gyógyszerből hiány van, s helyette csak minőségileg rosszabb helyettesítő vehető igénybe.

A hiányjelenségek manifesztálódását részben tompítja vagy elhomályosítja két körülmény. Az egyik az egészségügyi felvilágosítás hiánya; a betegek túlnyomó nagy többsége nem is sejti, mi mindent tagadtak meg tőle. A másik fontos tényező a „kapuőr" szerepe. Azok számára, akik a vizsgálatokra, szakrendelésre, kórházi kezelésre vagy a kórházon belül egyes eljárások alkalmazására (pl. a műtétre) a beutalásokat adják, szigorú korlátozásokat írnak elő. Tudják, mennyire szűkösek a szakrendelők és a kórházak, illetve egyes kórházi tevékenységek kapacitásai. Ezért eleve szűkösen adnak beutalásokat, s ez némileg csökkenti a szakrendelők és a kórházak zsúfoltságát.

A parancsgazdaság és a krónikus hiány körülményei között a gazdaság minden szférájában hiányzik az új termékek, eljárások és technológiák felfedezését és alkalmazását előrehajtó ösztönzés. Ez az általános megfigyelés teljes egészében érvényes az egészségügyi szektorra is. Ha a klasszikus szovjet modellben egyáltalán tapasztalható tudományos-technikai fejlődés, akkor az – talán néhány megszállott újító tehetség teljesítményétől eltekintve – legfeljebb követő jellegű. Lemásolják, legálisan vagy a találmányi jogok megsértésével, rendszerint igen nagy késéssel, azokat az újításokat, amelyeket a fejlett nyugati kapitalista gazdaságok egészségügyi szektorában és gyógyszeriparában kidolgoztak.

Foglaljuk össze az elmondottakat. Az okok: állami monopólium és bürokratikus központosítás plusz hiánygazdaság. A következmények: a beteg teljes kiszolgáltatottsága, a szolgáltatás alacsony minősége, vontatott tudományos-technikai fejlődés. Mindmegannyi súlyos tétel a mérleg egyik serpenyőjében.

Ugyanakkor nagy hiba lenne elhallgatni, hogy vannak jelentős tételek a másik serpenyőben is. Biztonság, szolidaritás és egyenlőség – még ha nagyon alacsony szinten is. Az állam maga működik mindenkit átfogó általános biztosítóintézetként. A lakosság hozzá-

---

2 Már csak ezért is pontatlan lenne a klasszikus szovjet típusú egészségügyi rendszert azonosítani a központosított, adókból finanszírozott angol típusú rendszerrel. (Az utóbbiról lásd a *4.1 alfejezet*et.) Van hasonlóság abban, hogy mindkét rendszer központosított és államilag irányított, és mindkettő „integrált". Viszont – a politikai háttér különbségén túlmenően – különbözik abban, hogy az angol rendszerben állami pénzügyi kereteket osztanak el, míg a szovjet típusú rendszerben ez csak másodlagos szerepet játszik.

szokott ehhez, természetesnek tekinti – és elvárja, hogy az állam ezt a hivatását mindenképpen teljesítse. Ez az elvárás a szocialista rendszer egyik alapvető öröksége, amellyel mint politikai realitással minden későbbi politikának számolnia kell.

Ehhez azonban hozzá kell tenni: a paternalista biztonságot és a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzájutást jelentős mértékben diszkreditálják a klasszikus, reform előtti időszakban is a korrupciós jelenségek és a privilégiumok. A személyes összeköttetés, a hierarchiában elfoglalt magasabb pozíció, az orvosnak nyújtott szívesség és nemritkán a pénzzel, ajándékkal való megvesztegetés hozzásegít a figyelmesebb bánásmódhoz, a soron kívüli ellátáshoz, az egyébként megtagadott beutaláshoz, vagy a drágább gyógyszerhez. Külön kórházak (esetleg a közkórházon belül külön osztályok) állnak a nómenklatúra felső csoportjának rendelkezésére, ahol kisebb a zsúfoltság, jobb a felszerelés. A privilégiumnak sok helyütt több fokozata van; a legjobb kórház az elit legfelső rétege számára van fenntartva, ennél kevésbé jó, de azért az átlagos közkórháznál lényegesen jobb az elit középcsoportjának, és így tovább. A klasszikus szocialista rendszerben, amelyben a korrupció és a privilégiumok sűrűn átszövik a társadalom minden tranzakcióját, miért éppen az egészségügy lenne kivétel?

A „klasszikus" szocialista egészségügyi mechanizmus leírásának végéhez érve hangsúlyozni kell: eredeti, változatlan formájában egyetlen kelet-európai országban sem maradt fenn. Maradványai azonban sok tekintetben ma is érzékelhetőek.

5.2 Az ellátáshoz való jog újrameghatározása

Az elmozdulás a klasszikus rendszertől nem megy végbe egyöntetűen. Országonként eltérő, hogy mikor és mely pontokon vezetnek be reformokat.[3] Könyvünk nem ad részletes képet a reformok jelenlegi állásáról, mert a helyzet napról napra változik, országonként eltérő módon. Ehelyett az általános tendenciák felvázolására törekszünk. Főként az egykori Jugoszláviában, Magyarországon és Lengyelországban már az 1989–90-es politikai fordulat előtt figyelemreméltó változások kezdődtek. A folyamat a 1990-es években

3 Goldstein et al. (1996) és PHARE (1998) átfogó képet rajzolnak a kelet-európai országokban zajló egészségügyi reformokról. A Saltman et al. (1998) által adott összefoglaló sok olyan információt és figyelemreméltó elemzést tartalmaz, amely az egészségügy reformja mellett a régió specifikus problémáit is érintik. Összefoglaló referenciák találhatók még a következő munkákban: Orosz et al. (1998) és Mihályi (2000) Magyarországra, WHO (1999a) Bulgáriára, WHO (1999b) Horvátországra, OECD (1998a) a Cseh Köztársaságra, Chawla et al. (1998) Lengyelországra, WHO (1996b) Szlovákiára és Toth (1997) Szlovéniára vonatkozóan.

A kelet-európai országokkal kapcsolatos információk gyűjtésében értékes segítséget nyújtott Andrea Despot (Horvátország), Matjaz Nachtigal (Szlovénia), Christian Pop-Eleches (Románia), mindhárman a Harvard Egyetem diákjai, valamint Ventsislav Voikov (Bulgária, Agency for Economic Analysis and Forecasting).

több országban felgyorsult, de még mindenütt messze elmaradt a gazdaság más ágazataiban megvalósult reformokhoz képest.

A soron következő alfejezetek csupán első, rövid áttekintést adnak az elmozdulás néhány fő irányáról. Mindegyik tendenciára visszatérünk majd. A fejezet leíró jellegű; a jelenleg működő mechanizmusok kritikai elemzése azokban a későbbi fejezetekben található, amelyek a reformjavaslatokat ismertetik.

Elsőként azt vizsgáljuk, hogyan szabályozza a posztszocialista Kelet-Európa jogrendszere az egészségügyi ellátáshoz való jogot. A klasszikus rendszerben minden állampolgár jogosult volt ingyenes ellátásra – és csak ehhez volt joga; pénzért (legalábbis a törvény betűje szerint) nem vásárolhatott többletszolgáltatást.[4] Ezt a korlátozás nélküli univerzális jogosultságot egyik országban sem tartották fenn. Az *5.1 táblázat* áttekintést ad a jogok módosításáról. (1) A legtöbb országban konkrétan szabályozták a jogosultak körét. Az állampolgárság nem elegendő jogcím; az ellátás elsősorban azoknak az egyé-

5.1 táblázat Az egészségügyi ellátáshoz való jog Kelet-Európában

Ország	A jogosultság alapja[1]	A jogosultság köre[2]
Bulgária	1999 júniusig állampolgárság, azóta járulék	Csaknem teljes
Cseh Köztársaság	Járulék	Teljes, kivéve fogászat és plasztikai sebészet
Horvátország	Járulék	Hozzájárulást kell fizetni, ha az orvos vagy a nővér házhoz megy, minden rendelésen és bizonyos megelőző vizsgálatokért/tesztekért
Lengyelország	1998-ig állampolgárság, azóta járulék	Csaknem teljes
Magyarország	Járulék	Teljes, kivéve fogászat és plasztikai sebészet
Románia	1998-ig állampolgárság, azóta járulék	Csaknem teljes
Szlovákia	Járulék	Általános, kivéve fogászat és plasztikai sebészet
Szlovénia	Járulék	Csaknem teljes, teljes körű hozzájárulással

[1] Ahol a német modellt bevezették, elvben meghatározták, hogy ki ki után fizet járulékot. Országonként eltérő, hogy pl. a szülők által fizetett járulék fedezi-e a gyerekek ellátását is (mint pl. Magyarországon és Bulgáriában), vagy pedig az utánuk járó járulékot az állam fizeti (mint pl. a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában). A nyugdíjasok egészségbiztosítási járulékát általában az állam vagy a nyugdíjalap fizeti. A gyakorlatban több országban (a Cseh Köztársaságban, Magyarországon és Szlovákiában) az állam csökkentette a befizetéseit, így csökkentette az állami költségvetés hiányát, de megnövelte az egészségbiztosítási szervezet hiányát.

[2] A gyógyszerek ingyenessége mindenütt megszűnt; lásd az *5.6 táblázat*ot.

Forrás: WHO 1996a; 1996b; 1999a; 1999b; 1999c; OECD 1999a; NERA 1999; Toth 1997.

[4] A legtöbb szocialista országban az alkotmány deklarálta az egészségügyi ellátáshoz való jogot. Két országban, Bulgáriában és Lengyelországban az alkotmány, Csehszlovákiában pedig külön törvény ezen túlmenően az ellátás *ingyenességét* is állampolgári jognak minősítette. Az alkotmányos jogok nemzetközi összehasonlításáról lásd Hofmann et al. 1998.

neknek és családtagjaiknak jár, akik társadalombiztosítási járulékot fizetnek. Emellett további, nem foglalkoztatott nagy csoportok társadalombiztosítási járulékának fizetését az állam vállalta magára.[5] (2) Több országban egyes szolgáltatásokat (pl. a fogorvosi kezelést) kivették az ingyenes ellátás köréből. Más szóval elkezdődött a társadalombiztosítás keretében ingyenesen (vagy majdnem ingyenesen) járó *alapvető ellátás* és a pénzért vásárolható *kiegészítő ellátás* megkülönböztetése. Igaz, ez egyelőre csak aránylag szűk sávban jelenik meg. (3) Több országban sokféle ellátásra vonatkozóan megszüntették a teljes ingyenességet, s bevezették a beteg közvetlen hozzájárulását a társadalombiztosítás által nyújtott térítés kiegészítéseképpen.

Mindezen korlátozások ellenére a majdnem ingyenes ellátás a lakosság igen széles rétegére terjed ki. Az utca embere, aki nem követi nyomon a részletes szabályokat, többnyire úgy érzi, hogy az univerzális jogosultság fennmaradt – és nagy többségük el is várja ezt. Ez minden további egészségügyi reform egyik legfontosabb indulófeltétele: az univerzális jogosultságnak az eddiginél radikálisabb korlátozását az emberek többsége súlyos jogfosztásnak tekintené.

5.3 A finanszírozás és a szolgáltatás szétválasztása

Az 1990-es években Kelet-Európa minden országában felbomlott a parancsgazdaság. Jugoszláviában, Magyarországon és Lengyelországban ez a változás már jóval előbb végbement. Ezzel együtt elkerülhetetlenné vált a pénz szerepének megnövekedése és az erőforrások allokációjának pénzbeli elszámolása. A *4.1 alfejezet*ben bevezetett tipológia nyelvén kifejezve a változtatás a következőképpen értelmezhető: az egészségügyi szektor, az elszámolás vonatkozásában, áttér a szovjet modellről az angol modellre. A változás azonban mindenütt következetlen volt.

- Számos konkrét egészségügyi szolgáltatásnak nincsen ára, amelyet a vevő (legyen az az állam valamely intézménye, a társadalombiztosítás vagy a beteg) ismerne, megfizetne és a szolgáltató megkapna. Ehelyett a szolgáltatások valamely aggregátumának ellenértékét térítik meg.
- Az elszámolások ellenértékét úgy szabják meg, hogy az nagyjában-egészében fedezi a szolgáltató folyó költségeit, de nem fedezi az állótőke felújításának és bővítésének költségét. A kalkuláció nem tartalmazza az amortizációt. Ez szorosan összefügg azzal, hogy – amint arról már szó volt – a bruttó beruházási tevékenység az egészségügyben még mindig messzemenően centralizált. Az a szervezet, amelyhez az egészség-

[5] E szabály betartásának kikényszerítése még az aktív lakosság körében is eléggé nehéz. Rendszerint megelégszenek azzal, hogy felületesen ellenőrzik, hogy az ellátásra jelentkező betegnek van-e társadalombiztosítási nyilvántartási száma. Azt már nem nézik meg, hogy vajon valóban fizetett-e járulékot; annyit fizetett-e, amennyire a törvény kötelezi stb.

ügyi szolgáltatás ellenértéke befolyik (pl. a kórház vagy a rendelőintézet), már csak azért sem hozhat beruházási döntéseket, mert nem jut a kezébe a finanszírozáshoz szükséges bevétel. Beruházásainak pénzügyi fedezetéért központi szervekhez kell folyamodnia, állami támogatásért kell kuncsorognia. Ha központi támogatás hiányában mégis elszánja magát ilyen kiadásra, akkor ezt a folyó inputok vásárlására szolgáló pénzforrásokból kell – a hatályos törvényeket megszegve – elcsennie: pl. nem fizeti ki az orvosok és más egészségügyi személyzet túlóráit, hogy egy új műszert megvehessen. Ez a gyakorlat súlyosan eltorzítja az erőforrás-allokációhoz szükséges valamennyi kalkulációt.

- A racionális kalkulációt akadályozza a különböző differenciált támogatások áttekinthetetlen szövevénye.

Ez olyan probléma, amely nagyon is ismerős a piaci szocializmusról folytatott vitákból. A steril közgazdasági elméleti okoskodás szintjén elképzelhető egy gazdasági mechanizmus, amelyben fennmarad a köztulajdon, de a szereplők úgy viselkednek, *mintha* profitmaximalizáló magántulajdonosok lennének. Ez módot ad a piaci mechanizmus alkalmazására, ami azután elősegíti a hatékony erőforrás-allokációt. A baj ezzel az elképzeléssel (nem csak a gazdaság egészére nézve, de az egészségügyi szektorra vonatkozóan is) ott van, hogy nem számol a tulajdon konkrét formái által gerjesztett valóságos viselkedési mintákkal. Egy valóságos tulajdonos nem viselné el, és ezért nem is tűrné el, hogy outputjának ellenértéke tartósan ne fedezze az amortizációt, s ne teremtsen pénzügyi forrást az állótőke felújítására és fejlesztésére vonatkozó akciókhoz. Viszont a kelet-európai egészségügyi szervezetek elviselik és eltűrik ezt, mert ezt írják elő a számukra. Ha a szolgáltatásnak legalább egy részét magántulajdonban lévő szervezetek nyújtanák, akkor ezek előbb-utóbb kikényszerítenék az elszámolási rendszer radikális megváltoztatását, és ezzel együtt a racionális kalkulációra alkalmas egészségügyi árrendszert. Erre még akkor is szükség lenne, ha a szolgáltatási szervezetek számottevő része köztulajdonban maradna.

A kelet-európai országok rendre áttérnek az integrált mechanizmusról arra a rendszerre, amelyben szétválik a szolgáltatás és a finanszírozás. Valamennyi olyan mechanizmust alakít ki, amely alapjában véve a német modellhez hasonlít, két szempontból. Egyrészt: a egészségügyi társadalombiztosítási alapnak van saját, elkülönült bevételi forrása; azaz olyan járulék, amelyet kifejezetten erre a célra fizet be az az állampolgár, akit a törvény erre kötelez.[6] Másrészt: az alap pénzzel fizető *vevőként* áll szemben a szolgáltatóval mint *eladóval*, amelytől intézményesen elkülönült.

A szétválasztás előtti elszámolási rendben, országonként eltérő mértékben, keveredett a szovjet és az angol modell (lásd a *4.1 alfejezet*ben leírt tipológiát). E kétféle mechanizmus keveredésének arányai attól függnek, meddig és milyen mértékben maradt fenn az inputok központi allokációja, illetve mikor és mennyire következetesen valósult meg a gazdasági folyamatok monetizálása, pénzben való elszámolása.

---

6 A könyv általában elhagyja az „egészségügyi" jelzőt az egészségügyi társadalombiztosítási alap kifejezésből, mert a kontextusból világos, hogy az egészségügyi alapról van-e szó, vagy pedig az egészségügyi és a nyugdíjalapról együtt.

Az *5.2 táblázat*ban olvasható évszámok jelzik, hogy melyik országban mikor következik be a német modell felé való elmozdulás. Ezzel még nyitva hagytuk azt a kérdést, hogy mi a szóban forgó országban a „vevő" társadalombiztosítási alap közjogi helyzete. Ez lehet a kormánytól s annak központi költségvetésétől teljesen elkülönült intézmény, amelynek saját önkormányzata van. Vagy egyértelműen alá van rendelve a központi kormánynak, és a kormányzati bürokrácia egyik szerveként működik. (Miközben a kormány gépezetén belül elkülönül az „eladókat", az egészségügyi szolgáltatókat irányító-felügyelő bürokráciától.) Az *5.2 táblázat*nak a jogi státuszt leíró oszlopaiban „igen" olvasható ott, ahol egyértelműen megállapítható ez a megkülönböztetés. Így például Magyarországon a társadalombiztosítási alap 1991 óta önálló vevőként lép fel a szolgáltatókkal szemben, és bevételeinek zömét az elkülönített járulék alkotja; ennyiben tehát a német modellhez hasonló. Az alap 1998 közepéig autonóm volt, azóta viszont a kormánynak van alárendelve.

Tito Jugoszláviájában minden tagköztársaság maga adminisztrálta az egészségügyi rendszert, amely a tagköztársaságon belül területileg decentralizált formában működött. A többi szocialista országtól eltérően nem számolták fel az 1945 előtti korszakból

5.2 táblázat Elmozdulás a német modell felé Kelet-Európában

Ország	Bevezetés éve	Autonómia	Központi irányítás	Megjegyzés
Albánia	1994–		Igen	Korlátozott társadalombiztosítási pénztár, csak a gyógyszereket és a háziorvosokat finanszírozza
Bulgária	1999–		Igen 2000-ig	
Cseh Köztársaság	1992–	Igen		1993 óta decentralizált, versenyző, nonprofit egészségbiztosítási pénztárak
Horvátország[1]	1945– (1993)	Igen		
Lengyelország	1999–	Igen		1999-től területileg decentralizált társadalombiztosítási pénztárak
Macedónia[1]	1945– (1991)		Igen	
Magyarország	1991–	Igen 1998 júliusáig	Igen 1998 augusztusától	
Románia	1999–	Igen		1999-től területileg decentralizált társadalombiztosítási pénztárak
Szlovákia	1994–	Igen		1993 óta decentralizált, versenyző, nonprofit egészségbiztosítási pénztárak
Szlovénia[1]	1945– (1992)	Igen		

[1] A két időpontra vonatkozó magyarázatot lásd a szövegben.

Forrás: WHO 1996a; 1996b; 1999a; 1999b; 1999c; OECD 1999a; a román egészségügyi minisztérium közlése; Toth 1997.

fennmaradt, szakmailag elkülönülő társadalombiztosítási alapokat sem. Ennyiben tehát azt mondhatnánk: az elszámolási rendszer tekintetében a német modellhez hasonló, bár egyébként eléggé szétesett és nem eléggé hatékony egészségügyi mechanizmus működött. Ezt váltotta fel a 1990-es évek elején Horvátországban, Macedóniában és Szlovéniában a nemzeti társadalombiztosítási alap.

Lengyelországban többévi előkészítés után 1999-ben kezdte el működését az a mechanizmus, amely a pénzügyi elszámolás vonatkozásában a német modellhez hasonlít. Romániában és Bulgáriában is 1999-re tervezték a német modell bevezetését. A gyakorlati megvalósítás lassan halad, de a finanszírozást a szolgáltatástól elválasztó törvények életbe léptek.

5.4 Finanszírozás

A *3.2 alfejezet*ben bevezetett osztályozás szerint haladunk végig a finanszírozás lehetséges forrásain.

(A) Állami költségvetés

Amikor a posztszocialista egészségügyi szektor elmozdul a klasszikus szocialista rendszerben kialakult mechanizmusától, és többé-kevésbé átveszi a német modellt, radikálisan csökken az állami költségvetés részaránya az egészségügy finanszírozásában. Mindazonáltal az állam nem „lép ki" a finanszírozók közül; szerepe – országonként eltérő mértékben – igen számottevő.

A központi állami költségvetés finanszírozza a közegészségügyi ellátást (pl. immunizáció, tüdőszűrés). Fenntartja vagy szubvencionálja a nagy, speciálizált országos intézeteket (pl. onkológiai intézetek, transzplantációs intézetek), az egészségügyi kutatás nagy részét és az egészségügyi oktatást. E tevékenységek nagy externális hatásával szokták indokolni a központi állami finanszírozást.

Amint arra már utaltunk, a központi állami költségvetés marad a jelentősebb beruházások fő finanszírozója.

A klasszikus szocialista rendszerben betöltött helyükhöz képest nagyobb szerep jut az egészségügy finanszírozásában az államháztartás területileg decentralizált intézményeinek, a magasabb (tartományi, megyei) és alacsonyabb (városi, községi) szintű helyi kormányzatoknak. Ezzel együtt rájuk száll a tulajdonjogok egy része. Ez eléggé ambivalens folyamat. Nő a helyi kormányzati szervek felelőssége a lakosság egészségügyi ellátásáért, nő az intervenciós jogkörük, de nem mindenütt nőnek ezzel arányosan a feladatok ellátásához szükséges pénzügyi forrásaik. Az egészségügyi szférában is élesen mutatkoznak a központi és a helyi-területi kormányzatok közötti feszültségek.

(B) Kötelező társadalombiztosítás

A társadalombiztosítás meghonosítása után minden munkavállaló és munkaadó köteles társadalombiztosítási járulékot fizetni; országonként eltérő a járulék nagysága és megoszlása munkavállaló és munkaadó között (lásd az *5.3 táblázat*ot).

A kötelező járulékok képezik a társadalombiztosítási alap, ezen belül az egészségbiztosítási alap legfontosabb (bár rendszerint nem kizárólagos) bevételi forrását. Az egészségügy egészét tekintve az 1990-es évek végére Kelet-Európában a társadalombiztosítási alapok váltak az egészségügyi ellátás fő finanszírozóivá.

Első látásra a társadalombiztosítási alapnak bevételeiből kell fedeznie a kiadásait, azaz van költségvetési korlátja. Vajon mennyire kemény vagy puha ez a korlát? Az *5.1 ábra* ismerteti négy ország társadalombiztosítási alapjának deficitjét. Figyelemre méltó, hogy ez három országban igen jelentős, míg a negyedikben, Szlovéniában igen alacsony. A magyarázat könnyen megtalálható, ha figyelmesen tanulmányozzuk az *5.4 táblázat*ot, amely ismerteti: hol kötelezik törvények az államot az egészségbiztosítás deficitjének automatikus fedezetére.

Szlovénia az egyedüli az *5.1 ábrán* szereplő négy ország közül, amelyben a központi vagy helyi költségvetést nem kötelezi törvény a kimentésre.[7] A másik két országban, Horvátországban és Magyarországon a társadalombiztosítási alap rendelkezik az egyik leggrandiózusabb méretű puha költségvetési korláttal. Amint az az *5.4 táblázat*ból kitű-

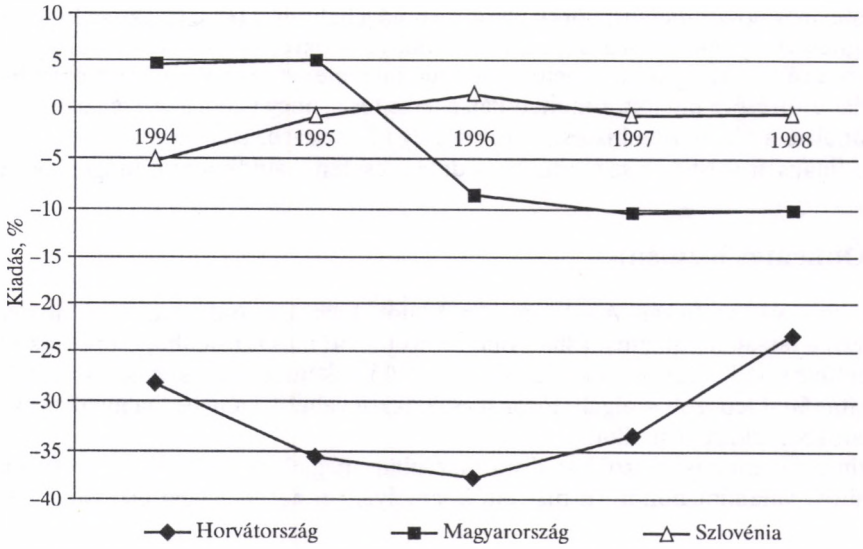
5.3 táblázat Az egészségügyi járulék mértéke és megoszlása a munkáltató és a munkavállaló között Kelet-Európában az 1990-es évek végén

Ország	A járulék mértéke a kereset arányában, %	A járulékfizetés megoszlása a munkáltató és a munkavállaló között, %
Albánia	3,4	50 : 50
Bulgária[1]	6,0	50 : 50
Cseh Köztársaság	13,5	66 : 33
Horvátország	16,0	50 : 50
Lengyelország[1]	7,5	0 :100
Macedónia	3,6	100 : 0
Magyarország[2]	15,0	73 : 27[3]
Románia[1]	14,0	50 : 50
Szlovákia	13,7	66 : 33
Szlovénia[4]	12,8	50 : 50

[1] 1999-től; [2] 2004-ben; [3] 1999 óta a keresetarányos részen kívül a munkáltató egy fix összeget, ún. egészségügyi hozzájárulást is fizet, melynek mértéke jelenleg (2004) 3450 Ft/hó; [4] A járulék mértéke folyamatosan esett az 1992-i 18%-ról.

Forrás: Saltman and Figueras 1997; NERA 1999; WHO 1999a; 1999b; 1999c.

7 Az *5.4 táblázat*ból kiderül: Csehországban nem kötelező a kimentés, de nem is tilos. A deficit fedezhető, ha sikerül ennek szükségességéről a parlamenti többséget, azaz az uralkodó kormánypártokat meggyőzni.



5.1 ábra A társadalombiztosítási pénztárak hiánya Horvátországban, Magyarországon és Szlovéniában, 1994–98

Forrás: PHARE 1998: Appendix; Statistical Office of the Republic of Slovenia 1998; Banka Slovenje 1999; Central Bureau of Statistics 1999; OECD 1999a.

5.4 táblázat Állami garancia a társadalombiztosítási pénztárak fizetőképességének fenntartására Kelet-Európában

Ország	Állami garancia
Bulgária (2000–)	Deficit esetén a társadalombiztosítási pénztár rövid lejáratú kamatmentes hitelt vehet fel a költségvetéstől vagy költségvetésen kívüli alapoktól.
Cseh Köztársaság (1993–)	Deficit esetén a parlament megszavazhatja kölcsön nyújtását, de csak a társadalombiztosítási pénztárnak, a többi nonprofit egészségbiztosítási pénztárnak nem.
Horvátország (1993–)	A deficit kiegyenlítését törvény írja elő.
Lengyelország (1999–)	A társadalombiztosítási pénztárnak tartalékot kell képeznie, amelyet csak a pénztár felügyelő bizottságának engedélyével lehet felhasználni. A helyi önkormányzat (korlátlan) hitelt nyújthat a regionális pénztárnak.
Magyarország	A deficit kiegyenlítését törvény írja elő.[1]
Szlovákia	A társadalombiztosítási pénztár, valamint a Belügyminisztérium, a Honvédelmi Minisztérium és a Közlekedési és Távközlési Minisztérium biztosítási pénztárai esetében a deficit kiegyenlítését törvény írja elő. A többi nonprofit egészségbiztosítási pénztárra ez nem vonatkozik.
Szlovénia	Nincs

[1] Az Egészségbiztosítási Alap hiánya a bevétel százalékában mérve 2002-ben 8,5%, 2003-ban 30,3%, a 2004-ben (előirányzat) 25,7%.

Forrás: WHO 1996a; 1996b; 1999a; 1999b; 1999c; OECD 1999a; Toth 1997; Magyar Államkincstár.

nik, több más posztszocialista országban hasonló a helyzet. Más szférákban lobbizni kell a kisegítésért, nyomást kell gyakorolni a felsőbb szervekre; itt viszont a törvény garantálja, hogy az állam kisegítse a deficittel működő intézményt. Ez a szabály egymagában is a pazarlás eltűrésére késztet. Emellett kétségessé teszi, hogy vajon a szó igazi értelmében elkülönült-e a társadalombiztosítás révén folyó finanszírozás az adókból fedezett közvetlen finanszírozástól, hiszen utóbbit – deficit esetén – automatikusan igénybe veszik.

(C) Önkéntes biztosítás

Ennek több változata van. Ahol a munkavállalók, köztük az önfoglalkoztatóak számára kötelező a társadalombiztosításban való részvétel, ott más társadalmi csoportok számára lehetővé teszik a társadalombiztosításhoz való önkéntes csatlakozást. A társadalombiztosítás által fedezett szolgáltatásokat csak akkor vehetik igénybe, ha megfizetik a szabályzatokban előírt járulékot.

Szinte valamennyi posztszocialista országban megjelentek üzleti, forprofit magánbiztosítók, valamint nonprofit biztosítók, amelyekkel egészségügyi biztosítás köthető.

5.5 táblázat A magán-egészségbiztosítás részesedése Kelet-Európában

Ország	Biztosító	Mire	A magánbiztosításra fordított kiadás
Bulgária	Kereskedelmi biztosítók	Kényelmi szolgáltatások	Minimális
Cseh Köztársaság	Nonprofit biztosítók Kereskedelmi biztosítók Külföldi tulajdonú menedzselt vállalkozások	Az alapvető ellátásból kizárt kényelmi szolgáltatások, ellátás magánkórházban	Minimális
Horvátország	Kereskedelmi biztosítók Nonprofit biztosítók	Az alapvető ellátásból kizárt kényelmi szolgáltatások, hozzájárulás	Minimális
Lengyelország	Kereskedelmi biztosítók Külföldi tulajdonú menedzselt vállalkozások	Az alapvető ellátásból kizárt kényelmi szolgáltatások, ellátás magánkórházban	Minimális
Macedónia	Kereskedelmi biztosítók Önkéntes egészségpénztárak		Minimális
Magyarország	Kereskedelmi biztosítók Önkéntes egészségpénztárak Külföldi tulajdonú menedzselt vállalkozások	Kényelmi szolgáltatások, ellátás magánkórházban, betegség idején kieső fizetés pótlása, hálapénz[1]	Minimális
Románia	Kereskedelmi biztosítók		Minimális
Szlovákia	Kereskedelmi biztosítók Külföldi tulajdonú menedzselt vállalkozások		Az összes egészségügyi ráfordítás 1%-a (1995)
Szlovénia	Szlovén Egészségbiztosítási Pénztár Kereskedelmi biztosítók önkéntes alapon	Hozzájárulás, gyógyszerek, sürgősségi ellátás külföldön	Az összes egészségügyi ráfordítás 12%-a (1997)

[1] A hivatalosan nem létező *hálapénzbiztosítás* fogalom több egészségbiztosítási szerződésben is szerepel.

Forrás: PHARE 1998: Appendix; WHO 1999b.

Az *5.5 táblázat* ad erről áttekintést.[8] Magánbiztosítást köthetnek azok, akik nem jogosultak egészségügyi társadalombiztosításra (például az ország területén tartózkodó külföldiek bizonyos csoportjai). Továbbá azok is köthetnek magánbiztosítást, akik így akarják fedezni a társadalombiztosítás által nem finanszírozott kiegészítő szolgáltatásokat. Erre a megkülönböztetésre a későbbiekben még részletesen visszatérünk.

Több posztszocialista országban, köztük Magyarországon is léteznek önkéntes egészségpénztárak, amelyeket a kormányzat adókedvezményekkel támogat. A törvény előírja, hogy a tag befizetésének 60 százalékát egyéni számlán kell kezelni, a fennmaradó 40 százalék redisztributív jellegű, azaz a szolidaritási elv alapján kerül felosztásra (Kóti és Sza-

5.6 táblázat A kötelező hozzájárulás Kelet-Európában az 1990-es évek végén

Ország	Gyógyszerek	Járóbeteg-ellátás	Kórházi ellátás
Albánia	Van; különböző térítési kategóriák[1] Átlagosan 25%	Nincs	Nincs
Bulgária	Van; járóbeteg-ellátás esetén mindig, gyakorlatilag a fekvőbeteg-ellátásban is	Jelentős, ha nincs beutalás; Terv: a minimálbér 1%-a/vizit	Jelentős, beutalás nélkül; Terv: a minimálbér 2%-a/nap, maximálisan évi 20 napra
Cseh Köztársaság	Van; különböző térítési kategóriák[1] Átlagosan 10%	Nincs, egy-két fogászati kezelés anyagköltsége kivételével	Van; krónikus fekvőbetegeket ellátó intézményekben és hotelszolgáltatásokért
Horvátország	Van; jelentős	10%	Van; jelentős
Lengyelország	Van; különböző térítési kategóriák	Nincs	Nincs
Macedónia	20%	20%	10%
Magyarország	Van; különböző térítési kategóriák[1] Átlagosan 30%	Jelentős, ha nincs beutalás	Van; krónikus fekvőbeteg ellátó intézményekben és hotel szolgáltatásokért
Románia	Van; jelentős	Nincs	Nincs
Szlovákia	Van; különböző térítési kategóriák[1] Átlagosan 30%	Nincs	Nincs
Szlovénia	Van; különböző térítési kategóriák[1] Átlagosan 30%	Háziorvos: 0–25% Fogászat: 0–85% Egyéb ellátás: 0–85%	5–15%

[1] A legtöbb országban differenciált térítési rendszert vezettek be. A hozzájárulás mértéke általában a gyógyszer típusától és a beteg szociális helyzetétől függ. Néhány gyógyszerért teljes árat kell fizetni, a többi árához fix összegű támogatást nyújt az állam.

Forrás: Chen and Mastilica 1998; PHARE 1998: Appendix; NERA 1998a; Ventsislav Voikov (Bulgária) szóbeli közlése.

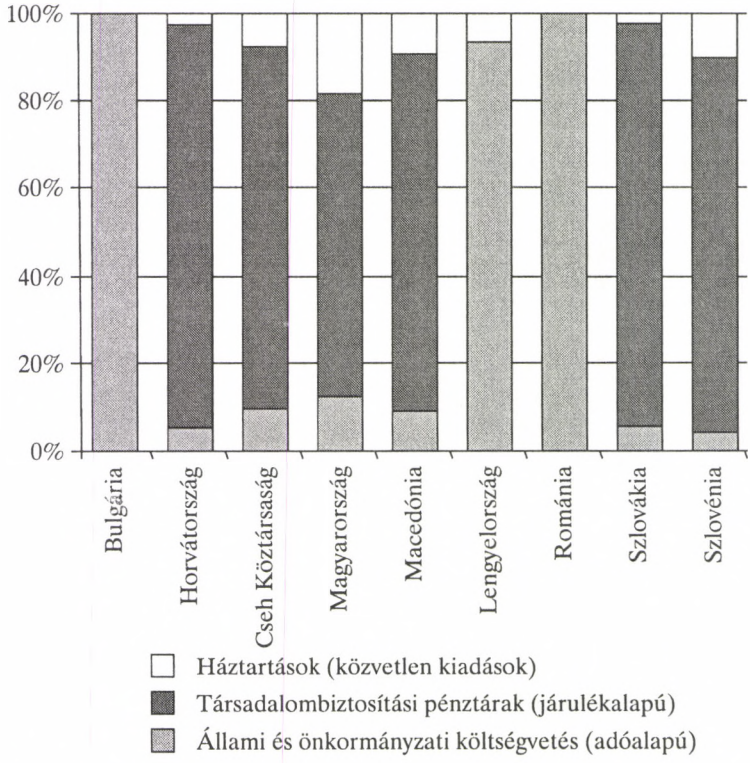
8 A kiegészítő magánbiztosítás magyarországi helyzetéről lásd: Kóti és Szabó 2003.

bó 2003; Németh 2003, 2004). Felhívjuk a figyelmet a táblázat utolsó oszlopára: a magánbiztosítás és az egészségügyi pénztárak részaránya az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában egyelőre igen alacsony.

(D) Közvetlen egyéni fizetés

Valamennyi kelet-európai országban elkezdték bevezetni a közvetlen hozzájárulás rendszerét. A társadalombiztosítás keretében nyújtott szolgáltatás költségeinek zömét ilyenkor is a járulékokból finanszírozott alap fedezi, de azt kiegészíti a beteg hozzájárulása. Amint az az *5.6 táblázat*ból kiderül, országonként eltérő, hogy milyen szolgáltatásért kell hozzájárulást (önrészt) fizetni, s mennyit; egyöntetű-e vagy valamilyen kritérium szerint differenciált-e. Azt az elvet azonban, hogy egyes szolgáltatások költségeiben legalább kis mértékben a betegnek is osztoznia kell, egyre általánosabban alkalmazzák.

Bulgária kivételével minden kelet-európai országban szabadon választható a társadalombiztosítás keretében működő, az alapellátást nyújtó háziorvos, aki kapuőrként



5.2 ábra Az egészségügyi ellátás finanszírozási forrásai Kelet-Európában, 1997

Forrás: Toth 1997; Bútora and Skladony 1998; OECD 1998a; PHARE 1998: Appendix; WHO 1999a, 1999b, 1999c; a román Egészségügyi Minisztérium közlése

működik; a szakorvost, a kórházat csak akkor fedezi a társadalombiztosítás, ha a háziorvos utalta be a beteget. Viszont a legtöbb országban mód van arra, hogy a kapuőrt megkerülve menjen el a beteg az általa választott szakorvoshoz vagy kórházba, feltéve, hogy ezért külön hozzájárulást fizet. Egyes országokban, pl. Bulgáriában, Magyarországon, Szlovéniában ilyenkor igen magas összeget kell fizetni.

Külön is érdemes kiemelni, hogy Kelet-Európa egészét, valamint egy-egy országon belül az egészségügyi ellátás egészét tekintve a hozzájárulást egyelőre eléggé szórványosan vezették csak be. A beteg közvetlenül fizet a legális magánszolgáltatásért, pl. a magánpraxist folytató orvosnak, ápolónőnek, gyógytornásznak, a magánkórháznak. Emellett elterjedt az orvosoknak és más egészségügyi dolgozóknak adott féllegális, illegális „hálapénz". Ezekről később részletesen szólunk majd.

Az *5.2 ábra* összevont áttekintést ad a finanszírozás forrásainak megoszlásáról. Az ábra az 1997-es állapotot rögzíti, ezért, ahogy már említettük, a Bulgáriában, Lengyelországban és Romániában 1999-ben elkezdett reformok által előidézett változásokat nem mutatja; valószínű, hogy a 2000-es évek elejére már ott is egyre inkább járulékalapú a finanszírozás. A közvetlen kiadás, definíciója szerint, tartalmazza mindazt a kifizetést, amelyet hozzájárulásként, magánbiztosítás közvetítésével, legális magánpraxis díjaként vagy féllegális hálapénzként fizetett a lakosság. Jobb információ híján közöljük ezeket az adatokat; az a benyomásunk, hogy ezek erősen alábecsülik a lakosságot közvetlenül terhelő kiadásokat.

5.5 Szolgáltatás: köztulajdonú szervezetek

A finanszírozás áttekintése után áttérünk a szolgáltatási oldal leírására. Ami a tulajdonviszonyokat illeti, még azokban az országokban is, amelyek leginkább előrehaladtak a reformok útján, az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek (kórházak, rendelőintézetek) túlnyomóan nagy része köztulajdonban maradt. Vegyük azonban figyelembe, hogy a közgazdaságtudomány megkülönbözteti a jogi értelemben vett tulajdont a különböző tulajdonjogok tényleges gyakorlásától, s utóbbiak közé sorolja az irányítás jogait is. Ha ebben a szemléletben tekintjük át a köztulajdonban lévő kórházak, rendelők és más szervezetek helyzetét, akkor azok eléggé elmozdultak a klasszikus szocializmusra jellemző állapottól. A parancsgazdaság felbomlása itt is érezteti hatását.

Érdemes visszaidézni az állami vállalatok helyzetét Magyarországon, majd később Lengyelországban, a Szovjetunióban és Kínában abban az időszakban, amikor a piaci szocializmus kialakításával kísérleteztek. (A kínai állami szektorban ez még most is tart.) Sajátos hibridként fonódott össze a központosított bürokratikus irányítás és a piaci koordináció. A vállalat elnyert bizonyos fokú önállóságot, de azért fennmaradt függő viszonya a felettes szervektől, amelyek százféle formában avatkoztak be az életébe. A mai kelet-európai köztulajdonú egészségügyi szervezet tulajdonviszonyai, önállóságának és függőségének sajátos kombinációi erre a piaci szocialista korszakra emlékeztetnek. Míg a gazdaság többi része eljutott a parancsgazdaságtól az igazi piacig, addig az egészségügy megrekedt a piaci szocializmus eléggé zavaros állapotában.

Vegyük pl. egy kórházigazgató jogkörét. (Az elmondottak vonatkoztathatóak más köztulajdonú egészségügyi szervezetek vezetőire is.) Eléggé nagyfokú az önállósága sok

részletdöntésben, akárcsak piaci szocializmusbeli gyárigazgató elődjéé. Ám a felettes szervek továbbra is nagy hatalommal rendelkeznek felette.

- Állami szervek nevezik ki. Országonként különbözik, hogy az egészségügyi minisztérium vagy a helyi (területi) kormányzat rendelkezik-e ezzel a jogkörrel; annyi biztos, hogy ha egészségügyi menedzserként akar karriert befutni, akkor sorsa a bürokrácia hatalmában van.
- Állami szervek döntenek a kórháznak jutó beruházásokról. 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 társadalombiztosítás. Egy biztos: magánál a kórháznál vagy a többi egészségügyi szervezetnél nem képződik olyan alap, amelyből önállóan finanszírozhatnának beruházásokat és felújításokat.
- Vagy állami szervek, vagy a társadalombiztosítás határozza meg a folyó kiadások költségvetését. (Az *5.7 táblázat* áttekinti a beruházásokkal és a folyó költségvetéssel kapcsolatos állami jogköröket.)
- Ahol már szigorúbb pénzügyi elszámolásra tértek át, ott rendszerint állami szerv (esetleg a szolgáltatók „kartelljeként" az orvosi kamara) határozza meg a szolgáltatások „relatív árait", azaz az egyes eljárások, kezelések „pontértékét".[9]

5.7 táblázat A költségvetési források elosztását felügyelő intézmények Kelet-Európában, 1998

Ország	Működési költségek	Tőkeráfordítás
Albánia	Társadalombiztosítási pénztár + PM	PM
Bulgária	EüM, más miniszteriumok	Önkormányzat, EüM
Cseh Köztársaság	Társadalombiztosítási pénztárak	Önkormányzat, EüM
Horvátország	Társadalombiztosítási pénztár	Önkormányzat, EüM
Lengyelország	EüM	Önkormányzat, EüM
Macedónia	Társadalombiztosítási pénztár	Társadalombiztisítási pénztár
Magyarország	Társadalombiztosítási pénztár	Önkormányzat, EüM
Románia	PM	Önkormányzat, EüM
Szlovákia	Társadalombiztosítási pénztárak	EüM, társadalombiztosítási pénztárak
Szlovénia	Társadalombiztosítási pénztár	EüM

PM = Pénzügyminisztérium; EüM = Egészségügyi Minisztérium

Megjegyzés: 1999 januártól Lengyelországban a működési költségek elosztása a területi társadalombiztosítási szervezetekhez került. A tőkeráfordítások allokációjáért továbbra is az Egészségügyi Minisztérium felel. Bulgáriában és Romániában 2000-től a működési költségeket a társadalombiztosítás kezeli.

Forrás: PHARE 1998: Appendix; WHO 1999b.

9 A német modellben alkalmazott pontrendszerről lásd a *3.3 alfejezet*et.

- A legtöbb országban a kórházakban és más köztulajdonú szervezetekben dolgozó orvosok állami alkalmazottak, akiket a beosztás és a szenioritás alapján besorolnak a bürokratikus hierarchia valamely fokozatába[10] (lásd a *8.3 táblázat*ot). A javadalmazás attól függ, hogy az állam fiskális helyzetét mérlegelve a költségvetés mennyit szán az egészségügyi dolgozók fizetésére, s hogy az egyént a bürokratikus fizetési skála melyik fokára helyezték.
- Noha elvben az igazgató önállóságot élvez a különböző operatív döntésekben, ebbe is sokféle formában beavatkoznak. Időnként még azt a tervgazdaságban szokásos formát is használják, amelyben „fizikai" mutatókat írtak elő. Magyarországon pl. kiderült, hogy feleslegesen sok a kórházi ágy. Helyes gazdasági ösztönzés esetén a kórház saját érdeke, hogy a kihasználatlan ágyak számát (s az ezzel arányosan a költségeket) önként csökkentse. Ehelyett 1994-ban adminisztratív utasítást adtak ki, hogy kórházanként hány ágyat kell leépíteni, majd a sikertelen akció után 1996-ban megyei felső korlátokat határoztak meg (OECD 1999a: 121–2.) Hasonló adminisztratív beavatkozás történt 1997–98-ban Bulgáriában és Csehországban is.
- Elvben előírják, hogy a kórháznak a bevételekből kell fedeznie kiadásait; nincs joga túllépni a költségvetés kereteit. A gyakorlatban ez mégis újra és újra megtörténik; a kórház eladósodik, néha már hónapokkal az év vége előtt elkölti az összes pénzét; ha talál hitelezőt, akkor súlyosan eladósodik. Ilyenkor rendszerint „kimentésre" kerül sor. A központi vagy a helyi (területi) állami költségvetés terhére fedezik a hiányt, kifizetik az adósságot. Ha megpróbálják ezt a segítséget megtagadni, akkor óriási nyomás nehezedik a felső szervekre, amelyek előbb-utóbb engednek. 1998 végére a lengyel egészségügyi szektor több milliárdnyi dollár adósságot halmozott fel, ezért a pénzügyminisztérium átfogó, kiterjedt kimentési akciót hajtott végre. Az adósságok egy részét állami kötvényekké alakították, másik részét bankokhoz telepítettek át, míg a szolgáltatók felé felhalmozott adósságok egy részét készpénzben kifizették (OECD 2000: 151). Amint azt a finanszírozásról szólva megállapítottuk, nevezetesen, hogy a társadalombiztosítás költségvetési korlátja puha, azt most megismételhetjük a szolgáltatásra vonatkozóan: a köztulajdonú egészségügyi szervezetek költségvetési korlátja is meglehetősen puha. Az állam nem követeli meg ebben a szektorban a pénzügyi fegyelmet, ami utat enged a pazarlásnak.

Biztosak vagyunk benne, hogy akik annak idején tanulmányozták a piaci szocialista kísérleteket, a félig-meddig piaci környezetbe helyezett állami vállalatok helyzetét a reformmal próbálkozó szocialista országokban, azok számára ismerősen hangzott a fenti felsorolás minden tétele.

10 Magyarországon az alapellátást végző háziorvosok, Csehországban és Szlovákiában a háziorvosok és a járóbeteg-ellátásban dolgozó szakorvosok nem minősülnek közalkalmazottnak.

5.6 Szolgáltatás: legális magántevékenység

Kórházak és egyéb szervezetek

Néhány országban, pl. Magyarországon, Csehországban, Lengyelországban, Szlovákiában és Szlovéniában megjelentek az első nem köztulajdonú kórházak, poliklinikák, rendelőintézetek és más egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezetek. Egy részük egyházi vagy magánalapítványi tulajdonban van, s nonprofit alapon működik, másik részük forprofit kereskedelmi szervezet. A kelet-európai régió egészét tekintve a nem köztulajdonú szektor részaránya a kórházi ellátásban igen csekély; becslések szerint legfeljebb néhány százaléknyi (pl. a kórházi ágyak vagy az ellátott betegség-epizódok számában mérve). Az egyedüli igazi kivétel a Cseh Köztársaság, ahol 1997-ben az összes kórházi ágy 9,4 százaléka magánkórházban volt.

A magánszektor térhódítása leginkább egyes szolgáltatásokra (pl. művesekezelés, diagnosztika, betegszállítás) specializálódott szervezetek körében figyelhető meg. Egyes elemzők ezt a helyzetet így jellemzik: a magánszektor kimazsolázza a maga számára a kisebb kockázattal és biztos finanszírozással járó feladatokat. Külön is megemlítjük, hogy a legtöbb fővárosban külföldi tulajdonban lévő egészségügyi szervezeteket hoztak létre, korszerű felszereléssel, idegen nyelven is beszélő orvosokkal, főként az ott élő külföldiek ellátására.

A magánszervezetek részarányát Magyarországon az *5.8* és *5.9 táblázat* mutatja be.

Egyénileg működő orvosok

Sokkal nagyobb a változás az egyénileg működő orvosok körében. Különböztessünk meg három kategóriát.

Háziorvosok. A társadalombiztosítás megbízásából működő háziorvos a reformok előtt ugyanúgy állami alkalmazott volt, mint a kórházban vagy a szakrendelőintézetben dolgozó kollegája. A kelet-európai országok egy részében, Magyarországon, a Cseh Köztár-

5.8 táblázat Az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások vállalkozói kifizetéseinek aránya 2001-ben Magyarországon

Az ellátás típusa	Forprofit, %	Nonprofit, %
Művesekezelés	88,11	0,18
CT és MRI diagnosztika	35,83	0,16
Betegszállítás	30,85	1,59
Otthoni szakápolás	82,0	10,82

Megjegyzés: A fekvőbeteg szakellátásban 2,1%, míg a járóbeteg szakellátásban 3,5% volt a magánvállalkozások részesedése 1999-ben (Orosz 2001: 245).

Forrás: Kökény 2004.

5.9 táblázat A forprofit és a nonprofit szektor részesedése az Országos Egészségbiztosítási Pénztár gyógyító-megelőző kasszájából

Év	Forprofit	Nonprofit	Összesen	
	%	%	%	Mrd Ft
1995	6,91	1,04	7,95	14,5
1996	9,50	1,19	10,69	23,5
1997	12,13	1,44	13,57	35,4
1998	13,27	1,54	14,81	43,4
1999	13,69	1,53	15,22	50,5
2000	14,13	1,77	15,89	58,5
2001	15,01	2,22	17,23	69,2
2002	15,95	2,58	18,53	91,3

Forrás: Kökény 2004.

saságban és Szlovákiában ezt a hálózatot „privatizálták", azaz az orvos állami alkalmazottból önfoglalkoztató „egyéni vállalkozóvá" lett. Szerződéses viszonyban van a biztosítóval, s az épületet, felszerelést rendelkezésére bocsátó helyi (területi) kormányzattal. A magánszolgáltatók részarányát a háziorvosi szolgáltatásban az *5.10 táblázat* második oszlopa mutatja be.

Fogorvosok. A legtöbb kelet-európai országban messzemenően előrehaladt a fogorvosi szolgáltatás privatizálása (lásd a táblázat harmadik oszlopát).

Egyéb orvosok. A klasszikus szocialista egészségügy nem engedélyezte, hogy orvosok magánpraxist folytassanak, bár ez illegálisan vagy féllegálisan mégis csak előfordult.[11] Az 1990-es évek elejére valamennyi kelet-európai országban sor került a magánpraxis le-

5.10 táblázat A magánszolgáltatók aránya az alapellátásban néhány kelet-európai országban

Ország	Információ ideje év	Háziorvosok %	Fogorvosok %	Gyógyszertárak %
Bulgária	2000	98,4	85,9	72,2[1]
Cseh Köztársaság	1999	95,0	100	100
Horvátország	1999	döntő többség	100	~100
Lengyelország	2001	71,6[2]	100	93,8[3]
Magyarország	2003	91,3	100	100
Románia	2001	többség	100	87,8
Szlovákia	2001	~100	100	~100

[1] 1997; [2] háziorvosi ellátás és járóbeteg-szakellátás együtt; [3] 2002

Forrás: WHO 2000; 2001; 2002a; 2002b; 2003; Institutul National de Statistica 2002; Ministry of Health Poland 2004.

11 Néhány országban, így Magyarországon és Kelet-Németországban, az egyéni magánrendelés létezett a klasszikus szocializmus idején is, de csak elszórtan.

galizálására, és fokozatosan kialakult a magánpraxisok hálózata. Egyes országokban, pl. Csehországban 1993-ban, Szlovákiában 1995-ben, Horvátországban 1996-ban privatizálási kampányok bontakoztak ki. Nem állnak rendelkezésünkre a régió egészét áttekintő összefoglaló adatok. A részinformációkból kibontakozó kép szerint a legális magánpraxis részaránya az összes szakrendelésen belül néhány kivételtől eltekintve a legtöbb országban eléggé csekély. Kivételnek látszik a csehországi helyzet; az erre vonatkozó adatokat az *5.11* és *5.12 táblázat* tartalmazza. Egy Krakkóban végzett felmérés az orvosok munkaidő-ráfordításának szempontjából vizsgálta a magánpraxis terjedését. A mintában szereplő 1096 szakorvos átlagosan heti 10,8 órát tölt magánrendeléssel, miközben szinte mindegyiküknek van állása egy állami intézményben (Chawla et al. 1999:10). A féllegális, bújtatott, a közalkalmazottként végzett tevékenységgel összefonódó magánpraxisról rövidesen szó lesz.

A magyarországi helyzetre vonatkozóan nem állnak rendelkezésre olyan adatok, amelyek a magánpraxist folytató szakorvosok részarányát mutatnák meg. Közvetett módon következtethetünk a magánszekor részarányára az *5.12* és az *5.13 táblázat*ból. Felhívjuk a figyelmet az *5.13 táblázat*hoz fűzött megjegyzésre: az adatok szolgáltatókra vonatkoznak, s ez lehet egyéni vállalkozó orvos, de lehet szervezet is.

Gyógyszertárak

Az orvosi tevékenység privatizálásának áttekintése után érdemes még megemlíteni a gyógyszertárak tulajdonviszonyait. A legtöbb országban teljesen vagy túlnyomó részben privatizálták az ellátásnak ezt az ágát (lásd az *5.10 táblázat* utolsó oszlopát).

Foglaljuk össze az elmondottakat. A kép, amely kibontakozik előttünk, eléggé vegyes. Ami tisztán kirajzolódik, az a következő: a „kisüzemi" formában folyó tevékenység privatizálása eléggé (néhány országban erőteljesen) előrehaladt, míg a „nagyüzemi" formában működő szervezetek zöme köztulajdonban maradt. A tulajdonformák eloszlásában is hasonlít az 1990-es években az egészségügyi szektorban kialakult helyzet ahhoz, ami az ipart és a kereskedelmet jellemezte az 1989–1990-es politikai fordulat előtt, a piaci szocialista reformok időszakában.

5.11 táblázat Az egészségügyi alkalmazottak szektoronkénti megoszlása a Cseh Köztársaságban, 1997

Egészségügyi alkalmazottak	Központi kormány	Városi önkormányzat	Magánszektor
	%		
Orvosok	39,4	5,8	54,8
Gyógyszerészek	10,1	...	89,9[1]
Felsőfokú végzettséggel rendelkező egészségügyi személyzet	55,8	8,3	35,9
Egészségügyi alkalmazottak összesen	52,7	...	47,3[1]

[1] Tartalmazza a városi önkormányzat alkalmazásában állókat is.

Forrás: Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic 1998.

5.12 táblázat A magánorvosok részaránya, szakmák szerinti bontásban Magyarországon és a Cseh Köztársaságban

Szakterület	Budapest[1]			Cseh Köztársaság
	Az 1999-ben kiadott engedélyek száma[2]		Magán/összes[3]	Nem állami/nem állami+állami[4]
	Összesen	Magán	%	1997, %
Belgyógyászat	1892	1217	64	48
Sebészet	726	166	23	42
Szülészet-nőgyógyászat	485	289	60	62
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	478	324	68	76
Tüdőgyógyászat	155	38	25	..
Fül-orr-gégegyógyászat	188	107	57	56
Szemészet	228	131	57	59
Bőr- és nemibeteggyógyászat[5]	176	132	75	64
Ideggyógyászat + pszichiátria[6]	278	69	15	64
Urológia	131	59	45	33
Fogorvosi alapellátás + fogászati szakellátás	1974	1877	95	..
Gyógytorna és masszázs	129	82	64	..

[1] Országos adat nem áll rendelkezésünkre. [2] Az engedélyeket különböző jogcímeken (magánpraxist folytató orvos, egészségügyi vállalkozó, magán-rendelőintézet, állami vagy magán, nonprofit vagy magán forprofit kórházi egység) adták ki. [3] Az engedélyezési mechanizmusból adódóan ez az arány nem tükrözi sem a magánszektorban kezelt betegek számát, sem az ott dolgozó orvosok számát. [4] A járóbeteg- és a kórházi ellátásban dolgozó szakorvosokkal együtt. [5] A Cseh Köztársaságra vonatkozóan csak bőrgyógyászok. [6] Neurológia nem.

Forrás: Institute of Health Information and Statiszics of the Czech Republic 1998; Felmérai István (Fővárosi Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat) közlése, 2000.

5.7 Orvosi keresetek, „hálapénz"

Végül szólnunk kell még egy olyan jelenségről, amely hasonlatosságot mutat a piaci szocializmus korszaka és az egészségügyi szektor jelenlegi állapota között, és ez a legális és illegális (vagy féllegális) keresetek közötti feszültség. A piaci szocializmus időszakában alakult ki, s mind a mai napig nagy szerepet játszik az a szféra, amelyet sokféle névvel illetnek: „második gazdaság", „árnyékgazdaság", „szürkegazdaság", „informális gazdaság" vagy „rejtett gazdaság". Az emberek jelentős részének van egy „első", hivatalos, teljesen legális jövedelme: munkajövedelem, esetleg nyugdíj, anyasági segély, munkanélküli segély, táppénz stb. És van egy „második" jövedelme: pénzt kap meghatározott

5.13 táblázat ÁNTSZ-engedéllyel rendelkező szakellátások Magyarországon, szakmák szerinti bontásban, tulajdoni forma szerint

Szakma	Összesen	Magánvállalkozás[1]		Nonprofit[2]	
	db	db	Magán/ Összes, %	db	Nonprofit/ Összes, %
Belgyógyászat	4657	1558	33,5	28	0,6
Sebészet	2378	862	36,2	25	1,1
Szülészet-nőgyógyászat	3001	1524	50,8	41	1,4
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	1656	742	44,8	11	0,7
Tüdőgyógyászat	941	227	24,1	11	1,2
Fül-orr-gégegyógyászat	1400	572	40,9	9	0,6
Szemészet	1635	861	52,7	22	1,4
Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás	1408	618	43,9	18	1,3
Neurológia, pszichiátria	3330	1358	40,8	37	1,1
Urológia	1132	368	32,5	7	0,6
Fogászati alapellátás, szakellátás	7674	5231	68,2	215	2,8
Gyógytorna, gyógymasszázs	1648	711	43,1	39	2,4

[1] Egyéni vállalkozó tulajdonában lévő vagy általa működtetett szolgáltató; gazdasági társaság tulajdonában lévő vagy általa működtetett szolgáltató; magántevékenységként működő szolgáltató
[2] Nonprofit szervezet tulajdonában lévő vagy általa működtetett szolgáltató; alapítványi tulajdonban lévő vagy általa működtetett szolgáltató; egyházi tulajdonában lévő vagy általa működtetett szolgáltató; egyéb gazdálkodási és/vagy tulajdonosi formában működtetett szolgáltató

Megjegyzés: A táblázatban szereplő adatok a 2004. március 31-i állapotot tükrözik.
Az adatok nem az orvosok, hanem a szolgáltatók számát jelentik, mivel a működési engedélyt a szolgáltató (vállalkozás, egyéni vállalkozó, nonprofit szervezet, alapítvány stb.) kapja.

Forrás: ÁNTSZ adatok alapján összeállította Lepp-Gazdag Anikó.

szolgáltatásokért, amelyet azonban nem jelent az adóhatóságnak, és amely után nem fizet társadalombiztosítási járulékot.[12]

Ez a kettősség talán sehol sem jelentkezik olyan éles (és tegyük hozzá: annyira visszatetsző) formában, mint a kelet-európai országok egészségügyi szektorában. Nem ismeretlen az ápolónők és más egészségügyi dolgozók körében sem, de legfőképpen az orvosi szakmában tapasztalható, úgyhogy az alábbiakban erre a körre összpontosítjuk a figyelmet.

Problematikus a köztulajdonú szervezetek alkalmazottjaként működő orvosok fizetésének megítélése. Tekintsünk az *5.14* és *5.15 táblázat*ra. Az Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában az orvosi a legjobban fizetett szakmák közé tartozik; különösen kiugró az amerikai adat. A kontinentális Európában már jóval kisebb az olló, 1,7. Ha a kelet-európai adatokat szembesítjük ezekkel a számokkal, több megállapítást tehetünk.

12 Vannak szép számmal olyanok is, akik kizárólag a második gazdaságból származó jövedelemből élnek, s nem is rendelkeznek hivatalos keresettel.

5.14 táblázat Orvosi keresetek a többi foglalkoztatott keresetéhez viszonyítva

Ország	Év	Az összes alkalmazott átlagos keresete = 100%
Cseh köztársaság	1998	170
Lengyelország	1996	133
Magyarország	2003	148
Románia	2001	123
Szlovákia	1998	165
Szlovénia	1997	211
Egyesült Államok	2002	437
Finnország	1998	208
Nagy-Britannia	2002	278
Németország	2002	159
Svédország	1997	170

Megjegyzés: Általános orvosi és nem szakorvosi fizetésekről van szó.

Forrás: Czech Statistical Office 1999, ÁFSZ 2004; ILO 1996; 1998; 1999a; 1999b; 2004; Institutul National de Statistica 2002; KSH 2004; OECD 2003a; Office for National Statistics 1999; Statistical Office of the Slovak Republic and VEDA 1999a; 1999b.

A kelet-európai arány lényegesen kisebb, mint az angolszász országokban. Kisebb, mint a németországi, de ebben az összehasonlításban már nem mutatkozik annyira szembeszökő eltérés. Kelet-Európában a hivatalos munkahelyen elért orvosi kereset az 1990-es évek közepén az átlagkereseteknek 1,3–1,7-szerese volt (kivéve Szlovéniát, ahol ennél magasabb). Ez állítható szembe a németországi 1,7-es aránnyal. Persze, a kereset abszolut szintjében igen nagy a különbség, hiszen Németországban jóval magasabb az átlagos életszinvonal, mint Kelet-Európában.

Itt jegyezzük meg, hogy Magyarországon a közelmúltban lényeges változás ment végbe az egészségügyi keresetek relatív poziciójában, azaz a többi foglakozási ághoz viszonyított nagyságában. 2002. szeptember 1-jén átlagosan 50 százalékos béremelést valósítottak meg a közalkalmazotti szférában, amely magában foglalja az egészségügyi szektor számottevő részét is. A szektor egészét átfogó adatok nem állnak rendelkezésre. Az általános orvosok bruttó átlagkeresete 2003-ban 57 százalékkal, a szakorvoské 66 százalékkal volt magasabb, mint 2002-ben (ÁFSZ 2004). Az orvosi szakmán belül pl. mind a pályakezdő orvos, mind pedig a húsz éve dolgozó szakorvos fizetése majdnem 80 százalékkal nőtt. Ez vitte fel az *5.14 táblázat*ban bemutatott relatív arányt 1,48-ra.

A magyar egészségügyben széles körben elterjedt az úgynevezett hálapénz rendszere. Kezdjük fogalmi tisztázással.

a) A szó szűkebb értelmében hálapénznek[13] szokták nevezni azt a díjazást, amelyet a beteg vagy hozzátartozója ad az orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak olyan

[13] Orvosi körökben elterjedt a „paraszolvencia" kifejezés is. Lengyelországban „borítékpénz"-nek hívják.

5.15 táblázat Orvosi keresetek egyéb, felsőfokú végzettségű szakemberek keresetéhez viszonyítva (az összehasonlítás alapjául szolgáló foglalkozás vagy foglalkoztatási csoport keresete = 100).[1] Nemzetközi összehasonlítás

Foglalkozás	Cseh Köztársaság	Magyar-ország	Lengyel-ország	Románia	Szlovákia	Szlovénia	Ausztria	Finnország	Német-ország[7]	Svédország	Nagy-Britannia[9]	Egyesült Államok
	1998	1998	1996	1997	1998	1997	1997	1998	1998	1997	1999	1998
Összes magas képzettségű szakember[2]	90	98	113	...	128	101	...	...	...	132	185	152
Könyvelő	...	44	77	26	86	205	95	140[6]	132	...	165	172
Építész[3]	101	106	85	...	...	155	...	137	214[8]	120	179	133
Computer-programozó	121	90	104	118	97	127	92	154[6]	144	...	187	137
Közgazdász[4]	91	55	...	...	...	97	...	129	...	122	...	128
Jogász[5]	80	51	61	...	94	77	...	116	140[8]	104	133	95

[1] A rendelkezésre álló legfrisebb adatok az átlagos bruttó keresetek alapján. Az Egyesült Államok adatai a mediánra, mint a sokaságot jellemző középértékre épülnek. [2] Cseh Köztársaság: Egyetemi szintű tanulmányok. Szlovénia: Alkalmazottak egyetemi végzettséggel. Nagy-Britannia: Magas képzettségű foglalkozások. Egyesült Államok: Adatok a Professional speciality kategóriában. [3] Svédország és Lengyelország: Építészek, mérnökök és hasonló foglalkozásúak.. [4] Szlovénia: Közgazdász–elemző–tervező. Svédország: Társadalom tudományi képzettségűek és nyelvészek. [5] Cseh Köztársaság és Finnország: Jogászok. Magyarország: Jogászok, jogi tanácsadók. Szlovákia: Jogászok, kivéve védelem és bíráskodás. Szlovénia: Elsőfokú bírósági bíró. Egyesült Államok: Ügyvédek és bírók. Németország: Ügyvédek. [6] 1995-ös adat. [7] Az adatok a volt Német Szövetségi Köztársaságra vonatkoznak. [8] 1989-i adatok. [9] 1999 áprilisi adatok.

Forrás: ILO 1996; 1998; 1999a, 1999b; OMMK 1999; Czech Statistical Office 1999; Romanian National Commission for Statistics 1999; Statistical Office of the Slovak Republic and VEDA 1999a; 1999b; Statistical Office of the Republic of Slovenia 1999; Bureau of Labor Statistics of the United States 1999; Office for National Statistics 1999.

szolgáltatásért, amely a fennálló mechanizmus keretei között részére ingyen jár. Ezeket a szolgáltatásokat az állam, illetve a társadalombiztosítás finanszírozza. Az élőmunkát a köztulajdonban lévő szervezet (pl. kórház) az orvosnak vagy más egészségügyi dolgozónak fizetés formájában már kompenzálta. Az igénybevett 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 a pincérnek adott borravaló, vagy a hiánygazdaság idején dívó „feketefuvar", amikor az állami tulajdonban levő gépkocsi vezetője a saját zsebére vállalt fuvart. Bármilyen lesújtóak is ezek a hasonlatok, ezek a leginkább találó analógiák.

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, igénybevevője pedig nem is kér számlát. Ez tulajdonképpen nem más, mint a szokásos „szürkegazdasági" adóelkerülés; analóg azzal, amit számos taxis, 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 fizetséggel privilégiumot kíván vásárolni az orvosnál, akitől elvárja, hogy fő munkahelyén, az állami kórházban vagy rendelőintézetben különleges figyelmet tanúsítson iránta, elősegítse, hogy soron kívül vizsgálják, kényelmesebb kórházi szobába kerüljön és így tovább.[14] A továbbiakban a hálapénz megnevezést tágabb értelemben használjuk, s idesoroljuk majd mind az a), mind a c) jelenséget.

A b) tranzakció, az adóelkerülés, nem magyar specialitás; a világon mindenütt létezik.[15] Viszont az a) tranzakció, az „ingyenes" egészségügyi ellátásért adott borravalószerű hálapénz szocialista, illetve posztszocialista – és kínai – szokás, vagy legalábbis ezekben a rendszerekben sokkal hangsúlyosabban jelentkezik, mint másutt. A szakértők véleménye szerint az orvosoknak adott féllegális fizetség igen elterjedt Magyarországon, Romániában, Lengyelországban és Bulgáriában; jóval kevésbé gyakori Csehországban, Szlovákiában, Horvátországban és Szlovéniában. Lengyelországban egy kutatás megállapította, hogy a hálapénz 1994. évi összege kb. akkora, mint az orvos hivatalos évi nettó keresete. A kórházi kezelésben részesülők kb. 60-70 százaléka adott az orvosnak hálapénzt (Chawla et al. 1998: 8).

---

14 A cseh térítési rendszer kizárja a két tulajdonforma közötti féllegális kapcsolatot: a biztosító csak olyan magánorvosnak fizet térítési díjat, aki nem áll állami alkalmazásban.

15 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 valóságos jövedelmének legfeljebb 30 százalékát tagadta le. Ha ennél többet hallgatott el, akkor magára hagyják – ami sok, az sok (Scitovsky 1997, a kézirat 149. oldalán).

Magyarországon 1998-ban széles körű kutatást folytattak a hálapénz nagyságának, gyakoriságának és társadalmi megítélésének felmérésére.[16] Két mintát kérdeztek ki; az egyik a lakosságot reprezentálta, a másik az orvosi szakmát.

Amint az várható volt, a hálapénz gyakorisága függ attól, hogy milyen orvosi szolgáltatásról van szó. Tekintsünk arra a szituációra, amelyben e jelenség a leggyakoribb. A lakossági kikérdezés során a válaszolóknak több mint háromnegyede úgy nyilatkozott: hálapénzt szokás adni műtéteknél, szülésnél, vagy ha éjjel kijön a beteg lakására az ügyeletes orvos. Amikor az orvosokat kérdezték a kutatók, ezzel szinte teljesen egybecsengő választ kaptak: a sebészek a betegek 73 százalékától, a nőgyógyászok a betegek 85 százalékától kapnak hálapénzt.

A felmérés során megkérdezték: mi a hálapénz szokásos összege. A válaszokból szemléletes mintát ad az *5.16 táblázat.* Itt csak egyetlen számot emelünk ki. Az állítólag ingyenes szülés hálapénz-ára a felmérés idején a 11.000–19.000 forint között mozgott, attól függően, hogy a lakosságot vagy az orvosokat kérdezték meg. Összehasonlításul: ugyanabban az évben a munkavállalók nettó havi átlagkeresete 45.162 forint volt (KSH 1999: 93).

A lakossági kikérdezés alapján a kutatók becslést adtak arra, hogy az egészségügyi szektor egészére összesítve mekkora lehet a hálapénz. A becslésben persze elkerülhetetlenül sok a bizonytalanság. Inkább lefelé, mintsem felfelé torzít az a következtetés, hogy a hálapénz makroszintű összege másfélszer több, mint az orvosok hivatalos keresete.

5.16 táblázat Átlagos hálapénz-„árak" Magyarországon, 1999

Szolgáltatás	A lakosság becslése	Az orvosok becslése
	forint	
Éjszaka kijön az ügyeletes orvos.	857	763
Nőgyógyászati rutinvizsgálat.	860	1 231
Injekció beadása (rendelőben).	206	146
Vakbél vagy epeműtét esetén a műtő orvosnak.	6 001	8 879
Nőgyógyásznak szülés esetén.	10 982	19 340
Indokolatlan betegállományba való kiírás esetén.	...	2 063
Munkaképes beteg leszázalékolása esetén.	...	32 086

Megjegyzés: Mindkét csoportnak azt a kérdést tették fel, hogy „Hány forint hálapénzt adnak az emberek?", nem pedig „Ön mennyit adott?" illetve „Ön mennyit kapott?", hogy a megkérdezetteket ezzel is őszinte válaszra ösztönözzék. Az utolsó két kérdés olyan cselekményekre vonatkozik, amelyek megvesztegetésként értékelhetők, ezért a lakosságnak nem tették fel.

Forrás: Bognár, Gál és Kornai 2000: 307.

16 A vizsgálat a TÁRKI kutatóintézet keretében folyt, Bognár Géza, Gál Róbert és Kornai János vezetésével. Az eredményeket Bognár, Gál, Kornai (2000) foglalja össze; az alfejezetben idézett valamennyi magyar adatot ebből a tanulmányból vettük át.

Néhány további közlemény, amelyben a magyarországi orvosi hálapénzzel kapcsolatos információk és állásfoglalások találhatók: Balázs 2004; Bondár et al. 2000; Borsos et al. 2003; Bugovics 2004; Gaál 2004; Kincses 2004; Mihályi 2004; Nagy 2000a, b.

Az a kettősség, amelyet ez az alfejezet megvilágított, nevezetesen a hivatalos keresetek alacsony színvonala és a féllegális hálapénz elterjedése, meghökkentő nagysága elválaszthatatlanul összetartozik. Tény, hogy az orvosok többsége elfogadja a hálapénzt, ami beépült a jövedelmükbe, és ami nélkül saját költségvetésük deficites lenne. Ennek ellenére a hálapénzt elfogadók többsége megalázónak tartja ezt a bevételt, és örömmel váltanák át nyíltan bevallható jövedelemre.

A lakosság nagy része meg van győződve arról, hogy az orvos elvárja a hálapénzt. Ez azonban csak az orvosok egy kisebb hányadáról állítható határozottan. Az orvosok többsége valójában nem kíván megfelelni ennek a várakozásnak. 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 puszta tény, hogy a beteg azt *hiszi*, képes megvásárolni az orvos extra figyelmét az a) vagy a b) vagy a c) módszerrel, demoralizáló hatású.

Az *5.17 táblázat* bepillantást enged abba, hogy Magyarországon egyfelől a lakosság, másfelől az orvosi szakma hogyan ítéli meg a hálapénz etikailag súlyosan problematikus jelenségét. Az orvos vagy más egészségügyi dolgozó teljesítményének díjazása hálapénz formájában nem utolsósorban azért okoz sokféle működési zavart, mert nem átlátható. Súlyosan sérti a transzparencia követelményét, amelyet mi az alapelvek közé soroltunk. A jelenségnek ez a problémája került előtérbe abban a vitában, amely 2003-ban a „halapenz.hu" weboldal megjelenésekor került a közfigyelem előterébe. Ebben kismamák vagy azok hozzátartozói közvetlen tapasztalat alapján számoltak be arról, hogy név szerint melyik nőgyógyász vezette le a szülést, mennyire voltak elégedettek a munkájával és mennyi hálapénzt fizettek neki. Sokféle fontos társadalmi probléma merült fel a vitában: sérti-e az orvos személyiségi jogait az ilyesfajta közlemény, szabad-e (akár jogi szempontból, akár etikai megfontolások alapján mérlegelve a szabadság korlátait) a web nyilvánossága elé vinni egy orvos munkájának értékelését egyetlen páciens egyéni tapasztalata alapján, milyen egyéb módon lehetne érvényesíteni a transzparencia elvét. Az említett weboldal, a személyiségi jogok védelmével megbízott ombudsman közbelépésére, megszünt. A vita nem vezetett konkluzív végeredményhez, s nem alakult ki konszenzus sem.

A hálapénz méltánytalanul oszlik meg az egészségügyi dolgozók között.[17] Közismert, hogy pl. 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 hálapénz-bevétel nélkül marad.

---

17 Losonczi (1997: 23) idézi egy nagy vidéki kórházban végzett felmérés meghökkentő 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.

A hálapénz zavart kelt a betegek körében. Nem átlátszó a piac, nem nyilvánvalóak a tarifák. Mindenki habozik: túl sokat ad-e vagy túl keveset? A betegek rálicitálnak egymásra és felhajtják a tarifát.

A hálapénz létezése és demoralizáló hatása a tisztességes egészségügyi magánvállalkozás és a korrekt üzleti kapcsolatok fejlődésének egyik legsúlyosabb hátráltatója.

5.17 táblázat A hálapénz megítélése az orvosok és a lakosság körében

Vélemény	Teljesen egyetért	Részben egyetért	Teljesen nem ért egyet	Részben nem ért egyet
A hálapénz adása megnyugtató a beteg számára, mert úgy érzi, ezzel extra figyelmet vásárol magának.				
Orvosok	19,4	44,2	19,5	16,9
Lakosság	26,1	28,4	19,8	25,7
A hálapénz nem oszt, nem szoroz.				
Orvosok	32,0	17,6	23,7	26,7
Lakosság	14,4	17,1	30,0	38,5
A hálapénz aláássa az orvos–beteg kapcsolathoz nélkülözhetelen bizalmat.				
Orvosok	17,8	17,6	31,9	32,7
Lakosság	15,1	21,7	33,2	30,1
A hálapénz szükséges rossz.				
Orvosok	58,0	22,2	9,8	10,1
Lakosság	52,3	30,1	9,2	8,4
Amíg az állam nem fizeti meg orvosait, addig az orvosok joggal fogadják el a hálapénzt.				
Orvosok	54,4	27,5	11,0	7,1
Lakosság	39,1	28,4	17,5	15,0
Erkölcsileg elítélhető az az orvos, aki hálapénzt fogad el.	3,6	7,5	29,4	59,6
Orvosok	16,6	17,7	33,3	32,4
Lakosság				
A hálapénz kényelmetlen és megalázó mind az orvosnak, mind a betegnek.				
Orvosok	68,0	21,8	7,1	3,1
Lakosság	30,0	32,4	22,6	15,0
A hálapénz léte arra utal, hogy a társadalom véleménye szerint az orvosok alulfizetettek.				
Orvosok	72,6	17,5	6,7	3,2
Lakosság	41,6	28,1	17,0	13,3
A hálapénz nem erkölcsi kérdés.				
Orvosok	42,2	29,1	18,1	10,7
Lakosság	33,5	29,3	19,4	17,8

Forrás: Bognár, Gál és Kornai 2000: 295.

II. rész

A REFORM KÖRVONALAI

A könyv I. része áttekintést adott a reform kiindulópontjairól: a vezérelvekről, az egészségügyi szektor sajátosságairól, a nemzetközi tapasztalatról és a kelet-európai régióban jelenleg fennálló általános kiindulófeltételekről. Még ha a különféle kelet-európai országokban a reformerek azonos elveket fogadnának is el, a tényleges cselekvési program minden időpontban eltérő lenne, mert a konkrét indulóállapot mind jogi, szervezeti és gazdasági szempontból, mind pedig a reform iránti lakossági attitűdök és a politikai preferenciák szempontjából országonként elkerülhetetlenül más és más. Könyvünk már csak ezért sem vállalkozhat részletekbe menő gyakorlati programok előterjesztésére.

A II. részben kizárólag arra szorítkozunk, hogy a reformok általunk ésszerűnek és kívánatosnak tartott általános megközelítését és körvonalait írjuk le. Itt még egyszer hangsúlyoznunk kell, amit már a *Bevezető* is kiemelt: a szerzők tudatosan vállalják, hogy a javasolt reformok az őáltaluk képviselt értékrendet tükrözik. Ezért nem egy reformétlapot állítottunk össze, amelyből ki-ki ízlése szerint válogathat ki bizonyos elemeket; a konzervatív ezt, a centrista azt, a baloldali szocialista amazt. Ha elfogadható az olvasó számára a 2. fejezetben kifejtett megközelítés és értékrend, akkor jól hasznosíthatja majd a könyv hátralévő részében kifejtett reformcsomagot. Ha elfogadhatatlan, akkor legfeljebb azt olvassa ki a II. részből: mi az, ami a korábban kifejtett elvekből a gyakorlati változtatások szintjén következik. Ennek megfelelően nem elemezzük problémánként az irodalomban felmerülő valamennyi lényeges alternatívát. Ha úgy látjuk, hogy csak egyetlen megoldás van összhangban az elveinkkel, akkor ezt az egyet ajánljuk. Több alternatívát csak akkor említünk, ha mindegyik összefér a vezérelvekkel, illetve az alternatívák egymástól eltérő egyensúlyokat hoznak létre az egymással trade-off kapcsolatban levő elvek (mint pl. az egyéni választás és a társadalmi szolidaritás elve) között.

A *6., 7.* és *8. fejezet* ideiglenesen eltekint attól, hogy mennyire támogatnák az érdekeltek az ajánlott reformokat, valamint attól is, hogyan viszonyulnának a megvalósításához a különböző politikai erők. Ezzel az aspektussal, az egészségügyi reform politikai gazdaságtanával a *9. fejezet* foglalkozik. Más szóval, a *6., 7.* és *8. fejezet* szinte csakis ajánlásokat tartalmaz. A könyv végén fogalmazunk meg predikciókat arra vonatkozóan, hogy mennyiben ígérkezik sikeresnek a reformfolyamat, és milyen politikai-társadalmi nehézségek várhatók.

6. FEJEZET

A keresleti oldal: finanszírozás, juttatások, biztosítás

6.1 Az ajánlás vezérgondolatai

Arra törekszünk, hogy bevezetésképpen tömören összefoglaljuk a kereslet oldalán végrehajtásra ajánlott reformok vezérgondolatait. Később lépésről lépésre kibontjuk a javaslatokat, kitérünk a részletekre és hozzáfűzzük a szükséges minősítéseket.

Az egészségügyi szolgáltatásokat két részre osztjuk: alapvető és kiegészítő ellátásra. Minden állampolgár férjen hozzá az alapvető ellátáshoz. Ezt a jogot törvényben kell kodifikálni. Ezen túlmenően az államnak gazdaságilag és szervezetileg is biztosítania kell azt, hogy ez a jog érvényre jusson.

A kiegészítő ellátást ezzel szemben a betegnek kell megvásárolnia. A jogi és szervezeti körülmények tegyék lehetővé, hogy az adás-vétel kereskedelmi feltételek mellett, legálisan menjen végbe.

Az alapvető ellátás fő finanszírozási forrása az állampolgár által fizetett adó és/vagy adók módjára kikényszerített kötelező hozzájárulás. Más szóval: ezt közpénzből finanszírozzák. Nem ez a kizárólagos, de ez a domináns forrás.

A kiegészítő ellátás fő finanszírozása az egyén, illetve a család saját pénze. További fontos forrás lehet a munkaadó önkéntes (tehát a törvényesen előírt munkaadói befizetésen felüli) hozzájárulása. Mindkét esetben a forrás magánpénz.

Hol van a határvonal az alapvető és a kiegészítő ellátás között? Erre még többször visszatérünk. Most csak annyit bocsátunk előre, hogy a határt nem az egészségügyi szükségletek és nem az orvostudomány lehetőségei húzzák meg, hiszen azok kielégíthetetlenek, illetve végtelenek. Az egészségügyre fordítható közpénz makrokeretei, akárcsak az oktatás, a honvédelem vagy a környezetvédelem makrokeretei, a politikai szférában dőlnek el. Annyi jut alapvető egészségügyi ellátásra, amennyit az erre alkotmányosan hivatott központi és a helyi törvényhozó testületek együttvéve előirányoznak. Aki kevesli az alapvető ellátásra jutó teljes összeget, legyen beteg, orvos vagy bárki más, annak a politikai szférában kell küzdenie azért, hogy több jusson.

A kiegészítő ellátásra jutó összeg viszont nem függ közvetlenül a politikai szférától. Ezt elsősorban az határozza meg, hogy a háztartás, illetve a munkaadó mennyit tud és akar áldozni erre a célra.

A *2. fejezet* rámutatott azokra a súlyos erkölcsi dilemmákra, amelyeket az egyéni szuverenitás (1. elv) és a szolidaritás (2. elv) közötti konfliktus okoz. A reformjavaslatoknak e két elv közötti józan kompromisszumra kell törekedniük.

A 2. elvet, s annak az egészségre vonatkozó alkalmazását – a specifikus egalitarianizmus elvét – az alapvető ellátás színvonalán javasoljuk megvalósítani. Legyen általános és egyenlő hozzáférés az alapvető ellátáshoz, aminek színvonala legyen összhangban az ország gazdasági fejlettségével (8. elv). Finanszírozása legyen fenntartható

(9. elv), nem csak fiskális szempontból, de politikailag is. Az ehhez szükséges állami bevételek és költségvetési juttatások legyenek elfogadhatóak nem csak a jelenlegi, hanem előreláthatóan a jövendő adófizetők és törvényhozók számára is.

Az alapvető ellátásnak csak a makrokereslete dől el a politikai szférában. A mikroallokáció – ki miből és mikor részesedik – millió részdöntésből áll, ezekről a legtöbb esetben elsősorban az egészségügyi szektor döntéshozói, azaz a betegek és az orvosok határoznak. Ám egy megfelelő mechanizmusnak biztosítania kell, hogy a mikrodöntések, összes költségigényeiket tekintve, beleférjenek az alapvető ellátás makrokeretébe. Könyvünk nem tartalmazza az alapvető ellátás keretében nyújtandó konkrét műveletek vagy gyógyszerek jegyzékét. Ehelyett az alapvető és a kiegészítő ellátás meghatározó jelentőségű kategóriáinak *procedurális* meghatározását javasolja. Kitér arra, hogy mely intézmények, illetve egyének legyenek hivatottak meghatározni és rendszeresen felülvizsgálni az alapvető ellátási csomagot (lásd a *6.5 alfejezet*et).

Az alapvető ellátással ellentétben nincs garancia a kiegészítő ellátás általános és egyenlő elosztására. Az alapvető ellátáson kívül eső szolgáltatások azok számára elérhetők, akik hajlandók fizetni értük. A kiegészítőnek ítélt ellátás tehát egyenlőtlenül oszlik meg a társadalom tagjai között. Az elosztás eléggé szorosan korrelál a jövedelemmel és a vagyonnal, tehát azzal, hogy mennyit tud a háztartás egészségügyi ellátásra fordítani. De azért nem csak ettől függ, hanem az egyéni-családi preferenciáktól is, tehát attól, hogy ki-ki adott jövedelméből mennyit kíván erre a célra áldozni, más kiadások rovására.

Az egészségügyi kiadások megoszlásának egyenlőtlensége sérti sokak igazságérzetét. Nem tagadjuk, a szerzőkét is. Viszont etikailag sérelmesnek éreznénk azt is, ha megtiltanák bárkinek, hogy saját pénzét önmaga és szerettei egészségére költse. Ha a piacgazdaság megengedi, hogy minden fogyasztó saját belátása szerint adja ki pénzét élelemre, lakásra, kultúrára, szórakozásra, akkor milyen jogon tiltaná az állam, hogy belátása szerint költse pénzét az egészségére? Ez az egyéni szuverenitás elvének súlyos megsértését jelentené. Ráadásul képmutatás lenne, hiszen a tehetős betegek úgyis megvásárolják az extra szolgáltatásokat, ha nem legálisan, akkor a szürke- vagy feketegazdaságban. Ezért meg kell teremteni a kiegészítő ellátás igénybevételének legális és hatékony formáit.

Ugyanennek az elvnek a jegyében a munkaadótól sem tagadható meg az a jog, hogy a kötelező minimumnál többet fordítson munkavállalói egészségének megőrzésére.

Az erkölcsi aggályokat enyhíti az a tudat, hogy ha a tehetősek alapvető ellátáson felül egészségügyi szolgáltatást vásárolnak, annak kedvező externális hatása lehet mindenki számára. Elősegítheti azt, hogy az orvosok és más egészségügyi dolgozók gyakorlatot szerezzenek új, kezdetben költségesebb eljárások alkalmazásában. Külön bevételeket eredményezhet, abból drágább felszereléseket szerezhetnek be, amelyeket azután széles körben hasznosíthatnak azok ellátásában is, akik egyébként nem férnének hozzá. Ugyanakkor azt is lehetővé teszi, hogy a közpénzeket hatékonyabban használják fel a kevésbé tehetősek ellátására.

Szükség van olyan intézkedésekre, amelyekkel elérhető, hogy a kiegészítő szolgáltatások differenciált igénybevétele ne csorbítsa az alapvető ellátáshoz való egyenlő hozzáférés lehetőségét. Ezzel a követelménnyel azonban teljesen összefér a kiegészítő ellátás törvényessé tétele. A kiegészítő ellátás széles körű legalizálása nem csak összefér az egyéni szuverenitás fundamentális etikai elvével, hanem egyenesen következik belőle.

Lehetővé kell tenni, hogy az állampolgárok szabadon dönthessenek arról, hogy kívánnak-e saját pénzükből kiegészítő ellátást vásárolni, továbbá arról is, hogy szerintük melyik biztosító és szolgáltató nyújtja a legtöbbet a pénzükért.

6.2 Az alapvető ellátás finanszírozása

Ki döntse el, hogy a társadalom rendelkezésére álló erőforrásokból mennyit fordítsanak az alapvető ellátásra? Könyvünk azt javasolja, hogy az erre fordítható makroösszegnek és allokációjának a megszabása ne legyen sem az egészségügyi szolgáltatók (eladók), sem a betegek (vevők) kezében. Ezt az összeget az állam köteles előteremteni és allokálni; felhasználása állampolgári jogon jár az egyénnek.[1] Ebben a tekintetben a javasolt mechanizmus a német, vagy általánosabban, az európai és kanadai mintát követi, nem pedig az amerikait. Fenntartja azt a szerzett jogot, amelyet a legtöbb kelet-európai országban a szocializmus idején iktattak törvénybe, s amelyet ebben a régióban a poszt-szocialista átmenet eddig eltelt időszakában sem vontak vissza.

Miben különbözik az alapvető ellátás javasolt finanszírozása attól, amit a rendszerváltás előtti korszakban alkalmaztak? Legfőképpen abban, hogy a politikai processzus *demokratikus*. Nem a kommunista pártvezetők csoportja dönt, hanem legitim törvényhozó intézmények, a szabadon választott parlament és a helyi önkormányzatok.

Nem akarjuk idealizálni ezt a döntési folyamatot. Nem állítható, hogy az egészségügy bevételeivel és kiadásaival kapcsolatos törvényhozásban a „nép akarata" testesül meg. Az állampolgár és a törvényhozás közötti transzmisszióban sok a súrlódás. A lakosság igazi preferenciái gyakran torzítva fejeződnek ki a központi és a helyi parlamenti döntésekben. Az alapvető egészségügyi ellátás ügye is belekerül a parlamenti döntéshozás őrlőmalmába. A törvényhozókat és az előterjesztést kidolgozó kormányzati szerveket befolyásolják a pártérdekek, a különböző nyomásgyakorló csoportok, az olcsó népszerűsködés és a demagógia kísértése. Mindazonáltal itt is olyan politikai mechanizmusról van szó, amely – Churchill sokat idézett, 1947-ben tett kijelentése szerint is – rossz, de minden egyéb rosszabb lenne.[2]

A lakosság kívánságainak kikristályosítása és teljesebb érvényesülése érdekében elsősorban az *átláthatóság* követelményét, a 6. elvet kell minél következetesebben érvényesíteni. Többféle eszköz vehető igénybe erre a célra.

---

1 Meggondolandó, vajon jár-e annak az állampolgárnak, aki a törvényt sértve nem fizet egészségügyi járulékot vagy adót. A sürgősségi ellátást tőle sem lehetne megtagadni, gyermekei pedig nyilvánvalóan nem büntethetők a szülő vétkéért. Célszerűbbnek látszik nem eleve megtagadni a potyautasoktól az ellátást, hanem hathatósabban kikényszeríteni az adók és a járulékok behajtását.

2 *The Oxford Dictionary of Political Quotations,* Anthony Jay (ed.), Oxford University Press. 1996: 93.

1. Célszerű lenne a szükséges bevételek minél nagyobb hányadát az egészségügy céljára megcímkézett adó vagy kötelező járulék formájában beszedni. 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.[3]

   A gyakorlatban nem valósítható meg a teljes egészében való megfeleltetés a megcímkézett bevételek és az alapvető ellátás kiadásai között. Elkerülhetetlen egyéb források igénybevétele. Mindazonáltal minél nagyobb a megcímkézett egészségügyi adó, annál világosabbá válik az állampolgár számára az összefüggés egyfelől az adóteher, másfelől az ellátás színvonala között.[4] A következő egyszerű gondolatmenetet kell sugalmazni: Ha elégedetlen vagy azzal, amit jelenleg az alapvető ellátás garantál, a változtatás fő (persze nem egyedüli) eszköze az, hogy több egészségügyi adót kell fizetni. Ha adót akarsz csökkenteni, akkor fogadd el a következményeit: ezen túl magadnak kell fizetned olyan szolgáltatásokért, amelyeket eddig az állam finanszírozott.
2. Az 1. probléma összefügg a lakosság számottevő részének gondolkodását átható fiskális illúziókkal. Noha a kötelező hozzájárulás és a hálapénz elterjedése megrengette a hitet abban, hogy az ellátás ingyenes, sokan ma sem értik még, hogy nem csak a közvetlen hozzájárulás miatt hamis az ingyenesség ígérete, hanem elsősorban azért, mert az alapvető ellátást végső soron az állampolgárok finanszírozzák a rájuk nehezedő adó-és járulékterhek révén. Sokan nincsenek tudatában annak, hogy az alapvető egészségügyi ellátás mennyibe kerül, és ki milyen mértékben járul hozzá adók és járulékok fizetésével.[5] Az adótudatosság erősödése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy az állampolgárok megalapozottabb véleményt formálhassanak az egészségügyi adózással és kiadásokkal kapcsolatos preferenciákról.
3. A alapvető ellátás finanszírozása, még ha dominál is benne a címkézett adó vagy kötelező járulék, a pénzügyi folyamatok igen bonyolult csatornahálózatán megy végbe.

---

3 Egy amerikai vizsgálat, amely egy Maryland államban végzett közvélemény-kutatáson alapul, megállapította, hogy jóval többen helyeslik az adónemek megcímkézését a felhasználás irányának megfelelően, mint ahányan ellenzik azt. A megcímkézett adók közül az egészségügy kapta a legnagyobb támogatást (Haynes and Florestano 1994).

4 Főképpen ez a megoldás késztet számos egészségügyi közgazdászt a fejlett ipari államokban is arra, hogy támogassa a megcímkézett egészségügyi adó bevezetését. Pl. Victor R. Fuchs, az egyik legkiemelkedőbb egészségügyi közgazdász, akit 1995-ben az Amerikai Közgazdasági Társaság elnökévé választottak, beiktatási beszédében támogatta az általános egészségügyi adó bevezetését (Fuchs 1996: 16–20).

5 Egy magyar kutatócsopor a TÁRKI égisze alatt 1996-ban felmérést készített a lakosság adótudatosságának és fiskális illúzióinak vizsgálatára (lásd a *2. fejezet* 6. jegyzetét). A minta mintegy 14 százaléka egyáltalán nem tudta, vagy csak sejtette, hogy a társadalombiztosítási járulékot részben a fizetésekből vonják le. Azoknak, akik ezt tudták, 16–24 százaléka nem ismeri a levonás mértékét. A felmérést 1999-ben megismételték; az eredmények hasonlóak voltak.

Annál fontosabb, hogy minél átláthatóbb módon, a teljes nyilvánosság előtt számolják el a bevételeket és a kiadásokat.

4. A szavazókért versengő politikusok szívesen ígérnek minden országban, az általános retorika szintjén, egyidejűleg bőségesebb és jobb minőségű ellátást *és* adócsökkentést. A választóknak nem könnyű eligazodniuk. Az orvostársadalom, a média és a nyomtatott sajtó, az akadémiai világ és nem utolsósorban az egészségüggyel foglalkozó közgazdászok dolga kiugratni a nyulat a bokorból. Arra kell szorítani a politikai élet szereplőit, hogy feltárják, minél konkrétabban, lehetőleg ellenőrizhető számokkal alátámasztva, hogy mire készülnek.

Vizsgáljuk meg közelebbről az egészségügyre fordított makrokeret összetételét!

a) A legnagyobb tétel ott, ahol a fenti 1. pontban tett javaslatot elfogadják, a címkézett egészségügyi adó vagy egészségügyi társadalombiztosítási járulék, amelyet – és ezt törvénynek kell előírnia – csak egészségügyi célra használhatnak fel.
b) A központi költségvetésből egészségügyi célokra elkülönített kiadások. Országonként eltérő a költségvetés szerkezete; a legtöbb helyen sokféle rovatban jelentkeznek ilyen tételek. Nem csak az egészségügyért felelős minisztérium költségvetésében, hanem esetleg más tárcáknál, más programok előirányzatai között is. Ez sajnos nehezíti az áttekintést.
c) A fentiek elmondhatók a helyi önkormányzatokra vonatkozóan is, amelyek szintén tartalmaznak, esetleg több rovatban, egészségügyi kiadásokat.
d) Költségvetésen kívüli intézmények (pl. az állami nyugdíjalap) hozzájárulása az egészségügyhöz.[6]
e) Az alapvető ellátásért a betegek által fizetett közvetlen költségrészesedés (kötelező hozzájárulás). Ezt ugyan saját zsebéből veszi ki a beteg, de beleszámít az alapvető ellátás kasszájába.
f) Az alapvető ellátás céljaira adott egyéni, vállalati és alapítványi magánadományok. Akár csak az előbbi tétel, ez is magánzsebből kerül ki, és a közös kasszába fizetik be. Ma még eléggé szórványos Kelet-Európában, bár már nem teljesen ismeretlen. Kívánatos, hogy súlya növekedjék.

Ha valamennyi tételt összeadjuk, megkapjuk az alapvető ellátás makroköltségvetését. Ez nem költhető el szabadon, az egészségügyi szektor belátása szerint, már csak azért sem, mert a források egy részét eleve bizonyos kötöttségekkel adták meg. A nyugdíjalap pénzét a nyugdíjasok ellátására szánják; a helyi önkormányzatok pénzét lehetőleg helyileg akarják elkölteni; a kötelező hozzájárulást annak a betegnek az ellátására fordítják, aki befizette, és így tovább. Mindazonáltal sokféle átcsoportosítás lehetséges, amelyeknek végső soron a makroösszeg szab felső korlátokat.

---

[6] Az a)–d) tételek átfedhetik egymást; elkülönítésük az adott ország költségvetésének szerkezetétől függ. A tételek közgazdasági tartalmát illetően csak azt emeljük ki: a fő forrást jelentő *a* tételen *felül* létezhetnek egyéb források is, amelyek a szélesebb értelemben vett állami finanszírozási források közé tartoznak.

A teljes költségvetés allokációjának döntési folyamataiban a fő szereplő az egészségügyi szektor apparátusa, amelyen belül hangadó az orvostársadalom. Mivel azonban közpénzről van szó, indokolt, hogy elosztása felett felügyeletet gyakoroljanak erre alkalmas állami és civil szervezetek, magasabb és alacsonyabb szinten létrehozott bizottságok és ad hoc munkacsoportok. Ezekben vegyenek részt, az orvosok mellett, az egészségügyben járatos jogászok, közgazdászok, munkaadók, biztosítók, továbbá a betegek különböző csoportjainak érdekképviselői. (Az egyes országokban fellelhető ilyen testületekre a *6.5 alfejezet*ben adunk majd példákat, amikor az alapvető ellátást meghatározó listák összeállítását végző intézményeket írjuk le.)

Többek között a civil társadalom felügyeleti és befolyásolási lehetőségeiben is különbözik (pontosabban szólva, különböznie kell) a demokratikus körülmények között lezajló közpénz-allokációnak attól, ami a szocialista parancsgazdaság központi kvótáinak bürokratikus lebontásakor végbement. Mindkettőben kiszorítósdi folyt a különböző csoportok között, marakodás a közpénzért – de a demokrácia keretei között ennek több nyilvánosságot kell kapnia, és mélyreható társadalmi ellenőrzés mellett kell végbemennie.

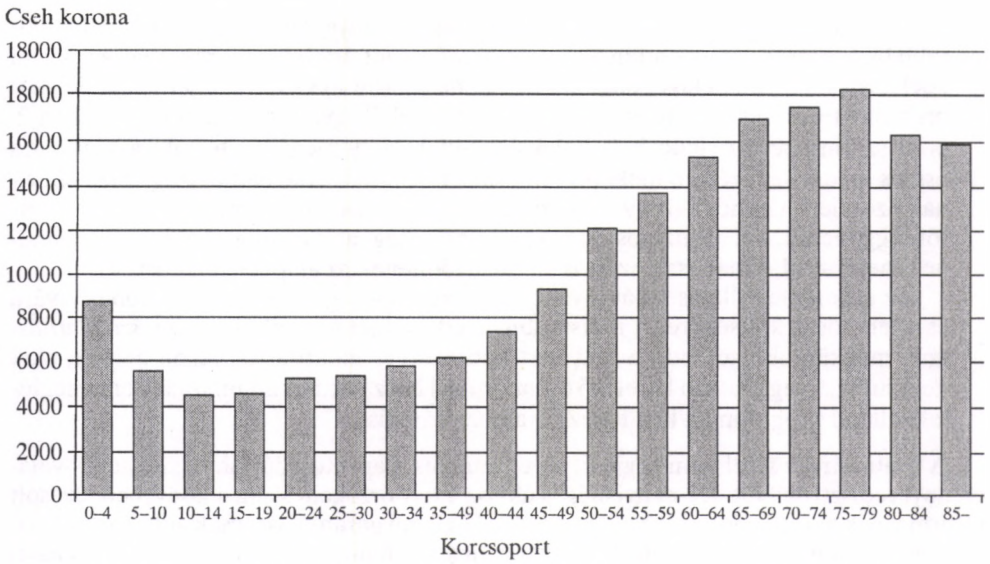
A mikroallokációs döntések résztvevői persze nem fogadják el megadóan a felülről diktált makrokereteket. Nagy szükség van arra, hogy hallassák hangjukat. Megpróbálhatnak nyomást gyakorolni a felettes törvényhozókra a keretek kitágítása érdekében. Ám tudniuk kell, hogy arról nem ők döntenek, hanem az adófizetők és más társadalmi csoportok érdekeit képviselő politikai szféra erre hivatott legitim testületei.

6.3 Redisztribúció a finanszírozáson keresztül

Az egyetemes alapvető ellátás garantálása nem oldható meg egy tisztán üzleti alapon szervezett biztosítás keretében. Amint azt már a *3. fejezet*ben is kifejtettük: a finanszírozás módszerének ötvöznie kell mind a biztosítás, mind a társadalmi csoportok közötti redisztribúció elemeit. Utóbbira nélkülözhetetlenül szükség van, legalább három okból.

1. Az emberek egy része veleszületett betegségekkel, betegségekre való hajlammal vagy más testi fogyatékkal lép az életbe. Másokat később támad meg olyan betegség, amely egész hátralevő életükre szóló nyomot hagy. Az emberek esélye, hogy egészségesek maradnak vagy betegek lesznek, különböző; van, aki egész életén át vagy élete számottevő részében hátrányban van embertársaival szemben.

   Tisztán üzleti biztosítás esetén a hátrányban levőknek magasabb biztosítási díjat kellene fizetniük, mint szerencsésebb társaiknak. Egyenlő hozzáférés az alapvető ellátáshoz csak úgy biztosítható, ha redisztribúció történik az ő javukra a tartós egészségi hátránytól nem szenvedők terhére. Ez a fajta redisztribúció a szolidaritás egy sajátos változata, amit *kockázati szolidaritásnak* neveznek (van de Ven and Ellis 2000).
2. Az előző ponttal összefügg, de külön is szemügyre kell vennünk az életkor hatását. Az egészségügyi kiadások és az életkor összefüggését a *6.1 ábra* cseh adatokkal szemlélteti, de az összefüggés általános érvényű. A görbe magas kiadásokkal indul: a cse-



6.1 ábra Az egy biztosítottra jutó átlagos egészségügyi kiadás korcsoportonként a Cseh Köztársaságban, 1997

Forrás: Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic 1998.

csemők egészségügyi ellátása jóval költségesebb, mint a 4 évnél idősebb gyermekeké.[7] Utána fokozatosan lejjebb száll a költséggörbe 10–14 éves korig, majd előbb lassan, aztán egyre meredekebben nő. A legerősebb a növekedés 64 éves kor után, amikor igen költséges beavatkozásokkal próbálják az életet meghosszabbítani.[8]

Tisztán üzleti biztosítás esetén a biztosítási díj függne a család létszámától és kor szerinti összetételétől. Mindenképpen nőne az életkor függvényében. Egymással versengő biztosítók szabályozás nélküli piacán bizonyos korhatáron felül az egyén már nem is tudna biztosítást kötni. Ahhoz, hogy életkortól függetlenül mindenki hozzáférjen az alapvető ellátáshoz, ismét redisztribúcióra van szükség, a gyermekeket nevelő családok és az idősebbek javára, a többiek terhére.

3. Az 1. és 2. pontban több okból, például a genetikai örökség, természetes öregedési folyamatok miatt, szükségképpen egyenetlenül eloszló kiadásokról volt szó. Tekintsünk most a finanszírozás oldalára. Üzleti biztosítás esetén azonos biztosítási díjat kell fizetniük azoknak, akik azonos kockázati csoportba kerülnek (várható egészség-

7 Az ábrán az első oszlop a 0–4 év közötti életkort reprezentálja. A kiadás ezen az időszakon belül olyankor a legmagasabb, amikor koraszülött magzatot próbálnak megmenteni. Minél korábban született, annál nagyobb költséggel jár az életben tartása.

8 Nem foglalkozunk könyvünkben azzal a súlyos erkölcsi dilemmával, hogy meddig lehet és meddig kell elmenni a görbe mindkét oldalán a legmeredekebb költség emelkedésig a közpénzből finanszírozott alapvető ellátás keretében. Minél bőkezűbb az egyes korcsoportoknak, mint pl. az időseknek az ellátása, annál kevesebb erőforrás marad a többi korosztály ellátására.

ügyi kiadásaik azonosak), függetlenül a biztosított anyagi helyzetétől. Egy általánosabb biztosítási csomag esetén a kockázatközösséget úgy lehet elérni, hogy az egyéni kockázatot figyelmen kívül hagyva minden biztosított ugyanazt a díjat fizeti; de ez is problematikus, ha a díj független a jövedelemtől. Tegyük fel például (az 1. és a 2. pont szerinti redisztribúciót is belekalkulálva), hogy megállapítottuk: a szükséges összes kiadás fedezésére mekkora biztosítási díjat kell átlagban egy-egy biztosítottnak fizetnie, ha mindenki egy kockázatközösségbe tartozik. Ha mindenkitől, keresettől függetlenül, ezt az átlagos díjat követelnék meg, akkor sokan képtelenek lennének megfizetni, s már csak ezért is kirekesztődnének az alapvető ellátásból.

Az egyetemes ellátás tehát további redisztribúciót igényel a szegényebbek javára és a tehetősek költségére. A redisztribúció e formáját nevezik *jövedelmi szolidaritásnak*, megkülönböztetendő a fent leírt kockázati szolidaritástól. Azok helyett, akik nem tudják megfizetni a kötelező egészségügyi hozzájárulás minimumát sem, megfelelő állami programnak kell fedeznie a hozzájárulást.

A fenti három tétel nem fogja át az egyetemes alapvető ellátáshoz szükséges valamennyi redisztribúciót. De ennyi elég is ahhoz, hogy érzékeltessük: a könyvben javasolt reform egyik alapgondolata, az alapvető ellátás állami garantálása, csak akkor valósítható meg (és ha már megvalósult, csak akkor tartható fenn), ha a jövedelmi és kockázati szolidaritás társadalmilag elfogadott. Ahol a szavazók egy része, s ennek nyomán a parlament többsége elutasítja a 2., szolidaritási elvet és a vele járó specifikus egalitáriánus újraelosztást az alapvető egészségügyi ellátásban, ott a könyvben vázolt reformok megvalósíthatatlanok, illetve tarthatatlanok lesznek.

A további fejtegetéshez feltesszük, hogy a visszautasítására nem került sor; a jövedelmi és kockázati szolidaritást elősegítő közfinanszírozásba ágyazott specifikus redisztribúció politikailag elfogadható és megőrizhető. Ezek után is nyitva marad számos kérdés, amelyek közül itt néhányat érinteni fogunk.

A *6.1, 6.2* és *6.3 táblázat* némi betekintést ad abba, hogy miként oszlanak meg a terhek és az egészségügyi kiadások a lakosság különböző csoportjai között Magyarországon, Szlovéniában és a Cseh Köztársaságban. Sajnos a három táblázat a szerkezeti elté-

6.1 táblázat A társadalombiztosítás egészségügyi kiadásainak megoszlása a biztosítottak kategóriái szerint Magyarországon, 1995

Kategória	A lakosság hányadában, %	A finanszírozás hányadában, %	Az összköltés hányadában, %	Átlagos egy főre jutó kiadás, Ft
Alkalmazottak	31,1	68,0	24,3	20 708
Nyugdíjasok[1]	23,2	21,3	44,8	51 350
Egyéni vállalkozók	7,5	3,3	5,9	20 708
Munkanélküliek	2,2	1,7	1,6	18 474
Egyéb[2]	36,0	5,7	23,4	17 300

[1] A nyugdíjasok járulékát nem a nyugdíjból vonták le, hanem azt saját összköltségvetése terhére a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat utalta át, a nyugdíjakkal arányosan. 1997-ben ez az átutalás megszűnt.

[2] Az „egyéb" kategóriába tartoznak a saját jogon biztosítottak által eltartott családtagok, továbbá azok, akiknek járulékait a költségvetés utalja át.

Forrás: World Bank 1997b.

6.2 táblázat A társadalombiztosítás egészségügyi kiadásainak megoszlása a biztosítottak kategóriái szerint Szlovéniában, 1998

Kategória	A lakosság hányadában, %		A finanszírozás hányadában, %	Az összköltés hányadában, %	Átlagos egy főre jutó kiadás
Alkalmazottak, munkaadók és önfoglalkoztatók	63,1			49,2	95 000
Eltartottak nélkül		39,1	80,2		
Nyugdíjasok[1]	26,6			43,8	184 000
Eltartottak nélkül		23,5	16,7		
Gazdálkodók	1,9			1,2	68 000
Eltartottak nélkül		1,2	0,5		
Egyéb[2]	8,4			5,8	48 000
Eltartottak nélkül		6,7	2,6		
Összesen	100,0	70,5	100,0	100,0	

[1] A nyugdíjasok járulékát nem a nyugdíjból vonták le, hanem azokat saját összköltségvetése terhére a Nyugdíjbiztosítási Intézet utalta át, a nyugdíjakkal arányosan.
[2] Az „egyéb" kategóriába tartoznak a munkanélküliek, a segélyezettek és azok, akik járulékát az önkormányzat fizeti.

Forrás: Health Insurance Institute of Slovenia 1999.

6.3 táblázat A társadalombiztosítási járulék megoszlása a biztosítottak kategóriái szerint a Cseh Köztársaságban, 1994

Kategória	A biztosított lakosság megoszlása, %	A társadalombiztosítás járulékokból származó összbevételének megoszlása, %
Saját finanszírozásúak:		
Alkalmazottak	41,0	73,4
Önfoglalkoztatók	4,5	4,6
Egyéb	1,7	1,0
Állami finanszírozásúak		
Nyugdíjasok	21,5	8,5
Gyerekek	24,2	9,6
Munkanélküliek	2,7	1,1
Gyerekgondozási szabadságon lévők	2,5	1,0
Egyéb	1,9	0,7

Forrás: NERA 1996.

rések miatt nem hasonlítható össze közvetlenül. Emellett a lakosság osztályozása nem szerencsés; a reziduális kategóriákban összeadódnak olyan csoportok, amelyeket külön-külön kellene megfigyelni a disztribúció alaposabb megértése érdekében. Nem csupán az a baj, hogy a könyv szerzői, vagy általában a téma kutatói nem rendelkeznek kellő áttekintéssel. Az átláthatóság követelménye sérül itt; a közvélemény nem képes nyomon követni, ki fizet kinek a javára.

Jobb adatforrás nem lévén, ezekből a táblázatokból próbálunk néhány következtetést levonni. Az alfejezetben korábban mondottakat alátámasztják a magyar és a szlovén adatok: a nyugdíjasok alapvető egészségügyi ellátása egy főre számítva jóval többe kerül, mint az aktív korúaké. A fent kifejtett érvek értelmében senki sem várja el, hogy az idősek a saját zsebükből fizessék ki a magas költségeket. Viszont az aktív adófizetőktől az idősek felé való redisztribúció nem átlátható, mert a nyugdíjasok egészségügyi ellátásának csak kis hányadát fedezi a nyugdíjrendszer. A finanszírozás többi része nem követhető nyomon. Valóságosan el kellene különülnie az idősek egészségügyi ellátását szolgáló programnak, s ezt a programot kellene parlamenti jóváhagyással közpénzből finanszírozni.

A könyv kiindulópontjául szolgáló etikai elvekkel egybecseng, és valójában az alapvető ellátás finanszírozásában a jövedelmi szolidaritás fenntartásának a feltétele, hogy a szegények és a munkanélküliek alapvető ellátásának számláját a társadalom fizesse meg. Ám az átláthatóság elve megkövetelné, hogy ezek a finanszírozási terhek is elkülönítve jelenjenek meg az elszámolásban. Világosan látszódjék, hogy melyik hatóság vagy melyik program fedezi a rászorultak ellátását.

Nem csak az átláthatósággal van baj. Ha elnagyoltan is, de azért ezek a táblázatok is tükrözik a posztszocialista országok adórendszerének általános visszásságait, különösen az adóterhek méltánytalan elosztását. Az aktív korú lakosság jövedelme két nagy halmazra osztható. Az egyik a munkavállalók munkaviszonyból eredő legális jövedelme. Ez jól megfogható, s erre egyszerűen kivethető a jövedelem függvényében meghatározott adó vagy járulék. Ennél a jövedelemnél könnyű érvényesíteni a fenti 3. számú redisztribúciót, amelynek megfelelő eszköze az egyszerű lineáris béradó vagy az ezzel ekvivalens lineáris társadalombiztosítási járulék. Aki többet keres, többet fizet. A másik halmazba tartozik minden egyéb jövedelem, amelyet az adózásnak nehéz megragadnia, és amely képes akár teljesen is kibújni minden adóteher alól. Sok ember szerez láthatatlan jövedelmet. Például a munkaadó, a munkavállalóval megegyezve, csupán a tényleges jövedelem egy részét jelenti be, másik részét zsebből, az adózást megkerülve fizeti ki. Sok ún. egyéni vállalkozó vagy önfoglalkoztató, akik között lehetnek nyomorban tengődő alkalmi munkások és milliomos üzletemberek, jövedelmeit vagy teljesen letagadja, vagy csak egy részüket jelenti be. Külön kell szólni a mezőgazdasági lakosságról, amely a statisztikai számbavételben esetleg részben átfedi egymást az előbb említett önfoglalkoztató csoporttal. A mezőgazdasági lakosság velamennyi kelet-európai országban a létszámhoz képest aránytalanul kevéssé veszi ki részét a közteherviselésből, és ezen belül az egészségügyi járulékok fizetéséből.[9]

Az egyetemes jogosultság nem csak azt jelenti, hogy mindenki *részesül* az alapvető ellátásban, hanem azt is, hogy mindenki megfizeti az egészségügyi adót vagy a kötelező járulékot, hacsak a társadalmi szolidaritás másképp nem diktálja. Utóbbi tekintetében azonban az egyetemesség nem érvényesül: nem mindenki, aki megfelelő jövedelemhez

9 Albániában pl. a vidéken élő önfoglalkoztatók teszik ki a népesség 54 százalékát, de 1997-ben mindössze egy tizedük fizetett egészségügyi hozzájárulást (Health Insurance Institute of Albania 1998).

jut, *járul hozzá* az alapvető ellátás finanszírozásához. Nagyon sok a potyautas. A közvélemény képes lenne megbékélni a potyautasok létezésével, ha mindegyikük ágrólszakadt szegény ember lenne. Csakhogy a valóságban igen sok az elfogadható körülmények között, sőt esetleg kifejezetten jómódban élő, de a közterhek viselése alól kibújó potyautas. Ha elnagyolt formában is, de a két halmazra való osztódás tükröződik a három táblázat munkavállalókra vonatkozó soraiban. A lakosság 30–40 százalékát alkotják, de a finanszírozási terhek 60–80 százaléka hárul rájuk.[10] A finanszírozási teher sokkal elfogadhatóbb lenne, ha a lakosság nagyobb hányada között oszlana meg, bevonva azokat is a teherviselésbe, akik nem fizetnek jövedelemadót, holott a gyakorlatban közülük sokan valójában munkaviszonyban szerzik a jövedelmüket.

Az elmondottak figyelembevételével megfogalmazható néhány ajánlás.

Szélesebb bázis

Az alapvető egészségügyi ellátást szolgáló pénzügyi források bővítése része egy általánosabb feladatnak, amely napirenden van valamennyi kelet-európai országban: a járulékfizetés bázisának kibővítése. Törekedni kell az adózást megkerülő informális, félig vagy egészen illegális gazdaság átvezetésére az adózásnak alávetett, a közterhek viselésében részt vevő legális gazdaságba. Ez magában foglalja az alapvető egészségügyi ellátás potyautasai elleni fellépést is.

Eddig az egészségügyi járulék kifejezést használtuk, mert nyitva akartuk hagyni azt a kérdést, hogy vajon adónak vagy társadalombiztosítási járuléknak minősüljön-e a kötelező befizetés. Ezen a ponton azonban már szűkül a választási lehetőség. Ha a megcímkézett, egészségügyi célokra szolgáló kötelező befizetés bázisát ki akarják terjeszteni pl. olyan jövedelmekre is, amelyek nem munkával szerzett keresményhez kapcsolódnak, akkor elkerülhetetlen egy általános egészségügyi adó bevezetése és a korábbi biztosítási járulék beolvasztása ebbe az új átfogó adónembe. Tehát az egészségügyi adó bázisának kiszélesítése – és nem az adókulcsok növelése – a bevételi oldal növelésének ajánlott módja.[11] Ha az adóalap kibővülne, akkor az alapvető ellátás jelenlegi színvonalának

---

10 A *6.1 táblázat* első oszlopában közölt 1995. évi eloszlás 2002-re a következőképpen módosult: a foglalkoztatottak részaránya 31,1%-ról 38,2%-ra, a nyugdíjasoké pedig 23,2%-ról 32,9%-ra nőtt (KSH 2004). Ez a változás nem indokolja a fenti általános következtetés módosítását.

11 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.

A németországi vitákban is hangot kapott az a bírálat, hogy egyoldalúan terhelik a jóléti rendszer fenntartásával a bérből és fizetésből élő lakosságot. A lakosság aktív része így támogatja pl. azokat is, akik erre nem szorulnak rá, mert tőkejövedelmeik vannak. Lásd Henke 1988: 67. Hasonló érvek elhangoztak az Egyesült Államokban is; lásd a *4. lábjegyzet*et.

fenntartásához csökkenteni lehetne a kulcsokat. Illetve, ha a színvonalat növelni akarnánk, akkor azt meg lehetne tenni a kulcsok emelése nélkül.

Egyszerű és jól áttekinthető szabályt ajánlunk. Az egészségügyi adó legyen semleges: ne kezelje eltérően a jövedelmeket, bármely forrásból származzanak is. Bárhonnan, bármilyen jogcímen jut jövedelemhez az állampolgár, abból be kell fizetnie a megcímkézett egészségügyi adót. Nem szeretnénk új kategóriákat ebből az alkalomból kitalálni és új elnevezéseket bevezetni. Az adózás jelenlegi gyakorlatából kell átvenni az adóköteles jövedelem alkalmas definícióit. A *2. fejezet*ben leírt elvekkel összhangban egy egyszerű, lineáris, egykulcsos és minden jövedelemre – függetlenül annak eredetétől – kivethető egészségügyi adót javaslunk. Bizonyos kivételek elkerülhetetlenek, de célszerű ezek számát alacsonyan tartani.

A minimum megkövetelése

Az egészségügyi adó elkerülésének megnehezítése céljából minden jövedelemmel rendelkező, illetve kereső állampolgárnak minimálisan meghatározott fix adót kell fizetnie, hogy maga és eltartottjai számára megszerezze a jogot az alapvető ellátás igénybevételére. Más szóval, egy meghatározott jövedelemszintig ezt a fix összeget kell fizetnie mindenkinek, e fölött pedig az adót a jövedelemmel arányosan kell megállapítani – esetleg szintén egy meghatározott jövedelemszintig (erre később visszatérünk).

A fix, illetve a jövedelemarányos adó mértékének meghatározásakor egységességre kell törekedni. Bár a fix minimumadón alapuló adózás regresszív – csakúgy, mint a betegek által fizetett kötelező hozzájárulás –, mégis hasznosnak mondható, mivel nyilvánvalóvá teszi a finanszírozás és a szolgáltatás tartalma közötti kapcsolatot, és ezáltal fegyelmező hatást gyakorol. Mindkét adónem esetében mentességet kell biztosítani azoknak, akiknek alacsony jövedelmük miatt a fizetés aránytalanul nagy pénzügyi terhet jelentene. Így sokkal kisebb lenne a mentességet élvező jövedelmek aránya, és az engedmény mértéke is kisebb lenne, hiszen jelenleg meglehetősen magas a mentességet élvező jövedelmek aránya az összjövedelmen belül. Az egyik célkitűzés pontosan az adóalap kiszélesítése, miközben elismerjük egyes mentességek jogosultságát. A fix adó összegének és az azt kiegészítő jövedelemarányos adó progresszivitásának beszabályozásával a politikai döntéshozók a demokratikus processzus keretében határoznak arról, mi legyen a méltányos újraelosztás és az ösztönzés közötti kívánatos egyensúly a finanszírozásban.

Van olyan elképzelés is, hogy az állampolgár, ha kívánja, önként léphessen ki az általános egészségügyi szolgáltatás rendszeréből: nem fizet járulékot és lemond a közfinanszírozású ellátásról. Nézetünk szerint a régió jelenlegi fejlettségi színvonalán ez a kilépési jog nem adható meg. Mivel nagymértékű a nélkülözhetetlen redisztribúció, a legmagasabb összegű járulékot fizető rétegek kilépése súlyos veszteséget okozna. Viszont nem helyes korlátlanul alkalmazni a járulék lineáris kirovásának formuláját. Bizonyos jövedelemszintig a járulék maradjon arányos a jövedelemmel, de e küszöb felett legyen erősen regresszív vagy akár zéró. Ilyen járulék formulát alkalmaznak számos nyugati országban és egyes kelet-európai országokban is.

Közvetlen hozzájárulás, önrész

Mivel ez a fizetési kötelezettség felfogható a beteget terhelő olyan adóként, amely független a jövedelemtől, gyengíti az alapvető ellátást széles alapokon nyugvó adókból fedező redisztribúció hatását. Ugyanakkor, ahogy a *3. fejezet*ben már kifejtettük, az egyetemes kötelező hozzájárulásnak jelentős szerepe van a kereslet korlátozásában (erre a következő alfejezetben visszatérünk).[12] E szempontok egyensúlyának megteremtése érdekében, a regresszív hatás enyhítésére, indokolt aránylag alacsonyan megszabni ezt a fizetési kötelezettséget.

Címkézett hozzájárulás

Az alapvető ellátás pénzigényének minél nagyobb hányadát kell fedezni megcímkézett egészségügyi hozzájárulásból (vagy ahol bevezethető, megcímkézett egészségügyi adóból) és minél kevesebbet címkézetlen általános költségvetési bevételből. Az előbbi finanszírozási formát politikailag is könnyebb elfogadtatni.

Szektorsemlegesség és kockázatkiigazítás

Ha már minden jövedelem adózik az alapvető ellátás érdekében, akkor mindenkinek joga van részesedni belőle. Tehát az is kapja meg a neki járó részt, aki pl. magánkórház vagy magánorvos szolgáltatásait veszi igénybe. Az alapvető ellátásra való jogosultság legyen szektorsemleges, azaz legyen érvényesíthető akár állami, akár magánszolgáltatónál. A kérdéssel később részletesen foglalkozunk.

Mindaz, amit a jelen alfejezet eddig kifejtett, kizárólag az alapvető ellátásra vonatkozik, és nem érvényes a kiegészítő ellátásra. Utóbbiban nem a 2. elv, hanem az 1. elv dominál. Reformjavaslataink szerint – mint azt a *6.7 alfejezet* majd részletesen tárgyalja – minden egyén, illetve a kiegészítő biztosítási költség egy részét esetleg átvállaló munkaadó olyan kiegészítő biztosítást vásárol, amilyet tud és akar,[13] természetesen a piaci kudarc kivédésére szolgáló általános szabályok figyelembevételével.

---

12 Nem akarunk merev szabályokat alkalmazni. Ott, ahol a hozzájárulás nagy terhet ró rászorult emberekre, engedményeket kell tenni.

13 Amennyiben a munkaadó anyagilag hozzájárul az általa szervezett csoportos kiegészítő biztosításhoz, redisztribúciót hajt végre. Ez úgy is értelmezhető, mint az azonos szervezetben dolgozó különböző méretű fizetést kapó munkavállalók közötti szolidaritás megnyilvánulása.

6.4 Közvetlen hozzájárulás

Ezt a fizetési módszert korábban futólag többször is említettük, és keresletoldali költségmegosztásnak is neveztük. Most vizsgáljuk meg közelebbről.

Amint a *3. fejezet*ben rámutattunk, a fizetési rendszerekre (és egyben a finanszírozásra és a juttatásokra) vonatkozó elgondolások egyik dilemmája, hogy a betegek által fizetett különböző méretű hozzájárulások a keresleti oldalon trade-off hatást indukálnak a hatékony felhasználás, a széles alapokon nyugvó kockázatviselés és a szolidaritás között. A 8. és a 9. elv, amelyek a harmonikus kiadási arányokra és a finanszírozás fenntarthatóságára vonatkozó követelményeket fogalmaztak meg, tulajdonképpen nem igényelnék a közvetlen hozzájárulást. Az alapvető ellátás fedezhető lenne kizárólag az egészségügyi adóból vagy kötelező járulékokból. Ez valószínűleg adminisztratív előnyökkel járna, hiszen a közvetlen hozzájárulás beszedése és könyvelése többletmunkával jár. Egyben garantálná a maximális kockázatmegosztást, valamint az alapvető szolgáltatást igénybe vevő, különböző kockázatú betegek közötti szolidaritást.

A közvetlen hozzájárulás szükségessége a 4. elvből, a hatékonyságra való ösztönzés követelményéből vezethető le. Triviális közgazdasági igazság, hogy az ingyenesség pazarlást és hiányt szül. Bár az erkölcsi kockázat mindenfajta biztosítással kapcsolatban felmerül, idővel a kiegészítő szolgáltatások esetében magától értetődően a szolgáltató és a fogyasztó között közvetítő piaci mechanizmus fogja majd kialakítani a piactisztító árat a biztosítási díj és a hozzájárulás tekintetében egyaránt. Az alapvető ellátás esetében nem ez a helyzet, mivel a közfinanszírozás célja az, hogy biztosítsa a kockázati és a jövedelmi szolidaritást. Emiatt e szolgáltatások felhasználójának anyagi érdekeltsége a ráfordítás korlátozásában szükségszerűen sokkal gyengébb, mintha piaci árat fizetne. Ám ha gyengébb is, nem helyes a keresletoldali költségmegosztást teljesen kiiktatni. Még a jelképes nagyságú hozzájárulásnak is van fegyelmező ereje. Pontosan azért lenne jótékony hatású egy szerény hozzájárulás bevezetése az alapvető ellátás esetén, sőt, azt is ki kellene kötni, hogy ne lehessen olyan kiegészítő biztosítást vásárolni, amely teljes egészében fedezné ezt a hozzájárulást is, mert az aláásná a várt fegyelmező hatást.

Figyelemre méltó, hogy sok fejlett országban nő a közvetlen hozzájárulás szerepe az alapvető ellátás finanszírozásában. Franciaországban például a keresletoldali költségmegosztás százalékos önrész formájában valósul meg: fix összegű hozzájárulás helyett a beteg a költségek bizonyos százalékát fedezi. Vásárolható olyan kiegészítő biztosítás, amely finanszírozza ezt a költségtérítést, de felvetődött, hogy még kiegészítő biztosítás birtokában se mentesülhessen a beteg a költségek egy részének közvetlen viselésétől (OECD 1994b). Németországban kórházi kezelés esetén a biztosított az első két hétben minden napért meghatározott összeget fizet, két hét elteltével a további kezelést teljes mértékben a biztosítás fedezi (Pfaff, Busch and Rindfüsser 1994).

A kelet-európai reformok jelenlegi állapotát leíró *5. fejezet*ben rövid áttekintést adtunk arról, hogy melyik ország hol tart a kötelező hozzájárulás bevezetésében. Az *5.6 táblázat*ból kitűnik, hogy a régió több országában számos alapvető szolgáltatáshoz nem kapcsolódik semmiféle hozzájárulás. Noha már megtörténtek az első lépések a közvetlen hozzájárulás bevezetésére a gyógyszerellátásban, ezek a régió országainak nagy ré-

szében még nem mentek eléggé messzire. Ezeken a pontokon tehát, nézetünk szerint, további lépésekre lenne szükség.

A politikusoknak körültekintő módon, a jövedelem- és költségmegosztási szempontokat lelkiismeretesen szem előtt tartva kell eljárniuk, ugyanakkor törekedniük kell a hatékony felhasználást segítő ösztönzők erősítésére és az erkölcsi kockázat csökkentésére. 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 gazdasági válság idején próbálják bevezetni.[14] Lehetőleg olyankor kell az alkalmazását szorgalmazni, amikor a gazdaság fellendülőben van, és (a nem túl nagy) plusz terhelést ellensúlyozza a reálkeresetek növekedése.
- Szabjanak plafont az egy évre fizetendő hozzájárulás összegének. Ha ezt a határt elérte az állampolgár (vagy az együttes plafont a család), akkor ettől kezdve már ne kelljen hozzájárulást fizetnie. Ez a plafon esetleg igazodhat a család jövedelméhez.
- A kötelező hozzájárulás alól való mentesítés kritériumainak meghatározása nagyfokú körültekintést igényel. Az újraelosztást szolgáló intézkedések létjogosultságát a 2. elv (szolidaritás) igazolja, alkalmazása pedig attól függ, hogy a szociális szektor általában, az egészségügyi rendszer pedig különösen miként viszonyul a rászorulókhoz. Ha például pénzbeni támogatásokkal kíván rajtuk segíteni, a támogatás mértéke befolyásolja a mentességre vonatkozó döntést. Ha a támogatás elegendő arra, hogy a hozzájárulást is fedezze, akkor az ösztönzőket fenn kell tartani a segélyezettek esetében is. Ekkora mértékű támogatásra azonban nem mindig van lehetőség; ilyenkor a rászorulókat mentesíteni kell kötelező hozzájárulás fizetése alól.

Nem ennek a könyvnek a feladata a részletes gyakorlati előírások kidolgozása; csak szemléltetni szerettük volna, mit értünk azon, hogy meg kell kísérelni a hozzájárulás okozta nehézségek enyhítését. Ám miközben hangsúlyozzuk ezt a szempontot, megismételjük: a teljes és általános ingyenesség felszámolása, azaz a 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.

---

[14] Magyarországon a közvetlen hozzájárulás első bevezetésével 1995-ben a stabilizációs-kiigazítási program keretében próbálkoztak. A pénzügyi kormányzat kénytelen volt az ellenállás láttán visszakozni (Losonczi 1997: 93). Horvátországban az 1990-es évek elején bevezetett kötelező hozzájárulás, valamint egyes preventív eljárások kivétele az alapvető ellátás köréből ahhoz vezetett, hogy a legrosszabb anyagi helyzetben levők kiestek a preventív és az alapellátásból. Ez hosszú távon komoly károkat okozhat (Chen and Mastilica 1998).

6.5 Az alapvető ellátás

Az előző fejezetek főbb vonalaiban már tisztázták az alapvető ellátás és a kiegészítő ellátás közötti különbségeket. Az alapvető ellátásra fordítható összeg felső határát a politikai szempontból megvalósítható makroköltségvetés határozza meg. Ebben a fejezetben arra a korántsem egyszerű kérdésre keressük a választ, hogy az alapvető ellátásnak mely szolgáltatásokat kellene tartalmaznia. Kinek kell megállapítania, hogy az alapellátás keretében az állampolgárok milyen egészségügyi szolgáltatásokra legyenek jogosultak?

Mivel az erőforrások valamennyi társadalomban korlátozottak, mindenütt szükség van valamiféle korlátozásra. A korlátozás fontosságát még az a tény sem csökkenti, hogy a társadalombiztosítás gyakran minden „orvosi szempontból indokolt" szolgáltatást fedez. Miért tekintenénk Németországban más szolgáltatást orvosi szempontból indokoltnak, mint Albániában? „A legtöbb olyan eljárás, amellyel az ellátást korlátozzuk, megfoghatatlan, elhomályosítják őket a kulturális beidegződések, a politikai szempontok és a gazdasági realitások" (Mechanic 1997: 83–4). Az orvosi szempontból szükséges meghatározáson alapuló egészségbiztosítási rendszer a döntés valamennyi terhét az orvosra, illetve általában a szolgáltatóra hárítja. A szolgáltató ugyanakkor inkább az egyes beteg igényét tartja szem előtt, és egyáltalán nem törődik a makroköltségvetés szabta korlátokkal. De miért is maradna a makrokereten belül az orvosi szempontból szükséges egészségügyi ellátás iránti kereslet, ha a szolgáltatást nem korlátozzuk olyan implicit módszerekkel, mint például a várakozási idő és a szolgáltatás minőségi kiigazítása? Az alapvető ellátás orvosi szempontból szükséges szolgáltatások alapján történő behatárolása nem megfogható, sőt félrevezető. Kézzelfoghatóbb szempontrendszerre van szükség.

Az alapvető ellátás körének megállapításához mi egy átlátható, a prioritásokat explicit módon meghatározó és társadalmilag elfogadható folyamatot javasolunk. Rögtön az elején le kell szögeznünk, hogy az egészségügyi szolgáltatás biztosítására vagy kizárására vonatkozó kritériumok sohasem lesznek tökéletesek és egyértelműek. Mindig lesznek olyan esetek, amikor szükség van az orvos ítéletére. Nem létezik olyan fontossági sorrend, irányelv vagy kezelési protokoll, amelyet valamennyi helyzetben alkalmazni lehetne. Pontosan ezért hangsúlyozzuk az ösztönzők szerepét. Végső soron a betegeknek és a szolgáltatóknak kell dönteniük az egészségügyi ellátás rendelkezésére álló erőforrások felhasználásáról, s ezeket a döntéseket az ösztönzők is befolyásolják. Bár nem lehetséges mindent előre meghatározni, ez korántsem jelenti azt, hogy ne lenne szükség egyfajta legitim és áttekinthető folyamatra, amelynek a segítségével a társadalom eldöntheti, hogy az alapvető ellátás milyen egészségügyi szolgáltatásokat tartalmazzon.

Az átmeneti gazdaságok e téren rengeteg más állam tapasztalatára is támaszkodhatnak. Számos fejlett országban komoly erőfeszítéseket tettek azért, hogy a társadalombiztosításban valamilyen fontossági sorrendet érvényesítsenek. Svédországban például külön parlamenti bizottság foglalkozik a problémával. A hollandiai Dunning Bizottság jelentése 1991-ben négy szempont figyelembevételét javasolta a fontossági sorrendek kialakításában: az orvosi ellátásnak szükségesnek, hatásosnak és hatékonynak kell lennie, s mindemellett szükség van a betegek felelősségvállalására is. Új-Zélandon szintén egy erre a célra létrehozott bizottság által szervezett egyeztető tárgyalások keretében dol-

gozták ki az egészségügyi ellátás prioritásait. Az egyesült államokbeli Oregon államban azáltal tudták kiterjeszteni az egészségbiztosítást több alacsony jövedelmű családra, hogy a Medicaid által finanszírozott alapvető ellátást egy meghatározott szolgáltatási körre szűkítették. Izrael 1995-ben, az országos egészségbiztosítási rendszer bevezetésekor szembesült az alapvető ellátás meghatározásának kemény feladatával.

Tekintsük át röviden az alapvető ellátás meghatározására eddig alkalmazott módszereket!

a) Az alapvető ellátás először is meghatározható a bevett gyakorlat alapján. Eszerint a betegek minden általuk megszokott szolgáltatást továbbra is megkapnak. Új-Zélandon például valamennyi jelenleg nyújtható szolgáltatás beletartozik az alapvető szolgáltatások körébe, mivel „az új-zélandiak korábbi generációinak értékítélete, illetve elvárásai" ezt követelik meg (Honigsbaum et al. 1995: 26). Izraelben az új országos egészségbiztosító pénztár az ország addigi legnagyobb egészségbiztosítási pénztárának szolgáltatáslistáját vette át (Chinitz and Israeli 1997). A bevett gyakorlat fenntartása azonban több problémát is felvet (például ronthatja a rendszer hatékonyságát), ugyanakkor társadalmilag elfogadott, s legtöbbször politikai szempontból is védhető. Ez a megközelítés jó kiindulópont lehet a kelet-európai országokban, ahol a lakosság többsége elvárja, hogy az állam valamennyi orvosi szolgáltatást finanszírozza. Amennyiben az alapvető szolgáltatások körét a ráfordítások jelenlegi szintjén határozzák meg, a továbbiakban arra lehet koncentrálni, hogy a makroköltségvetésben bekövetkező bármely növekedés hogyan jelenjen meg a mikroszinten.
b) Az alapvető ellátás körét jelentősen befolyásolja az egészségügyi szektor kapacitása – mind tárgyi, mind pedig humán tőke tekintetében. Az új orvosi eljárások elterjedése különösen nagy szerepet játszik a makroköltségvetés által szabályozott alapellátás meghatározásában. A legtöbb OECD-országban léteznek olyan szigorú szabályrendszerek, amelyekkel a technológiai újításokat – mint pl. az új gyógyszerek, orvosi felszerelések biztonságos alkalmazását – vigyázzák. Bár könyvünk nem foglalkozik a munkaerő-politikával és a technológiai bevizsgálásokkal kapcsolatos kérdésekkel, le kell szögeznünk, hogy az egészségügyi beruházásokra és az egészségügyi képzésre vonatkozó döntések közvetett módon, de óriási mértékben befolyásolják, hogy milyen szolgáltatások válnak elérhetővé és lesznek a társadalmilag elfogadott alapvető ellátás részévé.
c) Az alapvető ellátás meghatározásának egy másik lehetséges eszköze egy fontossági sorrendet tükröző lista összeállítása. A sorrend megállapításának egyik gyakran használatos és logikus módja az „értéket a pénzünkért" elv alkalmazása. Ezt a célt szolgálhatja a gyakorlatban pl. a költséghatékonyság mérése. Költséghatékonyságnak tekintjük ebben az összefüggésben az ellátás eredményeként az egészségi állapotban bekövetkező javulás (ahhoz viszonyítva, hogy mi történt volna, ha nincs beavatkozás) által generált „netto nyereség" és a „költség" hányadosát. Az egyes szolgáltatások költséghatékonyság alapján történő rangsorolásából rendkívül sok minden kiderül. Bár a költségeket sem lehet tökéletes pontossággal meghatározni, a nagyobb nehézséget mégis az egészségügyi ellátás által generált nettó nyereség mérése okozza. Némi korrekció, „kiigazítás" mindenképpen szükséges, mivel nem biztos, hogy a beteg egy sérülésből vagy betegségből száz százalékosan felépül (azaz esetleg

maradandó életminőség-romlást szenved). Két ilyen, években mért korrigált költséghatékonysági mutatót említünk meg: az egyik az „életminőséggel korrigált életév" (angol rövidítéssel: QALY), a másik a „funkcióvesztéssel korrigált életév" (DALY). A megfelelő adatok birtokában e két mutató segítségével sorrendbe állíthatjuk a szolgáltatásokat aszerint, hogy mekkora ráfordítást igényel eggyel több egészséges életév biztosítása. Minél alacsonyabb ez a költség, annál magasabb az adott szolgáltatás költséghatékonysága.[15] A tervezést érdemes a makroköltségvetés „kitöltésével" kezdeni, s a legnagyobb költséghatékonyságú szolgáltatásoktól kiindulva fokozatosan haladni lefelé a listán az alacsonyabb költséghatékonyságúak irányába. Ezt a költséghatékonysági „algoritmust" alkalmazták például az egyesült államokbeli Oregon államban, amikor 1990-ben a Medicaid által nyújtandó szolgáltatásokat először rangsorolták. Ám a lista, amelyet végül csak 1994-ben vezettek be, nem követte pontosan a költséghatékonyság szempontjait (Tengs 1996). A jelenleg használatos listán 743 betegség–ellátás pár szerepel. Az 1999–2001-es költségvetés az 574. tétellel bezáróan finanszírozta az ellátást (Office for Oregon Health Plan Policy and Research Homepage 2000).

Noha a bizonyítékokon alapuló orvoslás korában jó megoldásnak tűnik a költséghatékonyság szerint rangsorolni, ez inkább csak első megközelítésnek tekinthető, amelyet gondos felülvizsgálatnak kell követnie. A költséghatékonyság kritériuma alapján történő rangsorolás túlságosan egyoldalú ahhoz, hogy mechanikus alkalmazásával összeállítható legyen az alapvető ellátás körébe bevont szolgáltatások *végső* listája. Mivel az egészségügyi ellátás biztosításában számos egyéb társadalmi elvárást is figyelembe kell venni, a költséghatékonyságon alapuló listát rugalmasan kell kezelni. Az Oregonban 1990-ben kialakított betegség–ellátás párokat tartalmazó lista magas prioritást adott több olyan ellátásnak is, amelyet sokan feleslegesnek tartottak, mint például az ujjszopás vagy a krónikus migrén kezelését. Még nagyobb tiltakozást váltott ki egyes súlyos betegségek, például az AIDS és a cisztikus fibrózis kezelésének alacsony besorolása (Tengs 1996). Az Oregoni Egészségügyi Bizottság módosított listájában három fő kategóriába sorolták be az ellátásokat: „alapvető fontosságú" (pl. krónikus, halálos betegségek kezelése), „nagyon fontos" (krónikus, de nem halálos betegségek kezelése), illetve „egyesek számára hasznos" (pl. meddőségben szenvedők kezelése). A listán a bizottság tagjai ezután „finomhangolást" végeztek a közvélemény és orvosi szakértők bevonásával. Az eljárás jól illusztrálja a szigorúan technikai rangsorolás korlátait.[16]

Explicit szolgáltatási listát nem csak Oregon államban használnak. Már említettük, hogy Izraelben például a társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatások listájának összeállításakor az egyik nagy egészségbiztosítási pénztár szolgáltatási listáját

15 Többek között a Világbank is a DALY alapján számított költséghatékonyságot javasolta a fontossági lista összeállításának szempontjául (World Bank 1993).

16 Új-Zélandon az ún. Alapellátási Bizottság úgy vélte, hogy egy efféle lista „vagy olyannyira tág lehet csak, hogy már értelmét veszti, vagy olyan szűk, amitől már rugalmatlanná és igazságtalanná válik"; a brit kormány pedig egyenesen „felettébb veszélyes vállalkozásnak" minősítette az ellátások explicit felsorolását (Ham 1997: 61–2).

vették alapul. Kétségtelen azonban, hogy az oregoni kezdeményezés volt az első, amelyben a költséghatékonyság kulcsszerepet játszott a rangsorolás kezdeti szakaszában. A módszerrel kapcsolatban főként a betegség–ellátás párok sorba rendezését kritizálják. A bírálók ugyanakkor gyakran elsiklanak az oregoni módszer erényei fölött, nevezetesen, hogy a lista elkészítése egy *folyamat* eredménye volt, s hogy az érintettek (a betegek, az orvosok, a szolgáltatók, valamint az egészségbiztosítók) általában elfogadhatónak tartják.[17]

Oregonban a biztosítottak több mint háromnegyede menedzselt egészségbiztosítással rendelkezik. A finanszírozás fejkvóta alapján történik, amit a fontossági listán szereplő alapvető ellátások várható költségei szerint állapítanak meg. Mivel az integrált biztosító-szolgáltató teljes pénzügyi kockázatot vállal, orvosaiknak lehetőségük van arra – amivel élni is szoktak – , hogy olyan betegségek kezelését is engedélyezzék/elvégezzék, amelyek explicite nem szerepelnek az alapvető ellátásban (Bodeheimer 1997: 654). Ez is egy példa arra, hogy a fizetési ösztönzők hogyan befolyásolhatják egy adott egészségügyi szolgáltatás biztosítására vagy kizárására vonatkozó döntéseket. A fejkvótás rendszer révén az állam a felelőséget az integrált szolgáltatói szervezetekre hárítja, ezért saját költségvetési korlátja akkor sem puhul fel, ha megengedi, hogy a betegek részesüljenek a hatékonyság növekedéséből származó előnyökből. Ez viszont indokolhatja a finanszírozott szolgáltatások körének kitágítását, arra azonban figyelni kell, hogy ez ne vezessen kockázati szelekcióhoz. A fentiek és számos más tényező is mérsékelte az oregoni lista által kiváltott vitát.[18]

d) Az alapvető ellátás körének meghatározásában gyakran óriási szerepet játszik az ország jogrendszere is. Oregonban például azért kellett megváltoztatni az eredeti listát, mert úgy tűnt, hogy a sorrend felállításához használt algoritmus látszólag alulértékelte a különböző rokkantsági fokú emberek életminőségének biztosítását, s így potenciálisan sértette az amerikai rokkantsági törvényt. Izraelben a sclerosis multiplex kezelésére használt Betaseronnal kapcsolatos viták hatására esettanulmány készült a bíróságoknak az alapvető ellátás módosításában betöltött szerepéről. A betegség az izraeli társadalombiztosítási törvény szerint biztosítást élvez, ennek ellenére 1995-ben többektől is megtagadták a Betaseront. Válaszul a betegek egy csoportja pert indított, és a bíróság úgy határozott, hogy jár nekik a gyógyszer. A rákövetkező évben az Egészségügyi Minisztérium javasolta a gyógyszer felvételét az alapvető ellátásba, s a Pénzügyminisztérium, illetve a Munkaügyi és Közjóléti Bizottság egyetértésével a

---

17 Ellenvetésként elhangozhat, hogy az Oregonban működő rendszer a lakosság legszegényebb rétege számára jelent csak korlátozásokat, nem pedig a társadalom egészére nézve, s ezért erkölcsileg nem fogadható el (pl. Daniels 1998). Ezzel az állásponttal mi is egyetértünk, s megjegyezzük, hogy az átmeneti gazdaságok számára mi ennél sokkal szélesebb, a teljes rendszerre kiterjedő reformokat javasolunk, amelyben az alapvető és a kiegészítő ellátás között tett megkülönböztetések minden társadalmi rétegre érvényesek.

18 A biztosítottság szintje emelkedett: egyrészt megnőtt a biztosítottak száma, másrészt egyes korábban kizárt szolgáltatások (pl. a fogorvosi ellátás és a szervátültetés) is rákerültek a listára. Továbbá, mivel ellátást csak diagnózis birtokában lehet megtagadni, a biztosító által finanszírozott vizsgálatok során esetleg felfedezett olyan betegségeket is kezelnek (pl. a hörghurutot), amelyek gyógykezelését egyébként nem fedezné a biztosító (Bodenheimer 1997: 653–54).

Betaseron hivatalosan is felkerült a listára. Az Egészségügyi Minisztérium (az Egyesült Államok példáját követve) a jogosultság megállapítására irányelveket tett közzé. Egy bíróság azonban eltörölte ezt a korlátozásként értelmezett intézkedést, azzal az indokkal, hogy „a költségszempont csak azt teszi lehetővé, hogy egy gyógyszert vagy kezelést teljesen kizárjanak a finanszírozott szolgáltatások köréből, de hogy ki kaphatja meg és ki nem, ha már benne van a kosárban, azt nem. Az ilyen ellátás igénybevételéről kizárólag a kezelő orvos rendelkezhet" (Chinitz and Israeli 1997: 208).

e) Az alapvető ellátás körének meghatározásában – általában más, hasonló célt szolgáló módszereket kiegészítve – egyre nagyobb szerepet kapnak a különféle klinikai irányelvek. Ezek indokolhatják, hogy valamely szolgáltatást felvegyenek a listára, de csak megszorításokkal. Egy szolgáltatás költséghatékonyság alapján történő rangsorolása például igencsak eltérő lehet attól függően, hogy kit részesítenek benne (pl. idősebb, illetve fiatalabb nők körében végzett mammográfiai szűrővizsgálatok). Hollandiában nagyon ritka, hogy szolgáltatások egész csoportjait zárnák ki; helyette inkább a támogatás mértékét korlátozzák (Ham 1997: 61). Oregonban az Egészségügyi Szolgáltatások Bizottsága nemrégiben hat klinikai irányelvet fogalmazott meg azzal a céllal, hogy „tisztázzák a betegség–ellátás párok mögött meghúzódó szándékokat" (Oregon Health Services Commission 1999: ix). Az irányelvek rögzítése valójában kísérlet arra, hogy tapasztalati alapon összehangolják a szolgáltató szakmai döntéseit, a betegek igényeit és azt az átfogó társadalmi célt, hogy a korlátozott erőforrások felhasználásában prioritások érvényesüljenek.

A legnagyobb biztosítók (pl. az óriási amerikai menedzselt ellátó szervezetek) pénzügyi protokollok alapján hozzák meg a különböző egészségügyi szolgáltatások biztosítására vagy kizárására vonatkozó döntéseiket. Ezek nemegyszer olyan konkrét utasításokat tartalmaznak az orvosok számára, amelyek az orvosi gyakorlaton és különböző pénzügyi szempontokon alapulnak. A módszer a klinikai irányelvek és a fizetési ösztönzők szervezeti úton való összehangolásával arra tesz kísérletet, hogy a szolgáltatók klinikai döntésein keresztül befolyásolni lehessen a szolgáltatások körét.

f) Egy másik lehetséges módszer olyan lista összeállítása, amely azt sorolja fel, hogy mely szolgáltatások *nem* tartoznak a térített ellátások körébe. Sok OECD-országban például a fogászati, a szemészeti ellátás, az általános kivizsgálások és az oltások, a mesterséges megtermékenyítés stb. nincsenek benne az alapvető ellátásban. Variáció erre a témára, amikor az alapvető ellátást aszerint határozzák meg, hogy van-e a társadalombiztosítás által nem támogatott szolgáltatásoknak életképes magánbiztosítási piacuk. Bár a magánbiztosítások számos szolgáltatás esetében rendszerint önmaguktól, természetes úton jelennek meg a piacon, vannak olyan egészségügyi szolgáltatások, amelyeket magánbiztosítók egyáltalán nem, vagy csak ritkán biztosítanak, vagy amelyeket túlságosan bonyolult lenne a magánbiztosítási piac keretein belül finanszírozni. Pontosan ezért Hollandiában az alapvető ellátások listáját a kivételes egészségügyi kiadásokról szóló törvény keretében kiegészítették azokkal a szolgáltatásokkal, amelyeknek „kockázati szintje olyan magas, hogy azt az egyének nem vállalhatják fel, illetve a magánbiztosítók sem tudják megfelelően támogatni", mint például az elmegyógyintézeti kezelést (Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport 1998: 5).

Az alapvető ellátás körének meghatározására tehát többféle eljárás létezik. Az egyes egészségügyi szolgáltatások biztosítására vagy kizárására vonatkozó döntések körül gyakran komoly viták bontakoznak ki, s szerepet kap bennük a politika is. Az ellátással kapcsolatban döntési joggal rendelkező személyeket gyakran keresik meg különböző biztosított vagy szolgáltató csoportok, amelyek az általuk fontosnak tartott, ám az alapvető ellátásból kizárt szolgáltatások érdekében igyekeznek lobbizni.[19] Minden országnak arra kell törekednie, hogy megtalálja a saját kulturális, politikai és gazdasági körülményeinek leginkább megfelelő megoldást.

Az egészségügyi politika kelet-európai alakítóinak nézetünk szerint törekedniük kell arra, hogy az alapvető ellátás körének meghatározásakor az *átláthatóság* elvének megfelelően járjanak el. Ha megkerülik az explicit sorrend felállításával járó nehézségeket, az eredmény az lesz, hogy a korlátozások mögötti döntések nem lesznek átláthatóak.[20] A lakosság bevonása elengedhetetlen. Új-Zélandon kérdőíveket alkalmaztak, valamint etikai workshopokat, nyílt szakértői és lakossági fórumokat tartottak. Svédországban és Oregonban szintén munkacsoportok vizsgálták és tárgyalták a felmerülő kérdéseket. Hollandiában átfogó kampánytervet dolgoztak ki, amelynek keretében a közvélemény tájékoztatásán kívül jelentéseket, elemzéseket juttattak el az egészségügyi dolgozókhoz, akiknek az anyagokhoz fűzött észrevételeiből visszajelzést kaptak a szakmától is. A kampányban óriási szerepet kapott a sajtó is (Ham 1997).

Olyan intézményrendszert kell kialakítani, amely egyrészt koordinálja a lakossági részvételt, másrészt folyamatosan felügyeli és korszerűsíti az alapvető ellátás körébe tartozó szolgáltatások listáját. Ilyen intézmények sok országban már most is léteznek, máshol még eztán kell létrehozni őket. A végső döntési jog általában a törvényhozóké, ám több országban is kísérletet tettek arra, hogy adott egészségügyi szolgáltatás listába való felvételére irányuló döntést távol tartsák a napi politikai civódástól.

Most pedig nézzünk néhány már működő intézményi megoldást.

Az Oregoni Egészségügyi Bizottságot az állami törvényhozás hívta életre annak érdekében, hogy az egészségügyi szolgáltatások fontossági listáját elkészítse és karbantartsa. A bizottság tizenegy tagból áll (öt orvosból, négy fogyasztói képviselőből, egy nővérből és egy szociális munkásból). A listát pillanatnyilag félévente módosítják, az új eljárások felvételéről pedig évente döntenek. A kétévenkénti törvényhozó üléseket megelőzően alapos felülvizsgálat keretében ellenőrzik a szolgáltatókat, valamint nyilvános meghallgatásokat tartanak. A bizottság öt orvos tagjából álló albizottság először értékeli a lakosság egészségi állapotában bekövetkezett változásokat, majd ajánlásokat tesz a bizottságnak. A lista módosításának várható pénzügyi hatásait független biztosításmatematikai cég vizsgálja. Ha a módosítás komoly anyagi vonzattal jár, akkor a bi-

19 Izraelben például számos, széles körben ismert, de költséges eljárás egy-egy betegséghez kötődő érdekcsoport nyomásgyakorlásának következtében került be az alapvető ellátásba (Chinitz and Israeli 1997).

20 Norman Daniels filozófus az egészségügyre vonatkozó korlátozások létjogosultságát és igazságosságát négy feltételhez köti, amelyek közül az egyik éppen az, hogy a döntések indoklását a nyilvánosság elé kell tárni, s lehetővé kell tenni megtámadásukat is.

zottságnak az Oregoni Törvényhozó Válságtestület elé kell terjesztenie az indítványt. A bizottság akkor is köteles jelentést tenni a törvényhozó szerv vezetőinek, ha nem várható költségnövekedés. Az 1997-ben elfogadott Költségvetési Törvényt megelőzően Oregon államnak a szövetségi szervek engedélyét is meg kellett szereznie. A bizottság létrehozott egy olyan albizottságot is, amelynek feladata, hogy kidolgozza azokat a módszereket, amelyek segítségével a listát összeállítják.

Izraelben a társadalombiztosítási törvény végrehajtását az egészségügyi miniszter által vezetett Országos Egészségügyi Tanács felügyeli, amelyben az egészségbiztosítási pénztárak és a fogyasztók képviselői, egészségpolitikusok, valamint állami tisztviselők kapnak helyet. Az alapvető ellátás körének felülvizsgálata gyakorló vezető orvosokból álló orvosi tanácsok részvételével történik. Az egészségügyi miniszter ajánlatokat tehet egyes szolgáltatások alapvető ellátásba történő felvételére, viszont „ha ezek többletköltséggel járnak, akkor a pénzügyminiszterrel együtt biztosítania kell a szükséges forrásokat. Ha egy szolgáltatást törölni akarnak az alapvető ellátás köréből, azt csakis a parlament Munkaügyi és Közjóléti Bizottságának hozzájárulásával tehetik meg" (Chinitz and Israeli 1997: 206–7).

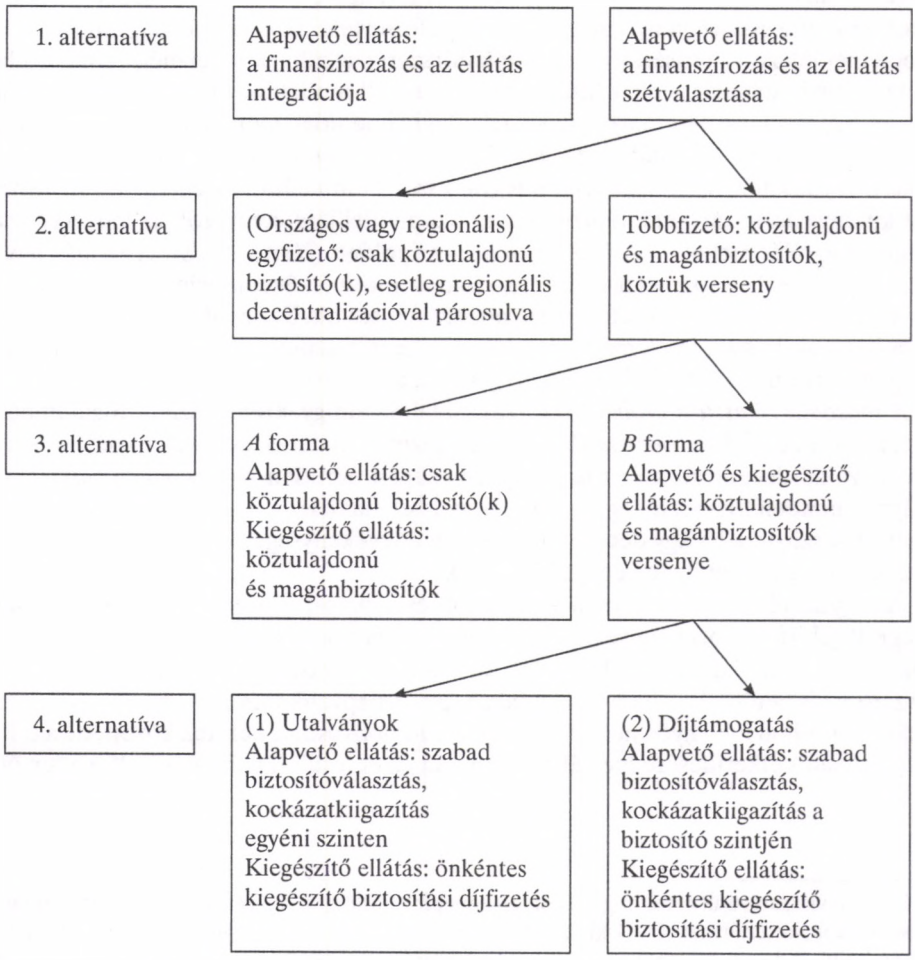
Hollandiában is hasonló a helyzet: az Egészségbiztosítási Alap Tanácsa (vagy Egészségbiztosítási Bizottság) az egészségügyi szolgáltatások biztosítására vagy kizárására vonatkozó javaslatait az Egészségügyi, Közjóléti és Sportminisztérium közvetítésével felterjeszti a parlamentnek. A Tanács 38 tagja között megtalálhatók a munkaadók, a munkavállalók, a biztosítók és az egészségügyi szolgáltatók képviselői (Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport 1998).

Kelet-Európában a prioritások meghatározására egyedül Szlovéniában alkalmaznak átlátható eljárásokat. Az Egészségügyi Minisztérium, a szolgáltatók és az egészségbiztosító képviselői minden évben tárgyalásokat folytatnak, ahol az évre vonatkozóan megállapodnak a szolgáltatások mennyiségéről és áráról, valamint a finanszírozás módjáról. A megállapodás többek között tartalmazza, hogy a biztosító például hány csípőprotézis-, szürkehályog- és szívműtétet, MRI-vizsgálatot stb. fog finanszírozni. A várható betegszámot az előző év adatai, illetve a várólisták hosszúsága alapján állapítják meg. (Érdemes megjegyezni, hogy minderről pontos adatok állnak a rendelkezésükre.) Az így kialakított keretekre pályázhatnak a szolgáltatók; a kereten felüli eljárásokat nem fizeti a biztosító. 1998-ban a kórházban ellátott betegek száma nyolc százalékkal meghaladta az előirányzott keretet, ám a szolgáltatások összértéke így is csak a terv 95,3 százalékát tette ki. Azok a kórházak, ahol a teljesítés nem érte el a tervezettet, kárpótlást kaptak a biztosítótól. Így akarják megelőzni, hogy az intézmények mindenáron elköltsék a részükre kiutalt teljes keretet (Health Insurance Institute of Slovenia 1999).

6.6 Tulajdon, decentralizáció és menedzselt verseny a biztosításban

A további tárgyalás során feltételezzük, hogy a reform kidolgozói elfogadták a *6.1–6.5 alfejezet*ekben előterjesztett javaslatainkat. Tehát készek az alapvető ellátást egyetemes jogként értelmezni és közpénzből finanszírozni. Ám még ezek után is több alternatíva adódik, amelyek több szempont szerint osztályozhatók.

A reform tervezőinek egymásból elágazó döntések sorozatát kell meghozniuk. Ezek logikai sémáját a *6.2 ábrán* mutatjuk be. Az ábrán, egymás alá helyezve, négy alternatívát, azaz választási lehetőséget mutatunk be. A bal oldalon látható döntés nem igényel



6.2 ábra A biztosítási rendszer decentralizálásának alternatívái

további választást. A jobb oldalon látható döntés viszont új elágazáshoz, a soron következő választási lehetőséghez vezet. Így haladhatunk választásról választásra.

Az első választási probléma: az alapvető ellátás közvetlen állami finanszírozása valósul-e meg egy integrált állami egészségügyi szolgálattal, vagy pedig a szolgáltatást különféle szolgáltatóktól vásárolja az állam, pl. egy társadalombiztosítási rendszeren keresztül. Amint azt már korábban leírtuk, az első klasszikus példája az eredeti angol, a másodiké a német rendszer. Emlékeztetőül álljon itt egy szemléltető példa. Az első rendszerben a közkórház költségeit (egy adminisztratív hatóság közvetítésével) a költségvetés közvetlenül fedezi. Az utóbbi rendszerben az alapvető ellátás finanszírozására társadalombiztosítási járulék címén behajtott közpénz nagy része egy (vagy több) biztosítóintézet pénztárába kerül, és az fizet a kórháznak. Ebben a rendszerben a pénz követi a beteget ahelyett, hogy azt a központi költségvetés közvetlenül a szolgáltatónak adná.

Könyvünk az utóbbi alternatívát javasolja, mert nézetünk szerint rugalmasabb, átláthatóbb és több elágazást nyit meg a további reformvariánsok irányába. (Amint a *4. fejezet*ben már jeleztük, a vásárlói és a szolgáltatói szerep elkülönítésével még az angol állami egészségügyi szolgálat is elmozdult a tiszta integrált modelltől.) És ami a legfontosabb érv: amúgy is a társadalombiztosítás a jelenlegi kiindulóállapot a legtöbb kelet-európai országban (lásd az *5.2 táblázat*ot). Mivel ezek az országok már áttértek az ellátás központi irányítását és finanszírozását integráló szovjet modellről az ellátást és finanszírozást különválasztó társadalombiztosítás német modelljére, nem szólnak lényeges érvek az újraintegrálás mellett.[21] A *3. fejezet*ben leírt tipológia (lásd a *3.1 ábrát*) alapján úgy tűnik, hogy Kelet-Európában is az I. Integráció formát a II. Szeparáció forma váltotta fel, ami megítélésünk szerint a reform első pozitív lépése volt. Ez azonban még nyitva hagyja azt a kérdést, hogy milyen mértékben maradt fenn a szponzor(ok), a biztosító(k) és a szolgáltató(k) integrációja (II.i, II.ii vagy II.iii); a kérdésre még visszatérünk.

A második választási probléma: a szakirodalomban gyakran használt fogalompárral élve, az egyfizetős és a többfizetős rendszer közötti választás, és ezzel összefüggésben a centralizálás–decentralizálás foka. Legyen csupán egyetlen egészségügyi biztosító, amelynek minden fogyasztó tagja, és az alapvető ellátás összes vagy majdnem összes költségét finanszírozza? Vagy decentralizálják ezt a tevékenységet, és legyenek kisebb kockázatközösségek, netán versenyző biztosítók?

Az egyfizetős rendszer esetén a szponzori és a biztosítói szerep magától értetődően integrált (II.ii). A kormány vagy a nem üzleti központi alap, azaz a szponzor, amely az alapvető ellátásra kötelezően befizetett járulékot a fogyasztók nevében kezeli, a biztosító szerepét is betölti. Sok híve van annak, hogy az alapvető egészségügyi ellátás finanszírozása maradjon meg ilyen nem üzleti, társadalombiztosítási keretek között, de a túlzott központosítás elkerülésére hajtsák végre a szervezet területi felbontását. Egyetlen óriás

---

21 Később visszatérünk arra, hogy érdemes-e megfontolni az ellátás és a finanszírozás integrálását kisebb, az amerikai HMO-khoz hasonló egységekben az egészségügy decentralizált hálózatán belül. A lengyelországi egészségügyi reformról szóló, évekig tartó vitáknak ez fontos elemük volt (Bossert and Wlodarczyk 2000).

szervezet helyett alakuljanak régiónként méreteiben kisebb, áttekinthetőbb társadalombiztosítási szervezetek. Ezek versenyezzenek egymással; minden jogosult egyén hozzátartozóival együtt automatikusan a területileg illetékes társadalombiztosító ügyfele. Ezzel tehát a finanszírozás monopóliuma fennmarad, ha nem is országos, de regionális szinten. Nem alakult ki élénk vita arról, hogy érdemes-e területi decentralizálást megvalósítani az alapvető ellátás biztosítási monopóliumának fenntartása mellett. Ez nem kényes társadalmi-politikai kérdés, hanem szinte tisztán adminisztratív probléma. A területi decentralizálás híveinek érve, hogy az az adminisztratív kiadásokat csökkenti és a működést rugalmasabbá teszi. Ahol ténylegesen megvalósul ez a kedvező hatás, ott semmi sem szól ellene.[22]

Ennél lényegesebb kérdés, hogy a biztosítás monopóliuma fennmaradjon-e, vagy érdemes inkább több biztosító bevonásával versenyhelyzetet teremteni.

A többfizetős rendszer megszünteti a biztosítás monopóliumát: több biztosító működik egymás mellett, versenyt folytatva a fogyasztókért, s így a szolgáltatók több fizetőtől is bevételhez juthatnak.[23] Bár elméletben előfordulhat, hogy az egymással versengő biztosítók mind állami tulajdonban vannak, a gyakorlat szerint a többfizetős rendszerekben szinte mindig magánbiztosítók szerepelnek. Mindennek ellenére egy országos szintű szponzor – egyfajta központi alap – is tovább működhet, amely úgy közvetít a fogyasztók és a biztosítók között, hogy az egészségügy finanszírozására szánt közpénzeket a fogyasztók választásának megfelelően osztja szét a biztosítók között. Ebben az esetben a szponzorszerep különválik a biztosító szereptől (lásd a II.i vagy II.iii formát a *3.1 ábrán*).[24] A magánbiztosítók egészségbiztosításaik értékesítésében versenyeznének egymással. De hogyan viszonyuljanak a magánbiztosítók a nem kereskedelmi, társadalombiztosítási szervezetekhez (amelyek eredetileg szponzorként és biztosítóként is funkcionáltak)? Csak kiegészítsék azok tevékenységét, vagy versenyezzenek is velük?

---

22 Az, hogy megéri-e területi decentralizációra törekedni, az adott ország méretétől is függ. A volt kelet-európai szocialista országok lakossága külön-külön alig éri el a tíz milliót. A 38,5 millió lakosú Lengyelországban viszont már sokkal nagyobb hangsúlyt helyeznek a problámára. A területi decentralizáció elve valamennyi reformjavaslatban helyet kapott (Bossert and Wlodarczyk 2000).

23 A társadalombiztosítás régiók szerinti decentralizációja következtében egyes szakosodott szolgáltatók (pl. a korszerű, hightech berendezésekkel rendelkező kórházak az ország fővárosában) számos régióból fogadhatnak betegeket; így az utánuk járó térítéseket különféle biztosítóktól kapják, vagyis többfizetős rendszer alakul ki. Hogy különbséget tudjunk tenni e között a megoldás, illetve a régiókon belüli több biztosítóval működő rendszer között, az előbbit továbbra is regionális egyfizetős rendszernek fogjuk nevezni.

24 A szponzor akár saját biztosítóval is rendelkezhet, miközben a biztosítókat versenyezteti, ám így kevésbé tud objektív maradni velük szemben. Az újraelosztást a Cseh Köztársaságban egyetlen biztosító, az Általános Egészségbiztosítási Intézet végzi, amelynek ily módon szponzori szerepe van. Lengyelországban különálló kiegyenlítő alapot hoztak létre, amely a regionális egyfizetőktől elkülönülten működik.

A harmadik választási probléma: melyiket válasszuk az alábbi A és B alternatíva közül?

A. Ebben a felállásban az alapvető ellátás biztosításának monopóliuma továbbra is fennmaradna. A kockázat összegyűjtése megvalósulhat akár központi, akár regionális szinten. Miközben az alapvető ellátás biztosításában továbbra is monopólium érvényesülne, meglennének a jogi feltételei annak, hogy a kiegészítő ellátásban mind a biztosítás, mind a szolgáltatás területén versenyhelyzet alakulhasson ki. Kiegészítő ellátásra állami és magánbiztosítók egyaránt ajánlhatnának biztosítást.[25]
B. Ebben az esetben megszűnik az alapvető ellátás biztosításának állami monopóliuma. Nem csak a kiegészítő, hanem az alapvető ellátás finanszírozására is vállalkozhat magánbiztosító. Az egészségügyi biztosítás ezáltal olyan ágazattá válik, amelynek minden üzletágában verseny folyik.

A szakirodalomban élénk vita folyik az egy-, illetve a többfizetős rendszerek relatív előnyeiről.[26] A legtöbb vita a harmadik választási problémával, a többfizetős rendszer kialakításával, illetve annak konkrét működési formáival kapcsolatban folyik. A többfizetős rendszer elsősorban azért lenne előnyös a kelet-európai országok számára, mert elősegíti a választás, a verseny kialakulásának és a hatékonyságra való ösztönzés elvének érvényesülését. Ha a rendszerben megjelennek a kiegészítő szolgáltatások, és a fogyasztók szabadon köthetnek rájuk biztosítást, akkor szinte automatikusan kialakul a többfizetős rendszer. Kiegészítő ellátásokra vonatkozó biztosítást természetesen egyetlen állami fizető is kínálhat, ám ilyenkor a fogyasztóknak nem igazán van választásuk. Ha azonban a kiegészítő szolgáltatások biztosítási piaca élénk, akkor több, egymással versengő (állami és magán-) biztosító között lehet választani.

Kelet-Európa számára az a legfontosabb kérdés, hogy ha a lakosság elfogadná a többfizetős rendszert, vajon az életképes lenne-e. Nem gerjesztett erős indulatokat az a javaslat, hogy a magánbiztosítók beléphessenek a kiegészítő biztosítás üzletágába. A baj az, hogy a magánbiztosítók között nem keltett különösebb lelkesedést az ötlet. Tulajdonképpen a lehetőségeket sem igen tárták fel. Ami igazán érdekelné a magánbiztosítókat, az az alapvető ellátásban való részvétel. Ha olyan biztosítást kínálhatnának, amely magában foglalná mind az alapvető, mind a kiegészítő ellátást, akkor egyszeriben óriási piacok nyílnának meg előttük. Ha egy biztosító azért akar alapvető és kiegészítő ellátásra is biztosítást nyújtani, hogy hatékony, integrált szolgáltatást ajánlhasson ügyfeleinek, akkor üdvözölni és bátorítani kell e törekvésében.

---

25 Itt egy terminológiai problámába ütközünk. A társadalombiztosítás fogalmát eredetileg a tiszta bismarcki modellre alakalmazták, amelyben a biztosító bevételét a tagok kötelező befizetései alkotják, s a biztosítónak monopóliuma van az alapvető ellátás finanszírozásában. Ha magánbiztosítók is bekapcsolódhatnak az alapvető ellátás finanszírozásába, kétséges, hogy indokolt-e a társadalombiztosítás fogalmát kizárólag a nem kereskedelmi, köztulajdonú biztosítók számára fenntartani. Nem szeretnénk terminológiai vitákba bonyolódni. Ezért a továbbiakban a köztulajdonú biztosító kifejezést állítjuk szembe a magánbiztosítóval.

26 A biztosítás centralizálásának és decentralizálásának előnyeiről és hátrányairól lásd Saltman and Figueras 1997: 43–58

Egyre azonban vigyázni kell: a biztosítók azért is szívesen árulnak biztosítást alapvető és kiegészítő ellátásokra, mert az lehetővé teheti a számukra anyagilag rendkívül előnyös kockázati szelekciót. Ha egy magánbiztosítónak kiegészítő ellátásokra vonatkozó vonzó biztosítási ajánlataival sikerül „lefölöznie" az alacsonyabb költségű fogyasztókat, tekintélyes nyereségre tehet szert, míg a magasabb költségű betegek a káros szelekció következtében a köztulajdonú szervezet(ek)re maradnak. Ebben a fejezetben, majd a későbbiekben is több javaslatot is teszünk arra, hogy miként lehet ezt megakadályozni.

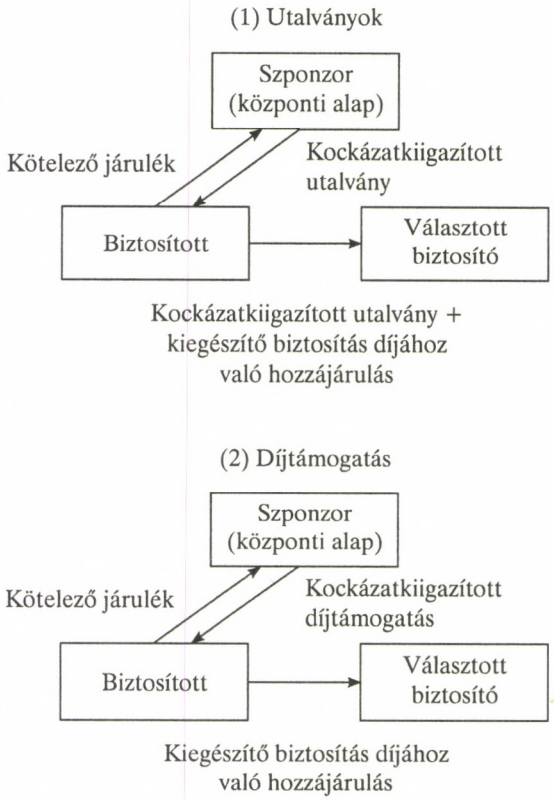
Mielőtt összefoglalnánk az A és a B variáns mellett, illetve ellenük szóló érveket, érdemes kitérni arra, hogy a B variáns, amely menedzselt versenyt teremt mind az alapvető, mind pedig a kiegészítő ellátások biztosítási piacán, milyen strukturális megoldások mentén működjék. Az alapvető ellátás finanszírozásának igazi decentralizálása, azaz az egymástól független magán- és köztulajdonú szervezetek közti verseny többféle adminisztratív-technikai formában szervezhető meg. Az alapvető ellátás finanszírozását szolgáló eszközök, elsősorban az állampolgár által fizetendő kötelező járulékok, egy központi állami pénztárba futnak be.[27] A fogyasztók választanak az egymással versengő biztosítók közül. Hogyan jusson el az alapellátást finanszírozó közpénz, amelyet a központi alap kezel, a választott biztosítóhoz?

Itt érkeztünk el a *negyedik választási problémához.* Amint az a *6.2 ábra* utolsó sorában látható, két alternatíva közül kell választani. Ezeket a *6.3 ábra* mutatja be részletesebben.

Az egyik lehetséges módszer az *utalvány-* (voucher-) rendszer. A szponzorként működő központi alap mindenkinek, aki az alapvető ellátásra jogosult, minden évben ad egy utalványt, amelyet ki-ki a maga választotta biztosítónak ad át. Az utalvány összege differenciált, elsősorban az életkor, továbbá a nem, a foglalkozás és egyéb szempontok szerint, azaz az utalványok értéke egyénre lebontott kockázatkiigazítást tükröz. Tehát például a 70 éves ügyfél utalványa sokkal nagyobb befizetést hoz a biztosítónak, mint a 30 évesé. Az utalványok egyéni kockázat alapján kiigazított összegét úgy számítják ki, hogy az utalványok összértéke megegyezzen az alapvető ellátásra fordítható makrokerettel. A fogyasztó választ a biztosító által felkínált biztosítási szerződésfajták közül; ezek mindegyike tartalmazza az alapvető ellátási csomagot, de különbözik a kiegészítő ellátás tekintetében (a finanszírozott szolgáltatások, az önrész mértéke, az orvosválasztás lehetősége stb.). A biztosító fizetsége két tételből áll: az ügyfél egyrészt átadja a kockázat szempontjából kiigazított utalványát, másrészt saját zsebből befizeti a választott kiegészítő biztosítás díját. Ebben a rendszerben a biztosító ugyanazt a szolgáltatáscsomagot más-más áron adja a különféle fogyasztóknak. Az alapvető ellátásért fizetendő

---

27 A *24. lábjegyzet*ben tárgyalt terminológiai probléma folytatásaképpen itt fel kell vetni: hogyan nevezzük az állampolgár kötelező egészségügyi befizetését. Ahol már meghonosodott a német modell, ott társadalombiztosítási járuléknak nevezik. Ha a *6.2 alfejezet* javaslatát elfogadnák, akkor egészségügyi adónak kellene hívni. Ugyanakkor, amint azt a *24. lábjegyzet* kifejtette, kétséges, hogy meddig tartható fenn a társadalombiztosítás kategóriája, ha az egészségügyi biztosítás minden üzletágában verseny folyik köztulajdonú és a magánbiztosítók között. Ezért a könyv hátralevő részében, gyűjtőfogalomként, a kötelező járulék kifejezést fogjuk használni. Sőt, sokszor a kötelező jelzőt el is hagyjuk, ha a kontextusból világos, hogy a kötelezően befizetendő járulékról, nem pedig önkéntes biztosítási díjról van szó.



6.3 ábra A finanszírozás iránya a különböző decentralizált biztosítási módokban

biztosítási díjat viszont mindenkinek a saját egyéni alapon kiigazított utalványa alapján határozza meg.

A *biztosítási díj támogatása* egy másik lehetséges módszer arra, hogy a központi pénzalapból származó összegeket átadják az egymással versengő biztosítóknak. Ebben az esetben ugyanazért a szolgáltatáscsomagért mindegyik biztosító ugyanannyit kérne minden ügyfelétől. A központi alapból a lakosság minden tagja fix összegű támogatást kapna az alapvető ellátásra vonatkozó biztosítás megszerzésére. Ez az összeg valamennyi alapvető ellátásra jogosult esetében azonos. A fogyasztók a kínálatot felmérve választanak biztosítót. Ha a kiválasztott biztosító biztosítási díja magasabb, mint a központi alap által nyújtott támogatás mértéke, akkor a különbözetet a fogyasztónak kell megfizetnie. Ezért a biztosító kiválasztásakor a fogyasztók költségtudatosan viselkednek, a biztosítók pedig – annak érdekében, hogy jó sokan válasszák őket – igyekeznek minél kedvezőbb ajánlattal előállni. Az utalványrendszerrel ellentétben a központi alap nem a fogyasztónak, hanem egyenesen a választott biztosítónak adja a díjtámogatást. Ennek az ex ante kifizetésnek kockázati szempontból kiigazítottnak kell lennie, hogy tükrözze a kockázat

mértékét, amelyet a biztosítottak jelentenek. Ez arra ösztönözheti a biztosítókat, hogy a kedvező kockázatok begyűjtése helyett költségcsökkentéssel és/vagy jobb minőségű szolgáltatásokkal versenyezzenek egymással. A káros szelekció vegyes fizetéssel, illetve a magas kockázat gyűjtésének kötelezővé tételével is csökkenthető.[28]

A biztosítási díj támogatásán alapuló menedzselt verseny figyelemreméltó példája a Harvard Egyetem gyakorlata. Az intézmény egy meghatározott összeggel járul hozzá a biztosítási díjakhoz, miközben alkalmazottainak választási lehetőséget igyekszik kínálni. Kilencféle biztosítás közül lehet választani, amelyek pl. a biztosítási díj és a kötelező hozzájárulás mértékében, a nyújtott szolgáltatásokban és a szolgáltatók közötti választás korlátozottsága tekintetében különböznek egymástól. A dolgozó döntésétől függetlenül a munkaadó minden esetben ugyanakkora mértékű díjtámogatást nyújt. Így ha valaki drágább (s reményei szerint kedvezőbb) biztosítást köt, magasabb díjat kell fizetnie. Mivel az egyetemi támogatás egységes, ez nem befolyásolja az alkalmazottak döntését. Az egyes biztosítók közötti verseny megteremtésével jelentősen sikerült csökkenteni mind az egyetem, mind a dolgozók kiadásait. Ugyanakkor megjelent a káros szelekció (lásd a *3.1 alfejezet*et). A legbőkezűbb biztosító díjcsapdába került, ellehetetlenült, és végül ki is vonult. Ezáltal az alkalmazottak a nekik legvonzóbb biztosítástól estek el. E káros mellékhatás ellenére a biztosítók közötti verseny összességében kedvező hatású volt (Cutler and Reber 1998).

Az ilyen szelekciós problémák leküzdése céljából a díjtámogatás összegének, mint már mondtuk, kockázati szempontból kiigazítottnak kell lennie. [A Cutler és Reber (1998) által leírt vizsgálat idején a Harvardon nem végeztek kockázatkiigazítást.] A központi alapnak meg kell becsülnie, hogy a lakosság egyes tagjainak alapvető ellátása mekkora költséggel fog járni. Mivel a központi alap valamennyi biztosított után közvetlenül a biztosítónak fizet, a díjtámogatás kockázatkiigazításakor a várható költségek becslése a biztosítottak csoportjaira, nem pedig egyénekre vonatkozóan történik.

A negyedik választási lehetőség – utalványok vagy díjtámogatás – számos olyan technikai kérdést is felvet, amelyeket egyelőre az elméleti és gyakorlati bizonyítékok hiányában nem tudunk megválaszolni. Különösen az utalványokkal kapcsolatban áll igencsak kevés tapasztalat a rendelkezésünkre. A decentralizált biztosítási piac, azaz a B variáns leghatékonyabb formájának kialakítása mindenképpen további tanulmányozást kíván.[29]

---

28 A vegyes fizetés aszerint egészíti ki ex post a központi alapból történt ex ante kifizetést, hogy a biztosítottak ténylegesen milyen mértékben vettek igénybe szolgáltatásokat. Ha a biztosítóknak kötelező a magas kockázat gyűjtése, azok után a betegek után, akiket már a szerződéskötéskor magas költségűnek nyilvánítottak, kiegészítő térítésben részesülnek. A biztosítóknak kötelező hozzájárulni ahhoz a pénzalaphoz, amely a magas költségű betegek ellátását hivatott biztosítani, s emellett lehetőségük van arra, hogy a tárgyidőszak kezdetén betegeik egy szűk csoportját a magas kockázati kategóriába sorolják. Ezeknek a magas kockázatú betegeknek az ellátását az imént említett pénzalap fedezi – bőkezűbben, mint egyéb esetekben, olykor akár teljes egészében is. A koncepció magyarázatát lásd a *3.3 alfejezet*ben, de részletesen visszatérünk rá a *8. fejezet*ben is.

29 A második szerző, Karen Eggleston úgy véli, hogy mivel a díjtámogatás választási lehetőséget teremt és kizárja a szelekciót, sokkal kedvezőbb, mint az utalványrendszer. Ennek legfonto-

Térjünk vissza a harmadik, az A és a B forma közötti választáshoz. Itt nem egyszerűen csak választási problémáról van szó. Van ország, ahol máris összecsaptak a vélemények, másutt majd eztán fog kibontakozni a vita. Magyarországon figyelemreméltó közvélemény-kutatást végeztek 1999-ben ebben a tárgykörben (lásd a *9.2–9.4 táblázat*ot). Számottevő azok részaránya, akik még a járulék növekedése esetén is támogatnák az A forma helyett a B forma bevezetését, de sokan csak a járulék változatlansága esetén helyeselnék, mások pedig egyenesen elvetik a versenyt.

Az A forma fenntartása közjogi problémákat is felvet. Ki a legitim döntéshozó a monopolhelyzetben levő társadalombiztosítás ügyeiben? A parlament vagy a kormány? Vagy legyen a társadalombiztosításnak önkormányzata? S az utóbbi esetben milyen processzus alakítsa ki az önkormányzat vezetését: valamennyi biztosított választja, vagy társadalmi szervezetek (pl. munkaadók, munkavállalók vagy az orvosok szervezetei) delegálják?[30] E kérdéseket csak jelezni akarjuk, s nem tekintjük feladatunknak, hogy erre vonatkozóan konkrét ajánlásokat tegyünk. Csak azt emeljük ki, hogy mivel sajátos monopolszervezetről van szó, amely közpénzből gazdálkodik, társadalmi felügyeletére okvetlenül szükség van.

Az alapvető ellátás állami monopóliumán alapuló A forma két nagy előnnyel rendelkezik. Az egyik az adminisztráció egyszerűsége; ez lényegesen olcsóbb lehet, mint ha sok, egymással versenyző szervezetnek kell párhuzamosan adminisztrációt kiépítenie és működtetnie, s a szolgáltatóknak is párhuzamosan több fizetőhelytől kell a fizetséget behajtaniuk.[31] A másik nagy előny, hogy az egész lakosságot átfogja. Így különösen az országos, regionálisan nem decentralizált egyfizető esetén maximális méretű az a közösség, amely a kockázaton osztozik. Ezekkel az előnyökkel állnak szemben mindazok a hátrányok, amelyek szükségképpen együtt járnak a monopóliummal: az ügyfél kiszolgáltatott, nincs módja exitre, holott az jobb teljesítményre, újításra, technikai fejlődésre sar-

---

sabb oka, hogy az egyénileg kiigazított utalványok rendszere, miközben a kiigazítás módszerei korlátozottak, súlyos szelekciós helyzetet teremtene, ami könnyen intézményesülne, és politikai szempontból is igen nehéz lenne visszafordítani. Az első szerző, Kornai János, eddigi ismeretei alapján, nem tud állást foglalni a kérdésben.

30 Kelet-Európában országonként eltérő a központosított társadalombiztosítás közjogi helyzete. Bulgáriában pl. 2000-től kezdve érvényesítheti törvényesen megszabott jogkörét az Országos Egészségbiztosítási Alap, amely autonómiával rendelkezik; vezető testületét egyenlő arányban alkotják a biztosítottak, a munkaadók és a munkavállalók képviselői. Romániában 1998-ban lépett életbe az a törvény, amely autonómiát adott az Egészségügyi Alapnak, élén a biztosítottak és a munkaadók képviselői állnak. Hasonló a társadalombiztosítás vezető testületeinek összetétele Szlovéniában is. Magyarországon viszont korábban autonóm volt a Társadalombiztosítási Alap, élén a munkaadók és a munkavállalók képviselőiből álló testülettel. Ezt az autonómiát 1998-ban számolták fel, s a kormányzat átvette a közvetlen irányítást. Ez utóbbi változtatással szemben az a bírálat hangzik el, hogy nincs kellőképp biztosítva az alapvető ellátás finanszírozásának társadalmi felügyelete.

31 Az alapvető ellátást finanszírozó monopol társadalombiztosítási szervezet Szlovéniában a költségvetése 2,2 százalékát, Magyarországon pedig 3,8 százalékát költötte adminisztrációra (Health Insurance Institute of Slovenia 1999; Magyar Nemzeti Bank 1999). Ezek a számok arról tanúskodnak, hogy az adminisztratív kiadások szintje valóban alacsony.

kallná a biztosítót. A monopolhelyzetben levő biztosítót semmilyen gazdasági ösztönző sem készteti arra, hogy egyfelől minél jobb teljesítményt követeljen meg saját adminisztrációjától és az egészségügyi szolgáltatóktól; másfelől nincs igazi oka, hogy takarékoskodjék a kiadásokkal. Ez a megoldás nyilvánvalóan összeütközésbe kerül a verseny kialakítását igénylő 3. elvvel.

Éppen ebből származnak a B forma nagy előnyei. A verseny ebben a szférában is, akárcsak minden egyéb területen, az ügyfél igényei iránti nagyobb figyelemre, találékonyságra, újításra készteti a résztvevőket. Az egyik hátrány a nagyobb adminisztratív költség. Könnyű belátni, hogy ha ez lenne a B forma egyedüli árnyoldala, a választás könnyebb lenne. A gazdaság bármely szférájáról elmondható, hogy a párhuzamosan egymás mellett működő szervezetek adminisztrálása drágább, mint egyetlen monopolszervezeté. Forprofit szervezetek bekapcsolódása esetén a bevételnek a költségen felül a profitot is fedeznie kell. Itt, egyetlen ágazaton belül, reprodukálódik a szocializmusnak a kapitalizmussal és a központi tervgazdaságnak a piaci versennyel való jól ismert szembenállása. Első megközelítésben a szembeállított párok első eleme, a központosítás és az adminisztratív monopólium statikusan szemlélve olcsóbb. És lám, a két rendszer több évtizedes valóságos rivalizálása bebizonyította, hogy a hosszabb távú dinamikát tekintve végeredményben mégis drágább, mert elkényelmesedéshez, technikai konzervativizmushoz, stagnáláshoz vezet.

Sokkal inkább problematikus a két alternatíva összehasonlítása a kockázatmegosztás szempontjából. Itt már nem elég azokat a szempontokat szem előtt tartani, amelyek minden centralizálás–decentralizálás, monopólium–verseny vitában előjönnek, hanem számolni kell az egészségügyre specifikusan jellemző problémakörrel is. Fentebb már utaltunk arra, és a *3. fejezet*ben részletesen ki is fejtettük, hogy a versennyel kombinált kockázatviselés elkerülhetetlenül káros szelekcióra, kockázati szelekcióra és lefölözésre ösztönöz. A riválisaival versenyző biztosító azzal próbálhat előnyhöz jutni, hogy elzárkózik a magas kockázatúak biztosításától. A döntéshozókra hárul a feladat, hogy a szelekcióból eredő problémák minimalizálása érdekében meghatározzák – és a szponzorokat arra ösztökéljék, hogy gondosan ellenőrizzék – a versenyző biztosítókra vonatkozó játékszabályokat. A következő két fejezetben visszatérünk erre, de ezen a ponton is érdemes néhány olyan fontos intézkedést felvázolni, amelyekre a szelekcióra való késztetés kivédése céljából szükség van.

- Törvényben kell rögzíteni, hogy az a biztosító, aki részt akar venni az alapvető ellátás biztosítási piacán, nem utasíthat el egyetlen olyan fogyasztót sem, aki alapvető ellátásra vonatkozó biztosítást akar vele kötni. Biztosítani kell, hogy előre meghatározott időszakonként mód legyen új tagok belépésére, és a szerződések ne tartalmazzanak olyan zárórendelkezéseket, amelyekre hivatkozva a biztosító például megtagadhassa a szerződéskötés előtt már létező egészségügyi probléma kezelésének finanszírozását. Adott biztosítási csomagot minden vásárlónak ugyanazon az áron kell értékesíteni. A kiegészítő biztosítás ezzel szemben önkéntes ügylet; ha az ügyfél nem hajlandó megfizetni a biztosító által kívánt díjat, a szerződést nem kötik meg.
- A biztosításnak szabályozott iparágnak kell lennie, amelybe nincs teljesen szabad belépés. A belépni szándékozó társaságnak számos szakmai és pénzügyi feltételnek kell megfelelnie. Kívánatos, hogy csak kevés, de jó nevű, tekintélyes biztosító működjék

adott területen, amelyeknek egyenként nagy létszámú tagságuk van.[32] Ez megkönnyíti a kockázat kiegyenlítését, anélkül, hogy az ügyfelekért folyó verseny veszélybe kerülne.

- A munkaadók, amennyiben támogatják alkalmazottaik egészségügyi biztosítását, nagy csoportokat léptetnek be egy-egy biztosítóhoz. Ez növeli a kockázati közösségek koncentrációját és méretét, és lehetővé teszi a munkaadóknak, hogy betöltsék a szponzor különféle szerepköreit, különösen a biztosítókkal való alkudozás során. A munkaadókról mint szponzorokról részletesen a *6.8 fejezet*ben lesz szó.
- A fizetési rendszer, s kiváltképp a kockázatkiigazítás rendkívül fontos szerepet játszik a kockázati szelekciót eredményező ösztönzők visszaszorításában. Ha a biztosító más-más összegű térítést kap különböző biztosítottjai után, az már önmagában képes csökkenteni a biztosítók ellenállását a magas kockázatú betegekkel szemben. Minél több kockázati tényezőt sikerül a fizetési rendszer révén semlegesíteni, annál inkább érdekeltté válnak a biztosítók abban, hogy befogadják – s esetleg még kimondottan keressék is – azokat a betegeket, akikre többet kell költeni. A kockázatkiigazítás összetettsége és tökéletlensége miatt preferálni kell a vegyes fizetési rendszert és a kockázat megosztását például a magas kockázatúak kötelező előzetes gyűjtésével. Ezekkel a *3.3 alfejezet*ben már említett fizetési formákkal részletesen foglalkozunk majd a *8. fejezet*ben, a kereslet és a kínálat összefüggéseinek vizsgálatakor. Egyelőre csak arra akarunk rámutatni, hogy a fenti módszerek gondosan megtervezett és következetesen alkalmazott kombinációjával jelentősen csökkenthető annak a veszélye, hogy a szelekcióból származó problémák semlegesítik a verseny innovációt serkentő jótékony hatását.

Mindez csökkentheti a B forma hátrányos tulajdonságait, de nem garantálható, hogy teljesen megszünteti azokat. Nincs hibátlan megoldás! A B forma magában rejti a piaci kudarc veszélyét. Viszont az A forma a kormányzati kudarc és a monopólium hátrányait hordozza magában.

Nézetünk szerint ne a reformer döntsön. Sőt, továbbmehetünk: itt olyan dilemma merült fel, amelynek eldöntésére ne vállalkozzék a törvényhozás sem. Egyetlen illetékes döntéshozó van: maga az állampolgár. A reform teremtse meg a feltételeket ahhoz, hogy egyénileg válasszon, mégpedig nem csak a közvélemény-kutatók kérdéseire felelve. Nem is csak a parlamenti választások keretében, amikor valamelyik párt, illetve politikus egészségügyi programjára szavaz. Szavazhasson a lábával: legyen módja valóságos belépésre és kilépésre.

---

32 A Cseh Köztársaságban, ahol 1992-ben a B variáns mellett döntöttek, eleinte gombamód szaporodtak a kis biztosítótársaságok. 1995-ben 27 biztosító működött, de egy részük még 5000 tagot sem számlált. Ezek életképtelennek bizonyultak. Csődök és egyesülések nyomán 1998-ra tíz egészségbiztosító maradt, átlag 301.000 taggal, leszámítva az egykor monopolhelyzetben lévő Általános Egészségbiztosítási Intézet jogutódját. Szlovákiában 1995-ben vezették be a B formát. A cseh példából okulva kikötötték, hogy minden egészségbiztosítónak legalább 30.000 taggal kell rendelkeznie, s két éven belül el kell érnie a 300.000-es taglétszámot, különben le kell húznia a rolót (Lawson and Nemec 1998: 245).

A kiindulópont lehetne az A forma. Központosítva vagy regionális egységekre bontva működjék tovább az alapvető ellátást finanszírozó köztulajdonú biztosító. Mellette jelenjenek meg magánbiztosítók, amelyek különböző biztosítási szerződéseket ajánlanak a fogyasztóknak. Ez a forma ma is létezik a nyugat-európai országok többségében. A kiegészítő biztosítások részaránya, ha nem is magas, de terjedelmében és a kínálat változatosságában is növekszik.

A B variáns előkészítésekor nagy gonddal kell eljárni. Első lépésben adatgyűjtést kell végezni, illetve el kell kezdeni egy olyan rendszer kidolgozását, amelyben a monopolhelyzetben levő központi alap kifizetései többé-kevésbé pontos kockázatkiigazításon alapulnak, még akkor is, ha kezdetben még mindenkinek ugyanannál a biztosítónál van biztosítása. Elegendő tapasztalatnak kell rendelkezésre állnia, hogy a kockázati szempontból kiigazított egyéni biztosítási díjat össze lehessen vetni a tényleges költségekkel. Erre azért van szükség, hogy a későbbiekben a kockázatkiigazítás a lehető legpontosabb legyen. Az eredeti köztulajdonú biztosítót érdekeltté kell tenni abban, hogy segítse kialakítani a kockázatkiigazítás legjobb technikáit és általában a szelekció kiküszöbölésének legjobb stratégiáit, mert ha a fizetési rendszer nem lenne képes megakadályozni a magánbiztosítókat a nagyobb profitot hozó betegek lefölözésében, könnyen a káros szelekció áldozatává válhat.

Ezután jogilag lehetővé kell tenni, hogy magánbiztosítók (lehetőleg olyan társaságok, amelyek már a kiegészítő biztosítás révén megismerkedtek az egészségüggyel, és amelyek más üzletágakban is megbízhatónak bizonyultak), az alapvető ellátást finanszírozó biztosítást is kínáljanak. Ekkor már megengedhető, hogy az állampolgár otthagyja a korábbi monopolbiztosítót, és az általa választott magánbiztosítóhoz csatlakozzon.

Vigyázat: ki lehetne lépni a köztulajdonú egészségügyi biztosítóból – ám ez nem foglalja magában azt a jogot, hogy bárki önkényesen abbahagyja az eddig fizetett kötelező járulék (egészségügyi adó, társadalombiztosítási járulék stb.) fizetését. Másképpen fogalmazva, a könyvben tett minden javaslat azzal számol, hogy az alapvető ellátás közfinanszírozására fennmarad a kockázat össztársadalmi szintű megosztása.

Majd kiderül, hogy élnek-e a lehetőségekkel a biztosítók, belépnek-e az alapvető szolgáltatás finanszírozásába.[33] Kiderül az is, hogy az állampolgárok kilépnek-e a korábbi monopolszervezetből és választanak-e új biztosítót a decentralizált biztosítási piacon. És végül kiderül az is, hogy a munkaadók hajlandóak-e hozzájárulni az alapvető ellátás biztosításához a kötelező mértéken felül, és hogy melyek azok a biztosítók, amelyeket erre a célra igénybe vennének. Majd kiderül az is, hogy vajon képesek-e a munkaadók alkalmazottaik felelős szponzoraként viselkedni anélkül, hogy az alapvető ellátás iránti széles körű társadalmi szolidaritást veszélyeztetnék.

Bár az egészségügyi biztosítás reformja sok fontos szempontból különbözik a nyugdíjreformtól, érdekes rámutatni, hogy némiképpen hasonló választási lehetőség nyílt meg Magyarországon a nyugdíjreform keretében. A reform lehetővé tette meghatáro-

33 Persze célszerű a magánbiztosítókkal az előtt tárgyalni, hogy megkezdődne a díjtámogatáshoz kapcsolódó kockázatkiigazítás rendszerének kidolgozása. Nem érdemes ezt a nagy szervező és adminisztratív munkát elkezdeni, ha a magánbiztosítók előre kijelentik: nem fognak belépni.

zott korosztályok számára, hogy a lábukkal szavazhassanak, azaz átvigyék múltbeli és jövendő befizetéseik nyomán járó jogosultságuk egy részét magán-nyugdíjpénztárakhoz. Kiderült, hogy igen sokan választották önként az utóbbit; jóval többen, mint amekkora átlépésre a reform kidolgozói számítottak (Economist Intelligence Unit 1998: 24).

Az egészségügyi biztosítási forma megválasztása sok szempontból nehezebb, mint a nyugdíjbiztosításé. Nehezebb, mert a nyugdíjnál csak pénzről van szó, míg az egészségügy élet-halál kérdést jelenthet. Továbbá a nyugdíjbiztosításnak nem kell olyan előrelátthatatlan katasztrofális nagyságú kiadással számolnia, mint az egészségügyi biztosításnak. Amint már mondtuk, minden biztosítónak lehetőséget kell teremtenie a rendszeres időközönkénti nyílt belépésre. A fogyasztó (és a munkáltató, ha az alkalmazottai nevében szelektív módon szerződik) változtathasson akár évenként is biztosítót. Ez magában foglalja azt is, hogy a magánbiztosításban csalódott ügyfél, ha kívánja, visszatérhessen a köztulajdonú biztosítási szervezethez. A biztosító váltása esetleg együtt jár azzal is, hogy orvost kell váltani, ami megnehezítheti a döntéshozatalt.

A magánbiztosítás térhódítása, ha egyáltalán sor kerül erre, nem egyetlen év alatt menne végbe, hanem valószínűleg több év alatt, fokozatosan, ahogy a biztosítási iparág fejlődik és vonzóbbá válik, s ahogy az emberek megbarátkoznak ezzel a lehetőséggel. A magánbiztosítóknak valóságos versenyben kell elhódítaniuk az ügyfelet a köztulajdonú biztosítóktól. Roppant káros lenne ezt a termékeny és egészséges versenyt az egészségügyi biztosítás kampányszerű, erőltetett privatizálásával helyettesíteni.

Az átszervezés nehézségekkel járhat. Ha sokan lépnek át a korábbi monopolszervezetből az új biztosítókhoz, a „kivonulás" veszélyeztetheti annak pénzügyi egyensúlyát, mivel többnyire azok maradnak nála, akik káros szelekciót jelentenek számára – vagyis költségei kisebb arányban csökkennek, mint taglétszáma. A káros szelekciót és egy esetleges önpusztító díjcsapda kialakulását pontos kockázatkiigazítással és különféle fizetési ösztönzők alkalmazásával (pl. a magas kockázat előzetes gyűjtésével) lehet elkerülni. Ráadásul az állami biztosító összes forgalmának csökkenése együtt járhat társadalmi-politikai súlyának csökkenésével. Azok, akik számára fontos volt a monopolhelyzettel együtt járó hatalom, ellenállást fognak tanúsítani.

Nehézségek várhatók a szolgáltatóknál is. A reform előtt biztonságot jelentett számukra az, hogy számíthattak a betegekre, és arra, hogy a monopolhelyzetű biztosító kapacitásuk teljes vagy csaknem teljes hányadát leköti és megtéríti a költségeiket. Most több vevővel állnak majd szemben, akik megpróbálják rászorítani őket, hogy alacsonyabb térítésért több szolgáltatást nyújtsanak. Ez esetleg nehézkesebb és sztresszesebb lesz – ugyanakkor csökkenti is a kiszolgáltatottságukat. Mindenképpen piacorientáltabb szemléletre lesz majd szükség, hogy szolgáltatásaikat eladhassák. Éppen ez a szemléletváltozás ígérkezik a B forma egyik fő előnyének.

Az elmondottak értelmében buzdítani kell a kísérletezésre. De nem szabad a B formát ráerőltetni a társadalomra adminisztratív paranccsal vagy törvényhozói kényszerrel. Csehországban 1992-ben próbálkoztak azzal, hogy kellő előkészítés és átmenet nélkül, gyorsan és radikálisan áttérjenek a B formára. Ez sok zavarral, sőt néhány esetben súlyos visszásságokkal járt. Először gomba módra szaporodtak a magánbiztosítók; később azonban több társaság tönkrement, s erőteljes konszolidációs hullám zajlott le. Amint azt már korábban, a jelen fejezet *31. lábjegyzet*ében is leírtuk: nem érvényesült az 5. elv,

azaz nem alakították ki kellőképpen az állam új szerepkörét. S ami nem kisebb hiba, nem érvényesült a 7. elv sem: nem adtak elegendő időt a felkészülésre. Minden résztvevőnek, a szponzorokat is beleértve, időre van szüksége az új rendszerhez való adaptálódásra.

Az állampolgárt semmiképpen sem szabad védtelenül, megfelelő szabályozás nélkül kiszolgáltatni a magánbiztosítóknak. Szükség van azok állami felügyeletére; a kormányzatnak, ha szükséges, be kell avatkoznia. Az 5. elv szellemében mindenképpen álljon az emberek mögött, végső garantorként, az állam. Még ha egy magánbiztosító pénzügyi kudarcot vallana is, az egyén akkor is jogosult az alapvető ellátásra. Ilyenkor az államnak, pontosabban: a kötelező járulékokat összegyűjtő központi pénztárnak kell állnia a számlát. Elégséges összegeket félre kell tenni, garanciaalapként, erre a célra. Célszerű, ha a magánbiztosítók hozzájárulnak ehhez az alaphoz.

Foglaljuk össze a biztosítás szervezeti formáira vonatkozó ajánlást. Engedni kell a menedzselt verseny kialakulását, először csak a kiegészítő szolgáltatásban, majd az alapvető és kiegészítő ellátást finanszírozó átfogó biztosítások terén is. Ahol már a német modell érvényesül, ott azt ki kell bővíteni az A formára, azaz a közpénzen finanszírozott alapvető ellátáson felül szélesíteni kell az önkéntes kiegészítő biztosítás vásárlásának lehetőségét. Meg kell teremteni a B forma, az alapvető és kiegészítő ellátást is finanszírozó biztosítók közötti menedzselt verseny kialakulásának szervezeti és jogi feltételeit. Mivel a lakosság az A és a B forma közötti választásban megosztott lesz (lásd a *9.2–9.4 táblázat*ot), nem szabad ráerőltetni senkire sem a B formát, de nem szabad megakadályozni sem e forma választását. Az érintettek: a magánbiztosítók, a munkaadók és legfőképpen maguk az állampolgárok tényleges választásaikkal eldöntik majd, meddig kívánnak elmenni a biztosítás decentralizálásában.

6.7 A kiegészítő szolgáltatások köre és finanszírozása

Az előző alfejezetekben elhalasztottuk annak áttekintését, hogy melyek azok a szolgáltatások, amelyeket ki lehet zárni az alapvető ellátásból. Nem törekszünk teljességre, inkább csak illusztrációként említünk néhány példát.

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, pl. torna, masszázs, fürdői kezelés, amit az alapvető ellátás csak a már közvetlen beavatkozást igénylő betegségek kezelésére, illetve annak utókúrájaként fedez. Ezzel rokon probléma a látásjavító szemműtétek elvégzése.
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 élelmezés stb.). Ennek a többletkényelemnek több fokozata lehet, többféle díjszabással.

d) Az alapvető ellátási rendszer keretében 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 ennek extra költségét.[34] 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 (pl. szanatóriumi vagy otthoni utókezelés, utóbbi orvos és ápoló igénybevételével).
g) Az orvos kiszállása a beteg lakására, olyan esetekben, amikor az alapvető ellátás csak akkor fedezné a költségeket, ha a beteg elmenne az orvosi rendelőbe.
h) Orvosi szempontból egymást helyettesítő gyógyszerek közül a drágább gyógyszer választása az alapvető szolgáltatás által fizetett olcsóbb gyógyszer helyett (feltéve persze, hogy az semmiképpen sem kedvezőtlenebb hatású, mint az olcsóbb).
i) Kozmetikai műtétek, esztétikai célzatú plasztikai sebészet. Természetesen nem a kiegészítő, hanem az alapvető ellátás körébe tartozik az olyan kozmetikai vagy plasztikai sebészet, amely például baleset okozta torzulást kíván helyreállítani.
j) Számos országban minden fogorvosi kezelés, másutt csak egy részük tartozik a kiegészítő ellátás körébe.[35]

Egyik felsorolt esetben sem húzódik egyszer és mindenkorra megvont határ aközött, 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.

Az a)–j) pontokban olyan kiadási tételeket soroltunk fel, amelyek feltételezéseink szerint nem váltanának ki éles ellenvéleményt. Meg kell azonban említeni két további, a fentieknél ellentmondásosabb kiadási típust.

k) Akárcsak minden más szakmában, az orvosiban sem nyújt azonos teljesítményt két orvos, aki kb. azonos képzésen ment keresztül, azonos időt töltött el a pályán és azonos pozícióban van. Az egyének eltérnek egymástól tehetségben, intellektuális és

---

34 Vannak országok, ahol 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.

35 Erről sok vita folyik. Van olyan vélemény, amely szerint a fogorvosi kezelés radikális kirekesztése az alapvető ellátás köréből a fogak elhanyagolásához vezet, s végeredményben több társadalmi kárt okoz, mint amennyi közköltséget megtakarít.

manuális készségekben, felhalmozott tudásanyagban és gyakorlatban, életismeretben, a beteggel való bánásmódban, vezetői képességben és így tovább. Semmi sem indokolja, sem etikai, sem közgazdasági szempontból, 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 rutinműveleteket sem fogják azonos színvonalon elvégezni. Még inkább áll ez a nem rutinszerű műveletekre.

Nézetünk szerint meg kell engedni az orvosi kereseteknek a mainál nagyobb szóródását. Ma Kelet-Európában a hivatalos bérskálák viszonylag kevéssé differenciálják a fizetéseket. Ami nagyobb szóródást visz bele, az a hálapénz és a magánpraxis féllegális jövedelmei. Ehelyett nyíltan vállalt szóródást ajánlunk. Keressen többet az, aki jobb. (Vagy az, akit jobbnak hisznek; más szakmákban is bizonyos fokig elválik a tényleges és a felhasználó által feltételezett teljesítmény.) A nagyobb kereset a tehetség és a 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. A magánbiztosítás által finanszírozott tevékenységek díjazása is hozzájárulhat a differenciáláshoz. Könyvünknek nem feladata, hogy erre vonatkozóan részletes stratégiát dolgozzon ki. Mindössze felvázolunk egy lehetséges megközelítést. Azoknak az orvosoknak az alapdíját, akik az alapvető ellátás körébe tartozó szolgáltatásokat nyújtják, fizetés, fejpénz vagy térítés formájában az ellátást finanszírozó köztulajdonú biztosítónak kell fizetnie. A beteg, szabad orvosválasztás alapján, kérheti azt, hogy őt a „drágább" orvos kezelje, feltéve, hogy fizeti (közvetlenül, az egyébként meghatározottnál nagyobb hozzájárulás fizetésével vagy kiegészítő magánbiztosításon keresztül) annak többletköltségét, azaz lehetővé kell tenni, hogy az orvos a többletköltségről számlát adhasson a betegnek.

Fennáll a veszélye annak, hogy az orvos „sztárok" kizárólag a tehetős, jól fizető betegek kezelésével foglalkoznak majd. Ennek jó lenne elejét venni, de ez nem oldható meg bürokratikus szabályozással. Inkább az orvosok egészséges erkölcsi érzékére érdemes apellálni; a szakma ezt etikai kódexeibe is foglalhatja. Minden orvostól, a legkiválóbbtól is elvárható, hogy ideje számottevő részében olyan munkát végezzen, amely nem tesz különbséget szegény és gazdag, magánúton fizető és államilag támogatott beteg között. Ki kell alakítani annak szervezeti feltételeit, hogy az orvos elláthassa ezt a nem diszkriminatív, a rászorultabb betegek javára végzendő feladatát is.

Ezzel a problémával közeli rokonságban van a következő:

l) Adva van az egészségügy egy szűk keresztmetszete, pl. egy diagnosztikai vagy kezelési felszerelés, amelyből csupán kevés áll rendelkezésre. Megengedhető-e, hogy az, aki kellő árat ajánl fel, soron kívül hozzájusson a hosszú ideje várólistán levő beteggel szemben?

Legtöbbünk első reakciója negatív; ez ismét élesen ütközik az egészségre vonatkozó specifikus egalitarianizmus elvével. A második gondolat talán a cinikus kézlegyintés: akár helyeseljük, akár nem, sok esetben amúgy is ez történik. Anyagi megvesztegetés vagy összeköttetés nagy súllyal esik latba annak eldöntésekor, hogy ki részesüljön prioritásban.

Jobb lenne a cinikus tolerálás helyett erre a kényes allokációs dilemmára is etikus és egyúttal hatékony megoldást találni. Megint csak nem az eljárás adminisztratív részét fogalmazzuk meg, inkább az elveit, azt is előbb egy példán szemléltetve. A példa talán mesterkélt, de éppen ez teszi lehetővé az etikai és a közgazdasági probléma sarkos megfogalmazását.

Tegyük fel, hogy az országba egyelőre még nem hoztak be egy technikailag új, valóban hatásos készüléket, amely igen drága. Egy tehetős ember felajánlja: megveszi a készüléket, hozzák be, hogy kezelhessék vele, de egyben odaajándékozza a kórháznak, hogy mások gyógyítására is használhassák. 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.[36]

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 mindig hasznát veszi többlettőkének; ezért igen hasznosak lennének az ilyen adományok.

Tovább is léphetünk, az általánosítás egy magasabb szintjére. Korábban már említettük 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 a posztszocialista országokban 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, másodlagos redisztributív adónak. Az egészségügyi szolgáltatásban az első redisztribúció akkor jelenik meg, amikor az egyén jövedelmével (és nem a szolgáltatással) arányos kötelező járulékot fizet. Ez jövedelemadó típusú redisztribúció. Most viszont, ezen felül, egy fogyasztási adó típusú második redisztributív „adónemet" indítványozunk. Amikor a beteg kész egy szűk kapacitás igénybevételéért fizetni, akkor fizessen érte *igen magas* díjat. Ezzel fedezze ne csak saját kezelésének a költségét, hanem fizesse be a kasszába olyanok költségét is, akik maguk nem képesek erre a célra pénzt adni, és/vagy járuljon hozzá új kapacitás beszerzéséhez, illetve a már 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.[37]

---

36 Egy kórházi orvos beszélte el az első szerzőnek a következő történetet, amikor egy korszerű, drága importkészülékkel vizsgálta őt. 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.

37 A keresztfinanszírozás a kötelező hozzájárulásra vonatkozna, nem arra a díjra, amelyet a szolgáltató az egyes szolgáltatásokért kap, mivel az a torz árstruktúra, amely a magas költségű eljárásokra magas profitrátát ír elő, jelentős torzulásokat okozhat a kínálati oldalon.

A fenti probléma valószínűleg nem jellemző napjaink Kelet-Európájában. Azért tárgyaltuk mégis részletesebben, mert itt kiéleződve jelentkezik az 1. versus 2. elv, azaz a szuverenitás versus szolidaritás, illetve a hatékonyság versus specifikus egalitarianizmus szorongató dilemmája. Azt igyekeztünk bemutatni, hogy a problémának nem csak homályba burkolt és cinikus megoldásai képzelhetők el. Törekedni kell átlátható, etikus, legálisan védhető és hatékony kompromisszumok keresésére.

A fentiekben áttekintettük azoknak a szolgáltatásoknak a körét, amelyek a kiegészítő kategóriába kerülhetnének, de csak futólag érintettük: hogyan kellene fizetni értük.

A leginkább kézenfekvő lehetőség: a beteg közvetlenül, saját zsebéből fizet, akkor, amikor a kiadás felmerül. Ez eléggé gyakori már ma is Kelet-Európában. Részben legálisan történik, főképpen a magánszektorban. A felsorolt extra szolgáltatások számottevő része igénybe vehető magánpraxist folytató orvosok magánrendelőjében és magánklinikákon. Szórványosan köztulajdonú kórházak és más egészségügyi szervezetek is készek legálisan többletfizetségért extra szolgáltatást nyújtani (pl. külön szoba, jobb minőségű élelmezés). A kiegészítő szolgáltatás számottevő részét azonban félig legálisan, hálapénzzel vásárolja meg a beteg. Erről már szó volt az *5.7 alfejezet*ben, s később még visszatérünk rá.

A másik lehetőség: biztosítás kötése egyes kiegészítő szolgáltatásokra. Az ügyfél meghatározott biztosítási díjat fizet, és a biztosító a megállapodás szerint fedez egyes kiadásokat. Sajnálatos, hogy egyelőre eléggé szűk a biztosítási kínálat ebben az üzletágban.

A posztszocialista régióban Szlovéniában a legelterjedtebb az önkéntes egészségügyi magánbiztosítás. Az önkéntes kiegészítő biztosításokat az Országos Egészségbiztosítási Intézet és az Adriai Biztosító Társaság (AIC) kezeli. 1998-ban a lakosság csaknem 70 százalékának volt az elsőnél önkéntes egészségügyi biztosítása, egyéni alapon, egy szakszervezeten vagy speciális nyugdíjas szerződésen keresztül. 1998-ban az egészségügyre költött összes kiadás 12 százalékát ezek az alapok finanszírozták. A legtöbb ilyen biztosítás azonban a kötelező hozzájárulásokat téríti meg, a kötelező egészségügyi biztosításon kívül eső szolgáltatások finanszírozására csak egy töredék jut (Health Insurance Institute of Slovenia 1999).

Növekvőben van, de azért még eléggé csekély a magánbiztosítás részaránya Magyarországon, Lengyelországban és néhány más országban. A magánbiztosítás terjedését akadályozza az a jelenség, amelyet az *5.7 alfejezet* c) pontjában írtunk le. Amíg azokhoz a szolgáltatásokhoz, amelyeket valójában a kiegészítő biztosításnak kellene fedeznie, hozzá lehet férni néhány zsebből fizetett magánorvosi vizit révén, addig nincs igazán magánbiztosításra ösztönző kockázat, s ezért nem is lesz tömeges kereslet kiegészítő biztosításra (Tymowska 1997). Valószínűleg ez az oka annak, hogy a nagy, más biztosítási ágakban nagy tapasztalattal rendelkező biztosítótársaságok az egészségügyi biztosítás terén csak szűk, korlátozott ajánlatokat tesznek.[38]

Magyarországon elterjedt a biztosítási szerződés egy sajátos típusa. A biztosító betegség esetén nem a szolgáltató számláját fizeti ki, hanem a biztosított beteg kezébe ad meghatározott összegeket, a betegség időtartamának, illetve a kórházi kezelés tartamá-

[38] Jelenleg a magyarországi biztosítók például egészségügyi biztosítást csak az életbiztosítás kiegészítéseként ajánlanak, mert egészségbiztosításra önmagában nincs elegendő kereslet.

nak arányában. Egyes szerződések ezenkívül ugyancsak a beteg kezébe adnak meghatározott összeget bizonyos műtétek vagy más gyógyítási események bekövetkeztekor. Noha a biztosítási szerződés ezt betű szerint nem mondja ki, de az elgondolás szándéka nyilvánvaló: a beteg a biztosítótól kapott pénzből fedezheti a hálapénzt. Ha a hálapénz a pillanatnyi körülmények között mindenütt jelen van, és majdhogynem kötelező, akkor az ügylet a biztosított részéről racionális kockázatcsökkentés. Meghatározott havi díj ellenében megteremtődik a betegség esetén fellépő nagyobb kiadások fedezete. Ugyanakkor ez a biztosítási gyakorlat tulajdonképpen segít konzerválni a hálapénz számos kedvezőtlen hatással járó gyakorlatát. Egyébként is kétséges az ügylet ösztönző hatása, mert a betegség (vagy az indokoltan vagy indokolatlanul a betegség tartamának nyilvánított időszak), valamint a kórházban töltött idő meghosszabbítására készteti a biztosítottat és a vele együttműködő orvost. Továbbá az ilyen kifizetések arra is alkalmasak, hogy ellensúlyozzák a hivatalosan előírt hozzájárulást, amit, mint már mondtuk, nem kellene megengedni, nehogy a keresletre gyakorolt fegyelmező hatása elvesszen.

Jelenleg úgy tűnik, hogy a kiegészítő magánbiztosítás iránti kereslet és a hálapénz ördögi köre bezárult. Amíg a hálapénz fennmarad, addig csekély lesz a kiegészítő magánbiztosítás iránti kereslet (és vele együtt a kínálat is). Viszont nehéz lesz felszámolni a hálapénz gyakorlatát a kiegészítő biztosítás lehetőségének megteremtése nélkül.

Az alfejezet elején 12 kiegészítő szolgáltatás típust soroltunk fel, a)-tól l)-ig. Valamennyi olyan költségekkel jár, amelyekre biztosítást lehetne kötni. Reméljük, hogy a posztszocialista országokban tevékenykedő magánbiztosítók előbb-utóbb előállnak olyan biztosítási termékekkel, amelyek hozzájárulnak egyik-másik, vagy esetleg többféle kiegészítő szolgáltatás költségeinek fedezéséhez. A kínálat fogja megteremteni a kiegészítő biztosítás iránti keresletet (és vica versa), s minél differenciáltabb, sokrétűbb lesz a kínálati étlap, annál inkább akadnak majd rá vevők. Kár lenne várni addig, amíg az alapvető és a kiegészítő biztosítást együttesen vállalhatja el a magánbiztosító (azaz polgárjogot nyer a *6.6 alfejezet*ben tárgyalt B forma). A magánbiztosítók jól felfogott érdeke lenne minél hamarabb megismerkedni az egészségügyi biztosítás adottságaival, gyakorlatot szerezni benne, s megnyerni a fogyasztók bizalmát – s ehhez jó eszköz lehetne a kiegészítő biztosítás piacának megteremtése. Remélhetően az ilyen biztosítás többek számára tenné elérhetővé a kiegészítő szolgáltatásokat, amit kezdetben csak azok engedhetnének meg maguknak, akik rendelkeznek a szükséges készpénzzel, amikor a csapás bekövetkezik. A kockázat hosszabb időn át fizetett alacsonyabb biztosítási díjak révén való csökkentése több fogyasztó számára biztosítaná a hozzáférést az ilyen szolgáltatásokhoz.

6.8 A munkaadók szerepe

Miképpen vegyenek részt a munkaadók az egészségbiztosítás finanszírozásában és szervezésében? A kérdés megválaszolásához válasszuk szét az alapvető és a kiegészítő ellátás finanszírozását. Először szorítkozzunk a biztosítás A formájára (*lásd 6.6 alfejezet*), vagyis arra az esetre, amikor az alapvető ellátás finanszírozását monopolhelyzetben lévő egyetlen állami biztosító bonyolítja.

Kelet-Európában a jogszabályok mindenütt külön-külön írják elő a munkaadó és a munkavállaló által fizetendő kötelező járulékot.[39] A különbség azonban ebben a helyzetben névleges (lásd Musgrave and Musgrave 1980: 494–6). Mivel a járulék kötelező, közgazdasági tartalmát tekintve tulajdonképpen a bruttó bérköltség része.

Ahol az egészségügyi társadalombiztosítási hozzájárulást részben vagy egészen felváltja az egészségügyi adó, ott érdemes megfontolni a munkaadó–munkavállaló szétválasztás megszüntetését. A munkavállaló keresetét fel kell „bruttósítani", azaz nominálisan fel kell emelni arra a szintre, amelyen magában foglalja az eddigi munkaadói járulék összegét is. Utána a munkavállaló megnövelt béréből kell levonni az egészségügyi adót. A munkavállaló nettó keresete nem változna. Viszont szétfoszlana egy fiskális illúzió, amely szerint az alapvető egészségügyi szolgáltatás egy részét a munkaadó finanszírozza.[40] Igazság szerint az egészet a munkavállaló (pontosabban: minden adófizető állampolgár) finanszírozza. Mivel az alapvető szolgáltatás makroköltségvetése a politikai szférában dől el, hasznos lenne, ha tisztábbá válna a munkavállaló adótudatossága. Akkor megfontoltabban foglalhatna állást abban, hogy több alapvető szolgáltatást kíván-e – s akkor *neki* kell több adót fizetnie (és nem a munkaadónak). Vagy kevesebb adót akar fizetni – akkor viszont szűkebb ellátással kell megelégednie.

Térjünk vissza a jelenlegi állapothoz. A jogszabályok általában előírják, hogy a munkavállaló kötelező járulékát a munkaadó eleve vonja le a bérből. Utána a munkaadói és a munkavállalói járulékot együttesen befizetik az illetékes pénztárba. A munkaadó ezzel kapcsolatban csupán adminisztratív funkciót tölt be; hasonlót ahhoz, amit a személyi jövedelemadóra visszatartott adóelőleg levonásával és az adóhivatalnak való befizetésével kapcsolatban lát el. Ezt a feladatot nyilván továbbra is el kell végeznie.

Gyökeresen más a helyzet a kiegészítő szolgáltatás finanszírozásával. Itt szabad választása van a munkaadónak. Dönthet úgy, hogy nem tesz semmit, de úgy is, hogy *önként* hozzájárul. A hozzájárulás mértéke is erősen szóródhat. A munkaadó hozzájárulása a kiegészítő ellátáshoz fontos része a pénzbeli bért kiegészítő juttatásoknak. A munkaadót többféle körülmény késztetheti ilyesféle többletjuttatásokra. A hatékony bérek elmélete szerint a munkaadó külön juttatásokkal is magához akarja vonzani és meg akarja tartani azokat a dolgozókat, akikre nagy szüksége van a piaci versenyben. Lehet, hogy egyes munkavállalói csoportok bérharcban vívtak ki maguknak privilégiumokat. Ez a két tényező párhuzamosan is hathat. Néhol az adózás szempontjából előnyös a munkaadónak vagy a munkavállalónak, esetleg mind a kettőnek, hogy a munkához kapcsolódó költségek egy részét külön juttatásként, nem pedig explicit bérként számolják el.[41]

---

39 Kivéve Lengyelországot, ahol kizárólag a munkavállaló fizet járulékot.

40 Otto Lambsdorff, vezető szabad demokrata politikus is ezzel érvelt a németországi egészségügyi reform vitáiban (*Die Welt* 1995. szeptember 25).

41 Az adótörvények kidolgozói is tudatában vannak ennek a törekvésnek, s igyekeznek úgy megfogalmazni a jogszabályokat, hogy ily módon ne lehessen kibújni az adózás alól.

Kelet-Európában a munkaadó részvétele egyelőre még csak nyomokban jelentkezik, de fontos szerepet játszhat a jövendő reformokban. Ezért indokolt részletesebben átgondolni a vonzatait.

A munkaadó esetleg nem csak pénzzel járul hozzá a kiegészítő biztosításhoz, hanem részt vesz a biztosító kiválasztásában is. Egy-egy nagyobb vállalat vagy egyéb szervezet több ezer ügyfelet is hozhat a biztosítónak, ami az utóbbi számára megnöveli a kockázatmegosztás lehetőségét. Ez akkor is fontos funkció, ha az A formában kizárólag a kiegészítő biztosításra szorítkozik. Még tovább nő a jelentősége a B formában, amikor egy-egy biztosító, a többi a biztosítóval versenyezve, együttesen finanszírozza mind az alapvető, mind a kiegészítő szolgáltatást.

Számítani lehet arra, hogy a biztosítók a nagy munkaadók, azaz a nagy biztosítási ügyfélközösségek, nem pedig egyéni ügyfelek megnyeréséért versenyeznek majd. Kedvezőbb ajánlatot tesznek (kisebb díj és/vagy jobb szolgáltatás) azoknak, akik egyszerre sok ügyfelet hoznak. A csoportos biztosítás azonos szolgáltatás mellett olcsóbb, mint az egyéni biztosítás, s minél nagyobb csoportról van szó, annál nagyobb a megtakarítás. A megtakarításon valamilyen arányban osztozik a munkaadó és a munkavállaló.

Más szóval a munkaadók sikerrel vállalhatják fel a *szponzor* szerepét (lásd a *3.2 alfejezet*et), s alkalmazottaik nevében tárgyalhatnak a biztosítókkal és a szolgáltatókkal. Az alku során a munkaadók alacsonyabb biztosítási díjat csikarhatnak ki. A munkáltató ezen felül másodlagos szponzori szerepet is betölthet, hozzájárulhat a kiegészítő ellátásra szóló biztosítás finanszírozásához. Feltehetően a munkavállaló mindkét esetben jól járhat.

Ugyanakkor a munkaadó ilyesfajta szerepvállalása problémákat is felvethet. Például a munkaadónak, tárgyaló pozícióját kihasználva, alacsonyabb árakat (és/vagy jobb minőséget) sikerül elérnie munkavállalói számára mind az alapvető, mind pedig a kiegészítő szolgáltatás terén. Ez sértheti az alapvető ellátáshoz való hozzáférés specifikus egalitárius elvét, mivel a kérdéses munkaadó alkalmazottain kívül mások nem vásárolhatják meg ezt a magas minőségű ellátást ilyen kedvező áron. A munkaadó alkalmazottai különleges választási lehetőségekhez jutnak, amelyek mások számára elérhetetlenek.

Az is gondot okozhat, ha a munkavállalók attól való félelmükben, hogy elveszíthetik kedvező egészségbiztosításukat, vonakodnának munkahelyet változtatni, még ha ez más szempontból előnyös lenne is nekik. Az efféle „leragadás" rontja a munkaerőpiac hatékonyságát. A munkahelyalapú biztosítási rendszer ilyen és ehhez hasonló, mindenki által jól ismert problémáit megfelelő törvényi szabályozással le lehet küzdeni (lásd a *4.2 alfejezet*et).

Ezzel ellentétes hatású egy másik probléma. Mivel a munkaadók elsősorban a költségek megtakarításában lennének érdekelve, fennáll a veszélye, hogy a költségek csökkentése kerül előtérbe. Mégpedig egyoldalúan, annak kellő mérlegelése nélkül, hogy ez milyen hátránnyal járhat a szolgáltatás minőségére. Ráadásul az egyéni választás beszűkülhet attól, hogy a munkaadó választ a számításba jövő biztosítók között. Az egyén szuverenitását nem korlátozná, ha szabadon választhatna több biztosító ajánlatai közül. A gyakorlatban azonban a munkaadók előszelekciót végeznek.

Ez az előszelekció egyrészt előnyös a munkavállaló számára, mert egy adott biztosításhoz olcsóbban jut hozzá, mintha egyénileg vásárolná meg, másrészt azonban csökkentheti a választási lehetőségét. Egyes munkaadók a saját költségeik csökkentése végett esetleg csak egyetlen biztosítóval hajlandóak szerződni. Kijelentik: ők csak akkor fizetnek hozzájárulást, ha a munkavállaló hajlandó az általuk kijelölt biztosítóval szerződni. Érvényesülne tehát a 3. elv, a biztosítók versenye, de súlyosan sérülne az 1. elv, az egyén szuverenitása.

A probléma nem küszöbölhető ki teljesen, de lényegesen enyhíthető a különböző biztosítók menedzselt versenyével, amint azt a Harvard Egyetem korábban említett példája illusztrálja.

A munkaadói hozzájárulást szabályozó jövőbeni törvényalkotás Kelet-Európában előírhatja, hogy a munkaadó valóságos választási alternatívákat nyújtson a munkavállalóknak, s ne helyezze őket ebben a tekintetben kényszerpályára.

A fentiekben leírt kapcsolat biztosító, munkaadó és munkavállaló között leginkább nagy, sokezres létszámot foglalkoztató munkaadók esetében alakul ki. Más a helyzet, amikor kis- és középvállalatokról vagy egyéb kis létszámú szervezetekről van szó, amelyek nem hoznak egyszerre nagy taglétszámot a biztosítóhoz, és ezért nem is tudnak ennyire kedvező üzleti ajánlatot kivívni. A megoldás a kis munkaadók társulása lehet, mert így a munkavállalók képviseletében szervezett vásárlóként tudnak fellépni. Ezért kialakulásukat mindenképpen elő kell segíteni.

A munkaadók szerepvállalása erjesztője annak a folyamatnak, amely a biztosítási piac B formájának elterjedéséhez, azaz a biztosítók közötti verseny kiszélesedéséhez vezethet. Sőt, erősebb kijelentés is jogosultnak látszik: ez a feltétele annak, hogy ez a forma hatékonyan működjék.

Az eddig tárgyalt eszközök (a pénzbeli önkéntes hozzájárulás és a csoportos biztosítás) mellett még egy módja van annak, hogy a munkaadó részt vegyen az egészségügyi ellátásban: a munkahely közvetlenül is nyújthat szolgáltatást.[42] Egyes vállalatok üzemi rendelőt tartanak fel, esetleg nem csak általános orvos, hanem fogorvos, gyermekorvos vagy más szakorvos közreműködésével. Ahol egészségre ártalmas munka folyik, ott esetleg megszervezik a dolgozók speciális egészségvédelmét és gyógyüdültetését. A szocialista rendszerben széles körben nyújtottak ilyesféle szolgáltatásokat vállalati keretben. A rendszer összeomlása után, a privatizálás és az üzleti szemlélet térhódításának túlbuzgalmában nagyon sok helyen megszűnt ez a tevékenység. Most kezdik felfedezni, a nyugat-európai, valamint japán tapasztalatokkal ismerkedve, hogy a kapitalizmussal nagyon is összefér a dolgozók egészségével való törődés a munkahelyen. Még ha rövid távon költségekkel jár is, hosszú távon kifizetődő lehet a vállalat számára, mert erősíti a dolgozók lojalitását munkahelyük iránt.

Bármilyen formában vennének is részt a munkaadók a dolgozók egészségügyi kiadásainak finanszírozásában, készségüket befolyásolják az adózási szabályok. A legtöbb fej-

---

42 Az egészségügyi ellátás magánfinanszírozásához való önkéntes hozzájárulás e formája azt jelenti, hogy munkáltató a szolgáltatást házon belül biztosítja ahelyett, hogy azt egy külső szolgáltatótól vásárolná meg.

lett országban adókedvezményekkel buzdítják a munkaadókat e kiadások vállalására. Amikor hasonló intézkedések kelet-európai bevezetéséről gondolkodunk, tudnunk kell, hogy ez tulajdonképpen egy redisztributív transzfert implikál. Közvetve az adófizetők összessége segíti az egészségügyi programban részt vevő vállalatok dolgozóit abban, hogy kiegészítő ellátáshoz jussanak. Igazság szerint ez nincsen összhangban e könyv reform-javaslatának vezérgondolatával, amely csupán az alapvető ellátást finanszírozná közpénzen. Ennek az inkonzisztenciának az ellenére érdemes az adókedvezmény alkalmazását megfontolni, mert előnyei felülmúlhatják a hátrányokat; célszerű állami szinten is buzdítani a munkaadók szerepvállalását a biztosítás megszervezésében és finanszírozásában.

7. FEJEZET

A kínálati oldal: a szolgáltatói rendszer tulajdonviszonyai, szervezete és szerződései

7.1 A magánkezdeményezés biztatása

Könyvünk pluralisztikus szolgáltatói rendszert ajánl, összhangban a verseny elvével és a nemzetközi tapasztalattal. Ebben a fejezetben elsősorban a tulajdonreformmal foglalkozunk, de ehhez kapcsolódva szóba kerülnek a gazdasági mechanizmus más problémái is, köztük a szervezeti formák, valamint a szolgáltatók és a biztosítók közötti szerződések gazdasági kérdései.

Kezdjük azzal, hogy mit nem javasolunk. Nem javasoljuk egy nagy „tervrajz" elkészítését, amely előre megjelölné: a szolgáltatás mely szervezeteinek kellene állami tulajdonban maradniuk, és mi kerüljön magánkézbe. Határozott elzárkózást tanácsolnánk 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, etikai szempontból korrekt és szakmailag megfelelő változatát. A könyv több helyen is rámutat, hogy az 1. elv érvényesítése a beteg érdekét szolgálja, de vonatkozik a szolgáltatókra is, akik mint orvosok, egyéb egészségügyi szakemberek és egészségügyi vállalkozók szintén bírnak az egyéni szuverenitás és a kezdeményezés jogával. Az alapvető, jól átgondolt állami szabályozáson túlmenően nincs szükség arra, hogy a reformer előre eldöntse, mely formák kívánatosak. Engedni, sőt buzdítani kell a kísérletezéseket – majd kiderül, melyek a leginkább életképesek.

Ez persze nem jelenti azt, hogy a kormány, a parlament és az államapparátus figyelje passzívan az egészségügyi magánkezdeményezéseket. Ezek csak akkor bontakozhatnak ki teljes lendülettel, ha az állam aktívan támogatja őket. Rugalmasan hozzá kell igazítani a fennnálló jogszabályokat a tulajdonviszonyokban bekövetkező változásokhoz; ki kell alakítani az egészségügyi magánvállalkozás törvényes működéséhez leginkább alkalmas jogszabályokat, és ki kell építeni a magánszolgáltatók ellenőrzésére is alkalmas állami felügyeletet. Az állami akcióknak nem kell okvetlenül bevárniok azt, amikor a magánkezdeményezés már teljes mértékben végbement; sok esetben *elébe kell menni* az eseményeknek. Már *előre* meg kell teremteni azokat a törvényes kereteket, amelyekbe surlódás nélkül belefér a magánszektor. Meggondolandó az is, hogy – különösen kezdetben, a magánkezdeményezés első, szórványos jelentkezésekor – állami hitelgaranciákkal is támogassák a magánszektor bővülését. Ez összhangban van az 5. elvvel, az állam új szerepével.

Sok reformert a pedáns rendérzék és az áttekinthetőség iránti vonzalom késztet uniformizálásra. A rend kívánatos; de az majd utólag, a helyzet áttekintésekor lesz kialakítható. 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 szervezeti újítás jön létre, és természetes úton megy majd végbe a leghatékonyabbak szelekciójuk. Tulajdonképpen a versenyszférában is valami ilyesféle történt.[1] Ha ott az alulról jövő, organikus fejlődés volt a változások menete, ez kétszeresen érvényes az egészségügyi szektorra, amelyben különleges óvatosságra van szükség.

Először a jogi formák szerinti osztályozásban tekintjük át a magánszektor kibővülését.

a) Nyilvánvaló, hogy az átalakulás egyik fő vonala a szokványos orvosi magánpraxis továbbterjedése lesz. Ezek az orvosok – közgazdasági értelemben – önfoglalkoztató egyéni vállalkozók.[2] (Vagy, amint arról mindjárt szó lesz, többen együttesen magántársasvállalkozást hozhatnak létre.)

A magánpraxis különösen gyorsan terjedhet el az alapellátásban, a háziorvosi tevékenység privatizálásával. Amint arra már az *5.6 alfejezet*ben rámutattunk, ez alapjában véve már végbement a Cseh Köztársaságban, Magyarországon, Romániában és Szlovákiában. Érdemes lenne ezt a folyamatot felgyorsítani a többi posztszocialista országban is.

Nem könnyű elvágni azokat a köldökzsinórokat, amelyek a korábbi munkaadóhoz (pl. a helyi önkormányzatokhoz vagy más állami szervezetekhez) kötik a háziorvosokat. Kezdetben esetleg hibrid formák keletkeznek. Például az orvosok már (egyéni vagy társas) vállalkozóként működnek, s ők fizetik az asszisztenseket és más alkalmazottakat. Viszont az épületek és a felszerelések köztulajdonban maradtak, és azokat ingyen bocsátják az orvosok rendelkezésére. Ebben a helyzetben zavarosak a tulajdonviszonyok, amelyeket előbb-utóbb rendezni kell. Ha a korábbi tulajdonosok fenn akarják tartani az épületek és a felszerelések köztulajdonát, akkor ragaszkodjanak ahhoz, hogy az orvos bérleti díjat fizessen. Vagy pedig privatizálják a fix tőkét, de akkor ne adják oda ingyen, hanem értékesítsék pénzért.

Ugyancsak igen elterjedt számos posztszocialista országban az egyéni magánpraxis a fogászatban. Más szakorvosok (pl. nőgyógyászok, szemészek, gégészek, bőrgyógyászok) viszont csupán a szolgáltatás egy részét képesek ellátni elszigetelt magánrendelőkben. Ezekben a szakmákban elkerülhetetlen, hogy a szakorvosi szolgáltatás más összetevőit kórházban vagy más szervezetben (pl. speciális diagnosztikai intézetekben) kapja meg a beteg. Mindenesetre a legtöbb posztszocialista országban még széles kihasználatlan tér van az alapellátáson és a fogászaton kívül az egyéb szakorvosi magánpraxis számára is.

---

1 Erről az 1990-es évek elején sok vita folyt a közgazdászok között. Az első szerző e vitákban azok oldalán állt, akik a magánszektor evolutív fejlesztéséért szálltak síkra. Vitában állt azokkal (pl. a csehszlovák közgazdászok egy részével), akik gyors és erőltetett privatizálási kampányt szorgalmaztak. A vitáról lásd pl. Murrell 1995; Poznanski 1995; Kornai 2000.

2 Ebben a tekintetben a változás hasonló ahhoz a folyamathoz, amelyben a korábban főképpen állami alkalmazottként dolgozó jogászok számottevő része szabadfoglalkozású, magánpraxist folytató ügyvéddé vált (Mihályi 2000: 139–45).

b) Az alapellátást nyújtó háziorvosok egymás közötti és/vagy a magánszakrendelők közötti együttműködésnek különböző formái lehetségesek. Az első ilyen konfigurációk már megjelentek; széles körben való elterjedésüket bátorítani kell. Az együttműködésnek többféle formája lehetséges:

b1) Az orvos (közgazdasági értelemben) önfoglalkoztató vállalkozóként dolgozik, de több orvos *csoportpraxis* formájában megoszthatja a költségek egy részét: ugyanazon a helyen rendelhetnek, közösen alkalmazhatnak kisegítő személyzetet és közösen vásárolhatnak és használhatnak orvosi és egyéb felszereléseket.

b2) Az együttműködés egy fokkal szorosabb formája a *társulás*, amelyben a részt vevő orvosok tulajdonosok. Egy ilyen szervezetnek lehetnek alkalmazottai is, pl. nővérek, asszisztensek, titkárnők.[3]

Előrelátható, hogy az a) forma, az egyéni magánpraxis expanzióját – valószínűleg némi késleltetéssel – követik a b) formák: a csoportpraxis és a társulás különböző változatai. Nem kell ezt a társulást különösképpen felülről erőltetni, mert a gazdasági és szakmai érdek amúgy is erre készteti majd a résztvevőket.

c) Az előbbi pontokban olyan orvosokról volt szó, akik elsősorban a kórházon kívül, rendelőkben 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.

c1) A kórház szerződik egy orvosi társulással, hogy a kórház épületén belül vegye át, saját felelősségére és saját anyagi elszámolás mellett, annak egy funkcióját. Például lásson el meghatározott diagnosztikai feladatot, üzemeltesse a laboratóriumot, végezzen el meghatározott típusú kezeléseket. Itt a „vevő" a kórház, az „eladó" az orvosi társulás.[4] A kórház, ahelyett, hogy kizárólag a saját alkalmazottaira számít, bizonyos szolgáltatások saját területén való nyújtására szerződést köt független szolgáltatókkal.

c2) Egy adott egészségügyi társulás kibérli a kórház egyes helyiségeit, berendezéseit, és esetleg kisegítő személyzetét saját betegeinek kiszolgálására. Itt a „vevő" a társulás, az „eladó" a kórház.

Persze ami a finanszírozást illeti, a szerepek megfordulnak. A c1) esetben a kórház kapja a pénzt a műveletért a társadalombiztosítástól, a betegtől vagy más finanszírozótól. A c2) esetben viszont az egészségügyi társulás kapja a pénzt a szolgáltatásért. Ez azt jelenti, hogy a c2) eset jelenti a „privatizáltság" magasabb fokát.

A c2), valamint a c) egyéb lehetséges variációi tulajdonképpen legális, szabályozott, átlátható formába terelnek olyan tranzakciókat, amelyek eddig a hálapénz és az

---

3 A magántársulás, de a d) pont alatt megvitatandó egészségügyi vállalkozások is számos országban jól beleilleszthetők a jelenleg érvényes törvényi keretekbe. Lehetséges, hogy vannak országok, ahol új törvények meghozatalára van szükség ahhoz, hogy az ilyen egészségügyi szervezeti egységek szabályozását megoldják.

4 Némileg a reformszocialista időszak végének Magyarországon népszerű formájára, a VGMK-ra (Vállalati Gazdasági Munkaközösségre) emlékeztet ez a forma.

egészségügyi szürkegazdaság ködébe voltak burkolva. Igen, itt most az orvos pénzt kap azért, mert a betege számára felhasználja a kórház állótőkéjét és személyzetét – de ez nyíltan történik. Legális szerződések korrekt módon szabályozzák, hogy ki, mit és mennyiért ad és kap.[5]

Bátorítani kell, hogy ne csak orvosok, hanem az egészségügy más munkaköreiben dolgozók is éljenek a fenti a), b) és c) formák általuk választott alternatíváival. Ez történhet az orvosoktól elkülönülten; pl. masszőrök, gyógytornászok vagy házi ápolást végzők egyéni vállalkozóként vagy külön társulásban működnek. Ez történhet sokágú társulásban, amelyben vegyesen vannak orvosi és nem orvosi munkafeladatok. A c) formák terjedése – a kórház és az egészségügyi társulások közötti szerződéses viszony kialakítása – nehézkesebbnek ígérkezik, mint az a) és a b) formáké. Éppen az a vonása, amelyet fő erényeként emeltünk ki: a legalitás és átláthatóság válthatja ki az ellenállást. A kórházi orvosok és más egészségügyi dolgozók számottevő része számára anyagilag előnyösebb a magántevékenység és a köztulajdonban lévő kórház közötti viszony átláthatatlan állapota, mint a korrekt szerződéses kapcsolat. A szürkegazdaságban gátlástalanabbul burjánzik a hálapénz. A c) szerződéses formák elterjedését szorgalmazniok kell mindazoknak, akik a reform oldalán állnak, az orvosi szakmán belül, az egészségügy állami szerveiben és a politikai szférában egyaránt.

d) Nem szabad elzárkózni attól, hogy egészségügyi feladatokat ellátó szervezetek, amelyek jogi formájukat tekintve magánvállalatok (kft., vagy még gyakrabban részvénytársaság) tulajdonosai között legyenek olyan természetes vagy jogi személyek, akik maguk nem végeznek egészségügyi munkát.

A b) és c) formát az különbözteti meg a d) formától, hogy az előbbiekben a tulajdonosok szakmabeliek, nevezetesen maguk az orvosok, esetleg más egészségügyi szakemberek. Ezzel szemben a d) formában a tulajdonosok egyáltalán vagy nagyrészt nem rendelkeznek orvosi vagy egészségügyi háttérrel. A magánkórház, vagy más nagyobb magán egészségügyi szervezet tulajdonosa lehet egy nonprofit intézmény (pl. alapítvány, egyház, egyetem). Ezek mellett megjelenhetnek profitorientált tulajdonosok is (többnyire részvénytársasági keretben), akik ezt a szektort egyszerűen a befektetés egyik terrénumának tekintik.

A lehetőségek igen nagyok. Feltehetően eleinte egy-egy konkrét funkció ellátásával foglalkozó, szakosodott magánintézmény létesítése lesz a jellemző. Egyre több laboratórium, speciális eszközökkel felszerelt diagnosztikai rendelő, műveseállomás, szemműtétekre és kozmetikai-plasztikai műtétekre szakosodott rendelő stb. ajánlja a szolgáltatásait. Előbb-utóbb aztán nem lesz ritkaság a sokféle orvosi tevékenységet egyesítő magánkórház sem.

A legtöbb kelet-európai országban, köztük Magyarországon törvény tulajdonképpen ma sem tiltja profitért működő magánkórházak vagy rendelőintézetek működését. In-

---

5 A *6. fejezet,* különösen a *6.6 alfejezet* részletesen foglalkozott a biztosítás szervezeti formáival és a vásárlók és a szolgáltatók közti pénzügyi folyamatok lehetséges struktúráival. A különböző térítési módokhoz kapcsolódó ösztönzőket a *8. fejezet* fogja részletesen elemezni.

kább a bizalmatlanság légköre és a finanszírozás különböző korlátai, valamint a társadalombiztosítástól valósággal elvárt részrehajlás, azaz a „szektorsemlegesség" elvének megsértése gördítenek akadályokat ez elé. (Ezzel később még részletesen foglalkozunk.) Nem kevésbé erős fékezői a magánvállalkozások térhódításának az egészségügyi bürokráciában és a politikai szférában eluralkodott előítéletek.

Szakítani kell minden előítélettel. Miért ne működhetne a kapitalista magánvállalkozás ugyanolyan hatékonyan ezen a területen, mint másutt?[6] Nem kell előre kijelölni a helyüket, de meg kell engedni, hogy versenybe lépjenek. Ha „zöldmezős" új szervezetet akarnak elegendő tőkével létrehozni, ám tegyék. Ha pedig azt ajánlanák fel, hogy kedvező feltételek mellett teljes egészében megveszik egy létező szervezet (pl. 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? Ezektől a meggondolásoktól 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 privatizációs tranzakciókra.[7]

Érdemes levonni a tanulságokat az üzleti szférában végbement privatizálási folyamat tapasztalataiból. Az 1990-es évek kezdetén még sokan támogatták azt az elgondolást, amely szerint – a privatizálás felgyorsításának érdekében – ingyen kell szétosztani a tulajdonjogokat. A Csehországban, s különösen Oroszországban szerzett kedvezőtlen tapasztalatok nyomán mára már kevés híve maradt az erőltetetten felgyorsított „tömeges privatizálás" stratégiájának, amelynek fő instrumentuma az állami javak ingyenes szétosztogatása volt. Most, amikor számos kelet-európai országban felvetődik a köztulajdonban lévő kórházak, rendelőintézetek és más nagy egészségügyi ellátó szervezetek privatizálásának terve, újra előkerült ez a már zátonyra futott terv. Befolyásos orvoscsoportok szívesen tennék rá a kezüket ingyenesen vagy névleges áron nagy értékű épületekre, felszerelésekre. Félő, hogy politikai vagy személyi kapcsolatok, sőt megvesztegetés is szerephez juthat a folyamatban.

Ingyenes osztogatás helyett tisztességes áron kell értékesíteni a privatizálásra szánt kórházakat, rendelőintézeteket és más szervezeteket, azok fizikai és emberi tőkéjét. Le-

---

6 Érdemes megjegyezni, hogy a profitorientált és a nonprofit kórházak teljesítményét (minőség, költségek, ellenszolgáltatás nélkül nyújtott ellátás) összehasonlító irodalom elsősorban az Egyesült Államokra, de más országokra vonatkozóan is azt látszik igazolni, hogy a tulajdoni formák szerinti különbségek elenyészőek (Sloan 2000).

7 Magyarországon a közelmúltban a közfigyelem homlokterébe került a kórházak privatizálásának ügye. Ennek a bonyolult problémának az elemzése és a célszerű megoldások keresése áttevődött a tárgyilagos szakmai viták fórumairól a belpolitikai csaták arénájába. Teljes erővel beleszálltak a közdelembe a különböző csoportérdekek védelmezői. A magunk részéről a könyv több helyén, többek között a jelen fejezetben kifejtettük elvi álláspontunkat és körvonalaztuk javaslatainkat. Ezen a módon szeretnénk hozzájárulni a vitához és az egészségügy tulajdonviszonyainak reformjához.

hetőleg valamilyen árveréses formában, versenyző ajánlatok között választva, jogilag szilárd és feddhetetlen formák között menjen végbe az értékesítés. Meggondolható, hogy a vevő a vételárat ne egy összegben fizesse meg, hanem több részletben törlessze; esetleg a vevő által felvett bankhitel is bevonható a tranzakció finanszírozásába. Igaz, a körültekintő, a tisztességtelen műveleteket kiiktatni próbáló eljárás lassítja a folyamatot, de miért lenne ez különösen sürgős? A lényeg nem a sebesség, hanem az, hogy a tulajdonviszonyok átalakítása nyomán javuljon az egészségügyi ellátás minősége és hatékonysága. A vevők között lehetnek olyan biztosítók, amelyek a biztosítás és a szolgáltatás HMO típusú integrálására (vertikális integráció) törekednének, míg mások hasonló szervezetek nem állami tulajdonosaként működésük kiterjesztésére (horizontális integráció) törekednének. Mindkét formát engedni kell, más szervezeti formákkal egyetemben. A tulajdonviszonyok átalakulásához, ahhoz, hogy ez az egészségügyi ellátásban pozitív változásokat idézzen elő, hosszabb idő kell. Nem vezetne jóra a természetes folyamat türelmetlen felgyorsítása.

Csehországban 1992-ben indult meg a biztosítási rendszer decentralizálása (lásd a *6.6 alfejezet*et). Ezzel párhuzamosan privatizációs kampány kezdődött a kínálati oldalon is. Különösen a háziorvosi, fogorvosi és járóbeteg-szakrendelelést nyújtó praxisok körében haladt gyorsan ez a folyamat. Az egészségügyi intézményeket különböző kategóriákba sorolták, s határidőket tűztek ki: melyik csoportot meddig kell privatizálni. Amikor a kórházak kerültek volna sorra, a folyamat megakadt; azokat nem privatizálhatták, mert hiányzott hozzá a kellő jogszabályi keret (Vyborna 1995; Kokko et al. 1998).

A többi kelet-európai országban nem indítottak a csehországihoz hasonló gyorsított, felülről vezényelt privatizációs kampányt. Az egészségügyi magánszektor fejlődése ugyan sporadikusan megkezdődött (lásd az *5.6 alfejezet*et), de inkább az ellenkező előjelű baj mutatkozik: halogatják a tulajdonreformnak azokat a lépéseit is, amelyeket időszerű lenne megtenni, és amelyek megvalósításához megvannak a szükséges jogi és gazdasági feltételek.

A magánkórházak és más egészségügyi magánvállalkozások tevékenységét szigorú szakmai ellenőrzésnek kell alávetni. A felügyelet intézményeinek kiépítése és szerepének jogi rendezése a reform egyik fontos eleme. Ehhez azonban hozzá kell tenni, hogy a magánszektor szervezetei felett nem kell sem lazább, sem szorosabb ellenőrzést gyakorolni, mint a köztulajdonban lévő szervezetek felett. Ebben is, abban is előfordulhat hanyagság, mulasztás, esetleg visszaélés.

A tulajdoni formák szerinti eloszlás változása magával hozza az üzemnagyság szerinti eloszlás változását is. Az a) forma definició szerint „minivállalkozás". A b) és c) formák kis- és közepes méretű vállalkozások kialakulásával járnak együtt. A d) formák méretüket tekintve sokfélék lehetnek, ide tartozhatnak kis, közepes és nagyvállalatok, sőt igen nagy kórházláncok is. Mindenképpen előrelátható, hogy a magánszektor bővülése, a szocialista egészségügyi szektorra jellemző méreteloszlással összevetve, csökkenti a nagy intézmények koncentrációját. Hasonló változás megy majd végre, mint korábban az iparban, közlekedésben és a szolgáltatás más ágazataiban: noha jelentős súlyú marad a nagyüzem, rendkívül megnő a kis- és a közepes méretű üzem részaranya mind az input, mind az output oldalán, tehát az összes egészségügyi foglalkoztatott létszámában és az összes egészségügyi kínálatban.

7.2 A köztulajdonú szektor félpiaci elemeinek erősítése

Az előző alfejezet az egészségügy magánszektorának erősítését ajánlotta. Még ha ez a törekvés sikeresnek bizonyulna is, akkor is igen jelentős marad az állami szektor részaránya. Ezt igazolja egyébként a nemzetközi tapasztalat is, amint azt a *4. fejezet*ben részletesen bemutattuk. Mindazon egészségügyi szolgáltatóknál, amelyekben nem megy végbe radikális tulajdonosváltás, mélyreható változásokra van szükség a szolgáltatás hatékonyságának javítása céljából. Ebben a tekintetben a feladatok hasonlóak ahhoz, amit a „piaci szocializmust" meghonosítani akaró reformerek tűztek maguk elé annak idején. A hasonlóság nyilvánvaló: a szervezet köztulajdonban marad, ugyanakkor a korábbinál jóval nagyobb mértékben kívánjuk kitenni a piaci hatásoknak, többek között az egymással és a magánszektorral folytatott verseny nyomása révén. Igaz, a verseny nem lesz, nem is lehet tökéletes; fennmarad számos kórház és egyéb egészségügyi szervezet országos, vagy legalábbis egy adott területen belüli kínálati monopóliuma. A szolgáltató többnyire nem a vevők atomizált tömegével áll szemben, hanem vagy a monopszonista egyfizetővel, vagy többfizetős rendszerben egy igen koncentrált biztosítási iparággal.

Mindenekelőtt a jelenleginél egyértelműbben kell elkülöníteni a központi kormányzat, a helyi kormányzatok, a köztulajdonú kórházak és egyéb egészségügyi szervezetek közötti tulajdonosi jogokat és a belőlük fakadó kötelezettségeket. Azoknak a feladatoknak az ellátásában, amelyek az államra hárulnak, indokolt a korábbinál nagyobb mérvű decentralizálás, az önkormányzatok felelősségének és jogkörének növelése. Akárcsak a piaci szocialista reformok idején, különlegesen fontos követelmény, hogy a kórház vagy egyéb egészségügyi szervezet felelős irányítója a korábbinál sokkal nagyobb önállóságot és szélesebb döntési jogkört kapjon.[8]

A felelős irányítótól nem azt kell elvárni, hogy ő legyen a szakma legjobb orvosa, hanem azt, hogy kíváló menedzseri erényekkel rendelkezzen (Mihályi 2000: 146–8). Lehet orvosi képesítése és gyakorlata, de nem lenne helyes ehhez kötni a kinevezését. Az igazi követelmény az, hogy az egészségügyi menedzsment feladatainak ellátásához legyen képesítése, tehetsége és gyakorlata.[9]

Sok szempontból félrevezető a „forprofit" és a „nonprofit" megkülönböztetés. A köztulajdonú kórháznak vagy egyéb egészségügyi szervezetnek is annyi bevételhez kell jutnia, hogy az fedezze folyó kiadásait, s ezen felül forrás keletkezzék reál beruházásra, a felszerelések és az épületek felújítására, modernizálására és az állótőke bővítésére. Ha a

---

8 A szocialista rendszerben a kórházigazgatókat is – akárcsak a többi vezető tisztségviselőt és vállalati menedzsert – elsősorban a politikai lojalitás kritériuma szerint választották ki. A posztszocialista országokban tovább él ez a beidegződés. Az egyik forrásmunka szerint pl. Szlovákiában 1995 márciusában 15 kórházigazgatót váltott le az egészségügyi minisztérium; s ezek közül csupán egyetlen igazgató leváltása volt indokolható munkájának valóságos szakmai hiányosságaival (Lawson and Nemec 1998: 248).

9 Néhány posztszocialista országban már megkezdődött az erre szolgáló továbbképzés: a hallgatók részben az orvosok, részben a közgazdászok köréből verbuválódnak.

költségeket és a bevételeket ésszerű árakon számolják el (lásd a *8.1 alfejezet*et), s a szervezet mégis veszteséges, akkor ez gazdasági bajt jelez, amibe a menedzsment nem nyugodhat bele. Ennyiben az egészségügyben működő közszolgáltató sem lehet kivétel a közgazdaságtan elemi szabályai alól. A „nonprofit" jelző ebben a szektorban kizárólag arra utalhat, hogy a tulajdonos (azaz pl. a központi kormány vagy a helyi önkormányzat) *nem* a pénzbeli profit kedvéért működteti a szervezetet, ellentétben a „forprofit" üzlettel, amelybe azért fekteti a pénzét a tulajdonos, hogy keressen rajta.

Legyen sokkal mélyrehatóbb és intenzívebb az alku a vevő (főként a biztosítók) részéről a szolgáltatás díjaival kapcsolatban. Nem lehet belenyugodni a „kerül amibe kerül" elvébe. Ez népszerűtlen feladat, amelyben a biztosító ne essen túlzásokba; semmiképpen se ártson a beteg érdekeinek – de azért küzdjön erőteljesebben a pazarlás ellen. Az előző fejezetben leírt biztosítók közötti menedzselt verseny a biztosítókat arra fogja ösztönözni, hogy szelektív alapon olyan szolgáltatókkal szerződjenek, amelyek képesek költséghatékony módon minőségi szolgáltatást nyújtani. A másik oldalon az eladó, azaz a szolgáltató, legyen képes kimutatni, hogy mibe kerülnek a különböző műveletek. A verseny hatását ők is érezni fogják: erős lesz a késztetés, hogy minél több szerződést kössenek a biztosítókkal, hogy a szolgáltatásaikat igénybe vevő betegek állandóan magas száma biztosítva legyen. Szakmai tevékenységük segítése érdekében a szolgáltatóknak el kell mélyíteniük a szerződéskötésben és menedzsmentben való jártasságukat, akár önmaguk továbbképzésével, akár külső szakemberek bevonásával.

A köztulajdonban lévő kórházak alkalmazottaira vonatkozóan a legtöbb poszt-szocialista országban fennmaradt a szocialista rendszertől örökölt központosított bérszabályozás. Ebben a tekintetben is el kellene érni legalább azt, amit a piaci szocialista reformok idején a vállalati igazgatók kivívtak maguknak: kapjanak nagyfokú autonómiát saját munkatársaik juttatásainak megállapításában (lásd a *8.4 alfejezet*et).

Érdemes lenne megfontolni, hogy a beszerzésekre vonatkozó jelenlegi törvényi szabályozás nem túl nehézkes-e. Nem lehetne-e olyan megoldást találni, amely enyhítene a korlátozás szigorán, mégis kellőképpen védene a korrupcióra való csábítás ellen?

Meg kell vizsgálni az amortizáció jelenlegi rendszerét és a beruházásokkal kapcsolatos döntési jogköröket is. Ez egyenesen következik a kiinduló pontból, a tulajdonjog megoszlásának felülvizsgálatából. Jelentős elmozdulásra van szükség a szélsőségesen centralizált helyzettől a decentralizálás irányába. Ellenkező esetben nem érvényesülhet a 4. elv, amely a hatékonyságra való törekvést szorgalmazza. Egy közkórház vagy más köztulajdonú egészségügyi szervezet menedzsmentjének felelősséggel kell tartoznia az eszközállomány karbantartásáért, modernizálásáért és bővítéséért. E felelősség átruházását meg kell előznie a döntési jogkörök delegálásának és a finanszírozási források elérhetővé tételének.

8. FEJEZET

A kereslet és a kínálat kölcsönhatása: ármegállapítás, fizetési rendszer, kemény költségvetési korlát és az egészségügyi szektor általános fejlődése

Miután az előző két fejezetben külön-külön szóltunk a keresleti és a kínálati oldal finanszírozására, a juttatásokra és a biztosítás, valamint a szolgáltatás tulajdoni és strukturális viszonyaira vonatkozó jellemzőkről, most rátérünk interakciójuk vizsgálatára. Elsőként az árak problémáját gondoljuk át, hiszen ezek rendkívül fontos szerepet játszanak mindkét oldal ösztönzésében, s kihatnak a politikai szféra allokatív döntéseire is. Itt olyan kérdésekre keressük a választ, mint pl. hogy milyen költségeket tartalmazzanak az árak, vagy azokon a területeken, ahol nem a piac határozza meg az árat, hogyan határozható meg az adminisztratív ár. Ezután az elemzés olyan tágabb jelenségeket vizsgál, mint a kemény költségvetési korlát és a fizetési rendszerek (pl. mit jelent az egészségügyben a pénzügyi fegyelem, ki viseli a kockázatot), valamint az orvosi tevékenység honorálása (pl. a fizetések szintje és megoszlása). A *6. fejezet*ben már említett szektorsemlegesség tárgyalása után a fejezet annak leírásával zárul, hogy a javasolt reformok milyen választ adnak arra a kérdésre, hogy kié a döntés joga egy ország egészségügyi szektorának alakításában.

8.1 Ésszerű árak

Annak vizsgálatával, hogy az ésszerű árak milyen közvetítő szerepet játszhatnak a kereslet és a kínálat között az egészségügyi szektorban, különös tekintettel az adminisztratív versus piaci árak problémájára, olyan ponthoz érkeztünk, amely a szocialista gazdaság reformjával kapcsolatban lezajlott gazdaságpolitikai vitákat idézi. Hayek klasszikus (1935) tanulmányában a következő gondolatmenetet fejtette ki. Nincsen racionális, hatékonyságra ösztönző kalkuláció a relatív szűkösségeket kifejező árak nélkül. Ilyen árakat kizárólag a piac képes kialakítani. A szocializmus a magántulajdon felszámolásával kiiktatja a piacot, és ezért képtelen ésszerű árakat meghatározni. Végkövetkeztés: a szocializmus nem működhet hatékonyan.

A piaci szocializmus hívei nem tagadják, hogy az ésszerű árak nélkülözhetetlenek. Oscar Langétől mind a mai napig újabb és újabb javaslatokkal állnak elő arra vonatkozó-

an, hogy miképpen lehet igazi piac híján, a piacot valami módon szimulálva, mégiscsak többé-kevésbé ésszerű árakat kialakítani.[1]

Az egészségügyi árak meghatározásának nehézsége azért emlékeztet a szocializmus problémájára, mert ez sem épülhet átfogóan a piaci mechanizmusra. Ez részben abból a felismerésből fakad, hogy az egészségügyi szektor sem mentes a „piaci kudarcoktól" (lásd az aszimmetrikus információ, az erkölcsi kockázat és a szelekció vizsgálatát a *3. fejezet*ben), részben az újraelosztás célkitűzéseiből és végül a kedvezőtlen történelmi és politikai okokból. Minél kisebb a magánszektor súlya a kínálati és a keresleti oldalon, és minél több az állami beavatkozás a piaci mechanizmus működésébe, bármelyik fent említett oknál fogva, annál inkább elkerülhetetlen a nem piaci tényezők fontos hatása az árak alakulására. Ez elmondható még a legtöbb nyugat-európai gazdaságról is. Fokozott mértékben érvényes a posztszocialista országokra, amelyek a magántulajdont és a piacot teljesen vagy majdnem teljesen kiiktató mechanizmust örököltek a szocialista rendszertől.

Az egészségügyben csupán abban a szűk szegmensben alakulnak ki többé-kevésbé igazi, piactisztító árak, amelyben legálisan megy végbe tranzakció magáneladó és magánvevő között. Ez történik pl. a magánfogorvosi szolgáltatás esetében, ahol a fogyasztó több szolgáltatót is kipróbálva tapasztalatot szerezhet, megítélheti a minőséget, és így jól informált vásárlóvá válhat. Az egészségügyi tranzakciók túlnyomó nagy része Kelet-Európában vagy árak nélkül, természetbeni kiutalás alapján, vagy pedig súlyosan torzított árakon megy végbe.

A helyzet részletes megvitatása és a helyzet javítására tett javaslatok megfogalmazása előtt tisztázni kell, hogy a továbbiakban az „ár"-on bármilyen olyan kifizetést értünk, amelyet egy áruért, szolgáltatásért vagy ilyen áru- és szolgáltatáscsomagért fizetnek. Szó lesz egy meghatározott egészségügyi szolgáltatásért kifizetett, disaggregált, ex post árról, amelyet pl. a szolgáltatásonkénti térítés (FFS) esetén lehetne alkalmazni, valamint olyan aggregált, ex ante árakról, amelyeket pl. az esetalapú és a fejkvóta szerinti térítés esetén lehetne alkalmazni. A *8.2 alfejezet* azokra az ösztönzésbeli problémákra koncentrál, amelyek az egészségügyi szolgáltatásokért fizetett térítések összevonásának különböző szintjei közötti választási lehetőségekhez kapcsolódnak.

Vegyük sorra a kelet-európai egészségügyi árrendszer néhány jellegzetes visszásságát, és rajzoljuk meg a reform körvonalait!

1. Kelet-Európában a köztulajdonú kórházakban és rendelőintézetekben többnyire nem tudják pontosan, hogy mi a szolgáltatásaik jellegzetes átlagos költsége. Mennyibe kerül a kórháznak egy normális lefolyású szülés, egy-egy szokványos sebészeti beavatkozás, egy szívrohammal az intenzív osztályra helyezett beteg kezelése mindaddig, amíg a közvetlen életveszélyen túl nem jut és így tovább. Márpedig a költségek ismerete lenne a kiindulópontja, a kínálati oldalon, az ésszerű árak kialakításának. A teendő nyilvánvaló: a költségek gondos elszámolása és pontos felbontása a fő szolgáltatásokra, hogy legalább a szolgáltatások fő kategóriáira vonatkozóan tükrözzék a

[1] A piaci szocializmusról szóló könyvtárnyi irodalomról és a vita újabb állásáról jó áttekintést ad a Bardhan és Roemer (1993) által szerkesztett kötet.

tényleges ráfordításokat. Ezt könnyebb kimondani, mint megvalósítani. A megvalósítás sokféle intézkedést igényel, az egészségügy adottságainak megfelelő elszámolási szabályok felállításától és alkalmazásától kezdve a korszerű könyvelés megszervezésén át a rendszeres auditálásig. Az egészségügyi szolgáltatókat a költségvetési korlát megkeményedése és a minőség javításának kényszere fogja erre ösztönözni, a költségekre vonatkozó pontos információ hiányában ugyanis hátrányba kerülnének a piaci versenyben.

Kelet-Európában ebből a szempontból is érdemes hasznosítani a fejlett országok tapasztalatait. Tekintsünk először a *költségek elszámolására.* Az egészségügyi szolgáltatások árainak pontos meghatározása, valamint a kórházak, ill. más egészségügyi szolgáltatók hatékony menedzselése a költségelszámolás modern, kifinomult módszereinek alkalmazását követeli meg. Az egyik bonyolult probléma a kibocsátás, a termék, illetve a szolgáltatás világos definiálása (Berman, Kukla and Weeks 1994: 637). A számviteli rendszer relatív kifinomultságát általában a következőkön lehet mérni: mennyire részletes a költségekről biztosított információ, mennyiben nyílik lehetőség a költségek különböző hasznos kategóriák szerinti csoportosítására, mennyire időszerű és pontos az információ stb. A kórházak számára, ahol a felmerülő összes költség jelentős része állandó költség, különösen fontos a költségek felbontása állandó és változó költségekre, ill. a költségek ésszerű hozzárendelése a megfelelő szolgáltatásokhoz.[2] A fejlett költségelszámolási rendszerek a költségeket egyaránt képesek eljárásokhoz és esetekhez rendelni (pl. egy adott betegségcsoporthoz tartozó esetek kezelésének összes költsége).

2. Már említettük korábban, de ebben az összefüggésben újra ki kell emelnünk, hogy a posztszocialista országok köztulajdonú szektorában nem szerepel az elszámolásban az amortizáció, továbbá eleve lemondanak arról, hogy az amortizáció nélkül számított folyó működési költségen felül nettó jövedelmet építsenek be az output elszámolási árába. Ez megfosztja a közkórházat és a többi köztulajdonú szervezetet attól a lehetőségtől, hogy maga döntsön a fix tőke felújításáról, modernizációjáról és bővítéséről, mert nincs módja ezek önfinanszírozására. Emellett ez a súlyos torzulás végiggyűrűzik az egészségügy minden pénzügyi elszámolásában.

A nemzetközi tapasztalat nem egyöntetű ezzel kapcsolatban. A német típusú társadalombiztosítási rendszerben a kórházak működési költségvetése általában tartalmazza a tőke amortizációjának fedezetét (Saltman and Figueras 1997: 199). Sok országban, főképpen ott, ahol központi adókból finanszírozzák az alapvető szolgálta-

---

2 A költségelszámolás általános módszere, a norma szerinti költségszámítás, első lépésben elemeire bontja a költségeket (anyagköltség, bérköltség, közvetett állandó költségek), majd pedig relatív mértékegységek és szórásnégyzet-elemzés együttes alkalmazásával a tényleges teljesítményt standard költségnormákhoz méri (amelyek az ipari-műszaki szféra tanulmányozása eredményeként alakultak ki). A közvetett költségek kezelésére-felosztására számos költségelszámolási alapmódszer létezik, pl. az ún. „direkt módszer" vagy a „többlépcsős költségfelosztás módszere" (Eastaugh 1992: 40–1). Az Egyesült Államokban a kórházak és az integrált szolgáltató szervezetek az esetalapú térítés terjedésével, hasonlóan más üzleti szektorokhoz, mind fejlettebb költségelszámolási rendszereket alkalmaznak.

tást, pl. Nagy-Britanniában, centralizálják az új beruházás allokációját. Ausztráliában a beruházási döntés nincs teljesen centralizálva, de központi engedélyhez kötött.

Úgy tűnik, hogy a minimális változtatás, amelyre elkerülhetetlenül szükség van, az az amortizáció beépítése a költségek közé, s a fedezet biztosítása a szolgáltatás árában.[3] Itt nyitva hagyhatjuk azt a vitatható kérdést, hogy a *bővítésre* szolgáló tiszta jövedelmet teljes egészében vagy csak részben kell-e beépíteni az árban elszámolt költségek közé.[4]

Tegyük fel, hogy megszületett az elhatározás az amortizáció és a tiszta jövedelem elszámolása ügyében. Ezzel kapcsolatban az első teendő nyilvánvalóan a megfelelő kötelező jogszabályok előírása és érvényesítése. A feladat nem egyszerű, mert a változtatás előreláthatóan emelni fogja a szolgáltatás ellenértékeképpen elszámolt árat.

Ami azokat az anyagi terheket illeti, amelyek végső soron a háztartásra nehezednek, a korrekció makroökonómialiag megvalósítható nulla egyenleggel. Csupán a költségek átcsoportosítása megy végbe: a felszerelések és épületek felújításának és modernizálásának terhe áttevődik a központi finanszírozóktól a szolgáltatókhoz. A központi felhasználásra szánt bevételek, s ezzel együtt az adóterhek ennek arányában csökkenthetők. Más kérdés, hogy ezt a nullszaldós megoldást képes-e a kormányzat konzisztensen megvalósítani. Másrészt a makroszintű nullszaldó még nem zárja ki azt, hogy egyes háztartásokban nő, másokban csökken a kiadás (az általános adóteher és a címkézett egészségügyi járulék összege).

3. A költségek számbavételét és áttekintését megnehezíti az egészségügynek adott támogatások szeszélyes és ésszerűtlen eloszlása. Hol valamelyik inputot teszik olcsóbbá a támogatással, hol maguknak a javaknak (pl. gyógyszerek), illetve a szolgáltatásnak (pl. diagnosztikai eljárás) az elszámolási árát.

A változtatás igen nehéznek ígérkezik, többek között azért is, mert konfliktusba kerülhet az átlátható költségelszámolás követelménye a politikailag leginkább elfogadható és a szervezés szempontjából legkönnyebben megvalósítható támogatásallokáció praktikus elvárásaival. Az előbbi azt igényelné, hogy minden kibocsátást a költségeket fedező, ésszerű áron adjanak el, a támogatást pedig adják pénzben annak a kezébe, aki a szolgáltatásért megfizeti a teljes árat. A gyakorlatban azonban egyszerűbbnek bizonyulhat meghatározott inputok (pl. bizonyos gyógyszerek) támogatása

---

3 Lengyelországban 1999-ben vezették be az amortizáció beépítését a költségek közé (OECD 2000: 151).

4 Elméletileg elképzelhető az a mechanizmus, amelyben a fenti kérdésre igenlő a válasz, azaz a tiszta jövedelem első fokon a szolgáltatóhoz fut be. Ennek egy része ott maradhat, önfinanszírozó beruházás forrásaként. Másik részét elvonják és központilag (vagy regionálisan) újraosztják.

A költségek és az árak révén biztosítható átláthatóságot ez a megoldás segíti elő inkább, mert tisztán választ el egymástól kétféle aspektust: a költség- és árképzést, valamint a beruházás centralizációjának fokát. Viszont félő, hogy azok, akik a beruházási döntés centralizációjának hívei, szívesen lemondanak az átláthatóságról, s azt kívánják, hogy a beruházás pénzügyi forrásai ne kerülő úton, hanem közvetlenül kerüljenek a kezükbe. El kell ismerni, hogy a részleges centralizáció fenntartása mellett nem csak hatalmi szempontok szólnak, hanem az is, hogy kapacitások ne duplázódjanak feleslegesen.

révén elősegíteni az arra rászorulók kezelését, s ezzel máris torzítva jelenik meg a költségek között a gyógyszer ára. Számos további példát hozhatnánk.

Csak abban bízhatunk, hogy fokozatosan, több kisebb lépésben kiküszöbölnek egy-egy ilyen torzító hatást, s az indirekt támogatások helyett mindinkább közvetlenül segítik az arra rászorultakat (pl. az alacsony jövedelmű betegek mentesülnek a kötelező hozzájárulás fizetése alól).

4. A szolgáltatásra fordított munka értéke csak részben tükröződik a formálisan nyilvántartott költségek között. A könyvelésben elszámolt hivatalos béren felül kapott hálapénz láthatatlan. A kínálati oldalon a szolgáltatást olcsóbbnak mutatják ki a hivatalos elszámolások, mint amennyit a vevők (a hivatalos vásárló, pl. a biztosítási alap, plusz a nem hivatalos vásárló, a beteg) együttesen valójában fizetnek.
A hálapénzrendszer felszámolásának eszközeiről rövidesen szó lesz.

A végső következtetés nem megnyugtató. A közgazdász nem lehet elégedett azzal, hogy a relatív szűkösségeket tükröző árakat nem a piac határozza meg, hanem azok félig bürokratikus, félig piaci hatásokra alakulnak ki. A piac szimulációja nem az „igazi". Hiába – ennél kevésbé nyugtalanító eljárást nem tudunk ajánlani. Tudomásul kell venni: az egészségügyi árképzés egyike azoknak a nagy problémáknak, amelyeknek nincsen jó megoldásuk. Amikor a könyv a továbbiakban *ésszerű* árakról szól, akkor ez a fenti korlátozásokkal értelmezendő; a hatékony input–output kombinációk kiválasztását elősegítő árakat nevezzük így.

Illuzórikus lenne arra számítani, hogy a posztszocialista országokban egy csapásra kialakítható egy új, többé-kevésbé elfogadható, a racionális relatív értékeket megközelítő egészségügyi árrendszer. Mindazonáltal valahol valamiképpen el kell kezdeni. Ha az egészségügy minden szereplője érdekeltté válik a költségek csökkentésében (ezt egy későbbi alfejezetben tárgyaljuk), akkor lesz, aki tiltakozik az éppen fennálló árak torzításai ellen. Alakuljon ki az aktorok ár- és költségérzékenysége, és akkor az árak feletti vitatkozás és alkudozás vezet el, sok tapogatódzás és ismételt korrekció után, az ésszerűt jól-rosszul megközelítő árakhoz. Számítani kell arra, hogy a folyamat, amelyben a piaci árak fokozatosan, de sohasem teljesen, kiszorítják az adminisztratív árakat, és a megmaradt adminisztratív árak pontosabb jelzéseket adnak a tényleges relatív szűkösségekre vonatkozóan, hosszan el fog nyúlni.

E ponton érdemes különös figyelmet szentelni más országok ésszerű adminisztratív árakra vonatkozó tapasztalatainak, mind a döntéshozatali folyamatokat, mind pedig az intézményeket illetően. Vizsgáljuk meg két, egymástól teljesen eltérő rendszer szerint működő ország, Japán és az Egyesült Államok gyakorlatát. Japánban a szolgáltatásonkénti díjazás kontrollját egy díjrevizíós rendszer bevezetésével oldották meg. A díjakat az egészségügyi és jóléti miniszter vizsgálja felül a húsz tagú Központi Társadalombiztosítási Egészségügyi Tanács javaslatai alapján, amelyre a Japán Orvosi Szövetség jelentős befolyást gyakorol (Ikegami and Campbell 1999: 63–4). A gyógyszerárak évenkénti kigazításakor a kormány a nagykereskedelmi árakat alapul véve állapítja meg a jegyzékárat, egy minimális profit biztosítása céljából néhány százalékkal a versenyképes piaci átlagár felett. Mind a gyógyítási eljárásokra (mind az orvosokra és a kórházakra) vonatkozó díjskála megállapításakor a kormány a szolgáltatók pénzügyi helyzetének és az egészségügyi biztosítókkal szembeni követeléseik figyelembevételével határozza meg az

összes szolgáltatások volumenek szerint súlyozott átlagárának a növekedését, majd egy választott nettó növekedést oszt fel arányosan a listán szereplő 3000-plusz tételre. A különböző díjkategóriákra vonatkozó emelések és csökkentések révén próbálják az általános költségnövekedést kordában tartani, és kompenzációt nyújtani a különböző szolgáltatóknál eltérő mértékben jelentkező technológiai változások okozta eltérésekért.

Az Egyesült Államokban egy szakértői bizottság készít elemzéseket és tesz javaslatokat a Kongresszusnak a közpénzből finanszírozott Medicare programra vonatkozóan. A javaslatok a fizetési módszerek meghatározására és kiigazítására is kiterjednek. Ezeket a fizetési módszereket a magánbiztosítók és szolgáltatók is gyakran átveszik. Eredetileg két külön bizottság volt; ezek egyesítésével hozták létre 1997-ben a Medicare Fizetési Tanácsadó Bizottságot. Ez a szakmai tanácsadó rendszer felügyeli a program működését módosító olyan változtatásokat, mint pl. a Medicare-díjlista bevezetése, amely az ún. forrásalapú relatív értékskálán alapul (Hsiao et al. 1988), a kórházakban az esetalapú térítés bevezetése, legutóbb pedig a kockázatkiigazítás és a kórházi ambulánsellátás esetalapon való térítésének bevezetése.[5]

Az árak tárgyalásának lezárása előtt még egy megjegyzést kell tenni. A legtöbb kelet-európai országban kisebb-nagyobb mértékű infláció van. Ennek egyik alapvető előidézője az a törekvés, hogy a szocializmustól örökölt torz relatív árakat ki akarják igazítani. Noha elméletileg ez megvalósítható úgy is, hogy egyes árak csökkennek, mások nőnek, a gyakorlatban az árak lefelé merevek. A posztszocialista átalakulás során a relatív árrendszer kiigazodása az üzleti szférában úgy ment végbe, hogy egyes árak változatlanok maradtak, esetleg lassabban nőttek, mások viszont gyorsabban és erősebben emelkedtek. Ebben a kontextusban kerül napirendre az egészségügy árainak kiigazítása. Költségemelő, és ezzel együtt áremelő hatással jár majd mindaz a változás, amelynek szükségessége fentebb szóba került. Ide sorolható az amortizáció és a tiszta jövedelem beiktatása a költségtényezők közé, a hálapénz könyvelt, legális bérköltséggé való átminősítése, egyes input támogatások megszüntetése és pótlása nyílt jövedelem-transzferrel és így tovább. A verseny erősödése és a hatékonyságra való ösztönzés költségcsökkentő hatása esetleg ellensúlyozni fogja ezeket az árfelhajtó tényezőket, de valószínűleg nem teljesen és nem azonnal. Mindez azt jelenti, hogy egészségügyi árreformmal szembeni egyik legnagyobb kihívás az, hogy ellentétes a kormányzat inflációcsökkentésre irányuló makrogazdasági törekvéseivel. Ez rövid távon csökkenti a siker reményét, és azt sugallja, hogy a változások inkább fokozatosan, mint gyorsan mennek majd végbe.

---

5 A *6.5 alfejezet* végén ismertettük a Szlovéniában bevezetett eljárást az alapvető ellátás meghatározására. Ez egyebek között ésszerű adminisztratív árak kialakítását is magában foglalja, legalábbis az alapvető ellátás körébe tartozó szolgáltatásokra vonatkozóan.

8.2 Kemény költségvetési korlát és más ösztönzők

Amint azt a *3. fejezet* és a könyv más részei kifejtették, a tulajdonviszonyok átalakítása, továbbá a szolgáltatási és finanszírozási oldal szervezeti átalakítása önmagában nem elégséges ahhoz, hogy az egészségügyi szektor jól teljesítse a feladatait. Kellő ösztönzők híján a résztvevők cselekedetei vagy az egyik irányba húznak el: fékezhetetlen kereslet alakul ki és elszaladnak a kiadások, vagy a másik irányba: a gátlástalan költségcsökkentés rontja az ellátás minőségét, és a szolgáltatók (továbbá decentralizálás esetén a biztosítók) megpróbálnak elzárkózni a nagyobb kockázatú betegek kezelésétől, illetve biztosításától.

Mit lehet tenni? Ne legyenek illúzióink: nincsen tökéletes megoldás. Bármilyen körültekintően megtervezett ösztönzési rendszer épül is ki, mindig fennáll a veszélye annak, hogy azon rések keletkeznek, amelyeket felfedezhet és kihasználhat az, aki önző módon csak a maga javát akarja érvényesíteni, a beteg vagy a finanszírozás terheit viselő közösségek kárára. Mindazonáltal kellő körültekintéssel kialakulhat az ösztönzőknek az az összetett rendszere, amely lehetőleg szűk térre szorítja a visszásságokat.

1. Biztosítani kell a pénzügyi fegyelmet. A hagyományos piaci gazdaságban is úgy érzi egyik-másik köztulajdonú szolgáltató vagy nonprofit biztosító, hogy erkölcsi joga van különleges elbánásra, pl. adósságainak elengedésére, deficit esetén kimentésre, mert hiszen a legnemesebb célt, az egészséget szolgálja. Még gyakoribb ez az elvárás a posztszocialista országokban, ahol ezt a magatartást szokták meg a múltban. A szocialista rendszerben nem csak az egészségügyben, hanem a gazdaság minden szférájában elterjedt a puha költségvetési korlát szindrómája.

   Nézetünk szerint az automatikus kimentés elvárása jogosulatlan. Számos egyéb ágazat is hivatkozhatna a maga különleges fontosságára. Nem a pénzügyi fegyelem lazaságának eltérésével kell kifejezésre juttatni az egészségügy iránti megbecsülést. Ha az állampolgárok közössége ezt anyagi formában akarja kinyilvánítani, akkor politikai képviselőinek közvetítésével szavazzon meg nagyobb ex ante makroköltségvetést az alapvető ellátás céljaira. De ex post nem szabad utánaengedni a makro- és mikroköltségvetési korlátok lazítására és a kimentésre irányuló könyörgésnek vagy zsarolásnak.[6]

   Nem szabad belenyugodni abba, hogy egy-egy köztulajdonú vagy nonprofit szervezet tartósan veszteséggel működjék. Ha a veszteség oka az, hogy az inputok vagy az outputok ára torz, akkor korrigálni kell az árat. Ha az ok az, hogy a magas költségigényű esetek nagyobb terheket jelentenek, mint ami az árban megjelenik, azt úgy kell finomítani, hogy jobban tükrözze a költségeket (kockázatkiigazítással és egyéb stratégiákkal; lásd lejjebb). Ha azonban más hasonló szervezet ugyanezekkel az árakkal,

---

6 Magyarországon 1998-ban az egyik vidéki kórház rendkívül nagy mértékben túllépte költségvetését. A kórház egyik vezető orvosa, egy országosan ismert szívsebész, éhségsztrájkba kezdett. A pénzügyminiszter és az egészségügyi miniszter helyettesei kénytelenek voltak a helyszínen tárgyalásokba bocsátkozni. Végül az akció kikényszerítette, hogy a kormányzat fedezze a kórház veszteségét.

hasonló összetételű ügyfélkörrel, de veszteség nélkül működik, akkor az alacsony hatékonyságban kell keresni a hibát. Akkor a menedzsment megerősítése vagy leváltása és a tevékenységek átszervezése vezethet el a hatékonyság javításához. Legfeljebb átmenetileg adható pénzügyi segítség, azzal a nyomatékos figyelmeztetéssel, hogy előre jelzett időpontig mindenképpen megszüntetik, s addig is lehetőleg fokozatosan csökkentik.

A költségvetési korlát megkeményítése a gazdaság üzleti szférájában is igen összetett politikai, jogi és közgazdasági problémákat vet fel. A posztszocialista átalakulás során ez a folyamat egyenlőtlenül ment végbe; egyes országokban messzebbre jutott, másokban alig haladt előre. Annyi azonban az egész régióra vonatkozóan általánosan elmondható, hogy az egészségügyi szektorban – mind a szolgáltató-, mind a biztosítóintézmények körében – ma is még sokkal inkább uralkodik a költségvetési korlát puhasága, mint a versenyszférában. A költségvetési korlát megkeményedése fontos indikátora annak, hogy mennyire következetesen ment végbe a hatékonyság-orientált reform.

Ha keményen megkövetelik a pénzügyi fegyelmet, akkor egy egyszeri kimentés indokolható, mert kedvezőbb feltételeket teremtett a reformfolyamat számára. Ha viszont az egészségügyi intézmények megint csak eladósodnak, s a veszteségek felhalmozódása újra megkezdődik, akkor egy újabb kimentés már nem védhető.

2. A *3. fejezet* kifejtette, hogy miért nélkülözhetetlen a költségmegosztás elvének alkalmazása mind a keresleti, mind a kínálati oldalon. Ami a keresleti oldalt illeti, nincs szükség ajánlásaink megismétlésére, hiszen a *6.7 alfejezet* már részletesen érvelt a hozzájárulás általános bevezetése mellett. Ez legalább bizonyos mértékig érdekeltté teszi magukat a betegeket abban, hogy némi önkorlátozással vegyék igénybe a szolgáltatásokat, még akkor is, ha a kiadások nagy részét közpénzből fizetik.
3. Folytassuk a költségmegosztási elv alkalmazásának áttekintését a szolgáltatói oldalon, mégpedig először a kórházak és a rendelőintézetek, tehát az aránylag nagyobb szervezetek vonatkozásában. A *8.1* és a *8.2 táblázat* áttekintést ad az 1997. évi állapotról; az első a fizetési szisztémák szerint, a második pedig az ellátás kategóriái szerint csoportosítja az információt.

A szocialista rendszer a kórház vagy a rendelőintézet számára egy maghatározott összeget, ún. globális költségvetést biztosított, és nem a beteg számára nyújtott konkrét szolgáltatásokat térítette meg. Az ex ante költségvetés kiszámításakor a korábbi kapacitásból és a korábbi kiadásokból indultak ki, s azokat legfeljebb a könnyen számba vehető kapacitásváltozás (pl. az újonnan létesített többletágyak száma), valamint az infláció figyelembevételével korrigálták. A puha költségvetési korlát és a verseny hiánya miatt ez a gyakorlat nagyon hasonlított egyes fejlett nyugati országoknak ahhoz a fizetési rendszeréhez, amelyben a költségeket automatikusan megtérítették. Tulajdonképpen újra és újra jóváhagyták a korábbi alacsony hatékonyságú, kedvezőtlen összetételű input-output kombinációt, és nem ösztönöztek hatékonyságra.

A posztszocialista átalakulás, kiindulópontként, fenntartotta ezt a fizetési szisztémát, amint azt a *8.1 táblázat* első oszlopa mutatja. Később több országban is elkezd-

8.1 táblázat Fizetési rendszerek Kelet-Európában: áttekintés a fizetési alternatívák szerint, 1997

Ország	Összköltség-vetési keret	Teljes költségtérítés	Szolgáltatáson-kénti díjazás	Esetalapú finanszírozás	Fejkvóta	Ágy/nap (per diem)
Albánia	J és F	-	-	-	H	-
Bulgária	H, J és F	-	-	-	-	-
Cseh Köztársaság	F[1]	J és F	H, J és F	F (nem általános)	-	-
Horvátország	-	-	J és F	-	H	-
Lengyelország	H, J és F	-	-	F (nem általános)	-	-
Macedónia	J és F	-		-	H	-
Magyarország	-	-	J és F	F	H	-
Románia[2]	H, J és F	-	-	-	-	-
Szlovákia	-	J és F	J	F (nem általános)	H	F
Szlovénia	-	-	H, J és F	-	H	F

H = háziorvosi ellátás; J = járóbeteg-ellátás; F = fekvőbeteg-ellátás.
[1] 1997 júniusában visszatértek az összköltségvetési kerethez. [2] A kórházak területi alapokkal is rendelkeztek, amelyekből a háziorvosi és a járóbeteg-ellátást, valamint a tűdőgondozókat és a kórházi ambulanciákat kellett finanszírozniuk.

Forrás: NERA 1998b; 1999; PHARE 1998: Annex; WHO 1999b.

ték más szisztémákkal kiegészíteni vagy pótolni.[7] A *8.2 táblázat*ból az is kiderül, hogy az 1990-es évek legvégére a legtöbb ország többé-kevésbé átfogóan elmozdult a teljesítményalapú finanszírozás felé.

Az 1990-es évek második felében több posztszocialista országban a kórházakban és a rendelőintézetekben a relatív pontrendszer alapján működő szolgáltatásonkénti díjazás valamelyik változatát kezdték alkalmazni. Mivel a szolgáltatót a szolgáltatás mennyisége és típusa alapján fizetik, ez a térítési mód a szolgáltatás volumenében mért teljesítményhez kötődik. Minél magasabb a nyújtott szolgáltatások száma, annál magasabb a bevétel.

A *3.3 fejezet*ben már láttunk néhány empirikus példát arra, hogy miként befolyásolják a fizetési rendszerek a szolgáltatók teljesítményét. Bár a finanszírozásbeli változás hatásait egyik kelet-európai országban sem elemezték mélyrehatóan, annyi megállapítható, hogy néhány esetben ezeknek az új kínálatoldali ösztönzőknek a hatása drámai volt. Ebből a szempontból a Cseh Köztársaság esete különösen érdekes. Az elmélet és más országok tapasztalata egyaránt azt sugallja, hogy a szolgáltatásonkénti díjazás kombinálása bizonyos anyagköltségek teljes mértékű megtérítésével a kiadások növekedéséhez vezet, és veszélyezteti a reformok pénzügyi fenntarthatóságát. És valóban, miután a társadalombiztosításban bevezették a nyílt végű fizetési rendszert, két év leforgása alatt reálértéken 40 százalékkal nőttek a cseh egészségügyi szektor kiadásai (Marree and Groenewegen 1997: 64). A szolgáltatásonkénti alapon fizetett magánorvosok minden szolgáltatási kategóriában sokkal többet számláztak, mint az állami (többnyire havi fizetésű) szolgáltatók (Massaro, Nemec

7 A fizetési rendszerek leírását lásd a *3.3 alfejezet*ben.

8.2 táblázat Fizetési rendszerek Kelet-Európában: áttekintés az ellátási szintek szerint, 1997

Ország	Háziorvosi ellátás	Járóbeteg-ellátás	Fekvőbeteg-ellátás
Albánia	Fejkvóta	Összköltségvetési keret és fix fizetés Terv: FFS	Összköltségvetési keret és fix fizetés
Bulgária	Összköltségvetési keret és fix fizetés	Összköltségvetési keret és fix fizetés	Összköltségvetési keret és fix fizetés
Cseh Köztársaság	FFS Terv: fejkvóta	FFS országos felső korláttal, bizonyos inputok esetén teljes költségtérítés	FFS országos felső korláttal, bizonyos inputok esetén teljes költségtérítés és per diem 1997. június óta: összköltségvetési keret
Horvátország	Fejkvóta és FFS	FFS és fix fizetés	FFS
Lengyelország	Összköltségvetési keret és fix fizetés 1999 óta: fejkvóta és FFS	Összköltségvetési keret és fix fizetés 1999 óta: fejkvóta és FFS (a területi alap választásától függően)	Összköltségvetési keret és fix fizetés 1999 óta: esetalapú térítés (a területi alap választásától függően)
Macedónia	Fejkvóta	Összköltségvetési keret és fix fizetés Terv: FFS	Összköltségvetési keret és fix fizetés Terv: Esetalapú térítés
Magyarország	Fejkvóta	FFS országos felső korláttal	Esetalapú térítés
Románia	Összköltségvetési keret és fix fizetés 1999 óta: fejkvóta és FFS	Összköltségvetési keret és fix fizetés 1999 óta: fejkvóta és FFS	Összköltségvetési keret és fix fizetés 1999 óta: esetalapú térítés
Szlovákia	FFS Kísérleti jelleggel: fejkvótával kombinálva	FFS	Várható per diem Kísérleti jelleggel: esetalapú térítés
Szlovénia	Fejkvóta és FFS országos felső korláttal	FFS	Per diem és FFS országos felső korláttal

Forrás: PHARE 1998: Annex; WHO 1999b.

and Kalman 1994). A korai cseh tapasztalatok ékesen illusztrálják a nyílt végű szolgáltatásonkénti térítés és a kínálatoldali költségmegosztás hiányának költségnövelő hatását. A kórházi ellátásban végül 1997 közepén visszatértek az összesített költségvetés szocialista módszeréhez, mert semmennyi finomítás sem bizonyult elegendőnek a költségek visszafogására. Az egy negyedévre adott költségvetés a korábbi negyedév költségvetésének 100 százaléka, amennyiben a kórház volumenben mért teljesítménye nem kevesebb az előző időszak 70 százalékánál. Cseh orvosok szerint a változtatás azonnal éreztette a hatását: a finanszírozás alapjául szolgáló mérhető teljesítmény 30 százalékkal csökkent (Benedict 2000). Ez az eset is azt mutatja, hogy milyen gyors és átfogó lehet a fizetési ösztönzők hatása.

Egy másik, az egyszerű szolgáltatásonkénti díjazásnál több szempontból kifinomultabb ösztönzési rendszer az esetalapú finanszírozás, amelyben a térítés egyenlő az adott eset kezelése során felmerülő összes szolgáltatás árának összegével. Ám ez sem tökéletes, amint azt a *3.3 alfejezet*ben kifejtettük. A lehetséges problémák illusztrálására jó példa Magyarország, ahol viszonylag hamar, már 1993-ban bevezették az esetalapú finanszírozást. Majdnem egyidejűen megjelent a kórházakban egy SÁMÁN nevű szoftver, amely a nyereség maximalizálása érdekében történő „optimális" kódolást kívánta elősegíteni. Például megadta, hogy együttesen fellépő betegségek különböző kombinációi esetén melyik betegséget érdemes „elsődleges"-ként a diagnózisban feltüntetni; milyen komplikációkat érdemes jelenteni, hogy így növelhető legyen a kezelésért járó pénzösszeg. Az esetalapú finanszírozás bevezetése, hasonlóan a többi országhoz, ahol bevezették, érthető módon váltott ki ilyen és ehhez hasonló reakciókat.

További problémát jelent Magyarországon a kórházi és a járóbeteg-ellátás finanszírozásának összehangolatlansága. A kórház vagy rendelőintézet mindegyik részlege megpróbálhat a maga számára több pontot kiügyeskedni, illetve azt „kisakkozni", hogy járóbetegként vagy fekvőbetegként tud-e többet kasszírozni egy betegért. Ezt nevezik „pontvadászatnak" (Féderer és Nemes 1999). Ha pl. egy gyermekkórházban a beteget ismétlődő orrvérzése kapcsán ambulánsan kezelik, akkor ez a kórház számára veszteséges művelet. Ha azonban néhány napra befektetik a kórházba, akkor nyereségük keletkezik. Vagy egy másik példa. Ha egy betegen a kórházban vizsgálatokat végeznek, majd kiderítik, hogy egészséges, akkor a társadalombiztosító nem fizet érte. Ezért a kórház pénzügyi érdeke, hogy mindenkit, ha már befeküdt a kórházba, betegnek minősítsen. Ezek a példák rámutatnak a fizetési rendszerek koordinálásának fontosságára, ami biztosítaná, hogy adott szolgáltatás„csomag" (mint pl. a makacs orrvérzés kezelése) „helyszíntől független" legyen, és a kórházi kezelés ne legyen sokkal kifizetődőbb, mint a járóbeteg-ellátás.

Szlovákiában a káros hatások miatt 1993 óta többször módosították a kórházi finanszírozást. Több mint egy évig egy pontrendszerrel kombinált ágy/nap (per diem) alapon fizettek, majd a következő 13 hónapig egy fix összeggel kombinált napidíjjal próbálkoztak. Végül 1995 óta egy időről időre felülvizsgált napidíj szerint térítik az összes folyó kórházi kiadást. Nem bizonyosodott be egyértelműen, hogy az utolsóként alkalmazott szisztéma minden szempontból megfelelő (Lawson and Nemec 1998: 247). Megjósolható, hogy a per diem szerinti térítés hosszabb hoszpitalizációhoz vezet majd Szlovákiában, mint azonos betegség esetén azokban az országokban, ahol más ösztönzőket – pl. esetalapú térítést – alkalmaznak.

Ezek a példák azt mutatják, hogy a kórházi és az ambuláns ellátás ösztönzési rendszereit tovább kell még finomítani a legtöbb országban. Ahol a szolgáltatásonkénti térítési rendszert alkalmazzák, ott javítani kell a relatív „árakat" (a műveletek relatív pontértékét). Egyes esetekben célszerű lehetne nem csak a nagy szervezet egészére, hanem kisebb részekre lebontani azokat a felső költségvetési korlátokat, melyek betartása mellett, a szerzett pontok arányában, szétosztják a fizetséget. Lehetséges, hogy hatékonyabb lenne a tiszta szolgáltatásonkénti díjazás feladása és olyan kínálatoldali költségmegosztási mechanizmus bevezetése, mint az esetalapú térítés, amelyet bizonyos szolgáltatások esetén kiegészítenének egy plusz összeggel.

Az eddigi ajánlásokkal összhangban megfontolásra érdemes a költségmegosztás elvének alkalmazása, mind a kórház vagy rendelőintézet egészére, mind az azon belül külön elszámolt részlegekre vonatkozóan. Ez pl. azt jelenthetné, hogy minden egység, amely ex ante költségvetést kap, jogosult megtartani (teljesen vagy meghatározott hányadban) az ex post megtakarítást. Viszont az ex post túllépést köteles (teljesen vagy meghatározott hányadban) saját korábban felhalmozott tartalékaiból fedezni. Ez a gyakorlat működik évek óta Szlovéniában a kórházi ellátás vonatkozásában (Health Insurance Institute of Slovenia 1999: 28). Ez is közrejátszhat abban, hogy ott ritkán fordul elő a kórházi deficit. A szlovén tapasztalat jól illusztrálja, hogy az összesített költségvetési rendszer, ha kemény költségvetési korláttal (és esetleg a teljesítmény figyelésével és/vagy versennyel) párosul, sokkal inkább ösztönöz hatékonyságra, mint a szocialista globális költségvetési rendszer. Ennek ellenére a húr nem feszíthető a végsőkig: az egyre kisebb egységekre kényszerített kemény költségvetési korlát és kínálatoldali költségmegosztás növeli a rájuk nehezedő kockázatot, és arra készteti őket, hogy a költségeket a minőség csökkentésével és a drága ellátást igénylő betegek elleni diszkriminációval próbálják csökkenteni.

4. Kelet-Európában az alapellátásban már eddig is a fejkvótarendszer, vagy annak valamelyik módosított változata terjedt el leginkább (lásd a *8.2 táblázat*ot). A beteg állandó jelleggel háziorvost választ. A háziorvos „fejpénzt" kap, azaz keresete arányos a nála regisztrált betegek számával.[8]

Magyarországon az egészségbiztosító a háziorvosok számára kifizetett összegnek mintegy a háromnegyedét az orvoshoz feliratkozott betegek után kalkulálható fejkvóta alapján számolja el. A fejkvóta nem egyöntetű. Az orvosok a betegért pontokat kapnak. A 15 és 34 év közötti betegért 1 pont jár, az ennél fiatalabb, illetve öregebb beteg pontértékét felszorozzák. Például a 0–3 éves korcsoportnál a szorzó 4, a 60 évnél idősebb betegnél 2,5. Ezzel kívánják ellensúlyozni azt a káros szelekciót, amely elzárkózna a költségigényesebb, nagyobb kockázatú korcsoportok fogadásától.

A fejkvótaforma hátránya (csakúgy, mint a többi teljes kínálatoldali költségmegosztást eredményező formáé), hogy egyoldalúan a háziorvos saját rendelőjében felmerülő költségek csökkentését tolja előtérbe, beleértve az orvos saját munkaidejével való takarékoskodást is. Az orvos érdeke az, hogy minél több pácienst regisztráljon, de minél kevesebb időt töltsön velük.[9] Ez felületes vizsgálatokhoz vezethet. A káros tendenciát tompíthatja és fokozott gondosságra késztet, ha az alapellátás privatizálása nyomán és a beteg szabad háziorvos-választásának garantálásával valóságos verseny alakul ki a háziorvosok között (3. elv). Ehhez az kell, hogy elegendő számú háziorvosi praxisengedélyt adjanak ki. Annyi engedélyezett háziorvos működjék, hogy összes kapacitásuk, azaz a kínálat haladja meg a betegek szokásos háziorvos-keresletét, s a fejkvóta a beteg megnyeréséért folytatott versenyre késztesse őket. Ha (eset-

---

8 A fejkvóta emlékeztet a kis egységek összköltségvetésére (lásd fentebb).

9 Kelet-Európában a háziorvosok csak limitált számú beteget regisztrálhatnak. Magyarországon 2400 pont felett egy degressziós tényezőt alkalmaznak. Vegyes (azaz mind felnőttekre, mind gyermekekre kiterjedő ellátás esetén) a határ 2600 pont. Ezzel kívánják a háziorvost visszatartani attól, hogy túl sok beteget regisztráljon.

leg a már működő háziorvosok lobbijának hatására) túl kevés engedélyt adnak ki, akkor a céhszerű elzárkózás krónikus hiányhelyzetet teremt, a kereslet tartósan felülmúlja a kínálatot. Ezt az állapotot jól ismerjük a szocializmus korából. Hiába adják meg, jogi értelemben, a szabad orvosválasztás jogát. A gyakorlatban a betegek egy része kénytelen azt az orvost választani, aki kevésbé népszerű, s akinél ennek folytán rövidebb a várakozási idő. Ezt a tulajdonformák, a verseny és a fizetési rendszerek együttes reformjával lehet kiküszöbölni – csak így garantálható valóságos választási lehetőség.

A háziorvosi tevékenységgel kapcsolatban további ösztönzési probléma a gyógyszer felíráshoz kapcsolódik. A fejkvóta szerinti fizetési rendszer nem készteti az orvost arra, hogy meggondolja, mikor ír fel drágább, vagy a drága gyógyszert megfelelően helyettesítő, költséghatékony, olcsóbb gyógyszert.

A háziorvosnak a reformok kitüntetett szerepet adnak azzal, hogy ő az első „kapuőr", aki odaengedi a pácienst a szakorvoshoz, vagy elzárja előle az utat. Elvárható, hogy ebben legjobb szakmai lelkiismerete szerint döntsön. Ám döntését nyilván befolyásolják saját érdekei. Ha csakis az ő keresete, és esetleg a saját rendelőjének kiadásai fedezhetőek abból a bevételből, amelyet a fejkvóta révén kap, akkor az az érdeke, hogy a pácienst minél könnyebben engedje tovább szakorvoshoz vagy kórházba utalja be. Ezzel magának és asszisztenciájának időt takarít meg. Ráadásul kedvező fényben tűnik fel a páciens szemében, tehát jó helyezést szerez magának a betegekért folyó versenyben. Saját döntési kockázatát így minimalizálja; így van leginkább „lefedezve" a beteg esetleges panasza esetén. Mint kapuőr viszont csődöt mondhat: tárva-nyitva hagyja a kaput. Ez azonban az egészségügy egészét tekintve igen költséges megoldás, és a drága szakorvosi és kórházi hálózat túlterheléséhez vezet. Ezért többféle instrumentumot kell felhasználni a páciens „továbbpasszolásának" tendenciájával szemben.

Egyik megközelítési lehetőség az információ nyújtáshoz és az adminisztrációhoz kapcsolódik. Kapjon a háziorvos egy olyan működési útmutatót, amely eligazítja abban, hogy milyen esetben kell a beteg számára vizsgálatokat előírni, szakorvoshoz küldeni vagy kórházba beutalni. Igaz, saját szakmai tudása és lelkiismerete alapján minden esetben magának kell döntenie. Viszont minél több segítséget kap ehhez érvényes döntési kritériumok tisztázásával, sőt konkrét útbaigazításokkal, annál megbízhatóbb lesz a döntése.[10]

A másik megközelítési forma a pénzügyi ösztönzőké. Nagy-Britanniában, mint már a *3.3* és *4.1 alfejezet*ben utaltunk rá, a háziorvos a hozzá feliratkozott páciensek számával arányosan kiadási keretet kap (költségvetés vagy pénzalap formájában) betegei egyes egészségügyi kiadásainak finanszírozására. A szabályok előírják, hogy milyen típusú kiadásokat kell, illetve szabad ebből a keretből fizetnie. A háziorvosnak

---

10 A probléma némileg hasonlatos ahhoz a kérdéshez, amelyet a *6.4 alfejezet*ben tárgyaltunk az alapvető ellátás tartalmának meghatározásával kapcsolatban. Ott is azt ajánlottuk: szükség van vezérlő elvekre, specifikus útbaigazításokra – anélkül azonban, hogy kivennénk az orvos kezéből a konkrét egyedi döntés jogát, és ezzel együtt levennénk a válláról a döntésért viselt felelősséget.

kell eldöntenie, hogy (az adott szabályok betartása mellett) melyik betegének mit fedez ebből a keretből. Valójában ez a rendszer a háziorvost egyben biztosítónak és szolgáltatónak is tekinti, mivel annak eldöntése, hogy melyik beteg milyen szolgáltatást igényel, pénzügyi kockázattal jár. Meggondolandó hasonló szisztéma bevezetése a kelet-európai háziorvosoknál is.[11] Ha neki kellene például a fix keretből fedeznie a szakorvosi vizsgálatok, tesztek és kórházi költségek egy részét, akkor ez fékezné azt a hajlandóságot, hogy habozás nélkül „továbbpasszolja" a beteget. Ezzel nő a háziorvos mozgástere, költségcsökkentési ösztönzése, de ezzel együtt nő a hatalma a betegek felett, és motiváltsága az alacsonyabb kockázatú betegek kiválogatására. Ezért nem lenne szabad előrerohanni ennek a mechanizmusnak az alkalmazásával. Amikor már némiképpen megszilárdult a háziorvosok egyéni vagy csoportpraxisa, s mind a szolgáltatók, mind a betegek tapasztalatot szereztek az új helyzetben, akkor kerülhet napirendre az ösztönzés továbbépítése.

5. Az előző pontban leírt mechanizmustól (háziorvos mint kapuőr, és kiadási keret egyes szakorvosi és kórházi kiadások fedezésére) már csak néhány lépés választja el a HMO (a Magyarországon elterjedt elnevezéssel: Irányított Betegellátási Modell, IBM) intézményét. Ez, mint korábban tisztáztuk, integrálja a biztosítást és a szolgáltatást. Papírforma szerint képes lenne eredményesen leküzdeni mindkét káros tendenciát, a költségek elszaladását és a minőség rontását. Az a tény, hogy a HMO-k versenyeznek egymással a munkaadók és a biztosított egyének megnyeréséért, tulajdonképpen egyaránt készteti őket költségcsökkentésre és a betegek lehető legjobb ellátására. Ugyanakkor ösztönözhet arra is, hogy csökkentsék a minőséget ott, ahol azt a betegek vagy a munkaadók csak nehezen vehetik észre, és hogy a veszteséget jelentő betegeket elkerüljék.

   Az amerikai tapasztalat szerint fennáll a veszélye annak, hogy a mindenáron való költségcsökkentés kerekedik felül. Ezért csak óvatosan szabad előrelépni ezen az úton. Nem lenne helyes Kelet-Európában elzárkózni az elől, hogy önkéntes kezdeményezésre HMO-k alakuljanak. Meg kellene teremteni működésük jogi kereteit. De nem kell erőltetni a meghonosodásukat, és semmiképpen sem szabad HMO-alapítási kampányba kezdeni.[12]

   Magyarországon már jóideje megjelentek olyan ellátási és finanszírozási formák, amelyek sok tekintetben hasonlítanak az amerikai HMO-hoz. 2004-ben újabb kezde-

---

11 Néhány lengyel nagyvárosban, így Krakkóban is, 1996 óta folynak kísérletek az angol rendszerhez hasonló formával (NERA 1998b; Windak et al. 1997). A krakkói háziorvosok (ottani nevükön családorvosok) szerződést kötnek a regionális hatóságokkal, amelyben fejpénz ellenében kötelezettséget vállalnak egy-egy körzet lakóinak ellátására. Az alapellátáson túlmenően szakellátást és diagnosztikai szolgáltatásokat is nyújtanak. Az ilyen kísérletek azonban egyelőre csak szórványosan jelennek meg Kelet-Európában.

12 Ez a fokozatos és önkéntes megközelítés alapvető fontosságú, ha garantálni akarjuk az egyéni szuverenitást és a versenyző biztosítási lehetőségek közötti választást. Az óvatosság azért is indokolt, mert súlyosbíthatja a kockázati szelekciót, hiszen könnyen előfordulhat, hogy azok, akik a HMO-t önként választják, az átlagnál egészségesebbek. Ezt a problémát leginkább a kockázatkiigazítással és a vegyes fizetési módok alkalmazásával lehet kivédeni (lásd a 6. pontot).

ményezés született az IBM-hez hasonló ellátásszervezési forma gyors és széles körű elterjesztésére. Számos, az írott és az elektronikus sajtóban megjelent ismertető vázolta az első elképzeléseket, de részletesebb, hivatalos dokumentumot csak a közelmúltban tettek közzé.[13] Az eddig nyilvánosságra került ajánlásokat tüstént heves bírálatok érték.[14] A vita kezdetben a legszélesebb nyilvánosság, pl. a tévé kamerái előtt folyt, de most mintha áttevődött volna szűkebb szakmai körökbe.

Könyvünk nem foglal állást *közvetlenül* ebben a vitában. Az IBM-ben részt vevő szervezetek 2004 előtti magyarországi tapasztalatairól igen kevés átfogó, mélyreható, széles szakmai körben megvitatott elemzést és értékelést hoztak nyilvánosságra.[15] A társadalmi vita a legújabb, 2004-es javaslatokról még eléggé a kezdeteknél tart. Sajnálatos módon az eddigi vitába beszűrődtek pártpolitikai elfogultságok. Máris erőteljesen megszólaltak különböző lobbik egyes csoportok szűk szakmai érdekeinek képviseletében.

Könyvünk, ahogy azt a *Bevezetés 1.2 alfejezet*ében megfogalmaztuk, nem kíván a napi gazdaságpolitika szintjén bekapcsolódni a vitába. Csupán *közvetett* módon akarunk ebben a fontos kérdésben is hatást gyakorolni. Példaképpen emlékeztetünk ezen a helyen a könyv néhány pontjára, amelyet hasznos lenne az IBM vitában komolyan mérlegelni. Könyvünk több helyen beszél az HMO intézmény előnyeiről, kedvező és kedvezőtlen tapasztalatairól. Felhívjuk a figyelmet a különféle fizetési-ösztönzési rendszerek és a biztosítás különböző válfajainak problémáira. Hangsúlyozzuk, hogy árnyalt módon, finoman kalibrálva kell különböző kockázatkiegyenlítő instrumentumokat használni. A reform általunk kívánatosnak tartott *alapelvei* közé vettük fel a verseny, az átláthatóság és a fokozatosság követelményét. Reméljük, hogy a magyarországi IBM-vita résztvevői nem engedik majd el fülük mellett ezeket a gondolatokat.

6. A már említett fizetési módozatok némelyike (pl. az esetalapú térítés, a fejkvóta vagy a háziorvoshoz rendelt pénzalap) jelentős kínálatoldali kockázatmegosztást implikálnak, és ezáltal a költséges betegek elkerülésére ösztönöznek. E nemkívánatos hatások csökkentése végett a biztosítóknak és a szolgáltatóknak nyújtott kifizetéseknek tükrözniük kell a szolgáltatás várható költségét (lásd a *3.3 alfejezet*et).[16]

A kockázatkiigazítás nem ismeretlen a régióban. A Cseh Köztársaságban már 1993-ban bevezettek egy egyszerű, az életkoron alapuló kockázatkiigazítási mechanizmust. Ez kétségtelenül a helyes irányba tett lépés volt, mert a biztosítók valószínűleg kevésbé diszkriminálnak az idősek ellen, ha a kezelésükért magasabb biztosítási díjat kapnak. Továbbá a korra vonatkozó információ könnyen beszerezhető, és egyszerű a díj kiigazítása. Sajnos az életkor (és más demográfiai jellemzők, mint pl. a nem) a

---

13 Az egészségügyi ellátásszervezésről szóló 2004. évi ... törvényjavaslat – Munkaanyag, Budapest, 2004. április (www.eszcsm.hu – 2004.05.28).

14 A kormányzati elgondolások bírálatáról lásd többek között Fendler 2004; Radnai 2004; Sinkó 2004b; Weltner 2004.

15 Evetovits 2003; Nagy és Dózsa 2002, OEP 2004, Sinkó 2004a

16 Ez már az A forma esetén (alapvető ellátás monopolbiztosító révén) is hasznos lenne. A B forma esetén (alapvető ellátás és kiegészítő ellátás a biztosítók menedzselt versenye révén) ennek jelentősége megnő (lásd a *6.6 alfejezet*et).

költségek betegek szerinti különbségeinek csak egy részére adnak magyarázatot. A kifinomultabb kockázatkiigazítási rendszerek az egyénekre vonatkozóan sokkal kiterjedtebb információkat igényelnek.

A vegyes térítési rendszer, amely a kínálatoldali kockázatmegosztás középső szintjeire épül, a kockázati szelekció kivédésének kiegészítő és bizonyos tekintetben könnyebb módszere, és egyben a minőség csökkentése ellen is hat. A vegyes térítési rendszer a fix összegű ex ante kifizetést és a beteg által ténylegesen igénybe vett szolgáltatásért teljesített ex post kifizetést kombinálja. Az ex ante térítésnek kockázati szempontból kiigazítottnak kell lennie. A különböző országoknak a gyakorlatban kell kialakítaniuk az ex ante fix kifizetések és az ex post térítés számukra legmegfelelőbb arányát.

Végül a régió országainak tanácsos lenne megfontolniuk a magas kockázat okozta terhek megosztásának kötelezővé tételét (lásd a *3.3 alfejezet*et). Egy ilyen rendszerben a biztosítóknak (és valószínűleg más olyan szolgáltatóknak is, akik kockázatot viselnek, mint pl. a fix alapból gazdálkodó háziorvosok) kötelező lenne egy közös alapba való befizetés, amely a magas kockázatú betegek költségeit fedezné. Ezért, mintegy cserébe, a biztosítók a betegek egy részét a biztosítás megkötésekor ebbe a magas kockázati alapba tehetnék. Ebből az alapból a magas kockázatú betegek kezelésének költségeit bőkezűbben lehet megtéríteni, mint különben. E mechanizmus nem késztetné a biztosítókat arra, hogy a magas költségű betegeket elkerüljék, az ilyen betegeknek pedig valóságos választási lehetőséget kínálna.

7. Nem csak a HMO-k működésében potenciálisan jelen levő káros ösztönzőkkel, hanem a szolgáltatói költségmegosztás valamennyi fent leírt formájával szemben ki kell építeni a betegek önvédelmének intézményes formáit.

Az alapvető ellátás keretein belül a betegnek legyen módja fellebbezni vagy panaszt tenni az orvosi döntés ellen. A kórházakon és más nagyobb szervezeteken belül ez adódik a szóban forgó hely belső hierarchiája révén. A beosztott orvos döntése ellen az osztályvezető főorvoshoz, a főorvos döntése ellen a kórház vezetőjéhez lehet fellebbezni. A decentralizált háziorvosi szervezeten belül is ki kell alakítani a fellebbezések és panaszok meghallgatásának fórumait. Nagyon fontos, hogy mind a meghallgatás, mind pedig – indokolt esetben – az alsóbb fokú döntést módosító beavatkozás gyorsan történjék.

Ezen túlmenően ki kell szélesíteni a beteg választási lehetőségét a kiegészítő ellátás lehetővé tételével. Ha nem eléggé bízik meg az alapvető ellátás keretében hozott orvosi döntésben, konzultálhasson azzal az orvossal, akivel akar – feltéve, hogy saját zsebéből vagy magánbiztosításból fizeti a költséget. Ugyanez érvényes akkor is, ha nem akar befeküdni abba a kórházba, amelybe beutalták, olyan teszteket is akar, amelyeket nem írtak elő a számára, és így tovább.[17] Pusztán az a tudat, hogy a beteg

---

17 Fennáll annak a veszélye, hogy a betegek a kiegészítő ellátás révén áldozatul esnek a kínálat indukálta keresletnek (lásd a *3.3 alfejezet*et), ami (különösen a szolgáltatásonkénti díjazás esetében) a szolgáltatók pénzügyi érdekéből és az olyan kísérletekből ered, amelyek a költségeket az alapvető szolgáltatás korlátozása révén próbálják csökkenteni. Az ilyen tendenciákat némileg fékezheti a vásárlók fizetési képessége és hajlandósága. További fékező erő lehet az alapvető és kiegészítő ellátást egyaránt nyújtó biztosítók közötti menedzselt verseny, különösen ott, ahol a szolgáltatói térítés inkább alapul kínálatoldali költségmegosztáson, mint szolgáltatásonkénti díjazáson.

más szakemberrel és más vizsgálatokkal is ellenőriztetheti az eredeti döntést, fokozott figyelemre és meggondoltságra készteti az alapvető ellátás klinikai döntéshozóit.

Foglaljuk össze az elmondottakat abból a szempontból, hogy mennyiben fékezik a különböző ösztönzők a kereslet – és ezzel együtt a kiadások – gáttalan növekedését, „elszaladását".

Nyilvánvaló, hogy egy-egy orvosi beavatkozás, kezelés iránti szükséglet kielégíthető. Az elvégzendő szívműtétek felső korlátját természetesen a szívbetegségben szenvedő betegek száma határozza meg, és ugyanebben az értelemben korlátozott minden egyes specifikus beavatkozás iránti igény is. Ám a társadalom aggregált szükséglete az egészség megőrzését és a betegségek megelőzését és kezelését szolgáló erőforrások iránt határtalan. Különösen így van ez, ha figyelembe vesszük, hogy a tudományos és a technikai fejlődés állandóan új és fejlettebb gyógyítási eljárásokat tesz lehetővé. Az igazi probléma 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 ki is kényszeríteni azt?

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, a népegészségügyi mutatók romlása, hiány, sorbaállás, kivételezések, korrupció, sokféle baj és visszásság a szolgáltatások minőségével kapcsolatban, 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, és olyan „vegyes", „kevert" megoldásokat fejleszt ki, amelyek megkísérlik kiküszöbölni mindkettő visszataszító ártalmait. Ez azonban *elkerülhetetlenül* azzal jár, hogy nincs, aki egyértelműen nemet mondana. A keresleti korlát felpuhul.

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 szegényebb embertársait. Tehát a korlát teljes megkeményítése etikai okok miatt vállalhatatlan.

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 tökéletes megoldása – a demokratikus kapitalista gazdaságban az egészségügyi szolgáltatás allokációjának nincsen és nem is lehet. Ez az alfejezet tehát ebben a szellemben teszi meg szerény javasla-

tait, melyek célja, hogy a korábbihoz képest *érezhetően keményebbé* váljék a keresleti korlát. A megvalósítás alapgondolatai a következők:

A gazdaság minél több szereplője kerüljön olyan helyzetbe, amelyben „nemet mond". Ne szűküljön le ez a funkció csupán egyik vagy másik szereplőre. Például csak a kormányra, a parlamentre vagy a helyi önkormányzatokra. Vagy csak szolgáltatókra: kórházakra, rendelőintézetekre, háziorvosokra. Vagy csak a magánbiztosítókra. Vagy csak a betegekre. Valamennyien külön-külön és együttvéve érezzék át a fizetőképesség korlátait.

Mind a szolgáltatói, mind a finanszírozási oldalon engedni kell a magánszektor egészséges fejlődését. E tulajdonforma sokkal alkalmasabb a kínálati korlát megkeményítésére; a magánkórházak, a magánorvosok és a magánbiztosítók sokkal inkább képesek ellenállni a fedezetlen kereslet kísértésének.[18] A keresleti korlát keményítésének további eszközei lehetnek a fizetési ösztönzők, a menedzselt biztosítás, és a technológiai fejlődés értékelésére és az alapvető ellátás körének meghatározására létrehívott intézmények.

A sok szereplő között ne az legyen a munkamegosztás, hogy egyesek felfelé hajtják a kiadásokat, mások pedig ellenállnak. Lehetőleg minden szereplő gyakoroljon jó értelemben vett ambivalens magatartást: érezze át mind a kiadás növelésének, mind a kiadás csökkentésének előnyeit és hátrányait. Az „ambivalens" szót itt nem lekicsinylő értelemben használjuk, 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).

Az így létrejövő érdekeltségi szövevény nem szab kemény korlátot az egészségügyi szolgáltatás iránti keresletnek. Még ha ezeket a reformokat mind bevezetnék is, akkor is minden társadalomnak meg kell még hoznia az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet és a korlátozott erőforrások egyensúlyát megteremtő döntéseket. Mindazonáltal a reformjavaslatok gátat szabnak a kereslet (és vele a kiadások) elszaladásának.

8.3 Az orvosok keresete: az orvosi szakma és a reform

A könyv már eddig is többször foglalkozott az orvosok és más egészségügyi dolgozók keresetével, valamint azzal a hatással, amelyet a reform gyakorolna az orvosi szakma helyzetére. Ebben a fejezetben összarakjuk a mozaik darabjait. Kezdjük az anyagi körülményekkel.

Jelenleg, a posztszocialista átalakulás első évtizede után, a kelet-európai orvosok jövedelme három fő forrásból ered. (Itt most az orvosokra koncentrálunk, de a leírtak sok szempontból más egészségügyi szolgáltatókra is érvényesek. Amikor a továbbiakban orvosokról beszélünk, csak az aktív gyógyítómunkát, orvosi szolgáltatást nyújtó orvosokról lesz szó, akik vagy önálló vállalkozóként vagy egészségügyi szolgáltatók alkalmazottai-

[18] Természetesen a magánbiztosítás sem garantálja a korlát puhítására irányuló törekvések elleni tökéletes védelmet. A biztosítás mint intézmény magában hordja az erkölcsi kockázatot (lásd a *3.2 alfejezet*et). A biztosított és az orvos egyaránt gondolhatja úgy, hogy szükségtelen a takarékoskodás, hiszen a biztosító úgyis fizet.

8.3 táblázat Az orvosok státusa Kelet-Európában, 1998

Ország	Közalkalmazott	Magánalkalmazású
Albánia	A legtöbb orvos	
Bulgária	A legtöbb orvos	
Cseh Köztársaság	Állami kórházban dolgozó orvosok	Háziorvosok és járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosok
Horvátország	A legtöbb orvos	
Lengyelország	A legtöbb orvos	
Macedónia	A legtöbb orvos	
Magyarország	Járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozó orvosok	Háziorvosok
Románia	A legtöbb orvos	
Szlovákia	Állami kórházban dolgozó orvosok	Háziorvosok és járóbeteg-ellátásban dolgozó orvosok
Szlovénia	A legtöbb orvos	

Megjegyzés: Fogorvosok nélkül.

Forrás: PHARE 1998: Annex; WHO 1999b.

ként, vagy azokkal szerződéses viszonyban állva végzik tevékenységüket, és akik az orvostársadalom túlnyomó többségét alkotják. Eltekintünk azoktól, akik, noha orvosi diplomájuk van, az állami bürokráciában vagy egyéb munkakörben mint adminisztrátorok, egészségpolitikusok tevékenykednek.)

1. A kelet-európai régióban a legtöbb orvos „közalkalmazott" (lásd a *8.3 táblázat*ot). Fizetésüket szigorú jogszabályok írják elő. A ranglétra minden fokán eléggé szűk a sáv, amely az egyéni fizetés alsó és felső határát szabja meg; s a ranglétra legalsó és legfelső foka közötti eltérés is eléggé csekély. Befolyásban igen, de hivatalos fizetésben nem nagy kifutást enged a közalkalmazotti szektoron belüli karrier. A hivatalos fizetések közötti eltérések kevéssé tükrözik azt a nagy szóródást, amely az orvosi munka valóságos minőségében, szaktudásban, gyakorlatban, gondosságban, a beteg iránti emberséges magatartásban mutatkozik.

   Az *5.12* és az *5.13 táblázat* számszerűen összehasonlítja Kelet-Európa és a fejlett piacgazdaságok relatív orvosi kereseteit. A kelet-európai adatok csak az első forrásból eredő, azaz a közalkalmazotti szektorban adott hivatalos fizetéseket vették számításba. Az eltérés kiáltó. Az orvosi szakma a fejlett piacgazdaságokban a legjobban fizetett foglalkozások közé tartozik. Ez igaz nem csak az Egyesült Államokban, ahol az orvosok igen nagy része a magánszektorban dolgozik, hanem pl. Németországban és Ausztriában is, ahol sok orvosnak az állami szektor a munkaadója. Ezzel szemben Kelet-Európában az orvosok hivatalos fizetési szintje egyre inkább elmaradt és az átlag közelébe szorult.
2. Ma már Kelet-Európában is igen sok orvos tevékenykedik legális magánpraxisban. Ha összehasonlítjuk két orvos keresetét, akik a ranglétra azonos fokán állnak, de az egyik csakis az állami szektorban szerzi a jövedelmét, a másik pedig kizárólag a ma-

gánszektorban, szinte bizonyos, hogy az utóbbi, a saját csoportja átlagát tekintve, lényegesen többet keres. Sajnos erről nincsenek szisztematikus adataink.[19]

Ellentétben az állami szektorból származó hivatalos fizetésekkel, a magánpraxisból származó egyéni jövedelem erősen szóródik. Függ attól, hogy alkalmankénti kisebb mellékkeresetet jelent-e, vagy (mint pl. a főállású, magánpraxist folytató háziorvos esetében) ez a jövedelem fő forrása. Emellett persze függ attól is, hogy milyenek az adott szolgáltatás piaci feltételei, továbbá vannak-e adminisztratív szabályok és más, gazdaságon kívüli tényezők (pl. az orvosi szakma által kidolgozott ajánlott díjszabások), amelyek eltérítenék a szolgáltatásért számított díjat a piaci ártól. Nem tartjuk ideálisnak az így kialakult relatív árakat, azaz a különböző szolgáltatásokból származó jövedelmek egymáshoz viszonyított arányait. Annyi mégis elmondható róluk, hogy jól-rosszul, de tükrözik az orvosi szolgáltatás piacán mutatkozó relatív szűkösségeket, s a vevők, azaz a betegek értékítéleteit; ellentétben a hivatalos kereseti skálával, amely főként a bürokrácia értékítéletét fejezi ki.

3. A legális magánpraxis mellett, a legalitás és az illegalitás szürke zónájában további nagy jövedelmek keletkezhetnek. A fő tétel a hálapénz, amelyről már részletesen szó volt az *5.7 alfejezet*ben.

   A hálapénz-jövedelem rendkívül széles sávban szóródik. A hálapénz kifejezi azt a hű vagy torz képet, amely a páciensben él a neki nyújtott orvosi szolgáltatásról, s arról az extra figyelemről, amelyet – reményei szerint – a hálapénz révén magának megszerezhet. Tükröződik benne a valóságos teljesítményen és szaktudáson alapuló tisztelet. Emellett azonban a beteg honorálja az orvos hatalmi pozícióját is, pontosabban azt, hogy mennyire kíván élni ezzel a hatalommal az ő javára: szerez-e neki extra kedvezményeket, soronkívüliséget és így tovább. A vevői értékítéleteket súlyosan torzítja az ügyletek átláthatóságának hiánya.

A három forrásról együttesen kialakított kép nagyon kedvezőtlen. Még a 2. és a 3. forrással együtt is elfogadhatatlanul alacsony a kereseti szint az orvosi szakma átlagát tekintve, amely nem díjazza e munkakör betöltéséhez szükséges nagy szakmai tudást, rendkívüli felelősséget és a munka feszítő intenzitását. A szakmán belül méltánytalan torzulások közepette szóródnak az egyéni keresetek.

Azok a változások, amelyeket könyvünk ajánl, kedvező irányba mozdíthatják el az orvosi kereseteket. Az igazi előrehajtó erő ebben a tekintetben a legális magánszektor növekedése lesz. Az orvosoknak a korábbinál nagyobb hányada lép át teljes kapacitásával ebbe a szektorba valamilyen formában, egyéni vagy csoportpraxisban, egy társulás tagjaként vagy magánmunkaadó alkalmazottjaként.

Sok orvos, még ha nem vonul is át teljes kapacitással a magánszektorba, legalábbis egyik lábbal a köz-, másik lábbal a magánszektorban kíván majd állni. A javasolt reformok többféle legális keretet ajánlanak erre a duális munkabeosztásra. (Pl. a kórházzal vagy a rendelőintézettel kooperáló társulás, vagy munkaidejének egy részét az állami

[19] Lengyelországban a sürgősségi magánellátásban a havi átlagos kereset 3000 złoty, míg a köztulajdonú szektorban dolgozó, 30 éves gyakorlattal rendelkező sebész hivatalos fizetése mindössze havi 1500 złoty (Kocinska 2000).

szervezetben, másik részét magánpraxisban végső orvos.) Számítani lehet arra, hogy ezek a „félig itt, félig ott" formák mindinkább elterjednek a reformok nyomán, feltéve, hogy mindegyik érdekelt hatóság és szervezet kész az alkalmazásukat kellő rugalmassággal lehetővé tenni, és egyúttal erőfeszítéseket tesz azért, hogy elejét vegye a nem kívánatos és illegális formáknak és a visszaéléseknek.

A magánszektor bővülése kettős hatással jár: nő az orvosi szakma átlagos keresete a többi szakmához képest, továbbá nő az orvosi szakmán belül az egyéni keresetek szórása, mégpedig olymódon, hogy az jobban korrelál a minőséggel és a betegek értékítéleteivel. Ez a változás nem központilag vezérelt orvosi fizetésrendezések következménye lesz, hanem a tulajdonviszonyok változása nyomán spontán következik be. Éppen ez ad neki lendületet: nem lobbizni kell azért, hogy többet kereshessen az orvos, hanem a tulajdonviszonyokat kell megreformálni.

Ráadásul, közvetett módon, az imént leírt folyamat visszahat az 1. forrásra, az állami szektorban fizetett bérekre is.[20] Csak nagyon makacs vagy nagyon ostoba politikai vezetők és bürokraták néznék tétlenül, hogy az orvosok java mindinkább átvonul a magánszektorba. Ahol fenn akarják tartani az állami egészségügyi szolgáltatók integritását, ott előbb-utóbb kénytelenek lesznek jobban megfizetni az orvosokat, hogy el ne csábítsák őket a magánszektor kereseti lehetőségei. Ehhez persze az is kell, hogy megszűnjék az orvosok közalkalmazotti státusza, s ezzel leomoljék az orvosi munkaerőpiac egészséges működését akadályozó egyik intézményi korlát, ami elkerülhetelenné teszi az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet megkeményítését (ahogy az előző alfejezetben javasoltuk), különben a megnövekedett orvosi átlagjövedelmek és fokozott szóródásuk hozzájárulhatnak a költségek fenntarthatatlan növekedéséhez.

Számítani lehet arra, hogy mindezek a változások együttvéve lehetővé teszik a hálapénz gyakorlatának fokozatos megszűnését. Nem javasoljuk azt, hogy drasztikus jogszabályokkal tiltsák meg ezt a visszás intézményt – már csak azért sem, mert úgyis kijátszanák a tilalmat. Ahol nem folyik átlátható legális adásvétel, s ahol krónikus hiány uralkodik, ott óhatatlanul felüti a fejét az árnyékgazdaság, a korrupciónak az a fajtája, amelyben a vevő vesztegeti meg az eladót. A hálapénzt nem megtiltani kell, hanem kiváltani, legális és átlátható jövedelemmé alakítani.

A betegeket is többféle változás készteti majd arra, hogy leszokjanak a hálapénzről:

- A kiegészítő ellátás számos konkrét szolgáltatása vásárolható lesz legálisan, a közkórháztól, rendelőintézettől vagy a magánszektortól. A fizetés fedezhető vagy a páciens zsebéből, vagy magánbiztosítás útján.
- A kórházzal szerződő társulás vagy egészségügyi vállalkozás legális keretek közé helyezheti azokat a kapcsolatokat, amelyek sokszor tisztázatlan szálakat szőttek a beteg, a kórházi kezelőorvos és az állami kórház között. A beteg pl. az orvos zsebébe dugott pénzt azért, hogy bizonyos extra vizsgálatokat elvégezzenek rajta az állami

20 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 (lásd az *5.14 táblázat*ot). Az a tény, hogy az orvos előtt nyitva áll a köztulajdonú szektorból való kivonulás lehetősége, felfelé nyomja a köztulajdonú szektorban elérhető kereseteket is.

kórház felszerelésén. Az új keretek között legálisan fizetne a beteg az őt kezelő magáncsoportnak, amely bérleti díjat fizet a felszerelés használatáért a közkórháznak. Nem a főorvos kezébe, hanem a kórház pénztárába fizetné a díjat a külön szobáért.

- A kötelezően fizetendő hozzájárulás is elősegíti a hálapénz rossz szokásának felszámolódását.[21] Nem csak azért, mert leköti a beteg pénzének egy részét, s kevesebb jut más egészségügyi kiadásra. Azért is, mert sok beteg számára nem eléggé bizalomgerjesztő, ha valamit teljesen ingyen kapott. Ha viszont már fizetett érte, hozzájárulás formájában, nem biztos, hogy még egyszer adni akar, hálapénz formájában.

Mindezek a változások együttesen és egymással interakcióban hatnak. Nem lehet gyors sikerre számítani. Mindenesetre itt fontos mérce van a kezünkben. Akkor jelenthető ki, hogy a fenti egészségügyi reform sikeresen megvalósult, ha nyomában a hálapénz megrögzött rossz szokása megszűnt.

A reformok kétségkívül változtatnak az orvos pozícióján, ami nyereségekkel és veszteségekkel jár majd együtt. A szorosabban vett specializációtól, a hierarchiában elfoglalt státustól, 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 hálapénzbevételhez 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 aláássa 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 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. Nem csak a beteg, hanem az orvos és más egészségügyi dolgozók 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 szervezetek versengése erősíteni fogja az orvos és a többi egészségügyi dolgozó egyéni autonómiáját.

---

21 A megszokás mélyreható rögzülését jelzi, hogy Lengyelországban és Magyarországon a betegek egy része még a teljes egészében saját zsebből fizetett egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor is ad hálapénzt (Lengyelország: Chawla et al. 1999; Magyarország: orvosokkal folytatott személyes interjúk).

8.4 Szektorsemlegesség

A posztszocialista átalakulás lehetővé teszi a magánszektor fejlődését mind a szolgáltatásban, mind a finanszírozásban. Könyvünk azt ajánlja, hogy buzdítani kell ezt az átalakulást. Fennáll azonban az a veszély, hogy egy felemás és eltorzított reform nyomán az egészségügy két részre szakad. A magánkórházak és az egyéni magánpraxis azokat a tehetősebb rétegeket szolgálják ki, akik saját zsebükből vagy esetleg magánbiztosításból fizetnek. Sok olyan szolgáltatást is magánpénzből fedeznek, amely pedig része az alapvető ellátásnak. Eközben az állami kórházak és rendelőintézetek, valamint a hozzájuk kapcsolódó háziorvosok szolgálják ki a kevésbé tehetős rétegeket, s az ő ellátásukat közpénzből finanszírozzák.

Ez a kettészakadás, amelynek nyomai itt-ott máris mutatkoznak, súlyos károkat okozna. Ördögi kör keletkezik. A szűk értékesítési lehetőség visszatartja a legális magánszektor fejlődését; nem ígérkezik eléggé kifizetődőnek egészségügyi vállalkozások alakítása. Az állami kórházak modernizálásának és fejlődésének egyedüli pénzügyi forrása a közpénz, s ezt a politikai szféra szűkösen méri. Így azután szolgáltatói oldalon sem a magán-, sem az állami szektor nem fejlődik kellőképpen. A magánbiztosítóknak, amelyeknek nem engedélyezik az alapvető ellátásban való részvételt, nincs nagy kedvük belépni az egészségügyi biztosítás piacára. A tehetősebbek, akik a magánszolgáltató által nyújtott jobb szolgáltatás reményében lemondanak a majdnem ingyenes szolgáltatások tetemes részéről, indokolatlannak érzik, hogy magas összegekkel járuljanak hozzá a társadalombiztosításhoz. Ez előbb-utóbb arra készteti majd őket, hogy politikai képviseletük útján minél inkább lerázzák magukról ezt a terhet.

Ha egy ördögi kör kialakult, nehéz kitörni belőle. Jobb lenne megelőzni a kifejlődését és megrögződését. Ezt tenné lehetővé a szektorsemlegesség elvének következetes alkalmazása. Ez a kifejezés a kelet-európai vitákban, többek között Magyarországon, Lengyelországban, a Szovjetunióban terjedt el, még a piaci szocialista reformkísérletek idején. Akkor kezdett megjelenni (nem az egészségügyben, hanem az üzleti szférában) a magánvállalkozás. A jogszabályok diszkriminációt írtak elő: állami vállalat csak állami vállalattól vásárolhatott. A magánvállalat vevője kizárólag magánvállalat vagy háztartás lehetett. A bürokratikus diszkriminációt kiegészítette és felerősítette a hivatalos ideológia, amely szerint az állami menedzser, ha a szocializmus híve, ne támogassa a kapitalizmus kialakulását azzal, hogy magánvállalattól szerzi be az inputokat. Ezzel a szemlélettel és gyakorlattal vitázva javasolták a reform hívei a szektorsemlegesség elvét. Nem szabad diszkriminálni tulajdon szerint: az állami vállalat attól a kibocsátótól szerezze be az inputokat, amelyik azt kedvezőbb feltételek mellett kínálja.

Ezt a diszkriminációtól mentes magatartást kell érvényre juttatni a posztszocialista egészségügyben, mind a szolgáltatásban, mind a biztosításban. A maga helyén külön-külön már szóba került az elv alkalmazása egy-egy interakcióban; itt most összefoglaló áttekintést adunk.

a) Az alapvető ellátásba tartozó szolgáltatást közpénzből kell finanszírozni nem csak akkor, ha a szolgáltatást állami szolgáltató nyújtja, hanem akkor is, ha magánszolgáltató. Annak az intézménynek, amely diszponál az erre szolgáló közpénz felett, ne

legyen joga diszkriminációra a szolgáltató tulajdonformája szerint.[22] Tartsa tiszteletben a beteg, illetve az orvos döntését azokban az esetekben, amelyekben az közvetlenül maguk választhatják a szolgáltatót. Ha pedig a finanszírozó biztosító dönt, akkor választását nem befolyásolhatja a tulajdonformákkal kapcsolatos előítélet, hanem kizárólag a minőség és a hatékonyság kritériumai alapján kell döntenie. A tisztességes verseny szabályait kell érvényre juttatni az állami és a magánszolgáltatók között. Ez nagyobb megbízások, átfogó szerződések esetén versenytárgyalásokat, speciális árverési formákat is magában foglalhat.

Ami az első szabályt illeti, időnként nyilvános felhördülés kíséri az olyan híreket, amelyek szerint a társadalombiztosítás 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, különlegesen takarékosan kell bánni vele. Ha magánszervezet vagy egyéni vállalkozó kész kedvezőbb feltételeket ajánlani, mint az állami szervezet, akkor egyértelműen az előbbit kell választani.[23]

b) A közpénzt allokáló intézmény álljon nyitva valamely tevékenység osztott finanszírozása előtt. Ha saját díjrendszere azt írja elő, hogy valamely akcióért 100 Ft-ot fizethet, de a beteg olyan szolgáltatót választ, aki ezért az akcióért 150-et kér, fizesse ki a 100 forintot, és járuljon hozzá ahhoz, hogy a beteg fizesse ki a fennmaradó 50-et.[24]

Tekintsünk most ugyanerre a problémára a beteg, mégpedig nem egy gazdag, hanem mondjuk egy középkeresetű szemszögéből. Ha nem alkalmazzák a szektorsemlegesség elvét, akkor két végletes eset között választhat. Vagy 0-t fizet (pl. a közkórházban), vagy 150-et (pl. a magánkórházban). A méltányos dilemma az lenne: vagy 0-t fizet vagy 50-et, azaz a második esetben megfizeti a *többletköltséget*. Ez hozza korrekt versenyhelyzetbe a különböző tulajdonformákat.

c) Ne nyugodjanak bele az állami szolgáltatók, hogy a kiegészítő szolgáltatások kizárólag a magánszolgáltatóknál szerezhetők be. Ne jogszabályokkal körülbástyázott privilégiumokkal akarjanak versenyt nyerni a magánszektorral szemben, hanem kínálatuk bővítésével. Például a kórházi beteg egyágyas kényelmes külön szobában szeretne feküdni. Ne legyen ráutalva arra, hogy ehhez magánkórházat kelljen igénybe vennie, vagy meg kelljen vesztegetnie a közkórház főorvosát. Kívánatos, hogy minél több közkórház kínálja fel, legálisan, fizetségért, ezt a lehetőséget.

---

22 Ez az elv érvényesül például a kanadai egészségügyben, amelyben a finanszírozás fő forrása közpénz, de azt jelentős hányadban magánszolgáltatók által nyújtott szolgáltatásokra költik.

23 Ha egy magyar magántulajdonú egészségügyi vállalkozás pénzt kap a társadalombiztosítástól, akkor nem szabad pénzt elfogadnia közvetlenül a betegtől. Ugyanakkor a társadalombiztosítás által finanszírozott állami szervezetek mind több szolgáltatásnál megkövetelik, hogy a beteg járuljon hozzá a költségekhez. Ez sérti a szektorsemlegesség elvét; emellett kivonja a magánszolgáltatókat a hozzájárulás ösztönző hatása alól (Nagy 2000).

24 Az irodalomban ezt a jelenséget „különbözetszámlázásnak" nevezik. Ez lehetővé teszi a szolgáltatónak, hogy a hivatalos árlista szerinti árat meghaladó összeget közvetlenül a betegnek számlázza.

Az illusztratív példán túlmenően, a *6.7 alfejezet* felsorolt számos lehetséges kiegészítő szolgáltatást. A közkórházak és más állami szolgáltatók egészítsék ki tevékenységeik körét ezekkel a szolgáltatásokkal, állapítsák meg azok ésszerű kínálati árát, és ajánlják fel legálisan a betegeknek. Ez az állami szolgáltatók egyik fontos bevételi forrásává válhat.

d) A szektorsemlegesség elve a biztosítók közötti menedzselt verseny szempontjából is fontos. A biztosítás decentralizálását a *6.6 alfejezet*ben részletesen tárgyaltuk, de az áttekintés kedvéért most visszatérünk rá. A magánbiztosítók elleni diszkriminációt foglalja magában az A forma, amelyben az alapvető ellátás finanszírozása egy állami intézmény monopóliuma. A B forma szektorsemleges. Az állampolgárnak az alapvető ellátására való jogosultsága abban jelenítődik meg, hogy vagy egy utalványt, vagy biztosítási díjtámogatást kap. Ő dönti el, hogy azt melyik biztosítóhoz viszi. Fenntartjuk azokat a meggondolásokat, amelyek a B forma erőltetten felgyorsított meghonosítása *ellen* szólnak (lásd a *6.6 alfejezet*et). Itt azonban, a szektorsemlegességről szólván, kiemeljük a *mellette* szóló két érvet. Az egyik: nagyobb kedvet ad a biztosítási iparágnak ahhoz, hogy belépjen az egészségbiztosítás piacára.[25] Csak így kaphat nagyobb lendületet a kiegészítő ellátásra vonatkozó magánbiztosítás is. A másik, ezzel összefüggő előny: növeli az egyén, a beteg választási szabadságát (amennyiben biztosítva van az, hogy a kockázati szelekció ne veszélyeztesse a magas költségű betegek választási lehetőségét).

A szektorsemlegesség érvényesítése kitágítaná az egészségügyi ágazat fejlődési lehetőségeit. A fenti áttekintés szerint haladva, az 1. és a 2. pontban leírt változások a magánszolgáltatók, a 3.-ban leírtak az állami szolgáltatók, a 4.-ben foglaltak pedig a magánbiztosítók piacát szélesítik. Az 1–3. változások hamar megvalósíthatóak, míg a 4., amint azt korábban kifejtettük, bizonyára hosszabb időt vesz igénybe, még ott is, ahol az előnyök és a hátrányok mérlegelése után a B formát, a biztosítás decentralizálását választották.

8.5 Ki dönt az egészségügy fejlődéséről?

A bevezetőben azt ígértük, hogy a könyv nem az egészségügy elosztási problémáihoz fog hozzászólni, hanem ahhoz a politikai és gazdasági mechanizmushoz, amely az allokációról dönt. „Ki hivatott arra, hogy döntést hozzon?" – tettük fel a kérdést. Ebben az alfejezetben, ajánlásaink végéhez érve, összefoglaljuk az e kérdésre adott válaszunkat.

A kiindulópont az egészségügy számára jelenleg rendelkezésre álló anyagi és szellemi erőforrások összessége. Senki sem gondol ezek csökkentésére. A kérdést élesebben fogal-

[25] A szektorsemlegesség elvének a biztosításra való kiterjesztése az egyik szükséges feltétele annak, hogy bármilyen integrált magánbiztosító-szolgáltató intézmény, mint például egy HMO, működni tudjon.

mazhatjuk meg a növekedésre vonatkozóan. Ki hivatott arra, hogy többleterőforrások bevonásáról döntsön? És milyen eljárásokkal irányítják majd az erőforrások allokációjának folyamatát, hogy kifejezzék az egészségügyi szektor növelésére irányuló akaratot?

Ajánlásunk két, egymástól etikai, jogi és gazdasági szempontból elkülönülő részre bontja a döntési problémát. Aki az ajánlást a reform megalapozásaképpen elfogadja, tulajdonképpen kritikus döntést hozott, mert ezzel magáévá tette az egyéni szuverenitás és a szolidaritás etikai alapelvét.

1. Garantáni kell, hogy az alapvető ellátáshoz mindenki hozzáférjen. Az alapvető ellátást közpénzből kell finanszírozni. Ez magában foglal – a kereskedelmi biztosításon túlmenően – redisztributív elemeket; kötelező járulékok behajtását, ami garantálja az alapvető ellátás megfelelő közfinanszírozását. A demokratikus politikai processzus intézményi keretei között dől el, hogy mekkora kötelező járulékok vethetők ki e kiadások fedezetére, s mennyi legyen az alapvető ellátás makroköltségvetése.
2. Mindenkinek lehetővé kell tenni, hogy az alapvető ellátáson felül kiegészítő szolgáltatásokat vehessen, alapjában véve szabályozott piaci feltételek mellett, saját pénzéből, esetleg kereskedelmi biztosítás közbeiktatásával. Meg kell teremteni, mind a szolgáltatási, mind a finaszírozási oldalon ezeknek az ügyleteknek a legális kereteit.

Javaslataink arra irányulnak, hogy az összes aktor választási szabadsága nőjön.

Nő a *beteg* lehetősége az orvosválasztásban. Ha a háziorvos döntését további beutalásokra a beteg nem akarja elfogadni, akkor fellebbez, vagy saját költségére másodvéleményt kér egy független orvostól, esetleg háziorvost változtat. Több rendelőintézet, illetve kórház kínál hasonló színvonalú szolgáltatást, egymással versengve; ezek között választ maga a beteg, vagy az ő érdekeit képviselő háziorvos. Menedzselt verseny keretében végrehajtott decentralizálás esetén a biztosítás terén is nő a választási lehetőség.

Nő az *orvos* választási lehetősége abban, hogy milyen tulajdonforma keretében kíván működni; továbbá, hogy nagyobb szervezet tagja akar-e maradni, vagy több önállóságra, vállalkozási lehetőségekre törekszik.

Nő a *munkaadók* választási lehetősége abban, hogy kívánnak-e munkavállalóik egészségügyi ellátásának hatékony szervezéséhez és finanszírozásához hozzájárulni, s ha igen, milyen formában.[26]

Az *egyén* választási lehetősége tehát nő – de nem azon az áron, hogy feladnánk a szolidaritás elvét. Az ajánlott reformok együttese garantálni kívánja mindenkinek az egyenlő hozzáférést az alapvető ellátási csomaghoz.

Miközben javaslataink a fenti vezérgondolatok mellett egyértelműen állást foglalnak, szándékosan nyitva hagynak számos – ezekhez képest alárendelt jelentőségű – döntést, s ehelyett különböző alternatívák előnyeit és hátrányait mérlegelik.

---

26 Amikor a szereplők külön-külön nagyobb választási lehetőséghez jutnak, az természetesen konfliktusokhoz is vezethet, és korlátozhatja az egyén választási szabadságát. Pl. a biztosítás decentralizálása megnöveli az egyén választási lehetőségét biztosítók és biztosítási szerződések között. Ugyanakkor egy-egy biztosító korlátokat szabhat a szabad orvos- és kórházválasztásnak, továbbá a munkaadó korlátozhatja a biztosító szabad megválasztását.

A *finanszírozás* oldalán rokonszenvezünk az egészségügyi adó gondolatával, annak átláthatósága miatt; de nem vetjük el a kötelező járulékok más formáját. A hátrányok ellenére sok előnyt ígér a biztosítás decentralizálása és menedzselt versenye, de csak akkor, ha kellően felkészültek erre, s ha megfelelő támogatottsága van a lakosság körében. Biztosítók menedzselt versenye esetén, ahol azok alapvető és kiegészítő ellátásokat ötvöző biztosításokat ajánlanak, az alapvető ellátáshoz való egyenlő hozzáférés elve, mint láttuk, többféle mechanizmussal biztosítható. Fontosnak érezzük, hogy tegyék lehetővé, sőt, bátorítsák a munkaadók aktív részvételét a kereskedelmi biztosítók közötti verseny menedzselésében, amely szintén többféle formában mehetne végbe.

A *szolgáltatás* oldalán ugyancsak tartózkodunk attól, hogy egyöntetű sémát ajánljunk. Ehelyett a sokszínűséget szorgalmazzuk: sokféle tulajdonforma, a szolgáltató szervezetek sokféle mérete, sokféle fizetési szisztéma létezhetne egymás mellett. Miközben a beruházási döntésnek a korábbinál nagyobb mértékű decentralizálását ajánljuk, nyitva hagyjuk azt a kérdést, hogy milyen messzire menjen el ez a decentralizálási folyamat, s mely beruházási döntéseket hozzanak meg továbbra is központi szinten.

Tegyük fel, optimista módon, hogy valamely kelet-európai országban elfogadnák ajánlásainkat. Ez önmagában nem határozná meg, hogy végül is milyen mértékben fejlődne az egészségügyi szektor. Az általunk alkalmazott megközelítésnek éppen az a lényege, hogy ezeket az előirányzatokat a választópolgárok összessége a politikai processzuson át, valamint a háztartások összessége a piaci mechanizmus közvetítésével határozná meg. De azért megkockáztatható néhány prognózis.

Nem számíthatunk arra, hogy a közpénzből finanszírozott egészségügy rohamosan növekedni fog. A legtöbb kelet-európai ország fiskális gondokkal küszködik. A költségvetés krónikus deficitje nyomasztja a gazdaságot; ahol a deficitet ideig-óráig sikeresen csökkentik, ott is előbb-utóbb újra feltámad a baj. A politikai erők számottevő része csökkenteni szeretné az állami kiadások részarányát a GDP-hez képest, vagy legalábbis tartózkodna ennek az aránynak a növelésétől. Ebben a helyzetben nem lehet számítani arra, hogy számottevően nőni fog a közpénzen finanszírozott egészségügyi kiadás részaránya a GDP-ben. Ha ehelyett konstans részaránnyal számolnánk, akkor az alapvető ellátás – jó esetben – a GDP-vel azonos ütemben nőne.

Valószínűnek tűnik ugyanakkor, hogy a háztartások számottevő része, amennyiben nő az összes nettó (az adózás és más kötelező terhek befizetése után fennmaradó) jövedelme, kész lesz ebből növekvő hányadot rászánni egészségügyi szolgáltatások vásárlására. Ez makroökonomiai összesítésben azt jelenti, hogy nőhet az *összes* egészségügyi kiadás GDP-n belüli részaránya, miközben az összes egészségügyi kiadáson belül nőne a magánpénzből finanszírozott kiadás.

Ez a prognózis nem lép fel univerzális igénnyel. Vegyük először szemügyre a tradicionális piacgazdaságok történetét. Itt a történelmi kiindulópont másfél-két évszázaddal ezelőtt, a háztartás által közvetlenül fizetett egészségügyi kiadás volt, elhanyagolhatón kicsi közösségi egészségügyi kiadással párosulva. Évszázados mértékben mérve hosszú időn át csökkent a közpénzből fizetett kiadás az egészségügyi közkiadásokon belül. A kapitalista fejlődés újabb szakaszában ez a korábbi tendencia megfordult, és a közpénzből fizetett egészségügyi összkiadás aránya növekedésnek indult. Ez az újabb tendencia a második világháború után felerősödött (lásd az 1990-es évek elejének adataira

Kornai and McHale 2001; frissebb adatokra Schieber and Maeda 1999; valamint a *4. fejezet 2. lábjegyzetét*). Viszont Kelet-Európában a posztszocialista átmenet kezdetén éppen ellentétes volt a kiindulóállapot. Uralkodó volt a közpénzen történő finanszírozás, eltörpült a magánpénz szerepe. Ezért az intézményi akadályok és az előítéletek lebontása valószínűleg nagy és egyre növekvő magánerőforrásokat szabadít majd fel az egészségügy fejlesztésére.

Több tanulmány (többek között Kornai and McHale 2001) statisztikai adatok ökonometriai elemzésére alapozva felhívta a figyelmet arra, hogy milyen jelentős szerepet játszanak a politikai erők az állami kiadások részesedésének alakulására az összes egészségügyi kiadásból.

Mit jelent mindez Kelet-Európa szempontjából? Azt, hogy egyetlen ország jövőbeni egészségügyi politikai és gazdasági mechanizmusa sincsen előre determinálva. A nemzetközi trendekkel, ha kellő alapossággal elemezzük őket, kompatibilis lehet akár egy óvatos, akár egy radikális reform. Még ha a reformok e könyv szorosan egymásra épülő javaslatain alapulnának is, akkor is maradna elegendő tér a szabad választásra – szűkebb vagy tágabb legyen-e az alapvető ellátás köre és a kapcsolodó közfinanszírozás mértéke; mik legyenek az alapvető ellátás körét meghatározó és azt folyamatosan korszerűsítő institucionális alternatívák; a kiegészítő finanszírozás és vele az egészségügyi összkiadás gyorsabban vagy lassabban növekedjen-e stb. Mindegyik országban ottani politikai és társadalmi erők összjátéka alakítja majd az események menetét. Bár nem minden választás lesz könnyen visszafordítható, a jövő állampolgárainak is lesz lehetőségük arra, hogy az egészségügyi szektor átalakítására vonatkozó véleményüket kifejezzék. A mai és a jövendő nemzedékek történelmi felelősséget viselnek azért, amit választanak.

Az utolsó néhány bekezdés áttért a *6–8. fejezet*re jellemző leíró szemléletről a prognózisra. Ez átvezet a zárófejezetben tárgyalandó kérdésekhez.

9. FEJEZET

Zárómegjegyzések

9.1 A gazdasági mechanizmuson kívüli tényezők szerepe

A könyvön végighúzódott 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. Ezért javasoltunk számos változást a tulajdonviszonyokban, az egészségügy szervezetében, a finanszírozásban, az ösztönzőkben és az árakban, egyszóval az egészségügy gazdasági mechanizmusában. Miután azonban ezt kifejtettük, szeretnénk 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.

Erősíteni kell az egészségügy *kormányzati felügyeletét és szabályozását* a szolgáltatói és a finanszírozási oldalon egyaránt. Felügyeletet kell gyakorolni nem csak a magán-, hanem az állami szervezetek felett is. Ha, javaslataink szellemében, az állami kórház vagy rendelőintézet nagyobb gazdasági önállóságot kap, s a menedzsmentre, de a beosztottakra is erősebb hatást gyakorolnak a különböző pénzügyi ösztönzők, akkor magatartásukban hasonló vonások lépnek fel, mint amilyenek a magánszektorban szokásosak.

A posztszocialista országokban magától értetődőnek tartják az állami felügyeletre vonatkozó ajánlást. A magántulajdon és a piac térhódításával szembeni idegenkedést és ellenállást csökkenti, ha kellő hangsúlyt kap a reformjavaslatokban az állami felügyelet és koordináció kiépítése. Inkább a nyugati tanácsadók egy része, vagy pontosabban, a libertariánus beállítottságú közgazdászok ódzkodnának az állami beavatkozástól. De ha a világ minden országában felügyeletet gyakorol az állam a légi közlekedés, az autóközlekedés vagy a természetvédelem felett, akkor nyilvánvalónak kell tekinteni ezt az állami szerepvállalást az egészségügy vonatkozásában is.

Kelet-Európa kiindulópontja ebben a tekintetben a központosított parancsgazdaságba beágyazott állami egészségügyi szolgáltatás; ennek az irányítását tanulta meg az állami egészségügyi bürokrácia. Ezt a funkciót kell felváltani az összehangolás és felügyelet új szerepkörével. A hangsúlynak az utasításokkal történő irányításról át kell tevődnie az információterjesztésre, ellenőrzésre és koordinációra. Az állami feladatokat a korábbi túlközpontosított irányítás helyett sokkal nagyobb mértékben kellene ráhagyni a helyi önkormányzatokra.

Az állam végrehajtó ága mellett nagy feladat vár az igazságszolgáltatásra. A szocialista rendszerben a beteg nem perelhette az orvost vagy a kórházat orvosi műhibáért. Legfeljebb az fordulhatott elő, hogy az egészségügyi apparátuson belül folytak fegyelmi eljárások a hibát vétőkkel szemben, ezek is eléggé szórványosan. Az igazságszolgáltatási védelem hiánya is hozzájárult a beteg kiszolgáltatottságához. Most már Kelet-Európá-

ban is kezd változni a helyzet. Törvényt hoznak a betegek jogairól, szabályozzák azokat az eljárásokat, amelyekkel a betegek panaszaira reagálnak (a lengyel tapasztalatról lásd Calnan, Halik and Sabbat 1998: 329–31). Kezdenek gyakoribbá válni a műhibaperek. Néhány országban már kialakult az orvosiműhiba-perekben megítélt kártérítések kockázatának megosztását szolgáló biztosítások rendszere.[1] Lehet, hogy például az Egyesült Államokban túl gyakoriak az ilyen perek, s talán túl nagyok a bíróságok által megítélt kártérítési összegek. Jó lenne óvakodni a túlzásoktól – de egyelőre nem ez a veszély, hanem sokkal inkább az, hogy az áldozatok még mindig túl ritkán fordulnak bírósághoz.[2] A mulasztások üldözése a bíróságok által az egyik legfontosabb ösztönző a beteg érdekeinek tiszteletben tartására.

Fontos szerep vár a *médiára*. A régi demokratikus múlttal rendelkező országok sajtója számára nem tabu az egészségügyben előforduló visszásságok leleplezése. Például az Egyesült Államokban a HMO-k és más menedzselt formák elterjedése után gyakoribbá vált, hogy az orvos, takarékoskodás végett, elmulasztott a betegség kezelése szempontjából nélkülözhetetlen vizsgálatokat vagy beavatkozásokat. Az a tény, hogy az elektronikus média és a nyomtatott sajtó sokat foglalkozott ilyen esetekkel, ráirányította a közvélemény és a politikusok figyelmét a problémára. A média figyelme nagymértékben hozzájárult ahhoz, hogy a menedzselt ellátó szervezetekben a biztosítási és a szolgáltatási menedzsereket egyaránt korrekciós intézkedések megtételére ösztönözze. Emellett a törvényhozók és a bíróságok próbálják megtalálni a torzulások megakadályozásának jogi eszközeit.

Az egészségügyi szektor elvárhatja, hogy speciális körülményeit, pl. 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. Sem az állami tulajdon, sem a piaci verseny nem küszöböli ki a visszaéléseket és a hanyagságot. Bármilyen is a gazdasági mechanizmus, szükség van arra az ellenőrzésre és ösztönzésre, amelyet az igazságszolgáltatás és a sajtó tevékenysége jelent.

Az állami felügyelet és szabályozás, a bíróságok és a sajtó tevékenysége mellett igen fontos az *orvosi közösségen belül* végzett ellenőrzés. Az orvosi szakmának kell – külső kényszer nélkül, önként – fellépnie azokkal a kollégákkal szemben, akik helytelenül járnak el: nem eléggé figyelnek a munkájukra, rosszul bánnak a beteggel, nem tartanak lépést az orvoslás fejlődésével, azaz nem képezik tovább magukat, pazarolóan bánnak az erőforrásokkal. Világszerte ismert jelenség az orvosi szakma céhszerű összetartása. A „vigyázni kell a mundér becsületére"-féle szemlélet eléggé elterjedt, akárcsak a fegyveres testületeknél. Műhibaperekben, melyek orvosi döntésről szólnak, nehéz tárgyilagos szakértői véleményt kapni; orvos nehezen tanúskodik orvostársa ellen.

---

1 Az ún. „defenzív gyógyítás" kialakulása, valamint a kártérítéseket fedező biztosítás hozzájárul, mégpedig lényegesen, az egészségügy költségeinek növekedéséhez. Hiába, a betegek védelme, kiszolgáltatottságuk csökkentése nincsen ingyen.

2 Még a pereskedő kedvű Egyesült Államokban is egy 30.000 beteg anyagát feldolgozó felmérés azt mutatta ki, hogy New York Államban a hanyag kezelést elszenvedő betegeknek mindössze 13,3 százaléka fordult bírósághoz (Weiler et al. 1993: 139).

Minél inkább rendet tart az orvosi szakma saját körein belül, annál kevésbé kell majd kívülről beavatkozni. Máris léteznek különböző szakmai tanácsok és bizottságok, országos és helyi szinten, egy-egy kórházon vagy más szervezeten belül. Az egészségügyi szakma (s ide sorolható nem csak az orvos vagy az ápoló, hanem az egészségügyi menedzser, jogász és közgazdász is) civil társadalma kiépülőben van. Ennek az organizmusnak a természete azt kívánja, hogy magától fejlődjék, ahogy azt a közös gondolkodás és cselekvés igényli. Reméljük, hogy tovább szélesedik a társadalmi szervezeteknek ez a hálózata, amely sokféle módon – pl. elvi állásfoglalásokkal és precedensértékű egyedi beavatkozásokkal – ellensúlyozhatja azokat a káros mellékhatásokat, amelyeket a gazdasági ösztönzők idézhetnek elő.

A per és a sajtó nyilvánossága fontos eszközök 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 érdekképviseletek szót emelhetnek a betegek érdekében, megszervezhetik a jogvédelmet.

9.2 A reform támogatói és ellenzői

A *6–8. fejezet*ben etikai és közgazdasági megfontolásokkal próbáltuk alátámasztani ajánlásainkat. Ám nincsenek illúzióink; nem hiszünk abban, hogy ha eléggé jól érvelünk, s ha fejtegetéseink mindenkihez eljutnak, akkor nyert ügyünk van. Eddig még nem volt egyetlen ország sem, ahol gyorsan és könnyen valósítottak volna meg mélyreható reformokat az egészségügyben.

A javasolt reformok elfogadtatásának egyik nehézsége abban rejlik, hogy várható kedvező hatásainak egy része csak késleltetve mutatkozik, és nem is mindig „kézzelfogható" az átlagos állampolgár számára. A piaci hatások erősödése, a szolgáltatók közötti verseny kialakulása és a finanszírozás, a fizetési módozatok racionálisabb rendszere bizonyára hozzájárul a technikai fejlődés meggyorsításához és az egészségügyi szolgáltatások minőségének javulásához – de nyilvánvalóan nem azonnal. Míg az előnyöket rendszerint csak később és közvetett úton, de mindenki tapasztalja majd, a kockázatokat és hátrányokat egyes csoportok hamarabb érzékelhetik.

Az ellenállás másik oka a szakértők körében élő őszinte és jogos aggodalom. Az elmozdulás a magántulajdon, a piac, és ezzel együtt a döntések decentralizálása irányában valóban veszélyes tendenciákat is gerjeszt: a szegények és nagy költségkockázatú betegek diszkriminálását, szükséges szolgáltatások megtagadását, vagy ellenkezőleg, a költségek elszaladását. Könyvünk igyekezett becsületesen szembenézni ezekkel a visszásságokkal, s megmutatni: hogyan lehet ellenük védekezni, vagy hatásukat minimumra szorítani. Meggyőződésünk, hogy az ajánlott változtatások kedvező hatása nagyobb a kedvezőtlen mellékhatásoknál, ha a reformjavaslatok között megfelelő figyelmet kapnak azok az intézkedések, amelyek igyekeznek elejét venni a negatív mellékhatások kialakulásának.

A jogos aggodalmak mellett sok a megalapozatlan előítélet. Kelet-Európában a rendszerváltás általánosan elfogadott programja, hogy át kell térni a magántulajdonon alapuló piacgazdaságra. A radikális szélsőbaloldaliakon, az egykori doktrinák mellett konokul kitartó konzervatív kommunistákon kívül mindenki egyetért ebben – ami általában a gazdaságot illeti. De azért sokakban, a lelkük mélyen, mégis csak tovább élnek az előítéletek a magántulajdonnal és a piaccal szemben, s vehemensen kitörnek, ha az egészségügyről van szó.

Nem szabad megtűrni, hogy az egészségügyi magánszektor a beteg rovására szerezzen profitot. Attól kell azonban tartanunk, hogy ez a rémkép maradványa annak az indoktrinációnak, amely minden kapitalistát a vevőt kiszipolyozó 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 többletprofithoz jutni. Ám tartós sikert csak az a magánvállalkozás ér el, amely befektet a jobb minőség, ügyfélszolgálat és technikai fejlődés érdekében, és mindemellett lehetőleg csökkenti a költségeit. 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 egyedüli 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 magántulajdont és vezessük be újra a köztulajdont?

Az idegenkedésnek nem mindenkinél van ideológiai töltése. Sok a gyanakvó természetű ember, aki ellenáll minden újításnak, s még az ismert félig rosszat is inkább elfogadja, mint az ismeretlent.

Az esetleges ellenállás fő oka az, hogy sokan – okkal vagy ok nélkül – úgy látják: a változtatások sértenék személyes érdekeiket. Jó lenne Pareto-optimális reformot bevezetni,[3] amelyben senki sem veszítene, és sokan nyernének. Ez nem garantálható, bár az ajánlott program tulajdonképpen hosszú távon eléggé közel van ehhez a kívánalomhoz. Rövid távon azonban vannak vesztesek, akik okkal tartanak a reformtól. Józanul számba kell venni a valós ellenérdekeket, és azt is, hogy lehet-e ezeket a csoportokat részlegesen kompenzálni, semlegesíteni vagy elszigetelni. Nézzük meg, kik lehetnek ilyen potenciális vesztesek.

- Az egészségügyi bürokrácia vezető csoportjai osztatlan hatalmukat féltik a decentralizációtól és a versenytől, valamint a közpénzeket allokáló demokratikus processzustól. Ellenállásuk gyengül, ha átgondolják az iparban, a kereskedelemben vagy a pénzügyi szektorban végbement posztszocialista átalakulás tapasztalatát. Aki tehetséges, hozzáértő és képes alkalmazkodni az új körülményekhez, az a reform után is jó pozícióba kerül, sőt talán még többet is kereshet, mint a magas bürokratikus poszton.

---

3 Egy változtatás akkor elégíti ki a Pareto-optimalitás kritériumát, ha javítja egy egyén vagy csoport helyzetét, anélkül, hogy mások helyzetét rontaná. Ezt a kritériumot Vilfredo Pareto (1848–1923) olasz közgazdász vezette be a közgazdaság-tudományba.

- Azok az orvosok, akik ma különlegesen sok hálapénzhez jutnak, tartanak attól, hogy ettől az átláthatatlan és adókerülő jövedelemtől elesnek. Aki kizárólag magas beosztásával visszaélve sajtolta ki a betegtől a pénzt, jó okkal fél a reformtól, amely tisztább és átláthatóbb alapokra helyezné az orvos–beteg kapcsolatot. Az ő ellenállásukat nem lehet elkerülni. Aki viszont kiváló szaktudása, lelkiismeretessége, emberséges bánásmódja miatt valóban fel tudta kelteni a betegek háláját, azt meg lehet nyugtatni: nagyon nagy valószínűséggel sikeres lesz a megreformált egészségügyben is. Összes keresete, a hálapénz felszámolódása után, nemcsak hogy nem csökken, hanem erősen növekedhet majd.[4]
- A másik oldalon is lehetnek „vesztesek": az a beteg, aki mostanáig személyes szálakkal és hálapénzzel kiépítette a maga kapcsolatrendszerét, attól tart, hogy azt összezilálják a reformok. Biztosítani kell őket afelől, hogy talán ideig-óráig valóban ez történik majd, ám az új tulajdonformák mellett, az új szervezeti struktúrában bizonyára kényelmesebb és egyszerűbb lesz tartós kapcsolatokat kiépíteni.
- A javasolt változások sértik a közpénzen finanszírozott ellátás „potyautasainak" érdekeit. Hangsúlyoztuk, hogy szükség van a közteherviselés méltányosabb érvényesítésére, az adóbázis kiszélesítésére. Ez hátrányosan érintené azokat, akik megpróbálnak az adóterhek alól kibújni. Őket nem kell kompenzálni; a reformot az ő ellenállásuk mellett is előre kell vinni.

Nem ismerünk olyan felméréseket, amelyek azonosítanák az ellenállás fő gócait. Viszont folyt néhány olyan vizsgálat, amely azt próbálta megállapítani: mi a közvélemény megoszlása a javasolt reformok néhány fő választási problémáját illetően.[5]

A *9.1 táblázat* nemzetközi összehasonlítást ismertet, mégpedig a könyvünkben részletesen tárgyalt egyik fő problémához kapcsolódva. Mennyi „közpénzt" kíván a társadalom szolidaritási célra fordítani? Akik a kérdéseket megfogalmazták, nem az egészségügyre összpontosították a megkérdezettek figyelmét; a „szociális kiadás" fogalmát nem definiálták élesen. De így is figyelemreméltó a válaszok megoszlása. A magyar és a lengyel válaszok megoszlása hasonló: jóval többen szeretnék az adókat csökkenteni, a szociális kiadások csökkenése árán is, mint ahányan a status quo fenntartását vagy éppenséggel ellentétes irányú változását helyeselnék. A lengyelek még messzebbre mennek ebben

---

4 A fordított jelenségnek is van veszélye; annak ugyanis, hogy az orvosok egyes nyomásgyakorló csoportjai, szűk anyagi érdekek kedvéért úgy állnak a reform oldalára, hogy közben nekik kedvező, de szélesebb társadalmi szempontból kedvezőtlen irányba terelik az intézkedéseket. Pl. erőltetik a szabályozás nélküli szolgáltatásonkénti díjazás nyakló nélküli bevezetését, ami költséginflációhoz vezet. Ez történt a cseh reform kezdetén (Vepřek, Papes and Vepřek 1995). A lengyel orvosok is hasonló rendszer mellett lobbiztak, de nem kaptak elég támogatást (Lawson and Nemec 1998; Bossert and Wlodarczyk 2000:19).

5 A kelet-európai egészségügyi reformok politikai gazdaságtanáról számos figyelemreméltó tanulmány született. Közülük is kiemelkedik Nelson (2001) írása, amely a magyar és a lengyel jóléti szektor reformját hasonlítja össze, valamint Bossert and Wlodarczyk (2000) munkája a lengyel reformról. A jelen fejezetben felhasználtuk e munkák néhány tanulságát. Bossert és Wlodarczyk írásának címe, „Megjósolhatatlan politika", egybecseng azokkal a következtetésekkel, amelyekre könyvünk jutott a reform politikai kilátásait illetően.

9.1 táblázat A jóléti kiadások és az adók szintje közötti trade-offról alkotott lakossági vélemény Magyarországon, a Cseh Köztársaságban és Lengyelországban, 1999

Válaszok	Magyarország	Cseh Köztársaság	Lengyelország
	Az összes válaszok százalékában		
Az adókat növelni kellene, hogy többet költhessenek szociális kiadásokra.	8	14	2
Nem kellene változtatni, az adók és a szociális kiadások szintje maradjon úgy, ahogy van.	32	47	36
Az adókat csökkenteni kell, még ha kevesebb jut is szociális kiadásokra.	43	19	60
Nem tudja.	17	20	2

Megjegyzés: A megkérdezetteknek a következő kérdést tették fel: „Az állami költségvetés kiadásainak nagysága az adóbevételektől függ. Ha a kormány választhatna, hogy az adókat csökkentse vagy a jóléti kiadásokat növelje, Ön szerint mit kellene tennie?"
A felmérés időpontja: 1999. szeptember; készítette a TÁRKI által szervezett Central European Opinion Research Group (Magyarország), a CBOS (Lengyelország) és az IVVM (Cseh Köztársaság).
Forrás: TÁRKI 1999.

a tekintetben, mint a magyarok. A csehek sokkal kisebb hányada áll ki az adócsökkentés és ezzel együtt a szociális kiadások csökkentése mellett.

Mindhárom ország közvéleményének megoszlása azt sugalmazza: aránylag szűk támogatásra találna a lakosság körében a redisztributív terhek emelése a korábbiakhoz képest. A lakosság igen nagy része az eddiginél nagyobb mértékben maga akar rendelkezni jövedelmének elköltése felett. Ez – igaz, eléggé közvetett módon – alátámasztja az előző fejezet végén kifejtett prognózist, miszerint az egészségügyi makrokiadások növekedése inkább a háztartási költségvetésből erre szánt hányad növekedése révén valósul majd meg, s kevésbé az adózás és a közkiadás finanszírozási csatornáján keresztül.

Amint azt már korábban említettük, egy magyar kutatóintézet, a TÁRKI, az egészségügyi reform néhány napirenden lévő dilemmájával kapcsolatban próbálta kipuhatolni a lakosság álláspontját. A kérdések egyik csoportja azt feszegette: támogatná-e a megkérdezett a biztosítás decentralizálását és a biztosítók közötti verseny bevezetését. A válaszok megoszlását a *9.2, 9.3* és *9.4 táblázat* mutatja be. A megkérdezetteknek csak kevesebb mint egyharmada veti el egyértelműen a decentralizálást és a versenyt, a többiek feltétel nélkül vagy feltételesen támogatják, kivéve azt a 11 százalékot, amely nem foglal állást. A támogatás gyakorisága nő, ahogy feljebb megyünk az iskolázottság skáláján, illetve lejjebb az életkorban. Viszont kevéssé érzékeny a megoszlás a jövedelem szintjére. A „piacorientált" reform iránti szimpátia nem gyakoribb, de nem is ritkább a magasabb jövedelműek, mint a kevésbé tehetősek körében.[6]

[6] A jövedelem szerint képzett három csoportban a decentralizált biztosítást feltétel nélkül vagy feltételesen támogatók aránya a következő: alsó csoport: 73,5 százalék, közepső csoport: 68,7 százalék, felső csoport 73,7 százalék (TÁRKI 1999: 70).

9.2 táblázat Az egészségbiztosítók közötti versenyről és a járulék mértékéről alkotott vélemények megoszlása Magyarországon, 1999

Válaszok	Az összes válasz százalékában
Járulékemeléssel is a versenyt támogatja	20,1
Csak ha nincs emelés, akkor támogatja	37,3
Nem támogatja a versenyt	31,5
Nem tudja	6,9
Nem válaszolt	4,2
Összesen	100,0

N = 1478.

Forrás: TÁRKI 1999: 60.

9.3 táblázat A egészségbiztosítók közötti versenyt preferálók aránya korosztályok szerint Magyarországon, 1999

Vélemény	Korcsoportok					
	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–
	Az „igen" és a „nem" válaszok összegének százalékában					
Támogatja	55,3	54,2	54,2	41,8	38,2	37,4
Ellenzi	44,7	45,8	45,8	58,2	61,8	62,6

Megjegyzés: A „nem tudom" választ adók és a nem válaszolók nélküli esetszám: 1322.

Forrás: TÁRKI 1999: 61.

9.4 táblázat A versenyt támogatók aránya képzettség szerint Magyarországon, 1999

Vélemény	Max. 8 általános	Szakmunkás	Középfokú	Felsőfokú	Együtt
	Az „igen" és a „nem" válaszok százalékában				
Támogatja	40,9	45,6	58,9	58,0	48,8
Ellenzi	59,1	54,4	41,1	42,0	51,2

Megjegyzés: A „nem tudom" választ adók és a nem válaszolók nélküli esetszám: 1322.

Forrás: TÁRKI 1999: 61.

Egy másik kérdéscsoport a kiegészítő biztosítással kapcsolatos véleményeket igyekezett kipuhatolni. Csak egyetlen adatot idézünk: a lakosság 44 százaléka érdeklődik e lehetőség iránt; nem zárkózik el kiegészítő biztosítás kötésétől. A szerződéskötési hajlandóság azonban erősen függ a biztosítási díj nagyságától. Ez az állásfoglalás nem tekinthető igazi piackutatásnak, hiszen a megkérdezettnek nem ajánlottak fel konkrét biztosítási szerződést. Inkább csak azt érzékelteti, hogy mi az eleve elzárkózás és a nyitott érdeklődés aránya.

Egy Horvátországban végzett felmérés (Chen and Mastilica 1998) azt jelzi, hogy eléggé nagy az idegenkedés az olyan reformmal szemben, amely több teret enged a ma-

9.5 táblázat Az egészségügyi reform ismertsége és értékelése jövedelemcsoportok szerint Horvátországban, 1994

Vélemény	Alacsony	Közepes	Magas	Átlag
	jövedelmű, %			%
Egyáltalán nem érti a reformot.	48	34	30	36
A reform nem fog sikerülni vagy nem ér el jelentős eredményeket.	51	52	33	46
A reform rontja a válaszadó mint beteg helyzetét.	52	46	20	40
A háziorvosnak fizetendő hozzájárulás/vizit magas vagy nagyon magas.	44	30	22	31
A szakorvosnak fizetendő hozzájárulás/vizit magas vagy nagyon magas.	52	38	32	39
A kórházi ellátásért fizetendő hozzájárulás magas vagy nagyon magas.	62	48	36	48
A gyógyszerekért fizetendő hozzájárulás magas vagy nagyon magas.	48	44	33	42

Megjegyzés: A mintát (n=562) három jövedelemcsoportba osztották, mindegyik nagyjából a minta egyharmadát tette ki. Az alacsony jövedelműek havi jövedelme 740 kuna (kb. $140) vagy kevesebb, a közepes jövedelműeké 740–1480 kuna, míg a magas jövedelműeké 1480 kuna vagy több volt.

Forrás: Chen and Mastilica 1998: 1158.

gántulajdonnak és a piacnak. A *9.5 táblázat* közli a válaszok megoszlását, jövedelmi kategóriák szerint csoportosítva. Ellentétben a fentebb idézett magyar adatokkal, itt a válaszok erősen függnek a jövedelemtől. Talán azért, mert maga a kérdésfeltevés sokkal általánosabb volt, mint a jóval specifikusabb magyar kérdések. A magyar kérdőívben körvonalazott reformintézkedésektől kevesebb félnivalójuk volt a szegényebb rétegeknek.

Végül megemlítünk egy bolgár közvélemény-kutatást, amely azt vizsgálta, hogy a népesség milyen mértékben hajlandó a szocialista típusú egészségügyi finanszírozástól elmozdulni (Delcheva, Balabanova and McKee 1997). Ezzel a lehetőséggel való rokonszenv a legfiatalabbak körében a leggyakoribb, s csökken az életkor függvényében. Mind a preferenciák, mind a jövedelemérzékenység tekintetében a bolgár adatok megoszlása emlékeztet a Horvátországban kimutatottra.

Az idézett közvélemény-kutatásokból két közös tanulság adódik. Az első: arra kellene törekedni Kelet-Európában, hogy minél konkrétebb, egymástól karakterisztikusan különböző alternatívákat ismertessenek a lakossággal. Az állampolgár ne az őt kérdezgető kutatótól tudja meg, hogy milyen lehetőségek nyílnának meg előtte a jövőben. A különböző alternatívák hívei és ellenfelei nyilvánosan vitázzanak egymással, magyarázzák el álláspontjukat. Ezután kérdezzék meg a lakosságot.

Számos fejlett országban alapos és széles körű vita előzi meg a reformokat. Kelet-Európában mindezidáig nemigen folynak viták, legalábbis nem megfelelően tájékozott résztvevőkkel, specifikus egészségügyi reformintézkedésekről. A politikai szféra és a sajtó sokszor csupán megfoghatatlan általánosságokban beszél róla, elködösítvén az alternatívákat. Így amikor egy törvényjavaslat a parlament elé kerül, a lakosság nagy része

számára egyáltalán nem látható át a tartalma. A nyomástgyakorló csoportok a háttérből próbálják befolyásolni a döntést. A 6. elvet, az átláthatóság követelményét ebben a tekintetben is sokkal inkább érvényesíteni kellene. Igaz, ha sok a polémia, az késleltetheti a tényleges intézkedéseket, de azok legalább nem érik váratlanul az embereket.

A második tanulság: nem számíthatunk arra, hogy konszenzus alakul ki. Mind a potenciális vesztesek számbavétele, a reform hatásainak átgondolása, mind pedig a közvélemény-kutatások elemzése arra enged következtetni, hogy a lakosság álláspontja valamennyi nehéz kérdésben megoszlik. A legtöbb választási dilemmában nem alakul ki elsöprő többség az egymással élesen ellentétes álláspontok valamelyikének támogatására. Még ha van is többségi vélemény, az ellenzők aránya eléggé jelentős.

Itt eljutottunk a parlamenti demokrácia egyik sarkalatos problémájához: milyen mértékben éljen a mindenkori parlamenti többség azzal a lehetőséggel, hogy a maga álláspontját, engedmények nélkül, megszavazhatja? Éppen mert az emberek egészségéről van szó, különösen kényes a kérdés.

Válaszunk – a könyv más pontjain is alkalmazott megközelítési módot alkalmazva – a procedúrális aspektusra hívja fel a figyelmet. Itt a tárgyalás visszakanyarodik ahhoz a gondolathoz, amelyet az 1. és a 2. etikai posztulátum leírásakor érintettünk, és amelyet később, a biztosítás decentralizációjával kapcsolatban újra megemlítettünk. A parlamenti többség ne akarja mindenképpen rákényszeríteni a maga által preferált alternatívát minden állampolgárra, köztük azokra is, akik azzal nem értenek egyet. Ha valaki ragaszkodni kíván az állami biztosításhoz, s nagy ívben el akarja kerülni a magánbiztosítókat – legyen erre módja; ugyanakkor ne zárjanak el más állampolgárokat attól, hogy magánbiztosítóval szerződjenek. Ha valakinek csak közkórházban van bizalma – legyenek közkórházak ennek az igénynek a kielégítésére. Ám mehessen magánszolgáltatóhoz az, aki ez utóbbit részesíti előnyben. A munkaadó, ha érdemben közre akar működni az egészségügyi biztosítás szervezésében, tehesse meg ezt, de ne legyen erre kényszerítve.

Nyilvánvaló, hogy a választásnak ez a nyitottsága nem biztosítható mindenben. Ha egyszer kötelező a járulékfizetés, az egyén nem hozhatja büntetlenül azt az önkényes döntést, hogy kivonja magát. Ha feloldják az egyetlen vevő monopóliumát a biztosításban, akkor már senkinek sem ajánlható fel e monopólium fenntartása; akkor mindenki elveszíti a monopólium adta előnyöket (bár persze megnyerné a verseny előnyeit, amelyekre viszont sokan nem tartanának igényt).

A reformokkal kapcsolatos jogalkotásra vonatkozó ajánlás tehát, immár pontosabban kvalifikálva, így szól: a politikai szféra, amennyire csak lehet, engedje át az alternatívák közötti választást az állampolgárnak. Csak annyiban hozzon az egyéni választást korlátozó vagy predeterminálló állami döntést, amennyiben az a szóban forgó probléma természete következtében elkerülhetetlen. Vajon képes lesz-e a mindenkori parlamenti többség erre az önkorlátozásra, saját döntési jogkörének önkéntes szűkítésére? A tapasztalat majd megmutatja. Ez lesz mindenesetre az egyik indikátora annak, hogy a törvényhozás döntéshozói mekkora fontosságot tulajdonítanak az 1. elvnek, az egyén szuverenitásának.

9.3 Evolúciós és konstruktivista fejlődés

A posztszocialista átmenet kezdetén izgalmas viták zajlottak le a folyamat várható jellemzőiről. Szembeállítottuk a „sokkterápiát" és a „gradualizmust", az „evolutív" és a „konstruktivista" fejlődést.[7] Ma már többet tudunk ezekről a kérdésekről, mert visszamenőlegesen rendelkezésünkre állnak a versenyszféra átalakulásának tapasztalatai. A következő tanulságok vonhatók le belőlük a jóléti szféra jövendő reformjára vonatkozóan:

Hiba lenne egymást kizáró alternatív fejlődéstípusként szembeállítani a spontán, evolutív átalakulást és az állami „design" alapján történő intézményépítést. Mindkettő végbemegy, mindegyik a maga helyén, egymást kiegészítve.

A könyv egyik ajánlása az, hogy ne írjuk elő az állami egészségügyi szervezetek privatizálásának egyöntetű formáját és kötelező ütemtervét. Az állam azzal kezdje az intézkedéseit, hogy tilalmakat old fel, megteremti a jogi lehetőséget a kezdeményezésre és vállalkozásra. Hadd jöjjenek létre különböző innovációk, a szolgáltatási és biztosítási szervezetek változatos formái, az állami és a 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 pl. 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 elemzések elvégzése után törvényeket kell alkotni.

A tanulmányban kifejtett javaslatok logikusan következnek a 7. elvből, amely azt követeli meg, hogy adjunk időt az evolúciós fejlődésre és az állampolgároknak az alkalmazkodásra. Ez sugalmazta pl. az alapvető ellátást szolgáló finanszírozás reformjának javasolt periodizálását: csak akkor kezdődjék meg annak részleges decentralizálása, amikor az ehhez szükséges intézmények legalább csírájukban már kialakultak, és a lakosság megismerkedett velük. 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 között, 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 sebtében összetákolt intézkedésekre. Viszont az sem lenne helyes, ha bizottsági ülések és egyeztető tárgyalások végtelen sorozata miatt húzódna el a már nagyon időszerűvé vált új törvények előkészítése.

---

[7] A „konstruktivista" kifejezés Hayektól (1935) ered, aki az előre megtervezett és állami kényszerrel a társadalomra erőltetett formációkat nevezi így. A „gradualizmus versus sokkterápia" könyvtárnyi irodalmából való szemezgetés helyett mindössze két retrospektív elemzést említünk meg: Kornai 2000; Roland 2000.

A könyv többször említette, hogy az egészségügyi reformról folyó vitákban újra felmerül sok olyan kérdés, amely jóval korábban, még a szocializmusról, különösen pedig a piaci szocializmusról folyó vitákban is előkerült. A hasonlóság mellett alapvető különbség van a kétféle vita között. Akkor a gazdaság és a társadalom egészéről volt szó, beleértve azt a politikai struktúrát, amely a gazdaság kormányzásának módját behatárolja. A sokrétű, számos kérdésre kiterjedő polémia végső konklúziójában a következő dilemmára hegyeződött ki: lehet-e alapjában véve a piaccal koordinálni a gazdasági tevékenységeket, miközben a kommunista párt hatalmi monopóliuma és diktatúrája, valamint az állami tulajdon dominanciája fennmarad? Aki a személyes szabadságjogok és a piacgazdaság következetes híve volt, az nemleges választ adott erre a kérdésre, s elvetette a piaci szocializmust. Most viszont, a XXI. század elején Kelet-Európában napirenden lévő egészségügyi reform kapcsán a gazdaság egy jól körülhatárolt részéről van csak szó. A politikai környezet immár megváltozott: intézményesült, többé-kevésbé konszolidált demokráciában folynak a viták, s hozzák a reformtörvényeket. És megváltozott a gazdaság túlnyomóan nagy része, amelyben magántulajdonon alapuló piacgazdaság működik. Ettől a demokratikus piacgazdasági környezettől körülvéve sokkal inkább elfogadhatónak tűnik, hogy az egészségügyi ágazatban körülhatárolt, de azért jelentős szerephez jusson a köztulajdon és az adminisztratív beavatkozás, s létrejöjjön a különböző tulajdonformák és koordinációs mechanizmusok tartós szimbiózisa.[8]

A posztszocialista átmenet elején a reform legőszintébb hívei sokszor érezték: olyan intézkedéseket kell hozni, amelyek irreverzibilisek, s minél inkább elzárják az utat az események visszafordítása elől. Talán legfontosabb ezek közül az új, demokratikus alkotmányok kodifikálása volt, ami – ha nem tette is lehetetlenné – súlyos akadályokat gördít valamiféle diktatúra visszaállítása elé. Miközben *akkor* érthető és sok fontos ügyben legitim volt az irreverzibilitásra törekvés, helytelen lenne most, a posztszocialista fejlődés első viharos szakaszának lezárása után, a konszolidált továbbfejlődés fázisában hasonló szándékot megvalósítani az egészségügy reformjában. Éppen ellenkezően, itt a próbálkozáson alapuló megközelítés helyénvaló. Senki, sem a kutató, sem a politikus nem lehet túlságosan magabiztos. Amint már korábban hangsúlyoztuk: nincsen igazi mintaország, amelynek tapasztalata egyértelműen bizonyítaná bármelyik javaslat helyességét. És nincsen értékmentes, etikai szempontból mindenki számára elfogadható tervrajz sem. Az érdekkonfliktusok miatt nem lehet átfogó konszenzusra számítani. Annál fontosabb, hogy egy-egy rendszabály ne „cementezzen be" valamilyen struktúrát, ne blokkolja más, alternatív megoldások útját. Legyen mód kísérletezésre. Előnyben kell

---

8 A könyv első szerzője szükségesnek érzi, hogy ezen a helyen egy személyes megjegyzést tegyen. Aktív résztvevője volt az imént említett vitáknak, amelyek a szocialista rendszer egészének reformjáról folytak. Ismételten és nyomatékosan kétségeit fejezte ki a reformokkal kapcsolatban, s munkásságával azt a gondolatot sugalmazta, hogy a *rendszer alapjainak* megváltoztatása nélkül nem számolhatók fel a gazdaság diszfunkcionális vonásai. Ez a korszak szinte beépítette gondolkodásába a kevert megoldásoktól való idegenkedést, az óvatos reformok iránti ellenszenvet. E „feltételes reflex" leküzdésére, saját gondolkodásának bizonyos fokú újranevelésére volt szükség ahhoz, hogy képes legyen kiállni olyan „kevert" megoldás és olyan óvatos bevezetési stratégia mellett, mint amelyet egyedül írott (1998) könyve, s ez a könyv is képvisel.

részesíteni az olyan megoldásokat, amelyek kis vesztességgel átalakíthatók, amelyek sokszínűek, sokféle alternatíva felé ágaznak el.

Könyvünk kísérletet tett arra, hogy szoros kapcsolatot teremtsen elvek és gyakorlati javaslatok, különösképpen pedig etikai meggyőződés és a jogi, gazdasági intézményekre vonatkozó ajánlások között. Ennyiben élesen különbözik számos más dokumentumtól, amelyek kutatók, kormányzati tisztviselők vagy politikusok kezéből kerültek ki, s amelyek „pragmatikusan" mindjárt a gyakorlatias részletekkel kezdik és fejezik be mondanivalójukat.

A könyv végére érve a szerzők nem tagadják, hogy sok kérdésben bizonytalanok. Miközben ragaszkodnak saját értékrendjükhöz, érzékelik: ebből nem vezethető le egyértelműen minden gyakorlati rendszabály. Egy okkal több, hogy kellő szerénységgel adjuk elő ajánlásainkat. Nem riadtunk vissza attól, hogy reformjavaslatot tegyünk, de nem akarjuk azt mindenáron „eladni". Hátha tévedtünk? Saját korlátaink ismerete és a reformok kockázatos volta arra kényszerít bennünket, hogy hangsúlyozzuk a kísérletezés fontosságát és a legitim demokratikus intézményrendszer által gyakorolt, gondos felügyelet szükségességét.

A kelet-európai régió valamennyi országában, köztük Magyarországon is folyik az egészségügyi reform szellemi előkészítése, mind a szakértők körében, mind a szélesebb közvéleményben. Ehhez a gondolkodási folyamathoz szeretnénk könyvünkkel hozzájárulni.

Hivatkozások

ADLER, NANCY E., THOMAS BOYCE, MARGARET A. CHESNEY, SUSAN FOLKMAN, and LEONARD S. SYME. 1993. Socioeconomic inequalities in health. *Journal of the American Medical Association* 269: 3140–5.

ÁFSZ (Állami Foglalkozatási Szolgálat). 2004. *Egyéni bérek és keresetek statisztikája – Adatok a 2002. és 2003. évi bér és kereset adatfelvételből*, www.afsz.hu

AKERLOF, GEORGE A. 1970. The market for "lemons". *Quaterly Journal of Economics* 84: 81–108.

ALTMAN, STUART H., UWE E. REINHARDT, and ALEXANDRA E. SHIELDS. 1998. Healthcare for the poor and uninsured: An uncertain future. In S. H. Altman, U. E. Reinhardt, and A. E. Shields (eds.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?* Chicago: Health Administration Press, pp. 1–22.

AHA (American Hospital Association). Különböző évek. *Hospital Statistics*

ANDORKA, RUDOLF, ANNA KONDRATAS, and ISTVÁN GYÖRGY TÓTH. 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, KENNETH J. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 63: 941–73.

ARTHUR, BRIAN W. 1989. Competing technologies and lock-in by historical events: The dynamics of allocation under increasing returns. *Economics Journal* 99: 116–31.

ATKINSON, ANTHONY B. and JOHN MICKLEWRIGHT. 1992. *Economic Transformation in Eastern Europe and the Distribution of Income.* Cambridge University Press.

BALÁZS PÉTER. 2004. Hálapénz: történelmi megalkuvás a magyar egészségügyben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 42 (különszám): 34–43.

BANKA SLOVENJE. 1999. *Monthly Bulletin, April 1999.* Ljubljana.

BARDHAN, PRANAB K. and JOHN E. ROEMER (eds.). 1993. *Market Socialism. The Current Debate.* Oxford University Press.

BATOR, FRANCIS. 1958. The autonomy of market failure. *Quarterly Journal of Economics* 72: 351–79.

BAUMOL, WILLIAM. 1963. Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice. *Public Choice* 77: 17–28.

BAUMOL, WILLIAM 1988. Containing medical costs: Why price controls won't work. *The Public Interest* Fall 1988: 37–53.

BEATTIE, ROGER and WILLIAM MCGILLIVRAY. 1995. A risky strategy: Reflections on the World Bank Report "Averting the old age crisis". *ISSA Review* 48: 3–4.

BENEDICT ÁGNES. 2000. A cseh egészségügyi reformról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 38: 83–98.

BERLIN, ISAIAH. 1990. Négy esszé a szabadságról. Budapest: Európa Könyvkiadó.

BERMAN, HOWARD J., SEVEN KUKLA, and LEWIS WEEKS. 1994. *The Financial Management of Hospitals.* 8th Edition, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

BERTKO, JOHN and SANDRA HUNT. 1998. Case study: The health insurance plan of California. *Inquiry* 35: 148–53.
BESLEY, TIMOTHY and MIGUEL GOUVEIA. 1994. Alternative systems of health care provision. In M. George de and R. Portes (eds.), *Economic Policy. A European Forum.* Cambridge University Press, pp. 200–57.
BLENDON, ROBERT J., CATHY SCHOEN, CATHERINE M. DESROCHES, ROBIN OSBORN, KIMBERLEY L. SCOLES, and KINGA ZAPERT. 2002. Inequalities in Health Care: A Five-Country Survey, *Health Affairs* 21: 182–91
BODENHEIMER, THOMAS. 1997. The Oregon health plan: Lessons for the nation. *The New England Journal of Medicine* 337: 651–55.
BOGNÁR GÉZA, GÁL RÓBERT IVÁN és KORNAI JÁNOS. 2000. *Hálapénz a magyar egészségügyben. Közgazdasági Szemle* 47: 293–320.
BONCZ IMRE és NAGY JÚLIA. 2003. 10 éves a HBCS! A Homogén Betegségcsoportok rendszerének tapasztalatai finanszírozói oldalról. *Egészségügyi Menedzsment* 5 (2): 21–7.
BONCZ IMRE, DÓZSA CSABA és NAGY BALÁZS. 2003. Irányított Betegellátási Modell (IBM): a fejkvóta-számítás szerepe és módszertana. *Informatika és Menedzsment* 2 (6): 19–23.
BONDÁR ÉVA, BORDÁS ISTVÁN, ÁDÁM GYÖRGY, TÓTH ILDIKÓ, KOLOZSY BÉLA és BALÁZS PÉTER. 2000. *Jelentés az orvosi hálapénzről. Helyzetelemzés és következtetések.* Budapest: Springer Orvosi Kiadó Kft.
BORSOS KINGA, VITRAI JÓZSEF, BOROS JULIANNA, NÉMETH RENÁTA, VIZI JÁNOS, ORSZÁGH SÁNDOR. 2003. A felnőtt lakosság egészségügyi kiadásai a 2000. évi országos felmérés adatai alapján, *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41 (4): 25–33.
BOSSERT, THOMAS and CESARY WLODARCZYK. 2000. *Unpredictable Politics: Policy Process of Health Reform in Poland.* Discussion Paper No. 74. Boston: Harvard School of Public Health.
BUCHANAN, JAMES M. 1986. *Liberty, Market and the State: Political Economy in the 1980s.* Brighton: Wheatsheaf Books.
BUCHANAN, JAMES M. and GORDON TULLOCK. 1962. *The Calculus of Consent: Logical Foundations of Constitutional Democracy.* Ann Arbor: University of Michigan Press.
BUGOVICS ELEMÉR. 2004. Az adományról (hálapénz vagy paraszolvencia). *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 42 (különszám): 44–51.
BUREAU OF LABOR STATISTICS OF THE UNITED STATES. 1999. *Current Population Survey: Employment and Earnings 1999.* Washington, D.C., pp. 213–18.
BÚTORA, MARTIN and THOMAS W. SKLADONY (eds.). 1998. *Slovakia 1996–1997. A Global Report on the State of Society.* Bratislava: Institute for Public Affairs.
CALNAN, MICHAEL, JANOZ HALIK, and JOLANTA SABBAT. 1998. Citizen participation and patient choice in health reform. In R. B. Saltman, J. Figueras and C. Sekallarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe.* Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 325–38.
CASSEL, DIETER. 1992. Eine Kassenwahlfreiheit ist herzustellen. *Wirtschaftdienst* 72: 287–91.
CENTRAL BUREAU OF STATISTICS.1999. *Statistical Yearbook of the Republic of Croatia 1998.* Zagreb.
CENTRAL STATISTICAL OFFICE. 1998. *Statistical Yearbook of the Republic of Poland 1998.* Warsaw.
CHAWLA, MUKESH, PETER BERMAN, and DOROTA KAWIORSKA. 1998. *Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures.* Harvard and Jagellonian Consortium for Health. Mimeographed.
CHAWLA, MUKESH, TOMASZ TOMASIK, MARZENA KULIS, ADAM WINDAK, and DEIRDRE ROGERS A. 1999. *Enrollment Procedures and Self-selection by Patients: Evidence from a Family Practice in Krakow, Poland.* Discussion Paper No. 66. Boston: Harvard School of Public Health.

CHEN, MEEI-SHIA and MIROSLAV MASTILICA. 1998. Health care reform in Croatia: For better or worse? *American Journal of Public Health* 88: 1156–60.
CHINITZ, DAVID and AVI ISRAELI. 1997. Health reform and rationing in Israel. *Health Affairs* 16: 205–10.
CLAXTON, GARY, JUDITH FEDER, DAVID SHACTMAN and STUART ALTMAN. 1997. Public policy issues in nonprofit conversions: An owerview. *Health Affairs* 16: 9–28.
COULAM, ROBERT F. and GARY L. GAUMER 1991. Medicare's prospective payment system: A critical appraisal. *Health Care Financing Review* 13: 45–78.
CSABA IVÁN. 1997. Fiskális illúziók és redisztribúciós csalás. *Századvég* 4: 109–18.
CSONTOS LÁSZLÓ, KORNAI JÁNOS és TÓTH ISTVÁN GYÖRGY. 1996. Az állampolgár, az adók és a jóléti rendszer reformja. Egy kérdőíves felmérés tanulságai. *Századvég* 1: 3–28.
CULPITT, IAN 1992. *Welfare and Citizenship: Beyond the Crisis of the Welfare State.* London and Newbury Park, CA: Sage.
CULYER, ANTHONY J. and JOSEPH P. NEWHOUSE (eds) 2000. *Handbook of Health Economics. Vols. 1A and 1B.* Amsterdam: Elsevier Science BV (North Holland).
CUTLER, DAVID M. and ROBERT ZECKHAUSER. 2000. The anatomy of health insurance. In Culyer and Newhouse (eds), vol. 1A: 563–643.
CUTLER, DAVID M. and SARAH J. REBER. 1998. Paying for health insurance: The trade-off between competition and adverse selection. *Quarterly Journal of Economics* 113: 433–66.
CZECH STATISTICAL OFFICE. 1999. *Structure of Earnings Survey 1998.* Prague.
DANIELS, NORMAN. 1985. *Just Health Care.* Cambridge University Press.
DANIELS, NORMAN. 1998. Rationing health care – A philosopher's perspective on outcomes and process. *Economics and Philosophy* 14: 27–50.
DAVIS, LANCE E. and DOUGLASS C. NORTH. 1971. *Institutional Change and American Economic Growth.* Cambridge University Press.
DELCHEVA, EVGENIA, DINA BALABANOVA and MARTIN MCKEE. 1997. Under-the-counter payments for health care in Bulgaria. *Health Policy* 42: 89–100.
DIAMOND, PETER A. 1996. Government provision and regulation of economic support in old age. In *Annual World Bank Conference on Development Economics 1995.* Washington, DC: The World Bank, pp. 83–103.
DOCTEUR, ELIZABETH and HOWARD OXLEY. 2003. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD Health Working Paper, December 5, 2003
DONELAN, KAREN, ROBERT J. BLENDON, CATHY SCHOEN, KAREN DAVIS, and KATHERINE BINNS. 1999. The cost of health system change: Public discontent in five nations. *Health Affairs* 18: 206–16.
DÓZSA CSABA. 2004. „Agresszív" HBCS politika Magyarországon: kérdések és válaszok a HBCS rendszer továbbfejlesztése vagy felváltása témakörében. *Informatika és Menedzsment* 3 (4): 14–20.
DUNN, DANIEL L. 1998. Applications of health risk adjustment: What can be learned from experience to date? *Inquiry* 35: 132–47.
EASTAUGH, STEVEN R. 1992. *Health Care Finance: Economic Incentives and Productivity Enhancement.* New York: Auburn House.
ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. 1998. *EIU Country Report 3rd Quarter: Hungary.* London.
ELLIS, RANDALL P. and THOMAS G. MCGUIRE. 1993. Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economic Perspectives* 7: 135–51.
ENTHOVEN, ALAIN 1978. Consumer choice health plan: A national health insurance proposal based on regulated competition in the private sector. *New England Journal of Medicine* March 23, pp. 650–58 and March 30, pp. 709–20.
EPSTEIN, RICHARD ALLEN. 1997. *Mortal Peril: Our Inalianable Right to Health Care.* Reading, MA: Addison–Wesley Pub. Co.

EVETOVITS TAMÁS. 2003. Forrásallokációs mechanizmusok és irányított betegellátás. OEP konferencia *Az irányított betegellátás egészségpolitikai kérdéseiről*. Budapest, szeptember. Kézirat.
FÉDERER, ÁGNES és NEMES JÁNOS. 1999. Pontvadászat suvasztással. Mi minden látható a magyar egészségügy mély gödrében? *Népszabadság*. Február 13., p. 22.
FELDSTEIN, MARTIN S. 1973. The welfare loss of excess health insurance. *Journal of Political Economy* 81: 251–80.
FELDSTEIN, PAUL J. 1994. *Health Policy Issues. An Economic Perspective on Health Reform.* Ann Arbor: Health Administration Press.
FENDLER JUDIT. 2004. 10+2 kérdés az egészségügyi ellátásszervezőkről szóló törvény tervezetéhez. *Informatika és Menedzsment* 3 (4): 10–13.
FUCHS, VICTOR R. 1996. Economics, values and health care reform. *American Economic Review* 86: 1–24.
FUCHS, VICTOR R. 1998. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice.* Singapore: World Scientific Publishing Company.
GAÁL PÉTER. 2004. Hála-pénz? Hála-kényszer. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 42 (különszám): 22–33.
GABEL, JON, LARRY LEVITT, ERIN HOLVE, JEREMY PICKREIGN, HIEDI WHITMORE, KELLEY DHONT, SAMANTHA HAWKINS and DIANE ROWLAND. 2002. Job-Based Health Benefits in 2002: Some Important Trends. *Health Affairs* 21(5): 143–51
GABEL, JON. 1997. Ten ways HMOs have changed during the 1990s. *Health Affairs* 16: 134–45.
GAWANDE, ATUL A., ROBERT J. BLENDON, MOLLYANN BRODIE, JOHN M. BENSON, LARRY LEVITT, and LARRY HUGICK. 1998. Does dissatisfaction with health plans stem from having no choices? *Health Affairs* 17: 184–94.
GERDTHAM, ULF-G. and BENGT JÖNSSON. 2000. International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis. In Culyer and Newhose (eds.), vol. 1A: 11–53.
GLIED, SHERRY. 2000. Managed care. In Culyer and Newhouse (eds), vol. 1A: 707–53.
GOLDSTEIN, ELLEN, GNANARAJ CHELLARAJ, OLUSOJI ADEYI, and ALEXANDER S. PREKER. 1996. *Trends in Health Status, Services and Finance.* World Bank Technical Paper, No. 348.
GREINER, WOLFGANG, and J.-MATTHIAS GRAF SCHULENBURG. v.d. 1997. The health system of Germany. In M. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 77–104.
GULÁCSI LÁSZLÓ (szerk.). 2004. *Egészség-gazdaságtan,* Budapest: Medicina. Kiadás alatt.
GYENES MÓNIKA és KASTALY FERENC. 1998. Kérdőíves felmérések eredményei, elemzései. In Gyenes M. (ed.), *A fogászati privatizáció kézikönyve.* Budapest: Péztár 2000 Kft.
HAKANSSON, STEFAN and SARA NORDLING. 1997. The health system of Sweden. In M. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 191–225.
HALL, JANE. 1999. Incremental change in the Australian health care system. *Health Affairs* 18: 95–110.
HAM, CHRIS J. 1997. Priority setting in health care: Learning from International Experience. *Health Policy* 42: 49–66.
HAUSNER, JERZY. 2001. Security through diversity. Conditions for successful reform of the pension system in Poland. In J. Kornai, S. Haggard, and R. R. Kaufman (eds.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries.* Cambridge University Press, pp. 210–34.
HAYEK, FRIEDRICH A. (ed.). 1935. *Collectivist Economic Planning*. London: George Routledge and Sons.
HAYES, JOHN H. (ed.). 1954. *Financing Hospital Care in the United States, Vol.1, Factors Affecting the Costs of Hospital Car.* New York: The Blakiston Company.

HAYNES, DON and PATRICIA S. FLORESTANO. 1994. Public acceptibility of taxing alternatives: Evidence from Maryland. *Public Administration Quarterly* 15: 447–67.
HEALTH INSURANCE INSTITUTE OF ALBANIA. 1998. *Statistical Indicators for 1997.* Tirana.
HEALTH INSURANCE INSTITUTE OF SLOVENIA. 1999. *Annual Report of the Health Insurance Institute of Slovenia for 1998.* Ljubljana.
HENKE, KLAUS-DIRK. 1988. Auf dem weg zu mehr Rationalitat im Gesundheitswesen. *Wirtschaftsdienst* 76: 64–8.
HOFMANN, RAINER, PAVEL HOLLANDAR, FRANZ MERLI, and EWALD WIEDERIN. (eds.) 1998. *Armut und Verfassung. Sozialstaatlichkeit im Europaischen Vergleich.* Wien: Österreische Stattsdruckerei AG.
HONIGSBAUM, FRANK, JOHANN CALLTORP, CHRIS HAM, and STEFAN HOLMSTROM. 1995. *Priority Setting Processes for Healthcare in Oregon, USA; New Zealand; The Netherlands; Sweden; and the United Kingdom.* Oxford: Radcliffe Medical Press.
HSIAO, WILLIAM C. 1999. *Primer on Health Care Policy for Macroeconomists.* Prepared for the International Monetary Fund.
HSIAO, WILLIAM C., P. BRAUN, D. DUNN, E.R. BECKER, M. DENICOLA and T.R. KETCHAM. 1988. Results and policy implications of the resource-based relative-value study. *New England Journal of Medicine* 319: 881–88.
IGLEHART, JOHN K. 1992. The American health care system: Managed care. *New England Journal of Medicine* 327: 742–47.
IGLEHART, JOHN K. 1999. The American health care system (1): Expenditures. *The New England Journal of Medicine* 340: 70–6.
IKEGAMI, NAOKI and JOHN CREIGHTON CAMPBELL. 1999. Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Affairs* 18: 56–75.
ILO. 1996. *Statistics on Occupational Wages and Hours of Work and on Food Prices. October Inquiry Results 1994 and 1995.* Geneva.
ILO. 1998. *Statistics on Occupational Wages and Hours of Work and on Food Prices. October Inquiry Results 1996 and 1997.* Geneva.
ILO. 1999a. *Statistics on Occupational Wages and Hours of Work and on Food Prices. October Inquiry Results 1997 and 1998.* Geneva.
ILO. 1999b. *Yearbook of Labour Statistics 1998.* Geneva.
ILO. 2004. *Statistics on Occupational Wages and Hours of Work: October Inquiry Data 2002,* Geneva: ILO.
IMRE LÁSZLÓ és SZUMMER CSABA. 2002. A HBCS nevű csodaszerről és annak káros mellékhatásairól, *Informatika és Menedzsment* 1 (3): 8–14.
INSTITUTE OF HEALTH INFORMATION AND STATISTICS OF THE CZECH REPUBLIC. 1998. *Czech Health Statistics Yearbook 1997.* Prague.
INSTITUTUL NATIONAL DE STATISTICA. 2002. Anuarul Statistic al Romaniei 2002 (serii de timp 1990–2001), Bucuresti: Sanatate, Institutul National de Statistica.
JAKOBS, KLAUS. 1991. Eine GKV-Organisationsreform ist dringlicher denn je. *Wirtschaftdienst* 71: 250–57.
JAMES, ESTELLE. 1996. *Protecting the Old and Promoting Growth. A Defence of "Averting the Old Age Crisis".* Policy Research Working Paper, No. 1570. Washington, DC: The World Bank.
JENSEN, GAIL A., MICHAEL A. MORRISEY, SHANNON GAFFNEY, and DEREK K. LISTON. 1997. The new dominance of managed care: Insurance trends in the 1990s. *Health Affairs* 16: 125–36.
KANAVOS, PANOS and MARTIN MCKEE. 1998. Macroeconomic constraints and health challenges facing European health systems. In R. B. Saltman, J. Figueras and C. Sekallarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 23–52.
KINCSES GYULA. 2004. A paraszolvencia kérdéséről. www.eszcsm.hu (2004. január).

KNUTSON, DAVID. 1998. Case study: The Minneapolis Buyers Health Care Action Group. *Inquiry* 35: 171–77.
KOCINSKA, ANNA. 2000. Racing toward real reform. *Warsaw Business Journal* February 7, p. 1.
KÖKÉNY MIHÁLY. 2004. Az egészségügy – 2004. A változás éve. www.eszcsm.hu
KOKKO, SIMO, PETR HAVA, VINCENT ORTUN, and KIMMO LEPPO. 1998. The role of the state in health care reform. In R. B. Saltman, J. Figueras and C. Sekallarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, pp. 289–307.
KORNAI JÁNOS. 1972. *Erőltetett vagy harmonikus növekedés.* Budapest: Akadémiai Kiadó.
KORNAI JÁNOS. 1980. *A hiány.* Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
KORNAI JÁNOS. 1986. A puha költségvetési korlát. *Tervgazdasági Fórum* No. 3, pp. 1–18.
KORNAI JÁNOS. 1992. A posztszocialista átmenet és az állam. Gondolatok fiskális problémákról. *Közgazdasági Szemle* 39: 489–512.
KORNAI JÁNOS. 1993. *A szocialista rendszer. Kritikai politikai gazdaságtan.* Budapest: HVG Kiadó.
KORNAI JÁNOS. 1997. Pénzügyi fegyelem és puha költségvetési korlát. *Közgazdasági Szemle* 44: 940–53.
KORNAI JÁNOS. 1998. *Az egészségügy reformjáról.* Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
KORNAI JÁNOS. 2000. Tíz évvel a Röpirat angol kiadásának megjelenése után. A szerző önértékelése. *Közgazdasági Szemle* 47 293–320.
KORNAI JÁNOS and JOHN MCHALE. 1999. Income, Technology or Demographics? An Accounting for Trends in International Health Spending. Manuscript.
KORNAI JÁNOS és JOHN MCHALE. 2001. Eltérnek-e a nemzetközileg szokásostól a posztszocialista országok egészségügyi kiadásai? *Közgazdasági Szemle* 48: 550–80.
KORONKIEWICZ, ANDRZEJ and JERZY B. KARSKI. 1997. *Reviewing the New Polish Health Care Insurance System.* Warsaw: National Centre for Health System Management. Mimeo.
KÓTI TAMÁS és SZABÓ BORÓKA. 2003. A kiegészítő egészségbiztosítások helye, szerepe a hazai betegellátásban. *Egészségügyi Menedzsment,* 5 (3): 53–6.
KRASNIK, ALLAN and SIGNID VALLGARDA. 1997. The health system of Denmark. In M. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 29–48.
KRUGMAN, PAUL. 1994. *Peddling Prosperity. Economic Sense and Nonsense in the Age of Diminished Expectations.* New York and London: W.W. Norton and Company.
KSH. 1999. *Statistical Yearbook of Hungary 1998.* Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
KSH. 2004. *Főbb munkaügyi folyamatok*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
KUTTNER, ROBERT. 1999. The American health care system (2): Health insurance coverage. *The New England Journal of Medicine* 340: 163–8.
LAWSON, C. MICHAEL and JIRI NEMEC. 1998. Central European health reform: The case of Slovakia, 1990–1997. *Journal of European Social Policy* 8: 237–52.
LINDBECK, ASSAR. 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, ASSAR. 1997. The Swedish experiment. *Journal of Economic Literature* 35: 1273–1319.
LINDBECK, ASSAR and JÖRGEN 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.
LINDBECK, ASSAR, PER MOLANDER, TORSTEN PERSSON, OLOF PETERSSON, AGNAR SANDMO, BIRGITTA SWEDENBORG, and NIELS THYGESSEN. 1994. *Turning Sweden Around.* Cambridge, MA and London: The MIT Press.

LIU, YUANLI and JAKAB MELITTA 1999. *Reforming the Health Care System in a Transitional Economy: Experiences from Hungary, Czech Republic, Poland*. Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing. Mimeo.

LOSONCZI ÁGNES. 1986. *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető Kiadó.

LOSONCZI ÁGNES. 1997. *Utak és korlátok az egészségügyben.* Kézirat. Budapest.

MAARSE, J. A. M. HANS 1997. The health system of the Netherlands. In M. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 135–62.

MAGYAR ÁLLAMKINCSTÁR. 2004. http://www.ahh.gov.hu/kotltsegvetesosszefoglalo/tbalapokmerlege

MAGYAR NEMZETI BANK. 1999. *Annual Report 1998.* Budapest.

MARREE, JORGEN and PETER GROENEWEGEN. 1997. *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot: Avebury. Ashgate Publishing Company.

MASKIN, ERIC S. 1996. Theories of the soft budget-constraint. *Japan and the World Economy* 8: 125–33.

MASSARO, THOMAS A., JIRI NEMEC, and IVAN KALMAN. 1994. Health system reform in the Czech Republic. Policy lessons from the initial experience of the General Health Insurance Company. *Journal of the American Medical Association* 271: 1870–74.

MECHANIC, DAVID. 1997. Muddling through elegantly: Finding the proper balance in rationing. *Health Affairs* 16: 83–92.

MELNICK, GLENN, EMMETT KEELER, and JACK ZWANZIGER. 1999. Market power and hospital pricing: Are nonprofits different? *Health Affairs* 18: 167–73.

MIHÁLYI PÉTER. 2000. Magyar egészségügy: Diagnózis és terápia. Budapest: Springer Orvosi Kiadó Kft.

MIHÁLYI PÉTER. 2003. *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába.* Veszprémi Egyetemi Kiadó.

MIHÁLYI PÉTER. 2004. A hálapénzről – talán utoljára. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 42 (különszám): 5–21.

MILANOVIC, BRANKO. 1996. *Income, Inequality, and Poverty during the Transition.* Washington, DC: The World Bank. Mimeographed.

MINISTRY OF HEALTH. 2004. Dane MZ. www.csioz.gov.pl

MURRELL, PETER. 1995. The Transition according to Cambridge. Mass. *Journal of Economic Literature* 33: 164–78.

MUSGRAVE, RICHARD A. and PEGGY B. MUSGRAVE. 1980. *Public Finance in Theory and Practice.* New York: McGrow-Hill Company.

NAGY ANDRÁS LÁSZLÓ. 2000a. Hálapénz a magyar egészségügyben: attitűdök és vélemények. *LAM* 10 (4): 354–7.

NAGY ANDRÁS LÁSZLÓ. 2000b. Hálapénz a magyar egészségügyben: ki, kinek, miért, mennyit. *LAM* 10 (9): 726–9.

NAGY BALÁZS és DÓZSA CSABA. 2002. Az irányított betegellátási program tapasztalatai és a továbbfejlesztés lehetőségei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40 (4): 480–99.

NAGY ANDRÁS. 1997. A jóléti rendszer Franciaországban. Kézirat.

NAGY GYÖRGY. 2000. Magánklinikák gazdálkodása. Gyógyító tőke. *Heti Világgazdaság* No. 16.

NATIONAL STATISTICAL INSTITUTE. 1999a. *Statistical Yearbook of Bulgaria 1998.* Sofia.

NATIONAL STATISTICAL INSTITUTE. 1999b. *Statistical Reference Book of the Republic of Bulgaria 1999.* Sofia.

NAYLOR, C. DAVID. 1999. Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs* 18: 9–26.

NEEDLEMAN, JACK, DEBORAH J. CHOLLET, and JOANN LAMPHERE. 1997. Hospital conversion trends. *Health Affairs* 16: 187–95.

NELSON, JOAN M. 1992. Poverty, equity, and the politics of adjustment. In S. Haggard and R. R. Kaufman (eds.), *The Politics of Economic Adjustment*. Princeton University Press, pp. 221–69.
NELSON, JOAN M. 2001. The politics of pensions and health care. Reforms in Hungary and Poland. In J. Kornai, S. Haggard, and R. R. Kaufman (eds.), *Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries.* Cambridge University Press, pp. 235–66.
NÉMETH GYÖRGY. 2003. Egészségpénztárak Magyarországon, 1. rész. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 41 (6): 39–47.
NÉMETH GYÖRGY. 2004. Egészségpénztárak Magyarországon, 2. rész. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 42 (1): 38–44; 3. rész: 42 (2): 39–45.
NERA. 1996. *The Health Care System in the Czech Republic.* London: PPBH.
NERA. 1998a. *The Health Care System in Hungary.* London: PPBH.
NERA. 1998b. *The Health Care System in Poland.* London: PPBH.
NERA. 1999. *The Health Care System in Romania.* London: PPBH.
NETHERLANDS MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT. 1998. *Health Insurance in the Netherlands.* available at http://www.minvws.nl/index.asp/Language=International
NEWHOUSE, JOSEPH P. 1992. Medical care costs: How much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives* 6: 3–21.
NEWHOUSE, JOSEPH P. 1996. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature* 34: 1236–63.
NEWHOUSE, JOSEPH P. 2002. *Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum*. Cambridge, MA: MIT Press.
NEWHOUSE, JOSEPH P. and the Insurance Experiment Group. 1993. *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
NISKANEN, WILLIAM A. 1971. *Bureaucracy and Representative Government.* Chicago: Aldine-Atherton.
NISSENSON, ALLEN R. and RICHARD A. RETTIG. 1999. Medicare's end-stage renal disease program: Current status and future prospects. *Health Affairs* 18: 161–79.
NORTH, DOUGLASS C. 1990. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance.* Cambridge University Press.
NOZICK, ROBERT. 1974. *Anarchy, State and Utopia.* New York: Basic Books.
OBERENDER, PETER. 1992. Anforderungen eine Neuordnung des Gesundheitswesens. *Wirtschaftdienst* 72: 283–7.
OECD. 1992. *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris.
OECD. 1993. *OECD Health Systems.* Vol. 1: *Facts and Trends 1960*–1991. Health Policy Studies No. 3. Paris.
OECD. 1994a. *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries.* Paris.
OECD. 1994b. *OECD Economic Survey: France 1993–1994*. Paris.
OECD. 1998a. *Czech Health Care System. Delivery and Financing.* Prague: Czech Association for Health Services Research.
OECD. 1998b. *OECD Health Data 98: A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries.* Paris.
OECD. 1999a. *Economic Survey, 1999. Hungary.* Paris.
OECD. 1999b. *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries.* Paris.
OECD. 2000. *OECD Economic Survey: Poland*. Paris.
OECD. 2003a. *Economic Outlook*, Paris: OECD.
OECD. 2003b. *OECD Health Data 2003: A Comparative Analysis of Twenty Nine Countries,* Paris.
OEP. 2004. Az Irányított Betegellátási Rendszer működésének értékelése 1999–2003, www.eszcsm.hu (dokumentumok).
OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. 1999. *New Earnings Survey 1999.* London.
OFFICE FOR OREGON HEALTH PLAN POLICY AND RESEARCH HOMEPAGE. 2000. *Prioritized List of Health Services.* April 1, 2000. http://www.ohppr.state.or.us/
OMMK. 1999. *Munkaügyi Adattár 1999/1.* Budapest.

OREGON HEALTH SERVICES COMMISSION. 1999. *Prioritization of Health Services: A Report to the Governor and the 70th Oregon Legislative Assembly.* Office for Oregon Health Plan Policy and Research, Department of Administrative Services.

OROSZ ÉVA. 2001. *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái.* Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület.

OROSZ, ÉVA, GUY ELLENA, and MELITTA JAKAB. 1998. Reforming the health care system: The unfinished agenda. In L. Bokros and J.-J. Dethier (eds.), *Public Finance Reform during the Transition: The Experience of Hungary.* Washington, DC: World Bank, pp. 221–54.

PAULY, MARK V. 1986. Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. *Journal of Economic Literature* 25: 629–75.

PAULY, MARK V. 1992. The normative and positive economics of minimum health benefits. In P. Zweifel and H. E. Frech III. (eds.), *Health Economics Worldwide.* Norwell, MA and Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 63–78.

PFAFF, ANITA B., SUSANNE BUSCH, and CHRISTIAN RINDSFÜSSER. 1994. *Kostendampfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.* Frankfurt, New York: Campus.

PHARE. 1998. *Recent Reforms in Organization, Financing and Delivery of Health Care in Central and Eastern Europe in Light of Accession to the European Union.* PHARE Conference, Brussels, May 24–26.

POZNANSKI, KAZIMIERZ Z. 1995. *The Evolutionary Transition to Capitalism.* Oxford: Boulder.

RADNAI GYÖRGY. 2004. Az Egészségügyi Reform Programiroda kormánybiztosának válasza a Magyar Kórházszövetségnek az ellátásszervezőkről szóló törvénytervezettel kapcsolatos kérdéseire. *Informatika és Menedzsment* 3 (4): 10–13.

RAWLS, JOHN. 1997. *Az igazságosság elmélete.* Budapest: Osiris Kiadó.

REINHARDT, UWE E. 1998. Employer-based health insurance: R.I.P. In S. H. Altman, U. E. Reinhardt, and A. E. Shields (eds.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?* Chicago: Health Administration Press.

REINHARDT, UWE E., PETER S. HUSSEY, and GERARD F. ANDERSON. 2004. U.S. Health Care Spending in an International Context. *Health Affairs* 23(3): 10–25.

ROLAND, GERARD. 2000. *Transition and Economics.* Cambridge, Mass: MIT Press.

ROMANIAN NATIONAL COMMISSION FOR STATISTICS. 1999. *Romanian Statistical Yearbook 1998.* Bucharest.

ROMANIAN NATIONAL COMMISSION FOR STATISTICS. 2003. *Romanian Statistical Yearbook (Anuarul Statistical al Romaniei) 2002*, Bucharest: Sanatate, Institutul National de Statistica.

ROREM, C. RUFUS. 1930. *The Public's Investment in Hospitals.* Chicago: University of Chicago Press.

ROSE, RICHARD and CHRISTIAN HAERPFER. 1993. *Adapting to transformation in Eastern Europe: New Democracies Barometer* — II. Studies in Public Policy, No. 212. Glasgow: Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde.

ROSE-ACKERMAN, SUSAN. 1996. Altruism, nonprofits, and economic theory. *Journal of Economic Perspectives* 34: 701–28.

ROTHSCHILD, MICHAEL and JOSEPH STIGLITZ. 1976. Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics* 90: 629–49.

ROWLAND, DIANE, JUDITH FEDER, and PATRICIA SELIGER KEENAN. 1998. Uninsured in America: Causes and consequences. In S H. Altman, U. E. Reinhard, and A. E. Shields (eds.), *The Future U.S. Healthcare System: Who Will Care for the Poor and Uninsured?* Chicago: Health Administration Press, pp. 25–44.

SALTMAN, RICHARD B. and JOSEP FIGUERAS. (eds.) 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

SALTMAN, RICHARD B., JOSEP FIGUERAS, and CONSTANTINUS SEKALLARIDES. 1998. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe.* Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

SCHIEBER, GEORGE and AKIKO MAEDA. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs* 18: 193–205.

SCITOVSZKY, TIBOR. 1997. *Egy büszke magyar emlékiratai.* Budapest: Közgazdasági Szemle Alapítvány.

SCOTT, CLAUDIA D. 1997. Reform of the health system of New Zealand. In M. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. University Park: Pennsylvania State University Press, pp. 163–90.

SEN, AMARTYA. 1973. *On Economic Inequality.* Oxford: Clarendon Press and New York: Norton.

SEN, AMARTYA. 1990. Individual freedom as a social commitment. 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, pp. 49–54.

SEN, AMARTYA. 1992. *Inequality Reexamined.* New York: Russell Sage Foundation and Cambridge, MA: Harvard University Press.

SEN, AMARTYA. 1996. Social commitment and democracy: The demands of equality and financial conservatism. in P. Barker (ed.), *Living as Equals*, Oxford University Press, pp. 9–38.

SHALALA, DONNA E. and UWE E. REINHARDT. 1999. Viewing the U.S. health care system from within: Candid talk from HHS. *Health Affairs* 8: 47–55.

SINKÓ ESZTER. 2004a. Kihívások az irányított betegellátási rendszerben, különös tekintettel a kórházakra. *Informatika és Menedzsment* 3 (2): 15–18.

SINKÓ ESZTER. 2004b. Az ellátásszervezésről szóló törvénytervezet és annak várható hatása a magyar egészségügy működésére. *Informatika és Menedzsment* 3 (4): 5–9.

SIPOS, SÁNDOR. 1994. Income transfers: Family support and poverty relief. In N. Barr (ed.), *Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe. The Transition and Beyond*. Oxford University Press, pp. 226–59.

SKOCPOL, THEDA. 1996. *Boomerang. Clinton's Health Security Effort and the Turn against Government in U.S. Politics*. New York and London: W.W. Norton and Company.

SLOAN, FRANK A. 2000. Not-for-profit ownership and hospital behavior. In Culyer and Newhouse (eds), vol. 1B: 1141–74.

SMITH, ADAM. [1776] (1937). *The Wealth of Nations.* New York: Modern Library.

STARK, DAVID. 1992. From system identity to organizational diversity. Analyzing social change in Eastern Europe. *Contemporary Sociology* 21: 299–304.

STATISTICAL OFFICE OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA. 1998. *Statistical Yearbook of the Republic of Slovenia 1998.* Ljubljana.

STATISTICAL OFFICE OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA. 1999. *Rapid Reports: Labour Market* No. 81, Ljubljana.

STATISTICAL OFFICE OF THE SLOVAK REPUBLIC AND VEDA. 1999a. *Statistical Yearbook of the Slovak Republic 1998*. Bratislava.

STATISTICAL OFFICE OF THE SLOVAK REPUBLIC AND VEDA. 1999b. *Structures of Wages of Employees in the Republic of Slovakia 1998.* Bratislava.

STATISTICAL OFFICE OF THE SLOVAK REPUBLIC AND VEDA.1999c. *Slovak Republic in Figures.* Bratislava.

STIGLITZ, JOSEPH E. 1986. *Economics of the Public Sector.* New York and London: W.W. Norton and Company.

TÁRKI. 1999. Adótudatosság, fiskális illúziók és az egészségbiztosítás reformjával kapcsolatos vélemények. Kutatási beszámoló „Az állam és polgárai II" című kutatás adatfelvétele alapján. Eds., Janky Béla és Tóth István György. Mimeo.

TENGS, TAMMY O. 1996. An evaluation of Oregon's Medicaid rationing algorithms. *Health Economics* 5: 171–81.
TOBIN, JAMES. 1970. On limiting the domain of inequality. *The Journal of Law and Economics* 13: 263–77.
TOTH, MARTIN. 1997. Health reform in Slovenia. Manuscript.
TULLOCK, GORDON. 1965. *The Politics of Bureaucracy.* Washington, DC: Public Affairs Press.
TYMOWSKA, KATARZYNA. 1997. *The Private Sector in Polish Health Care: Possible Scenarios.* Economic Discussion Papers No. 35. Warsaw: Faculty of Economic Sciences, University of Warsaw.
U.S. BUREAU OF THE CENSUS. 1996. *Statistical Abstract of the United States: 1996.* Washington D.C.
VAN DE VEN, WYNAND P.M.M. and ELLIS RANDELL P.. 2000. Risk adjustment in competitive health plan markets. In Culyer and Newhouse (eds.), vol. 1A: 755–845.
VAN DE VEN, WYNAND P.M.M., RENE C.J.A. VAN VLIET, ERIK M. VAN BARNEVELD, and LEIDA M. LAMERS. 1994. Risk-adjusted capitation: Recent experiences in the Netherlands. *Health Affairs* 13: 120–136.
VEPŘEK, JAROMÍR, ZDANEK PEPES, and PAVEL VEPŘEK. 1995. Czech health care in transformation. *Eastern European Economics* 43: 45–79.
VISCUSI, W. KIP. 1992. *Fatal Tradeoffs: Public and Private Responsibilities for Risk.* Oxford University Press.
VYBORNA, OLGA. 1995. The reform of the Czech health-care system. *Eastern European Economics* 43: 80–95.
WEILER, PAUL C., HOWARD H. HIATT, JOSEPH P. NEWHOUSE, WILLIAM G. JOHNSON, TROYEN A. BRENNAN, and LUCIAN L. LEAPE. 1993. *A Measure of Malpractice: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
WELTNER JÁNOS. 2004. Ó reform, nem ellened haragszom, érted. *Informatika és Menedzsment* 3 (5): 14–17.
WHO. 1996a. *Health Care Systems in Transition. Czech Republic*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 1996b. *Health Care Systems in Transition. Slovakia.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 1998. *Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 1999a. *Health Care Systems in Transition. Bulgaria.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 1999b. *Health Care Systems in Transition. Croatia.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 1999c. *Health Care Systems in Transition. Poland.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 1999d. *Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 2000. *Health Care Systems in Transition: Czech Republik*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 2001. *Highlights on Health: Slovakia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 2002a. *Health Care Systems in Transition: Slovenia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WHO. 2002b. *The European Health Report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
WHO. 2003. *Health Care Systems in Transition: Bulgaria*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
WILSON, VICKI M., CYNTHIA A. SMITH, JENNY M.HAMILTON, CAROLYN W. MADDEN, SUSAN M. SKILLMAN, BRET MACKAY, JAMES S. MATTHISEN, and DAVID A. FRAZZINI. 1998. Case study: The Washington State Health Care Authority. *Inquiry* 35: 178–92.

WINDAK, ADAM, MUKESH CHAWLA, PETER BERMAN, and MARZENA KULIS. 1997. Contracting family practice in Krakow. Early experience. Data for Decision Making Project. Boston: Harvard School of Public Health. Mimeographed.

WORLD BANK. 1993. *World Development Report 1993. Investing in Health.* Oxford University Press.

WORLD BANK. 1994. *Averting the Old Age Crisis. The World Bank Policy Research Report.* Oxford University Press, published for The World Bank.

WORLD BANK. 1997a. *Financing Health Care: Issues and Options for China.* China 2020 Series. Washington DC: The World Bank.

WORLD BANK. 1997b. Public Finance Reform in an Economy in Transition: The Hungarian Experience. The Hungarian Health Care System in Transition: An Unfinished Agenda. Budapest. Manuscript.

YIP, WINNIE C. and WILLIAM C. HSIAO. 1999. *Economic transition and social safety net: The case of Chinese urban health care.* Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing. Manuscript.

ZECKHAUSER, RICHARD J. 1970. Medical insurance: A case study of the tradeoff between risk spreading and appropriate incentives. *Journal of Economic Theory* 2: 10–26.

ZWEIFEL, PETER and WILLARD G. MANNING. 2000. Consumer incentives in health care. In Culyer and Newhouse (eds.), vol. 1A: 409–59.

TÁRGYMUTATÓ

adó/adózás 135, 177
l. szintén egészségügyi adó
adófizetők 34
adótudatosság 138, 175
alapellátás 72, 198
l. szintén háziorvos
alapvető ellátás 52, 110, 135, 148, 202
és átláthatóság 137
és gazdasági fejlettség 135
és szolidaritás 135
finanszírozása 135, 137–40, 150, 158, 209, 212, 224
meghatározása 135, 136, 150–6; *l. szintén* prioritás lista
alkalmazkodás/adaptáció 36–7
l. szintén reform időigénye
allokáció 21, 22, 110, 111
beruházások ~ja 32
kívánatos arányai 37–40
alulbiztosítás 66, 99
alulfogyasztás 66, 75
alulszolgáltatás 71, 72, 74, 79
amerikai modell 87
amortizáció 110, 111, 186, 189, 190
angol modell 86, 110, 111, 158
aszimmetrikus információ 48–9
állami felügyelet 169, 179, 215, 216
állami költségvetés 75
hiánya 39–40
mint finanszírozó 62, 63, 95, 96, 107–8, 113, 119, 139
állami szabályozás 215, 216
állami szervezetek 59, 140, 210
állami tulajdon 60, 63, 81, 88, 95, 105
és magántulajdon versenye 28–31
l. szintén szektorsemlegesség; tulajdonformák; verseny
állam új szerepköre (5. elv) 32–4, 169, 179
és egyéni szuveneritás 33
és szolidaritás 33
árak, ármegállapítás 58, 111
adminisztratív 69, 187, 191
és infláció 192
ésszerű 186, 187, 191
keresleti ár 47
kínálati ár 48
piaci 69, 187, 191
piactisztító 148, 188
torzított 188
árérzékenység 66, 67
árrugalmasság 67–8
átláthatóság (6. elv) 34–6, 131, 137, 223

beruházás 110, 120, 151, 172, 186, 190, 213
beteg kiszolgáltatottsága 54–5, 107, 215
bizonytalanság 26, 29
és a biztosítás iránti kereslet 46–8
biztosítás nélküliek 66, 99
bürokratikus mechanizmus/koordináció 49, 105, 215

centralizáció 32, 110
civil szervezetek 140, 217

DALY *l.* költséghatékonyság mérése
decentralizáció 32, 65,
és választás szabadsága 100
finanszírozás ~ja 96
szolgáltatás ~ja 96
l. szintén egészségügyi biztosítás
defenzív gyógyítás 103
demokratikus politikai processzus 137, 146, 212–3
díjkiigazítás 69
DRG (Diagnosis Related Groups) 71, 76
l. szintén HBCS

egészség értéke 44–5

egészségügyi adó 138, 144, 147, 175, 213
adóalap szélesítése 145–6, 219
alóli mentesség 146
semlegessége 146
egészségügyi biztosítás 44, 53
decentralizálása 157–9, 163, 169, 211, 213, 220
díj támogatása 162–3
kötelező 25, 62, 114
menedzselt verseny az ~ban 159, 160, 163, 169, 211, 213, 220
önkéntes 25, 47, 62, 116–8, 173
specifikus intézményi sajátosságai 47–8
teljes körű 67
tulajdonformák szerint 159, 167, 174
l. szintén kiegészítő biztosítás
egészségügyi ellátás 44, 46
~hoz való jog 108–9
kulcsszereplők 58–9
egészségügyi kiadások 46, 84
emelkedése 55–7
és életkor 140
és technológiai fejlődés 103
részaránya a GDP-ből 39, 101, 213
egyelő hozzáférés normája 45–6, 73
egyéni szuveneritás (1. elv) 23, 177, 212, 223
és biztosítás 51–2
és orvosok 53–4, 55
szocializmusban 55
egyéni vállalkozók 61
egyetemes és egyenlő hozzáférés 26, 108, 109, 136, 144, 212
egyfizetős rendszer 158, 160
előítéletek 183, 218
erkölcsi kockázat 52–3, 57, 66–7, 79, 148, 149
erkölcsi ösztönzők 79
erőforrások szűkössége *l.* szűkösség
esetalapú térítés *l.* kínálatoldali költségmegosztás
externáliák 113, 136

fejkvóta *l.* kínálatoldali költségmegosztás
felújítás és fejlesztés 111, 120
fenntartható finanszírozás (9. elv) 39–40, 148
és hatékonyságra való ösztönzés 65
FFS (fee-for-service) *l.* kínálatoldali költségmegosztás
finanszírozás 113–9
l. szintén keresletoldali költségmegosztás
fiskális illúzió 35, 138, 175
fizetési rendszerek/ösztönzők 65–79, 95, 148, 150, 153, 167
keresletoldali ösztönzők 31, 66–8, *l. szintén* keresletoldali költségmegosztás
kínálatoldali ösztönzők 31, 68–75, *ld szintén* kínálatoldali költségmegosztás; kockázatmegosztás
koordinálása 197

gazdasági mechanizmus, egészségügyi 12, 21, 49, 58, 65, 179, 214
Egyesült Államokban 96–104
modellek 86–8
OECD-országokban 80–95
szocializmusban 105–8

hálapénz 119, 125, 127–32, 138, 171, 173, 174, 206, 224
harmonikus növekedés (8. elv) 37–9, 148
hatékonysági ösztönzők *l.* fizetési rendszerek/ösztönzők
hatékonyságra való ösztönzés (4. elv) 31–2, 53, 57, 101, 148, 160, 186
és fizetési rendszerek 65–79
és verseny 32
háziorvos 118, 122–3, 180, 198
csoportpraxis 181, 200, 206
mint kapuőr 89, 199
HBCS (Homogén Betegségcsoportok) 77–8
l. szintén DRG
hiány 107
HMO (Health Maintenance Organization) 64, 98–9, 200
l. szintén menedzselt ellátás
hozzájárulás, közvetlen egyéni *l.* keresletoldali költségmegosztás

IBM (Irányított Betegellátási Modell) 64, 200–1
integráció 63, 64, 98, 111, 158, 184
intézményi mechanizmus 12, 21
kínálatoldali 60–1
kívánatos tulajdonságai 28–37

járóbeteg-szakellátás 76
járulék, társadalombiztosítási 110, 111, 114, 138, 144, 158, 175
jóléti állam 12, 21, 40, 42
jóléti szektor 12, 21, 42, 149, 224

kanadai modell 86
káros szelekció 50–1, 66, 163, 165, 198
  és egyéni szuverenitás 51
  és szolidaritás 50–1
kemény költségvetési korlát *l.* költségvetési korlát
kereslet 58
keresleti korlát 203, 204
keresleti oldal 62
kereslet–kínálat összekapcsolódása 63–5
keresletoldali költségmegosztás 66–8, 89, 148–9
  hozzájárulás, közvetlen egyéni 53, 66, 89, 103, 110, 138, 139, 147, 148–9, 208
  közvetlen egyéni fizetés 118–9
  önrész, biztosítási 53, 66, 147, 148
kiegészítő biztosítás 59, 147, 174, 221
kiegészítő ellátás 110, 147, 148, 210, 212
  és hálapénz 207
  finanszírozása 169–74
  köre 169–73
kínálat 58
kínálat indukálta kereslet 69, 74, 75, 79
kínálati korlát 204
kínálati oldal 60–1
kínálatoldali költségmegosztás 68–75, 79, 89, 194–204
  esetalapú térítés 71, 188, 197
  fejkvóta 71, 72, 74, 75, 153, 188, 198
  fix fizetés 73–4
  hatásvizsgálata 76–8
  költségtérítés 68
  szolgáltatásonkénti térítés (FFS) 68–70, 74, 104, 188, 195, 197
  vegyes fizetés 75, 166, 202
  l. szintén kockázatmegosztás
klinikai irányelvek 154
kockázati heterogenitás 49
kockázati szelekció 51–2
  biztosító általi 51, 161, 165
  és hatékonysági ösztönzők 51
  és szolidaritás 52
  és szuveneritás 52
  megelőzése 66
  szolgáltató általi 71, 72, 74, 79, 202
kockázatkiigazítás 72–3, 79, 89, 163, 166, 201
kockázatkiigazító tényezők 73
kockázatmegosztás 74, 66, 148, 165
  l. szintén kínálatoldali költségmegosztás
koordinációs mechanizmusok
  kívánatos tulajdonságai 28–37
kórház/kórházi
  eladósodása 121
  ápolás időtartama 76–7
  vezetők 77, 89, 119–20
  tulajdonformák szerint 75–6, 182 186
kormányzati kudarc 34, 45, 166
korrupció 108, 186, 207
költségek
  állandó 189
  átlagos 188
  emelkedése 55–7
  változó 189
költségelszámolási rendszerek 189
költséghatékonyság mérése 151–52
  DALY (funkcióvesztéssel korrigált életév) 152
  QALY (életminőséggel korrigált életév) 152
költségvetési korlát
  kemény 50
  megkeményedése 76, 89, 194
  szolgáltatók ~ja 69, 194
  puha 50, 75, 193, 194
közvetlen egyéni fizetés *l.* keresletoldali költségmegosztás

magánszektor 122–4, 180–5, 204, 207, 209
magánszervezet 210
magántulajdon 81
  és állami tuladon versenye 38–9
  l. szintén szektorsemlegesség; tulajdonformák
megelőzés 57
menedzselt ellátás 64
  l. szintén HMO
menedzselt verseny *l.* egészségügyi biztosítás
monopólium 95
  biztosítási 54, 160, 164
  szolgáltatói 54
munkaadó/munkáltató 59, 64, 98, 114, 147, 166, 174–8
munkavállaló 114

nonprofit szervezetek 185
  mint biztosítók 116
  mint szolgáltatók 61, 96, 122
német modell 86, 111, 112, 158, 169, 189
nyugdíjreform 29–30

OECD-országok 80–121
orvos/orvosi 77, 150
keresetek 103, 125–7, 171, 204–7; *l. szintén* hálapénz
társulás 181, 206
magánpraxis 122–4, 180, 182, 205–6
és a reform 208, 219
-beteg viszony 53, 129
önfoglalkoztató 180, 206
mint közalkalmazott 121, 205
műhibaperek 103, 215, 216
szerződéses formák 181–2
l. szintén háziorvos
orvosi szempontból indokolt ellátás 150

önkéntes biztosítás *l.* egészségügyi biztosítás
önkormányzatok, helyi 113, 139, 215
önrész, biztosítási *l.* keresletoldali költségmegosztás

Pareto-optimális reform 218
paternalizmus 23, 25, 106
pénzügyi fegyelem 76, 121, 193–4
piaci kudarc 34, 44–5, 147, 166, 187
piaci mechanizmus/koordináció 49, 111, 148, 213, 215
piaci szocializmus 119, 125, 187
politikai mechanizmus, egészségügyé 12, 41–2, 137, 140, 214
politikusok/ politikai pártok 31, 34–6, 139, 155
pontrendszer 69
potyautas 145, 219
prioritáslista
Izraelben 151, 152, 153, 156
Hollandiában 154, 155, 156
Oregon államban 152, 153, 155
Szlovéniában 156
Svédországban 155
Új-Zélandon 151, 155
l. szintén alapvető ellátás meghatározása
privatizáció/privatizálás 29, 65, 224
szolgáltatók ~ja 75, 183
biztosítók ~ja 168
profitorientált/forprofit intézmények 185
mint biztosítók 97, 116
mint szolgáltatók 61, 96, 122, 179
puha költségvetési korlát *l.* költségvetési korlát

QALY *l.* költséghatékonyság mérése

rászorultság/rászorulók 25, 144, 149
redisztribúció, 25, 97, 140–5, 146, 212, 220
és jövedelem szolidaritás 140, 172
és kockázati szolidaritás 142
reform időigénye (7. elv) 36–7, 88, 169, 224

specifikus egalitarianizmus 45, 46, 100, 135, 142, 176

szakorvosi ellátás 89
szelekció 49–52
l. szintén káros szelekció; kockázati szelekció
szektorsemlegesség 147, 183, 209–11
szeparáció 63, 64, 110–3, 158
szingapúri modell 87
szolgáltatás, szolgáltatói oldal
l. kínálati oldal
szolgáltatásonkénti díjazás (FFS) *l.* kínálatoldali költségmegosztás
szolidaritás (2. elv) 24–8, 149, 212
alapellátásban 73, 75, 88
egyéni szuveneritás 24, 26
és alapvető ellátáshoz való hozzáférés 26, 46, 100
és hatékonyság 24, 65
és hozzájárulás fizetése 67
jövedelmi 142, 144, 148
kockázati 140, 148
szovjet modell 88
szponzor 48, 63–4, 158, 161–2, 176
szűkösség 12, 44, 150, 154, 204

tartós növekedés 37
társadalombiztosítás 84, 164
társadalombiztosítási alapok 63, 76, 111, 120, autonómiája 112
járulékfizetés 114
költségvetési korlátja 114, 121
térítés 65, 110, 188
térítési díj 53, 66
többfizetős rendszer 159, 160
tulajdonformák 58, 65, 79, 96
és fizetési ösztönzők 75–6
keresleti oldalon 80
kínálati oldalon 60–1, 80
szóródása 84
l. szintén privatizáció

túlfogyasztás 66, 68, 69, 75, 79

utalványrendszer 161

választási lehetőség/szabadság 73, 75, 211, 212
l. szintén egyéni szuveneritás

vegyes fizetési rendszer *l.* kínálatoldali költségmegosztás
verseny (3. elv) 28–31, 54
biztosítók közötti 159, 177
és hatékonysági ösztönzők 65, 101

Nemzeti Tankönyvkiadó Rt.
A kiadásért felel: Pálfi József vezérigazgató
Raktári szám: 42 624
Felelős főszerkesztő: Palojtay Mária
Felelős szerkesztő: Bárány László
Műszaki szerkesztő: Görög Istvánné
Terjedelem: 21,8 (A/5) ív
Első kiadás, 2004
Tördelés: PGL Grafika Bt.
Nyomta és kötötte: Kaloprint Nyomda Kft., Kalocsa
Munkaszám: 40397